SAMMENSTILLING OG ANALYSE AV FUNN OG ERFARINGER FRA ULIKE TILSYNSAKTIVITETER I 2003 OG 2004

Pleie- og omsorgstjenester på strekk

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

RAPPORT FRA HELSETILSYNET 7/2005

OKTOBER 2005

Rapport fra Helsetilsynet 7/2005
Pleie- og omsorgstjenester på strekk
Sammenstilling og analyse av funn og erfaringer
fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004

Oktober 2005

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne publikasjonen finnes elektronisk på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Trykk og elektronisk versjon: Lobo Media AS

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

Innhold

Sammendrag **8**

Bakgrunn **12**

Anvendelse av ulike kilder for informasjon og kunnskap **13**

Del I – Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003 ..... **16**

1 Analyser av fire undergrupper av tjenestemottakere **17**
1.1 Materiale og metode 17
1.2 Tjenestemottakere som er under 67 år 18
1.2.1 Hvem er de? 18
1.2.2 Hvor bor de? 19
1.2.3 Hvilket tjenestetilbud har de, og er det tilstrekkelig? 20
1.3 Tjenestemottakere med psykiske lidelser 22
1.3.1 Hvem er de? 22
1.3.2 Hvor bor de? 22
1.3.3 Hvilket tjenestetilbud har de, og er det tilstrekkelig? 23
1.4 Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning 25
1.4.1 Hvem er de? 25
1.4.2 Hvor bor de? 25
1.4.3 Hvilke tjenestetilbud har de, og er det tilstrekkelig? 25
1.5 Tjenestemottakere som er rusmiddelmisbrukere 28
1.5.1 Hvem er de? 28
1.5.2 Hvor bor de? 28
1.5.3 Hvilket tjenestetilbud har de, og er det tilstrekkelig? 29
1.6 Oppsummering og vurdering – tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud 31

2 Forholdet mellom bemanning og behov i sykehjem – den nasjonale bemanningskartleggingen i 2003 ..... **32**
2.1 Grunnbemanningen og tilstrekkelige tjenester i sykehjem – er det noen sammenheng? 32
2.1.1 Data og metode 32
2.1.2 Resultater 33
2.1.3 Oppsummering 34
2.2 Faktisk bemanning og vakanser i sykehjem – får det konsekvenser for den lokale vurderingen av tilstrekkeligheten ved tjenestetilbudet? 35
2.2.1 Data og metoder 35
2.2.2 Resultater 36
2.2.3 Oppsummering – forholdet mellom bemanning og vurderinger av tilstrekkelige tjenester 39

3 Videreføring av Helsetilsynets nasjonale kartlegging av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten: tall og refleksjoner rundt tre temaer ... 40
3.1 Materiale ... 40
3.2 Klager på tjenestetilbudet: antall, klagetema, oppfølging av klager ... 41
3.3 Personer under 67 år i sykehjem: Hvorfor er de der? Hvilke andre løsninger er vurdert? Er sykehjemmet en permanent/varig løsning? ... 42
3.4 Kommunenes utredning og behandling av søknader ved tildeling av helse- og sosialtjenester og underveis i tjenesteforløpet hos personer med sammensatte, store hjelpebehov i hjemmebaserte tjenester ... 44

Del II – Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – Helsetilsynets vurdering av resultatene av NOVAs analyser ... 46

1 Bakgrunn for å videreføre den nasjonale kartleggingen ... 47

2 Helsetilsynets vurderinger av resultatene ... 49
2.1 De fire undergruppene av tjenestemottakere, deres behov og tjenestetilbud – noen kommentarer ... 49
2.2 Forholdet mellom bemanning og tilstrekkelighetsvurderinger i sykehjem – noen kommentarer ... 51

Del III – Funn og erfaringer fra andre tilsynsaktiviteter 2003 - 2004 ... 53

1 Kommunale sosial- og helsetjenester til rusmiddelmisbrukere - landsomfattende tilsyn i 2004 og rapport om rusmisbrukeres helseproblemer og helsetjenestetilbud ... 54
1.1 Landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere ... 54
1.1.1 Funn og erfaringer fra tilsynet ... 54
1.1.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering ... 55
1.2 Rusmiddelmisbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud ... 55
1.3 Helsetilsynets oppsummering og vurdering ... 55

2 Praksis knyttet til tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning – tilsyn initiert og gjennomført av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene i 2003 – 2004 ... 57
2.1 Funn og erfaringer ... 57
2.2 Helsetilsynets oppsummering og vurderinger ... 57

3 Sosiale tjenester og helsetjenester i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten – tilsyn initiert og gjennomført av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene i 2003 - 2004 ... 59
3.1 Funn og erfaringer ... 59
3.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering ... 61

4 Samhandling i helsetjenesten - tilsyn med spesialisthelsetjenester til mennesker med psykiske lidelser 2003 ... 62
4.1 Funn og erfaringer ... 62
4.2 Helsetilsynets oppsummering og vurderinger ... 62

5 Andre rapporter og kunnskapsoppsummeringer fra tilsynsmyndighetene ... 64
5.1 Medisinalmeldingene for 2004 ... 64
5.1.1 Generelle utviklingstrekk ... 64
5.1.2 Tilstrekkelig personell med tilstrekkelig kompetanse ... 64
5.1.3 Legetjenester i pleie- og omsorgstjenesten ... 65
5.1.4 Helsetilsynets oppsummering og vurdering ... 65
5.2 ”Verdt-å-vite”-meldinger ... 66
5.2.1 Funn og erfaringer ... 66
5.2.2 Helsetilsynets oppsummering og vurderinger ... 66

5.3 Klagesaker fra pleie- og omsorgstjenesten etter helselovgivningen 66
5.3.1 Funn og erfaringer fra rettighetssaker 67
5.3.2 Funn og erfaringer fra tilsynssaker 67
5.3.3 Helsetilsynets oppsummering og vurderinger 67
5.4 Klagesaker fra pleie- og omsorgstjenesten etter sosiallovgivningen 68
5.4.1 Funn og erfaringer fra klagesaker 68
5.4.2 Helsetilsynets oppsummering og vurderinger 69

Del IV – Risiko og sårbarhet i kommunale pleie- og omsorgstjenester – oppsummering og vurdering 70

1 Risiko for svikt og sårbarhet i pleie- og omsorgstjenesten basert på funn og erfaringer fra tilsyn - sammendrag av informasjon fra rapportens del I - III 71

2 Risiko for svikt og sårbarhet i pleie- og omsorgstjenesten - funn og erfaringer fra tilsyn sett i sammenheng med informasjon fra andre kunnskapskilder 73
2.1 Omfang og mangfold 73
2.2 Tjenester tilpasset den enkeltes behov 74
2.3 Helhetlig og koordinert tjenestetilbud 76
2.4 Styring og ledelse i en omskiftelig virksomhet 76

3 Oppsummering og veien videre 78

Litteraturhenvisninger 79

Tabeller

Tabell 1 Årsak til hjelpebehov hos tjenestemottakere over og under 67 år..... 18

Tabell 2 Funksjonsnivå hos tjenestemottakere under og over 67 år..... 18

Tabell 3 Hvor bor tjenestemottakerne? Personer under og over 67 år 19

Tabell 4 Omfang av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie fordelt på tjenestemottakere over og under 67 år..... 20

Tabell 5 Har personen tilstrekkelig....?..... 21

Tabell 6 Funksjonsnivå hos tjenestemottakere med psykiske lidelser, fordelt på aldersgrupper 20

Tabell 7 Omfang av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie fordelt på tjenestemottakere i ulike aldersgrupper..... 23

Tabell 8 Har personen tilstrekkelig....?..... 24

Tabell 9 Funksjonsnivå hos tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming sammenlignet med andre tjenestemottakere..... 25

Tabell 10 Omfang av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie, tjenestemottakere med psykisk utviklingshemming sammenlignet med andre tjenestemottakere 26

Tabell 11 Har personen tilstrekkelig....?..... 27

Tabell 12 Funksjonsnivå hos tjenestemottakere der rusmiddelmisbruk er hovedårsak til hjelpebehov sammenlignet med andre tjenestemottakere..... 28

Tabell 13 Hvor bor tjenestemottakerne som er rusmiddelmisbrukere?..... 29

Tabell 14 Omfang av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie, tjenestemottakere som er rusmiddelmisbrukere sammenlignet med andre tjenestemottakere 29

Tabell 15 Har personen tilstrekkelig....? 30

Tabell 16 Bivariat sammenheng mellom planlagte personalressurser på dagtid og om den hjelpen pasientene får på ulike områder anses som tiltrekkelig. 122 sykehjem, netto ca. 3500 pasienter 33

Tabell 17 Har personen tilstrekkelig....? 34

Tabell 18 Vurderinger av tilstrekkelighet for tre grupper av sykehjem med ulik vakanseprofil på undersøkelsesdagen 36

Tabell 19 Sammenheng mellom tilstrekkelighetsvurderinger og antall pasienter pr. bemannet stilling 37

Tabell 20 Sammenheng mellom tilstrekkelighetsvurderinger og antall pasienter pr. bemannet stilling fordelt på ulike stillingskategorier 38

Tabell 21 Antall klager i 2003 og 2004 etter kommunestørrelse 41

Tabell 22 Tema for klagene, årene 2003-2004 sett under ett 42

Tabell 23 Personer under 67 år i sykehjem. Kjønn, alder, funksjonsnivå. 43

Tabell 24 Andel som får tilstrekkelige tjenester på syv ulike områder. Tjenestemottakere under og over 67 år. 43

Tabell 25 Antall klagesaker etter sosialtjenestelovens kapittel 4 behandlet av fylkesmennene 2003 og 2004 fordelt på tjenestetype 68

Tabell 26 Mottakere av hjemmetjenester i perioden 1992 – 2004. Antall pr. år fordelt på alder 73

Sammendrag

I den foreliggende rapporten, som består av fire deler, presenterer Statens helsetilsyn en sammenstilling og oppsummering av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i perioden 2003–2004. Gjennom en bred vurdering og drøfting av funn og erfaringer fra tilsyn og informasjon fra enkelte andre kunnskapskilder, ønsker Helsetilsynet å bidra til å beskrive situasjonen i deler av den kommunale sosial- og helsetjenesten, og å peke på potensielt sårbare områder med risiko for svikt i et tilsynsperspektiv; det vil si områder der det synes å være fare for at tjenestene ikke fyller krav fastlagt i lov og forskrift.

Del I av rapporten inneholder nye analyser som forskningsinstituttet NOVA har gjort på oppdrag fra Statens helsetilsyn, av det innsamlede materialet fra den nasjonale undersøkelsen "Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud" (Rapport fra Helsetilsynet 10/2003), samt informasjon som NOVA har samlet inn i 2004 gjennom kommunebesøk innenfor rammen av sin LAG-studie (Livløp, aldring og generasjon).

Analysene omfatter beskrivelse av tjenestemottakere som er under 67 år, tjenestemottakere med psykiske lidelser, tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning og tjenestemottakere som er rusmiddelmisbrukere. Resultatene baserer seg på de vurderingene og registreringene fagpersoner i de 73 kommunene i utvalget har gjort av den enkelte tjenestemottakers hjelpebehov og noen sider ved tjenestetilbudet.

Tjenestetilbudet til alle tjenestemottakere under 67 år blir oftere vurdert som utilstrekkelig enn tilbudet til andre grupper. Det ser i hovedsak ut til å henge sammen med at de har andre medisinske og helsemessige behov, og bor andre steder, enn tjenestemottakere over 67 år. Medfødte funksjonshemninger, skader og multippel sklerose er oftere årsak til hjelpebehov hos de under 67 år. De under 67 år bor også oftere i en eller annen form for tilpasset kommunal bolig uten husbankstandard og i sitt eget opprinnelige hjem.

Analysene bekrefter at personer med psykiske lidelser systematisk får mindre tilstrekkelige tjenester på alle de undersøkte områdene enn andre tjenestemottakere, uavhengig av alder og bosted.

Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning får i følge disse analysene mer praktisk bistand enn andre tjenestemottakere. Resultatene tilsier imidlertid *ikke* at det etter fagfolkenes vurdering er noen som får for mye hjelp.

Få av tjenestemottakerne i denne undersøkelsen er rusmiddelmisbrukere, noe som gjør det vanskelig å generalisere resultatene til å gjelde alle rusmiddelmisbrukere som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester. De rusmiddelmisbrukerne vi har informasjon om synes etter fagfolkenes vurdering å få et tilstrekkelig tjenestetilbud.

Analysene NOVA har gjort på oppdrag av Statens helsetilsyn, omfatter også å koble informasjon om bemanningen i sykehjemmene med data om tjenestemottakerne i de samme sykehjemmene, alt innsamlet fra de 73 kommunene som var med i utvalget i Helsetilsynets nasjonale kartlegging fra 2003. Legger man den planlagte bemanningen til grunn, det vil si virksomhetenes turnusplaner, viser de nye analysene en svak statistisk sammenheng mellom personell-

ressurser, målt som antall pasienter per ansatt i pleien på dagtid, og tilstrekkelighetsvurderingene knyttet til personlig hygiene og stell; forenklet sagt: jo flere personer som var planlagt på vakt, jo mer tilstrekkelig blir tjenestetilbudet vurdert å være. Det er også gjort analyser som undersøker om andre faktorer som beboernes funksjonsnivå, kjønn og alder, kan ha betydning for tilstrekkelighetsvurderingene. Resultatene indikerer at det kan være *faglige* utfordringer knyttet til det å gi et tilstrekkelig tjenestetilbud, utfordringer som er uavhengig av hvor mye personale virksomheten setter inn. For eksempel ser det ut til at det å gi både de *aller svakeste* og de *sprekeste* tilpasset hjelp med mat og måltider, kan være en oppgave som det er vanskelig å løse på en tilfredsstillende måte, også der det synes å være godt med personellressurser.

Noe overraskende finner man ingen tilsvarende statistisk sammenheng dersom man legger den faktiske bemanningen til grunn, det vil si antall personer som faktisk var på vakt på undersøkelsestidspunktet. Heller ikke når en tar hensyn til pasientsammensetningen i sykehjemmet gjenfinnes denne sammenhengen.

Rapportens del II inneholder Helsetilsynets vurderinger av resultatene av NOVAs analyser.

I alle de fire undergruppene finner vi tjenestemottakere som har andre helsemessige, medisinske og/eller sosiale behov enn flertallet av tjenestemottakere i sektoren. Tilsynsmyndigheten er opptatt av at også disse får et individuelt tilpasset tjenestetilbud slik de har behov for og rett til. At de har behov for tjenestetilbud med et annet innhold og en annen innretning enn det som er mest vanlig, krever kreativitet og løsningsorientering fra virksomhetsledelsen sin side. Analysene indikerer at det kan være sider ved tjenestetilbudets innhold og innretning som ikke ”treffer” noen av brukergruppene; det synes særlig å gjelde mennesker med psykiske lidelser og tjenestemottakere som er under 67 år og bor i egen opprinnelig bolig.

Sammenlignet med flertallet av tjenestemottakerne i pleie- og omsorgstjenestene har mennesker med psykisk utviklingshemning ofte behov for en annen type og mer kontinuerlig tilsyn utover direkte praktisk hjelp. Det kan derfor være gode faglige begrunnelser for at omfanget av praktisk bistand er høyere hos tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning sammenlignet med andre tjenestemottakere. Praktisk bistand og opplæring omfatter også mer miljøfaglige ressurser og tiltak, noe som kan ha avgjørende betydning blant annet for å forebygge bruk av tvang og makt overfor denne gruppen av tjenestemottakere.

Analysene som baserer seg på kobling av informasjon om bemanningen i sykehjemmene i utvalget med informasjon om tjenestemottakerne i de samme sykehjemmene, viser at bemanningen alene neppe er utslagsgivende for hvorvidt tjenestemottakerne får et tilstrekkelig tjenestetilbud. Den mest sannsynlige forklaringen på dette resultatet er etter Helsetilsynets vurdering at vi gjennom det metodiske opplegget ikke har med informasjon om organisering, arbeidsmiljø og holdninger hos personalet; faktorer som, i tillegg til antall personer på vakt, kan ha betydning for hvorvidt tjenestetilbudet blir vurdert som tilstrekkelig. Resultatene som ble presentert i hovedrapporten i 2003, viste med tydelighet at kommunene har vanskeligheter med å dekke opp sine egne turnusplaner som planlagt; noe som i seg selv er en tydelig pekepinn på kommunens utfordringer på dette området.

Del III i rapporten inneholder sammenstilling av funn og erfaringer fra andre tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004 som har relevans for vurdering av status i kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Funn fra landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere viser at tjenester som praktisk bistand og opplæring, støttekontakt og plass i omsorgsinstitusjon i liten grad er i bruk overfor rusmiddelmisbrukere, og at slike tjenester fra kommunenes side blir gitt et mer begrenset innhold enn det lovgiver har forutsatt.

Ulike tilsynsaktiviteter rettet mot bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning har gitt funn som viser at det er grunn til bekymring for at tvang og makt brukes overfor enkelte brukere, uten at det følges opp slik lovverket forutsetter. De undersøkte kommunene sikrer heller ikke i tilstrekkelig grad at andre løsninger prøves før tvangstiltak blir brukt.

Funn og erfaringer fra tilsyn gjennomført av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene gir inntrykk av at kommunene så langt det lar seg gjøre, legger til rette for et tjenestetilbud som imøtekommer individuelle behov og ønsker hos tjenestemottakerne, for

eksempel i forhold til døgnrytme. Forutsigbarhet og kontinuitet synes det imidlertid å være vanskeligere å sikre til en hver tid. Det synes også å være et stykke igjen før brukermedvirkning blir dagligdags i pleie- og omsorgstjenesten.

Gjennom ulike rapporteringer til Statens helsetilsyn uttrykker fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene bekymring knyttet til den økonomiske og personellmessige ressurssituasjonen i kommunene, og hvilke konsekvenser den kan ha for tjenestetilbudet som brukerne får. I noen kommuner blir tilbudet om praktisk bistand og opplæring til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning, og også andre tjenestemottakere, redusert med begrunnelse i stram kommuneøkonomi, og ikke i endrede behov hos den enkelte bruker. Bemannings- og kompetansesituasjonen ser ut til å gjøre tjenestetilbudet sårbart og lite robust.

Mange kommuner kan dokumentere overfor tilsynsmyndigheten at de arbeider jevnt og trutt med utviklings- og forbedringsarbeid for å sikre god styring av virksomheten; det er Statens helsetilsyn godt fornøyd med. Det gjenstår imidlertid arbeid i de fleste kommunene knyttet til å omsette det planlagte i praksis og til å gjøre styringssløyfene kjent for medarbeiderne. Særlig synes utviklingen av systemer for avvikshåndtering å ha kommet forholdsvis kort. Avvikshåndtering dreier seg i prinsippet om å lære av feil og uheldige hendelser; det dreier seg om å se uheldige hendelser som en mulighet for læring og forbedring.

Rapportens del IV inneholder oppsummering og vurdering basert på de funn og erfaringer som er presentert i rapportens i del I – III. Dette blir også sett i sammenheng med informasjon fra et utvalg av andre kunnskapskilder.

Samlet sett gir dette Statens helsetilsyn grunn til å tro at faglig forsvarlighet er på strekk i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Det er særlig to grunnleggende trekk ved dagens pleie- og omsorgstjenester som slik Statens helsetilsyn vurderer det, i seg selv byr på betydelige styringsutfordringer for kommunene og som kan sies å sette systemene på strekk: *omfanget* og *mangfoldet* i behov, det vil si antallet tjenestemottakere og antall hjelpesituasjoner hvert døgn i mange ulike boformer, sammen med alle slags medisinske, helsemessige og sosiale problemer. Alle disse tjenestemottakerne har avhengig av alder, kjønn, boligsituasjon og årsak til hjelpebehov rett på individuelt tilpassede tjenester; kommunens ledelse har ansvar for at tjenestetilbudet er faglig forsvarlig.

Utvidet ansvarsområde har de senere årene gitt kommunene utfordringer i form av nye brukergrupper med sammensatte og omfattende behov for hjelp og bistand; behov som best blir møtt gjennom andre arbeidsformer og tiltak enn det som har vært vanlig tidligere. Statens helsetilsyn mener at det på grunnlag av analysene NOVA har gjort, funn og erfaringer fra tilsyn og resultater fra enkelte forskningsstudier, er grunn til å være bekymret for om tjenestetilbudet til enkelte grupper av brukere med sammensatte og langvarige behov er tilstrekkelig stabilt og forutsigbart, har tilstrekkelig omfang og innhold og er innrettet slik at det reelt sett er tilpasset den enkeltes behov. Skal den individuelle tilpasningen av tjenestetilbudet være reell, er brukermedvirkning en grunnleggende forutsetning og kan være et aspekt ved forsvarlig tjenesteyting. Hvorvidt hensynet til brukerens synspunkter og ønsker blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte pr. i dag er uklart, men at dette er et sårbart område synes å være klart nok på bakgrunn av tilsynserfaringer og annen kunnskap om sektoren. I mange tilfeller er også samhandling og koordinering en nødvendig forutsetning for forsvarlig tjenesteyting til brukergrupper med sammensatte behov.

Pleie- og omsorgstjenestenes sårbarhet synes særlig å være knyttet til bemanningsog kompetansesituasjonen; det dreier seg om å sikre en stabil bemanning med tilstrekkelig kompetanse til å møte faglige utfordringer som mange ganger er sammensatte og kompliserte.

I kommunene er det ledelsens ansvar å planlegge og å styre virksomheten slik at knappe ressurser blir benyttet til de tjenestemottakerne som har de største medisinske, helsefaglige og sosiale behovene; det er den enkeltes behov som skal danne grunnlag for løsningene og tiltakene, ikke omvendt.

Det synes å være et godt stykke igjen før virksomhetene framstår som lærende organisasjoner, og tar i bruk tilgjengelige tilbakemeldinger, erfaringer og data for evaluering av egen virksomhet, enten det dreier seg om prioriteringer, ressursbruk, legemiddelhåndtering eller bruk av tvang. Systematisk styring og ledelse av virksomheten

er en grunnleggende forutsetning for å kunne gi faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester, og å sikre befolkningen de tjenestene den har behov for og rett til etter sosial- og helselovgivningen. Dette er kommunens ansvar og en betydelig utfordring sett i lys av det mangfold som preger den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Bakgrunn

I den foreliggende rapporten presenterer Helsetilsynet en sammenstilling og oppsummering av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i perioden 2003– 2004. Gjennom en bred vurdering og drøfting av funn og erfaringer fra tilsyn ønsker Helsetilsynet å bidra til å beskrive situasjonen i deler av den kommunale sosial- og helsetjenesten, og å peke på potensielt sårbare områder med risiko for svikt i et tilsynsperspektiv; det vil si områder der det synes å være fare for at tjenestene ikke fyller krav fastlagt i lov og forskrift.

Den foreliggende rapporten inngår i Helsetilsynets aktiviteter knyttet til områdeovervåking. Områdeovervåking er tilsyn med overordnet perspektiv og omfatter å innhente, systematisere og tolke kunnskap om sosial- og helsetjenestene i et tilsynsperspektiv. Hensikten med områdeovervåking er å sammenstille informasjon fra ulike kunnskapskilder, både egne og andres, for å kunne si noe om eller å reise spørsmål knyttet til forholdet mellom befolkningens helsemessige og sosiale behov og det tjenestetilbudet de får. Kunnskapen danner grunnlaget for tilsynsmyndighetens vurderinger av risiko og sårbarhet og er sentral i prosessene som fører fram til beslutninger om prioritering av områder for tilsyn, både på fylkesnivå og på nasjonalt nivå.

Sårbarhet og risiko for svikt dreier seg i denne sammenhengen om å ha en kvalifisert oppfatning av usikkerhet knyttet til mulige feil og uheldige hendelser som kan oppstå i et system. Det krever kunnskap ikke bare om hvordan et gitt system fungerer under normale forhold, men også om god kjennskap til hvilke påkjenninger systemet kan bli utsatt for både i nåtid og i framtiden (1); med andre ord dreier vurderinger av sårbarhet og risiko for svikt om å forstå hva som kan skje når systemer blir satt på strekk. Både vanlige hverdagslige situasjoner og ekstreme kritiske ”unntakssituasjoner” og enkelte brukergrupper kan sette systemer på strekk og synliggjøre risiko for svikt og sårbarhet i tjenestene.

Rapportens tittel ”Pleie- og omsorgstjenester på strekk” antyder at vi spesielt vil rette oppmerksomheten mot utviklingstrekk ved tjenestemottakerne og ved tjenestetilbudet som Statens helsetilsyn mener utgjør særskilte utfordringer for de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. I en del kommuner er det grunn til å tro at utfordringene er så vidt store er det er berettiget å snakke om at systemer er satt på vedvarende strekk og at sårbarheten og risiko for svikt er stor på en del områder.

Anvendelse av ulike kilder for informasjon og kunnskap

Informasjonen vi sammenstiller i denne rapporten er i hovedsak basert på funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter som Statens helsetilsyn har gjort i eller i grenseflaten til kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003 og 2004. Helsetilsynet anvender ulike metodiske tilnærminger, noe som gjør det mulig for tilsynsmyndigheten å se og vurdere et tjenesteområde fra flere sider. Sagt på en annen måte: vi skaffer oss flere observasjoner fra ulike utsiktspunkter, noe som kan gi mulighet for å peke på mulige sammenhenger og reise spørsmål knyttet til sårbarhet og risiko for svikt.

Tilsynsmyndigheten baserer sine risikovurderinger på et sammensatt kunnskapsgrunnlag, der både egne kilder og informasjon innhentet fra andre inngår. I rapportens del IV oppsummerer og vurderer vi enkelte sider ved pleie- og omsorgstjenestene som vi anser for å være sårbare. Vi har i hovedsak konsentrert oss om kunnskap etablert gjennom våre egne tilsynsaktiviteter, men trekker i noen grad inn informasjon fra andre kilder. Kunnskapstilfanget om pleie- og omsorgstjenestene er stort, og vi har ikke hatt anledning til å gjøre en bred og altomfattende gjennomgang ved utarbeidelsen av denne rapporten.

Det følgende er en kort gjennomgang av kildene som er benyttet i denne rapporten.

"Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud" – Statens helsetilsyns nasjonale kartlegging i 2003

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2003 en nasjonal kartlegging av 13 240 tjenestemottakere i 73 kommuner i et representativt utvalg. Fagpersoner som kjente den enkelte tjenestemottaker godt, fylte ut et registreringsskjema om tjenestemottakerne og ga sin faglige vurdering av vedkommendes hjelpebehov, samt noen sider ved den hjelpen vedkommende fikk. Hovedfunnene i kartleggingen ble presentert i Rapport fra Helsetilsynet 10/2003 "Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud" (2). At utvalget er representativt, vil si at resultatene fra utvalget blir omtrent det samme som vi ville fått ved å undersøke samtlige enheter problemstillingen gjelder. Enhetene i denne undersøkelsen er pleie- og omsorgstjenesten i norske kommuner.

Begrepet *tilstrekkelig* blir benyttet i denne undersøkelsen og er basert på fagpersonenes skjønnsmessige og subjektive vurdering av i hvilken grad den enkelte tjenestemottaker får den hjelp vedkommende har behov for. Tilstrekkelig er ett av flere kriterier som legges til grunn ved vurdering av forsvarlighet, og det må kunne sies at dersom et tjenestetilbud ikke er tilstrekkelig, er det heller ikke forsvarlig. Utøvelsen av tjenestene er et annet og sentralt aspekt ved forsvarlighetsvurderinger. Denne undersøkelsen gir ikke informasjon om dette; det krever andre metodiske tilnærminger enn den som er benyttet her. I den foreliggende rapporten er det samme datamaterialet benyttet til å analysere nærmere enkelte grupper av tjenestemottakere og tjenestetilbudet de får. Analysene (rapportens del I), er utført av forskningsinstituttet NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

For tilsynsmyndigheten har resultatene fra denne undersøkelsen høy validitet, dvs. gyldighet og relevans, i forhold til å gjøre vurderinger på nasjonalt nivå av forholdet mellom tjenestemottakernes behov for pleie- og omsorgstjenester og omfang og innhold i

det tjenestetilbudet de får. De vurderingene Helsetilsynet gjør av resultatene, er ikke en rettslig vurdering av om myndighetskravene til pleie- og omsorgstjenestene er oppfylt. Metoden vi har benyttet i denne undersøkelsen er ikke egnet når det gjelder å vurdere hvorvidt lovkrav er innfridd.

Systemrevisjoner

Når Statens helsetilsyn skal gjøre systematiske undersøkelser om en gitt virksomhets aktiviteter og tilhørende resultater samsvarer med krav fastsatt i lov eller forskrift, gjennomføres dette av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene som planlagt tilsyn utført som systemrevisjoner. Tilsynsmyndigheten vil på forhånd ha konkretisert hvilke krav lover og forskrifter stiller. Fordi det sjelden vil være kapasitet til å gjennomføre revisjoner i alle aktuelle kommuner eller virksomheter, vurderer fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene hvor behovet for å føre tilsyn er størst. Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene gjennomfører tilsyn med tjenester og virksomheter dels på bakgrunn av kunnskap om lokale forhold og vurderinger av sårbarhet og risiko, og dels som ledd i landsomfattende tilsyn. En slik risikobasert og strategisk utvalgsmetode både av tjenestegren, tema og virksomheter, innebærer per definisjon at vi finner mer svikt og flere avvik enn om utvalget var gjort tilfeldig. Under revisjonen vil tilsynet undersøke om rutiner og prosedyrer er kjent og etterleves i praksis, og om de er hensiktsmessige i forhold til oppgaven eller problemet som skal løses. Kildene er interne dokumenter fra virksomheten om styring og resultater, intervjuer med ledere og ansatte og ofte en stikkprøve eller befaring med observasjon av faktiske forhold. I tillegg til å avdekke svikt på tilsynstidspunktet, kan tilsynet avdekke uheldige forhold som på sikt kan medføre svikt i rettssikringen eller forsvarligheten i tjenesten, og kan dermed bidra til å forebygge brudd på lover og forskrifter. Etter at fylkesmennene og Helsetilsynet i fylket har klarlagt hvordan forhold/praksis ved den aktuelle virksomheten er, vurderes dette opp mot myndighetskravene for de områdene som revisjonen gjelder for. Rapporten som utarbeides etter tilsynet er adressert til virksomheten hvor tilsynet er gjennomført.

Systemrevisjonsmetoden har høy validitet i forhold til å vurdere om lovkravene er innfridd på det/de steder der revisjonen gjennomføres, men funnene er ikke representative for andre områder eller virksomheter. I del III av rapporten oppsummerer vi funn og erfaringer fra denne type undersøkelser.

Endelig har vi i denne rapporten supplert med informasjon fra andre kilder basert på tilsynsaktiviteter som fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene har gjort på oppdrag fra Statens helsetilsyn.

Register for Rettighetsklager og Tilsynssaker (RegRoT)

RegRoT er Helsetilsynet i fylkenes verktøy for å registrere både rettighetsklager og tilsynssaker i helsetjenesten. Opplysninger som registreres i RegRoT er blant annet: Hvem som klager, hvem det klages på (helsepersonell/virksomhet/ spesialitet), klagegrunnlag, vurderingstema og resultatet av Helsetilsynet i fylkets vurdering.

RegRoTs primære formål er å levere summarisk statistikk innenfor et av kjerneområdene for tilsynsetatens virksomhet. Statistikken brukes internt i fylket for å kvantifisere saksmengden, saksbehandlingstider, hvilke typer helsetjeneste og helsepersonell som sakene gjelder, hvorfor det klages, osv. Registeret brukes også til å etterkomme offentlighetens og overordnede myndigheters behov for statistikk relatert til tilsyns- og klagesaksbehandling. Helsetilsynet i fylkene leverer tertialvise rapporter til Statens helsetilsyn, og rapportene sammenstilles årlig til bruk for Statens helsetilsyns årsrapport og Tilsynsmeldingen. Sentralt brukes RegRoT blant annet som verktøy for å lage statistikk som kan si noe om trender for hele eller deler av landet.

Rapportering av rettighetsklager etter sosiallovgivningen

Fylkesmennene rapporterer årlig til Statens helsetilsyn om sitt arbeid knyttet til rettighetsklager etter sosiallovgivningen. Alle avgjørelser kommunen treffer som gjelder tildeling av eller avslag på søknad om sosiale tjenester, herunder deler av pleie- og omsorgstjenestene, kan påklages til Fylkesmannen. Klagene dreier seg i hovedsak om søkere som mener de helt eller delvis ikke får det de har rett til. Fylkesmennenes rapportering til Statens helsetilsyn inneholder blant annet informasjon om antall behandlede klagesaker fordelt på sosialtjenestelovens ulike bestemmelser, utfallet av Fylkesmannens behandling av klagesakene (for eksempel om kommunens vedtak ble opphevet eller omgjort), antall klager som er kommet inn, og som er under behandling

ved årets utløp, samt en vurdering av utvikling av antall klagesaker og utfall av disse. På bakgrunn av tallmaterialet utarbeider Statens helsetilsyn hvert år en rapport til landets fylkesmenn hvor tall fra de ulike embetene sammenstilles.

Medisinalmeldingen

Medisinalmeldingen er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet i fylket, på oppdrag fra Statens helsetilsyn. Den gir oversikt over og vurdering av forholdene i helsetjenesten i fylket, bl. a. på bakgrunn av den kunnskap tilsynsaktivitetene gir. I enkelte fylker blir Medisinalmeldingen utgitt av Helsetilsynet i fylket og Fylkesmannen (Sosial- og helseavdelingen) i fellesskap. Ettersom Fylkesmannen i tillegg til tilsyn og klagesaksbehandling har en bred oppgaveportefølje som innebærer fagutvikling, lovforvaltning, råd og veiledning hvor oppdragsgiver er Sosial- og helsedirektoratet, blir derfor vesentlige deler av dette omtalt i Medisinalmeldingen. I andre fylker omhandler Medisinalmeldingen i hovedsak de oppgavene som Helsetilsynet har ansvar for, og i mindre grad oppgaver som gjelder rådgivning og tiltak for gjennomføring av satsningsområder og ulike forvaltningsoppgaver.

”Verdt-å-vite”- meldinger

”Verdt-å-vite”-meldinger er et rapporteringssystem fra Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene inn til Statens helsetilsyn. Rapporteringen, som skjer én gang i året, er en kanal for formidling av kunnskap om lokale forhold som Fylkesmannen / Helsetilsynet i fylket mener Statens helsetilsyn bør ha kjennskap til. Den lokale kunnskapen som ligger til grunn for meldingene, kan ha utspring i tilsyn, oppslag i media om hendelser, lokale kartlegginger eller annet.

DEL I

Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

Etter at arbeidet med hovedrapporten fra den nasjonale undersøkelsen i pleie- og omsorgstjenesten (2) var avsluttet i 2003, fikk NOVA i oppdrag fra Statens helsetilsyn å gjøre mer detaljerte analyser av det innsamlede materialet. Oppdraget omfattet å vise spredningsmål på et utvalg av variabler og nærmere analyser av fire undergrupper av tjenestemottakere (se del I kapittel 1), samt å koble informasjon fra bemanningskartleggingen med data om tjenestemottakere i sykehjem (del I kapittel 2). NOVA fikk dessuten i oppdrag å samle inn informasjon om tre utvalgte tema i forbindelse med en større studie NOVA arbeider med (studiens navn er Livsløp, Aldring og Generasjon, forkortet LAG-studien). I tilknytning til denne studien gjennomførte NOVA kommunebesøk i 21 av de 73 kommunene/bydelene som deltok i Helsetilsynets kartlegging (del I kapittel 3).

Del I
Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

1 Analyser av fire undergrupper av tjenestemottakere

Videre i dette kapittelet blir resultatene for fire av undergruppene presentert: tjenestemottakere under 67 år, tjenestemottakere med psykiske lidelser og tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning. Den fjerde gruppen, tjenestemottakere som er rusmisbrukere, utgjorde en svært liten andel av totalutvalget (83 personer som er 0,6 % av totalutvalget). Resultatene som blir presentert knyttet til rusmisbrukere, er derfor usikre gitt den undersøkelsesmetoden som er brukt. At andelen rusmisbrukere i undersøkelsen er liten, gjenspeiler trolig det forholdet at den kommunale pleie- og omsorgstjenesten har svært liten kontakt med denne gruppen.

1.1 Materiale og metode

Spørsmålet ”Hvem er de?” besvares med beskrivelser av alder, kjønn og funksjonsnivå, og for personer under 67 år: hovedårsaken til hjelpebehovet. Spørsmålet ”Hvor bor de?” besvares ved tall for bosted fordelt på eget hjem, ulike kommunale boliger og institusjoner. ”Hvilket tjenestetilbud har de?” er delvis besvart via boligbeskrivelsen, men i tillegg gis det en beskrivelse av hva de ulike gruppene mottok av hjemmetjenester og institusjonstjenester på undersøkelsestidspunktet. Vanligvis sammenlignes den gruppen som beskrives med alle de andre tjenestemottakerne i materialet.

Tilstrekkelighetsvurderingene bygger på oppfatningene til fagpersonen som har fylt ut det øvrige registreringsskjemaet i undersøkelsen (jf. kartleggingen fra 2003 og drøftingen av denne framgangsmåten i rapporten derifra, kap. 2 og 5) (2).

Datamaterialet er det samme som i hovedrapporten ”Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud”, dvs. 13 240 tjenestemottakere fra 73 kommuner trukket tilfeldig fra et utvalg stratifisert etter landsdel og innbyggertall. Beskrivelsene bygger på det samme variabelsettet som i hovedrapporten (2). Ingen nye data benyttes i det følgende.

Beskrivelsen er lagt opp som en kommentert tabellrapport, dvs. en tallmessig dokumentasjon med en forklarende tekst i forkant. Teksten er skrevet slik at de fire spørsmålene som er nevnt over besvares for hver undergruppe etter tur. All dokumentasjon er for enkelhets skyld kalt ”tabeller”. De er nummerert fortløpende slik at det skal være lett å finne fram til dem.

I all hovedsak er deskriptiv statistikk benyttet, dvs. frekvens- og krysstabeller. De siste er utstyrt med p-verdier. Alle slike verdier som er <0,05 indikerer at de forskjellene en ser bare med fem prosents sannsynlighet kan skyldes tilfeldige feil eller tilfeldige variasjoner i selve utvalget. De representerer derfor reelle forskjeller som ganske trygt kan generaliseres til hele pleie- og omsorgstjenesten i Norge ved undersøkelsestidspunktet. Når antall observasjoner i materialet er små, og de statistiske konsekvensene av tilfeldige feil blir store, stiger p-verdien, og omvendt. En må altså ikke stirre seg blind på p-verdien for å gjøre seg opp en mening om en forskjell mellom grupper er stor, liten, sikker eller usikker; en må bruke skjønn og sunn fornuft i tillegg. Forskjellene en ser, for eksempel i prosentandeler mellom grupper, kan være reelle, selv om p-verdien er >0,05. Men for evt. å kunne dokumentere dette med stor grad av sikkerhet, trengs det i noen tilfeller et større antall observasjoner.

Del I
Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

1.2 Tjenestemottakere som er under 67 år

1.2.1 Hvem er de?

Av totalutvalget i undersøkelsen var 1 974 (15 %) av tjenestemottakerne under 67 år. Fordelingen mellom kjønnene blant tjenestemottakerne under 67 år ganske jevn: 49,4 % er kvinner og 50,6 % er menn. I gruppen over 67 år er det langt flere kvinner (73,2 %) enn menn (26,8 %).

I tabellen nedenfor blir tjenestemottakere over og under 67 år sammenlignet når det gjelder hovedårsak til hjelpebehov:

Tabell 1
Årsak til hjelpebehov hos tjenestemottakere over og under 67 år

		Tjenestemottakere under 67 år	Tjenestemottakere over 67 år	Alle tjeneste-mottakere
Psykisk utviklingshemning	Antall	567	95	662
	Prosent	31,1 %	0,9 %	5,3 %
Psykisk lidelse	Antall	557	1 033	1 590
	Prosent	30,5 %	9,7 %	12,8 %
Aldersdemens	Antall	36	2 609	2 645
	Prosent	2,0 %	24,6 %	21,3 %
Somatiske lidelser	Antall	664	6 862	7 526
	Prosent	36,4 %	64,7 %	60,6 %
Totalt	Antall	1 824	10 599	12 423
	Prosent	100,0 %	100,0 %	100,0 %

$p<0,01$

Medfødte funksjonshemninger, skader, MS og rusmiddelmisbruk er sterkere representert i gruppen under 67 år enn hos de som er over 67 år. Demenstilstander som hovedårsak til hjelpebehov, forekommer sjelden i gruppen under 67 år. Når det gjelder underliggende årsak til hjelpebehovet, er den mest markante forskjellen at de under 67 år oftere har en utviklingshemning eller en psykisk lidelse – sammenlignet med de over 67 år. Tjenestemottakere med utviklingshemning og tjenestemottakere med psykisk lidelse blir for øvrig mer inngående beskrevet i et senere avsnitt.

Tabellen nedenfor viser hvordan funksjonsnivå målt ved Barthels ADL-indeks og Klinisk demensvurdering (KDV)[1] er fordelt i hos tjenestemottakere under og over 67 år.

Tabell 2
Funksjonsnivå hos tjenestemottakere under og over 67 år

		Sumskåre Barthels ADL-indeks	Sumskåre KDV med fem spørsmål
Tjenestemottakere under 67 år	Gjennomsnitt	14,9	4,9
	Antall	1 800	1 781
Tjenestemottakere over 67 år	Gjennomsnitt	13,2	5,7
	Antall	10 485	10 328
Alle tjenestemottakere	Gjennomsnitt	13,4	5,6
	Antall	12 285	12 109

$p<0,001$

1) Barthels ADL-indeks er en metode til å måle omfanget av funksjonssvikt i ti basale egenomsorgsfunksjoner, så som personlig hygiene, å kle på seg, kontinens, mobilitet osv. Indeksen uttrykker funksjonsnivået i form av et tall mellom 0 og 20. Et høyt tall angir stor grad av selvhjulpenhet, et lavt tall lavt funksjonsnivå. KDV er et mål på mental svikt, og det blir vanligvis benyttet for å karakterisere graden av demens. Den KDV-varianten som er benyttet her, måler fem forskjellige funksjoner: hukommelse, orienteringsevne, vurderingsevne, og mentale evner som er en forutsetning for å delta i samfunnsaktiviteter, og for å utføre huslige gjøremål. Både personer med demens, psykisk utviklingshemmede, mennesker med psykiske lidelser og personer med somatisk sykdom kan ha mental svikt som fanges opp av KDV. KDV-skalaen går fra 0 til 15, men her betyr en økning i verdiene det motsatte av hva de gjør i Barthel-skalaen. Et høyt tall i KDV er tegn på sviktende mental/kognitiv funksjon, mens det altså er omvendt for de funksjonene Barthel måler.

Både det fysiske og det kognitive funksjonsnivået blant de under 67 er som forventet noe bedre enn for de over, men forskjellene målt med Barthels ADL-indeks og Klinisk demensvurdering (KDV) er egentlig små. Forskjellene mellom tjenestemottakere i de ulike aldersgruppene under 67 år er heller ikke så store: Barn og unge er kroppslig skrøpeligere, men kognitivt bedre fungerende sammenlignet med gruppene over 20. Det betyr antakelig at en blant de yngste finner mange med medfødte funksjonshemninger, men med et begrenset innslag av utviklingshemning. Bare 3 % av de under 67 år som har dette som hovedårsak til hjelpebehovet, befinner seg i den yngste aldersgruppen. De små forskjellene som eksisterer i funksjonsnivå hos tjenestemottakere over et så stort aldersspekter, indikerer at det kan eksistere en slags felles "behovsterskel" for når en etterspør eller tilbys pleie- og omsorgstjenester. Nesten uavhengig av alder og årsak til hjelpebehov ser det ut til å være en slags felles terskel for det funksjonsnivået som fører til hjelp fra dagens kommunale pleie- og omsorgstjenester. Gruppevis likner tjenestemottakerne ganske mye på hverandre når det gjelder kroppslig og mental skrøpelighet slik det måles ved Barthel-indeksen og KDV.

1.2.2 Hvor bor de?

Tjenestemottakere under 67 år befinner seg ofte i trygdeboliger/serviceboliger/andre tilpassede boliger uten husbankstandard, og sjeldnere i nyere omsorgsboliger eller aldersinstitusjoner. Ser en nærmere på gruppen under 67 år, er det påfallende at få (11 av 43 personer) av de under 20 år - det vil si de aller yngste i utvalget - bor "hjemme", dvs. i ordinære boliger uten kommunal disposisjonsrett. Den største gruppen av de yngste bor i kommunal bolig uten husbankstandard.

Tabell 3
Hvor bor tjenestemottakerne? Personer under og over 67 år

		Tjenestemottakere under 67 år	Tjenestemottakere over 67 år	Alle tjenestemottakere
Sykehjem/sykehjemsavdeling	Antall	157	3 673	3 830
	Prosent	8,3 %	34,5 %	30,5 %
Aldershjem/aldershjemsavdeling	Antall	10	378	388
	Prosent	0,5 %	3,5 %	3,1 %
Omsorgsbolig med Husbankstandard	Antall	294	1 069	1 363
	Prosent	15,6 %	10,0 %	10,9 %
Annen bolig med kommunal disposisjonsrett	Antall	660	1 465	2 125
	Prosent	35 %	13,7 %	16,9 %
Hjemmet (ordinær bolig uten kommunal disposisjonsrett)	Antall	767	4 071	4 838
	Prosent	40,6 %	38,2 %	38,6 %
Totalt	Antall	1 888	10 656	12 544
	Prosent	100,0 %	100,0 %	100,0 %

$p<0,001$

De som er under 67 år og som bor i sykehjem, har noe oftere et midlertidig opphold enn eldre sykehjemsbeboere, og er som forventet sjeldnere på skjermet enhet. I Helsetilsynets kartlegging fra 2003 var antallet personer under 67 år på sykehjem 180 av i alt 3830 sykehjemspasienter. Selv om tre av fire har et opphold som karakteriseres som "permanent", er - som en hovedregel - yngre pasienter på sykehjem mens de rehabiliteres, eller mens man utarbeider andre boligløsninger for dem, vanligvis en tilrettelagt bolig/omsorgsbolig. Men både rehabilitering av tjenestemottakeren og tilrettelegging av bolig (noen ganger betyr det nybygg) kan ta tid, ikke sjelden både ett og to år. Noen personer under 67 ønsker å bli i sykehjem, selv om de får andre tilbud.

1.2.3 Hvilket tjenestetilbud har de, og er det tilstrekkelig?

Som tabellen nedenfor viser, er forskjellen i hvor mye hjemmehjelpstjenester/praktisk bistand som ytes til personer over og under 67 år svært stor. Dette skyldes hovedsakelig ulik andel utviklingshemmede i de to gruppene. Utviklingshemmede har mer praktisk bistand enn alle andre, også sett i forhold til funksjonsnivået slik det måles her (se hovedrapporten, kap. 4) (2). Dette kommer vi nærmere tilbake til i kapittel 4.1.4 hvor gruppen tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning blir beskrevet nærmere.

Tabell 4
Omfang av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie fordelt på tjenestemottakere over og under 67 år

		Timer per uke med hjemmehjelp/ praktisk bistand	Hjemmesykepleie – antall ganger per uke
Tjenestemottakere under 67 år	Gjennomsnitt	14,8	8,6
	Antall	1 477	1 272
Tjenestemottakere over 67 år	Gjennomsnitt	1,9	10,2
	Antall	5 881	6 101
Alle tjenestemottakere	Gjennomsnitt	4,5	9,9
	Antall	7 358	7 373

$p<0,001$

Tabellen nedenfor viser at sammenlignet med eldre tjenestemottakere, får personer under 67 år noe sjeldnere tilstrekkelige tjenester av typen praktisk hjelp og pleie. For områdene sosial kontakt, aktivisering og ulike former for faglig tilsyn er forskjellene mindre. Det er imidlertid ikke er alderen i seg selv som er den egentlige bakenforliggende faktoren, men det faktum at de under 67 år har andre årsaker til hjelpebehovet og befinner seg i andre bostedskontekster enn de over 67. Særlig får de som bor i institusjoner oftere tilstrekkelige tjenester, uavhengig av alder. Det er først og fremst disse faktorene som bidrar til å forklare forskjellene i tjenestens tilstrekkelighet i de to aldersgruppene, jf også de mer detaljerte analysene som er gjengitt i hovedrapportens tabell 5.4 (2).

Tabell 5
Har personen tilstrekkelig....?

			Tjeneste-mottakere under 67 år	Tjeneste-mottakere over 67 år	Alle tjeneste-mottakere
Hjelp til personlig hygiene	Ikke tilstrekkelig	Antall	257	1 227	1 484
		Prosent	18,2 %	14,2 %	14,8 %
P<0,001	Tilstrekkelig	Antall	1 155	7 399	8 554
		Prosent	81,8 %	85,8 %	85,2 %
Tilsyn om kvelden/natten	Ikke tilstrekkelig	Antall	155	710	865
		Prosent	12,2 %	9,5 %	9,9 %
p=0,002	Tilstrekkelig	Antall	1 115	6 791	7 906
		Prosent	87,8 %	90,5 %	90,1 %
Hjelp til mat og måltider	Ikke tilstrekkelig	Antall	165	713	878
		Prosent	12,9 %	9,5 %	10,0 %
p<0,001	Tilstrekkelig	Antall	1 117	6 757	7 874
		Prosent	87,1 %	90,5 %	90,0 %
Praktisk hjelp i huset	Ikke tilstrekkelig	Antall	284	1 023	1 307
		Prosent	18,8 %	15,9 %	16,4 %
p=0,003	Tilstrekkelig	Antall	1 227	5 427	6 754
		Prosent	81,2 %	84,1 %	83,6 %
Aktivitetstiltak	Ikke tilstrekkelig	Antall	788	4 258	5 046
		Prosent	57,6 %	60,1 %	59,7 %
p=0,044	Tilstrekkelig	Antall	580	2 824	3 404
		Prosent	42,4 %	39,9 %	40,3 %
Sosiale tiltak	Ikke tilstrekkelig	Antall	814	4 271	5 085
		Prosent	59,4 %	60,3 %	60,2 %
p=0,278	Tilstrekkelig	Antall	556	2 811	3 367
		Prosent	40,6 %	39,7 %	39,8 %
Sykepleiefaglig tilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall	176	916	1 092
		Prosent	12,2 %	10,5 %	10,7 %
p=0,029	Tilstrekkelig	Antall	1 272	7 843	9 115
		Prosent	87,8 %	89,5 %	89,3 %
Legetilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall	142	812	954
		Prosent	10,9 %	11,0 %	11,0 %
p=0,489	Tilstrekkelig	Antall	1 158	6 568	7 726
		Prosent	89,1 %	89,0 %	89,0 %
Annet faglig tilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall	162	543	705
		Prosent	26,0 %	21,7 %	22,6 %
p=0,13	Tilstrekkelig	Antall	461	1 958	2 419
		Prosent	74,0 %	78,3 %	77,4 %

1.3 Tjenestemottakere med psykiske lidelser

1.3.1 Hvem er de?

Kjønnsfordelingen blant tjenestemottakere med psykiske lidelser er nesten den samme som for andre tjenestemottakere; 67,4 % er kvinner og 32,6 % er menn. Dette skyldes høyst sannsynlig alderssammensetningen i gruppen, med en overvekt av eldre. Spredningen er stor: fra 18 år til 99 år. Gjennomsnittet er 70, medianen 76.

Den store andelen psykiatriske pasienter i høy alder er overraskende og skyldes ganske sikkert utvalget: Hjemmeboende tjenestemottakere som bare mottar hjemmesykepleie er ikke med, mens alle psykiatriske pasienter som er i kommunalt disponerte boliger, i aldersinstitusjon, eller har hjemmetjeneste bestående av *både* hjemmesykepleie og praktisk bistand er med. Dette fører antakelig til en overrepresentasjon av eldre. For å korrigere noe for dette, er disse tjenestemottakerne i det følgende delt inn i ulike aldersgrupper og analysert deretter.

Tabell 6
Funksjonsnivå hos tjenestemottakere med psykiske lidelser, fordelt på aldersgrupper

Alder		Sumskåre Barthels ADL-indeks	Sumskåre KDV med fem spørsmål
Under 40 år	Gjennomsnitt	19,1	3,9
	Antall	112	110
	Standardavvik	2,3	2,9
40 – 49 år	Gjennomsnitt	18,9	3,9
	Antall	109	107
	Standardavvik	2,5	2,8
50 – 59 år	Gjennomsnitt	18,4	3,9
	Antall	149	149
	Standardavvik	3,2	3,0
60 – 69 år	Gjennomsnitt	17,5	4,2
	Antall	174	168
	Standardavvik	3,8	3,3
70 –79 år	Gjennomsnitt	15,8	5,2
	Antall	362	351
	Standardavvik	4,9	3,8
Over 80 år	Gjennomsnitt	13,6	5,9
	Antall	581	574
	Standardavvik	5,6	4,2
Totalt	Gjennomsnitt	15,9	5,0
	Antall	1 487	1 459
	Standardavvik	5,1	3,8

$p<0,001$

Når det gjelder funksjonsnivå, er tjenestemottakere med psykiske lidelser i aldersgruppene under 60 ganske like både når det gjelder ADL og kognitiv/mental funksjon. Deretter endres disse i forventet retning med alderen: tjenestemottakerne blir både fysisk og kognitivt skrøpeligere.

1.3.2 Hvor bor de?

I denne gruppen er det vanligste å bo i sine egne private hjem (39 %), dernest i ulike kommunale boliger (36 %) og institusjoner (25 %). Alt i alt bor ca. 15 % i bofellesskap eller bokollektiv av ulike slag. Det er klare forskjeller mellom aldersgruppene: svært få av de yngre bor i aldersinstitusjoner, mens dette gjelder mange av de eldre.

1.3.3 Hvilket tjenestetilbud har de, og er det tilstrekkelig?

Selv om tabellen nedenfor viser at besøksfrekvensen øker noe med alderen, har allikevel alle grupper i gjennomsnitt kontakt med hjemmesykepleien ca. én gang om dagen. De to yngste gruppene har mer praktisk bistand enn de andre.

Tabell 7
Omfang av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie fordelt på tjenestemottakere i ulike aldersgrupper

		Timer per uke med hjemmehjelp/ praktisk bistand	Hjemmesykepleie – antall ganger per uke
Under 40 år	Gjennomsnitt	6,2	6,6
	Antall	92	102
40 - 49 år	Gjennomsnitt	4,3	5,5
	Antall	115	93
50 – 59 år	Gjennomsnitt	2,8	5,9
	Antall	144	134
60 – 69 år	Gjennomsnitt	2,4	6,3
	Antall	137	136
70 – 79 år	Gjennomsnitt	2,1	8,7
	Antall	243	253
Over 80 år	Gjennomsnitt	1,9	9,9
	Antall	298	308
Total	Gjennomsnitt	2,8	7,9
	Antall	1029	1026

$p<0,000$ for begge hjemmetjenester

Tjenestemottakere med psykisk lidelser får systematisk mindre tilstrekkelige tjenester enn andre tjenestemottakere i pleie- og omsorgstjenesten. Når en korrigerer for funksjonsnivå, alder og bostedskontekst, blir denne ulikheten enda større, jf hovedrapportens tabell 5.4 (2).

Tabell 8
Har personen tilstrekkelig....?

			Tjeneste-mottakere med psykiske lidelser	Andre tjeneste-mottakere	Alle tjeneste-mottakere
Hjelp til personlig hygiene	Ikke tilstrekkelig	Antall	197	897	1 094
		Prosent	18 %	82 %	100 %
P<0,01	Tilstrekkelig	Antall	1 267	7 500	8 767
		Prosent	14,5 %	85,5 %	100 %
Tilsyn om kvelden/natten	Ikke tilstrekkelig	Antall	126	862	988
		Prosent	12,8 %	87,2 %	100 %
p<0,01	Tilstrekkelig	Antall	731	6 913	7 644
		Prosent	9,6 %	90,4 %	100 %
Hjelp til mat og måltider	Ikke tilstrekkelig	Antall	120	865	985
		Prosent	12,2 %	87,8 %	100 %
p<0,05	Tilstrekkelig	Antall	754	6 884	7 638
		Prosent	9,9 %	90,1 %	100,%
Praktisk hjelp i huset	Ikke tilstrekkelig	Antall	200	838	1 038
		Prosent	19,3 %	80,7 %	100 %
P<0,01	Tilstrekkelig	Antall	1 094	7 673	6 767
		Prosent	16,2 %	83,8 %	100 %
Aktivitets-tiltak	Ikke tilstrekkelig	Antall	646	415	1 061
		Prosent	60,9 %	39,1 %	100 %
P<0,05	Tilstrekkelig	Antall	4 334	2 920	7 254
		Prosent	59,7 %	40,3 %	100 %
Sosiale tiltak	Ikke tilstrekkelig	Antall	689	399	1 088
		Prosent	59,7 %	40,3 %	100 %
P<0,05	Tilstrekkelig	Antall	4 322	2 912	7 235
		Prosent	59,7 %	40,3 %	100 %
Sykepleie-faglig tilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall	165	1 97	1 262
		Prosent	13,1 %	86,9 %	100 %
P<0,01	Tilstrekkelig	Antall	923	7 859	8 782
		Prosent	10,5 %	89,5 %	100 %
Legetilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall	134	914	1 048
		Prosent	12,8 %	87,2 %	100 %
P<0,05	Tilstrekkelig	Antall	809	6 686	7 495
		Prosent	10,8 %	89,2 %	100 %
Annet faglig tilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall	143	302	445
		Prosent	32,1 %	67,9 %	100 %
p=<0,001	Tilstrekkelig	Antall	555	2 078	2 633
		Prosent	21,1 %	78,9 %	100 %

Sammenhengen mellom tjenestemottakerens alder og tilbudenes tilstrekkelighet er også undersøkt. Det framtrer et klart mønster: For alle typer praktisk hjelp og pleie, og for sykepleiefaglig tilsyn, øker andelen tjenestemottakere med psykiske lidelser som antas å få tilstrekkelig hjelp med alderen. For aktivisering og sosiale tiltak er det omvendt. For legetilsyn og annet faglig tilsyn er forskjellene mellom aldersgruppene små og

usystematiske. Det kan altså se ut til at kommunene satser mest på sosiale behov hos yngre psykiatriske pasienter, og mest på bistands- og pleiebehov hos eldre psykiatriske pasienter.

1.4 Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning

1.4.1 Hvem er de?

I gruppen tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning er 49,6 % kvinner og 50,4 % er menn. At kjønnsfordelingen er jevn i denne gruppen, henger trolig sammen med aldersfordelingen; gjennomsnittsalderen er 47 år, mens den for de øvrige tjenestemottakerne er 80 år. Spredningen i gruppen er stor, fra 9 til 99 år; medianverdien er 46 år.

Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning er kroppslig noe sprekere enn gjennomsnittet for alle andre tjenestemottakere i pleie- og omsorgstjenesten, mens deres kognitive funksjon – som forventet - i gjennomsnitt er noe lavere. Men alt i alt må en si at ulikhetene også her er små.

Tabell 9
Funksjonsnivå hos tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning sammenlignet med andre tjenestemottakere

Hovedårsak til hjelpebehov		Sumskåre Barthels ADL-indeks	Sumskåre KDV med fem spørsmål
Psykisk utviklingshemning	Gjennomsnitt	14,4	6,8
	Antall	628	612
	Standardavvik	5,9	3,9
Andre tjenestemottakere	Gjennomsnitt	13,3	5,6
	Antall	11 382	11 209
	Standardavvik	6,1	5,1
Alle tjenestemottakere	Gjennomsnitt	13,4	5,7
	Antall	12 010	11 821
	Standardavvik	6,1	5,0

$p<0,001$

1.4.2 Hvor bor de?

Det vanligste er å bo i kommunal bolig uten husbankstandard (53 %) eller i omsorgsbolig med husbankstandard (25 %). 80 % av boligene uten husbankstandard og 74 % av de med husbankstandard er del av et bokollektiv eller et bofellesskap. Dette er alt i alt den vanligste boformen som denne gruppen tilbys. 7 % av denne gruppen bor i aldersinstitusjoner. Disse tjenestemottakerne er fra 34 til 90 år gamle, gjennomsnittet er 72 år, medianverdien 75. Blant de utviklingshemmede som bor i aldersinstitusjoner har 88 % permanent opphold. 12 % bor i skjermede enheter; ingen har midlertidige opphold.

1.4.3 Hvilke tjenestetilbud har de, og er det tilstrekkelig?

Tabellen nedenfor viser antall timer hjemmehjelp/praktisk bistand per uke og antall besøk per uke av hjemmesykepleien som tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning har, sammenlignet med andre tjenestemottakere.

Tabell 10
Omfang av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie, tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning sammenlignet med andre tjenestemottakere

		Timer per uke med hjemmehjelp/ praktisk bistand	Hjemmesykepleie – antall ganger per uke
Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning	Gjennomsnitt	33,9	8,5
	Antall	488	306
Andre tjenestemottakere	Gjennomsnitt	2,4	10,1
	Antall	6 638	6 816
Alle tjenestemottakere	Gjennomsnitt	4,6	10,0
	Antall	7 126	7 122

Praktisk bistand: $p<0,001$; Hjemmesykepleie: $p>0,05$

Når det gjelder hjemmetjenester, er forskjellen i mottatt praktisk bistand stor mellom tjenestemottakere med utviklingshemning og andre tjenestemottakere, jf. også beskrivelser og analyser i hovedrapporten fra 2003 (kap. 4 og 5). Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning har i gjennomsnitt noe bedre ADL-funksjoner enn andre tjenestemottakere (se tabell 9 overfor), mens det omvendte gjelder for mentale funksjoner målt ved KDV (se tabell 9 overfor). Det fins med andre ord trekk ved utviklingshemmedes behov som kan bidra til rimelige forklaringer på det store volumet av praktisk bistand som ytes til gruppen.

I tillegg skiller en del tjenestemottakere med utviklingshemning seg fra andre tjenestemottakere ved å ha behov for kontinuerlig tilsyn. Noen tjenestemottakere med utviklingshemning har utagerende atferd som gjør det nødvendig med kontinuerlig høyere bemanning for å forebygge at utfordrende situasjoner oppstår.

Tabell 11 viser at det er små forskjeller mellom utviklingshemmede og andre når det gjelder tilstrekkelighetsvurderingene. Også når en vurderer tilstrekkeligheten ved tjenestetilbudet etter utviklingshemmedes alder, er forskjellene ubetydelige. Det eneste unntaket er sosiale tiltak, der tilstrekkeligheten synker noe for utviklingshemmede tjenestemottakere over 60 år (tall ikke vist).

Tabell 11
Har personen tilstrekkelig....?

			Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning	Alle tjeneste-mottakere
Hjelp til personlig hygiene	Ikke tilstrekkelig	Antall	105	1 359
		Prosent	16,8 %	14,7 %
p>0,05	Tilstrekkelig	Antall	519	7 877
		Prosent	83,2 %	85,3 %
Tilsyn om kvelden/natten	Ikke tilstrekkelig	Antall	63	794
		Prosent	10,5 %	9,9 %
p>0,05	Tilstrekkelig	Antall	537	7 238
		Prosent	89,5 %	90,1 %
Hjelp til mat og måltider	Ikke tilstrekkelig	Antall	75	799
		Prosent	12,4 %	10,0 %
p>0,05	Tilstrekkelig	Antall	530	7 218
		Prosent	87,6 %	90,0 %
Praktisk hjelp i huset	Ikke tilstrekkelig	Antall	95	1 199
		Prosent	15,5 %	16,7 %
p>0,05	Tilstrekkelig	Antall	517	5 993
		Prosent	84,5 %	83,3 %
Aktivitetstiltak	Ikke tilstrekkelig	Antall	340	4 639
		Prosent	55,6 %	60,2 %
p>0,05	Tilstrekkelig	Antall	271	3 064
		Prosent	44,4 %	39,8 %
Sosiale tiltak	Ikke tilstrekkelig	Antall	372	4 638
		Prosent	61,1 %	60,1 %
p>0,05	Tilstrekkelig	Antall	237	3 075
		Prosent	38,9 %	39,9 %
Sykepleiefaglig tilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall	51	1 037
		Prosent	9,6 %	10,9 %
p>0,05	Tilstrekkelig	Antall	482	8 473
		Prosent	90,4 %	89,1 %
Legetilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall	31	912
		Prosent	5,4 %	11,4 %
p>0,001	Tilstrekkelig	Antall	544	7 055
		Prosent	94,6 %	88,6 %
Annet faglig tilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall	69	629
		Prosent	24,6 %	22,5 %
p>0,05	Tilstrekkelig	Antall	211	2 169
		Prosent	75,4 %	77,5 %

1.5 Tjenestemottakere som er rusmiddelmisbrukere

1.5.1 Hvem er de?

I materialet som er benyttet her, er dette en liten gruppe. Den teller bare 83 personer, og 79 % av dem er menn. Dette er svært ulik kjønnsfordelingen i resten av utvalget, der kvinnene utgjør 70 %.

Gjennomsnittlig alder er 67 år (for kvinner 69 år; for menn: 66 år). Spredningen er fra 23 til 90 år, medianen er 68 år. Gruppen er med andre ord mye preget av *eldre* menn. Akkurat som for tjenestemottakere med psykiske lidelser, avspeiler denne aldersammensetningen antakelig til en viss grad utvalgskriteriene: av de som bor i egne hjem, er bare personer med både praktisk bistand og hjemmesykepleie med.

Tabell 12
Funksjonsnivå hos tjenestemottakere der rusmiddelmisbruk er hovedårsak til hjelpebehov sammenlignet med andre tjenestemottakere

Hovedårsak til hjelpebehov		Sumskåre Barthels ADL-indeks	Sumskåre KDV med fem spørsmål
Rusmiddelmisbruk	Gjennomsnitt	16,0	5,4
	Antall	80	83
	Standardavvik	3,9	3,8
Andre tjenestemottakere	Gjennomsnitt	13,4	5,7
	Antall	11 931	11 739
	Standardavvik	6,1	5,0
Alle tjenestemottakere	Gjennomsnitt	13,4	5,7
	Antall	12 011	11 822
	Standardavvik	6,1	5,0

$p>0,05$

Rusmiddelmisbrukerne har i gjennomsnitt noe bedre ADL-funksjoner, mens den kognitive funksjonen i gjennomsnitt er på nivå med de øvrige tjenestemottakerne. Yngre og eldre rusmiddelmisbrukere atskiller seg noe på dette området. I aldersgruppene under 60 år er tjenestemottakere med rusproblemer ganske like både når det gjelder ADL og kognitiv/mental funksjon. Deretter endrer funksjonsnivået seg i forventet retning: økt kroppslig og kognitiv svekkelse med alderen. At dette omslaget skjer allerede rundt 60 års alder kan antakelig tilskrives nettopp virkningene av rusmiddelmisbruk over tid.

1.5.2 Hvor bor de?

Tabellen nedenfor viser at det vanligste er å bo hjemme, dernest i kommunal bolig uten husbankstandard.

Tabell 13
Hvor bor tjenestemottakerne som er rusmiddelmisbrukere?

		Tjenestemottakere som er rusmiddelmisbrukere	Alle tjeneste-mottakere
Sykehjem/sykehjems-avdeling	Antall Prosent	15 18,1 %	3 830 30,5 %
Aldershjem/aldershjems-avdeling	Antall Prosent	2 2,4 %	388 3,1 %
Omsorgsbolig med Husbankstandard	Antall Prosent	10 12,0 %	1 363 10,9 %
Annet bolig med kommunal disposisjonsrett	Antall	15	2 125
	Prosent	18,1 %	16,9 %
Hjemmet (ordinær bolig uten kommunal disposisjonsrett)	Antall	41	4 838
	Prosent	49,4 %	38,6 %
Totalt	Antall	83	12 544
	Prosent	100,0 %	100,0 %

p>0,05

1.5.3 Hvilket tjenestetilbud har de, og er det tilstrekkelig?

Som tabell 11 viser har gruppen rusmisbrukere mindre praktisk bistand enn andre tjenestemottakere, noe som trolig kan tilskrives deres noe høyere ADL-nivå. Bistand fra hjemmesykepleien er på nivå med alle andre.

Tabell 14
Omfang av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie, tjenestemottakere som er rusmiddelmisbrukere sammenlignet med andre tjenestemottakere

		Timer per uke med hjemmehjelp/ praktisk bistand	Hjemmesykepleie – antall ganger per uke
Tjenestemottakere som er rusmiddelmisbrukere	Gjennomsnitt	1,8	8,2
	Antall	63	62
Andre tjenestemottakere	Gjennomsnitt	4,6	10,1
	Antall	7 064	7 061
Alle tjenestemottakere	Gjennomsnitt	4,6	10,0
	Antall	7 127	7 123

p>0,001 for begge hjelpetilbud

Det er ingen signifikant forskjell på hjemmetjenester ytt til rusmisbrukere i ulike bostedskontekster.

Tabell 15 viser at rusmiddelmisbrukerne har noe mindre tilstrekkelige tjenester hva gjelder hjelp til personlig hygiene. På andre områder er det ingen signifikant forskjell mellom tilstrekkelighetsvurderingene når det gjelder rusmisbrukere sammenlignet med andre tjenestemottakere i pleie- og omsorgstjenesten.

Tabell 15
Har personen tilstrekkelig....?

			Tjenestemottakere som er rusmiddel-misbrukere	Alle tjeneste-mottakere
Hjelp til personlig hygiene	Ikke tilstrekkelig	Antall	16	1 448
		Prosent	26,7 %	14,8 %
P<0,05	Tilstrekkelig	Antall	44	8 353
		Prosent	73,3 %	85,2 %
Tilsyn om kvelden/natten	Ikke tilstrekkelig	Antall	7	850
		Prosent	15,6 %	9,9 %
p>0,05	Tilstrekkelig	Antall	38	7 737
		Prosent	84,4 %	90,1 %
Hjelp til mat og måltider	Ikke tilstrekkelig	Antall	8	866
		Prosent	16,7 %	10,0 %
p>0,05	Tilstrekkelig	Antall	40	7 709
		Prosent	83,3 %	89,9 %
Praktisk hjelp i huset	Ikke tilstrekkelig	Antall	11	1 283
		Prosent	20,4 %	16,6 %
p>0,05	Tilstrekkelig	Antall	43	6 468
		Prosent	79,6 %	83,4 %
Aktivitetstiltak	Ikke tilstrekkelig	Antall	28	4 952
		Prosent	63,6 %	59,9 %
p>0,05	Tilstrekkelig	Antall	16	3 319
		Prosent	36,4 %	40,1 %
Sosiale tiltak	Ikke tilstrekkelig	Antall	27	4 984
		Prosent	67,5 %	60,2 %
p>0,05	Tilstrekkelig	Antall	13	3 299
		Prosent	32,5 %	39,8 %
Sykepleie-faglig tilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall	7	1 081
		Prosent	11,1 %	10,8 %
p>0,05	Tilstrekkelig	Antall	56	8 900
		Prosent	88,9 %	89,2 %
Legetilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall	8	935
		Prosent	18,2 %	11,0 %
p>0,05	Tilstrekkelig	Antall	36	7 564
		Prosent	81,8 %	89,0 %
Annet faglig tilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall	2	696
		Prosent	12,5 %	22,7 %
p>0,05	Tilstrekkelig	Antall	14	2 366
		Prosent	87,5 %	77,3 %

1.6 Oppsummering og vurdering – tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud

En kan trekke fire lærdommer ut av gjennomgangen av de fire gruppene som er beskrevet her:

1. Det ser ut til å være en slags felles terskel for det funksjonsnivået som fører til at hjelpetilbud gis i dagens kommunale pleie- og omsorgstjenester, nesten uavhengig av alder og årsak. Gruppevis likner tjenestemottakerne ganske mye på hverandre når det gjelder kroppslig og mental skrøpelighet slik det måles ved Barthelindeksen og KDV.

2. Med unntak av mennesker med psykiske lidelser (og iflg. hovedrapporten også om en bor i eget hjem sammenlignet med å bo i kommunale boliger/institusjoner) (2), er tilstrekkelighetsvurderingene når det gjelder de tjenester som ytes også nokså like gruppene imellom. Det indikerer at tjenestene *som en hovderegel* er relativt jevnt fordelt etter behov.

3. Praktisk bistand ytt til mennesker med utviklingshemning har et volum som overstiger tilsvarende tjenester til alle andre grupper i pleie- og omsorgstjenesten. Grunnene til dette bør gjøres til gjenstand for nærmere vurderinger.

4. Fordi utvalgskriteriene for hjemmeboende tjenestemottakere i denne undersøkelsen var personer som mottok *både* hjemmesykepleie og praktisk bistand, er det en viss overrepresentasjon av eldre personer blant flere av de gruppene som er beskrevet i det foregående. Dette må en ha med seg i vurderingen av resultatene.

Del I
Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

2 Forholdet mellom bemanning og behov i sykehjem – den nasjonale bemanningskartleggingen i 2003

Bemannings- og vakansesituasjonen ble kartlagt i de samme 73 kommunene der vi kartla tjenestemottakerne og tjenestetilbudet, gjennom en registrering av forholdet mellom planlagt bemanning og faktisk bemanning på tre vakter i løpet av et vanlig døgn (se hovedrapporten for nærmere beskrivelse) (2). Som ledd i videreføringen av den nasjonale undersøkelsen, har forskningsinstituttet NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn sett nærmere på sammenhengen mellom den pleiefaglige bemanningen i sykehjemmene på dagtid og lokale, faglige vurderinger av tilstrekkelighet til den hjelpen som beboerne får, i det samme kommuneutvalget.

2.1 Grunnbemanningen og tilstrekkelige tjenester i sykehjem – er det noen sammenheng?

2.1.1 Data og metode

Datagrunnlaget omfatter hele kommuneutvalget fra Helsetilsynets kartlegging, dvs. netto 73 kommuner og bydeler. Helsetilsynet mottok våren 2003 opplysninger fra 122 sykehjem i disse kommunene. Data om i alt 3866 tjenestemottakere i disse sykehjemmene er koplet med opplysninger fra den såkalte ”personellkartleggingen”.

Hva som er tilstrekkelige tjenester er undersøkt ved hjelp av spørsmål som ble besvart av den pleieren som registrerte de øvrige opplysningene om tjenestemottakerne. Spørsmålene dekket ulike hjelpeområder i sykehjemsomsorgen og lød:

Har personen i dag tilstrekkelig hjelp til...

- personlig hygiene og stell?
- mat og måltider?
- aktivitetstiltak?
- sosiale tiltak?
- sykepleiefaglig tilsyn?[2]

Det knytter seg flere metodeproblemer til en slik framgangsmåte. De er drøftet i hovedrapporten, kapittel 2 og 5. I hovedrapporten ble spørsmålene om tilstrekkelig hjelp først og fremst benyttet til å studere om hjelpen varierte med tjenestemottakerens helseproblem (utviklingshemmede, psykiatriske pasienter, somatisk syke, aldersdemente), bosted (institusjon, kommunal bolig, eget hjem), kjønn, alder og funksjonsnivå. Analysene viste at mennesker som bor i egne hjem og personer med psykiske lidelser systematisk får sjeldnere tilstrekkelig hjelp på en rekke områder slik en lokal fagperson vurderer det - alt annet likt.

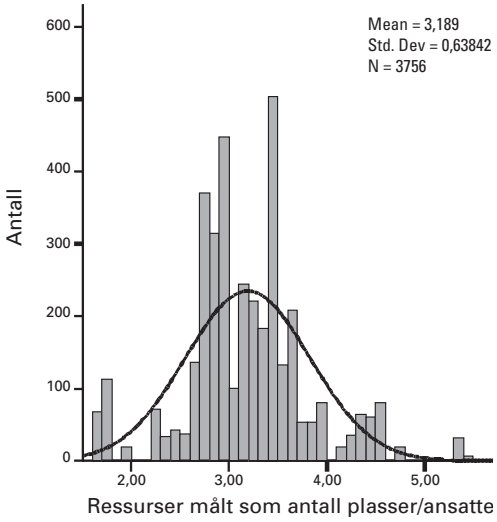
I det følgende brukes de samme dataene til å studere sammenhengen mellom *bemanning* og tjenestenes tilstrekkelighet. Da oppstår et ekstra metodeproblem, fordi det også kan være en sammenheng mellom personalressursene og kvalitetsstandardene til den som registrerer. En kan tenke seg at lav bemanning i sykehjemmet får vedkommende til å ”legge listen lavere”. Men en kan også tenke seg det omvendte: en benytter denne sjansen til ”å si fra” og blir ekstra kritisk. Disse spørsmålene har vi dessverre ikke noe tilfredsstillende svar på.

Analyseenheten i det følgende er hele sykehjem, ikke avdelinger. Mange sykehjem har også avgitt bemanningsdata på avdelingsnivå, men dessverre ikke alle. Personalressurser er målt som antall pasienter per ansatt i pleien på dagtid, iflg. turnusplan. Personalressursene er altså målt som planlagt ressursbruk i ”kjernetiden” om dagen. Antall pasienter per ansatt i pleien er

2) I grunnlagsmaterialet spørres det også om tilsyn om kvelden/natten, legetilsyn og annet faglig tilsyn. Men siden personalressursene i det følgende skal måles som sum pleiepersonale på dagtid (se neste side), er det ikke naturlig å ha med disse spørsmålene i analysen her.

målt uavhengig av stabens faglige sammensetning (antall sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, ufaglærte). Pleieressursen målt på denne måten varierer fra 1,67 til 5,50. Gjennomsnittsverdien er 3,19; medianverdien 3,12 – se Figur 1. I denne figuren betyr "Antall" på y-aksen (den vertikale aksen) antall pasienter i materialet som bor på sykehjem som har en bemanningsressurs svarende til den en finner på x-aksen (den horisontale aksen).

Figur 1
Antall plasser i sykehjem per ansatt i pleiefaglig stilling



Analysen her er gjennomført på samme måte som i kapittel 5 i hovedrapporten (jf. tabell 5.4 der). Svarene på tilstrekkelighetsspørsmålene er først omkodet til "tilstrekkelig" (= tilstrekkelig + for mye) og "ikke tilstrekkelig" (= noe for lite + alt for lite). Fordelingen av de omkodede svarene er gjengitt i Tabell 17 i denne rapporten. De viser at andelen som anses å få tilstrekkelig hjelp til personlig hygiene/stell og til mat/måltider, er hhv. 92,5 % og 94,1 %, til sosiale tiltak/aktivisering 36 %, og til sykepleiefaglig tilsyn 89,3 %, jf. også hovedrapporten, kapittel 5, der dette er drøftet nærmere (2).

I det følgende beskrives først sammenhengen mellom bemanning og tjenestetilstrekkelighet uavhengig av pasientsammensetningen i sykehjemmene. Deretter gjennomføres en analyse der en samtidig også studerer mulige effekter av "pleietyngde" (funksjonsnivå), kjønn og alder på tilstrekkelighetsvurderingene. Funksjonsnivået er målt ved Barthels ADL-indeks og Klinisk demensvurdering (KDV) (se fotnote 1 i det foregående som forklarer disse målene). Variasjoner i tjenesteytingen som bare kan tilskrives ulikt pasientgrunnlag i institusjonene (mer eller mindre hjelpetrengende pasienter), skilles altså ut fra slike som bare har med personalressursene å gjøre. Eller sagt på en annen måte: en studerer om noen av de andre faktorene i seg selv påvirker tjenestenes tilstrekkelighet, ikke bare personalressursene.

2.1.2 Resultater

Tabellen nedenfor beskriver sammenhengen mellom personalressurser og tjenestenes tilstrekkelighet i de 122 sykehjemmene uten at vi tar hensyn til beboernes hjelpebehov i analysen.

Tabell 16
Bivariat sammenheng mellom planlagte personalressurser på dagtid og om den hjelpen pasientene får på ulike områder anses som tiltrekkelig. 122 sykehjem, netto ca. 3500 pasienter).*

Type hjelp	Når hjelpen anses som tilstrekkelig: gj.sn. antall pasienter per ansatt	Når hjelpen ikke anses som tilstrekkelig: gj.sn. antall pasienter per ansatt	Forskjell i absolutte tall og prosent	Signifikansnivå (p-verdi)
Hjelp til personlig hygiene og stell	3,15	3,30	0,15 (4,8 %)	0,000
Hjelp til mat og måltider	3,15	3,19	0,04 (1,3 %)	0,407
Aktivitetstiltak	3,13	3,17	0,04 (1,3 %)	0,087
Sosiale tiltak	3,11	3,18	0,07 (2,3 %)	0,004
Sykepleiefaglig tilsyn	3,16	3,20	0,04 (1,3 %)	0,235

*) Antallet varierer mellom 3414 og 3593 avhengig av hvor mange gyldige svar som er avgitt

Tallene viser at det er en systematisk sammenheng mellom personalressurser og antatt tilstrekkelige tjenester. Gjennomsnittlig, planlagt personaltetthet er høyere når tjenestene anses som tilstrekkelige sammenlignet med når de vurderes som ikke tilstrekkelige.

Men forskjellene varierer mellom de ulike områdene for hjelp. Den er størst for hjelp til personlig hygiene og stell, der pleieressursen i gjennomsnitt ligger 4,8 prosent høyere når tjenestene anses som tilstrekkelige. Men selv om denne sammenhengen virker systematisk, er den vanligvis ikke stor, og den er signifikant for bare to av de fem aspektene ved tjenestetilbudet som er undersøkt her, nemlig personlig hygiene og stell, og aktivitetstilbud. For hjelp til mat og måltider, sosiale tiltak, og for sykepleiefaglig tilsyn er sammenhengen ikke signifikant når en ikke tar hensyn til andre forhold.

Tabell 17
Har personen tilstrekkelig....? [3]

			Kvinner	Menn	Totalt
Hjelp til personlig hygiene	Ikke tilstrekkelig	Antall	192	83	275
		Prosent	7,2 %	8,3 %	7,5 %
	Tilstrekkelig	Antall	2 465	914	3 379
		Prosent	92,8 %	91,7 %	92,5 %
Hjelp til mat og måltider	Ikke tilstrekkelig	Antall	168	44	212
		Prosent	6,4 %	4,5 %	5,9 %
	Tilstrekkelig	Antall	2 457	939	3 396
		Prosent	93,6 %	95,5 %	94,1 %
		Prosent	81,2 %	84,1 %	83,6 %
Aktivitetstiltak	Ikke tilstrekkelig	Antall	1 610	627	2 237
		Prosent	63,8 %	66,1 %	64,4 %
	Tilstrekkelig	Antall	914	322	1 236
		Prosent	36,2 %	33,9 %	35,6 %
Sosiale tiltak	Ikke tilstrekkelig	Antall	1 611	642	2 253
		Prosent	63,8 %	66,7 %	64,6 %
	Tilstrekkelig	Antall	915	320	1 235
		Prosent	36,2 %	33,3 %	35,4 %
Sykepleie-faglig tilsyn	Ikke tilstrekkelig	Antall	285	112	397
		Prosent	10,9 %	11,5 %	11,1 %
	Tilstrekkelig	Antall	1 272	7 843	9 115
		Prosent	87,8 %	89,5 %	89,3 %

Når vi analyserer spørsmålet om tilstrekkelige tjenester med flere forklaringsvariable i tillegg til personalressurser, finner vi indikasjoner på at det også kan være *faglige* utfordringer knyttet til det å gi tilstrekkelige tjenestetilbud, uavhengig av hvor mye personal man setter inn. Graden av tilstrekkelig hjelp til mat og måltider ser f.eks. primært ut til å være assosiert med pasientenes funksjonsnivå, ikke pleieressursene. Det kan altså se ut som om det å hjelpe både de aller svakeste og de sprekeste med mat og måltider er en oppgave som det er vanskelig å få til på en tilfredsstillende måte, selv når det ikke er knapt med opprettede stillinger.

2.1.3 Oppsummering

Analysene her har vist at det er en sammenheng mellom personalressurser i sykehjem (målt som antall pasienter per pleiestilling i planlagt turnus) og om de tjenestene som ytes der er tilfredsstillende, slik en fagperson i institusjonen ser det. Men selv om denne sammenhengen virker systematisk, er den vanligvis ikke stor, og den er signifikant for bare to av de fem aspektene ved tjenestetilbudet som er undersøkt her, nemlig

3) Etter ønske fra Helsetilsynet er grunndataene gjengitt som krysstabeller med kjønn som uavhengig variabel. Forskjellene mellom kvinner og menn er stort sett små og – bortsett fra hjelp til mat og måltider – ikke signifikante. Dersom en kontrollerer for ulikheter mellom kjønnene i alder og funksjonsnivå, er ingen av forskjellene signifikante lenger.

personlig hygiene og stell, og aktivitetstilbud. For hjelp til mat og måltider, sosiale tiltak, og for sykepleiefaglig tilsyn er sammenhengen ikke signifikant når en ikke tar hensyn til andre forhold.

Når vi analyserer spørsmålet om tilstrekkelige tjenester med flere forklaringsvariable i tillegg til personalressurser, finner vi indikasjoner på at det også kan være *faglige* utfordringer knyttet til det å gi tilstrekkelige tjenestetilbud, uavhengig av mengden av det personalet man setter inn. Graden av tilstrekkelig hjelp til mat og måltider ser f.eks. primært ut til å være assosiert med pasientenes funksjonsnivå, ikke pleieressursene. Det kan altså se ut som om det å hjelpe både de aller svakeste og de sprekeste med mat og måltider er en oppgave som det er vanskelig å få til på en tilfredsstillende måte, selv når det ikke er knapt med opprettede stillinger.

2.2 Faktisk bemanning og vakanser i sykehjem – får det konsekvenser for den lokale vurderingen av tilstrekkeligheten ved tjenestetilbudet?

Spørsmålet som skal belyses her er sammenhengen mellom lokale vurderinger av tilstrekkeligheten av tjenestene og den faktiske bemanningen. En del sykehjem har problemer med å skaffe tilveie tilstrekkelig personale. I Helsetilsynets kartlegging fra 2003 ble det påvist at 3,7 % av stillingene på dagvakt i sykehjem var ubemannet på undersøkelsestidspunktet (2). Det var størst vakanse i sykepleierstillingene (22 %), dernest blant hjelpepleierne (15 %). Sykehjemmene kompenserte for dette ved å benytte flere ufaglærte enn det er hjemler for. Vakanseproblemet var størst i Oslo og minst i Agder-fylkene. På kvelds- og nattestid er problemet mindre. Problemet er også mindre i hjemmesykepleien.

Hvordan vurderes tjenestenes tilstrekkelighet når en legger den faktiske bemanningen til grunn? Anses den som lik eller dårligere sammenliknet med når den måles mot den planlagte ressursbruken?

I det følgende analyseres spørsmålet i tre trinn. Først vurderes tilstrekkeligheten av tjenestene sett i forhold til størrelsen av vakanse i alt sykehjemspersonale som deltar i pleien. Deretter vurderes tilstrekkligheten i forhold til den faktiske bemanningen i hver av de tre store yrkesgruppene i sykehjem: sykepleiere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og ufaglærte. Det kan jo tenkes at varierende faktisk bemanning i hver av disse gruppene kan få ulike konsekvenser for tilstrekkelighetsvurderingene. Betyr det mer at det er knapt med sykepleiere enn at det er knapt med hjelpepleiere? Til slutt gjennomføres de samme analysene når en korrigerer for forskjeller i pasientsammensetningen i institusjonene.

2.2.1 Data og metoder

Datagrunnlaget omfatter hele kommuneutvalget fra Helsetilsynets kartlegging, dvs. netto 73 kommuner og bydeler.

Analyseenheten i det følgende er hele sykehjem, ikke avdelinger. Personalressurser er målt som antall pasienter per ansatt i pleien på dagtid, ut fra hvor mange stillinger som var bemannet på undersøkelsesdagen. Personalressursene er altså målt som faktisk ressursbruk i "kjernetiden" om dagen. Antall pasienter per ansatt i pleien er målt både samlet (uavhengig av stabens faglige sammensetning) og for den enkelte yrkesgruppe (antall pasienter per sykepleier, hjelpepleier/omsorgsarbeider, ufaglært).

I det følgende beskrives først sammenhengen mellom bemanning og tjenestetilstrekkelighet uavhengig av pasientsammensetningen i sykehjemmene. Deretter gjennomføres en analyse der en samtidig også vurderer mulige effekter av "pleietyngde" (funksjonsnivå) på tilstrekkelighetsvurderingene. Funksjonsnivået er målt ved Barthels ADL-indeks og Klinisk demensvurdering (KDV) (se fotnote 1 innledningsvis for en nærmere forklaring).

I det følgende benyttes også et mål på grad av vakanse. Det deler sykehjemmene i tre grupper: de som hadde ekstrabemanning (18 %), de som hadde en faktisk bemanning som var identisk med turnus (46 %), og de som hadde varierende grad av underbemanning (vakanser) på undersøkelsesdagen (37 %). Vakanseandelen varierte fra 2 % til 40 %.

Spørsmålet som skal belyses i dette kapittelet er sammenhengen mellom lokale vurderinger av tilstrekkeligheten av tjenestene og den *faktiske* bemanningen. En del sykehjem har problemer med å skaffe tilveie tilstrekkelig personale. I Helsetilsynets kartlegging fra 2003 ble det påvist at 3,7 % av stillingene på dagvakt i sykehjem var ubemannet på undersøkelsestidspunktet (2). Det var størst vakanse i sykepleierstillingene (22 %), dernest blant hjelpepleierne (15 %).

Sykehjemmene kompenserte for dette ved å benytte flere ufaglærte enn det er hjemler for.

2.2.2 Resultater

Tabellen viser noe overraskende at det er ingen statistisk signifikant sammenheng mellom tilstrekkelighetsvurderingene og personalressursene i forhold til vakanse-profil den aktuelle undersøkelsesdagen. Enten sykehjemmene har ekstrabemanning, turnusbemanning eller er underbemannet, vurderes tilstrekkeligheten av tjenestene relativt likt på de ulike områdene. Tendensen er snarere at en ved de underbemannede sykehjemmene oftere mener at en yter tilstrekkelige tjenester, med unntak av sykepleiefaglig tilsyn.

Tabell 18
Vurderinger av tilstrekkelighet for tre grupper av sykehjem med ulik vakanseprofil på undersøkelsesdagen

Omfang av vakanse under-søkelses-dagen – tre grupper	Gj.nittlig andel av beboere som har tilstrek-kelig hjelp til personlig hygiene	Gj.nittlig andel av beboere som har til-strekkelig hjelp med måltider	Gj.nittlig andel av beboere som har til-strekkelig aktivitets-tilbud	Gj.nittlig andel av beboere som har til-strekkelig sosial aktivitet	Gj.nittlig andel av beboere som har tilstrek-kelig syke-pleiefaglig tilsyn
Sykehjem med ekstra-bemanning	93,1	92,8	33,5	36,7	90,9
Sykehjem med turnus-bemanning	92,0	94,4	29,8	28,7	85,6
Sykehjem med under-bemanning	95,0	97,7	39,7	39,3	97,4
Total	93,3	95,3	34,1	34,0	87,2

p>0,05 for alle bivariate sammenhenger

En annen måte å vurdere spørsmålet på, er å se på assosiasjonen mellom den faktiske bemanningen uttrykt som pasienter per pleierstilling (alle yrkesgrupper sett under ett) og tilstrekkelighetsvurderingene. Neste tabell viser de såkalte ”korrelasjonene” mellom tilstrekkelighetsvurderingene på den ene side og den faktiske bemanningen uttrykt som antall pasienter per bemannet stilling.

Tabell 19 bekrefter det samme funnet: det er ingen statistisk signifikant assosiasjon (”korrelasjon”) mellom tilstrekkelighetsvurderingene og den samlede, faktiske bemanningen.

Spiller det noen rolle om det først og fremst er sykepleiere det skorter på? I tabell 20 differensieres det mellom faktisk bemanning i de ulike stillingskategoriene (sykepleier, hjelpepleier/omsorgsarbeider og ufaglærte) og tilstrekkelighetsvurderingene.

Tabell 19
Sammenheng mellom tilstrekkelighetsvurderinger og antall pasienter pr. bemannet stilling

Correlations

		Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene	Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig hjelp med måltider	Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig med aktivitetstilbud	Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig med sosial aktivitet	Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig sykepleierfaglig hjelp	Antall pasienter per pleier, som faktisk var på dagvakt (gj.snitt for de inst med flere avd)
Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 85	,739** ,000 85	,255* ,018 85	,205 ,060 85	,471** ,000 85	-,002 ,985 85
Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig hjelp med måltider	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,739** ,000 85	1 85	,233* ,032 85	,172 ,116 85	,363** ,001 85	,140 ,200 85
Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig med aktivitetstilbud	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,255* ,018 85	,233* ,032 85	1 85	,907** ,000 85	,294** ,006 85	,076 ,490 85
Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig med sosial aktivitet	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,205 ,060 85	,172 ,116 85	,907** ,000 85	1 85	,219* ,044 85	,093 ,398 85
Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig sykepleierfaglig hjelp	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,471** ,000 85	,363** ,001 85	,294** ,006 85	,219* ,044 85	1 85	-,095 ,386 85
Antall pasienter perpleier, som faktisk var på dagvakt (gj. snitt for de inst. med flere avd.)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,002 ,985 85	,140 ,200 85	,076 490 85	,093 ,398 85	-,095 ,386 85	1 85

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). **.
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). *.

Tabell 20
Sammenheng mellom tilstrekkelighetsvurderinger og antall pasienter pr. bemannet stilling fordelt på ulike stillingskategorier

Correlations

		Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene	Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig hjelp med måltider	Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig med aktivitetstilbud	Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig med sosial aktivitet	Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig sykepleier-faglig hjelp	Pasienter per sykepleier, ifølge hvem faktisk var på jobb	Pasienter per vernepleier, ifølge hvem faktisk var på jobb	Pasienter per hjelpepleier, ifølge hvem faktisk var på jobb	Pasienter per ufaglærte pleier, ifølge hvem faktisk var på jobb
Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 85	,739** ,000 85	,255* ,018 85	,205 ,060 85	,471** ,000 85	-,152 ,165 85	,008 ,939 85	,066 ,548 85	-,007 ,949 85
Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig hjelp med måltider	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,739** ,000 85	1 85	,233* ,032 85	,172 ,116 85	,363** ,001 85	-,059 ,594 85	,108 ,324 85	,113 ,304 85	,081 ,459 85
Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig med aktivitetstilbud	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,255* ,018 85	,233* ,032 85	1 85	,907** ,000	,294** ,006 85	-,126 ,250 85	-,034 ,759 85	,172 ,115 85	-,031 ,781 85
Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig med sosial aktivitet	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,205 ,060 85	,172 ,116 85	,907** ,000 85	1 85	,219* ,044 85	-,090 ,414 85	-,075 ,495 85	,158 ,149 85	-,065 ,556 85
Gj.snittlig andel som har tilstrekkelig sykepleier-faglig hjelp	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,471** ,000 85	,363** ,001 85	,294** ,006 85	,219* ,044 85	1 85	,022 ,841 85	,094 ,392 85	,154 ,160 85	,073 ,50785
Pasienter per sykepleier, ifølge hvem faktisk var på jobb	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,152 ,165 85	-,059 ,594 85	-,126 ,250 85	-,090 ,414 85	,022 ,841 85	1 85	,242* ,026 85	,171 ,118 85	,161 ,140 85
Pasienter per vernepleier, ifølge hvem faktisk var på jobb	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,008 ,939 85	,108 ,324 85	-,034 ,759 85	-,075 ,495 85	,094 ,392 85	,242* ,026 85	1 85	,365** ,001 85	,157 ,150 85
Pasienter per hjelpe-pleier, ifølge hvem faktisk var på jobb	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,066 ,548 85	,113 ,304 85	,172 ,115 85	,158 ,149 85	,154 ,160 85	,171 ,118 85	,365** ,001 85	1 85	,433** ,000 85
Pasienter per ufaglærte pleier, ifølge hvem faktisk var på jobb	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,007 ,949 85	,081 ,459 85	-,031 ,781 85	-,065 ,556 85	,073 ,507 85	,161 ,140 85	,157 ,150 85	,433** ,000 85	1 85

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). **. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). *.

Det er heller ikke statistisk signifikant sammenheng mellom hvilke yrkesgrupper det evt. skorter på og de lokale tilstrekkelighetsvurderingene. Men en ser at det er en sammenheng mellom omfanget av yrkesgruppene i seg selv. Det er en klar "hopningseffekt": god bemanning av én kategori, henger ofte sammen med god bemanning av en annen. Resultatet av denne analysen bekrefter det samme funnet: det er ingen statistisk signifikant sammenheng mellom tilstrekkelighetsvurderingene og den samlede, faktiske bemanningen.

Til slutt har vi også undersøkt om mangelen på sammenheng mellom faktisk bemanning og tilstrekkelige tjenester holder seg også når en korrigerer for pasientsammensetning i sykehjemmene, uttrykt gjennom Barthelindeksen og KDV. Dette er gjort i form av en såkalt lineær regresjonsanalyse (tallene ikke vist her). Den entydige konklusjonen er også her at selv om en tar hensyn til ulik pasientsammensetning i sykehjemmene, er resultatene de samme som nevnt over.

2.2.3 Oppsummering – forholdet mellom bemanning og vurderinger av tilstrekkelige tjenester

Det er altså en sammenheng mellom grunnbemanningen i sykehjemmene og de lokale tilstrekkelighetsvurderingene, men denne sammenhengen gjenfinnes ikke når en tar for seg den faktiske bemanningen på den dagen undersøkelsen ble foretatt (en torsdag i februar 2003).

Disse funnene kan ha flere fortolkninger. Én er at metoden ikke er god nok: en får ikke fram de reelle kvalitetsforskjellene i pleien når personalressursene varierer ved å be lokale fagpersoner om tilstrekkelighetsvurderinger. En annen forklaring kan være at mangelen på personale undersøkelsesdagen var relativt forbigående, ikke et permanent fenomen som preget tjenestene som de ansatte ytet. Det er det først og fremst grunnbemanningen som gjør. En tredje kan være at de som var i arbeid strakk seg mye for å gi god pleie, på tross av færre hender enn planlagt.

Del I
Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

3 Videreføring av Helsetilsynets nasjonale kartlegging av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten: tall og refleksjoner rundt tre temaer

Som ledd i oppfølgingen av Helsetilsynets kartlegging av pleie- og omsorgstjenestene i 2003 (2), belyses tre ulike temaer i dette avsnittet:

– Klager på tjenestetilbudet: antall, klagetema, oppfølging av klager.

– Personer under 67 år i sykehjem: Hvorfor er de der? Hvilke andre løsninger er vurdert? Er sykehjemmet en permanent/varig løsning?

– Kommunenes utredning og behandling av søknader ved tildeling av helse- og sosialtjenester og underveis i tjenesteforløpet hos personer med sammensatte, store hjelpebehov i hjemmebaserte tjenester.

3.1 Materiale

Utgangspunktet for analysene i det følgende er situasjonen i de såkalte "LAG-kommunene", dvs. kommuneutvalget som NOVA-undersøkelsen "Livsløp, aldring og generasjon" ("LAG") henter sitt materiale fra[4]. LAG studerer bl.a. omsorgstjenestene i disse kommunene, og NOVA-forskere besøkte 21 av dem i 2004. Ledere/mellomledere i pleie- og omsorgstjenesten ble intervjuet, og alle sykehjem besøkt. Informasjoner fra disse besøkene er grunnlaget for å belyse de tre spørsmålene over.

"LAG-kommunene" omfatter alt i alt 30 kommuner og bydeler. Seks av bydelene ligger i Oslo, men i LAGs omsorgstjenestestudie er bare to av disse med: Grünerløkka og Frogner. Til sammen opererer vi derfor her totalt med 26 enheter. I skrivende stund er fire kommuner og én Oslobydel ennå ikke besøkt. Det vil si at erfaringene som ligger til grunn for vurderingene i det følgende stammer fra 21 kommuner/bydeler. Av disse enhetene er syv små kommuner (under 3000 innbyggere), fem er mellomstore (5-10 000 innbyggere), seks er større (10- 25 000 innbyggere, stort sett småbyer), mens tre er storbyer.

I tillegg til de to Oslobydelene utgjør totalutvalget tre kommuner i Akershus, syv kommuner i Agder-fylkene, syv kommuner i Nord-Trøndelag og syv kommuner i Troms.

Kommuneutvalget er på ingen måte representativt, og det er lite. Men det er satt sammen slik at det alt i alt belyser forholdene i ulike landsdeler og i varierende kommunetyper (storby, småby, mellomstore kommuner og småkommuner). Til sammen kan de derfor gi realistiske indikasjoner på situasjonen i pleie- og omsorgstjenesten i Norge.

Ved kommunebesøkene er altså alle ledere av institusjoner og hjemmetjenester intervjuet, pluss etatsleder for pleie- og omsorg, der slike (ennå) fins. 10 av de 21 besøkte kommunene er per i dag organisert etter en såkalt "tonivåmodell", dvs. med "resultatenheter" (for eksempel et sykehjem, en hjemmetjeneste, skole eller barnehage) med tilhørende virksomhetsledere som rapporterer direkte til rådmannen[5].

Til sammen er 64 ledere intervjuet til nå. Der tjenester for utviklingshemmede og for psykiatriske pasienter er egne enheter, er ledere der ikke intervjuet.

Temaer for intervjuene er kommunenes topografi, pleie- og omsorgstjenestens organisering og oppbygning, utbygging de

4) LAG-undersøkelsen belyser familie- og generasjonsforhold, arbeid og pensjonering, mestring og livskvalitet, helse og omsorg i 30 kommuner i fire ulike landsdeler. Datagrunnlaget er telefonintervjuer og spørreskjemaer til ca 5500 individer 40 år og over. En delstudie av pleie- og omsorgstjenestene i de samme kommunene er også i gang, med vekt på ressursbruk og kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten i kommuner med ulike tjenesteprofiler.
Det er denne delstudien Helsetilsynets videreføring av pleie- og omsorgskartleggingen er knyttet til.

5) Etatsorganiseringen er med andre ord oppløst i disse kommunene. De har ikke en pleie- og omsorgstjeneste med en felles leder. I større kommuner kan det imidlertid være en assisterende rådmann eller kommunaldirektør som bl.a. overvåker økonomi og drift i resultatenhetene som utfører pleie- og omsorgstjenester.

siste år (Handlingsplan for eldreomsorgen), personalressurser, rekruttering, sykefravær, kjøreavstander og kjøreforhold i hjemmesykepleien, brukerundersøkelser, budsjett og regnskap. Alle sykehjem besøkes, og der samles informasjon om enhetens struktur, funksjon, økonomi og kvalitet. Tilsvarende opplysninger samles også om hjemmetjenesten.

I intervjuer med ledere er informasjon om Helsetilsynets temaer samlet inn ved

- Å spørre alle ledere som behandler klager, om antallet klager på tjenestetilbudet i 2003 og inntil intervjutidspunktet i 2004, samt klagetema og utfall av klager
- Å spørre sykehjemsleder (evt. avdelingsledere i større institusjoner) om personer under 67 år i institusjonen: antall, hvorfor de er der, og om sykehjemmet er en permanent/varig løsning
- Å be leder av hjemmetjenesten beskrive prosessene rundt utredning og behandling av søknader/revisjon av søknader ved tildeling av helse- og sosialtjenester til personer med sammensatte, store hjelpebehov i hjemmebaserte tjenester.

3.2 Klager på tjenestetilbudet: antall, klagetema, oppfølging av klager

Med klage menes her formell klage framsatt i skriftlig eller muntlig form overfor personale med ansvar for klagehåndtering. Klage kan gjelde tjenester hjemlet både i kommunehelsetjenesteloven og i sosialtjenesteloven. Vanlige problemer eller konflikter som forekommer i den daglige driften og som løses der (evt. ikke løses, men uten at det fremmes formell klage), er ikke klager. Enten formelle klager sluttbehandles i kommunen eller videresendes fylkesmannen, regnes de med i omtalen her.

Tabell 21
Antall klager i 2003 og 2004 etter kommunestørrelse

	2003	2004*)
Små kommuner (n=7)	3	2
Mellomstore kommuner (n=5)	8	7
Større kommuner (n=6)	16	10
Storbyer (n=3)**)	12	11
ALLE (n=21)	39	30

*) Første tre kvartaler
**) Her er bare fire bydeler/distrikter undersøkt

Antallet klager er lavt, og nivået er omtrent det samme for de to årene som er undersøkt. I enkelte mindre og mellomstore kommuner har en ikke hatt klager på pleie- og omsorgstjenester i det hele tatt i 2003, og heller ikke fram til intervjutidspunktet i 2004.

I en undersøkelse av to mellomstore og én større kommune gjennomført av Fylkesmannen i Vestfold, ligger antallet klager på pleie- og omsorgstjenester på én per 3000 innbyggere per år, antallet ”beklagelser” (en betegnelse på klagesaker som blir løst i kommunene, og som klager derfor ikke sender videre til behandling hos fylkesmann/fylkeslege) på ca én per 2000 (3). Det er et nivå som er sammenlignbart med hva vi finner i LAG-kommunene. Vi finner ikke klare indikasjoner på at klageomfanget varierer med kommunestørrelse; nivået ser ut til å være omtrent det samme når en tar hensyn til folketallet i de få kommunene som er undersøkt her.

Tabell 22
Tema for klagene, årene 2003-2004 sett under ett

Tema	*Antall*
Avslag på sykehjemsplass	21
Omfang av praktisk bistand	20
Størrelse på vederlag i institusjon	8
Omfang av brukerstyrt personlig assistent	8
Avslag/størrelse omsorgslønn	7
Medisinsk behandling	2
Forvaltning av pasientmidler i sykehjem	2
Ulykke i sykehjem	1
SUM	69

De vanligste temaene for klager er avslag på søknad om sykehjemsplass, størrelsen på vederlag i institusjoner, antall timer som innvilges til praktisk bistand, brukerstyrt personlig assistanse (BPA) eller omsorgslønn. Felles for disse er at de handler om *omfanget* av tjenester. Klager på den faglige kvaliteten ved tjenestene forekommer også, men de er ikke hyppige.

54 av de 69 klagene ble i følge våre informanter videresendt fylkesmannen/fylkeslegen.

Klageren fikk medhold – helt eller delvis – i om lag ett av fire tilfeller.

Konklusjon

Informasjonsgrunnlaget her er begrenset (21 kommuner/bydeler). Likevel er resultatene såpass entydige at de trolig gir treffende indikasjoner angående klagefenomenet i pleie- og omsorgstjenesten. Antallet klager etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven ser ut til å ha et begrenset omfang. Grunnlaget for påstanden er imidlertid muntlige kilder, arkivmateriale er ikke undersøkt, verken i kommuneadministrasjonen eller hos regionale statlige tilsynsmyndigheter. Men en annen kartlegging ved ett fylkesmannembete (jf. fotnote 4 foran) peker i samme retning som funnene her. Hvis lite klager er et generelt trekk, kan dette tolkes på flere måter. Én tolkning er at tjenestene stort sett oppleves som tilfredsstillende. En annen er at tjenestemottakerne – evt. også de pårørende – er redde for å klage. En tredje kan være at disse gruppene ikke er oppmerksomme på – og heller ikke gjøres oppmerksomme på - klagemulighetene. Disse alternative forklaringene utelukker ikke hverandre. De kan eksistere side om side, også i samme kommune.

Temaet for klagene handler nesten alltid om omfanget av en tjeneste. Tjenestemottakerne – i noen tilfeller de pårørende – synes at de får for lite (for eksempel for sjelden og for få timer med hjemmehjelp - eller hjemmetjenester når de ønsker sykehjemsplass). Klager på tjenestekvalitet er sjelden. I bare en mindre andel av alle de sakene som videresendes fylkesmann/fylkeslege gis klageren medhold.

3.3 Personer under 67 år i sykehjem: Hvorfor er de der? Hvilke andre løsninger er vurdert? Er sykehjemmet en permanent/varig løsning?

Våre informanter forteller om et lavt antall personer under 67 år som oppholder seg på sykehjem ved intervjutidspunktet. I Helsetilsynets kartlegging fra 2003 var antallet 157 av i alt 3830 sykehjemspasienter, dvs. 4 % (2). I gjennomsnitt er dette ca. to per kommune. Det stemmer godt med tallene som ble oppgitt ved kommunebesøkene i 2004. Flere sykehjem har ingen pasienter under 67 år, men de kan ha hatt det én eller flere ganger i løpet av de senere årene. De fleste har én til to; det maksimale tallet er fire på én og samme institusjon. Denne hadde 111 plasser.

Datainnsamlingen fra 2003 gir en pekepinn om hvem disse tjenestemottakerne er, og hvordan de har det:

Tabell 23
Personer under 67 år i sykehjem. Kjønn, alder, funksjonsnivå

	Tjenestemottakere i sykehjem <67 år	Tjenestemottakere i sykehjem >67 år
Andel kvinner	44 %	73 %
Gjennomsnittsalder	58 år	85 år
Barthels ADL-indeks (gj.sn.)	7,5	8,2
KDV-skåre (gj.sn.)	9,7	10,2

Tabellen viser at blant tjenestemottakere under 67 år som er i sykehjem er kjønnsfordelingen ganske lik, på tross av at gjennomsnittalderen er relativt høy. Spredningen i alder er fra 19 til 66 år, men halvparten er likevel 60 år eller mer. Bare 2 % er under 30 år; 5 % er under 40 år og 20 % under 50 år. Fysisk sett er sykehjemspasienter under 67 år noe skrøpeligere enn gjennomsnittet for sykehjemspasienter (Barthels ADL-indeks), mens de mentalt er mindre svekket (KDV-skåre) (se fotnote 1 innledningsvis).

Ser en på hovedgrunnen til hjelpebehovet hos personer under 67 år som oppholder seg i sykehjem i 2003, er de fire største gruppene hjerneslag (19 %), psykisk lidelse (16 %), følgetilstand etter omfattende skade (14 %) og (presenil) demens (14 %). Antallet personer med multippel sklerose (7 %) og psykisk utviklingshemning (7 %) er også merkbart.

De mest hjelpetrengende sykehjemspasientene under 67 år er personer med multippel sklerose (dette er de desidert skrøpeligste av alle sykehjemspasienter, gjennomsnittlig Barthelindeks er 2,4), dernest de med demens (Barthel 5,5) og med omfattende skader (Barthel 6,7). Også de med sjeldnere tilstander som ikke fanges opp av undersøkelsens forenklede diagnoseliste er svært skrøpelige (Barthel 4,8). I kartleggingen fra 2003 var gjennomsnittlig Barthelindeks for sykehjemspasienter 8,1. Det svarer til et menneske som ikke er i stand til å gå, og trenger ulike grader av hjelp til personlig hygiene, til å kle seg og til å spise, og er inkontinent (2).

Yngre sykehjemspasienter er altså skrøpeligere enn dette, og de gruppene som er nevnt over, vil vanligvis være fullstendig avhengig av hjelp i alle disse funksjonene.

Med to viktige unntak får personer i sykehjem over og under 67 år tjenester som anses tilstrekkelige i noenlunde samme grad.

Tabellen nedenfor viser dette:

Tabell 24
Andel som får tilstrekkelige tjenester på syv ulike områder. Tjenestemottakere under og over 67 år

Hjelpeområde	Tjenestemottakere i sykehjem <67 år	Tjenestemottakere i sykehjem >67 år
Personlig hygiene	95 %	92 %
Tilsyn kveld/natt	91 %	92 %
Mat og måltider	97 %	94 %
Aktivitetstiltak	26 %	36 %
Sosiale tiltak	25 %	36 %
Sykepleietilsyn	88 %	89 %
Legetilsyn	86 %	90 %

Det er små forskjeller på de fleste områder, og de kan gå begge veier. Men på to områder er forskjellene større og statistisk signifikante, og de gjelder aktivitetstiltak og sosiale tiltak.

Pasientgruppen under 67 år i sykehjem anses sjeldnere å få tilstrekkelig hjelp til aktivisering og sosiale tiltak enn andre. Andelen er faktisk ganske liten, rundt 25 %.

Slik våre informanter beskriver det, kan man litt forenklet si at flertallet av sykehjemspasientene <67 år er der midlertidig - mens de rehabiliteres, eller mens man utarbeider andre løsninger, vanligvis en tilrettelagt bolig/omsorgsbolig. Det fins unntak fra denne hovedregelen. I én bykommune hadde man valgt å la en post ved det nye sykehjemmet være langtidsplasser for psykiatriske pasienter, altså et slags kommunalt psykiatrisk sykehjem/DPS. Flere av disse pasientene var under 67 år gamle. I en annen, stor bykommune hadde fire pasienter under 67 år til slutt fått et tilbud i sykehjem etter at en hadde forsøkt flere andre bo-alternativer som ikke fungerte. Faglig sett mente en at sykehjemmet tross alt var den beste løsningen, selv om den ikke var ideell.

Noen personer under 67 ønsker å forbli i sykehjem, selv om de får andre tilbud. I følge sykehjemslederne virker det som om skepsis til utflytting fra sykehjem til bolig er vanlig både hos pasienter under 67 og deres pårørende. Dette kan også være tilfellet med de helt unge pasientene. I de fleste tilfeller overvinnes skepsisen, og tjenestemottakerne/familien blir fornøyde etter hvert som de ser at tilbudet i egen bolig fungerer godt. En avtale om "åpen retur" til sykehjemmet kan bidra til at tjenestemottakere våger å ta skrittet ut av sykehjemmet.

Dette hadde bl.a. vært tilfellet med to ungdommer fra LAG-kommuner. Begge hadde store skader etter henholdsvis en trafikkulykke og en arbeidsulykke.

I en annen kommune beskrev en sykehjemsleder et tilfelle der en var usikker på om en pasient i 50-årene burde forlate sykehjemmet. Vedkommende hadde vært sterkt alkoholisert og tatt inn institusjonen i en meget forkommen tilstand. I løpet av noen måneder hadde han kommet seg, var nå oppegående og aktiv i institusjonslivet. Han drakk øl en gang i måneden når trygden kom, men var ellers edru. Han hadde brutt med sitt gamle miljø og "fått smaken på det gode liv", som sykehjemsleder sa det. Hun engstet seg for at mannen igjen ville gli inn i byens rusmiljø om han for eksempel fikk en omsorgsbolig. Foreløpig trengte han sykehjemmet som en slags beskyttelse, mente hun.

Konklusjon

Alt i alt utgjør personer under 67 år en liten andel av sykehjemspasientene. Slik sykehjemslederne ser det, er det vanligvis gode faglige grunner til at de er der, for kortere eller lengre tid. Det er meget få unge mennesker i sykehjem, 80 % av de under 67 år er mer enn 50, og bare 2 % av dem (tre personer av i alt nesten 3900 undersøkte sykehjemspasienter, dvs. 0,08 %) er under 30 år. Mange er svært, svært skrøpelige, og noen ønsker å bli, selv om de får tilbud om annen bolig. For noen få kan dette, iflg. lederne, alt i alt også være den beste løsningen. Det største problemet ved sykehjemsoppholdet for pasientgruppen <67 år ser ut til å være et utilfredsstillende tilbud når det gjelder aktivisering og sosial kontakt[6].

3.4 Kommunenes utredning og behandling av søknader ved tildeling av helse- og sosialtjenester og underveis i tjenesteforløpet hos personer med sammensatte, store hjelpebehov i hjemmebaserte tjenester

Dette temaet har det vært vanskelig å belyse. Hovedgrunnen er at intervjuene har en begrenset tidsramme, og det er mange temaer som skal belyses og informasjoner samles. Det viste seg å være krevende å få et differensiert bilde av utredning og behandling av søknader fra personer med sammensatte, store hjelpebehov i hjemmebaserte tjenester. Det kunne ta lang tid å løfte alle detaljer fram.

En annen grunn er at det hadde vært ønskelig med informasjon også fra tjenestemottakerne. Hvordan har *de* opplevd tildelingsprosessene? Ville de ulike bildene vi da hadde fått vært sammenfallende eller ulike?

En tredje grunn er organiseringen av selve tildelingsprosessen. I de tre storkommunene og i to av de andre benytter den såkalte "bestiller-utfører-modellen". Foreløpig har bestillerkontorer ikke vært kontaktet under kommunebesøkene. Følgelig mangler førstehånds informasjon på dette området fra fem (by)kommuner.

Beskrivelsene til de intervjuede lederne gir inntrykk av at det ikke eksisterer vesentlige

6) En foreløpig undersøkelse av situasjonen til svært skrøpelig tjenestemottakere under 67 år (Barthelindeks under 7) viser at de som bor i sykehjem har noe oftere tilstrekkelig praktisk hjelp, mens personer i for eksempel omsorgsboliger oftere har tilstrekkelig hjelp til aktivisering og sosial kontakt. Slik omsorgsboliger og sykehjem fungerer i dag, kan det se ut som om de har sine styrker og svakheter på ulike områder. Jf. for øvrig hovedrapporten: "Rapport fra Helsetilsynet 10/2003", tabell 5.4 med kommentarer.

Del I
Tjenestemottakere, behov og tjenestetilbud – NOVAs analyser i forbindelse med videreføring av den nasjonale undersøkelsen i kommunale pleie- og omsorgstjenester i 2003.

Skrevet av NOVA på oppdrag av Statens helsetilsyn.

problemer når det gjelder tildelingsprosessen til den aktuelle gruppen av tjenestemottakere.

Dette gjør en uavhengig observatør litt usikker. Det store flertallet av lederne i hjemmetjenesten (87 %) gir uttrykk for at vedtak om hjemmetjenester til personer med sammensatte, stor hjelpebehov fattes på bakgrunn av konklusjoner trukket av et team - vanligvis bestående av hjemmetjenesteleder, fysioterapeut/ergoterapeut og lege, evt. med støtte av spesialisthelsetjenesten. De fleste vedtak innebærer en viss fleksibilitet, slik at en ikke er nødt til å fatte stadig nye ved mindre endringer av tjenestebehovet. De færreste gjennomfører rutinemessige revurderinger, men foretar slike først om det oppstår større endringer i tjenestebehovet. seks av ti tilfeller utformer en også individuell plan.

DEL I I

TJENESTEMOTTAKERE, BEHOV OG TJENESTETILBUD – Helsetilsynets vurdering av resultatene av NOVAs analyser

1 Bakgrunn for å videreføre den nasjonale kartleggingen

Hovedfunnene fra den nasjonale kartleggingen i pleie- og omsorgstjenesten som Statens helsetilsyn gjennomførte i 2003, viste at tjenestemottakerne i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i all hovedsak får et tilstrekkelig tjenestetilbud; funnene var basert på informasjon og vurderinger som fagpersoner i kommunene hadde fylt ut i et registreringsskjema (2).

Noen av funnene bekymret Helsetilsynet, og vi valgte derfor å gi NOVA i oppdrag å analysere deler av det innsamlede datamaterialet i tråd med det som er presentert i del I av den foreliggende rapporten. Analysene har blant annet hatt som siktemål å få mer kunnskap om de tjenestemottakerne som i følge hovedrapporten så ut til å få et mindre tilstrekkelig tjenestetilbud slik fagpersonene vurderte det.

Hovedrapporten presenterte i hovedsak gjennomsnittsmål på de ulike variablene. På et så vidt stort materiale vurderte vi det imidlertid slik at gjennomsnittsmål muligens kunne tilsløre eventuell spredning i resultatene for enkelte grupper av tjenestemottakere; for tilsynsmyndigheten er det av stor betydning å ha kunnskap om små og marginale grupper av tjenestemottakere. Vi ønsket derfor å undersøke om bildet som var tegnet gjennom hovedrapporten, var gyldig også for mindre grupper av tjenestemottakere. De fire undergruppene i materialet vi ønsket å se nærmere på, var tjenestemottakere som er under 67 år, tjenestemottakere med psykiske lidelser, tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning og tjenestemottakere som er rusmiddelmisbrukere.

Tjenestemottakere under 67 år var aktuelle av flere grunner. Den største andelen av denne gruppen mottar hjemmebaserte tjenester, og undersøkelsen viste at de som er sterkt hjelpetrengende og bor i sin egen opprinnelige bolig, fikk mindre tilstrekkelige tjenester enn tjenestemottakere i omsorgsboliger slik fagpersonene vurderte det (2). Videre har myndighetene gjennom flere år rettet oppmerksomheten mot de under 67 år som bor i syke- og aldershjem, og vi ønsket å benytte anledningen til å få beskrevet denne gruppen nærmere. Hovedrapporten konkluderte også med at mennesker med psykiske lidelser ikke fikk tilstrekkelig tjenestetilbud på noen av de områdene som ble undersøkt (2). Vi anså analysene som nyttige som bakgrunnsmateriale i forbindelse med landsomfattende tilsyn både i 2004 og i 2005.

Hensikten med å koble bemanningsdataene og data om tjenestemottakere i sykehjem (del I, kapittel 2) var å belyse problemstillingen om behovsdekning nærmere på et mer detaljert nivå.

Oppdraget til NOVA omfattet også innsamling av informasjon om tre utvalgte tema i tilknytning kommunebesøk i 21 av de 73 kommunene/bydelene som deltok i Helsetilsynets kartlegging. Helsetilsynet gav sin godkjenning til at grunnlagsmaterialet fra kartleggingen kunne benyttes i forbindelse med intervjuer av ledere i pleie- og omsorgstjenesten i disse kommunene. De tre temaene Helsetilsynet bad NOVA om å belyse i forbindelse med kommunebesøkene var (Del I kap.3):

- Kommunenes saksbehandling ved tildeling av tjenester og underveis i tjenesteforløpet hos personer med sammensatte, langvarige hjelpebehov.

- Klager på tjenestetilbudet: omfang, klagetema, oppfølging av klager.

- Personer under 67 år i sykehjem: Hvorfor er de der? Hvilke andre løsninger er vurdert? Er sykehjemmet permanent/ varig løsning?

For Statens helsetilsyn har denne type informasjon særlig verdi som supplement til egne tilsynserfaringer i tilknytning til områdeovervåking på pleie- og omsorgsfeltet; med andre ord når vi vil si noe overordnet om tilstanden i pleie- og omsorgstjenesten og som grunnlag for prioritering av eventuelle videre tilsynsaktiviteter innen dette tjenesteområdet

2 Helsetilsynets vurderinger av resultatene

Statens helsetilsyn mener at resultatet av analysene (del I kapittel 1 og 2) bekrefter og forsterker funn fra hovedrapporten (2). Funnene som er basert på de vurderingene og registreringene fagpersonene i kommunene har gjort, indikerer at tjenestene i all hovedsak blir fordelt etter behov; unntaket er tjenestemottakere med psykiske lidelser og sterkt hjelpetrengende tjenestemottakere som bor i egen opprinnelig bolig. Etter Helsetilsynets vurdering bidrar analysene som blir presentert i den foreliggende rapporten, til å nyansere og utdype bildet av behov og trekk ved tjenestetilbudet i de fire undergruppene av tjenestemottakere.

De fire undergruppene som er analysert i del I av denne rapporten, kan sies å representere brukergrupper som særlig setter det kommunale tjenesteapparatet på strekk. Fordi dette er personer med behov for tjenester med et annet innhold og en annen innretning enn flertallet av tjenestemottakerne i sektoren, kan disse brukergruppene utgjøre en spesiell utfordring for kommunene når de skal lage individuelle løsninger.

Videre i dette kapittelet trekker Helsetilsynet fram enkelte funn fra NOVAs analyser som etter vårt syn kan synliggjøre spesielt sårbare trekk ved tjenestetilbudet. Vi kommer også tilbake til funn fra disse analysene i del IV der det alt materialet som er presentert i del I og II, inngår i en samlet oppsummering og vurdering av situasjonen i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

2.1 De fire undergruppene av tjenestemottakere, deres behov og tjenestetilbud – noen kommentarer

Tjenestemottakere under 67 år

Tjenestetilbudet til alle tjenestemottakere under 67 år blir oftere vurdert som mer utilstrekkelig enn tilbudet til andre grupper. Det ser i hovedsak ut til å henge sammen med at de har andre medisinske og helsemessige behov og bor andre steder enn tjenestemottakere over 67 år.

Medfødte funksjonshemninger, skader, multippel sklerose og rusmiddelmisbruk er oftere årsak til hjelpebehov hos de under 67 år. De under 67 år bor også oftere i en eller annen form for tilpasset kommunal bolig uten husbankstandard (35 %) og i sitt eget opprinnelige hjem (40 %). Drøyt 8 % (167 personer) oppholdt seg i syke- og aldershjem på undersøkelsestidspunktet (februar/mars 2003). Halvparten var over 60 år, men spredningen i alder var 19 til 66 år. De under 67 år som oppholdt seg i sykehjem, hadde et funksjonsnivå som tilsier at de ikke kan gå, og er helt avhengig av hjelp til personlig stell og hygiene, til å kle seg og til å spise.

Helsetilsynet ønsket å få vite mer om denne gruppen både gjennom nye analyser av materialet fra den nasjonale undersøkelsen og gjennom informasjon som NOVA samlet inn i intervjuer med 64 ledere i pleie- og omsorgstjenesten i 21 av de 73 kommunene/bydelene (del I kapittel 3).

I de 21 kommunene/bydelene som NOVA har besøkt, forteller lederne i sykehjemmene at de under 67 år stort sett oppholder seg ved institusjonen midlertidig; det vil si i forbindelse med rehabilitering eller mens

andre tilbud i hjemmebaserte tjenester er under etablering, vanligvis i en eller annen form for tilrettelagt bolig. I følge sykehjemslederne var det gode faglige grunner for sykehjemsopphold, og i enkelte tilfeller ønsket brukerne å bli værende i institusjonen selv om de fikk andre tilbud. Hvor mange av tjenestemottakerne som ønsket et hjemmebasert tjenestetilbud framfor institusjon, vet vi ikke. Som det framgår, er kun ledere av sykehjemmene i utvalget intervjuet. For å få et mer nyansert bilde av vurderingene som ligger til grunn for at tjenestemottakere under 67 år oppholder seg i sykehjem, og også hva den enkelte selv ønsker, ville det vært nødvendig å snakke med tjenestemottakerne selv og/eller pårørende. Det lå utenfor rammen av oppdraget NOVA hadde.

Regjeringen har gjennom flere år framholdt at denne type institusjoner ikke er egnet som varig bosted for unge mennesker med store og omfattende hjelpebehov. Statens helsetilsyn er enig i at syke- og aldershjem ikke er egnet som varig bolig for yngre mennesker. Dersom tjenestemottakeren ønsker det, har kommunene ansvar for å etablere et faglig forsvarlig tjenestetilbud utenfor institusjonsbasert omsorg. Det dreier seg om personer med sammensatte og langvarige behov for flere tiltak og tjenester samtidig, og det er viktig at tjenestene samlet gir et forsvarlig tilbud tilpasset den enkeltes behov. Tjenestetilbudet skal dessuten utformes i nær dialog med tjenestemottakeren.

Tjenestemottakere med psykiske lidelser

1 590 av tjenestemottakerne i totalutvalget på 13 240 har en eller annen form for psykisk lidelse som hovedårsak til at de har behov for tjenester. Analysene i den foreliggende rapporten bekrefter at personer med psykiske lidelser systematisk får mindre tilfredsstillende tjenester enn andre tjenestemottakere uavhengig av alder. Undersøkelsen gir ikke noen entydig forklaring på hvordan man skal forstå at kommunene ikke synes å strekke til overfor personer med psykiske lidelser. At denne gruppen har andre helsemessige og sosiale behov enn flertallet av tjenestemottakerne i sektoren, tilsier at det muligens kan være sider ved tjenestetilbudets innhold og innretning som ikke ”treffer”. Kanskje kan dette være tjenestemottakere som ikke søker eller ønsker kontakt med tjenesteapparatet, selv om det er faglig grunnlag for å gi slike tjenester.

Helsetilsynet ser det som uakseptabelt at enkelte grupper tjenestemottakere, som for eksempel mennesker med psykiske lidelser, systematisk ikke får dekket sitt behov for tjenester. I hovedrapporten i 2003 uttalte Helsetilsynet følgende om dette (2):

> *”(..) det er et spørsmål om de kommunale tildelingsprosessene godt nok sikrer at tjenestemottakernes behov blir grundig utredet og tjenestetilbudet tilstrekkelig tilpasset den enkeltes behov og ønsker. I dette ligger en særskilt utfordring til kommunene å se de som ikke blir sett, og å høre de gruppene som i mindre grad enn andre formidler sine behov, enten fordi det kan dreie seg vanskelige og følsomme forhold eller fordi de ikke er i stand til å ivareta sine egne interesser og behov, og å vurdere konsekvensen av sine egne valg. I dette ligger faglige og etiske dilemmaer som kommunene må arbeide systematisk og kontinuerlig med for å forbedre den daglige praksisen.”*

Resultatene fra analysene indikerer at tjenestemottakernes funksjonsnivå ser ut til å fungere som ”billett” inn i systemet nesten uavhengig av alder og årsaken til hjelpebehov (del I kapittel 1.7). Erfaringer fra tilsyn (se del III kapittel 2.2) kan tyde på at en del kommuner er godt i gang med å kvalitetssikre utredningsprosessene sine ved behandling av søknader om pleie- og omsorgstjenester; det skjer blant annet ved at de benytter kartleggingsverktøy ved vurderinger av funksjonsnivå og behov for tjenester. Standardisering av saksbehandlings- og utredningsprosessen vil skyte ytterligere fart ved at IPLOS (Individbasert PLeie og OmsorgsStatistikk) blir obligatorisk som saksbehandlings- og rapporteringsverktøy for kommunene fra 2006. Statens helsetilsyn vil imidlertid presisere at kommunene har ansvar for å finne individuelle løsninger tilpasset den enkeltes behov og livssituasjon. Forskrift om individuell plan (4) er utformet for å ivareta de særlige utfordringer tjenestemottakere med langvarige og sammensatte tjenestebehov har i møte med kommunen og andre tjenesteytere.

Hensikten med forskriften om individuell plan er å etablere en måte å arbeide på som ivaretar at tjenestemottakerens behov sees i sammenheng og at det legges vekt på å gi et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Tjenestemottakeren og eventuelt pårørende skal være sentrale deltakere i denne prosessen. Individuell planlegging og tilpassing er et sentralt tema i Statens helsetilsyns landsomfattende felles tilsyn med

kommunale helse- og sosialtjenester i 2005. En oppsummeringsrapport fra dette tilsynet blir publisert første halvår 2006.

Tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning

Analysene i den foreliggende rapporten viser at tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning får mer bistand enn andre tjenestemottakere (se del I kapittel 1.5.3).

Resultatene tilsier imidlertid ikke at det etter fagfolkenes vurdering er noen som får for mye hjelp. Sammenlignet med flertallet av tjenestemottakerne i pleie- og omsorgstjenestene har mennesker med psykisk utviklingshemning ofte behov for en annen type og mer kontinuerlig tilsyn utover direkte praktisk hjelp. Praktisk bistand og opplæring omfatter også mer miljøfaglige ressurser, noe som kan ha avgjørende betydning blant annet for å forebygge bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykiske utviklingshemning (se mer om temaet i del III kapittel 2). Det kan derfor være gode faglige begrunnelser for at omfanget av bistand er høyere hos tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning.

Tjenestemottakere som er rusmiddelmisbrukere

Få av tjenestemottakerne i denne undersøkelsen er rusmiddelmisbrukere. Dette gjenspeiler trolig utvalgskriteriene i undersøkelsen; særlig det som er en gjennomgående svakhet ved utvalgskriteriene, at av de som bor i egne hjem, er bare personer med både praktisk bistand og hjemmesykepleie med. De rusmiddelmisbrukerne vi har informasjon om synes å få et tilstrekkelig tjenestetilbud. Når antallet personer er så vidt lavt, er det imidlertid vanskelig å generalisere dette resultatet til å gjelde alle rusmiddelmisbrukere som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester. Vi kommer nærmere tilbake til dette i del III kapittel 1 i denne rapporten.

Betydningen av kjønn

Andelen av kvinner i pleie- og omsorgssektoren er svært høy både blant tjenestemottakerne og på personellsiden. Eldre kvinner lever lenger og er skrøpeligere enn menn. Mange av kvinnene har vært nære omsorgspersoner og pårørende for sine ektemenn i flere år før de selv får behov for hjelp og blir tjenestemottakere. Forskning har vist at kvinner og menn har forskjellige behov når det gjelder tilgang til og innhold i sosial- og helsetjenester (5).

Helsetilsynet har derfor vært oppmerksom på at kjønn kan ha en betydning både ved fagfolks vurdering av behov og ved tildeling av tjenester. Underveis i arbeidet med den nasjonale undersøkelsen i 2003 ba Helsetilsynet om synspunkter og innspill fra Fagråd for kvinne- og kjønnsspørsmål i tilsyn[7]. Oppmerksomheten i analysene har vært rettet spesielt mot likheter og ulikheter mellom menn og kvinner både når det gjelder hjelpebehov, tjenestetilbud og de vurderinger av tilstrekkelighet som fagpersonene har gjort gjennom registreringene. Både analysene som ble presentert i hovedrapporten, og det som blir presentert i del I denne rapporten, har imidlertid ikke gitt resultater som indikerer forskjeller mellom kjønnene. Det er i seg selv et interessant funn. Ulike typer forklaringer kan tenkes. Valg av metodisk tilnærming er en mulig forklaring, men det kan også tenkes at terskelen i forhold til funksjonsnivå er så høy at kjønn ikke lenger er relevant.

2.2 Forholdet mellom bemanning og tilstrekkelighetsvurderinger i sykehjem – noen kommentarer

Data fra bemanningskartleggingen i sykehjem ble koblet med data om tjenestemottakere i de samme sykehjemmene. Analysene gir imidlertid ikke noe enkelt og entydig beskrivelse av forholdet mellom bemanning og tilstrekkelighetsvurderinger. Legger man den planlagte bemanningen til grunn, det vil si virksomhetenes turnusplaner, viser de nye analysene en svak statistisk sammenheng mellom personellressurser, målt som antall pasienter per ansatt i pleien på dagtid, og tilstrekkelighetsvurderingene knyttet til personlig hygiene og stell; forenklet sagt: jo flere personer som var planlagt på vakt, jo mer tilstrekkelig blir tjenestetilbudet vurdert å være. Det er også gjort analyser som undersøker om andre faktorer, som beboernes funksjonsnivå, kjønn og alder, kan ha betydning for tilstrekkelighetsvurderingene. Resultatene indikerer at det kan være *faglige* utfordringer knyttet til det å gi et tilstrekkelig tjenestetilbud, utfordringer som er uavhengig av hvor mye personale virksomheten setter inn. For eksempel ser det ut til at det å gi både de *aller svakeste* og de *sprekeste* tilpasset hjelp med mat og måltider, kan være en oppgave som det er vanskelig å løse på en tilfredsstillende måte, også der det synes å være godt med personellressurser.

7) Fagrådet er tverrfaglig sammensatt av personer med relevant kompetanse og medlemmene skal ha erfaring fra forskning, undervisning, forvaltning og/eller utøvende sosial- og helsetjenester. Fagrådet som oppnevnes for en periode på to år, skal sikre at Helsetilsynet regelmessig søker råd fra fagpersoner om betydningen av kjønn i de sakene Helsetilsynet arbeider med og måten det arbeides på. Fagrådet skal ha både en rådgivende og en pådrivende funksjon overfor Helsetilsynet.

Noe overraskende finner man ingen tilsvarende statistisk sammenheng dersom man legger den faktiske bemanningen til grunn, det vil si antall personer som faktisk var på vakt på undersøkelsestidspunktet. Heller ikke når en tar hensyn til pasientsammensetningen i sykehjemmet gjenfinnes denne sammenhengen (se del I kapittel 2.2).

Begrensninger i metoden kan være en mulig forklaring på dette noe overraskende resultatet. Den faktiske bemanningen gjenspeiler situasjonen slik den var akkurat den dagen undersøkelsen ble gjennomført. Undersøkelsestidspunktet ble valgt ut i fra en antagelse om at det var en vanlig hverdag, og ikke helg, helligdag eller ferie. Vi vet imidlertid ikke om dette var en typisk hverdag eller uvanlig hverdag i den enkelte virksomhet. Resultatene i hovedrapporten viste med tydelighet at kommunene har vanskeligheter med å dekke opp sine egne turnusplaner som planlagt (2). Hverdagen i pleie- og omsorgstjenesten er omskiftelig, og det er et ledelsesansvar å sikre mest mulig forutsigbarhet og stabilitet i personalstaben slik at tjenestemottakerne får den helsemessige og omsorgsmessige oppfølgingen de har behov for og rett til. Selv om det var færre til stede enn planlagt, er det grunn til å tro at de som var i arbeid på undersøkelsestidspunktet strakk seg for å gi god hjelp.

Statens helsetilsyn har gjennom tilsyn i perioden 1998 – 2002 avdekket mangler på enkelte områder innen sykehjemsvirksomhet og hjemmesykepleie. Eksempler på slike områder er kompliserte medisinske prosedyrer, legemiddelhåndtering, vurdering av demens og bruk av tvangslignende tiltak (6). På disse områdene er det nødvendig med mer spesifikk og omfattende kunnskap, representert ved personer med helse- og sosialfaglig utdanning. For å sikre at brukerne får tjenester slik de har lovfestet rett til og behov for, er det helt nødvendig at kommunene sikrer tilgang til personale med relevant utdanning både i den generelle omsorgen for brukerne og i opplæring og veiledning av ufaglærte; dette gjelder både i hjemmebaserte tjenester og institusjonsbaserte tjenester. Helsetilsynet vil presisere at i kommunene er det ledelsens ansvar å planlegge og styre virksomheten slik at de knappe syke- og hjelpepleieressursene de har til rådighet, blir benyttet hos de tjenestemottakerne som har størst behov for medisinsk og helsefaglig kompetanse.

DEL III

Funn og erfaringer fra andre tilsynsaktiviteter 2003 - 2004

1 Kommunale sosial- og helsetjenester til rusmiddelmisbrukere - landsomfattende tilsyn i 2004 og rapport om rusmisbrukeres helseproblemer og helsetjenestetilbud

Helsetilsynet har gjennom ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004 rettet oppmerksomheten mot rusmiddelmisbrukeres behov og tjenestetilbud. Fylkesmennene gjennomførte i 2004 landsomfattende tilsyn med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere. Funn og erfaringer fra de 58 tilsynene er tidligere presentert i Rapport fra Helsetilsynet 4/2005 (7). Tidligere i år utarbeidet Statens helsetilsyn også en rapport som gav oversikt over sentrale datakilder om rusmiddelmisbrukeres helsetilstand, nærmere bestemt tunge alkohol- og narkotikamisbrukere, og helsetjenestetilbudet de får (8). Deler av disse to arbeidene har relevans for det som er fokus for den foreliggende rapporten, og blir kort presentert i dette kapittelet.

1.1 Landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere

Tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere er de siste årene viet økt politisk oppmerksomhet. Ansvaret for spesialisert tverrfaglig behandling for rusmiddelmisbruk ble fra 1.januar 2004 overført fra fylkeskommunene til staten. Det er likevel slik at kun et fåtall av rusmiddelmisbrukerne befinner seg i institusjoner eller polikliniske behandlingsopplegg i spesialisthelsetjenesten. Kommunene har fortsatt ansvaret for å sikre tilpassede tjenester, både i og utenfor institusjon, og under og etter behandlingsopplegg. Sosiale tjenester kan spille en avgjørende rolle for rusmiddelmisbrukere for å mestre egen livssituasjon, redusere behandlingsbehov eller for å lykkes i behandlingsopplegg.

I det landsomfattende tilsynet undersøkte fylkesmennene om og hvordan kommunene innretter og ivaretar sentrale sosiale tjenester i forhold til rusmiddelmisbrukere. Konkret handler det om å gi opplysninger, råd og veiledning, og å tilby tjenester som praktisk bistand, støttekontakt og plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester, samt forsvarlig midlertidig husvære.

1.1.1 Funn og erfaringer fra tilsynet

Tjenester som praktisk bistand og opplæring, støttekontakt og plass i omsorgsinstitusjon var i liten grad i bruk overfor rusmiddelmisbrukere; i noen tilfeller gjaldt dette også rusmiddelmisbrukere med omfattende hjelpe- og omsorgsbehov. Tilsynet avdekket at særlig praktisk bistand og opplæring, men også støttekontakttjeneste, gis et mer begrenset innhold enn lovgiver har forutsatt. Det framkom videre eksempler på at innvilgede tjenester ikke ble iverksatt fordi det var vanskelig å finne støttekontakter; alternative tiltak ble ofte ikke vurdert i slike tilfeller.

I omtrent en fjerdedel av de undersøkte kommunene ble det opplyst at miljøarbeidere eller boveiledere yter tjenester til rusmiddelmisbrukere. Slike tjenester ble tildelt uten at det ble fattet vedtak. Rusmiddelmisbrukere lever ofte et turbulent liv hvor relasjoner brytes og boforhold oppløses. Sosialtjenesten er forpliktet til å finne midlertidig husvære for dem som ikke klarer det selv. Derfor ble det i tilsynet undersøkt om kommunene sikrer midlertidig husvære med forsvarlig kvalitet. Litt under halvparten av kommunene hadde svikt når det gjaldt tildeling av midlertidig husvære.

1.1.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering

Sosiale tjenester etter sosialtjenesteloven § 4-2 gis i stort omfang overfor eldre og funksjonshemmede, men intensjonen med loven er at slike tjenester skal ytes til alle med særlige hjelpebehov, deriblant rusmiddelmisbrukere. 12 år etter at sosialtjenesteloven trådte i kraft viser funn i tilsynet at kommunene begrenser praktisk bistand og opplæring i all hovedsak til tradisjonelle hjemmehjelpstjenester, og gir også støttekontakttjenesten et snevrere innhold enn det som gir mening for de fleste rusmiddelmisbrukere. For at den enkelte rusmiddelmisbruker skal får reell hjelp til å mestre dagliglivets ulike utfordringer må kommunen utforme tilbudet om praktisk bistand og opplæring slik at både tradisjonelle hjemmehjelpstjenester og funksjoner som miljøarbeidere ivaretar, blir inkorporert. Formålet er å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpen. En rusmiddelmisbruker kan ha behov for hjelp og opplæring til å gjøre en bolig til et hjem, holde et husholdningsbudsjett, kjøpe variert og næringsrik mat, mestre nye samværsformer, ta imot gjester osv. Loven stiller ikke bestemte krav til tjenestens innhold eller omfang, men slike tjenester vil være avgjørende for at hjelp i hjemmet er et reelt alternativ til institusjonsomsorg.

Tilsvarende bør støttekontakttjenesten innrettes slik at den hjelper rusmiddelmisbrukere til å mestre ulike sosiale situasjoner og til å få et mer meningsfullt liv i fellesskap med andre slik intensjonen i sosialtjenesteloven er.

Skal rusmiddelmisbrukere og andre sikres tilstrekkelige og forsvarlige tjenester er det nødvendig å tydeliggjøre både for kommunene og rusmiddelmisbrukerne hva som kan være innholdet i de ulike tjenestene, og at dette innholdet formes mer ut fra behovene til rusmiddelmisbrukerne enn funksjonshemmede og eldre. Retten til å klage er et av samfunnets viktige virkemiddel for å sikre likhet og rett kvalitet på tjenestene, hvis tjenester innrettes slik at denne retten bortfaller vil det svekke rettssikkerheten. Når bo- og miljøarbeidertjenester blir tildelt uten at det ikke fattes skriftlig vedtak, gis det heller ikke formell mulighet til å klage. Dette er etter Helsetilsynets syn alvorlig.

1.2 Rusmiddelmisbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud

Rapporten ”Rusmiddelmisbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv” (8) som gav oversikt over sentrale datakilder om rusmiddelmisbrukeres, helsetilstand og helsetjenestetilbudet, omhandlet også Statens helsetilsyns vurderinger av om det er områder hvor det er stor risiko for svikt, sett på bakgrunn av helsepolitiske målsetninger og myndighetskrav.

Tunge rusmiddelmisbrukere, i denne sammenhengen vil det si personer som har store alkohol- og/eller narkotikaproblemer, har ofte sammensatte og svært alvorlige helseproblemer, sykdommer og skader som følge av et langvarig misbruk, og dødeligheten er høy.

Selv om kunnskapsgrunnlaget som Statens helsetilsyn vurderte, er mangelfullt mener tilsynsmyndigheten det særlig er grunn til bekymring for høye terskler for å bli henvist til spesialisthelsetjenesten når rusmiddelmisbrukeren har en somatisk og psykiatrisk lidelse samtidig (såkalt dobbeltdiagnoser). Manglende ruskompetanse blant mange fastleger og personell i somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, er etter Helsetilsynets vurdering et annet område med risiko for svikt. Det samme gjelder uklarheter knyttet til fastlegenes ansvar i forbindelse med behandling for rusproblematikk, blant annet legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Manglene i samordning innen og mellom nivåene i helsetjenesten og i forhold til sosialtjenesten får dessuten Helsetilsynet til å reise spørsmål ved om behovet for godt koordinerte og helhetlige helse- og sosialtjenester blir ivaretatt.

1.3 Helsetilsynets oppsummering og vurdering

På bakgrunn av de ulike tilsynsaktivitetene Statens helsetilsyn har gjennomført de siste par årene med fokus på de helsemessige, medisinske og sosial behov rusmiddelmisbrukere har og det tjenestetilbudet de får, synes det å være grunnlag for å konkludere med at det gjenstår mye arbeid på kommunalt nivå før gruppen får det tjenestetilbudet de har behov for og rett til.

Enten det gjelder hjelp til og opplæring for å holde orden i egen bolig og husholdning eller det dreier seg om å etablere et sosialt nettverk som er stabilt og støttende, gir tilsynserfaringene inntrykk av at dagens tjenestetilbud til gruppen er begrenset både i omfang, innhold og innretning. Kommunenes ansvar omfatter å sikre tilpassede

tjenester, både i og utenfor institusjon, og under og etter behandlingsopplegg.

Mange rusmiddelmisbrukere har sammensatte og langvarige medisinske og sosiale behov slik at tett samarbeid og kommunikasjon både mellom fastlege og resten av det kommunale hjelpeapparatet, og mellom den kommunale sosial- og helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er avgjørende for å sikre at gruppen får et forsvarlig tjenestetilbud.

2 Praksis knyttet til tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning – tilsyn initiert og gjennomført av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene i 2003 – 2004

Kapittelet er basert på funn og erfaringer fra fylkesmennenes tilsynsaktiviteter på området tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning i 2004; materialet er publisert tidligere i år i Helsetilsynets rapportserie (9).

Når det gjelder tvangsbruk overfor personer med psykisk utviklingshemning, gjennomfører fylkesmennene både systemrevisjoner og stedlig tilsyn[8] med gjennomføring av vedtak etter sosialtjenestelovens kapittel 4A *Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning*[9].

Tvang og makt kan brukes som skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner, som planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner eller som tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, også opplærings- og treningstiltak. Bruk av tvang og makt er spesielt inngripende overfor den enkelte. Uten klare kriterier for tvangsbruk, og beskrivelse av faglig og etisk forsvarlige tvangsmetoder, overlates mye til den enkelte tjenesteyters skjønn. I lov og forskrift legges det derfor stor vekt på saksbehandlingsregler for å sikre brukerens rettsikkerhet. Saksbehandlingsreglene sikrer blant annet at eventuell tvangsbruk vurderes av flere personer og instanser, og at tvangsbruk reduseres til et minimum.

Kommunene er forpliktet til å legge til rette for minst mulig bruk av tvang og makt, og å forebygge og prøve andre løsninger før tvang blir brukt. Kommunen må også sikre nødvendig opplæring, samt faglig veiledning og oppfølging av ansatte i gjennomføring av tvangstiltak.

2.1 Funn og erfaringer

Fylkesmennene initierte i 2003 – 2004 til sammen 88 revisjoner der bruk av tvang og makt etter sosialtjenestelovens kapittel 4A *Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning* var tema (9).

Funn fra disse tilsynene viser at det forekommer uhjemlet tvangsbruk i de undersøkte kommunene, og at det mange steder ikke blir sendt meldinger slik lovgivningen[10] krever, når ansatte har brukt tvang for å forhindre skade i nødssituasjon. Slike situasjoner kan gi informasjon om nødvendig forbedringsarbeid, både knyttet til den enkelte bruker og tjenestene generelt, blir ikke fanget opp.

De stedlige tilsynene er rettet mot tvangstiltak for enkeltbrukere. Rapportene fra stedlig tilsyn formidler generelt sett et mer positivt bilde av situasjonen i kommunene enn oppsummeringen av systemrevisjonene. Tilsynserfaringene viser at når det er fattet vedtak om bruk av tvang og makt, skjer det ofte positiv endring for bruker, ved at tvangsbruk reduseres over tid. Helsetilsynet konstaterer at kommunenes praksis knyttet til brukere hvor det foreligger godkjente vedtak om bruk av tvang og makt, ofte er i tråd med lovens krav. Tilsynserfaringene indikerer imidlertid at det kan være en utilstrekkelig bevissthet i de kommunale tjenestene om bruk av tvang og makt, noe som kan øke risiko for uhjemlet tvangsbruk.

2.2 Helsetilsynets oppsummering og vurderinger

Når kommunene mangler oversikt over og

8) Stedlige tilsyn gjennomføres enten i forbindelse med at det foreligger vedtak om bruk av tvang og makt overfor en bruker, og/eller på bakgrunn av at Fylkesmannen har mottatt meldinger om beslutning om bruk av tvang som skadeavvergende tiltak i nødssituasjon overfor en bruker. Se nærmere omtale i Rapport fra Helsetilsynet 6/2005.

9) Sosialtjenestelovens (forkortet sotjl) kapittel 4A *Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning* regulerer bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning, og er nært knyttet til sotjl. § 4-2 *Tjenester*, a-d som omhandler rett til ulike former for praktisk bistand og opplæring. Formålet med bestemmelsene i kapittel 4A er å begrense og å kontrollere bruk av tvang og makt i tjenester til personer med psykisk utviklingshemning.

10) Lov om sosiale tjenester etter kapittel 4A *Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning*, § 4A-7 *Kommunens saksbehandling*, annet ledd.

kontroll med bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning, kan det øke tvangsbruken. Helsetilsynet ser alvorlig på at de undersøkte kommunene ikke sikrer i tilstrekkelig grad at andre løsninger prøves før tvangstiltak blir brukt. Det er imidlertid grunn til bekymring for at tvang og makt brukes overfor enkelte brukere, uten at det følges opp slik lovverket forutsetter. Helsetilsynet ser det som uakseptabelt at mange kommuner ikke oppfyller lovens krav til bruk av tvang og makt.

At rapportene fra stedlige tilsyn formidler et mer positivt inntrykk enn revisjonsrapportene kan ha flere forklaringer. Det henger sammen med at metoden for innsamling av informasjon er ulik og at utvelgelsen av virksomheter der det skal gjennomføres tilsyn, er ulikt. I systemrevisjonene undersøker tilsynsmyndigheten om virksomheten innretter sine aktiviteter og sin praksis slik at de oppfyller de krav som lov og forskrifter har fastsatt for området.

Virksomhetene blir som nevnt tidligere, valgt ut fra fylkesmennenes vurderinger av risiko og sårbarhet og kunnskap om lokale forhold. Stedlige tilsyn er i hovedsak rettet mot tjenester til brukere som allerede har godkjente vedtak om bruk av tvang og makt; utvalget består av enkeltvedtak knyttet til den enkelte tjenestemottaker. Kommunene må legge ned mye arbeid både i forbindelse med saksbehandling av vedtakene og ikke minst i oppfølgingen av disse.

Saksbehandlingsreglene skal blant annet sikre at eventuell tvangsbruk vurderes av flere personer og instanser, og at tvangsbruk reduseres til et minimum. Bruker har videre krav på kvalifisert personale ved gjennomføring av planlagte tvangstiltak, samt at det er to til stede hvis det ikke er til ulempe for bruker.

Som nevnt tidligere i den foreliggende rapporten (del II kapittel 2.1) er det sammenheng mellom bruk av tvang og makt og praktisk bistand og opplæring; omfanget av miljøfaglig kompetanse har avgjørende betydning blant annet for å forebygge bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykiske utviklingshemning.

3 Sosiale tjenester og helsetjenester i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten – tilsyn initiert og gjennomført av fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene i 2003 - 2004

Dette kapittelet er basert på funn og erfaringer fra egeninitierte tilsyn som fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene har gjennomført i pleie- og omsorgssektoren i 2004; materialet er publisert tidligere i år i Helsetilsynets rapportserie (9). I 2004 oppsummerte Statens helsetilsyn tilsynserfaringer fra kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren for perioden 1998 – 2003 (6).

Det er stor grad av samsvar mellom funn og erfaringer fra revisjoner som ble gjennomført i 2004, og det som ble presentert i rapporten fra 2003 (6). Det følgende er et sammendrag av de funn som er mest relevante for temaet i den foreliggende rapporten.

3.1 Funn og erfaringer

De egeninitierte tilsynene i 2004 rettet oppmerksomheten særlig mot dekking av grunnleggende behov, saksbehandling, legemiddelhåndtering, rettighetsbegrensninger, journalføring og dokumentasjon. Andre områder som har vært undersøkt, er samhandling og samarbeid mellom legetjenesten og hjemmesykepleie, smittevern i sykehjem, opplæring og habilitering og rehabilitering. Fylkesmennene har dessuten hatt omsorgslønn, støttekontakt og avlastning som revisjonstema.

Brukernes behov og tjenestetilbudet/ dekking av grunnleggende behov

Revisjonene i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten har særlig rettet oppmerksomheten mot de områdene som forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (27. juni 2003 nr. 792) definerer som grunnleggende behov, og mot utarbeiding av skriftlige prosedyrer og dokumentasjon. De mest undersøkte områdene er personlig hygiene, muligheter for normal døgnrytme, muligheten til å imøtekomme individuelle behov og ivareta egenomsorg, munn- /og tannbehandling, medikamenthåndtering, medisinsk undersøkelse og behandling, utredning ved mistanke om mental svikt, rettighetsbegrensninger og brukernes muligheter for medbestemmelse.

Observasjoner fra revisjonsrapportene gir inntrykk av at kommunene så langt det lar seg gjøre legger til rette for et tjenestetilbud som imøtekommer individuelle behov og ønsker hos tjenestemottakerne, for eksempel i forhold til døgnrytme. Forutsigbarhet og kontinuitet synes det imidlertid å være vanskeligere å sikre til en hver tid.

Illustrerende eksempel fra en revisjonsrapport:

> *"Det vert til ein viss grad vist fleksibilitet i høve til utføring av tenestene, og brukar/ pasient si døgerrytme vert forsøkt ivareteke. Tenestene er til ei viss grad føruts-eielege, men det hender at tenestetilbodet til den einskilde må flyttast eller utgå som fylgje av sjukdom i personalgruppa eller ikkje planlagde hendingar. Det er lite kontinuitet i personalgruppa og tenestene vert ikkje utført av same personell frå gong til gong."*

Det er stor variasjon mellom kommunene som er undersøkt, når det gjelder rutiner for legemiddelhåndtering, inkludert rutiner for avviksregistrering, avtale om farmasøytisk tilsyn, og når det gjelder opplæring og delegasjon når andre enn sykepleier og vernepleier gir medisiner. Samarbeid og

kommunikasjon mellom fastlege og hjemmesykepleien er i mange tilfeller ikke godt nok, for eksempel kan det hende at endring i medisinering ikke blir fanget opp og iverksatt.

Revisjonsrapportene gir inntrykk av at det er stor variasjon mellom kommunene også når det gjelder tjenestetilbudet til personer med ulike demenssykdommer: fra at ansatte har god kompetanse om demens og høy bevissthet om bruk av tvang, at kommunen prioriterer kompetansebyggende tiltak i forhold til geriatri og demens, og til at kompetanseutvikling er lite vektlagt og at ansatte har liten bevissthet om de spesifikke behovene mennesker med demenssykdom har. Eksempler på rettighetsinnskrenkende tiltak/tvangsbruk er i denne sammenhengen systematisk låsing av dører og bruk av sengehest og belte i stol. I mange tilfeller mangler også systematisk avklaring med nærmeste pårørende ved bruk av beskyttelsestiltak.

Systematisk styring av virksomheten - saksbehandling, journalføring og dokumentasjon

Både i 2003 og 2004 påpeker tilsynsmyndigheten mangler overfor de undersøkte kommunene når det gjelder rutiner som skal sikre styring av saksbehandlingsprosessen ved tildeling og endring av tjenester. Flere av revisjonsrapportene påpeker en utstrakt bruk av muntlighet i saksbehandlingen; for eksempel at tjenestemottakere får muntlig varsling av revurdering av vedtak og at det blir gitt avslag på tjenester pr. telefon uten at det blir dokumentert, noe som fratar tjenestemottakerne mulighet for å framsette formelle klager dersom de ønsker det.

Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene har i noen få revisjoner rettet oppmerksomheten spesielt mot utredning og kartlegging av tjenestebehov, og mot brukermedvirkning som grunnlag for vedtak. Observasjoner som nevnes i denne sammenhengen, er at kommunene mangler tilstrekkelig dokumentasjon som viser om søker og/eller pårørende har fått anledning til å medvirke ved utforming av tjenestetilbudet, og at kommunene mangler system for vurdering av samtykkekompetanse.

Erfaringer fra tilsyn viser at enkelte kommuner fastsetter normer for utforming og omfang av tjenester, for eksempel gjennom politiske vedtak for utmåling av tjenester. Eksempler på dette er hjemmehjelpstjenester som blir gitt hver tredje uke, eller at det er innarbeidet en forståelse av at innholdet i § 4-2 a kun omfatter støvsuging og vask. Tildeling av tjenester synes å skje etter denne fastsatte normen uten at individuelle behov blir tilstrekkelig vurdert.

Illustrerende eksempel fra en revisjonsrapport:

> *"Kommunen sikrer ikke at individuelt hjelpebehov er avgjørende ved tildeling av sosiale tjenester, hjelp til praktisk bistand og opplæring. (..) Det er utarbeidet norm for utmåling av tjenester som er klart styrende og i stor grad avgjørende for tildeling."*

Selv om forståelsen for å etablere og iverksette systematiske tiltak som sikrer kommunene kontroll med egen virksomhet synes å være økende, viser tilsynserfaringene at de fleste undersøkte kommunene har et utviklings- og forbedringsarbeid å gjøre, særlig synes det å gjelde systematisk arbeid med avvikshåndtering. Observasjoner i revisjonsrapporter beskriver for eksempel at virksomheter mangler rutiner for avvikshåndtering, at de mangler kultur for å melde fra om avvik og at medarbeiderne ikke har en felles forståelse av hva som skal meldes som avvik.

Illustrerende eksempel fra en revisjonsrapport:

> *"Gjennom intervju gjekk det fram at personalet ikkje har ei felles forståing for kva uhell og nestenuhell som skal meldast, (...) Gjennom intervju og verifikasjon gjekk det fram at det er lite eller ingen avvik som er melde og verksemda manglar kultur for avviksmelding."*

Organisatoriske endringer, ressurs- og bemanningssituasjon

Gjennom revisjonsrapportene formidler Helsetilsynet i fylkene at organisatoriske endringer skjer kontinuerlig i kommunene og at kommunene har utfordringer knyttet til bemannings- og kompetansesituasjonen i pleie- og omsorgstjenestene.

De kommunale utfordringene slik de blir beskrevet i revisjonsrapportene, dreier seg om å ha tilstrekkelig tilgang til personale med nødvendig kompetanse, om å ha tilbud om opplæring, og om gjennomtrekk og sykefravær. Mange steder dreier det seg også om tidspress; det vil si at personalet opplever

at de har for lite tid med hver tjenestemottaker. I enkelte revisjonsrapporter bemerker tilsynsmyndigheten hvordan denne tids- og bemanningsklemmen kan gjøre tjenestetilbudet sårbart i forhold til å sikre faglig forsvarlig tjenesteyting og for dekking av grunnleggende behov. Det blir særlig bemerket hvordan stramme tidsrammer gjør det vanskelig for personalet å tilby tilstrekkelig sosial kontakt til den enkelte tjenestemottaker.

3.2 Helsetilsynets oppsummering og vurdering

Funn og erfaringer fra fylkesmennenes og Helsetilsynet i fylkenes tilsyn viser at det skjer utviklingsarbeid i kommunene i forhold til styring og kontroll av virksomheten i pleie- og omsorgstjenesten. Men de viser også at kommunene fortsatt har et stort forbedringsarbeid å gjøre når det gjelder å legge til rette for et individuelt tilpasset tjenestetilbud som er fleksibelt og forutsigbart.

At tjenestetilbudet er tilpasset den enkeltes behov, er et avgjørende element i forsvarlig tjenesteyting. For at tjenestetilbudet skal bli forsvarlig er det også nødvendig at brukeren og/eller nære pårørende får mulighet for å spille en aktiv rolle i behovsutredningen; tilsynserfaringene indikerer at det gjenstår en god del før reell brukermedvirkning er en hverdagslig og selvsagt del av rutinene i pleie- og omsorgstjenestene.

Koordinering, kommunikasjon og samhandling er også avgjørende for at tjenesteytingen skal bli forsvarlig i forhold til en stor andel av tjenestemottakerne i pleie- og omsorgstjenesten. Dette blir tydelig for eksempel i forhold til legemiddelhåndtering. At mange virksomheter ikke kan dokumentere at de har forsvarlige rutiner for håndtering av legemidler, er etter Helsetilsynets vurdering alvorlig. For den enkelte tjenestemottaker kan dette for eksempel innebære at de får feil medisiner eller at medisinene de får er feil dosert; begge uheldige hendelser som kan ha alvorlige konsekvenser for den enkeltes helsemessige og medisinske tilstand.

Revisjonsrapportene formidler inntrykk av at bemanningssituasjonen i pleie- og omsorgstjenesten er sårbar. Å ha tilgang til tilstrekkelig bemanning med nødvendig kompetanse er en daglig utfordring, og en viktig forutsetning for forsvarlig tjenesteyting. Bemannings- og kompetansesituasjonen har betydning for at tjenestetilbudet skal være rimelig stabilt og forutsigbart for den enkelte tjenestemottaker. Tilsynserfaringene tyder på at tidspress gjør det vanskelig for personalet å skape gode omsorgssituasjoner. Tilstrekkelig god tid har betydning for eksempel for at tjenestemottakere kan få anledning til å bruke sine egne restfunksjoner i forbindelse med personlig stell. Blir tiden for knapp, går det mange ganger raskere og er mer effektivt å utføre aktivitetene *for* tjenestemottakeren enn å gjøre de *sammen med.*

Stabile omsorgsrelasjoner, konsistens og kontinuitet i tjenestetilbudet har større betydning i forhold til enkelte grupper av tjenestemottakere enn andre. Personer med demenssykdommer er et eksempel i så måte. Helsetilsynet er bekymret for at mange virksomheter synes å ha liten bevissthet om tvangsbruk og om betydningen av kompetansebyggende tiltak for personalet som arbeider med personer med demens.

Internkontrollforskriften pålegger virksomhetene i sosial- og helsetjenesten å etablere ordninger, rutiner og praksis *"for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen"* (11); det er med andre ord et lovkrav at virksomheten skal arbeide systematisk med avvikshåndtering eller avviksbehandling. Litt forenklet sagt handler avviksbehandling om å lære av sine feil. Den kommunale pleie- og omsorgssektoren omfatter tusenvis av behandlings- og omsorgssituasjoner daglig; noen tilsynelatende enkle og oversiktlige, andre situasjoner er preget av kompliserte faglige prosedyrer eller har i seg kompliserte relasjonelle aspekter.

Tilsynsmyndigheten har som utgangspunkt at virksomhetene befolkes av ansvarsbevisste og kompetente ledere og medarbeidere som har som mål at tjenestene skal ytes som planlagt, og i henhold til sosial- og helselovgivningen. Men selv i virksomheter som planlegger arbeidsoppgavene godt og har gode beskrivelser av rutiner, er det uunngåelig at feil eller uheldige hendelser oppstår. Det er spesielt viktig at virksomheter som behandler alvorlig syke og/eller sterkt hjelpetrengende mennesker har høy bevissthet om hvilke deler av tjenesten som kan svikte, og arbeider systematisk med å forebygge at uheldige hendelser oppstår.

4 Samhandling i helsetjenesten - tilsyn med spesialisthelsetjenester til mennesker med psykiske lidelser 2003

Det ble i 2003 gjennomført et landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne med psykiske problemer (12). Helsetilsynet i fylkene gjennomførte tilsyn med to enheter hver; ett ved en akuttavdeling eller post og ett ved et distriktspsykiatrisk senter (DPS) med poliklinikk og døgnavdeling. Tilsynet hadde fokus på de alvorligst syke, som har lidelser med psykotiske symptomer og pasienter som har forsøkt å begå selvmord.

Tilsynet omfattet til sammen 39 akuttavdelinger og distriktspsykiatriske sentra. Også i dette tilsynet ble det funnet svikt på flere områder som kan ha direkte eller indirekte konsekvenser for kommunenes tjenesteyting. Vi har derfor valgt å trekke inn noen funn fra oppsummeringsrapporten (12) som har relevans for den foreliggende rapporten.

4.1 Funn og erfaringer

Det følgende er eksempler på funn som kan ha betydning for helhetlig tjenestetilbud til brukerne og for samhandling med det kommunale tjenesteapparatet:

- Det ble i halvparten av enhetene funnet manglende etterlevelse av de krav som retten til vurdering og prioritering stiller. Mulige konsekvenser av det, er at alvorlig syke pasienter ikke får den utredning og behandling de har krav på, og risikerer å måtte vente uforsvarlig lenge på helsehjelp. Det ble ikke i dette tilsynet undersøkt hva dette betyr for kommunene, men det er åpenbart at kommunale tjenester utfordres hvis pasienter som trenger spesialisthjelp, ikke får det, eller må vente.
- Det ble videre avdekket DPSer som manglet kvalifisert personell – en helt nødvendig forutsetning for å kunne gi et tilbud til alvorlig syke pasienter. I halvparten av virksomhetene var det mangelfulle samhandlingsrutiner og uklar oppgavefordeling. Et fåtall hadde medvirket til individuell plan. Mulige konsekvenser kan være at pasienter som trenger trygge omgivelser forblir i akuttavdelingen fordi det ikke finnes andre tilbud, eller at de utskrives hjem uten oppfølging. I det siste tilfellet, kan dette bety det at kommunene må ta ansvar for pasienter med alvorlige og ubehandlede lidelser, som de ikke har kompetanse for, og som det ikke er meningen at de skal kunne ta hånd om.
- Nær ett av tre tilsyn avdekket svikt og mangler også når det gjaldt epikrise. Uten epikrise risikerer pasienter å måtte vente unødig lenge på oppfølging, og i verste fall feil behandling eller avbrutt behandling.
- Tilsynet avdekket at nærmere tre av fire virksomheter manglet et system for å melde eller bruke meldte avvik, aggregerte data, tilbakemeldinger fra brukere og pårørende, klager og andre erfaringer. Dette funnet må sies å være en alvorlig svikt i internkontrollen.

4.2 Helsetilsynets oppsummering og vurderinger

Det er et lovkrav at tjenestene skal lære av sine feil. Spesielt viktig er det at virksomheter som behandler alvorlig syke pasienter har et fokus på de delene av tjenesten som kan svikte.

Dette tilsynet avdekket at virksomhetene i liten grad har fokus på systematisk å overvåke og følge med på prosesser som det er risiko for at kan feile, hvor konsekvensene av svikt er spesielt store, og hva som kan og bør gjøres for å hindre slik svikt.

I et samlet tjenestetilbud der det er forutsatt at flere ledd og deltjenester samvirker, kan svikt ett sted få ringvirkninger i neste ledd, det vil si i kommunene, enten det gjelder kapasitet, kompetanse eller andre sider ved kvaliteten. Kontinuitet i behandlingsopplegget har stor betydning, i noen tilfeller endog en forutsetning for faglig forsvarlig behandling. Mennesker med psykiske lidelser er trolig særlig sårbare dersom kommunikasjonen mellom nivåene i helsetjenesten ikke fungerer.

5 Andre rapporter og kunnskapsoppsummeringer fra tilsynsmyndighetene

5.1 Medisinalmeldingene for 2004

Medisinalmeldingene for 2004 fra Helsetilsynet i fylkene er gjennomgått for å se hva de kan gi av informasjon om kommunale pleie- og omsorgstjenester. Vi har spesielt lest med tanke på å finne informasjon som ikke fins i andre kilder. Mye av det som er rapportert i medisinalmeldingene, er informasjon som også fins i andre kilder som for eksempel tilsynsrapporter, RegRoT eller offentlig statistikk (som data fra SSBs kommuneKOSTRA). I tillegg formidler Helsetilsynet i fylkene sine vurderinger av situasjonen i helse- og sosialtjenestene gjennom disse publikasjonene.

Videre i dette kapittelet presenterer vi noen av de temaene som går igjen i flere av medisinalmeldingene for 2004. Flere av medisinalmeldingene har klagesaker etter sosial- og helselovgivningen som tema; disse kommer vi tilbake til i del III, kapittel 5.3 og 5.4.

5.1.1 Generelle utviklingstrekk

De fleste medisinalmeldingene formidler at mange kommuner har et godt grep om pleie- og omsorgstjenestene og at det blir arbeidet jevnt og trutt med utviklings- og forbedringsarbeid.

Illustrerende sitat fra medisinalmelding i 2004:

> *"Tilsynsmyndigheten vil dog fortsatt være opptatt av forbedring der det konstateres svikt og mangelfulle tjenester, men hovedinntrykket er at kommunene i stor grad gir tilfredsstillende tjenester både med hensyn til omfang og kvalitet."*

Medisinalmeldingene gir allikevel inntrykk av at fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene mottar en god del bekymringsmeldinger knyttet til den økonomiske situasjonen i kommunene og hvilke konsekvenser det kan ha for tjenestetilbudet til personer med omfattende behov for ulike pleie- og omsorgstjenester.

Illustrerende sitat fra medisinalmelding i 2004:

> *"Spenningen mellom 'å holde seg innenfor budsjettet' og å sikre at innbyggerne får 'nødvendig helsehjelp', oppleves som vanskelig."*

Et annet tema som flere av medisinalmeldingene formidler, er at endringer i organisasjonsstrukturer og driftsformer synes å være vedvarende trekk ved kommunal virksomhet. Flere kommuner velger en flat organisasjonsstruktur med mange resultatenheter som rapporterer til en mindre ledergrupppe på rådmannsnivå. Noen fylkesmenn uttrykker bekymring for at det helhetlige perspektivet for innbyggere med sammensatte behov ikke blir godt nok ivaretatt i en slik organisasjonsmodell.

5.1.2 Tilstrekkelig personell med tilstrekkelig kompetanse

Også i 2004 formidler flere medisinalmeldinger bekymring knyttet til bemannings- og kompetansesituasjonen i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Enkelte steder er det hyppig utskifting av personell, andelen ufaglærte i er fortsatt i mange kommuner og deltidsstillinger og små stillingsbrøker forekommer ofte. Sett i sammenheng med at mange tjenestemottakere både i institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester

har behov for mer og mindre kontinuerlig medisinsk og omsorgsmessig oppfølging, antyder flere medisinalmeldinger at det lett kan oppstå situasjoner der grensen for faglig forsvarlig tjenestetilbud blir satt på strekk.

5.1.3 Legetjenester i pleie- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet har i 2004 bedt Statens helsetilsyn om å rette oppmerksomheten mot legetjenester i pleie- og omsorgstjenesten, både i sykehjemmene og i de hjemmebaserte tjenestene. Helsetilsynet i fylkene ble bedt om å ta dette opp som tema i medisinalmeldingene for 2004. Det følgende er en kort oppsummering av det noen fylker har meldt tilbake.

De fleste som bor i sykehjem har behov for omfattende medisinsk behandling og pleie.

Gjennom tilsyn kommer det ofte fram at sykehjemslegene har for lite tid til annet arbeid enn direkte oppfølging av pasientene.

Illustrerende sitat fra medisinalmelding i 2004:

> *"Ved tilsyn kjem det ofte fram at sjukeheimslegane har lite tid til anna enn direkte oppfølging av pasientane. Ofte manglar ei klar beskriving av innhaldet i stillinga. Fleire stader er det uklart om legane har andre oppgåver enn direkte pasientretta verksemd og dei deltek lite i tverrfaglege møte, undervisning og utvikling av tenestetilbodet ved sjukeheimen. Nokre gonger har det sett ut til at legen har fungert meir som konsulent for pleiepersonalet enn som ansvarleg for den medisinske behandlinga. (..) Fleire sjukeheimar har arbeidd med å betra rutinane for legemiddelhandtering. Sjukeheimslegen har det medisinske ansvaret for legemiddelforsyninga ved institusjonen og for at tilsette som deltek i utdeling av legemiddel, har nødvendige kvalifikasjonar. Dette ansvaret ser ikkje ut til å vera like klart for alle. I sjukeheimane har legane også ei sentral rolle i arbeidet med utforming av journalsystem og i smittevernet. Difor bør sjukeheimslegen og delta i utarbeiding av nødvendige skriftlege rutinar, i tverrfaglege møte og i undervisning. På bakgrunn av tilsyn, einskildsaker, meldingar frå kommunane om tidleg utskriving av pasientar frå sjukehus og pasientane sine behov for medisinsk behandling og pleie, meiner vi at det ved mange sjukeheimar er avsett for lite tid til at sjukeheimslegen kan ivareta alle oppgåvene som følgjer med ei slik stilling."*

I hjemmebaserte tjenester viser tilsyn at systematisert og formalisert samarbeid mellom den enkelte tjenestemottakers fastlege og hjemmesykepleien kan bli bedre.

Illustrerende sitat fra medisinalmelding i 2004:

> *"Mange av dei som bur i omsorgsbustad, har like store behov for helsehjelp som pasientar i sjukeheimar. Det varierer korleis samarbeidet mellom heimesjukepleie og fastlege fungerer. Ikkje sjeldan er personell i heimesjukepleia mellomledd mellom pasient og fastlege. Det er dei som ser endringar i helsa, deler ut medikamenta og formidlar kontakt. Ved tidlegare tilsyn i heimetenestene har det vore døme på at det ikkje er fullt samsvar mellom diagnosar og andre pasientopplysningar og legemiddel som er utskrivne til pasienten. Om dette kjem av mangelfull oppdatering av journalen i heimesjukepleia eller mangelfull kommunikasjon mellom lege og heimesjukepleie om endringar i helsa til pasienten, er uvisst. Det som er klart, er at lite informasjon og sjeldne møte mellom pasient og personale som deltek i behandlinga, kan føra til manglande oversyn og iverksetjing av lite føremålstenlege eller i verste fall feil tiltak."*

5.1.4 Helsetilsynets oppsummering og vurdering

Hovedinntrykket etter gjennomgangen av medisinalmeldingene er at det foregår mye godt utviklings- og forbedringsarbeid i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Samtidig illustrerer meldingene at kommunene står overfor økonomiske og bemannings- og kompetansemessige utfordringer som setter systemene og tjenestetilbudet på strekk. Den økonomiske situasjonen i kommunene synes å være vanskelig og tvinger i flere tilfeller fram vanskelige prioriteringer, noe som også kan ha konsekvenser for pleie- og omsorgstjenesten.

Bemannings- og kompetansesituasjonen ser, sammen med økonomien, ut til å gjøre tjenestetilbudet sårbart og lite robust. Medisinalmeldingene tyder på at grensen for faglig forsvarlighet er på strekk. Sårbarheten er knyttet til å sikre en stabil bemanning med tilstrekkelig kompetanse som kan møte de

mangfoldige faglige utfordringene ulike brukergrupper med omfattende behov for ulike former for tjenestetilbud representerer.

5.2 "Verdt-å-vite"-meldinger

5.2.1 Funn og erfaringer

Som nevnt innledningsvis i den foreliggende rapporten, er "Verdt-å-vite"-meldinger et rapporteringssystem fra Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene inn til Statens helsetilsyn.

Den lokale kunnskapen som ligger til grunn for meldingene kan ha utspring i tilsyn, oppslag i media om hendelser, lokale kartlegginger eller annet. Rapporteringsformen er åpen, og Statens helsetilsyn ber om fylkenes vurdering, beskrivelse av status osv. uten nærmere spesifisering av område eller tema. Med dette ønsker Statens helsetilsyn nettopp å få fylkenes vurdering, basert på deres samlede kunnskap om et tjenesteområde de mener det er nødvendig å rette oppmerksomheten mot i sitt fylke på et gitt tidspunkt.

I 2004 ble kommunale pleie- og omsorgstjenester omtalt i 13 "verdt-å-vite"-meldinger. Samtlige meldinger dreier seg om bekymringer knyttet til den økonomiske og personellmessige ressurssituasjonen i kommunene, og hvilke konsekvenser den kan ha for tjenestetilbudet som brukerne får.

På samme måte som i medisinalmeldingene (se foregående kapittel), er bekymringene knyttet til bemanningssituasjonen i pleie- og omsorgssektoren, nærmere bestemt knapphet på stabilitet på personell med tilstrekkelig kompetanse. Helsetilsynet i fylkene formidler at i flere kommuner er bemanningen, både i institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg, så vidt knapp på natt og i helger, at tilsynsmyndighetene er i tvil om tjenestene som blir gitt er faglig forsvarlige.

Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene melder om at det synes å ta lengre tid for kommunene enn forutsatt i Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell, å nå målsettingene sine om å redusere andelen ufaglærte i pleie- og omsorgssektoren. Flere av fylkesmennene peker på at en for høy andel ufaglærte kan føre til økt bruk av tvang overfor personer med psykisk utviklingshemning uten at det foreligger hjemmel i lovverket.

Enkelte fylkesmenn uttrykker også bekymring for at i noen kommuner blir tilbudet om praktisk bistand og opplæring, både til tjenestemottakere med psykisk utviklingshemning og andre tjenestemottakere, redusert med begrunnelse i stram kommuneøkonomi, og ikke i endrede behov hos den enkelte bruker. Hos de samme fylkesmennene gjenspeiler dette utviklingstrekket seg også i en økning i antall klagesaker.

5.2.2 Helsetilsynets oppsummering og vurderinger

Helt siden "Verdt-å-vite"-meldingene ble etablert som rapporteringssystem i 2002, har Helsetilsynet i fylkene, og de siste par årene også fylkesmennene, uttrykt bekymring knyttet til pleie- og omsorgstjenesten. Særlig har bemannings- og kompetansesituasjonen og forholdet til faglig forsvarlige tjenester vært en tematisk gjenganger i meldingene. Det kommunale ansvaret dreier seg om å disponere knappe personellressurser slik at de har et faglig forsvarlig tjenestetilbud hele døgnet. Virksomhetsledelsen må ha god oversikt over den enkelte tjenestemottakers behov og være i stand til å styre ressursene slik at tilgjengelig kompetanse blir benyttet slik at de med størst behov får et faglig forsvarlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det bekymrer Statens helsetilsyn at stram kommuneøkonomi blir brukt som begrunnelse for å redusere tjenestetilbudet til brukerne uten at behovene er endret.

5.3 Klagesaker fra pleie- og omsorgstjenesten etter helselovgivningen

RegRoT er et register for rettighetsklager og tilsynssaker på helseområdet, der opplysninger om alle slike saker som behandles hos Helsetilsynet i fylkene blir registrert.

En rettighetsklage er en klage fra pasient, pårørende eller andre som mener at de ikke får det tjenestetilbudet de har rett til etter helselovgivningen. I sin saksbehandling vurderer tilsynsmyndigheten klagen på om pasientens rettigheter gitt i helselovgivningen er oppfylt eller ei.

Tilsynsmyndigheten kan åpne en tilsynssak på grunnlag av en klage eller en rapportert hendelse. I en tilsynssak vurderer tilsynsmyndigheten kvaliteten på den tjenesten som er gitt. RegRoT gir tall for fordeling av tilsynssaker etter tjenesteområder. Det er for eksempel mulig å skille ut de sakene som

gjelder hjemmebasert helsetjeneste og sykehjem, og det er mulig å identifisere relevante saker som er kategorisert som fastlegetjeneste eller annen primærhelsetjeneste. RegRoT gir også tall for omfanget av tilsynssaker som er rettet mot de ulike tjenestekategoriene og for omfanget av saker rettet mot ulike helsepersonellgrupper.

5.3.1 Funn og erfaringer fra rettighetssaker

Pasientrettighetsloven av 1999 gir pasienter rett til å klage over manglende innfrielse av rettigheter på helseområdet. Rettighetsklagene har siden 2003 blitt registrert i RegRoT.

Ettersom klageretten er blitt bedre kjent, har det vært en økning i antall rettighetsklager, men antallet er fortsatt lavt i forhold til antall vedtak som fattes.

På landsbasis forventes det å komme ca 750 klager i 2005. Av disse vil klager på pleie- og omsorgstjenestene utgjøre ca 250. Av de 80 klagene som var registrert i første tertial 2005 (1. januar - 30. april) gjaldt langt de fleste manglende innfrielse av retten til nødvendig helsehjelp – i praksis betyr dette manglende sykehjemsplass eller for lite hjemmesykepleie. Om lag 30 prosent av disse klagene ble gitt helt eller delvis medhold.

5.3.2 Funn og erfaringer fra tilsynssaker

Det ble i 2004 fattet 1 980 vedtak i 1 675 saker (noen komplekse saker inneholder mer enn en del av helsetjenesten og / eller mer enn ett helsepersonell). Noe over halvparten av vurderingene gjaldt kommunehelsetjenesten, og om lag en fjerdedel av sakene i kommunehelsetjenesten gjaldt hjemmebaserte helsetjenester og sykehjem.

Det var noe færre saker i 2003 enn i 2004, men en noe større andel saker i kommunehelsetjenesten sammenliknet med spesialisthelsetjenesten.

Ut fra en oversikt over hvilken lov og paragraf som er kommet til anvendelse i vurderingene i 2003, 2004 og hittil i 2005, framgår det at de fleste sakene i pleie- og omsorgstjenesten gjelder manglende forsvarlighet i undersøkelse, behandling eller medisinering. Nest hyppigst er manglende oppfyllelse av retten til nødvendig helsehjelp, dernest saker som angår organiseringen av virksomhet.

5.3.3 Helsetilsynets oppsummering og vurderinger

Antall klager skal ligge til grunn som et av vurderingskriteriene når tilsynsmyndigheten skal velge områder for tilsyn (13). Dersom noen områder peker seg ut med særlig høyt antall klager både på fylkesnivå og nasjonalt nivå, kan det også være aktuelt å gå dypere inn i flere enkeltsaker og analysere dette nærmere. Det er først fra 1. januar 2005 at kvaliteten på det som er registrert i RegRoT om rettighetssaker kan sies å ha tilfredsstillende kvalitet. Før den tid har det vært gjort mye feil – primært i hvordan opplysningene er registrert, men det har også vært en del uklarhet i behandlingen av saker som har ligget i grenselandet mellom tilsynssak og rettighetsklage. Vi har derfor kun presentert tall fra 2005.

Informasjon fra klagesaksbehandlingen kan *sammen med* informasjon fra andre kunnskapskilder bidra til å gi tilsynsmyndigheten et kunnskapsgrunnlag for å si noe om, eller reise spørsmål ved, forholdet mellom befolkningens behov og det tjenestetilbudet de får. Kunnskapsgrunnlaget kan være et bidrag ved risiko- og sårbarhetsvurderinger og senere ved beslutninger om prioritering av tilsyn både på fylkesnivå og på nasjonalt nivå.

Informasjon fra klagesakene kan gi kunnskap om hvilke tjenester det blir klaget på, hvilke deler av tjenestene det blir klaget på og hvem som klager (for eksempel alder og kjønn).

Foreløpig viser informasjon fra RegRoT at antallet klager fra pleie- og omsorgssektoren er svært lavt sammenlignet med antall vedtak som blir fattet, og aktivitetsnivået i sektoren.

Statens helsetilsyn merker seg imidlertid at fra 2003 til 2004 har antall klager økt, og at den største andelen av klagesakene dreide seg om faglig forsvarlighet i undersøkelse, behandling og medisinering. Etter hvert som bevisstheten og kunnskapen i befolkningen øker om klagemulighetene er det grunn til å tro at antall klager vil øke. RegRot er en verdifull kilde til kunnskap for tilsynsmyndigheten, og vi vil følge med på utviklingen i både i tilsynssakene og rettighetssakene videre.

5.4 Klagesaker fra pleie- og omsorgstjenesten etter sosiallovgivningen

Alle avgjørelser kommunen treffer som gjelder tildeling av eller avslag på søknad om sosiale tjenester, kan påklages til Fylkesmannen. Fylkesmennene rapporterer årlig til Statens helsetilsyn fra klagesaksbehandlingen i eget fylke.

Klagene dreier seg i hovedsak om søkere som mener de helt eller delvis ikke får det de har rett til eller har behov for. I forhold til kommunale pleie- og omsorgstjenester er det særlig klagesaker etter sosialtjenestelovens kapittel 4 *Sosiale tjenester* m.v. som er interessante.

Under følger en oversikt over antall klagesaker behandlet etter sosialtjenestelovens kapittel 4 *Sosiale tjenester* m.v.[11] i 2003 og 2004, og utfallet av fylkesmennenes behandling av klagesakene. Disse sosiale tjenestene er praktisk bistand og opplæring, avlastning, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester og omsorgslønn[12].

5.4.1 Funn og erfaringer fra klagesaker

I 2004 behandlet fylkesmennene totalt 7 333 klagesaker etter sosialtjenesteloven, 1 421 eller 19,4 % av disse sakene gjaldt tjenester etter kapittel 4 *Sosiale tjenester m.v.* Til sammenligning ble det i 2003 på landsbasis behandlet totalt 6 340 saker, hvorav 1 399 eller 22,1 % gjaldt tjenester etter kapittel 4 *Sosiale tjenester m.v.*

Tabell 25

Antall klagesaker etter sosialtjenestelovens kapittel 4 behandlet av fylkesmennene 2003 og 2004 fordelt på tjenestetype

Tjenestetype	2003		2004	
	Antall	Prosent N=1399	Antall	Prosent N = 1421
Praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse (BPA)	475	34 %	361	25 %
Avlastning	172	12 %	191	13 %
Støttekontakt	245	18 %	256	18 %
Plass i institusjon eller med bolig med heldøgns omsorgstjenester	39	3 %	46	3 %
Omsorgslønn	392	28 %	417	9 %
Andre bestemmelser etter kapittel 4[13]	76	5 %	150	1 %

Som det framgår av tabellen utgjør klager etter § 4-2 a største andelen av klagesakene knyttet til kapittel 4 *Sosiale tjenester m.m.*; § 4-2 a omhandler praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Hovedtyngden av disse klagesakene dreier seg om klage på avslag på søknad om hjemmehjelp eller på utmåling av hjemmehjelpstjenester. 96 av klagene (20 %) etter § 4-2 a handlet om brukerstyrt personlig assistanse.

5.4.2 Helsetilsynets oppsummering og vurderinger

På samme måte som for klagesakene etter helselovgivningen, skal antall klager etter sosiallovgivningen ligge til grunn som et av vurderingskriteriene når tilsynsmyndigheten skal velge områder for tilsyn (13).

Klagesakene kan gi informasjon om hvilke tjenester det blir klaget på, og hvilke deler av tjenestene det blir klaget på. Antall klagesaker etter sosialtjenestelovens kapittel 4 er få sett i forhold til alle enkeltvedtak som blir fattet, og i forhold til det antallet som mottar hjemmetjenester daglig. Hvorfor det ikke er flere klager sett i forhold til antall vedtak og/eller hjelpesituasjoner, vet vi ingenting om. Det kan skyldes at klageordningen er lite kjent eller at befolkningen opplever at terskelen for å fremme en formell klage er høy. Det kan også bety at de fleste stort sett er fornøyd med både med omfanget av og den innholdsmessige kvaliteten på tjenestetilbudet de mottar. Så lenge vi ikke har mer

11) Sosialtjenestelovens kapittel 4 *Sosiale tjenester* m.v. inneholder dels en lovfesting av hvilke sosiale tjenester kommunen skal yte (§§ 4-1 *Opplysning, råd og veiledning* til 4-2 *Tjenester*), og dels bestemmelser om når en person har krav på sosiale tjenester (§§ 4-1 *Opplysning, råd og veiledning*, 4-3 *Hjelp til dem som ikke kan dra omsorg for seg selv* og 4-5 *Midlertidig husvære)*.

12) *Praktisk bistand og opplæring (§ 4-2, bokstav a):* Praktisk bistand er en fellesbetegnelse for hjemmehjelpstjenester og annen hjelp for eldre, funksjonshemmede, barnefamilier og andre. Formålet er hjelp til dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet, og hjelp til egenomsorg og personlig stell. Med opplæring menes opplæring i dagliglivets gjøremål. Formålet er å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpen.
Avlastningstiltak (§4-2, bokstav b): Avlastningstiltak har primært som mål å avlaste pårørende eller andre som har påtatt seg omfattende omsorgsoppgaver. Samtidig skal avlastningstiltak sikre at omsorgsmottaker får tilfredsstillende omsorg når omsorgsgiver har fri.
Støttekontakt (§4-2, bokstav c): Støttekontaktens viktigste oppgave er å hjelpe den enkelte til en meningsfylt fritid.
Plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester (§4-2, bokstav d): Bestemmelsen gjelder sosialtjenestens ansvar for å søke plass i rusinstitusjoner for dem som trenger den form for hjelp. Videre har sosialtjenesten ansvar for å ha plasser i kommunale boliger med heldøgns omsorgstjenester. Boliger med heldøgns omsorgstjenester omfatter kommunale aldershjem, privat forpleining og boliger der det bor omsorgstregende barn og unge under 18 år utenfor foreldrehjemmet.
Omsorgslønn (§4-2, bokstav e, jfr. §4-4): Kommunen har plikt til å ha en ordning med omsorgslønn for dem som har særlig tyngende omsorgsarbeid. Omsorgsgiver har ikke krav på å få omsorgslønn, men vedkommende har rett til å få et vedtak om det skal betales omsorgslønn.

13) Sotjl § 4-2 er ikke uttømmende når det gjelder sosiale tjenester. Det er mulig å søke om andre tjenester enn de som er nevnt i § 4 – 2 a-e; kapittel 4 – 4 inneholder også en bestemmelse om at det ved særlig tyngende omsorgsarbeid kan kreves at sosialtjenesten treffer vedtak om tiltak for å lette omsorgsbyrden og § 4-5 inneholder bestemmelse om midlertidig husvære.

kunnskap om disse forholdene, kan vi ikke trekke bastante slutninger om forholdet mellom behov og tjenestetilbud i pleie- og omsorgstjenesten på grunnlag av informasjon fra fylkesmennenes klagesaksbehandling alene.

Statens helsetilsyn merker seg imidlertid at avslag på søknad om hjemmehjelpstjenester, eller utmålingen av slike tjenester, det vil si antall timer som blir gitt, oftest er bakgrunn for klager etter sosiallovgivningen.

Rapporteringene fra fylkesmennene gir summarisk oversikt over omfanget av klagesaker som Fylkesmannen behandler hvert år, men sier mindre om bakgrunnen for og innholdet i klagene.

Enkelte embeter oppsummerer imidlertid innholdet i klagesakene i medisinalmeldingene og kommenterer samtidig tendenser i sitt fylke. I følge disse medisinalmeldingene dreier klagene seg i all hovedsak om at tjenestemottakere enten har fått avslag på søknad om støttekontakt, omsorgslønn eller hjemmehjelp eller at de har fått redusert antall timer hjemmehjelp eller omsorgslønn. Gjennom noen av medisinalmeldingene kommenterer Fylkesmannen videre at de ser tendenser til at kommunene reduserer tjenestetilbudet for eksempel til personer med psykisk utviklingshemning, av hensyn til kommunens økonomi, og ikke fordi tjenestemottakernes behov endrer seg. I slike saker omgjør som regel Fylkesmannen kommunens vedtak som følge av åpenbart urimelig skjønn.

DEL IV

RISIKO OG SÅRBARHET I KOMMUNALE PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER – oppsummering og vurdering

1 Risiko for svikt og sårbarhet i pleie- og omsorgstjenesten basert på funn og erfaringer fra tilsyn - sammendrag av informasjon fra rapportens del I - III

Den foreliggende rapporten er som nevnt innledningsvis, knyttet til tilsynsmyndighetens områdeovervåking. Vurderinger som gjøres i forbindelse med områdeovervåking, er i hovedsak ikke konkrete vurderinger av om myndighetskravene er oppfylt. Faktagrunnlaget fra områdeovervåking kan imidlertid gi grunnlag for å stille spørsmål ved om kravene er oppfylt, og peke på områder/tilstander det kan være aktuelt å følge opp nærmere (for eksempel ved systemrevisjon). Informasjon fra områdeovervåking kan indikere at det er uønskede forhold i virksomheter, for eksempel at virksomheten ikke tilbyr tjenestemottakerne de tjenestene de har lovfestet rett til og behov for. Sluttthensikten med områdeovervåking er å bidra til å sikre et godt grunnlag for å vurdere risiko og sårbarhet og oppfyllelse av myndighetskrav som ledd i prioritering av videre tilsynsaktiviteter, eller som tilbakemelding til tjenestene og som informasjon til våre oppdragsgivere, departement og Storting.

Et sentralt krav i sosial- og helselovgivningen er kravet om faglig forsvarlighet. Helsepersonell er i helsepersonelloven § 4 (14) pålagt å utøve arbeidet sitt i samsvar med krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull behandling sett i forhold til hva det er rimelig å forvente ut fra faglige kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Samtidig pålegger helsepersonelloven (14) i § 16 virksomheter som yter helsetjenester, i denne sammenhengen kommunen, å legge til rette for at det enkelte helsepersonell kan oppfylle sine forsvarlighetsplikter. Sosialtjenesteloven har ingen tilsvarende generell bestemmelse knyttet til tjenester som blir gitt etter denne loven, men det er rimelig å legge til grunn at samme krav om forsvarlighet skal stilles også til disse tjenestene (15). Faglig forsvarlighet er en rettslig minstestandard som består av tre hovedelementer: tjenestene må ha tilstrekkelig kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang (16). Særlig er tidsaspektet og ressursaspektet nært knyttet til rammebetingelsene for yrkesutøvelsen, og henger følgelig sammen med virksomhetsledelsens ansvar for å legge til rette for at personellet kan utøve arbeidet sitt på en faglig forsvarlig måte. På bakgrunn av det vi så langt i rapporten har presentert av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter, er det etter Helsetilsynets vurdering grunn til tro at faglig forsvarlighet er på strekk i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Selv om det ser ut til at de fleste tjenestemottakerne av pleie- og omsorgstjenester får et tjenestetilbud som er tilstrekkelig i omfang i forhold til behov, er det også mye som tyder på at dette slett ikke gjelder alle. I de fire undergruppene av tjenestemottakere som er beskrevet i del I i denne rapporten, finner vi eksempler på dette. Tilsynsmyndigheten er opptatt av at også tjenestemottakere med andre helsemessige, medisinske og/eller sosiale behov enn det store flertallet, får et individuelt tilpasset tjenestetilbud slik de har behov for og rett til. At de har behov for tjenestetilbud med et annet innhold og en annen innretning enn det som er mest vanlig, krever kreativitet og løsningsorientering fra virksomhetsledelsen sin side. I kommunene er det ledelsens ansvar å planlegge og å styre virksomheten slik at knappe ressurser blir benyttet til de tjenestemottakerne som har de største medisinske, helsefaglige og sosiale behovene; det er behovene som skal danne grunnlag for løsningene, ikke omvendt

Funn og erfaringer fra tilsyn viser også at det er et stykke igjen før brukermedvirkning blir dagligdags i pleie- og omsorgstjenesten. Brukermedvirkning er et sentralt element

for å sikre individuell tilpassing og et faglig forsvarlig tjenestetilbud.

Pleie- og omsorgstjenestenes sårbarhet synes blant annet å være knyttet til bemannings- og kompetansesituasjonen; det dreier seg om å sikre en stabil bemanning med tilstrekkelig kompetanse til å møte faglige utfordringer som mange ganger er sammensatte og kompliserte. På bakgrunn av tilsyn synes også samhandling og koordinering mellom ulike instanser og aktører i sosial- og helsetjenesten å være et sårbart område. I mange tilfeller er koordinering en nødvendig forutsetning for forsvarlig tjenesteyting til brukergrupper med sammensatte behov. Individuell plan er et verktøy som kan bidra til å sikre gode prosesser og brukermedvirkning; planene må imidlertid settes ut i live og følges opp som avtalt. Slik situasjonen i pleie- og omsorgstjenesten framstår på bakgrunn av de funn og erfaringer som er presentert i denne rapporten, antar Helsetilsynet at det i mange tilfeller vil være vanskelig for kommunene å sikre forutsigbarhet i tjenestene slik at den enkelte tjenestemottaker vet hvem som kommer når for å gjøre hva.

2 Risiko for svikt og sårbarhet i pleie- og omsorgstjenesten - funn og erfaringer fra tilsyn sett i sammenheng med informasjon fra andre kunnskapskilder

2.1 Omfang og mangfold

Videre i dette kapittelet vil vi belyse nærmere det vi i foregående kapittel pekte på som sårbare trekk ved pleie- og omsorgstjenesten, og se funn og erfaringer fra tilsyn i sammenheng med et utvalg av andre kunnskapskilder.

Det er særlig to grunnleggende trekk ved dagens pleie- og omsorgstjenester som i seg selv byr på betydelige styringsutfordringer for kommunene og som kan sies å sette systemene på strekk: *omfanget av og mangfoldet* i behov.

Tall fra Statistisk Sentralbyrå (heretter forkortet SSB) (17) viser at det over en 12-årsperiode totalt sett har vært en jevn stigning i antall personer som mottar hjemmetjenester[14].

Tabell 26
Mottakere av hjemmetjenester i perioden 1992 – 2004. Antall pr. år fordelt på alder

	1992	1996	2000	2004
Under 67 år	24 870	29 945	38 393	47 074
67 – 74 år	24 413	20 700	18 888	16 393
75 – 79 år	28 758	26 625	26 358	21 842
80 – 84 år	34 613	32 621	35 524	34 913
85 – 89 år	22 530	24 498	27 677	28 153
Over 90 år	9 854	10 376	12 829	14 476
I alt	146 272	144 765	159 669	162 851

(Kilde: Statistisk sentralbyrå)

I 2004 var det nær 163 000 tjenestemottakere i hjemmetjenestene; drøyt 47 000 eller 29 prosent av disse var under 67 år. Antallet tjenestemottakere som bare får praktisk bistand er redusert med seks prosent fra 2003 til 2004; antallet mottakere av hjemmesykepleie øker på sin side tilsvarende sterkt.

I følge tall fra KOSTRA (Kommune-Stat-RApportering) publisert av SSB mottok 7 156 pårørende omsorgslønn i 2003; i 2004 var tilsvarende tall 7 234. Stort sett er omsorgslønn knyttet til omsorg for eldre eller hjemmeboende funksjonshemmede barn og unge under 18 år.

En evaluering av ordningen i tre forsøkskommuner viste at kommunenes praksis mht. utforming av tilbudet var svært ulik og at vurderingen av behovene og utmålingen av tilbudet (antall timer pr. uke) var komplisert (19).

I 2003 mottok 8 525 personer tilbud om avlastning, i 2004 var tallet 8 650. Om lag to tredjedeler av disse var i alderen 0-17 år.

14) Hjemmetjenester omfatter hjemmesykepleie og praktisk hjelp

I 2003 hadde 21 708 personer støttekontakt, mens tilsvarende tall i 2004 var 21 984 (18). Mange kommuner melder om at det er vanskelig å rekruttere støttekontakter og avlastere og at det er vanskelig å beholde dem over tid (20). Tall fra SSB viser at i år 2000 mottok 300 personer praktisk bistand gjennom en ordning med brukerstyrt personlig assistanse (BPA); tilsvarende i 2004 var 1 349 personer. Per 31.desember 2004 bodde i følge tall fra SBB 40 960 personer i institusjoner for funksjonhemmede og eldre; tilsvarende bodde 46 214 personer i en eller annen form for kommunal bolig med pleie- og omsorgsformål (17).

At mangfold og kompleksitet preger de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, ble grundig dokumentert også gjennom den nasjonale undersøkelsen av tjenestemottakere og deres tjenestetilbud som Statens helsetilsyn gjennomførte i samarbeid med forskningsinstituttet NOVA i 2003. I oppsummeringen av resultatene sier NOVA følgende i hovedrapporten (2):

> *"Undersøkelsen har vist at pleie- og omsorgstjenesten i Norge dekker et meget stort spekter av oppgaver og tjenestemottakere. Daglig hjelpes om lag 240 000 personer, og antallet er økende (Statistisk sentralbyrå 2001). Hvis en antar at de som får hjemmetjenester har ett besøk av hjemmehjelpen og to fra hjemmesykepleien i døgnet i gjennomsnitt, og at de som bor i institusjon får hjelp minst seks ganger hver, kan en si at antallet "hjelpesituasjoner" gjennom døgnet er omkring en million. Omfanget av aktiviteten i pleie- og omsorgstjenesten blir slående når en illustrerer det på denne måten. Alle slags funksjonshemninger og medisinske tilstander er representert, aldersspennet er stort, og stedene disse menneskene oppholder seg er mange: sykehjem, aldershjem, moderne omsorgsboliger, andre kommunale boliger og i egne hjem. Man finner mennesker med alle grader av hjelpebehov og de forskjelligste helsemessige problemer i alle disse kontekstene."*

2.2 Tjenester tilpasset den enkeltes behov

Alle disse tjenestemottakerne har avhengig av alder, kjønn, boligsituasjon og årsak til hjelpebehov rett på individuelt tilpassede tjenester; kommunens ledelse har ansvar for at tjenestetilbudet er faglig forsvarlig. NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten, som er Bernt-utvalgets forslag til harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen, fastslår følgende (15, s.66):

> *"Individuelle behov skal danne grunnlaget for tjenesteytelser, uavhengig av om behovene har sammenheng med tjenestemottakerens fysiske eller psykiske situasjon, kulturelle eller sosiale bakgrunn, eller andre spesielle behov som gjør seg gjeldende."*

Skal tjenestetilbudet være faglig forsvarlig, er det en forutsetning at kommunen har et styringssystem der en grundig utredning av den enkeltes behov ligger til grunn for tildeling av tjenester; utredning skal være innrettet slik at brukeren eller pårørende får delta og komme med innspill og ønsker. Systemet må også være innrettet slik at endringer i behov blir fanget opp og formildet slik at tjenestetilbudet kan justeres.

Utvidet ansvarsområde har de senere årene gitt kommunene utfordringer i form av nye brukergrupper med sammensatte og omfattende behov for hjelp og bistand; behov som best blir møtt gjennom andre arbeidsformer og tiltak enn det som har vært vanlig tidligere.

Eksempler på nye brukergrupper er mennesker med psykisk utviklingshemning og mennesker med psykiske lidelser. Analysene som NOVA har gjort på oppdrag av Statens helsetilsyn i del I av rapporten, sammen med funn og erfaringer fra tilsyn, viser at det er grunn til å være bekymret for om tjenestetilbudet til brukere med sammensatte og langvarige behov er tilstrekkelig stabilt, har et omfang og innhold, og er innrettet slik at det reelt sett er tilpasset den enkeltes behov.

Sosial- og helselovgivningen stiller krav om at vurderinger av den enkeltes behov, og ikke tilgjengelige ressurser, skal ligge til grunn ved utforming av omfang og innhold i tjenestetilbudet. Funn og erfaringer fra tilsyn som fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene antyder at enkelte kommuner fastsetter normer for utforming og omfang av tjenester, for eksempel gjennom politiske vedtak for utmåling av tjenester. Eksempler på dette er hjemmehjelpstjenester som blir gitt to timer hver 3.uke, eller at det er innarbeidet en forståelse av, enten implisitt eller eksplisitt gjennom serviceerklæringer, at innholdet i sosialtjenestelovens § 4-2 a

kun omfatter støvsuging og vask. Tildeling av tjenester synes så å skje etter den fastsatte normen uten at individuelle behov blir tilstrekkelig vurdert. Mye tyder på at en slik standardisering av tjenestetilbudet i hjemmebaserte tjenester kan skape barrierer for individuelle løsninger, særlig når tjenestemottakerne har behov for et tjenestetilbud med et annet innhold og en annen innretning enn flertallet.

En studie fra svensk eldreomsorg (21) viser nettopp at et stadig mer standardisert tjenestetilbud styrer utformingen av tjenestene til den enkelte tjenestemottaker. Det er grunn til å tro at dette utviklingstrekket ikke bare gjelder i Sverige, og heller ikke bare i forhold til eldre. Trolig er dette et trekk ved tjenestene som har betydning for alle som søker om og mottar kommunale helse- og sosialtjenester.

Flere forskningsstudier (22, 23, 24) har pekt på at de kommunale helse- og sosialtjenestene mangler fleksibilitet i møte med yngre funksjonshemmede. Forutsigbarhet og fleksibilitet i tjenestetilbudet er en forutsetning for at mennesker med funksjonshemninger skal kunne delta i samfunnslivet, få utdanning, arbeid og ha en aktiv fritid. Tradisjonelle hjemmetjenester har vist seg ikke å ivareta disse hensynene på en god nok måte. Blant annet synes det som om mangel på kontinuitet i personalet skaper belastende situasjoner der den som skal motta hjelp, stadig må instruere og lære opp nye og ukjente hjelpere. Sett fra brukernes ståsted synes organisatoriske og administrative strukturer i mange tilfeller å representere strukturelle barrierer som bidrar til å opprettholde og forsterke opplevelsen av å være funksjonshemmet og hjelpetrengende.

Mye tyder på at for en del brukere med langvarige og sammensatte behov for kommunale helse- og sosialtjenester, blir "kampen" for å få det tjenestetilbudet de har behov for og rett til så strevsom at det kan være berettiget å snakke om en opplevelse av å bli krenket. Enkelte studier antyder at sett fra brukernes ståsted dreier dette seg om at de møter systemer som er innrettet slik at knapphet på tid og ressurser, fragmentering av ansvar, mangelfulle rutiner og manglende kontinuitet og stabilitet i bemanningen bidrar til å skape situasjoner som brukeren opplever krenkende (22, 25).

Ønsket om mer forutsigbare og fleksible tjenester dreier seg om at brukerne selv ønsker å ha innflytelse på hvem de skal ha som hjelpere, hvilke arbeidsoppgaver hjelperne skal utføre og når hjelpen skal gis. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en ordning som langt på vei synes å imøtekomme disse behovene og ønskene (26, 27). Brukerstyring er et sentralt prinsipp i ordningen. Brukeren fungerer som arbeidsleder for assistentene, og definerer selv sine egne behov, lærer opp og veileder assistentene. Det er også brukeren som selv bestemmer fordelingen av det antall timer kommunen gjennom sitt vedtak tilstår. En gjennomgang av klagesaksbehandlingen i sju fylkesmannsembeter viser at når det klages på ordningen dreier det seg hovedsakelig om tre forhold: at kommunene har gitt avslag på søknad om brukerstyrt personlig assistanse, at det ikke er innvilget tilstrekkelig antall timer og om fordelingen av timer, herunder antall timer som er avsatt som fleksibel ressurs, er tilstrekkelig (28).

I hovedrapporten etter Helsetilsynets nasjonale undersøkelse i 2003 av tjenestemottakere og tjenestetilbud (2), uttrykte Statens helsetilsyn bekymring for at det kan se ut til at boform har betydning for tilgang på hjemmesykepleie og praktisk hjelp. Tjenestemottakere som bor i eget opprinnelig hjem har lovfestet rett til et tjenestetilbud på lik linje med de som bor i andre kommunale boformer. På bakgrunn av resultatene reiste tilsynsmyndigheten spørsmål ved om vi står overfor en utvikling der tjenestemottakernes reelle muligheter for å bo i eget opprinnelig hjem blir begrenset når hjelpebehovet overstiger et visst omfang. Særlig synes det som om de som bor i eget opprinnelig hjem får et tjenestetilbud som er mer begrenset i omfang og innhold enn de som bor i de ulike formene for kommunale boliger; til tross for at funksjonsnivået er nokså likt på tvers av boformene. Resultatene viste at hjemmesykepleiens besøk hos disse var kortere og færre, og at de hadde mindre tilsyn på kveld og natt. Dessuten tar det lengre tid før de får hjelp dersom noe spesielt skulle komme på. De får også mindre praktisk bistand pr. uke enn de som bor i omsorgsboliger med husbankstandard og i andre kommunale boliger.

Annen forskning på feltet har også vist samme tendens: at tilgang på hjemmesykepleie og hjemmehjelp synes å være mer begrenset for de som bor i eget opprinnelig hjem (29). Helsetilsynet mener fortsatt at det kan være grunn til å stille spørsmål ved om det foregår en form for standardisering av bo- og tjenestetilbud; det vil si at sykehjem og omsorgsboliger er de eneste reelle løsningene når hjelpebehovet i omfang blir omfat-

tende. Det vil i så fall være i strid med sentrale sosial- og helsepolitiske føringer og med lovgivningen, dersom tjenestemottakere med omfattende hjelpebehov må flytte i omsorgsbolig eller institusjon mot eget ønske for å få et faglig forsvarlig tjenestetilbud av tilstrekkelig omfang.

Innspill fra ressurspersoner og fra bruker- og interesseorganisasjoner antyder at det også foregår en form for standardisering av støttekontakttjenester og avlastningstilbud. Som tidligere nevnt, har kommunene problemer med å rekruttere støttekontakter. Noen kommuner velger da å etablere ulike gruppeaktiviteter. For noen tjenestemottakere vil dette være et godt tilbud om sosial kontakt og aktivitet, men det er grunn til å tro at for en del tjenestemottakere kan et "en-til-en"-tilbud være den beste løsningen.

Sosial- og helsepolitiske føringer og lovverket vektlegger brukermedvirkning. Skal den individuelle tilpasningen av tjenestetilbudet være reell, er brukermedvirkning en grunnleggende forutsetning. Slik sett kan brukermedvirkning også være et aspekt ved forsvarlig tjenesteyting. Hvorvidt hensynet til brukerens synspunkter og ønsker blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte pr. i dag er uklart, men at dette er et sårbart område synes å være klart nok på bakgrunn av tilsynserfaringer og annen kunnskap om sektoren. Selv om tjenestetyter, i dette tilfellet de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, kan velge hjelpeform, er brukermedvirkning og brukerinnflytelse som nevnt sentrale prinsipper nedfelt i sosial- og helselovgivningen; dette innebærer at tjenesteyter må anstrenge seg for å finne individuelle løsninger i samarbeid med tjenestemottaker.

2.3 Helhetlig og koordinert tjenestetilbud

I de fire undergruppene vi har analysert finner vi mange tjenestemottakere med helsemessige og sosiale behov som tilsier kommunale utfordringer knyttet til å etablere et helhetlig, koordinert tjenestetilbud. At tjenestetilbudet er helhetlig og koordinert, er en forutsetning for at det er faglig forsvarlig. For noen tjenestemottakere som mottar en enkelt tjeneste av begrenset omfang og kanskje for en begrenset tidsperiode, er ikke koordinering like betydningsfullt og følgelig heller ikke avgjørende for at tjenesteytingen er forsvarlig.

Opplevelsen av et fragmentert tjenestetilbud, uten samarbeid og koordinering mellom ulike aktører og manglende mulighet for brukermedvirkning, ligger til grunn for etablering og forskriftsfesting av individuell plan. Erfaringene fra brukere, pårørende og tjenesteytere som er involvert i utarbeiding av individuell plan, er at den setter fart på prosesser der det synes lettere for brukerne å sette sine egne ord på hvilke behov og ønsker de har. Hvor formalisert samarbeidet er og hvor formalisert utformingen av selve plandokumentet er, synes å variere fra kommune til kommune. Brukernes synspunkter på hvor standardisert og formalisert planarbeidet skal være, synes også å variere (30). Individuell plan kan imidlertid bidra til å oppnå mer forutsigbarhet i tjenestetilbudet.

2.4 Styring og ledelse i en omskiftelig virksomhet

Systematisk styring og ledelse av virksomheten er en grunnleggende forutsetning for å kunne gi faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og å sikre befolkningen de tjenestene den har behov for og rett til etter sosial- og helselovgivningen. Dette er kommunens ansvar og en betydelig utfordring sett i lys av det mangfold som preger den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Systematisk styring og ledelse er også en grunnleggende forutsetning for kvalitetsutvikling og forbedringsarbeid.

Den enkelte kommune står etter kommuneloven fritt til å organisere tjenestetilbudet slik den finner mest formålstjenlig i forhold til lokale prioriteringer og behov. Uavhengig av organisasjonsmodell må kommunen i møte med tilsynsmyndigheten kunne dokumentere at de innfrir internkontrollens funksjonskrav. Internkontroll dreier seg om å styre virksomheten slik at sosial- og helselovgivningens krav blir innfridd og følgelig at befolkningens rettigheter blir sikret i praksis. Internkontroll dreier seg også om at ledelsen planlegger og har oversikt over virksomheten slik at uønskede situasjoner og hendelser ikke oppstår; det dreier seg om å styre virksomheten for "å unngå å komme på hæla", å ha oversikt over og kjenne befolkningens behov både på kort og lang sikt.

Krav om effektivisering fører til at kommunene prøver ut ulike organisatoriske grep for å møte utfordringene. Omorganisering synes å være et vedvarende trekk ved kommunal sektor og kan skape uro og føre til at mye av oppmerksomheten blir rette mot "det indre liv" i organisasjonen, framfor mot den utadrettete virksomheten. Uavhengig av organi-

sasjonsmodell er stabilitet og kontinuitet i tjenestetilbudet nødvendig for å sikre helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tjenester til de brukergruppene vi har belyst i denne rapporten; ikke minst har koordineringen mellom tjenester og tjenestenivåer betydning for å fange opp endrede behov hos tjenestemottakeren.

Funn og erfaringer fra tilsyn viser at mange kommuner kan dokumentere at de arbeider jevnt og trutt med utviklings- og forbedringsarbeid for å sikre god styring av virksomheten; det er tilsynsmyndigheten godt fornøyd med. Det gjenstår imidlertid arbeid i de fleste kommunene knyttet til å omsette det planlagte i praksis og til å gjøre styringssløyfene kjent for medarbeiderne. Det synes særlig som om utviklingen av systemer for avvikshåndtering er kommet forholdsvis kort. Avvikshåndtering dreier seg i prinsippet om å lære av feil og uheldige hendelser; det dreier seg om å se uheldige hendelser som en mulighet for læring og forbedring. Uheldige hendelser er uunngåelige i en kompleks pleie- og omsorgshverdag. Det er en viktig erkjennelse både for ledelsen og medarbeiderne i sektoren. En slik erkjennelse er en forutsetning for at kulturen i organisasjonen skal bli slik at medarbeiderne opplever det som trygt å melde fra når uheldige hendelser oppstår; det er også en forutsetning for at et system for avvikshåndtering skal bli dagligdags. Tilsynserfaringene både fra pleie- og omsorgstjenesten, og fra andre deler av sosial- og helsetjenesten (12, 31), har avdekket at virksomhetene ikke følger tilstrekkelig systematisk med på prosesser der det er risiko for at feil kan oppstå og hvor konsekvensene av svikt er spesielt store. Virksomhetene synes heller ikke å rette tilstrekkelig oppmerksomhet mot hva som kan og bør gjøres for å hindre slik svikt. Det synes å være et godt stykke igjen før virksomhetene framstår som lærende organisasjoner, og tar i bruk tilgjengelige tilbakemeldinger, erfaringer og data for evaluering av egen virksomhet, enten det dreier seg om prioriteringer, ressursbruk, legemiddelhåndtering eller bruk av tvang.

Vi vil også presisere at utvikling av gode styringssystemer er en type arbeid det ikke er mulig å si seg ferdig med; snarere dreier dette seg om kontinuerlig forbedring av styrings- og arbeidsprosesser, noe ledelsen til enhver tid må rette oppmerksomheten mot når organisatoriske endringer og omorganisering synes å være et vedvarende trekk ved de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

3 Oppsummering og veien videre

Statens helsetilsyn har gjennom denne rapporten ønsket å sette lys på trekk ved den kommunale pleie- og omsorgstjenesten der vi mener det er en risiko for svikt. Rapporten er en del av kunnskapsgrunnlaget vi legger til grunn ved prioritering av områder for tilsyn. Vi legger til grunn at ansvarlige instanser, på statlig og kommunalt nivå, merker seg tilsynsmyndighetens vurderinger og vurderer behovet for oppfølging innen sitt eget ansvarsområde. Forhåpentligvis kan rapporten gi de ulike virksomhetene innspill og impulser til eget forbedringsarbeid.

Statens helsetilsyn har igangsatt ulike aktiviteter basert på de funn og erfaringer som er presentert i denne rapporten. I 2005 gjennomfører fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene landsomfattende felles tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester, det er særlig tjenestetilbudet til voksne med sammensatte og langvarige behov for tjenester som er i fokus for dette tilsynet. Fylkesmennene skal i 2005 også gjennomføre landsomfattende tilsyn med bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning.

Interesserte kan lese mer om disse tilsynene på http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks____7131.aspx

Videre har ledelsen i Helsetilsynet besluttet at det i 2006 skal gjennomføres landsomfattende tilsyn med habiliteringstjenestene, og med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere. I 2006 vurderer dessuten Statens helsetilsyn å starte forberedelsene til landsomfattende tilsyn med legemiddelbehandling av eldre.

Litteraturhenvisninger

1. Statens helsetilsyn. Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse. En rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten. Rapport fra Helsetilsynet 13/2004. Oslo: Statens helsetilsyn; 2004.

2. Statens helsetilsyn. Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport fra Helsetilsynet 10/2003. Oslo: Statens helsetilsyn; 2003.

3. Fylkesmannen i Vestfold. Rettssikkerhetsprosjektet. Februar 2005.

4. Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 23. desember 2004 nr. 1837.

5. NOU 1999: 13. Kvinners helse i Norge.

6. Statens helsetilsyn. Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren. Tilsynserfaringer 1998–2003. Rapport fra Helsetilsynet 9/2003. Oslo: Statens helsetilsyn; 2003.

7. Statens helsetilsyn. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere. Rapport fra Helsetilsynet 4/2005. Oslo: Statens helsetilsyn; 2005.

8. Statens helsetilsyn. Rusmiddelmisbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder. Rapport fra Helsetilsynet 2/2005. Oslo: Statens helsetilsyn; 2005.

9. Statens helsetilsyn. Praksis knyttet til tvangsbruk overfor personer med psykisk utviklingshemning etter sosialtjenesteloven kapittel 4A og kommunens generelle ivaretakelse av hjelpetiltak ette § 4-2, a-e. Rapport fra Helsetilsynet 6/2005. Oslo: Statens helsetilsyn; 2005.

10. Statens helsetilsyn. Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente i 2001 – oppsummeringsrapport. Rapport fra Helsetilsynet 3/2002. Oslo: Statens helsetilsyn; 2002.

11. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002 nr. 1731.

12. Statens helsetilsyn. Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer. Rapport fra Helsetilsynet 4/2004. Oslo: Statens helsetilsyn; 2004.

13. Ot.prp. nr.105 (2001-2002). Om lov om endringer i lov 30.mars 1984 nr.15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover. Helsedepartementet.

14. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

15. NOU 2004: 18. Helhet og plan i sosial- og helsetjenester.

16. Halvorsen M. Rettslig grunnlag for medisinsk behandling. Bergen: Fagbokforlaget; 1998.

17. Statistisk sentralbyrå. Kommunal helse- og sosialstatistikk. Førebelse tal, 2004. http://www.ssb.no/emner/03/02/helsetjko/

18. Statistisk sentralbyrå. KOSTRA – Kommune-STat-Rapportering, faktaark reviderte nøkkeltall og grunnlagsdata. http://www.ssb.no/kostra/ 15.06.05.

19. Eriksen J. Omsorgslønn til familier med funksjonshemmede barn: en ordning full av spenninger. Embla nr.7-2002.

20. NOU 2001: 22. Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer.

21. Nordstrøm M, Dunér A. Bevilja och ta emot hjälp. Om biståndsbedömare och äldre i kommunal äldreomsorg. Rapport 5/2003. Göteborg: FoU i Väst; 2003.

22. Lillestø B. Når omsorgen oppleves krenkende. En studie av hvordan mennesker med funksjonshemninger opplever sitt forhold til helsetjenesten. Rapport 22/98. Bodø: Nordlandsforskning; 1998.

23. Grue L. Motstand og mestring. Om funksjonshemning og livsvilkår. NOVA-rapport 1/2001. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2001.

24. Woll H. Å bli gammel med cerebral parese. En kvalitativ studie av aldring og mestring. HiO-rapport 12/2003. Oslo: Høgskolen i Oslo; 2003.

25. Olsvik VM. Makt, avmakt og institusjonelle overgrep. Paper presentert på 1. nasjonale konferanse om forskning om funksjonshemmede. Lillehammer; 2004.

26. Askheim OP. Personlig assistanse – modellutforming og myndiggjøring. Paper presentert på 1.nasjonale konferanse om forskning om funksjonshemmede. Lillehammer; 2004.

27. Andersen J. Organisering av brukerstyrt personlig assistanse – betyr det noe? Paper presentert på 1. nasjonale konferanse om forskning om funksjonshemmede. Lillehammer; 2004.

28. Begg IS. Hva skjer med klagesakene vedrørende brukerstyrt personlig assistanse? Paper presentert på 1.nasjonale konferanse om forskning om funksjonshemmede. Lillehammer; 2004.

29. Slagsvold B. Hva med de hjemmeboende? Aldring & eldre 1999; 4.

30. Thommesen H, Normann T, Sandvin JT. Individuell plan. Et sesam, sesam? Oslo: Kommuneforlaget; 2003.

31. Statens helsetilsyn. Meldesentralen – årsrapport 2003. Rapport fra Helsetilsynet 5/2005. Oslo: Statens helsetilsyn; 2005.

Nursing and Care Services Under Strain Comparison and Analysis of Findings and Experience from Supervision of Services in 2003 and 2004

Summary of Report from the Norwegian Board of Health 7/2005

In this report, the Norwegian Board of Health compares and summarizes the findings and experience gained from various types of supervision of municipal nursing and care services during the period 2003-2004. By carrying out a broad evaluation, and by discussing findings and experience gained from supervision, the Norwegian Board of Health aimed to describe the situation in municipal health and social services, and to identify potentially vulnerable areas where there is a risk that deficiencies in provision of services may occur, from a supervision perspective. In other words, we aimed to identify areas where there is a danger that the services are not in accordance with the requirements laid down in or pursuant to laws and regulations.

The report has four parts:

- Part I presents previously unpublished analyses of data from the national survey "Nursing and Care Services in the Municipalities, Clients, Need for Care and Provision of Care". These analyses were carried out by the research institute Norwegian Social Research (NOVA), commissioned by the Norwegian Board of Health. Part I also presents information collected by NOVA as part of the LAG Study (Lifetime, Ageing and Generation).

- Part II presents the Norwegian Board of Health's evaluation of the results of NOVA's analyses.

- Part III presents comparisons of the findings and experience gained from other types of supervision of services in 2003 and 2004 that are relevant for evaluating the status of municipal health and social services.

- Part IV presents a summary and evaluation of the material presented in Parts I-III, and identifies areas where, in the opinion of the supervision authorities, there is a risk that deficiencies in provision of services may occur.

This report is part of the activities of the Norwegian Board of Health in its work with area surveillance. Area surveillance is general supervision, involving collecting, organizing and interpreting knowledge about health and social services from a supervision perspective.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2004

1/2004 Oppsummering etter tilsyn med kommunenes smittevernberedskap ved 6 flyplasser med internasjonal flytrafikk. Mars - mai 2003

2/2004 Fortsatt for fullt. Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartlegging 2003 og utvikling 1999-2003

3/2004 Oppsummeringsrapport for landsomfattende tilsyn med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker

4/2004 Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer

5/2004 Tannhelsetjenesten i Norge. Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten

6/2004 Medisinalmeldingene 1804. Et tilbakeblikk på første årgang av en tradisjonsrik rapport

7/2004 Meldesentralen – årsrapport 2001-2002

8/2004 Kosmetisk kirurgiske inngrep i Norge

9/2004 Fortsatt press på plassene. Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2003 og utvikling 2002-2003

10/2004 Tilsyn med kodepraksis

11/2004 Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004

12/2004 Oppsummering etter tilsyn med rusmiddeltesting ved to sykehuslaboratorier og fire behandlingsinstitusjoner for rusmiddelmisbrukere

13/2004 Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse. En rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten

14/2004 Flere ungdom og voksne under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten

Utgivelser 2005

1/2005 Oppsummeringsrapport fra tilsyn med abortnemnder i 2004

2/2005 Rapport om rusmiddelmisbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv. En vurdering av sentrale datakilder

3/2005 Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med helsetjenester til nyankomne asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente

4/2005 Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2004 med kommunale sosialtjenester til rusmiddelmisbrukere

5/2005 Meldesentralen - årsrapport 2003

6/2005 Praksis knyttet til tvangsbruk overfor personer med psykisk utviklingshemning etter sosialtjenesteloven kapittel 4A og kommunenes generelle ivaretakelse av hjelpetiltak etter § 4-2, a-e. Tilsynserfaringer 2003-2004

7/2005 Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004

Serien ble etablert i 2002. 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 Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no.

Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

Tilsynsinfo

I Tilsynsinfo informerer Helsetilsynet om sentrale temaer fra tilsynssakene (enkeltsaker). Serien ble etablert i 2005 og finnes på www.helsetilsynet.no. Der kan det også tegnes abonnement. Temaer i hittil utkomne numre:

1/2005 Behandling med vanedannende legemidler
2/2005 Feilbehandling o.a.
3/2005 Taushetsplikt

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles resultater fra tilsyn med sosial- og helsetjenestene.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på **www.helsetilsynet.no**

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 7/2005

Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004.

I den foreliggende rapporten presenterer Statens helsetilsyn en sammenstilling og oppsummering av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter med tilknytning til kommunale pleie- og omsorgstjenester i perioden 2003– 2004. Gjennom en bred vurdering og drøfting av funn og erfaringer fra tilsyn ønsker Helsetilsynet å bidra til å beskrive situasjonen i deler av den kommunale sosial- og helsetjenesten, og å peke på potensielt sårbare områder med risiko for svikt i et tilsynsperspektiv; det vil si områder der det synes å være fare for at tjenestene ikke fyller krav fastlagt i lov og forskrift.

Rapporten har fire deler:

- Del I inneholder nye analyser som forskningsinstituttet NOVA har gjort (ikke publisert tidligere) på oppdrag fra Statens helsetilsyn av det innsamlede materialet fra den nasjonale undersøkelsen "Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud", samt informasjon som er innsamlet gjennom kommunebesøk NOVA har gjort innenfor rammen av sin LAG-studie (Livsløp, aldring og generasjon).

- Del II inneholder Helsetilsynets vurderinger av resultatene av NOVAs analyser.

- Del III inneholder sammenstilling av funn og erfaringer fra andre tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004 som har relevans for vurdering av status i kommunale pleie- og omsorgstjenester.

- Del IV inneholder oppsummering og vurdering basert på funn og erfaringer fra rapportens del I–III, og knytter seg til trekk ved den kommunale pleie- og omsorgstjenesten som etter tilsynsmyndighetens oppfatning kan representere sårbarhet og risiko for svikt.

Rapporten inngår i Helsetilsynets aktiviteter knyttet til områdeovervåking. Områdeovervåking er tilsyn med overordnet perspektiv og omfatter å innhente, systematisere og tolke kunnskap om sosial- og helsetjenestene i et tilsynsperspektiv.