

Plan for tilsyn med tjenester til eldre 2009-2012

**Tilsyn med helse- og sosialtjenester til eldre mennesker
med sammensatte
tjenestebehov**

Godkjent av Lars E. Hanssen 11. februar 2009

Innhold

1	Innledning.....	3
1.1	Rammeplan.....	3
1.2	Vår satsing og annen tilgrensende aktivitet.....	3
2	Hvorfor satsing på tilsyn med tjenester til eldre?.....	4
2.1	Svikt i kommunenes tjenester til eldre	4
2.2	Svikt i spesialisthelsetjenestens tilbud til eldre	6
2.3	Svikt i overganger mellom tjenester og nivåer.....	6
2.4	Sårbare eldre og kjent fare for svikt – noen eksempler.....	7
2.5	Områder der det har vært få tilsyn	8
3	Hva ønsker vi å oppnå med satsingen?	8
4	Målgruppe og tjenester.....	8
4.1	Målgruppe	8
4.2	Tjenester	8
5	Virkemidler og føringer	9
5.1	Virkemidler og føringer generelt.....	9
5.2	Føringer for tilsyn med kommunene	10
6	Aktiviteter i Helsetilsynet i fylkene, hos fylkesmennene og i Statens helsetilsyn.....	11
6.1	Tilsyn med virksomheter.....	12
6.2	Kunnskapsgrunnlag.....	12
6.3	Utviklingsarbeid	13
7	Arbeidsformer og samarbeid.....	13
7.1	Arbeidsgrupper.....	13
7.2	Annet samarbeid/arenaer.....	13
8	Informasjon og dokumentasjon.....	14
9	Justeringer og evaluering	14

Plan for tilsyn med tjenester til eldre 2009-2012

Satsingen

- skal pågå fra 2009-2012
- gjelder tjenester etter helse- og sosiallovgivningen, og
- omfatter kommunale helse- og sosialtjenester, spesialisthelsetjenesten og samhandling mellom nivåene.

Planen fokuserer på

- treffsikkert og effektivt tilsyn, og bruk av ulike virkemidler i undersøkelse/kontroll, reaksjon og oppfølging
- spredning av erfaringer og kunnskap fra tilsyn ved bruk av ulike formidlingsformer
- utvikling av metoder og tilnærminger

1 Innledning

1.1 Rammeplan

Dette er en rammeplan for en fireårig satsing for tilsyn med helse- og sosialtjenester til eldre. Vi vet nok om tilstanden i helse- og sosialtjenestene i kommunene til at vi kan gå i gang med tilsyn tidlig i perioden. Samtidig er det ønskelig med mer systematisk kunnskap om fare for svikt. Kunnskapsgrunnlaget er beskrevet mer detaljert i egne dokumenter.

Planen beskriver i korte trekk problemer, utfordringer og mål, gir eksempler på framgangsmåter, og avgrenser målgruppen. Satsingen skal gi rom for utvikling av tilnærminger og metoder. Det er skissert noen hovedaktiviteter, men praktisk gjennomføring skal planlegges av arbeidsgrupper med representanter fra Helsetilsynet i fylket, Fylkesmannen¹ og Statens helsetilsyn. Planen sirkler inn aktuelle tilsynsområder, men tar ikke endelig stilling til områder for tilsyn. Det blir også en del av oppdraget til arbeidsgruppene. Aktiviteter skal vurderes underveis. Justeringer legges inn som del av det løpende arbeidet.

1.2 Vår satsing og annen tilgrensende aktivitet

Vår satsing kommer samtidig med andre pågående satsinger og aktiviteter. Dette gjelder bl.a. tiltak som følger av avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten mellom Regjeringen og KS, Omsorgsplan 2015, herunder bl.a. Demensplan 2015 og Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem, og Nasjonal strategi for styrking av spesialisthelsetjenester. Samhandlingsreformen innenfor helse- og omsorgsområdet som Helse og omsorgsdepartementet har varslet, vil kunne påvirke satsingen. Hos tilsynsmyndigheten er spesialisthelsetjenesteprojektet en samtidig satsning.

Et langsiktig mål i Omsorgsplan 2015 er en omsorgstjeneste som er til for alle uavhengig av alder, diagnose, problem og funksjonshemming. Vår satsing skal gjennomføres slik at den understøtter, og ikke bidrar til uønsket målforskyving i Omsorgsplan 2015.

¹ Fylkesmannen deltar ikke i arbeidsgruppe som skal planlegge tilsyn med spesialisthelsetjenesten.

2 Hvorfor satsing på tilsyn med tjenester til eldre?

Eldre med behov for helse- og sosialtjenester er en sårbar gruppe. Dette gjelder særlig eldre mennesker med sammensatte problemer. Skrøpelige eldre trenger andre tilnærminger enn yngre, og har i enda større grad enn mange andre behov for et helhetlig tilbud der tjenestene er godt koordinert. Ofte vil det være behov for både generalistkompetanse og spisskompetanse.

Tilsynsmyndighetens aktiviteter er risikoinformert. Det er godt dokumentert at det er områder med fare for svikt i hele tjenestekjeden til eldre. Faren for svikt er ekstra stor i overganger som krever samhandling, for eksempel ved utskrivning fra sykehus. Svikt kan vurderes fra ulike ståsteder. Nedenfor omtales sviktområder i tjenestene. Deretter gis eksempler på grupper av eldre som er særlig sårbare.

2.1 Svikt i kommunenes tjenester til eldre

Variasjon

Tilsynserfaringer gir ikke et entydig bilde av hva som er viktige sviktområder i kommunenes tjenester til eldre. I løpet av årene 2002-2008 ble det gjennomført godt over 500² tilsyn med kommunenes helse- og sosialtjenester der eldre var sentral målgruppe. Det var imidlertid stor variasjon i tilsynsaktiviteten fra fylke til fylke på dette området. I flesteparten av tilsynene ble det påpekt ett eller flere avvik. Funn og erfaringer viser tildels store forskjeller mellom fylker, og ikke minst mellom kommuner, og mellom tjenester innenfor kommuner. Nedenfor synliggjøres noen områder der det ble avdekket svikt. Eksterne kilder støtter opp under tendenser i tilsynsfunnene.

Mangelfullt omfang av tjenester

Mangelfull tilgang og utilstrekkelig utmåling av tjenester kan være resultater av for dårlig dimensjonering, mangel på personell, for dårlig kvalifisert personell eller lite hensiktsmessig organisering av tjenester. Dette synes å være gjennomgående problemer i svært mange kommuner, og kan gi seg uttrykk i:

- Høye terskler for å få sykehjemsplass, uten at tilsvarende og kompenserende tjenester tilbys i hjemmet.
- Så knapt utmålte hjemmebaserte tjenester at de er uforsvarlige.
- Manglende samsvar mellom vedtak og det tilbudet som faktisk blir gitt.
- For lav bemanning og/eller så høy andel ufaglærte at kvaliteten på tjenestene blir uforsvarlig, med risiko for at grunnleggende behov ikke blir ivaretatt.

For liten vekt på brukermedvirkning og individuell tilrettelegging

Forutsetningen for individuell tilrettelegging av tjenester er at den enkelte tjenestemottaker, og eventuelt pårørende, systematisk blir hørt og sett og får påvirke utformingen av tilbudet. Svært mange tilsyn har avdekket at kommunale tjenesteytere legger for liten vekt på brukermedvirkning. Tilbudene er i for liten grad individuelt tilpasset, enten det gjelder boligtilbud for eldre med demenslidelse eller tiltak for å imøtekomme grunnleggende behov som tilstrekkelig næring, aktivitet osv.

² Dette er egeninitierte tilsyn utført som systemrevisjon av Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene. Det er stor variasjon mellom fylkene med hensyn til antall tilsyn, også når det er tatt hensyn til størrelse.

Det er også avdekket at kommuner og virksomheter unnlater å innhente og gjøre bruk av erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende på en systematisk måte i utforming og organisering av tjenestetilbudene, slik kravet er.

Mangelfull ansvars plassering, kommunikasjon og koordinering

Mangelfull kommunikasjon og samhandling innen og mellom ulike tjenester i kommunen kan få alvorlige følger for brukeren, jf. bl.a. funn i tilsynet med legemiddelhåndtering. Dersom kommunen ikke har definert hvor oppgaver, ansvar og myndighet er forankret, er det stor fare for svikt i tjenestene. Tilsyn har vist at det kan være uklart hvem som har ansvar for styring av legetjenesten ved et sykehjem, hvem som har ansvar for opplæring, og hvem som har ansvar for journal. Der ansvaret for å gi en bruker informasjon er fordelt på flere medarbeidere uten at informasjonsformidlingen er koordinert, er det fare for at brukeren enten ikke får nødvendig informasjon, eller får feilaktig informasjon (se også punkt 2.4). Det er også eksempler på at ulike tjenesteytere ikke er kjent med hverandres tilbud, eller ikke samordner tiltak. Resultatet kan bli at tilbud glipper eller trekker i ulik retning.

Uforsvarlig dokumentasjon og journalføring

Mange tilsyn har hatt fokus på dokumentasjonsplikten, jf. journalforskriften. Det er konstatert mye svikt på dette området, men av ulik alvorlighetsgrad og i ulike varianter. Eksempler på funn er at det ikke foreligger retningslinjer for journalføring, at det ikke er fastsatt rutiner for dokumentasjon av lege- og sykepleietjenester, at oppholdstype, diagnose, hva som er tjenestemottakers ønske om tjenester ikke er dokumentert i journalen, eller for den del at pasienter med demens ikke har samtykkekompetanse.

Mangelfull kompetanse og opplæring

Nok personell med nødvendige kunnskaper og ferdigheter er avgjørende for at brukerne skal få et forsvarlig og tilstrekkelig tjenestetilbud. I mange tilsyn er det et funn at virksomheten ikke etterlever krav om å sørge for å ha personell med tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor aktuelle fagfelter. Stor variasjon i bemanning og kompetanse, og stedvis stor andel ufaglærte, framgår også av statistikk og andre eksterne kilder

Utilstrekkelige styringssystemer

Styringssystemer skal sikre god praksis og systematisk lærings- og forbedringsarbeid. Tilsyn har avdekket mangelfulle styringssystemer, og påvist at det for viktige prosesser helt eller delvis mangler rutiner og prosedyrer, at rutinene ikke er kjent, eller ikke brukes i praksis. Det finnes også tjenesteutøvere som er ukjente med kravet om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Uten tilstrekkelig robuste styringssystemer, blir det opp til den enkelte deltjeneste eller utøver å ta initiativ til gode rutiner. Utilstrekkelige styringssystemer gir stor fare for svikt når mange aktører er involvert og ved overføring av informasjon. Eksempler på funn i tilsyn er at det mangler samlet oversikt over gjeldende rutiner og prosedyrer, at det foreligger flere versjoner av skriftlige rutiner, uten at det framgår om de er gyldige, at det ikke finnes skriftlige prosedyrer som kan sikre at brukere får dekket grunnleggende behov, eller at oppholdstype, pasientdiagnoser, hva som er tjenestemottakers ønske om tjenester osv., ikke er dokumentert.

Kvalitetsforskriften og annet regelverk er ikke godt nok kjent og etterlevd

Sammen med fastlegetjenester er pleie- og omsorgstjenester viktige for skrøpelige eldre mennesker med sammensatte problemer og lidelser. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (kvalitetsforskriften) stiller krav til tjenesteutøvelse som skal bidra til å ivareta brukernes grunnleggende behov. Vi kan konstatere at kjennskapen til

kvalitetsforskriften og annet regelverk ikke er gjennomgående god nok. Om regelverket er kjent, følges det ikke alltid godt nok opp i praksis. Manglende eller ikke kjente/praktiserte rutiner for å oppfylle regelverket viser tilbake på utilstrekkelig internkontroll. Selv om regelverket er kjent og rutiner er implementert, kan det likevel være sider ved tjenesteutøvelsen som ikke har tilstrekkelig kvalitet eller ikke er forsvarlige. En grunn kan være at kravene ikke er tydelige nok.

2.2 Svikt i spesialisthelsetjenestens tilbud til eldre

Nasjonal helseplan slår fast at det er behov for en styrking av spesialisthelsetjenester til eldre. En rapport fra Sosial- og helsedirektoratet, "Respekt og kvalitet" fra november 2007 beskriver noen utfordringer: Utskrivingsklare pasienter er ofte eldre. Disse pasientene venter på et adekvat kommunalt tilbud mens de oppholder seg og blir tatt hånd om i sykehus. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene ivaretas i varierende grad, med risiko for at kommunene ikke får nødvendig faglig støtte i sin tjenesteutøvelse. Mangelfull kommunikasjon og samhandling, både internt i spesialisthelsetjenesten og med kommunene, gir manglende helhet for mange eldre med sammensatte problemer. Se også 2.3 nedenfor.

Det er videre dokumentert at det i spesialisthelsetjenestene til eldre, særlig til skrøpelige eldre med sammensatte behov, kan svikte bl.a. på grunn av manglende geriatrisk kompetanse, manglende rehabiliteringstenkning og fragmentert tilnærming.

I ulike kilder er det også dokumentert at eldre med psykiske lidelser kan ha udekkede behandlingsbehov. Det er høy forekomst av depresjon blant eldre mennesker. Bortsett fra eldre med kompliserte alderspsykiatriske problemstillinger som skal henvises til de alderspsykiatriske enhetene, er det DPS som et allmenpsykiatrisk tilbud, som skal ta imot eldre på linje med yngre mennesker. Aldersprofilen i DPS gir grunn til å spørre om eldre har systematisk dårligere tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester enn yngre.

Svikt i spesialisthelsetjenester avdekket i tilsyn

Det er gjort svært få planlagte tilsyn med somatiske spesialisthelsetjenester til eldre. Vi kan derfor ikke danne oss et bilde av forholdene med basis i tilsynserfaringer. Funn i noen andre tilsyn vil likevel kunne si noe om fare for svikt som bl.a. vil kunne ramme eldre. Dette gjelder bl.a. landsomfattende tilsyn 2007 om forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene. Flere av funnene er relevante, fordi pasienter med uavklarte diagnoser ble valgt som eksempler eller "veivisere". Dette dreier seg ofte om eldre pasienter som har svikt i flere organer. Totalbildet fra tilsynet var at helseforetakene har mangelfull styring og ledelse med tjenestene. Flere av virksomhetene manglet bl.a. et forsvarlig system for å prioritere, og i mange tilfeller ble ikke pasientene godt nok fulgt opp i ventetiden.

Funn i det landsomfattende tilsynet i 2005 om kommunikasjon i helseforetak som behandler pasienter med gastrokirurgiske sykdommer, kan også ha relevans. Bl.a. ble det funnet systematiske mangler ved journalføringen, og at det ikke ble utpekt pasientansvarlig lege. Generelle svakheter som bl.a. mangelfull kommunikasjon/informasjon kan ikke minst ramme eldre. Pasienter med komplekse sykdomsbilder og kognitiv svikt (herunder dårlig oppfattelses- og orienteringsevne), som derfor er avhengige av pårørende, og der mange tjenester/aktører involvert, er spesielt sårbare.

2.3 Svikt i overganger mellom tjenester og nivåer

Når flere tjenester og nivåer er involvert, og mange personellgrupper og aktører skal samarbeide om og med en pasient, er det erfaringen at faren for svikt øker. Denne generelle

tendensen er særlig framtreddende når hjelpebehovene er komplekse og omfattende. For hjemmeboende eldre med sammensatte behov, er fastlegen en sentral aktør og viktig koordinator. Faren for svikt er betydelig i samhandlingsfeltet fastlege – omsorgstjeneste – sykehus.

Skrøpelige eldre kan være i en ”runddans” mellom sykehjem/hjemmebasert tjeneste og sykehus. Dette krever systematisk samhandling ved innskrivning, under oppholdet i sykehus, i forberedelsesfasen før utskrivning og ved hjemreise/mottak i kommune. Faren for svikt er til stede i alle ledd.

Utskrivningspraksis fra sykehus stiller store krav til kommunenes ressurser og kompetanse, og krever tett dialog mellom tjenesteytere før utskrivning. Flere kilder peker på at dialogen ofte er mangelfull. En undersøkelse³ har dessuten vist at omsorgstrengende eldre som skrives ut til hjemmebaserte tjenester følges av de mest tilfeldige og mangelfulle dokumentasjonsrutinene. Manglende rutiner for å varsle økt omsorgsbehov er funn i flere tilsyn. Sykehusene har imidlertid svært ulik praksis med hensyn til dokumentasjon ved utskrivning av pasienter.

2.4 Sårbare eldre og kjent fare for svikt – noen eksempler

Ut fra oppsummeringen av sviktområder ovenfor, vil noen kategorier eldre være særlig sårbare. Nedenfor tar vi utgangspunkt i målgruppen og gir *eksempler* ut fra kjent fare for svikt.

- Skrøpelige eldre med sammensatte tjenestebehov som bor i opprinnelig hjem eller omsorgsbolig (hjemmeboende): Manglende samarbeid innen og mellom tjenestenivåer, herunder bl.a. mangelfull dokumentasjon og kommunikasjon.
- Eldre som bruker mange legemidler: Manglende samarbeid innen og mellom tjenestenivåer, mangelfull dokumentasjon, knapphet på legeressurser i sykehjem og utydelig ansvars plassering.
- Eldre med demenslidelser, herunder eldre som mangler samtykkekompetanse: Mangelfull utredning, behandling, oppfølging og tilrettelegging, for eksempel av aktivitets- og boligtilbud.
- Eldre med rehabiliteringsbehov og behov for aktivisering mer generelt: Mangelfull opptrening/tilgang på fysioterapi og mangel på varierte og tilpassede aktiviteter.
- Eldre med psykiske/alderspsykiatriske⁴ lidelser: Mangelfull utredning og lite egnede behandlingstilbud, uhjemlet bruk av tvang og makt (gjelder også eldre med demenslidelser).
- Eldre i sykehjem med behov for tett oppfølging av lege: Mangelfull oppfølging (lite tid per pasient) og dokumentasjon, og utydelig eller manglende ansvars plassering.
- Eldre med behov for systematisk oppfølging med hensyn til mat og drikke: Mangelfull kartlegging, dokumentasjon, oppfølging og ansvars plassering.

Eksemplene er ikke rangert, og andre grupper⁵ må vurderes. Mange eldre med sammensatte behov vil inngå i flere av kategoriene ovenfor. Ved valg av tilsynsområder må ulik kunnskap

³ Rapporten God vilje - dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivning av omsorgstrengende eldre. SINTEF A7877, 2008.

⁴ Ikke alle med demens hører inn under alderspsykiatrien, men atferdsproblemer, psykiatriske symptomer og demens vil ofte opptre samtidig. I punkt 2.4 har vi splittet opp i to punkter for å synliggjøre.

⁵ I Helsedirektoratets rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre (IS-1498) er seks store pasientgrupper nevnt: Pasienter med akutt funksjonssvikt, pasienter med hoftebrudd, pasienter med demens, pasienter med alderspsykiatriske lidelser, pasienter med behov for lindrende behandling, pasienter med hjerneslag.

om svikt ses i sammenheng. Det kan lages tabeller som illustrerer ulike kombinasjoner og som kan være til hjelp ved valg av tilsynsområder/temaer.

2.5 Områder der det har vært få tilsyn

Eksempler på områder hvor det er gjort få tilsyn med særlig fokus på målgruppa eldre:

- spesialisthelsetjenester
- fastlegetjenesten
- tjenestetilbudet til eldre med psykiske lidelser i kommunene og spesialisthelsetjenesten
- utredning, behandling og rehabilitering av slagrammede eldre
- forebygging og oppfølging av under- og feilernæring blant hjemmeboende
- terminal pleie i primærhelsetjenesten
- smertebehandling/lindrende behandling

3 Hva ønsker vi å oppnå med satsingen?

Gjennom satsingen ønsker vi å:

- tydeliggjøre kravene og kontrollere at de etterleves
- følge opp uønskede forhold på en systematisk måte
- motivere tjenestene til å gjøre et arbeid for å overholde regelverket i nåtid og framtid
- legge til rette for formidlingsformer som kan stimulere til økt læring
- bidra til videreutvikling av tilsynsmyndighetens metoderegister
- bidra til tilnærminger som gir mulighet for gjenbruk i tilsynssammenheng
- få bedre oversikt over områder der vi har få tilsynserfaringer og hvor det kan være fare for svikt
- nå mange ”uten å være alle steder”

4 Målgruppe og tjenester

4.1 Målgruppe

Aldring gir økt sykkelighet og nedsatt funksjon i større eller mindre grad. Målgruppen for satsingen er skrøpelige eldre med behov for flere tjenester og/eller langvarige tjenester. Det er ikke hensiktsmessig med et skarpt skille knyttet til alder, men aldersgruppen over 80 år vil ha store tjenestebehov, og ofte behov for tjenester fra flere aktører og ulike tjenestenivåer.

4.2 Tjenester

Tjenester til eldre omfatter et bredt spekter av kommunale helse- og sosialtjenester og spesialisthelsetjenester. I satsingen vil tjenester der den eldste delen av befolkningen utgjør en stor del av bruker- eller pasientgruppen stå sentralt. Dette gjelder kommunenes helse- og sosialtjenester, med bl.a. sykehjem⁶ og liknende alternativer med heldøgns pleie og omsorg, hjemmesykepleie og tjenester etter sosialtjenesteloven, og allmennlegetjenester, og dessuten sykehusavdelinger og poliklinikker, der eldre utgjør en stor pasientgruppe.

⁶ For enkelthets skyld skiller planen mellom eldre i ”sykehjem” og ”hjemmeboende”. Med ”sykehjem” skal forstås boform for heldøgns omsorg og pleie, jf kommunehelsetjenesteloven § 1-3. ”Hjemmeboende” er mennesker som ikke oppholder seg i boform regulert etter forskrift for sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie.

5 Virkemidler og føringer

5.1 Virkemidler og føringer generelt

Bred satsing over tid for å nå mange

Det skal legges til rette for en bred tilnærming med sammensatt virkemiddelbruk, og i flere faser. Formålet med slikt bredt opplegg over flere år, er blant annet *å nå mange uten å være alle steder*. Kommuner og virksomheter skal være godt informert om satsingen.

Tilsyn: tydelige krav og forutsigbare reaksjoner

Å utøve tilsyn innebærer å undersøke, bedømme og reagere med tilstrekkelig kraft i forhold til regeletterlevelse. Dette forutsetter at kravene i regelverket på de enkelte områder er konkretisert, og at det dessuten er tydelig kommunisert til kommuner, helseforetak og personell hva som vil bli undersøkt og bedømt, og hvordan det vil bli reagert. Dette gjelder uavhengig av tilsynsmetode.

Noen utfordringer:

- Satsingen skal gi rom for å utvikle tilsynsrepertoaret, og tilsynsmetode velges ut fra det som skal undersøkes.
- Ressursbesparelse gjennom tilnærminger og materiale som gir mulighet for gjenbruk.
- Tydelige krav: normering og operasjonalisering.
- Å reagere med tilstrekkelig kraft.
- Å følge opp avvik til forholdene er brakt i orden, selv om oppfølging kan være ressurskrevende.
- Å bidra til at virksomhetene i større grad lærer av egne og andres feil. Det må legges vekt på formidling av erfaringer og funn fra tilsyn, og tas i bruk ulike virkemidler for større læringsutbytte.

Ulike tilnæringsmåter og metoder

Eksempler på tilnæringsmåter som kan være aktuelle i stedet for, i kombinasjon med eller forut for systemrevisjon, kan være:

- møter eller intervjuer
- innhenting av dokumenter⁷ og dokumentgransking, herunder også ”selvangivelser” og virksomhetenes egne internrevisjoner
- uanmeldte tilsyn⁸ eller stikkprøver
- varsel om mulig tilsyn til mange - der bare noen faktisk blir ført tilsyn med.

Metoder kan kombineres på ulike måter. Tilnærming må velges ut fra tema og ut fra kunnskap om hvilke framgangsmåter som gir ønsket resultat og er ressurseffektive. Spesielle utfordringer knytter seg til områder med gjentagende svikt.

Oppfølging av tilsyn og reaksjon

Oppfølging og avslutning av tilsyn skal vektlegges spesielt, jf. også strategisk plan 2007-2009. Ulike former for oppfølging vil være aktuelt, men oppmerksomheten bør i stor grad rettes mot virksomhetenes eget ansvar for å utvikle og implementere styringsrutiner. Hvis det avdekkes brudd på lov eller forskrift, skal disse lukkes/bringes i orden. Ethvert avvik kan lede til pålegg hvis ikke virksomheten bringer forholdene i orden.

⁷ Dokumenter kan være resultatdokumenter, som kopi av vedtak, vektlistor, ernæringsjournaler, journaler mv., eller styringsdokumenter, som prosedyrene etter kvalitetsforskriften, kommunenes oppfølging av egen saksbehandling, deres oppfølging av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten mv.

⁸ Varslet gjennom orienteringsbrev men i praksis uanmeldte.

Landsomfattende tilsyn med systemrevisjon

Det skal gjennomføres (minst) to landsomfattende tilsyn med systemrevisjon innenfor rammen av satsingen, i tillegg til den landsomfattende ”tilsynsaksjonen” overfor kommunene som beskrives nedenfor.

5.2 Føringer for tilsyn med kommunene

Det er lagt opp til en femleddet framgangsmåte for tilsynet med kommunene:

- varslings / informasjon
- tilsyn
- reaksjon
- oppfølging
- formidling.

En arbeidsgruppe skal forberede tilsynet; foreslå temaer, operasjonalisere krav og skissere praktisk gjennomføring, herunder utarbeide veiledningsmateriell. Arbeidsgruppen skal konferere eksterne instanser som Helsedirektoratet, KS, fagmiljøer og brukerorganisasjoner.

Det gis følgende føringer for arbeidsgruppens opplegg:

- Tilsynet med kommunene skal ha noen felles områder og temaer, men Helsetilsynet i fylkene/fylkesmennene får også mulighet for selv å velge temaer innen nærmere bestemte rammer, og til å tilpasse tilsynet lokalt ut fra kunnskap om svikt, tidligere erfaringer og øvrige oppgaver.
- Alle kommuner skal settes ”i beredskap”, for eksempel ved at alle kommuner får brev som informerer om planen for tilsyn, om hvilke områder som er aktuelle, og om omfang.
- Det skal ikke føres tilsyn med alle kommuner. Brev kan sendes ut i to omganger. Først til alle kommuner med informasjon, og så til et utvalg kommuner med beskrivelse og presisering av tilsynsområder, operasjonaliserte krav, hvilke dokumenter som ønskes tilsendt, videre opplegg osv. Det skal være tydelig hva tilsynsmyndigheten ønsker å kontrollere og hvordan det vil skje.
- Arbeidsgruppen skal vurdere om det skal innhentes nærmere angitt dokumentasjon fra et utvalg kommuner. Det bør likevel ikke innhentes mer informasjon enn hva som er strengt tatt nødvendig for formålet, jf god forvaltningsskikk.
- Antall kommuner som omfattes av tilsynet vil kunne bli større enn det som er vanlig ved landsomfattende tilsyn.
- Det legges til grunn at andre metoder enn systemrevisjon benyttes i første omgang, men systemrevisjon skal gjennom hele prosessen vurderes som en av flere tilnærminger. Tilsynsmetoder skal velges i henhold til det som skal kontrolleres. Rammer og prinsipper for valg av metoder skal framgå av veiledningsmateriellet.
- Alle tilsyn skal følges opp ”helt fram”, dvs. at uønskede forhold/avvik skal følges til alt er brakt i orden. Mulige reaksjonsformer skal framgå tydelig.
- Det skal legges stor vekt på å spre erfaringer og å bidra til læring, også i kommuner der det ikke har vært tilsyn.

6 Aktiviteter i Helsetilsynet i fylkene, hos fylkesmennene og i Statens helsetilsyn

Aktivitetene er nærmere beskrevet i 6.1-6.3

2009	2010	2011	2012
1) Forberede tilsyn med kommunene (velge områder, utforme tilnærming, formulere krav)	1) Tilsyn med utvalgte kommuner (fase 2 og 3: Innhente informasjon, ev. tilsynsbesøk etc.)	1) Følge opp tilsyn med utvalgte kommuner til alle avvik er lukket.	1) Oppsummere tilsyn med kommuner
Igangsette tilsyn med kommunene (fase 1: informasjon/varsling)			
2) Forberede landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten (gjøre sviktvurderinger)	2) Forberede tilsyn med spesialisthelsetjenesten	2) Tilsyn med spesialisthelsetjenesten	2) Følge opp tilsynene til alle avvik er lukket.
3) Forberede tilsyn med samhandling (gjøre sviktvurderinger)	Forberede tilsyn med samhandling	3) Planlegge tilsyn med samhandling	3) Tilsyn med samhandling
4) Følge med, systematisere, oppsummere kunnskap fra eksterne (forskning) og interne (tilsynssaker, rettighetsklager, planlagt tilsyn) kilder	→	→	→
5) Utvikle vår kompetanse / dele erfaringer (opplæring, samlinger, elektronisk informasjonsutveksling)	→	→	→
6) Formidle funn fra tilsyn og bidra til læring i tjenestene (via ulike formidlingsformer- og arenaer)	→	→	→
7) Samlinger med Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene.	→	→	→

6.1 Tilsyn med virksomheter

Hovedaktivitetene i satsingen kan deles i tre med hensyn til tjenesteområder:

- kommunal helse- og sosialtjeneste
- spesialisthelsetjeneste og
- samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og sosialtjeneste, herunder også fastleger.

1) Tilsyn med kommunene

Fase I: Forberede og igangsette tilsyn med kommunene. Herunder tydeliggjøre kravene (normere) og sende ut brev

Fase II: Videreføre tilsyn med utvalgte kommuner med utgangspunkt i veiledningsmateriell.

Fase III: Følge opp tilsynene.

Fase IV: Oppsummere tilsynene

2) Landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten

Fase I: Forberede tilsyn med spesialisthelsetjenesten. Vurdere svikt og status, oppsummere sviktvurderinger og sammenholde med annen kunnskap.

Fase II: Forberede tilsyn, ferdigstille veileder mv.

Fase III: Gjennomføre tilsyn.

Fase IV: Gjennomføre/følge opp. (Oppsummering i 2013).

3) Landsomfattende tilsyn med samhandling (overganger) mellom tjenester

Fase I: Forberede tilsyn med samhandling. Vurdere sviktområder, og sammenholde med annen kunnskap.

Fase II: Forberede tilsyn, veilederarbeid mv.

Fase III: Slutføre forberedelser, ferdigstille veileder mv.

Fase IV: Gjennomføre tilsyn. (Følge opp og oppsummere 2013-2014).

Arbeidsgrupper for tilsyn med virksomheter

Det vil bli opprettet arbeidsgrupper som skal forberede tilsyn, med deltakelse fra Helsetilsynet i fylket, Fylkesmannen og Statens helsetilsyn. Arbeidsgruppene vil få i oppgave å designe opplegg for tilsynsaktivitetene og gjøre nødvendige forberedelser på bakgrunn av planen og de føringer som blir gitt. Arbeidsgruppene skal ledes av Statens helsetilsyn. Arbeidsgruppens oppgaver etter forberedelsesfasen samt arbeidets varighet, vurderes i det enkelte tilfelle. Arbeidsperiodene til de ulike gruppene kan bli overlappende. Alle arbeidsgrupper skal konferere eksterne instanser i forbindelse med arbeidet.

Krav til design mv. for den arbeidsgruppen som skal forberede tilsyn med kommunene er skissert i kapittel 5. Det vil bli utarbeidet oppdrag til arbeidsgruppene.

6.2 Kunnskapsgrunnlag

4) Følge med, systematisere og oppsummere kunnskap

Gjennom satsingsperioden skal Helsetilsynet i fylkene, fylkesmennene og Statens helsetilsyn følge med, systematisere og oppsummere kunnskap, både egne og eksterne kilder. En stor del av arbeidet vil inngå i forberedelser til og dokumentasjon av tilsyn med virksomheter - altså som en del av det løpende arbeidet med satsingen. Det er også ønskelig å gjøre nasjonale oppsummeringer av planlagte tilsyn på utvalgte områder og av relevante tilsynssaker, dersom ressursituasjonen gir rom for det.

Biblioteket i Statens helsetilsyn vil bistå.

6.3 Utviklingsarbeid

5) Intern kompetanse- og erfaringsdeling

Statens helsetilsyn vil legge til rette for intern deling av kompetanse og utveksling av erfaring. Ansvar for å planlegge, stimulere til og koordinere ulike aktiviteter og tiltak kan legges til en arbeidsgruppe. Intranett er en aktuell arena, og e-postgrupper og telematikk kan tas i bruk, i tillegg til naturlige møtepunkter i tilknytning til øvrig arbeid i satsingen nasjonalt og regionalt. Det vil være aktuelt med erfaringsutveksling og samarbeid både om tilsynsmetoder, tilnærminger i oppfølging av tilsyn, ekstern formidling og presentasjon av funn og erfaringer, og i arbeid med systematisering. Det kan også legges til rette for regionalt samarbeid mellom ulike kontorer om de samme oppgavene.

Helsetilsynet i fylkene/fylkesmennene oppfordres til å knytte kontakt med kompetansemiljøer (høgskoler og universiteter, andre nasjonale kompetansesentra, undervisningssykehjem og andre regionale lokale kompetansemiljøer) for å søke råd, bygge kompetanse og eventuelt få bistand til egen områdeovervåking og i det utadrettede arbeidet mot kommuner og virksomheter.

6) Formidling og læring

Det legges også opp til fokus på ekstern formidling og på aktivt bidrag til læring av tilsyn, både i kommuner og virksomheter som har hatt tilsyn og i andre enheter. Innspill fra og samarbeid med andre aktører, for eksempel KS, vil være aktuelt.

7) Samlinger med Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene

Hvert år i planperioden vil Statens helsetilsyn ha hovedansvar for felles samlinger med ansatte hos Helsetilsynet i fylket og Fylkesmannen som er involvert i satsingen. Samlingene skal understøtte de ulike aktivitetene i satsingen. Aktuelle temaer vil bli vurdert løpende. I 2009 vil samlingen romme metodeskolering, med vekt på alternative tilsynsmetoder, som en videreføring av metodeprosjektet.

7 Arbeidsformer og samarbeid

7.1 Arbeidsgrupper

Egnede arbeidsformer vil vurderes løpende med tanke på oppgavene som skal løses. Noen arbeidsgrupper skisseres likevel i forhold til hovedaktivitetene, jf. kapittel 6:

- Arbeidsgruppe for tilsyn med virksomheter
- Arbeidsgruppe for kompetanse- og erfaringsdeling
- Arbeidsgruppe som skal forberede samlinger.

7.2 Annet samarbeid/arenaer

- Koordinering internt i Statens helsetilsyn, med bl.a. spesialisthelsetjenesteprojektet. Gjensidig ansvar med hensyn til informasjon og koordinering.
- Ordinære møter med tilsynslederne.
- Møter med Helsedirektoratet på avdelingsnivå (minimum) to ganger per år.
- Samkjøring av møter med fylkesmannsembetene.
- Samarbeid med Helsedirektoratet i forbindelse med operasjonalisering av krav.
- Samarbeid med Helsedirektoratet om Omsorgsplan 2015

- Møter med KS, RHF-ene og eventuelle andre eksterne instanser – avhengig av innretning og behov.
- Bistand fra eksterne kompetansemiljøer: Høgskoler og universiteter, andre nasjonale kompetansesentra, undervisningssykehjem og andre regionale kompetansemiljøer

8 Informasjon og dokumentasjon

Statens helsetilsyn vil planlegge et informasjonsopplegg for ekstern formidling av resultater og funn. Fagavdelingene i Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylkene/fylkesmennene leverer innhold til de sentrale informasjonskanalene Losen, helsetilsynet.no, Tilsynsmeldingen og artikler i tidsskrifter mv.

Andre viktige kanaler kan være:

- Møter med kommuner, KS og fylkesmennene
- Samlinger med kommuner
- Kurs og konferanser for helse- og sosialpersonell, for eksempel regionale konferanser for ulike målgrupper
- Lokale media
- Ulike lokale skrifter (rapporter, meldinger, nyhetsbrev)
- Samordningsforum for Omsorgsplan 2015
- Samordningsutvalg for KS og spesialisthelsetjenesten
- Tilsynskonferanser
- Tilsynsrapporter – disse kan utvikles
- Korte, populariserte presentasjoner av tilsynsrapporter
- Oppfølgingsmøter (med tilsynsobjektene)
- Årlig samling med alle rådmenn og ordførere hvert år i januar i regi av fylkesmennene
- Fylkesmannens hjemmesider

Aktuelle dokumenter:

- Kunnskapsoppsummeringer
- Rapporter fra tilsyn
- Dokumenter fra arbeidsgrupper
- Dokumenter med prosesskarakter, jf. vurderinger og justeringer underveis.

9 Justeringer og evaluering

Dette er en rammeplan som legger til grunn at aktiviteter skal vurderes og eventuelt justeres på bakgrunn av de erfaringer som høstes, og etter de innspill vi mottar og inviterer til underveis. Innretning, metodebruk og resultater skal vurderes jevnlig. Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene vil være viktige aktører i dette arbeidet. Justeringer skal legges inn i aktivitetsplaner som skal utarbeides for hvert år.

Vedlegg:

- [Embetsoppdrag til Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene.](#)