

Oppsummering av satsinga på tilsyn med helse- og omsorgstenester til eldre 2009–2012

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene



RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 1/2014

FEBRUAR
2014

Rapport fra Helsetilsynet 1/2014

Oppsummering av satsinga på tilsyn med
helse- og omsorgstenester til eldre 2009–2012

Februar 2014

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgåve)
ISBN: 978-82-90919-69-1 (elektronisk)
ISBN: 978-82-90919-70-7 (trykt)

Denne rapporten finst på nettstaden til
Helsetilsynet www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Trykt og elektronisk versjon: 07 Media

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhald

Forord	5
ARTIKKEL 1	
Satsinga på tilsyn med tenester til eldre – frå risikoinformasjon til plan til resultat	7
Kunnskapsgrunnlag og risikoinformasjon	7
Aktivitatar og resultat	8
Eit viktig bidrag til å utvikle tilsynsarbeidet vidare.....	9
ARTIKKEL 2	
Trygge nok tenester til skrøpelege eldre? Funn frå planlagde tilsyn 2010–2012	10
Kommunale tenester til skrøpelege eldre	10
Behandling av eldre med hoftebrot i spesialisthelsetenesta.....	14
Behandling av eldre med hjerneslag i spesialisthelsetenesta.....	15
Tilsynsfunn som sjekkpunkt i eigenkontroll.....	16
ARTIKKEL 3	
Kva er godt tilsyn? Utpøving av ulike tilsynsformer	17
Grunnleggjande prinsipp for tilsyn	17
Ulike undersøkingmetodar – ulike styrkar og avgrensingar	18
Stikkprøvetilsyn	18
Umelde tilsyn	20
Sjølvmeldingstilsyn	20
Tilsyn med fastlegar	21
Erfaringar og perspektiv	22
Kan vi styrkje læringsutbyttet i tenestene ved å bruke ulike metodar i planlagde tilsyn?	22
Metodeutvikling og kompetanseutfordringar – kva skal til for å gjere gode tilsyn?	22
ARTIKKEL 4	
Ekstra tilskotsmidlar – ei vitamininnsprøyting for tilsynsarbeidet	23
Formidlings- og spreingsaktivitet	23
Eksempel frå fire fylkesmenn	24
Erfaringar og refleksjonar frå samlinga hausten 2012	25
Metodeutpøving i planlagt tilsyn	25
Online-verktøy 1: «Sjølvmeldingstilsyn» med legemiddelhandtering	26
Online-verktøy 2: Innhenting av AMK-data om ventetid ved hoftebrot	26
Online-verktøy 3: Eigenkontroll av førebyggjande ernæringsarbeid	26

Online-verktøy 4: Innhenting av informasjon om samhandling ved hjerneslag. 27	
Tenestebrukarar og pårørande som informasjonskjelder i tilsyn med brukarmedverknad i heimetenestene.....	27
Kartleggingar	28
Fall-prosjekt i Midt-Noreg	28
Terskelundersøkinga 2010 – kartlegging av tildeling av sjukeheims plassar .	28
Variasjon i tilgang til rehabiliteringstenester	29
Tilskot med stor effekt	29
ARTIKKEL 5	
Ja – tilsyn verkar!	30
Relevante tilsynsystema og god dialog bidrog positivt.....	31
Kven tok del og kva blei gjort i endringsarbeidet i kommunane etter tilsyn?	31
Kva tiltak sette kommunane i gang etter tilsynet?	31
Kva skjedde i kommunar som ikkje fekk påvist lovbrøt?.....	32
Blei det skapt ringverknader av tilsynet i andre delar av tenestene?	32
Tilsynsresultat – relevante for politikarar?	33
Statens helsetilsyn og fylkesmennene: Oppløftande, men utfordrande tilbakemeldingar	33
Kva er nødvendig for at tilsyn skal verke?	33
VEDLEGG	
1 Oversikt over tilsyn og tema	35
2 Andre formidlings- og spreingsprosjekt finansierte med tilskotsmidlar 2010–2012.....	37
3 Publikasjonsliste frå tilsynssatsinga.....	39
Čoahkkáigeassu.....	43
English summary	44

Forord

Statens helsetilsyn og fylkesmennene gjennomførte i 2009–2012 ei større satsing på tilsyn med tenester til eldre. Satsinga blei første gongen omtalt i St.prp. nr. 1 (2008–2009). Det blei understreka at satsinga ville omfatte både kommunale tenester og spesialisthelsetenester, og at ulike tilsynsmetodar skulle takast i bruk. I perioden 2010–2012 fekk fylkesmennene og Statens helsetilsyn ei årleg ekstraløyving på fire millionar kroner som medverka til å styrkje tilsynet med tenestetilbodet til eldre ytterlegare.

Tidsplanen for satsinga omfatta opphavleg eitt år med tilsyn i kommunane, eitt år med tilsyn i spesialisthelsetenesta og eitt år med tilsyn med samhandlinga mellom ulike nivå og aktørar i helse- og omsorgstenestene. I tillegg kom eit år med tilrettelegging av kommunetilsynet. I 2011 fann Statens helsetilsyn at arbeidet med samhandlingsreforma var kommen for kort til at det var tenleg med eit landsomfattande tilsyn allereie i 2012. Det siste året av satsinga blei arbeidet derfor retta inn mot å avslutte tilsyn som var gjennomførte i 2010–2011, summere opp og spreie funn frå desse tilsyna, føre vidare tiltak som er støtta av tilskotsmidla, og lokale tilsyn etter risikovurdering og prioritering i fylkesmannsembeta.

Denne sluttrapporten gir ei samla oversikt over alle aktivitetane som har vore gjennomførte innanfor denne satsinga. Likevel blir dette berre nokre kikkhol inn i eit mangfald av aktivitetar. Satsinga har utløyst eit stort engasjement frå fylkesmennene både i planlegginga og gjennomføringa.

Rapporten er bygd opp som ei samling med artiklar. Artiklane gjer greie for funn og erfaringar frå kontrollaktivitetar og skildrar dei arbeidsformene og tilnæringsmåtene som tilsynsorganet har brukt i satsinga. Artikkelsamlinga bør vere interessant både for Helse- og omsorgsdepartementet, Helse- og omsorgstenesta, fylkesmennene, andre tilsynsorgan og leiarar i helse- og omsorgstenesta. Statens helsetilsyn håper artiklane kan stimulere til samtalar og diskusjonar hos tenesteleverandørar om kva som skal til for å bygge robuste tenestetilbod til skrøpelege eldre. Vi håper at rapporten også kan medverke til ein opplyst og nyansert debatt om tilsyn som bidrag til forbetningsarbeid i helse- og omsorgstenesta. For Statens helsetilsyn og fylkesmennene har satsinga gitt erfaringar som utfordrar til vidare utvikling av tilsynsarbeidet.

Statens helsetilsyn har på www.helsetilsynet.no ein egen meny med materiale frå satsinga, sjå under Tilsyn / Tilsyn med tjenester til eldre.

Den nye lova om kommunale helse- og omsorgstenester tok til å gjelde 1.1.2012. Frå dette tidspunktet er enkelte tenester som tidlegare blei kategoriserte som «sosialtenester», komne inn under omgrepet «omsorgstenester». «Helsetilsynet i fylket» fall bort som organisatorisk nemning for tilsynsverksemda fylkesmannen har på helse- og omsorgsområdet. For å gjere det enkelt nyttar vi dei nye nemningane i denne rapporten.



ARTIKKEL 1

Satsinga på tilsyn med tenester til eldre – frå risikoinformasjon til plan til resultat

I denne artikkelen summerer Statens helsetilsyn opp det som har skjedd i den fireårige satsinga på tilsyn med tenester til eldre – frå arbeid med risikoinformert kunnskapsgrunnlag til prosjektplan og gjennomføring.

I åra 2009–2012 gjennomførte Statens helsetilsyn og fylkesmennene ei eiga satsing på tilsyn med tenester til eldre menneske med samansette behov.

Med satsinga ønskte tilsynsorganet

- å gjere krava frå tilsynsorgana tydelege på dei aktuelle tenestemåra
- å kontrollere at verksemdene følgjer lovkrava
- å avdekkje og følgje opp svikt og uønskte tilhøve i tenestene

Val av tema både i kommunale tenester og i spesialisthelsetenesta var basert på ein brei gjennomgang av kunnskap frå tidlegare tilsyn og nyare norsk forskning.

Vi ønskte å rette merksemda mot forhold ved tenestene som peikte seg ut som særleg sårbare med tanke på svikt og kritiske feil som kan ha alvorlege konsekvensar for skrøpelege eldre.

Kjernen i tilsyn er lovlegkontroll. Det inneber å kontrollere at verksemdar og eigarane deira følgjer krava som er fastsette i lov- og regelverk, og å reagere dersom krava ikkje er oppfylte. Lovlegkontroll føreset at det er stilt tydelege

krav til tenestene. Formidling og dialog er sentralt i alle delar av tilsynsarbeidet: i varsel om tilsyn og anna førebuing, ved gjennomføring av sjølv lovlegkontrollen og i avslutning av tilsyna når avvika er retta. Tilsynsorganet skal medverke til å motivere verksemdene til å sikre at dei følgjer regelverket i notid og framtid. Det krev ikkje berre at ein bruker lovene korrekt, men også at ein har gode kommunikasjonsevner.

Utover lovlegkontrollen har satsinga vore eit formidlingsprosjekt der leiarar og tilsette i tenestene har vore målgrupper. Eit sentralt mål har vore å ikkje berre nå dei verksemdene som har hatt tilsyn, men også likearta verksemdar i same eller andre kommunar og helseføretak som ikkje har hatt tilsyn. Parallelt har satsinga vore eit bidrag til å utvikle metoderegisteret til tilsynsorganet vidare – til dette høyrer også formidlingsformer.

Kunnskapsgrunnlag og risikoinformasjon

Satsinga på tilsyn med tenester til eldre tok utgangspunkt i eit kunnskapsgrunnlag som viste kjend, høg førekomst av svikt i tenester til eldre.

Gjennom det første tiåret av 2000-talet avdekte tilsyn med tenestene som kommunane ytte til dei eldre, gong på

gong urovekkjande mange lovbrøt. Sviktande styring og manglande merksemd frå leiarar for å førebyggje uønskte hendingar og kritiske feil var ein gjengangar. I fleire tilfelle blei det også avdekt at opprettinga av påviste lovbrøt ikkje alltid førte til varig endring og meir forsvarleg drift på lengre sikt. Vi peikte på desse områda for svikt i prosjektskildringa for satsinga:

- mangelfullt omfang av tenester
- for lita vekt på brukarmedverknad og individuell tilrettelegging
- mangelfull ansvars plassering, kommunikasjon og koordinering
- uforsvarleg dokumentasjon og journalføring
- mangelfull kompetanse og opplæring
- utilstrekkelege styringssystem
- kvalitetsforskrifta og anna regelverk var ikkje godt nok kjende og følgde

Svikt i overgangar mellom tenester og nivå var også kjend frå fleire tilsyn. Mangelfull samhandling mellom tenester rammar særleg menneske som er avhengige av fleire ulike tenester. Samhandlinga mellom heimesjukepleia og fastlegen til pasienten er ofte eit svakt punkt.

I spesialisthelsetenesta var det gjennomført relativt få planlagde tilsyn som var avgrensa til å gjelde tenester til eldre med samansette behov. Nokre landsomfattande tilsyn hadde derimot vore retta mot tenesteområde i spesialisthelsetenesta der det er mange eldre pasientar. Dette gjaldt blant anna tilsyn med pasientbehandlinga i akuttmottaka i 2007.

For å supplere kunnskapsgrunnlaget til tilsynsorganet gav Statens helsetilsyn i oppdrag til Diakonhjemmets Høgskole å søkje fram og samanfatte kunnskapen om svikt i tenester til skrøpelege eldre. Samanfatinga byggjer på nyare norsk forskning og gjer greie for sårbare situasjonar og sviktande forhold både i kommunale tenester og i spesialisthelsetenesta. Ho skildrar også utfordringar knytte til samhandlinga mellom dei to nivåa.¹

1 LW Sørbye, EW Grue, E Vetvik, 2009 Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre (sjå vedlegg 3, avsnitt 1). www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/kunnskap_svikt_jenester_skrøpeligeeldre2009.pdf

Som ein del av førebuingane til landsomfattande tilsyn i 2011 med spesialisttenester til eldre gjennomførte Statens helsetilsyn også ei risikovurdering der eit fagpanel peikte ut dei viktigaste risikoområda innanfor dette tenestefeltet.²

Aktivitetar og resultat

Betydeleg tilsynsvolum

Satsinga på tilsyn med tenester til eldre var breitt og ambisiøst. Ho omfatta heile tenestekjeda med både kommunale tenester og spesialisthelsetenester, og eit breitt spekter av tilsynsystema og tilsynsmetodar var tekne i bruk. Med ulike tilnæringsmåtar undersøkte fylkesmennene fleire av dei kommunale helse- og omsorgstenestene: identifi- sering, utgreiing og oppfølging av heimebuande eldre med demenssjukdom, legemiddelhandtering og legemiddelbehandling, førebygging og behandling av underernæring, rehabilitering i sjukeheim og behandling av søknader om avlasting for pårørande. Fylkesmennene kunne setje saman ei «tilsynspakke» med utgangspunkt i leveransekrav og rettleiarar utarbeidde av Statens helsetilsyn.

I 2010 og 2011 blei det gjennomført meir enn 500 tilsyn i om lag 70 prosent av kommunane og bydelane i landet. To tredelar av tilsyna avdekte lovbrøt.

Mange fylkesmannsembete har på eige initiativ valt å føre vidare tilsyn med tenester til eldre etter 2011. I 2012 og 2013 er det gjort over 100 tilsyn etter opplegget frå satsinga. Også her er det god spreing i val av tilsynsystema og tilsynsmetode.

I 2011 blei søkjelyset sett på spesialisthelsetenesta. Det var valt ut to tema: behandling av eldre med hjerneslag og behandling av skrøpelege eldre med hoftebrøt.

Det blei gjennomført 29 tilsyn med korleis spesialisthelsetenesta behandla

2 Identifisering av risikoområder innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre – oppsummeringsrapport. Statens helsetilsyn, Internserien 15/2010 (sjå vedlegg 3, avsnitt 1). www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/risiko_spesialisthelse_eldre_internserien_15_2010.pdf

eldre med hjerneslag. Tilsyna blei gjennomførte i alle fire helseregionane, i 17 helseføretak og eitt privat sjukehus. Tilsyn med tilbodet som spesialisthelsetenesta har til skrøpelege eldre med hoftebrot, blei gjennomført i alle fire helseregionane og i 14 helseføretak. Til saman blei det gjort 23 tilsyn, 19 av dei blei gjennomførte som stikkprøvetilsyn. Fylkesmennene i helseregion vest nytta systemrevisjon som metode i fire slike tilsyn, her var også temaet noko utvida.

Draghjelp frå ekstra tilskotsmidlar

I satsingsperioden fekk Statens helse- tilsyn fire millionar kroner årleg frå Helse- og omsorgsdepartementet for å styrkje tilsynsarbeidet hos fylkesmennene. 16 av 18 fylkesmenn gjennomførte ulike prosjekt. Prosjekta kan delast i tre kategoriar.

Metodeutprøving. Tre av fylkesmennene har prøvd ut alternative metodar for å samle inn fakta og informasjon frå verksemdene:

- utprøving av ulike online-verktøy i gjennomføring av tilsyn
- brukarar og pårørande som informantar i tilsyn retta mot brukar-medverknad

Kartleggingar. To av fylkesmennene har gjennomført kartleggingsundersøkingar for å skaffe oversiktskunnskap om delar av tenestetilbodet til skrøpelege eldre. Formålet har vore å få kunnskap om korleis kommunar og føretak arbeider for å sikre at tenestebukarar får det teneste- og behandlingstilbodet dei har behov for og rett til. Kunnskapen har vore nytta som grunnlag for risikovurderingar, for å velje tema for tilsyn lokalt og for å velje verksemdar som det kan vere aktuelt å gjennomføre tilsyn i.

Formidlings- og spreingsaktivitetar.

13 av fylkesmennene har prøvd ut ulike aktivitetar for å stimulere til dialog om tilsyn og til bruk av resultat og erfaringar frå tilsyn i forbetningsarbeid i helse- og omsorgstenesta. Målgruppa for aktivitetane har vore kommunar og føretak som har hatt tilsyn, men også verksemdar som yter liknande tenester og ikkje har hatt tilsyn.

Erfaringane frå desse prosjekta blir gjorde greie for og drøfta nærare i artikkel 4.

Statens helsetilsyn har også gjennomført to eksterne prosjektoppdrag:

- Online eigenkontroll av ernæringsarbeid – eit tilbod til kommunane (sjå artikkel 4)
- «Verkar tilsyn? Deskriptiv undersøking av kommunalt endringsarbeid etter tilsyn med tenester til eldre» (sjå artikkel 5)

Eit viktig bidrag til å utvikle tilsynsarbeidet vidare

Satsinga har stimulert tilsynsarbeidet både i Statens helsetilsyn og hos fylkesmennene. Statens helsetilsyn er nøgd med at satsinga langt på veg har vore gjennomført som planlagt. Metodeutprøving og ulike former for formidlingsaktivitetar har gitt eit godt erfaringsgrunnlag for å kunne utvikle arbeidet i tilsynet vidare, også på andre tenesteområde. Statens helsetilsyn og fylkesmennene er opptekne av å skape meirverdi av tilsynsarbeidet. Eitt verkmiddel er tilsynsrapportane. Dei gir leiarar og tilsette i den enkelte verksemda grunnlag for å reflektere over og samtale om kva område i tenestetilbodet som sviktar, og om korleis tenesteytinga kan forbetrast. Tilsynsrapportane kan også vere effektive inspirasjonskjelder for kommunar og helseføretak som ikkje sjølv har vore utsette for tilsyn. Formidling og spreing av tilsynsfunn har vore eit sentralt innslag i satsinga på tilsyn med tenester til eldre. Dette blir nærare omtalt i artikkel 4.



ARTIKKEL 2

Trygge nok tenester til skrøpelege eldre? Funn frå planlagde tilsyn 2010–2012

Tilsyn er risikoinformerte. Tilsynsorganet leitar der det er mest sannsynleg at det finst svikt som får alvorlege konsekvensar for særleg sårbare brukargrupper. Funn frå risikoinformerte tilsyn er ikkje nødvendigvis representative for tilstanden i alle kommunane og helseføretaka i landet – men dei teiknar eit bilete av feil og risiko som vi må ta alvorleg.

I denne artikkelen summerer Statens helsetilsyn opp dei viktigaste funna som fylkesmennene gjorde gjennom den fireårige satsinga på tilsyn med tenester til eldre. Tilsyna som er samanfatta her, blei gjennomførte i perioden 2010–2012. Det blei påvist ei lang rekkje lovbrøt. Fylkesmennene avslutta først tilsyna når dei var rimeleg sikre på at lovbrøta var retta opp. Men den typen manglar og svikt som blei avdekt, er knytte til vesentlege og sårbare delar av tenesteutøvinga og treng vedvarande merksemd frå leiarar og tilsette i kommunar og helseføretak.

Kommunale tenester til skrøpelege eldre

I 2010–2011 blei det gjennomført tilsyn i over 500 verksemder i helse- og omsorgstenestene til kommunane. Det blei påvist lovbrøt i om lag to tredelar av dei.

Tilsynet omfatta fleire kommunale tenesteområde og tiltak som har mykje å seie for skrøpelege eldre med omfattande hjelpebehov:

- identifisering, utgreiing og oppfølging av heimebuande eldre med demenssjukdom
- legemiddelhandtering og legemiddelbehandling
- førebygging og behandling av underernæring
- rehabilitering i sjukeheim
- behandling av søknader om avlasting for pårørande

Både heimetenester, det vil seie heime-sjukepleie og praktisk hjelp (heimehjelp m.m.), sjukeheimar, fastlegar og kommunale einingar som behandlar søknader om tenester, blei utsette for tilsyn. Samarbeidet mellom ulike instansar, som til dømes mellom heimetenesta og fastlegar, blei også undersøkt.

Ikkje gode nok tenester til heimebuande tenestebukarar med demenssjukdom

Demens rammar svært mange menneske. Over 70 000 personar har demenssjukdom i Noreg. Minst halvparten bur truleg i eigen heim. Førekomensten av sjukdommen stig med aukande alder. Pasientar med demenssjukdom har ikkje alltid innsikt i utviklinga av sin eigen sjukdom, og dei kan heller ikkje alltid gi tydeleg uttrykk for kva dei treng hjelp og bistand til. Dette er tenestebukarar som kan ha særlege behov for tilrettelagde og heilskaplege tenester over tid. Kontinuitet i tenesteytinga og samarbeid mellom ulike aktørar i helsetenesta er som oftast avgjerande for at tenestetilbodet skal vere fagleg forsvarleg.

Tilsynet undersøkte om kommunen hadde på plass tiltak og aktivitetar som sikra at personar med demenssjukdom blei fanga opp, utgreidde og følgde opp, inkludert korleis samarbeid med fastlegen blei teke hand om. Målgruppa var heimebuande eldre som fekk helse- og omsorgstenester frå kommunen.

Tilsynet blei utført som systemrevisjon i til saman 65 kommunar. I 23 av desse kommunane undersøkte fylkesmennene også kva slags utgreiningar 41 fastlegar set i verk når dei har mistanke om demenssjukdom hos eldre pasientar, og korleis dei følgjer opp den medisinske behandlinga av desse pasientane.

Tilsynet avdekte at mange av kommunane ikkje hadde innarbeidd tiltak for å fange opp pasientar med demens, og dei sørge heller ikkje for tilvising til lege for å få utgreidd sjukdom. Likeins mangla kommunane rutinar for å kunne oppdage endringar i behova til pasientane. Den interne informasjonsutvekslinga mellom helsearbeidarane i heime-tenesta var mangelfull. Oppgåvefordelinga og samarbeidsforma mellom fastlegar og heimesjukepleie var heller ikkje alltid avklart. Tilsynet viste at det var dårleg kontinuitet i tenestetilbodet i mange av kommunane. Det var eksempel på at somme pasientar med demenssjukdom hadde hatt opptil 26 ulike tenesteytarar på éin månad.

Fleire av kommunane mangla kompetanseplanar, og internopplæringa var mange stader tilfeldig og mangelfull. Utan tilstrekkeleg kompetanse er det fare for at demenssjukdom hos tenestebukarar ikkje blir oppdaga, at endringar i behova ikkje blir fanga opp, og at den daglege tenesteytinga ikkje har god nok kvalitet. Når medarbeidarane heller ikkje har felles forståing for korleis arbeidsoppgåvene skal løysast, blir det opp til den enkelte tilsette korleis det blir gjort. Saman med manglande informasjonsflyt og manglande kontinuitet i tenestetilbodet kan dette gi ein tilfeldig og lite konsistent praksis og auke faren for svikt i tenestutøvinga hos den enkelte pasienten. Dette kan føre til at personar ikkje blir utgreidde for demenssjukdom og heller ikkje får den medisinske behandlinga og hjelpa dei treng. For personar med demens, som ofte manglar innsikt i sin eigen sjukdom og ikkje kan gi uttrykk for egne behov, kan dette få alvorlege konsekvensar. Stadig skiftande personell som kjem til ulike tider og møter den enkelte på ulike måtar, kan medverke til auka forvirring og ha ein negativ innverknad på sjukdomsutviklinga hos den enkelte.

Helsetilsynet forventar at kommunen har på plass tiltak og ordningar som tek hand om dei særskilde behova som personar med demens har. Leiinga må til dømes vurdere organisatoriske tiltak som kan avgrense talet på personar som gir hjelp til demente. God rapporterings- og dokumentasjonspraksis skal sikre at medarbeidarane heile tida veit kva hjelp den enkelte pasienten skal ha, og kva andre kollegaer har observert, planlagt og gjort.

Tilsynet førte til at fleire lovbrøt blei retta opp. Men det må ikkje bli ei sovepute. Leiinga må ta tak i og planleggje, organisere og styre tenestene aktivt, systematisk og kontinuerleg for å førebyggje uønskete hendingar og feil i tenestutøvinga overfor ei pasientgruppe som i større grad enn mange andre grupper treng å møte observant og kompetent helsepersonell.

Ikkje trygg nok legemiddelhandtering og legemiddelbehandling

Kroniske sjukdommar og andre plager gjer at mange eldre bruker fleire legemiddel. Ifølgje data frå Reseptregisteret får halvparten av alle over 70 år resept på minst fem ulike legemiddel årleg, og kvar femte får resept på meir enn ti legemiddel. Risikoen for biverknader og andre legemiddelproblem aukar når mange legemiddel blir brukte samtidig. Aldersforandringar gjer i seg sjølv pasienten meir sårbar for uheldige verknader av legemidla. Å få teke medisinar riktig kan vere ei utfordring, og mange heimebuande eldre treng hjelp frå heimesjukepleia til å handtere legemidla.

I 2010 og 2011 blei det gjennomført tilsyn med legemiddelhandteringa og legemiddelbehandlinga i kommunane. I 19 kommunar blei dette undersøkt gjennom systemrevisjon, i 164 kommunar ved såkalla sjølvmeldingstilsyn (eigenkontroll). I tillegg blei det gjort tilsyn med legemiddelbehandlinga til 15 fastlegar. Funna frå 2010 og 2011 var samanfallande.

Døme på funn:

- Det var uklart kven som hadde leiaransvar for handteringa av legemiddel. Leiarar som hadde dette ansvaret, hadde ikkje nødvendig legemiddelkompetanse og hadde heller ikkje utnemnt fagleg rådgivar.
- Ikkje alt personell som deltok i handteringa av legemiddel, hadde nødvendige faglege kvalifikasjonar. Leiinga vurderte heller ikkje konkret kompetansen til den enkelte medarbeidaren, og gjennomførte ikkje opplæringsplanar som kravet var. Vikarar og ufaglærte mangla opplæring.
- Fylkesmennene fann mangelfull journalføring blant anna av diagnoser, aktuelle legemiddel og samhandling med fastlegen.
- Fylkesmennene fann mangelfulle prosedyrar og rutineskildringar som ikkje var oppdaterte etter gjeldande forskrift. Prosedyrane blei heller ikkje gått gjennom regelmessig for å sjå om det var behov for justeringar.

- Kommunen hadde ikkje skaffa seg oversikt over risikoen for svikt i handteringa av legemiddel.
- Opplæring i å melde frå om uønskte hendingar og feil i legemiddelhandtering og legemiddelbehandling var mangelfull, og avviksmeldingar blei lite brukte i forbetningsarbeid.

Legemiddelhandtering og legemiddelbehandling er velkjende risikoområde. Pasientane er som oftast ikkje i stand til å seie frå sjølv når legemiddel ikkje blir gitt riktig. Personellet som hjelper med legemiddelhandteringa, må kunne observere problem som oppstår, og rapportere vidare slik at heimesjukepleia kan følgje opp og om nødvendig sørge for legetilsyn. Tilstreккеleg fagleg kompetanse og nøyaktig arbeid i alle ledd av legemiddelhandteringa er avgjerande for at behandlinga med legemiddel skal vere trygg.

For lite kunnskap om ernæringsproblem hos eldre

Studiar har vist at mange pleietrengande eldre, både i sjukeheimane og i heime-tenesta, er underernærte eller står i fare for å utvikle underernæring. Underernæring kan gi redusert motstand mot infeksjonar, forverre den fysiske og mentale funksjonen, redusere livskvaliteten og auke dødelegheita. I juni 2009 gav Helsedirektoratet ut Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (IS-1580). Retningslinjene gir uttrykk for kva som blir rekna for god praksis på området, og omfattar både primær- og spesialisthelsetenesta. Formålet med tilsynet var å undersøkje om kommunane tok hand om forebygging og behandling av underernæring hos eldre som fekk helse- og omsorgstenester. Fylkesmennene bestemte sjølv om dei ville gjennomføre tilsynet i sjukeheimane eller i heimetenesta.

Tilsynet blei på dei to åra gjennomført i 37 kommunar og bydelar. Eit hovudfunn i eit fleirtal av tilsyna var at tenestene mangla ein innarbeidd og kjend praksis for å kartleggje og vurdere ernærings situasjonen hos nye tenestebukarar. Mangelfull opplæring og kompetanse om ernæring gjekk også

att. Dei nasjonale faglege retningslinjene frå Helsedirektoratet i 2009 var lite kjende.

Det daglege arbeidet med å førebyggje og behandle underernæring hos eldre tenestebrukarar var ofte mangelfullt. Det var ikkje gjort greie for eller avklart korleis ein vidare skulle ta tak i det arbeidet med ernæringsproblem. Kommunane hadde heller ikkje tiltak på plass for å kunne vurdere om hjelpa som blei gitt, var formålstenleg og tilstrekkeleg.

Statens helsetilsyn meiner det er fare for at eldre med ernæringsproblem ikkje blir fanga opp av tenesteapparatet i kommunen, og at dei dermed ikkje får den hjelpa dei treng til å dekkje dei grunnleggjande behova sine for mat og drikke.

For lite tverrfagleg arbeid i rehabiliteringa ved sjukeheimane
Målretta tverrfagleg rehabilitering har vist seg å forbetre evna til eigenomsorg og sosial deltaking også hos pasientar som har redusert funksjonsevne på grunn av alder, og sjølv om vedkommande har andre sjukdommar i tillegg.

Kommunane skal yte nødvendig helsehjelp til innbyggjarane sine, til dette høyrer også rehabilitering. Pasientar i sjukeheim med behov for rehabilitering har rett til å få tilbodet, uavhengig av kor lenge det varer, og kva formålet med opphaldet er. Sjukeheimen må sørgje for å fange opp og vurdere behovet og sikre at det blir tverrfagleg gjennomført.

I 2010 og 2011 blei det gjennomført tilsyn i 21 kommunar. Det blei undersøkt om kommunen hadde nødvendige rehabiliteringstiltak til eldre som budde mellombels eller permanent på sjukeheimen. I begge åra blei det avdekt at det tverrfaglege samarbeidet om rehabilitering av eldre bebuarar på sjukeheim ikkje fungerte godt nok.

Døme på funn:

- Kommunane hadde ikkje gode nok rutinar som sikra at tverrfagleg samarbeid fungerte i praksis.

- Fleire kommunar hadde ikkje tiltak som sikra at behovet som bebuarane hadde for rehabilitering, blei kartlagt, at det blei utarbeidd ein rehabiliteringsplan, og at planen blei gjennomført, evaluert og justert.
- I sjukeheimane der rehabiliteringsbehovet blei fanga opp og tiltak blei sette ut i livet, var evalueringa av rehabiliteringstiltaka ofte eit svakt punkt.
- Kompetanse og opplæring var ikkje høgt nok prioritert.
- Samarbeidet med fysioterapeut og lege var lagt for dårleg til rette.

Det blei gjennomført tilsyn med rehabilitering i relativt få kommunar. Statens helsetilsyn er likevel uroleg for at dei lovbrota som blei avdekte, speglar situasjonen i sjukeheimane i mange fleire av kommunane i landet.

Mangelfull saksbehandling ved søknader om avlasting
Pårørande som har omsorg for skrøpelige eldre som bur i eigen heim, har krav på avlasting dersom dei har behov for det. I 2010–2011 gjekk fylkesmennene gjennom saksbehandlinga av søknader om avlasting i 141 kommunar. I dei aller fleste av desse kommunane oppfylte ikkje saksbehandlinga krava i lova. Omsorgsbyrda til pårørande, situasjonen deira og behovet for avlasting blei ikkje kartlagt og vurdert. Utgreingane var mangelfulle og skjematisk, og dette førte til at vedtaka verken var godt grunngitte eller riktig heimla. Fleire vedtak inneheldt standardformuleringar med lik grunngeving som i liten grad reflekterte dei individuelle behova til brukarane og deira pårørande. Mange feil i lovtilvisingar og samanblanding av korttidsopphald og avlasting tyder på at det er for dårleg kjennskap til regelverket.

Mangelfull saksbehandling er eit rettstryggleiksproblem. Det kan føre til at omsorgsmottakarane og deira pårørande ikkje får vurdert tenestebehova sine etter krava i lovgivinga, og at dei ikkje får det tenestetilbodet dei har krav på. Det er alvorleg slik Helsetilsynet vurderer det.

Kommunale tenester til eldre: samla vurdering

Innanfor alle tilsynsystema blei det gjort funn som viser at mange kommunar hadde ein betydeleg veg å gå når det gjeld å sørge for tydeleg ansvars- og oppgåvefordeling, nok personell med rett kompetanse til å utføre oppgåvene, nødvendige føringar for korleis oppgåvene skal gjennomførast, tilstrekkeleg opplæring og gode system for dokumentasjon, høve til å melde frå når noko går gale, og hjelp til å førebyggje at feil gjentek seg. Systematisk styring og leiing er nødvendig for å sikre at skrøpelege eldre med behov for medisinsk behandling og omsorg får den hjelpa dei har krav på.

Leiinga i kommunen har ansvaret for å planleggje, organisere og styre tenesteytinga. Tilsynet viste at leiinga ikkje alltid tok dette ansvaret fullt ut. I fleire kommunar blei det ikkje gjort noka risikovurdering av tenestområdet, og dei høva ein har for å lære av uønskte hendingar og eigne feil, ble ikkje nytta systematisk i forbetningsarbeid.

Behandling av eldre med hoftebrot i spesialisthelsetenesta

Hoftebrot – eit stort helseproblem for eldre

Årleg får om lag 9000 personar i Noreg hoftebrot. Dei fleste er over 80 år. Mange av pasientane i denne aldersgruppa har helseproblem frå før. Ved hoftebrot er dei særleg utsette for alvorlege konsekvensar i form av tapt funksjonsevne, redusert livslengd, større behov for hjelp og større behov for institusjonsomsorg.

For desse pasientane er det vist at fleire forhold utover det kirurgiske inngrepet er avgjerande for den totale helsetilstanden deira og livskvaliteten vidare. Formålet med tilsynet var å undersøkje nokre område der svikt kan få alvorlege følgjer for skrøpelege eldre pasientar:

- ventetid frå innlegging til operasjon
- oversikt over, vurdering av og korrekt vidareformidling av legemiddelbruken til pasienten
- identifisering av eventuell utvikling av delir (akutt forvirring), utgreiing

av årsaksforhold, behandling og vidareformidling av relevant informasjon

- kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus

Det blei gjennomført 23 tilsyn i 14 helseforetak. 19 av tilsyna blei gjennomførte som stikkprøvetilsyn, der innhaldet i pasientjournalane var einaste kjelda for innhenting av fakta. Tilsynsorganet i helseregionen Helse Vest gjennomførte dei fire tilsyna sine som systemrevisjon.

Første steg i tilsynet – gjennomgang av pasientjournalar

For det første området, ventetid frå innlegging til operasjon, var det mogleg å trekkje ein konklusjon om praksisen i helseforetaket var forsvarleg ut frå journalnotata. Berre to av 23 sjukehus hadde for lang ventetid frå innlegging til operasjon. For dei tre andre områda blei det undersøkt om journalføringa oppfylte aktuelle lovkrav. Det kunne derimot ikkje konkluderast endeleg om praksisen i helseforetaket var forsvarleg på bakgrunn av funn i journalane.

Ved 19 av 23 tilsyn blei det peikt på brot på krav i journalforskrifta på eitt eller fleire område. Fylkesmennene påviste størst svikt ved journalføringa om avklaring og oppfølging av ernæringsstilstanden til pasientane. I om lag halvparten av tilsyna blei det også avdekt manglar ved journalføringa av legemiddelbruken til pasientane. Ved 9 av 23 tilsyn blei det påpeikt mangelfull journalføring om delirproblematikk.

Andre steg i tilsynet – korleis helseforetaka vurderer og forbetrar eigen praksis

I helseforetak der det var påvist brot på journalforskrifta, bad fylkesmennene helseforetaka om sjølve å undersøkje om mangelfull journalføring også innebar mangelfull praksis. Nærmast alle dei aktuelle helseforetaka fann at praksisen deira også var mangelfull, og at det var behov for å gjere endringar. Helseforetaka skulle også sende inn planar med tiltak for forbetningar. Det skulle komme fram av planane korleis leiinga skulle følgje med på at tiltaka blei sette i verk, og korleis leiinga

skulle kontrollere at praksisen varte ved over tid. Ingen tilsyn blei avslutta før helseføretaket hadde sett i verk nødvendige tiltak som sikra forsvarleg behandling av den aktuelle pasientgruppa på dei fire områda.

Behandling av hoftebrot hos eldre i spesialisthelsetenesta – samla vurdering

Eit positivt funn var at dei undersøkte helseføretaka med få unntak opererte pasientane innan forsvarleg tid. Funna elles viste derimot at dei aller fleste føretaka ikkje hadde sørgd for at skrøpelege, eldre pasientar med hoftebrot fekk god nok behandling på område som krev fagleg kompetanse utover ortopedisk kirurgi. Størst svikt var knytt til kartlegging og oppfølging av ernæringsstatusen til pasienten. Helsetilsynet meiner det er urovekkjande at helseføretaka ikkje i større grad hadde sørgd for at den nasjonale faglege retningslinja for dette området var følgd.

Funn frå journalgjennomgang og analysar som helseføretaka sjølve hadde gjort, viste at dei ikkje hadde tilstrekkeleg merksemd på den totale helse-tilstanden hos skrøpelege eldre med hoftebrot. Det er naturleg å spørje om denne manglande merksemda også gjeld i andre delar av verksemda til helseføretaka.

Behandling av eldre med hjerneslag i spesialisthelsetenesta

I Noreg blir 15 000 menneske ramma av hjerneslag årleg. 65 prosent av pasientane er over 75 år. Hjerneslag er den tredje hyppigaste dødsårsaka og den vanlegaste årsaka til funksjonshemming hos eldre.

Eit landsomfattande tilsyn i 2011 undersøkte om eldre pasientar med hjerneslag var sikra forsvarleg behandling. Tilsynet blei gjennomført som systemrevisjon. Ved 9 av 29 tilsyn blei det påvist brot på lovkrav.

De første 24 timane – ein kritisk fase for observasjon, vurdering og medisinsk behandling

Pasientar med hjerneslag må greiast ut og behandlast raskt, same når på døgnet dei kjem til sjukehuset. Systematisk tverrfagleg arbeid er nødvendig i alle fasar av behandlinga. I akuttfasen er det særleg viktig å observere og behandle basale kroppsfunksjonar for å prøve å halde ved lag likevekta i kroppen og på den måten avgrense omfanget av hjerneskadene. Kort tid etter innlegginga må ein undersøkje nevrologiske utfall for å kartleggje medvitstilstanden til pasienten, den motoriske funksjonen og talen. Det er viktig å få ei rask avklaring av omfanget av skaden, og av om slaget kjem av hjerneinfarkt eller hjernebløding. Pasienten kan dessutan ikkje få mat eller drikke via munnen før også svelgfunksjonen er undersøkt.

Utan tydeleg ansvars plassering, tilstrekkeleg opplæring og kapasitet og ordningar for samhandling mellom alle som er involverte, er det ikkje råd å ta hand om pasientane på ein forsvarleg måte det første døgnet. I dei ni tilsyna der det blei påpeikt lovbrøt, var det manglar ved styring og praksis knytte til observasjonar og vurderingar av eldre slagpasientar dei første 24 timane. Det gjaldt også i verksemdar som tok imot eldre slagpasientar i spesial-einingar.

Tidleg mobilisering og rehabilitering – viktig for vidare livskvalitet

Eit grunnleggjande prinsipp i slagbehandling er at ein samtidig som ein driv akutt observasjon, utgreiing og behandling, også må setje i gang rehabilitering med tidleg mobilisering og anna funksjonstrening. Det er påvist ein klar samanheng mellom tidleg mobilisering og overleving, og fleire komplikasjonar er knytte til immobilitet etter hjerneslag.

Mobilisering bør derfor skje så fort pasienten er medisinsk stabil, og som hovudregel det første døgnet. Mobilisering handlar om at pasienten kjem opp i sitjande, ståande eller gåande stilling, alt etter funksjonsnivå. Vidare trening inkluderer daglege aktivitetar som personleg stell, måltid og toalett-

besøk. Det tverrfaglege teamet må ha ei tydeleg ansvars- og oppgåvefordeling for tiltaka i rehabiliteringsprosessen.

Ved seks av dei ni tilsyna der det blei påvist lovbrøt, fann fylkesmannen manglar ved styring og praksis når det gjaldt tidleg mobilisering. Mobilisering blei ikkje gjennomført i tilstrekkeleg grad, særleg ikkje om kvelden eller i helgar på grunn av mangel på kapasitet. Personellet fekk i mange tilfelle for lite opplæring i mobilisering.

Førebygging av komplikasjonar og av nye hjerneslag

60–80 prosent av slagpasientane får komplikasjonar i akuttfasen. Nokre av desse komplikasjonane kan vere livstrugande, eller dei kan gjere det vanskelegare for pasienten å oppnå maksimal funksjonell betring. Pasientar med hjerneslag har også ein betydeleg risiko for å få eit nytt slag. Denne risikoen kan reduserast vesentleg ved sekundærførebygging.

Ved tilsynet blei det undersøkt korleis helseføretaket hadde sørgd for å førebyggje trykksår og komplikasjonar som følgje av svelgjevanskar. Dette er vanlege komplikasjonar hos eldre og kan få alvorlege følgjer. Det blei også undersøkt om føretaket hadde sørgd for relevante utgreiingar, sett i verk nødvendige tiltak og formidla opplysningar om dette til neste instans. Ved nokre tilsyn blei det påvist at svelgjefunksjonen ikkje systematisk blei undersøkt hos alle slagpasientar. Det kunne vere uklart kven som hadde denne oppgåva og ikkje gitt opplæring. Elles var det ikkje manglar i denne delen av tilsynet.

Behandling av slag hos eldre i spesialisthelsetenesta – samla vurdering

Tilsynet gav grunn til å gå ut frå at behandlingstilbodet til eldre slagpasientar dei fleste stader var forsvarleg, og at eit sårbart felt som slagbehandling var blitt teke tak i og gitt nødvendig prioritet i mange helseføretak.

Samtidig avdekte tilsynet ein relativt omfattande styringssvikt når det gjaldt slagbehandling i nokre helseføretak. Det gir uakseptable forskjellar i

behandlingstilbodet til ei sårbar gruppe, og kan føre til at nokre pasientar kjem ut av sjukehusopphaldet med større funksjonssvikt enn dei ville ha hatt om dei hadde fått behandling på eit anna sjukehus.

Alle helseføretak må ha sikra kapasiteten for spesialisert slagbehandling i tillegg til å sørgje for eit fungerande tverrfagleg behandlingssopplegg, slik at alle eldre slagpasientar får eit godt nok behandlingstilbod i sjukehusa i landet.

Tilsynsfunn som sjekkpunkt i eigenkontroll

Tilsyn har ført til at eit betydeleg tal lovbrøt blei retta opp. Men for den typen manglar og svikt som blei påpeikt, er det etter Helsetilsynets erfaring ein risiko for tilbakefall. Det dreier seg om heilt sentrale og alltid sårbare delar av tenesteutøvinga, og om leiing og styring som treng kontinuerleg merksemd i alle kommunane og helseføretaka i landet. Statens helsetilsyn oppfordrar derfor leiarar på alle nivå om å bruke tilsynsrapportar for å gå systematisk gjennom og reflektere over om deira eigen praksis er i tråd med krava i lova.



ARTIKKEL 3

Kva er godt tilsyn? Utprøving av ulike tilsynsformer

I denne artikkelen presenterer vi ulike metodar som fylkesmennene har prøvd ut under satsinga på tilsyn med tenester til eldre i 2009–2012. Vi gjer greie for grunnleggjande metodiske prinsipp for gjennomføringa av tilsyn, og går gjennom erfaringar med sjølvmeldingstilsyn, stikkprøvetilsyn, umelde tilsyn og tilsyn med fastlegeverksemdar. Vi drøftar også kort behovet for å utvikle planlagde tilsyn vidare og for kompetanseutvikling hos fylkesmennene og Statens helsetilsyn.

Grunnleggjande prinsipp for tilsyn

Som tilsynsorgan har fylkesmennene og Statens helsetilsyn som oppgåve å føre kontroll med at pasientar og tenest brukarar får forsvarleg og omsorgsfull hjelp når dei treng det. Dersom tilsynet skal fungere etter formålet, må pasientar og brukarar, pårørande, tenesteytarar, politikarar og befolkninga elles kunne stole på vurderingane og konklusjonane til fylkesmennene og Helsetilsynet.

Grunnlaget for planlagt tilsyn blir lagt gjennom grundig forarbeid, som blant anna omfattar vurdering av risiko-informasjon om eit gitt tilsynsystema og konkretisering av krav i lov og forskrift. Tilsynsorganet må hente inn tilstrekkeleg, relevant og påliteleg informasjon,

slik at faktagrunnlaget, vurderingane og konklusjonane blir konsistente og kan etterprøvast. Når tilsynet er gjennomført og rapporten sendt til kommunen eller helseføretaket, må verksemda jobbe planmessig for å rette opp eventuelle lovbrøt. Det er kommunen og helseføretaket som har ansvar for å finne ut av kva tiltak og løysingar som vil fungere best hos dei sjølv, men tilsynsorganet har gjerne dialog med verksemda undervegs.

I planlagde tilsyn nyttar Helsetilsynet i hovudsak tre ulike informasjonskjelder for å undersøkje om helse- og omsorgstenesta, sosialtenesta og barnevernstenesta følgjer krava i lova:

- intervju med medarbeidarar, leiarar og andre som kan ha relevant informasjon om tenestene
- systematisk gransking av styrings- og resultatdokument frå verksemdene
- synfaring i lokala til verksemda

Dei tre kjeldene kan brukast kvar for seg eller kombinerast på ulike måtar. Målet med informasjonsinnhentinga er å få eit mest mogleg riktig og sant bilete av tilhøva. Det føreset at innhentinga skjer på ein systematisk måte, slik at vi kan vurdere alle relevante og nødvendige opplysningar.

Kommunikasjonen om tilsynet med verksemda har mykje å seie for gjennomføringa og eventuelt etterarbeidet i

verksemda. Tilsynsorganet skal møte leiarar og tilsette med respekt og leggje til rette for ein tydeleg og trygg dialog.

Fram til 2010 blei planlagde tilsyn i hovudsak gjennomførte som systemrevisjonar. Det gjaldt også tilsyn med tenester til eldre. Systemrevisjon inneber at fylkesmennene undersøker om kommunen har systematiske ordningar som sikrar at tenestebukarane får trygge og gode tenester i samsvar med krava i lova. Sentralt i undersøkinga er om leiinga i kommunen sikrar at medarbeidarane har felles forståing av kva som er forsvarleg praksis, og om dei får nødvendig opplæring og rettleiing. Fylkesmennene ser også etter om leiinga jobbar systematisk for å førebyggje uønskte hendingar og kritiske feil i tenestytinga og tek lærdom av dei feila som skjer. Dette er nedfelt i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstenesta. Tilsyn er også draghjelp til tenestene i arbeidet deira for å innfri dei krava som lovgivar har stilt på vegner av pasientar og tenestebukarar.

Den kommunale delen av satsinga på tilsyn med tenester til eldre blei gjennomført i 2010–2012. Her la Statens helsetilsyn til rette for at fylkesmennene kunne velje mellom ulike kombinasjonar av tema og undersøkingemetodar i når dei gjennomførte tilsyn. «Metodemenyen» bestod av systemrevisjonar, stikkprøvetilsyn, sjølvmeldingstilsyn (eigenkontroll), tilsyn med fastlegar og umelde tilsyn. Ei oversikt over dei tilsyna som fylkesmennene gjorde i 2010 og 2011, viser stor variasjon i val av tema og undersøkingemetodar (sjå vedlegg 1).

Landsomfattande tilsyn 2011 med spesialisthelsetenester til skrøpelege eldre hadde også to temaområde med to metodiske tilnæringsmåtar: systemrevisjon og stikkprøvetilsyn.

Ulike undersøkingemetodar – ulike styrkar og avgrensingar

Hausten 2012 henta Statens helsetilsyn inn kunnskap om dei erfaringane fylkesmennene hadde med å bruke ulike tilnærmingar til tilsyn. Formålet var å få

eit underlagsmateriale til å drøfte behova for å utvikle planlagde tilsyn vidare og for å utvikle kompetansen hos fylkesmennene og Statens helsetilsyn. Det blei gjennomført 20 telefonintervju med revisjonsleiarar frå åtte fylkesmenn.

Resultata blei drøfta med tilsynsleiarar hos alle fylkesmennene. Nedanfor gir vi ei samanfatning av erfaringar, tilbakemeldingar og synspunkt som er komne fram i denne prosessen.

Stikkprøvetilsyn

I tilsyn med saksbehandlinga i kommunane ved utgreiing og tildeling av avlasting og i tilsyn med behandlinga av skrøpelege eldre med hoftebrot i spesialisthelsetenesta blei undersøkinga gjennomført som stikkprøver ved dokumentgransking. Fylkesmennene samla inn informasjon og fakta frå resultatdokumenta i verksemda (vedtak, journalar m.m.) og analyserte desse etter eit sett vurderingskriterium som var definerte på førehand i rettleiingsmateriellet frå Statens helsetilsyn.

Stikkprøvetilsyn i kommunane

I kommunane granska fylkesmennene saker som gjaldt avlastingstiltak eller korttidsopphald. Fylkesmennene gjekk grundig gjennom og vurderte all relevant dokumentasjon, som søknader, saksutgreiingar (inkludert IPLOS), brev og vedtak i den enkelte saka. Saksutvalet omfatta vedtak der avlastingstiltak var innvilga, delvis innvilga eller avslått, og skulle vere representativt for praksisen i kommunane da tilsynet blei gjennomført. Tilbakemeldinga til kommunane om resultatet blei gitt i brev. Når tilsynet var gjennomført, måtte kommunane gjere greie for kva dei konkret ville gjere for å rette opp praksis, slik at dei følgjer krava til lovleg og forsvarleg saksbehandling.

Erfaringane til fylkesmennene

Mange trekte fram at *store mengder av dokument* kunne gjere det utfordrande å halde oversikt over fakta i gjennomgangen. Andre revisjonsleiarar erfarte at små kommunar hadde hatt eit avgrensa tal saker til behandling. I nokre tilfelle kunne det derfor vere usikkert

om faktagrunnlaget var godt nok for å kunne bedømme. For nokre kunne det vere *tidkrevjande å skrive gode og passeleg detaljerte tilbakemeldingar* til kommunane. Fylkesmennene sakna ei sjekklister som kunne hjelpe dei til å halde oversikt over faktagrunnlaget, og fungere som ein mal for tilbakemeldinga til kommunane.

I fylke med lange reiseavstandar og mange små kommunar vurderte fylkesmennene likevel stikkprøvetilsyn som ein effektiv og tidssparande måte å gjere tilsyn på. Dei fekk gjort tilsyn i fleire kommunar når dei ikkje måtte bruke tid på reise.

Tilbakemeldingar og reaksjonar frå kommunane

Kommunane var svært positive til dette tilsynet. Tilsynet var lite ressurskrevjande for verksemdene, og tilsynsplanen var avgrensa. Det at fylkesmennene gav konkrete tilbakemeldingar, gjorde det enkelt for verksemdene å rette opp lovbrota etter tilsynet.

Noko å gjere igjen?

Dei fleste revisjonsleiarane meinte at dette tilsynet hadde vore eit velegna verkemiddel for å betre saksbehandlinga i kommunen. Når temaet er tilstrekkeleg avgrensa og konkret, og normeringa er tydeleg, kan dette vere ei effektiv tilsynsform slik fleire av informantane vurderer det. Andre meiner at stikkprøvetilsyn er best eigna som ei avgrensa undersøking for å sjekke ut om kommunane har retta lovbrøt etter tilsyn ved systemrevisjon.

Stikkprøvetilsyn i spesialisthelsetenesta

I spesialisthelsetenesta var pasientjournalane kjelda til fakta.

Undersøkinga var retta mot korleis helseføretaka behandla skrøpelege eldre pasientar med hoftebrøt. I kvart helseføretak skulle tilsynslaget gå gjennom 40 journalar frå ein bestemt tidsperiode, som gjerne inkluderte jule-, påske- eller sommarferien. Journalane skulle vere så nye som mogleg slik at dei reflekterte praksisen da tilsynet blei gjort. Tilsynslaga vurderte fortløpande om det var behov for avklarande samtalar med

legar eller sjukepleiarar som behandla hoftebrøtspasientar, og som kjende rutinane ved sjukehuset godt. Resultatet av tilsynet blei formidla i ein eigen rapport. Som neste ledd i tilsynet skulle helseføretaket analysere kvifor dei hadde brot på journalforskrifta, og om det også innebar manglar i pasientbehandlinga. Helseføretaket skulle gjere greie for kva tiltak som skulle setjast i verk for å sørje for forsvarleg praksis på aktuelle område.

Erfaringane til fylkesmennene

Fleire revisjonsleiarar gav uttrykk for at den største utfordringa var å samle *tilstrekkeleg faktagrunnlag*. I tillegg til journalgranskning var det heilt nødvendig å ha tett kommunikasjon med verksemda for å kunne stille avklarande spørsmål. Å *involvere avdelingsleiinga*, særleg i sluttmøtet, blei sett på som ein klar fordel for å sikre forankring og oppfølging etter tilsynet.

I etterkontrollen av tilsynet kunne det vere utfordrande å få verksemda til å gjere ein sjølvstendig og grundig nok analyse av om svikt i journalføringa også vitna om mangelfull behandling av skrøpelege eldre.

Sjekklister og rapportmal frå Statens helsetilsyn var til god hjelp. Likevel erfarte fleire at forarbeidet og førebuingane før tilsynet blei meir ressurskrevjande enn dei hadde venta. I tillegg var *det heilt nødvendig å ha inngående kunnskap om det enkelte føretaket på førehand*.

Tilbakemeldingar og reaksjonar frå sjukehusa

Mange verksemdar hadde sett på stikkprøvekontrollen som eit svært lærerik og relevant tilsyn, mens andre hadde erfart at klinikarane i utgangspunktet var skeptiske til verdien av det dei oppfatta som eit «journaltilsyn».

Noko å gjere igjen?

Nokre av fylkesmennene var av ulike grunnar usikre på om dette tilsynet hadde vore «bryet verdt», og om det førte til dei nødvendige forbetringane i tenestene. Det hadde kravd meir forarbeid enn venta, og det blei kanskje for mykje «papirtilsyn». Andre igjen

var positive og meinte at tilsynet gav gode høve for dialog om behovet for å endre praksis i helseføretaka.

Umelde tilsyn

Ved umeldt tilsyn blir ikkje verksemda varsla på førehand – alternativt varslar tilsynsorganet eit par timar før dei kjem. Tilsynet blir gjennomført som tilsyn på staden og er ei stikkprøve eller ei synfaring ute i verksemda. Personell og leiarar har sine daglege gjeremål å ta hand om overfor tenestemottakarane og derfor avgrensa tid til å snakke med eller hjelpe tilsynsorganet på andre måtar i samband med undersøkinga. Resultatdokumenta til verksemda og observasjon av praksisen på staden er derfor dei primære informasjonskjeldene som tilsynslaget har tilgang til.

Når undersøkinga på staden er avslutta, treng tilsynslaget ein samtale med verksemdsleiaren eller personell med delegert operativt ansvar for å avklare om tilsynslaget har fått riktig informasjon, oppklare misforståingar eller få informasjon dei ikkje har fått med seg. Verksemda må også få informasjon om vidare saksgang. Tilsynslaget kan gjerne vente med å gå gjennom, vurdere og bedømme det innsamla materialet til dei er tilbake på kontoret. I oppfølginga av tilsynet skal verksemda som ved tilsyn elles gjere greie for kva dei vil gjere for å rette opp praksis og sikre at praksis er forsvarleg i framtida.

Erfaringane til fylkesmennene

Dei ni fylkesmennene som gjennomførte umelde tilsyn, valde tema sjølve ut frå ei lokal vurdering. Alle desse tilsyna blei gjennomførte i kommunar.

Fylkesmennene fekk ulike utfordringar å løyse og hadde varierte erfaringar. Somme utfordringar var meir praktiske, som til dømes å velje verksemdar innanfor rimeleg geografisk avstand og ikkje bruke urimeleg mykje tid til reising. Dei måtte også tenkje gjennom kvar det var sannsynleg å treffe personell og leiarar. Fleire erfarte at det var krevjande å gjere nok godt forarbeid til at det blei tydeleg for verksemda kva tilsynsorganet skulle undersøkje og korleis.

Tilbakemeldingar og reaksjonar i kommunane

I hovudsak fekk fylkesmennene positive reaksjonar frå verksemdene på det umeldte tilsynet. Fleire erfarte at tilsynet var eit kraftfullt verkemiddel som utløyste aktivitet og endring i ei verksemd.

Noko å gjere igjen?

Fleire erfarte at eit umeldt tilsyn kan vere eit nyttig verkemiddel dersom tema og tenesteområde er eigna og regelverket tydeleg. Tilstrekkeleg førehandskunnskap om verksemda, til dømes frå anna tilsyn eller klagesaksbehandling, er også nødvendig for å «treffe» godt og unngå at tilsynsbesøket forstyrrar personell og leiarar unødvendig.

Sjølvmeldingstilsyn

Tilsyn med legemiddelhandteringa i kommunen blei gjennomførte som eigenkontroll i heimesjukepleie og sjukeheimar. Verksemdsleiarar skulle svare på eit spørjeskjema som var retta inn mot å sjekke om verksemda følgde reglane i legemiddelforskrifta. Skjemaet inneheldt også ein fasit for kva svar som samsvarer med lovgivinga for legemiddelhandtering. Svara blei returnerte til fylkesmannen saman med ein plan for kva kommunen skulle gjere for å rette opp dei eventuelle manglane som blei avdekte.

Erfaringane til fylkesmennene

I nokre tilfelle var fylkesmennene usikre på om opplysningane frå kommunane alltid var heilt pålitelege. Dei gav uansett eit godt utgangspunkt for dialog med verksemdene.

For fylkesmennene var sjølve gjennomføringa lite tidkrevjande, men for somme kravde oppfølginga ein del arbeid. Det gjaldt særleg der fylkesmennene måtte undersøkje vidare for å sikre seg at kommunane hadde svart i samsvar med praksisen sin.

Tilbakemeldingar og reaksjonar i kommunane

Tilbakemeldingane frå kommunane om nytteverdi og læringseffekt av sjølvmeldingstilsynet var gjennomgåande

svært positive. Særleg sette dei stor pris på å få verktøy for eigenkontroll til seinare bruk.

Noko å gjere igjen?

Somme av fylkesmennene meinte at denne tilsynsforma har eit avgrensa bruksområde, og at tilsynet i 2010–2011 lét seg gjennomføre fordi det var nedfelt konkrete og lett målbare normer i lovgivinga for handtering av legemiddel. Somme av fylkesmennene var usikre på om det var lurt å sende med fasiten, og erfarte også at det kunne vere behov for meir oppfølging etter tilsynet.

Tilsyn med fastlegar

Statens helsetilsyn har lenge arbeidd med å utvikle ein måte å gjennomføre verksemdstilsyn med fastlegar på. Formålet med verksemdstilsyn er å få undersøkt korleis fastlegeverksemda blir styrt. I ein allmennpraksis har fastlegen ei dobbeltrolle, som profesjonsutøvar og verksemdsleiar for seg sjølv.

Som del av satsinga i Statens helsetilsyn på tilsyn med tenester til eldre blei det utarbeidd to rettleiarar som fylkesmennene kunne bruke til tilsyn med fastlegar. Tilsynsystema var:

- Korleis var utgreiinga til fastlegen ved mistanke om demens og oppfølginga av desse pasientane?
- Kva slags legemiddelbehandling gav fastlegen til heimebuande eldre som får kommunale pleie- og omsorgstenester?

Tilsynet kunne kombinerast med det same temaet i helse- og omsorgstenesta i kommunen. Slik kunne det vere mogleg å sjå ansvaret til kommunen og fastlegen på dei aktuelle områda i samanheng.

Rettleiarane frå Statens helsetilsyn gav blant anna kriterium for korleis ein skulle velje ut fastlegar, korleis ein skulle velje ut og gå gjennom pasientjournalar, og kva normer tilsynslaget skulle leggje til grunn i vurderingane sine. Fylkesmennene utarbeidde som i tilsyn elles ein rapport til fastlegen, med framstilling av faktagrunnlaget og konklusjonar om eventuelle brot på

regelverket. Fastlegen må gjere greie for kva tiltak som blei sette i verk for å rette opp lovbroten.

Erfaringane til fylkesmennene

Fire av fylkesmennene prøvde ut opplegg for tilsyn med fastlegar i satsingsperioden. Erfaringsgrunnlaget er altså avgrensa, og tilbakemeldingane varierande.

Vanlegvis vel fylkesmennene tilsynsobjekt med utgangspunkt i ei risikovurdering. Det vil seie at tilsyn blir gjennomførte i verksemdar der det er usikkert om verksemda driv forsvarleg. Risikovurderingane er blant anna baserte på klagesaker, urommeldingar og annan kunnskap som fylkesmennene har om tenestetilbodet i kommunen. I fastlegetilsynet har ingen av fylkesmennene valt tilsynsobjekt ut frå risiko, og utvalet er gjort på litt ulike måtar som ikkje alltid viste seg heilt tenlege. For somme fylkesmenn resulterte dette i eit noko tynt fakta- og vurderingsgrunnlag. Det kunne også vere vanskeleg å dømme kor alvorlege funna var, til dømes når fastlegen forklarte kva som var vanleg praksis utan å ha dette dokumentert i journal. Desse og andre erfaringar frå fastlegetilsyna må systematiserast og takast med i vurderingane ved tilsyn som omfattar fastlegar i framtida.

Fylkesmennene er langt på veg positive til å føre tilsyn med fastlegar når det er relevant, men dei ser behovet for å gjere undersøkingsoppdraget betre.

Tilbakemeldingar og reaksjonar frå fastlegane

Tilbakemeldingane frå fastlegane var litt blanda, men i hovudsak positive.

Noko å gjere igjen?

Fastlegen er ein hjørnestein i den kommunale helsetenesta. Det er svært viktig at fastlegane gir pasientar og pårørande god og omsorgsfull hjelp. Det er behov for meir innsats når det gjeld utvikling og utprøving for å tilpasse tilsynsverktøyet til særtekkja ved fastlegetenesta.

Erfaringar og perspektiv

Tilsyn er lovlegkontroll. Uavhengig av tilnæringsmåte skal tilsynsorganet undersøkje og vurdere om verksemder blir drivne slik at befolkninga får tenestetilbod, behandling og oppfølging som når opp til lovkrava. Tilsynsorganet må arbeide systematisk og etterretteleg slik at resultatata blir til å stole på.

Høva til å ta i bruk eit større repertoar av undersøkingsmetodar og verkemiddel ser ut til å ha stimulert tilsynsarbeidet hos mange av fylkesmennene. Både for fylkesmennene og Statens helsetilsyn er det viktig å diskutere korleis vi skal ta vare på engasjementet og gjere oss nytte av erfaringane også på andre tilsynsområde. Nedanfor skisserer vi nokre tema som kan vere aktuelle å arbeide vidare med for å utvikle tilsynet med verksemder.

Kan vi styrkje læringsutbyttet i tenestene ved å bruke ulike metodar i planlagde tilsyn?

Fylkesmennene har gjennom fleire år registrert at når varsel om tilsyn blir sendt ut, byrjar det å «skje noko» i verksemdene: Forbetningsarbeidet i verksemda kjem i gang eller får ein ekstra dytt. I satsinga på tilsyn med tenester til eldre har fylkesmennene erfart det same – og at «noko skjer» uavhengig av tilnæringsmåten. Dei fleste verksemdene har vore positive og formidla at dei har hatt stort utbytte både av sjølvmeldingstilsyn, stikkprøvetilsyn og umeldt tilsyn.

Fylkesmennene har framheva at tett kontakt og dialog med verksemda er nødvendig i alle tilsynsformene som er brukte i satsinga. Det at det er mogleg å kunne stille oppklarande spørsmål undervegs, er avgjerande for å forstå verksemda og for å sikre at faktagrunnlaget blir godt nok. Dialogen med leiarar og medarbeidarar har også mykje å seie for kva slags endringsprosessar som blir initierte etter tilsyn – same kva metode som er nytta (jf. artikkel 5).

Læringsutbyttet i verksemdene er uløseleg knytt til kor godt og tydeleg tilsynsorganet får konkretisert lovverket som ligg til grunn for tilsynet. Relevant

tema og god dialog ser ut til å stimulere verksemder som har hatt tilsyn, til forbetningsarbeid og læring (jf. artikkel 5). I sjølvmeldingstilsyn og stikkprøvetilsyn har verksemdene vore svært positive til verktøy for eigenkontroll. Statens helsetilsyn ser dette som ein positiv meirverdi det er grunn til å jobbe vidare med i utviklinga av metoden planlagt tilsyn.

Metodeutvikling og kompetanseutfordringar – kva skal til for å gjere gode tilsyn?

Ei av dei største utfordringane ved tilsyn er å sikre at undersøkingsopplegget – til dette høyrer normeringsarbeidet i forkant – er relevant for problemstillinga og grundig nok til at faktagrunnlaget blir påliteleg og etterretteleg. Det inneber også å byggje opp tenlege undersøkingsmodellar til ulike problemstillingar og situasjonar. Spørsmål som tilsynsorganet må diskutere i planlegginga av eit tilsyn, er til dømes: Når kan stikkprøver ha nytteverdi som ein sjølvstendig tilsynsaktivitet? Når kan det vere aktuelt å gjere stikkprøver for å sjekke om verksemder har endra praksis etter ein systemrevisjon? Når høver det å bruke umeldt tilsyn? Og når er det heilt uaktuelt å bruke umeldt tilsyn? Tilsvarande spørsmål kan stillast om eigenkontroll som eit verkemiddel for tilsynsorganet.

Statens helsetilsyn har i satsinga på tilsyn med tenester til eldre lagt til rette for å bruke enklare og meir avgrensa metodiske opplegg enn systemrevisjonar. Mange har nok meint at systemrevisjon er ein svært ressurskrevjande metode. Gjennom utprøvinga i 2010–2011 har fylkesmennene erfart at tilsyn er tidkrevjande same kva tilnæringsmåte ein nyttar. Slik Statens helsetilsyn ser det, speglar det sjølve særdraget ved tilsynsarbeidet. Somme gonger kan temaet for eit tilsyn tilseie at ein vel eit enklare undersøkingsopplegg, men det kan føre til at oppfølgingsarbeidet blir meir krevjande.

Statens helsetilsyn ser fram til vidare dialog med fylkesmennene om bruken av metodar og utviklinga av kompetanse med sikte på gjennomføre treffsikre og effektive tilsyn framover.



ARTIKKEL 4

Ekstra tilskotsmidlar – ei vitamininnsprøytning for tilsynsarbeidet

I samband med den fireårige satsinga på tilsyn med tenester til eldre fekk Statens helsetilsyn fire millionar kroner årleg frå Helse- og omsorgsdepartementet for å styrkje tilsynsarbeidet hos fylkesmennene. 16 av 18 fylkesmenn har gjennom satsingsperioden gjennomført ulike prosjekt. I tillegg har Statens helsetilsyn gjennomført to prosjekt.

Prosjekta kan – med eitt unntak – delast inn i tre kategoriar:

Formidlings- og spreingsaktivitet. Heile seksten av fylkesmennene har prøvd ut ulike aktivitetar for å stimulere til dialog om tilsyn og til å utnytte resultat og erfaringar frå tilsyn i forbetningsarbeid lokalt. Målgrupper har både vore kommunar og helseføretak som har hatt tilsyn, og tilsvarande verksemder som ikkje har hatt tilsyn. Erfaringane med nokre av desse prosjekta blir drøfta nærare i denne artikkelen.

Metodeutprøving. Alternative metodar for å samle inn fakta og informasjon frå verksemdene har vore prøvde ut av tre fylkesmenn og av Statens helsetilsyn, blant anna

- bruk av ulike online-verktøy i gjennomføring av tilsyn
- involvering av brukarar og pårørande som informasjonskjelder i tilsyn

Kartlegging. To av fylkesmennene har gjennomført kartleggingsundersøkingar for å skaffe lokal oversiktskunnskap om delar av tenestetilbodet til skrøpelege eldre. Formålet har vore å få innblikk i korleis kommunar og føretak jobbar for å sikre at tenestebukarane får det teneste- og behandlingstilbodet dei har behov for og rett til. Kunnskapen har vore brukt som grunnlag for risiko-vurderingar og utveljing av tema for tilsyn lokalt, og for utveljing av verksemder det kan vere aktuelt å gjennomføre tilsyn i.

I tillegg har Statens helsetilsyn fått gjennomført ei uavhengig undersøking ved Agenda Kaupang om kva endrings- og forbetningsprosessar «eldretilsyns-satsinga» hadde sett i gang i kommunane – sjå artikkel 5.

For ein omtale av formidlings- og spreingsprosjekt som er gjennomførte med tilskotsmidlar frå Helse- og omsorgsdepartementet, men som ikkje er omtalte i denne artikkelen, viser vi til vedlegg 2.

Formidlings- og spreingsaktivitet

Eit viktig spørsmål for Statens helsetilsyn er korleis vi kan bidra til å skape meirverdi av tilsyna som fylkesmennene gjennomfører. Når tilsynsorganet gjer tilsyn på ein sjukeheim og konkluderer

med lovbrøt, blir forholda vanlegvis retta raskt. Men kva med dei andre sjukeheimane i same kommunen som ikkje har hatt tilsyn? Og kva med sjukeheimane i nabokommunen? Same utfordringa finn vi i helseføretaka.

Eksempel frå fire fylkesmenn

Hausten 2012 inviterte Statens helse-tilsyn fire av embeta som hadde gjennomført formidlingsprosjekt, til ei samling.

Dei fire prosjekta hadde nokre grunnleggjande likskapstrekk. Dei tok utgangspunkt i konkrete tilsyn og hadde som mål at kommunane og helseføretaka skulle lære av eigne tilsynserfaringar og av erfaringar andre hadde gjort med tilsyn.

Fylkesmannen i Rogaland inviterte med nabokommunane

Da Fylkesmannen i Rogaland hadde avgjort kva kommunar som skulle ha tilsyn (etter dette kalla tilsynskommunar), blei nærliggjande kommunar inviterte til å vere med på delar av tilsynet (deltakarkommunar). I forkant av sjølve tilsynsbesøket, samla Fylkesmannen den aktuelle tilsynskommunen og tre-fem deltakarkommunar til eit møte for aktuelle leiarar og medarbeidarar. Fylkesmannen presenterte det tilsynsorganet ønskte å leggje vekt på, og gjekk gjennom krava til styring og internkontroll. Deltakarkommunane blei inviterte til å gjere ein intern gjennomgang av ei tilsvarende teneste i eigen ommune. Etter tilsynsbesøket blei alle kommunane samla til eit nytt møte, der tilsynskommunen presenterte funn frå tilsynet. Dei andre kommunane la fram det dei hadde funne i sin eigen gjennomgang.

Fylkesmannen i Hordaland inviterte til erfaringskonferansar og kartla verknad
Etter at tilsyna for det aktuelle året var gjennomførte, blei administrative og faglege leiarar frå kommunar i fylket og representantar frå helseføretaka i regionen inviterte til erfaringskonferansar. På samlingane presenterte Fylkesmannen erfaringar og funn frå tilsyn i både eldreomsorga og på andre tenesteområde. Funn som gjekk på tvers av

tenesteområda blei særleg trekte fram. Dei som ikkje hadde hatt tilsyn, fekk høve til å reflektere over tilstanden i tenestene sine. Ei tid etter konferansane sende Fylkesmannen ut spørjeskjema til deltakarane for å få undersøkt om, og eventuelt korleis, tilsynserfaringane som blei presenterte på konferansane, var brukte til å forbetre tenestene.

Toppleiar møtte toppleiar i Nordland

Nordland er eit fylke med store avstandar. Kommunane er fordelte på sju regionråd, der alle rådmenn og ordførarar i regionen møtest regelmessig. Fylkesmannen inviterte seg til kvart av desse regionråda. Fylkesmannen eller assisterande fylkesmann tok sjølv del på alle møta der funn frå tilsyn med kommunale tenester til eldre i dei siste fem åra blei presenterte. Dei kommunale leiarane kunne kommentere tilsynsfunn og tilsynserfaringar og komme med innspel direkte til Fylkesmannen. Korleis kommunane blir styrte og leidde, er sentralt ved tilsyn, og Fylkesmannen i Nordland ønskte å tydeleggjere det ansvaret toppleiarane har for å forankre nødvendig forbetningsarbeid, leggje føringar for kvalitet og spørje etter sårbare område i tenestene.

Læringsdialog rundt tilsyn hos

Fylkesmannen i Vestfold

Vestfold er eit lite fylke med korte reiseavstandar. Fylkesmannen inviterer leinga i alle kommunane og helseføretaka i fylket til to årlege møte der tilsynsarbeidet har ein sentral plass på dagsordenen. I eit møte tidleg på året presenterer Fylkesmannen tema for tilsynet dette året, ein plan for kva tilsyn som kjem til å bli sette i verk, kvar dei blir gjennomførte, og kva tilsynsmetodar det er aktuelt å bruke. Kommunane og helseføretaket får høve til å gi tilbakemeldingar. Krav til styring og leiing av tenestene er også tema på dette møtet. Det andre møtet er på slutten av året, og der blir resultatane frå gjennomførte tilsyn presenterte.

Etter at tilsyna er gjennomførte og endelege rapportar ligg føre, inviterer Fylkesmannen dei kommunane som har hatt tilsyn innanfor same tema, til dialogmøte. Fylkesmannen legg vekt på at kommunane skal ha ein møteplass

der dei kan utveksle erfaringar og lære av kvarandre. Dialogmøta blir lagde opp slik at kommunane sjølve er aktive bidragsytarar. Personane som tek del på desse møta, er nært knytte til sjølve tenesteutøvinga.

Erfaringar og refleksjonar frå samlinga hausten 2012

Dei fire fylkesmannsembeta hadde noko ulik tilnærming til formidling av tilsynsfunn og -erfaringar for å auke meirverdien av tilsyn. Prosjektmedarbeidarane som tok del i erfaringsseminaret hausten 2012, var einige om at variasjon i tilnærming var eit pluss, og at dei måtte sjå tiltaka i samheng med det dei ønskte å oppnå.

Kommunikasjon om tilsyn kan vere utfordrande

Korleis kommuniserer tilsynsorganet med omverda? Inviterer vi til dialog? Dette blei ein sentral diskusjon da prosjektarbeidarane møttest.

Fylkesmannen har mynde til å avgjere om verksemder gir tenester i tråd med regelverket. Formidlinga av kva tilsynsorganet gjer, kvifor vi gjer det, og kva vi ventar av kommunar og helseføretak, må vere tydeleg og forståeleg. Det bør gjennom heile tilsynsprosessen leggjast vekt på formidling som fremjar læring og forbetningsarbeid, ikkje berre der det blir påvist lovbrøt. Tilsynsorganet må kombinere autoritet med respekt og ved å lytte. Tilbakemeldingar frå kommunane tyder på at ei kommunikasjonsform som tek utgangspunkt i dialog, fremjar meir openheit og byggjer tillit mellom fylkesmannen og kommunane.

Faktisk meirverdi og varig forbetring?

Fylkesmannen ser vanlegvis berre på problemstillingar knytte til den verksemda der tilsynet blir gjennomført, og til leiinga i kommunen og helseføretaket. Funn frå tilsyn blir presenterte i sluttmøte i verksemda og i ein skriftleg rapport. Tilsynet blir ikkje avslutta før kommunen eller helseføretaket har retta lovbrøt i den verksemda der tilsynet har vore.

Tilsynsrapporten er offentleg og tilgjengeleg for alle. Likevel er det ikkje utan vidare enkelt å bruke rapportane som grunnlag for forbetningsarbeid i andre verksemder og kommunar. Ei undersøking gjennomført av Agenda Kaupang viste at tilsynet med kommunale tenester til eldre hadde ringverknader i andre delar av tenestene i rundt halvparten av kommunane (sjå artikkel 5). Men om formidlingstiltaka som dei fire fylkesmennene prøvde ut i 2011–2012, førte til forbetningar også i verksemdene og kommunane som ikkje fekk tilsyn, veit vi ikkje noko sikkert om.

Vi har likevel merkt oss at alle involverte meinte at tiltaka var nyttige. Prosjekta har styrkt trua på at det er klokt å leggje til rette for auka bruk av funn og erfaringar frå tilsyn. Måten dette blir gjort på, bør tilpassast lokale tilhøve, kva embetet ønskjer å presentere, og kven ein ønskjer å nå. Fleire fylkesmenn har erfart at det er utfordrande å formidle internkontrollkrava til god styring og leiing på ein forståeleg og inspirerande måte. Tilsynsorganet ventar ikkje at rådmenn og helseføretaksdirektørar skal ha kunnskap om alle detaljar i tenesteytinga, men at dei er medvitne om det ansvaret dei har som pådrivarar for kvalitetsarbeid, og at dei aktivt spør etter status på sentrale område.

Å arrangere samlingar slik det er gjort greie for i dei fire eksempla, krev innsats i form av både tid og pengar. Slik Statens helsetilsyn vurderer det, vil større openheit og tettare dialog om tilsyn styrkje legitimiteten til fylkesmennene og gjere det mogleg å bidra konstruktivt i forbetningsarbeidet på fleire område.

Metodeutprøving i planlagt tilsyn

Av fem metodeutprøvingssjokjekt var fire retta mot utprøving av onlineverktøy i planlagt tilsyn. Det femte dreidde seg om involvering av brukarar og pårørande i tilsyn med brukarmedverknad.

Online-verktøy 1: «Sjølvmeldings-tilsyn» med legemiddelhandtering

Med midlar frå Statens helsetilsyn utvikla Fylkesmannen i Finnmark spørjeskjemaet for «sjølvmeldingstilsyn med legemiddelhandtering i kommunane» (sjå artikkel 2 og artikkel 3) til elektroniske verktøy. Målet var å utvikle ein metode for å samle inn og samanstillle data på ein enklare måte, og for å spreie tilsynserfaringar og å kunne bruke dei pedagogisk. Spørjeskjemaet blei også laga med tanke på gjenbruk. Skjemaet blir fylt ut online. Etter at det er sendt inn, får respondenten med ein gong tilbakemelding på kva punkt som ikkje er i samsvar med krav i regelverket, og som derfor må rettast. Plan for å rette kvart av dei punkta der krava ikkje er innfridde, er med i eit forbettringsskjema som blir sendt til databasen. Tilsynsorganet vurderer om planane for retting er tilstrekkelege, og undersøker om leiinga i kommunen stiller seg bak tiltaka. Leiinga skal kontrollere at tiltaka blir gjennomførte.

Erfaringar og refleksjonar

Sjølvmeldingstilsyn er ein framgangsmåte som gjer det mogleg å nå mange verksemder. I fylke med lange avstandar kan dette vere særleg tidssparande. Fylkesmannen erfarte at elektronisk gjennomføring gjekk raskare og var enklare enn vanleg post. Tilbakemelding med ein gong til respondenten bidrog til at praktisk forbettingsarbeid i verksemda fekk næring der og da. Fylkesmannen erfarte at respondentane har sett pris på online-versjonen av tilsynet, og at potensialet til å bidra til forbetring er bra.

Det elektroniske spørjeskjemaet er tilgjengeleg for alle fylkesmannsembeta, og nokre embete har brukt det. Verkssemder som har hatt tilsyn, har gitt gode tilbakemeldingar. Fleire fylkesmannsembete har etterlyst elektroniske spørjeskjema for andre tilsynsområde.

Statens helsetilsyn ser positivt på utprøvinga av ei online-utgåve av sjølvmeldingstilsyn. Samtidig er det vurderinga vår at denne tilsynsforma ikkje er like eigna for alle tilsynsystema. Tilsyn gjennom eigenkontroll har truleg dei same veikskapane og risikomenta uavhengig av om tilsynet blir

gjennomført elektronisk eller per brev. Statens helsetilsyn vil vurdere å bruke online-spørjeskjema i tilfelle der sjølvmelding kan vere aktuell tilsynsform.

Online-verktøy 2: Innhenting av AMK-data om ventetid ved hoftebrot

I samband med det landsomfattande tilsynet med behandlinga i spesialisthelsetenesta av eldre med hoftebrot brukte tilsynslaget for Helse Nord-området eit online-verktøy for å systematisere data om ventetid frå pasienten kjem til sjukehuset, og fram til operasjon (preoperativ ventetid). Fylkesmannen i Finnmark ville kople desse opplysningane med data frå AMK-journalar for dei same pasientane. Formålet var å undersøkje om det å flytte pasientar mellom sjukehus førte til forlengd preoperativ tid for skrøpelige eldre med hoftebrot. Kirkenes sjukehus har ikkje ortopedivakt utover ordinær arbeidstid, og pasientane må da fraktast til andre sjukehus. Planen var at funn frå pilotprosjektet skulle formidlast til Helse Nord RHF, og at Fylkesmannen ville vurdere om det var behov for vidare tilsynsoppfølging.

Erfaringar og refleksjonar

Det viste seg å vere teknisk umogleg å kople saman dataa automatisk. Arbeidet måtte gjerast manuelt, og undersøkinga tok meir tid og kravde større ressursar enn planlagt. Avgrensinga for kva pasientar som skulle inkludrast i undersøkinga, førte til at det blei eit for spinkelt grunnlag til å trekkje konklusjonar.

Online-verktøy 3: Eigenkontroll av førebyggjande ernæringsarbeid

I kommunar som hadde tilsyn på ernæringsområdet, var mangelfull kartlegging og førebygging av underernæring hos eldre eit gjennomgåande funn. I etterkant av tilsyna fekk Statens helsetilsyn utvikla eit nettbasert eigenkontrollverktøy som kommunane kan bruke for å kvalitetssikre sitt eige arbeid. Spørsmål som det skal svarast på, er utarbeidde med bakgrunn i dei krava styresmaktene stiller til det arbeidet kommunane gjer på ernæringsområdet. I eigenkontrollverktøyet blir

det gitt rettleiing om og tilbakemelding på kor sannsynleg det er at helse- og omsorgsarbeidet i kommunen har god praksis på det aktuelle området. Statens helsetilsyn kan ikkje spore kva kommunar som bruker tilbodet. Verktøyet ligg på www.helsetilsynet.no, og mange av fylkesmennene har lenkjer på nettsidene sine.

Erfaringar og refleksjonar

Verktøyet for eigenkontroll på ernæringsområdet blei lagt ut på Internett i oktober 2012. Fram til medio januar 2014 hadde om lag 1660 personar besøkt nettsida. Rundt 450 av desse fylte ut skjemaet heilt eller delvis. Talet på personar som fullførte utfyllinga, var ca. 115. Av desse fylte omtrent 50 ut kontrollverktøyet for heimetenesta og ca. 65 skjemaet for institusjonar.

Det er få som har gitt tilbakemeldingar i kommentarfeltet i skjemaet. Talet på fullførte skjema er i tråd med forventningane våre. Tilgjengelege data om nettrafikken fortel oss likevel lite om kor godt eigenkontrollverktøyet fungerer som bidrag til praktisk endringsarbeid og lovoppfylling. Dersom Statens helsetilsyn skal utvikle eigenkontrollverktøy på andre område, er det ønskeleg med meir informasjon om korleis verktøyet blir brukt av målgruppa, og klare haldepunkt for at eit slikt kontrollverktøy har ein effekt.

Online-verktøy 4: Innhenting av informasjon om samhandling ved hjerneslag

Fylkesmannen i Troms har utvikla og prøvd ut online-spørjeskjema og dokumentgransking som metode i eit eigeninitiert tilsyn. Tilsynstemaet var «om helsetjenesten sikrer faglig forsvarlige tjenester til eldre med akutt hjerneslag, med fokus på overganger/samhandling». Opplegget blei prøvd ut i to kommunar og i to sjukehus ved til saman fire avdelingar. Målet var å prøve ut om dette var ein arbeidsmåte som på ein effektiv og ressursparande måte ville gi tilsynsorganet grunnlag for å kunne vurdere konkret om styringskrava var oppfylte. Fylkesmannen ønskte også å prøve ut om spørjeskjema kan erstatte intervju i systemrevisjonar. Spørje-

skjemaundersøkinga gjekk inn i informasjonsinnhentinga saman med gjennomgang av journalar og annan resultatdokumentasjon og eventuelt ei synfaring. Helsepersonell som jobba med pasientar med hjerneslag i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta, svarte på spørjeskjema. Spørsmåla var retta inn mot innsamling og vurdering av om kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta hadde same oppfatning av rutinar for samhandling i overgangen mellom tenestenivåa.

Erfaringar og refleksjonar

Det viste seg at det var svært ressurskrevjande å utvikle online-spørjeskjema. Fylkesmannen i Troms ser det ikkje som aktuelt å gjere dette på nytt berre til eige bruk.

Informasjonen som blei samla inn frå helsepersonell i verksemdene, gav likevel Fylkesmannen god oversikt over område eller aktivitetar der det er fare for svikt og manglande oppfylling av krava i helselovgivinga. Det bidrog til treffsikre val av verksemdar der det var aktuelt å gjennomføre tilsyn som systemrevisjon etterpå.

Ei tredje erfaring var at det tok tid å få inn pasientjournalar og andre resultatdokument som Fylkesmannen spurde etter. Tilbakemeldinga frå verksemdene var at det var ressurskrevjande å skulle velje ut og ta utskrift av alt som var viktig i pasientjournalane.

I dette prosjektet erfarte Fylkesmannen i Troms at det var nødvendig å vere særleg tydeleg i rolla som tilsynsorgan. Verksemdene forstod ikkje utan vidare at dei hadde plikt til å levere ut dokumentasjon som i tilsyn elles.

Tenestebrukarar og pårørande som informasjonskjelder i tilsyn med brukarmedverknad i heimetenestene

Fylkesmannen i Aust-Agder fekk tilskotsmidlar til å prøve ut informasjonsinnhenting frå brukarar og pårørande i eit eigeninitiert tilsyn med brukarmedverknad i heimetenesta. Fylkesmannen ønskte å bruke informasjon og erfaringar frå tenestebrukarar og pårørande som ein del av faktagrunnlaget for å kunne

avgjere om verksemda driv lovleg. Ein gjekk ut ifrå at tenestebukarar og pårørande har informasjon og erfaringar som kan supplere og nyansere det tilsynsorganet får vite gjennom dokumentgjennomgang og intervju med medarbeidarar og leiarar. Fire kommunar var omfatta av tilsynet.

Erfaringar og refleksjonar

Fylkesmannen hadde på førehand utarbeidd ein intervjuguide med relevante spørsmål og førebudd seg grundig på intervjusituasjonen. Intervjua blei gjennomførte heime hos tenestebukarar som var valde ut av kommunen etter kriterium som Fylkesmannen hadde definert. Revisjonsteamet erfarte at det dei hadde gjort med å førebu og tenkje gjennom opplegget, bidrog til at intervju blei gjennomførte på ein vellykka måte.

Fylkesmannen hadde som utgangspunkt at det var nødvendig å snakke direkte og konkret med tenestebukarar og pårørande om erfaringa deira med brukar-medverknad. Hovuderfaringa frå prosjektet var at informasjonen frå brukarar og pårørande bidrog til eit meir solid faktagrunnlag for å avgjere om verksemda følgde styringskrava. Tenestebukarar og pårørande teikna i mange tilfelle eit anna bilete av korleis tenesta blei utøvd, enn medarbeidarar og leiarar i dei fire kommunane.

Erfaringane frå dette prosjektet er nyttige i det arbeidet Statens helsetilsyn skal gjere vidare med å involvere tenestebukarar og pårørande i tilsyn.

Ein sluttrapport frå Fylkesmannen i Aust-Agder³ gjer meir detaljert greie for opplegget og erfaringane.

Kartleggingar

Fall-prosjekt i Midt-Noreg

Fylkesmennene i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag har i perioden 2010–2012 gjennomført eit

prosjekt om fall blant eldre. Prosjektet er gjennomført som ein retrospektiv, deskriptiv kvalitetssikringsstudie med innsamling av pasientdata frå avviksmeldingar, sjukehusjournalane og omsorgs- og pleiejournalane i kommunane i perioden 2007–2010.

I 2010 kartla fylkesmennene førekomsten av og årsaka til fall i sjukehus, kva som blei gjort etter fall, og konsekvensar av fall. Dei gjekk gjennom meldingar etter lov om spesialisthelsetenester § 3-3 og andre interne meldingar frå sjukehusa om fall, og utvikla spørjeskjema for å undersøke konsekvensane.

I 2011 slutførte dei innsamlinga av avviksmeldingar og gjorde endelege analysar av komplett datamateriale. Vidare gjennomførte dei ein journalstudie av eit utval pasientforløp.

Prosjektet blei ført vidare i 2012. Fylkesmennene såg da nærare på pasientane som var inkluderte i journalstudien i 2011, og kartla pasientforløpet i primærhelsetenesta i perioden frå eitt år før til eitt år etter første registrerte fallhending i sjukehus i 2009.

Dei tre delrapportane frå fallprosjektet syner viktige område for forbetring av praksisen i dag innanfor både første- og andrelinjetenesta. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag gjennomfører hausten 2013 tilsyn ved St. Olavs Hospital med utgangspunkt i resultatane.⁴

Terskelundersøkinga 2010 – kartlegging av tildeling av sjukeheimplassar

Fylkesmannen i Oslo og Akershus fekk i 2010 tilskotsmidlar for å gjennomføre ei kartlegging av søknadsprosessen ved tildeling av sjukeheimplassar. Målet var å avdekkje svikt og fare for svikt i tildelingsprosessen. Fylkesmannen ønskte vidare å sjå kva alternative løysingar kommunar og bydelar vel når det manglar sjukeheimplass. Senter for omsorgstenesteforskning ved

3 Brukere som informanter i systemrevisjon – et pilotprosjekt. Fylkesmannen i Aust-Agder, 2013 <http://fylkesmannen.no/Aust-Agder/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Omsorgstjenester/Brukere-som-en-del-av-tilsynet/>

4 Samlerapport og delrapportar for fallprosjektet 2010–2012 finst på <http://www.fylkesmannen.no/Sor-Trondelag/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Helsetjenester/Fallskader-hos-pasienter-har-store-konsekvenser/>

Høgskolen i Gjøvik hjalp til med å forme ut kartleggings skjema, gå gjennom data og skrive rapport.

Undersøkinga avdekte nokre tersklar for å få tildelt sjukeheimplass:

- organisering av tildelingstenesta
- avgjerdsmyndet og kompetansen til saksbehandlarane
- knapt tilbod på sjukeheimplassar i kommunen/bydelen i høve til talet på søkjarar
- tilgangen på alternative omsorgstenester i kommunen/bydelen

Undersøkingsopplegg, resultat og tilsynsvurderingar er det gjort meir detaljert greie for i eit notat frå Høgskolen i Gjøvik.⁵

Variasjon i tilgang til rehabiliteringstenester

Fylkesmannen i Oslo og Akershus fekk i 2012 tilskotsmidlar til å skaffe seg kunnskap om rehabiliteringstilbodet til eldre pasientar over 80 år, der kommunane og spesialisthelsetenesta erkjende behovet for rehabilitering.

Det blei gjennomført ei kartleggingsundersøking av korleis rehabiliteringstenester til eldre i første- og andrelinjetenesta i Oslo og Akershus var organisert. 199 personar i 43 einingar (kommunar/bydelar/føretak) fekk tilsendt spørjeskjemaet via e-post. 102 personar frå 43 einingar svarte.

Resultata viste til dels store forskjellar i rehabiliteringstenestene etter kva bydel eller kommune pasientane høyrer til. Dette gjaldt både korleis tenesta blei utøvd, og korleis ho var organisert. Type tenester, innhald og omfang varierte. Også i spesialisthelsetenesta kunne det sjå ut som om enkelte asientar kunne få eit meir spesialisert rehabiliteringstilbod etter akutfasen, avhengig av kva bydel vedkommande budde i.

Tilskot med stor effekt

⁵ B Landmark, TI Romøren. Sykehjem i Oslo og Akershus. Terskel for sykehjemsplass i Oslo og Akershus – slik tildelingstjenesten ser det. Høgskolen i Gjøviks notatserie, 2011 nr. 2 http://brage.bibsys.no/hig/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_17610/1/notat02_2011_elektronisk.pdf

Meir målretta formidling av funn og erfaringar frå tilsyn er eit satsingsområde for Statens helsetilsyn dei næraste åra. Det årlege tilskotet på fire millionar kroner frå Helse- og omsorgsdepartementet løyste ut stor iderikdom hos fylkesmennene. Tilskotsmidlane gjorde det mogleg å gjennomføre formidlings- og utprøvingsaktivitetar det elles ikkje ville ha vore ressursar til. Desse aktivitetane har gitt verdifulle erfaringar som fylkesmennene og Statens helsetilsyn vil dra stor nytte av i åra framover.



ARTIKKEL 5

Ja – tilsyn verkar!

I denne artikkelen presenterer og drøftar Statens helsetilsyn nokre hovudfunn frå ei spørje- og intervjuundersøking i kommunar som hadde tilsyn med tenester til eldre i 2010 og 2011. Undersøkinga viste at tilsyn skjerpar og utfordrar kommunalt endringsarbeid. Heile 80 prosent av kommunane meinte tilsystemaa var svært viktige for verksemda deira. Fleirtalet meinte at rapporten og dialogen med fylkesmannen om funna gav godt grunnlag for forbetningsarbeid. Det mest oppmuntrande funnet var at 62 av 69 kommunar som ikkje hadde fått avdekt lovbrøt, likevel hadde sett i gang forbetnings tiltak som følgje av tilsynet.

I 2010 og 2011 blei det gjort meir enn 500 tilsyn med tenester til eldre i 325 av kommunane i landet. Med ulike tilnæringsmåtar undersøkte fylkesmennene ulike delar av dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

Fylkesmennene avdekte lovbrøt i om lag to tredelar av tilsyna.⁶

Ved avslutninga av satsinga ønskte Statens helsetilsyn å få vite meir om kva prosessar og tiltak kommunane sette i gang etter tilsynet, og kva forhold som eventuelt gjorde det vanskeleg å bruke resultatane frå tilsynet til å betre tenestene. Vi ønskte også å få synspunkt frå kommunane på korleis tilsyn kan vere eit konstruktivt bidrag til å betre kommunale helse- og omsorgstenester. 220 kommunar tok del i undersøkinga, som Agenda Kaupang AS gjennomførte hausten 2012 på oppdrag av Statens helsetilsyn. Det svarer til 70 prosent av dei 325 kommunane der det var gjennomført tilsyn. Undersøkinga var todelt. Første del var ei online-spørjeskjemaundersøking til verksemdsleiarar. I tillegg bidrog leiarar og medarbeidarar i ti kommunar til å nyansere og utdjupe

⁶ Krevende oppgaver med svak styring. Rapport fra Helsetilsynet 5/2011 (se vedlegg 3, avsnitt 2). www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2011/Krevende-oppgaver-med-svak-styring-Samlerapport-tilsyn-2010/

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med spesialisthelsetjenesten: behandling av eldre pasienter med hjerneslag. Rapport fra Helsetilsynet 3/2012 (sjå vedlegg 3, avsnitt 2). www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2012/Oppsummering-landsomfattende-tilsyn-2011-eldre-pasienter-med-hjerneslag/

«Ikke bare ett helseproblem.....». Rapport fra Helsetilsynet 3/2013 (sjå vedlegg 3, avsnitt 2). www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2013/ikke-bare-ett-helseproblem-Oppsummering-landsomfattende-tilsyn-i-2011-2012-eldre-pasienter-med-hoftebrudd/

resultata gjennom telefonintervju. Det same gjorde ti revisjonsleiarar hos fylkesmennene. Samla sett har vi resultat som vi ser på som pålitelege og som eit godt grunnlag for å kunne utvikle tilsynsarbeidet vidare.

Nedanfor presenterer og kommenterer Statens helsetilsyn nokre smakebitar frå resultata. Resultata og vurderingane til Statens helsetilsyn er presenterte i Rapport fra Helsetilsynet 6/2013 på nettstaden vår.⁷

Relevante tilsynsystema og god dialog bidrog positivt

Undersøkingane til tilsynsorganet krev at verksemdene må skjerpe merksemda på visse område. Det er positivt, meinte fleirtalet av kommunane. Snautt 90 prosent av verksemdene svarte at dialogen med fylkesmennene og rapporten frå tilsynet gav eit godt grunnlag for arbeidet i kommunen med å betre tenestetilbodet. Verksemdene meiner at tilsynet verka bevisstgjering og gav impulsar til forbetnings- og endringsarbeid. Gledeleg nok meinte verksemdene det same anten tilsynet påviste lovbrøt eller ikkje.

Verksemdene såg på tilsynsystema som relevante og aktuelle, og temaa bidrog på positive måtar til å skjerpe merksemda mot ulike delar av helse- og omsorgstenestetilbodet til eldre. Ikkje uventa blei endringsarbeidet etter tilsyn meir omfattande i verksemdar som måtte rette opp ulovlege forhold for å sikre at tenestebrukarane får forsvarlege og trygge helse- og omsorgstenester.

Kven tok del og kva blei gjort i endringsarbeidet i kommunane etter tilsyn?

Verksemdsleiar og medarbeidarar har vore dei sentrale aktørane i endringsarbeidet etter tilsyn. I over halvparten av kommunane blei det opplyst at

7 «Vi får satt fokus, blir bevisstgjort og må skjerpe faget vårt ekstra ...». Rapport fra Helsetilsynet 6/2013 (sjå vedlegg 3, avsnitt 7). www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2013/Vi-far-satt-fokus-blir-bevisstgjort-og-ma-skjerpe-faget-vart-undersokelse-tilsyn-med-tjenester-til-eldre/

rådmannen hadde «overordna ansvar», men ho eller han var i liten grad involvert i arbeidet. Lita involvering frå rådmennene blei ikkje sett på som eit problem eller ei hindring i desse kommunane.

«Vi får satt fokus, blir bevisstgjort og må skjerpe faget vårt ekstra ...», sa ein av informantane i undersøkinga. Forbetningsarbeid etter tilsyn krev merksemd og tid, og det kan vere krevjande å få involvert medarbeidarane i prosessen. Dette er forståeleg i ein sektor med ein stor del deltidstilsette og mange medarbeidarar i turnus. Men deltakinga til medarbeidarane i forbetningsarbeidet er slik Helsetilsynet vurderer det, heilt nødvendig for at endringar skal fungere i praksis.

Den faglege kompetansen, vurderings-evna og handlekrafta til medarbeidarane er avgjerande for tenestekvaliteten. Erfarne medarbeidarar som er ute i direkte brukarretta/pasientretta arbeid, er dei som best kjenner til kva som kan gå gale i det daglege omsorgsarbeidet. Leiarane må arbeide systematisk for å få tak i denne kunnskapen. Jamleg dialog med medarbeidarane på ulike møteplassar er eit enkelt tiltak som gir leinga nødvendig risikoinformasjon til arbeidet med gode rutinar og framgangsmåtar.

Kva tiltak sette kommunane i gang etter tilsynet?

For dei verksemdene som tok del i undersøkinga, var arbeid med rutinar og prosedyrar det vanlegaste tiltaket – anten det var peikt på lovbrøt eller ikkje i tilsynet. Nærare tre firedelar måtte utarbeide nye praksisskildringar, men halvparten av kommunane måtte også gjere ein jobb for at rutinar og prosedyrar dei allereie hadde, skulle fungere i praksis.

Sjekklistar, prosedyrar og rutinar har ingen verdi dersom dei først og fremst er laga for å ta hand om formelle krav – dei er ikkje til for å tilfredsstille tilsynsorganet! Gode praksisskildringar som blir følgde i det daglege arbeidet, bidreg til å førebygge uønskte hendingar.

For meir enn halvparten av kommunane blei det nødvendig å gå gjennom opplegget for avviksmelding og avvikshandtering etter tilsynet. Medarbeidarane må kunne melde frå til leiinga ved verksemda om feil og svikt i tenesteutøvinga. Dei må vite *kva* dei skal melde som avvik, og *korleis* dei skal melde frå. Leiinga må gå gjennom meldingane og vurdere om det er behov for å endre rutinar og praksis.

Merksemda som tilsynsorganet rettar mot ulike prosedyrar og rutinar, blir av mange oppfatta som eitt av fleire drivande element i byråkratiseringa av helse- og omsorgstenesta. Men fylkesmennene undersøker ikkje først og fremst om verksemda har skriftlege prosedyrar og rutinar. Det avgjerande er om leiinga og medarbeidarane har *felles forståing* av *kva* som er forsvarleg praksis, og har utarbeidd dei praksis-skildringane som *dei meiner trengst*. Fylkesmennene ser etter om leiinga har etablert styrings- og kontrolltiltak som sikrar at kvar tenestebudstiftar får fagleg forsvarleg behandling og omsorgsfull hjelp når dei treng det. Dei undersøker også om leiinga jobbar systematisk for å førebyggje uønskete hendingar og kritiske feil.

Nyare forskning frå ulike samfunnssektorar har peikt på at «prosedyralisering» kan få utilsikta konsekvensar, og at for standardiserte handlingsmåtar kan verke mot formålet i tryggleiksarbeid. Dei kommunale helse- og omsorgstenestene er avhengige av medarbeidarar med fagleg basert handlingskompetanse slik at dei også kan improvisere og løyse uventa og akutte problem når dei oppstår. *Kva* oppgåver og situasjonar det er nødvendig, ønskjeleg og mogleg lage prosedyrar for, er derfor langt på veg eit vurderings-spørsmål som må avgjerast konkret og lokalt. Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstenesta slår fast at «internkontrollen skal tilpassast virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivingen».

Kva skjedde i kommunar som ikkje fekk påvist lovbrøt?

Ifølgje Agenda Kaupang-rapporten svarte 69 informantar (32 prosent) at det ikkje blei avdekt lovbrøt innanfor områda som tilsynet undersøkte. Desse informantane blei spurde om det likevel blei sett i gang forbetringstiltak. Berre sju informantar svarte at det ikkje blei sett i verk forbetringstiltak.

At heile 62 av 69 kommunar som ikkje fekk påvist lovbrøt, blei inspirerte til å arbeide med kvalitetsforbetring, er eit svært oppmuntrande funn. Det viser at tilsyn kan fungere som inspirasjon og oppmuntring til kvalitetsarbeid også hos verksemdar som er «best i klassen».

Blei det skapt ringverknader av tilsynet i andre delar av tenestene?

Tilsynsorganet forventar at kommunar, helseføretak og andre tenesteleverandørar sjølve er opptekne av, og har kontroll med, at krava i regelverket blir følgde. Dei siste åra har Statens helse-tilsyn og fylkesmennene jobba spesielt for å stimulere kommunar og helseføretak til å bruke resultat og erfaringar frå andre tilsyn systematisk i forbetningsarbeid (sjå artikkel 4).

I spørjeskjemaundersøkinga svarte ca. halvparten av kommunane at nytta av tiltaka hadde vore stor ikkje berre i den verksemda som hadde hatt tilsyn, men også i andre delar av helse- og omsorgstenesta. Det ser Statens helse-tilsyn som svært positivt.

Respondentane blei også spurde om tiltaka etter tilsynet hadde hatt nytteverdi i andre delar av tenesteapparatet i kommunen – det vil seie utover helse- og omsorgstenesta. Berre eit fåtal meinte at dette var tilfellet. Statens helsetilsyn meiner at tilsyn gir mykje kunnskap om svikt og risiko, kunnskap som kan overførast til andre delar av tenesteapparatet.

Tilsynsresultat – relevante for politikarar?

Under ein tredel av kommunane har svart at rapportar frå tilsyn og forbettrings-tiltak blei politisk behandla. Her bør kommunestyre og politiske utval ta eit aktivt ansvar. Tilsynsresultat viser om tenesteproduksjonen i kommunane er i samsvar med lovkrav fastsette av Stortinget. Kommunepolitikarane er ansvarlege for det tenestetilbodet befolkninga får til kvar tid, og tek avgjerder om prioriteringar og tiltak med stor innverknad på helse og velferd i befolkninga. Det at dei politiske organa kjenner til svikt og sårbarheit i tenestetilbodet er derfor svært viktig.

Statens helsetilsyn og fylkesmennene: Oppløftande, men utfordrande tilbakemeldingar

Gjennom undersøkinga ønskte Statens helsetilsyn også å få peikt ut moglege forbettringsområde i tilsynsverksemda.

God dialog som kompetanseutfordring for tilsynsorganet

Vi har fått konstatert at god dialog om tilsynet og funna er svært viktig for forbettringsarbeidet i kommunane.

I nokre få kommunar gav leiarar og medarbeidarar opp at dei ikkje blei møtte med respekt, og at tilsynet ikkje var prega av god kommunikasjon og konstruktiv dialog. Det er tilbakemeldingar Statens helsetilsyn tek svært alvorleg. At dei som skal gjennomføre tilsyn, legg til rette for eit godt klima, er avgjerande for at tilsynsfunna skal bli pålitelege og truverdige. Funna stadfestar at kommunikasjonskompetanse bør ha ein framstående plass i kompetansetiltaka internt i Statens helsetilsyn og overfor fylkesmennene.

Fylkesmennene si rolle i etterarbeid og avslutning av tilsyn

I kommentarane til spørjeundersøkinga og telefonintervjua etterlyser fleire av informantane tettare kontakt mellom fylkesmannen og kommunen når arbeidet med å rette opp lovbrøt tek til. Fleire kommunar ønskjer at fylkesmennene kan leggje betre til rette for

erfaringsdeling mellom kommunane i tilknytning til tilsynet.

Nokre av fylkesmennene har hatt ekstra tilskotsmidlar i satsingsperioden og har arrangert ulike konferansar, erfarings-samlingar og arbeidsseminar (sjå artikkel 4). Erfaringsdeling om resultat frå tilsyn og internkontroll har skapt engasjement og refleksjon hos både leiarar og medarbeidarar i helse- og omsorgstenestene. Statens helsetilsyn har blinka ut formidling av tilsynserfaringar som eit satsingsområde dei næraste åra. Å realisere dette kjem til å krevje atskilleg ressursinnsats, både for fylkesmennene og Statens helsetilsyn.

I kraft av det doble oppdraget sitt for Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet har likevel fylkesmennene fleire arenaer og høve til å bidra konstruktivt i forbettringsarbeidet. Fylkesmennene skal på den eine sida gi råd og rettleiing til helse- og omsorgstenestene på oppdrag frå direktorat, og på den andre sida opptre som tilsynsorgan og kontrollere om tenestetilbodet blir gitt i tråd med regelverket.

Kva er nødvendig for at tilsyn skal verke?

Det kan alltid vere ein fare for at tilsyn blir sett på som einspora formalisme, og at endringsarbeidet i etterkant berre blir for syns skyld. Vi ser få teikn til det i denne undersøkinga. Kommunane gir uttrykk for at tilsyn var eit skjerpande, men nyttig bidrag i arbeidet med å forbetre og endre tenester til skrøpelege eldre. Kommunane trekkjer fram to omstende som var avgjerande for eit positivt utfall av tilsynet med tenester til eldre:

- For det første var tilsystemaa relevante og vesentlege for verksemda deira.
- Dernest verka dialogen med og kompetansen hos medarbeidarane hos fylkesmennene motiverande og stimulerte endringsarbeidet.

Statens helsetilsyn ser på desse som viktige element for at tilsyn skal kunne bidra til reelle endringar. Vi ser det også som ein føresetnad at både

fylkesmennene og Statens helsetilsyn
har høg kompetanse innanfor både
jussen og tenestefaga.

Alt i alt er resultatane frå Agenda
Kaupangs undersøking oppløftande.
Alt tyder på at satsinga har gitt eit
betydeleg bidrag til å forbetre teneste-
tilbodet til eldre.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Oversikt over tilsyn og tema

Betydeleg tilsynsvolum

Heile tenestekjeda med både kommunale tenester og spesialisthelsetenester var omfatta av satsinga, og eit breitt spekter av tilsynsystema og tilsynsmetodar blei tekne i bruk. Under presenterer vi omfanget i ein del talmateriale.

Tilsyn med kommunale tenester til eldre

Gjennom 2010 og 2011 blei det gjennomført over 500 tilsyn med kommunale tenester til eldre. Om lag 70 prosent av kommunane i landet (bydelane i Oslo og Bergen) blei omfatta. Statens helsetilsyn la til rette for eit breitt spekter av tema og metodar i satsinga. Fylkesmennene kunne setje saman ei «tilsynspakke» med utgangspunkt i leveransekrav og rettleiarar utarbeidde av Statens helsetilsyn.

Tabell 1: Tal på tilsyn gjennomførte i 2010 og 2011 med kommunale helse- og omsorgstenester til eldre, fordelte på tilsynsystema og tenesteområde/verksemd.

Tilsynsystema	Tenesteområde / verksemd	2010	2011	Samla for 2010 og 2011
		Tal tilsyn	Tal tilsyn	Tal tilsyn
Identifisering, utgreiing og oppfølging av eldre med demenssjukdom	Heimesjukepleie/ heimeteneste	48	17	65
	Fastlegar	29	12	41
Legemiddelhandtering	Heimesjukepleie (systemrevisjon)	12	7	19
	Heimesjukepleie og/ eller sjukeheimar (sjølvmeldingstilsyn)	112	52	164
Legemiddelbehandling	Fastlegar	12	3	15
Førebygging og behandling av underernæring	Heimesjukepleie/ heimeteneste og/eller sjukeheimar	21	16	37
Rehabilitering	Sjukeheimar	8	13	21
Behandling av søknader om avlasting	Den aktuelle saks- behandlingseininga i kommunen	71	70	141
Umelde tilsyn (ulike tema)	Heimetenester/ sjukeheimar	37	32	59
Andre tema	Ulike tenesteområde og verksemd	21	13	34

Tabell 1 viser ei oversikt over talet på tilsyn som blei gjennomførte i kommunar/bydelar i 2010 og 2011 fordelte på tilsynsystema og tenesteområde. I nokre kommunar blei det gjennomført tilsyn

med fleire tema og tenesteområde, for eksempel med både ernæring og avlasting. Andre stader blei det gjennomført tilsyn med same tema i fleire verksemdar i kommunen. I andre kommunar

igjen blei det ført tilsyn med to tema i same verksemda, for eksempel underernæring og legemiddelhandtering i heimetenesta. Talet på tilsyn i tabell 1 vil derfor ikkje tilsvare talet på reelle tilsyn, da eitt tilsyn vil kunne vere registrert to gonger.

Av tabell 1 ser vi at alle temaa og metodane blei brukte av fylkesmennene, men i noko varierende grad. Dei to tilsyna med størst volum var tilsyn med legemiddelhandtering med metoden sjølvmelding og tilsyn med saksbehandling av søknader om avlasting, der stikkprøvemethoden blei nytta. Det blei utført høvesvis 164 og 141 slike tilsyn. Begge desse metodane var lite brukte i tilsynsarbeidet tidlegare, slik at mange fylkesmenn nok gjerne ville prøve dei ut. Identifisering, utgreiing og oppfølging av eldre med demenssjukdom var det temaet som oftast blei undersøkt gjennom systemrevisjon, med i alt 65 tilsyn. I tillegg blei dette tilsynet ofte kombinert med tilsyn hos fastlegar med same tema, i alt 47 tilsyn. Tilsyn med fastlegar var også ei nyvinning i samband med satsinga.

Mange fylkesmannsembete har på eige initiativ valt å føre vidare tilsyn med tenester til eldre etter 2011. I 2012 og 2013 er det gjort over 100 tilsyn etter opplegget frå satsinga. Også her er det

god spreieing i val av tilsynstema og tilsynsmetode.

Andre tilsyn med eldre som målgruppe

I same perioden som satsinga var i gang, blei det i tillegg gjort tilsyn med andre tema der eldre var målgruppe, utan at dette var ein direkte del av satsinga. Det eine temaet var legemiddelbehandling i sjukeheimar. I perioden 2008–2010 blei det gjennomført 67 slike tilsyn. Rapport fra Helsetilsynet 7/2010: *Sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging* presenterer samla funn. Det andre temaet var tvungen helsehjelp etter pasient- og brukarrettslova kapittel 4A til pasientar i sjukeheimar. Her blei det i 2011 og 2012 gjort til saman 103 tilsyn i alle fylke. Funna frå desse tilsyna er presenterte i Rapport fra Helsetilsynet 5/2013: *Tvil om tvang*.

Tilsyn med spesialisthelsetenester til eldre

2011 var året da satsinga sette søkelyset på spesialisthelsetenesta. Det var valt ut to tema det skulle først tilsyn med: behandling av eldre med hjerne- slag og behandling av skrøpelege eldre med hoftebrot. Tilsyn med det første temaet blei gjennomført som systemrevisjon, det andre temaet oftast som stikkprøvetilsyn.

Tabell 2. Talet på tilsyn med tilbodet i spesialisthelsetenesta til eldre pasientar, fordelt på tema og metode.

<i>Tilsynstema</i>	<i>Tilsynsmetode</i>	<i>Tal på tilsyn 2011</i>
Behandling av eldre med hjerneslag	Systemrevisjon	29
Behandling av skrøpelege eldre med hoftebrot	Stikkprøve	19
	Systemrevisjon	4*

*I Helse Vest gjennomførte fylkesmennene tilsynet med behandlinga av skrøpelege eldre pasientar med hoftebrot som systemrevisjon

Det blei gjennomført 29 tilsyn med behandlinga i spesialisthelsetenesta av eldre med hjerneslag. Tilsyna blei gjennomførte i alle fire helseregionane, i 17 helseføretak og eitt privat sjukehus.

Tilsyn med tilbodet i spesialisthelsetenesta til skrøpelege eldre med hofte-

brot blei gjennomført i alle fire helse-regionane og i 14 helseføretak. Til saman blei det gjort 23 tilsyn; 19 av dei blei gjennomførte som stikkprøvetilsyn slik det var lagt opp til. I Helse Vest valde fylkesmennene å bruke systemrevisjon som metode i fire tilsyn, her var også temaet noko utvida.

Vedlegg 2: Andre formidlings- og spreingsprosjekt finansierte med tilskotsmidlar 2010–2012

Frå 2010 til 2012 blei fylkesmennene og Statens helsetilsyn tildelte ei årleg ekstraløyving på fire millionar kroner til å styrkje tilsynet med tenestetilbodet til eldre. Bruken av desse midlane er breitt omtalt i artikkel 4. Vedlegg 2 gjer greie for formidlings- og spreingsprosjekt som blei finansierte med tilskotsmidlar frå Helse- og omsorgsdepartementet, og som ikkje er omtalte i artikkel 4.

Buskerud, prosjektperiode 2010

Fylkesmannen gjennomførte fire umelde tilsyn på sjukeheimar knytte til pasient- og brukarrettslova kapittel 4A – helsehjelp til pasientar utan samtykkekompetanse som motset seg helsehjelp. I etterkant arrangerte dei to fagdagar for kommunane i fylket der resultatane blei presenterte og utfordringar knytte til pasient- og brukarrettslova kapittel 4A blei utdjupa.

Vest-Agder, prosjektperiode 2010

Tilsynskonferanse for politisk leiing, rådmenn og sektorsjefar med tilsyn som læringsarena i fokus. Funn frå tilsyn med tenester til eldre blei presenterte og brukte som eksempel. Vidare blei det gjennomført møte med kommunale leiarar innanfor pleie- og omsorgstenestene i fylket, med presentasjon av og dialog om funn frå tilsyn med tenester til eldre. Også her var læring gjennom tilsyn sentralt.

Troms, prosjektperiode 2010

Todagars samling for saksbehandlarar og leiarar i pleie- og omsorgstenesta om funn frå stikkprøvetilsyn med den kommunale saksbehandlinga av søknader om avlasting til eldre. Formålet var formidling og læring av tilsynsfunn for å betre kvaliteten på saksbehandlinga i kommunane.

Oslo og Akershus, prosjektperiode 2010–2011

Erfaringskonferanse i 2010 for helseleiarar i kommunar/bydelar. Resultat og erfaringar frå tilsyn i 2008 og 2009 med helsehjelp til akutt sjuke pasientar i sjukeheimar blei presenterte og drøfta. I 2011 var temaet for ein tilsvarande konferanse resultat og erfaringar frå tolv tilsyn med tenester til heimebuande tenestebrukarar med demenssjukdom.

Telemark, prosjektperiode 2010–2012

Tverrfagleg læringsnettverk for å spreie funn frå tilsyn med legemiddelbehandling og legemiddelhandtering i to sjukeheimar. Prosjektet blei gjennomført i samarbeid med Undervisnings- sykehjemmet og GRUK (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta – seksjon for kvalitetsutvikling). Felles mål for prosjektet var å sikre at pasientane får nødvendig og rett legemiddelbehandling. Gjennom læringsnettverket ønskte ein å få ein praksis som var meir samanfallande med fagleg kunnskap og styringskrav på området, gjere leiarar dyktigare i å leie endring og forbetring og å oppnå tverrfagleg samarbeid mellom profesjonar. For nærare presentasjon av prosjektet og funna viser vi til rapport frå Kunnskapssenteret.⁸

Aust-Agder, prosjektperiode 2010–2012

Fylkesmannen arrangerte alle tre åra ein todagars erfaringskonferanse for representantar frå kommunane. Tema har vore «tilsyn for læring». Dei har trekt fram tilsyn frå siste året og utfordra kommunane på korleis dei har opplevd tilsynet, og korleis dei har arbeidd for å rette opp lovbrøt.

8 E Udness, A Vege, B Nyen. Tverrfaglig læringsnettverk, kvalitetsforbedring av legemiddelbehandling i sykehjem i Porsgrunn og Skien. Notat 2012. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/tverrfaglig-l%C3%A6ringsnettverk-kvalitetsforbedring-av-legemiddelbehandling-i-sykehjem-i-porsgrunn-og-skien>

Oppland, prosjektperiode 2011–2012

Dei blei både i 2011 og 2012 arrangert regionvise samlingar for å spreie og lære av erfaringar og funn frå tilsyn med tenester til eldre. Målgruppa var leiarar på ulike nivå i kommunane. Formålet var erfaringsutveksling og gjensidig dialog.

Østfold, prosjektperiode 2012

Prosjektet «Hvordan lære av egne feil – utvikling gjennom tilsynserfaringer» blei gjennomført i samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Det blei halde éi dagsamling for sjukeheimar og éi for heimetenester, med leiarar og andre nøkkelpersonar i tenestene som målgruppe. Formålet var læring mellom kommunar. Samlingane tok utgangspunkt i funn frå tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar og med legemiddelhandtering og oppfølging av brukarar med demenssjukdom.

Finnmark, prosjektperiode 2012

Prosjekt i tre trinn: konferanse, tilsyn og formidling av funn frå tilsyn. Temaet var i utgangspunktet helsehjelp til pasientar utan samtykkekompetanse som motset seg helsehjelp (jf. pasient- og brukarrettslova kapittel 4A). Undervegs i arbeidet fann Fylkesmannen det formålstenleg å utvide prosjektet til også å omfatte kapittel 9 i helse- og omsorgstenestelova om bruk av tvang og makt overfor personar med psykisk utviklingshemming. Dei var særleg opptekne av fellestrekka i begge lovreglane, som er å førebyggje og regulere bruken av tvang og makt.

Vedlegg 3: Publikasjonsliste frå tilsynssatsinga

1. Forarbeid for satsinga

Plan for tilsyn med tjenester til eldre 2009-2012. Notat Helsetilsynet 11. februar 2009.
www.helsetilsynet.no/upload/tilsyn/2009_eldreplanen.pdf (avlest 14. februar 2014)

Sørbye LW, Grue EW, Vetvik E. Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Oslo: Diakonhjemmet høgskole, 2009.
www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/kunnskap_svikt_jenester_skrøpelige-eldre2009.pdf (avlest 14. februar 2014)

Identifisering av risikoområder innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre – oppsummeringsrapport. Internserien 15/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010.
www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/risiko_spesialisthelse_eldre_internserien_15_2010.pdf (avlest 14. februar 2014)

2. Rapportar frå tilsyn

Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre. Rapport fra Helsetilsynet 5/2011. Oslo: Statens helsetilsyn, 2011.
www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2011/Krevende-oppgaver-med-svak-styring-Samlerapport-tilsyn-2010/ (avlest 14. februar 2014)

Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med spesialisthelsetjenesten: behandling av eldre pasienter med hjerneslag. Rapport fra Helsetilsynet 3/2012. Oslo: Statens helsetilsyn, 2012.
www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2012/Oppsummering-landsomfattende-tilsyn-2011-eldre-pasienter-med-hjerneslag/ (avlest 14. februar 2014)

«Ikke bare ett helseproblem...». Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011–2012 med spesialisthelsetjenesten: behandling av skrøpelige eldre med hoftebrudd. Rapport fra Helsetilsynet 3/2013. Oslo: Statens helsetilsyn, 2013.
www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2013/Ikke-bare-ett-helseproblem-Oppsummering-landsomfattende-tilsyn-i-2011-2012-eldre-pasienter-med-hoftebrudd/ (avlest 14. februar 2014)

Enkeltrapportar frå tilsyn (2010–2011 i kommunane, 2011 i spesialisthelsetenesta)
www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/ (avlest 14. februar 2014)

3. Artiklar frå Tilsynsmeldinga

Engedal K
Eldre og gamle som utredes og behandles i spesialisthelsetjenesten. Tilsynsmelding 2009.
www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Tilsynsmelding/2009/ (avlest 14. februar 2014)

Kommunale tjenester til skrøpelige eldre – trygge nok? Tilsynsmelding 2010.
www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Tilsynsmelding/2010/ (avlest 14. februar 2014)

Når svikt i helsetjenesten rammer eldre og pleietrengende pasienter. Tilsynsmelding 2010.
www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Tilsynsmelding/2010/ (avlest 14. februar 2014)

Når eldre får hjerneslag – er behandlinga god nok? Tilsynsmelding 2011.
www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Tilsynsmelding/2011/ (avlest 14. februar 2014)

Tvungen helsehjelp i sjukeheimar.
Tilsynsmelding 2011.
[www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/
Tilsynsmelding/2011/](http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Tilsynsmelding/2011/)
(avlest 14. februar 2014)

Behandling av skrøpelege eldre
pasientar med hoftebrot.
Tilsynsmelding 2011.
[www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/
Tilsynsmelding/2011/](http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Tilsynsmelding/2011/)
(avlest 14. februar 2014)

Når eldre får hjerneslag – er behandlinga
god nok? Tilsynsmelding 2011.
[www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/
Tilsynsmelding/2011/](http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Tilsynsmelding/2011/)
(avlest 14. februar 2014)

4. Andre artiklar

Myhre KI, Gunbjørud AB, Munkeby
BH, Herfjord JK, Arianson H
Semi-quantitative risk analysis as a basis
for supervision of specialized health
services to frail elderly people. Safety
Science Monitor 2011; 15(3): 1–6.
[ssmon.chb.kth.se/vol15/issue3/6_
Myhre.pdf](http://ssmon.chb.kth.se/vol15/issue3/6_Myhre.pdf) (avlest 14. februar 2014)

Engehaugen K, Noodt M
Om kommunetopper som ikke vet nok
om eldretilbudet. Kommunal rapport
2012; 11: 17.
[www.helsetilsynet.no/upload/
Publikasjoner/artikler/2012/
kommunetopper_eldretilbudet_
engehaugen_noodt.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/artikler/2012/kommunetopper_eldretilbudet_engehaugen_noodt.pdf)
(avlest 14. februar 2014)

Skjær W, Noodt M
Eldres ernæringsbehov – et felles mål.
Sykepleien 2012; 100(12): 78–79.
[www.sykepleien.no/Content/1021536/
PDF_1212.pdf](http://www.sykepleien.no/Content/1021536/PDF_1212.pdf) (avlest 14. februar 2014)

5. Brev

Eldreomsorg og tilsyn. Brev frå Statens
helsetilsyn til Helse- og omsorgs-
departementet, 10. november 2010.
[www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/
Brev-hoeringsuttalelser/Brev-
hoeringsuttalelser-2010/Eldreomsorg-
og-tilsyn/](http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2010/Eldreomsorg-og-tilsyn/) (avlest 14. februar 2014)

Tilstanden i den kommunale omsorgs-
tenesta. Brev frå Statens helsetilsyn til
Helse- og omsorgsdepartementet,
10. november 2010.
[www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/
Brev-hoeringsuttalelser/Brev-
hoeringsuttalelser-2010/Tilstanden-i-
den-kommunale-omsorgstenesta/](http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2010/Tilstanden-i-den-kommunale-omsorgstenesta/)
(avlest 14. februar 2014)

Tilsyn med kommunenes sosial- og
helsetjenester til eldre i 2011. Brev frå
Statens helsetilsyn til Helse- og om-
sorgsdepartementet, 19. mars 2012
[www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/
Brev-hoeringsuttalelser/Brev-
hoeringsuttalelser-2012/Tilsyn-med-
kommunenes-sosial--og-helsetjenester-
til-eldre-i-2011/](http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2012/Tilsyn-med-kommunenes-sosial-og-helsetjenester-til-eldre-i-2011/)
(avlest 14. februar 2014)

6. Rettleiarar for landsomfattande tilsyn

Veiledning til Helsetilsynet i fylket
om tilsyn med legemiddelhandtering i
kommunen (sjølmeldingstilsynet).
Internserien 2/2010. Oslo: Statens
helsetilsyn, 2010.
[www.helsetilsynet.no/upload/
Publikasjoner/internserien/veiledning_
tilsynlegemiddelhandtering_
internserien2_2010.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/veiledning_tilsynlegemiddelhandtering_internserien2_2010.pdf)
(avlest 14. februar 2014)

Veileder for tilsyn med kommunens
tiltak for å forebygge og behandle
underernæring hos eldre i sykehjem og
i hjemmetjenesten. Internserien 3/2010.
Oslo: Statens helsetilsyn, 2010.
[www.helsetilsynet.no/upload/
Publikasjoner/internserien/underernaring_
sykehj_internserien3_2010.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/underernaring_sykehj_internserien3_2010.pdf) (
avlest 14. februar 2014)

Veileder for tilsyn med avlastning til
eldre – stikkprøvetilsyn med kom-
munens saksbehandling. Internserien
4/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010.
[www.helsetilsynet.no/upload/
Publikasjoner/internserien/avlastning_
eldre_stikkprove_internserien4_2010.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/avlastning_eldre_stikkprove_internserien4_2010.pdf)
(avlest 14. februar 2014)

Veileder for tilsyn med fastlegens legemiddelbehandling av eldre som mottar helse- og omsorgstjenester. Internserien 5/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/fastlege_legemiddelbehandling_eldre_internserien5_2010.pdf (avlest 14. februar 2014)
Med vedlegg: Bakgrunnsstoff om multidoseordningen.

Veileder for tilsyn med kommunale hjemmesykepleietjenester til eldre som har vedtak om hjelp til legemiddelbehandling. Internserien 7/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/legemiddelhaandtering_hjemmesykepleie_internserien7_2010.pdf (avlest 14. februar 2014)

Veileder for tilsyn med kommunens rehabiliteringstilbud i sykehjem. Internserien 9/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/rehabiliteringstilbud_sykehjem_internserien9_2010.pdf (avlest 14. februar 2014)

Veileder for tilsyn med fastlegers utredning av demens og oppfølging av pasienter med demens. Internserien 11/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/fastleger_demens_internserien11_2010.pdf (avlest 14. februar 2014)

Veileder for tilsyn med kommunenes tiltak for å identifisere, utrede og følge opp hjemmeboende eldre med demenssykdom, herunder samarbeid med fastlegene. Internserien 12/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/hjemmeboende_eldre_demens_internserien12_2010.pdf (avlest 14. februar 2014)

Veileder for uanmeldt tilsyn. Internserien 16/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/uanmeldt_tilsyn_internserien16_2010.pdf (avlest 14. februar 2014)

Veileder for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten 2011. Stikkprøvetilsyn: Behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd. Internserien 18/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/veileder_hoftebrudd_internserien18_2010.pdf (avlest 14. februar 2014)

Veileder for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten 2011. Systemrevisjon: Behandling av eldre pasienter med hjerneslag. Internserien 19/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/veileder_hjerneslag_internserien19_2010.pdf (avlest 14. februar 2014)

7. Ekstern evaluering

«Vi får satt fokus, blir bevisstgjort og må skjerpe faget vårt ekstra ...».

En deskriptiv undersøkelse av tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre. Rapport fra Helsetilsynet 6/2013. Oslo: Statens helsetilsyn, 2013.

www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2013/Vi-far-satt-fokus-blir-bevisstgjort-og-ma-skjerpe-faget-vart-undersokelse-tilsyn-med-tjenester-til-eldre/ (avlest 14. februar 2014)

8. Andre tilsyn i same periode med liknande tema

Legemiddelbehandling i sjukeheimar

Veileder for tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem. Internserien 3/2009. Oslo: Statens helsetilsyn, 2009. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/veileder_tilsyn_legemiddelbehandlsykehjem_internserien3_2009.pdf (avlest 14. februar 2014)

Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem. Brev frå Statens helsetilsyn til Helse- og omsorgsdepartementet, 20. mars 2009. www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2009/Funn-legemiddelbehandling-sykehjem/ (avlest 14. februar 2014)

Sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem 2008–2010. Rapport fra Helsetilsynet 7/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010. www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2010/Funn-tilsyn-med-legemiddelbehandling-sykehjem-2008-2010 (avlest 14. februar 2014)

Tvungen helsehjelp i sjukeheimar

Tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A til pasienter i sykehjem. Veileder for landsomfattende tilsyn med kommunale helsetjenester 2012. Internserien 3/2012. Oslo: Statens helsetilsyn, 2012. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/veileder_tvung_sykehjem_internserien3_2012.pdf (avlest 14. februar 2014)

Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem. Rapport fra Helsetilsynet 5/2013. Oslo: Statens helsetilsyn, 2013. www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2013/Tvil-om-tvang-Oppsummering-av-landsomfattende-tilsyn-i-2011-2012-med-tvungen-helsehjelp-pasienter-sykehjem/ (avlest 14. februar 2014)

Čoahkkáigeassu vuorrasiid dearvvašvuoda- ja fuolahusbálvalusaid geahččovuoruheamis 2009–2012

Dearvvašvuodageahču 1/2014 raportta čoahkkáigeassu

Stáhta dearvvašvuodageahču ja fylkkamánnit leat erenoamážit vuoruhán vuorrasiid bálvalusaid geahču 2009–2012 áigodagas. 2010:s ja 2011:s čadahuvvojedje badjel 500 geahču 325 suohkanis. Iešgudetge lahknanvugiiguin dárkkistedje fylkkamánnit iešgudetge osiid suohkaniid dearvvašvuoda- ja fuolahusbálvalusain. 2011:s čadahuvvojedje birrasiid 45 geahču dan divššu hárrái maid vuorrásat ožžot vuoiŋŋašgáldnanvigi ja doddjon čoarbbealdávtti olis spesialistadearvvašvuodabálvalusas.

Fylkkamánnit ja Stáhta dearvvašvuodageahču ožžo seamma áigodagas njeallje milliuvnna ruvno jahkásaš liigejuolludusa mii lei veahkkín vel eambo nannet vuoruheami – ja bálvalusaid.

Vuoruheapmi lea bohciidahttán stuora ánggirdeami fylkkamánniid gaskkas sihke plánema ja čadaheami dáfus. Dát loahpparaporta addá bajilgovva buot doaimmain mat leat čadahuvvon dán vuoruheami oktavuodas.

Raporta lea huksejuvvon artihkalčoakkáldahkan. Artihkkalat čilgejit geahču gávdnosiid ja vásáhusaid ja válddahit iešgudetlágan bargovugiid ja lahknanvugiid maid geahččoorgána lea geavahan dán vuoruheamis. Artihkalčoakkáldat berre leat miellagiddevaš sihke Dearvvašvuoda- ja fuolahusdepartementii, Dearvvašvuodadirektoráhtii, fylkkamánniide, eará geahččoorgánaide, ja dearvvašvuoda- ja fuolahusbálvalu-

said jodiheddjiide. Stáhta dearvvašvuodageahču sávvá ahte artihkkalat sáhttet movttiidahttit bálvalusfálliid ságastallat ja digaštallat movt sáhtta hukset nanu bálvalusfálaldagaid vuorrasiidda geat eai leat nu dearvašat. Mii sávvat ahte raporta maiddái sáhtta leat mielde ovddideame čuvgehuvvon ja viiddis digaštallama geahču birra, dearvvašvuoda- ja fuolahusbálvalusa buoridanbarggu doarjjan. Stáhta dearvvašvuodagehčču ja fylkkamánniide lea vuoruheapmi buktán vásáhusaid mat hástalit ain eambo ovddidit geahččobarggu.

Summary of supervision of health and care services for elderly people 2009–2012

Summary of Report of the Norwegian Board of Health Supervision 1/2014

In 2009–2012, the Norwegian Board of Health Supervision and the Offices of the County Governors gave priority to supervision of health and care services for elderly people. In 2010 and 2011, supervision was carried out in a total of 325 municipalities. Using different approaches, the Offices of the County Governors investigated various types of municipal health and care services. In 2011, supervision of services for elderly people who had received treatment in hospital for stroke or fracture of the hip was carried out in 45 different hospital departments.

During the same period, the Norwegian Board of Health Supervision and the Offices of the County Governors were given NOK 4 million in extra funding in order to try out new methods of supervision and to spread information to health care providers about the results of supervision.

As a result, the Offices of the County Governors have shown great enthusiasm in planning and carrying out these supervision activities. This final report gives an overview of their different activities.

The report is organized as a collection of articles. The articles present the findings and experience gained from supervision, and describe different methods and approaches used. The articles should be of interest to the Ministry of Health and Care Services, the Norwegian Directorate of Health, the Offices of the County Governors,

other supervision authorities and managers of health and care services. We hope that the articles can stimulate debate among service providers about what can be done to improve health services for elderly people. We hope that the report can also stimulate a well-informed and balanced debate about how supervision can help to improve health and care services in general. The Norwegian Board of Health Supervision and the Offices of the County Governors have gained experience that challenges us to continue to develop our supervision of these services.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgjevingar 2013

1/2013 Oppsummering av tilsyn med verksemder som er godkjende for å handtere humane celler og vev til assistert befruktning

2/2013 Glemmer kommunene barn og unge i møte med økonomisk vanskeligstilte familier? Kartlegging og individuell vurdering av barns livssituasjon og behov ved søknader om økonomisk stønad. Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2012

3/2013 "Ikke bare ett helseproblem....." Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011–2012 med spesialisthelsetjenesten: behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd

4/2013 Spesialisthelsetjenestens håndtering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2012

5/2013 Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem

6/2013 "Vi får satt fokus, blir bevisstgjort og må skjerpe faget vårt ekstra..." En deskriptiv undersøkelse av tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre

7/2013 Oppsummering av tilsyn med handtering av humant beinvev til bruk på menneske

Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no. Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no.

Utgjevingar 2014

1/2014 Oppsummering av satsinga på tilsyn med helse- og omsorgstjenester til eldre 2009–2012

Tilsynsmeldinga

Tilsynsmeldinga er ein årleg publikasjon frå Statens helsetilsyn. Den blir nytta til å orientere omverda om saker som er sentrale for sosiale tenester i Nav, barnevern-, helse- og omsorgstjenestene og for offentleg debatt om tenestene.

Tilsynsmeldingar frå og med 1997 finst i fulltekst på www.helsetilsynet.no. Dei nyaste kan óg tingast i trykt utgåve.

I serien Rapport fra Helsetilsynet vert det formidla funn og erfaring frå klagebehandling og tilsyn med sosiale tenester i Nav, barnevern og helse- og omsorgstenestene.

Serien vert utgjeven av Statens helsetilsyn. Alle utgjevingar i serien finst i fulltekst på www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 1/2014 **Oppsummering av satsinga på tilsyn med helse- og omsorgstenester til eldre 2009–2012**

Statens helsetilsyn og fylkesmennene hadde i 2009–2012 ei større satsing på tilsyn med tenester til eldre. I 2010 og 2011 blei det gjort meir enn 500 tilsyn i 325 kommunar. Med ulike tilnæringsmåtar undersøkte fylkesmennene ulike delar av dei kommunale helse- og omsorgstenestene. I 2011 blei det gjort om lag 45 tilsyn med behandlinga av eldre med hjerneslag og hoftebrot i spesialisthelsetenesta.

Fylkesmennene og Statens helsetilsyn fekk i same periode ei årleg ekstraløyving på fire millionar kroner som medverka til ytterligare styrking av satsinga – og av tenestene.

Satsinga har utløyst eit stort engasjement hos fylkesmennene både i planlegging og gjennomføring. Denne sluttrapporten gir ei samla oversikt over alle aktivitetane som har vore gjennomførte innanfor denne satsinga.

Rapporten er bygd opp som ei samling med artiklar. Artiklane gjer greie for funn og erfaringar frå tilsyn og skildrar ulike arbeidsformer og tilnæringsmåtar som tilsynsorganet har brukt i satsinga. Artikkelsamlinga bør vere interessant både for Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, fylkesmennene, andre tilsynsorgan og leiarar i helse- og omsorgstenesta. Statens helsetilsyn håper artiklane kan stimulere til samtalar og diskusjonar hos tenesteleverandørar om kva som skal til for å byggje bærekraftige tenestetilbod til skrøpelege eldre. Vi håper at rapporten også kan medverke til ein opplyst og nyansert debatt om tilsyn som bidrag til forbetningsarbeid i helse- og omsorgstenesta. For Statens helsetilsyn og fylkesmennene har satsinga gitt erfaringar som utfordrar til vidare utvikling av tilsynsarbeidet.