Forvaltningsrevisjon
Februar 2024

Hjemmeboende personer med demens

Drammen kommune

Viken
kommunerevisjon

Sammendrag

Bestilling

Kontrollutvalget
sak 101/22
18.10.2022

Formål

Formålet med undersøkelsen er å vurdere om personer med demens som bor hjemme får helse- og omsorgstjenester i tråd med egne behov, og at kommunen er rustet for nåværende og fremtidige behov på området.

Problemstillinger

1. I hvilken grad sørger kommunen for å ha tilstrekkelig kompetanse for alle tjenester som yter tjenester til personer med demens?
2. I hvilken grad tilrettelegger kommunen for at personer med demens kan bo lengst mulig i eget hjem?
3. I hvilken grad er tjenestetilbudet til personer med demens tilpasset den enkeltes behov?

Om hjemmeboende personer med demens

Det er et nasjonalt mål at eldre skal få bo i egen bolig lengst mulig, så lenge de kan og vil. Andelen eldre vil øke betraktelig i årene som kommer og flere vil få demens. [1] Dette medfører at stadig flere eldre med økende hjelpebehov vil bo hjemme. [2] Personer med demens har generelt et stort omsorgsbehov og mange vil trenge en sykehjemsplass etter hvert. Gruppen er derfor en stor kostnadsdriver for kommunal omsorg. [3]

Det er en nasjonal utfordring at mange med demens ikke diagnostiseres tidlig nok eller at de ikke diagnostiseres i det hele tatt. Det er derfor nødvendig at fastlegene og øvrig helsepersonell i kommunene har kunnskap og kompetanse om demens, slik at utredning, behandling og oppfølging kan starte til rett tid. [4]

Manglende utredning av demens gjør at andre sykdommer ikke blir utelukket og at personer kan gå glipp av behandling for problemer som ikke skyldes demens. At personer med demens ikke har en diagnose gjør det vanskelig for både dem selv og pårørende å skjønne hva som er galt og å søke informasjon, tjenester og annen hjelp og støtte. Manglende diagnose gjør det også vanskelig for kommuner som har bygget opp et tilbud om systematisk oppfølging etter demensdiagnose å få kontakt med personer som har behov for slik oppfølging. [5]

Ifølge Demensplan 2025 er det mye stigma knyttet til demens. Personer med demens kan bli møtt med nedlatende holdninger eller oppfatninger om at personer med demens ikke er i stand til å delta i ordinære aktiviteter. Det at det ikke finnes en kur trekkes fram som en årsak til manglende utredning og

[1] Prop. 1 S (2022–2023) HOD, s. 14 og 195.
[2] Aldring og Helse (2020) Tjenester til personer med demens som bor i egen bolig, s. 4.
[3] NOU 2023: 4 Tid for handling, s. 48.
[4] HOD (2020) Demensplan 2025. s. 15 og 29; NOU 2023: 4 Tid for handling, s. 18.
[5] HOD (2020) Demensplan 2025, s. 29.

diagnostisering. Men selv om det ikke finnes en kur, finnes det symptomlindrende behandling og tiltak for at personer med demens kan leve gode liv. [6]

Det er også en utfordring at mange personer med demens ikke får et tilpasset tjenestetilbud. Mange hjemmeboende personer med demens med omfattende behov får ofte lite hjelp av kommunen. Mangel på tilpassede tjenester medfører ofte store belastninger på pårørende. Mange pårørende får ikke tilstrekkelig informasjon og avlastning. [7]

Metode og praktisk gjennomføring

Prosjektet er gjennomført av revisjonens egne ansatte på bakgrunn av kravene som stilles til gjennomføring av forvaltningsrevisjon som prosjekt i *"RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon"*. Informasjonen i denne undersøkelsen er innhentet gjennom:

- Dokumentanalyse: gjennomgang av skriftlige dokumentasjon, prosedyrer og rutiner på området
- Intervjuer og møter: revisjonen har hatt flere møter med kommunen og intervjuet hukommelsesteamet, avdelingsledere, kommunalsjef og virksomhetsleder
- Analyse av statistikk: Analyse av tilgjengelig statistikk
- Spørreundersøkelse til alle ansatte og alle pårørende
- Saksgjennomgang av utvalgte saker

Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene som legges til grunn i dette prosjektet er blant annet utledet fra:

- Kommuneloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020) Demensplan 2025
- Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen)
- Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift
- COSO – rammeverket for internkontroll

[6] HOD (2020) Demensplan 2025, s. 29.
[7] HOD (2020) Demensplan 2025, s. 29.

REVISJONENS VURDERINGER OG KONKLUSJON

Konklusjon

Hjemmeboende personer med demens er en gruppe som i liten grad er i stand til å ivareta egne behov eller interesser. De omtales derfor gjerne som «svake etterspørrere av tjenester» og ber i liten grad selv om hjelpen de har behov for. [8] De er også i liten grad i stand til å melde ifra dersom behov ikke dekkes. De er derfor avhengig av ansatte og pårørende for at behov skal dekkes på en forsvarlig måte. For personer som ikke har nære pårørende er det i hovedsak kun kommunens ansatte som kan følge opp at personen får forsvarlige tjenester i tråd med behov.

Drammen kommune har i liten grad etablert systemer og rutiner som sikrer at alle hjemmeboende personer med demens sikres en systematisk oppfølging av behov gjennom sykdomsforløpet. Det er derfor tilfeldig og personavhengig om hjemmeboende med demens får en diagnose og om de får en kontaktperson/demenskoordinator med kompetanse om demens, og om de ansatte som leverer hjemmetjenestene har kompetanse om demens. Tilbudet og oppfølgingen hjemmeboende personer med demens får gjennom demensforløpet vil derfor i for stor grad variere mellom ulike avdelinger i kommunen.

På bakgrunn av at personer med demens som har kommet langt i sykdomsforløpet skal bo hjemme om mulig i Drammen kommune, mener revisjonen det er spesielt viktig at kommunen iverksetter tiltak som sikrer at alle hjemmeboende med demens får en lik og systematisk oppfølging tilpasset individuelle behov. Fordi hjemmeboende personer med demens er en svært sårbar gruppe, finner revisjonen det alvorlig at kommunen i liten grad har prioritert denne gruppen i tråd med nasjonale mål og føringer.

Revisjonen er også av den oppfatning at når kommunen har bestemt at hjemmeboende personer med demens skal bo hjemme om mulig, er det også særlig viktig at arbeidet med å veilede og støtte pårørende styrkes. Det er få pårørende (9 prosent) til hjemmeboende personer med demens/kognitiv svikt, som opplever at de i stor grad får tilstrekkelig veiledning, støtte og hjelp av kommunen.

Når det gjelder om kommunen er godt nok rustet til å dekke framtidige behov for tjenester til målgruppen vil det være en utfordring at antall personer med demens i Drammen er estimert til å øke fra 1899 personer i 2020 personer til 4371 personer i 2050. Dette utgjør en økning på over 100 prosent. Det er derfor viktig at kommunen tar hensyn til dette i planleggingen og organiseringen av tjenestene.

Revisjonen vurderer det i denne forbindelse som positivt at kommunen har planer om å bygge flere omsorgsboliger som er tilpasset personer med demens. I tillegg til å sikre et boligtilbud tilpasset målgruppen er det også avgjørende at kommunen ivaretar sin plikt til å sørge for at ansatte har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet og at de har rammebetingelser som gjør det mulig å både overholde faglige krav om å levere forsvarlig tjenester og samtidig ha tid til å dokumentere tjenestene i journal og registrere eventuelle avvik.

[8] Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, s. 5.

Problemstilling 1 om internkontroll og kompetanse

Det er variasjon mellom hjemmetjenesteavdelingene med hensyn til hvordan de følger opp hjemmeboende personer med demens

Kommunen har en klar ansvarsfordeling innenfor området hjemmetjenester, hvor det er kommunalsjef, virksomhetsledere og avdelingsledere som har ansvaret for forsvarlig drift av tjenestene innenfor sine ansvarsområder. Det er også fastsatt en rekke roller og ansvarsområder som er felles for hjemmetjenesteavdelingene, blant annet fagkoordinerende, ansvarsvakt, ansvarlig sykepleier og primærkontakt. Den enkelte avdelingsleder har imidlertid stor grad av frihet til å organisere og drive egen avdeling innenfor fastsatte rammer.

Når det gjelder tilbudet til hjemmeboende med demens har ikke kommunen innført noe felles system eller rammeverk (eksempelvis tiltakspakke, pakkeforløp eller lignende), og det er derfor opp til hver enkelt avdeling å avgjøre om gruppen skal håndteres særskilt eller ikke. Dette har ført til at enkelte avdelinger har egne demenslister, mens andre avdelinger ikke har det. I avdelinger med egne demenslister er det gjerne egne dedikerte ansatte med kompetanse som følger opp hjemmeboende personer med demens. På disse avdelingene vil også hjemmeboende personer med demens ofte følges opp av færre antall ansatte. På de øvrige avdelingene vil hjemmeboende med demens i større grad behandles på linje med de øvrige brukerne, som er kognitivt friske. Dette fører til at hjemmeboende personer med demens kan vente å få ulik grad av oppfølging avhengig av hvilken avdeling de tilhører.

Revisjonen mener det er viktig at hjemmeboende brukere med demens ikke opplever store forskjeller i kvalitet på tjenestene som gis, avhengig av hvor i kommunen de bor. Etter revisjonens vurdering bør kommunen derfor iverksette tiltak som kan bidra til at alle hjemmeboende personer med demens i større grad får et likt tilbud. Dette kan eksempelvis innebære at kommunen sørger for at avdelingene i større grad har en lik og systematisk tilnærming til hvordan de skal arbeide med hjemmeboende med demens.

Bruk av tiltakspakker eller pakkeforløp kan, sammen med en eventuell demensplan, bidra til å sikre en mer systematisk oppfølging av alle hjemmeboende personer med demens uavhengig av hvor i kommunen de bor. Det kan også innebære økt grad av spesialisering. Revisjonen ser i denne forbindelse positivt på at kommunalsjefen, forbindelse med samlokaliseringen av hjemmetjenesteavdelingene i 2024, vurderer å opprette egne spesialiserte hjemmetjenesteavdelinger. som kun leverer tjenester til personer med demens.

Det er generelt store forskjeller mellom avdelingene i mange av spørsmålene som kartlegges i denne undersøkelsen. Revisjonen mener derfor det er positivt at administrasjonen har startet opp et eget fagkoordinatornettverk for å sikre at det jobbes mer likt i de ulike avdelingene. Men det er foreløpig ikke etablert et tilsvarende nettverk for avdelingslederne. Det er en viktig del av det overordnede ansvaret

for internkontroll og styring å sikre at alle hjemmetjenesteavdelingene har god styring, ledelse og kontroll.

Kommunen har et ansvar for å sikre at de ansatte har rammebetingelser som gjør det mulig å levere forsvarlige tjenester. Dette innebærer både å sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet, og en hensiktsmessig organisering. Kommunen har siden sammenslåingen i 2020 arbeidet for å harmonisere de ulike hjemmetjenesteavdelingene i de ulike kommunedelene. Flere ansatte opplever imidlertid at kommunens tjenester til hjemmeboende er uoversiktlige, og at kommunen ikke har kommet helt i mål med harmoniseringen enda. Kommunen har kuttet kostnader til hjemmetjenesten og mange ansatte opplever at kommunen har for få ansatte og for lite ressurser tilgjengelig til å kunne levere forsvarlige tjenester til alle hjemmeboende med demens. Eksempelvis opplever mindre enn en av ti ansatte (9 prosent) at det i stor grad er tilstrekkelig med tid til å gjennomføre alle oppgaver og bortimot åtte av ti ansatte (79 prosent) er enig i at hjemmeboende har større hjelpebehov enn det er satt av tid til.

Kommunalsjefen viser til at hjemmetjenesten er produktiv og at det fortsatt finnes mange muligheter innenfor de foreliggende økonomiske rammene, selv om det også er stort press på tjenestene når det gjelder å dekke et økende behov. Revisjonen mener at det er viktig å ta signalene fra fagpersonene som leverer tjenester til hjemmeboende med demens på alvor i det videre arbeidet med kvalitetsforbedring og utvikling av tjenestene. På bakgrunn av at flere hjemmeboende personer med demens skal bo hjemme i Drammen kommune er det bekymringsverdig at mange fagpersoner som leverer tjenester til brukerne opplever at det ikke er nok ressurser (tid/ansatte) til å kunne levere forsvarlige tjenester til målgruppen.

Drammen kommune har satt ned en arbeidsgruppe som arbeider med en egen demensplan med mål, men per høsten 2023 foreligger det i liten grad fastsatte og vedtatte mål for tjenestetilbudet til hjemmeboende med demens. Revisjonen mener det er positivt at arbeidet med en demensplan er i gang og etter planen skal ferdigstilles i 2024. Revisjonen mener videre at det er viktig at kommunestyret fastsetter klare mål og ambisjoner for tilbudet til hjemmeboende personer med demens. Dette kan både bidra til å avklare forventninger og til at alle ansatte jobber mot samme mål overfor målgruppen.

Når det gjelder bruk av styringsinformasjon er det positivt at administrasjonen innhenter, analyserer og rapporter informasjon om omfang (antall brukere, vedtak og timer) og at resultatet av klagesaksbehandling rapporteres til hovedutvalg for helse og omsorg. Kommunen har også gode systemer og rutiner for å følge opp og rapportere om innmeldte avvik. Ut over dette innhenter, analyserer og rapporterer administrasjonen imidlertid lite informasjon om måloppnåelse eller kvaliteten på tjenestene som gis til hjemmeboende med demens. Kommunen har blant annet i liten grad hatt som praksis å innhente og analysere informasjon om opplevd kvalitet gjennom bruker/pårørendeundersøkelser, med unntak av en større innbyggerundersøkelse fra 2022. Kommunen innhenter og analyserer også i liten grad data fra kommunens journalsystem Gerica eller andre sentrale systemer. Videre benyttes i liten grad data fra Helsedirektoratet (nasjonale kvalitetsindikatorer) til løpende kvalitetsforbedring, styring og rapportering.

Etter revisjonens vurdering er det derfor et potensial for at administrasjonen i større grad aktivt benytter informasjon fra ulike systemer til å styre, utvikle og rapportere om kvalitet, tilstand og måloppnåelse i tjenestene. Kommunen rapporterer i all hovedsak til hovedutvalget for helse og omsorg, mens lite

informasjon går til kommunestyret. Revisjonen mener at det er viktig at kommunestyret, som er øverste ansvarlige for tjenestene, får tilstrekkelig skriftlig informasjon om kvalitet, måloppnåelse og tilstand i tjenestene.

Ansvaret for å kartlegge behovet for tjenester er delt mellom tildelingskontoret (TOK) som fatter vedtak om tjenester, og hjemmetjenesteavdelingene som utfører tjenestene. Dette har medført enkelte utfordringer og kommunen er derfor i gang med å vurdere en ny organisering. Det er blant annet en utfordring at hjemmetjenesten har begrenset med kapasitet til å kartlegge behov og at det kan være uenighet mellom hjemmetjenesten og tildelingskontoret om hva som er behovet. Dette gjelder for eksempel om hjemmeboende med demens har behov for sykehjemsplass eller ikke. Etter planen vil en egen ny enhet (mottaksteam) med kompetanse få denne oppgaven. Etter revisjonens vurdering er det positivt at administrasjonen er klar over problemstillingen og iverksetter tiltak for å løse utfordringene.

Kommunen er også i gang med å iverksette en rekke tiltak rettet mot hjemmetjenesten. Kommunen har blant annet opprettet et eget fagteam (med hukommelsesteamet) med spesialisert kompetanse, som skal jobbe mot samtlige avdelinger. Kommunen har også opprettet et eget sykepleierteam, som skal bidra til å dekke behovet for sykepleiere i avdelingene. Videre er kommunen i gang med å rulle ut elektroniske samhandlingstavler (Sensio), og det er planer om å ta i bruk ruteoptimaliseringsverktøy (Spider solutions) til å effektivisere arbeidsruter ved bruk av kunstig intelligens. Kommunen har også planer om å samlokalisere de fleste hjemmetjenesteavdelingene på tre lokasjoner i 2024, og vurderer i denne forbindelse å opprette egne spesialiserte avdelinger som jobber med hjemmeboende med demens. Revisjonen mener det er positivt at kommunen er proaktiv og stadig iverksetter tiltak for å forbedre tjenestene.

Ansatte melder i varierende grad inn avvik i kommunens avvikssystem (EQS)

Kommunen har gode rutiner for avvikshåndtering gjennom kvalitetssystemet EQS, og det er positivt at de ansatte opplever at ledelsen ønsker å bli varslet om avvik og mulige forbedringer. Det er likevel en utfordring at de ansatte i varierende grad melder inn alle relevante avvik i kommunens avvikssystem (EQS). Kun en av fem ansatte (19 prosent) svarer at relevante avvik for hjemmeboende med demens i stor grad i meldes inn i kommunens kvalitetssystem. Det er også et mindretall (35 prosent) av de ansatte som erfarer at det i stor grad er klart og tydelig hva de ansatte skal melde inn i systemet når det gjelder tjenester til hjemmeboende med demens.

Samlet er det registrert 5477 avvik i perioden januar 2022 til september 2023. Dette er et høyt antall avvik, men fordelt på alle avdelingene og alle de ansatte er ikke antallet så stort. I gjennomsnitt meldte de ansatte i hjemmetjenesteavdelingene rundt 5 avvik per årsverk i 2022 og 2023, men det er variasjon mellom de ulike avdelingene.

Når det gjelder innholdet i avvikene gjelder de fleste registrerte avvikene legemiddelhåndtering, behandling, fall og uhell. Det er kun meldt inn ett avvik som eksplisitt omhandler demens. Sannsynligvis gjelder mange av de øvrige meldte avvikene også tilbudet til hjemmeboende med demens. Revisjonen mener likevel at det er en betydelig underrapportering av avvik som gjelder hjemmeboende personer med demens.

Mulige årsaker til at de ansatte i varierende grad melder inn avvik i kvalitetssystemet (EQS) er høyt arbeidspress og manglende tid hos ansatte til å registrere avvik. Videre kan det skyldes varierende grad av prioritering og oppfølging på avdelingsledernivå. Det er en viktig del av avdelingsledernes ansvar å sørge for at de ansatte melder inn alle relevante avvik, slik at det kan iverksettes effektive tiltak.

Når det gjelder risikovurderinger har kommunen i tråd med god praksis for internkontroll rutiner for å gjennomføre risikoanalyser på ulike nivåer i organisasjonen gjennom kvalitetssystemet EQS. Revisjonen mener at kommunen har på plass et godt rammeverk for risikovurderinger, men rammeverket er i varierende grad tatt i bruk i praksis ute i hjemmetjenesteavdelingene. Dette kan dels forklares med at det i varierende grad er tilstrekkelig med kompetanse om bruk av rammeverket ute i hjemmetjenesten. Det er derfor viktig at rammeverket gjøres kjent og forankres godt blant de ansatte, og at det benyttes aktivt i styringen og internkontrollen i kommunen slik at effektive tiltak kan iverksettes før avvik eller uønskede hendelser oppstår.

Hjemmetjenesten har i liten grad rutiner og systemer som sikrer at alle ansatte som arbeider med hjemmeboende med demens har tilstrekkelig med kompetanse

Når det gjelder kompetanse og kapasitet har Drammen kommune som andre kommuner, utfordringer med å skaffe tilstrekkelig med sykepleiere og andre fagpersoner. Flere av avdelingene har derfor utfordringer med å skaffe tilstrekkelig med sykepleiere til alle vakter, og det er generelt vanskelig å skaffe tilstrekkelig med fagpersoner til hjemmetjenesten. I denne forbindelse er det positivt at kommunen har opprettet et eget sykepleierteam som kan bistå avdelingene med sykepleierkompetanse ved behov.

Når det gjelder spørsmålet om kommunen sikrer at alle ansatte som arbeider med hjemmeboende personer med demens har tilstrekkelig kompetanse er svaret at det varierer i for stor grad. Det er relativt få ansatte (17 prosent) som opplever at de i stor eller svært stor grad får nødvendig opplæring på området. Videre er det også få ansatte som mener at kommunen i stor eller svært stor grad har sørget for at de ansatte har tilstrekkelig fagkompetanse på sentrale områder som blant annet personsentrert omsorg (13 prosent) og demenssykdom (14 prosent). Kommunen har ikke gjennomført noen kompetansekartlegginger, og det overordnede kompetansehjulet benyttes i varierende grad i praksis i avdelingene. Det er også få ansatte som har tatt kurs eller videreutdanning om demens i regi av kommunen fram til 2023. Det er imidlertid positivt at kompetanse om demens er satt på agendaen i 2023, og at flere nå tar relevante kurs om demens.

Mange ansatte med fagutdanning (sykepleiere og helsefagarbeidere mv.) har fått opplæring om demens gjennom sin grunnutdanning, men det er også mange ufaglærte (pleiemedarbeidere mv.) som gir tjenester (praktisk bistand mv.) til hjemmeboende med demens. Dette er en gruppe ansatte som gjerne gir tjenester til udiagnostiserte personer i tidig fase av demensforløpet, men som ofte ikke har noe opplæring om demens verken fra grunnutdanning eller fra kurs i regi av kommunen. Det er derfor særlig viktig at denne gruppen sikres nødvendig opplæring om demens før de gir tjenester til målgruppen.

Høyt sykefravær er en kjent utfordring innen kommunale helse- og omsorgstjenester[9]. Det bidrar til å svekke både kapasiteten og kompetansen, og det er viktig at kommunen følger med og iverksetter tiltak om nødvendig. Et flertall av de ansatte erfarer at avdelingen har utfordringer med høyt sykefravær. De fleste hjemmetjenesteavdelingene har et sykefravær som ligger over målet på 9,5 prosent. Samlet for alle hjemmetjenesteavdelingene var det om lag 14 prosent i 2023, men sykefraværet varierer fra 7 til 22 prosent mellom ulike avdelinger. Det kan være mange grunner til at sykefraværet er høyt i enkelte avdelinger. Det kan både skyldes for høy arbeidsbelastning og/eller fravær av god ledelse, oppfølging og struktur. Det er uansett viktig at kommunen som en del av styring og internkontroll avdekker årsaker og iverksetter tiltak som kan bidra til å redusere fraværet der det er høyt.

[9] https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utfordringsbildet-og-mulighetsrommet-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/mulighetsrommet/hoyt-sykefravaer-i-tjenestene

Problemstilling 2 om tilrettelegging

Kommunen har et hukommelsesteam med kompetanse, men teamet jobber i liten grad med systematisk kompetanseheving av de ansatte i hjemmetjenesten

Revisjonen vurderer det som positivt at kommunen har et eget hukommelsesteam med kompetanse om demens. Det er imidlertid få ansatte som har fått opplæring eller støtte fra teamet og som samarbeider tett med teamet. Det er derfor et potensial for å i større grad benytte teamet systematisk til å styrke kompetansen i hjemmetjenesteavdelingene.

Ifølge demensretningslinjen og demensplan 2025 bør alle personer med demens og deres pårørende ha en kontaktperson i kommunen som tilbyr oppfølging fra utredning og videre gjennom sykdomsforløpet. De ansatte i hukommelsesteamet kan være en kontaktperson/demenskoordinator for hjemmeboende med demens gjennom hele sykdomsforløpet. Tilbudet er imidlertid i varierende grad kjent blant brukere og pårørende, og det er derfor tilfeldig om hjemmeboende med demens får tilbud om kontaktperson/demenskoordinator eller ikke. Revisjonen mener det er viktig at alle hjemmeboende med demens og deres pårørende gjøres kjent med tilbudet og at de får et tilbud om en kontaktperson/demenskoordinator med bred kompetanse om demens. Etter revisjonens vurdering bør kommunen i større grad systematisere og formalisere tilbudet om kontaktperson/demenskoordinator, slik at alle personer med demens får et tilbud om en fast kontaktperson med kompetanse om demens.

Kommunen har et dagaktivitetstilbud, men tilbudet er i liten grad tilpasset hjemmeboende med demens i tidig fase

Det er lovpålagt at kommunene skal tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Kommunen har et slikt tilbud, men kapasiteten er liten i forhold til behovet. Mange personer får derfor kun tilbud om dagtilbud en dag i uken, og det er ventetid på å få plass både til dag en og til dag to. Tilbudet er også i liten grad innrettet mot hjemmeboende personer som er i tidlig fase av demenssykdommen, og som har større behov for aktivitet.

Det er derfor særlig behov for flere lavterskeltilbud til hjemmeboende personer med demens i tidlig fase, som for eksempel Villa Fredrikke og demenskoret. På bakgrunn av at personer med demens skal bo hjemme om mulig, er det viktig at kommunen, i samarbeid med frivillige organisasjoner, utvikler et godt og variert dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Tilbudet bør dekke ulike behov i ulike faser av demensforløpet. Dette kan både avlaste pårørende og samtidig sørge for økt livskvalitet for hjemmeboende personer med demens.

Videre har kommunen (på linje med andre kommuner) i liten grad som praksis å tilby støttekontakter til hjemmeboende personer med demens. Etter revisjonens vurdering kan støttekontakter være et godt tiltak for hjemmeboende med demens. Et tilbud om støttekontakter kan supplere kommunens dagaktivitetstilbud og bidra til økt aktivitet, og samtidig avlaste pårørende. På lik linje med andre brukergrupper som mottar støttekontakt, er det imidlertid viktig at støttekontaktene får tilstrekkelig med oppfølging og opplæring fra kommunen om diagnosen til personen de skal gi støtte til.

Kommunen tilbyr i stor grad velferdsteknologiske løsninger

Revisjonen finner det positivt at kommunen har kommet langt når det gjelder å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger. Det er generelt en lav terskel for å gi trygghetsalarm til innbyggere i Drammen kommune, og kommunen er proaktiv når det gjelder å ta i bruk nye velferdsteknologiske løsninger som digitalt tilsyn. Det er noen iboende begrensninger når det gjelder i hvilken grad all velferdsteknologi kan benyttes fullt ut overfor hjemmeboende personer med demens. Bruk av medisindispensere kan for eksempel være risikabelt fordi dispenserne ikke klarer å måle om medisinen faktisk blir tatt. Revisjonen mener derfor det generelt er viktig at kommunen følger nøye med på om teknologien passer og virker som forutsatt overfor målgruppen.

Problemstilling 3 tilpasning av tjenester til behov

Hjemmeboende personer med demens får i varierende grad tjenester i tråd med behov

De pårørende opplever i varierende grad at det er samsvar mellom behov og tjenestene som gis. Pårørende til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt erfarer imidlertid i mindre grad at det er samsvar mellom behov og tjenester, sammenlignet med pårørende til brukere som er kognitivt friske. Mens 52 prosent av de øvrige pårørende mener at det i stor grad er samsvar mellom tjenester og behov, svarer kun 43 prosent dette blant pårørende til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt. Blant de pårørende til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt svarer 39 prosent at det i noen grad er samsvar, mens 14 prosent svarer at det i liten eller svært liten grad er samsvar. Til sammenligning svarer henholdsvis 25 og 10 prosent blant de øvrig pårørende at det i noen grad og i liten grad er samsvar. Det er også kun i overkant av en av tre pårørende (35 prosent) til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt som enig i at de som leverer tjenestene har tilstrekkelig med tid til å gi gode tjenester.

Et klart flertall (59 prosent) av de pårørende til personer med demens/kognitiv svikt er også enig i at kvaliteten på tjenestene varierer for mye med hvem som leverer tjenestene. Til sammenligning svarer 53 prosent det samme blant de øvrige pårørende. Forskjellen mellom de to gruppene av pårørende kan tyde på at kommunens tjenester i mindre grad er tilpasset behovene til hjemmeboende med demens, sammenlignet med de øvrige brukerne.

Når det gjelder spørsmål om de ansattes opptreden og framtoning, svarer de pårørende til sammenligning mer positivt. De pårørende til personer med demens/kognitiv svikt er for eksempel i all hovedsak enig i at de som leverer tjenester møter brukeren med respekt (74 prosent) og at hjemmetjenestene preges av høy grad av faglighet og profesjonalitet (60 prosent).

De ansatte svarer relativt likt som de pårørende til personer med demens/kognitiv svikt om det er samsvar mellom behov og tjenester, men de erfarer i enda mindre grad (29 prosent mot 43 prosent) at det i stor grad er samsvar mellom behov og tjenester for målgruppen. Det er også få ansatte (19 prosent) som erfarer at kommunen i stor eller svært stor grad leverer personsentrerte helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende med demens.

De ansatte leverer tjenester til alle brukere, både til hjemmeboende med og uten nære pårørende, og de har derfor et godt grunnlag for å uttale seg om kommunen samlet leverer tjenester i tråd med behovet til målgruppen. Årsaker til at mange ansatte erfarer at tjenestene i varierende grad er i tråd med

behov kan være at de stiller høye krav til kvalitet i tjenestene, samtidig som de opplever at ressursene er begrenset i forhold til behovet. Fordi hjemmeboende med demens er svake etterspørrere av tjenester, mener revisjonen det er risiko for at enkelte hjemmeboende personer med demens i liten grad får forsvarlige tjenester. Dette er en gruppe med store behov, men som ofte ikke er i stand til å si ifra om behovene ikke dekkes.

En konsekvens av at personer med demens skal bo hjemme lenger er at behovene til personene som skal ivaretas av hjemmetjenesten blir større, og risikoen for at tjenestene ikke blir forsvarlige øker dersom det ikke iverksettes nødvendige tiltak. De fleste ansatte (79 prosent) er enig i at det er for få institusjonsplasser (sykehjem) i forhold til behov for personer med demens. Videre opplever en av fem pårørende (21 prosent) til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt at det i liten grad er forsvarlig at den aktuelle personen med demens/kognitiv svikt bor hjemme. Kommunalsjefen viser i denne forbindelse til at det alltid vil være et stort behov for sykehjemsplasser, men at det er et mål og en dreining i kommunen at brukerne skal bo hjemme så lenge som mulig. Det at brukere med demens heller skal bo hjemme enn på sykehjem medfører imidlertid et økt press og større behov for kompetanse i hjemmetjenesten. På bakgrunn av at personer med demens som har kommet langt i sykdomsforløpet skal bo hjemme lenger i Drammen kommune, mener revisjonen det er spesielt viktig at kommunen iverksetter tiltak som sikrer at alle hjemmeboende med demens får en lik og systematisk oppfølging tilpasset individuelle behov.

Hjemmetjenesten har i liten grad et formalisert og systematisk samarbeid med fastlegene om utredning og diagnostisering ved mistanke om demens

Drammen kommune har mange hjemmeboende personer med demens som ikke er diagnostisert. Det er flere mulige årsaker til dette. En mulig årsak kan være at det ikke prioriteres av helsepersonell fordi det ikke finnes noen kur.[10] En annen årsak kan være at personer med demens føler frykt eller skam (stigma) når symptomene oppstår og at de derfor ikke ønsker å utredes eller diagnostiseres. Det er et viktig prinsipp at både utredning, diagnostisering og tiltak/helsehjelp skal baseres på frivillighet. En diagnose er likevel ofte avgjørende for å sikre at hjemmeboende personer med demens kan få nødvendig og forsvarlig helsehjelp til rett tid og i henhold til behov. Revisjonen mener derfor det er viktig at hjemmetjenesteavdelingene, hukommelsesteamet og fastlegene samarbeider godt om utredning og diagnostisering av hjemmeboende personer med mistanke om demens. Revisjonen mener også det er viktig at kommunen har gode rutiner for å vurdere samtykkekompetanse for personer med demens/kognitiv svikt. Det er videre viktig at fastlegene, som har hovedansvaret for pasientene på sin liste, framstår som en integrert del av kommunens helse- og omsorgstjenester.

Drammen kommune har mange gode skriftlige rutiner knyttet til hjemmetjenesten, men kommunen har i liten grad skriftlige rutiner og prosedyrer som tilsier at behov for utredning og diagnostisering ved mistanke om demens skal meldes til hukommelsesteamet og/eller fastlegene. Dette kan føre til at ansatte ikke melder om behov for utredning og diagnostisering til hukommelsesteamet/fastlegene i samme utstrekning som de melder ifra om endrede behov for tjenester. Kun i underkant av en av tre ansatte erfarer at kommunen i stor eller svært stor grad har tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer for

[10] HOD (2020) Demensplan 2025, s. 29.

utredning ved mistanke om demens (29 prosent) og samarbeid med fastlegene om utredning (32 prosent). Revisjonen mener derfor det mangler gode rutiner og systemer som sikrer til at hjemmeboende personer med tegn på demens utredes og diagnostiseres i Drammen kommune.

Dette fører til at det er tilfeldig og personavhengig om hjemmeboende personer som mottar hjemmetjenester med tegn på demens utredes og diagnostiseres eller ikke. Pårørende har også en viktig rolle når det gjelder å følge med og bistå personen med å ta kontakt med hukommelsesteamet og/eller fastlege for utredning og diagnostisering. Men i de tilfeller hvor personen ikke har nære pårørende og personen mottar hjemmetjenester (eksempelvis praktisk bistand) er det spesielt viktig at kommunen har gode systemer og rutiner som bidra til å sikre utredning og diagnostisering ved mistanke om demens.

Det varierer også om hjemmetjenesteavdelingene har et velfungerende samarbeid med fastlegene. Samlet er det imidlertid kun i underkant av en av tre ansatte (30 prosent), som erfarer at det er tilstrekkelig med rutiner og samarbeid med fastlegene etter demensdiagnose. Videre erfarer 39 prosent at det er et tilstrekkelig samarbeid med fastlegene. De pårørende er i liten grad kjent med om det eksisterer noe samarbeid. Revisjonen mener at det er et potensial for et tettere samarbeid i mange hjemmetjenesteavdelinger, blant annet ved at det i større grad gjennomføres faste samarbeidsmøter med de aktuelle fastleger ved behov. Mulige årsaker til manglende samarbeid kan være begrenset med kapasitet hos både fastlegene og hjemmetjenesten.

Videre varierer det om hjemmeboende med demensdiagnose følges opp tett av fastlegene eller ikke. I spørreundersøkelsen til pårørende svarte 37 prosent av de pårørende til hjemmeboende personer med demensdiagnose at pasienten sjelden eller aldri følges opp av fastlegen, mot 27 prosent blant de som ikke har demens/ kognitiv svikt. Mange hjemmeboende med demensdiagnose må dermed bestille time ved spesielle behov på linje med andre på fastlegens liste. Denne praksisen er ikke i tråd med anbefalingene i demensretningslinjen som anbefaler at personer med demenssykdom følges opp fast av fastlegen minimum hver 6 / 12 måned.

Revisjonen ser det som positivt at kommunen har et eget forbyggende helseteam for seniorer, som tilbyr hjemmebesøk til innbyggere uten kommunale tjenester fra det året de fyller 75 år. Dette er et tiltak som kan bidra til at hjemmeboende personer med tegn på demens utredes og diagnostiseres, samt at eldre innbyggere i kommunen får informasjon om kommunens tilbud til målgruppen.

Revisjonen mener videre det er positivt at kommunen våren 2024 har en satsning som skal føre til bedre samhandling med fastlegene om blant annet demensutredning, og at det i denne sammenheng skal gjennomføres et kvalitetsseminar i regi av SKIL (senter for kvalitet i legetjenesten).

Kommunen har gode rutiner for å regelmessig kartlegge mestringsnivå/ADL, men rutinene følges i varierende grad opp i praksis

Ifølge demensretningslinjen bør personer med demens få sitt mestringsnivå/ADL[11] og tjenestebehov vurdert to ganger i året eller oftere. Kommunens egne rutiner fastsetter imidlertid at ansatte

[11] Activities of Daily Living

(primærkontakt) skal vurdere mestringsnivå/ADL minimum hver tredje måned og oftere ved behov. Kommunens rutiner er dermed strengere enn anbefalingene i demensretningslinjen, og gjelder i tillegg for alle som har en primærkontakt. Fordi personer med demens i tidlig fase kan skjule sine symptomer er det særlig viktig at ansatte gjennomfører systematiske kartlegginger i tråd med egne rutiner overfor denne gruppen.

Kommunen har gode rutiner for å kartlegge mestringsnivå/ADL, men rutinene etterleves i varierende grad i praksis. Kun i overkant av hver tredje ansatt (37 prosent) erfarer at kommunen i stor grad kartlegger (ADL) jevnlig om hjemmeboende med demens har økt omsorgsbehov. I saksgjennomgangen var det også kun 5 av 14 personer som fikk mestringsnivå/ADL kartlagt minimum hver tredje måned. Manglende kartlegging i tråd med rutinene kan føre til at kommunen i liten grad avdekker tegn på demens og at et økende omsorgsbehov ikke avdekkes slik rutinene forutsetter. Dersom personene ikke har pårørende som følger opp tett, kan det medføre at kommunen ikke iverksetter nødvendige tiltak. Det er et lederansvar å sørge for at ADL- kartleggingene gjennomføres i tråd med egne rutiner. Årsaker til at rutinene ikke alltid følges kan være at ADL-kartlegginger nedprioriteres som følge av begrenset kapasitet i hjemmetjenestene, og at det ikke følges godt nok opp av avdelingsleder.

Revisjonen mener likevel det er positivt at kommunen har lav terskel for å endre tjenestene ved behov, forutsatt at de ansatte i hjemmetjenestene avdekker og melder inn endrede behov til saksbehandler ved tildelingskontoret (TOK). Dette gjelder uavhengig av om det gjennomføres en kartlegging av mestringsnivå/ADL i tråd med rutinene eller ikke. Kommunen har også gode rutiner for å gjennomføre tverrfaglige møter ved behov. Det er imidlertid uheldig at kun i underkant av hver tredje ansatt (32 prosent) erfarer at det alltid fattes nytt vedtak om tjenester ved økt omsorgsbehov for hjemmeboende personer med demens. Dette kan tyde på at økt behov ikke alltid fanges opp og meldes inn til saksbehandler som forutsatt.

Kommunens rutiner er gode når det gjelder å løpende tilpasse nivået på tjenestene til behovet når behov avdekkes og meldes inn til saksbehandler ved tildelingskontoret. Det er imidlertid et tidspress i hjemmetjenesten, og mange ansatte registrerer ikke all nødvendig informasjon i journal. Videre er det mange ansatte som i stor grad formidler viktig informasjon muntlig. Etter revisjonens vurdering er det derfor en risiko for at ansatte ikke alltid kartlegger og undersøker nøye nok, og at behov for både utredning og diagnostisering og for endrede tjenestebehov ikke alltid meldes inn til riktig instans.

Det er i denne forbindelse bekymringsverdig at mer enn en av ti av de pårørende (14 prosent) til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt og de ansatte (12 prosent) melder at tjenestene til brukere med demens/kognitiv svikt i liten eller svært liten grad er i tråd med behov. Dette kan tyde på at det er risiko for at tjenestene som gis ikke alltid er forsvarlige. Dette gjelder særlige i de tilfeller hjemmeboende personer med demens ikke har pårørende som følger nøye med.

Revisjonen mener det derfor er viktig at alle ansatte i hjemmetjenesten som gir tjenester til hjemmeboende personer med demens får nødvendig opplæring og kompetanse om demens. Videre er det også viktig at rutiner for kartlegging av mestringsnivå/ADL følges og at endret omsorgsbehov meldes til saksbehandlere ved tildelingskontoret. I tillegg bør det utarbeides systemer og rutiner som sikrer at hukommelsesteamet og/eller fastlege får informasjon ved tegn på demens. Revisjonen mener også det er betydningsfullt at ufaglærte pleiemedarbeidere som yter praktisk bistand (rengjøring mv.)

får tilstrekkelig opplæring om både systemer og rutinene og om demens. Denne gruppen er ofte tidlig hjemme hos udiagnostiserte personer i tidlig fase med tegn på demens.

Kommunen har gode rutiner for journalføring, men de ansatte har ofte ikke tid til å føre inn alle nødvendige opplysninger

Journalføring står sentralt i helsepersonells yrkesutøvelse og er avgjørende for å sikre kontinuitet, kvalitet og sikkerhet i tjenestene. Det er et lovkrav at alle nødvendige opplysninger skal nedtegnes uten ugrunnet opphold. Kommunen har en plikt til å legge til rette for at helsepersonell har rammebetingelser som gjør det mulig å overholde dokumentasjonsplikten.

Et flertall av de ansatte opplever at kommunen har tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer for journalføring i Gerica, men samtidig opplever også et flertall av de ansatte i hjemmetjenesten at det ikke er satt av tilstrekkelig med tid til å nedtegne all relevant informasjon i journal. Et klart flertall av de ansatte melder om at mye av rapporteringen av helsetjenestene skjer muntlig mellom de ansatte. Dette fører blant annet til at det kan være en utfordring for saksbehandlere ved tildelingskontoret å finne nødvendig informasjon i pasientenes journal når vedtak om tjenester skal oppdateres.

Revisjonen mener at manglende prioritering og tid til å nedtegne nødvendig informasjon uten ugrunnet opphold i journal i tråd med rutiner, er en risikofaktor som kan påvirke tjenestene som utøves og pasientsikkerheten. Det er derfor viktig at kommunen iverksetter tiltak som bidrar til at helsepersonell som yter tjenester til hjemmeboende med demens har tid til å dokumentere behov og tjenester i tråd med lovkrav.

Kommunen har som praksis å utarbeide tiltaksplaner til alle som mottar tjenester, men det er et potensial for å i større grad lage personsentrerte tiltaksplaner

Gode tiltaksplaner er et sentralt verktøy for å oppnå personsentrerte tjenester, og verktøyet er innarbeidet i det elektroniske journalsystemet (EPJ). Kommunen har derfor som fast rutine at alle hjemmeboende personer med behov får en tiltaksplan. Hjemmeboende personer med demens mottar imidlertid i varierende grad tiltaksplaner som er personsentrerte og tilpasset individuelle behov. Det er også variasjon mellom avdelingene når det gjelder i hvilken grad tiltaksplanene oppdateres og tilpasses den enkeltes behov. En hovedårsak til dette er at arbeid med tiltaksplanene ikke alltid prioriteres, som følge av manglende kapasitet. Revisjonen mener derfor det kan være et potensiale i større grad å lage individuelle personsentrerte tiltaksplaner til hjemmeboende personer med demens.

De fleste pårørende er i liten grad kjent med at kommunen utarbeider tiltaksplaner. For å sikre at tiltaksplanene tilpasses personens individuelle behov, mener revisjonen det er viktig at de pårørende involveres i arbeidet med å utarbeide gode personsentrerte tiltaksplaner.

Drammen kommune har på plass et system for å tilby koordinator og individuell plan til de som har rett til det, men dette virkemiddelet tilbys i Drammen kommune (som i mange andre kommuner) i liten grad til hjemmeboende personer med demens. Dette kan dels forklares med at personer med demens ikke mottar tjenester fra mange ulike instanser og at behovet derfor ikke er til stede. Det kan imidlertid være risiko for underforbruk av tjenester for gruppen i forhold til behov. Revisjonen mener derfor det kan

være en viktig oppgave for kontaktperson og/eller koordinator å sørge for at personene får de tiltakene og den helsehjelpen de har behov for ettersom sykdommen forløper. Både kontaktperson/koordinator og individuell plan kan i denne forbindelse være et nyttige virkemiddel for planlegging og medvirkning for brukergruppen, og det er derfor viktig at alle som har behov får et tilbud om koordinator og individuell plan.

Kommunen gir i liten grad veiledning og støtte til pårørende

Mange pårørende opplever at de i liten grad får tilstrekkelig med informasjon, veiledning og støtte fra kommunen. Det er bare 9 prosent av de pårørende, som opplever at de i stor grad får tilstrekkelig veiledning, støtte og hjelp. Ifølge kommunens rutiner er det primærkontaktene som har hovedansvaret for å sikre et godt samarbeid med pårørende, men mange primærkontakter gir, som følge av begrenset kapasitet og manglende prioritering, i liten grad informasjon, veiledning og støtte til de pårørende. Det er forståelig at primærkontaktene prioriterer pasientene når det er begrenset med tid tilgjengelig, men kommunen har likevel at ansvar for å ivareta de pårørende. Kommunen skal også om nødvendig fatte vedtak om pårørendestøtte i form av opplæring og veiledning.[12]

Det er imidlertid positivt at et flertall (58 prosent) av de pårørende til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt opplever at innspill og tilbakemeldinger blir tatt imot på en god måte, men det er en lavere andel som er enig i at det legges til rette for å kunne komme med innspill (43 prosent). Det er også få som erfarer at det er etablert møter/forum/råd for å sikre brukermedvirkning (9 prosent). Revisjonen finner det i denne forbindelse positivt at kommunen fra og med 2023 har opprettet et brukerråd.

Revisjonen er av den oppfatning at når kommunen har bestemt at hjemmeboende personer med demens skal bo hjemme om mulig, er det også særlig viktig at arbeidet med å veilede og støtte pårørende styrkes.

Alle brukere og pårørende med tjenester vil i utgangspunktet ha både en primærkontakt i hjemmetjenesten og en saksbehandler ved tildelingskontoret. I tillegg kan de pårørende og brukerne ha en kontaktperson/demenskoordinator hos hukommelsesteamet, og også ha kontakt med forebyggende team for eldre. Mange ulike potensielle kontaktpersoner kan føre til risiko for at ansvaret for oppfølging av pårørende blir uklart og fragmentert, selv om det ifølge kommunens rutiner er primærkontakt som har hovedansvaret. Kommunen bør derfor kommunisere klart og tydelig til pårørende hvem som har ansvaret for å gi veiledning og støtte til pårørende.

[12] Til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid skal kommunen tilby nødvendig pårørendestøtte, i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6) Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 kommer forvaltningslovens bestemmelser her til anvendelse, dvs. at kommunen skal fatte vedtak om slike tjenester, også for opplæring/veiledning, når det er et nødvendig behov for veiledning og opplæring utover 14 dager

Anbefalinger

Med bakgrunn i vår gjennomgang vil revisjonen anbefale kommunen å gjennomføre følgende:

1. Kommunen bør sørge for å utarbeide rutiner og systemer som bidrar til å sikre at alle hjemmeboende personer med demens får et likt tilbud uavhengig av hvor i kommunen de bor. Dette innebærer systemer og rutiner som bidrar til at:
    - alle hjemmeboende personer med mistanke om demens utredes og diagnostiseres
    - alle hjemmeboende personer med demens får tilbud om en kontaktperson/demenskoordinator med kompetanse om demens
    - alle hjemmeboende personer med demens får en personsentrert tiltaksplan, som er tilpasset individuelle behov
    - alle hjemmeboende personer med demens følges opp av ansatte med nødvendig kompetanse om demens.
2. Kommunen bør fastsette mål for tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med demens, for eksempel i en demensplan
3. Kommunen bør iverksette tiltak som bidrar til at de ansatte melder inn alle nødvendige avvik som gjelder hjemmeboende med demens
4. Kommunen bør iverksette tiltak som kan bidra til å styrke dagaktivitetstilbudet til hjemmeboende personer med demens, særlig i tidlig fase av sykdommen (lavterskeltilbud).
5. Kommunen bør i større grad tilby støttekontakter til hjemmeboende personer med demens
6. Kommunen bør opprette systemer og rutiner som sikrer at pårørende til hjemmeboende personer med demens får tilstrekkelig informasjon, veiledning og støtte

Kommunedirektørens uttalelse til rapporten

Kommunedirektørens uttalelse er vedlagt rapporten. Kommunedirektøren anser rapporten som nyttig, og takker for anbefalingene. Rapporten gir kommunen et godt grunnlag for kvalitetsforbedring innen tjenester til hjemmeboende personer med demens. Kommunedirektøren viser også til en rekke tiltak som allerede er igangsatt eller som er planlagt.

Innhold

1. Innledning ... 30
1.1. Bakgrunn for prosjektet ... 30
1.2. Formål og problemstillinger ... 31
1.3. Avgrensning av undersøkelsen ... 32
1.4. Nærmere om demens ... 33

2. Metode ... 35
2.1. Dokumentbestilling og - analyse ... 35
2.2. Saksgjennomgang ... 37
2.3. Spørreundersøkelse til ansatte ... 37
2.4. Spørreundersøkelsen til pårørende ... 40
2.5. Intervjuer ... 42
2.6. Validitet og reliabilitet ... 42

3. Revisjonskriterier ... 43
3.1. Kommunens ansvar for å gi nødvendige og forsvarlige tjenester til hjemmeboende med demens ... 43
3.2. Kommunestyrets mål for hjemmetjenester i Drammen kommune ... 45
3.3. Krav om internkontroll og kompetanse ... 46
3.3.1. Kommunelovens krav til internkontroll ... 46
3.3.1. Helse- og omsorgs sektorens krav til internkontroll og kompetanse ... 50
3.3.1.1. Overordnede krav til internkontroll og styring ... 50
3.3.1.2. Detaljerte krav og forventninger til internkontroll ... 50
3.4. Krav og forventinger knyttet til tilrettelegging for hjemmeboende med demens ... 56
3.5. Tjenester tilpasset den enkeltes behov ... 59
3.6. Utledede revisjonskriterier ... 63

4. Internkontroll og kompetanse ... 64
4.1. Organisering og ansvarsfordeling ... 64
4.1.1. Pågående prosjekter ... 67
4.1.2. Ivaretakelse av roller og ansvar i hjemmetjenesten ... 69
4.2. Kommunikasjons- og informasjonsflyt internt i avdelingene ... 72
4.2.1. Samarbeidet mellom hjemmetjenesteavdelingene og andre aktører ... 77
4.2.2. Nærmere om samarbeidet mellom hjemmetjenesteavdelingene og tildelingskontoret ... 79
4.3. Mål for hjemmeboende med demens ... 84
4.4. Bruk av informasjon om måloppnåelse og kvalitet (styringsinformasjon) til internkontroll, styring og rapportering hjemmetjenestene ... 87
4.5. Avvikshåndtering ... 88
4.6. Risikovurderinger ... 99
4.7. Nødvendig kompetanse og kapasitet ... 107
4.7.1. Kapasitet ... 107
4.7.2. Kompetanse ... 120

5. Tilrettelegging ... 128
5.1. Bruk av kompetansen til hukommelsesteamet ... 128
5.2. Dagaktivitetstilbud ... 134
5.2.1. Støttekontakt ... 145

5.3. Velferdsteknologi 147

6. Tilpasning av tjenester til behov 154
6.1. Omfang av demens i Drammen kommune 154
6.2. Omfang av vedtak om hjemmetjenester 156
6.3. Tjenester tilpasset behovet til hjemmeboende personer med demens 158
6.4. Nødvendige rutiner og prosedyrer for arbeid med hjemmeboende med demens 166
6.5. Nærmere gjennomgang av utvalgte rutiner og praksis 169
6.5.1. Rutiner for utredning ved mistanke om demens 169
6.5.1. Samarbeid med fastlegene om oppfølging etter demensdiagnose 177
6.5.2. Rutiner for regelmessig vurdering/evaluering av tjenestebehov og oppdatering av vedtak 180
6.5.1. Rutiner for å føre i journal 193
6.6. Personsentrerte tjenester 195
6.7. Individuelle tiltaksplaner 197
6.8. Nærmere om primærkontaktenes ansvar og oppgaver mv. 207
6.9. Koordinator og individuell plan 212
6.10. Pårørendestøtte 217

7. Revisjonens vurderinger og konklusjon 225

8. Anbefalinger 239

Referanser 240

Vedlegg 1 – Kommunedirektørens svar 245

Vedlegg 2 – Oversikt prosedyrer og rutiner 246

Vedlegg 3 – Oversikt over registrerte avvik i hjemmehjelpsenheter, dagsentere og nattjeneste-enheter 249

Vedlegg 4 – Oversikt over registrerte kurs/utdanning 252

Vedlegg 5 – Eksempler på svar fra ansatte om ansvarsområder 255

Vedlegg 6 – Eksempler på svar fra ansatte om rutiner og prosedyrer mv. 258

Vedlegg 7 – Eksempler på svar fra ansatte om kompetanse 260

Figuroversikt

Figur 1 Oversikt over hierarki av ulike boformer til personer med demens 33

Figur 2 Utvikling i svarprosent over tid for spørreundersøkelsen til ansatte 38

Figur 3 Utvikling av svarprosent over tid i pårørendeundersøkelsen 41

Figur 4 Kommunens organisering av tjenestene til hjemmeboende ifølge organisasjonskart, per desember 2023 64

Figur 5 Omtrentlig plassering til resepsjonen/kontaktpunktet til avdelingene per høsten 2023 66

Figur 6 På hvilken måte kan de ovennevnte ansvarsområdene eventuelt ivaretas på en bedre måte? (ordsky) 72

Figur 7 Prosessdiagram for samhandling/tildeling 79

Figur 8 Er det fastsatt mål for arbeidet med tjenestene til hjemmeboende med demens? 84

Figur 9 I hvilken grad har kommunen sørget for at alle ansatte som arbeider med hjemmeboende med demens har tilstrekkelig med kompetanse om styringssystemet (EQS), inklusive skriftlige rutiner og prosedyrer og avviksmelding 89

Figur 10 I hvilken grad er det klart og tydelig hva de ansatte skal melde inn i kommunens avvikssystem (EQS) når det gjelder tjenester til hjemmeboende med demens? 90

Figur 11 Antall avvik per brutto årsverk i 2022 og 2023 i Hjemmetjenesteavdelingene 97

Figur 12 Type avvik 98

Figur 13 Kumulativ fordeling av risikoanalyser over tid 100

Figur 14 Kartlegges regelmessig vesentlige risikoer knyttet til tjenestetilbudet til hjemmeboende med demens (risikovurderinger)? 105

Figur 15 I hvilken grad gjennomfører ledelsen systematisk tiltak for å redusere identifisert risiko 106

Figur 16 Antall brukerrettede årsverk totalt innenfor helse og omsorg, og antall uten helseutdanning (SSB) 107

Figur 17 Andel avtalte årsverk av personell med relevant fagutdanning totalt (Helsedirektoratet) 108

Figur 18 Andel ansatte med fagutdanning fra Høyskole/universitet og videregående skole (Helsedirektoratet/NKI) 109

Figur 19 Oversikt over tilgjengelige årsverk Tjenester til hjemmeboende nord og sør (dagsentrene holdes utenfor) 111

Figur 20 I hvilken grad har de ansatte tilstrekkelig med tid til å gjennomføre alle oppgaver som planlagt/forventet overfor hjemmeboende med demens i løpet av en vakt? 112

Figur 21 Sykefravær totalt ved hjemmetjenestene i prosent per avdeling i 2022 og 2023 (til og med september) 117

Figur 22 Sykefravær totalt ved dagsentrene i prosent per avdeling i 2022 og 2023 (til og med september) 118

Figur 23 Hvilken type opplæring har du mottatt om demens (flere svar mulig) 122

Figur 24 Oversikt over registrerte kurs i perioden 2020 – 2023 (september) 124

Figur 25 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om kommunens tjenestetilbud? De ansatte har tilstrekkelig kompetanse om demens. (Kun pårørende til personer med demens/kognitiv svikt) 127

Figur 26 Har den du er pårørende til en egen demenskoordinator? Kun pårørende til personer som har en demensdiagnose 133

Figur 27 Antall årsverk som er tilgjengelig på kommunens aktivitets- og dagsentere mv. 135

Figur 28 Andel hjemmeboende med demensdiagnose som har vedtak om et dagaktivitetstilbud (Helsedirektoratet/NKI) 136

Figur 29 Iverksettelsestid for dagaktivitetstilbud i Drammen kommune (Helsedirektoratet) 137

Figur 30 I hvilken grad mottar alle hjemmeboende med demens med behov et hensiktsmessig dagaktivitetstilbud? 138

Figur 31 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med demens? Kommunen har for få plasser med dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens i forhold til behovet 138

Figur 32 Hva kan eventuelt bli bedre knyttet kommunens dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens (ordsky) 139

Figur 33 Andel hjemmeboende med demensdiagnose som har vedtak om støttekontakt (Helsedirektoratet/NKI) 145

Figur 34 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med demens? Flere hjemmeboende med demens har behov for støttekontakt 146

Figur 35 Andel hjemmeboende personer med demensdiagnose med lokaliseringsteknologi i 2020 og 2021 i Drammen kommune 149

Figur 36 Mottar den du er pårørende til følgende former for velferdsteknologi? 152

Figur 37 På hvilken måte kan kommunen eventuelt bli bedre med hensyn til bruk av velferdsteknologi? (ordsky) 153

Figur 38 Antall personer med demens i Drammen kommune (anslag) (Aldring og helse) 154

Figur 39 Antall hjemmeboende personer registrert med demensdiagnose i Drammen kommune (Helsedirektoratet/NKI) 155

Figur 40 Ventetid (iverksettingstid) på hjemmetjenester i Drammen kommune (Helsedirektoratet/NKI) 156

Figur 41 Antall vedtakstimer hjemmesykepleie i perioden april 2021 – april 2023 (Drammen kommune) 157

Figur 42 Hvilke tjenester mottar den du er pårørende til? (flere svar mulig) 158

Figur 43 I hvilken grad er det samsvar mellom personens behov for tjenester og tjenestene som kommunen gir? 159

Figur 44 Fordeling på om den aktuelle brukeren har demens/kognitiv svikt eller ikke (N = 999) 160

Figur 45 Påstand: Kommunen har for få institusjonsplasser (sykehjem) i forhold til behov for personer med demens 163

Figur 46 I hvilken grad er det forsvarlig at den du er pårørende til bor hjemme (ikke på institusjon/sykehjem)? Kun pårørende til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt 164

Figur 47 Har den du er pårørende til en demensdiagnose? 173

Figur 48 Hvor ofte følges den du er pårørende til rutinemessig opp av fastlegen? 178

Figur 49 I hvilken grad kartlegges og vurderes det om hjemmeboende med demens har økt omsorgsbehov (ADL/IPLOS mv.) minimum hver sjette måned eller oftere ved behov? 182

Figur 50 I hvilken grad fattes det alltid nytt vedtak om tjenester ved økt omsorgsbehov for hjemmeboende med demens? 183

Figur 51 Punktdiagram med regesjonslinjer som viser sammenheng mellom ADL-skår og tid mellom kartlegginger 186

Figur 52 Kartlegger og vurderer kommunen regelmessig (eksempelvis hver sjette måned eller oftere) om den du er pårørende til har økt omsorgsbehov? 187

Figur 53 Fatter kommunen systematisk nye vedtak om tjenester ved økt behov for tjenester? 188

Figur 54 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand om kartlegging og tilpasning av tjenester: Kommunen kartlegger og tilpasser tjenestene systematisk etter hvert som personen får økt omsorgsbehov 188

Figur 55 På hvilken måte kan kommunen eventuelt bli bedre på å systematisk kartlegge og tilpasse tjenestene til behov? (ordsky) 189

Figur 56 Påstand: Det er satt av tilstrekkelig tid til å nedtegne relevant informasjon i journal uten ugrunnet opphold 194

Figur 57 Påstand: Mye av rapporteringen av helsetjenestene skjer muntlig mellom de ansatte 194

Figur 58 Pårørende: Evalueres og oppdateres tiltaksplan til den du er pårørende til regelmessig (for eksempel hver tredje måned eller oftere)? 201

Figur 59 Ansatte: Har du en eller flere av følgende roller? (flere svar mulig) 207

Figur 60 Histogram: Antall brukere per primærkontakt (n = 64 primærkontakter) 209

Figur 61 Har den du er pårørende til en fast kontaktperson (primærkontakt) i kommunen? 210

Figur 62 I hvilken grad følger kontaktpersonen/primærkontakten systematisk opp at det er samsvar mellom behovene og tjenestene som gis til den du er pårørende til? Kun pårørende som svarer at den de er pårørende til har demens/kognitiv svikt 211

Figur 63 Kommunens prosesskart for saksgang ved anmodning om individuell plan 212

Figur 64 Antall brukere i kommunen med individuell plan og antall brukere med omfattende bistandsbehov. 213

Figur 65 Forholdstall (prosent): Antall brukere i kommunen med individuell plan i forhold til antall brukere med omfattende bistandsbehov. 214

Figur 66 Har den du er pårørende til koordinator og individuell plan? 215

Figur 67 Hva kan eventuelt bli bedre med hensyn til å gi veiledning og støtte til pårørende? (ordsky) 219

Figur 68 I hvilken grad gir kommunen tilstrekkelig veiledning, støtte og hjelp til pårørende? 221

Figur 69 Har dere fått informasjon fra kommunen om pårørendeskole for pårørende til personer med demens 221

Figur 70 Hvor enig eller uenig er i følgende påstander om samarbeid mellom kommunen og deg som pårørende? 222

Tabelloversikt

Tabell 1 Bestilte og leverte dokumenter i forbindelse med revisjonen 35

Tabell 2 Svarprosent for spørreundersøkelse til ansatte 37

Tabell 3 Svarprosent fordelt på type respondent 39

Tabell 4 Svarprosent til pårørende 40

Tabell 5 I hvilken grad ivaretas følgende roller/ansvar i tråd med forventninger og krav til stillingen (N = 256) 71

Tabell 6 I hvilken grad ivaretas rollen/ansvaret som avdelingsleder (sikre faglig forsvarlig drift i avdelingen) i tråd med forventninger og krav til stillingen når det gjelder tjenester til hjemmeboende med demens? 73

Tabell 7 I hvilken grad har dere god kommunikasjons- og informasjonsflyt internt knyttet til tjenestene dere leverer til hjemmeboende med demens? (N = 256) 74

Tabell 8 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om informasjon- og kommunikasjonsflyt (N = 256) 75

Tabell 9 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Vi har utfordringer med dårlig planlegging og organisering (N = 256) 76

Tabell 10 I hvilken grad fungerer følgende systemer bra i forhold til formålet (behovene systemet skal dekke)? (N = 256) 77

Tabell 11 I hvilken grad har dere et tilstrekkelig samarbeid med følgende aktører i arbeidet med tjenester til hjemmeboende med demens? (N = 256) 78

Tabell 12 I hvilken grad har dere et tilstrekkelig samarbeid med tjenestetildeling og koordinerende enhet (TOK) i arbeidet med tjenester til hjemmeboende med demens? 82

Tabell 13 Påstand: Det er uklart om ansvaret for å kartlegge endrede behov og justere vedtak ligger hos tjenesteutfører/ avdelingene eller koordinerende enhet (TOK) 83

Tabell 14 Avgjørelser fra statsforvalter i 2022 87

Tabell 15 I hvilken grad melder de ansatte inn alle relevante avvik i kommunens kvalitetssystem (N = 256) 91

Tabell 16 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om avvikshåndtering og tilbakemeldinger (N = 256) 92

Tabell 17 Innmeldte avvik per avdeling i 2022 og 2023 (fram til september) 95

Tabell 18 Statistikk om avvik i hjemmetjenesteavdelingene 97

Tabell 19 Status for innmeldte avvik 98

Tabell 20 Registrerte ROS-analyser i hjemmetjenester 101

Tabell 21 Registrerte risikoanalyser fordelt på aktuelle enheter i hjemmetjenesten: 102

Tabell 22 Status for ROS-analyser per september 2023 103

Tabell 23 Status for ROS-analyser per september 2023 for risikoelementer som ikke er akseptert 103

Tabell 24 Eksempler på meldte risikofaktorer om tjenestekvalitet 104

Tabell 25 Framskriving av behovet for årsverk i institusjon og hjemmetjeneste i Drammen kommune (KMD/SSB) 108

Tabell 26 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til kapasitet (positivt formulerte påstander) (N = 256) 112

Tabell 27 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til kapasitet (negativt formulerte påstander) (N = 256) 113

Tabell 28 Sykefravær hjemmetjenester og institusjon P06 116

Tabell 29 Statistikk sykefravær 118

Tabell 30 Gjennomsnittlig stillingsstørrelse og heltidsandel for hjemmetjenester og institusjon i perioden august 2020 – desember 2022 119

Tabell 31 I hvilken grad får alle ansatte som leverer tjenester til hjemmeboende med demens nødvendig opplæring på området? 120

Tabell 32 I hvilken grad har kommunen sørget for at alle ansatte som arbeider med hjemmeboende med demens har tilstrekkelig fagkompetanse på følgende områder (N = 256) 121

Tabell 33 Registrerte kurs om demens 125

Tabell 34 Antall registrerte kurs i Drammen kommune (2020 - 2023) 125

Tabell 35 I hvilken grad har dere et tilstrekkelig samarbeid med følgende aktører i arbeidet med tjenester til hjemmeboende med demens? (N = 256) 130

Tabell 36 I hvilken grad har dere et tilstrekkelig samarbeid med Hukommelsesteamet i arbeidet med tjenester til hjemmeboende med demens? 131

Tabell 37 Oversikt over kommunens dagsentere for hjemmeboende eldre 134

Tabell 38 Velferdsteknologi som er tildelt personer med registrert demensdiagnose i Norge i 2022, basert på registerdata fra KPR. 149

Tabell 39 I hvilken grad får alle hjemmeboende med demens med behov et hensiktsmessig tilbud om følgende typer velferdsteknologi? (N = 256)) 150

Tabell 40 Antall personer med hjemmetjenester i Drammen i mai 2020 157

Tabell 41 Andel brukere som mottar de ulike tjenestene, fordelt på pårørende svarer om brukeren har demens/kognitiv svikt eller ikke 158

Tabell 42 Samsvar mellom behov og tjenestene som kommunen gir. Kun pårørende til personer med demens/kognitiv svikt (N = 394) 161

Tabell 43 I hvilken grad er det samsvar mellom tjenestene som gis og behov for tjenester for hjemmeboende med demens? 162

Tabell 44 Sammenligning av prosentandel av pårørende og ansatte som erfarer at det er samsvar mellom behov og tjenestene som kommunen gir 163

Tabell 45 I hvilken grad har dere tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer på følgende områder (eksempler i parentes)? (N = 256) 167

Tabell 46 I hvilken grad har dere tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer for utredning ved mistanke om demens. 170

Tabell 47 I hvilken grad har dere tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer for samarbeid med fastlegene om utredning (fastlegene informeres ved mistanke om demens). 171

Tabell 48 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Mange hjemmeboende med demens i Drammen mangler en diagnose (N = 256) 172

Tabell 49 I hvilken grad har dere tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer for samarbeid med fastlegene om oppfølging etter demensdiagnose....177

Tabell 50 I hvilken grad har dere tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer for regelmessig vurdering/evaluering av tjenestebehov etter demensdiagnose (det foretas jevnlig nye vurderinger av mestring, ADL/IPLOS mv.) 180

Tabell 51 Antall dager mellom ADL-kartlegginger for brukere i saksgjennomgang (N = 14) 185

Tabell 52 I hvilken grad har dere tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer for journalføring i Gerica (alle nødvendige opplysninger nedtegnes uten ugrunnet opphold) 193

Tabell 53 I hvilken grad leverer kommunen personsentrerte helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende med demens? 196

Tabell 54 I hvilken grad evalueres og oppdateres tiltaksplanen til hjemmeboende med demens hver tredje måned eller oftere ved endring av hjelpebehov? 198

Tabell 55 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om kommunens tjenestetilbud? 206

Tabell 56 Ansatte I hvilken grad gir kommunen tilstrekkelig veiledning og støtte til pårørende til hjemmeboende ved demensdiagnose? 218

Tabell 57 Hvor enig eller uenig er i følgende påstander om samarbeid mellom kommunen og deg som pårørende? 223

Tekstbokser

Tekstboks 1 Utledede revisjonskriterier 63

Tekstboks 2 Mer informasjon om Elektronisk samhandlingstavle (Sensio) og Ruteoptimaliseringsverktøyet «Spider solutions» 67

Tekstboks 3 Kort beskrivelse av prosjektet fremtidsrettet tjenestetildeling 68

Tekstboks 4 Nærmer beskrivelse av utvalgte ansvarsområder 69

Tekstboks 5 Forebyggende helseteam for seniorer 129

Tekstboks 6 De nasjonale kvalitetsindikatorene til Helsedirektoratet 155

Tekstboks 7 Eksempel på stor belastning for pårørende 164

Tekstboks 8 Eksempel på hjemmeboende bruker med demens som ikke vil motta hjelp fra kommunen 174

Tekstboks 9 Eksempel på bruker med demens som kun får praktisk bistand fra kommunen 175

Tekstboks 10 Nærmere informasjon om IPLOS/ADL kartleggingene 184

Eksempeloversikter fra spørreundersøkelsene

Eksempeloversikt 1 Utvalgte svar fra ansatte om håndtering av avvik og innspill til forbedringer 94

Eksempeloversikt 2 Utvalgte svar fra ansatte om ansatte om kapasitet og tid mv. 113

Eksempeloversikt 3 Utvalgte svar fra ansatte om dagaktivitetstilbud mv 139

Eksempeloversikt 4 Utvalgte svar fra pårørende om dagaktivitetstilbud mv. 143

Eksempeloversikt 5 Utvalgte svar fra pårørende om systematisk kartlegging og tilpassing av tjenestene til behov 189

Eksempeloversikt 6 Utvalgte svar fra ansatte om tiltaksplan mv. 199

Eksempeloversikt 7 Utvalgte svar fra pårørende om tiltaksplan mv. 202

Eksempeloversikt 8 Utvalgte svar fra ansatte om primærkontakter mv. 208

Eksempeloversikt 9 Utvalgte svar fra ansatte på spørsmål om hva som kan bli bedre med hensyn til å gi veiledning og støtte til pårørende 219

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for prosjektet

Kontrollutvalget i Drammen kommune vedtok i sitt møte 18.10.2022 (sak 101/22) at Viken kommunerevisjon IKS skal gjennomføre en forvaltningsrevisjon om kommunens tjenester til hjemmeboende med demens.

Det er et nasjonalt mål at eldre skal få bo i egen bolig lengst mulig, så lenge de kan og vil. Andelen eldre vil øke betraktelig i årene som kommer og flere vil få demens. [13] Dette medfører at stadig flere eldre med økende hjelpebehov vil bo hjemme. [14] Demente har generelt et stort omsorgsbehov og mange vil trenge en sykehjemsplass etter hvert. Gruppen er derfor en stor kostnadsdriver for kommunal omsorg. [15]

Ifølge Drammen kommunes handlings- og økonomiplan 2023-2026 vil det være store utfordringer framover knyttet til å levere gode tjenester til en stadig økende brukergruppe innenfor helse- og omsorg. Flere strategier er derfor vedtatt for å møte disse utfordringene, for eksempel å dreie tjenestene mer over til hjemmebasert omsorg. Kommunen må legge mer vekt på forebyggende innsats og den må utvikle bedre omsorgstrapper og mer skreddersøm. For å kunne møte framtidens krav må Drammen kommune også omfavne den teknologiske utviklingen på området. [16]

At mange med demens ikke diagnostiseres tidlig nok eller at de ikke diagnostiseres i det hele tatt, er en nasjonal utfordring. Det er derfor nødvendig at fastlegene og øvrig helsepersonell i kommunene har kunnskap og kompetanse om demens, slik at utredning, behandling og oppfølging kan starte til rett tid. [17].

Manglende utredning av demens gjør at andre sykdommer ikke blir utelukket og at personer kan gå glipp av behandling for problemer som ikke skyldes demens. At personer med demens mangler en diagnose gjør det også vanskelig for både dem selv og pårørende å skjønne hva som er galt og å søke adekvat informasjon, tjenester og annen hjelp og støtte. Manglende diagnose gjør det også vanskelig for kommuner som har bygget opp et tilbud om systematisk oppfølging etter demensdiagnose å få kontakt med personer som har behov for slik oppfølging. [18]

Ifølge Demensplan 2025 er det mye stigma knyttet til demens. Personer med demens kan bli møtt med nedlatende holdninger eller oppfatninger om at personer med demens ikke er i stand til å delta i ordinære aktiviteter. At det ikke finnes en kur trekkes fram som en årsak til manglende utredning og diagnostisering. Men selv om det ikke finnes en kur, finnes det symptomlindrende behandling og tiltak for at personer med demens kan leve gode liv. [19]

---

[13] Prop. 1 S (2022–2023) HOD, s. 14 og 195.
[14] Aldring og Helse (2020) Tjenester til personer med demens som bor i egen bolig, s. 4.
[15] NOU 2023: 4 Tid for handling, s. 48.
[16] Drammen kommune (2023) Handlings- og økonomiplan 2023-2026, s. 5.
[17] HOD (2020) Demensplan 2025. s. 15 og 29; NOU 2023: 4 Tid for handling, s. 18.
[18] HOD (2020) Demensplan 2025, s. 29.
[19] HOD (2020) Demensplan 2025, s. 29.

Det er en utfordring at mange personer med demens ikke får et tilpasset tjenestetilbud. Mange hjemmeboende med demens med omfattende behov får ofte lite hjelp av kommunen. Mangel på tilpassede tjenester medfører ofte store belastninger på pårørende. Mange pårørende får ikke tilstrekkelig informasjon og avlastning. [20]

Utredning og diagnostikk til rett tid er en forutsetning for å yte effektiv helsehjelp til pasienter med demens. Kognitiv svikt bagatelliseres imidlertid lett av helsepersonell, og utredning og diagnostisering av demens skjer i mange tilfeller for sent i sykdomsforløpet.[21] I Norge er det estimert at 40 prosent av de som er over 70 år og som får hjemmetjenester har demens. Det er imidlertid bare en av fem av disse som har en demensdiagnose. Fordi forekomsten av demens øker med alderen, ventes det å bli nesten en fordobling av antall personer med demens fram mot år 2040. [22]

1.2. Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen er å vurdere om hjemmeboende personer med demens får helse- og omsorgstjenester i tråd med behov, og om kommunen er rustet for å dekke nåværende og fremtidige behov på området.

Formålet belyses ved hjelp av følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad sørger kommunen for å ha tilstrekkelig **kompetanse** for alle tjenester som yter tjenester til personer med demens?

   Problemstillingen omhandler om kommunen sørger for at personell har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet. Videre undersøkes det om andre viktige aspekter knyttet til internkontroll og kompetanse er ivaretatt, blant annet om kommunen har klar ansvarsfordeling, et system for å sette mål og følge opp måloppnåelse (styringsinformasjon), avvikshåndtering og bruk av risikovurderinger.

2. I hvilken grad **tilrettelegge**r kommunen for at personer med demens kan bo lengst mulig i eget hjem?

   Problemstillingen belyser om kommunen har etablert et demensteam/hukommelsesteam, et hensiktsmessig dagaktivitetstilbud, og om kommunen tilbyr velferdsteknologi.

3. I hvilken grad er tjenestetilbudet til personer med demens **tilpasset den enkeltes behov**?

   Problemstillingen belyser omfang av demens i Drammen kommune, om ansatte og pårørende opplever at tjenestene er i tråd med behov, rutiner for utredning og diagnostisering, samarbeid med fastleger, om kommunen jevnlig foretar kartlegginger av mestringsnivå/ADL og om tjenestene løpende tilpasses brukerens endrede behov. Problemstillingen belyser også om kommunen gir tilstrekkelig med støtte og veiledning til pårørende.

---

[20] HOD (2020) Demensplan 2025, s. 29.
[21] Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, s. 22
[22] Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, s. 4, 22

1.3. Avgrensning av undersøkelsen

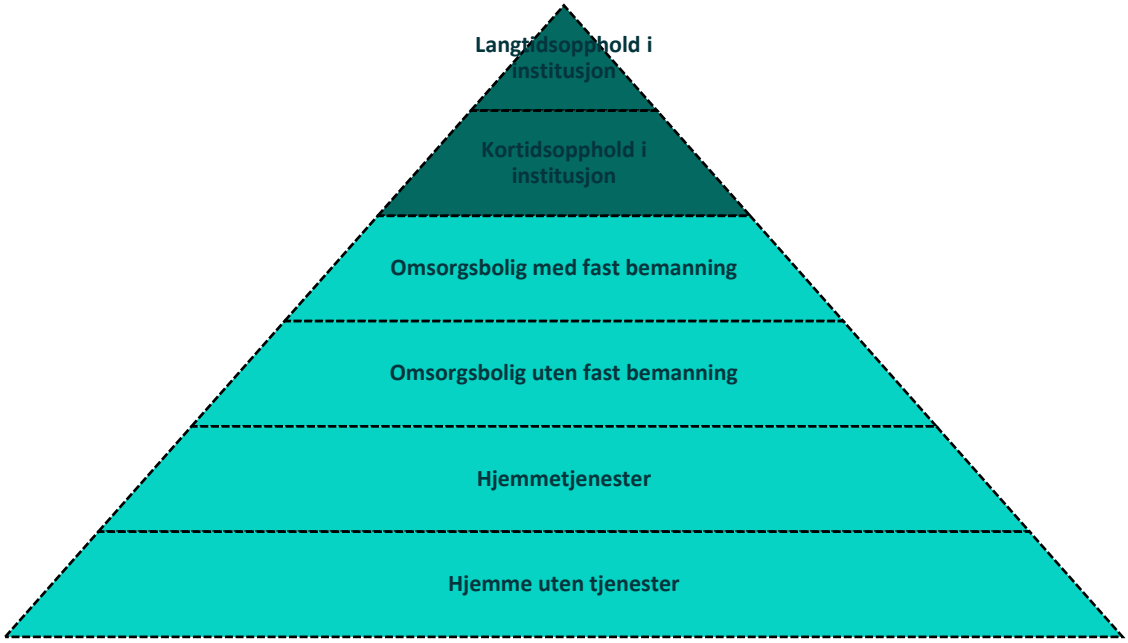
Som det går fram av problemstillingene i kulepunktene i kapittel 1.2, er det vedtatt relativt konkrete problemstillinger for forvaltningsrevisjonen. Vi presiserer at prosjektet kun tar for seg de områder og temaer som faller inn under de problemstillingene som kommer frem av kapittel 1.2. Vurderinger og konklusjoner omfatter derfor bare disse avgrensede definerte områdene eller temaene. Revisjonen har blant annet ikke vurdert om vedtak om hjemmetjenester formelt utformes i tråd med kravene i forvaltningsloven.

Undersøkelsen er avgrenset til å gjelde personer med demens som bor hjemme (hjemmeboende). Med hjemme menes brukerens eller pasientens opprinnelige hjem eller omsorgsbolig, bofelleskap, trygdebolig eller andre private eller kommunale tilpassede boliger som ikke er institusjon. Undersøkelsen omfatter ikke personer med demens som bor på institusjon (sykehjem mv.). [23] Drammen kommune definerer selv hjemmeboende brukere som alle som mottar tjenester og ikke bor eller oppholder seg på sykehjem.[24]

Figur 1 gir en oversikt over hierarki av ulike boformer som er aktuelle for personer med demens, samt for andre personer med behov for helse- og omsorgstjenester. Boformene omfattet av denne undersøkelsen er merket med lys grønn farge i figuren.

[23] Helsedirektoratet (2017) Veileder for saksbehandling, s. 14.
[24] Drammen kommune (10.12.2020) Innhold i tiltaksplan - Gerica

Figur 1 Oversikt over hierarki av ulike boformer til personer med demens[25]



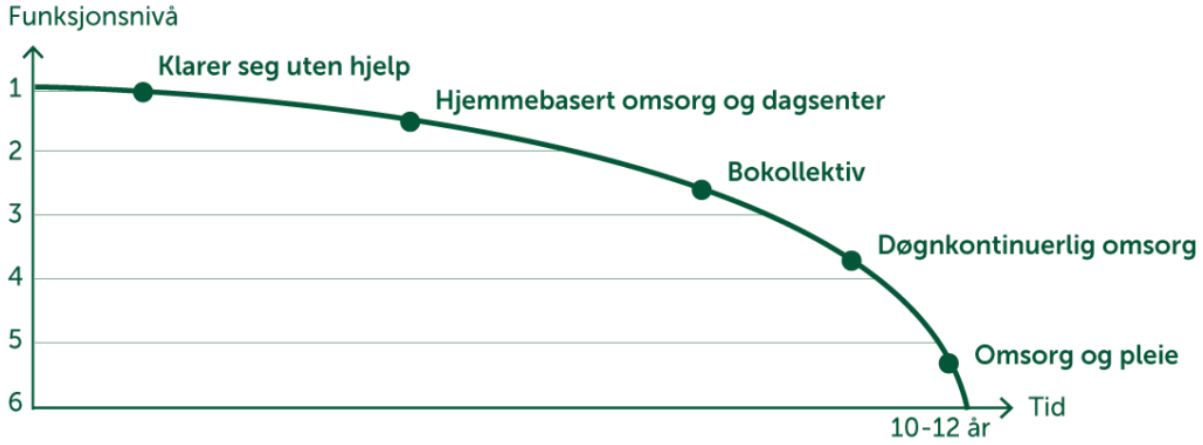
1.4. Nærmere om demens

Demens er en fellesbetegnelse for en kronisk funksjonssvikt som skyldes ulike hjernesykdommer eller skader. Personer med demens har ofte flere andre sykdommer og har behov for tett oppfølging av helsetjenesten. Samtidig har personer med demens avtagende evne til å ivareta egen helse og er gjerne svake etterspørrere av tjenester. Dette er blant annet redusert evne til å bestille time hos fastlegen og etterspørre helse- og omsorgstjenester. [26] Det finnes ingen effektiv kurativ behandling for demens. Behandling omfatter i stor grad støtte og hjelpetiltak til personer med demens og deres pårørende. [27]

Vanlige symptomer på demens kan blant annet være betydelig glemsomhet, problemer med å utføre ordinære oppgaver, språkproblemer, desorientering, svekket dømmekraft, vansker med abstrakt tenkning, endret adferd, sosial tilbaketrekking og flatere stemningsleie.

Berger-skalaen, som er vist i illustrasjonen nedenfor, er en velkjent modell for å vurdere graden av demens og funksjonsnivå. Modellen er brukt i mange kommuner for å dimensjonere tjenestetilbudet til personer med demens. Modellen brukes også for å beskrive hvor de ulike tiltakene kommunen tilbyr treffer de forskjellige nivåene av sykdommen.

[25] Senter for omsorgsforskning (2021) Sammenheng i kommunale helse- og omsorgstjenester
[26] Helsedirektoratet (2019) Fastlegers oppfølging av sine hjemmeboende pasienter med demens
[27] Helsedirektoratet (2019) Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse og omsorgstjenesten, s. 200.



1. Klarer seg selv
2. Kan utføre vanlige aktiviteter, men personen blir ofte forvirret
3. Kan klare seg i kjente omgivelser og situasjoner, men hukommelsesproblemene er store. Personen trenger påminnelse og har ofte nedsatt initiativ
4. Personen har handlingssvikt og språkvansker
5. Kan ikke kommunisere verbalt på en meningsfull måte
6. Motoriske funksjoner er betydelig nedsatt, og personen må derfor sitte i en stol eller ligge til sengs

2. Metode

Prosjektet er gjennomført av revisjonens egne ansatte på bakgrunn av kravene som stilles til gjennomføring av forvaltningsrevisjon som prosjekt. Det vil si at gjennomgangen er basert på *"RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon"* som er vedtatt av Norges Kommunerevisorforbund (NKRF).

Informasjonen som er presentert i dette prosjektet, er hentet inn gjennom metodetriangulering som omfatter intervju, dokumentanalyse, saksgjennomgang, analyse av statistikk samt spørreundersøkelser til ansatte og pårørende.

2.1. Dokumentbestilling og - analyse

Revisjonen sendte over en dokumentbestilling til Drammen kommune 16. januar 2023. En oversikt over dokumentene som ble levert framgår av tabell 1.

Tabell 1 Bestilte og leverte dokumenter i forbindelse med revisjonen

Kategori	Bestilling	Kommunens vurdering
Overordnete dokumenter	Organisasjonskart	OK
Overordnete dokumenter	Tjenestebeskrivelser	OK
Overordnete dokumenter	Ansvars- og rollebeskrivelser	OK
Overordnete dokumenter	Strategier og målsetninger på området	OK
Overordnete dokumenter	Beskrivelser av omsorgstrapp, herunder bruk av velferdsteknologi	OK
Overordnete dokumenter	Tall på dekningsgrad, kostnadsanalyse og andre nøkkeltall	OK
Overordnete dokumenter	Bruker og- pårørendeundersøkelser	Kun innbyggerundersøkelse
Overordnete dokumenter	Gjennomførte risiko og sårbarhetsanalyser for området	Nei
Overordnete dokumenter	Oversikt over avvik som er registrert 2021 og 2022	OK, men kun 2022
Overordnete dokumenter	Liste med mailadresser (gjerne på excel) over alle ansatte, gruppert etter enhet/avdeling.	OK
Bemanning og opplæring	Oversikt over årsverk og fravær	OK
Bemanning og opplæring	Kompetanseoversikt	OK
Bemanning og opplæring	Kompetanseplan	OK

Bemanning og opplæring	Legedekning, bruk av fysio/ergoterapeut	OK
Bemanning og opplæring	Plan for kompetanseheving/ opplæring, da spesielt innen kompetanse til å avdekke demens og demensomsorg	OK
Bemanning og opplæring	Rutiner for avviksmelding og håndtering	OK
Bemanning og opplæring	Rutiner for dokumentasjon rundt den enkelte bruker	OK
Tilrettelegging for den enkelte	Rutiner og prosedyrer for å kartlegge den enkeltes behov	OK
Tilrettelegging for den enkelte	Rutiner og prosedyrer for å sikre egenmestring og restmestring for hjemmeboende med demens	OK
Tilrettelegging for den enkelte	Rutiner og prosedyrer for å sikre brukermedvirkning i utforming i det enkelte tilbud	OK
Tilrettelegging for den enkelte	Bruk av IP og/eller koordinator	OK
Tilrettelegging for den enkelte	Rutiner for evalueringer av tilbud/vedtak, herunder samarbeid med tildelingsenheten	OK
Tilrettelegging for den enkelte	Beskrivelser av tilbud for å sikre aktivitet og sosialisering for brukere, herunder samarbeid med frivillige aktører	OK
Tilrettelegging for den enkelte	Oversikt og beskrivelser av samarbeid med andre aktører (frivillige, fastlege osv)	OK
Tilrettelegging for den enkelte	Tilgjengelig informasjon til hjemmeboende og pårørende når kommunale tjenester iverksettes (informasjonshefte, rutinebeskrivelser av demenskoordinator/hukommelsesteam besøk og oppfølging og lignende)	OK
Tilrettelegging for den enkelte	Rutiner for kartlegging av pårørendes behov for avlastning, opplæring og stønad	OK
Tilrettelegging for den enkelte	Beskrivelser av hvilke modeller/metoder som brukes innen demensomsorg	Nei

Kommunen opplyser at flere rutiner, prosedyrer og dokumenter dekker flere områder av dokumentbestillingen [28].

Det ble gjennomført et nytt oppstartsmøte september 2023. I etterkant av dette møtet supplerte kommunen den opprinnelige bestillingen med ytterligere dokumenter.

Revisjonen har delt en mappe med kommunen på OneDrive, hvor etterspurte dokumenter er delt. I forbindelse med den første dokumentbestillingen lastet kommunen opp til sammen 120 filer, fordelt på 90 pdf-filer, 17 word-filer (docx), 7 excel-filer, 4 powerpoint-filer og 2 mhtl-filer (web). I runde to av dokumentbestillingen lastet kommunen opp ytterligere 111 filer fordelt på 93 excel filer, 10 word-filer, 5 pdf-filer og 3 powerpoint filer.

[28] Drammen kommune (2023) Spørsmål og innspill til revisjon

Revisjonen har også gjennomgått og analysert kommunens rapportering til hovedutvalg for helse, sosial og omsorg-

2.2. Saksgjennomgang

Revisjonen har hatt tilgang til kommunens journalsystem Gerica i forbindelse med revisjonen. Her har vi blant annet undersøkt om de ansatte kartlegger tjenestebehov i tråd med egne rutiner. Samlet har revisjonen gjennomgått 14 saker. Revisjonen har dels foretatt et risikobasert utvalg ved at en overvekt av sakene gjelder brukere hvor de pårørende har svart i spørreundersøkelsen at brukerne har demens/kognitiv svikt og at de i liten eller svært liten grad har mottatt tjenester i tråd med behov.

2.3. Spørreundersøkelse til ansatte

Spørreundersøkelse ble sendt til 1391 ansatte i hjemmetjenesten i Drammen kommune 13. november 2023, med svarfrist 24. november 2023. Det ble sendt ut påminnelser om å svare per e-post 20. november 2023, 24. november 2023 og 27. november 2023. Alle som ikke hadde svart innen frist fikk i tillegg tilsendt spørreundersøkelsen per sms. Det ble også sendt to påminnelser per sms, henholdsvis 30. november 2023 og 4. desember 2023. Spørreundersøkelsen ble stengt for svar 6. desember 2023. Samlet hadde da 251 av 1391 ansatte svarte på spørreundersøkelsen. Dette gir en svarprosent på 18 prosent.

Tabell 2 Svarprosent for spørreundersøkelse til ansatte

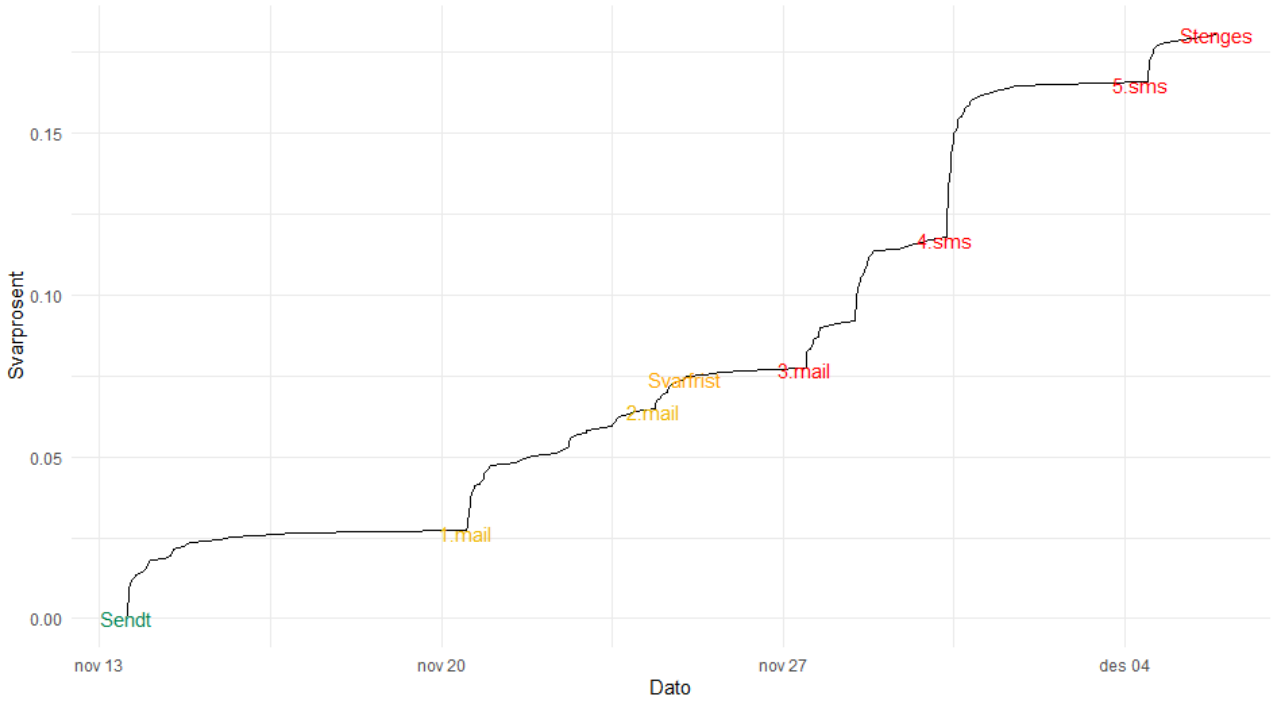
Svar	Antall svar	Andel
Fullført	251	18%
Ufullført[29]	666	48%
Avmeldt	81	6%
Ikke besvart	393	28%
Total	1391	100%

Fem respondenter som har svart på bortimot samtlige spørsmål i spørreundersøkelsen er også tatt med, selv om disse ikke har fullført hele spørreundersøkelsen. Totalt antall svar (N) er dermed 256. Disse har svart på alle spørsmål fram til henholdsvis spørsmål 47 (2) og 49 (3) av til sammen 51 spørsmål. De to siste spørsmålene i spørreundersøkelsen var åpne spørsmål, som det ikke var obligatorisk å svare på.

Figur 2 viser utvikling i svarprosent over tid i perioden spørreundersøkelsen var åpen for svar, fra 13. desember 2023 til 5. desember 2023. Svarprosenten var kun på 7, 5 prosent da svarfristen utløp 24. november 2023. Etter at siste purring med sms var sendt hadde imidlertid svarprosenten økt til 18 prosent.

[29] Ufullført innebærer at respondenten har startet på, men ikke fullført spørreundersøkelsen.

Figur 2 Utvikling i svarprosent over tid for spørreundersøkelsen til ansatte



Spørreundersøkelsen ble sendt både til ansatte i hjemmetjenesteavdelingene (hjemmehjelp og hjemmesykepleie) og til andre avdelinger som dagsentra, fagteam, ressursenhet, nattjeneste og sykepleieteam. Spørreundersøkelsen ble også sendt til ledere.

En frafallanalyse viser at det er forholdsvis store variasjon i svarprosent mellom ulike hjemmetjenesteavdelinger. Det er imidlertid liten grad variasjon mellom de to virksomhetene nord og sør. Svarprosenten er 19 prosent i virksomhet nord, og 17 prosent i virksomhet sør.

Det er også variasjon i svarprosent mellom ulike typer enheter. Tabell 3 viser at det er høyest svarprosent blant avdelingslederne (54 prosent), etterfulgt av fagteamet (50 prosent) og sykepleierteamet (40 prosent). De ansatte i hjemmetjenesten har en svarprosent på 18 prosent, men utgjør samtidig den største andelen av svarene (72 %, 181 av 251).

Tabell 3 Svarprosent fordelt på type respondent[30]

Type	Sendt	Svart	Svarprosent	Analysekategori i tabeller
Avdelingsledere	24	13	54%	Egen
Fagteam (inkl. hukommelsesteam)	10	5	50%	Annet
Sykepleierteam	10	4	40%	Annet
Dagsenter	61	12	20%	Egen
Natt	112	20	18%	Egen
Hjemmetjenester	1030	181	18%	Egen
Korttid	35	5	14%	Annet
Ressursenhet	46	5	11%	Annet
Hjemmehjelp	63	6	10%	Sammen med avdeling
Totalt	**1391**	**251**	**18%**	

Analysene ovenfor er basert på bakgrunnsinformasjon om type avdeling og enhet. Fordi mange ansatte i hjemmetjenesten var registrert ved flere ulike avdelinger, kartla vi også i spørreundersøkelsen hvilken avdeling de ansatte jobber på. Ansatte som jobber ved flere ulike avdelinger, ble bedt om å oppgi den avdelingen de jobber mest i. I tabellene som presenteres i faktakapitlene er det avdelingen de ansatte svarer at de jobber på som legges til grunn.

I tabellene svar per avdeling er kategorien «Annet» en samlekategori, hvor blant annet svar fra fagteamet, sykepleierteamet, ressurssenteret/enheten, Svelvik korttid og Bråta helse- og aktivitetssenter framgår. De 12 ansatte fra dagsentrene som har svart på spørreundersøkelsen behandles sammen. Det samme gjelder 13 avdelingsledere[31] som har svart på spørreundersøkelsen. Det er kun seks ansatte hjemmehjelper som har svart på undersøkelsen. Disse behandles sammen med sine respektive avdelinger.

Samlet sett er svarprosenten i spørreundersøkelsen til ansatte lav (18 prosent). En mulig årsak er at mange ansatte har en lav stillingsprosent og muligens også en svakere tilknytning til kommunen. Det kan legges til grunn at svarprosenten er høyere blant ansatte med en sterkere tilknytning, større engasjement for arbeidsoppgavene og større interesse for tematikken demens.

På spørsmål om i hvilken grad de ansatte som har svart på spørreundersøkelsen er i kontakt med hjemmeboende med demens/kognitiv svikt i sin stilling, svarer også de fleste (68 prosent) i stor eller svært stor grad, mens en av fem (20 prosent) svarer i noen grad.[32] Blant de ansatte i hjemmetjenesteavdelingene er det imidlertid 74 prosent som svarer i stor eller svært stor grad.

[30] Analysen gjelder kun de som har gjennomført hele undersøkelsen.
[31] Følgende avdelingsledere har svart på spørreundersøkelse: Åskollen og Kvarter Helleristningen, Åssiden, Bråta bolig 1 og 2 , Bråta bolig nr 20, Bråta helse- og aktivitetssenter, Filten, Strømsø, Landfalløya, Mjøndalen, Ressurssenteret, Solberg, Sykepleieteam og Underlia
[32] N = 256

Den lave svarprosenten blant ansatte medfører at revisjonen må være forsiktig med å generalisere på bakgrunn av eventuelle funn fra spørreundersøkelsen. Samtidig har revisjonen tilgang på informasjon fra 251 ansatte, med erfaring fra hvordan tjenestene til hjemmeboende faktisk fungerer.

2.4. Spørreundersøkelsen til pårørende

Spørreundersøkelsen til pårørende ble sendt ut per sms til 2838 personer 13. november 2023. Det ble sendt ut påminnelser om å svare 27. november 2023 og 24, november 2023

Tabell 4 Svarprosent til pårørende

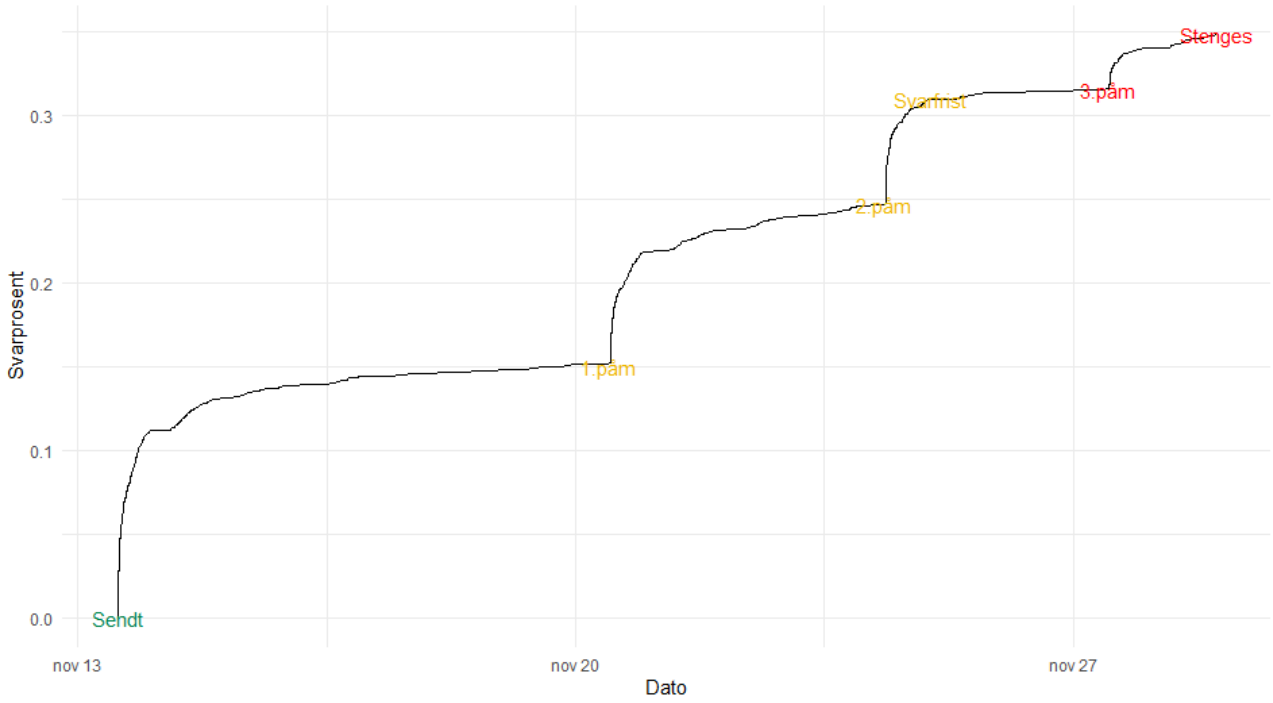
Status	Antall	Prosent
Fullført	987	35%
Ufullført	1087	38%
Avmeldt	283	10%
Ikke besvart	481	17%
Total	2838	100%

Samlet har 12 av de pårørende svart på nesten alle spørsmål, men disse er registrert som ufullført da de ikke har svart det siste spørsmålet i undersøkelsen. Disse respondentene tas med i undersøkelsen, slik at totalt antall respondenter er 999.

Vi har mottatt flere henvendelser fra personer som forklarer at de kun har trygghetsalarm og ikke mottar andre tjenester fra kommunen. Dette tyder på at spørreundersøkelsen er sendt til en rekke personer som ikke mottar vedtaksfestede tjenester fra kommunen. Den reelle svarprosenten (for de som mottar vedtaksfestede tjenester) kan derfor være noe høyere enn 35 prosent.

Figur 3 viser utviklingen av svarprosent over tid i perioden spørreundersøkelsen har vært åpen. Figuren viser at påminnelsene revisjonen har sendt har hatt en effekt på svarprosenten, men at denne effekten også avtar for hver påminnelse som sendes. I denne brukerundersøkelsen til pårørende vurderte vi at det var tilstrekkelig med tre påminnelser, mot fem i spørreundersøkelsen til ansatte.

Figur 3 Utvikling av svarprosent over tid i pårørendeundersøkelsen



Målgruppen til undersøkelsen er pårørende til hjemmeboende med demens, men denne målgruppen er ikke klart avgrenset. Kommunen sentralt har ikke oversikt over alle hjemmeboende med demensdiagnose, og i tillegg er det mange med demens som er udiagnostisert. Spørreundersøkelsen ble derfor sendt til alle pårørende til personer som mottar hjemmetjenester i Drammen kommune uavhengig av hjelpebehov/diagnose. Pårørende til hjemmeboende som ikke har demens eller tegn på kognitiv svikt ble imidlertid bedt om å svare "vet ikke" eller "ikke relevant" på spørsmål som ikke passet.

Revisjon mener at svarprosenten til pårørende på 35 prosent akseptabel. Det er på nivå med andre undersøkelser som er rettet direkte mot brukerne av tjenester. Mange pårørende har fått muligheten, og det er positivt at såpass mange pårørende (999 personer) har valgt å uttale som om hjemmetjenestene i Drammen kommune.

De fleste pårørende har svart at den aktuelle brukeren bor i eget opprinnelig hjem (77 prosent). Videre har 14 prosent svart at brukeren bor i kommunal omsorgsbolig med (7 prosent) eller uten (7 prosent) kommunal bemanning. 8 prosent har svart annet.

Revisjonen har mottatt svært mange kommentarer (til sammen 1684) fra de pårørende. Kommentarene er lest av revisjonen, men av hensyn til personvern og det høye omfanget har revisjonen valgt å ikke legge disse ved rapporten. Et utvalg av kommentarene (rundt 150) framgår imidlertid av eksempeloversikt 4, 6 og 8 i rapporten. Kommentarer som i hovedsak er negative er markert med lys rød farge, mens kommentarer som er både positive og negative er merket med lys gul farge. Kommentarer som er utelukkende positive er merket med lys grønn farge.

2.5. Intervjuer

Revisjonen har hatt to oppstartsmøter med kommunalsjef og virksomhetsledere for hjemmetjenestevirksomhetene, samt jevnlig kontakt med kommunens kontaktperson ved behov. Følgende intervjuer er gjennomført:

- Gruppeintervju med hukommelsesteamet (fire personer) 30. november 2023
- Gruppeintervju med tre avdelingsleder for hjemmetjenesten, henholdsvis Mjøndalen (Nord), Landfalløya (Nord) og Strømsø (Sør) 5. desember 2023
- Intervju med avdelingsleder somatikk, Tjenestetildeling og koordinerende enhet (TOK) 6. desember 2023
- Intervju med kommunalsjef og virksomhetsleder Nord 8. desember 2023

Det er skrevet referat fra intervjuene, som deretter er verifisert av intervjudeltakerne.

2.6. Validitet og reliabilitet

Revisjonen mener det er samlet inn et tilstrekkelig faktagrunnlag til å belyse problemstillingene og revisjonskriteriene. Gjennom metodetriangulering har vi lagt til rette for å sikre rapportens pålitelighet (reliabilitet) og gyldighet (validitet). For å sikre validitet i spørreundersøkelsen er den sendt til kvalitetssikring til revidert enhet.

Revisjonen anser som nevnt deltakelsen på spørreundersøkelsen til ansatte som lav. Det er gjennomført en frafallanalyse, som viser hvor svarprosenten er lavest. Revisjonen vil derfor tolke disse resultatene med varsomhet og sammenstille eventuelle funn fra spørreundersøkelsen med data fra intervjuer, saksgjennomgang og dokumentanalyse. I rapportens vurderinger og i konklusjon legger vi i hovedsak vekt på de samlede svarene, mens resultatene delvis presenteres på avdelingsnivå i faktakapitelene. Bakgrunnen for dette er å synliggjøre mulig variasjon, og i størst mulig grad bidra til læring.

Kvalitetssikring og kontradiksjon

Kvalitetssikringen av prosjektet er ivaretatt gjennom diskusjoner internt i Viken kommunerevisjon IKS vedrørende revisjonskriterier, metode, vurderinger og betydningen av funn underveis. Kvalitetssikring av revisjonsrapporten er utført ved at oppdragsansvarlig revisor har gjennomgått og gitt innspill på den endelige rapportens utforming og innhold.

Et faktautkast til rapport har blitt oversendt kommunalsjef til uttalelse. Tilbakemeldinger og innspill på faktadelen er innarbeidet i rapport. Kommunalsjefen opplyser imidlertid at revisjonen har innhentet et bredt datagrunnlag slik at det ikke er så mange innspill å komme med. Kommunalsjefen opplyser også at rapporten tas til etterretning og at den vi være et godt grunnlag for videreutvikling i tjenestene. Videre er rapporten sendt på ordinær høring til kommunedirektøren. Kommunedirektøren høringssvar framgår av vedlegg 1.

Revisjonen viser til kapittel 1.3 for en nærmere beskrivelse av avgrensinger i prosjektets omfang.

3. Revisjonskriterier

I denne forvaltningsrevisjonen er revisjonskriteriene[33] i hovedsak utledet fra følgende kilder:

- Kommuneloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020) Demensplan 2025
- Helsedirektoratet (2017 Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen)
- Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift
- COSO rammeverket for internkontroll

3.1. Kommunens ansvar for å gi nødvendige og forsvarlige tjenester til hjemmeboende med demens

Formålet med helse- og omsorgstjenesteloven er blant annet å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, sikre tjenestetilbudets kvalitet og sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1. Kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven omfatter alle pasient- og brukergrupper. Helse- og omsorgstjenesteloven er dermed en diagnose- og aldersnøytral lovgiving. Dette er blant annet for at kommunen skal prioritere ut ifra behov, og ikke ut fra alder, kjønn, eller diagnose. [34]

Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys **nødvendige helse- og omsorgstjenester**, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Kommunens ansvar er formulert som et «sørge for»-ansvar. Bestemmelsen må ses i sammenheng med det kommunale selvstyret og innebærer at kommunen har stor frihet til å organisere tjenestene ut fra lokale forhold, ressurser og behov innenfor overordnede rammer.[35] Det kommunale selvstyret utøves imidlertid innenfor de rammer nasjonal lovgivning fastsetter jf. kommuneloven § 2-1. [36]

Kommunene har også etter pasient- og brukerrettighetsloven §2-1 a en plikt til å gi **nødvendige helse- og omsorgstjenester**. Dette innebærer at kommunen må gi nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering av behov. Omfang og nivå på hjelpen må vurderes konkret, og det avgjørende må være den hjelpetrengende sitt behov ut ifra en

[33] Revisjonskriterier er en samlebetegnelse for krav og forventninger som benyttes for å vurdere kommunens virksomhet, økonomi, produktivitet, måloppnåelse, regeletterlevelse osv. Sammenholdt med faktabeskrivelsen danner revisjonskriteriene basis for de analyser og vurderinger som foretas, de konklusjoner som trekkes, og de er et viktig grunnlag for å kunne dokumentere avvik eller svakheter.
[34] Prop. 91 L (2010-2011) s. 168
[35] Prop. 91 L (2010-2011) s. 139.
[36] Prop. 46 L (2017–2018), s. 355

helse- og sosialfaglig vurdering. Dette er en minstestandard, som kommunen ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi. [37]

Selv om en person har et rettskrav på **nødvendige helse- og omsorgstjenester**, betyr ikke det at personen nødvendigvis har krav på en bestemt type tjeneste fra kommunen. Kommunen må vurdere og beslutte hva slags hjelp som skal tilbys ut fra tilbudene og ressursene kommunen har. Kommunen skal imidlertid ta hensyn til og legge vekt på tjenestemottakerens ønsker og synspunkter. Forsvarlighetskravet innebærer også at dersom en bestemt type tjeneste, for eksempel institusjonsplass, er eneste alternativ for å kunne yte et forsvarlig tilbud, vil vedkommende pasient ha et rettskrav på denne bestemte tjenesten. Helt sentralt i vurderingen av om det foreligger en rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester, er pasientens behov. Terskelen for nødvendig helse- og omsorgshjelp er ikke bare avhengig av pasientens egen tilstand, men også av de ressurser som finnes omkring pasienten for å kunne ivareta daglig omsorg eller medisinsk oppfølging på en forsvarlig måte. [38]

For å oppfylle kommunens ansvar for å tilby **nødvendige helse- og omsorgstjenester** må kommunen blant annet tilby helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse som praktisk bistand, opplæring og støttekontakt og dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens. jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Helsetjenester i hjemmet er ingen klart avgrenset tjeneste, men gjelder ulike helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten. Helsetjenester i hjemmet omfatter blant annet hjemmesykepleie, ergoterapi, fysioterapi og fotterapi. Praktisk bistand omfatter hjelp til alle dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet, for eksempel innkjøp av varer, matlaging, vask av klær og bolig mv. Formålet med opplæring skal være å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpen. Personlig assistanse og støttekontakt omfatter også deltakelse i fritidsaktiviteter. Det er sentralt at tjenesten ytes med stor grad av brukermedvirkning, basert på en helhetlig vurdering av brukers behov og ønsker. [39]

Kommunen må også knytte til seg fagprofesjonene lege, sykepleier, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog for å oppfylle sitt ansvar, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Listen er ikke uttømmende, og kommunen må sørge for at den har tilgang til tilstrekkelig kompetanse for å ivareta sitt ansvar for å gi nødvendige og forsvarlig helse- og omsorgstjenester. [40] Eksempler på andre typer kompetanse som kan være relevant for kommunale helse og omsorgstjenester er vernepleiere og sosiologer. Vernepleieres kunnskap og kompetanse kan blant annet styrke demensomsorgen både når det gjelder miljøterapeutisk arbeid, ferdighetstrening og tverrfaglighet. [41]

I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven går det fram at kommunene skal tilby helhetlige og samordnede tjenester, som omfatter forebyggende tiltak, behandling, akuttberedskap, rehabilitering/habilitering og oppfølging av pårørende. Personer med behov for langvarige tjenester fra flere tjenesteytere skal ivaretas bedre. Det krever at kommunene har tilstrekkelig kunnskap til å planlegge helse- og omsorgstjenestene og organisere disse slik at befolkningen får et best mulig og

[37] 1990-09-25. Rt 1990 874. Norges Høyesterett – dom
[38] Pasient- og brukerrettighetsloven §2-1a. Norsk lovkommentar. Note 17 Ved Aslak Syse.
[39] Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), s. 186.
[40] Prop. 71 L (2016-2017) s. 228.
[41] NOU 2023: 4 Tid for handling, s. 306.

forsvarlig tjenestetilbud i både omgang og innhold. Det er en forutsetning at kommunen har tilstrekkelig personell med den kompetansen som kreves. [42]

Hva som ligger i **nødvendige helse- og omsorgstjenester** må videre ses i sammenheng med kravet til forsvarlige tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlige og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud og et verdig tjenestetilbud. Videre må kommunen sette helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Kommunen må også sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene.

Forsvarlighetskravet er bredt forankret i helse- og omsorgstjenesteloven, jf. blant annet helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og helsepersonelloven § 4. Forsvarlighetskravet er en rettslig standard, som er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Det innebærer en plikt for helsepersonell til å opptre i samsvar med gjeldende faglige normer og krav. Virksomheten har samtidig en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene er i stand til å overholde lovpålagte plikter, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1c. [43]

Forsvarlige tjenester innebærer at tjenesten holder tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Forsvarlighetskravet er grunnleggende i helselovgivningen og favner vidt. Det omfatter både helsefaglige (medisinske) og omsorgsfaglige vurderinger. [44]

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 har kommunen også en plikt til samhandling og samarbeid med andre tjenesteytere dersom det er nødvendig for å gi pasienten eller brukeren et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Plikten gjelder både på systemnivå og på individnivå, ved konkrete helse- og omsorgsopplysninger til den enkelte pasient eller bruker. Samarbeidsplikten må ses i sammenheng med forsvarlighetsplikten i helsepersonelloven § 4. [45]

3.2. Kommunestyrets mål for hjemmetjenester i Drammen kommune

Drammen kommunes visjon «Et godt sted å leve» omfatter alle livets faser, sett fra innbyggernes ståsted. Alle hovedmål, delmål og strategier skal bidra til å nå denne visjonen. Et av hovedmålene er at Drammen kommune har gode tjenester og aktiviteter for alle gjennom hele livet. Prognosene viser at det vil bli færre hender til å pleie eldre og syke med behov for omsorgstjenester. Det må derfor utvikles en moderne eldreomsorg med et mangfold av løsninger som fanger opp flest mulig. Eksempler på relevante delmål for hjemmetjenestene er at kommunen skal utvikle kompetanse og sikre nødvendig kapasitet i tjenestene, og at kommunen søker kunnskap og har en aktiv dialog med brukerne om deres behov.[46]

Ifølge Drammen kommunes handlings- og økonomiplan 2023-2026 vil det være store utfordringer framover knyttet til å levere gode tjenester til en stadig økende brukergruppe innenfor helse- og

[42] Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), s. 46.
[43] Helsetilsynet (2021) Svikt i oppfølgingen av pasient med diabetessykdom ved hjemmetjenesten
[44] Prop. 99 L (2015–2016) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helseog omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister), s. 13.
[45] Prop. 100 L (2020-2021) Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator), s. 139.
[46] Drammen kommune (2023) Kommuneplanens samfunnsdel 2021-2040

omsorg. Det er derfor vedtatt flere strategier for å møte disse utfordringene, for eksempel å dreie tjenestene mer over til hjemmebasert omsorg. Det må legges mer vekt på forebyggende innsats og det må utvikles bedre omsorgstrapper og mer skreddersøm. For å kunne møte framtidens krav må Drammen kommune også omfavne den teknologiske utviklingen. Gjennom innovasjon og nytekning utvikles det løsninger ikke minst innen omsorg, der mestrings- og trygghetsskapende teknologi bidrar til en bedre hverdag. Innføring av ny teknologi er svært viktig for å støtte opp under satsningen innen helse, sosial og omsorg, spesielt for at flere skal kunne bo hjemme. [47]

Drammen kommune har også en egen temaplan, som blant annet gjelder for helse og omsorg. Relevante tiltak i temaplanen er blant annet at brukere i større grad skal gis mulighet til å delta i utformingen av eget tjenestetilbud.[48]

3.3. Krav om internkontroll og kompetanse

3.3.1. Kommunelovens krav til internkontroll

Kommunedirektørens ansvar for internkontroll nedfelt i kommuneloven § 25-1. Internkontrollen skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Med at internkontrollen skal være systematisk menes at arbeidet ikke skal være tilfeldig, hendelsesbasert eller spontant. Det må være fungerende rutiner for det løpende internkontrollarbeidet, som det jobbes med på en planmessig og systematisk måte. Det stilles imidlertid ikke krav til en bestemt systematikk, at det skal brukes noe bestemt system eller at det skal brukes IKT-basert styrings- eller avvikssystem. [49]

Bestemmelsen innebærer at kommunedirektøren skal sørge for at kommunen:

a) utarbeider en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering.

Ifølge forarbeidene kreves en overordnet oversikt over oppgaver, mål og organisering. I kravet om å beskrive organisering ligger det å beskrive hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt innad i kommunen. Dette kan for eksempel gjøres som en oversikt over lederstrukturer, rapporterings- og styringslinjer, delegering og funksjonsbeskrivelser. [50]

b) har nødvendige rutiner og prosedyrer

Ifølge forarbeidene kan rutinene og prosedyrene både være muntlige og skriftlige, men grad av skriftliggjøring vil følge av dokumentasjonskravet i bokstav d. Hva som er nødvendig å etablere av rutiner og prosedyrer må ses i sammenheng med de øvrige kravene i internkontrollbestemmelsen, og vil bero på en konkret vurdering av blant annet risiko for avvik. Det følger indirekte av bestemmelsen at rutinene og prosedyrene må gjøres kjent og være tilgjengelige.

[47] Drammen kommune (2023) Handlings- og økonomiplan 2023-2026, s. 5.
[48] Drammen kommune (2022) Temaplan. Oppvekst og læringsløp, helse, sosial og omsorg, kultursektorens tjenester for utvikling av kunst- og kulturlivet og tekniske tjenester
[49] Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 412.
[50] Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 412.

c) avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik.

Ifølge forarbeidene innebærer dette at kommunedirektør både skal korrigere oppståtte feil samtidig som framtidige feil forebygges. Kommunedirektøren må skaffe oversikt over områder i kommunen hvor det er fare for manglende etterlevelse av lover og forskrifter og sette inn relevante forebyggende og risikoreduserende tiltak for å hindre og forebygge regelbrudd. [51]

d) dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig

Dokumentasjonskravet gjelder ulike deler av internkontrollen som systemer, rutiner, instrukser, samt gjennomføring av kontroller og aktiviteter. Hva som er nødvendig å dokumentere må vurderes ut fra risiko. En høy risiko for avvik innen et tjenesteområde tilsier at kommunen må skriftliggjøre rutiner og prosedyrer. [52]

e) evaluerer og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll.

Ifølge forarbeidene skal skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll evalueres og ved behov forbedres. Kommunen skal evaluere hvordan virksomheten jobber med internkontroll, og nødvendige forbedringer gjøres innenfor tidsrammer, kostnadsrammer og prioriteringer i kommunen. [53]

Nærmere om COSO- rammeverkets krav og forventinger til god internkontroll

COSOs[54] rammeverk for internkontroll er internasjonalt anerkjent og legges blant annet til grunn som god internkontroll i statlige virksomheter.[55] Det ligger også til grunn for definisjon på internkontroll i revisjonsstandarder (ISA) som benyttes til å vurdere internkontroll i offentlige og private virksomheter.[56]

COSO definerer internkontroll som en prosess, utført av virksomhetens styre, ledelse og øvrige ansatte, utformet for å gi rimelig sikkerhet for oppnåelse av målsettinger innen målrettet og effektiv drift, pålitelig rapportering og overholdelse av lover og regler. [57]

Definisjonen reflekterer flere grunnleggende konsepter ved internkontroll. For det første er den rettet mot måloppnåelse. For det andre er det en prosess, som består av løpende oppgaver og aktiviteter. Den er ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel for å nå mål. For det tredje igangsettes og gjennomføres den av mennesker, og omfatter ikke bare håndbøker, systemer og rutiner. For det fjerde gir den rimelig, men ikke absolutt sikkerhet til virksomhetens toppledelse og styre. Sist kan den tilpasses virksomhetens struktur. Den kan både anvendes på hele virksomheten, en enhet eller en forretningsprosess. [58]

COSO legger til grunn at internkontroll består av fem innbyrdes sammenhengende komponenter, henholdsvis kontrollmiljø, risikovurdering, kontrollaktiviteter, informasjon og kommunikasjon og

[51] Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 413.
[52] Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 413.
[53] Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 413.
[54] Comittee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commision
[55] DFØ (2021) Veileder i internkontroll; Økonomireglementet for statlig virksomhet
[56] ISA 315 International Standard on Auditing 315 (internal controll)
[57] DFØ (2021) Veileder i internkontroll; NOU 2016: 4 Ny kommunelov
[58] NOU 2016: 4 Ny kommunelov

overvåking. [59] COSO rammeverket består også av 17 prinsipper med egne fokusområder, som representerer den grunnleggende essensen i hver komponent.[60]

Kontrollmiljøet omfatter alt fra forhold som holdninger, atferd, verdier, og kompetanse, til hvordan ledelsen fordeler ansvar og myndighet, organiserer arbeidet og utvikler de menneskelige ressursene. Kontrollmiljøet består både av et formelt og et uformelt aspekt i virksomheten. Det formelle kontrollmiljø setter de formelle rammene for virksomheten og omfatter formaliserte og dokumenterte krav som alle ansatte forventes å etterleve. Eksempler er organisering og fullmaktstrukturer, kompetansekrav og policyer og prosedyrer/rutiner som virksomhetens ansatte må forholde seg til. Det uformelle omhandler holdninger, integritet, etiske verdier og normer som preger virksomheten. Dette omtales ofte som virksomhetskulturen. God internkontroll avhenger av at det er god sammenheng mellom det formelle og det uformell styrings- og kontrollmiljøet i virksomheten. [61]

Et COSO- prinsipp (1) for det uformelle kontrollmiljøet er at virksomheten er opptatt av integritet og etiske verdier. I dette ligger blant annet at ledelsen setter tonen på topp ved å ha integritet og etterlever etiske verdier. Dette kan sikres ved at det etableres et etisk regelverk, samt at prosesser for å evaluere om det etiske regelverket etterleves og at avvik følges opp på en korrekt måte. Videre er et relevant COSO- prinsipp for det formelle kontrollmiljøet at ledelsen etablerer strukturer, rapporteringslinjer, myndighet og ansvar som er egnet for å oppnå målsettinger.[62]

Et annet relevant COSO- prinsipp for kontrollmiljøet (4) er at virksomheten er opptatt av å rekruttere, utvikle og beholde kompetente medarbeidere. Kompetente medarbeidere kjennetegnes av at de har de rette kvalifikasjonene til å utføre tildelte oppgaver med tilstrekkelig kvalitet. Kompetanse opparbeides blant annet gjennom erfaring og opplæring. Virksomheten bør skriftliggjøre behovet for og forventingene til kompetanse samt evaluere og kartlegge tilstanden. Om nødvendig bør det iverksettes tiltak for å skaffe nødvendig kompetanse. [63]

Risikovurderinger står sentralt både kommunelovens krav til internkontroll, i COSO og andre rammeverk og modeller for risikostyring og internkontroll.[64] I COSOs rammeverk for internkontroll defineres risiko som muligheten for at en hendelse vil inntreffe som vil ha en negativ effekt på måloppnåelsen. Ifølge rammeverket er risikovurderinger en dynamisk og gjentakende prosess, der formålet er å identifisere og vurdere risikoer knyttet til måloppnåelse av målsettinger. [65] På bakgrunn av risikovurderingene bør virksomheten velge og utvikle kontrollaktiviteter som kan redusere identifisert og vesentlig risiko til et akseptabelt nivå. All virksomhet innebærer risiko, og det er ikke mulig å redusere risikoen til null. Ledelsen bør derfor ta stilling til hvor mye risiko som kan aksepteres, og arbeide for å holde risikoen innenfor de fastsatte toleransenivåene. [66]

Ifølge COSO-modellen er kontrollaktiviteter handlinger eller tiltak etablert gjennom retningslinjer (policyer) og prosedyrer, som bidrar til å sikre at ledelsens føringer for å redusere risiko knyttet til

[59] DFØ (2021) Veileder i internkontroll
[60] COSO (2013) Internkontroll – et integrert rammeverk, Sammendrag
[61] DFØ (2021) Veileder i internkontroll
[62] DFØ (2021) Veileder i internkontroll
[63] COSO (2013) Internal control - Integrated framework
[64] Eksempelvis COSO ERM og ISO 31000
[65] COSO (2013) Internkontroll – et integrert rammeverk, Sammendrag
[66] COSO (2013) Internal control - Integrated framework

måloppnåelse til et akseptabelt nivå blir iverksatt. Kontrollaktiviteter er vanligvis ikke nødvendig om virksomheten velger å akseptere en risiko. Kontrollaktiviteter gjennomføres på alle nivåer av virksomheten, og omfatter også teknologiområdet. Kontrollaktiviteter kan være forebyggende eller avdekkende av natur, og kan omfatte manuelle eller automatiserte aktiviteter som autorisasjoner og godkjennelser, verifikasjoner, avstemminger og analyser. Arbeidsdeling inngår som et naturlig element i valg og utvikling av kontrollaktiviteter. [67] Eksempler på forebyggende kontrolleraktiviteter er bruk av sjekklister, opplæring og arbeidsdeling. Eksempler på avdekkende kontroller er avstemming av bankkonto mot regnskapssystem, eller analyser av overtid og oppfølging av sykefravær. Knyttet til tjenesteproduksjonen kan det eksempelvis være stikkprøvekontroller, monitorering av klager, vedtak og oppfølging og avviksrapportering. [68]

Et av COSO-prinsippene relatert til informasjon og kommunikasjon er at virksomheten innhenter eller genererer og bruker relevant informasjon av høy kvalitet til støtte for gjennomføringen av internkontrollen. I dette ligger det at virksomheten bør ha en prosess på plass for å identifisere hvilken informasjon som kreves for å understøtte internkontrollen og virksomhetens måloppnåelse. Informasjonen bør ha tilstrekkelig kvalitet. Kvaliteten på informasjonen avhenger av følgende forhold: [69]

- Tilgjengelighet: Informasjonen er tilgjengelig for de som trenger den
- Korrekt/riktig: De underliggende dataene er nøyaktige og fullstendige
- Gyldig: Data samles inn fra gyldige kilder og med tilstrekkelig frekvens
- Beskyttet: Tilgang til sensitiv informasjon er begrenset
- Oppbevares: Informasjonen er tilgjengelig over en lengre periode
- Tilstrekkelig: Det er tilstrekkelig informasjon på riktig detaljnivå
- Rettidig/relevant: Informasjonen er tilgjengelig når det er behov for den
- Gyldig/valid: Informasjonen er samlet inn på korrekt måte og representerer faktiske hendelser
- Verifiserbar: Informasjonen er etterprøvbar

Virksomheten trenger informasjon for å kunne ivareta internkontrollansvaret på en måte som bidrar til å sikre måloppnåelse. Ledelsen bør derfor innhente og bruke relevant informasjon av høy kvalitet fra både interne og eksterne kilder. [70]

[67] COSO (2013) Internkontroll – et integrert rammeverk, Sammendrag, s. 4.
[68] KS (2020) Orden i eget hus, s. 93
[69] COSO Internal Control Certificate Participant Manual
[70] COSO (2013) Internkontroll – et integrert rammeverk, Sammendrag

3.3.1. Helse- og omsorgs sektorens krav til internkontroll og kompetanse

3.3.1.1. Overordnede krav til internkontroll og styring

I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd slås det fast at kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester i kommunen også innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav. [71]

Videre framkommer det av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 at enhver som yter helsetjenester skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Plikten til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring er et prosesskrav, og ikke et krav til et bestemt nivå av kvalitet. Prosesskravet stiller krav om systematisk styring og ledelse av tjenesten, og tydeliggjør at arbeid for systematisk kvalitetsforbedring er en viktig virksomhetsoppgave. Det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring inngår som en naturlig del av internkontrollsystemet. Metoder og fokus for kvalitetsforbedring er også langt på vei de samme som ligger til grunn for internkontrolltenkning og metodikk. [72]

Det går også fram av helsetilsynsloven § 5 at enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomheten planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav.

Videre går det fram av helsepersonelloven § 16 at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde lovpålagte plikter. Eksempler på brudd er mangelfulle rutiner for organisering og tilkalling av ekstrahjelp ved stort arbeidspress, at det samlede kompetanse- og erfaringsnivået hos personale på vakt er for lavt, eller at det er mangelfulle rutiner for dokumentasjon og mangelfulle journalsystemer. [73]

3.3.1.2. Detaljerte krav og forventninger til internkontroll

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten har Helse- og omsorgsdepartementet definert nærmere hva som ligger i kravet om å etablere et internkontrollsystem innen helse- og omsorgssektoren. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og at krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §1.

Ansvar, omfang og dokumentasjon

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §3. [74] I kommuner er det kommunedirektøren som har

[71] Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), s. 140.
[72] Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), s. 271.
[73] Helsedirektoratet (2018) Helsepersonelloven med kommentarer, s. 53.
[74] Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

det overordnede ansvaret for styringssystemet, og det er kommunedirektørens ansvar at styringssystemet følges.[75] Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter, risikoforhold og ha et omfang som er nødvendig. Pliktene skal også dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §5.

Oppgaver som er særlig risikofylte krever mer styring i form av skrevne rutiner og prosedyrer enn mindre risikofylte oppgaver. I skriftliggjøring av prosedyrer bør det tas hensyn til medarbeidernes behov. Spesielt nyansatte og vikarer må sikres tilstrekkelig informasjon. Dersom alle rutiner og gjøremål nedtegnes skriftlig blir systemet unødvendig omfattende og uoversiktlig. Det må vurderes nøye hvilke tiltak og ordninger som skal dokumenteres skriftlig, slik at dokumentasjonen blir passe omfattende og inneholder de deler av virksomheten der skriftliggjøring oppleves som nødvendig og meningsfullt. Skriftlige prosedyrer må være aktivt i bruk og følges opp. Dokumentasjonen må være lett tilgjengelig for de ansatte. Det må etableres rutiner for å sikre at styrende dokumenter til enhver tid er oppdatert og i tråd med krav, organisatoriske løsninger, rutiner og andre styringsdokumenter. [76]

Eksempler på relevante interne dokumenter er organisasjonskart, oversikt over ansvars- og myndighetsforhold, oppgavefordeling, rutiner for opplæring, medvirkning og brukererfaringer, rutiner og oppfølging av risikovurderinger, rutiner og resultater fra behandling av avvik og uønskede hendelser, plan for forbedringsarbeid, faglige prosedyrer og beskrivelse av arbeidsoppgaver med særlig risiko. [77]

Innen helse- og omsorgstjenestene er rutiner og prosedyrer avgjørende for å ivareta krav til faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet. Gode rutiner og prosedyrer sikrer lik standard og kvalitet på arbeidet selv om oppgavene utføres av ulike personer.[78]

Plikten til å planlegge samt oversikt over kompetansebehov

Kravet til planlegging[79] innebærer at kommunen må vurdere behovet for helse- og omsorgstjenester og legge planer for hvordan behovet skal dekkes. Kommunen har ansvaret for å vurdere behovet for personell og kompetanse, og legge planer for rekruttering og kvalitetsutvikling for til enhver tid kunne tilby nødvendige og forsvarlig tjenester. [80]

Plikten til å planlegge innebærer videre at kommunen må ha oversikt over virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6. Det skal framgå klart hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Videre skal virksomheten innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å planlegge og gjennomføre oppgavene, samt ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere. Virksomheten må også ha oversikt over områder hvor det er risiko for svikt, mangel på regeletterlevelse og områder med

[75] Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, s. 6.
[76] Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, s. 10.
[77] Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten, s. 10.
[78] https://ndla.no/subject:1:1b7155ae-9670-4972-b438-fd1375875ac1/topic:f34d2b28-d8dc-4ecb-aad6-c27b746861b7/ (online 19.10.2023)
[79] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd.
[80] Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), s. 140.

behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten. Virksomheten skal også planlegge for hvordan risiko kan minimeres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt. Videre skal virksomheten ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring. Virksomheten skal også ha oversikt over avvik, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier om tjenestene er forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring. [81]

Det er øverste leders ansvar å sørge for systemer som sikrer at medarbeiderne har kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Det forutsetter at virksomheten jevnlig gjennomfører kompetansekartlegginger, rekrutterer medarbeidere med riktig kompetanse og sørger for de får tilstrekkelig opplæring, samt etter- og videreutdanning. Eksempler på relevante interne dokumenter er funksjonsbeskrivelser, ansettelsesavtaler, kompetanseoversikter, kartleggingsskjema for kompetansebehov, opplæringsplaner og oversikt over gjennomførte opplæringstiltak. [82]

Kommunen skal sørge for at ansatte får nødvendig etter- og videreutdanning. De ansatte har også en plikt til å delta i nødvendige etter- og videreutdanning, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2. Med etterutdanning menes ajourføring, supplering og komplettering av grunnutdanning med sikte på å vedlikeholde kompetanse og bedre mestring i stillingen som innehas. Videreutdanning tar sikte på å gi kvalifikasjoner på et høyere nivå enn grunnutdanningen. [83]

Demensretningslinjen trekker også fram at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester til personer med demens skal ha et system for opplæring, videreutdanning og etterutdanning av ansatte. Virksomhetene må sørge for at de ansatte har den opplæring, videreutdanning og etterutdanning som er påkrevd, slik at den enkelte innehar relevant kompetanse for å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig. Kompetanse om demens innebærer blant annet gode kunnskaper om demenssykdommer, personsentrert omsorg, kommunikasjon, kartleggingsverktøy, oral helse (tannhelse), ernæring, lindrende behandling, miljørettede og psykososiale tiltak og aktiviteter, forebygging og avdekking av vold og overgrep, og legemiddelbehandling. På grunn av høy forekomst av samsykelighet hos personer med demens, er det også viktig at helse- og omsorgspersonell som arbeider med pasientgruppen har kompetanse innen aldersmedisin og de vanligste nevrologiske tilstandene i tillegg til demenssykdom.[84]

Ifølge demensretningslinjen bør personell både ha kunnskap om og yte personsentrerte helse- og omsorgstjenester. Det er utviklet egne metoder som kan bidra til personsentrert omsorg for personer med demens. Det innebærer at personell skal yte omsorg, der personens behov settes i fokus. Det innebærer blant annet at personell har relevant kompetanse, møter personen med respekt, gjør seg kjent med personens behov, og regelmessig evaluerer og oppdaterer personens tiltaksplan, bestreber seg på å tolke og forstå utfordrende atferd, tilbyr og motiverer med tilpassede aktiviteter og legger til rette for kommunikasjon med pårørende. [85]

---

[81] Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6
[82] Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift, s. 22.
[83] Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), s. 500.
[84] Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, s. 6 og 13.
[85] Helsedirektoratet (2023) Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022, s. 13, 17.

Demensretningslinjen understreker videre at virksomhetsleder både skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kompetanse innenfor det aktuelle fagfeltet, samt kunnskap om virksomhetens styringssystem. Virksomhetsleder må sørge for at medarbeidere har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgaver på en faglig forsvarlig måte. Dette forutsetter at virksomheten kartlegger kompetansebehovet og rekrutterer personell med nødvendig kompetanse, samt sørger for at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring og eventuelt videre- og etterutdanning. [86]

Mål og rapportering

Plikten til å planlegge innebærer også å ha oversikt over mål, samt å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient og brukersikkerhet jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6a. Øverste leder har ansvar for at det settes mål for virksomheten. Det bør settes mål på områdene pasient-, bruker- og pårørendetilfredshet, kvalitet og pasientsikkerhet, forbedring, personal/HMS, drift og logistikk, økonomi og effektivitet. Målene bør utarbeides i samarbeid med resten av organisasjonen, og være tydelige, konkrete, tallfestede, målbare og tidsbestemte. Øverste leder har ansvar for å sørge for at målene operasjonaliseres på relevant nivå i virksomheten og jevnlig etterspørre og følge opp resultater knyttet til målene. Målene må følges opp kontinuerlig av samtlige ledere i den daglige driften. [87]

Det er også et nasjonalt mål i Demensplan 2025 at demensutfordringene settes på dagsorden i kommunenes ordinære planarbeid. Kommuner som setter demensutfordringer på dagsorden i planarbeidet prioriterer gjerne også dette høyere.[88] Videre krever den demografiske utviklingen med økende antall personer med demens tilrettelegging, dimensjonering og kvalitetsutvikling av tjenestene.[89]

Videre må den som har det overordnede ansvaret for virksomheten sørge for at det etableres systemer for å innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap både i og utenfor egen virksomhet. Eksempler på relevant, intern informasjon er resultater fra brukertilfredshetundersøkelser, oversikt over klager, pasientskader, avvik og uønskede hendelser og HMS- kartlegginger. Eksempler på relevant ekstern informasjon er oversikt over demografi, nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre og informasjon fra kommunens fagsystemer. Informasjon om pasienter, brukere og kvaliteten på tjenestene de mottar utgjør et viktig beslutningsgrunnlag når oppgaver og ressurser skal fordeles og er avgjørende for å lykkes med forbedringsarbeid. Øverste leder bør derfor etterspørre disse dataene regelmessig og bruke dem til styring. I virksomheten bør det være et system for å innhente relevant informasjon og rutiner for å regelmessig gjennomgå og evaluere informasjonen. [90]

Andre eksempler på sentrale temaer ledelsen bør følge med på er pasienter, brukere og pårørendes erfaringer med tjenestene (opplevd kvalitet), om pasienter/brukere med omfattende behov er sikret en tverrfaglig utredning med utgangspunkt i ønsker og mål, om det er oppnevnt koordinator og om

[86] Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, s. 13.
[87] Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift, s. 12.
[88] HOD (2020) Demensplan 2025, s. 89.
[89] Helsedirektoratet (2023) Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022, s. 12.
[90] Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift

personen har individuell plan. I tillegg til kvantitative målinger kan det innhentes kunnskap om brukernes opplevelser av tjenestene gjennom kvalitative undersøkelser som fokusgruppeintervju. [91]

Det er sentralt i arbeidet med å forbedre kvaliteten i tjenestene å måle nåsituasjonen. Kommunen må sikre nødvendig rapportering slik at ledere kan følge med på de utøvende tjenestene. I styringssystemet må det derfor innarbeides rapporteringsrutiner som sikrer at overordnet ledelse regelmessig får informasjon fra de utøvende tjenestene på en måte som gjør dem i stand til å følge med på kvaliteten på brukernivå. [92]

Ledere bør særlig gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende i utvikling og gjennomføring av tjenestene på både individ og- systemnivå. Kontinuerlige brukerundersøkelser og gode rapporteringsrutiner er sentralt for kvalitetsutvikling i tjenesten.[93] Gjennomføring av regelmessige brukerundersøkelser for beboere/pårørende kan også bidra til bedre tilrettelegging av tiltak og aktiviteter for brukergruppene. [94]

Videre må det benyttes tilgjengelige styringsdata fra ulike datakilder til kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling. Kontinuerlig og systematisk forbedringsarbeid fordrer ferske data. De viktigste kildene til slike data er tjenestenes egne fagsystemer. Dette må kombineres og sammenstilles med tilgjengelig data fra andre kilder som nasjonal statistikk. [95]

For å kunne gjennomføre nødvendige analyser bør kommunen også ha tilgang til analysekompetanse. Det er kompetansekrevende å skaffe tilstrekkelig data, sammenstille datakilder samt å analysere dataene. Analysefaglig kompetanse er derfor nødvendig for å for å sikre et godt beslutningsgrunnlag.[96]

Håndtering av risiko og avvik

Kravet om oversikt over områder med risiko for svikt eller mangel på etterlevelse innebærer at kommunen må ha rutiner for systematisk gjennomgang av virksomhetens tjenester og resultater jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6d. Gjennomgangen skal identifisere aktiviteter og prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverket. Risikovurderingen bør skje som en kontinuerlig prosess og bør følge en kjent standard. Målet med kartleggingen er å identifisere områder hvor svikt kan inntre ofte, og hvor svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasienter, brukere eller andre samt forebygge svikt og uønskede hendelser. Øverste ledelse må sørge for at risikonivået defineres og at risikoer identifiseres i virksomheten. Gjennom systematiske risikokartlegginger kan ledelsen identifisere aktiviteter og prosesser der det er fare for svikt eller brudd på regelverk. Risikofaktorer forbundet med samhandling og overganger internt og eksternt bør særlig vektlegges. Pasienter, brukere pårørende og medarbeidere kan bidra med verdifull innsikt om risiko. Deres erfaringer og innspill bør systematisk etterspørres og brukes. [97]

---

[91] Helsedirektoratet (2017) Oppfølging av personer med store og sammensatte behov, s. 21.
[92] Helsedirektoratet (2017) Oppfølging av personer med store og sammensatte behov, s. 21.
[93] Helsedirektoratet (2017) Oppfølging av personer med store og sammensatte behov, s. 4,
[94] Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, s. 5.
[95] Helsedirektoratet (2017) Oppfølging av personer med store og sammensatte behov, s. 21.
[96] Helsedirektoratet (2017) Oppfølging av personer med store og sammensatte behov, s. 4,
[97] Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift

Eksempler på relevante interne dokumenter knyttet til oversikt over risikoområder er resultater fra avviks- og meldesystemet, rutiner for å avdekke områder med fare for svikt, rutiner for risiko- og sårbarhetsanalyser, rutiner for felles risikogjennomgang, rapporter fra risiko- og sårbarhetsanalyser målinger av pasientskade og tilbakemeldinger fra pasient, brukere og pårørende. [98]

Kommunen skal både ha oversikt over avvik (blant annet uønskede hendelser) og gjennomgå avvikene slik at lignende forhold kan forebygges, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 og 8. Gode avviks- og meldesystemer kjennetegnes av at hensikten er læring og forbedring. Formålet er ikke bare å lukke enkeltavvik, men å sikre at det ikke skjer igjen noen andre steder i virksomheten. Systemet bør gi gode muligheter for rask analyse og god respons, og det bør være klart og tydelig hva som bør meldes. Det er sentralt at avvikene diskuteres i et kvalitetsutvalg eller tilsvarende, men også internt i den enhet der avviket oppsto. Videre bør det være en lav terskel for hva som meldes inn i avvikssystemet. Alle uønskede hendelser som kan gjenta seg og som er av en viss betydning bør meldes slik at det kan iverksettes tiltak for å hindre gjentakelse. En god kultur for at medarbeidere melder fra om uønskede hendelser er en viktig forutsetning for å oppnå forbedring.[99]

Plikten til å gjennomføre

Kravet til gjennomføring[100] i helse- og omsorgstjenesteloven §3-1 innebærer at kommunen har ansvar for at helse- og omsorgstjenester organiseres og gjennomføres i tråd med kommunens vedtatte planer, at helse- og omsorgstjenestene er forsvarlige og at befolkningens behov dekkes. [101]

Plikten til å gjennomføre medfører også at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent og gjennomføres, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §7. Videre må virksomheten sørge for at medarbeidere har nødvendig kunnskap og kompetanse i det aktuelle fagfeltet og om relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet. Virksomheten må også utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner og andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser og brudd på krav til faglig forsvarlighet. Virksomheten må også sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker, slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes, og sørge for bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. [102]

Plikten til å evaluere

Kravet til evaluering[103] innebærer at kommunen har ansvar for å evaluere gjennomføringen av tjenestetilbudet systematisk. [104]

Plikten til å evaluere innebærer videre å kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres, samt å vurdere om gjennomføring av oppgaver, tiltak og planer er egnet til å etterleve regelverk, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8. Videre skal

[98] Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift
[99] Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift
[100] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd
[101] Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), s. 140.
[102] Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7
[103] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd
[104] Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), s. 140.

virksomheten evaluere om iverksatte tiltak ivaretar krav i helse- og omsorgslovgivningen. Kommunen skal også vurdere virksomheten på bakgrunn av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. Kommunen skal videre gjennomgå avvik slik at lignende forhold kan forebygges, og minst årlig systematisk gjennomgå og vurdere styringssystemet mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring. [105]

Plikten til å korrigere

Krav til korrigering[106] innebærer at kommunen skal korrigere uforsvarlige og uønskede forhold. Kommunen må iverksette tiltak dersom evaluering, tilsyn eller annet viser at kommunens tjenestetilbud ikke er tilstrekkelig eller forsvarlig.

Plikten til å korrigere innebærer å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold, sørge for korrigerende tiltak og forbedre nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser.[107]

3.4. Krav og forventinger knyttet til tilrettelegging for hjemmeboende med demens

Tidlig utredning og diagnostisering

Rettidig utredning og diagnostikk er en forutsetning for å yte effektiv helsehjelp til pasienter med mistanke om demens. Utredningen skal alltid baseres på frivillighet.[108] Det er et nasjonalt mål i Demensplan 2025 at personer med demens fanges opp til rett tid og sikres gode og tilpassede tjenester og systematisk oppfølging etter diagnose. [109] Tiltak i demensplanen er blant annet å bidra til økt utredning og diagnostisering av demens samt å etablere systematisk oppfølging etter demensdiagnose og gode forløp for personer med demens. [110]

I kommunen er det i hovedsak fastlegene som har ansvar for utredning og diagnostisering av hjemmeboende personer med demens, og ved mistanke om demens bør lege tilby basal demensutredning. For å sikre forsvarlige tjenester er det derfor nødvendig at fastlegene har kompetanse om demens, og starter utredning, behandling og oppfølging etter gjeldende retningslinjer. [111] I henhold til demensretningslinjen bør imidlertid utredningen skje i samarbeid med kommunens hukommelsesteam/demensteam. Annet helse- og omsorgspersonell, som hjemmesykepleie og hjemmehjelp kan også ha en viktig rolle med å gjøre fastlegen kjent med behovet for demensutredning. Dersom basal demensutredning ikke har vært tilstrekkelig for å stille diagnose ved mistanke om demens bør fastlegen henvise videre til spesialisthelsetjenesten for utvidet utredning. Ved mistanke om kognitiv svikt skal fastlege også vurdere personens kjøreevne. [112]

---

[105] Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8
[106] Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd
[107] Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 9
[108] Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, s. 22
[109] HOD (2020) Demensplan 2025, s. 9, 12 og 75.
[110] Prop. 1 S (2022–2023) HOD, s 200.
[111] HOD (2020) Demensplan 2025. s. 15 og 29.
[112] Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, s. 21 -22.

Videre bør fastlege følge opp pasienter med demens minst hver 6. – 12. måned. Fastlegen bør i denne forbindelse blant annet gjennomføre somatisk undersøkelse, vurdere kognitiv funksjon, vurdere atferdsmessige og psykologiske symptomer, vurdere sikkerhet i hjemmet, vurdere pårørendes stressbelastning, behov for legemiddelgjennomgang og lindrende behandling. [113]

Kommunene har et ansvar for å legge til rette for at pasientene får nødvendige fastlegetjenester. Fastlegene bør derfor framstå som en integrert del av kommunens helse- og omsorgstjenester. [114] Det er også fastlegene som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste, jf. forskrift om fastlegeordning i kommunene § 25.

Kommunen bør derfor etablerer rutiner for samarbeid mellom demensteam og fastleger, samt eventuelt spesialisthelsetjenesten. [115] På grunn av den høye forekomsten av samsyklighet hos personer med demens er god informasjonsflyt mellom legevakt, fastleger, sykehjemsleger, spesialisthelsetjenesten og personale i hjemmetjenesten/sykehjemstjenesten nødvendig for å sikre forsvarlige tjenester. [116]

Nasjonalt senter for aldring og helse[117] påpeker også at det bør finnes prosedyrer for samarbeid mellom fastlegen og den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten i kommunen, for å sikre god medisinsk og annen helsefaglig oppfølging gjennom demensforløpet. Personer med demens vil ofte være avhengig av bistand fra hjemmesykepleien for å kunne foreta daglige aktiviteter og ivareta helsen. Prosedyren bør blant annet omhandle hva det skal samarbeides om og på hvilken måte. Samarbeidet kan foregå ved for eksempel elektroniske meldinger, felles møter/ansvarsgrupper, eller ved at ansvarlig sykepleier/kontaktperson/koordinator deltar på konsultasjoner ved behov. [118]

Både demensretningslinjen og den nasjonale demensplanen gir føringer om å gi tett og systematisk oppfølging etter demensdiagnose. Bakgrunnen er at mange personer med demens og deres pårørende opplever et fravær av involvering fra helse- og omsorgstjenesten, og at ingenting skjer. [119]

Ifølge demensretningslinjen bør alle personer med demens også få tilbud om en fast kontaktperson i kommunen med bred kompetanse om demens. En fast kontaktperson i kommunen som følger personen over tid og sørger for tilbud om "rett" tiltak eller tjeneste til "rett tid", har vist seg å være en nøkkelfaktor for å få til god og systematisk oppfølging av personer med demens og deres pårørende fra diagnosen. [120]Kontaktpersonen må ta initiativ til samtale og gi individuell støtte, samt ha god oversikt over tilbud i kommunen. [121] Kontaktpersonen skal tilby oppfølging fra utredning og videre gjennom

[113] Helsedirektoratet (2023) Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022
[114] Helsedirektoratet (2017) Oppfølging av personer med store og sammensatte behov
[115] HOD (2020) Demensplan 2025, s. 16.
[116] Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, s. 6.
[117] Nasjonalt senter for aldring og helse er en offentlig aktør som tilbyr forskningsbasert kunnskap, praktiske verktøy og gode løsninger. Senteret er forankret i Helse Sør-Øst RHF og er et sameie mellom Oslo Universitetssykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF.
[118] https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/hjemme-med-tjenester-medisinsk-og-helsefaglig-oppfolging/ (online 16.10.23)
[119] Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, s. 5.
[120] HOD (2020) Demensplan 2025, s. 16.
[121] HOD (2020) Demensplan 2025, s. 16.

sykdomsforløpet. Kommunens kontaktperson kan være en ansatt fra demensteamet, fra hjemmetjenesten eller en annen ansatt i kommunen. [122]

Demensretningslinjen legger videre vekt på at personer med demens får en individuell tiltaksplan, hvor personens ressurser og sårbarhet vurderes. Tiltaksplanen skal regelmessig evalueres og justeres. [123] Aldring og helse legger også vekt på at personer som mottar tjenester i hjemmet skal ha en tiltaksplan, med individuelt tilrettelagte tiltak. Tiltaksplan er en del av pasientens journal, og skal gjøre det lett for ansatte å sette seg inn i pasientens helsetilstand og planlagte tiltak. [124]

Videre skal kommunen tilby koordinator og individuell plan til personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og 7-2. Dette gjelder personer som har et behov som har en viss varighet og som mottar to eller flere helse- og omsorgstjenester. Det må i alle tilfeller foretas en konkret vurdering av behovet for individuell plan. [125] Individuell plan og koordinator er et sentralt tiltak og innsatsområde i demensplan 2025. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, vil mange ha omfattende behov for bistand. Individuell plan og koordinator anses i denne forbindelse som et viktig verktøy for planlegging og medvirkning av tjenestene.[126]

Kommunen skal videre ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabiliteringsvirksomhet. Enheten skal ha overordnet ansvar for arbeid med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorer, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3.

Kommuner bør videre ha et tverrfaglig team (hukommelsesteam/demensteam) med kompetanse om demens som en del av sitt tilbud til personer med demens og deres pårørende. Teamets funksjon bør være å bistå lege under demensutredning, samt å sikre at personer med demens og deres pårørende gis oppfølging etter diagnose og å sikre et fast kontaktpunkt i kommunen videre i sykdomsforløpet. Det er også en fordel om teamet minst består av sykepleier og ergoterapeut med bred kompetanse om demens og helst lege. [127]

Kommunene har videre en plikt til å tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 punkt 7. Kommunen har imidlertid stor frihet når det gjelder utforming, innhold og organisering av dagaktivitetstilbudet. Plikten til å tilby et dagaktivitetstilbud innebærer ikke at alle hjemmeboende med demens har rett til slike tjenester. Kommunen må gjøre en konkret vurdering av hvilke tjenester den enkelte pasient eller bruker har krav på for at den enkelte skal få nødvendige tjenester av forsvarlig kvalitet.[128]

Velferdsteknologi

---

[122] Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, s. 18. ; Helsedirektoratet (2023) Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022, s. 25.
[123] Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, s. 3.
[124] https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/tilrettelegging-av-tjenester/ (online 31/10/2023)
[125] Prop. 91 L (2010-2011) s. 499
[126] HOD (2020) Demensplan 2025, s. 9, 12 og 16.
[127] Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, s. 18.
[128] Prop. 66 L (2018-2019) s. 23.

Ifølge demensretningslinjen bør kommunene gi informasjon om og tilby velferdsteknologiske løsninger og tjenester som kan gi bedre egenmestring for personer med demens og avlaste pårørende. [129] Kommunene bør også ta i bruk velferdsteknologi for å fremme selvstendighet og tilrettelegge for økt mestring. [130]

Velferdsteknologi er teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og som styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. [131]

Ifølge Helsedirektoratet er gevinstene tydelige ved bruk av velferdsteknologi i kommunene. Direktoratet anbefaler blant annet løsningene lokaliseringsteknologi (GPS), elektronisk medisineringsstøtte (elektronisk medisindispenser), elektroniske dørlåser (e-lås), digitalt tilsyn, digitale trygghetsalarmer og responstjenester. [132]

3.5. Tjenester tilpasset den enkeltes behov

Målet for saksbehandling og tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester er at det skal tilbys riktige tjenester til rett tid og til riktig omfang. Tjenesten er ofte av stor betydning for pasient, bruker og pårørende, og god saksbehandling er viktig for å kvalitetssikre tildelingen av tjenestene. [133] Forsvarlighetskravet er dermed grunnleggende for all saksbehandling, tjenestetildeling og tjenesteyting innenfor helse- og omsorgstjenestene. [134]

Forvaltningslovens regler om enkeltvedtak gjelder blant annet for helsetjenester i hjemmet. [135] I henhold til forvaltningsloven § 17 skal kommunen påse at den enkelte sak er så godt opplyst som mulig før enkeltvedtak treffes. Det må dermed foreligge tilstrekkelig med opplysninger til at saken kan vurderes og avgjøres på en faglig forsvarlig måte. [136] Forvaltningsloven § 17 gjelder strengt tatt kun enkeltvedtak, men det følger av ulovfestede prinsipper om forsvarlig saksbehandling og kravet til forsvarlighet i helse- og omsorgstjenestene at alle saker som gjelder spørsmål om helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere skal utredes betryggende. [137]

Det er særlig viktig at pasienten eller brukerens behov blir tilstrekkelig grundig utredet, at pasienten og brukeren gis mulighet til medvirkning, at rettsikkerheten ivaretas og at saksbehandlingen ivaretar grunnleggende personvernhensyn. Disse hensynene på imidlertid balanseres mot hensynet til effektiv forvaltning og riktig bruk av offentlige ressurser. [138]

---

[129] Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022
[130] Helsedirektoratet (2017) Oppfølging av personer med store og sammensatte behov, s. 5.
[131] NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg, s. 99.
[132] https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/anbefalinger-om-velferdsteknologiske-losninger-i-kommunene
[133] Helsedirektoratet (2017) Veileder for saksbehandling
[134] Helsedirektoratet (2017) Veileder for saksbehandling , s. 5.
[135] Helsedirektoratet (2017) Veileder for saksbehandling, s. 26.
[136] Helsedirektoratet (2017) Veileder for saksbehandling, s. 27.
[137] Helsedirektoratet (2017) Veileder for saksbehandling, s. 29.
[138] Helsedirektoratet (2017) Veileder for saksbehandling, s. 5.

Det er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a som er det rettslige utgangspunktet for vurderingen av den enkeltes rett til kommunale helse- og omsorgstjenester. [139] Bestemmelsen gir pasient og bruker rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Dette innebærer nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på individuelle helsefaglige og/eller sosialfaglige vurderinger av behov. Omfang og nivå på hjelpen må vurderes konkret. Det avgjørende er den hjelpetrengende sitt behov ut ifra en helse- og sosialfaglig vurdering. [140]

Det er dermed en helse- og sosialfaglig vurdering av den enkelte brukers eller pasients behov som er avgjørende for hva kommunen er forpliktet til å gi i den enkelte sak. Utredningen starter med at kommunen blir kjent med et mulig hjelpebehov. Dette kan blant annet skje ved at en pasient eller bruker selv sender en søknad om tjenester, en pårørende tar kontakt med kommunen eller en hjemmehjelp oppdager tegn til begynnende demens. Henvendelser kan også komme fra fastlegen eller spesialisthelsetjenesten eller andre. Kommunen plikter å vurdere innkomne henvendelser løpende, og starte utredning og iverksette nødvendige tjenester innen forsvarlig tid.[141] Av og til må et hjelpebehov dekkes umiddelbart, uten at det er tid til å gjøre en grundig utredning og fatte vedtak om tildeling av tjenester. I slike tilfeller må kommunen begynne å gi tjenester først, og igangsette utredning og utforming av vedtak etterpå. [142]

Avhengig av type sak kan det være aktuelt å innhente opplysninger om helse-tilstand/diagnose, funksjonsnivå, familieforhold, sosiale forhold, boforhold, nåværende tjenester og egne ressurser mv. Det vil eksempelvis være aktuelt å innhente opplysninger fra pasienten/brukeren selv, fastlege, spesialisthelsetjenesten, kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester og andre instanser som barneverntjenesten og NAV mv. [143]

I mange saker vil det videre være viktig å ha en tverrfaglig tilnærming ved utredning av behovet, slik at pasienten eller brukeren får en individuell og tilpasset utforming av tjenestene. Tverrfaglig vurdering kan gi en riktigere vurdering og dermed være en forutsetning for en forsvarlig utredning av saken. [144]

Demens utvikler seg over tid og kan ikke kureres. Ifølge demensretningslinjen bør kommunen derfor to ganger i året eller oftere foretas en ny vurdering av pasientens eller brukerens mestring av dagliglivets aktiviteter (ADL[145]), samt vurdere om personen har økt omsorgsbehov. [146]

Aldring og helse anbefaler også at pasienter med demensdiagnose følges opp av lege og hukommelsesteam/demensteam hver 6, måned for å vurdere behov for å endre medisinsk behandling eller omsorgstiltak. De har også utviklet et eget skjema som kan benyttes av fastlege og/eller demensteam ved halvårig oppfølging av personer med demens. Ved oppfølgingsbesøk undersøkes det, gjennom samtale med pasient og pårørende, om det er endring i ADL (funksjon), kognisjon og atferd. Det gjennomføres en standard ADL vurdering gjennom Lawton og Brodys ADL skjema.

---

[139] Helsedirektoratet (2017) Veileder for saksbehandling, s. 9.
[140] Norsk lovkommentar Ved Aslak Syse. Noten er sist hovedrevidert 27.10.2022.; Helsedirektoratet (2015) Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer s. 15.
[141] Helsedirektoratet (2017) Veileder for saksbehandling. s. 11. og s. 32.
[142] Helsedirektoratet (2017) Veileder for saksbehandling, s. 29.
[143] Helsedirektoratet (2017) Veileder for saksbehandling
[144] Helsedirektoratet (2017) Veileder for saksbehandling, s. 32.
[145] Activities of Daily Living
[146] Helsedirektoratet (2023) Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022

Informasjon fra oppfølgingen sammenfattes og journalføres i kommunens journalsystem, og informasjonen sendes til fastlege og eventuelt til saksbehandler som vedtar kommunale helse- og omsorgstjenester. [147]

Ifølge kommunens egne rutiner skal primærkontakten registrere og oppdatere IPLOS og ADL ved endring av brukerens hjelpebehov og minimum hver tredje måned. Primærkontakt skal også observere og dokumentere endringer i pasientens funksjonsnivå, og sende evalueringsnotat til saksbehandler ved endring i pasientens behov. Primærkontakten må også sikre at nødvendige karlegginger gjennomføres i samarbeid med sykepleier. [148]

Ifølge Helsedirektoratet er det også viktig at helsepersonell observerer hva hjemmeboende med demens selv mestrer knyttet til ernæring. Hva klarer personer med demens selv uten instruksjon? Kan personen utføre aktiviteter selv i riktig rekkefølge, for eksempel bruk av kaffetrakter? Personer med demens må observeres for å avdekke hva personen mestrer og ikke mestrer for å få tilpasset bistand. Dette er særlig viktig for personer med demens, fordi sykdommen er tiltakende og fordi problemer forverres over tid. [149] Personer med demens har også stor risiko for underernæring. [150]

Helsetilsynet anser det også som et avvik om kommunen ikke har etablert et system som sikrer forsvarlig identifisering, utredning og oppfølging av personer med demens. Det skal blant annet etableres systematisk kartlegging av pasientene før oppstart av hjemmetjenester og det skal brukes kartleggingsverktøy for å vurdere hvilke behov pasienten har. Videre må det framgå av vedtakene hvilket hjelpebehov pasienten har og hvilke tjenester som skal gis. Det skal også etableres system/praksis for og tjenestetilbud. Vedtakene skal oppdateres i forhold til endrede behov hos pasienten. [151]

Journalføring har en sentral plass i helsepersonells yrkesutøvelse og er helt avgjørende for å sikre kontinuitet, kvalitet og sikkerhet i tjenestene. [152] Den som yter helsehjelp skal nedtegne alle relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen i en journal, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40. Journalen skal gi en oversiktlig og samlet fremstilling av pasientens helsetilstand, slik at det er lett for helsepersonell å sette seg inn i pasientens helsetilstand og eventuelt videre planlagt helsehjelp, jf. pasientjournalforskriften §4. Nedtegnelser skal skje uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gjort. Helsepersonell skal blant annet journalføre de råd og den informasjon som er gitt og hovedinnholdet i dette, jf. pasientjournalforskriften §7.

---

[147] https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/Verkt%C3%B8y_Halvarlig_oppf%C3%B8lging_NOV2016_4s_WEB_oppdatert.pdf (online 5.10.2023)
[148] Drammen kommune (2021) Primærkontakt i hjemmesykepleien
[149] Helsedirektoratet (2019) Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse og omsorgstjenesten, s 200, 201.
[150] Slinning og Vad, NTNU (2020) Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens?,s. 14.
[151] https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/nordland/2016/moskenes-kommune-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-demens-som-bor-i-eget-hjem-og-pa-sykehjem-2016/ (online 19.10.2023)
[152] Olsen, R. M., & Wibe, T. (2019). Journalføring og pasientsikkerhetskultur i hjemmesykepleien, s. 2.

Kommunens tilretteleggingsplikt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og helsepersonelloven § 16 tilsier blant annet at kommunen må sørge for at helsepersonell har rammebetingelser som gjør det mulig å overholde dokumentasjonsplikten etter helsepersonelloven § 39 om journalføring. [153]

IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) er et lovbestemt helseregister, som det er obligatorisk for kommunene å benytte. Opplysningene som registreres er IPLOS, er en del av pasientenes journal og er en viktig del av den relevante og nødvendige dokumentasjonen som innhentes når et tjenestebehov utredes. [154] IPLOS bør oppdateres ved behovsendring og ved nytt vedtak om tjenester.[155]

Hjemmeboende personer med demens trenger ofte tilsyn hele eller store deler av døgnet, og er ofte avhengige av sine pårørende. Dette kan få alvorlige konsekvenser for pårørendes egen helse. Til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid skal kommunen derfor tilby nødvendig pårørendestøtte, i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 skal kommunen også fatte vedtak om slike tjenester når det er behov for veiledning og opplæring over 14 dager.

I Helsedirektoratets pårørendeveileder går det fram at helsepersonell løpende skal vurdere pårørendes behov for støtte og være oppmerksomme på pårørende som er i en særlig utsatt situasjon. Demens trekkes i veilederen fram som en tilstand/sykdom som kan medføre særlig behov for støtte. Ifølge veilederen skal kommunen ha systemer og rutiner som legger til rette for informasjon til og dialog med pårørende. Dette gjelder enten om pårørende har rollen som informasjonskilde, representant for bruker, omsorgsgiver eller støtte for brukeren. Pårørende kan også ha behov for støtte og hjelp for egen del. [156]

I nasjonal pårørendestrategi og handlingsplan er det blant annet et hovedmål at pårørende skal anerkjennes som en ressurs. Følgende seks innsatsområder skal bidra til å nå hovedmålene: [157]

1. Tidlig identifisering og ivaretagelse
2. Bedre informasjon, opplæring og veiledning
3. Forutsigbare og koordinerte tjenester
4. Tilstrekkelig støtte og avlastning
5. Familieorienterte tjenester
6. Pårørendemedvirkning

[153] https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/nordland/2016/moskenes-kommune-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-demens-som-bor-i-eget-hjem-og-pa-sykehjem-2016/
[154] Helsedirektoratet (2017) Veileder for saksbehandling, s. 33.
[155] https://www.statsforvalteren.no/siteassets/fm-rogaland/dokument-fmro/forvaltning/lysark/kostrasem2010-iplos-vatten.pdf
[156] Helsedirektoratet (2017) Pårørendeveileder
[157] Departementene (2020) "Vi - de pårørende" (Pårørendestrategi 2021-2025)

3.6. Utledede revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er utledet i undersøkelsen:
Tekstboks 1 Utledede revisjonskriterier

Internkontroll og kompetanse

- Kommunen skal ha klar ansvarsfordeling
- Kommunen skal ha nødvendige rutiner og prosedyrer
- Kommunen bør sørge for at personell som arbeider med hjemmeboende med demens har tilstrekkelig kompetanse.
- Kommunen bør fastsette mål på området
- Kommunen bør ha et system for å følge opp måloppnåelse (styringsinformasjon) og rapportere informasjon
- Kommunen skal regelmessig identifisere og dokumentere vesentlig risiko, og iverksette tiltak for å redusere vesentlig risiko til et akseptabelt nivå.
- Kommunen skal avdekke og følge opp avvik

Tilrettelegging

- Kommuner bør ha et tverrfaglig team (hukommelsesteam/demensteam) med kompetanse om demens
- Kommunen skal tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens
- Kommunen bør tilby kontaktperson til alle med demensdiagnose uavhengig av hjelpebehov
- Kommunen bør tilby velferdsteknologiske løsninger

Tilpasning til behov for hjemmeboende med demens

- Kommunen bør ha systemer og rutiner som sikrer utredning og diagnostisering ved tegn på demens
- Kommunen bør ha rutiner for samarbeid med fastlegene
- Kommunen bør to ganger i året eller oftere foreta en ny kartlegging av mestringsnivå/ADL, samt løpende vurdere om personen har økt omsorgsbehov.
- Kommunen bør ha rutiner som sikrer at vedtak og tiltak løpende tilpasses endring i behov
- Kommunen bør sørge for at ansatte fører nødvendige opplysninger i journal uten ugrunnet opphold
- Kommunen bør tilby personsentrerte tiltaksplaner, tilpasset individuelle behov
- Kommunen bør gi tilstrekkelig veiledning og støtte til pårørende

4. Internkontroll og kompetanse

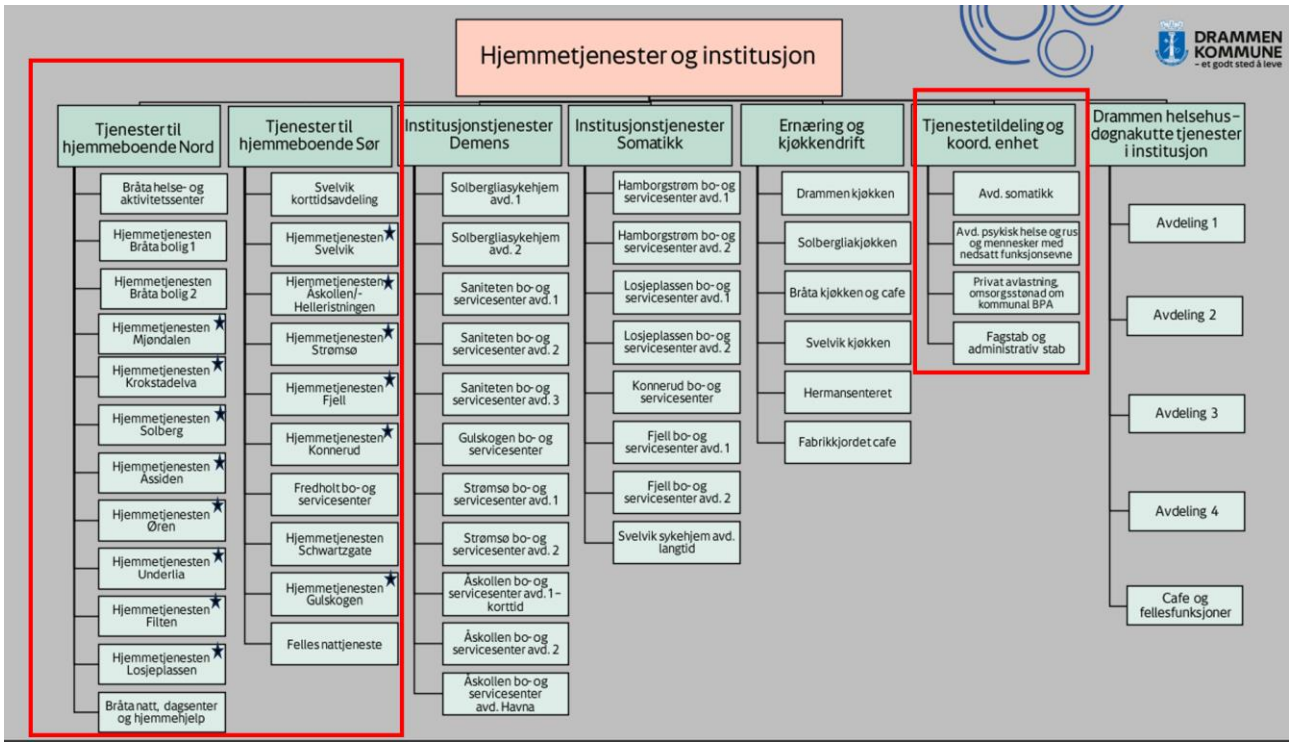
I dette kapittelet belyser revisjonen blant annet om kommunen har en hensiktsmessig, organisering og ansvarsfordeling og om kommunen setter mål og innhenter og analyserer styringsinformasjon. Videre belyses kommunens avvikshåndtering og håndtering av risiko i tillegg til spørsmålet om nødvendig kapasitet og kompetanse.

4.1. Organisering og ansvarsfordeling

Området hjemmetjenester og institusjon (P06) ledes av en egen kommunalsjef. I tillegg har hver virksomhet en egen virksomhetsleder, som igjen har egne avdelingsledere.

Ifølge kommunens organisasjonskart for ansvarsområde PO6 hjemmetjenester og institusjon er tjenestene til hjemmeboende inndelt i til sammen 22 områder, fordelt på virksomhetene tjenester til hjemmeboende nord (12) og tjenester til hjemmeboende sør (10). Det er videre virksomheten tjenestetildeling og koordinerende enhet/TOK (omtales i rapporten som tildelingskontoret) som har vedtaksmyndighet og som tildeler tjenestene. De ulike hjemmetjenesteavdelingene utfører tjenestene i henhold til vedtakene. I organisasjonskartet nedenfor er virksomhetene som inngår i denne forvaltningsrevisjonen markert med røde bokser.

Figur 4 Kommunens organisering av tjenestene til hjemmeboende ifølge organisasjonskart, per desember 2023[158]



[158] Fredhold bo og servicesenter er en institusjon for personer med demens, og inngår ikke i undersøkelsen.

Organisasjonskartet ovenfor, som sist er oversendt revisjonen i desember 2023, er ikke helt oppdatert med alle eksisterende enheter. Det er blant annet opprettet et eget i fagteam 2023 under virksomhetsleder sør, som ikke framgår. Her har kommunen samlet en del kommuneovergripende kompetanse. Fagteamet består av spesialister i klinisk allmensykepleie (5,4 årsverk), hukommelsesteam (4 årsverk) og kreftkoordinator (2 årsverk). Bakgrunnen for opprettelsen av fagteamet er blant annet å oppnå mer likeverdige tjenester i hele kommunene, bedre samhandling, bedre kompetanseheving og unngå «tue mentalitet».[159] Videre er det også opprettet et eget sykepleierteam under virksomhetsleder nord, som heller ikke framgår av organisasjonskartet. Det er imidlertid de ulike avdelingslederne som er ansvarlig for å ha tilgjengelig sykepleierkompetanse på alle vakter. Dersom det ikke er tilgjengelig sykepleiekompetanse i egen avdeling, skal imidlertid sykepleieteamet benyttes. [160]. Kommunen har også opprettet (i 2022) et eget ressurssenter under virksomhet sør med egen avdelingsleder, som ikke framgår av organisasjonskartet. De ansatte på ressurssenteret tar vakter i de ulike hjemmetjenesteavdelingene ved behov og reduserer dermed behovet for å benytte eksterne vikarbyråer.

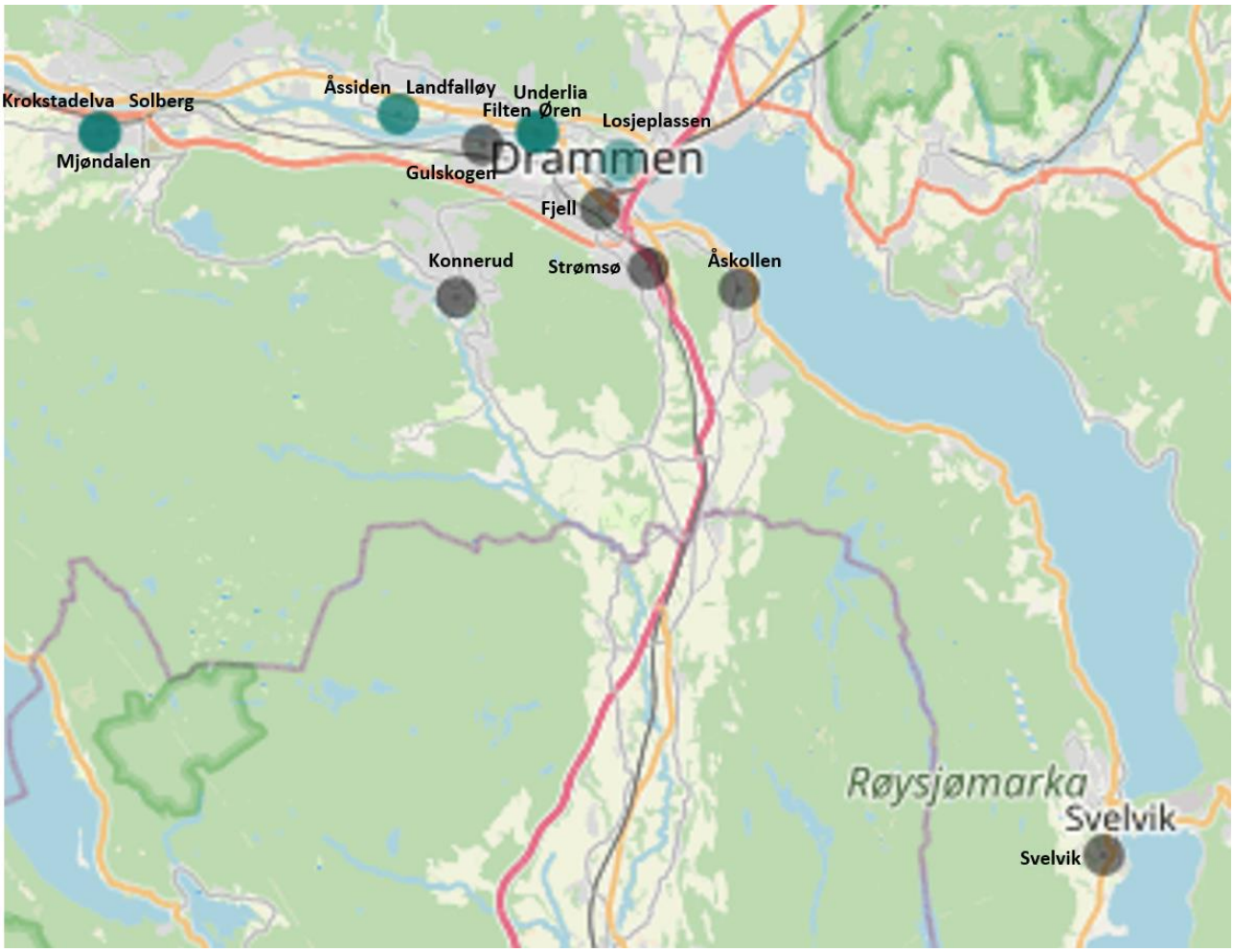
Kommunens organisasjonskart er heller ikke helt fullstendig når det gjelder alle hjemmetjenesteavdelingene. Samlet presenterer kommunen 15 avdelinger for hjemmetjenester, med egen avdelingsleder på sin hjemmeside. Disse er merket med en stjerne i organisasjonskartet. Det er imidlertid ikke fullt samsvar mellom hjemmetjenesteavdelingene på organisasjonskartet og avdelingene som presenteres på hjemmesiden. Hjemmetjenesteavdelingen Landfalløya er presentert på hjemmesiden, men framgår ikke av organisasjonskartet. Videre er ikke hjemmetjenesteavdelingen Schwartzgate omtalt på hjemmesiden.

Kommunen har også åtte dagsenter samt et aktivitetshus (Villa Fredrikke), som ikke framgår av organisasjonskartet, som er oversendt. Dagsentrene ligger direkte under de to virksomhetslederne (sør og nord) hvor hver virksomhet har egen avdelingsleder for alle dagsentrene i sin virksomhet. Bakgrunnen for at dagsentrene er samlet under egne avdelingsledere i hver virksomhet er at de hver for seg er små målt i antall årsverk (se kapittel 5.8 for mer informasjon om dagsentrene).

Kartet nedenfor illustrerer omtrentlig plassering til resepsjonen/kontaktpunktet til avdelingene som leverer hjemmetjenester i Drammen kommune per september 2023. Avdelingene som tilhører virksomhet nord er merket med grønn farge, mens de som tilhører virksomhet sør er merket med sort/grå farge. Flere av avdelingene er lokalisert i tilknytning til et bo- og servicesenter, og det er også flere som er samlokalisert. Dette gjelder eksempelvis Underlia og Øren som er lokalisert i Hamborgstrøm bo- og servicesenter. [161]

[159] Drammen kommune (2023) Fagteam.
[160] Drammen kommune (2023) Rutine sykepleierteam
[161] https://www.drammen.kommune.no/tjenester/helse-omsorg/tjenester-til-hjemmeboende/hjemmetjenesten/

Figur 5 Omtrentlig plassering til resepsjonen/kontaktpunktet til avdelingene per høsten 2023



Kommunalsjef forklarer i intervju at de fleste hjemmetjenesteavdelingene (12 av 14) skal samlokaliseres i tre enheter sommeren 2024. Det er i denne forbindelse også planer om å opprette egne hjemmetjenestebaser som har spesialisert kompetanse og kun tar seg av personer med demens. Enhetene vil lokaliseres på: Hamborgstrøm/Bragernes, Mjøndalen og Strømsø.

Bakgrunnen for samlokaliseringen er behov for innsparinger i hjemmetjenesten. Kommunen drifter per januar 2024 hjemmetjenesteavdelingene på 10 ulike lokasjoner. I Drammen bor imidlertid store deler av befolkningen tett, og de tre lokasjonene følger i stor grad befolkningstettheten. Det er kun Konnerud og Svelvik, som av praktiske og geografiske hensyn, vil beholde dagens lokasjon. [162]

Drammen kommune har i perioden 2021 til 2023 kuttet kostnader i innenfor helse- og omsorg, jf blant annet kommunestyrets vedtak i sak 113/22 og sak 103/21. Kommunalsjefen forklarer også i intervju at hjemmetjenesten har stramme budsjetter og området har redusert kostnader med om lag 150 millioner siden 2021. Det har vært et stort fokus både på politisk og administrativt nivå på kostnadsreduksjon. Dette gjør at det danner seg et bilde blant de ansatte at det skal spares og at det ikke er tilstrekkelig

[162] Drammen kommune (2023) Notat om samlokalisering av hjemmetjenesteavdelinger

med ressurser tilgjengelig. Et slikt bilde stemmer imidlertid ikke nødvendigvis med realiteten forklarer kommunalsjefen, fordi det finnes mye ressurser tilgjengelig selv om det kuttes i kostnader.

4.1.1. Pågående prosjekter

I oppstartsmøtet forklarer kommunalsjefen at kommunen jobber mye med løpende utvikling av tjenestene og at det er viktig at revisjonen belyser tiltakene som er planlagt og som nå gjennomføres. Dette gjelder blant annet ny organisering med opprettelse av fagteam og sykepleierteam, som er omtalt ovenfor.

Kommunalsjefen utdyper i intervju at det er en rekke andre interne utviklingsprosjekter som er underveis. Dette gjelder, i tillegg til samlokalisering i 2024, blant annet innføring av elektronisk samhandlingstavle i samtlige avdelinger og innføring av ruteoptimaliseringsverktøyet «Spider solutions». Se tekstboks 2 for mer informasjon om disse tiltakene.

Tekstboks 2 Mer informasjon om Elektronisk samhandlingstavle (Sensio) og Ruteoptimaliseringsverktøyet «Spider solutions»

Elektronisk samhandlingstavle (Sensio) skal brukes i alle hjemmetjenestebasene fra sommeren 2024. Det er et viktig tiltak som vil innebære en stor kvalitetsforbedring både med tanke på samhandling og systematisk kontroll. Tavlene på 75 tommer viser behov for oppfølging av brukerne, samt status på den enkelte bruker/pasient. Kommunen har allerede gode erfaring fra innføring på tre avdelinger som har benyttet løsningen - Mjøndalen, Krokstadelva og Solberg. Tavlen ble opprinnelig innført i tidligere Nedre Eiker kommune, før den innføres i hele nye Drammen kommune.

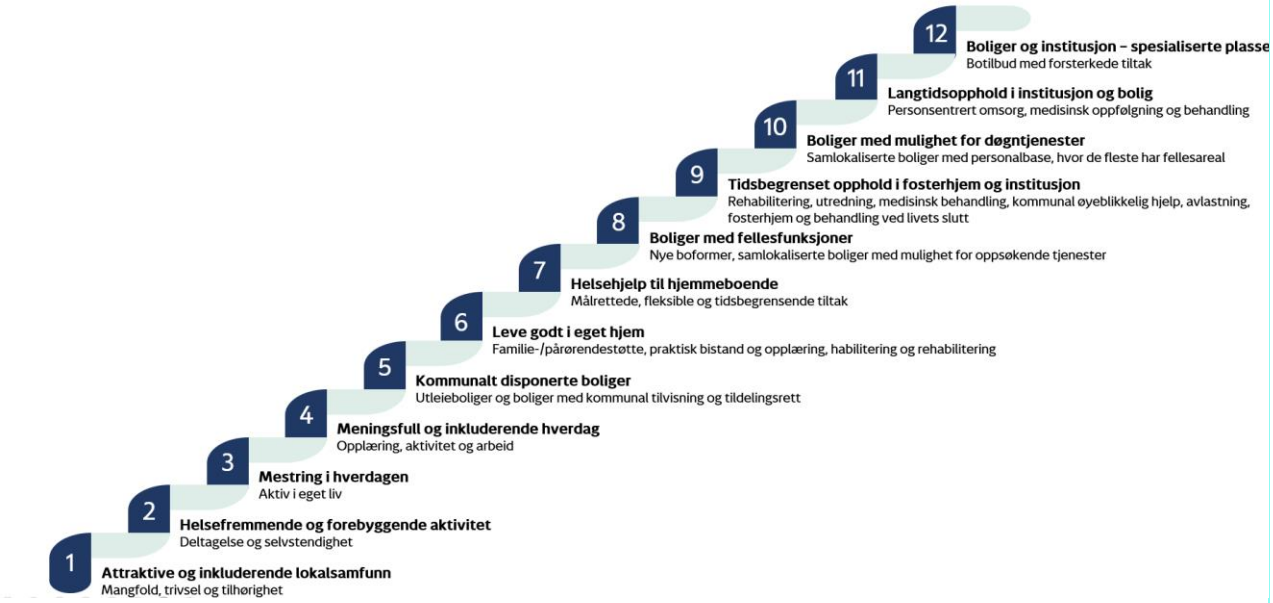
Ruteoptimaliseringsverktøyet «Spider solutions» skal tas i bruk i løpet av 2024. Det vil føre til at listene som fagkoordinerende sykepleier nå utarbeider (ca. 80 % av stillingen går til dette) vil automatiseres og lages ved hjelp av kunstig intelligens. Dette vil både kunne sikre bedre kontinuitet, bedre effektivitet i kjøringen og at rett person møter rett pasient. Systemet kan blant annet bidra med å redusere antall ansatte som er innom en bruker hver uke. For personer med demens er denne kontinuiteten veldig viktig. Det er mål om intensjonskunngjøring før jul, men det finnes kun en leverandør på markedet. Første avdeling er planlagt å starte i februar og det er planlagt at alle avdelinger har tatt dette i bruk før sommeren 2024.

Kommunen har også igangsett et eget prosjekt om fremtidsrettet tjenestetildeling, som ledes av en ekstern konsulent. Prosjektet ligger organisert til virksomheten tjenestetildeling og koordinerende enhet (TOK). I tekstboks 3 gir revisjonen en kort beskrivelse av prosjektet, basert på oversendt dokumentasjon

Tekstboks 3 Kort beskrivelse av prosjektet fremtidsrettet tjenestetildeling

Drammen kommune gjennomfører i perioden 2022 – 2025 prosjektet fremtidsrettet tjenestetildeling. Bakgrunn for prosjektet er blant annet at det ikke er en omforent forståelse av hva vedtaksbaserte og lavterskeltjenester innebærer. Det er blant annet en utfordring at brukere som ikke har behov for vedtaksbaserte tjenester får det likevel. Det er også uenighet om når og hvordan vedtak skal avsluttes i kommunen. Videre er det flere analoge og tidkrevende prosesser for både brukere og ansatte. Prosjektets mål er blant annet at politikerne skal få gode beslutningsgrunnlag, at tjenestetilbudet samsvarer med brukernes behov og kommunens økonomiske rammer, at kommunen i større grad planlegger og dimensjonerer tjenestene ut fra kommende behov og at det skapes hovedlinjer, prinsipper og strukturer som gir tildelingskontoret (TOK) og tjenestene et felles rammeverk å forholde seg til. Prosjektet har også flere avhengigheter til annet arbeid, blant annet et prosjekt om bedre datakvalitet i Gerica. For å nå prosjektets mål skal blant annet konsulenter kartlegge dagens tjenester og identifisere eventuelle tjenestetilbud og nivåer som burde vært en del av tjenestespekteret. Videre skal tjenestene kostnadsberegnes**,** og det skal lages en helhetlig tjenestetrapp. Prosjektet skal også anbefale eventuelle endringer i organiseringen av oppgavene som ligger under tjenestetildeling og koordinerende enhet. Følgende innsatstrapp inngår i prosjektbeskrivelsen, revisjonen har mottatt [163]

Innsatstrapp Drammen kommune



[163] Drammen kommune (2023) Fremtidsrettet tjenestetildeling

4.1.2. Ivaretakelse av roller og ansvar i hjemmetjenesten

Kommunen har sendt over rutiner- og stillingsbeskrivelser for en rekke sentrale roller og fagstillinger i hjemmetjenesteavdelingene, blant annet fagkoordinerende i hjemmetjenesten, ansvarsvakt, ansvarlig sykepleier, ernæringskontakt, primærkontakt, sykepleier/vernepleier, helsefagarbeider, pleiemedarbeider, ressursperson fagområde palliasjon, smittevernkontakt og avansert klinisk allmenn sykepleier. I tekstboks 4 følger en kort beskrivelse av noen sentrale roller og oppgaver som skal ivaretas. Generelt er det imidlertid virksomhetslederne som har det overordnede ansvaret for at driften er forsvarlig i sin virksomhet, mens avdelingslederen har ansvaret for egen avdeling.

Tekstboks 4 Nærmer beskrivelse av utvalgte ansvarsområder

I rutinen for fagkoordinerende i hjemmetjenesten framgår det blant annet at fagkoordinerende skal være en godkjent syke- eller vernepleier. Fagkoordinerende har en rekke roller knyttet til koordinering, blant annet sørge for at vedtakstid og tiltakstid stemmer overens. Fagkoordinerende skal også sørge for at brukerne blir fulgt opp av en ansatt med riktig faglig kompetanse, i henhold til vedtak og bistand som skal utøves. Videre skal fagkoordinerende sikre at det er korrekte opplysninger om legemiddelbruk (legemiddelgjennomgang/samstemming) i tett samarbeid med brukers fastlege og ansvarlig sykepleier. Fagkoordinerende skal også sikre at endring i pasientens tilstand oppdages tidlig ved hjelp av skåringsverkøyet NEWS og at kommunikasjonsverktøyet ISBAR benyttes ved varsling om forverring. [164]

Når det gjelder rollen som ansvarsvakt framgår det av rutinen at personen blant annet skal koordinere vakten og sikre nødvendig kompetanse. Ansvarsvakt skal også sikre at uønskede hendelser og avvik registreres i kvalitetssystemet.

De ansvarlige sykepleierne skal blant annet ha jevnlig kontakt med brukers fastlege for å innhente legemiddelopplysninger/diagnoser/legemiddelsamstemming/ legemiddelgjennomgang (LMG) og andre relevante opplysninger for å sikre faglig forsvarlig oppfølging. Ansvarlige sykepleiere skal videre (i samarbeid med primærkontaktene) sørge for at brukers ernæringsstatus kartlegges, følge opp legemiddelbehandling og kontinuerlig vurdere tildelte tjenester/vedtak. Ansvarlig sykepleier har også ansvar for at pasientjournal/tiltaksplan i Gerica og IPLOS er oppdatert. Ansvarlig sykepleier (og primærkontakt) skal også vurdere bruk av bruk av mestrings- og trygghetsskapende teknologi. [165]

Kommunen har videre utarbeidet egne rutiner for sykepleier/vernepleier[166], helsefagarbeidere/hjelpepleiere[167] og for pleiemedarbeidere. [168] Kommunen har også en rutiner for primærgruppemøte i hjemmetjenesten og [169] for primærkontakter i hjemmesykepleien.

Primærkontakten skal være en fast ansatt med helsefaglig bakgrunn, og bør ha minimum 70 prosent stilling. Primærkontakten skal ha søkelys på kvalitet, kontinuitet og et sammenhengende

[164] Drammen kommune (2021) Stillingsbeskrivelse Fagkoordinerende i hjemmetjenesten
[165] Drammen kommune (2021) Ansvarlig sykepleier i hjemmetjenesten
[166] Drammen kommune (2021) Stillingsbeskrivelse sykepleier/vernepleier
[167] Drammen kommune (2021) Stillingsbeskrivelse helsefagarbeider/hjelpepleier
[168] Drammen kommune (2021) Stillingsbeskrivelse pleiemedarbeider
[169] Drammen kommune (2021) Primærgruppemøte i hjemmetjenesten

pasientforløp. Dette innebærer tett samarbeid med pasient, pårørende, fastlege, spesialisthelsetjenesten og andre faggrupper i kommunen når det er behov for det. Primærkontakten har blant annet ansvar for å utarbeide tiltaksplan i Gerica i samarbeid med sykepleier/vernepleier i henhold til pasientens vedtak og gjeldende rutiner. Videre har primærkontakt ansvar for at tiltaksplan oppdateres hver tredje måned eller ved endring av brukes hjelpebehov. Primærkontakten skal registrere og oppdatere IPLOS og ADL ved endring av brukerens hjelpebehov og minimum hver tredje måned. Primærkontakt skal også observere og dokumentere endringer i pasientens funksjonsnivå, og sende evalueringsnotat til saksbehandler ved endring i pasientens behov. Primærkontakten må også sikre at nødvendige karlegginger gjennomføres i samarbeid med sykepleier. [170]

Innholdet i de ovenente rutinene varierer i forhold til oppgaver og kompetansebehov. Felles for rutinebeskrivelsene for fagpersonell er blant annet at de ansatte skal følge tiltaksplanen og bruke sjekklister til kartlegginger og målinger, samt bruke ulike tavler til oppfølging av pasient/brukerbehandling. Dette gjelder eksempelvis sjekkliste News og ernæringskartlegging og tavler som risikotavle og forbedringstavle. De ulike stillingene skal også ha inngående kjennskap systemene Gerica, VAR Healthcare, Kvalitetssystemet EQS, IPLOS samt GAT. Videre skal de melde om uønskede hendelser og avvik i EQS.

Revisjonen har i spørreundersøkelsen til ansatte kartlagt i hvilken grad de ansatte erfarer at utvalgte sentrale ansvarsområder ivaretas i tråd med forventninger og krav til stillingen når det gjelder tjenester til hjemmeboende med demens. Kartleggingen inkluderer også kommunalsjefen og virksomhetslederne, som er ansvarlig for å sikre god ledelse, styring og kontroll innenfor sine ansvarsområder. Følgende roller og ansvar er kartlagt (eksempler på ansvar etter kolon):

- **Kommunalsjef:** sikre god ledelse, styring og kontroll på området P06
- **Virksomhetsledere:** sikre faglig forsvarlig drift i virksomheten
- **Avdelingsledere**: sikre faglig forsvarlig drift i avdelingen
- **Fagkoordinerende i hjemmetjenesten**: faglig veiledning og koordinering
- **Ansvarsvakt**: koordinere vakten
- **Ansvarlig sykepleier**: følge opp primærkontakter
- **Primærkontakt**: tett samarbeid med pasient og pårørende, fastlege, og andre faggrupper
- **Sykepleier/vernepleier:** utøve faget i tråd med krav og retningslinjer
- **Helsefagarbeider/hjelpepleier:** utøve faget i tråd med krav og retningslinjer

Tabell 5 viser at de ansatte mener at de fleste ovennevnte ansvarsområdene ivaretas på en tilfredsstillende måte. Dette gjelder særlig sykepleier/vernepleier, helsefagarbeider/hjelpepleier, avdelingsledere, fagkoordinerende og ansvarsvakt, hvor 54 prosent eller en høyere andel svarer i stor eller svært stor grad. Når det gjelder primærkontaktene og ansvarlig sykepleier og er det imidlertid under halvparten (henholdsvis 47 og 40 prosent som svarer at ansvarsområdene i stor grad ivaretas i tråd med forventinger og krav. En enda lavere andel mener til sammenligning at rollene som

[170] Drammen kommune (2021) Primærkontakt i hjemmesykepleien

virksomhetsleder og kommunalsjef, ivaretas i tråd med forventninger og krav til stillingene. For disse rollene er det kun henholdsvis 36 (virksomhetsledere) og 23 prosent (kommunalsjef) som svarer i stor grad. For disse rollene er det en relativt høyere andel som svarer vet ikke/ikke relevant, men det er også en høyere andel som svarer i liten grad (12 – 15 prosent), sammenlignet med de øvrige rollene. Avdelingslederne skiller seg fra de øvrige respondentene ved at ingen svarer i liten grad på spørsmålene om roller og ansvar.

Tabell 5 I hvilken grad ivaretas følgende roller/ansvar i tråd med forventninger og krav til stillingen (N = 256)

Rolle/ansvar	Andel liten eller svært liten grad	Andel noen grad	Andel stor eller svært stor grad	Andel vet ikke/ikke relevant
Helsefagarbeider/hjelpepleier	0.03	0.17	0.69	0.11
Sykepleier/vernepleier	0.04	0.18	0.61	0.17
Ansvarsvakt	0.05	0.21	0.55	0.19
Avdelingsleder	0.06	0.24	0.55	0.14
Fagkoordinerende	0.05	0.2	0.53	0.23
Primærkontakt	0.07	0.21	0.47	0.25
Ansvarlig sykepleier	0.11	0.21	0.40	0.29
Virksomhetsleder	0.12	0.25	0.36	0.28
Kommunalsjef	0.15	0.24	0.23	0.38

I intervju med avdelingslederne kommer det fram at stor distanse til kommunalsjef og virksomhetsledere muligens kan forklare den lave scoren de får i spørreundersøkelsen, sammenlignet med øvrige roller. Møter med kommunalsjef er ofte i en negativ setting, og budskapet er gjerne at ansatte skal «løpe fortere» eller spare penger og det er søkelys på hva ansatte skal bli bedre på. Kommunalsjef og virksomhetsleder er ikke personer de ansatte forholder seg til i det daglige. Det er for lang avstand til de ansatte i hjemmetjenestene og mange forstår ikke hva som er den øverste ledelsens oppgaver. Det kommer også fram at kommunalsjef og virksomhetsleder kanskje kunne vært mer synlig, men det er samtidig avdelingslederne som har den daglige kontakten med personalet. Kommunalsjef og virksomhetsleder involveres imidlertid i utfordrende personalsaker.

Samlet er det 89 ansatte som har svart på åpent spørsmål om hvordan de ovennevnte ansvarsområdene kan ivaretas på en bedre måte, jf. ordsky i figur 6. Mange svarer imidlertid at mangel på tid og personell er en hovedutfordring. Videre er det mange som peker på at det mangler sykepleiere og helsepersonell med fagutdanning og at dette påvirker det faglige nivået i hjemmetjenesten. Det kommer fram av svarene at mangel på sykepleiere i basene gjør det vanskelig å utøve faglig forsvarlighet. Det er også flere som savner kontakt og samarbeid med øverste ledelse.

Enkelte ansatte ser det ikke som god kontroll eller styring av tjenestene fra toppen at sykehjemsplasser legges ned og at pasienter med demens skal bo lenge hjemme. Hjemmeboende personer med demens er en gruppe som gjerne er forvirret, snur døgnet, ofte faller og som ofte har behov for heldøgns omsorg. Se vedlegg 5 for utvalgte kommentarer fra de ansatte.

Figur 6 På hvilken måte kan de ovennevnte ansvarsområdene eventuelt ivaretas på en bedre måte? (ordsky)

4.2. Kommunikasjons- og informasjonsflyt internt i avdelingene

Tabell 6 viser også i hvilken grad de ansatte mener at rollen som avdelingsleder (sikre faglig forsvarlig drift i avdelingen) ivaretas i tråd med forventninger og krav til stillingen når det gjelder tjenester til hjemmeboende med demens. Samlet svarer et flertall av de ansatte (55 prosent) at avdelingslederansvaret i stor grad ivaretas i tråd med krav og forventninger, men det er variasjon mellom de ulike avdelingene. En høy andel av de ansatte svarer i stor eller svært stor grad ved blant annet Åssiden Bråta bolig 1 og 2, Bråta bolig nr. 20 og Øren. I andre enden av skalaen er Konnerud og Losjeplassen, hvor kun et mindretall svarer i stor eller svært stor grad.

Tabell 6 I hvilken grad ivaretas rollen/ansvaret som avdelingsleder (sikre faglig forsvarlig drift i avdelingen) i tråd med forventninger og krav til stillingen når det gjelder tjenester til hjemmeboende med demens?

Avdeling/analyseenhet	Andel liten eller svært liten grad	Andel noen grad	Andel stor eller svært stor grad	Andel vet ikke/ ikke relevant	Antall svar
Åssiden	0	0.09	0.91	0	11
Dagsenter	0	0.08	0.83	0.08	12
Bråta bolig 1 og 2	0	0.14	0.82	0.05	22
Bråta bolig nr. 20	0	0.20	0.80	0	5
Øren	0	0.22	0.78	0	9
Avdelingsledere	0	0.08	0.77	0.15	13
Mjøndalen	0.08	0.15	0.77	0	13
Filten	0.10	0.10	0.70	0.1	10
Schwartz gate bofellesskap	0	0.22	0.67	0.11	9
Solberg	0.12	0	0.62	0.25	8
Strømsø	0	0.14	0.57	0.29	14
Nattjeneste	0.08	0.23	0.54	0.15	13
Gulskogen	0	0.17	0.50	0.33	6
Krokstadelva	0.29	0.14	0.50	0.07	14
Annet	0	0.11	0.44	0.44	18
Landfalløya	0.20	0.30	0.40	0.1	10
Underlia	0	0.62	0.38	0	8
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0	0.53	0.35	0.12	17
Svelvik	0.12	0.29	0.29	0.29	17
Fjell	0	0.29	0.29	0.43	7
Konnerud	0	0.78	0.11	0.11	9
Losjeplassen	0.36	0.55	0.09	0	11
Samlet	**0.06**	**0.24**	**0.55**	**0.14**	**256**

I intervju med kommunalsjef og virksomhetsleder nord kommer det fram at avdelingslederne har stor grad av frihet til å styre egen avdeling, innenfor gitte rammer. Avdelingslederne kan for eksempel selv avgjøre hvordan personalet brukes og fritt organisere tjenestene internt. Fastsatte begrensninger som gjelder økonomi, turnus og personell gir likevel noen begrensninger. Enkelte avdelingsledere er imidlertid kreative og finne nye måter å drifte på, mens andre drifter mer tradisjonelt.

Kommunalsjefen opplyser videre at det dermed varierer hvordan hjemmetjenesten styres i de ulike avdelingene og hvordan handlingsrommet benyttes. Noen avdelingsledere bruker eksempelvis i stor grad fagteam/fagressurser som er tilgjengelige. Kommunalsjef og virksomhetsleder nord opplever også at det er variasjon i hvordan både lederrollen og fagkoordinatorrollen utøves mellom avdelingene. Det er derfor startet opp et fagkoordinatornettverk for å bidra til å harmonisere, sette retning og sikre at hjemmetjenesteavdelingene jobber mer likt.

I intervju med avdelingsleder ved tildelingskontoret kommer det imidlertid fram at det ikke finnes noe tilsvarende nettverk eller arenaer for samhandling med mellom avdelingsledere i kommunen. Dette er noe avdelingsleder på tildelingskontoret savner.

Revisjonen har kartlagt i hvilken grad de ansatte opplever at det er god kommunikasjons- og informasjonsflyt internt knyttet til tjenestene som leveres til hjemmeboende med demens. Samlet svarer 38 prosent de i stor eller svært stor grad har god kommunikasjons- og informasjonsflyt internt, mens om lag like mange svarer i noen grad. Under en av ti ansatte svarer i liten grad på spørsmålet. Avdelingslederne svarer i større grad (9 av 13 – 69 prosent) i stor grad på spørsmålet, sammenlignet med de øvrige ansatte. Tabell 7 viser videre at det er variasjon mellom de ulike avdelingene. Ved Øren, Schwartzgate bofellesskap og ved Åssiden svarer et flertall av de ansatte at det i stor eller svært stor grad er god kommunikasjons- og informasjonsflyt internt. Ved Gulskogen, Losjeplassen og Åskollen og Kvarter Helleristningen er det imidlertid mindre enn en av fem som svarer det samme.

Tabell 7 I hvilken grad har dere god kommunikasjons- og informasjonsflyt internt knyttet til tjenestene dere leverer til hjemmeboende med demens? (N = 256)

Avdeling/analyse-enhet	Andel i liten eller svært liten grad	Andel i noen grad	Andel i stor eller svært stor grad	Andel vet ikke/ikke relevant	Antall svar
Avdelingsledere	0	0.08	0.69	0.23	13
Øren	0	0.33	0.67	0	9
Annet	0	0.06	0.56	0.39	18
Schwartzgate bofellesskap	0.11	0.22	0.56	0.11	9
Åssiden	0	0.36	0.55	0.09	11
Mjøndalen	0.08	0.31	0.46	0.15	13
Bråta bolig 1 og 2	0.09	0.41	0.45	0.05	22
Konnerud	0.11	0.11	0.44	0.33	9
Bråta bolig nr. 20	0	0.40	0.40	0.20	5
Filten	0	0.40	0.40	0.20	10
Dagsenter	0	0.25	0.33	0.42	12
Nattjeneste	0.15	0.23	0.31	0.31	13
Landfalløya	0	0.5	0.30	0.2	10
Svelvik	0.06	0.47	0.29	0.18	17
Fjell	0	0.14	0.29	0.57	7
Krokstadelva	0.07	0.57	0.29	0.07	14
Strømsø	0	0.50	0.29	0.21	14
Solberg	0.25	0.25	0.25	0.25	8
Underlia	0.12	0.62	0.25	0	8
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0.12	0.65	0.18	0.06	17
Losjeplassen	0.27	0.55	0.09	0.09	11
Gulskogen	0.17	0.67	0	0.17	6
Samlet	**0.07**	**0.37**	**0.38**	**0.19**	**256**

På spørsmål om relevant informasjon om kvaliteten på tjenestene gjennomgås på avdelingsmøter eller lignende for å forbedre tjenestene for hjemmeboende med demens, svarer kun i underkant av en av fem (16 prosent) i stor grad. Om lag en av fire (24 prosent) svarer i liten grad, mens i underkant av en av tre (28 prosent) svarer i noen grad. I underkant av en av tre (32 prosent) har ingen oppfatning.

Vi har også spurt om de ansatte er enig eller uenig i en rekke påstander om informasjon- og kommunikasjonsflyt internt knyttet til hjemmeboende med demens. Et klart flertall av de ansatte er enig i at informasjonen de mottar av ledelsen er relevant, pålitelig, rettidig og tilstrekkelig (64 prosent) og at ledelsen kommuniserer klart og tydelig til alle ansatte hvordan de skal ivareta sine ansvarsområder og oppgaver (61 prosent). Det er også et flertall (55 prosent) som er enig i at kommunens journalsystem (Gerica) er oppdatert og gir rettidig og relevant informasjon. Videre er noe under halvparten (47 prosent) enig i at avdelingen har tilstrekkelig med arenaer for deling av informasjon og kompetanse mellom ansatte og at avdelingsmøter brukes aktivt til kompetansedeling (46 prosent). I overkant av en av fem ansatte (henholdsvis 23 og 22 prosent) er uenig i disse påstandene. jf. tabell 8.

Tabell 8 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om informasjon- og kommunikasjonsflyt (N = 256)

Påstand	Andel helt eller delvis uenig	Ande verken eller	Andel helt eller delvis enig	Andel vet ikke/ikke relevant
Informasjonen som jeg mottar av ledelsen er relevant, pålitelig, rettidig og tilstrekkelig	0.08	0.14	0.64	0.13
Ledelsen kommuniserer klart og tydelig til alle ansatte hvordan de skal ivareta sine ansvarsområder og oppgaver	0.13	0.15	0.61	0.12
Kommunens journalsystem (Gerica) er oppdatert og gir oss rettidig og relevant informasjon om hjemmeboende med demens	0.14	0.13	0.55	0.17
Vi har tilstrekkelig med arenaer for deling av informasjon og kompetanse mellom ansatte	0.23	0.14	0.47	0.16
Vi benytter avdelingsmøter aktivt til kompetansedeling	0.22	0.10	0.46	0.21

I åpent spørsmål til ansatte om hvordan kommunikasjons- og informasjonsflyten eventuelt kan bli bedre knyttet til tjenestene dere leverer til hjemmeboende med demens opplyser ansatte at det er behov for mer tid til rapportering og samarbeidsmøter/avdelingsmøter. Dette blir i liten grad prioritert som følge av høyt arbeidspress. Det kommer også fram at det er behov for mer informasjon, flere internundervisninger, flere fora og fagdager.

I spørreundersøkelsen til de ansatte har vi også kartlagt om de ansatte opplever at det er utfordringer med dårlig planlegging og organisering. Samlet er 30 prosent av de ansatte enige i påstand, mens om lag like mange (32 prosent) er uenig. Om lag en av fem ansatte (21 prosent) svarer verken eller. Tabell 9 viser det er variasjon mellom de ulike avdelingene. Et klart flertall av de ansatte er enig ved Konnerud, Losjeplassen og Strømsø. Til sammenligning er det ingen som helt eller delvis er enig i at det er utfordringer med dårlig planlegging og organisering i Fjell og på Landfalløya. Avdelingslederne er i all hovedsak uenig i påstanden.

Tabell 9 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Vi har utfordringer med dårlig planlegging og organisering (N = 256)

Avdeling/analyseenhet	Andel helt eller delvis uenig	Andel verken eller	Andel helt eller delvis enig	Andel ingen oppfatning	Antall svar
Konnerud	0.22	0.11	0.67	0	9
Losjeplassen	0.18	0.18	0.64	0	11
Strømsø	0.14	0.14	0.57	0.14	14
Solberg	0.25	0.12	0.50	0.12	8
Øren	0.44	0.11	0.44	0	9
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0.24	0.24	0.41	0.12	17
Bråta bolig nr. 20	0.40	0.2	0.40	0	5
Krokstadelva	0.36	0.14	0.36	0.14	14
Svelvik	0.29	0.18	0.35	0.18	17
Gulskogen	0.17	0.17	0.33	0.33	6
Schwartzgate bofellesskap	0.44	0.22	0.33	0	9
Bråta bolig 1 og 2	0.23	0.5	0.27	0	22
Åssiden	0.45	0.18	0.27	0.09	11
Underlia	0.25	0.5	0.25	0	8
Mjøndalen	0.62	0	0.23	0.15	13
Nattjeneste	0.31	0.08	0.23	0.38	13
Dagsenter	0.33	0	0.17	0.5	12
Filten	0.4	0.3	0.10	0.2	10
Avdelingsledere	0.62	0.15	0.08	0.15	13
Annet	0.22	0.22	0.06	0.5	18
Fjell	0.29	0.29	0	0.43	7
Landfalløya	0.20	0.5	0	0.3	10
Samlet	**0.32**	**0.21**	**0.30**	**0.18**	**256**

Revisjonen har også kartlagt i hvilken grad de ansatte mener at utvalgte systemer/løsninger som benyttes av hjemmetjenesten fungerer i forhold til formålet (behovene systemet skal dekke). Systemene som de ansatte mener fungerer best er skåringsverkøyet NEWS (60 prosent), GAT (58 prosent og Gerica (54 prosent). Til sammenligning svarer under halvparten av de ansatte at ISBAR, EQS, IPLOS og VAR Healthcare i stor grad fungerer bra.

Tabell 10 I hvilken grad fungerer følgende systemer bra i forhold til formålet (behovene systemet skal dekke)? (N = 256)

System	Andel liten eller svært liten grad	Andel noen grad	Andel stor eller svært stor grad	Andel vet ikke/ikke relevant
Skåringsverkøyet NEWS	0.02	0.16	0.60	0.21
GAT	0.03	0.21	0.58	0.18
Gerica (EPJ)	0.04	0.27	0.54	0.15
Kommunikasjons-verktøyet ISBAR	0.07	0.23	0.36	0.34
Kvalitetssystemet EQS	0.06	0.36	0.36	0.22
IPLOS	0.09	0.24	0.32	0.34
VAR Healthcare	0.08	0.23	0.18	0.51

I kommentarfelt opplyser ansatte blant annet at tiltakene i Gerica bør oppdateres oftere, men at det ikke prioriteres som følge av tidsmangel. Det blir i stedet ofte formidlet muntlig i møter. Ansatte melder også om at EQS bør komme som app på telefonen. Mange ansatte lar være å melde avvik, fordi det tar tid å logge på PC.

Når det gjelder kommunens journalsystem (Gerica), er også et flertall (55 prosent) enig i at systemet er oppdatert og gir de ansatte rettidig og relevant informasjon om hjemmeboende med demens. Samlet er 14 prosent av de ansatte uenig i påstanden.

4.2.1. Samarbeidet mellom hjemmetjenesteavdelingene og andre aktører

I spørreundersøkelsen har revisjonen også kartlagt i hvilken grad de ansatte har et tilstrekkelig samarbeid med en rekke aktører i arbeidet med tjenester til hjemmeboende med demens, blant annet fastlegene og hukommelsesteamet. Tabell 11 viser at et flertall (53 prosent) svarer at de i stor grad har et tilstrekkelig samarbeid med pårørende. Videre erfarer 42 prosent at de i stor grad har et tilstrekkelig samarbeid med dagsentrene, mens 39 prosent i stor grad har et tilstrekkelig samarbeid med fastlegene. Mindre enn hver tredje (28 prosent) har imidlertid i stor grad et tilstrekkelig samarbeid med tildelingskontoret (TOK), mens i overkant av en av fem har et tilstrekkelig samarbeid med forebyggende helseteam. Videre svarer kun 15 prosent det samme om hukommelsesteamet. Det er også få (7 prosent) som i stor grad har et tilstrekkelig samarbeid med frivillig sektor.

Tabell 11 I hvilken grad har dere et tilstrekkelig samarbeid med følgende aktører i arbeidet med tjenester til hjemmeboende med demens? (N = 256)

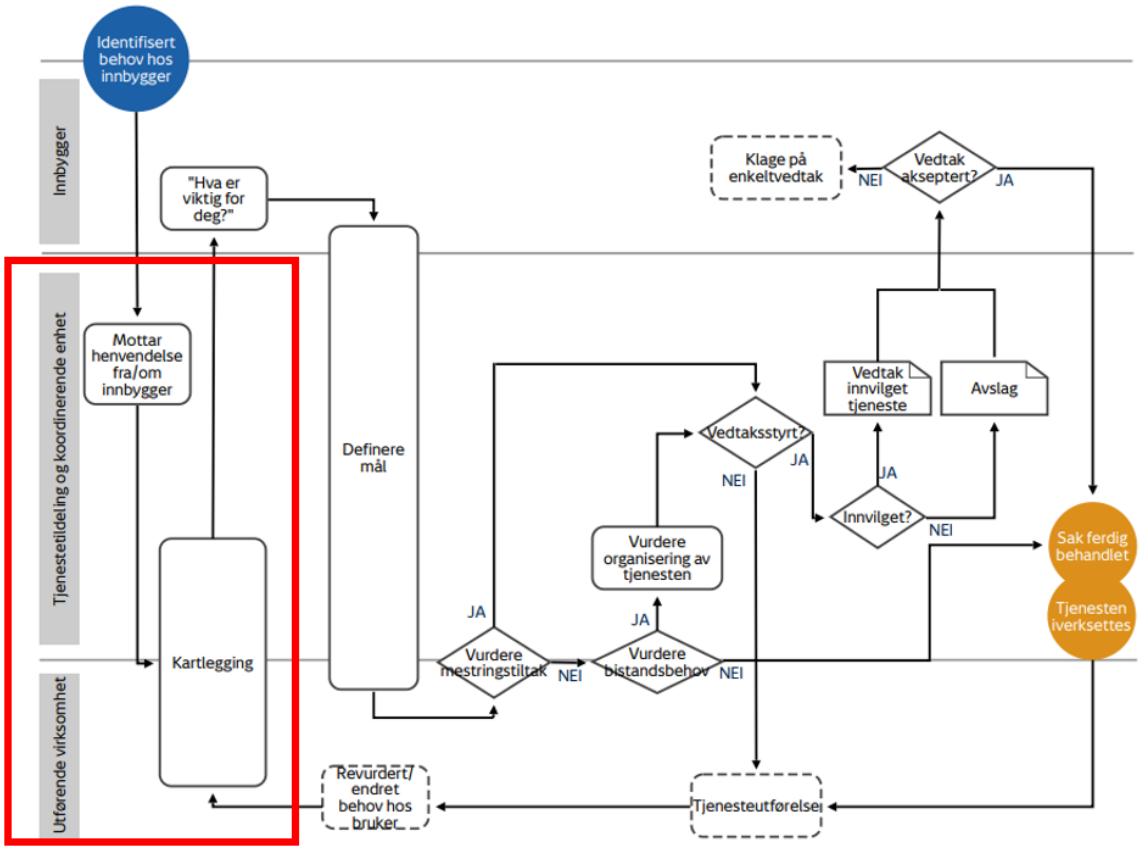
Aktører	Andel i liten eller svært liten grad	Andel i noen grad	Andel i stor eller svært stor grad	Andel vet ikke/ikke relevant
Pårørende	0.07	0.25	0.53	0.15
Dagtilbud og aktivitetssentre	0.14	0.26	0.42	0.18
Fastlegene	0.13	0.26	0.39	0.22
Tjenestetildeling og koordinerende enhet (TOK)	0.17	0.18	0.28	0.37
Sykepleiere i forebyggende helseteam	0.21	0.22	0.22	0.35
Andre faggrupper i kommunen	0.18	0.27	0.15	0.40
Hukommelsesteamet i kommunen	0.21	0.23	0.15	0.40
Spesialisthelsetjenesten	0.17	0.29	0.15	0.39
Frivillig sektor	0.34	0.18	0.07	0.4

I kommentarfelt kommer det blant annet fram at hukommelsesteamet bør få bedre kapasitet slik at de har mulighet for å teste mer når det gjelder diagnosesetting og veilede hjemmetjenesten. Det er også nødvendig med flere døgnplasser for observasjon av brukere så de kan få riktige tjenester i forhold til den enkeltes behov.

4.2.2. Nærmere om samarbeidet mellom hjemmetjenesteavdelingene og tildelingskontoret

Som nevnt er det virksomheten tjenestetildeling og koordinerende enhet (TOK), som har ansvar for å fatte vedtak om tjenester. [171] Prosessdiagrammet i figur 7 viser imidlertid at ansvaret for kartleggingen av behov skal gjennomføres i samarbeid med utførende virksomhet/hjemmetjenesteavdelingene) ifølge kommunens rutiner. [172]

Figur 7 Prosessdiagram for samhandling/tildeling



Kommunen er, som nevnt, i gang med et prosjekt med navnet «Fremtidsrettet tjenestetildeling» Bakgrunnen for prosjektet er blant annet at det er uklar myndighet i kommunen når det gjelder tjenestetildeling og koordinerende enhets rolle og ansvar.[173]

I Drammen kommune er det ikke lagt opp til at brukere og pårørende søker om konkrete tjenester fra kommunen. I stedet skal de opplyse om sin situasjon i eget søknadskjema. Saksbehandler ved tildelingskontoret foretar deretter en faglig vurdering av personens behov og ressurser (ADL kartlegging

[171] Drammen kommune (2023) Årsevaluering 2022
[172] Drammen kommune (2021) Samhandling/tildeling
[173] Drammen kommune (2023) Fremtidsrettet tjenestetildeling.

med mer), og avgjør deretter om søker har rett til helse- og omsorgstjenester og hvilke omfang tjenestene skal eventuelt skal gis. [174]

Kommunen var tidligere organisert etter en mer ren bestiller- utfører modell. Det vil si at det er saksbehandlere ved tildelingskontoret som vedtar tjenester som trygghetsalarm, praktisk bistand og hjemmesykepleie, mens det er de utøvende avdelingene som levere tjenestene i tråd med vedtaket.[175]

I intervju med avdelingsleder ved tildelingskontoret kommer det imidlertid fram at Drammen kommune ikke lenger har en ren bestiller – utfører modell, og at tildelingskontoret ikke er et rent forvaltningskontor. Kommunen har i større grad en blanding av en bestiller-utfører modell og en tillittsmodell. Det innebærer at det er et tett samarbeid mellom tildelingskontoret og hjemmetjenesteavdelingene, men samtidig er det tildelingskontoret som har delegert vedtaksmyndighet fra kommunedirektør. Ansvaret for vedtakene ligger dermed fortsatt klart og tydelig organisatorisk sett hos tildelingskontoret.

I intervju forklarer kommunalsjefen at det er uklarhet hvem som har ansvar for kartlegging/vurdering av behov i dagens modell. Det var i utgangspunktet tiltenkt at tildelingskontoret skulle vurdere nye brukere med behov for tjenester. Over tid har det imidlertid blitt mer og mer hjemmetjenestens oppgave å kartlegge og vurdere behov. Kommunalsjefen forklarer også at kommunen opprinnelig hadde en bestiller- utførermodell, hvor tildelingskontoret bestiller og hjemmetjenesten utfører. Dette er imidlertid endret over tid, og dreid mot at hjemmetjenesten i større grad både kartlegger behov og gjennomfører tiltak. Dette er imidlertid en utfordring for hjemmetjenesten med deres begrensede kapasitet og høye produksjon. Uklarheten rundt ansvar og myndighet er også knyttet til at hjemmetjenesten kan se et behov for å endre vedtaket, som tildelingskontoret ikke nødvendigvis er enig i. Det er imidlertid tildelingskontoret som har myndigheten til å definere om vedtaket skal justeres opp eller ned, ikke hjemmetjenesten.

Kommunalsjef forklarer at det jobbes med å utrede en modell for å tydeliggjøre hvem som skal ta imot og vurdere behovet og sikre treffsikre tjenester. Det vurderes særlig å opprette et eget mottaksteam i tjenesten som kun jobber med dette. Tanken er da at verken tildelingskontoret eller de ordinære hjemmetjenestene skal drive med kartlegging av behov, men et team satt sammen av ulike fagfolk med spisset kompetanse. En rapport basert på utredningen blir levert i midten av desember 2023. Arbeidet med å bygge opp et slikt team vil etter planen starte opp i januar 2024.

Avdelingsleder ved tildelingskontoret (TOK) opplyser i intervju at det er veldig ulikt hvordan samarbeidet fungerer fra distrikt til distrikt. I noen distrikter har saksbehandlerne bedre samarbeid enn andre distrikter. Det kan oppleves som om tildelingskontoret og hjemmetjenesteavdelingene har ulikt mandat. Det er bestemt at alle skal bo hjemme så lenge det er mulig, men det er ikke alltid de ute i

[174] https://www.drammen.kommune.no/globalassets/tjenester/helse-og-omsorg/dokumenter/soknad-helse-omsorgstjenester.pdf (online 22.9.2023); Laukli (2019) Frailty hos eldre som søker helsehjelp i hjemmet for første gang. En kartlegging av frailty fenotype, foretrukket ganghastighet og funksjonsnivå.
[175] Laukli (2019) Frailty hos eldre som søker helsehjelp i hjemmet for første gang. En kartlegging av frailty fenotype, foretrukket ganghastighet og funksjonsnivå. s. 47.

hjemmetjenesten er med på den tankegangen. Noen avdelinger presser veldig på for at personer skal få institusjonsplass.

Et eksempel er: TOK har fått tydelige føringer på at personene skal bli boende i bolig (med heldøgns bemanning) så lenge det er forsvarlig, mens ansatte ved enkelte av boligene mener at personene må videre til langtidsplass på sykehjem. Avdelingsleder erfarer at det er sterke meninger om hvem som kan bo hjemme og hvem som ikke kan det i hjemmetjenesten. Det kan derfor komme diskusjoner knyttet til hva som er forsvarlig når TOK kartlegger behov, og når ansatte i boligene kartlegger behov. Mye kan nok handle om kultur ute på de ulike stedene i hjemmetjenestene.

I spørreundersøkelsen svarer, som vist i tabell 12, om lag en av tre ansatte (28 prosent) at de i stor eller svært stor grad har et tilstrekkelig samarbeid med tildelingskontoret (TOK). Andelen som svarer i stor eller svært stor grad er noe høyere blant avdelingsledere (6 av 13 – 46 prosent), sammenlignet med de ansatte i hjemmetjenestene (46 av 186 - 25 prosent). Tabellen viser at det er variasjon mellom avdelingene i andelen ansatte som opplever at samarbeidet tildelingskontoret er tilstrekkelig i arbeidet med tjenester til hjemmeboende med demens.

Ved Øren mener over halvparten av de ansatte at samarbeidet er tilstrekkelig. Til sammenligning mener få ansatte at samarbeidet er tilstrekkelig ved blant annet Bråta bolig 1 og 2, Schwartzgate bofellesskap og Filten, hvor en lav andel mener samarbeidet er tilstrekkelig. Det er imidlertid også mange ansatte som svarer vet ikke/ikke relevant på spørsmålet. Det kan tyde på at de i liten grad er i kontakt med tildelingskontoret.

Tabell 12 I hvilken grad har dere et tilstrekkelig samarbeid med tjenestetildeling og koordinerende enhet (TOK) i arbeidet med tjenester til hjemmeboende med demens?

Avdeling/analyse-enhet	Andel liten eller svært liten grad	Andel noen grad	Andel stor eller svært stor grad	Andel vet ikke/ikke relevant	Antall svar
Øren	0.11	0.11	0.56	0.22	9
Dagsenter	0	0.08	0.50	0.42	12
Underlia	0.12	0.12	0.50	0.25	8
Avdelingsledere	0.15	0.08	0.46	0.31	13
Åssiden	0.09	0.36	0.45	0.09	11
Annet	0.06	0.11	0.44	0.39	18
Konnerud	0	0.11	0.44	0.44	9
Strømsø	0.07	0.14	0.36	0.43	14
Mjøndalen	0.08	0.23	0.31	0.38	13
Landfalløya	0	0.2	0.30	0.50	10
Krokstadelva	0.14	0.21	0.29	0.36	14
Losjeplassen	0.18	0.45	0.27	0.09	11
Solberg	0	0.12	0.25	0.62	8
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0.24	0.29	0.24	0.24	17
Bråta bolig nr. 20	0.80	0	0.20	0	5
Svelvik	0.06	0.29	0.18	0.47	17
Fjell	0.14	0.14	0.14	0.57	7
Schwartzgate bofellesskap	0.33	0	0.11	0.56	9
Filten	0.40	0.3	0.10	0.20	10
Nattjeneste	0.38	0	0.08	0.54	13
Bråta bolig 1 og 2	0.41	0.18	0.05	0.36	22
Gulskogen	0	0.33	0	0.67	6
Samlet	**0.17**	**0.18**	**0.28**	**0.37**	**256**

Videre er hver tredje ansatt (29 prosent) enig i at det er uklart om ansvaret for å kartlegge endrede behov og justere vedtak ligger hos tjenesteutfører/avdelingene eller hos tildelingskontoret (TOK). Avdelingslederne er i noe større grad enig i at ansvaret er uklart (5 av 13 – 38 prosent). Tabell 13 viser at det er forskjell mellom de ulike avdelingene også i dette spørsmålet.

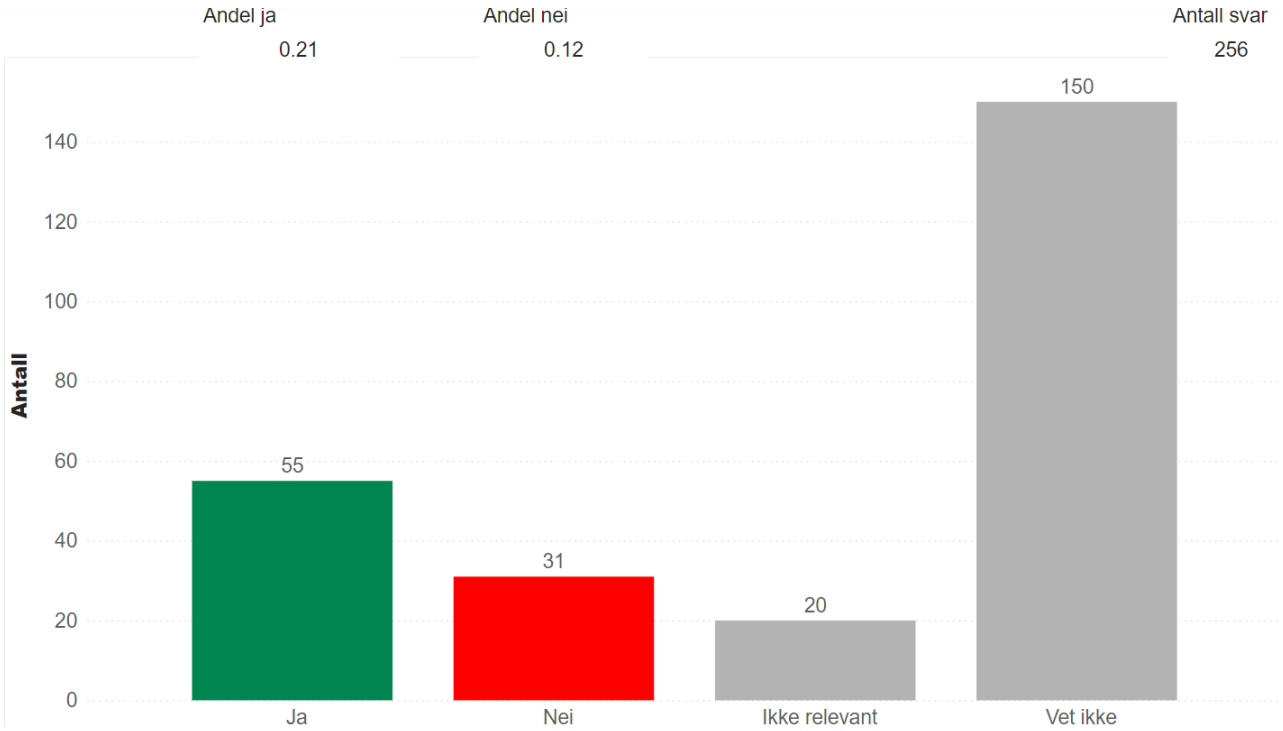
Tabell 13 Påstand: Det er uklart om ansvaret for å kartlegge endrede behov og justere vedtak ligger hos tjenesteutfører/ avdelingene eller koordinerende enhet (TOK)

Avdeling/analyseenhet	Andel helt eller delvis uenig	Andel verken eller	Andel helt eller delvis enig	Andel ingen oppfatning	Antall svar
Øren	0.22	0.11	0.56	0.11	9
Konnerud	0	0	0.44	0.56	9
Schwartzgate bofellesskap	0.11	0.22	0.44	0.22	9
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0.12	0.24	0.41	0.24	17
Avdelingsledere	0.23	0.08	0.38	0.31	13
Underlia	0.12	0.25	0.38	0.25	8
Krokstadelva	0	0.21	0.36	0.43	14
Annet	0.06	0.06	0.33	0.56	18
Gulskogen	0	0	0.33	0.67	6
Filten	0	0.4	0.30	0.3	10
Svelvik	0.18	0.18	0.29	0.35	17
Fjell	0	0.14	0.29	0.57	7
Strømsø	0.07	0.36	0.29	0.29	14
Solberg	0.12	0	0.25	0.62	8
Nattjeneste	0.08	0.08	0.23	0.62	13
Bråta bolig nr. 20	0.20	0.4	0.20	0.2	5
Landfalløya	0.30	0.2	0.20	0.3	10
Bråta bolig 1 og 2	0.23	0.05	0.18	0.55	22
Losjeplassen	0.18	0.45	0.18	0.18	11
Åssiden	0.45	0.18	0.18	0.18	11
Dagsenter	0.08	0.08	0.17	0.67	12
Mjøndalen	0.38	0.15	0.08	0.38	13
Samlet	**0.15**	**0.17**	**0.29**	**0.39**	**256**

4.3. Mål for hjemmeboende med demens

I spørreundersøkelsen til ansatte har revisjonen også spurt om det er fastsatt mål for arbeidet med tjenestene til hjemmeboende med demens. De fleste ansatte (59) prosent svarer at de ikke vet om det er fastsatt noen mål, mens om lag en av ti (12 prosent) svarer nei. Omtrent en av fem (21 prosent) svarer ja på spørsmålet.

Figur 8 Er det fastsatt mål for arbeidet med tjenestene til hjemmeboende med demens?



Revisjonen har også spurt i åpent spørsmål hvilke mål som eventuelt er satt. Til dette er der flere som svarer at kommunen har som mål at personer skal bo hjemme om mulig. Det er også enkelte som svarer at det er satt mål innenfor områder som sykefravær mv.

Kommunalsjefen opplyse i intervju at det er forståelig at mange ansatte svarer at de ikke vet om det er satt mål på området. Det er nemlig ikke satt noen mål for hjemmeboende med demens som er tydeliggjort i en plan. Det finnes elementer av mål i ulike dokumenter, eksempelvis at personer skal bo hjemme, men dette er ikke samlet i en plan. Det er imidlertid satt ned en egen arbeidsgruppe som arbeider med en demensplan, men den er ikke ferdigstilt. Planen skal til politisk behandling og vedtas våren 2024. Kommunalsjef er ikke kjent med status for planen i dag. Planen vil inneholde mål og anbefalinger for hjemmetjenesten, status, samt informasjon om nasjonale føringer.

Kommunalsjefen forklarer også at det er sentralt at utvikling av nye bo konsepter i kommunen framover hovedsakelig er rettet mot hjemmeboende personer med demens. Det vil i 2024 bli bygget 52 boliger spesielt tilrettelagt for personer med demens (tjenestetilbud og fysiske omgivelser). Frem til 2032 vil det imidlertid komme flere og flere slike konsepter. Kvarter Helleristningen er et eksempel på et slikt konsept som finnes i dag.

Drammen kommune har etablert et eget boligkonsept bestående av 19 omsorgsboliger på Åskollen – Kvarter Helleristningen. Boligene er tilrettelagt for personer med kognitiv svikt. Kvarter Helleristningen er en del av Åskollen bo og servicesenter. Kommunens tjenestetilbud til beboere i Kvarter Helleristningene består av stedlig bemanning, mestring- og trygghetsskapende teknologi og hjemmetjenester ved behov. Alle leiligheter er utrustet med trygghetsalarm og digital nøkkelboks/lås. I nærheten av leilighetene er det også aktivitetsrom for beboere og andre personer i nærmiljøet med kognitiv svikt. [176] Kommunen har også opprettet en egen sjekkliste, som benyttes når bolig tildeles ved Kvarter Helleristningen.[177]

I kommunens helhetlig boligstrategi kommer det også fram at det er utfordringer knyttet til en del av den eksisterende boligmassen. Det framgår også av utfordringsbildet at dagens boligløsninger er for lite fleksible og ikke tar hensyn til at demenssykdommen utvikler seg og at bolig- og tjenestebehovet endrer seg. Det er blant annet en utfordring at boliger som er utviklet for hjemmeboende med demens tilbys andre grupper som følge av høy etterspørsel. Dette kan blant annet skape utfordringer knyttet til beboersammensetningen. I spørreundersøkelsen er det også flere ansatte som problematiserer at Filten ikke er godt nok tilrettelagt for hjemmeboende med demens. Det er et stort bygg med lange korridorer og store fellesstuer. Filten er bygget på samme grunn som den tidligere filtfabrikken og har 48 leiligheter ifølge kommunens hjemmeside. Leilighetene er tiltenkt personer med omfattende tjenestebehov.[178]

Hukommelsesteamet har også i intervju med revisjonen uttalt at Drammen kommune ikke har noe demensplan, men at det er noe kommunen burde hatt. Teamet vet ikke om det finnes noen mål på overordnet nivå, men teamet savner både mål og en tydelig kommunisert plan som viser vei og som forklarer hvorfor valg tas og hvordan utfordringer skal løses. Dette vil bidra til at alle ansatte i større grad «trekker i samme retning». Hukommelsesteamet er ikke kjent med at det finnes mål eller delmål for hjemmeboende med demens som er kommunisert nedover i organisasjonen. Det er dermed ikke definert i hvilken retning kommunen vil gå. Dersom det finnes noen mål på overordnet nivå, er det for dårlig kommunisert til de ansatte. Ifølge hukommelsesteamet er det blant annet behov for å tenke langsiktig og utarbeide overordnete mål, slik at alle ansatte drar i samme retning.

I intervju med hukommelsesteamet kommer det også fram at det etter kommunesammenslåingen fortsatt gjenstår mye med tanke på harmonisering og å sette ting i system i kommunen. Hukommelsesteamet peker også på at det mangler en helhetlig oversikt over hva som finnes av tilbud, muligheter og kompetanse knyttet til hjemmeboende med demens. Mange er ikke kjent med hva som foregår i andre deler av organisasjonen. Harmoniseringen i den nye kommunen er ikke helt i mål ennå, ifølge hukommelsesteamet.

I intervju med avdelingsledere kommer der fram at det er mye som skjer i kommunen, med de er usikre på om det er noen mål for hjemmeboende med demens innenfor hjemmetjenester. Det er imidlertid klart at kommunen ønsker å bygge demensboliger og bofellesskap for å være forberedt på økningen i

[176] Drammen kommune (2023) Informasjonsbrosjyre Kvarter Helleristningen
[177] Drammen kommune (2022) Sjekkliste ved tildeling av botilbud ved Kvarter Helleristningen
[178] https://www.drammen.kommune.no/tjenester/helse-omsorg/sykehjem-bo-og-servicesentre/filten-serviceboliger/ (online 24.11.2023)

antall hjemmeboende med demens i fremtiden. Det er også et stort fokus i kommunen på at brukere skal bo hjemme lengst mulig, så lenge det er forsvarlig.

Avdelingsleder ved tildelingskontoret forklarer at det eneste målet avdelingsleder kjenner til er at det overordnet sett er et mål at personer med demens skal bo trygt hjemme. Avdelingsleder er imidlertid ikke kjent med at det er noe system på plass for å følge opp måloppnåelse. Tildelingskontoret forholder seg i hovedsak til lovverket. Det er veldig «firkantet» og utgjør på mange måter målet og mandatet til tildelingskontoret. Det er ikke noe andre overordnede mål i tillegg til det. Avdelingsleder kjenner heller ikke til andre eventuelle mål ute i kommunen. Kommunen bør imidlertid absolutt ha egne mål, men det er viktig at de er i tråd med nasjonale føringer om å bo trygt hjemme. Selv om kommunen ikke har egne mål for hjemmeboende med demens er dette et tema det fokuseres mye på både nasjonalt og i kommunen. Kommunen er opptatt av å gi gode tjenester til personer med demens slik at de kan bo trygt hjemme.

Avdelingsleder ved tildelingskontoret forklarer videre at et område som kan bli bedre, er at alle lederne i kommunen er omforent om hva slags tjenester som skal gis og at alle jobber mot samme mål. Dette handler også om å tillit til hverandre og om å ha felles rolleforståelse.

I Helsedirektoratets kartlegging fra 2022 kommer det fram at 87,5 prosent av kommunene svarte at de omtaler personer med demens i sitt planverk, hvorav 70 prosent svarte at de omtaler gruppen i delplan for helse- og omsorgsektoren, 47 prosent oppgav handlings- og økonomiplan og 35 prosent svarte kommuneplanens samfunnsdel. Videre svarte 32 prosent av kommunene at de hadde utviklet en egen demensplan. [179] Stavanger kommune er et eksempel på en kommune som har utarbeidet egen demensplan.

[179] Helsedirektoratet (2023) Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022

4.4. Bruk av informasjon om måloppnåelse og kvalitet (styringsinformasjon) til internkontroll, styring og rapportering hjemmetjenestene

Administrasjonen rapporterer informasjon om omfang av tjenestene til hovedutvalg for helse, sosial og omsorg.[180] Når det gjelder hjemmetjenester rapporteres det om antall vedtakstimer og brukere for hele året. Når det gjelder praktisk bistand rapporteres det eksempelvis om antall brukere med henholdsvis kommunal og privat leverandør. Det rapporteres også informasjon om antall årsverk sykevikarer, bruk av vikarbyrå og klager til statsforvalteren. Tabell 14 viser at 6 av 28 (21 prosent) klager til statsforvalter ble omgjort eller opphevet i 2022 [181]

Tabell 14 Avgjørelser fra statsforvalter i 2022

Tjeneste	Stadfestet	Omgjort	Opphevet	Totalt
Avlastning			1	1
BPA	4			4
Egenandel korttid		1		1
Egenandel langtid	10			10
Egenandel praktisk bistand	1			1
Korttidsopphold	1			1
Langtidsopphold	1			1
Omsorgsinstitusjon rus	2			2
Omsorgsstønad	9		3	12
Praktisk bistand og opplæring			1	1
Totalt	28	1	5	34

Kommunen har i forbindelse med rapporteringen utviklet et nøkkeltallark som jevnlig legges fram for hovedutvalg for helse, sosial og omsorg. Nøkkeltall som legges fram for utvalget om hjemmesykepleie er blant annet antall unike brukere som mottar hjemmesykepleie og antall vedtakstimer. Nøkkeltall for hjemmehjelp er blant annet antall brukere som mottar praktisk bistand rengjøring, med henholdsvis kommunale og private leverandører. [182] Se mer i kapittel 5.2, hvor revisjonen presenterer en forenklet analyser basert på nøkkeltallene.

Kommunalsjefen forklarer i intervju at ettersom kommunen har en hovedutvalgsmodell, rapporterer administrasjonen styringsdata og nøkkelinformasjon til hovedutvalget, ikke til kommunestyret. Politikerne i utvalget ser utviklingen i hjemmetjenesten og blir gjort kjent med styringsdata til enhver tid. Det leveres jevnlige rapporter og politikerne er kjent med at det ikke er mer å hente.

[180] Drammen kommune (2021) Orientering Tjenestedata for Helse- sosial og omsorgstjenestene juli til november 2021
[181] Drammen kommune (2021) Orientering Tjenestedata for Helse- sosial og omsorgstjenestene juli til november 2021.
[182] Drammen kommune (2023) Nøkkeltallark HSO per 1. tertial 2023

I intervju forklarer også kommunalsjef at det er innført at alle klagesaker skal innom kommunalsjefens lederteam. Det vurderes hva man har lært, hva som kan ha vært svikt og hvordan man ligger an i tjenestene. Det er stor variasjon mellom avdelinger i antall klagesaker - manglende struktur/ledelse viser seg også i omfang av klager på tjenestene. Samfunnet har også svært høye forventninger til tjenestene, dette gjelder kommuner generelt. I tillegg er det er også et forventings gap – både med tanke på det ressursmessige og hvilke muligheter kommunen har.

Administrasjonen rapporterer ikke fast om avvikshåndtering til hovedutvalget, men administrasjonen har presentert informasjon om avvikshåndtering for utvalget. Kommunalsjefen utdyper i intervju at kommunen også har et kvalitetsråd, som sikrer og ser på uønskede hendelser og avvik. Kommunen har også en overordnet internkontroller som følger med på trender og som rapporterer til kommunedirektør.

Ut over ovennevnte innhentes og analyseres i liten grad informasjon om måloppnåelse og kvalitet (styringsinformasjon) og det rapporteres i liten grad spesifikt om kvaliteten på tjenestene som gis til hjemmeboende personer med demens til administrativ ledelse eller til politisk nivå. Kommunen benytter i liten grad informasjon fra kommunens journalsystem Gerica eller andre sentrale systemer eller data fra Helsedirektoratet (nasjonale kvalitetsindikatorer) til løpende kvalitetsforbedring og rapportering.

Kommunen har heller ikke hatt som praksis å gjennomføre bruker/pårørendeundersøkelser rettet mot hjemmetjenesten. Kommunen gjennomførte imidlertid en pårørendeundesøkelse høsten 2023 til beboere på sykehjem og boliger med heldøgns omsorg. Kommunen gjennomførte også en større innbyggerundersøkelse i 2022 som viste at mange brukere er mellomfornøyde eller misfornøyde med omsorgstjenester i hjemmet. Samlet var om lag 6 av 10 (60 prosent) fornøyd, mens 4 av 10 (40 prosent) var misfornøyd med tjenestene.[183]

4.5. Avvikshåndtering

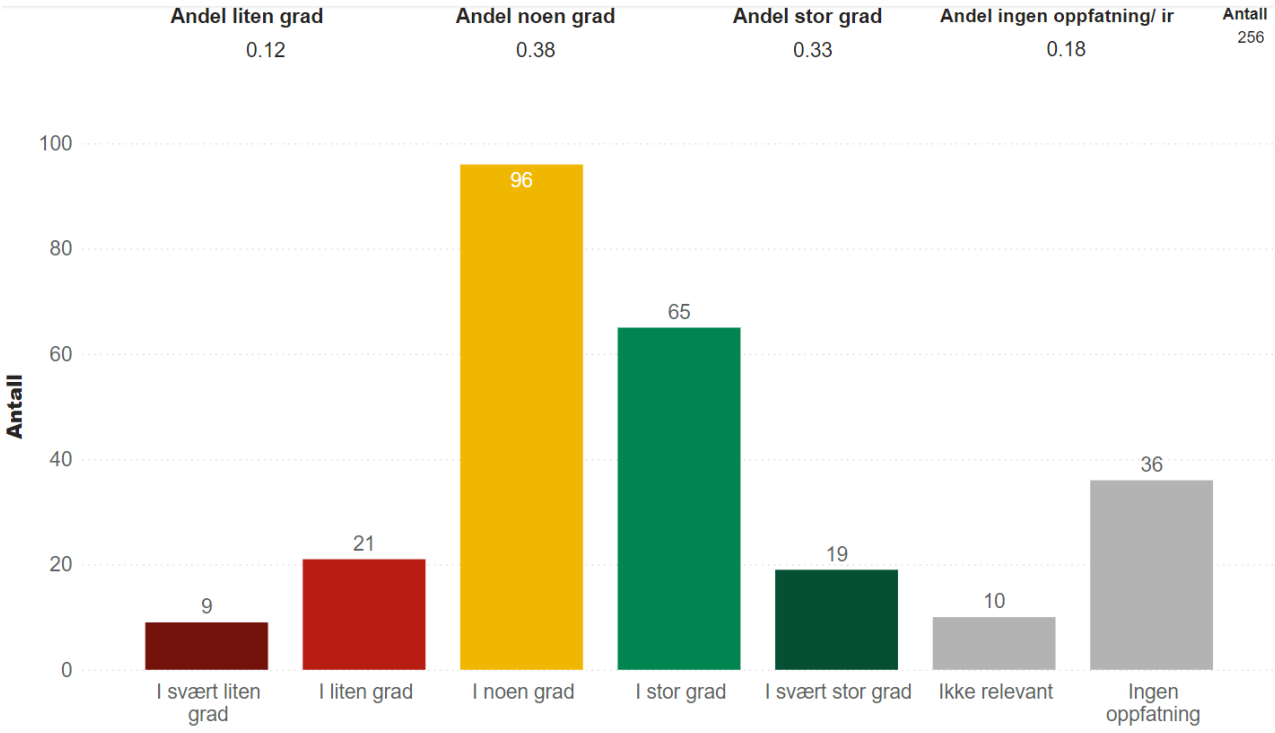
Kommunen benytter kvalitetssystemet EQS, som system for å melde og håndtere avvik. Det er også utarbeidet en egen rutine som beskriver hvordan avvik og uønskede meldinger skal registreres. I rutinene defineres avvik som manglende etterlevelse av krav. Det omfatter både eksterne krav som brudd på lover og forskrifter og interne krav som brudd på strategier, reglementer og rutiner. En uønsket hendelse er en hendelse som potensielt kan medføre skade på eller tap av liv og helse, miljø og verdier samt omdømme. [184] Kommunen har også utarbeidet en egen rutine som beskriver hvordan ledere skal håndtere avvik og uønskede hendelser. [185]

På spørsmål om kommunen har sørget for at alle ansatte som arbeider med hjemmeboende med demens har tilstrekkelig kompetanse om kommunens styringssystem (EQS), inklusive skriftlige rutiner

[183] Drammen kommune (2023) Sluttrapport vurdering- og mestringsavdeling - vedlegg 7.
[184] Drammen kommune (2023) Veiledende hjelp til å registrere avvik og uønskede hendelse i EQS
[185] Drammen kommune (2022) Veiledende hjelp til ledere ved håndtering av avvik og uønskede hendelser

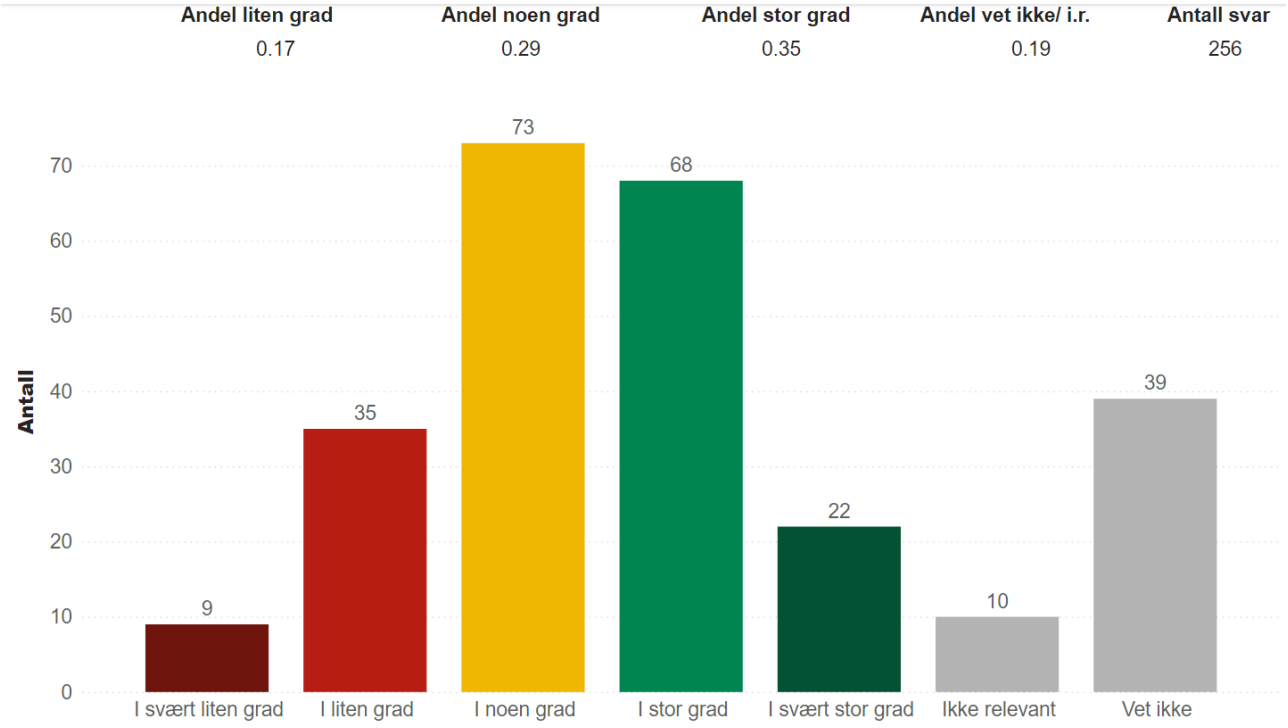
og prosedyrer og avviksmelding, svarer hver tredje ansatt (33 prosent) i stor grad, mens 38 prosent svarer i noen grad. I overkant av en av ti (12 prosent) svarer i liten eller svært liten grad (se figur 9).

Figur 9 I hvilken grad har kommunen sørget for at alle ansatte som arbeider med hjemmeboende med demens har tilstrekkelig med kompetanse om styringssystemet (EQS), inklusive skriftlige rutiner og prosedyrer og avviksmelding



På spørsmål om det er det klart og tydelig hva de ansatte skal melde inn i kommunens avvikssystem (EQS) når det gjelder tjenester til hjemmeboende med demens, svarer 35 prosent i stor eller svært stor grad, mens 29 prosent svarer i noen grad. Videre svarer 17 prosent i liten eller svært liten grad.

Figur 10 I hvilken grad er det klart og tydelig hva de ansatte skal melde inn i kommunens avvikssystem (EQS) når det gjelder tjenester til hjemmeboende med demens?



Videre svarer i underkant av en av fem (19 prosent) at de ansatte i stor eller svært stor grad melder inn alle relevante avvik i kommunens kvalitetssystem (EQS) som gjelder tjenester til hjemmeboende med demens. En av tre (33 prosent) svarer i noen grad, mens en av fem (21 prosent) svarer i liten grad. Avdelingslederne svarer i større grad at avvik meldes sammenlignet med hjemmetjenesteavdelingene. Tabell 15 viser svar fordelt på avdeling. Ansatte ved Schwartz gate bofellesskap skiller seg ut ved at en høy andel ansatte (89 prosent) erfarer at relevante avvik meldes. I andre enden av skalaen er blant annet Fjell, Åskollen og Kvarter Helleristningen og Krokstadelva, hvor færre enn en av ti svarer at alle relevante avvik i stor grad meldes.

Tabell 15 I hvilken grad melder de ansatte inn alle relevante avvik i kommunens kvalitetssystem (N = 256)

Avdeling/analyse-enhet	Andel liten eller svært liten grad	Andel noen grad	Andel stor eller svært stor grad	Andel vet ikke/ikke relevant	Antall svar
Schwartzgate bofellesskap	0	0	0.89	0.11	9
Avdelingsledere	0.08	0.23	0.54	0.15	13
Mjøndalen	0.15	0.38	0.38	0.08	13
Solberg	0.12	0.25	0.38	0.25	8
Øren	0.33	0.33	0.33	0	9
Landfalløya	0	0.4	0.30	0.3	10
Bråta bolig nr. 20	0.40	0.4	0.20	0	5
Filten	0.10	0.4	0.20	0.3	10
Svelvik	0.29	0.12	0.18	0.41	17
Gulskogen	0.17	0	0.17	0.67	6
Strømsø	0.14	0.43	0.14	0.29	14
Underlia	0	0.62	0.12	0.25	8
Annet	0.22	0.06	0.11	0.61	18
Konnerud	0.44	0.11	0.11	0.33	9
Bråta bolig 1 og 2	0.36	0.41	0.09	0.14	22
Losjeplassen	0.45	0.36	0.09	0.09	11
Åssiden	0.27	0.45	0.09	0.18	11
Krokstadelva	0.29	0.43	0.07	0.21	14
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0.12	0.65	0.06	0.18	17
Dagsenter	0.42	0	0	0.58	12
Fjell	0	0.57	0	0.43	7
Nattjeneste	0.15	0.62	0	0.23	13
Samlet	**0.21**	**0.33**	**0.19**	**0.27**	**256**

Videre svarer 28 prosent av de ansatte at aktuelle avvik blir diskutert internt for å sikre læring og forhindre gjentakelse. Samlet svarer 38 prosent delvis, mens 14 prosent svarer nei på spørsmålet.

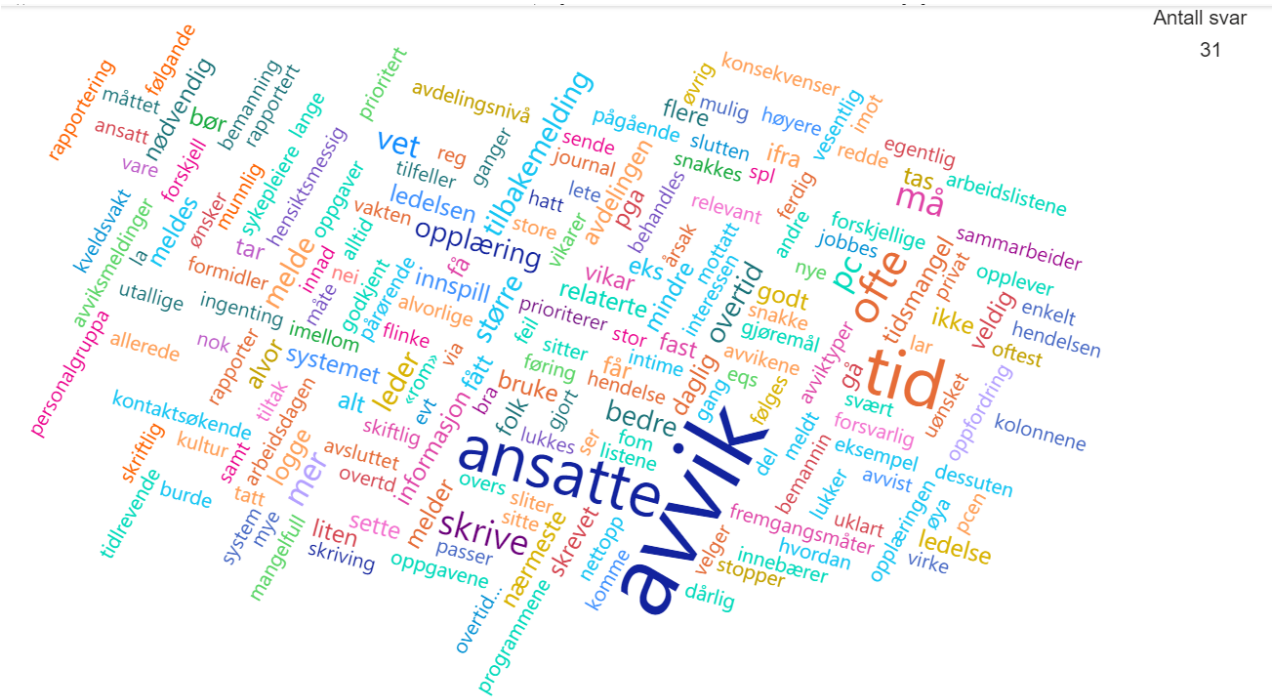
Tabell 16 viser de ansattes svar på en rekke påstander om avvikshåndtering og tilbakemeldinger om mulige forbedringer. De fleste ansatte er i hovedsak enige om at ledelsen ønsker å bli varslet om avvik og mulige forbedringer (70 prosent), at avvik blir håndtert og fulgt opp av ledelsen på en systematisk og strukturert måte (68 prosent) og at de ansatte har mulighet til å komme med innspill om forhold som gjelder egen arbeidshverdag (68 prosent). Til sammenligning er en lavere andel ansatte enig i at de er trygge på hvilke hendelser det skal meldes avvik på (55 prosent) og at avvik blir håndtert og fulgt opp av ledelsen på en systematisk og strukturert måte (53 prosent).

Tabell 16 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om avvikshåndtering og tilbakemeldinger (N = 256)

Påstand:	Andel helt eller delvis uenig	Andel verken eller	Andel helt eller delvis enig	Andel ikke relevant/vet ikke
Ledelsen ønsker å bli varslet om avvik og mulige forbedringer	0.07	0.07	0.70	0.15
De ansatte har mulighet til å komme med innspill om forhold som gjelder egen arbeidshverdag	0.11	0.09	0.68	0.12
De ansatte oppfordres til å bidra med sin kunnskap for å utvikle avdelingen	0.07	0.12	0.68	0.13
De ansatte er trygge på hvilke hendelser det skal meldes avvik på	0.17	0.12	0.55	0.15
Avvik blir håndtert og fulgt opp av ledelsen på en systematisk og strukturert måte	0.12	0.09	0.53	0.26

Revisjonen har spurt i et åpent spørsmål i spørreundersøkelsen hva kan eventuelt bli bedre knyttet til håndtering av avvik og innspill til forbedringer. Samlet svarte 31 ansatte på spørsmålet. Ordskyen nedenfor viser at ordet «tid» går igjen i mange av besvarelsene. I en ordsky blir et ord større, desto flere som nevner ordet. Mange ansatte problematiserte at manglende tid fører til at det ikke registres avvik. Det er også flere som nevner at det er tungvint å registrere avvik og at de mangler opplæring.

Ordsky 1 Hva kan eventuelt bli bedre knyttet til håndtering av avvik og innspill til forbedringer?



Nedenfor følger noen utvalgte svar fra ansatte på spørsmål om hva som kan eventuelt bli bedre knyttet til håndtering av avvik og innspill til forbedringer.

Eksempeloversikt 1 Utvalgte svar fra ansatte om håndtering av avvik og innspill til forbedringer

Ansatte prioriterer ikke tid til å skrive avvik,
Ansatte, både fast og vikar, må få opplæring og skriftlig informasjon om fremgangsmåter og avvikstyper.
Avvik følges godt opp av nærmeste leder. Øvrig ledelse vet jeg ikke.
Avvik må behandles på en hensiktsmessig måte før de lukkes
Bedre bemanning slik at folk har tid til å skrive avvik. Har selv måttet la være å skrive avvik på grunn av tidsmangel i flere tilfeller. Det skal ikke være nødvendig å gå overtid for å skrive avvik. Dette er blitt rapportert utallige ganger, men ingenting blir gjort!!!!
Bedre tid til journalskriving og avviksregistrering
Det burde for eksempel vært en del av opplæringen til folk - hva som skal meldes, hvor og hvordan. Dessuten er det alt for mange som lukker øya for mindre avvik og når større avvik har blitt meldt inn så har man ikke en gang fått tilbakemelding på at avvikene er mottatt fra ledelse. Et eksempel på avvik er pårørende som er for intime/pågående/kontaktsøkende overfor ansatte.
Det er en kultur for å ikke snakke om de store alvorlige avvikene. De meldes ofte til nærmeste leder, men ser ikke at de får noen konsekvenser fordi avdelingen allerede sliter med ansatte. Mange lar være å melde fordi de ikke vet de skal melde eller ikke vil sitte overtid for å logge på pc-en. Mange er redde for å si ifra, da de ikke vet hvordan det vil bli tatt imot.
Det er mange avvik som ikke blir skrevet da ansatt ikke har tid og ikke ønsker å gå overtid daglig på grunn av for liten bemanning. Det er også veldig uklart for mange hva som egentlig er avvik.
Det er ofte ikke prioritert tid til avviksmeldinger og det er mangelfull opplæring av nye ansatte/vikarer i føring av avvik i EQS.
Det er ofte ikke tid på slutten av en kveldsvakt til å skrive avvik. Da må det eventuelt jobbes overtid…
Det er ofte liten tid til overs til å melde inn avvik og andre pc relaterte oppgaver. Og det er ikke alltid man får godkjent overtid, fordi man sitter med disse oppgavene som innebærer pc-tid. Her er det også svært dårlig tid til å sette seg inn i de forskjellige programmene fordi man ikke har tid. Arbeidslistene er alt for lange og tidkrevende. Og jeg opplever at det kun er sykepleiere som har mer "rom" på listene slik at de har noe bedre tid til pc-relaterte gjøremål. Og flere ansatte har fått tilbakemelding på at eks. et avvik er skrevet feil eller ikke var nødvendig å skrive.
Det er stor forskjell innad i personalgruppa hvem som er flinke til å sende avvik, samt si ifra og ikke. De som er fast ansatte (sykepleier/hjelpepleier) melder om avvik og forbedring i større grad enn de som jobber redusert eller som vikar.
Det må tas mer på alvor, men stopper oftest på avdelingsnivå.
Det tar for lang tid å logge avvik med tiden avsatt pr vakt. Skal du bruke tiden hos brukerne eller foran pc? Få enkle logg-lapper/skjema som kan noteres på fortløpende og levere til skift-ansvarlig som loggfører avvik i systemet.
Eqs bør komme som app på telefonene. Mange lar være å melde avvik fordi det tar ekstra tid å logge på datamaskinen
Interessen for nettopp dette bør bli vesentlig bedre.
Mange ansatte har ikke hatt opplæring i avviksskriving.
Mange ansatte melder ikke avvik eller uønsket hendelse som årsak av tidsmangel. Når vakten er avsluttet er man ofte ferdig med arbeidsdagen og ansatte velger å ikke bruke sin private tid til å registrere avvik, formidler kun hendelse via daglig journal og på daglig rapporter.
Mer informasjon og oppfordring om å skrive avvik. Mer TID til å skrive avvik
Tilbakemelding fra kvalifisert helsepersonell med fagkompetanse og eller erfaring, må lyttes til og tas på alvor. Ofte har innspill blitt avfeid, med begrunnelsen økonomi/sparetiltak.
Vi kan komme med innspill, men disse blir avvist av ledelsen høyere opp i systemet.

Kommunen har sendt over en oversikt over til sammen 5477 avvik, fordelt på 2891 avvik registrert i 2022, og 2856 avvik registrert i 2023 (fram til september). Kommunen har forklart at det ikke har vært mulig å hente fram avvik fra før 2022 på grunn av omorganisering.

Tabell 17 viser hvordan avvikene fordeles på de ulike avdelinger i hjemmetjenesten, slik de er inndelt i avvikssystemet (EQS):

Tabell 17 Innmeldte avvik per avdeling i 2022 og 2023 (fram til september)

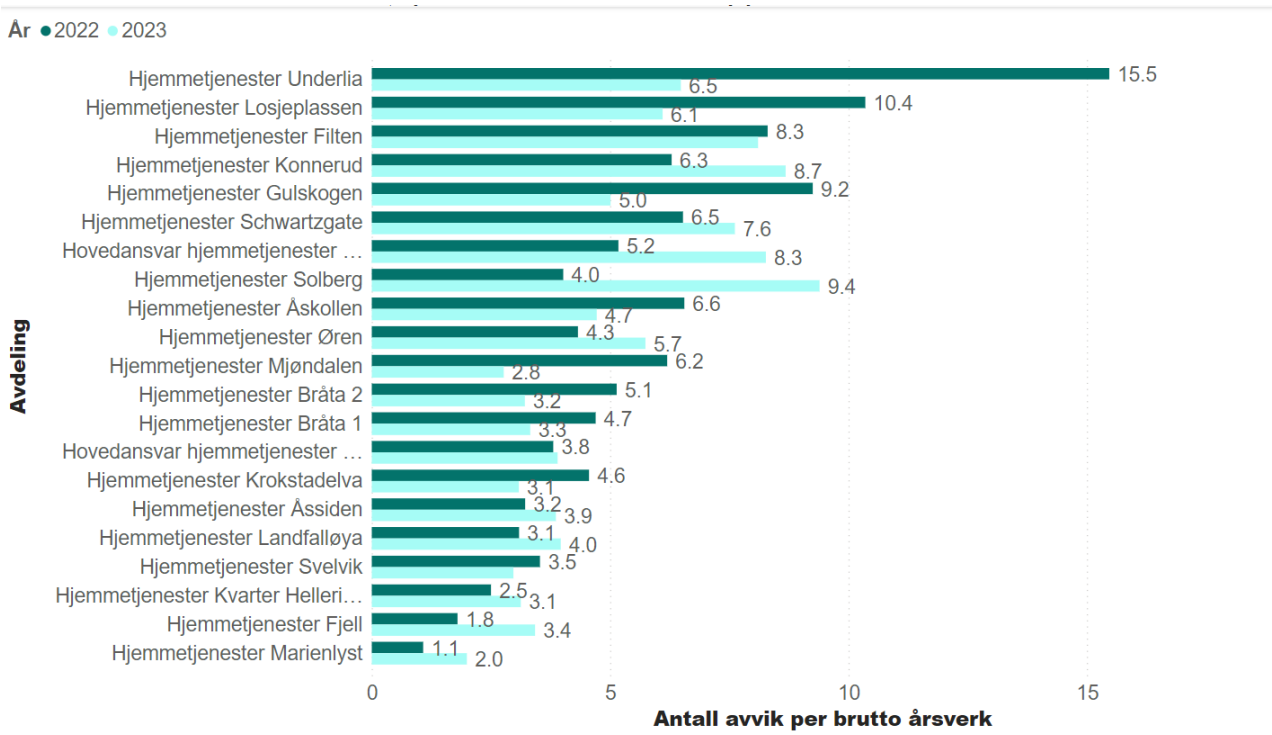
Avdeling	virksomhet	2022	2023	totalt
Hjemmetjenester Filten	Nord	248	242	490
Bråta helse- og aktivitetssenter	Nord	233	246	479
Hjemmetjenester Underlia	Nord	284	119	403
Hjemmetjenester Losjeplassen	Nord	224	132	356
Hjemmetjenester Konnerud	Sør	121	167	288
Hjemmetjenester Gulskogen	Sør	181	98	279
Hjemmetjenester Åskollen	Sør	157	113	270
Hovedansvar hjemmetjenester sør	Sør	102	163	265
Hjemmetjenester Bråta 1	Nord	154	109	263
Hjemmetjenester Øren	Nord	110	146	256
Hjemmetjenester Mjøndalen	Nord	150	67	217
Hjemmetjenester Solberg	Nord	62	145	207
Hovedansvar hjemmetjenester nord	Nord	84	86	170
Hjemmetjenester Schwartzgate	Sør	78	91	169
Hjemmetjenester Krokstadelva	Nord	99	67	166
Hjemmetjenester Åssiden	Nord	70	84	154
Hjemmetjenester Fjell	Sør	42	80	122
Hjemmetjenester Landfalløya	Nord	53	68	121
Korttid Svelvik	Sør	45	69	114
Hjemmetjenester Svelvik	Sør	57	48	105
Natt Bråta	Nord	72	33	105
Fredholt bo- og servicesenter	Sør	53	33	86
Ressursenhet sør	Sør	22	54	76
Nattjenesten	Sør	45	17	62
Hjemmetjenester Marienlyst	Sør	20	37	57
Hjemmetjenester Bråta 2	Nord	32	20	52
Natt Fredholt	Sør	38	5	43
Hjemmetjenester Kvarter Helleristningen	Sør	16	20	36
Dagsenter Bråta	Nord	15	9	24
Dagsenter Åssiden	Nord	7	4	11
Natt ved Svelvik sykehjem	Sør	8	1	9
Sykepleiertjeneste	Nord	0	4	4

Dagsenter Fjordparken	Sør	1	2	3
Dagsenter Gulskogen	Sør	2	1	3
Hjemmehjelp Losjeplassen	Nord	2	0	2
Hjemmehjelp Strømsø	Sør	0	2	2
Dagsenter Losjeplassen	Nord	1	0	1
Dagsenter Marienlyst	Sør	0	1	1
Hjemmehjelp Konnerud	Sør	0	1	1
Hjemmehjelp Mjøndalen og Krokstadelva	Nord	0	1	1
Hjemmehjelp Åssiden og Landfalløya	Nord	1	0	1
Hjemmehjelp Øren	Nord	1	0	1
Kafe Helleristningen	Sør	0	1	1
Villa Fredrikke	Nord	1	0	1
Totalt		**2891**	**2586**	**5477**

Vi har koblet informasjonen om antall avvik per avdeling med antall registrerte årsverk for å få en oversikt over hvor mange avvik de ulike avdelingene melder per årsverk.

Figurene og tabellene nedenfor viser at det er stor variasjon mellom de ulike enhetene og avdelingene når det gjelder antall avvik som meldes per årsverk både i 2022 og i 2023. Underlia meldte flest avvik per årsverk i 2022, med 15,5 avvik per årsverk. Til sammenligning meldte de ansatte i hjemmetjenesten på Marienlyst (nå Strømsø) kun 1,1 avvik per årsverk i 2022 og 2 avvik per årsverk i 2023 (fram til september). Videre går det fram av figurene og tabellene i vedlegg 3 at de ansatte hjemmehjelpene og de ansatte ved i dagsentrene i liten grad har meldt inn noen avvik i systemet (EQS). De fleste hjemmehjelpsenhetene har kun meldt inn ett avvik per årsverk per år eller lavere. Antall avvik per årsverk for dagsentrene varier fra 3 på Åssiden i 2022 til 0 ved Villa Fredrikke og Losjeplassen i 2023. Når det gjelder nattjenestene, meldes det inn relativt mange avvik fra Bråta og Fredholdt (i 2022), mens det meldes få avvik fra de øvrige nattjenesteenhetene i EQS (Se vedlegg 3).

Figur 11 Antall avvik per brutto årsverk i 2022 og 2023 i Hjemmetjenesteavdelingene

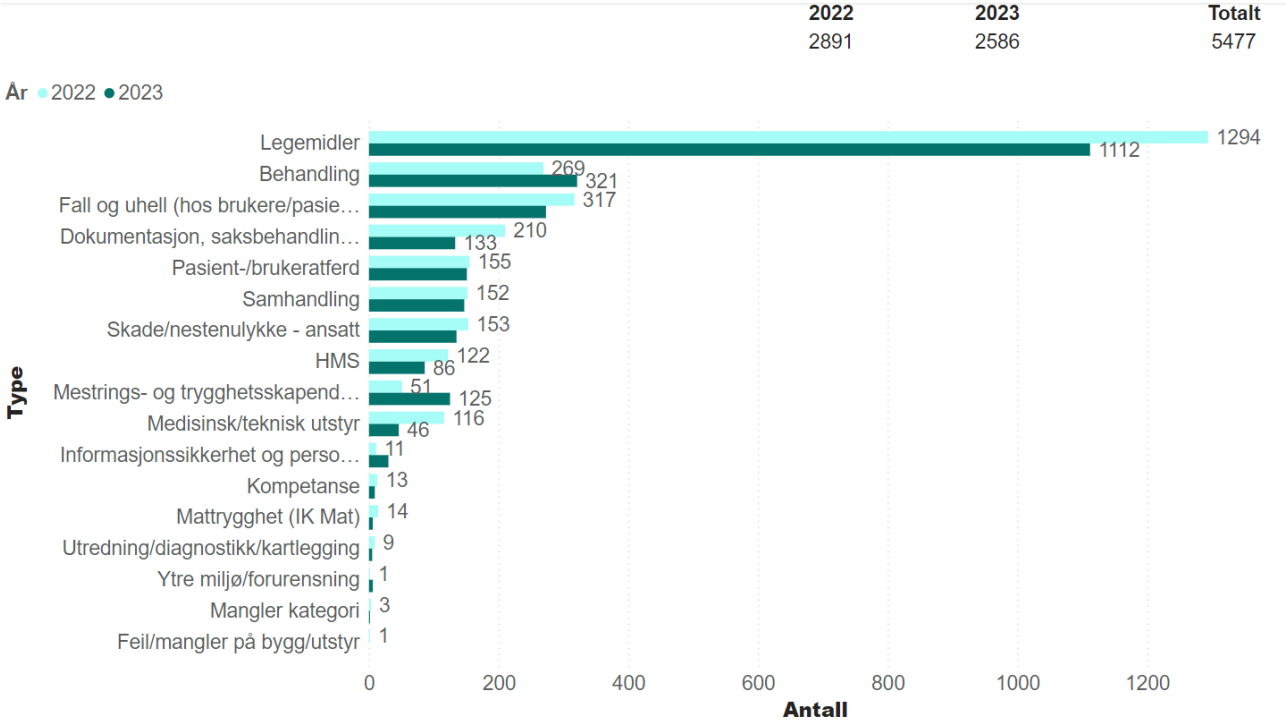


Tabell 18 Statistikk om avvik i hjemmetjenesteavdelingene

Beregning	2022	2023
Minimum	1 (Marienlyst/Strømsø)	2 (Marienlyst/Strømsø)
Median	4.7	4
Gjennomsnitt	5.5	5.0
Maksimum	15.4 (Underlia)	9.4 (Solberg)

Figur 12 viser at de fleste avvikene som er meldt inn gjelder legemiddelhåndtering, etterfulgt av behandling og fall og uhell. Det er kun meldt inn ett avvik som eksplisitt omtaler demens. Dette avviket ble registrert i januar 2023 og gjelder hendelsestypen «Pasient-/brukeratferd». Det går fram av beskrivelsen at det er mye uro hos pasienten med demens, og at pasienten har utfartstrang.

Figur 12 Type avvik



Tabell 19 viser at 79 prosent av avvikene som ble meldt inn i 2022 hadde status som lukket på det tidspunktet oversikten ble sent over til revisjonen. I forbindelse med dokumentbestillingen har kommunen forklart at lederbytter i enkelte avdelinger har ført til at det står igjen ubehandlede avvik i enkelte avdelinger i 2022.[186]

Tabell 19 Status for innmeldte avvik

status	2022	Prosentvis fordeling 2022	2023	Prosentvis fordeling 2023
Høringsrunde	4	0.1%	13	0.5%
Lukket	2291	79.2%	1676	64.8%
Ny melding	546	18.9%	806	31.2%
Tiltak igangsatt	13	0.4%	7	0.3%
Under behandling	37	1.3%	84	3.2%
Total	2891	100.0%	2586	100.0%

I intervju med avdelingslederne kommer det fram at avdelingslederne jobber daglig med å følge opp meldte avvik.

[186] Drammen kommune (2023) Spørsmål og innspill til revisjon

Avdelingsleder ved tildelingskontoret forklarer også at tildelingskontoret benytter kommunens avvikssystem hvor saksbehandlerne melder inn eventuelle avvik. Dette gjelder også avvik for tjenester til personer med demens. Dersom ansatte oppdager noe som ikke fungerer eller hvor det ikke blir gitt forsvarlige tjenester skal det meldes inn avvik.

Kommunalsjefen forklarer i intervju i tillegg til at de ansatte systematisk melder inn avvik i avvikssystemet har kommunen nå også egne ressurser som ser på trender i avvik, som igjen løftes til kommunalsjefsnivået. Kommunen har imidlertid ikke hatt veldig god kompetanse på å følge opp trender og avvik (analysekompetanse) tidligere.

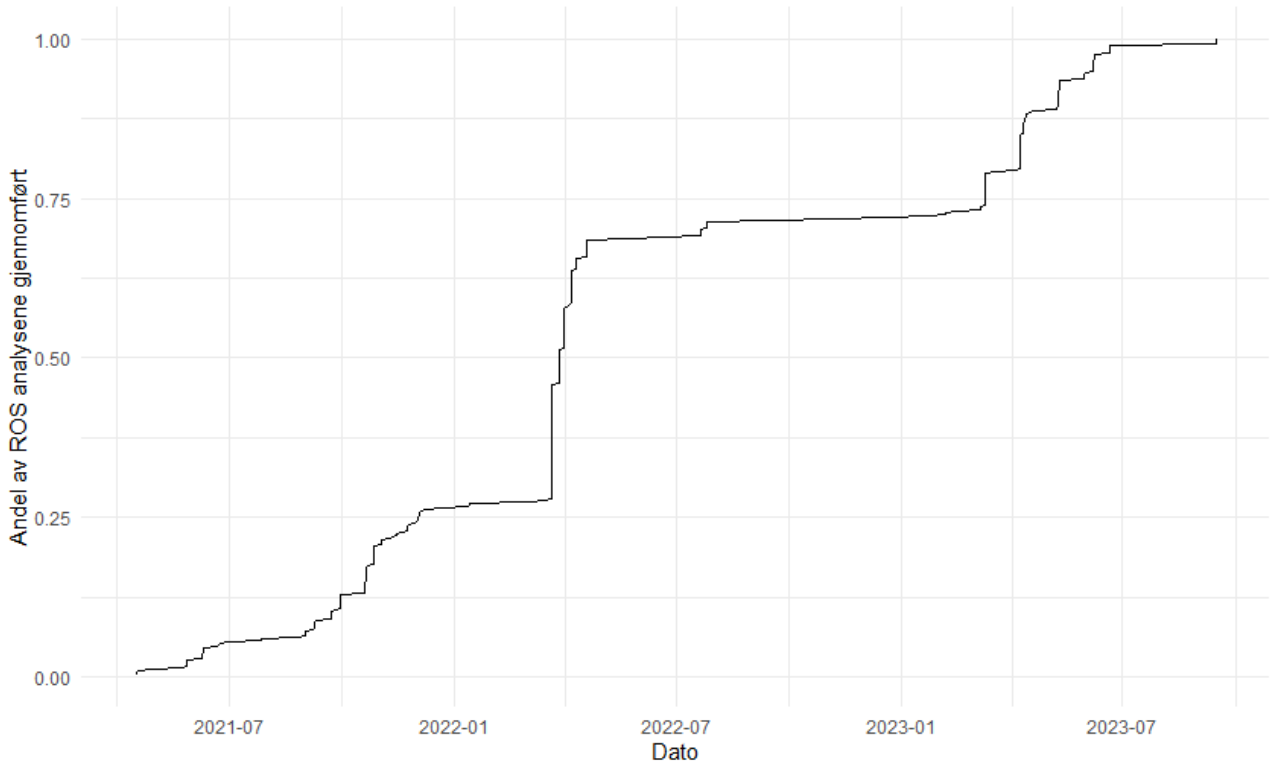
4.6. Risikovurderinger

Drammen kommune benytter modulen til EQS for risikovurdering- og styring. Dette innebærer at ansatte kan registrere risikomomenter i systemet, og dermed bidra til å redusere risikoen for at avvik eller ulykker oppstår.

Vi har mottatt en oversikt over til sammen 822 ROS-analyser som er registrert i avvikssystemet EQS og som gjelder tjenesteområdet P06 hjemmetjenester og institusjon. Om lag halvparten (409) av risikoanalysene gjelder hjemmetjenestene og tilstøtende tjenester (dagsenter mv.).

Figur 13 viser at de 409 risikoanalysene er meldt inn i bolker/faser. I mars 2022 økte eksempelvis antall risikoanalyser fra 111 til 224. Det vil si at om lag en av tre risikoanalyser ble utarbeidet denne måneden.

Figur 13 Kumulativ fordeling av risikoanalyser over tid



Tabell 20 viser at mange av de registrerte ROS-analysene i hjemmetjenester gjelder vold, trusler og press (21 prosent). Det er også en økning av denne typen risikoanalyser over tid. Det er også en økning i antall risikoanalyser som gjelder helsebelastning og ulykker. Disse er merket med rød farge i tabellen nedenfor.

Tabell 20 Registrerte ROS-analyser i hjemmetjenester

Kategori	2021	2022	2023	Totalt	Andel
Vold, trusler, press	13	24	47	84	21%
Andre kritikkverdige forhold	70	0	0	70	17%
Annet	11	50	5	66	16%
Helsebelastning	0	12	36	48	12%
Forsyningssvikt	44	0	0	44	11%
Store ulykker	30	0	0	30	7%
Taushetsplikt - sensitiv informasjon	0	3	12	15	4%
Oppfyllelse av krav	2	10	0	12	3%
Tiltak rettet mot individer	0	0	8	8	2%
Ulykker	0	4	3	7	2%
Naturhendelser	6	0	0	6	1%
Myndighetsmisbruk	5	0	0	5	1%
Korrupsjon eller annen økonomisk kriminalitet	4	0	0	4	1%
Medvirkning	0	4	0	4	1%
Helsebelastning, Leveranse	0	0	1	1	0%
Helsebelastning, Myndighetsmisbruk, Taushetsplikt - sensitiv informasjon, Oppfyllelse av krav	0	0	1	1	0%
Kontroll - Tekniske/ Teknologi	0	0	1	1	0%
Leveranse	0	1	0	1	0%
Villede handlinger	1	0	0	1	0%
Total	186	108	114	408	100%

Tabell 21 viser at fordeling av de relevante ROS-analysene (409) på ulike enheter og avdelinger i kommunen. Den høyeste andelen av ROS-analysene gjelder hovedansvar hjemmetjenester sør (33 prosent) og til hovedansvar hjemmetjenester nord (22 prosent). Det er generelt en lav andel av ROS-analysene som gjelder hjemmetjenesteavdelingene. For flere av hjemmetjenesteavdelingene er det ikke registrert noen ROS-analyser for årene 2022 og 2023 og det er i tillegg flere som ikke har noen risikoanalyser registrert i det hele tatt. Disse framgår derfor ikke av tabellen. Dette gjelder eksempelvis Underlia, Losjeplassen, Landfalløya og Solberg.

Tabell 21 Registrerte risikoanalyser fordelt på aktuelle enheter i hjemmetjenesten:

Enhet/avdeling	2021	2022	2023	totalt	Andel
Hovedansvar hjemmetjenester sør	0	89	44	133	33%
Hovedansvar hjemmetjenester nord	0	67	21	88	22%
Omsorgstjenester Konnerud og Skoger Vest	48	0	0	48	12%
Bråta helse- og aktivitetssenter	4	9	5	18	4%
Hjemmetjenester Konnerud	0	0	12	12	3%
Tjenestetildeling og koordinerende enhet	6	2	3	11	3%
Hjemmetjenester og institusjon	2	0	8	10	2%
Omsorgstjenester Gulskogen, Danvik og Fjell	10	0	0	10	2%
Omsorgstjenester Mjøndalen og Krokstadelva	9	0	0	9	2%
Dagsenter Bråta	0	5	3	8	2%
Hjemmehjelp Mjøndalen og Krokstadelva	0	5	2	7	2%
Hjemmetjenester Åssiden	0	7	0	7	2%
Omsorgstjenester Øren	6	0	0	6	1%
Omsorgstjenester Svelvik, Åskollen og Skoger Øst	5	0	0	5	1%
Hjemmesykepleie Åskollen	4	0	0	4	1%
Hjemmetjenester Filten	0	2	2	4	1%
Dagsenter Losjeplassen	0	0	3	3	1%
Dagsenter Åssiden	0	0	3	3	1%
Hjemmetjenester Bråta 2	0	0	3	3	1%
Filten serviceboliger	2	0	0	2	0%
Hjemmehjelp Svelvik, Åskollen og Skoger øst	2	0	0	2	0%
Hjemmesykepleie Mjøndalen	2	0	0	2	0%
Hjemmesykepleie Svelvik	2	0	0	2	0%
Hjemmesykepleie Øren	2	0	0	2	0%
Hjemmetjenester Fjell	0	1	1	2	0%
Hjemmetjenester Mjøndalen	0	0	2	2	0%
Fjell bo- og servicesenter avd. 1	1	0	0	1	0%
Gulskogen bo- og servicesenter	0	0	1	1	0%
Hamborgstrøm bo- og servicesenter avd. 2	1	0	0	1	0%
Hjemmesykepleie Konnerud	1	0	0	1	0%
Hjemmetjenester Bråta 1	0	0	1	1	0%
Omsorgstjenester Bragernes	1	0	0	1	0%
Total	108	187	114	409	100%

Tabell 22 viser at de fleste risikomomentene (74 prosent) fortsatt er registrert som nytt risikomoment i systemet per september 2023. Dette gjelder også 60 risikoelementer fra 2021 og 163 fra 2022. Samlet er det iverksatt tiltak på 5 prosent av risikoanalysene, mens 1 prosent er under behandling.

Tabell 22 Status for ROS-analyser per september 2023

Status	2021	2022	2023	totalt	Andel
Nytt risikoelement	60	163	78	301	74%
Tiltak igangsatt	16	1	4	21	5%
Under behandling	2	0	2	4	1%
Lukket	30	22	30	82	20%
Total	108	186	114	408	100%

Etablerte tiltak framgår imidlertid for samtlige registrerte risikoområder. Tiltakene vil imidlertid ofte være generelle og vise til eksiterende rutiner og praksis. Nedenfor er noen eksempler på risikobeskrivelser og etablerte tiltak

Risikobeskrivelse	Tiltak
Fysisk utagering fra bruker: Kan oppleve å bli klypt slått, lugget, spyttet på og sparket	Låsbare bestikk skuff. Vergetrening, refleksjon og debrifing. Avvik registreres i EQS og dokumenteres i Gerica.
Rasisme: Ansatte kan bli utsatt for rasistisk uttalelser, holdninger og nonverbale holdninger fra ansatte, pårørende og pasienter. Pasienter kan bli utsatt for rasistisk uttalelser, holdninger og nonverbale holdninger fra ansatte, pårørende og medpasienter.	Ansatte har fått tilbud om og gjennomført språkopplæring i regi av kommunen. Leder har samtaler med ansatte som kan bli utsatt for trakassering.
Bruker kan utagere voldelig mot personale	Ansatte skal umiddelbart fjerne seg fra situasjonen dersom det oppleves utrygt. Bruker med ustabile tilstand meldes videre til nærmeste leder for vurdering av arbeidsplass Ansatte skal ikke hjem til bruker dersom det er meldt om økt risiko

De fleste risikoelementene er kategorisert som gul (42 prosent) eller grønn (24 prosent). Det er henholdsvis 8 og 9 prosent som er kategorisert som oransje og rød.

Videre har kommunen akseptert de fleste risikoene (87 prosent). Det er kun i overkant av en av ti risikomomenter (12 prosent) som ikke er akseptert. Tabell 23 viser status for risikomomentene som ikke er akseptert. Av disse er det kun om lag en av tre som er lukket.

Tabell 23 Status for ROS-analyser per september 2023 for risikoelementer som ikke er akseptert

Status	2021	2022	2023	Totalt	Andel
Tiltak igangsatt	15	1	4	20	40%
Nytt risikoelement	13	1	1	15	30%
Under behandling	1	0	0	1	2%
Lukket	6	2	6	14	28%
Total	35	4	11	50	100%

Det er kun registrert fem risikoanalyser i perioden 2021 til 2023 som omhandler demens eller kognitiv svikt eksplisitt. Risikoanalysene gjelder i hovedsak at ansatte opplever truende atferd fra hjemmeboende med demens.

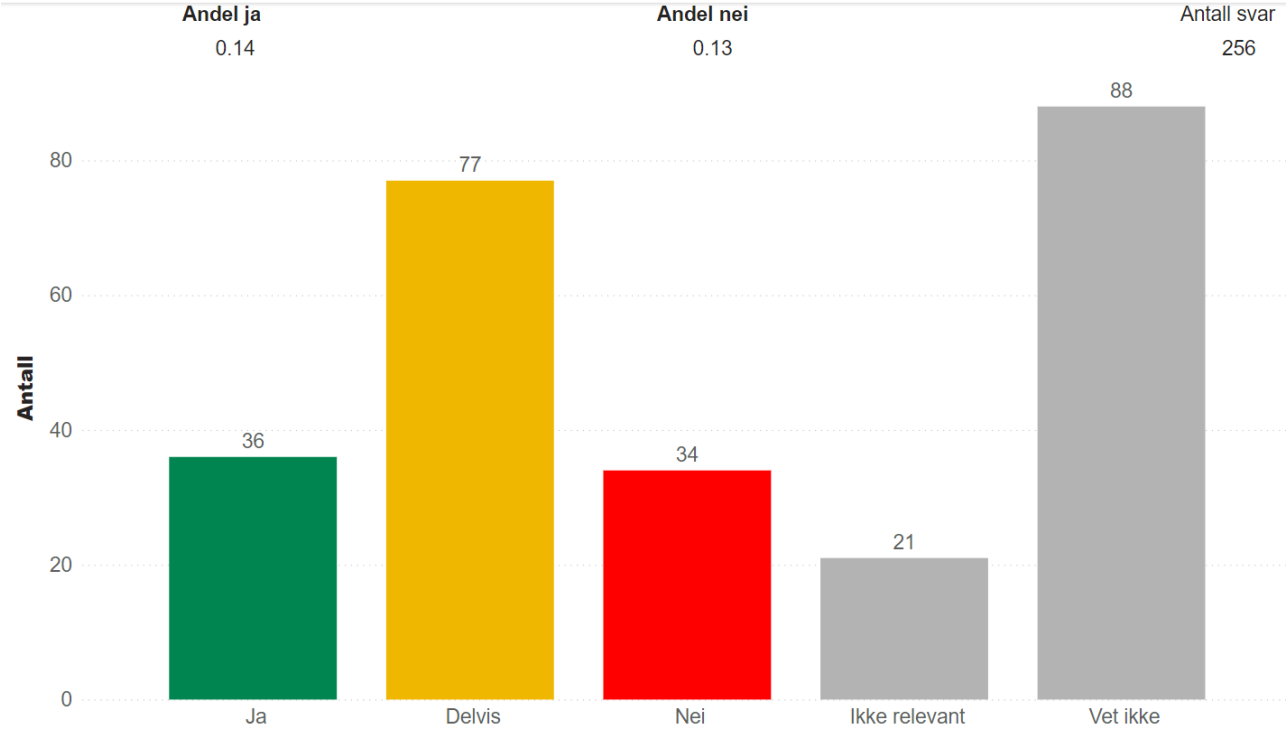
I tabell 24 viser vi to lignende eksempler på risikomomenter som omhandler ulik tjenestekvalitet, som er meldt inn til henholdsvis hovedansvar hjemmetjenester Nord og Sør i 2022. Begge risikoelementene har status som nye risikoelementer høsten 2023 og risikoen er akseptert. De går under kategorien andre kritikkverdige forhold. Når det gjelder etablerte tiltak vises det til kommunens organisering og til regelverket. Virksomhet Nord viser også til at tjenestemottakeren kan klage på både vedtak og utførelse.

Tabell 24 Eksempler på meldte risikofaktorer om tjenestekvalitet

Enhet	Indikator	Tittel og risikobeskrivelse	Etablerte tiltak
Nord	Gul	Tjeneste kvalitet: Det utføres ikke likhet (lik kvalitet) i tjenesteutøvelsen. Like vedtak blir ikke fulgt opp på samme måte hos ulike brukere. Tjenesteutøvere utfører oppdrag ulikt.	Tjenestene er nå organisert i "like" tjenester, som igjen vil bidra til mer helhetlige og like tilbud. Tjenestemottakere kan klage på vedtak og eller tjenesteutførelsen. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
Sør	Rød	Det utføres ikke likhet i tjenesteutøvelsen: Medfører redusert omdømme pga. ulik praksis. Forringelse av tjenestekvalitet.	Tjenestene i er nå organisert i virksomheter med "like" tjenester som igjen vil bidra til mer helhetlige og likhet i tjenestene i henhold til forskrift om ledelse og kvalitet i helse- og omsorgstjenester.

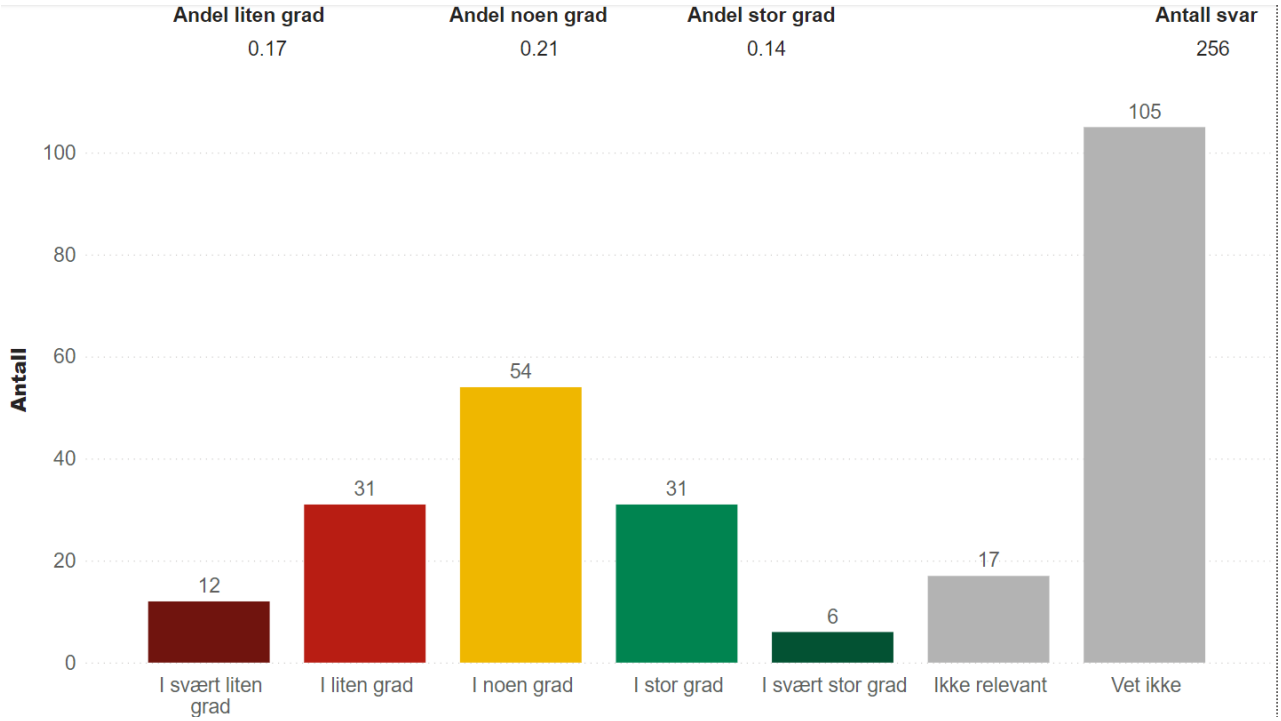
I spørreundersøkelsen til de ansatte svarer i overkant en av tre (34 prosent) at de ikke vet om vesentlige risikomomenter knyttet til tjenestetilbudet til hjemmeboende med demens (risikovurderinger) kartlegges regelmessig. Om lag en av tre (30 prosent) svarer delvis på spørsmålet, mens kun 14 prosent (36 av 256) svarer ja. Noe over en av ti (13 prosent) svarer nei på spørsmålet., jf. figur 14.

Figur 14 Kartlegges regelmessig vesentlige risikoer knyttet til tjenestetilbudet til hjemmeboende med demens (risikovurderinger)?



Videre svarer kun 14 prosent at ledelsen i stor eller svært stor grad systematisk gjennomfører tiltak for å redusere identifisert risiko knyttet til tjenestene til hjemmeboende med demens. Under halvparten (41 prosent) svarer vet ikke på spørsmålet, mens om lag en av fem (21 prosent) svarer i noen grad. I underkant av en av fem (17 prosent) svarer i liten grad på spørsmålet, jf. figur 15.

Figur 15 I hvilken grad gjennomfører ledelsen systematisk tiltak for å redusere identifisert risiko



I åpent spørsmål om hva som eventuelt kan bli bedre knyttet til risikovurderinger og risikoreduserende tiltak svarer ansatte det er behov for mer opplæring om bruk av risikovurderinger. Det er blant annet en utfordring at det er for få personer med denne typen kompetanse. Det kommer også fram at avdelingsledere ikke har hatt tid til å sette seg inn i dette.

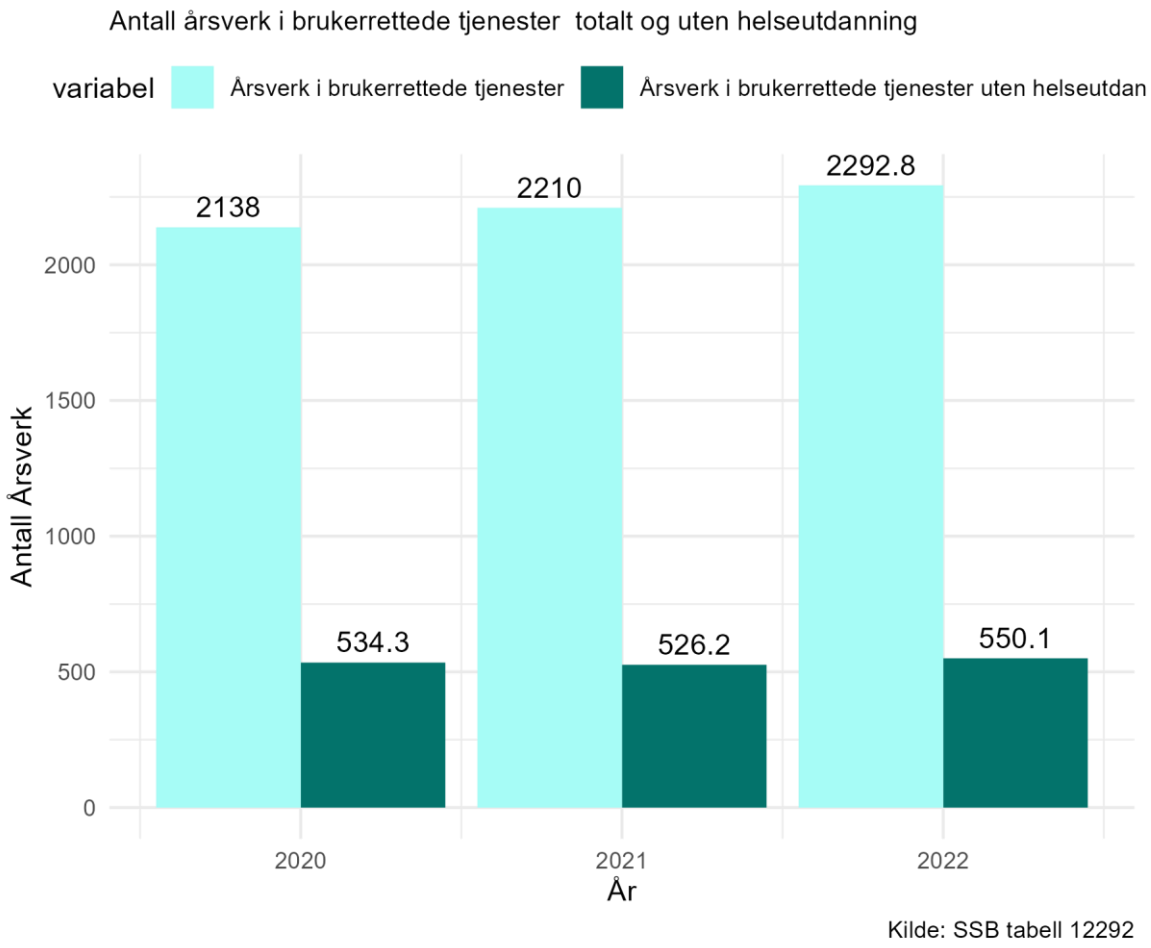
4.7. Nødvendig kompetanse og kapasitet

4.7.1. Kapasitet

Det finnes ikke statistikk på nasjonalt nivå som viser hvor mange som arbeider i hjemmetjenesten, og hvor mange som har fagutdanning. Det finnes kun statistikk som viser antall og andel med fagkompetanse for hele helse- og omsorgstjenesten (hjemmetjenesten og sykehjem mv).

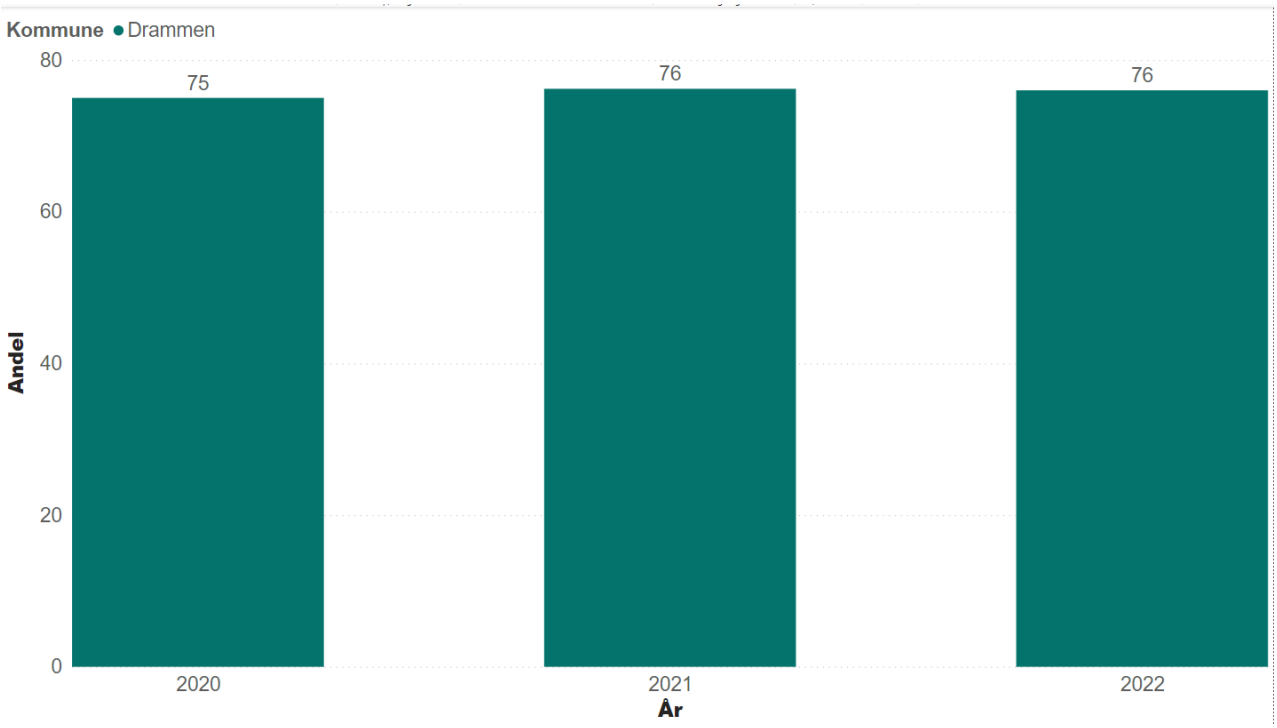
Figuren nedenfor viser at antall brukerrettede årsverk i Drammen kommune totalt innenfor helse og omsorg har økt fra 2138 i 2020 til 2293 i 2022. Andelen personell med relevant fagutdanning har vært på rundt 76 prosent i perioden 2020 – 2022, mens andelen ufaglærte er på om lag på 24 – 25 prosent. Dette er omtrent på nivå med landsgjennomsnittet i andelen med fagutdanning, som var 77,6 i 2022.[187]

Figur 16 Antall brukerrettede årsverk totalt innenfor helse og omsorg, og antall uten helseutdanning (SSB)



[187] https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/fagutdanning-i-pleie-og-omsorgstjenesten#:~:text=P%C3%A5%20landsbasis%20var%20andelen%20avtalte,andelen%20p%C3%A5%2077%2C8%20prosent.

Figur 17 Andel avtalte årsverk av personell med relevant fagutdanning totalt (Helsedirektoratet)



Ifølge Kommunal- og distriktsdepartementets beregningsmodell for framskriving av tjenestebehovet i kommunene, som er basert på data fra SSB (KOSTRA), vil antall tjenestemottakere øke med 38 prosent fram mot 2040, hvorav brorparten gjelder personer 80 år og eldre. Departementet anslår også at kommunens behov for årsverk vil øke med 38 prosent fram mot 2040, jf tabell 25.

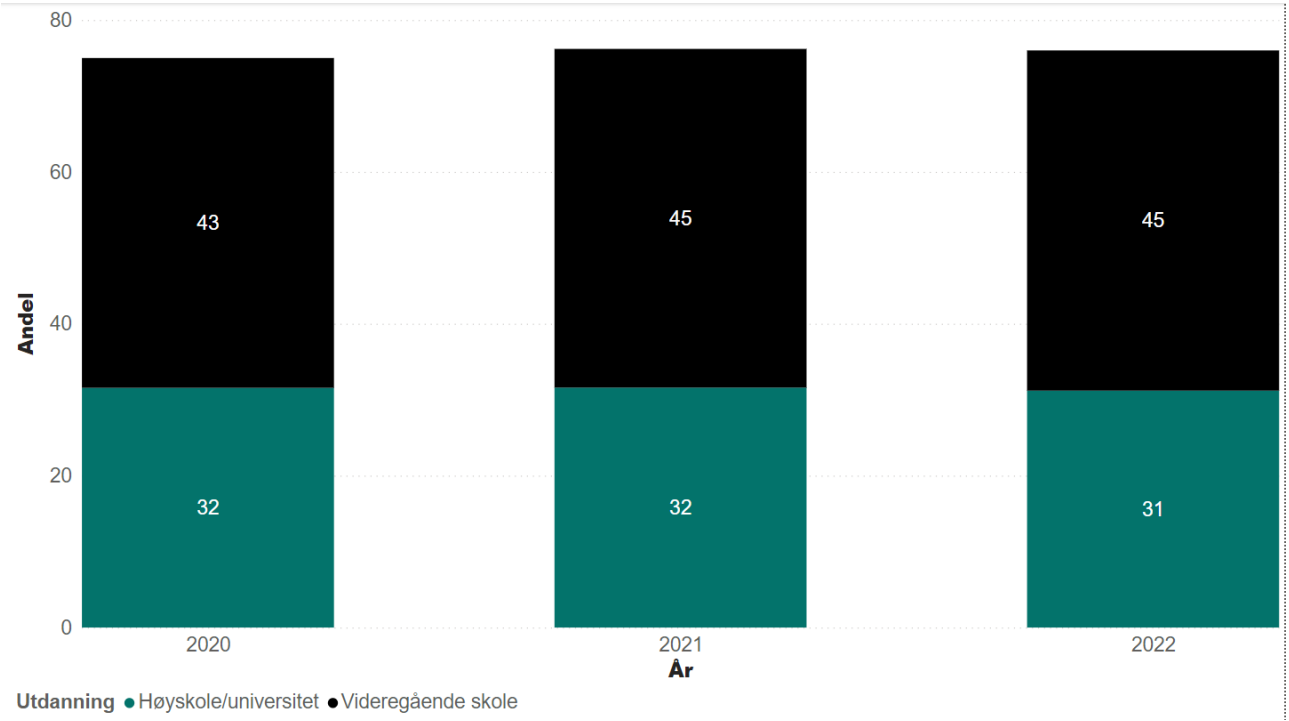
Tabell 25 Framskriving av behovet for årsverk i institusjon og hjemmetjeneste i Drammen kommune (KMD/SSB)[188]

År	**2021**	**2030**	**2040**	**Økning i prosent 2021 - 2040**
Behov for årsverk	2 299	2 748	3 180	38%

Figur 18 viser at i 2022 hadde 45 prosent av de fagutdannede utdanning fra videregående skole (helsefagarbeider mv), mens 31 prosent hadde utdanning fra høyskole/universitet. Sett i forhold til 2020, er det en svak tendens at andelen med fagutdanning fra videregående skole øker noe (fra 43 til 45 prosent), mens andelen med fagutdanning fra høyskole/universitet synker (fra 32 til 31 prosent).

[188] https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunedata/tjenestebehov2/id2507961/

Figur 18 Andel ansatte med fagutdanning fra Høyskole/universitet og videregående skole (Helsedirektoratet/NKI)



I handlings- og økonomiplan for Drammen kommune 2023 – 2026 melder kommunen om at det er vanskelig å få tak i kvalifiserte personell både for hjemmetjenester og institusjon. Det er kamp om tilgjengelig arbeidskraft og færre søkere til ledige stillinger enn før. [189]

I kommunens årsevaluering for 2022 framgår det også at rekruttering av helsepersonell er en utfordring for alle helse- og omsorgstjenester i kommunen. Omsorgstjenestene står overfor et meget stramt arbeidsmarked. Det er sterk konkurranse om arbeidskraft, og i mangel på tilstrekkelig rekruttering må virksomhetene leie inn dyre vikarer fra byråer. Dette er en situasjon som gjelder hele landet.

Drammen kommune vil derfor måtte anstrenge seg ytterligere for å rekruttere og beholde dyktige medarbeidere i årene fremover. Det må derfor arbeides med å vise hvordan kommunen kan tiltrekke seg faglært helsepersonell og hvordan kommunen kan skape arbeidsplasser som ønsker at ansatte ønsker å bli i kommunen. Tydeligere oppgavedeling, roller og ansvar er en del av dette arbeidet og kan gi både bedre arbeidsplasser og bedre tjenester for den enkelte innbygger. Rett kompetanse er en satsning for kommunen i den kommende perioden. Det meldes også om at hjemmetjenester og institusjon etablerte ressursteam i 2022 for å utnytte ressursene bedre. Ressursteamet kan dekke opp vakanser og sykemeldinger, og ligner på vikarpooler som er etablert i andre kommuner. [190]

[189] Drammen kommune (2023) Handlings- og økonomiplan 2023-2026. s. 133.
[190] Drammen kommune (2023) Årsevaluering 2022

I kommunens årsevaluering for 2022 framgår det videre at som en følge av en utfordrende økonomisk situasjon er det gjort et omfattende og systematisk arbeid med å vurdere alle deler av omsorgstjenesten, både hjemmetjenesten og institusjon. Gjennomgangen har vist at det er store forskjeller, blant annet når det gjelder hvor stor andel av dagen hjemmetjenesten benytter sammen med brukeren. Hjemmetjenesten har gjennomgått rutiner slik at alle områdene nå jobber på samme måte. Det innebærer at alle ansatte skal være ute hos pasientene 24 timer i uka. Antall brukere og tiden hver bruker skal ha, styrer hvor mange årsverk hvert område skal ha. Endringen har ført til likere arbeidsbelastning mellom avdelingene, uten at tilbudet til den enkelte bruker har blitt svekket [191]

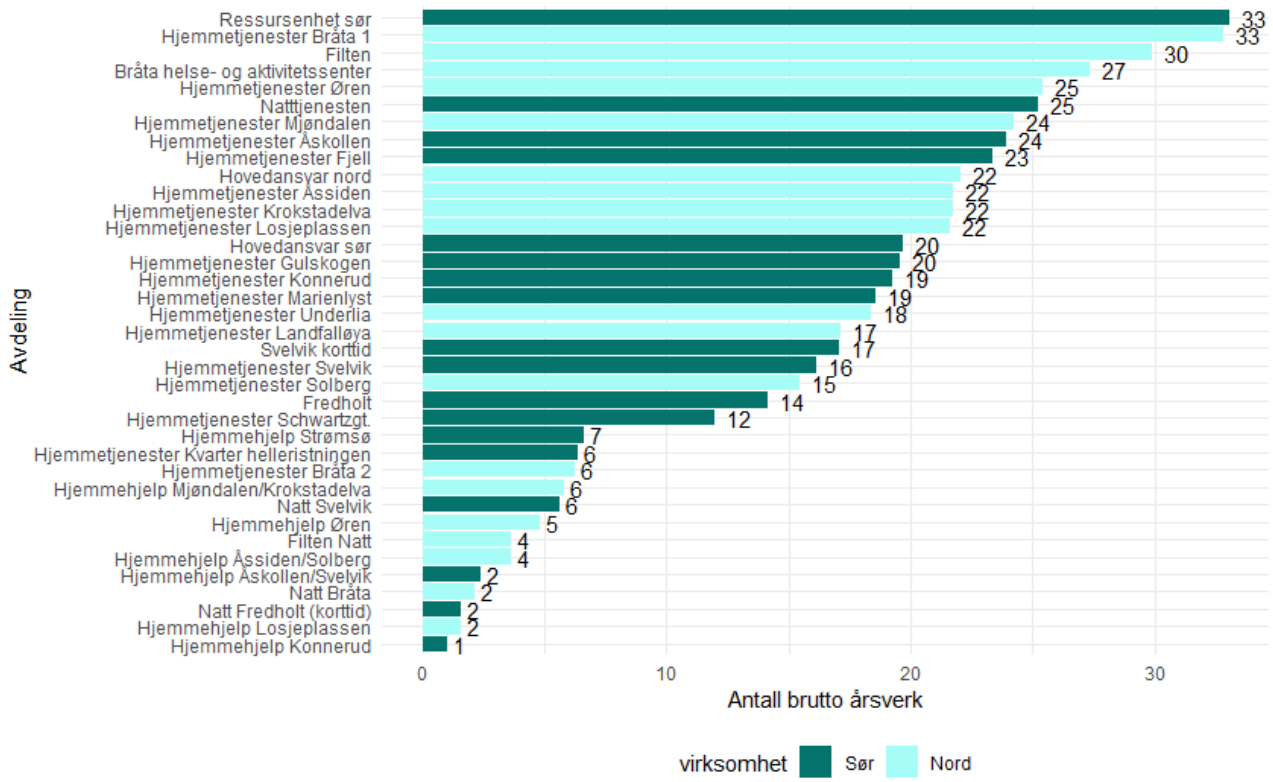
I kommunens rapport om sykepleiertjenester til hjemmeboende fra cirka 2022, går det fram at organiseringen av helsetjenestene til hjemmeboende har vært forholdsvis uendret i tiden etter kommunesammenslåingen i 2020. Det har dermed vært store forskjeller i de ulike avdelingene som tilbyr hjemmesykepleie, blant annet når det gjelder størrelse, rekrutteringsbehov, kompetansesammensetning og tilgang til sykepleier- og spesialistkompetanse. Variasjon i sykepleierdekning mellom avdelingene kommer tydelig frem. Det varierer også i hvilken grad avdelingene har tilgang på spesialisert kompetanse som avansert klinisk allmennsykepleie (AKS). Opprettelse av sykepleierteamet skal imidlertid bidra med å løse de nevnte utfordringene og bidra med å utnytte mulighetene som ligger i å være en stor, samlet kommune. [192]

I oppstartsmøte forklarer også kommunalsjefen at når det gjelder bemanning har Drammen kommune de samme utfordringene som andre kommuner. Kommunalsjefen mener også det er viktig å skille mellom tiden før og etter pandemien når det gjelder rekruttering og bemanning. Utdanningskapasiteten er også påvirket av pandemien.

Revisjonen har mottatt en oversikt over samtlige årsverk fordelt på avdeling i hjemmetjenesten, fordelt på virksomhetene hjemmeboende sør og hjemmeboende nord, jf. figur 19.[193]. Samlet har virksomhet Nord tilgang på 321 årsverk, mens Sør har tilgang på 278 årsverk ifølge oversikten. Antall tilgjengelige årsverk per hjemmetjenesteavdeling varierer fra rundt 30 i Filten og Bråta 1 til under 7 i Strømsø ifølge kommunens oversikt.

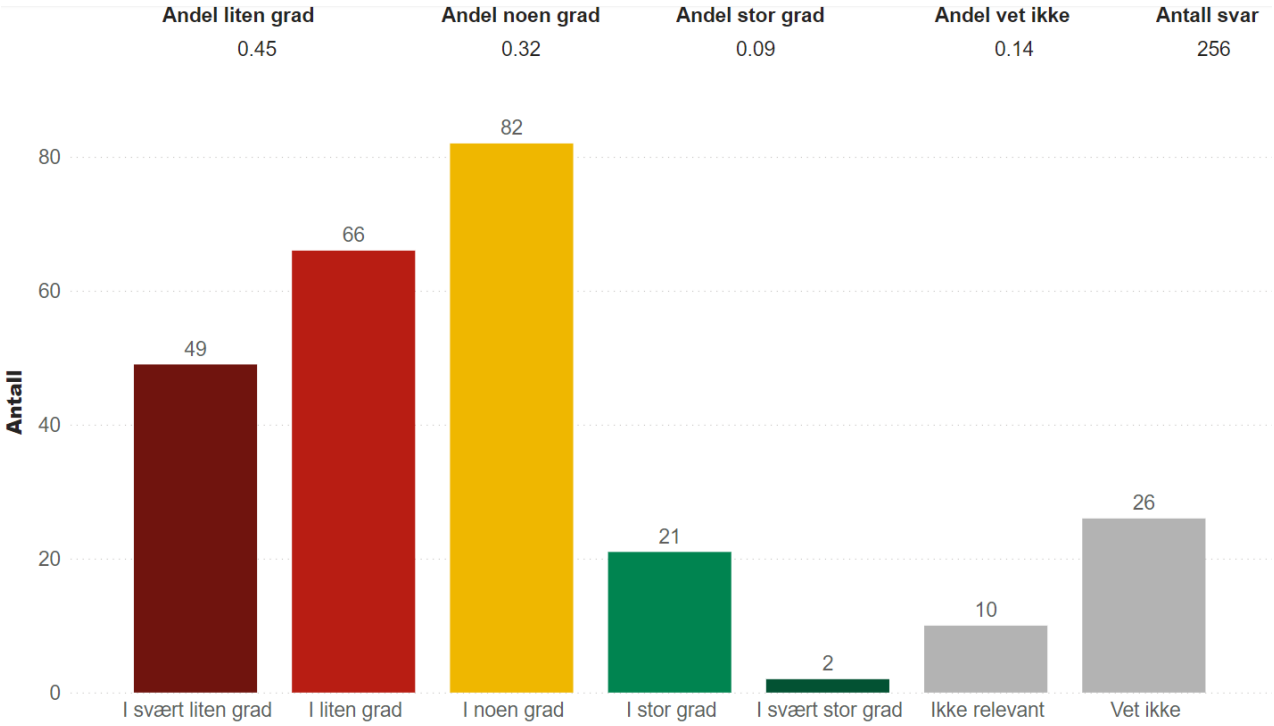
[191] Drammen kommune (2023) Årsevaluering 2022
[192] Drammen kommune (2022) Sykepleiertjenester til hjemmeboende
[193] Oversikt over årsverk Tjenester til hjemmeboende nord og sør

Figur 19 Oversikt over tilgjengelige årsverk Tjenester til hjemmeboende nord og sør (dagsentrene holdes utenfor)



Revisjonen har kartlagt i hvilken grad ansatte mener at det er tilstrekkelig med tid og ressurser tilgjengelig. Figur 20 viser at 45 prosent av de ansatte svarer at de i liten eller svært liten grad har tilstrekkelig med tid til å gjennomføre alle oppgaver som planlagt/forventet overfor hjemmeboende med demens i løpet av en vakt. Videre svarer 32 prosent i noen grad, mens 9 prosent svarer i stor grad. Dersom vi kun ser på de ansatte i hjemmetjenesten er det en høyere andel som svarer i liten grad (50 prosent), og noen grad (36 prosent) en lavere andel som svarer i liten grad (8 prosent).

Figur 20 I hvilken grad har de ansatte tilstrekkelig med tid til å gjennomføre alle oppgaver som planlagt/forventet overfor hjemmeboende med demens i løpet av en vakt?



Videre et stort flertall (79 prosent) av de ansatte enige i at hjemmeboende har større hjelpebehov enn det er satt av tid til og at det er for mange hjemmeboende å følge opp på en vakt (63 prosent), jf. tabell 26.

Videre er halvparten av de ansatte uenig i påstander om det som regel er nok folk på jobb (53 prosent uenig) og at kommunen har tilstrekkelig med kapasitet til å løse oppgaver med god kvalitet (50 prosent uenig). Det er også mange ansatte som er uenig i at de får gjennomført alle oppgaver som planlagt/forventet overfor hjemmeboende med demens i løpet av en vakt (42 prosent uenig). Om lag hver tredje ansatt er enig i disse påstandene (se tabell 26).

Tabell 26 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til kapasitet (positivt formulerte påstander) (N = 256)

Påstand	Andel helt eller delvis uenig	Ande verken eller	Andel helt eller delvis enig	Andel vet ikke/ikke relevant
Flere hjemmeboende har større hjelpebehov enn det er satt av tid til	0.04	0.08	0.79	0.09
Det er for mange hjemmeboende å følge opp på en vakt	0.11	0.11	0.63	0.15
Avdelingen har utfordringer med høyt sykefravær	0.20	0.10	0.57	0.14
Det er ikke nok tid til å nedtegne informasjon i Gerica (EPJ) uten ugrunnet opphold	0.15	0.13	0.55	0.17
Avdelingen har utfordringer med høy turnover	0.20	0.16	0.29	0.35

Tabell 27 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til kapasitet (negativt formulerte påstander) (N = 256)

Påstand	Andel helt eller delvis uenig	Ande verken eller	Andel helt eller delvis enig	Andel vet ikke/ikke relevant
Det er som regel nok folk på jobb	0.53	0.09	0.30	0.08
Vi har tilstrekkelig med kapasitet til å løse oppgaver med god kvalitet	0.50	0.14	0.27	0.09
De ansatte får gjennomført alle oppgaver som planlagt/forventet overfor hjemmeboende med demens i løpet av en vakt	0.43	0.13	0.29	0.15

På spørsmål om kommunen er opptatt av å utvikle og beholde kompetente medarbeidere svarer i underkant av en av tre (32 prosent) i liten eller svært liten grad, mens omtrent like mange svarer i noen grad (32 prosent). Kun en av fem (20 prosent) erfarer at kommunen i stor grad er opptatt av å utvikle og beholde kompetente medarbeidere.

Nedenfor følger noen utvalgte kommentarer fra spørreundersøkelsen til ansatte om kapasitet og tid:

Eksempeloversikt 2 Utvalgte svar fra ansatte om ansatte om kapasitet og tid mv.

Ansatt flere folk og øk lønna slik at yrket blir attraktivt.
Bedre tid hos pasienten.
Bør settes av mer tid til hjemmeboende med demens. Vet vi tidligere hadde egen demensliste, noe som ga færre ansatte som gikk til pasientene med demens. Dette skapte trygghet og forutsigbarhet.
Dekke opp bemanningen på en forsvarlig måte. Avdelingen har vært mye preget av dårlig bemanning som fører til mindre tid til brukere av tjenesten som trenger det.
Det er for lite folk på jobb i forhold til pasienter!!! Det er roten til alt vondt!!
Det er ikke avsatt tid til at vi kan gjøre jobben vår på en slik måte at vi får fulgt opp brukere slik vi burde. Det er høyt sykefravær og mye bruk av ufaglærte assistenter. Vi har knapt nok tid til å dokumentere det vi skal etter endt vakt. Vi har ikke tid til det som er aller viktigst. Vi har ikke tid når vi er hos brukere til å følge de opp slik vi burde og fagpersonell blir ofte prioritert på andre brukere enn de med demens slik at det er ufaglærte (unge og uerfarne) som er hos brukere med demens. De har ikke erfaring eller kompetanse til å gi den hjelpen og oppfølgingen som trengs.
Det er vanskelig å utøve god nok sykepleie og pleie når ressursene (tid og folk) er for få! Arbeidsbelastningen er for stor til at ansatte har mulighet til å ivareta primæroppgaver og gi tilstrekkelig oppfølging. Brukerne får ikke den oppfølgingen vi ønsker å gi eller har krav på å gi. Helsepersonell går på akkord med seg selv. De får dårlig samvittighet og opplever utilfredsstillende arbeidsforhold. Folk jobber dobbeltvakter og sliter seg ut. Det er et unntak dersom man går hjem når vakten skulle vært ferdig! Avvik er sterk underregistrert. Helsepersonell må nærmest gå overtid for å få skrevet avvik. Jeg er sykepleier, men vet ikke hvor lenge jeg makter å fortsette i jobben, hvis denne utviklingen ikke stopper opp! Jeg synes hele opplegget er på grensen til skammelig. For ikke å snakke om det presset vi opplever når vi har svært syke og palliative brukere og alt bare tar av ellers på vakten. Jeg har ikke ord. Det er uverdig for brukere og pårørende og det er uverdig for oss! Og pause som sykepleier? Det tilhører sjeldenheten. 5-10 minutter er ikke uvanlig. Så; her må det starte i toppen, og gis gode nok arbeidsvilkår så vi på gulvet kan klare å tåle det. Det hjelper fint lite at det er opparbeidet rutiner og beskrivelser, krav og regler i kommunen når det ikke ressurser nok til å følge opp. Ser fint ut på papiret da og gir inntrykk av at øverste hold gjør det de skal.
Det må bli avsatt tid til å få gjort en ordentlig jobb.
Det må settes av tilstrekkelig tid til oppfølging av denne pasientgruppen. Mange har behov for motivering, noe som er tidkrevende

Det må bygges flere boliger for personer med demens. Samt flere sykehjem. Pasienter som har fått innvilget langtidsplass på institusjon blir værende på korttidsavdeling, da det ikke finnes ledige plasser til dem. Dette fører igjen til at de hjemmeboende ikke får tilbud om korttidsplass fordi det ikke er plass.
Det må fokuseres mer på diagnostiering og riktig oppfølging av demente og deres pårørende.
Det er alltid mangel på personell. Det å gå underbemannet sliter ut de ansatte. Kommunen må ansette flere!
Det er ikke nok kapasitet bare fordi det i utgangspunktet er nok folk på jobb, når majoriteten av de ansatte ofte er ufaglærte vikarer, studenter som ikke studerer helse, eldre personell som er lei og mange med utenlandsk opprinnelse med dårlig språk. Det er en hel gjeng av ansatte uten egentlig interesse eller kunnskap!
Det bør være økt fokus på personsentrert omsorg for personer med demens.
Det må være nok bemanning slik at hjemmebesøk kan utføres med god kvalitet og behovet hos hver enkelt blir sett. Viktig med en god vurdering i hvilket omsorgsnivå personer med demens er i behov av til enhver tid.
Et generelt rop om hjelp. Det trengs flere hender og hoder på jobb. For å yte god helsehjelp og bruke tid på å følge opp hver enkelt person som får tjenester trenger vi flere som bryr seg om dem. Jeg opplever at de demente prioriteres lavere enn alle de andre som får tjenester av oss.
Få flere ansatte på jobb slik at det blir mindre press og stress på alle.
Få mer tid til oppgaver.
Flere på jobb slik at man får tid til å gjøre der man skal.
Flere arbeidere på jobb til å få tid til oppgaver både inne og ute. Få tid til gruppemøter og samarbeidsmøter
For å kunne gi et godt tilbud MÅ vi skape relasjoner med brukerne for å kunne gi de den trygghet de trenger for å kunne bo og trives hjemme. Relasjonsbygging krever TID sammen med brukerne. Om vi klarer å begrense antall forskjellige ansatte som kommer på besøk OG gi oss TID til å observere og skape trygghet så vil det kunne gi bedre dager for mange brukere. Sett opp budsjetter som gir rom for at det er nok ansatte på jobb til å kunne utføre jobbene som skal til for å "skape gode dager".
Før jeg tok ABC- demens måtte jeg tilegne meg kunnskap fra kollegaer og «learning by doing» metode hjemme hos brukeren. Tenker at alle hadde hatt godt av et kurs om hvordan man skal snakke med en pasient med demens. Det er ofte pasienten med demens som redder lista di, ved at du ikke får utført alt hos brukeren. Trist, men sant. Vi er gode på å løpe i tjenesten, kanskje burde vi bli bedre på å lytte.
Generelt får brukerne for liten tid.
Ivareta våre eldre, gi dem mer tid. Ansatt flere folk. Gjøre noe for at de ikke skal føle seg ensomme, som de fleste er. Disse eldre mennesker har jobbet nesten hele livet sitt for Norge og fortjener et verdig liv når de er eldre.
Jeg mener det er for få ansatte til å dekke den store eldrebølgen. Få avlastning og plasser generelt for pasienter med demensdiagnose.
Jeg tenker at dette område trenger større fokus, og omorganisering. Kanskje kommunen kunne hatt egen avdeling for personer med demens i Drammen på hver side av elva? Det handler om å kunne se de som er mest sårbare i vår samfunn, og ikke minst ivareta pårørende til personer med demens. Det er mange som har behov for støttekontakt (men det finnes få som har nok kunnskap om demens), men det er mange utfordringer som skal løses hjemme. Derfor er det viktig å ha folk med høy kompetanse. (avdelingsleder)
Helt klart ved å ha flere ansatte på jobb kan alt ivaretas på en bedre måte. Det er for lite ansatte på jobb. Det går utover pasienter og ansattes mulighet til å gjøre en god jobb!!! Jeg har ikke jobbet lenge i dette yrket, men synes det er helt forferdelig hvordan de ansatte har det med stress i denne jobben fordi det er for få ansatte på for mange pasienter!!
Kommunen har nedbemannet jevnlig over tid. Dette medfører at kommunens behov for økonomisk kontroll, skviser personalets bruk av god fagkompetanse ned til et minimum.
Kommunens kapasitet må forbedres betraktelig/ ellers går vi på en smell som først og fremst går utover de demente, men også de ansatte.

Mer ressurser. Det finnes ikke tid for hverken fagarbeidere eller oss pleiemedarbeidere. Mye fravær blant faste ansatte, samt liten fast dekning gjør at det blir stor bruk av vikarer. Vikarer sendes etter behov, og havner da ofte hos pasienter med demens mm. Det må være et mål å dekke opp listene med flere faste ansatte, slik at det blir mer kontinuitet for pleiere og ikke minst for alle brukerne. Konnerud har ekstremt pressede lister, noe som gjør det umulig å levere ønsket kvalitet!!
Med dårlig fagdekning, lite korttids- og langtidsplasser, overarbeidete fastleger og store tregheter i systemet er tilbudene dårlige og den faglige forsvarligheten veldig redusert. Det blir snakket om at hjemmetjenesten bare skal utøve forsvarlig helsehjelp. Hva med det psykiske og det å ha tid og kunnskap til å se og ta vare på hele menneske. Pasientrettighetsloven blir brutt daglig slik det drives i Drammen kommune nå.
Mer tid hos brukerne for å rekke å observere brukers behov for oppfølging på alle plan som er relevante i forhold til nødvendig helsehjelp.
Nok folk på jobb til enhver tid.
Riktig ressursbruk til riktig tjeneste. Det er behov for å sette tid til alle disse oppgavene med god oppfølging av pasienter i hjemme. Per nå er det bare brannslukking daglig. Utføring av tjenesten passer ikke med kravene i det hele tatt.
Skulle ønske pasienter med demens fikk mer tid. Jeg føler at mange av pasientene ikke får den tiden de har behov for, fordi man må rekke andre pasienten og man har det travelt.
Stopp omorganiseringene. Lytt til de som arbeider med pasientene. Det finnes mye god fagkompetanse i kommunen. Denne brukes best ved å gi tid/rom nok til å utføre den.
Større fokus på fag og mindre fokus på kostnader og budsjett. Min opplevelse er at faget forsvinner i presset fra virksomheten som for oss på gulvet "kun forholder seg til tall" og ikke hva den enkelte avdeling trenger av støtte og ressurser. Det er også stort behov for kompetanseheving innad i de ulike avdelingene.
Ønsker at vi følger Demensplan 2025. Personer med demens nå i Drammen blir ofte generalisert innenfor tjenestene og det er ikke noe fokus på personsentrert tilnærming.
Trenger mere folk i arbeid slik at alle aktiviteter som er planlagt kan gjennomføres. Mangler på folk til arbeid hindre oss i å levere god kvalitet i arbeid for de eldre. Dette gjelder spesielt de med demens.
Slutte å spare penger på de feil stedene.
Ved å gi bedre tid til personer med demens. Som det er nå, blir personer med demens plassert på arbeidslister som er fullpakkede. Da kan man ikke ta seg den ekstra tiden som personer med demens har behov for.
Økt bemanning på jobb eller legg til flere ansatte slik at de ansvarlig primær får mer tid til å følge opp primærkontakter oppgaver.
Økt bemanning. Da det i hverdagen påfaller svært mange oppgaver på helsefagarbeiderne. Samt et økt fokus i hverdagen. Om hvilke forventninger som ligger til hver arbeidstaker/gruppe. For å få en rettferdig fordeling. Noe som igjen kan medføre et økt nærvær på jobb.
Tidspress/ tidsmangel er årsaken at ansatte ikke får tid til å jobbe grundig/ sette seg bedre inn i eksisterende rutiner, samt gjennomgå nye rutiner/krav.
Trenger flere ansatte med faglig kompetanse og flere hender! Det er ikke forsvarlig som det er i dag. Vanskelig å få nok vikarer når ansatte melder seg syke. Da er det ikke rom for helhetlig omsorg.
Utfordring å rekruttere flere folk med fagkompetanse, spesielt sykepleiere. Hvorfor har så mange sykepleiere valgt å slutte i hjemmetjenesten?
Vi mangler fagfolk, sykepleier og hjelpepleier/helsefagarbeidere. Og har generelt over lang tid hatt alt for høy arbeidsbelastning.
Vi må prioritere personer med demens, bør ha høyere fokus på tjenesteutvikling innen dette området. Det er jo mange som ønsker å jobb hjemme i kjente omgivelser, og derfor bør han legge til rette med høy kompetanse og folk innen dette område.
Virksomhetsledere og avdelingsledere er styrt av økonomi. Noe som gjør at vi har for få hender og at arbeidsmengden for hver enkelt blir for stor. Det betyr at brukerne ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Arbeidsoppgaver blir satt på vent og tiden man gjerne vil ha brukt både inne og ute på brukerne blir for knapp. Man må stadig jobbe inn tid.

Virksomheten hjemmetjenester vil kunne ha stor nytte av å se på hvordan Helsefremmende tjenester 0-100 er organisert og hvor godt de fremmer utvikling og miljø for ansatte.

Avdelingslederne forklarer i intervju at det er jo lagt opp til at de ansatte i hjemmetjenesten skal være veldig produktive («løpe»). Det er en fagkoordinerende sykepleier som legger opp listene, og de ansatte kan henvende seg til fagkoordinerende slik at listene justeres uavhengig av vedtak fra tildelingskontoret. Det kan likevel være en utfordring for hjemmeboende med demens, som har behov for mer tid.

Kommunalsjefen opplyser at det er produktivitetsfokus i hjemmetjenesten. Det er slik tjenestene er bygd opp. Det gjelder ikke bare i Drammen, men også i andre kommuner (nasjonalt). Drammen har imidlertid en høyere behovsnøkkel (større behov) enn andre. For å illustrere forklarer kommunalsjefen at behovet er 98 prosent, mens kommunen har kun råd til 90 prosent. Drammen har også hatt stort fokus på dreining av tjenesten fra institusjonsbasert til hjemmebasert, og det gir stort press på tjenestene noe som kan påvirke kapasiteten. Det er et gap mellom behovet til brukerne og hjemmetjenestens evne til å ivareta dette. Drammen kommune har for eksempel betydelig færre årsverk per hjemmeboende enn Asker, som er en kommune det er naturlig å sammenligne seg med.

Kommunalsjefen opplyser videre at hjemmeboende personer i kommunen med demens ivaretas på den måte de skal (forsvarlig), men det er ikke rom for at vedtakene til hjemmeboende med demens skal være større enn vedtakene til andre grupper. Det er fokus på pleie, stell og mat. Det er ikke noe ekstra som kan tilføyes ved en demensdiagnose. Kommunalsjefen vurderer derfor å se på om gruppen hjemmeboende med demens kan skilles ut fra den rene hjemmetjenesten. Avdelinger med egne demenslister har for eksempel hatt lavere produktivitet for å kunne sikre mer trygghet for denne brukergruppen.

Kommunalsjefen forklarer også at hjemmetjenestene er en omfattende tjeneste, hvor det er mange diagnoser og behov som skal løses innenfor de tildelte rammene. Innbyggernes behov samsvarer imidlertid ikke alltid med de de tildelte rammene. Dette er derfor en vanskelig balansegang for avdelingslederne i hjemmetjenester.

I kommunens årsevaluering for 2022 kommer det fram at det samlede sykefraværet for hjemmetjenester og institusjon (P06) var 13, 3 prosent i 2022, mot et mål på 9,5 prosent. Sykefraværet økte betydelig i 2022 både i Drammen og nasjonalt. Det var også størst økning i korttidsfraværet. Kommunen igangsatte i 2022 et nærværsprosjekt («Alle til stede for arbeidsglede») med egen prosjektleder og egne verktøy («en bra dag på jobb») [194]

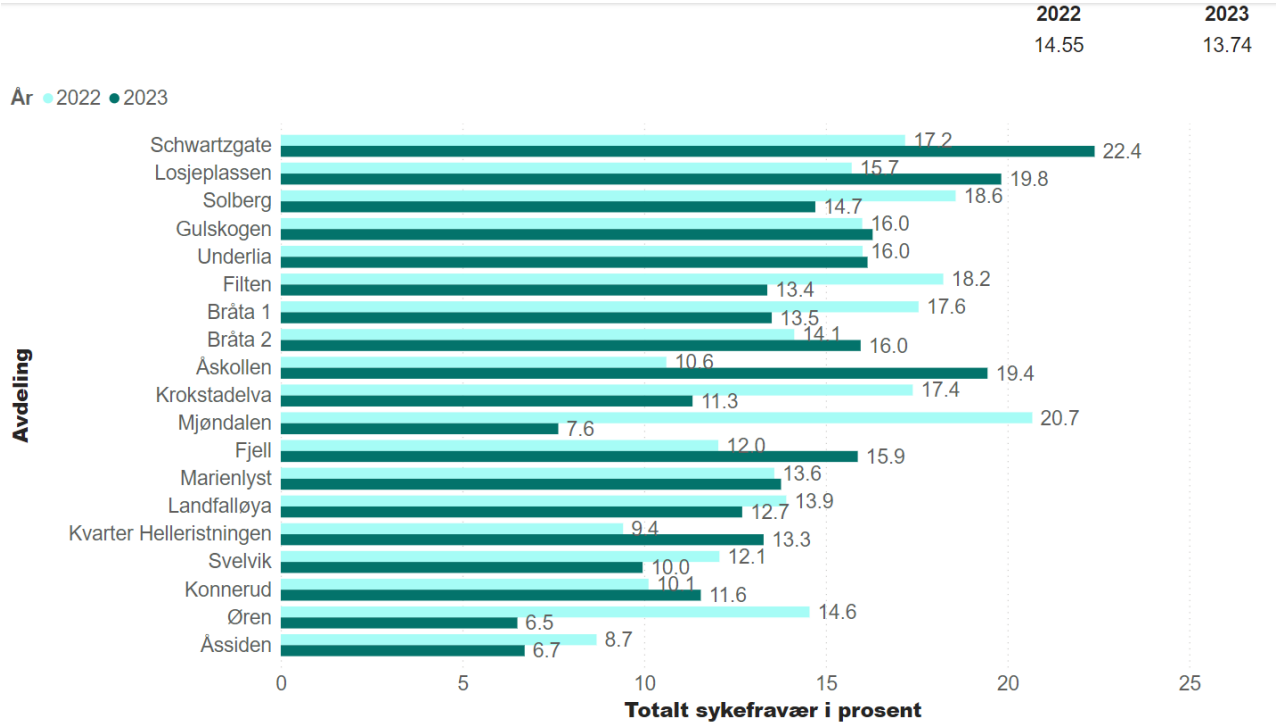
Tabell 28 Sykefravær hjemmetjenester og institusjon P06[195]

	2021	**2022**	**Måltall 2022**
Sykefravær	12,2 %	13,3 %	9,5 %

[194] Drammen kommune (2023) Årsevaluering 2022
[195] Drammen kommune (2023) Årsevaluering 2022

Revisjonen har fått oversend oversikter over sykefravær per avdeling i 2022 og 2023 (fram til september). Figur 21 viser at det totale sykefraværet for hjemmetjenesteavdelingene var 15 prosent i 2022 og 14 prosent i 2023 (til og med september). Det er imidlertid stor variasjon i sykefravær mellom de ulike avdelingene. I 2023 (til og med september) hadde Schwartzgate, Losjeplassen og Åskollen høyest sykefravær, med henholdsvis 22, 20 og 19 prosent. Til sammenligning hadde Øren og Åssiden et sykefravær på 7 prosent. Dagsentrene har, med unntak for Gulskogen, Losjeplassen og dels Marienlyst, generelt et lavere sykefravær enn hjemmetjenesteavdelingene.

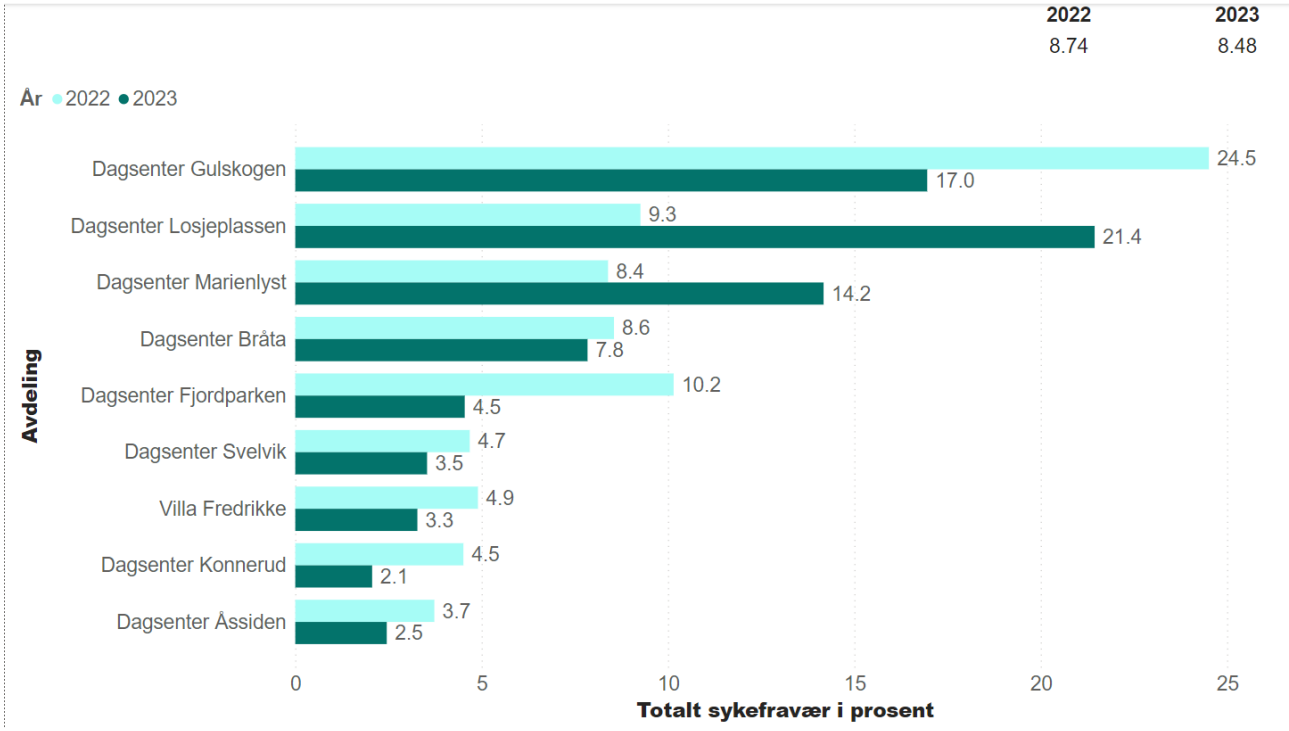
Figur 21 Sykefravær totalt ved hjemmetjenestene i prosent per avdeling i 2022 og 2023 (til og med september)



Tabell 29 Statistikk sykefravær

Beregning	2022	2023
Min.	8.69 (Åssiden)	6.51 (Øren)
Median	14.55	13.51
Gjennomsnitt	14.55	13.74
Maks	20.68 (Mjøndalen)	22.4 (Schwartzgate)

Figur 22 Sykefravær totalt ved dagsentrene i prosent per avdeling i 2022 og 2023 (til og med september)



I spørreundersøkelsen til ansatte er over halvparten (57 prosent) enig i at avdelingen har utfordringer med høyt sykefravær. Om lag en av fem ansatte (20 prosent) er uenig i påstanden jf. tabell 26.

Hukommelsesteamet opplyser i intervju at en mulig forklaring på variasjon i sykefravær mellom virksomhetene i 2022 kan være knyttet til at tidligere Nedre Eiker kommune (nå Solberg, Krokstadelva og Mjøndalen under virksomhet Nord som alle hadde et høyt sykefravær i 2022), opplevde å ha en større kapasitet i tjenestene før kommunesammenslåingen. De som jobber der har opplevd kommunesammenslåingen som særlig opprivende, blant annet på grunn av kutt, omorganiseringer og ved at terskelen for å få sykehjemsplass eller korttidsopphold har blitt høyere. Det er nå færre akuttplasser tilgjengelig på grunn av ulike innsparingstiltak. Dette kan ha ført til økt slitasje blant de ansatte og økt sykefravær. Personer med demens er en utfordrende gruppe å hjelpe og kan være tungt å stå i for ansatte som må representere kommunen alene. Dersom ansatte føler at de ikke får gjort en god jobb over tid kan det tære på helsen og føre til at ansatte blir sykemeldt.

Kommunalsjef opplyser imidlertid at det har vært en større gjennomgang av sykefraværet for ca. 1 ½ år siden, og gjennomgangen viste at de som hadde høyest produktivitet også hadde lavest sykefravær. Det er derfor ikke nødvendigvis høy produktivitet/arbeidsmengde som fører til høyt sykefravær. Kommunalsjef forklarer at ledelse og god struktur er nøkkelen til å håndtere avdelingen og er helt grunnleggende for å få en positiv utvikling i sykefraværet. Ved utskiftning av ledere som ikke har fungert godt er det skjedd endringer fra og med byttedato, hvor avdelingen har gått fra «kaos» til struktur og orden. Virksomhetsleder nord opplyser imidlertid at det i noen avdelinger kan være sammenheng mellom høyt arbeidspress/produksjon og sykefravær, mens andre steder er det ikke slik.

Ifølge kommunens årsevaluering for 2021 hadde hjemmetjenester og institusjon (P06) samlet sett en turnover på 9 prosent i 2020 og på 13 prosent i 2021. [196] I 2022 hadde området en turnover på 13,9 prosent.[197] I spørreundersøkelsen til ansatte er i underkant av en av tre (29 prosent) enig i at avdelingen har utfordringer med høy turnover. En av fem ansatte er uenig i påstanden (20 prosent).

Kommunen har også et pågående arbeid med heltidskultur. Tabell 30 viser at gjennomsnittlig stillingsstørrelse for hjemmetjenester og institusjon har økt fra 67 prosent i august 2020 til 79 prosent i desember 2022 i perioden august 2020 – desember 2022. I samme periode har heltidsandelen økt fra 39 prosent til 49 prosent. [198]

Tabell 30 Gjennomsnittlig stillingsstørrelse og heltidsandel for hjemmetjenester og institusjon i perioden august 2020 – desember 2022[199]

	August 2020	April 2021	April 2022	Desember 2022
Gjennomsnittlig stillingsstørrelse	67,4 %	71,1 %	72,8 %	79,4 %
Heltidsandel	38,9 %	44,0 %	44,0 %	48,9 %

I spørreundersøkelsen til ansatte svarte 44 prosent at de jobbet heltid (100 prosent). Videre jobbet om lag en av fem (21 prosent) deltid over 50 prosent, mens i overkant av en av ti (12 prosent) jobbet deltid under 50 prosent. I overkant av en av fem (22 prosent) er tilkallingsvakt/vikar eller annet.

[196] Drammen kommune (2021) Årsevaluering 2021
[197] Drammen kommune (2023) Årsevaluering 2022
[198] Drammen kommune (2023) Årsevaluering 2022
[199] Drammen kommune (2023) Årsevaluering 2022

4.7.2. Kompetanse

I spørreundersøkelsen til ansatte har vi blant annet kartlagt om ansatte som leverer tjenester til hjemmeboende med demens opplever at de får nødvendig opplæring. I underkant av hver tredje ansatt (29 prosent) svarer i liten grad på spørsmålet, mens 36 prosent svarer i noen grad. Et mindretall av de ansatte (17 prosent) svarer i stor eller svært stor grad. Avdelingsledernes svar skiller seg i liten grad fra de øvrige ansattes svar på dette spørsmålet. Tabell 31 viser imidlertid at det er variasjon mellom avdelingene. På Filten svarer halvparten (50 prosent) av de ansatte at de ansatte i stor grad får nødvendig opplæring. Til sammenligning svarer ingen ansatte dette ved blant annet Fjell, Konnerud, Landfalløya og Losjeplassen.

Tabell 31 I hvilken grad får alle ansatte som leverer tjenester til hjemmeboende med demens nødvendig opplæring på området?

Avdeling/analyseenhet	Andel liten eller svært liten grad	Andel noen grad	Andel stor eller svært stor grad	Andel vet ikke/ikke relevant	Antall svar
Filten	0.10	0.2	0.50	0.2	10
Solberg	0.38	0.12	0.38	0.12	8
Schwartzgate bofellesskap	0.22	0.22	0.33	0.22	9
Underlia	0.38	0.25	0.25	0.12	8
Avdelingsledere	0.15	0.46	0.23	0.15	13
Bråta bolig 1 og 2	0.05	0.68	0.23	0.05	22
Øren	0.11	0.67	0.22	0	9
Krokstadelva	0.50	0.21	0.21	0.07	14
Strømsø	0.36	0.29	0.21	0.14	14
Åssiden	0.09	0.55	0.18	0.18	11
Svelvik	0.35	0.24	0.18	0.24	17
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0.35	0.47	0.18	0	17
Dagsenter	0.17	0.17	0.17	0.5	12
Gulskogen	0.50	0	0.17	0.33	6
Mjøndalen	0.23	0.54	0.15	0.08	13
Annet	0.06	0.22	0.06	0.67	18
Bråta bolig nr. 20	0.20	0.8	0	0	5
Fjell	0.14	0.43	0	0.43	7
Konnerud	0.44	0.56	0	0	9
Landfalløya	0.30	0.40	0	0.3	10
Losjeplassen	0.64	0.36	0	0	11
Nattjeneste	0.77	0.08	0	0.15	13
Samlet	**0.29**	**0.36**	**0.17**	**0.18**	**256**

Videre er nær halvparten av de ansatte (47 prosent) helt eller delvis uenig i en påstand om at det er tilstrekkelig med kompetanse tilgjengelig på alle vakter. I overkant av en av tre (34 prosent) er enig i påstanden, mens en av ti (9 prosent) svarer «verken eller» eller ingen oppfatning (10 prosent).

Det er også et mindretall (36 prosent) som er enig i at kommunen har tilstrekkelig med kompetanse til å løse oppgavene med god kvalitet. I underkant av en av tre ansatte er uenig i påstanden (29 prosent), mens i underkant av en av fem (18 prosent) svarer «verken eller», eller ingen oppfatning (17 prosent).

På spørsmål om nyansatte får den opplæringen de trenger for å kunne mestre arbeidsoppgavene sine svarer 45 prosent i stor eller svært stor grad, mens 33 prosent svarer i liten eller svært liten grad. I overkant av en av ti svare «verken eller» (11 prosent), eller ingen oppfatning (11 prosent). Til sammenligning svarer en lavere andel at vikarer får den opplæringen de trenger. Samlet svarer 41 prosent i stor grad, mens 37 prosent svarer i liten eller svært liten grad. Andelen som svarer «vet ikke» eller ingen oppfatning er henholdsvis 11 og 12 prosent.

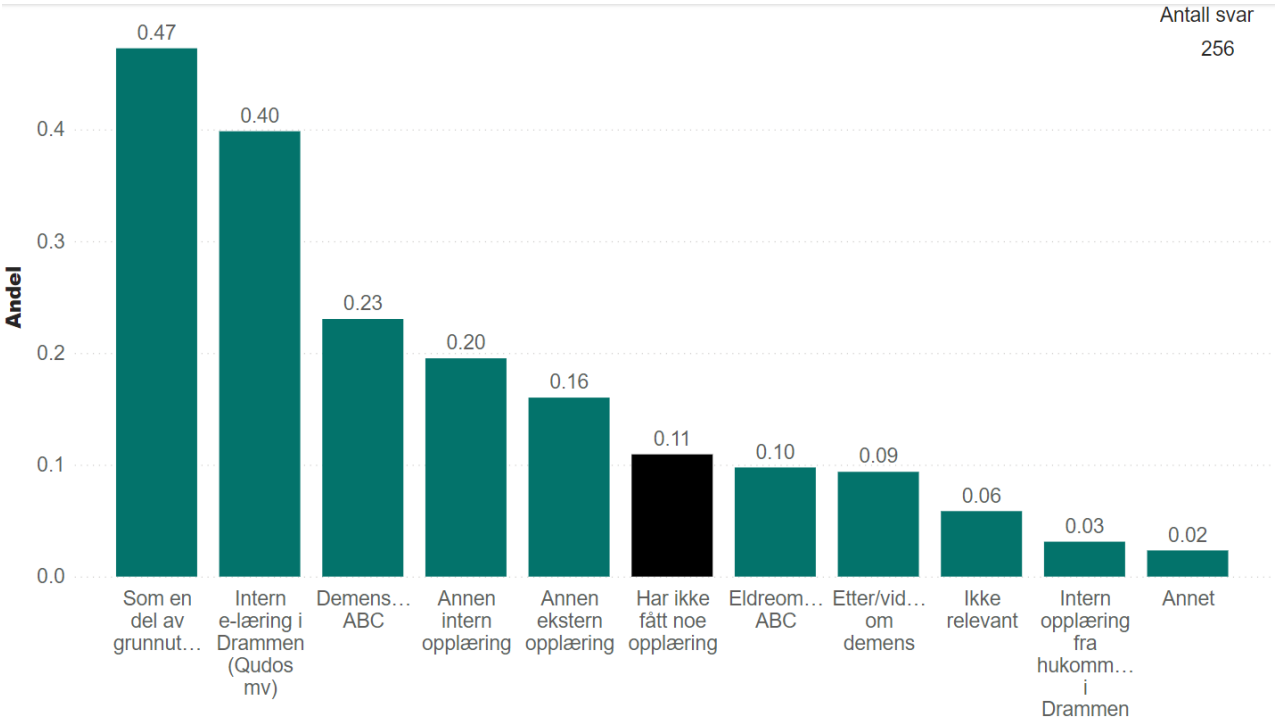
Revisjonen har videre kartlagt om de ansatte mener at kommunen har sørget for at alle ansatte som arbeider med hjemmeboende med demens har tilstrekkelig fagkompetanse på en rekke sentrale områder. Generelt er det en lav andel ansatte som erfarer at kommunen i stor eller svært stor grad har sørget for tilstrekkelig fagkompetanse på utvalgte områder. Områder hvor særlig få ansatte mener at kommunen i stor grad har sikret tilstrekkelig fagkompetanse er blant annet aldersmedisin (13 prosent), metoder for personsentrert omsorg (13 prosent) og kunnskap om demenssykdommer (14 prosent). Til sammenligning svarer en noe større andel at kommunen i stor grad har sørget for tilstrekkelig kompetanse om kartlegging av måltider og ernæring (31 prosent) og kommunens styringssystem/EQS (33 prosent).

Tabell 32 I hvilken grad har kommunen sørget for at alle ansatte som arbeider med hjemmeboende med demens har tilstrekkelig fagkompetanse på følgende områder (N = 256)

Område	Andel liten eller svært liten grad	Andel noen grad	Andel stor eller svært stor grad	Andel vet ikke/ikke relevant
Aldersmedisin	0.31	0.32	0.13	0.23
Metoder for personsentrert omsorg	0.27	0.35	0.13	0.25
Kunnskap om demenssykdommer	0.28	0.39	0.14	0.18
Forebygging og avdekking av vold og overgrep	0.38	0.25	0.15	0.23
Miljørettede og psykososiale tiltak (kognitiv trening og rehabilitering mv.)	0.35	0.30	0.16	0.19
Kartlegging av oral helse (tannhelse)	0.33	0.29	0.17	0.21
Bruk av kartleggingsverktøy for demens	0.31	0.31	0.19	0.2
Kunnskap om vanlige nevrologiske sykdommer og tilstander (hjerneslag, multippel sklerose, Parkinson mv.)	0.27	0.36	0.22	0.15
Kommunikasjon med personer med demens	0.26	0.36	0.24	0.14
Legemiddelbehandling for personer med demens	0.26	0.32	0.26	0.16
Lindrende behandling (palliasjon)	0.21	0.34	0.28	0.17
Kartlegging av måltider og ernæring	0.16	0.38	0.31	0.15
Kommunens styringssystem (EQS), inklusive skriftlige rutiner og prosedyrer og avviksmelding	0.12	0.38	0.33	0.18

Av de ansatte som har svart på spørreundersøkelsen er halvparten (128 av 256) helsefagarbeidere, mens i overkant av en av fem (23 prosent) er sykepleiere og i underkant av en av fem (19 prosent) pleiemedarbeidere. Om lag halvparten av de ansatte (47 prosent) svarer at de har mottatt opplæring om demens som en del av grunnutdanningen. Videre svarer 40 prosent at de har mottatt intern opplæring i Drammen og 23 prosent har tatt Demensomsorg ABC. Få ansatte (3 prosent) har fått intern opplæring fra hukommelsesteamet. 11 prosent av de ansatte har ikke fått noe opplæring om demens i det hele tatt. jf. figur 23.

Figur 23 Hvilken type opplæring har du mottatt om demens (flere svar mulig)



Av oversendt dokumentasjon framgår det blant annet at Drammen kommune i 2023 har startet nye grupper med ABC Aldring og omsorg og Demensomsorgens ABC. Gruppene er sammensatt av ansatte som jobber både i institusjon og i hjemmetjenesten. [200]

I spørreundersøkelsen hadde 54 ansatte kommentarer knyttet til kommunens kompetanse på området hjemmeboende med demens. Flere ansatte mener færre antall ansatte med kompetanse bør gi tjenester til hjemmeboende med demens. Mange savner også opplæring på området. Se vedlegg 7 for utvalgte kommentarer.

Hukommelsesteamet opplyser i intervju at det er en utfordring at det er stor variasjon i kompetansen blant de ansatte i kommunens ulike avdelinger. Det er blant annet stor variasjon når det gjelder kompetanse og personlig egnethet. Videre er det også et stort sprik i andelen fremmedspråklige som jobber i avdelingene. Hukommelsesteamet opplyser også at avdelingene som har egen demensliste skiller seg ut i positiv forstand, de klarer gjerne å følge opp hjemmeboende personer med demens på

[200] Drammen kommune (2023) ABC Aldring og omsorg gruppefordeling 2023

en bedre måte. På disse avdelingene er det egne team i avdelingene med spesialisert kompetanse og interesse for demens som følger opp de hjemmeboende. Personer med demens får også færre personer å forholde seg til. Denne organiseringen gjør det lettere å gi gode tjenester i tråd med behov, men det er likevel sårbart og ofte avhengig av enkeltpersoner. Teamet forklarer også at det er svært mange hjemmeboende med ulike grader av kognitiv svikt, hvorav mange ikke har en diagnose.

Avdelingslederne opplyser at kompetanse om demens er noe kommunen alltid kan jobbe med og bli bedre på. Hjemmetjenesten favner imidlertid veldig bredt, og de ansatte må derfor kunne mye om svært mange temaer. Ansatte klarer imidlertid ikke å ta all nødvendig opplæring på en gang og det er stadig behov for fornyelse av kurs. Det finnes imidlertid tilbud om kurs innen mange ulike områder, noe er felles for alle og noe velger de ansatte selv ut fra et eget ønske som blant annet egne ABC kurs om demens. Gjennom kompetansehjulet er det årlig søkelys på ulike områder med behov for kompetanseøkning.

Avdelingslederne opplyser også at er det mye søkelys på demens i ABC kursene, og kursene oppfattes som ganske bra. Kommunen kunne imidlertid vært bedre til å sende ut e-læringskurs til vikarer eller pleiemedarbeidere som ikke har grunnlag for å kunne mene noe om demens før de møter brukerne.

For å viser hvordan kommunen arbeider systematisk med kompetanseheving har kommunen sendt over et overordnet strategisk kompetanseårshjul som gjelder for hjemmetjenesten (P06). Her framkommer det blant annet at fokusområder for hjemmetjenesten i 2023 har vært digital kompetanse (januar), brukermedvirkning (februar), tjenestekvalitet og fagkompetanse i demens (mars) og dokumentasjon (april). [201]

I intervjuene kommer det imidlertid fram at det i stor grad er opp til hver enkelt avdeling hvordan det overordnede kompetansehjulet benyttes i praksis i de ulike hjemmetjenesteavdelingen. I intervju med avdelingslederne kommer det fram at kompetanseårshjulet gjennomgås i ledergruppen med virksomhetsleder, deretter må hver av avdelingslederne bringe dette ut i avdelingen og løfte opp temaene i egen avdeling. Deretter planlegges det med hvem som eventuelt skal delta på de ulike kursene. Det er imidlertid opp til hver avdelingsleder hvordan kompetanseårshjulet skal benyttes i avdelingen.

Avdelingsleder ved Mjøndalen forklarer eksempelvis at avdelingen forsøker å benytte kompetansehjulet aktivt. De tre avdelingene i tidligere Øvre Eiker kommune (Mjøndalen, Krokstadelva og Solberg), deler en felles fagutviklingssykepleier som holder tråden i dette og organiserer undervisning mm. En annen avdeling bruker også kompetansehjulet, men forklarer at avdelingen kan bli flinkere til å gi nødvendig undervisning oftere. Denne avdelingen har ingen egen fagutviklingssykepleier, men det er noe som savnes.

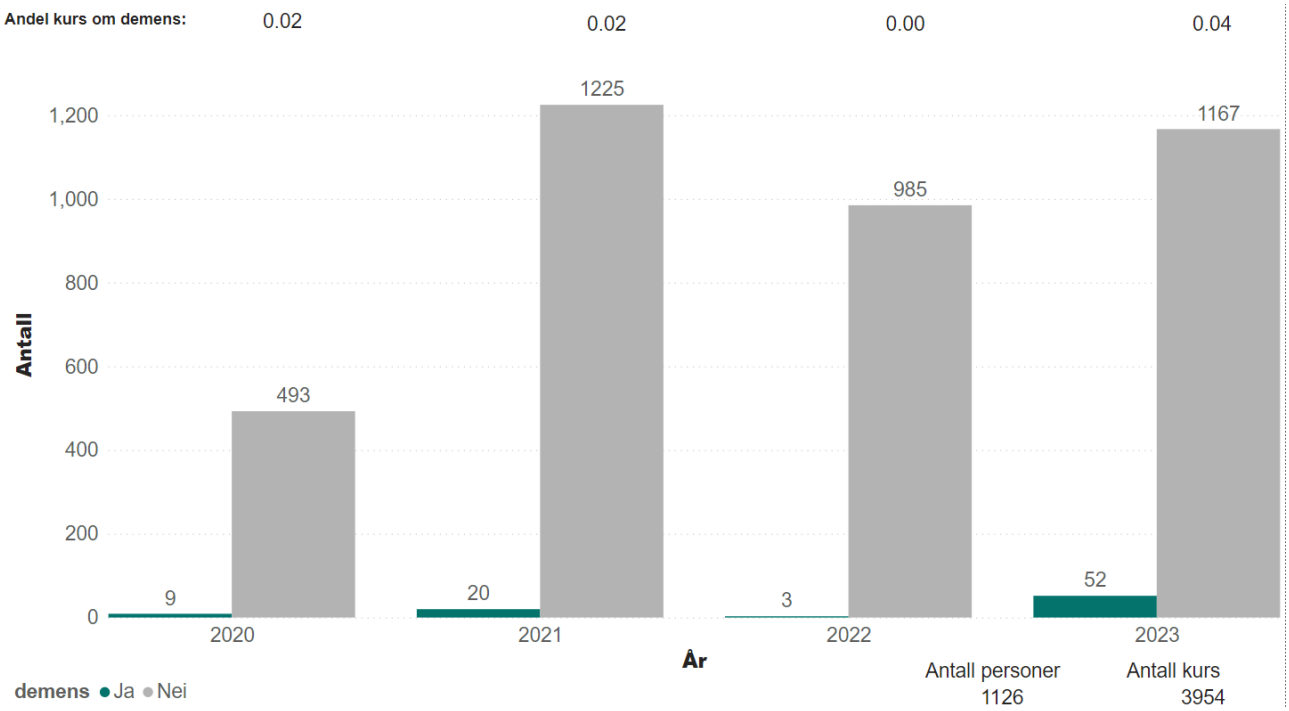
Hukommelsesteamet oppgir i intervju at kompetansehjul kan være nyttige virkemidler, men teamet forklarer at kompetansehjulene i liten grad benyttes i praksis i flere av hjemmetjenesteavdelingene. Kompetansehjul er et fint virkemiddel, men det er vanskelig å gjennomføre i praksis. For å fungere må det være godt forankret i ledelsen og det må følges opp tett av leder. Hukommelsesteamet forklarer

[201] Drammen kommune (2023) Overordnet strategisk kompetanse årshjul i tråd med gjeldende lovverk og strategier for P06.

også at kommunen ikke har gjennomført noen kompetansekartlegging, og at kommunen ikke har noen samlet oversikt over kompetansebehovet. Hukommelsesteamet forklarer også at det i liten grad benyttes virksomhetsplaner/avdelingsplaner innenfor hjemmetjenesten. Teamet vet ikke om noen av avdelingene har egne virksomhetsplaner, men det har ikke kommet noen forventinger om dette fra ledelsen. Teamet mener det er viktig med gode planer, men for at planer skal iverksettes er det helt nødvendig med god lederforankring. Avdelingene har imidlertid fokus på å klare å levere tjenester i tråd med vedtak, men demente/temaet demens blir ofte ikke prioritert.

Revisjonen har videre mottatt en oversikt over gjennomførte kurs for ansatte som jobber i hjemmetjenesten. Figur 24 viser at det i perioden 2020 til høsten 2023 ble registrert til sammen 3954 kurs fordelt på 1126 ansatte. Figuren viser også at det kun er en liten andel av kursene som er registrert på ansatte i kommunen som omhandler demens. Det er imidlertid er økning i 2023, sammenlignet med tidligere år.

Figur 24 Oversikt over registrerte kurs i perioden 2020 – 2023 (september)



Tabell 33 gir en oversikt over kursene, hvor det framgår av enten navnet på kurset eller kursbeskrivelsen at kurset omhandler demens. Se vedlegg 4 for en oversikt over samtlige registrerte kurs fordelt på årstall. Flere av kursene som er merket med «Diverse kurs» i tabellen gjelder kurs om Kognitiv svikt og demens som er gjennomført i e-læringsportalen Qudos. Videre framgår det at kurset for sommervikarer omhandler akutte hendelser, ernæring, implementering, tann og munnhelse, forflytning og hverdagsmestring i tillegg til demens og kognitiv svikt.

Tabell 33 Registrerte kurs om demens

Kurs	2020	2021	2022	2023	Total
Kognitiv svikt og demens	0	9	2	16	27
Kurs for sommervikarer	0	0	0	16	16
Demensomsorgens ABC	3	2	1	9	15
Diverse kurs	6	9	0	2	17
Nyansattkurs	0	0	0	8	8
Videreutdanning i demens	0	0	0	1	1
Total	9	20	3	52	84

Kommunen har også sendt over en presentasjon som benyttes til å holde vikarkurs i hjemmetjenesten Presentasjonen inneholder blant annet flere sider som omhandler demens. [202].

Tabell 34 viser andel registrerte kurs om demens per avdeling for hele perioden 2020 – 2023. Tabellen viser at Kvarter Helleristningen er hjemmetjenesteavdelingen med høyst andel registrerte kurs om demens. Videre viser tabellen at en rekke hjemmetjenesteavdelinger ikke har registrert noen kurs som gjelder demens. Dette gjelder Losjeplassen, Strømsø, Åskollen og Svelvik, og Øren.

Tabell 34 Antall registrerte kurs i Drammen kommune (2020 - 2023)

Avdeling	Totalt antall registrerte kurs	Andel kurs om demens
Dagsenter Konnerud	10	0.10
Hjemmetj. Kvarter Helleristningen	22	0.09
Hjemmetj. Konnerud	114	0.06
Hjemmetj. Solberg	213	0.06
Hjemmehj. Mjøndalen og Krogstadelva	18	0.06
Dagsenter Marienlyst	40	0.05
Hjemmetj. Krogstadelva	150	0.05
Dagsenter Fjordparken	28	0.04
Hjemmetj. Svelvik	30	0.03
Hjemmetj. Filten	158	0.03
Hjemmetj. Mjøndalen	158	0.03
Hjemmehj. Åssiden og Solberg	34	0.03
Ressursenhet Sør	172	0.03
Hjemmetj. Bråta	140	0.03
Sykepleiertjenester	39	0.03
Hjemmetj. Landfalløya	157	0.03
Hjemmetj. Gulskogen	226	0.02
Hjemmetj. Åskollen	99	0.02
Hjemmetj. Marienlyst	276	0.02

[202] Drammen kommune (2023) Vikarkurs for ansatte i hjemmetjenesten- demens og kognitiv svikt

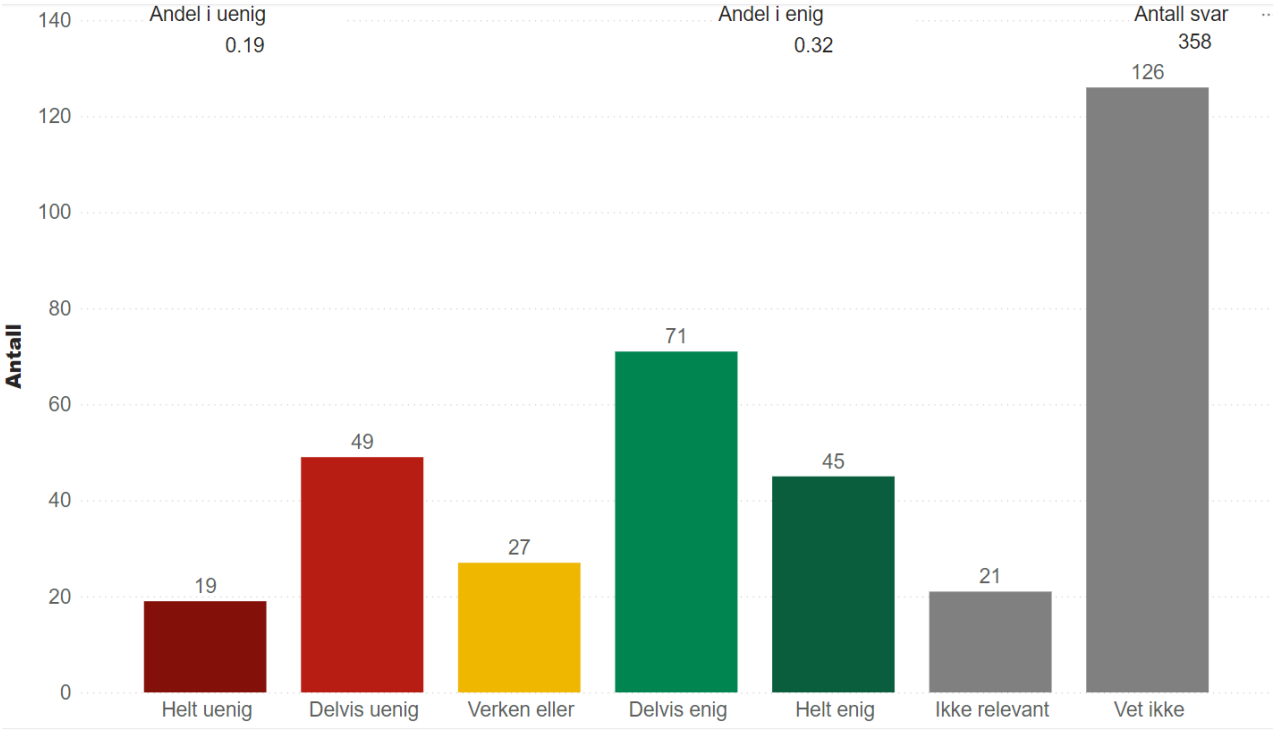
Hjemmetj. Schwartzgate	138	0.01
Hjemmetj. Underlia	187	0.01
Hjemmetj. Fjell	105	0.01
Hjemmetj. Åssiden	420	0.01
Bråta helse og aktivitetssenter	351	0.01
Hjemmetj. Losjeplassen	120	0.01
Dagsenter Bråta	4	0.00
Dagsenter Gulskogen	9	0.00
Dagsenter Losjeplassen	13	0.00
Dagsenter Svelvik	2	0.00
Dagsenter Åssiden	6	0.00
Fagteam	3	0.00
Hjemmehj. Konnerud	7	0.00
Hjemmehj. Losjeplassen	3	0.00
Hjemmehj. Strømsø	13	0.00
Hjemmehj. Åskollen og Svelvik	1	0.00
Hjemmehj. Øren	8	0.00
Hjemmetj. Øren	104	0.00
Kafe Helleristningen	1	0.00
Kortid Svelvik	85	0.00
Natt Bråta	50	0.00
Natt Svelvik sykehjem	43	0.00
Nattjenesten	197	0.00

I Helsedirektoratets kartlegging fra 2022 går det fram at 65 prosent av kommunene har sendt ansatte på Demensomsorg ABC eller Eldreomsorgens ABC i perioden fra 1. november 2021 til 1. oktober 2022. Denne opplæringen gjennomføres av Aldring og helse på oppdrag fra Helsedirektoratet. Videre svarte 59 prosent av kommunene at de ansatte hadde fått opplæring om tvungen helsehjelp for personer med demens, mens 35 prosent hadde gitt de ansatte opplæring i lindrende behandling. De fleste kommunene som gjennomførte opplæring om lindrende behandling, benyttet internundervisning. Det var også flere kommuner som hadde ansatte som tok relevant videreutdanning. [203]

I pårørendeundersøkelsen har vi blant annet kartlagt om de pårørende mener at de ansatte har tilstrekkelig med kompetanse om demens. Blant de pårørende til personer med demens/kognitiv svikt var om lag en av tre enig i at de ansatte har tilstrekkelig med kompetanse, mens i underkant en av fem (19 prosent) var uenig. I overkant av en tre pårørende (35 prosent) svarte imidlertid at de ikke vet, jf. figur 25.

[203] Helsedirektoratet (2023) Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022

Figur 25 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om kommunens tjenestetilbud? De ansatte har tilstrekkelig kompetanse om demens. (Kun pårørende til personer med demens/kognitiv svikt)



5. Tilrettelegging

I dette kapittelet vil revisjonen belyse ulike virkemidler som kan bidra til at tilbudet til hjemmeboende med demens tilrettelegges i henhold til behov, henholdsvis bruk av kompetansen til hukommelsesteamet, dagaktivitetstilbud og støttekontakt og bruk av velferdsteknologi.

5.1. Bruk av kompetansen til hukommelsesteamet

Drammen kommune informerer innbyggerne om hukommelsesteamet på hjemmesiden. Her framgår det blant annet at kommunens hukommelsesteam, består av sykepleiere og ergoterapeut. Teamet kan blant annet være demenskoordinator og bistå med kartlegging av symptomer, være kontakt etter demensdiagnose, oppfølging i sykdomsforløpet og være et lavterskeltilbud når hukommelsen svikter. [204]

Kommunen har ikke utarbeidet en egen rutine i EQS for hukommelsesteamet, men kommunen har sendt en rekke dokumenter og rutiner som gjelder for hukommelsesteamet. Kommunen har blant annet sendt over en skriftlig redegjørelse om interne rutiner. Her framkommer det at hukommelsesteamet har som rutine å sjekke demens-mail (demens@drammen.kommune.no) alle virkedager. Videre registreres alle henvendelser fra pårørende/brukere/saksbehandlere/andre på egen liste i teams. Hukommelsesteamet legger også inn oppfølgingsdato på alle som har tjeneste hvert år. Teamet har også som rutine å sende notatet til henviser, blant annet saksbehandler og fastleger. Videre har teamet som rutine å søke midler til pårørendeskole, samt holde pårørendeskole to ganger per år. Pårørende skal også få kontaktinformasjon til demenskoordinator. [205]

Ifølge kriterier for tjenesten som er oversendt er Hukommelsesteamets målgruppe hjemmeboende personer med mistanke om kognitiv svikt og eller påvist demenssykdom. Hukommelsesteamet skal imidlertid prioritere brukere i tidlig fase med informasjon, veiledning og forebyggende innsats. Ifølge kriteriene skal hukommelsesteamet avslutte tjenestene når pasienten får vedtak om bistand fra hjemmetjenesten eller når forebyggende helseteam er inne. [206] I intervju kommer det imidlertid fram at sistnevnte ikke lenger er gjeldende, og at hukommelsesteamet nå kan følge brukerne gjennom hele sykdomsforløpet.

Kommunen har også oversendt en egen prioriteringsnøkkel for hukommelsesteamet. Her framgår det at personer uten kommunale tjenester med et sammensatt saksbilde og uavklart tjenestebehov har førsteprioritet.[207]

Ifølge oversendt mandat for Hukommelsesteamet skal teamet både arbeide med pasient- og brukerrettet arbeid på individ/gruppenivå og på systemnivå. På individ/gruppenivå skal hukommelsesteamet blant annet bidra og samordne slik at innbyggere med hukommelsessvikt får systematisk oppfølging ut ifra sine behov, støtte og veilede brukere, pårørende og ansatte, samt

[204] https://www.drammen.kommune.no/tjenester/helse-omsorg/demens/ (online 6.10.2023) Siden er sist endret 14.4.2023.
[205] Drammen kommune (2023) Interne rutiner til hukommelsesteamet. Beskrivelse til revisjonen
[206] Drammen kommune (2023) Kriterier for tjenesten hukommelsesteam
[207] Drammen kommune (2023) Prioriteringsnøkkel- hukommelsesteamet Drammen kommune

arrangere pårørendeskole. Hukommelsesteamet skal også bidra i demensutredning i samarbeid med fastlege, pårørende og annet helsepersonell. På systemnivå skal hukommelsesteamet blant annet undervise og veilede hjemmetjenesten, delta i demensnettverk og bidra i systematisk arbeid slik at personer med demens kan bo hjemme så lenge som mulig. [208]

I rollebeskrivelse for hukommelsesteam framgår det at demensveiledere skal bidra i kartlegging og tilrettelegging for personer med mistanke om kognitiv svikt og fungere som et bindeledd mellom personer med demens, deres pårørende og samarbeidende helsetjenester. Demensveilederne skal også bidra til å etablere et nettverk av ressurspersoner i hjemmetjenesteavdelingene, og bidra til at personer med demens mottar hensiktsmessige tjenester til rett tid. [209]

I oppstartsmøte høsten 2023 forklarer kommunalsjefen at hukommelsesteamet gir bistand til personer med demens, selv om det ikke nødvendigvis foreligger vedtak om tjenester. Teamet skal ha kontakt med alle etter behov, men minimum to ganger i året. Det er imidlertid ikke sikkert at kommunen er i kontakt med alle som har demens i kommunen. Hjemmebaserte tjenester omfatter både forebyggende arbeid mot personer som ikke har tjenester enda og vedtaksbaserte tjenester. Personer med vedtak har generelt kommet lenger i sykdomsforløpet enn personer som ikke mottar vedtaksbaserte tjenester enda.

Kommunen har også et eget forebyggende helseteam for seniorer. Se tekstboks 5 for mer informasjon om denne tjenesten.

Tekstboks 5 Forebyggende helseteam for seniorer

Tjenesten forebyggende helseteam for seniorer tilbyr hjemmebesøk til innbyggere uten kommunale tjenester det året de fyller 75 år, og fra 80 år. Tjenesten har også tilbud om ulike kurs for seniorinnbyggere fra 64 år. Målet er at den enkelte skal ivareta sin egen helse og ha et best mulig liv i eldre år.

Kommunen har utarbeidet egne rutiner for Forebyggende helseteam for seniorer. I rutinen framgår det at tilbudet gis til innbyggere over 80 år og er frivillig. Rutinen omfatter sykepleiere i forebyggende helseteam for seniorer. Ifølge rutinen skal det ved 80 år foretas en kartlegging etter samtaleguide, og det skal avtales hva innbygger ønsker av oppfølging videre. Videre har kommunen også en rutine for hjemmebesøk hos 80 åringer. Her framgår det blant annet at besøket er definert som helsehjelp og skal dokumenteres etter fastsatt mal i Gerica. Kommunen har også utviklet et eget kartleggingsskjema, som skal benyttes ved kartleggingen. Kartleggingsskjemaet omfatter blant annet fysisk og psykisk helse og ernæring, men ikke utredning ved mistanke om demens eksplisitt.

Revisjonen har kartlagt i hvilken grad de ansatte erfarer at de har et tilstrekkelig samarbeid med utvalgte aktører, blant annet hukommelsesteamet. Tabell 35 viser at det er en lav andel av de ansatte (15 prosent) som erfarer at de har et tilstrekkelig samarbeid med hukommelsesteamet. I underkant av en

[208] Drammen kommune (2023) Mandat hukommelsesteam Drammen kommune
[209] Drammen kommune (2023) Rollebeskrivelse for tverrfaglig hukommelsesteam, Drammen kommune

av fem ansatte (23 prosent) opplever at de i liten eller svært liten grad har et tilstrekkelig samarbeid med hukommelsesteamet, mens om lag like mange (24 prosent) svarer i noen grad. Til sammenligning svarer over halvparten (53 prosent) at de har et tilstrekkelig samarbeid med pårørende. Det er også en høyere andel som svarer at de har et tilstrekkelig samarbeid med dagsentrene (42 prosent), og fastlegene (39 prosent). Videre svarer i underkant av en av tre (28 prosent) at de har et tilstrekkelig samarbeid tildelingskontoret (TOK) og i overkant av en av fem (22 prosent) at de samarbeider godt med forebyggende helseteam. Andre aktører som de ansatte i mindre grad har tilstrekkelig samarbeid med er frivillig sektor (7 prosent) og spesialisthelsetjenesten (16 prosent).

Tabell 35 I hvilken grad har dere et tilstrekkelig samarbeid med følgende aktører i arbeidet med tjenester til hjemmeboende med demens? (N = 256)

Aktør	Andel i liten eller svært liten grad	Andel noen grad	Andel stor eller svært stor grad	Andel vet ikke/ikke relevant
Pårørende	0.07	0.25	0.53	0.15
Dagtilbud og aktivitetssentre	0.14	0.26	0.42	0.18
Fastlegene	0.13	0.26	0.39	0.22
Tjenestetildeling og koordinerende enhet (TOK)	0.17	0.18	0.28	0.37
Forebyggende helseteam	0.21	0.22	0.22	0.35
Andre faggrupper i kommunen	0.18	0.27	0.15	0.40
Hukommelsesteamet i kommunen	0.21	0.23	0.15	0.40
Spesialisthelsetjenesten	0.17	0.29	0.15	0.39
Frivillig sektor	0.34	0.18	0.07	0.40

Det er variasjon mellom avdelingene når det gjelder i hvilken grad de ansatte svarer at de har et tilstrekkelig samarbeid med hukommelsesteamet. Tabell 36 viser at de ansatte ved Øren (44 prosent) i størst grad mener at samarbeidet med hukommelsesteamet er tilstrekkelig. Til sammenligning mener ingen respondenter ved Gulskogen, Solberg og Svelvik at samarbeidet i stor eller svært stor grad er tilstrekkelig.

Tabell 36 I hvilken grad har dere et tilstrekkelig samarbeid med Hukommelsesteamet i arbeidet med tjenester til hjemmeboende med demens?

Avdeling/analyseenhet	Andel liten eller svært liten grad	Andel noen grad	Andel stor eller svært stor grad	Andel vet ikke/ikke relevant	Antall
Øren	0.22	0.11	0.44	0.22	9
Avdelingsledere	0.15	0.23	0.31	0.31	13
Dagsenter	0	0.25	0.25	0.5	12
Annet	0.17	0.06	0.22	0.56	18
Konnerud	0	0.22	0.22	0.56	9
Krokstadelva	0.14	0.36	0.21	0.29	14
Bråta bolig nr. 20	0.6	0	0.20	0.2	5
Filten	0.3	0.20	0.20	0.3	10
Landfalløya	0.1	0.20	0.20	0.5	10
Åssiden	0.09	0.36	0.18	0.36	11
Mjøndalen	0.23	0.31	0.15	0.31	13
Fjell	0.14	0.14	0.14	0.57	7
Strømsø	0.14	0.29	0.14	0.43	14
Underlia	0.12	0.50	0.12	0.25	8
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0.29	0.29	0.12	0.29	17
Schwartzgate bofellesskap	0.22	0.11	0.11	0.56	9
Losjeplassen	0.27	0.45	0.09	0.18	11
Nattjeneste	0.23	0.08	0.08	0.62	13
Bråta bolig 1 og 2	0.50	0.14	0.05	0.32	22
Gulskogen	0.17	0.17	0	0.67	6
Solberg	0.25	0.25	0	0.5	8
Svelvik	0.24	0.29	0	0.47	17
Samlet	**0.21**	**0.23**	**0.15**	**0.4**	**256**

I kommentarfelt til spørreundersøkelsen kommer det blant annet fram at ansatte mener at hukommelsesteamet må få bedre kapasitet, slik at de både får mer mulighet for mer testing og utredning i forbindelse med diagnostisering og veiledning av de ansatte i hjemmetjenesten. Når det gjelder utredning kommer det også fram at det er nødvendig med flere døgnplasser for observasjon, slik at brukere i større grad kan utredes og dermed få riktige tjenester i forhold til den enkeltes behov. Det kommer også fram at ansatte savner besøk og informasjon fra hukommelsesteamet.

I intervju forklarer hukommelsesteamet at de har et forbedringspotensial når det gjelder å bli mer synlige overfor hjemmetjenesteavdelingene, jf. tabell 11. Som følge av at teamet i 2023 ble flyttet fra tjenestetildeling og koordinerende enhet (TOK) til felles fagteam jobber teamet nå med en «ny plattform/grunnmur» for arbeidet. Det jobbes blant annet i denne forbindelse med organisering, kompetanse og nye former for samarbeid med hjemmetjenesten.

I intervju med avdelingslederne kommer det fram at erfaringene med hukommelsesteamet i kommunen er gode. Avdelingslederne erfarer at hjemmetjenester har gode rutiner for å utrede og kartlegge og er en god faglig hjelp for avdelingene. Avdelingslederne erfarer også at hukommelsesteamet samarbeider med fastlegene. Hukommelsesteamet oppleves som en ressurs for avdelingene og det er lav terskel for å ta kontakt. Når det gjelder mulige forbedringsområder er det ønskelig med en egen kontaktperson fra hukommelsesteamet i avdelingene. Det er også ønskelig at hukommelsesteamet i større grad er fysisk til stede ute i avdelingene.

Avdelingsleder ved tildelingskontoret forklarer at det er bra at kommunen har et hukommelsesteam med god kompetanse om demens, men at teamet kunne blitt brukt mer systematisk inn mot de ansatte for å øke kompetansen i avdelingene. Videre er det bra at hukommelsesteamet har pårørendeskole om demens. Dette er et tilbud som er satt godt i system og som på mange måter er foregangsmodell for andre typer diagnoser (kreft mv). Avdelingsleder syntes imidlertid at hukommelsesteamet bør gi mer gruppeveiledning til de pårørende. Frem til nå har det vært mye en til en veiledning med pårørende. Dette kan øke kapasiteten og er noe tildelingskontoret har utfordret dem på.

Kommunalsjefen forklarer i intervju at bakgrunnen for opprettelsen av fagteamet (inklusiv Hukommelsesteamet) var at det skal være enklere for hjemmetjenestene å koble på personer med tilstrekkelig med kompetanse. Kommunalsjef opplyser at det er viktig at alle ansatte får nødvendig opplæring og kompetanse – også hjemmehjelpene som yter praktisk bistand (rengjøring mv.) Det er gjerne hjemmehjelpene som er de første til å oppdage tegn til demens. Det kan for eksempel være at personen ikke ivaretar egen hygiene og at det ligger søppel i leiligheten. Hjemmehjelpene (praktisk bistand) er imidlertid en gruppe med ansatte som bør kobles tettere på. De er ikke utdannet helsepersonell og har ofte behov for økt kompetanse om demens.

Kommunalsjefen utdyper at hukommelsesteamet er reorganisert slik at de kan jobbe mer strømlinjet enn tidligere. Det er dermed frigjort kapasitet til å jobbe mer innbygger/brukernært. Teamet har også tilgang til mer tverrfaglig kompetanse enn tidligere. Hukommelsesteamet har også ansvar for pårørendeskoler, og er ofte de som er tidligst i kontakt med personer med demens.

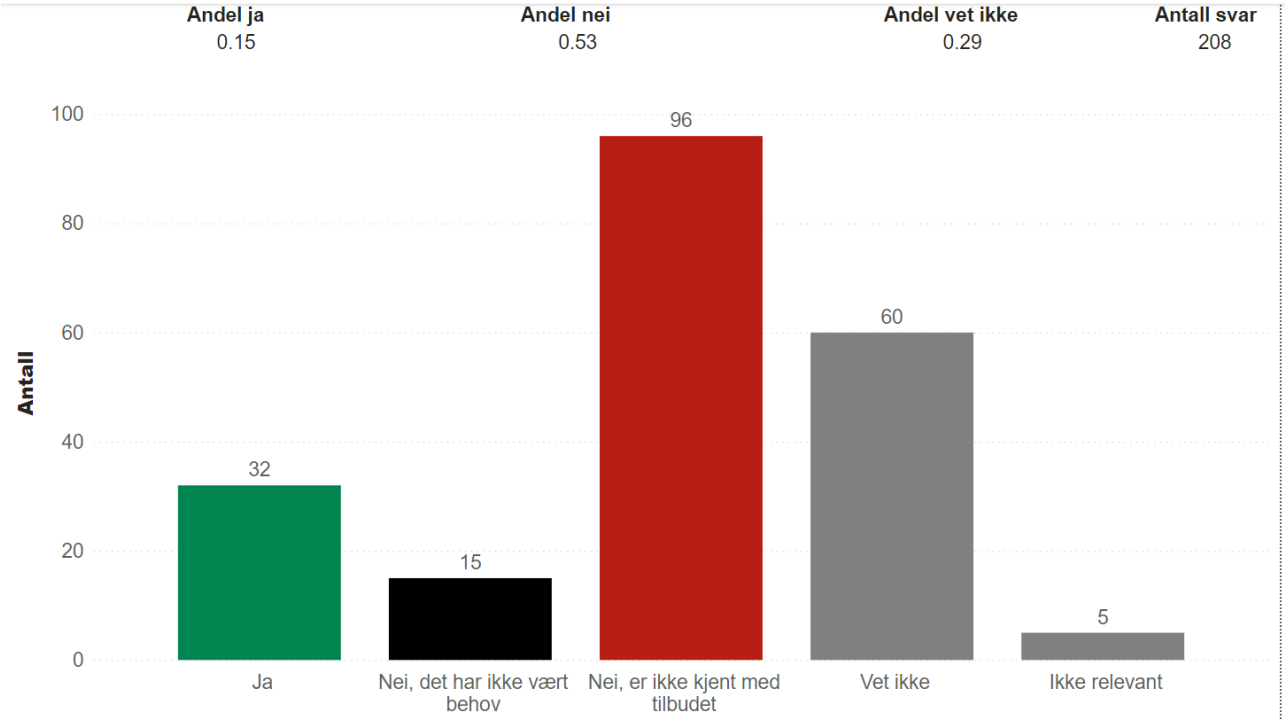
Kommunalsjefen forklarer videre at det er et forbedringspotensial å koble teamet enda tettere på hjemmetjenesten, samt tydeliggjøre hvordan oppfølgingen av avdelingene skal være. Teamet har tidligere vært en «tidliginstans», som har «overlevert» brukerne til hjemmetjenesten. Teamet kan i større grad involveres i hvordan tjenester til personer med demens utformes på overordnet nivå i avdelingene, med systematisk kompetanseoverføring. Hukommelsesteamet bør derfor kobles tettere på hjemmetjenesteavdelingene.

Kommunalsjef viser også til at hjemmetjenesten har tverrfaglige møter om enkeltpasientsaker, hvor ulike instanser møter avhengig av sakenes art. Hjemmetjenester og tildelingskontoret (TOK) er alltid representert, mens fagteamet/hukommelsesteamet bidrar ved behov. Det er en fastsatt struktur med ukentlige møter hvor saker meldes opp i forkant.

En av oppgavene til hukommelsesteamet er å være demenskoordinator for hjemmeboende brukere med demensdiagnose. I spørreundersøkelsen til pårørende kommer det fram at 15 prosent av de pårørende til personer med en demensdiagnose opplyser at de har en demenskoordinator. De fleste

pårørende (57 prosent) til personer med en demensdiagnose svarer imidlertid nei på spørsmålet. Mange (42 prosent) er ikke kjent med tilbudet.

Figur 26 Har den du er pårørende til en egen demenskoordinator? Kun pårørende til personer som har en demensdiagnose



På spørsmål om demenskoordinatoren har gitt tilstrekkelig med veiledning og støtte svarer 44 prosent av pårørende til personer med demenskoordinator i noen grad, mens 36 prosent svarer i stor grad. Videre er det 15 prosent som svarer i liten grad.

I Helsedirektoratets kartlegging fra 2022 kom det fram at nesten ni av ti kommuner (88 prosent) hadde et hukommelsesteam/demensteam i 2022. De fleste teamene hadde som oppgaver å kartlegge funksjonsnivå og hjelpebehov hos personer med demens, følge opp personer med demens, følge opp andre instanser i kommunen, utredningsarbeid og tilrettelegging av tekniske hjelpemidler. I tillegg veiledet og kartla de pårørendes belastning. Videre var det 68 prosent av teamene som hadde faste rutiner/prosedyrer for samarbeid med fastleger vedrørende diagnostisk utredning, og 55 prosent hadde etablert faste rutiner for samarbeid med fastleger om oppfølging etter diagnose. De fleste teamene (93 prosent) benyttet et anerkjent kartleggingsverktøy, basert på føringer i Nasjonal faglig retningslinje om demens. [210]

I Helsedirektoratets nasjonale kartlegging kommer det også fram at halvparten av kommunene oppga at de tilbyr fast kontaktperson til personer med demensdiagnose uavhengig av personens hjelpebehov. [211]

[210] Helsedirektoratet (2023) Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022
[211] Helsedirektoratet (2023) Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022, s. 4.

5.2. Dagaktivitetstilbud

Plikten til å tilby et dagaktivitetstilbud til personer med demens ble lovfestet i 2020.[212] Det er imidlertid en utfordring at enkelte kommuner har lav dekning for dagtilbud for personer med demens. Dette reduserer både mulighet til fortsatt å kunne bo hjemme og de pårørendes livskvalitet. [213]

Drammen kommune har opprettet dagsentertilbud som blant annet er tilgjengelig for hjemmeboende personer med demens i tillegg til andre brukergrupper med behov for aktivitet. Ifølge kommunens hjemmeside har kommunen følgende åtte dagsentere for hjemmeboende eldre, samt et lavterskel aktivitetshus for personer med demens i mild til moderat fase (Villa Fredrikke). jf tabell 37. [214]

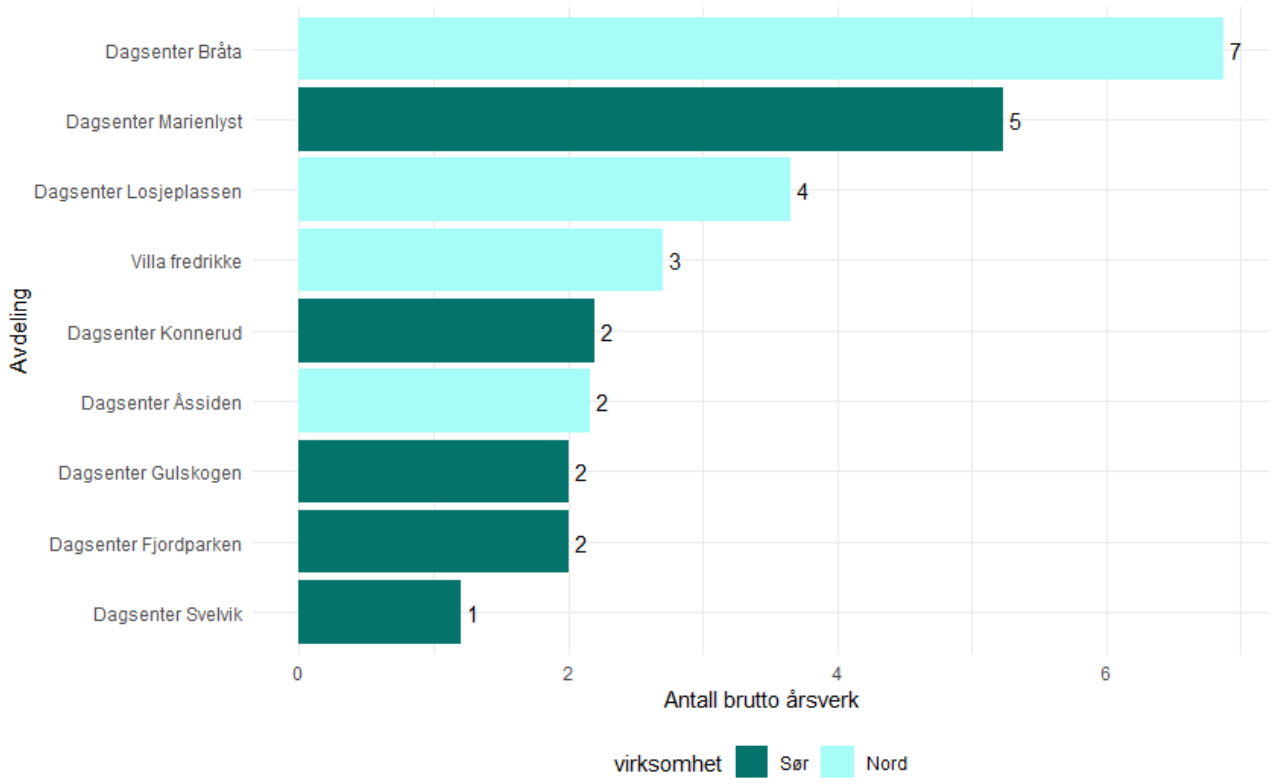
Tabell 37 Oversikt over kommunens dagsentere for hjemmeboende eldre

Navn	Type
Bråta dagsenter	Dagsenter for hjemmeboende eldre
Gulskogen dagsenter	Dagsenter for hjemmeboende eldre
Konnerud dagsenter	Dagsenter for hjemmeboende eldre
Svelvik dagsenter	Dagsenter for hjemmeboende eldre
Åskollen dagsenter, Fjordparken	Dagsenter for hjemmeboende eldre
Åssiden dagsenter	Dagsenter for hjemmeboende eldre
Losjeplassen dag- og kveldssenter	Dagsenter for hjemmeboende eldre
Marienlyst dag- og kveldssenter	Dagsenter for hjemmeboende eldre
Villa Fredrikke aktivitetshus	Lavterskel tilbud til personer med demens i mild til moderat fase og til pårørende i alle faser

Vi har, som nevnt, fått en oversikt over tilgjengelige årsverk fra kommunen. Figur 27 viser antall årsverk som er tilgjengelig på kommunens ulike dagsentere og aktivitetshus.

[212] Helsedirektoratet (2023) Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022, s. 5.
[213] NOU 2023: 4 Tid for handling, s 239.
[214] https://www.drammen.kommune.no/tjenester/helse-omsorg/demens/ (online 10.10.2023).

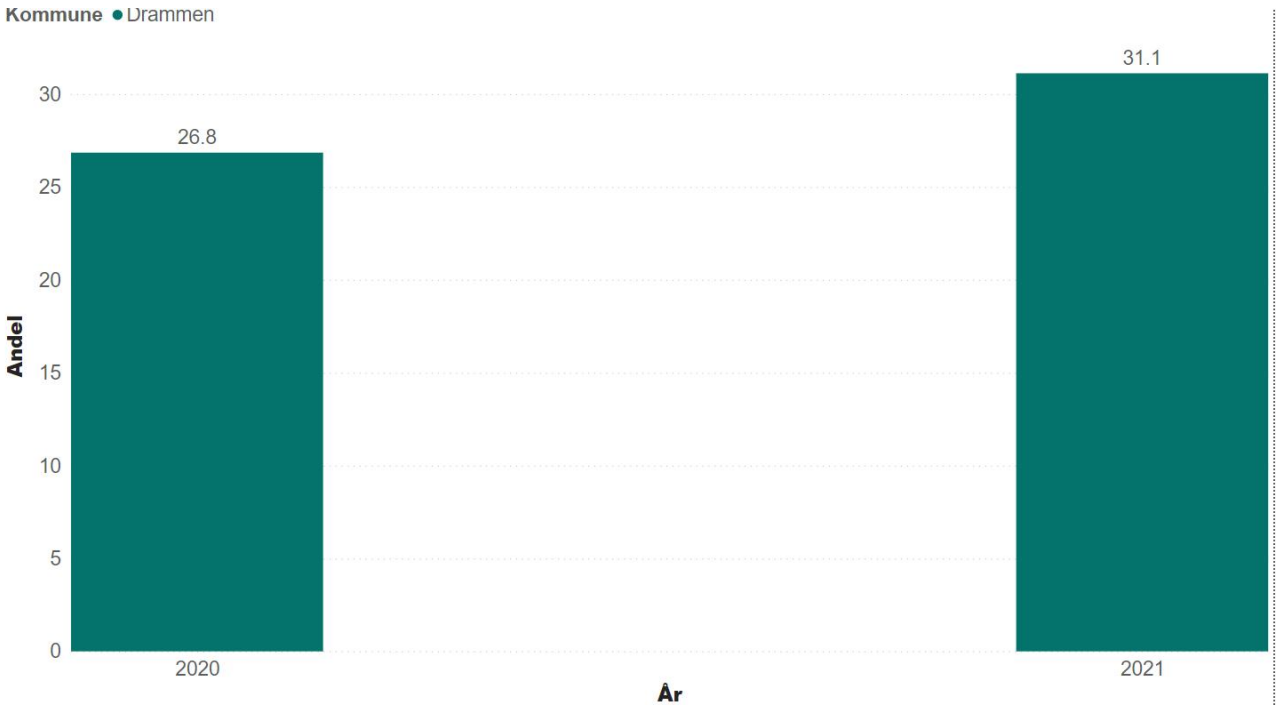
Figur 27 Antall årsverk som er tilgjengelig på kommunens aktivitets- og dagsentere mv.



Ifølge Helsedirektoratet var det registrert 392 hjemmeboende personer med demensdiagnose i Drammen kommune i 2021. Av disse var 31 prosent (122 personer) registrert med vedtak om dagaktivitetstilbud. Dette er på nivå med landsgjennomsnittet i 2021.[215] Figuren nedenfor viser at andel hjemmeboende personer registrert med demensdiagnose, som hadde et vedtak om dagaktivitetstilbud økte fra 27 prosent i 2021 til 31 prosent i 2021.[216]

[215] https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demens-og-kognitiv-svikt
[216] https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demens-og-kognitiv-svikt

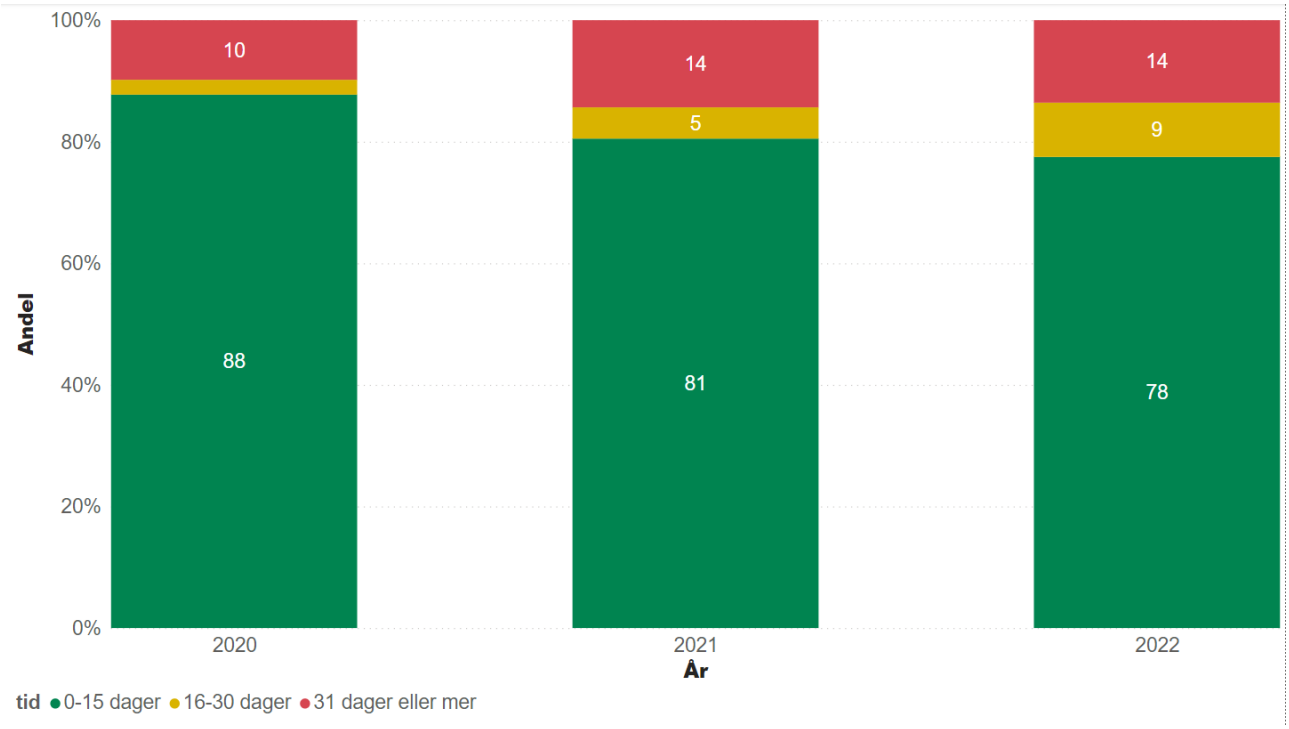
Figur 28 Andel hjemmeboende med demensdiagnose som har vedtak om et dagaktivitetstilbud (Helsedirektoratet/NKI)[217]



Helsedirektoratet publiserer også tall som viser ventetid på dagaktivitetstilbud i Drammen uavhengig av diagnose. Figur 29 viser at de fleste (78 prosent) hadde en ventetid på dagaktivitetstilbud på under 15 dager i 2022 ifølge tallene fra Helsedirektoratet. I underkant av en av ti (9 prosent) måtte vente mellom 16 og 30 dager i 2022, mens 14 prosent måtte vente mer enn 30 dager. Det er imidlertid en tendens at andelen som må vente, øker noe over tid i perioden 2020 til 2023. Statistikken gjelder henholdsvis 233 personer i 2020, 289 personer i 2021 og 297 personer i 2022 som har hatt vedtak om dagaktivitetstilbud i Drammen kommune.

[217] Tall for 2022 er foreløpig ikke tilgjengelig per 11. oktober 2023

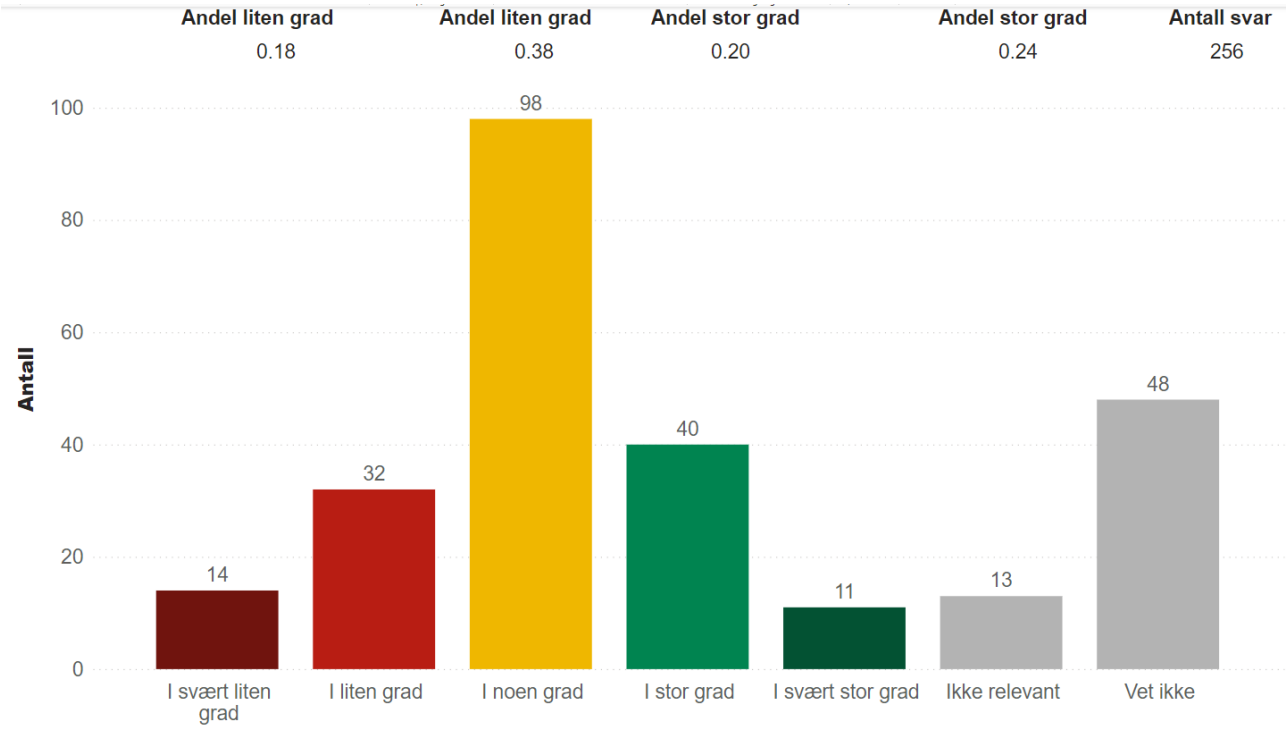
Figur 29 Iverksettelsestid for dagaktivitetstilbud i Drammen kommune (Helsedirektoratet)



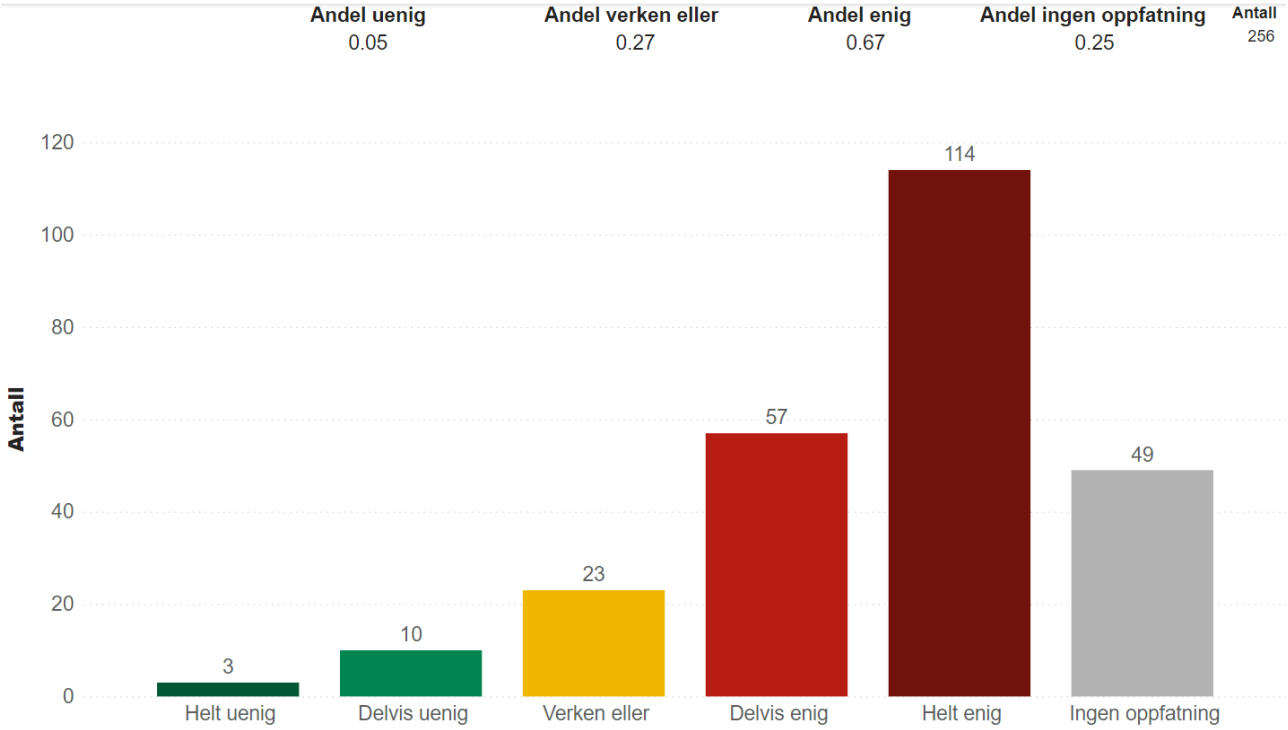
I spørreundersøkelsen svarer mange ansatte (39 prosent) at hjemmeboende med demens i noen grad mottar et hensiktsmessig dagaktivitetstilbud. Om lag en av fem ansatte (20 prosent) svarer i stor eller svært stor grad på spørsmålet, mens nesten like mange (18 prosent), svarer i liten eller svært liten grad, jf. figur 30. Videre er 67 prosent av de ansatte enig i at kommunen har for få plasser med dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens i forhold til behovet. Blant de som jobber i hjemmetjenesten er 70 prosent (130 av 189) enig i påstanden. De fleste som jobber i dagsentrene (10 av 12[218]) og alle som jobber i fagteam/hukommelsesteamet er også enig i påstanden.

[218] 2 av 12 ansatte i dagsentrene har ingen oppfatning.

Figur 30 I hvilken grad mottar alle hjemmeboende med demens med behov et hensiktsmessig dagaktivitetstilbud?



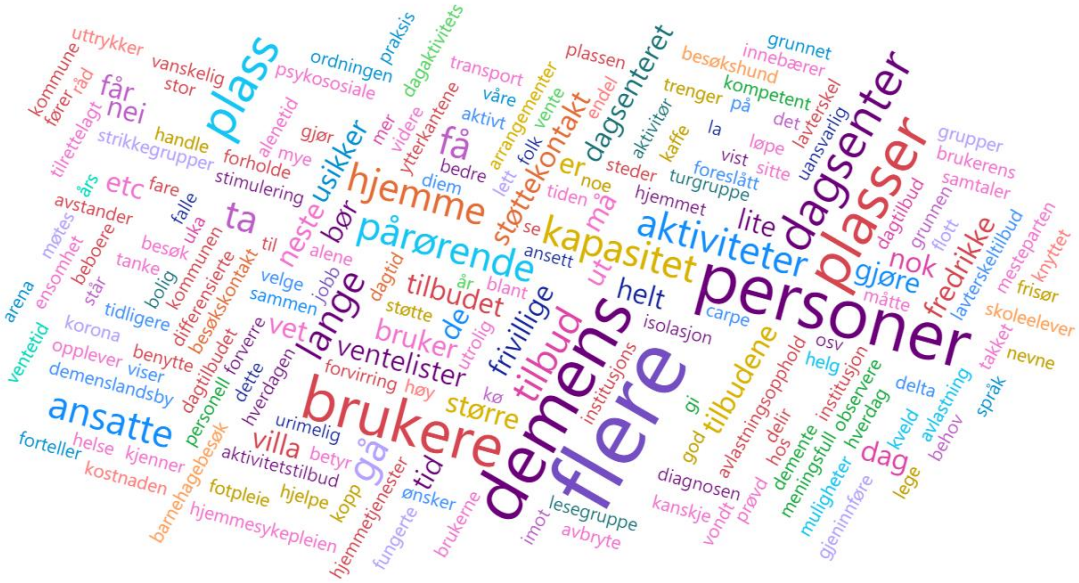
Figur 31 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med demens? Kommunen har for få plasser med dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens i forhold til behovet



På åpent spørsmål om hva som eventuelt kan bli bedre knyttet til kommunens dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens er det 27 ansatte som har lagt inn et svar, jf. ordskyen nedenfor. De ansatte forklarer blant annet at det er behov for flere lavterskeltilbud som Villa Fredrikke. Drammen er en stor kommune og lange avstander gjør det vanskelig for beboere i ytterkantene å benytte seg av tilbudet. I kommentarfelt kommer det fram at ansatte mener at det bør bli et bedre aktivitetstilbud for hjemmeboende med demens. Det er lange ventelister på aktiviteter som dagsenter osv. Mange demente er derfor isolert i hjemmet og det er generelt lite stimulering i hverdagen. Ansatte trekker også fram at mangel på aktivitet bidrar til å forverre demenssymtomene over tid.

Figur 32 Hva kan eventuelt bli bedre knyttet kommunens dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens (ordsky)

Antall svar
27



Nedenfor følger noen utvalgte svar fra de ansatte på spørsmål om hvordan dagaktivitetstilbudet kan bli bedre:

Eksempeloversikt 3 Utvalgte svar fra ansatte om dagaktivitetstilbud mv

Det bør bli et bedre aktivitetstilbud for personer med demens. Lange ventelister på aktiviteter som dagsenter osv. Isolasjon i hjemmet og lite stimulering i hverdagen har vist seg til å forverre demens diagnosen over tid.
Det bør være tilbud om dagtilbud mer enn 1 dag i uka. Det er ikke nok. Det er for få ansatte på dagsenteret. Personer står i kø eller får et nei. Grunnen til det er at det ikke er plass eller at de ikke har kapasitet til å ta imot flere brukere som har et behov for det.
Det er for lite plasser på dagsenter og over 1 års ventetid på å få plass.
Det er mange som ikke har god nok støtte fra pårørende som trenger noen som kan handle, ta en kopp kaffe eller hjelpe dem til lege, frisør og fotpleie for å nevne noe.
Det er et stort behov for flere lavterskel tilbud til personer med demens. Lavterskel til de over 80 år i mild til moderat fase. Pårørende trenger mer avlastning når innbygger er hjemme. Mange rapporterer at personer er for dårlige på dagsenteret.

Oppbevaring istedenfor aktivisering. Alle som får diagnosen demens burde fått tilbud om kognitiv stimuleringsterapi (2 x i uken i 7 uker gir bedret hukommelse). Og vet dere hva? Effekten varer også 1. år senere) (ansatt på dagsenter)
Det er for lite tilbud om både støttekontakter og tilbud på dagsenter. Det bor unge voksne med psykiske diagnoser sammen med demente. Beboersammensetningen er feil. Der er for lite personale på jobb i forhold til å utøve miljøtiltak. Det bor mennesker i boligen uten demensdiagnoser og med psykiatri diagnose. De ansatte blir utslitt av å måtte betjene sykehjemspasienter sammen med utagerende pasienter og man får ikke ekstra bemanning, Kommunen er ikke åpen for dialog når det kommer til flytting av utagerende beboere.
Demensplan 2025. Personer med demens har krav på en plass på dagsenter/ aktivitetssenter i kommunen. Per nå er det kun aktivitetshuset Villa Fredrikke i kommunen som har et tilbud til personer med demens i mild fase. (ansatt på dagsenter)
Dette er foreslått tidligere. Flere lavterskeltilbud hvor personer med demens aktivt kan velge hvilke aktiviteter de ønsker å delta på. Viser til aktiviteter på Villa Fredrikke og Carpe Diem demenslandsby
Flere arrangementer og større kapasitet på de tilbudene som er.
Flere differensierte plasser for personer med demens, og se på dagtilbudet til brukere som også har avlastningsopphold i institusjon, som har 3 steder å forholde seg til, hjemme med hjemmetjenester, dagsenter og institusjonsplassen. Det fører til større fare for forvirring og delirium hos brukere.
Flere lavterskel tilbud, som Villa Fredrikke. Stor kommune og lange avstander gjør at det er et tilbud som det er vanskelig for beboere i ytterkantene av kommunen å kunne benytte seg av.
Flere plasser på dagsenteret det er lange ventelister. Aktivitør i bolig, Turgruppe, Lesegruppe
Flere plasser slik at kompetent personell kan observere og gi demente en meningsfull hverdag.
Flere plasser, flere muligheter til plass på kveld/helg for avlastning av pårørende
For våre beboere ønsker vi mer aktivitet. Kanskje at noen kommer frivillig for å snakke med dem eller gjøre noen aktiviteter.
For få brukere/pårørende kjenner til hva tilbudene innebærer, og hvor tilrettelagt med tanke på transport etc. det er. Opplever at mange kanskje har takket nei, siden de ikke helt vet hva det er eller har prøvd det ut, og de bruker mesteparten av tiden sin helt alene hjemme, og uten at hjemmesykepleien har tid til å sitte med de. Jeg opplever mye alenetid og ensomhet blant brukerne. Det er utrolig vondt å måtte avbryte samtaler som betyr mye for brukerens psykososiale helse, fordi vi må løpe videre til neste bruker/besøk.
Gjeninnføre gå-grupper, strikkegrupper etc. hvor personer med lett demens kunne møtes. Dette fungerte flott før korona. Kostnaden knyttet til tilbudet er for høy. Endel uttrykker at de ikke har råd.
Ha egne demenslister hvor fast personell utfører besøkene ved hjemmesykepleie (hj.spl). Tett oppfølging av pårørende ved behov for avlastning. Mer lavterskeltilbud slik at det er lettere å komme igang med aktivitet: Demenskor, ut på tunet, snekkerverksted, trim, turgrupper, demensvenn/besøksvenn (kurs opp frivillige til å være besøksvenn/turvenn for personer med demens), kognitiv stimuleringsterapi, underholdning, quiz, utflukter **og** måltid.
Igjen så må faglærte som kjenner pasienten få tid, både med pasienten, men også til å følge opp. Det er ikke tid til å fylle ut ADL så ofte som det trengs. Og det bor langt sykere og mer krevende pasienter hjemme enn det legges merke til, nettopp fordi denne pasientgruppen går under radaren. Det er også veldig forskjell på hvordan fastlegene er å samarbeide med. Og det finnes for lite tilbud til hjemmeboende med demens. Dagsenter må de vente veldig lenge på, og det er noe de burde hatt så og si hver dag for god observasjon. samt god ernæring. Samspising hjelper ofte lite hjemme da pasienten merker at den ansatte har dårlig tid
Kommunen bør ha fokus på å etablere flere lavterskels tilbud, tilnærmet Villa Fredrikke, til hjemmeboende med kognitiv svikt
Kommunen bør samarbeide mer med frivillige.
Tilby dagsenter til flere med demens. Det er flere som står på venteliste og det er mange som ikke har et så stort tilfelle av sykdommen som ikke får plass. Jeg mener at et dagsentertilbud både kan bidra til en bedre hverdag for de med demens og de pårørende. Men da må det være flere hender, som blir ansatt på de dagsentrene som finnes i kommunen.
Tjenesten må utvikles i takt med den økende forekomsten av personer med demenssykdom. I Drammen bygges den ned. Mange personer uten et godt tilbud, slitne pårørende som ikke blir hørt. Dette er hverdagen. Jobber på dagsenter for demente og kjenner problematikken godt. Situasjonen blir verre for hvert år. Dårlig faglig oppfølging fra hjemmesykepleien som mangler sykepleiere. Mange ufaglærte i hjemmesykepleien. Lite individuell tilpasset omsorg til den demente. Trenger

flere plasser med døgnbemanning, og flere dagsenter for demente slik at man kan intervenere tidligere. Mange er for syke når de kommer til dagsenteret, det er personer som burde fått et annet tilbud (heldøgnsplass.) Det reduseres i plasser for avlasting, pårørende slites ut, og blir selv syke. Mange pårørende som er i 80/90 årene.
Øke årsverk på Åssiden dagsenter med 1 stk til pr dag eller 2-3 ganger pr uke så får man ned noe av ventelisten.
Personer med demens må vente nesten ett år på dagaktivitets plass

I intervju med hukommelsesteamet kommer det fram at det er et prekært behov for å styrke dagtilbudet til hjemmeboende med demens. Teamet vet ikke hvor mange som står på venteliste, men forteller at mange som får innvilget må vente på plass. Alle distrikter skal ha et dagsentertilbud, men det er store forskjeller i tilbudet avhengig hvor man bor, både med tanke på tjenestetilbud og om det er plass. Det varier også om dagsentrene er kveldsåpne og om de har tilbud i helgen. Tilbudet er ikke likt i alle distriktene. Teamet forklarer at enkelte med demens har ventet i opptil et år for å få plass en dag i uken. Teamet opplyser også at kommunen ofte innvilger kun en dag slik at flest mulig skal få et tilbud.

Hukommelsesteamet mener også at det er et spørsmål om de som har demens i større grad bør prioriteres i dagsentrene framfor andre brukergrupper. Det har blant annet vært diskutert om personer som ikke har demens heller kan benytte tilbud på knutepunktene. Dette ville frigjort mye kapasitet på dagsentrene til personer med demens. Det er et prekært behov for mer dagsenterkapasitet for demente.

Hukommelsesteamet forklarer videre at innholdet i dagsentrene burde vært mye videre. Tilbudet på dagsenter passer i liten grad brukerne som kan ha glede av et dagsenter. Det er mye stillesitting, småprating og mat. Teamet peker på at det mangler et tilbud til de som er mer fysisk aktive og for menn. Videre mangler det et tilbud til yngre personer med demens. Villa Fredrikke er et godt lavterskeltilbud uten krav om vedtak, men dit må brukerne komme seg selv. For mange hjemmeboende er det for lang reisevei til Villa Fredrikke. Dette er imidlertid et eksklusivt tilbud, som ikke er for mange hjemmeboende personer med demens.

Avdelingsleder ved tildelingskontoret forklarer at kommunen ikke opererer med formelle ventelister på dagaktivitetstetsplasser, men at det er brukere som venter på et tilbud om dagsenter. Hvor lenge brukere må vente fra vedtak til tjenesten gis varierer fra sted til sted, men det kan være lenge. Avdelingsleder er kjent med at det har vært ventetider på opptil et år. Det er ikke noe effektueringskrav på tildeling av dagsenter. Hvem som får tilbud på hvilket tidspunkt avgjøres på bakgrunn av en totalvurdering av alle på listen. Ettersom det er mange dagsentere er det også mange ulike lister. Enkelte brukere har også et tilbud med en dag i uken allerede, men venter på flere dager.

Avdelingsleder ved tildelingskontoret forklarer videre at det er et stort behov for dagaktivitet/dagsenter for hjemmeboende personer med demens. Brukergruppene som benytter dagsentrene, er også mye dårligere nå enn tidligere. Som en konsekvens av at flere skal bo hjemme bør dagaktivitetstilbudet i kommunen styrkes med flere plasser. Behovet for flere dagsenterplasser gjelder imidlertid ikke kun vedtaksbaserte plasser. For de som er yngre og friskere bør det bli mer lavterskeltilbud for å forhindre og forebygge at behov for tjenester oppstår. Dette handler om hva kommunen skal gi av tilbud. Tilbudet om dagsenter kan også bli mer målrettet mot de som trenger det mest. I dag er det mange som kommunen ikke er pålagt å gi et dagaktivitetstilbud til (kognitivt friske eldre) som får det.

Avdelingsleder ved tildelingskontoret forklarer at tilbudet om dagaktivitet er god kommunisert ut til brukerne. Tildelingskontoret får mange søknader om dagaktivitetstilbud. Saksbehandlerne er også flinke til å informere om tilbudet.

Når det gjelder innholdet i dagaktivitetstilbudet er ikke avdelingsleder ved tildelingskontoret godt nok kjent med dette. Mange av brukerne er imidlertid veldig dårlige og dagsentrene forsøker å sette sammen grupper som er relativt like med tanke på aktiviteter og stimulering. Avdelingsleder opplever imidlertid at det er veldig dedikerte personer som jobber på dagsentrene, at de ønsker å skape et godt tilbud for brukerne.

I etterkant av intervjuet med avdelingsleder ved tildelingskontoret har revisjonen fått oversendt en oversikt over antall personer med demens som venter på dagaktivitetstilbud. Per 2. januar 2024 var det 36 brukere som sto på venteliste til dag 1 for dagsenter for personer med demens. Det var også 33 brukere som sto på venteliste til dag 2.

Kommunalsjefen opplyser i intervju at ikke alle brukere bør ha et vedtaksbasert dagaktivitetstilbud i regi av kommunen. Det finnes mange andre typer tilbud og ressurser, og å sikre dagaktivitet er ikke nødvendigvis kommunens oppgave. Kommunen må derfor stimulere frivillige og andre til å utvikle lavterskeltilbud. Dagsentrene er i dag noe av det høyeste og mest tilrettelagte tilbudet kommunen har i omsorgstrappen. Kommunen mangler imidlertid et tilrettelagt tilbud som er mer lavterskel, hvor bruker ikke trenger å gå gjennom «loopen» med vedtak. Det er behov for et mer «drop in basert»/åpent tilbud. Kommunen har Villa Fredrikke, som oppleves som et veldig godt tilbud av brukerne, men det er ikke nok slike tilbud i kommunen.

Kommunalsjefen opplyser videre at det er ventelister for dagaktivitetstilbud, men mange av disse kunne også fått tilbud gjennom et lavterskeltilbud. Det er ikke god nok bredde av tilbud og det er behov for økt differensiering. Andre kommuner har eksempelvis bygd opp åpne seniorsentre med aktivitet (uten vedtak). Kommunalsjef tror dette er veien å gå. Det er ikke god en løsning å øke antall dagsentertilbud reservert for de med mest omfattende behov.

Kommunalsjefen forklarer videre at aktivitetstilbudet på dagsentrene er rolig og tilpasset de som er veldig dårlige. Personer med demens er imidlertid ikke en ensartet gruppe, men har ulike behov. Det har også nå blitt etablert demenskor i kommunen i samarbeid med frivillige organisasjoner. Ifølge oversendt dokumentasjon ble demenskor startet i mars 2023 og har om lag 30 deltakere på korøvelse.

Kommunalsjefen opplever imidlertid at de ansatte på dagsentrene er blant de som har mest kompetanse om demens i kommunen.

I spørreundersøkelsen til pårørende har vi blant annet kartlagt om de aktuelle brukerne er på dagsenter. I underkant av en av tre pårørende (27 prosent, 273 av 999) opplyser i spørreundersøkelsen at den aktuelle brukeren er på dagsenter. Blant de som er pårørende til en person med demensdiagnose eller med mistanke om kognitiv svikt er det om lag en av tre (30 prosent, 120 av 394) som svarer at den aktuelle brukeren er på dagsenter.

De pårørende er delt i spørsmålet om den de er pårørende til mottar et tilfredsstillende dagaktivitetstilbud. Mange (40 prosent) svarer i noen grad, mens i underkant en av tre svarer i stor eller svært stor grad (32 prosent) eller i liten eller svært liten grad (29 prosent), når de som svarer at de ikke mottar dagaktivitetstilbud eller som svarer vet ikke eller ikke relevant holdes utenfor. [219]

Det er flere pårørende som forklarer i kommentarfelt at de er fornøyde med tjenestene som gis på dagsentrene. Samtidig er det også flere som mener at tilbudet er for lite, at det er for lite aktivitet og at det er lang ventetid. Nedenfor følger noen utvalgte kommentarer fra pårørende angående dagsenter mv.

Eksempeloversikt 4 Utvalgte svar fra pårørende om dagaktivitetstilbud mv.

Jeg ønsker at de ansatte har mer tid til den enkelte og at det ikke er så mange for den demenssyke å forholde seg til. Det fører til forvirring for den demenssyke og svikt i kommunikasjonen mellom pårørende og de ansatte. Den som er rammet av demens trenger variasjon i hverdagen og det betyr også å komme seg ut og få nye impulser. Jeg har kjempet for støttekontakt som pårørende, men nå har jeg gitt opp. Jeg er gammel og har ikke krefter til det lenger.
Bruker er på dagsenter 1 dag i uken. Savner mer aktivitet. Bruker får besøk hver dag i forbindelse med drypping av øyne. Jeg ønsker at de bruker litt tid til å sette seg og ta en kjapp prat. Ellers fornøyd.
Bedre tid til og se hver og en. Større forståelse hvordan jobbe med mennesker med demens. Mye bedre i Norsk språk. Dette er ett kjempe problem. Når jeg som pårørende har vanskeligheter med å forstå, så kan man jo tenke seg hvordan tjenesteyteren forstår det som blir sagt. Mer tid til stimuli, for eksempel sang, dans, gåturer, baking og så videre. Mye større fokus på mat. Må si at maten jeg har sett tjenesteyterne spiser, ser virkelig ikke delikat ut. Det skal så lite til får og gjøre disse små endringene. Må til slut**t** si at jeg blir oppriktig lei meg når jeg ser hva jeg har sett i forhold til min demente mor. Har hatt flere møter med avdelingslederen, men føler vi ikke blir sett eller hørt. Skremmende og se hvor dette ender.
Da far ble sendt hjem i taxi fra helsehuset i januar i år "glemte" hjemmesykepleien å møte min far som avtalt. Han fant ikke nøkkelen sin og ikke pengene til å betale taxi. Han visste ikke hvilken leilighet som var hans. Vi måtte rykke ut, reise fra jobb for å låse han inn. Hjemmesykepleien skyldte på dårlig vær. Ja; det var dårlig vær også for min far som sto utenfor taxien og ikke visste hvor han var eller hvordan han skulle få ordnet opp i transporten. Vi har mange eksempler på store system og kompetansesvikt i tjenestene disse årene. Den eneste tjenesten som virkelig fungerer godt, er Fjordparken dagsenter. Dette er en kommune som generelt er dårlig på informasjon, det slurves med småting, forutsigbarheten er lav, kompetansen er tilfeldig og varierende. Brukere og pårørende blir ikke behandlet som kommunens viktigste kunder. Brukerens verdighet er ikke i sentrum. Hjemmesykepleien bruker ikke øyne og ører som de bør gjøre når de er hos demente hjemmeboende. Vår tid som pårørende når vi er på besøk går i stor grad med til å gjøre praktisk arbeid; tømme søppel som lukter, skure toalettet som er stygt, vaske på kjøkkenet, rydde opp stort og smått som far roter med. Skrive beskjeder til hjemmesykepleien om tabletter som ikke er tatt eller medisiner som bør justeres. Det er dessverre svært strevsomt å være både bruker og pårørende i denne kommunen
Det bør ansettes flere kvalifiserte sykepleiere/ helsearbeidere, slik at de som er i hjemmet/kommer til hjemmet er i stand til å ta den tiden det tar å gjøre de tingene som det er vedtak på. Ved sykdom og personell som slutter har hjemmetjenesten det til tider så travelt at, f.eks., ukentlig dusj må nedprioriteres på grunn av andre pasienter som kan være sengeliggende og MÅ ha hjelp til det aller nødvendigste. Har personlig veldig god erfaring med de "englene" som innfinner seg: dyktige, empatiske, viser respekt og tar initiativ når de ser ting vi pårørende kan ta fatt i. Vil også nevne at koordinator ved hjemmetjenesten er imøtekommende og inngir tillit, men oppfatter at der er det også alt for mye å gjøre!! Dagsenteret er virkelig en god ting for den jeg er pårørende for. Der arbeider det folk som, ut ifra min erfaring, er svært dyktige, både til å ta vare på de demente og oss pårørende. Dersom det, måtte Gud forby, skulle bli nedskjæringer i kommunebudsjettet som innebærer nedleggelse av dette tilbudet, vil det få store konsekvenser for den demente og ikke minst oss pårørende. Husk at det er ringvirkninger for alt i denne saken!
Det mangler helt dagaktiviteter for demente ved Helleristningen. Det er vanskelig å forstå at kommunen ikke har økonomi til det. Det bør prioriteres. Det bør også kvalitetssikre medisinering da undertegnede har oppdaget feilmedisinering. Det er også behov for kontroll av besøkende da hvem som helst kan komme seg inn til en svært sårbar gruppe mennesker.
Det tar alt for lang tid mellom søknad og gjennomføring. For eksempel søknad om dagsenter; tok 2-3 måneder før gjennomføring.

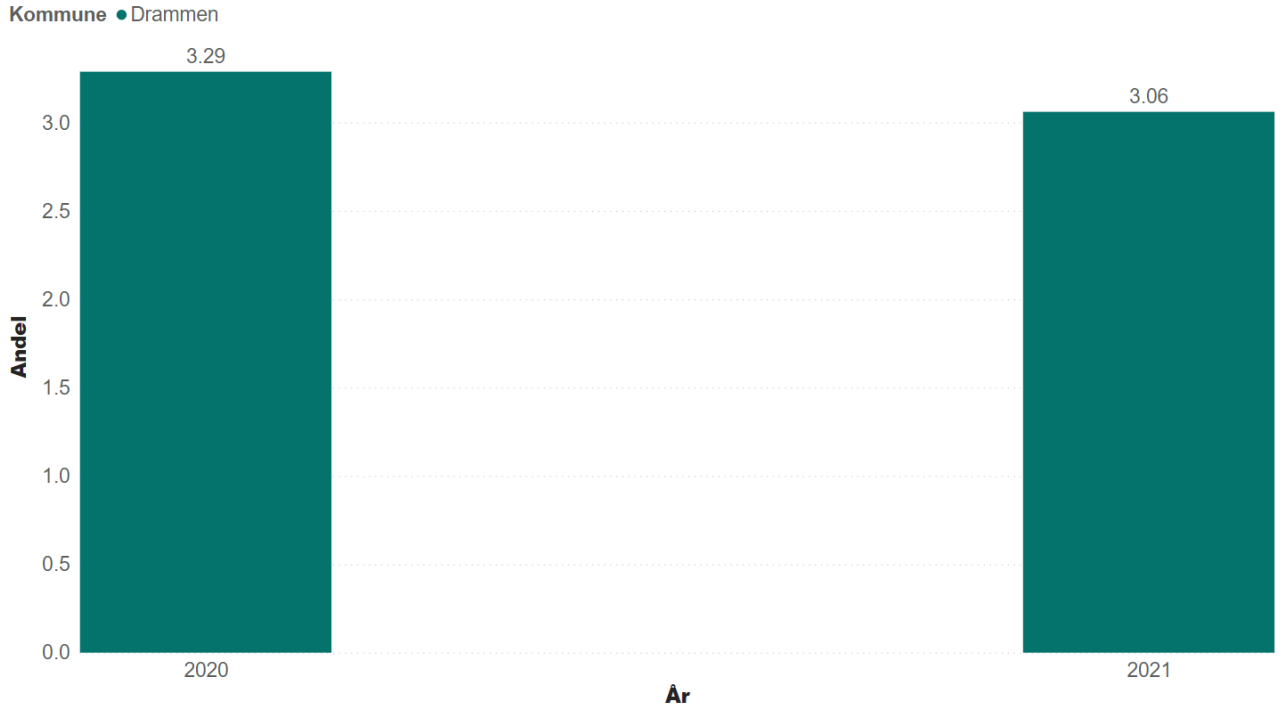
[219] Spørsmål 22

Det tar alt for lang tid, fra personen får diagnosen, til man får hjelp fra kommunen. Alt for få folk som jobber i forhold til hvor stor kommunen har blitt. Det tærer på de pårørende, som må stå i det alene til man endelig får hjelp! De ansatte i demensteamet er helt enestående og beklager så mye for ventetiden. Det skulle de fått slippe. De kommer til å bli utbrente hvis ikke politikerne gjør noe snart !!!!!!
Fikk innvilget dagopphold på Losjeplassen en gang pr uke i mai, -står fremdeles på venteliste… :(
Hjelper lite å innvilge flere dager på dagsenter, når det ikke er plasser ledig. Det er å lure folk.
Hjemmetjenesten på Fjell, Dagsenteret Marienlyst og ansvarlig koordinator/saksbehandler gjør en veldig god jobb. Tusen takk for godt samarbeide i en krevende livsfase for både den jeg er pårørende til og meg.
Håper av hele mitt hjerte at det blir mer fokus på Språk, Aktiviteter, sang, musikk. En hånd og holde i. Mer kompetanse
Mange i hjemmetjenesten er meget flinke og gjør alle de oppgaver som er avtalt, men det er stor forskjell på de ansatte. Ofte blir ikke vedtak oppfylt. Det ble innvilget to dager på Dagsenteret for nesten ett år siden, fortsatt er tilbudet bare 1 dag, nå virker det som hun ikke føler seg bekvem med å være der lenger. De siste ukene har hun ikke vært der. Hun sitter mye alene hjemme - ønsker helst besøk av familie hver dag. Vi besøket henne mange ganger i uken, men det er ikke nok for henne. Vi handler mat, vasker tøy og betaler for husvask hver uke og sengeskift. Lager ofte middag, lørdag og søndag og spiser sammen med henne. Vi gjør det vi har mulighet til, men det er ikke nok for henne. Hun trenger å bli stimulert ellers sitter hun og sover.
Når mannen min fikk demensdiagnose, sa legen at da får han masse rettigheter. Hva med meg som er hjemme med han døgnet rundt, og må svare om og om igjen på de rareste spørsmål og må følge han overalt, blant annet lege, legespesialister, tannlege, handle i byen, fylle skjemaer osv. Han kan ikke ta buss, da han glemmer å stoppe. Det skulle vært egen demenstaxi. Jeg har ikke fri, annet da han er på dagsenter.
Svært fornøyd med å være på dagsenter de dagene mor er der. Høy grad av trivsel.
Tjenesten oppleves tidvis veldig usammenhengende. Mange bytter av saksbehandlere og bytter av primærkontakter. Sendt skriftlig klage på tjenestene for over et år tilbake. Fortsatt ikke fått tilbakemelding eller bekreftelse på at klagen er mottatt. Ved henvendelse til kontor for tjenestetildeling skjer det aldri noe ved første gangs henvendelse. Må alltid purre for at noe skal skje. Opplevd gjentatte feil ved legemiddelhåndteringen utført av hjemmesykepleien. Og veldig lite initiativ til å sørge for ivaretakelse av primære behov som ernæring/personlig hygiene. Virker som kompetansen og/eller interessen for å ivareta hjemmeboende med demens er lav. Samtidig avslår kommunen søknad om sykehjemsplass. Dette kjennes svært lite betryggende. Dagsenterplassen på Marienlyst er eneste lyspunkt. Der blir pasienten møtt på en flott måte, og pårørendes behov for informasjon og dialog ivaretatt.
Vil rose Villa Fredrikke og dagsenteret avdeling Marienlyst. Utover det er vi overlatt til oss selv.
1.De ansatte MÅ beherske og snakke godt norsk. 2. Altfor mange forskjellige personer (vikarer og kortidshjelp). Demente personer blir urolige med så mange de ikke kjenner. 3. Få inn sang og musikk som "god medisin" særlig til personer med demens. Det virker😉

5.2.1. Støttekontakt

Ifølge Helsedirektoratet (nasjonale kvalitetsindikatorer) hadde tre prosent av hjemmeboende med demensdiagnose støttekontakt i Drammen kommune i 2020 og i 2021 jf. figur 33. Til sammenligning var landsgjennomsnittet 6 prosent dette året. [220] I Demensplan 2025 problematiserer myndighetene at antall personer med demens som får støttekontakt er lavt. Det bør derfor jobbes for at tjenesten i større grad tas i bruk for personer med demens.[221]

Figur 33 Andel hjemmeboende med demensdiagnose som har vedtak om støttekontakt (Helsedirektoratet/NKI)

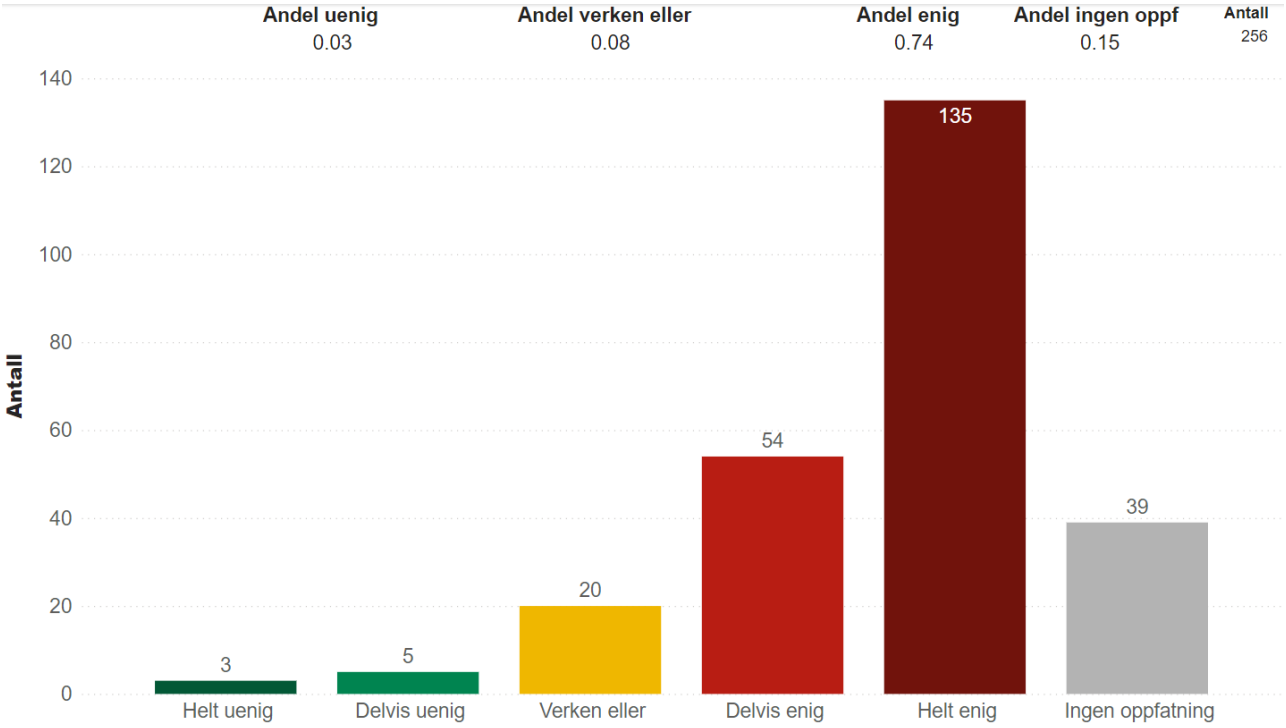


I spørreundersøkelse til pårørende har vi kartlagt i hvilken grad brukerne har støttekontakt. Det er kun 3 prosent (34 av 999) av de pårørende som oppgir at den aktuelle brukeren har støttekontakt. Fire av disse gjaldt personer som ifølge pårørende har demensdiagnose.

I spørreundersøkelsen til de ansatte er imidlertid de fleste ansatte (74 prosent) enig i at flere hjemmeboende personer med demens har behov for støttekontakt. Det er kun 3 prosent av de ansatte som er uenig i påstanden, mens 8 prosent svarer «verken eller», jf. figur 34.

[220] https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demens-og-kognitiv-svikt
[221] HOD (2020) Demensplan 2025, s. 23.

Figur 34 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander knyttet til dagaktivitetstilbud for hjemmeboende med demens? Flere hjemmeboende med demens har behov for støttekontakt



Avdelingsleder ved tildelingskontoret opplyser at det er få hjemmeboende med demens som får støttekontakt. Avdelingsleder viser til at dette handler om kommunens profil. Kommunen ønsker å gi støttekontakt i form av gruppetilbud. Dette skal være med på å bryte isolasjon og sørge for at brukerne får en aktiv og meningsfull fritid. I en gruppe på flere er det større sjanse for å oppnå dette. Når det kommer forespørsler om støttekontakt til personer med demens, er det som regel behov for fagkompetanse for å kunne gi et forsvarlig tilbud. Tildelingskontoret (TOK) er usikker på om støttekontakter vil kunne gi et forsvarlig tilbud til brukergruppen og ønsker derfor heller å gi et dagaktivitetstilbud. Dette handler om å ha en forsvarlig organisering som sikrer at brukergruppen får dekt sitt behov.

Hukommelsesteamet opplyser at det er få hjemmeboende med demens med behov får støttekontakt, men forklarer at dette er et tiltak mange kunne hatt nytte av. Det er imidlertid få som søker om støttekontakt. Det tar også ofte lang tid å finne noen som kan være støttekontakt. Dette skyldes både behovet for kompetanse, men også fordi støttekontakter lønnes lavt. Det er imidlertid et veldig godt tiltak for hjemmeboende med demens, dersom kommunen klarer å få det på plass.

Avdelingslederne forklarer også i intervju at mange hjemmeboende med demens kunne hatt nytte av å ha støttekontakt. De peker også på utfordringer knyttet til å rekruttere støttekontakter, samt behov for riktig kompetanse som mulige årsaker til at få personer med demens får støttekontakt. Både økt bruk av frivillige organisasjoner (frivilligheten) og støttekontakter kan imidlertid være et ledd i hvordan

kommunen skal håndtere eldrebølgen. De forklarer også at det finnes eksempler hvor støttekontaktordningen har fungert fint tidligere overfor hjemmeboende personer med demens.

Kommunalsjefen opplyser også at hjemmeboende personer med demens i større grad bør få tilbud om støttekontakter. Tradisjonelt har støttekontakter imidlertid vært reservert mennesker med nedsatt funksjonsevne. Personer med demens har ikke vært en naturlig målgruppe for støttekontakter i Drammen kommune. Støttekontakttjenesten er heller ikke organisert under helse i Drammen kommune, men under kultur og frivillighet. Med en økning i antall hjemmeboende personer med demens er det imidlertid behov for avlastning for de pårørende og økt bruk av støttekontakter kan bidra med dette. Dette kan både frigjøre kapasitet i hjemmetjenesten, samtidig som personen som mottar tjenesten får et godt tilbud. Støttekontakter kan blant annet ta med hjemmeboende personer med demens på tur, slik at pårørende får fri. Dette er noe hjemmetjenesten i liten grad har kapasitet eller mulighet for å gjøre. Støttekontaktene til hjemmeboende personer med demens bør ha noe grunnleggende kompetanse og opplæring om demens, men mye handler om personlighet.

5.3. Velferdsteknologi

Bruk av velferdsteknologi er et satsningsområde i Drammen kommune. I helhetlig boligstrategi (2021-2025) kommer det fram at det allerede i den politiske plattformen for nye Drammen, ble lagt høye ambisjoner for Drammen kommune når det gjelder digitalisering og utnyttelse av teknologi. Økt bruk av velferdsteknologi, som omtales som mestrings- og trygghetsskapende teknologi (M&TT) i Drammen kommune, er et virkemiddel som ses på som avgjørende for å lykkes med utvikling av morgendagens velferdstjenester.[222]

Ifølge kommunens årsevaluering for 2022 er Drammen en foregangskommune når det gjelder bruk av velferdsteknologi. Det gjøres et stort arbeid for å ta i bruk mestrings- og trygghetsskapende teknologi i kommunen. Det går blant annet fram av årsevalueringen at kommunen har implementert flere løsninger for mestrings- og trygghetsskapende teknologi og at mange innbyggere har tatt i bruk teknologiske løsninger. Særlig har medisineringsstøtte fått mange flere brukere i kommunen. [223]

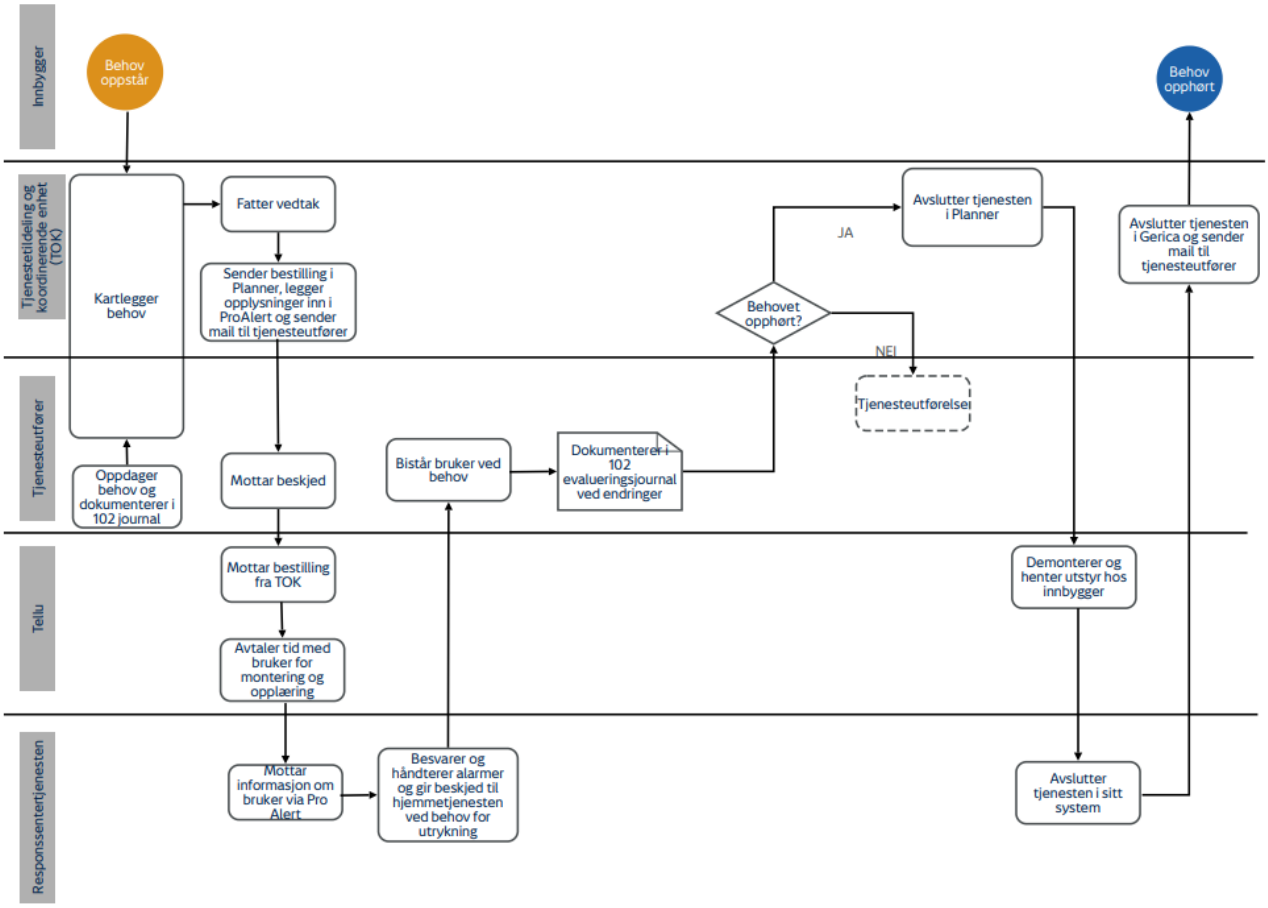
I kommunens årsevaluering for 2021 framgår det at i alt 2600 tjenestemottakere hadde mottatt den nye trygghetspakken, som inneholdt en moderne digital trygghetsalarm, digital lås og tilbud om røykvarsler tilknyttet nytt responssenter. Det nye responssenteret ble tatt i bruk 1. mars 2021. [224] Kommunen informerer også om tilbudet på sin hjemmeside.. Kommunen har også utarbeidet en brosjyre om trygghetspakken.

Drammen kommune har videre utarbeidet flere rutiner som gjelder for mestrings- og trygghetsskapende teknologi. Her framgår også at kommunen tilbyr blant annet lokaliseringsteknologi/mobil trygghetsalarm, trygghetsalarm- sensorikk og medisineringsstøtte. Velferdsteknologien skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet, selvhjulpenhet,

[222] Drammen kommune (2021) helhetlig boligstrategi (2021-2025)
[223] Drammen kommune (2023) Årsevaluering 2022, s. 98,
[224] Drammen kommune (2021) årsevaluering for 2021

medbestemmelse og livskvalitet. Kommunen har også utarbeidet kriterier for å få tildelt de ulike løsningene. Brukere over 80 år tildeles imidlertid trygghetsalarm uten behovsprøving. [225]

Kommunen har i tillegg utarbeidet en egen arbeidsflyt for mestrings- og trygghetsskapende teknologi. Her fremgår det blant annet at når det oppstår et behov hos innbygger skal både saksbehandler ved tildelingskontoret og utfører (hjemmetjenesten) kartlegge behov. Det er imidlertid saksbehandler ved tildelingskontoret som fatter vedtaket. [226]



Andel hjemmeboende personer med demensdiagnose, som mottar lokaliseringsteknologi er en av Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorer for hjemmetjenesten. Figur 35 viser at 7,4 prosent av hjemmeboende personer med demensdiagnose i Drammen kommune var registrert med lokaliseringsteknologi i 2020, og 6,1 prosent i 2021. Til sammenligning var landsgjennomsnittet 4,7 prosent i 2021.[227] Antall registrerte hjemmeboende personer med demensdiagnose med lokaliseringsteknologi var henholdsvis 27 og 24 personer i 2020 og 2021.

[225] Drammen kommune (2021) Kriterier for Mestrings- og trygghetsskapende teknologi.
[226] Drammen kommune (2021) Mestrings- og trygghetsskapende teknologi- arbeidsflyt
[227] https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/lokaliseringsteknologi-til-hjemmeboende-personer-med-demens#:~:text=I%202021%20var%20det%2021,er%20store%20variasjoner%20mellom%20fylkene.

Figur 35 Andel hjemmeboende personer med demensdiagnose med lokaliseringsteknologi i 2020 og 2021 i Drammen kommune

I Helsedirektoratets nasjonale karlegging fra 2022 går det fram at 90 prosent av kommunene har rutiner for å kartlegge og vurdere behovet for velferdsteknologi for personer med demens, som lokaliseringsteknologi, trygghetsalarm, digitalt tilsyn eller sensorteknologi og elektronisk medisineringsstøtte. Data fra kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) viser også at trygghetsalarm er velferdsteknologien, som tildeles oftest til personer med demens. Andre typer velferdsteknologi som benyttes mer sjeldent er digitalt tilsyn, elektronisk medisineringsstøtte og lokaliseringsteknologi, jf. tabell 38.[228]

Tabell 38 Velferdsteknologi som er tildelt personer med registrert demensdiagnose i Norge i 2022, basert på registerdata fra KPR.

Type velferdsteknologi	Antall personer	Antall kommuner
Trygghetsalarm	15375	337
Digitalt tilsyn	4155	166
Elektronisk medisineringsstøtte	2279	159
Lokaliseringsteknologi	2063	160

Tabell 39 viser at et klart flertall av de ansatte (58 prosent) mener at hjemmeboende personer med demens får et hensiktsmessig tilbud om digitale trygghetsalarmer. Videre mener noe under halvparten at tilbudet om elektronisk medisineringsstøtte (49 prosent) og lokaliseringsteknologi (43 prosent) er

[228] Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, s. 51.

hensiktsmessig. Til sammenligning svarer henholdsvis en av fem (21 prosent) og en av ti (10 prosent) det samme for elektroniske dørlåser for digitalt tilsyn.

Tabell 39 I hvilken grad får alle hjemmeboende med demens med behov et hensiktsmessig tilbud om følgende typer velferdsteknologi? (N = 256))

Velferdsteknologi	Andel liten eller svært liten grad	Andel noen grad	Andel stor eller svært stor grad	Andel vet ikke/ikke relevant
Digitale trygghetsalarmer	0.04	0.11	0.58	0.27
Elektronisk medisineringsstøtte (elektronisk medisindispenser)	0.03	0.18	0.49	0.3
Lokaliseringsteknologi (GPS)	0.05	0.23	0.43	0.29
Elektroniske dørlåser (e-lås)	0.11	0.21	0.21	0.47
Digitalt tilsyn	0.27	0.15	0.12	0.46

På åpent spørsmål om hva kan eventuelt bli bedre med hensyn til å tilby velferdsteknologi til hjemmeboende med demens, er det 22 ansatte som har gitt et svar. Flere svarer blant annet at det er behov for mer informasjon om tilbudet til pårørende og brukere, og at det er behov for bedre kartlegginger av faktisk behov. Det er også flere som forklarer at teknologi ikke kan erstatte menneskelig kontakt for brukergruppen.

Hukommelsesteamet forklarer i intervju at mange med behov får et tilbud om velferdsteknologi, men det er ikke nødvendigvis velferdsteknologi som er det rette tiltaket for å gi bedre tjenester til hjemmeboende personer med demens. Velferdsteknologi har vært en stor satsing i kommunen, i så stor grad at det kanskje kan bli valgt teknologi fremfor menneskelig kontakt noen ganger. Velferdsteknologi kan føre til at kommunen sparer penger på færre hjemmebesøk, men det kan også føre til mindre oppfølging av hjemmeboende. Medisindispenserne klarer eksempelvis ikke å måle om medisinen faktisk blir tatt, kun om den blir utdelt. Digitalt tilsyn er imidlertid et tiltak som kommunen har hatt gode erfaringer med gjennom et prøveprosjekt, og som bør brukes mer. Det er veldig besparende for hjemmetjenesten. Lokaliseringsteknologi (GPS) blir også brukt mye mer nå enn tidligere.

Hukommelsesteamet informerer også om velferdsteknologi i pårørendeundervisningen. Både brukere og pårørende er mer digitale nå enn tidligere, og mange pårørende har også gjort enkelte tiltak selv. Teamet opplever at mange pårørende er åpne for informasjon om teknologien og ser nytten av dette.

I intervju med avdelingslederne kommer det også fram at digitalt tilsyn har vært et prøveprosjekt hjemme hos enkelte brukere, men dette er ikke rullet ut i full skala ennå. Når det gjelder lokaliseringsteknologi, skaffer flere pårørende seg GPS-sporing på egenhånd for å ha kontroll med den de er pårørende til. Trygghetsalarm får alle med behov tilbud om. Når det gjelder bruk av medisindispensere er det en fare for at hjemmeboende med demens ikke tar tabletten selv om de tar den ut av dispenseren. Dette tiltaket må derfor brukes med varsomhet og hjemmetjenesten må følge nøye med. Medisindispensere er derfor ikke nødvendigvis det beste tiltaket for hjemmeboende personer med demens. Det er også viktig at kommunen klarer å være tidlig ute med et elektroniske hjelpemidler før demenssykdommen er kommet for lang. Det er imidlertid også en generell motstand hos mange brukere og pårørende mot velferdsteknologi. Mange ønsker at brukeren skal følges opp av helsepersonell («hender»). De ønsker ikke nødvendigvis at brukerne blir fulgt opp digitalt.

Oppsummert mener imidlertid avdelingslederne at kommunen jobber bra med velferdsteknologi. Samtidig kan kommunen alltid bli bedre, og det er viktig å se fremover. Økt bruk av digitalt tilsyn er et tiltak som kan redusere behovene for besøk fra hjemmetjenesten. For hjemmeboende personer med demens må kommunen likevel følge nøye med på om personene klarer å benytte seg av de digitale hjelpemidlene.

Avdelingsleder ved tildelingskontoret forklarer at saksbehandlerne alltid skal vurdere behovet for velferdsteknologi i henhold til rutinene. Dette kommer klart fram av kartleggingsskjemaene som saksbehandlerne benytter i saksbehandlingen. Behovet for velferdsteknologi må vurderes før saksbehandlerne eventuelt går videre i omsorgstrappen. Det er imidlertid et forbedringspotensial å benytte velferdsteknologi enda tidligere for mange brukere. Nå blir det ofte satt inn litt sent i forløpet. Trygghetsalarmene er imidlertid godt implementert i kommunen.

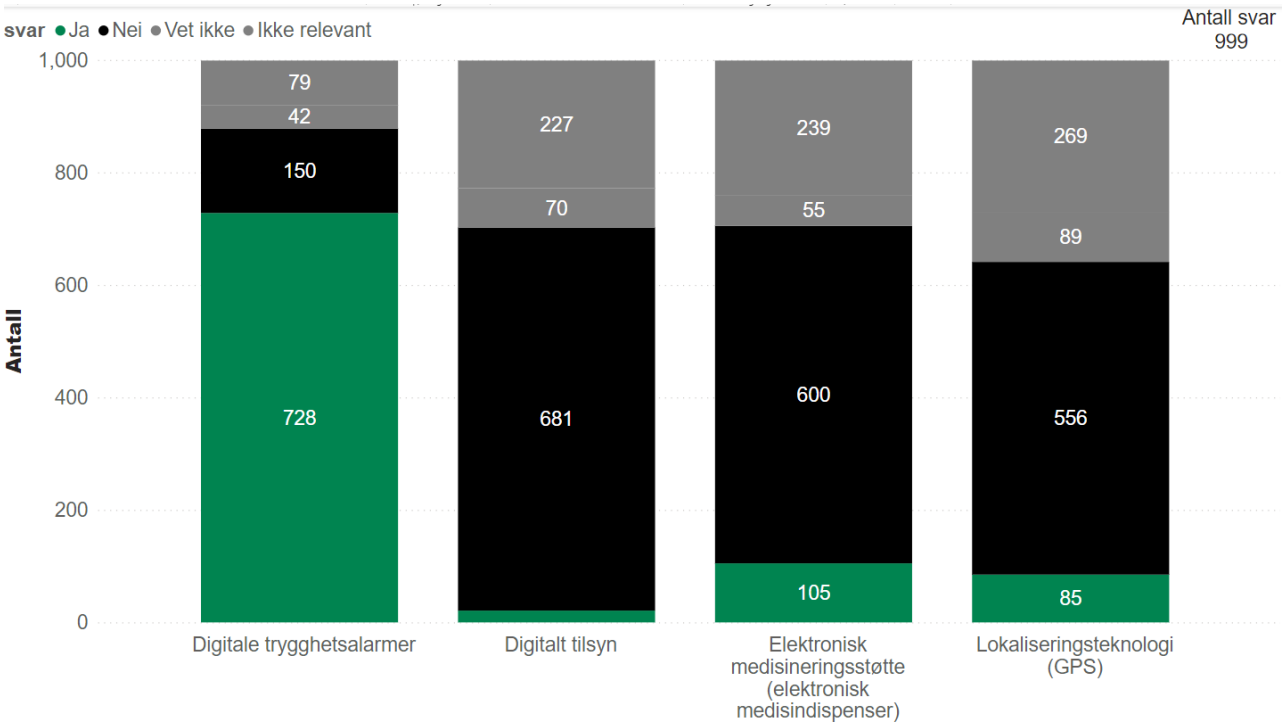
Kommunalsjefen forklarer at Drammen kommune ligger foran mange andre kommuner (blant ressurssterke kommuner som Oslo og Bærum) i utrulling og bruk av velferdsteknologi. Kommunen har også kommet langt i å tilby dette til personer med demens og har blant annet lav terskel for å tilby trygghetsalarm. For medisindispenser ligger kommunen veldig høyt og dette fungerer bra. Når det gjelder digitalt tilsyn har kommunen hatt et pågående prøveprosjekt med gode resultater og det skal derfor rulles ut i større grad. Digitalt tilsyn vil gi mye større og kontinuerlig trygghet enn hva kommunen

fysisk klarer å gjennomføre. Det er et stort potensialt her som vil prioriteres høyt – også for hjemmeboende personer med demens.

Kommunalsjefen forklarer at selv om kommunen er flink til å tilby velferdsteknologi, må det også løpende vurderes om utvikling i sykdommen gjør at kommunen må ta bort teknologi. Det er viktig å ha søkelys på hvem som har mest behov og kan oppleve mest gevinst av å ha velferdsteknologi.

I spørreundersøkelsen til pårørende kommer det fram at de fleste (73 prosent, 728 av 999) svarer at den de er pårørende til mottar trygghetsalarm. Et mindretall mottar elektronisk medisineringsstøtte (11 prosent, 105 av 999), lokaliseringsteknologi (9 prosent, 85 av 999), og digitalt tilsyn (2 prosent, 21 av 999).

Figur 36 Mottar den du er pårørende til følgende former for velferdsteknologi?



De pårørende er delt i spørsmål om de mottar tilstrekkelig med velferdsteknologi fra kommunen. En av tre (321 av 999) svarer at de ikke mottar velferdsteknologi og en av fem (194 av 999) svarer vet ikke. Når disse holdes utenfor svarer 38 prosent (186 av 484) i liten eller svært liten grad, 34 prosent (165 av 484) svarer i noen grad, mens 27 prosent (133 av 484) svarer i stor eller svært stor grad.

På spørsmål om hvilken måte kommunen eventuelt kan bli bedre med hensyn til bruk av velferdsteknologi, gir 179 pårørende et svar, jf. ordskyen nedenfor. Flere trekker fram at de savner informasjon og at de derfor ikke vet hva som er tilgjengelig. Flere opplyser også at velferdsteknologi kan være vanskelig for brukerne å ta i bruk.

Figur 37 På hvilken måte kan kommunen eventuelt bli bedre med hensyn til bruk av velferdsteknologi? (ordsky)

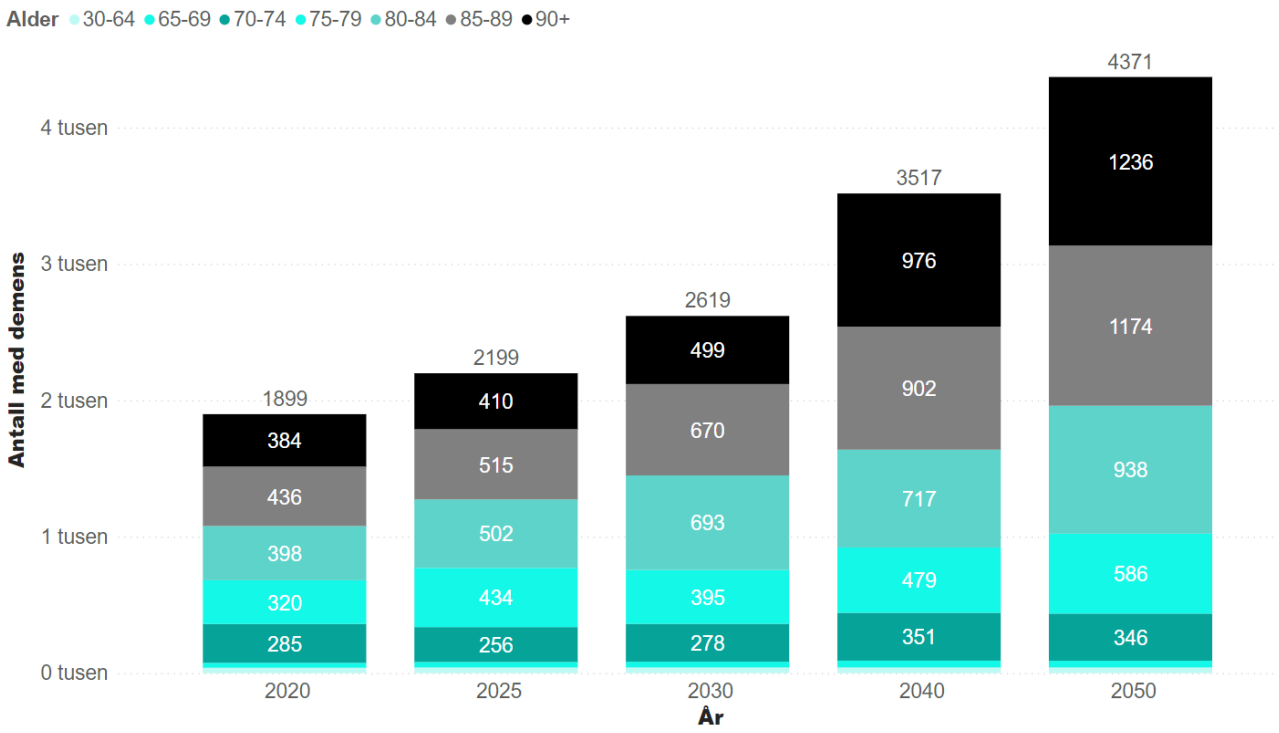
6. Tilpasning av tjenester til behov

I dette kapittelet vil revisjonen både belyse omfang av demens i Drammen kommune, samt hvordan kommunen arbeider for å dekke behovene til brukergruppen. Revisjonen har kartlagt i hvilken grad ansatte og pårørende erfarer at tjenestene samsvarer med behovene og om kommunen følger opp pårørende.

6.1. Omfang av demens i Drammen kommune

Figur 38 viser at Nasjonalt senter for aldring og helse (Aldring og helse) estimerer at det var 1899 personer med demens i Drammen kommune i 2020. Antallet personer med demens forventes å øke til 4371 personer i 2050, en økning på 130 prosent. Økningen er størst i aldersgruppene over 80 år. I 2050 ventes det at 76 prosent av personene med demens i Drammen kommune vil være 80 år eller eldre, mot 64 prosent i 2020. [229]

Figur 38 Antall personer med demens i Drammen kommune (anslag) (Aldring og helse)



I 2021 var det registrert 392 hjemmeboende personer med demensdiagnose i Drammen jf. figur 39. Sett i forhold til at Aldring og helse har estimert at det var 1899 personer med demens i Drammen kommune i 2020, tyder det på at de fleste personene med demens i Drammen er udiagnostisert. Dette gjelder selv

[229] https://demenskartet.no/#3005

om det tas hensyn til at mange brukere på institusjon (som ikke inngår i denne undersøkelsen) også har en demensdiagnose.

Figur 39 Antall hjemmeboende personer registrert med demensdiagnose i Drammen kommune (Helsedirektoratet/NKI)[230]

Tekstboks 6 inneholder mer informasjon om de nasjonale kvalitetsindikatorene til Helsedirektoratet

Tekstboks 6 De nasjonale kvalitetsindikatorene til Helsedirektoratet

De nasjonale kvalitetsindikatorene skal brukes til kvalitetsforbedring i tjenestene, og som bidrag til at pasienter kan ivareta sine rettigheter. Indikatorene skal også gi politisk ledelse, helsemyndigheter og ledere på alle nivåer et godt grunnlag for planlegging og styring. De skal også bidra til åpenhet om kvalitet og variasjon i tjenestetilbudet. [231]

Utvalgte kvalitetsindikatorer som er aktuelle for hjemmetjenesten er blant annet dagaktivitetstilbud til personer med demens, ventetid på dagaktivitetstilbud, lokaliseringsteknologi til hjemmeboende personer med demens og ventetid på helsetjenester i hjemmet [232]

Indikatoren antall personer med demensdiagnose er basert på data fra kommunalt pasient- og brukerregister.

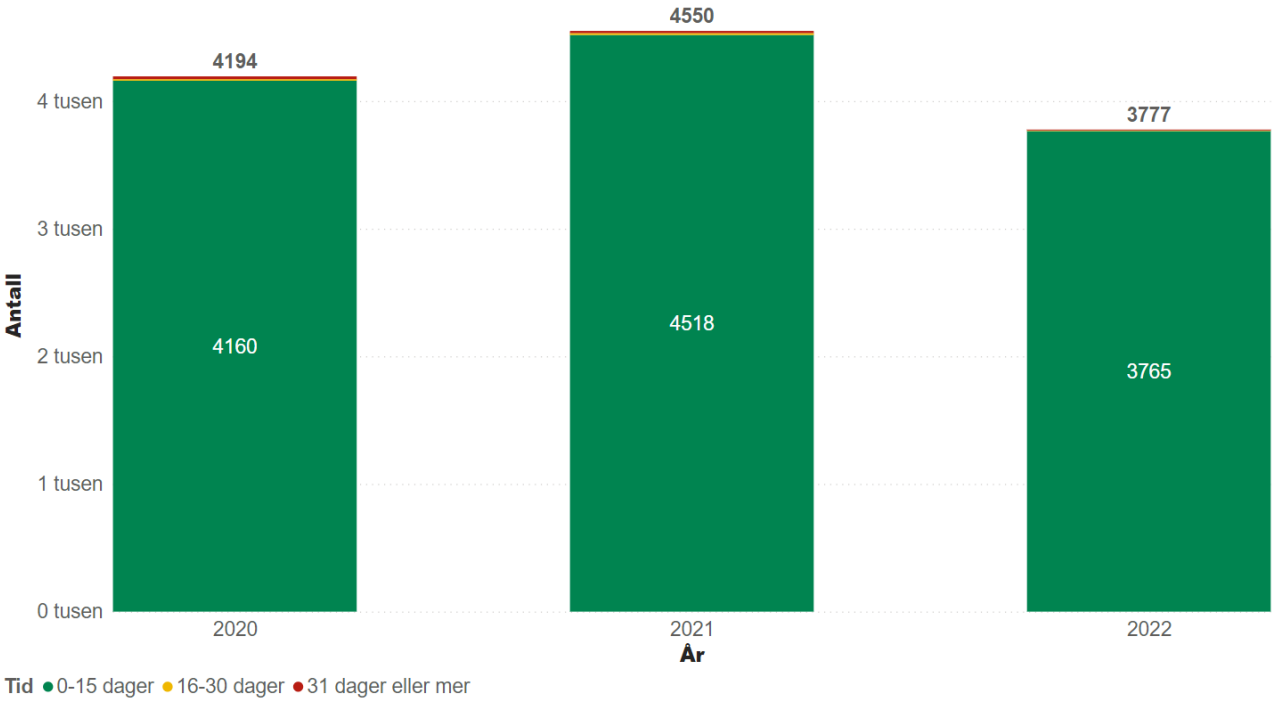
[230] https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/eksport-av-data-fra-de-nasjonale-kvalitetsindikatorene-nki
[231] Prop. 1 S (2022–2023) HOD, s. 145.
[232] https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester

I kunnskapsgrunnlag om boligtilbud for personer med demens fra 2021 melder kommunen selv at det er anslått at 25 prosent av de som mottar hjemmetjenester har diagnosen demens, men at det er store mørketall. Det finnes ikke pålitelige tall for hvor mange av de ca. 2660 mottakerne av hjemmetjenester som har demens. Mange personer er ikke diagnostisert, og mange venter også lenge med å oppsøke hjelp. [233]

6.2. Omfang av vedtak om hjemmetjenester

Figur 40 viser at Drammen kommune fattet til sammen 3777 vedtak om hjemmetjenester i 2022 ifølge data fra Helsedirektoratet. Bortimot samtlige vedtak (99,6 prosent) har en registrert iverksettelsestid på under 16 dager. Antall registrerte vedtak er lavere i 2022, sammenlignet med 2021 og 2020.

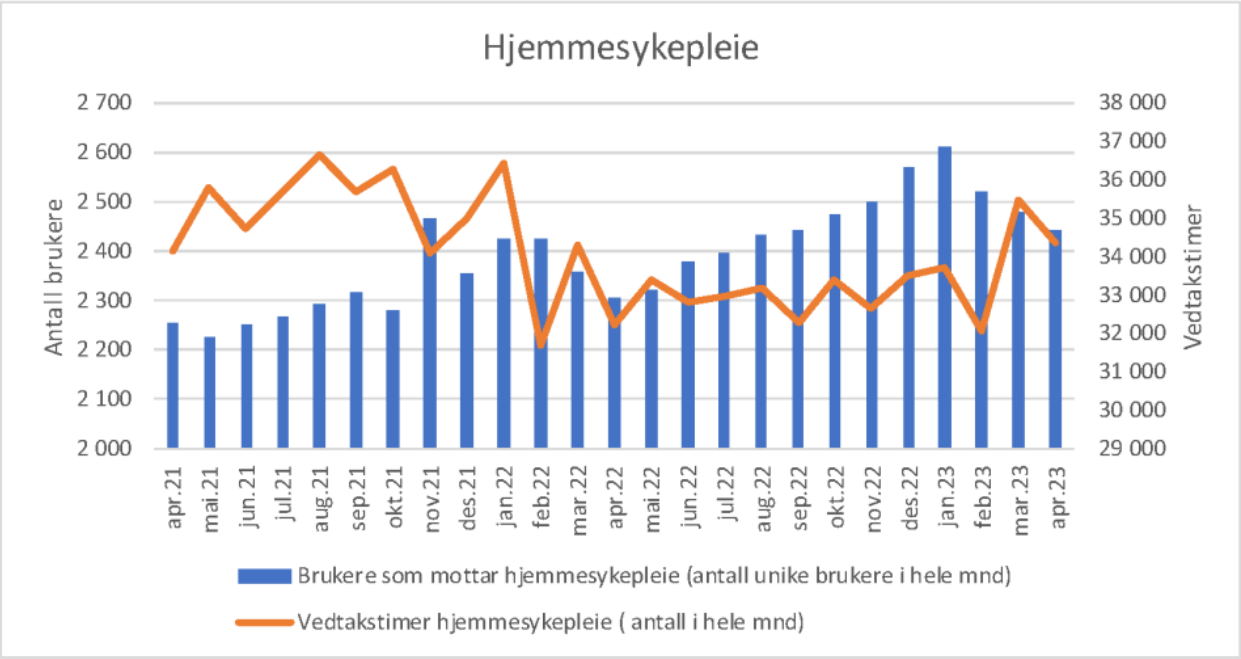
Figur 40 Ventetid (iverksettingstid) på hjemmetjenester i Drammen kommune (Helsedirektoratet/NKI)



I kommunens analyse av nøkkeltall for hjemmetjenestene som legges fram for hovedutvalget for helse sosial og omsorg[234] for første tertial 2023 går det fram at antall vedtakstimer for hjemmesykepleien er stabile, men at det er en økning i mars og april 2023. Gjennomsnittlig antall vedtakstimer per bruker er på om lag 13 – 14 timer per uke. Antall mottakere av hjemmetjenester per måned varierer, ifølge kommunens, rapportering fra om lag 2300 – 2600 brukere per måned.

[233] Drammen kommune (2021) kunnskapsgrunnlag om boligtilbud for personer med demens
[234] Behandlet av hovedutvalg for helse, sosial og omsorg 08. juni 2023

Figur 41 Antall vedtakstimer hjemmesykepleie i perioden april 2021 – april 2023 (Drammen kommune)



Kommunen rapporterer ikke fast om antall brukere eller vedtakstimer per avdeling til hovedutvalg for helse og omsorg, men tabell 40 viser en fordeling fra mai 2020. I mai 2020 var det samlet sett 2622 personer som mottok hjemmetjenester, hvorav 1289 personer (49 prosent) var 80 år eller eldre. De ulike avdelingene/distriktene hadde i 2020 fra om lag 200 til 496 brukere hver. [235]

Tabell 40 Antall personer med hjemmetjenester i Drammen i mai 2020

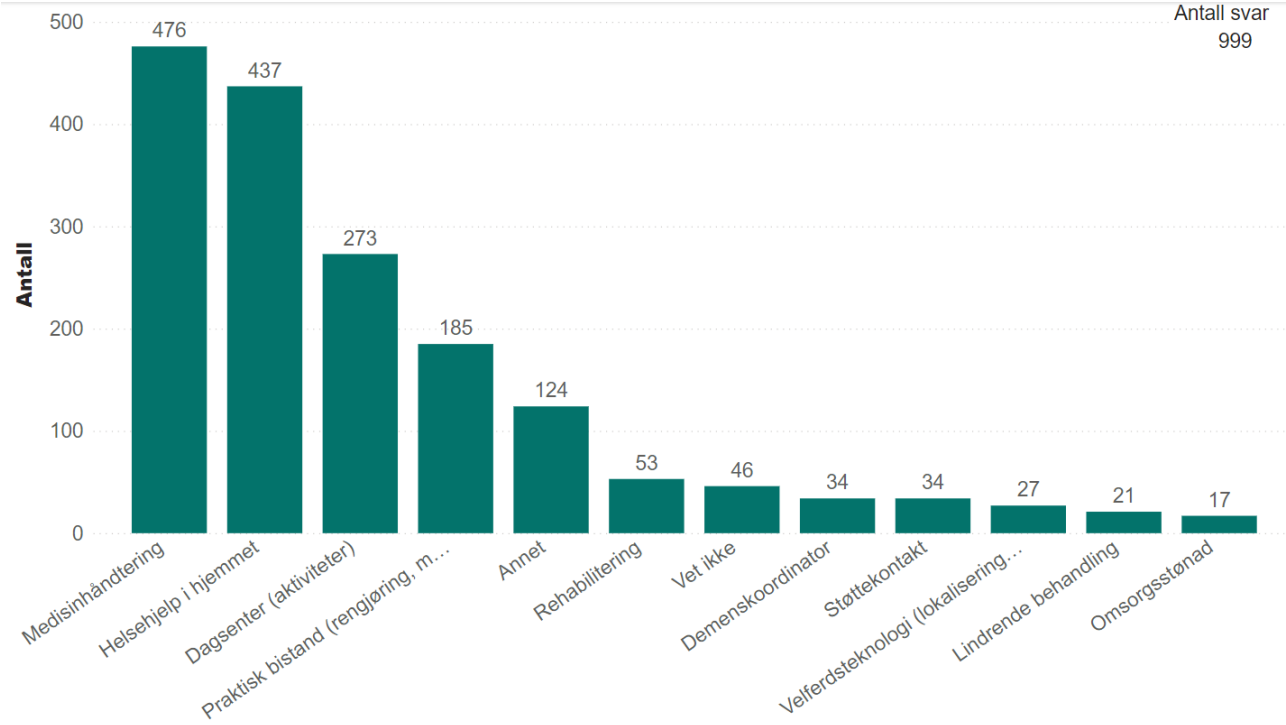
Hjemmetjenester	-80	80 +	Tot	Andel 80 +
Åssiden og Solbergelva	256	240	496	48%
Mjøndalen/Krokstadelva	248	183	431	42%
Øren	120	204	324	63%
Gulskogen, Danvik, Fjell	189	133	322	41%
Tangen, Marienlyst og Grønland	163	141	304	46%
Bragernes	92	127	219	58%
Konnerud og Skoger vest	99	105	204	51%
Svelvik, Åskollen, Skoger	166	156	322	48%
Totalt	1333	1289	2622	49%

[235] Drammen kommune (2020) Kunnskapsgrunnlag. Del 1 prosjekt bolig og omsorgsbygg, s. 5.

6.3. Tjenester tilpasset behovet til hjemmeboende personer med demens

I spørreundersøkelsen til pårørende har vi kartlagt hvilke tjenester de aktuelle brukerne får. Figur 42 viser at om lag halvparten (47 prosent) mottar tjenesten medisinhåndtering. Videre er det 43 prosent som mottar helsehjelp i hjemmet, og 27 prosent som mottar tjenesten dagsenter. I underkant av en av fem (19 prosent) mottar praktisk bistand.

Figur 42 Hvilke tjenester mottar den du er pårørende til? (flere svar mulig)



Tabell 41 viser at brukere med demens eller tegn på kognitiv svikt i større grad mottar tjenestene medisinhåndtering (63 mot 38 prosent) og praktisk bistand (33 mot 9 prosent), sammenlignet med de øvrige brukerne. For de øvrige tjenestene er det i liten grad noen signifikant forskjell mellom de to gruppene.

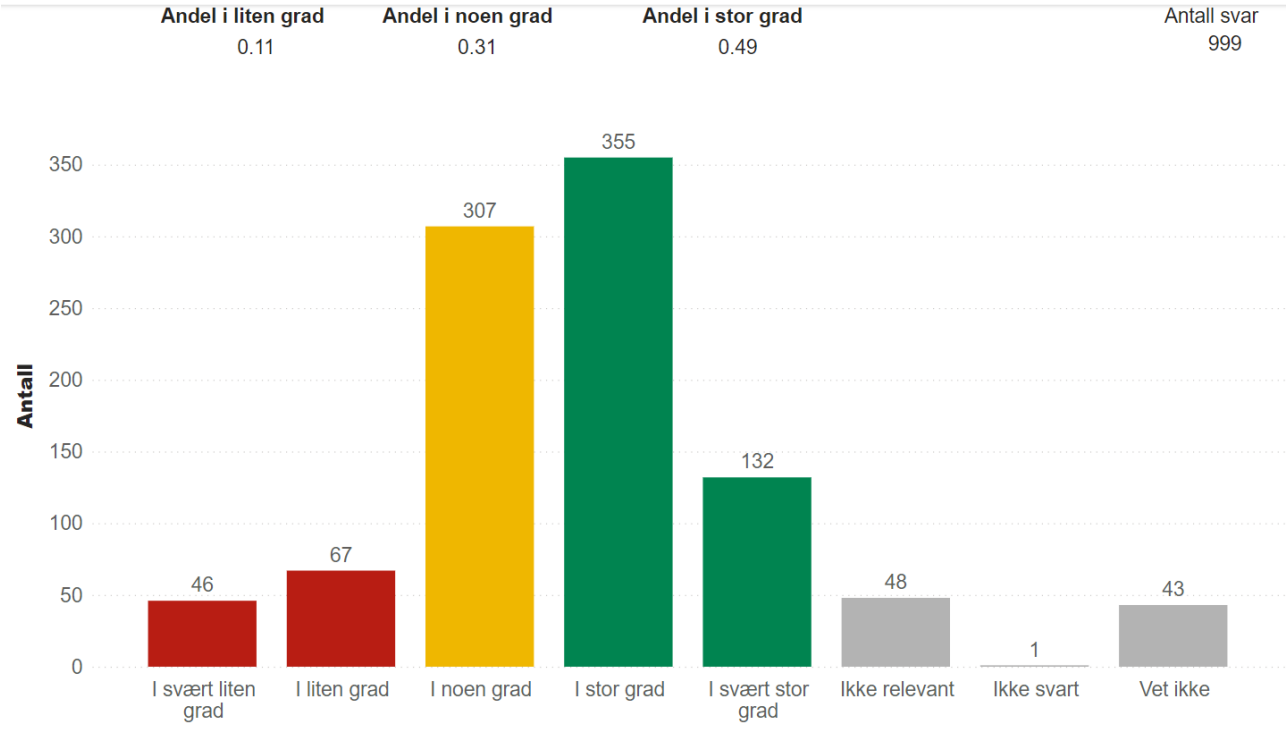
Tabell 41 Andel brukere som mottar de ulike tjenestene, fordelt på pårørende svarer om brukeren har demens/kognitiv svikt eller ikke

Tjeneste	Demens/ kognitiv svikt (N = 394)	Øvrige (N = 605)	Differanse
Medisinhåndtering	0.63	0.38	0.25
Praktisk bistand	0.33	0.09	0.23
Helsehjelp	0.46	0.42	0.03
Omsorgsstønad	0.02	0.01	0.01
Lindrende behandling	0.03	0.02	0.01
Støttekontakt	0.03	0.04	-0.01
Rehabilitering	0.04	0.06	-0.02

Vi har også kartlagt om de pårørende opplever at det er samsvar mellom den aktuelle brukerens behov for tjenester og tjenestene kommunen gir. Samlet svarer nesten halvparten av de pårørende (49 prosent) i stor eller svært stor grad, mens bortimot en av tre (31 prosent) svarer i noen grad. Om lag en av ti (11 prosent) svarer i liten grad, jf. figur 43.

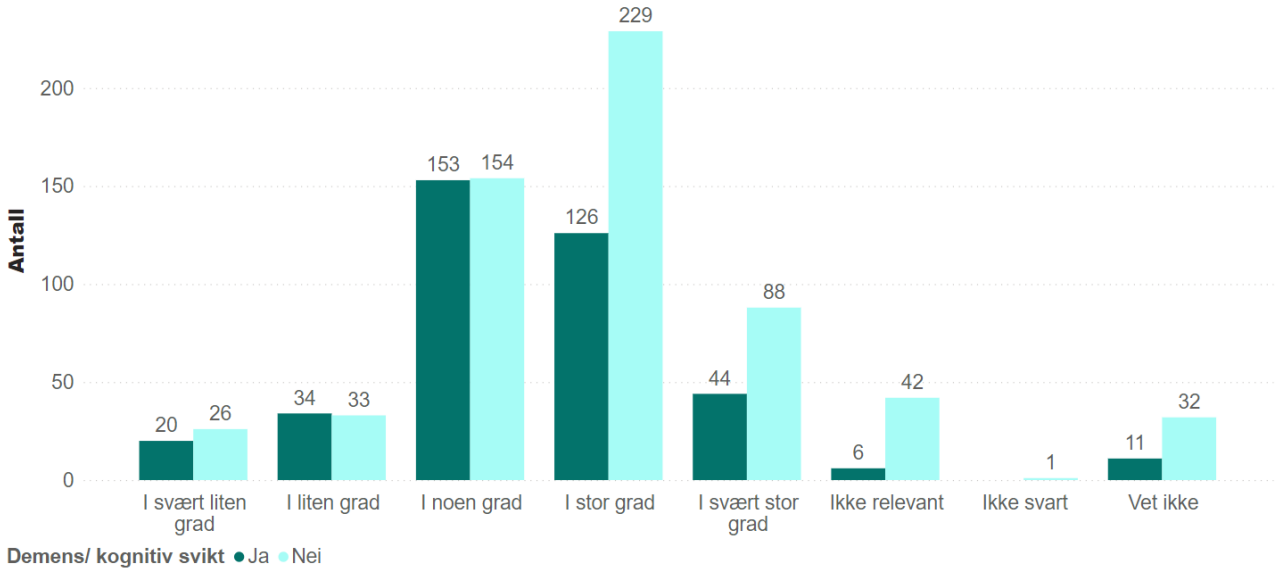
Figur 44 viser imidlertid at pårørende til personer som har demens eller kognitiv svikt i mindre grad erfarer at det er samsvar mellom behov og tjenestene som kommunen gir sammenlignet med øvrige pårørende. Under halvparten (43 prosent) av de pårørende til personer med demens/kognitiv svikt mener at det i stor eller svært stor grad er samsvar. Til sammenligning svarer over halvparten (52 prosent) at det i stor grad er samsvar blant de øvrige pårørende. Det er en tendens at de pårørende til personer med demens/kognitiv svikt i større grad svarer i noen grad (39 mot 25 prosent) eller i liten grad (14 mot 10 prosent).

Figur 43 I hvilken grad er det samsvar mellom personens behov for tjenester og tjenestene som kommunen gir?



Figur 44 Fordeling på om den aktuelle brukeren har demens/kognitiv svikt eller ikke (N = 999)

Demens/kognitiv svikt:	Andel liten grad	Andel noen grad	Andel stor grad	N
Ja:	0.14	0.39	0.43	394
Nei:	0.10	0.25	0.52	605



Tabell 42 viser hvor stor andel av pårørende til hjemmeboende personer med demens/kognitiv svikt som har svart i stor eller svært stor grad eller i liten eller svært liten grad på spørsmål om samsvar mellom behov og tjenester fordelt på avdeling. Figuren viser at ved blant annet Gulskogen, Øren, Solberg, Losjeplassen og Mjøndalen svarer et flertall av de pårørende at det i stor grad er samsvar mellom behov og tjenester. I andre enden av skalaen er blant annet Strømsø, Underlia og Svelvik, hvor om lag en av tre eller færre av de pårørende mener at det i stor grad er samsvar mellom behovet og tjenestene som gis. Ved disse avdelingene svarer også om lag hver tredje pårørende til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt at det i liten grad er samsvar.

I kommentarfelt opplyser flere pårørende til personer med demens/kognitiv svikt at det er behov for mer tid og er kompetanse hos de ansatte. Det er også behov for bedre kommunikasjon mellom ansatte.

Tabell 42 Samsvar mellom behov og tjenestene som kommunen gir. Kun pårørende til personer med demens/kognitiv svikt (N = 394)

Avdeling	Andel i liten eller svært liten grad	Andel i stor eller svært stor grad	Antall
Øren	0	0.61	18
Gulskogen	0.13	0.60	15
Solberg	0.09	0.55	11
Losjeplassen	0.10	0.54	39
Filten	0	0.50	8
Schwartz gate bofellesskap	0	0.50	4
Mjøndalen	0.12	0.48	33
Åssiden	0.11	0.46	37
Vet ikke	0.18	0.45	11
Landfalløya	0.12	0.44	16
Fjell	0.09	0.43	23
Konnerud	0.16	0.41	37
Bråta boliger og senter	0.10	0.40	10
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0.10	0.40	30
Krokstadelva	0.12	0.35	26
Annet	0.15	0.31	13
Svelvik	0.30	0.30	23
Underlia	0.25	0.30	20
Strømsø	0.30	0.25	20
Samlet	**0.14**	**0.43**	**394**

Revisjonen har også spurt de ansatte om de opplever at det er samsvar mellom tjenestene som gis og behovet for tjenester for hjemmeboende med demens. Samlet svarer i underkant av hver tredje ansatt (29 prosent) at det i stor grad er samsvar mellom tjenestene som gis og behov for tjenester for gruppen. Videre svarer 39 prosent i noen grad, mens 12 prosent svarer i liten grad. Det er variasjon mellom de ulike avdelingene. Et flertall av de ansatte svarer i stor eller svært stor grad ved Bråta bolig nr. 20 og Øren. Til sammenligning svarer om lag en av ti eller færre dette ved Konnerud, Filten og Losjeplassen jf. tabell 43.

Tabell 43 I hvilken grad er det samsvar mellom tjenestene som gis og behov for tjenester for hjemmeboende med demens?

Avdeling/analyseenhet	Andel i liten eller svært liten grad	Andel i noen grad	Andel i stor eller svært stor grad	Andel vet ikke/ikke relevant	Antall
Bråta bolig nr. 20	0	0.40	0.60	0	5
Øren	0.11	0.33	0.56	0	9
Landfalløya	0.10	0.3	0.50	0.1	10
Avdelingsledere	0	0.31	0.46	0.23	13
Mjøndalen	0.08	0.38	0.46	0.08	13
Underlia	0	0.38	0.38	0.25	8
Åssiden	0.09	0.45	0.36	0.09	11
Krokstadelva	0.14	0.43	0.36	0.07	14
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0.18	0.53	0.29	0	17
Strømsø	0.07	0.5	0.29	0.14	14
Bråta bolig 1 og 2	0.09	0.5	0.27	0.14	22
Solberg	0.12	0.38	0.25	0.25	8
Svelvik	0.12	0.41	0.24	0.24	17
Nattjeneste	0.38	0.15	0.23	0.23	13
Annet	0.06	0.28	0.22	0.44	18
Schwartzgate bofellesskap	0.22	0.22	0.22	0.33	9
Dagsenter	0.08	0.25	0.17	0.5	12
Gulskogen	0.17	0.17	0.17	0.5	6
Fjell	0	0.43	0.14	0.43	7
Konnerud	0.22	0.56	0.11	0.11	9
Filten	0.30	0.5	0.10	0.10	10
Losjeplassen	0.18	0.64	0.09	0.09	11
Samlet	**0.12**	**0.39**	**0.29**	**0.19**	**256**

Videre er 41 prosent av de ansatte enig i at hjemmeboende med demens mottar hensiktsmessige tjenester til rett tid. I underkant av en av tre ansatte (27 prosent) er uenig i påstanden, mens i overkant av en av 10 (13 prosent) svarer «verken eller» eller «vet ikke» (16 prosent).

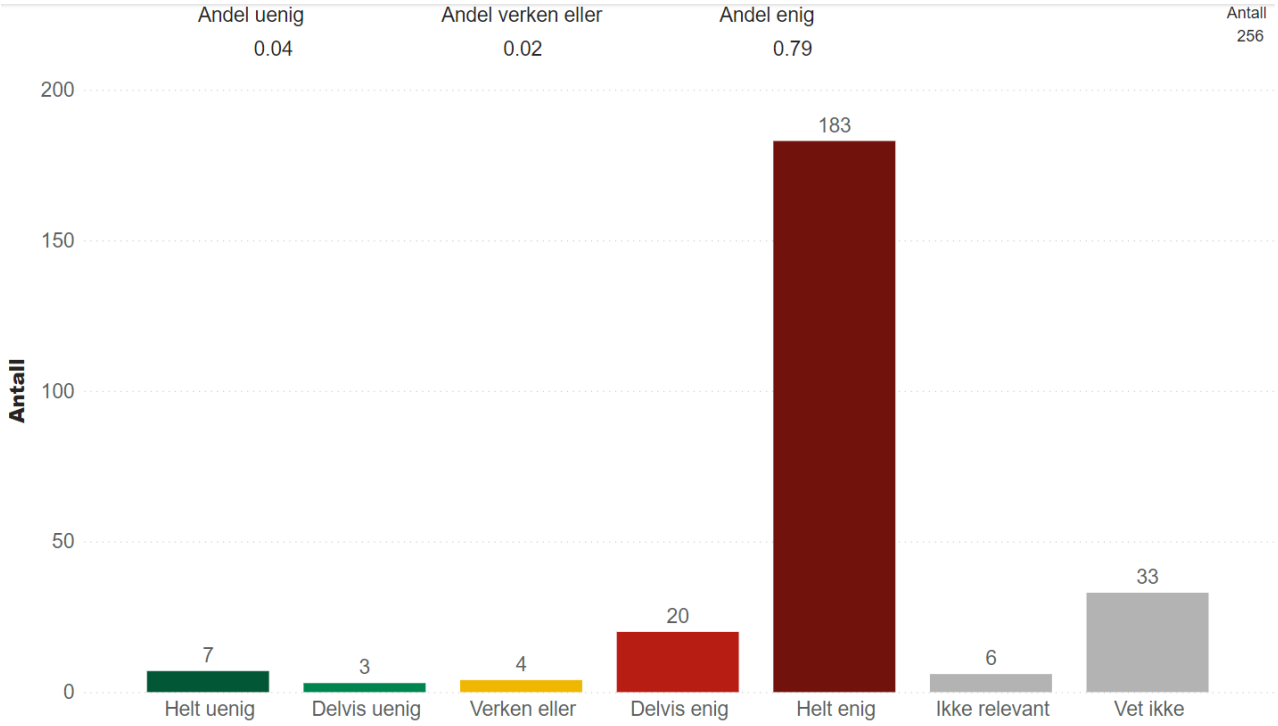
I tabell 44 sammenligner vi svarene mellom pårørende (til personer med demens/kognitiv svikt og øvrige) og de ansatte når det gjelder om tjenesten er tilpasset behov. Som tabellene og figurene over viser er det mange pårørende som opplever at det i noen grad (31 prosent) eller i stor grad (49 prosent) er samsvar mellom behov og tjenester, men pårørende til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt opplever generelt at det i mindre grad er samsvar. Tabellen nedenfor viser at forskjellen mellom de to gruppene varierer mellom 4 og 14 prosentpoeng. Mens 52 prosent av de øvrige pårørende mener at det i stor grad er samsvar, svarer kun 43 prosent dette blant pårørende til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt. De ansatte svarer samlet sett relativt likt som de pårørende til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt, men de erfarer i mindre grad (29 prosent mot 43 prosent) at det i stor grad er samsvar mellom tjenester og behov.

Tabell 44 Sammenligning av prosentandel av pårørende og ansatte som erfarer at det er samsvar mellom behov og tjenestene som kommunen gir

	Pårørende			Differanse i prosent:	
Grad av samsvar	**Demens/kognitiv svikt (N = 394)**	**Øvrige (N = 605)**	**Ansatte (N = 256)**	**Pårørende: demens/kognitiv svikt - øvrige**	**Pårørende demens/kognitiv svikt - ansatte**
I liten eller svært liten grad	14	10	12	4	2
I noen grad	39	25	39	14	0
I stor eller svært stor grad	43	52	29	-9	-14

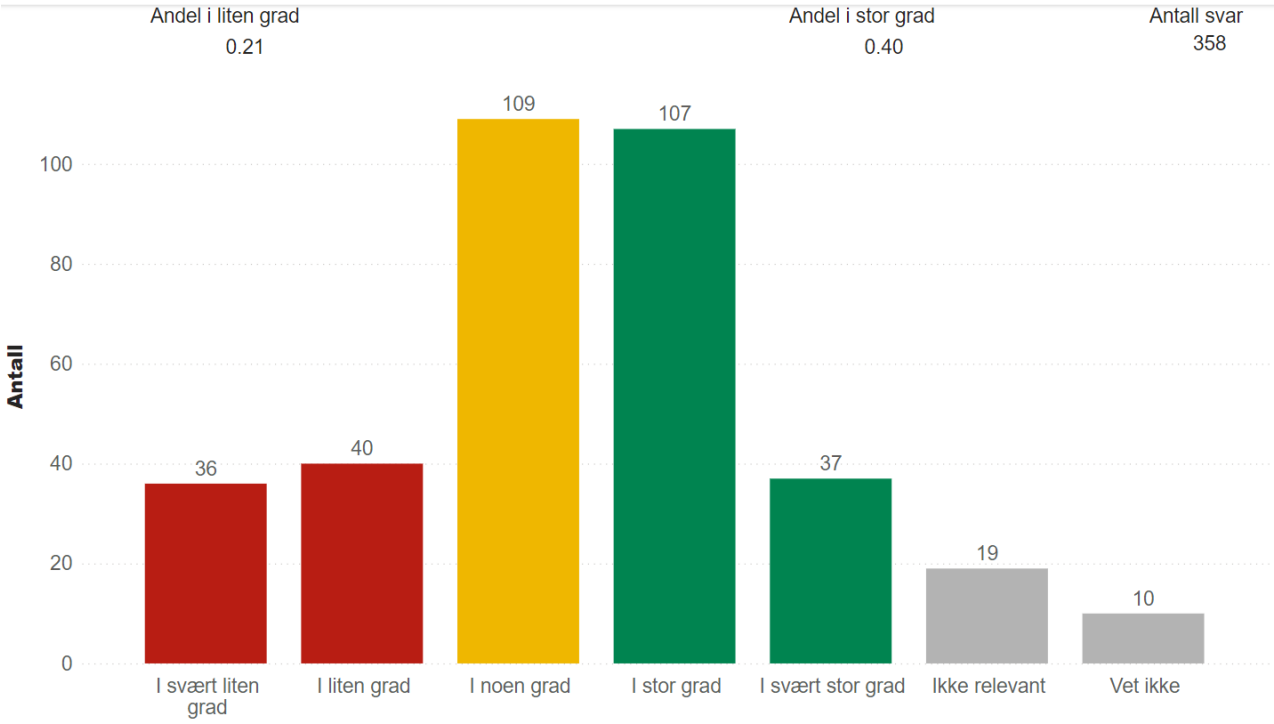
I senere faser av demensforløpet må kommunen vurdere om det fortsatt er forsvarlig at personen bor hjemme eller om det er nødvendig med heldøgns omsorg/sykehjemsplass. De fleste ansatte som har svart på spørreundersøkelsen (79 prosent) er enig i en påstand om at kommunen har for få institusjonsplasser (sykehjem) i forhold til behov for personer med demens. Kun fire prosent av de ansatte er uenig i påstanden jf. figur 45.

Figur 45 Påstand: Kommunen har for få institusjonsplasser (sykehjem) i forhold til behov for personer med demens



Revisjonen har også kartlagt om de pårørende mener at det er forsvarlig at den aktuelle hjemmeboende bor hjemme. Figur 46 viser videre i overkant av hver femte (21 prosent) pårørende til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt mener at det i liten eller svært liten grad er forsvarlig at den de er pårørende til bor hjemme (ikke på institusjon/sykehjem). Til sammenligning svarer under en av to (8 prosent) det samme blant pårørende som ikke har demens/kognitiv svikt.

Figur 46 I hvilken grad er det forsvarlig at den du er pårørende til bor hjemme (ikke på institusjon/sykehjem)? Kun pårørende til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt



Tekstboksene nedenfor gir noen eksempler fra spørreundersøkelsen og saksgjennomgangen på brukere hvor pårørende/ansatte i liten grad mener at tjenestene som gis er i tråd med behov.

Tekstboks 7 Eksempel på stor belastning for pårørende

> På spørsmål om det er samsvar mellom personens behov for tjenester og tjenestene som kommunen gir, svarer pårørende i svært liten grad. Den pårørende mener også i svært liten grad at det er forsvarlig at pasienten bor hjemme. De pårørende er ikke kjent med at kommunen har et hukommelsesteam/demenskontakter. Personen har ikke en diagnose, men personen har kognitiv svikt.
>
> I pasientens journal framgår det også at helsepersonell synes det er uforsvarlig at bruker bor hjemme som følge av fysisk og mental tilstand og kognitiv forvirring. Ifølge helsepersonell føler ektefelle seg fanget i eget hjem, og kommer seg ikke ut. Ektefelle får blant annet ikke sove om natten som følge av nattevåk.

Det er, som vist i tabell 44, en noe lavere andel av de ansatte (29 prosent) enn de pårørende (43 prosent) som svarer at det i stor grad er samsvar mellom behov og tjenester for hjemmeboende med demens/kognitiv svikt. Kommunalsjefen opplyser i intervju at dette ikke overaskende. Dette kan forklares med at de ansatte ofte har høye idealer og ønsker enda bedre faglighet. Brukere og pårørende er imidlertid ofte fornøyd ofte bare får de får hjelp, og stiller ikke like høye krav til bistanden som de ansatte gjør.

Når det gjelder at mange ansatte ser behov for flere sykehjemsplasser (se figur 45) forklarer kommunalsjefen at dette nok handler om at de de ansatte tenker at det er bedre at de som har demens og er utfordrende å håndtere, er på sykehjem. Likevel er det et mål og en dreining i kommunen at brukerne skal bo hjemme om mulig. Behovet for sykehjemsplasser er imidlertid stort og uansett hvor mange plasser en kommune har, vil det være behov for flere. Det at brukere med demens heller skal bo hjemme medfører imidlertid et større behov for kompetanse i hjemmetjenesten.

Virksomhetsleder nord utdyper i intervju at det leveres forsvarlige tjenester, men kan stilles spørsmål med hva som er godt og hva som er godt nok. Tjenestene til personene med demens er et område de ansatte er raske til å melde ifra når det ikke går lenger, slik at dette tas tak i. Når det ikke lenger kan leveres forsvarlige tjenester til de som bor hjemme tas det grep.

I intervju med avdelingsleder ved tildelingskontoret kommer det også fram at det er et mål at alle skal bo hjemme så lenge det kan ytes forsvarlige tjenester hjemme og brukerne får et forsvarlig tilbud jf. bo trygt hjemme-reformen. Det må imidlertid skilles mellom hva som er forsvarlige tjenester og hva som er optimal tjeneste. Drammen kommune skal gi forsvarlige tjenester, men ikke nødvendigvis optimale tjenester. Dette er noe det brukes mye tid på å snakke om i kommunen. Sykehjemsplass er et knapphetsgode som skal fordeles og det er viktig de som har størst behov får tilbudet. Det er også viktig at alle ansatte er omforent om hva som skal til for at brukere skal kunne bo hjemme.

Avdelingsleder ved tildelingskontoret forklarer videre at det er vanskelig å svare på om kommunen klarer å levere gode tjenester i tråd med behov til hjemmeboende med demens, men avdelingsleder mener at kommunen i all hovedsak klarer å gi forsvarlige tjenester. Det er også mange som har korttidsopphold på sykehjem, slik at de pårørende får avlastning. Kommunen har ikke ventelister på institusjonsplasser. Det må søkes om plass, og enten så får de avslag eller så får de en plass.

Avdelingsleder ved tildelingskontoret opplyser videre at kommunen nå satser på å bygge flere boliger med heldøgns omsorg for personer med demens. Avdelingsleder mener at dette i mange tilfeller er bedre for hjemmeboende med demens enn en plass på sykehjem. Personen er da sammen med andre med samme diagnose, som også trenger stell, pleie og behandling gjennom hele døgnet. Avdelingsleder har tro på disse boligene vil bidra til økt livskvalitet for personer med demens.

Avdelingsleder ved tildelingskontoret opplyser også at personer med demens ofte lever lenger enn mange med somatisk sykdom, fordi de kan være ganske friske somatisk sett. De trenger derfor ofte tjenester over lengre tid, sammenlignet med andre med behov for heldøgns omsorg. Om det er nok boliger tilgjengelig i kommunen vil fremtiden vise. Det er uansett viktig å benytte hele omsorgstrappen og at de som kan bo hjemme også bor hjemme. Ved å bygge flere omsorgsboliger beregnet på personer med demens, kan kommunen forhindre unødvendig bruk av langtidsplasser på sykehjem og brukerne kan samtidig leve mer selvstendige liv.

I intervju med avdelingslederne kommer det fram at det kan være et misforhold mellom hva brukerne ønsker og hva som er forsvarlige tjenester. Flere ønsker for eksempel sykehjemsplass fordi de føler seg utrygge, men det er ikke nødvendigvis et behov for det faglig sett. Det er imidlertid et mål at brukere skal bo hjemme så lenge som mulig. For pasientene hvor det ikke lenger er forsvarlig å bo hjemme må det imidlertid være langtidsplasser tilgjengelig. Avdelingslederne mener imidlertid at det muligens ikke

er nok langtidsplasser på sikt i forhold til behov. Hjemmetjenesteavdelingene har imidlertid dialog med tildelingskontoret når det ikke lenger er forsvarlig å bo hjemme, slike vurderinger blir gjort jevnlig.

Hukommelsesteamet forklarer at på bakgrunn av begrenset kapasitet og ressurser er det en tendens i kommunen at brukerne skal passe inn i «formen» til kommunen. Det er ofte lite rom for fleksibilitet og å «tenke utenfor boksen» i de ulike basene for hjemmetjenestene med tanke på hva som er mulig å få til. Dette gjelder blant annet mulighet for avlasting i hjemmet for pårørende når de er ute.

Hukommelsesteamet forklarer også at alle ledd i helsetjenesten er påvirket av at det ikke er tilstrekkelig med institusjonsplasser. Dette gir økt press på hjemmetjenesten og pårørende som en følgefeil av dette. Når hjemmeboende med behov ikke får institusjonsplass må hjemmetjenesten og pårørende i stor grad ta belastningen. Dette kan føre til at ansatte ikke orker mer og sier opp. Det kan også føre til at pårørende blir slitne og sykemeldt fra sine jobber.

Mangel på institusjonsplasser kan dermed få store ringvirkninger og det er en utfordring at kommunen ikke ser på helheten og samfunnseffektene. Sparte kostnader på institusjonsplasser i kommunen medfører derfor potensielt en stor kostnad for samfunnet. Det vises til at det var veldig merkbart at to sykehjem ble lagt ned før et alternativ var på plass. Ideelt sett bør kommunen i større grad se på hele bildet når det vurderes behovet for institusjonsplasser.

6.4. Nødvendige rutiner og prosedyrer for arbeid med hjemmeboende med demens

Kommunen samler og oppdaterer alle rutiner og prosedyrer i kvalitetssystemet EQS. I vedlegg 2 er en oversikt over sentrale rutinedokumenter som kommunen har oversendt i forbindelse med revisjonen.

I spørreundersøkelsen til de ansatte har vi kartlagt i hvilken grad de ansatte mener at kommunen har tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer på utvalgte områder som er sentrale for tjenestene til hjemmeboende med demens. Rutiner og prosedyrer er blant annet viktig for å ivareta krav til faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, og skal sikre lik standard og kvalitet på arbeid som utføres av ulike personer.

Tabell 45 viser at områdene hvor færrest ansatte mener at kommunen har tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer er utredning ved mistanke om demens (29 prosent) og samarbeid med fastlegene om oppfølging (30 prosent) og utredning (32 prosent). Det er også et mindretall av de ansatte som mener at kommunen i stor grad har tilstrekkelig med rutiner når det gjelder å regelmessig vurdere/evaluere tjenestebehovet etter demensdiagnose (37 prosent) og oppdatere vedtak ettersom symptomene på demens forverres (39 prosent). Til sammenligning mener et flertall av de ansatte (56 prosent) at kommunen har tilstrekkelig med rutiner når det gjelder journalføring i Gerica.

Tabell 45 I hvilken grad har dere tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer på følgende områder (eksempler i parentes)? (N = 256)

Rutiner og prosedyrer	Andel i liten eller svært liten grad	Andel i noen grad	Andel i stor eller svært stor grad	Andel vet ikke relevant
Utredning ved mistanke om demens (hjemmeboende med demens utredes og diagnostiseres til rett tid)	0.07	0.35	0.29	0.29
Samarbeid med fastlegene om oppfølging etter demensdiagnose (fastlegene informeres ved økt omsorgsbehov)	0.11	0.29	0.3	0.3
Samarbeid med fastlegene om utredning (fastlegene informeres ved mistanke om demens)	0.09	0.25	0.32	0.34
Regelmessig vurdering/evaluering av tjenestebehov etter demensdiagnose (det foretas jevnlig nye vurderinger av mestring, ADL/IPLOS mv.)	0.12	0.27	0.37	0.24
Vedtak oppdateres ettersom symptomene på demens forverres (kommunen fatter nye vedtak i tråd med økt omsorgsbehov)	0.09	0.29	0.39	0.23
Journalføring i Gerica (alle nødvendige opplysninger nedtegnes uten ugrunnet opphold)	0.07	0.23	0.56	0.13

Et flertall av de ansatte (59 prosent) er enig i at de ansatte har en felles forståelse av hvordan oppgavene skal løses. I underkant av en av fem (16 prosent) er uenig i påstanden, mens om lag like mange (17 prosent) svarer verken eller. Færre en av ti (10 prosent) har ingen oppfatning.

I Helsedirektoratets nasjonale kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022 kom det fram at 62 prosent av kommunene hadde faste rutiner, prosedyrer eller modeller for systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende etter diagnose. Av disse benyttet 43 prosent modellen «tiltakspakke demens» for systematisk oppfølging etter demensdiagnose. [236]

Drammen kommune har ikke innført egne modeller som sikrer systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens uavhengig av avdeling. I Drammen er det derfor opp til hver enkelt avdeling om de ønsker å systematisk følge opp personer med demens eller ikke. Virksomhetsleder nord forklarer i intervju at tiltakspakken for hjemmeboende med demens er kjent, men at den ikke brukes systematisk i avdelingene. Det krever mye oppfølging, men er et godt verktøy å bruke.

Kommunalsjefen opplyser imidlertid at det er en aktuell problemstilling å innføre et pakkeforløp eller lignende systematikk for hjemmeboende med demens, men det ønskelig å se på totalorganiseringen først. Ikke alle avdelingene har tilstrekkelig med kompetanse og ressurser til å innføre slik systematikk per desember 2023. Det er i så tilfelle behov for å lage mer spesialiserte avdelinger (spisse kompetansen mer). Men ideelt sett bør hjemmeboende personer med demens inn i et pakkeforløp eller

[236] Helsedirektoratet (2023) Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022, s. 4.

lignende. Det viktigste er uansett å systematisere forløpene for hjemmeboende med demens i enda større grad, uavhengig av hva modellen eller systemet heter.

Avdelingsleder ved tildelingskontoret mener også det bør innføres en type pakkeforløp eller lignende for personer med demens, som starter ved mistanke om kognitiv svikt. Det bør «gå en varsellampe» i kommunen ved mistanke om demens slik at alle ansatte vet hvem som skal kobles på i ulike faser, og hvem som skal gjøre hva. Dette vil redusere sannsynligheten for at det er tilfeldig og personavhengig hva slags oppfølging hjemmeboende personer med demens og deres pårørende får. Et pakkeforløp eller lignende vil sikre at fastlege, hjemmetjenesten, hukommelsesteamet, sykehus mm. i større grad behandler alle med demens likt. Hukommelsesteamet er nok de som har best systemer for å følge opp hjemmeboende med demens i dag, men det er mange personer med demens som ikke er i kontakt med dem.

I intervjuene og i spørreundersøkelsen kommer det fram at enkelte avdelinger har egne demenslister, hvor hjemmeboende med demensdiagnose følges opp av egne ansatte med kompetanse om demens. Her er det gjerne færre ansatte med kompetanse som har ansvar for å følge opp hjemmeboende med demens. Dette gjelder eksempelvis Underlia, Åssiden og Landfalløya.

I intervju med avdelingslederne kommer det fram at egne demenslister fungerer bra i avdelingene som benytter dette, og at det er helt avgjørende for hjemmeboende med demens at de kjenner de ansatte. Dette gir trygghet og bidrar til kontinuitet. Det er imidlertid en forutsetning å ha tilgang på engasjerte ansatte med kompetanse og interesse for temaet om avdelingene skal ha egne demenslister. Mangel på ansatte som ønsker å jobbe med personer med demens og begrenset med ressurser trekkes fram som årsaker til at ikke alle avdelinger har demenslister.

Avdelingsleder for Underlia forklarer i spørreundersøkelsen at avdelingen har en egen liste med brukere med demens. Dette sørger for at bare kjente ansatte kommer til brukerne så langt det lar seg gjøre. En slik liste sørger også for at pasientene blir riktig kartlagt, og at det følges tett opp med hyppige samarbeidsmøter med pårørende, bruker og fastlege. Avdelingsleder forklarer også at det ikke er lett å ha samme tette oppfølging og koordinering av brukere på kvelder og helger, fordi de ansatte på listen også må ha fri. Avdelingslederen kommer også med en rekke forslag når det gjelder tjenester til hjemmeboende med demens:

- Bedre og harmoniserte rutiner for kartlegging og oppfølging av brukerne med demens diagnose.
- Bedre tilbud for dag/kveld senter for å avlaste pårørende og forebygge/beholde brukerne hjemme.
- Påfyll for ansatte med tanke på demensfag.
- Alle avdelinger burde ha demens team/ruter.
- Bedre samarbeid mellom TOK, avdelingene og fastlegene.
- Hadde vært interessant med et eget team for kartleggingsbesøk for å kartlegge og tilby likt.

Revisjonen har i åpent spørsmål spurt ansatte om på hvilken måte kommunens rutiner og prosedyrer og praksis eventuelt kan bli bedre når det gjelder tjenester til hjemmeboende med demens. Samlet har 72 ansatte svar på spørsmålet. Det går blant annet fram av svarene at rutiner og prosedyrer ofte finnes, men at det mangler tid til å gjennomføre og følge rutinene. Se vedlegg 6 for utvalgte svar.

6.5. Nærmere gjennomgang av utvalgte rutiner og praksis

Nedenfor følger en nærmere gjennomgang av utvalgte rutiner og tilhørende praksis, henholdsvis rutiner for utredning ved mistanke om demens og samarbeid med fastlegene, rutiner for å regelmessig kartlegge tjenestebehov (ADL), samt rutiner for å oppdatere vedtak og rutiner for å føre journal.

6.5.1. Rutiner for utredning ved mistanke om demens

Som det framgår av tabell 45 er det er et mindretall av de ansatte (29 prosent) som svarer at kommunen i stor eller svært stor grad har tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer når det gjelder utredning ved mistanke om demens, slik at hjemmeboende med demens utredes og diagnostiseres til rett tid. Videre svarer 35 prosent i noen grad, mens 7 prosent svarer i liten grad. I underkant av en av tre (29 prosent) svarer vet ikke. Det er imidlertid variasjon mellom de ulike hjemmetjenesteavdelingene når det gjelder hva ansatte svarer på spørsmålet. Ved Øren svarer eksempelvis de fleste ansatte (67 prosent) at kommunen i stor eller svært stor grad har rutiner og prosedyrer for utredning ved mistanke om demens, mens mindre enn hver femte ansatt svarer dette ved Krokstadelva, Konnerud, Losjeplassen og Svelvik.

Tabell 46 I hvilken grad har dere tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer for utredning ved mistanke om demens.

Avdeling	Andel i liten eller svært liten grad	Andel i noen grad	Andel i stor eller svært stor grad	Andel vet ikke relevant	Antall svar
Øren	0	0.22	0.67	0.11	9
Filten	0	0.4	0.50	0.10	10
Åssiden	0.09	0.27	0.45	0.18	11
Bråta bolig nr. 20	0	0.2	0.40	0.4	5
Landfalløya	0	0.4	0.40	0.2	10
Mjøndalen	0	0.54	0.38	0.08	13
Solberg	0.12	0.12	0.38	0.38	8
Underlia	0	0.5	0.38	0.12	8
Strømsø	0	0.43	0.36	0.21	14
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0	0.53	0.35	0.12	17
Annet	0	0.22	0.33	0.44	18
Dagsenter	0	0.17	0.33	0.5	12
Gulskogen	0.17	0.17	0.33	0.33	6
Fjell	0	0.29	0.29	0.43	7
Avdelingsledere	0	0.46	0.23	0.31	13
Schwartzgate bofellesskap	0.11	0.11	0.22	0.56	9
Bråta bolig 1 og 2	0.14	0.36	0.18	0.32	22
Losjeplassen	0.18	0.55	0.18	0.09	11
Svelvik	0.29	0.35	0.12	0.24	17
Konnerud	0.11	0.56	0.11	0.22	9
Nattjeneste	0.15	0.15	0.08	0.62	13
Krokstadelva	0.14	0.43	0.07	0.36	14
Samlet	**0.07**	**0.35**	**0.29**	**0.29**	**256**

På spørsmål om kommunen har tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer for samarbeid med fastlegene om utredning, svarer også om lag en av tre ansatte (32 prosent) i stor eller svært stor grad. Videre svarer en av fire (25 prosent) i noen grad, mens omtrent hver tiende ansatt (9 prosent) svarer i liten eller svært liten grad på spørsmålet. Tabell 47 viser at de fleste ansatte (67 og 62 prosent) svarer i stor eller svært stor grad på spørsmålet ved Øren og Underlia. Til sammenligning svarer i overkant av en av ti (12 prosent) at det er tilstrekkelig med rutiner for samarbeid om utredning med fastlegene ved Svelvik.

Tabell 47 I hvilken grad har dere tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer for samarbeid med fastlegene om utredning (fastlegene informeres ved mistanke om demens).

Avdeling	Andel i liten eller svært liten grad	Andel i noen grad	Andel i stor eller svært stor grad	Andel vet ikke/ ikke relevant	Antall svar
Øren	0.11	0.11	0.67	0.11	9
Underlia	0.12	0	0.62	0.25	8
Landfalløya	0	0.4	0.50	0.1	10
Strømsø	0	0.36	0.50	0.14	14
Mjøndalen	0	0.23	0.46	0.31	13
Åssiden	0.09	0.27	0.45	0.18	11
Annet	0	0.11	0.44	0.44	18
Konnerud	0.11	0.22	0.44	0.22	9
Filten	0	0.40	0.40	0.20	10
Solberg	0	0.25	0.38	0.38	8
Losjeplassen	0.09	0.36	0.36	0.18	11
Gulskogen	0.17	0	0.33	0.50	6
Schwartzgate bofellesskap	0.11	0	0.33	0.56	9
Avdelingsledere	0.08	0.23	0.31	0.38	13
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0	0.59	0.24	0.18	17
Krokstadelva	0.21	0.36	0.21	0.21	14
Bråta bolig nr. 20	0	0.40	0.2	0.40	5
Dagsenter	0.08	0.08	0.17	0.67	12
Fjell	0.14	0.14	0.14	0.57	7
Bråta bolig 1 og 2	0.14	0.23	0.14	0.50	22
Svelvik	0.24	0.41	0.12	0.24	17
Nattjeneste	0.15	0.08	0.08	0.69	13
Samlet	**0.09**	**0.25**	**0.32**	**0.34**	**256**

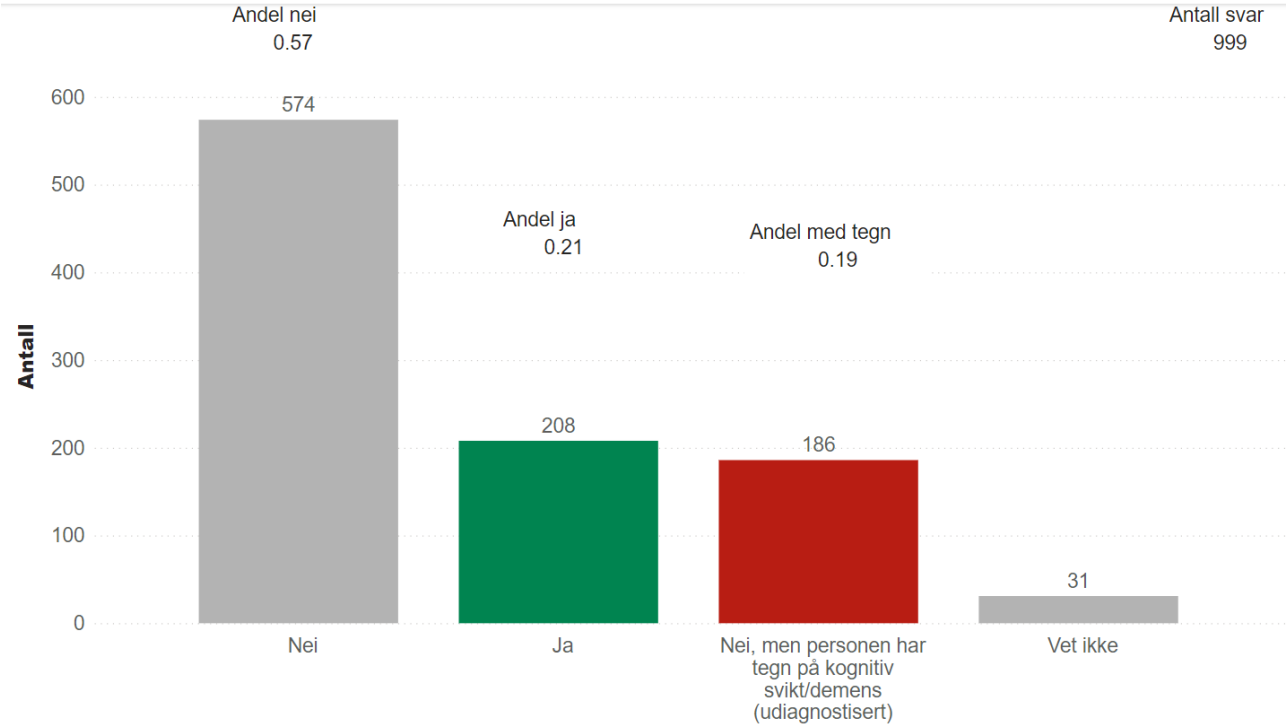
De ansatte er i stor grad enig i påstanden om at mange hjemmeboende med demens i Drammen mangler en diagnose. Samlet er et flertall (55 prosent) av de ansatte enige i påstanden. Tabell 48 viser imidlertid at det er stor variasjon mellom de ulike avdelingene. Ved Losjeplassen er samtlige ansatte (100 prosent) enig påstanden og ved flere avdelinger er mer enn 70 prosent av de ansatte helt eller delvis enig i at mange hjemmeboende personer mangler en diagnose. Den laveste andelen ansatte er enig ved Solberg og Svelvik.

Tabell 48 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand: Mange hjemmeboende med demens i Drammen mangler en diagnose (N = 256)

Avdeling/analyse-enhet	Andel helt eller delvis uenig	Andel verken eller	Andel helt eller delvis enig	Andel ingen oppfatning	Antall svar
Losjeplassen	0	0	1.00	0	11
Øren	0	0	0.89	0.11	9
Konnerud	0	0	0.78	0.22	9
Fjell	0	0	0.71	0.29	7
Strømsø	0.07	0	0.71	0.21	14
Filten	0	0.1	0.70	0.20	10
Landfalløya	0	0.1	0.70	0.20	10
Underlia	0	0.38	0.62	0	8
Nattjeneste	0.15	0.08	0.62	0.15	13
Bråta bolig nr. 20	0.20	0	0.60	0.20	5
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0.12	0.12	0.59	0.18	17
Krokstadelva	0	0.07	0.57	0.36	14
Annet	0	0	0.50	0.50	18
Dagsenter	0.08	0.08	0.50	0.33	12
Gulskogen	0.17	0.17	0.50	0.17	6
Avdelingsledere	0	0.15	0.46	0.38	13
Mjøndalen	0	0.08	0.46	0.46	13
Bråta bolig 1 og 2	0.14	0.18	0.36	0.32	22
Åssiden	0.27	0.18	0.36	0.18	11
Schwartzgate bofellesskap	0.11	0	0.33	0.56	9
Svelvik	0.12	0.24	0.29	0.35	17
Solberg	0.25	0.12	0.12	0.50	8
Samlet	**0.07**	**0.10**	**0.55**	**0.28**	**256**

Revisjonen har også spurt de pårørende om den de er pårørende til har en demensdiagnose. I overkant av en av fem pårørende (21 prosent) svarte at den de er pårørende til har en demensdiagnose. Videre svarte nesten like mange (19 prosent) at personen har tegn på kognitiv svikt/demens, men er udiagnostisert. Et flertall (57 prosent) av de pårørende svarte imidlertid nei på spørsmål om personen har en demensdiagnose, jf. figur 47. I denne undersøkelsen behandles som regel de som svarer at den aktuelle brukeren har en demensdiagnose eller tegn på kognitiv svikt/demens sammen. Disse personene utgjør i hovedsak rapportens målgruppe.

Figur 47 Har den du er pårørende til en demensdiagnose?



I kommentarfelt opplyser ansatte at det er behov for økt kompetanse hos fastlegene. Det er også viktig at pårørende får informasjon av fastlegene om hvem i kommunen de kan kontakte etter en demensdiagnose. Videre burde fastlegene vært oftere på hjemmebesøk for å bedre kunne vurdere behov og stille en demensdiagnose. Videre kommer det fram at det tar for lang tid fra personer får diagnose til de får bistand fra kommunen. Det er for få personer som jobber i forhold til kommunens størrelse.

I spørreundersøkelsen til pårørende kommer det fram av kommentarfelt at hukommelsesteamet/demensteamet gjør en enestående jobb, men også at det kan være en fare for at de blir utbrent om ikke politikerne gjør noe med ressurssituasjonen snart. Det kommer også fram i datainnsamlingen at årsak til at mange med demens ikke er diagnostisert er at de ikke ønsker det. I tekstboks 9 viser vi et eksempel på en bruker med demens som ikke ønsker bistand fra kommunen.

Tekstboks 8 Eksempel på hjemmeboende bruker med demens som ikke vil motta hjelp fra kommunen

Den pårørende svarer i spørreundersøkelsen at det i liten grad er samsvar mellom personens behov for tjenester og tjenestene som kommunen gir. Pårørende mener også det i liten grad er forsvarlig at personen bor hjemme.

Personen har diagnosen demens og har demenskoordinator. Det er imidlertid kun gjennomført en ADL- kartlegging i mai 2022. Ifølge pårørende følges ikke pasienten jevnlig opp av fastlegen, og mottar ikke dagaktivitetstilbud.

Av brukers journal går det fram at pasienten ikke vil ta imot hjelp fra hjemmetjenesten og at bruker er ukritisk til egen helse. Bruker og pårørende har imidlertid vært hos fastlegen, og bruker er henvist til videre utredning på sykehus. Hjemmesykepleien vil forsøke å motivere bruker til å ta imot hjelp ut fra tiltaksplanen og dokumentere hva man får til og ikke får til i påvente av mer avklaring.

Kommunalsjefen forklarer i intervju at fastlegene er nøkkelen for å sikre at hjemmeboende personer med demens uten diagnose utredes og diagnostiseres. Fastlegene møter ofte personene før hjemmetjenestene er inne i bildet. Kommunen har hukommelsesteamet, som kan se tidlige tegn til symptomer. De henviser gjerne også videre til fastlegene. Kommunen driver imidlertid ikke systematisk utredning av personer med mistanke om demens.

Kommunalsjefen opplyser også at hjemmehjelpene som gir praktisk bistand (rengjøring mv.) er en gruppe ansatte, som ofte møter brukere med demens på et tidligere tidspunkt i forløpet. Det er viktig at denne gruppen har tilstrekkelig med kunnskap til å se tidlige tegn på demens. Det er nå flere ansatte i denne gruppen som får kompetanse på demens slik at de kan koble på andre for bistand

Tekstboks 10 gir et eksempel på en hjemmeboende person med demens som kun får praktisk bistand (hjemmehjelp) fra kommunen.

Tekstboks 9 Eksempel på bruker med demens som kun får praktisk bistand fra kommunen

Pårørende svarer i spørreundersøkelse at det er svært liten grad av samsvar mellom personens behov og tjenestene kommunen gir. Pårørende mener også det i svært liten grad er forsvarlig at personen bor hjemme.

Nedenfor følges et forkortet utdrag fra pårørendes kommentarer i spørreundersøkelsen:

«Jeg som pårørende har daglig omsorg for min mor og er helt utslitt. Min mor har ikke vært på butikken siden våren 2008. Hun har vaskulær demens. Og husker ikke fra dag til dag. Ønsker å søke plass på sykehjem. Men hun vil ikke. Jeg er så urolig hvor hun skal bo i 2024, hvis hun ikke får forlenget leiekontrakten (kommunal utleiebolig). Jeg er ufør og syk og har hjemmehjelp selv. Dette er ikke greit. Det hjelper ikke hva jeg har prøvd. Å si ifra om i disse 9 årene her i *kommunedelen*. Jeg har hatt ansvar for min demente mamma fra sommeren 2008 til nå. Det er 15 1/2 år. Hun har ikke sosial omgang annet enn at jeg ringer hver kveld … Ønsker en lettelse snart Håper min mor kan få sykehjemsplass.»

Det går også fram av pårørendes kommentarer at det i all hovedsak er de pårørende som dekker personens behov, uten noe særskilt bistand fra kommunen.

I personens journal går det fram at personen kun mottar praktisk bistand i hjemmet (rengjøring). Det er kun gjennomført en ADL-kartlegging av personen tilbake i 2017, og det er ikke registrert noe informasjon i personens journal siden oktober 2021.

Hukommelsesteamet forklarer i intervju at de har rutiner for kartlegging (basal demensutredning), men de er usikre på om det er gode nok rutiner i hjemmetjenesteavdelingene for å følge med og melde inn behov for utredning til teamet. Det kan dermed være mange hjemmeboende med behov for utredning og oppfølging som ikke får det. Teamet vet lite om det som ikke er meldt inn, men tror det kan være mange mennesker som burde hatt utredning. Hukommelsesteamet får imidlertid mange henvendelser fra både fastleger og hjemmetjenesten.

Hukommelsesteamet opplyser videre at i hvilken grad tilbudet er godt nok kjent er likevel usikkert, og tilbudet kan nok kommuniseres tydeligere ut. Dette henger sammen med behovet for kompetanseheving i hjemmetjenesten. Kommunen bør også i større grad klargjøre hva kommunen kan gjøre selv og når det bør henvises til andre. Avdelingene har mange nyansatte, og det kan være utfordrende for ansatte i hjemmetjenesten å holde seg oppdatert på alle rutiner. Et forslag kan være å ha enkeltpersoner i hver avdeling/base som er gode på utredning av demens.

Hukommelsesteamet deltar på tverrfaglige møter ved behov fra og med høsten 2023, og ønsker å opprette et samarbeid/forum hvor behov for utredning kan meldes inn. Hukommelsesteamet er imidlertid litt underbemannet i forhold til behovet. Mange hjemmeboende skulle hatt utredning og det er også et stort behov for å følge opp pårørende.

Hukommelsesteamet opplyser videre at teamet ikke har noe egen rutine for samarbeid med fastlegene. Teamet sender imidlertid gjerne meldinger gjennom e-link til fastlegene etter utredning, men får ofte

ikke noe svar tilbake. Når hukommelsesteamet har vært hos bruker, kartlagt og sendt fra seg rapporten er det ikke alltid de får noe tilbakemelding fra fastlegene. Det er ingen rutine på at teamet får noe tilbake som kan registreres i deres systemer.
Hukommelsesteamet opplyser at fastlegene har ytret et ønske om tettere samarbeid med hukommelsesteamet. Dette er på fagteamets agenda og teamet ønsker å arrangere en samling for å avklare samarbeid og informere om hukommelsesteamets arbeid. Her er det også aktuelt å ta opp problematikk rundt hyppigheten av fastlegenes oppfølging av hjemmeboende med demens.

I intervju med avdelingsledere kommer det fram at det er for mange udiagnostiserte i Drammen kommune og at fastlegene i større grad bør ansvarliggjøres for manglende diagnostisering. Det er også behov for et bedre samarbeid mellom hjemmetjenesteavdelingene og hukommelsesteamet eller spesialsykepleier for å se om pasientene bør utredes videre. I avdelingene som har egne demenslister er det gjerne et krav om demensdiagnose for å komme på listen. At det stilles diagnose anses som veldig viktig.

Ikke alle hjemmeboende personer med mistanke om demens har faktisk demens. Det er blant annet eksempler på personer med tegn på demens, som er deprimert. Fastlegene er ofte generelt interessert i samarbeid med sykepleierne i hjemmetjenesten, men det er behov for avsatte ressurser til et kontinuerlig samarbeid med fastlegene. De ansatte i hjemmetjenesten kan eksempelvis bidra med kartlegging (klokketest mv.), og melde resultatene videre til fastlegene.

Avdelingslederne forklarer også at hukommelsesteamet fungerer godt. Teamet kartlegger godt og er en god faglig hjelp for avdelingene. Hukommelsesteamet samarbeider også med fastlegene. Graden av samarbeid varierer likevel fra fastlege til fastlege.

6.5.1. Samarbeid med fastlegene om oppfølging etter demensdiagnose

Som vist i tabell 49 svarer i underkant av en av tre (30 prosent) det i stor eller svært stor grad er tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer for samarbeid med fastlegene om oppfølging etter demensdiagnose. Omtrent like mange (29 prosent) svarer i noen grad, mens i overkant av en av ti (11 prosent) svarer i liten grad. Tabellen viser at det er variasjon mellom de ulike avdelingene. Ved Underlia, Schwartz gate bofellesskap og Øren svarer de fleste ansatte i stor eller svært stor grad på spørsmålet, mens få svarer dette ved blant annet Konnerud og Svelvik.

Tabell 49 I hvilken grad har dere tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer for samarbeid med fastlegene om oppfølging etter demensdiagnose

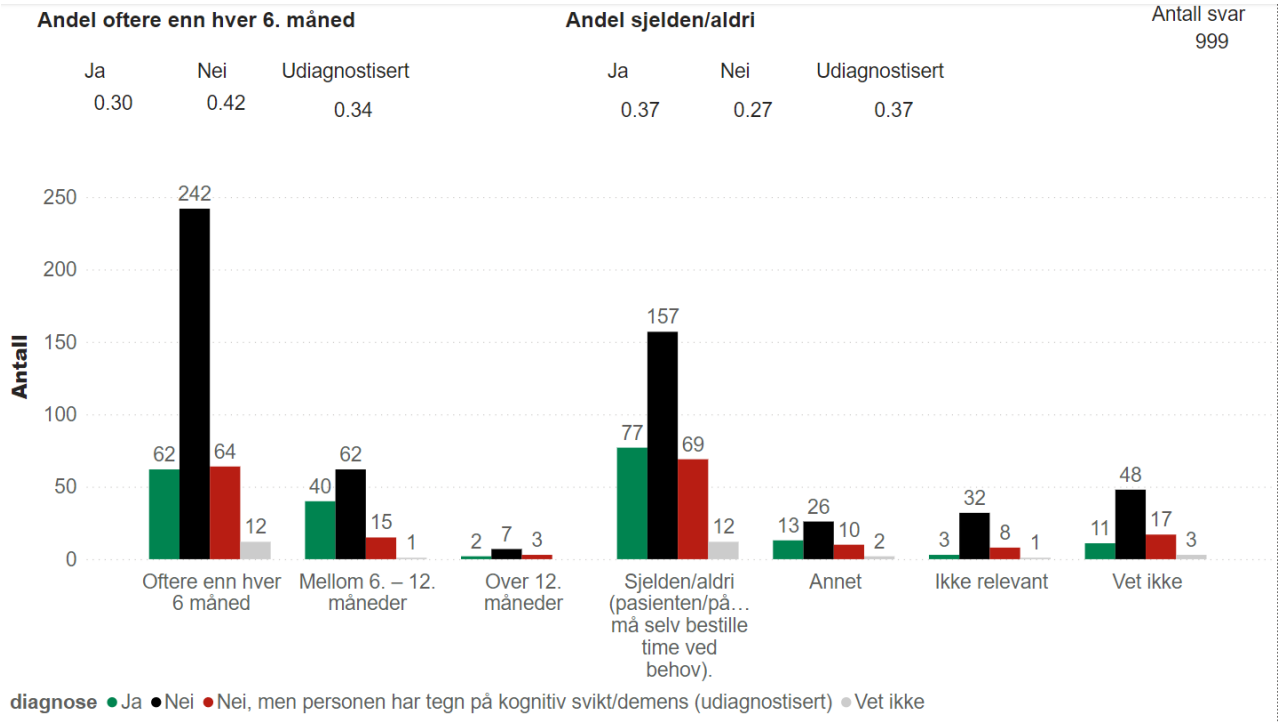
Avdeling/analyse-enhet	Andel i liten eller svært liten grad	Andel i noen grad	Andel i stor eller svært stor grad	Andel vet/ ikke relevant	Antall svar
Underlia	0	0.12	0.75	0.12	8
Schwartzgate bofellesskap	0.11	0	0.67	0.22	9
Øren	0.11	0.11	0.67	0.11	9
Mjøndalen	0	0.15	0.62	0.23	13
Landfalløya	0	0.20	0.50	0.30	10
Strømsø	0.07	0.29	0.43	0.21	14
Filten	0	0.4	0.40	0.20	10
Solberg	0	0.25	0.38	0.38	8
Avdelingsledere	0.08	0.31	0.31	0.31	13
Fjell	0.14	0	0.29	0.57	7
Krokstadelva	0.07	0.36	0.29	0.29	14
Åssiden	0.18	0.45	0.27	0.09	11
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0.06	0.47	0.24	0.24	17
Annet	0.11	0.22	0.22	0.44	18
Bråta bolig nr. 20	0	0.4	0.2	0.40	5
Losjeplassen	0.18	0.55	0.18	0.09	11
Dagsenter	0.08	0.17	0.17	0.58	12
Gulskogen	0.17	0.17	0.17	0.50	6
Bråta bolig 1 og 2	0.27	0.36	0.14	0.23	22
Svelvik	0.24	0.41	0.12	0.24	17
Konnerud	0.11	0.56	0.11	0.22	9
Nattjeneste	0.08	0	0.08	0.85	13
Samlet	**0.11**	**0.29**	**0.30**	**0.30**	**256**

I kommentarfelt opplyser ansatte blant annet at det ideelt sett bør være faste samarbeidsmøter med fastlegene hver sjette uke. Det kommer også fram at det er behov for mer tid og fokus på legemiddelhåndtering i samråd med fastlegene når det gjelder hjemmeboende med demens.

De pårørende til hjemmeboende med demens er delt i spørsmål om det er et tilstrekkelig samarbeid mellom hjemmetjenesten og fastlegen om tjenestene. I overkant av en av tre (35 prosent) svarer vet ikke/ikke relevant, mens en av fem (25 prosent) svarer i noen grad. I underkant av en av fire svarer i liten grad (24 prosent), mens under en av fem (16 prosent) svarer i stor grad.

Når det gjelder de pårørende svarer i underkant av hver tredje (30 prosent) pårørende til hjemmeboende med en demensdiagnose at den de er pårørende til følges opp av fastlegen oftere enn hver tredje måned. Til sammenligning følges 42 prosent av de som ikke har en demensdiagnose opp av fastlegen oftere enn hver sjette måned, mens 34 prosent av de med mistanke om kognitiv svikt følges opp oftere enn hver sjette måned. Blant både de med en demensdiagnose og blant de med tegn på kognitiv svikt er det en høy andel (37 prosent) som sjelden eller aldri følges opp rutinemessig av fastlegen jf. figur 48.

Figur 48 Hvor ofte følges den du er pårørende til rutinemessig opp av fastlegen?



I kommentarfeltet er det flere pårørende til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt som forklarer at fastlegen i liten grad/ikke følger opp brukeren. Det er også flere som mener det burde vært en tettere dialog mellom fastlegene og hjemmetjenestene, og at fastlegene blant annet bør være med på ansvarsgruppemøter.

Hukommelsesteamet opplyser i intervju at det ikke er godt nok avklart hvordan fastlegene bør følge opp personer med demensdiagnose. Mange forventer å bli kalt inn jevnlig, men i realiteten må brukerne/pårørende ofte bestille time selv. Teamet tror ikke faste innkallinger blir praktisert i noe særlig grad, selv om dette anbefales i demensretningslinjen og er beste praksis. Hukommelsesteamet anbefaler gjerne bruker/pårørende å bestille time hos fastlegen et par uker etter besøk fra teamet slik at fastlegen får tilgang til utredningen og kan vurdere hva som skal skje videre. Teamet har ikke merket

noe forskjell i oppfølging for de som har fastleger i andre kommuner, sammenlignet med de som har fastleger i Drammen kommune.

Avdelingslederne forklarer i intervju at samarbeidet med fastlegene er viktig, men utfordrende. Et godt samarbeid krever mye oppfølging og hjemmetjenesten har generelt lite tid. Hjemmetjenesten ber imidlertid om hjelp fra fastlegene når det er utfordringer. Avdelingslederne peker på at det kan være ulik interesse og dermed kompetanse om demens hos fastlegene, noe som kan forklare at flere fastleger i liten grad følger opp hjemmeboende med demens. At fastlegene ber om et samarbeid eller om kartlegging av hjemmeboende med demens skjer imidlertid sjeldent. Noe variasjon mellom fastlegene er det imidlertid. Enkelte fastleger er interessert, andre er ikke så interessert. Til sammenligning får gjerne demente på sykehjem en tettere oppfølging av leger, da det er egne leger tilgjengelig med spisskompetanse om demens. Det er imidlertid få fastleger med spisskompetanse om demens som engasjerer seg overfor de hjemmeboende med demens.

Kommunalsjefen opplyser at kommunen har tilstrekkelig med rutiner for samarbeid med fastlegene på strategisk nivå gjennom det lokale samarbeidsutvalget (SU). Det er et strategisk lokalt samarbeid, hvor virksomhetsleder Nord deltar i møter med representanter for fastlegene (SU). Her jobbes det med utvikling av samarbeidet og utfordringer tas opp systematisk. Representantene sikrer informasjon ut til kollegaene.

I kontradiksjonsrunden opplyser kommunalsjefen at det er planlagt et kvalitetsseminar i regi av SKIL (senter for kvalitet i legetjenesten) i april 2024. Seminaret har samarbeid mellom kommunene og fastlegene om skrøpelige eldre som overordnet tema, og demensutredning er et av temaene som skal drøftes. Dette er en satsning fra kommunen side på bedre samhandling mellom de aktuelle aktørene.

Kommunalsjef forklarer videre at det på operasjonelt nivå er nasjonale føringer for PLO og E-link (elektroniske meldinger) for samarbeid etter gitte standarder. Det er ulike forløp innenfor demens med ulikt behov for oppfølging, samarbeidet blir derfor ulikt fra sak til sak. Noen hjemmeboende blir fort dårligere, mens andre kan fungere godt i mange år før de trenger bistand. En diagnose vil imidlertid føre til at personen får mer oppmerksomhet. Mange følges ikke opp fast av fastlegene minimum hver 6 måned, men det er behovene som styrer. Mange har nok ikke behov for så hyppig oppfølging tidlig i forløpet. På spørsmål om hjemmeboende får tilstrekkelig hjelp og oppfølging av fastlegene vil nok mange svart ja. Hjemmetjenesten er imidlertid opptatt av å ansvarliggjøre fastlegene og har lav terskel for å koble på fastlegene ved behov.

6.5.2. Rutiner for regelmessig vurdering/evaluering av tjenestebehov og oppdatering av vedtak

Når det gjelder rutiner for å regelmessig vurdering og evaluering av mestringsnivå/ADL svarer de ansatte noe mer positivt, sammenlignet med spørsmålene om utredning og samarbeid med fastlegene, jf. tabell 50. Samlet er det 37 prosent som opplever at det er gode rutiner og prosedyrer på området, mens 27 prosent svarer i noen grad. I overkant av en av ti (12 prosent) svarer i liten eller svært liten grad på spørsmålet. Tabellen viser blant annet at de fleste ansatte ved Schwartz gate bofellesskap, Øren, Underlia og Landfalløya svarer i stor eller svært stor grad på spørsmålet. Ved Solberg, Fjell, Gulskolen og Losjeplassen er det til sammenligning en lav andel av de ansatte som svarer i stor eller svært stor grad.

Tabell 50 I hvilken grad har dere tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer for regelmessig vurdering/evaluering av tjenestebehov etter demensdiagnose (det foretas jevnlig nye vurderinger av mestring, ADL/IPLOS mv.)

Avdeling/analyseenhet	Andel i liten eller svært liten grad	Andel i noen grad	Andel i stor eller svært stor grad	Andel vet ikke relevant	Antall svar
Schwartzgate bofellesskap	0	0	0.89	0.11	9
Øren	0	0.11	0.89	0	9
Underlia	0	0.38	0.62	0	8
Bråta bolig nr. 20	0	0.4	0.60	0	5
Landfalløya	0	0.1	0.60	0.3	10
Ässiden	0.09	0.27	0.55	0.09	11
Avdelingsledere	0.08	0.15	0.54	0.23	13
Filten	0	0.4	0.50	0.10	10
Strømsø	0	0.29	0.43	0.29	14
Annet	0.11	0.11	0.33	0.44	18
Dagsenter	0.08	0.25	0.33	0.33	12
Konnerud	0.22	0.33	0.33	0.11	9
Mjøndalen	0	0.46	0.31	0.23	13
Krokstadelva	0.21	0.29	0.29	0.21	14
Svelvik	0.24	0.29	0.24	0.24	17
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0.24	0.41	0.24	0.12	17
Bråta bolig 1 og 2	0.14	0.45	0.23	0.18	22
Losjeplassen	0.36	0.45	0.18	0	11
Gulskogen	0.17	0	0.17	0.67	6
Nattjeneste	0.23	0	0.15	0.62	13
Fjell	0	0.29	0.14	0.57	7
Solberg	0.12	0.25	0.12	0.50	8
Samlet	**0.12**	**0.27**	**0.37**	**0.24**	**256**

På spørsmål om kommunen har gode nok rutiner for jevnlige vurderinger og tilpasning av tjenestene til behov, gir hukommelsesteamet uttrykk for at det er stor variasjon internt i kommunen. Det er imidlertid rutiner for at hjemmetjenesten skal ta kontakt med tildelingskontoret (TOK) ved behov for endring av vedtaket uavhengig av om det er gjennomført en ADL-kartlegging i tråd med rutinene eller ikke. Videre er det en rutine i kommunen at IPLOS/ADL oppdatering ikke skal være eldre enn 3 måneder. Hukommelsesteamet ser imidlertid ofte at de er eldre og det hender derfor at teamet stusser over at det ikke gjennomføres IPLOS/ADL kartlegginger i tråd med rutinene.

Hukommelsesteamet utdyper videre at selv om det varierer om ADL/IPLOS kartleggeringene gjennomføres, er det likevel mye som fanges opp på tverrfaglige møter på hver base. Her deltar demensteamet, ergoterapeut/fysioterapeut og hjemmetjenesten. Hukommelsesteamets erfaringer er at saksbehandlerne ved tildelingskontoret (TOK) raskt endrer vedtak basert på deres vurderinger.

Avdelingsleder ved tildelingskontoret forklarer også i intervju at kommunen ikke klarer å kartlegge og oppdatere ADL/IPLOS i tråd med rutinene (hver tredje måned). Det er saksbehandler ved tildelingskontoret som ofte gjennomfører den første kartlegging. Deretter skal hjemmetjenesten gjøre en ny vurdering hver 3. måned. Ved behov for å avslutte, endre eller revurdere vedtak skal det sendes et eget evalueringsnotat fra hjemmetjenesten til tjenestetildeling og koordinerende enhet.

Avdelingsleder synes likevel kommunen har gode rutiner og prosedyrer i praksis knyttet til løpende evaluering av tjenestebehov. Hvert besøk fra hjemmetjenesten er i realiteten en revurdering av tjenestebehovet uavhengig av om det gjennomføres en ADL-kartlegging eller ikke. De ansatte skal sende et notat ved endringer av behov uavhengig av om det er gjennomført kartlegginger eller ikke. Notatet fører deretter til at tjenestene revurderes og avsluttes eller økes. Dette er en enkel rutine som fungerer bra i kommunen.

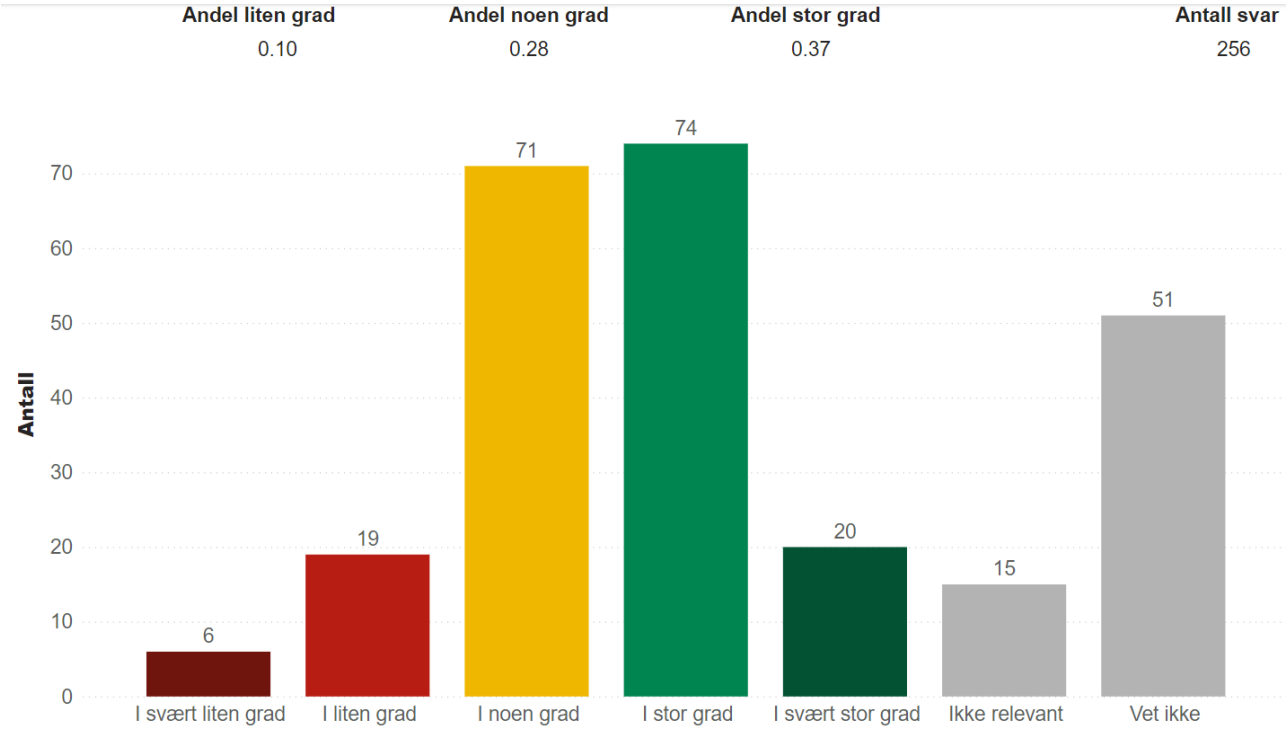
Avdelingslederne for hjemmetjenesteavdelingene forklarer også at evaluering av tjenestebehov gjøres ofte. Dette er et ansvar primærkontaktene skal følge opp. Det skal sendes et eget notat til saksbehandler ved tildelingskontoret (TOK) når det er behov for å oppdatere vedtak. Når det gjelder rutinen om å gjennomføre ADL-kartlegging hvert tredje måned må det imidlertid følges opp av avdelingsleder at dette blir gjort. Rutinen ligger der, men det kunne nok vært bedre systemer for å følge opp at det faktisk gjøres i praksis. De ansatte er imidlertid flinke til å se om det er behov for mer tid og de gir beskjed til saksbehandler ved tildelingskontoret, som deretter fatter justerte vedtak. De ansatte i hjemmetjenesten er generelt flinke til å involvere tildelingskontoret ved behov.

Kommunalsjefen opplyser også at tjenesten endres umiddelbart dersom behovene endres. Hjemmetjenesten venter ikke på at tjenesten skal justeres i vedtak av saksbehandlerne. Virksomhetsleder nord utdyper at de ansatte i hjemmetjenesten vurderer og justerer hele tiden tjenestene opp og ned etter behov. Hjemmetjenesten gir beskjed til fagkoordinerende gjennom et 202-notat, samt beskjed til tildelingskontoret, som deretter oppdaterer vedtaket. Virksomhetsleder forklarer også at dette er en rutine som fungerer godt.

Figur 49 viser at i spørreundersøkelsen svarer overkant av hver tredje ansatt (37 prosent) at kommunen i stor grad kartlegger og vurderer om hjemmeboende med demens har økt omsorgsbehov (ADL/IPLOS

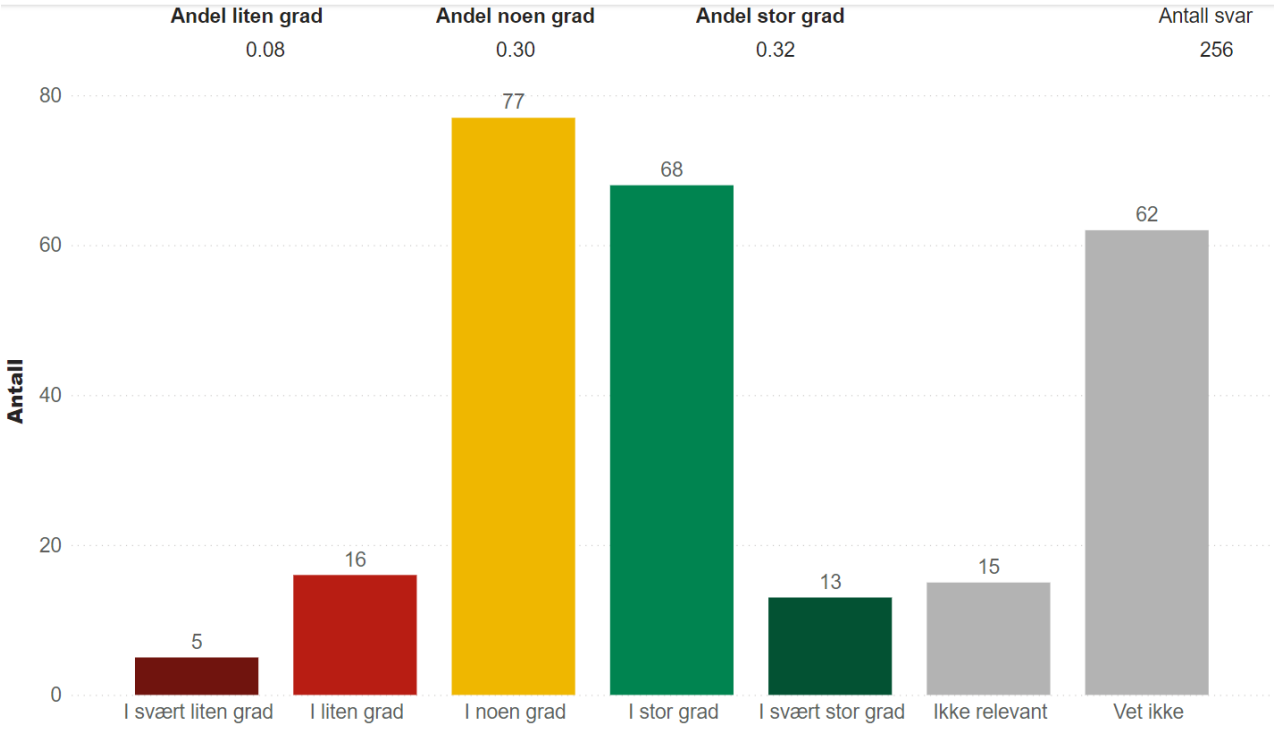
mv.) minimum hver sjette måned eller oftere ved behov. [237] Videre svarer 28 prosent i noen grad og 10 prosent i liten grad. En noe lavere andel (32) svarer at det i stor grad fattes nytt vedtak om tjenester ved økt omsorgsbehov. På dette spørsmålet svarer 30 prosent i noen grad, mens 8 prosent svarer i liten grad.

Figur 49 I hvilken grad kartlegges og vurderes det om hjemmeboende med demens har økt omsorgsbehov (ADL/IPLOS mv.) minimum hver sjette måned eller oftere ved behov?



[237] Demensretningslinjen anbefaler at det to ganger i året eller oftere foretas en vurdering av ADL, mens kommunes egne rutiner fastslår at det skal gjøres minimum hver tredje måned.

Figur 50 I hvilken grad fattes det alltid nytt vedtak om tjenester ved økt omsorgsbehov for hjemmeboende med demens?



De ansatte er delt i spørsmål om det er en utfordring at hjemmeboende får vedtaksbaserte tjenester de ikke har behov for. I underkant av en av tre (29 prosent) er enig i påstanden, men like mange (29 prosent) er uenig. I underkant av en av fem (18 prosent) svarer «verken eller», mens i underkant av en av tre (28 prosent) svarer vet ikke.

Revisjonen har i saksgjennomgangen foretatt en stikkprøvekontroll av ADL- kartleggingene som er gjennomført for 14 hjemmeboende personer som mottar tjenester fra kommunen. Ifølge kommunens rutiner er pasientenes primærkontakt ansvarlig for å oppdatere ADL ved endring av hjelpebehov og minimum hver tredje måned.[238]

I bildet nedenfor vises et eksempel på utskrift av ADL-kartleggingene for en tilfeldig valgt person i saksgjennomgangen. Det er kun gjennomført en ADL-kartlegging for personen i 2023, ingen i 2022, tre i 2021 og en i 2015.

[238] Drammen kommune (2023) Primærkontakt i hjemmesykepleien

Bilde 1 Utskrift av ADL-kartleggingene for en tilfeldig valgt bruker i saksgjennomgangen

Dato	Alminnelig husarbeid	Skaffe varer og tjenester	Personlig hygiene	På og avkledning	Toalett	Lage mat	Spise	Bevege seg innendørs	Bevege seg utendørs	Ivareta egen helse	Hukommelse	Kommunikasjon	Beslutninger i dagliglivet	Ivareta egen økonomi	Sosial deltakelse	Initiativevne	Opplevelse av trygghet	Styre atferd	Syn	Hørsel	Skår
Mål	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
28.02.2023	5	4	3	3	2	3	1	1	2	4	3	2	3	4	3	2	3	3	1	2	3,30
15.10.2021	5	4	3	3	2	3	1	1	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	1	2	3,00
06.07.2021	5	4	3	3	2	3	1	1	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	1	2	3,00
01.06.2021	5	4	2	3	2	3	1	1	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	1	2	3,00
29.05.2015	4	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	0	3	0	0	1	1	2	1,80

I tekstboks 10 gis nærmere informasjon om IPLOS/ADL kartleggingene.

Tekstboks 10 Nærmere informasjon om IPLOS/ADL kartleggingene[239]

Kommunen er pålagt å gjennomføre ADL-kartlegginger. Informasjonen inngår som en del av rapporteringen i IPLOS (Individbasert PLeie- og OmsorgsStatistikk). I forbindelse med ADL-kartleggingene vurderer kommunen brukernes funksjon eller tilstand på en rekke områder på en skala fra 1 til 5, med følgende inndeling:

1. Ingen problem/utfordring
2. Ikke behov for bistand
3. Middels behov for bistand
4. Store behov for bistand
5. Fullt behov for bistand

Funksjonsvariablene som kommunen vurderer på en skala fra en til fem er:

- Alminnelig husarbeid
- Skaffe seg varer og tjenester
- Personal hygiene
- På og avkledning
- Toalett
- Lage mat
- Spise
- Bevege seg innendørs
- Bevege seg utendørs
- Ivareta egen helse
- Hukommelse
- Kommunikasjon
- Beslutninger i dagliglivet

[239] Prop. 106 L (2015–2016), s. 12. ; Helsedirektoratet (2018) Veileder for IPLOS-rapportering

- Ivareta egen økonomi
- Sosial deltakelse
- Styre atferd
- Syn
- Hørsel

Tabell 51 viser at 5 av 14 personer i utvalget har fått gjennomført ADL-kartlegginger hver tredje måned eller oftere. Tre av personene har kun fått gjennomført en ADL-kartlegging. For disse har det dermed ikke vært mulig å beregne tid mellom ADL-kartleggingene. Seks personer har mer enn en ADL-kartlegging, men disse personene har et gjennomsnitt mellom 142 dager (4,7 måneder) og 1113 dager (37 måneder/over tre år) mellom hver ADL- kartlegging.

Tabell 51 Antall dager mellom ADL-kartlegginger for brukere i saksgjennomgang (N = 14)

Avdeling	Minimum	Maksimum	Gjennom-snitt	Median	Antall ADL kart-legginger	Demens-diagnose	ADL Skår (snitt
Losjeplassen	1	130	43.2	33	12	Nei	2.85
Strømsø	4	243	59.6	28	12	Ja	2.175
Swartsgate	1	141	63.5	38	12	Ja	3.55
Åssiden	1	214	66.6	55	12	Nei	3.175
Landfalløya	1	135	77.7	80	12	Nei	2.7
Fjell	8	437	142.8	69	6	Nei	3.95
Konnerud	13	3737	614	108	8	Nei	2.9625
Gulskogen	1	2402	666.7	433	8	Nei	1.8475
Svelvik	35	2195	708	301	5	Ja	2.82
Underlia	772	772	772	772	2	Nei	1.5
Åskollen	114	2541	1113.5	899.5	5	Ja	1.62
Svelvik					1	Nei	3
Mjøndalen					1	Ja	3
Gulskogen					1	Ja	2.04

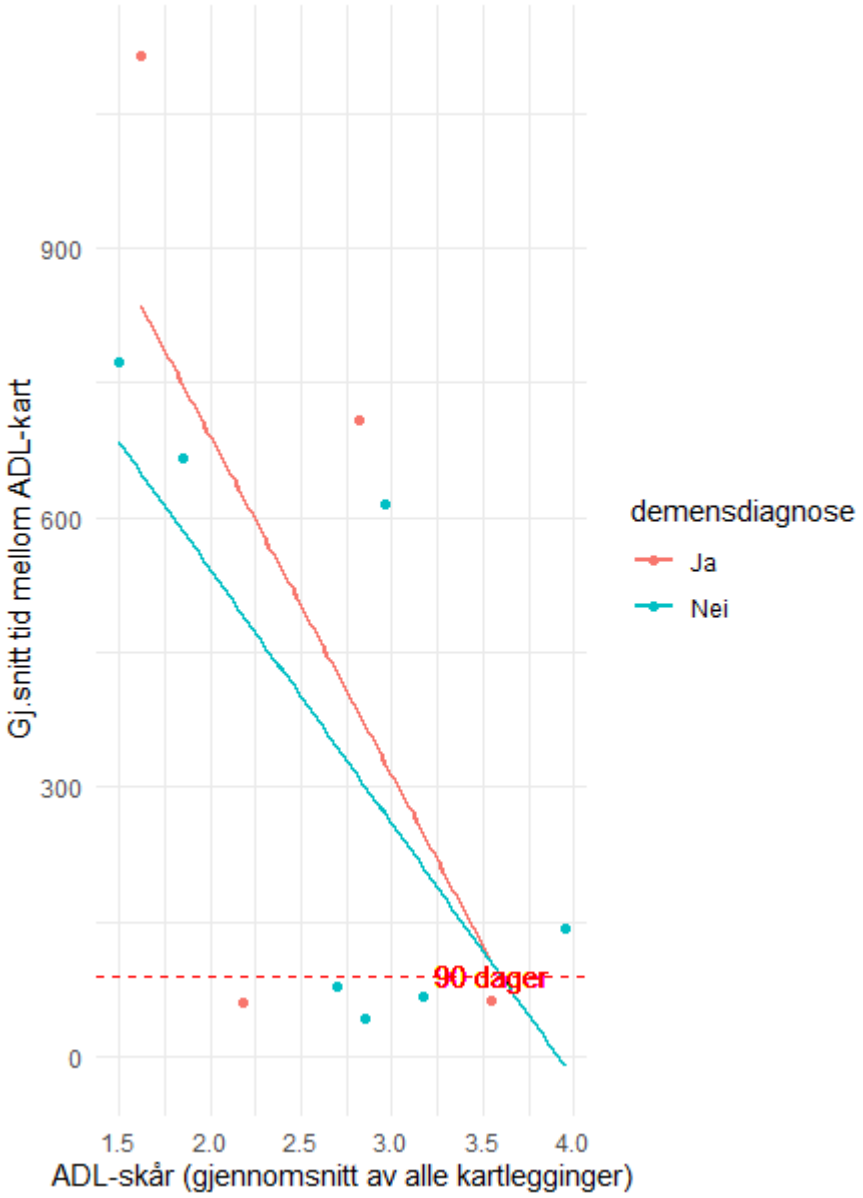
Selv om det er få antall personer i utvalget med mer enn to ADL-karlegginger (11), er det en statistisk signifikant lineær sammenheng mellom gjennomsnittlig ADL- skår (i alle kartleggingene) og gjennomsnittlig tid mellom ADL-kartleggingene. [240] Når gjennomsnittlig ADL-skår øker med en enhet (for eksempel fra 2 til 3), synker i gjennomsnitt antall dager mellom ADL-kartleggingene med 322 dager i datamaterialet, jf. figur 51.[241] Dette kan tyde på at de som har størst behov for tjenester (høy ADL-skår) kartlegges oftere enn de som har mindre behov (lav ADL- skår). Men det kan også bety at de som kartlegges ofte får en mer realistisk ADL-kartlegging i tråd med personens faktiske behov og utvikling,

[240] Persons R = -0.65
[241] Signifikansnivået = 0.02862. En lav p-verdi (vanligvis under 0.05) indikerer ofte en signifikant sammenheng, men dette avhenger også av konteksten til dataene , T = -2.602

mens de som ikke kartlegges like ofte etter hvert har en ADL-skår som er utdatert og for lav i forhold til faktisk behov.

Det er ikke en signifikant sammenheng mellom om personene har en demensdiagnose og hvor ofte de ADL-kartlegges. Dette kan tyde på at personer med demensdiagnose ikke kartlegges verken oftere eller sjeldnere enn andre brukere. Det må imidlertid tas forbehold om få antall personer i analysen.

Figur 51 Punktdiagram med regesjonslinjer som viser sammenheng mellom ADL-skår og tid mellom kartlegginger



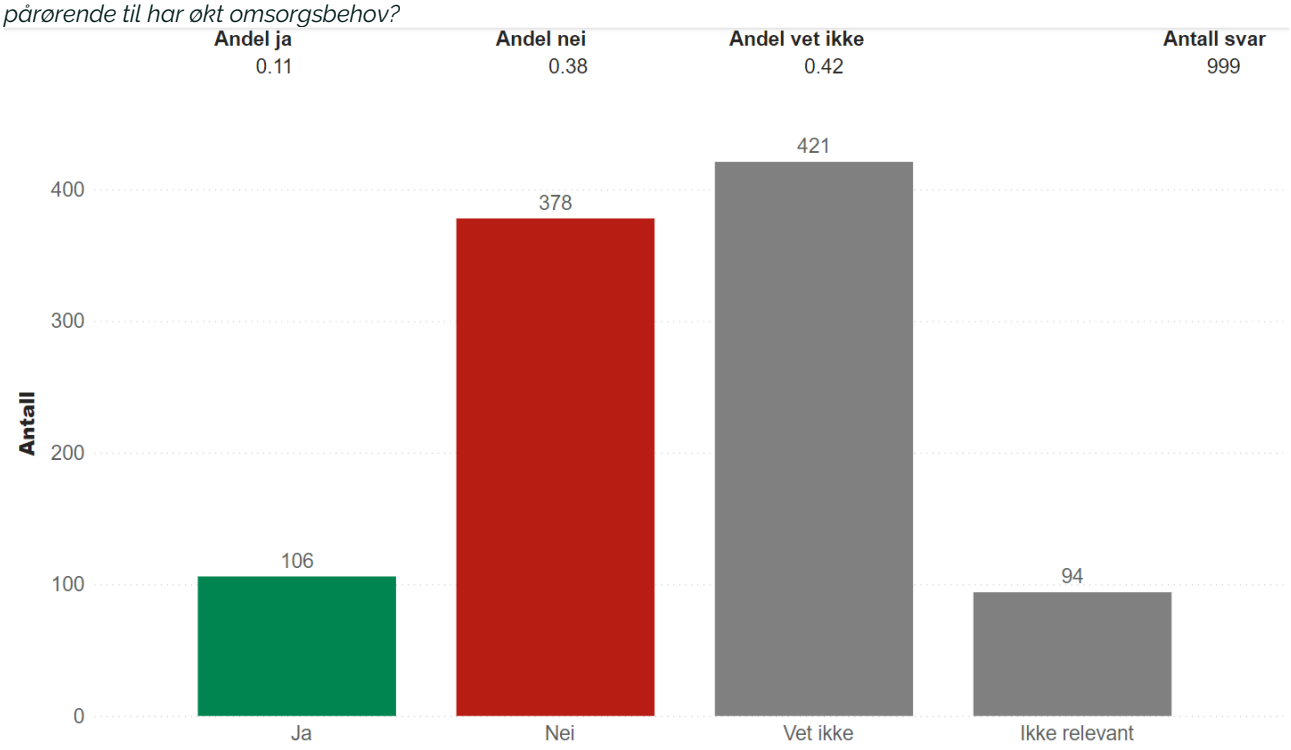
Revisjonen har også spurt de pårørende om de er kjent med om kommunen kartlegger og vurderer tjenestebehovet regelmessig og om kommunen systematisk fatter nye vedtak om tjenester ved økt behov for tjenester. Figur 52 viser at kun en av ti pårørende (11 prosent) erfarer at kommunen

regelmessig kartlegger og vurderer om den de er pårørende til har økt omsorgsbehov. De fleste pårørende svarer enten nei (38 prosent) eller vet ikke (42 prosent) på spørsmålet. Pårørende til personer med demens/kognitiv svikt svarer imidlertid i noe større grad nei (42 prosent), sammenlignet med de øvrige pårørende (35 prosent).

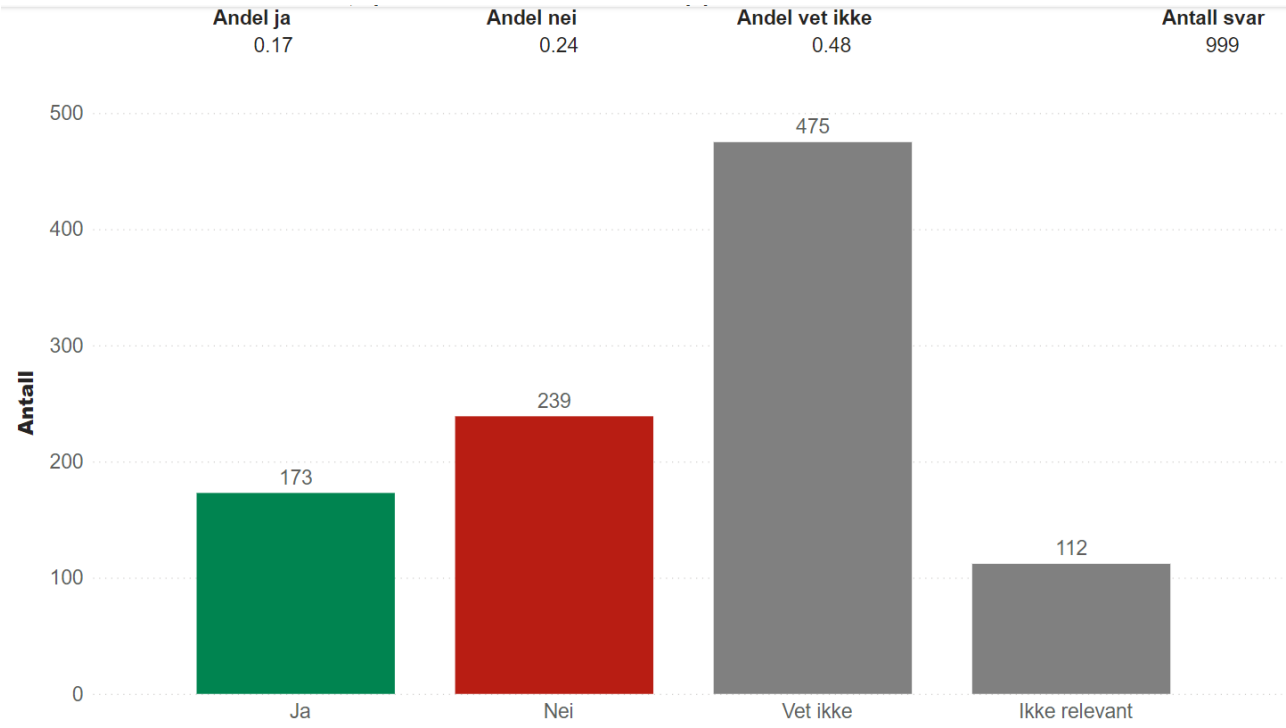
En høyere andel pårørende (17 prosent) svarer imidlertid at kommunen systematisk fatter nye vedtak om tjenester ved økt behov, men også her er det mange som svarer nei (24 prosent) eller vet ikke (48 prosent). jf. figur 53. Det er også en høyere andel pårørende til personer med demens/kognitiv svikt som svarer nei (31 prosent), sammenlignet med de øvrige pårørende (19 prosent).

Kun en av fem pårørende (24 prosent) er enig i påstanden at kommunen kartlegger og tilpasser tjenestene systematisk etter hvert som personen får økt omsorgsbehov. Om lag en av fem (27 prosent) er uenige, mens en høy andel (42 prosent) svarer vet ikke, jf. figur 54,

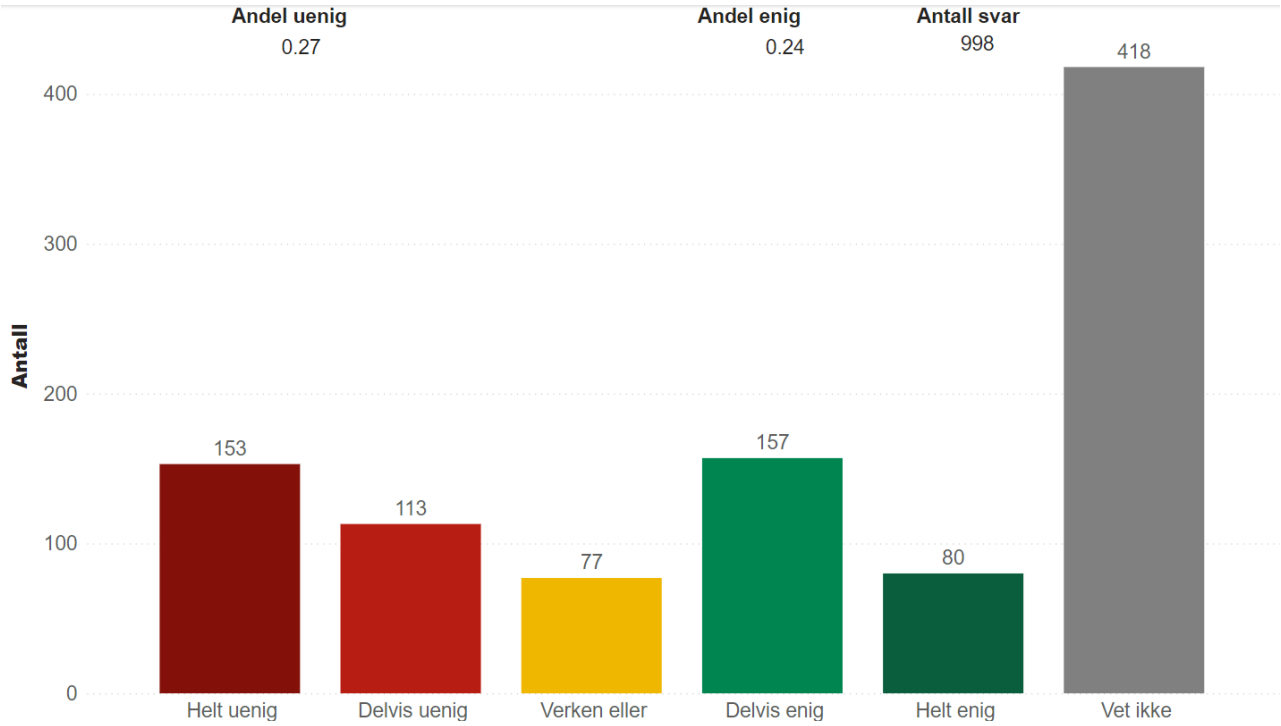
Figur 52 Kartlegger og vurderer kommunen regelmessig (eksempelvis hver sjette måned eller oftere) om den du er pårørende til har økt omsorgsbehov?



Figur 53 Fatter kommunen systematisk nye vedtak om tjenester ved økt behov for tjenester?

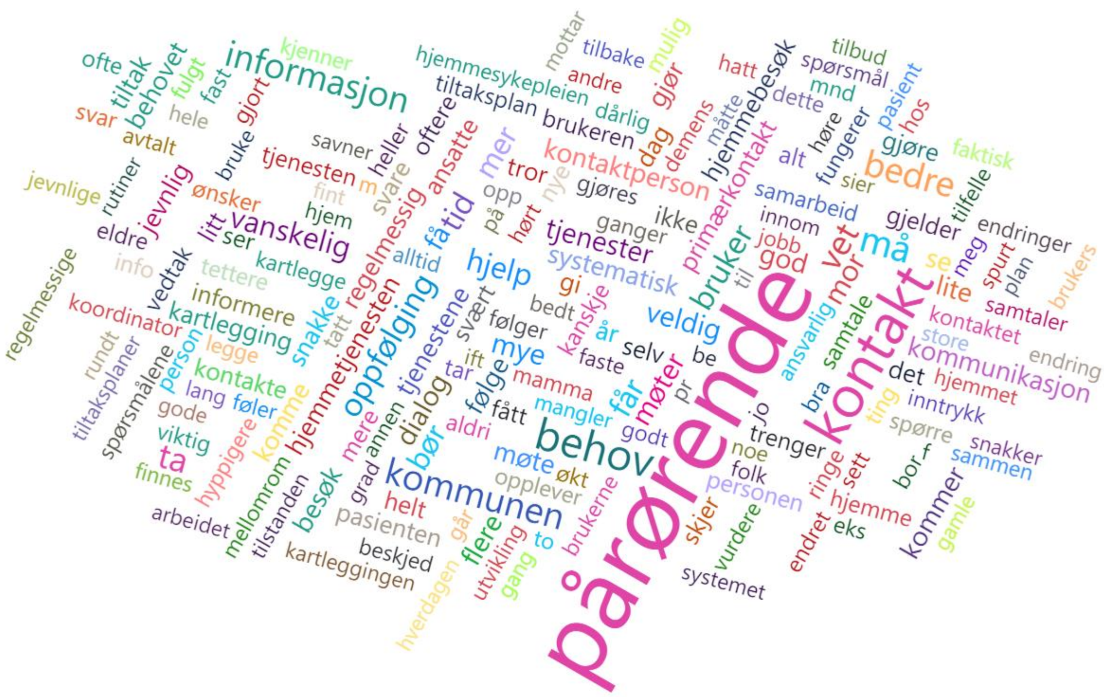


Figur 54 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand om kartlegging og tilpasning av tjenester: Kommunen kartlegger og tilpasser tjenestene systematisk etter hvert som personen får økt omsorgsbehov



På spørsmål om hvordan kommunen eventuelt kan bli bedre på å systematisk kartlegge og tilpasse tjenestene til behov, er det 353 pårørende som har lagt inn et svar. Mange pårørende er ikke kjent med om det gjøres løpende kartlegginger av behov og tilpasninger av tjenestene. Mange savner også hyppigere og mer regelmessig kontakt med hjemmetjenestene. Flere mener at det ikke skjer kartlegginger eller endring i tjenestene om ikke pårørende selv ber om det. Videre er det også flere som er fornøyd med kartleggingene og vedtakene som gjøres av kommunen, blant annet med hensyn til ansvarsgruppemøter og oppfølging av hukommelsesteamet. Nedenfor følger en ordsky som viser hvilke ord som benyttes mest i svarene fra de pårørendes besvarelser.

Figur 55 På hvilken måte kan kommunen eventuelt bli bedre på å systematisk kartlegge og tilpasse tjenestene til behov? (ordsky)



Nedenfor følger også noen utvalgte eksempler på svar fra pårørende.

Eksempeloversikt 5 Utvalgte svar fra pårørende om systematisk kartlegging og tilpassing av tjenestene til behov

Alle personer/pasienter bør ha en primærkontakt som jevnlig er oppdatert på personen
Vi savner en evaluering av tingenes tilstand og informasjon om hvilke tilbud vi kan regne med å få fremover.
Angående primærkontakt: Jeg vet ikke om noen av pleierne er primærkontakt for min mor, men jeg har hatt regelmessig telefonkontakt med koordinator. Vi diskuterer mamma sin utvikling i forhold til sykdommen (demens). Hun videreformidler ønsker fra oss pårørende til sine ansatte. De ansatte er også flinke til å ringe meg når det oppstår situasjoner i hjemmet. Vi har god kontakt. Pleierne er helt fantastiske, vi er så trygge på at de gjør en god jobb hjemme hos mamma.
Bør gi tydeligere signaler og gi pårørende innsikt i det som skjer. I dag skjer dette altfor tilfeldig. Bør ikke stole på at personen forstår alt som sies.
De gjør det bare hvis jeg ber om det. Ikke noe automatikk fra kommunen. Jeg må be og mase om møter og oppfølging selv.
Det bør skje oftere oppdateringer, for tilstanden hos bruker endres, og det skjer oftere jo eldre brukeren er.

Det er godt mulig det er bedre enn mitt inntrykk, men opplevelsen er at det økte behovet er avhengig av mitt innspill før det blir evaluert og endret. Kanskje en tilbakemelding til pårørende om at behov, tiltak og evaluering er gjennomgått og endret eller videreført.
Det er mulig at dette gjøres. Men som pårørende vet jeg ikke så mye om det. Jeg har fått spørsmål av og til. Har et godt inntrykk av arbeidet.
Det er mulig det finnes en koordinator. Det vet jeg ikke, men opplever ingen oppfølging eller personlig plan for mamma. Det er jeg som av og til besøker henne, som må finne ut av ting, og ringe kommunen hvis det er noe jeg mener mamma trenger. Føler det er veldig belastende at jeg som pårørende skal følge opp og vite hva hun måtte trenge😞
Det er null kontakt fra koordinator i kommunen og ingen møter fra kommunen. Null!!
Det er over 15 år siden et eventuelt hjelpebehov ble kartlagt av en representant fra hjemmetjenesten!
Det foregår ingen systematisk kartlegging siden jeg som omsorgsperson gjør svært mange oppgaver som ingen skjønner omfanget av! Hadde fagligheten vært større ville hjemmetjenesten gitt meg som omsorgsperson bedre støtte i hverdagen.
Det hadde hjulpet veldig hvis min pårørende hadde en fast kontaktperson som var hjemme hos vedkommende med jevne mellomrom og kunne fange opp hvordan pasienten hadde det. Denne funksjonen var tidligere (før kommunesammenslåingen) godt ivaretatt gjennom at kontaktpersonen fra psykisk helse som kom på jevnlige besøk. Da hadde jeg som pårørende også en person jeg kunne ha dialog med hvis jeg var bekymret for noe eller merket at behovet hadde endret seg. Så en fast kontaktperson, som også jevnlig er i dialog med pårørende, tror jeg er nøkkelen.
Få vite hvem som er primærkontakt.
Flere folk på jobb slik at det blir mere tid til bruker. At en bruker ikke har flere saksbehandlere for forskjellige tjenester. Vanskelig for både bruker og pårørende å navigere i. Hvem har ansvar for hva? Slutte å legge ned heldøgnsplasser.! Ha hyppige møter med bruker, pårørende og brukers «hjelpere» etter langtids innleggelser og langtids sykdom. Vet det er mange som ikke har pårørende. For disse er det ekstra viktig at de blir sett av hjemmesykepleien slik at de ikke går under radaren.
Ha pårørende med i arbeidet. Dette gjorde de bare helt i begynnelsen da behovet for helsehjelp oppsto og senere har vi ikke hørt noe. Dette skjer samtidig med at tjenestene innskrenkes og brukeren blir synbart ved dårligere helse.
Har ikke visst at kommunen skal gjøre dette.
Her er det mye jeg ikke vet, og det er kanskje et tegn på at kommunen bør bli bedre på å informere pårørende om hva som faktisk skjer.
Hjelper ikke å legge til ting i tiltaksplan om det ikke følges opp. Det er elendig oppfølging når det er så mange forskjellige ansatte innom. Noen gjør en fabelaktig jobb, andre unnviker og gjør minst mulig. Kvaliteten bør være lik uansett ansatt.
Hjemmetjenesten har fjernet vedtak uten å informere oss pårørende flere ganger. De spør henne om hun trenger noe, og da sier hun ofte nei. Hun er en dame med Alzheimer, og vet ikke bestandig sitt eget beste. De har også ringt og spurt henne om det er greit at de ikke kommer fordi de har så mye å gjøre. Dette er ikke greit!
Hverken tante eller jeg som pårørende får noe info om hvordan kommunen vurderer og planlegger.
Hvis det kartlegges, blir jeg ikke orientert om det. Det bør være en tydelig plan som jeg som pårørende og verge får tilgang til. Og den må følges opp.
I alle instanser fra kommunen har jeg aldri fått tilstrekkelig informasjon om noe. Det har vært særdeles mangelfull informasjon fra Drammen Helsehus, hvor det gikk ut over oppstart med hjemmetjenesten. *Hjemmetjenesten* var kritisk til at jeg ikke hadde fått informasjon, men de har selv ikke delt noe særlig med meg. Så det virker som systematisk svikt i å informere nærmeste pårørende.
I vedtaket kan/bør det opplyses hvem som er primærkontakt og informasjon om når oppfølgingen skal evalueres.
Informasjon via internett må suppleres med fysiske brev for å nå alle. Informasjon om hva som er mulig å motta av tjenester kan gjøres lett tilgjengelig for pårørende. Og det må tas ekstra hensyn til de eldre uten veldig nære pårørende.
Ingen oppfølging fra kommunen. Jeg som pårørende gjør alle henvendelser og må bruke mye tid på å slå meg frem i byråkratiet.

Intervallene bør være kortere enn 15 år! Kanskje enklere å budsjettere/ styre mer riktig også hvis en har mer oversikt over flere konkrete kommende behov.
Jeg blir som pårørende alltid tatt på alvor og møter god hjelp og uvurderlig veiledning fra alle jeg treffer når jeg kontakter tjenesten. Demenskoordinator har vært en fantastisk støtte for bruker og ikke minst meg som pårørende, som gjør at vi klarer å stå i dette. Det har vært mange omorganiseringer av hjemmetjenesten i min bruker sitt distrikt. Når jeg kontakter hjemmetjenesten 1-2 ganger pr år, er det alltid å begynne å nøste i kontaktperson og nummer. Som pårørende er jeg helt i mørke på planer og systematikk rundt bruker.
Jeg følte at det var meg som måtte søke om tiltak og finne fram til tjenester selv for pappa. Men når jeg ringte tjenestekontoret var de behjelpelige og hyggelige.
Jeg har aldri blitt kontaktet av hverken primærkontakt eller demenskoordinator? Kanskje ta kontakt med pårørende for litt mere bakgrunn i forhold til brukerne?
Jeg har nesten ikke kontakt med kommunen. Jeg bor i en annen kommune og har vært mye syk de siste årene. Den demenssyke det gjelder har nesten ingen pårørende på denne kanten av landet og jeg har konstant dårlig samvittighet for at jeg ikke greier å følge henne opp slik jeg skulle ønsket.
Jeg tror ikke det foreligger plan på videre oppfølging. Jeg tror det er opp til meg som pårørende å ta kontakt hvis/når det er økt behov for hjelp
Kjenner ikke til at dette blir gjort. Jeg har ikke fått noe info om det og har selv kontaktet HSP ved behov
Kommunen bør innkalle til jevnlige møter hvor pårørende deltar. Så langt er alle møter initiert av pårørende.
Må sørge for at det er kontinuitet med aktiv primærkontakttjeneste. Hittil skjer skifte av primærkontakt ofte (tidvis månedsvis) uten at denne tjenesten fungerer.
Med faste pleiere på pasientene hadde det vært tryggere for alle
Mitt inntrykk er at kommunen evaluerer og følger behovssituasjonen, men jeg er usikker på hvor systematisk og regelmessig det skjer og har derfor svart "Vet ikke" på mange av spørsmålene. Jeg savner informasjon og dialog med meg som pårørende før vedtak fattes. Ønsker regelmessige dialogmøter/ansvarsgruppemøter, bedre samarbeid med pårørende.
Mor har aldersdemens i en viss grad. Hun er ikke utredet eller kontaktet, ikke meg heller som nærmeste pårørende. Kommunen bør innkalle pårørende og bruker til fellesmøte for en prat hvor små hjelpetiltak kan luftes.
Mye av dette som ble spurt om er for meg ukjent, og det burde det ikke være. Et informasjonshefte som vi fikk dekker ikke alle de spørsmålene jeg har besvart her. Spesielt er ikke noen primærkontakt vært i nærheten av oss for behov, bortsett fra Hukommelsesteamet.
Om dette gjøres mangler jeg som pårørende informasjon lite eller ingen samarbeidsmøter. Kun sporadisk kontakt.
Organisere tjenestene bedre. Ha færre kontaktpunkter inn i kommunen. Informasjonsflyt internt. Mangler styring og kontroll. Tilfeldigheter styrer.
Pasienten bør ha en egen koordinator som følger opp og sikrer behov for tjenester
Primærkontakt, som er usedvanlig dyktig, bør komme oftere og få økt autoritet til for eksempel å bestemme antall som kommer pr. måned.
Ringe til pårørende jevnlig og spørre/diskutere om det er behov for økt omsorgsbehov. Det er ikke alltid at tjenestemottaker klarer å svare på dette selv. Noen vil ikke være til bry (og svarer at alt er bra når kontaktperson fra hjemmesykepleien ringer) som i dette tilfellet. I dette tilfellet er tjenestemottaker glemsk og klarer derfor heller ikke å svare selv på hva han har behov for.
Så lenge økonomi og bemanning styrer alt vil det ikke bli bedring.
Det bør være en samtale med bruker og pårørende før vedtak blir endret.
Sette inn faste pleiere på pasientene

Siden tjenesten startet har ikke kommunen spurt/observert eller tilbudt noen form for informasjon.
Slik det er i dag fungerer det ikke, nye pleiere omtrent hver dag
Slik systematisk oppfølging har vi ikke sett, god ide. Erfaring for det motsatte, motstand mot eller neglisjering av økte behov ut over ren hjemmesykepleie. Tidvis lange avbrudd i svært viktig fysioterapi.
Som hovedpårørende bør jeg få innsikt i de kartlegginger, tiltaksplaner og vedtak som fattes vedrørende min mor. Jeg får ingen informasjon om dette. Jeg måtte selv ringe hjemmetjenesten og be om ny kartlegging og opptrapping i tjenestebehovet for kort tid siden.
Standardiserte kartleggingsverktøy. Men det viktige er at det settes i gang tiltak som samsvarer med kartleggingen. Og at pårørende får innsikt i kartlegging og tiltak. For pasienter med demens er det helt nødvendig at pårørende får informasjon om kartlegging og tiltak, ikke bare pasienten selv.
Ta kontakt i allefall hvert halvår. Systemet må tilpasses brukeren. For å kartlegge nok er det nødvendig med tilstrekkelig med fagarbeidere med kompetanse
Ta opp kontakt på pårørende. Vi er jo ofte for slitne til å gjøre det eller kjenner ikke til tjenestene
Tildelingskontoret må reise på hjemmebesøk, og høre mer på hjemmesykepleierne, som kjenner pasienten og ikke ringe pasienten selv, men snakke med pårørende om tilstanden til pasienten.
Vi får aldri informasjon om brukeren. Vi har bedt om møte flere ganger uten at dette blir gjennomført.
Vi opplever at vi som pårørende alltid tar initiativ til samtale og oppfølging.
Visste faktisk ikke at det kunne vært tiltaksplan o.l. Får idet hele ingen informasjon!
1. Primærkontakten må kjenne pasientene sine og ha hyppig kontakt for å kunne vurdere behov og lage tiltaksplan og vurdere endringer i brukers behov. Har som pårørende opplevd at primærkontakten ikke følger opp mine lenger, men likevel står som primærkontakt. Dette blir helt feil. 2. Bedre kommunikasjon med pårørende. Som pårørende ser vi hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Hadde vært hyggelig om vi som pårørende ble bedt om å komme på møte i stedet for å være den som må be om å få et møte 3. Bedre kontinuitet av personalet 4. Heve kompetansen blant de ansatte

6.5.1. Rutiner for å føre i journal

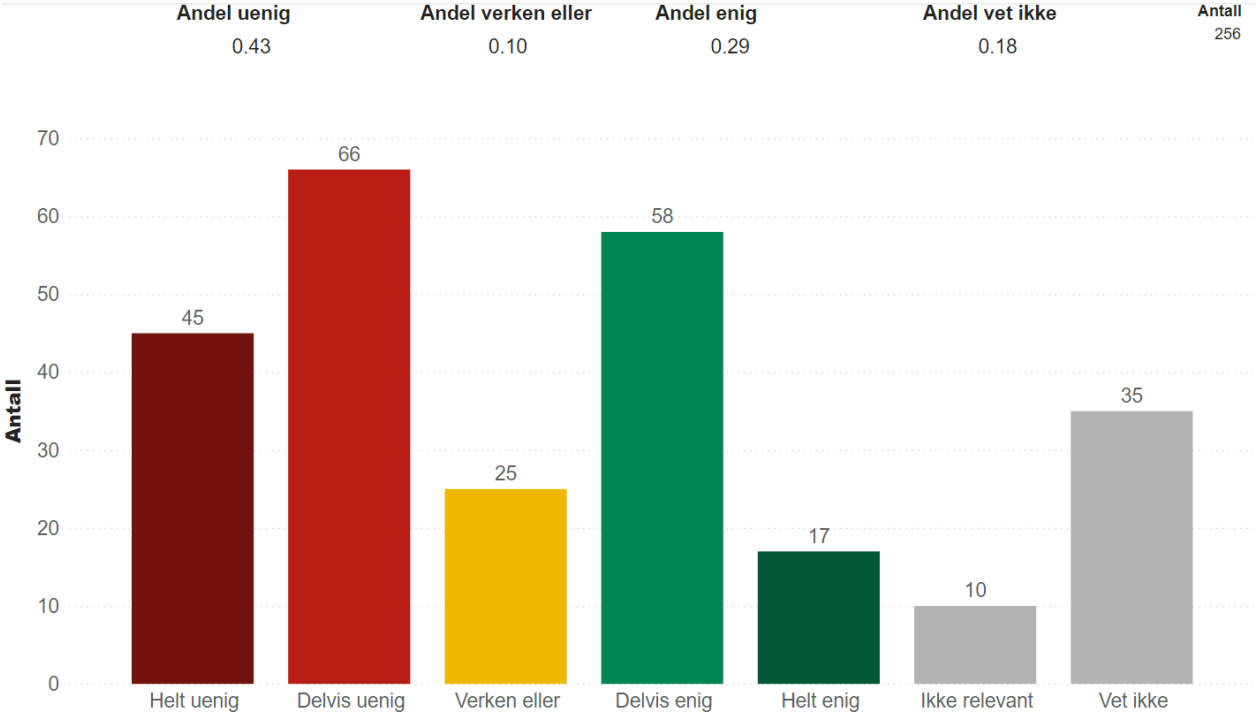
Som det framgår av tabell 52 mener et flertall av de ansatte (56 prosent) at kommunen i stor eller svært stor grad har tilstrekkelig med rutiner for journalføring i Gerica. Det er imidlertid variasjon i svarene mellom ulike avdelinger. Ni av ti ansatte mener at rutinene for journalføring er gode ved Landfalløya. Til sammenligning mener om lag kun en av tre at rutinene er gode ved Losjeplassen og Gulskogen.

Tabell 52 I hvilken grad har dere tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer for journalføring i Gerica (alle nødvendige opplysninger nedtegnes uten ugrunnet opphold)

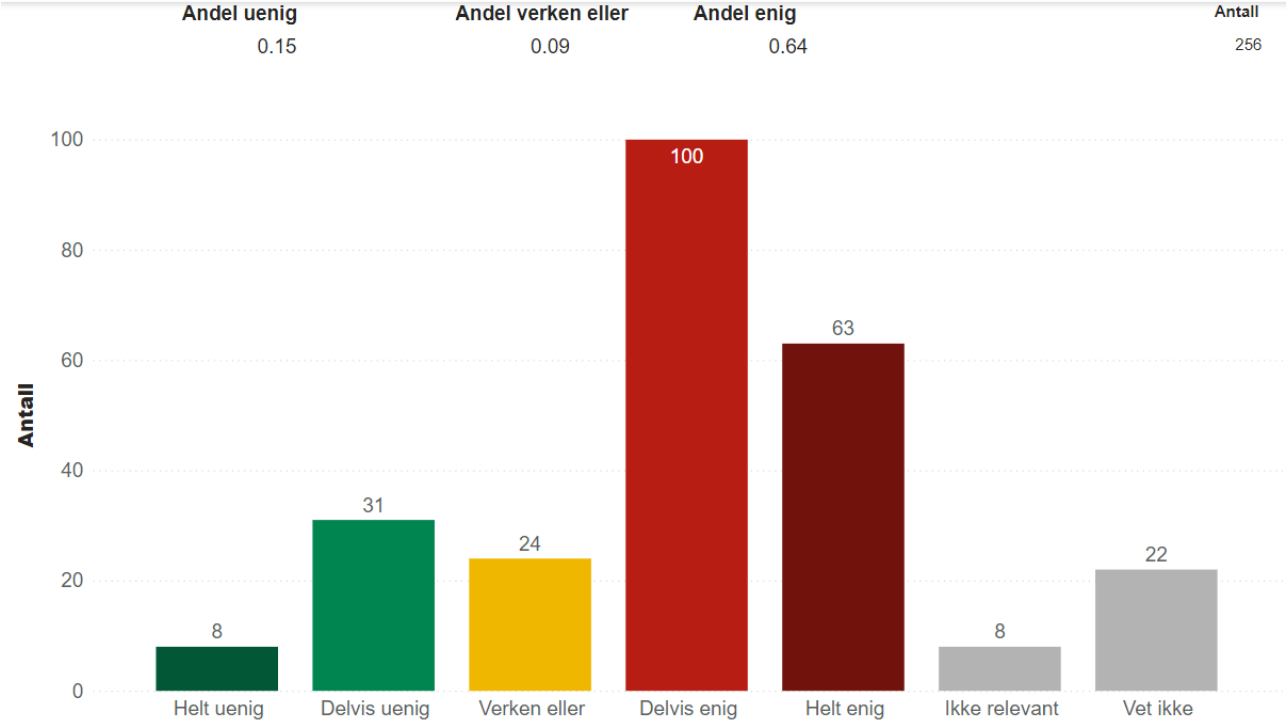
Avdeling/analyseenhet	Andel i liten eller svært liten grad	Andel i noen grad	Andel i stor eller svært stor grad	Andel vet ikke relevant	Antall
Landfalløya	0.10	0	0.90	0	10
Mjøndalen	0	0.08	0.85	0.08	13
Åssiden	0	0.18	0.82	0	11
Schwartzgate bofellesskap	0	0.11	0.78	0.11	9
Øren	0.11	0.11	0.78	0	9
Solberg	0.12	0.12	0.75	0	8
Dagsenter	0	0.17	0.67	0.17	12
Strømsø	0	0.14	0.64	0.21	14
Underlia	0.12	0.25	0.62	0	8
Avdelingsledere	0	0.15	0.62	0.23	13
Krokstadelva	0	0.29	0.57	0.14	14
Konnerud	0.11	0.33	0.56	0	9
Bråta bolig 1 og 2	0.14	0.27	0.50	0.09	22
Filten	0.10	0.3	0.50	0.1	10
Svelvik	0.06	0.35	0.47	0.12	17
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0.12	0.35	0.47	0.06	17
Fjell	0	0.29	0.43	0.29	7
Bråta bolig nr. 20	0.20	0.2	0.40	0.2	5
Annet	0	0.28	0.33	0.39	18
Gulskogen	0.17	0	0.33	0.5	6
Nattjeneste	0.15	0.31	0.31	0.23	13
Losjeplassen	0.27	0.45	0.27	0	11
Samlet	**0.07**	**0.23**	**0.56**	**0.13**	**256**

Videre er kun i underkant av en av tre ansatte (29 prosent) enig i en påstand om at det er satt av tilstrekkelig tid til å nedtegne relevant informasjon i journal uten ugrunnet opphold. Samlet er 43 prosent av de ansatte uenig i påstanden, men dersom man kun ser på ansatte i hjemmetjenesten, er et flertall (96 av 186 – 52 prosent) uenig at det er satt av nok tid til journalføring. Det er også et klart flertall av de ansatte som er enig i at mye av rapporteringen av helsetjenestene skjer muntlig mellom de ansatte (64 prosent), jf. figur 57.

Figur 56 Påstand: Det er satt av tilstrekkelig tid til å nedtegne relevant informasjon i journal uten ugrunnet opphold



Figur 57 Påstand: Mye av rapporteringen av helsetjenestene skjer muntlig mellom de ansatte



Avdelingsleder ved tildelingskontoret (TOK) forklarer i intervju at det hender det er vanskelig for saksbehandlerne å finne nødvendig dokumentasjon om brukerne i journalen. Dette kan være utfordrende når vedtakene skal oppdateres og skyldes trolig ikke mangel på rutiner, men handler heller manglende kompetanse på hva som skal dokumenteres i journal. Tildelingskontoret er helt avhengig av at de ansatte i hjemmetjenesten følger med og melder inn endrede behov skriftlig.

På spørsmål i spørreundersøkelsen til ansatte om hva som eventuelt kan bli bedre på området, svarer flere at det er behov for mer tid til journalskriving og avviksregistrering. Ansatte opplyser et det er behov for mer tid til journalføring og administrative oppgaver for ressurspersoner som jobber tett på brukere med spesielle behov som for eksempel demens. Denne brukergruppen krever mer oppfølging enn andre brukergrupper.

6.6. Personsentrerte tjenester

Personsentrert omsorg innebærer blant annet at kommunens personell skal yte omsorg, der personens behov settes i fokus. Videre innebærer det at personell har relevant kompetanse, møter personen med respekt, gjør seg kjent med personens behov, og regelmessig evaluerer og oppdaterer personens tiltaksplan. Videre skal kommunens personell bestreber seg på å tolke og forstå utfordrende atferd, tilby og motiverer med tilpassede aktiviteter og legge til rette for kommunikasjon med pårørende.

Tabell 53 viser at i underkant av hver femte ansatt (19 prosent) erfarer at kommunen i stor eller svært stor grad leverer personsentrerte helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende med demens. Videre svarer 36 prosent i noen grad, mens 21 prosent svarer i liten grad. Det er imidlertid variasjon mellom de ulike avdelingene. Ved Schwartz gate bofellesskap og Åssiden svarer henholdsvis 44 prosent og 36 prosent i stor eller svært stor grad, mens ingen svarer dette ved blant annet Fjell, Gulskogen og Losjeplassen. Avdelingslederne (38 prosent) erfarer også i større grad enn øvrige ansatte at kommunen leverer personsentrerte tjenester.

Tabell 53 I hvilken grad leverer kommunen personsentrerte helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende med demens?

Avdeling/analyse-enhet	Andel i liten eller svært liten grad	Andel noen grad	Andel stor eller svært stor grad	Andel vet ikke/ikke relevant	Antall svar
Schwartzgate bofellesskap	0.22	0.22	0.44	0.11	9
Avdelingsledere	0.15	0.23	0.38	0.23	13
Åssiden	0.27	0.36	0.36	0	11
Øren	0.22	0.44	0.33	0	9
Mjøndalen	0.08	0.46	0.31	0.15	13
Bråta bolig 1 og 2	0.14	0.5	0.27	0.09	22
Dagsenter	0.08	0.08	0.25	0.58	12
Solberg	0.12	0.12	0.25	0.5	8
Underlia	0.50	0.25	0.25	0	8
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0.24	0.41	0.24	0.12	17
Landfalløya	0.30	0.2	0.20	0.3	10
Svelvik	0.35	0.18	0.18	0.29	17
Strømsø	0.14	0.43	0.14	0.29	14
Annet	0.06	0.33	0.11	0.5	18
Konnerud	0.11	0.67	0.11	0.11	9
Filten	0.20	0.4	0.10	0.3	10
Krokstadelva	0.29	0.57	0.07	0.07	14
Bråta bolig nr. 20	0	0.8	0	0.2	5
Fjell	0.14	0.43	0	0.43	7
Gulskogen	0.17	0.33	0	0.5	6
Losjeplassen	0.36	0.64	0	0	11
Nattjeneste	0.46	0.08	0	0.46	13
Samlet	**0.21**	**0.36**	**0.19**	**0.23**	**256**

Videre er 37 prosent av de ansatte enig i en påstand om at kommunen har fokus på å yte personsentrerte helse- og omsorgstjenester. Samlet er 25 prosent uenig i påstanden, mens om lag en av fem (20 prosent) svarer «verken eller». Videre har 18 prosent ingen oppfatning.

Drammen kommune har ikke innført noen modeller for personsentrert omsorg overfor hjemmeboende personer med demens på overordnet nivå, og som benyttes i samtlige avdelinger.

Det framkommer av Helsedirektoratets kartlegging fra 2022 at 38 prosent av kommunene meldte at de hadde rutiner for opplæring og innføring i arbeidsmetoder for personsentrert omsorg og miljøbehandling for personer med demens. Modeller som brukes oftest av kommunene er blant annet VIPS praksismodell og TID (Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens – og

andre psykiske tilstander). Andre modeller er veiledningsmetoden Marte Meo, den kliniske samhandlingsmodellen SAM-AKS og kartleggingsverktøyet Dementia Care Mapping. [242]

Når det gjelder påstand om at kommunens tjenester til hjemmeboende med demens preges av høy faglighet og profesjonalitet er 40 prosent av de ansatte enig, mens 23 prosent er uenig. Under en av fem (17 prosent) svarer «verken eller» og omtrent like mange (17 prosent) svarer «vet ikke»

6.7. Individuelle tiltaksplaner

Tiltaksplaner, er som sagt et sentralt verktøy for å kunne oppnå personsentrerte tjenester. Tiltaksplanen er også et verktøy for oppfølging av pasienter og brukere, som inngår i journalsystemet Gerica. I Drammen kommunes rutinedokument «Innhold i tiltaksplan – Gerica» framgår det at det er primærkontakt som er ansvarlig for at tiltaksplan blir utarbeidet, evaluert og oppdatert. Primærkontakt skal også sikre tverrfaglig samarbeid for å sikre riktig kompetansenivå i tiltakene, samt at tiltaksplanen evalueres ved endringer og minimum hver tredje måned. Videre skal tiltaksplan utarbeides innen 3 uker, og planen skal gjøres kjent for bruker, pasient eller samtykkekompetente pårørende. Brukermedvirkning skal også sikres i sammenheng. [243]

Samlet erfarer i underkant av en av tre ansatte (32 prosent) at tiltaksplanene til hjemmeboende med demens i stor eller svært stor grad evalueres og oppdateres hver tredje måned eller oftere ved endring av hjelpebehov. Videre er det 36 prosent som svarer i noen grad, mens 12 prosent svarer i liten eller svært liten grad, jf. tabell 54. Det er imidlertid variasjon mellom de ulike hjemmetjenesteavdelingene. Ved Åssiden, Landfalløya, Solberg og Underlia svarer de fleste respondentene i stor eller svært stor grad. Ved Konnerud, Losjeplassen og Bråta bolig nr. 20 er det til sammenligning ingen ansatte som svarer i stor eller svært stor grad på spørsmålet.

[242] Helsedirektoratet (2023) Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022
[243] Drammen kommune (10.12.2020) Innhold i tiltaksplan - Gerica

Tabell 54 I hvilken grad evalueres og oppdateres tiltaksplanen til hjemmeboende med demens hver tredje måned eller oftere ved endring av hjelpebehov?

Avdeling/analyse-enhet	Andel i liten eller svært liten grad	Andel i noen grad	Andel i stor eller svært stor grad	Andel vet ikke/ikke relevant	Antall
Åssiden	0	0.09	0.82	0.09	11
Landfalløya	0	0.2	0.70	0.10	10
Solberg	0	0.25	0.62	0.12	8
Underlia	0.12	0.12	0.62	0.12	8
Øren	0.11	0.33	0.56	0	9
Mjøndalen	0	0.31	0.54	0.15	13
Avdelingsledere	0	0.31	0.46	0.23	13
Schwartzgate bofellesskap	0.22	0.22	0.44	0.11	9
Filten	0	0.5	0.40	0.1	10
Gulskogen	0.17	0	0.33	0.5	6
Krokstadelva	0.29	0.36	0.29	0.07	14
Bråta bolig 1 og 2	0.14	0.5	0.27	0.09	22
Dagsenter	0.17	0	0.25	0.58	12
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0.24	0.47	0.24	0.06	17
Svelvik	0.12	0.47	0.18	0.24	17
Annet	0.11	0.11	0.17	0.61	18
Nattjeneste	0.08	0.38	0.15	0.38	13
Fjell	0.14	0.29	0.14	0.43	7
Strømsø	0.07	0.57	0.14	0.21	14
Bråta bolig nr. 20	0.40	0.60	0	0	5
Konnerud	0.11	0.89	0	0	9
Losjeplassen	0.27	0.73	0	0	11
Samlet	**0.12**	**0.36**	**0.32**	**0.2**	**256**

Et flertall (55 prosent) av de ansatte svarer at de i stor eller svært stor grad setter seg tilstrekkelig inn i pasientenes helsetilstand og tiltak i tiltaksplanen før tjenestene gis. Om lag en av fire (26 prosent) svarer i noen grad, men i underkant av en av ti (8 prosent) svarer i liten eller svært liten grad på spørsmålet.

Videre er mange ansatte (42 prosent) enig i en påstand om at individuelle tiltaksplaner brukes i for liten grad i praksis. I underkant av en av fem er uenige i påstanden (23 prosent). De resterende svarer enten «verken eller» (14 prosent) eller ikke relevant/vet ikke (21 prosent).

Tilsvarende er mange ansatte (43 prosent) enig i påstanden at det ikke er etablert et godt nok system for å oppdatere individuelle tiltaksplaner. Om lag en av fem (20 prosent) er uenig i påstanden. I overkant av

en av ti (12 prosent) svarer «verken eller», mens om lag en av fem (26 prosent) svarer vet ikke/ikke relevant.

I kommentarfeltene til spørreundersøkelsen er det flere ansatte som kommenterer at det i liten grad er satt av tid til å jobbe grundig og systematisk med tiltaksplanene. Det er også flere som påpeker at det ikke er satt av tilstrekkelig med tid til å gjennomføre tiltakene i tiltaksplanen. Nedenfor følger noen utvalgte kommentarer fra ansatte som gjelder tiltaksplan mv.

Eksempeloversikt 6 Utvalgte svar fra ansatte om tiltaksplan mv.

Arbeidsbelastningen i feltet er stor, min opplevelse er at riktig fag til riktig pasientgruppe ikke blir prioritert høyt nok fordi driften i P06 tilsier at vi skal jobbe etter tiltak og vedtakstider, ikke etter et helthetlig menneske syn. Det må satses mer på de ulike fagområdene og de med kompetanse bør få tilrettelagt tid til å kunne jobbe med fag og oppfølging av pasienter og pårørende.
Bare det å ha fokus på demens, hva det er og hvordan man skal forholde seg til det vil gjøre tjenestene bedre. Denne kunnskapen er ikke ervervet på korte kurs, man trenger lengre kurs rekker/videreutdanning. Tjenester til personer med demens lar seg vanskelig utføre ut i fra et standardisert opplegg vi gjerne har i hjemmetjenesten. Bemanningen er en utfordring og gjør at dokumentasjon nedprioriteres.
Bli avsatt tid til å få gjennomført prosedyrer og tiltak i henhold til behovet den enkelte har.
Det er budsjettbesparelser på alle punkter. Tiltaksplanene som er satt opp, blir ofte komprimert og redusert. Utfordringer er at vi har forskjellige kompetanse når det gjelder brukere med demens. Primærkontaktene øker opp tiltakstid for at det skal være nok tid til å møte disse mennesker der de er. Om det er en annen kollega eller vikar som kommer dit, utfører de dette på kortest mulig tid og dermed slår det ut på BUM rapporten. Noe som igjen fører til at administrasjon «dokumenterer» at det er kún er den tiden de bruker. Vi har for mange med primæransvar i avdelingen og at det er ikke mulig å få komme til personer med demens regelmessig på en vakt. Dessverre er det for mange de må forholde seg til. Må Alltid prioritere etter det som er akutt. Samspising, samtale eller fysisk aktivitet blir ofte enten kuttet ut eller ikke utført.
Det er behov for mer systematisk arbeid med tiltaksplaner, og tid til å utføre disse.
Det må bli avsatt tid til å få gjennomført prosedyrer og tiltak i henhold til behovet den enkelte har.
Det må tildeles mer ressurser til faglig kompetanseheving hvis personer med demens skal kunne bli ivaretatt hjemme over lengere tid. Avdelingene er avhengig av ressurspersoner som har kompetanse eller videreutdanning innenfor demens for å utvikle gode tiltaksplaner som ivaretar brukerens individuelle behov. Kartleggingsopphold for personer med demens eller mistanke om sterk kognitiv svikt bør prioriteres for å få et helhetsinntrykk av brukerens behov gjennom døgnet da de har mulighet til å bli overservert kontinuerlig.
Flere ansatte på jobb, så vi som er primærkontaker har mulighet til å ta tak i tiltaksplaner og holde det oppdatert. Og for å klare å følge opp brukerne som bor hjemme. Spesielt de med demens. Vi trenger mer tid på listene til å utføre en tilstrekkelig god tjeneste og ta vare på de hjemmeboende.
Gi ansatte mer tid til å gjennomføre tiltakene og forbedre tjeneste. For å utarbeide individuelle tiltaksplaner er det nødvendig med god kjennskap til brukerne og god tid til å kartlegge og utarbeide en plan. De er mennesker med verdier som ofte ikke blir sett.
Har opplevd at vi ansatte dokumenterer at vi ikke har fått gjort alle oppdragene på grunn av for lite tid, men allikevel ser bare ledelsen på tiden som er blitt brukt hos de ulike pasientene. Hvis vi har et tiltak som skal vare i 30 min, og vi "stempler ut" etter 10 min, betyr ikke det at vi har spart 20 min. Det betyr ofte at pasienten nekter hjelp, eller at vi ikke fikk tid til å gjøre tiltaket, for eksempel avlyse dusj hvis det er underbemanning på avdelingen. På «papiret» ser det ut som vi har bedre tid, men det har vi ikke. Det har vært mye sykdom blant de ansatte, og for mange pasienter på hver ansatt. Vi får ikke tid til å gjøre jobben vår godt nok, og spesielt ikke når pasientene trenger mer hjelp enn det er satt av. Kvaliteten på omsorgen hadde absolutt vært bedre hvis vi hadde hatt tid til å gjøre jobben vår ordentlig.
Hvis tiltaksplaner skal følges, må det finnes tid til å lese de når man jobber ute i felten. Gjelder spesielt vikarer. For lite ressurser.
Må ha faglig kompetente ansatte til å evaluere tjenestene fortløpende etter hvert som behovet for mer hjelpetiltak oppstår og de må få tid til utføre disse oppgavene!

Manglende kompetanse og eller tjenester rettet mot personer med demens i tillegg til tidsmangel for at eksisterende personell får tid til observasjoner, dokumentasjon og oppfølging av hjemmeboende med demens som kan hjelpe til mest riktig diagnose og iverksettelse av riktige tiltak.
Nå er det alt for strengt for å få en sykehjemsplass. Mange sitter hjemme alene hele dagen. Vi er kanskje de eneste som kommer innom. Og vi føler at vi gjør en altfor dårlig jobb på grunn av tidspress. Noe som ikke er bra for en dement person. Vi har ett høyt arbeidstempo. Mange er deprimert og uten boevne. De sitter passive foran TVen hele dagen.
Personer med demens er veldig ofte plasser i feil institusjon eller ligger under feil tiltak/ tjeneste fra kommunen, som ikke er i stand å ivareta personens behov eller å iverksette nødvendige tiltak.
Tiltakene i Gerica burde oppdateres oftere, men dette er ikke prioritert som følge av tidsmangel. Det blir ofte formidlet muntlig på møter.
Tid som er avsatt på en del besøk er ikke tilstrekkelig. Personell er kun i stand til å ivareta primære/ grunnleggende behov eller må velge mellom behov. Forlenges tiden på en beboere for å ivareta alle viktige behov, går det utover andre boende. Det jobbes ofte under stort tidspress eller ansatte ofrer sine pauser for å utføre ovennevnte. Sykefraværet på vakter skyldes dels belastende arbeid under tidspress, hvor faste ansatte og vikarer blir syke.
Tildelingskontoret (TOK) stiller ofte kritiske spørsmål til hjemmesykepleien sin vurdering av pasienten, da de vurderer ut i fra tilgjengelig plass, ikke alltid nødvendig behov for døgnkontinuerlig vurdering.
Ved tjenestetildeling, burde saksbehandler være på banen med engang og kommet med informasjon til pårørende. Det som ofte skjer nå, er at de melde brukers hjemkomst. Deretter setter de opp alle mulige tiltak som ikke nødvendigvis er relevante, uten å ha sett nærmere på deres brukers behov som de er saksbehandler for. Dette fører til at de lager store forventninger hos pårørende og brukere. Eksempel: saksbehandler skriver samspising som tiltak. Hjemmesykepleien ser at det ikke er nødvendig. Da tar vi bort tiltaket. Dette resulterer i at bruker og deres pårørende blir rasende fordi de forholder seg til hva saksbehandlerne har skrevet av tjenester.

Hukommelsesteamet opplyser i intervju at når det gjelder personsentrerte helse og omsorgstjenester kunne det vært mye mer fokus på dette, men det er ikke kapasitet i tjenestene per nå de fleste steder. Det er særlig et stort forbedringspotensial når det gjelder å utarbeide gode og spissede tiltaksplaner for hjemmeboende med demens, men det er ikke tilstrekkelig med kapasitet i avdelingene til å gjøre dette i dag.

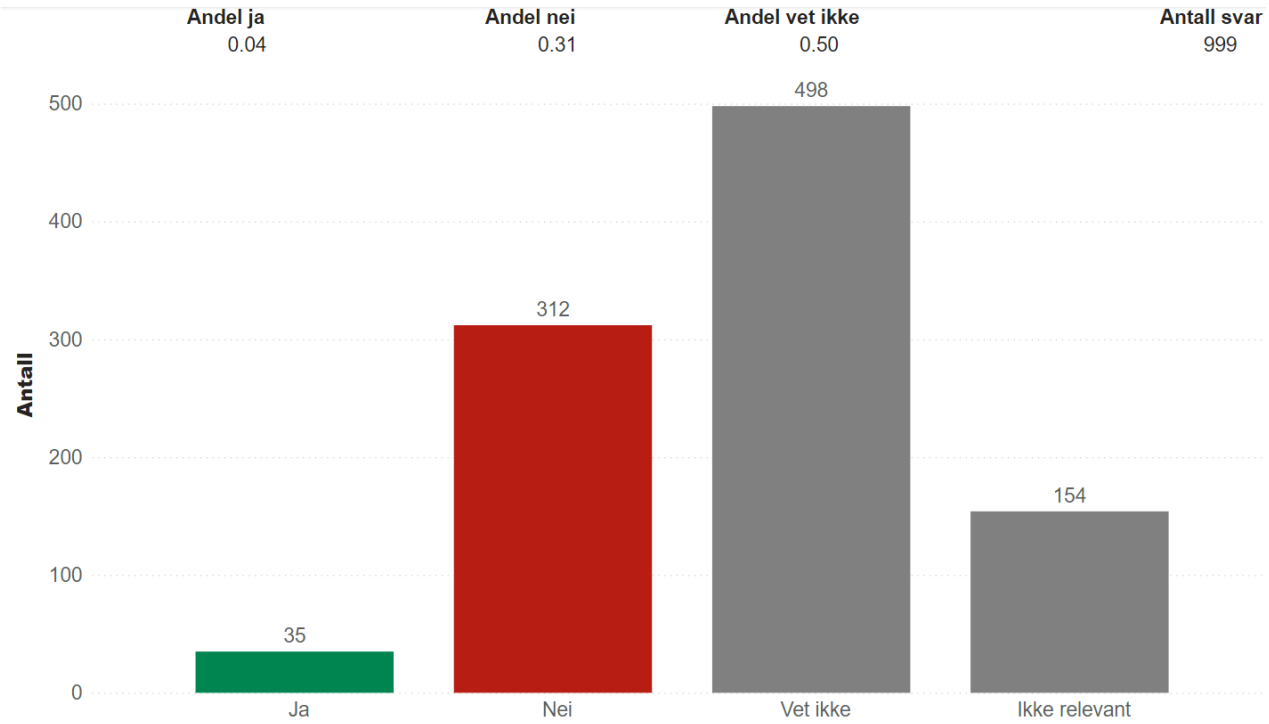
Hukommelsesteamet utdyper at rutiner og prosedyrer for både journalføring og tiltaksplaner er på plass, men at det er etterlevelsen, at det faktisk blir brukt, som er utfordrende. Et enkelt tiltak for kommunen kan være å ha mer søkelys på tiltaksplaner – både utarbeidelse og etterlevelse. Det må sørges for at brukere i større grad får et likt tilbud uavhengig av hvor i kommunen de bor. Det er per dags dato for stor variasjon mellom de ulike avdelingene når det gjelder hvordan tiltaksplaner følges opp og benyttes.

Hukommelsesteamet forklarer også at når noen nettopp er utredet og har fått diagnosen demens er det som regel ikke nødvendig med en tiltaksplan enda. Hukommelsesteamet skriver imidlertid et journalnotat. Bruker og pårørende blir i denne forbindelse kjent med at tilbudet fra hukommelsesteamet finnes når de ønsker det og har behov. Det å ta en telefon kan være tilstrekkelig i de innledende fasene av demens, og på dette tidspunktet er det som regel ikke behov for en tiltaksplan. Videre peker teamet på at det ville være uheldig å lage tiltaksplan for alle med en diagnose rett etter utredning, noe som igjen ville kunne ført til mye bortkastet arbeid.

I intervju med avdelingsledere kommer det fram at kommunen er veldig opptatt av at vedtak og tiltak må stemme nøyaktig overens og det er lite fleksibilitet i tjenestene som gis. Dersom en hjemmeboende takker nei til en tjeneste som skal gis flere ganger blir det feil i systemet. Det rapporteres i form av en egen «BUM rapport». For personer med demens er det imidlertid viktig med fleksibilitet. Kommunen må gi tjenestene når bruker er klar og det er behov for større grad av fleksibilitet for denne gruppen.

På spørsmål til de pårørende om de er kjent med om tiltaksplan evalueres og oppdateres regelmessig svarer halvparten (50 prosent) vet ikke, mens hver tredje pårørende svarer nei. Kun 4 prosent av de pårørende svarer ja. Pårørende til personer med demens eller kognitiv svikt svarer i større grad nei (39 prosent), sammenlignet med de øvrige pårørende (26 prosent).

Figur 58 Pårørende: Evalueres og oppdateres tiltaksplan til den du er pårørende til regelmessig (for eksempel hver tredje måned eller oftere)?



I kommentarfelt i spørreundersøkelsen til pårørende kommer det fram at flere ikke er kjent med at brukerne har en tiltaksplan og om denne oppdateres. Nedenfor følger noen utvalgte kommentarer fra pårørende som gjelder tiltaksplan mv.

Eksempeloversikt 7 Utvalgte svar fra pårørende om tiltaksplan mv.

Alle gjør så godt de kan, men hjelpetilbudet er ikke tilpasset hjelpebehovet. Det kreves enormt mye innsats og tålmodighet fra pårørende. Dette går på verdigheten løs både for den som har hjelpebehovet og oss som pårørende.
Alt for mange forskjellige som er innom. Ingen bruker nok tid til å oppnå tillit. Vedkommende har ikke dusjet på minst 2 år noe vi har etterspurt. Vedkommende sier nei men hvis man oppnår tillit tror vi det kan gjennomføres. Vårt inntrykk er at hjemmetjenesten så vidt er innom og litt ymse språkferdigheter
At den personen som er flink med mor kommer oftere. At det kommer adskillig færre mennesker så hun blir kjent med de som kommer. De burde også kun være kvinner og snakke godt norsk. Antall hjemmesykepleiere burde være langt færre. Det er viktig når du er dement. Mange som kommer burde kunne adskillig mer om eldre demente, særlig når den gamle er 100 år gammel.
Bør være kontakt mellom ansatte og pårørende for demente, da demente fremstår bedre enn det som er tilfelle. Opplever at de hører/spør mor angående om hun trenger hjelp eller ikke og da svarer mor at hun klarer seg selv og trenger ikke hjelp, noe som ikke er tilfelle opplever jeg!! Pleiere bør ha bedre tid til å bli kjent med pasienten og ikke minst lese pleieplan/beskjeder/medisiner pasienten skal ha. Manglende kommunikasjon med pårørende!
Da må det startes i toppen. Flere mennesker på jobb. Folk må ha bedre tid til pasientene. Ikke så mye forskjellige mennesker. Heller ansette flere folk.
De ansatte bør gis noe mer tid til å utføre oppdraget. Noen flere ansatte med høy faglig kompetanse.
De ansatte må få bedre rammer og mer tid, samt opplæring!!!
De avslutter tiltak uten å konferere med pårørende. Dette er meget uheldig og medfører merarbeid for ektefelle og nærmeste pårørende.
De har altfor dårlig tid. Mamma er stort sett fornøyd, men noen synes hun ikke alltid er hyggelige. Den ene rev av skapdøren på kjøkkenet til mamma, og det burde vært notert overfor ledelsen i avdelingen. Mamma trenger mer hjelp i huset, vask av klær, hjelp til å stelle seg, inkludert stell av føtter. Hun trenger hjelp til mye nå. Forstår det ikke er lett når de demente av og til takker nei. Tørket støv hos henne i går, og enkelte steder ligger det 2 cm med støvlag.
De kan utføre de tiltakene de allerede har utredet
De pårørende bør informeres bedre når det gjøres endringer i tilbudet, da det ikke er sikkert at brukeren har god nok innsikt i egen situasjon og er lett å overtale til å si fra seg tjenester det egentlig et stort behov for.
De som følger opp hjemme må sette seg mer inn i pasientens behov, ta seg tid til å se og skjønne hva han evner å gjøre eller ikke gjøre. Rett og slett bli kjent med han.
Det aller viktigste er at de som steller henne er få i antall og har god erfaring med demente. Det er noen få som har god kontakt med mor. Kun disse burde stelle henne. De burde også være kvinner. Det som kjennetegner disse dyktige er at de har opparbeidet god kontakt, kjemien må stemme, særlig når mor er 100 år gammel.
Den demente er ikke alltid i stand til å se sine behov. Det er kanskje behov for litt mer «press» fra hjemmetjenesten til å gjøre ting han ikke vil. (Dusje, skifte tøy osv)
Det bør være de samme pleierne som kommer slik at de blir kjent med pasienten. Nå er det for mange forskjellige som gjør ting veldig forskjellig.
Det bør være jevnlige møter mellom hjemmesykepleien, pårørende og personen som mottar tjenestene. Mer dialog når hendelser skjer.
Det er alt for mange ufaglærte som kommer som ikke har noen kompetanse når det kommer til demens. Oppfølging bør bli bedre og ansatte må ha tid. Det skjer alt for ofte at ansatt sier at de ikke har tid til å for eksempel å varme middag skikkelig varm slik at middag må spises nesten kald
Det er alt for stort fokus på tid og ikke noe fokus på bruker og deres behov. Hjemmetjenesten er overbelastet og har ikke tid til å se personen de er hos. De har knapt nok tid til å gjøre det de skal. Det er mye ufaglærte som ikke innehar kompetansen som bør være til stede for å skulle jobbe i hjemmetjenesten. Det er mangel på kunnskaper om medisinering, etikk, holdninger, hvordan møte en person med demens, ernæring og kultur. Det er alt for mye slurve feil og mangel på ansvarsfølelse hos mange ansatte. Det trengs flere utdannede ansatte og bedre oppfølging/samarbeid mellom bruker, pårørende og hjemmetjenesten

Det er for dårlig kommunikasjon mellom ulike avdelinger/etater i kommunen. Mange tjenester faller mellom flere stoler. For eksempel sier det seg selv av en person med demens ikke nødvendigvis klarer å handle selv, betale regninger, eller gå til legen. Men det er det ingen som tar ansvar for i kommunen. Min mor gikk for eksempel tom for dopapir, og begynte å tørke seg med et håndkle. Det ble ikke plukket opp eller håndtert av noen ansatte. Når hun har tydelig behov for lege, tar ingen ansvar for å følge dette opp, og hun får sjelden følge til lege. Det samme gjelder betaling av husleie. Faktura ble lenge sendt til min mor, som ikke klarer det, og har verge fordi hun har demens, noe kommunen vet. Da ble fakturaen sendt til inkasso. «Det må pårørende gjøre», er beskjeden jeg ofte får. Jeg bor langt unna og har ikke mulighet til å følge så tett opp, og er avhengig av tett dialog med tjenestene. Det er svært krevende. Og hva med de som ikke har pårørende? Her er det helt klart store hull i omsorgen for de med demens som bør tettes.
Det er lite informasjon og hjelp uten at man som pårørende tar initiativ overfor hjelpetjenester. Det kan også synes som om ulike instanser har dårlig kommunikasjon. For eksempel kontakten mellom fastlege og omsorgstjenesten.
Det er for mange forskjellige folk. Jeg må alltid fortelle hva som skal gjøres. Dessuten kommer de til tider som ikke er avtalt. Det gjøres mange ting jeg må klage på. Situasjonen er veldig slitsom for meg som er like gammel som *brukeren* og sliter med en sykdom.
Det er vanskelig å være pårørende til en dement. Hjemmehjelpen er veldig opp ned. Alt for mange forskjellige. Jeg må hele tiden forklare hva som skal gjøres
Det er for stor variasjon i de som betjener, for stor variasjon i holdning. Noen er fantastiske, andre virker det som gjør minst mulig. Det virker ikke som om alle ansatte er innforstått med hvilket tiltak som gjelder.
Det er stor mangel på arbeidskraft, med flere ansatte vil kontakten/tryggheten bedres. Personen føler det stressende når den ansatte kommer for å hjelpe. Hun føler seg til bry. Det bør også bli nattevakt i *kommunedelen* igjen, slik det var før vi kom inn under Drammen. Det er stor forskjell på helsetjenestene i Drammen og *kommunedelen* - det er en stor skam.
Det jeg føler mangler er at de snakker sammen. En kan bli enig med en person, også går ikke dette videre til andre. Det må bli bedre kommunikasjon/journalføring mellom de som jobber i forskjellige ledd.
Det kommer alltid nye og jeg (kona), orker ikke forklare om dusjing og rydding av bad. Enkelte gjør jobben bra, andre drar fra badet uten rydding. Dette gjør at mitt arbeid alltid står på vent! Må sjekkes hver gang for redd for fall. Ungdommer fra videregående har også vært brukt. De er høflige, men har de har ikke fått kurs og har aldri dusjet en mann. Primærkontekt/sykepleier ansvarlig sluttet. Ingen ny ansvarlig!
Det kunne vært litt mer systematikk i samarbeidet. Men opplever at mine henvendelser blir positivt mottatt. Og som sagt ovenfor. Det er masse flotte folk i hjemmetjenesten. Ære være dem!
Det merkes godt at det er økt bruk av vikarer som ikke har noe kompetanse eller fagutdanning innen helse.
Det må bli bedre. Mange fine, flinke hjemmesykepleiere. Men de har alt for liten tid. Jeg som pårørende føler meg ikke trygg på at min mor blir ivaretatt på en god måte.
Det ville være fint med informasjon til pårørende, så vi vet hva som skjer og om eventuelt nye tiltak eller forandringer
Det virker som om vi som pårørende må fortelle at mor faktisk ikke ER så oppegående og klar i hodet som de mener hun er! De bør høre mere på pårørende for vi kjenner pasienten som hun var før demensen. Det bør også bli bedre bemannet så de stakkars pleierne får tid til å bli kjent med pasienten. Da vil de lettere oppfatte forandring i pasientens demens og diagnoser. De får også bedre tid til å informere pårørende og ha kontakt med oss rundt pasienten.
Dette er en helt meningsløs meningsmåling så lenge det ikke er politisk vilje til å bevilge mer penger til eldreomsorg. De ansatte løper beina av seg og tar helt klart mer hensyn til meg som pårørende enn mamma og pappa. Mamma har veldig tillit til noen av de som kommer på besøk, men ikke alle. Hun vil ikke egentlig trenge hjelp så noe av situasjonen hviler på at hun får lov til å nekte. Men hun makter ikke å rydde og vaske etter pappa som tisser i senga hver natt. Hun varmer maten hun får fra hjemmetjenesten i stekeovnen så plastbeholderne krøller seg. De sover jevnlig i min fars urin. Jeg har kjøpt utstyr for ti tusen kroner til senga deres og det blir ikke brukt. Dels fordi mamma snubler over seg selv for å ikke trenge noen. De har ofte ikke brødmat fordi mamma glemmer å bestille. Jeg prøver å ringe henne for å bestille, men da blir hun stresset. Det hadde vært ganske gromt om de kunne fått hjelp til det så de slipper å sitte uten mat. Når jeg bestiller ting på Oda så pakker mamma ting vilkårlig ned. Mat blir liggende i kjøleskapet og bli dårlig. Kjøkkenet er skittent, klesvasken er permanent på etterskudd og det ligger ren (og noen ganger skitten) vask rundt i stua hele tiden. Stolen til pappa er grundig tissa inn. Så det er på grensen til forsvarlig, og langt fra verdig.
Drammen kommune er beryktet i de fleste instanser innen helse som mine foreldre har hatt med å gjøre. Tilbudet er skammelig, og folk får ikke hjelp! Jeg gruer veldig til egen alderdom når jeg ser hvordan mamma og pappa har hatt det.

Eldreomsorg basert på faglighet og forskning? Da må det flere ansatte på jobb, mer fokus på miljøarbeid, aktivitet og styrke eksisterende og nye ferdigheter
Fastlegen har gjort en formidabel jobb med å prøve å få til tiltak som kan fungere, men hjemmesykepleien følger ikke opp på grunn av tidspress og underbemanning.
For dårlig kompetanse og forståelse innen sps demensomsorgen. Flere fagfolk og gode ledere som kan skape gode arbeidsmiljøer i felleskap med ansatte. Skape attraktive arbeidsplasser som øker trivselen og gir arbeidsglede….
For mye utskifting av personalet, mange ukjente og for mange forskjellige personer som kommer. Virker ikke som om alle får opplæring og/eller har kunnskap om den de kommer til.
Ha god/regelmessig dialog med bruker og pårørende, så det er mulig og sette inn tiltak når brukeren forandrer seg.
Kommunen har forbedringspotensiale med henhold til å øke fagkompetansen og skape gode trygge arbeidsplasser med gode ledere som ivaretar sine ansatte på en god måte. Fornøyde kompetente arbeidstakere yter gode tjenester.
Kommunens ansatte i hjemmetjenesten gjør en helt fantastisk jobb hver eneste dag med min bruker!!!! Tusen tusen takk!! For meg som pårørende har dialog rundt brukerens behov og støtte vært preget av at bruker har hatt flere helse-ulykker, dialogen har således vært mye situasjons-håndtering fra ulykke til ulykke. I parallell med at brukers kognitive evner er markant fallende, og bruker ikke innser/forstår dette, og ofte opptrer aggressivt og lite samarbeidsvillig. Denne situasjonen er svært krevende å stå i som pårørende over tid. Jeg yter praktisk og følelsesmessig støtte til bruker, har gått pårørendekurs i annen kommune (hvor jeg er bosatt) og har fått fenomenal støtte fra drammen kommunes demenskoordinator når jeg tar kontakt. Eller det har oppstått situasjoner med bruker. Dette er jo en permanent situasjon for bruker nå, og jeg ønsker meg en mer regelmessig kontakt/støttegruppe rundt det å være pårørende til en såvidt krevende bruker i forhold til å håndtere hverdagen og brukers mange merkelige og krevende påfunn. Dette for å sikre god pårørendehelse, og kunne bidra til at bruker bor hjemme lengst mulig.
I dette tilfelle med bruker på nær 100 år burde det vært tilgang til sykehjemsplass når behovet tydelig er der. Det tilbys korttidsopphold i en situasjon hvor sykehjemsplass er søkt om for nesten 1 år tilbake og svar på søknad fremdeles ikke foreligger. Dette tilsier at kommunen nærmes bevisst(?) tilbyr annet og mindre tilpasset for at søknad om sykehjemsplass skyves ut i tid og ikke besvares, betenkelig ut fra hva lovverket tilsier. For svak fagkompetanse blant de som arbeider i hjemmetjenesten. Dette betyr også manglende dokumentasjon og tiltaksplaner for bruker.
Inntrykk av at hjemmetjenesten har altfor dårlig tid. Vedtak på samspising; satt av 12 minutter…. Ingen informasjon til pårørende om hvilke tiltak som finnes og kan søkes om. Ventelister på for eksempel dagsenter.
Jeg er godt fornøyd med primærsykepleier som min mor har. Hun har gjort en fantastisk jobb. Utfordringen er at min mor er for syk. Hun har behov for mer enn det hjemmetjenesten kan gi. Hun er for øyeblikket på korttidsopphold.
Jeg er sjokkert over å innse at vi ikke får nok oppfølging. Kommunen er STUM og ikke tilstedeværende for oss som pårørende hvis jeg ikke selv ringer og gir noen beskjeder
Jeg har blitt overrasket over hvor dårlig hjemmetjenesten er. Jeg jobbet selv i hjemmetjenesten i en annen kommune for noen år tilbake, og da gjorde vi laaaangt mer enn de gjør her i Drammen. Jeg har vært svært skuffet gang på gang, og det er slik at nå som han skal på omsorgsbolig med hjemmetjeneste, så er jeg svært skeptisk til hvordan det skal gå med tanke på min far og spesielt det med mat. Jeg tror ikke han kommer til å få den hjelpen han trenger da, siden jeg har måttet veilede/informere omtrent samtlige som kommer innom om endrede vedtak (de leser ikke ny info). Det er så stor forskjell mellom hvem som kommer også, så det er svært vanskelig for både meg og pappa å forholde oss til det, da det i løpet av 6 måneder sikkert har vært innom minst 40 forskjellige ansikt.
Jeg kunne ønske å ha mer kontakt med hjemmetjenesten. Vi får ingen hjelp selv om mannen min er relativ sterk angrepet av Alzheimer. Han fungerer bra med kroppen, men sitter mye passiv. Jeg er selv veldig skrøpelig. Hadde hjerteinfarkt for 2 uker siden. Men har aldri fått tilbud om hjelp utenom pårørendeskole.
Jeg opplever viljen til å hjelpe er god, men som mye annet er det personavhengig.
Jeg synes hjemmetjenesten gjør en svært god jobb. Kunne vært litt bedre koordinert med tanke på oppfølging av rutiner far trenger. Han velger vekk rutiner han ikke liker (dusje ol.) og slipper dermed unna det.
Jeg vet ikke om det er en systematisk oppfølging, men når det har vært behov så har de gjort tiltak. Betyr vel at det er systematisk😃
Jo lengre jeg kom i denne pårørendeundersøkelsen, jo mer skjønner jeg at jeg ikke har mottatt verken synspunkter eller spørsmål om tilrettelegging og behov. Alt han allerede har fått har kommet fra sykehus/Drammen Helsehus etter

lårhalsbrudd. Spesielt vil jeg etterlyse den såkalte kontakten han skal ha fått. Her har fortsatt Drammen kommune mye å gjøre.
Kommunen bør etablere et tettere samarbeid med de pårørende som ikke bor sammen med bruker. Dette tenker jeg et helt essensielt skal man få på plass gode tjenester og tiltak for de brukerne som er hjemmeboende med en demensdiagnose.
Lite informasjon angående mulige hjelpetiltak. Jeg følger han til og fra alt! Ingen kommer for å se eller bare prate med han. Hvordan har du/Dere det? Jeg fant demenskurset via bekjente! Jeg føler meg helt alene med alt ansvar!!!
Man bør kunne sitte ned noen minutter, prate litt. Her gis det medisiner stående og så går de igjen. Ingen mulighet å oppfatte brukers behov/dagsform/humør. Vanskelig å oppfatte hvor dement og hjelpetrengende hun er. Dersom de hadde pratet noen minutter ville de kunne danne seg et bilde av henne. Det tror jeg ikke de gjør.
Man må fra hjemmetjenesten side vurdere pasienten regelmessig og hvilke behov som må dekkes utenom mat og medisiner. Og deretter sette inn nødvendige tiltak.
Mer intern kommunikasjon, opplever at beskjeder gitt på telefon eller til de som behandler ikke blir gitt videre og at man må ta kontakt flere ganger. Ingen bekreftelse på avtaler. For mange personer involvert, alltid nye mennesker så vanskelig å forholde seg til tjenesten både for meg og min mor.
Mer opplæring av ansatte. Flere faste som kommer. Bruker blir utrygg og utslitt av ufaglærte. Tjenesten må føle seg verdsatt av kommunen og få flere ressurser slik at dyktige ansatte ønsker å bli i jobben.
Min far sier han er veldig fornøyd med tjenestene han mottar. Han har fullstendig isolert seg i eget hus, vil ikke ha kontakt med oss i familien....Han har tydelige signaler på kognitiv svikt. Det er vanskelig som pårørende å sitte på sidelinjen uten noen form for informasjon fra hjemmetjenesten, fastlegen eller andre behandlere.... Eneste informasjon kommer fra pasienten selv. Den er veldig sprikende fra virkeligheten. Ønsker i stor grad kontakt med den/de som har ansvaret for min far i kommunen
Min mor til tross for diagnose Alzheimer, reagerer på at de ansatte kan stå med ryggen til når de prater med henne. Enkelte har ikke tid til å sitte ned. Hun bruker høreapparat og er avhengig at hun i tillegg kan lese på munn. Hun opplever at det er mange forskjellige som kommer og stor variasjon hvordan de møter henne. Hun syntes ikke det er bra at de leser hennes avis, mens hun tar medisiner. Da lukker hun seg, ringer meg etterpå og er opprørt. Da må jeg roe henne ned. Heldigvis er det glemt etter kort tid. Det er mange flinke som er innom. Virker som om det er vikarer som er den største utfordringen. Hvor mye opplæring om demens får de før de blir sendt ut på oppdrag ?? Er det tid til jevnlig refleksjoner med ledelsen? Er det rom for faglig oppdatering? Når en pleier gir medisin som brusetablett er det en selvfølge at de ser hun drikker alt mens de er der og dersom de ikke gjør det bør de ha så mye kunnskap at dersom min mor ikke drikker det med en gang så vil pulveret falle til bunnen og hun får ikke i seg det hun skal. Dette har jeg gitt beskjed om så det vil nok bedre seg, men det skulle være unødvendig å påpeke dette. Selv har jeg jobbet i hjemmesykepleien i mange år, og har erfaring i møte med demenspasienter. Må tilslutt rose demenskoordinatoren som gjør en flott jobb. Vedkommende er tilgjengelig dersom jeg tar kontakt og er alltid imøtekommende
Når man er 96 år oppstår det raskt en krise, eksempelvis fall og annet. Først da kan man søke på nye tiltak, og den gjenværende (de er to) er ikke i stand til å ta vare på seg selv. Dette gjelder spesielt min mor som er akselererende dement. Systemet er altfor byråkratisk, i de tilfeller der svært gamle lever egenforsørget. Det er etter mitt syn null beredskap, man kommer sist i køen. Når man snart er 100, er det urovekkende.
Som pårørende har jeg flere ganger blitt lovet å få informasjon osv - uten at dette blir fulgt opp. Må bruke tid på å koordinere ulike deler av tjenestene.
Stikkord her er kompetanse og forståelse for at systematisk kartlegging og tilpassing av tjenester foreligger i tråd med brukers behov. I dag er slik dokumentasjon nær ikke eksisterende. Det begrenser seg til besøk hvor medisiner tildeles og mat ordnes. Lederaspektet synes fraværende når det gjelder hvordan arbeidet faktisk utøves og (burde) følges opp. Ved spørsmål om innsyn i journal bekreftes det at tiltaksplan ikke kan være prioritert eller forstått og at tiltaksplaner ikke på noe vis er oppdatert.
Vi har kommet inn i systemet og alle vi har hatt kontakt med var veldig hyggelige. Men jeg føler allikevel at vi ikke får noe hjelp eller oppfølging. Filmen vi så på pårørendeskole fra Lier var som fra en annen verden. Håper på et bedre samarbeide
• Svært fornøyd med å være på dagsenter de dagene mor er der. Høy grad av trivsel. • Jeg savner oversikt over kontaktpersoner i kommunen utover primærkontakt i hjemmesykepleien og hjemmesykepleie-området/kontor. • Vi får kopi av vedtak når det gjøres formelle endringer. • Vi har ikke sett individuell oppfølgingsplan, tiltaksplan eller liknende. • Vet ikke om mor har demenskoordinator. • Har ikke ansvarsgruppe.

Revisjonen har også kartlagt hvor enig eller uenig de pårørende er i en rekke påstander om kommunens tjenestetilbud. Et flertall av de pårørende er enig i at de som leverer tjenestene møter personen med respekt og at kommunens hjemmetjenester preges av høy grad av faglighet og profesjonalitet. Et flertall av de pårørende er også enig i at brukeren får systematisk oppfølging ut fra behov, at de som leverer tjenestene kommuniserer klart og tydelig og at det er god kontroll og ledelse ved tjenesten. Et mindretall er imidlertid enig i at de som leverer tjenestene har tilstrekkelig med tid og at de ansatte har tilstrekkelig med kompetanse om demens. Blant de pårørende til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt er 42 prosent uenig i at de som leverer tjenestene har tilstrekkelig med tid til å gi gode tjenester.

Tabell 55 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om kommunens tjenestetilbud?

	Pårørende til personer med demens/kognitiv svikt (N = 394)		**Øvrige pårørende (N = 605)**			
Påstand	**Andel helt eller delvis uenig**	**Andel helt eller delvis enig**	**Andel helt eller delvis uenig**	**Andel helt eller delvis enig**	**Differanse enig**	**Differanse uenig**
De som leverer tjenestene møter personen med respekt	0.07	0.74	0.06	0.68	0.06	0.01
Kommunens hjemmetjenester preges av høy grad av faglighet og profesjonalitet	0.18	0.60	0.14	0.57	0.03	0.04
Den du er pårørende til får systematisk oppfølging av kommunen ut ifra sitt behov	0.28	0.58	0.18	0.58	0	0.10
De som leverer tjenestene kommuniserer klart og tydelig	0.23	0.57	0.14	0.56	0.01	0.09
Det er god kontroll og ledelse ved tjenesten	0.21	0.56	0.15	0.50	0.06	0.06
De som leverer tjenestene har tilstrekkelig med tid til å gi gode tjenester	0.42	0.35	0.29	0.40	-0.05	0.13
De ansatte har tilstrekkelig kompetanse om demens[244]	0.18	0.32				

Videre er et flertall av de pårørende til både hjemmeboende demens/kognitiv svikt (59 prosent) og de øvrige pårørende (53 prosent) enig i at kvaliteten på tjenestene som leveres varierer for mye med hvem som leverer tjenestene. Kun i overkant av en av ti pårørende er uenig med påstanden.

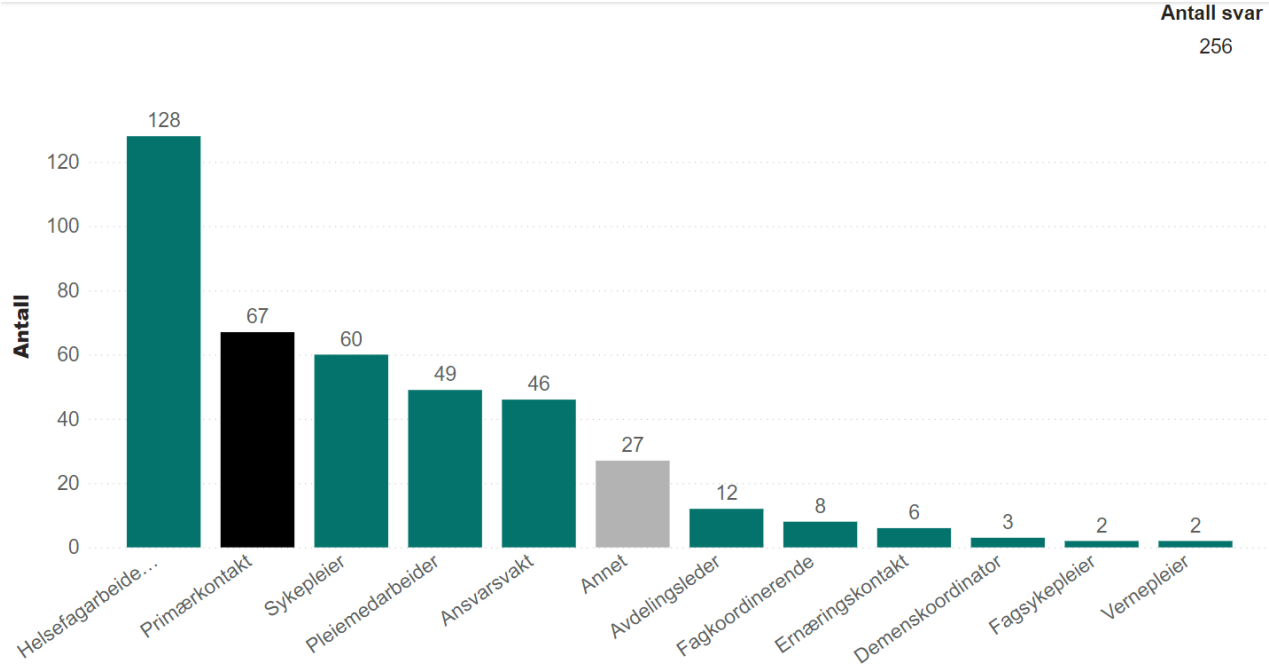
[244] De øvrige pårørende svarer i stor grad vet ikke/ ikke relevant.

6.8. Nærmere om primærkontaktenes ansvar og oppgaver mv.

Kommunen har, som nevnt, et eget hukommelsesteam med kompetanse om demens. I tillegg vil personer som mottar tjenester fra kommunen ha en saksbehandler fra tildelingskontoret og en primærkontakt i hjemmetjenesten. Ifølge kommunens rutiner skal primærkontakten være en fast ansatt med helsefaglig utdanning. Primærkontakten bør også ha minimum 70 prosent stilling (se også tekstboks 4). [245]

I spørreundersøkelsen til ansatte oppgir om lag en av tre ansatte (67 ansatte) i hjemmetjenesteavdelingene at de har rollen som primærkontakt. De fleste primærkontaktene (51 av 67) er helsefagarbeidere. Videre er flere sykepleiere (12 av 67) og noen få er pleiemedarbeidere (2 av 67).

Figur 59 Ansatte: Har du en eller flere av følgende roller? (flere svar mulig)



Som vist i tabell 5 svarer i underkant av halvparten av de ansatte (47 prosent) at primærkontaktene i stor grad ivaretar roller/ansvar i tråd med forventninger og krav. I kommentarfelt er det mange ansatte som påpeker at primærkontaktene har lite tid til å ivareta sitt ansvar. Se eksempler på kommentarer fra ansatte nedenfor.

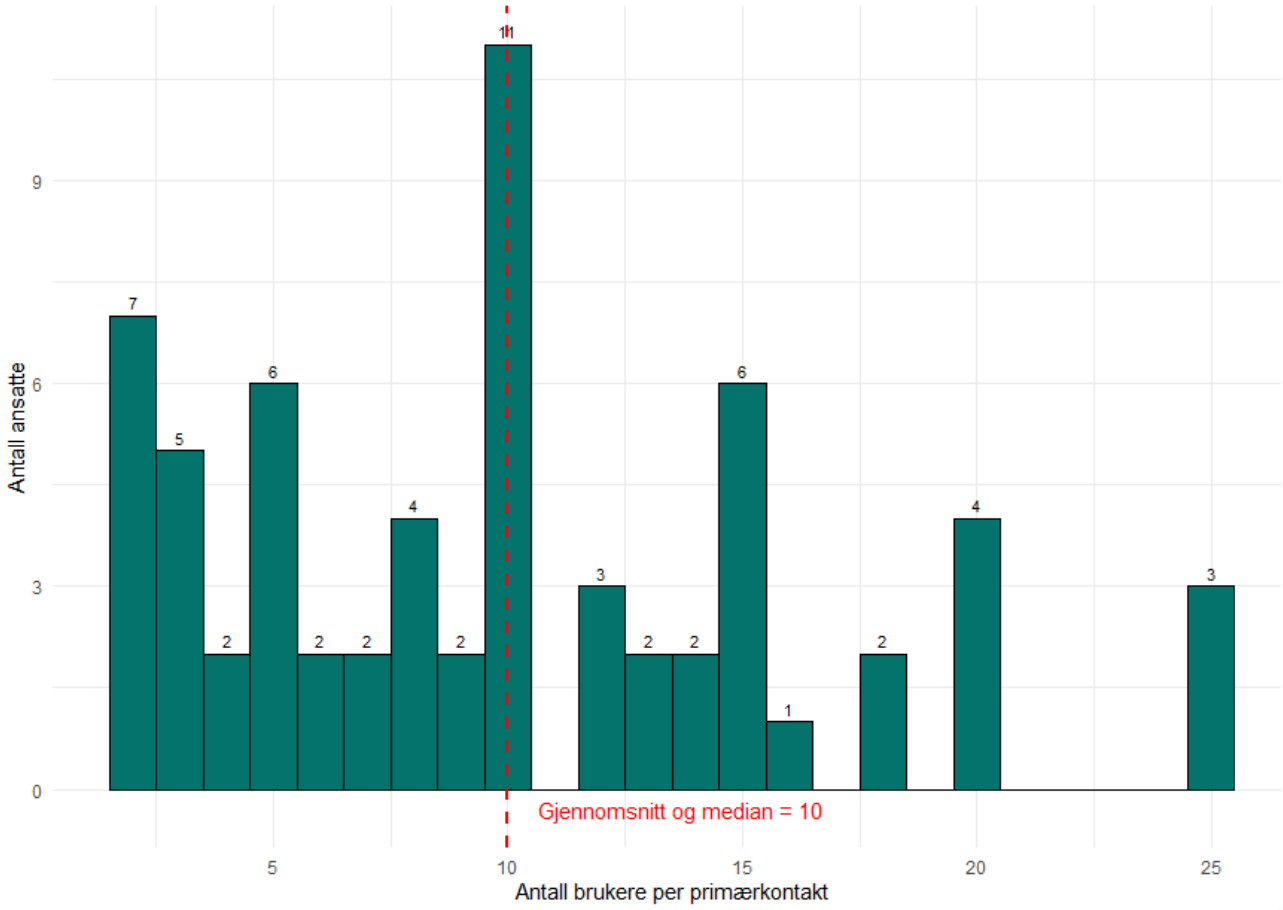
[245] Drammen kommune (2021) Primærkontakt i hjemmesykepleien

Eksempeloversikt 8 Utvalgte svar fra ansatte om primærkontakter mv.

Det er travelt og brukerne krever nesten all tid. Derfor blir det lite tid til kompetanseheving og primærarbeid. (avdelingsleder)
Følgende kan bli bedre: At primærkontakter som har ansvaret blir bevisstgjort dette. Eventuelt en gjennomgang av Iplos, Satt av tid til å gjøre dette.
Vi har for få primærkontaker. Man har primæransvar for over 10 brukere. Skjev fordeling av primærkontaktansvar i vår avdeling. Noen har ansvar for 5 eller under 10. Plus at man også trenger ressurser til forskjellige oppgaver.
I vår avdeling er det per i dag 1 sykepleier i jobb som ikke er sykemeldt. Det er mange hjelpepleiere som er sykemeldt og altfor mange ufaglærte ute på listene som ikke har noen kunnskap om demens. Når man er alene som faglært får man altfor mange oppgaver som gjør at man ikke får tid til å yte så god pleie som de demente trenger. Ofte blir de heller ikke observert slik de burde da ansatte ikke har kompetansen. Ofte går dette utover personlig hygiene og ernæring da pasienter med demens må snakkes til på en egen måte, noe ufaglærte ikke klarer, og heller ikke tar seg tid til i en stressende hverdag da de ikke er skolerte i å se hele bildet. Slik det er på *avdelingen* nå har det vært så og si hele 2023, problemstillingen er ikke ny, med for høyt trykk, mye sykdom og sykere og sykere pasienter hjemme. Da blir ofte demente satt bakerst, for de klager ikke på dårlig behandling eller mangel på det. Hjelpepleiere har veldig mange oppgaver og vi har en veldig stor pasient base. Det vil si at vi ofte kun får vært hos de som trenger en fagperson som insulin og sårstell etc. Og sykepleierne får aldri tatt hånd om sine primæroppgaver hos pasientene da det ikke er sykepleiere nok hos oss til å ha egne områder. Konklusjon: det trengs flere faglærte, og ihvertfall bør det flere på jobb slik at de som har kompetansen faktisk har tid til å bruke den. Vi rekker ikke engang å lære opp vikarene i enkel observasjon. Det er helt vanlig å ha 30-60 min mer pasienttid enn arbeidstid. Eksempel: første økt er fra 8-12 (reel arbeidstid) mens listen da vil være på minimum 4 timer og 30 min i reell pasient tid, og da er det ikke tatt med at man skal gå/kjøre mellom pasienter. Her kuttes det derfor mye tid hos pasienter. Ufaglærte klarer ofte å gjennomføre disse listene raskere enn faglærte, og det stilles da spørsmål om hvorvidt pasientene da får den hjelpen den trenger og har krav på.
Ifølge EQS, må man ha min. 70% stilling for å få primæransvar. I vår avdeling får man ansvar selv om du har 60% stilling. De er da ofte ikke på jobb og at deres primæransvar fordeles igjen på andre i gruppe for å få tettere oppfølging. Vi har ikke system for primærtid. Man må be om å få innetid for å utføre primærgaver. Er man heldig at det er noe som skjer. og akutte situasjoner, utgår dette. Primærtid hos oss når man er helsefagarbeider (HFA) er kún 1-2 timer. Altså de timene man har igjen etter pause.
Primærkontakt som har ansvar for personer med demens eller har mistanke om demens får ikke den støtte de trenger fra tildelingskontoret (TOK). Det er når vi mener at omsorgen trenger høyere nivå. Det er mye avslag på søknadene om for eksempel kartlegging/observasjonsopphold. De kompenserer dette med flere dager på dag/kveldssenter eller økt tilsyn fra hjemmesykepleien. Vi observerer at det må skje noe akutt før man får opphold, og slik skal det ikke være.
Vi må blir bedre på samarbeidsmøter med pårørende. Dette er noe vi har fokus på innenfor primæransvar oppgavene. (avdelingsleder)
Økt bemanning på jobb eller legg til flere ansatte slik at de ansvarlige primærkontaktene **e** får mer tid til å følge opp primærkontaktoppgaver.

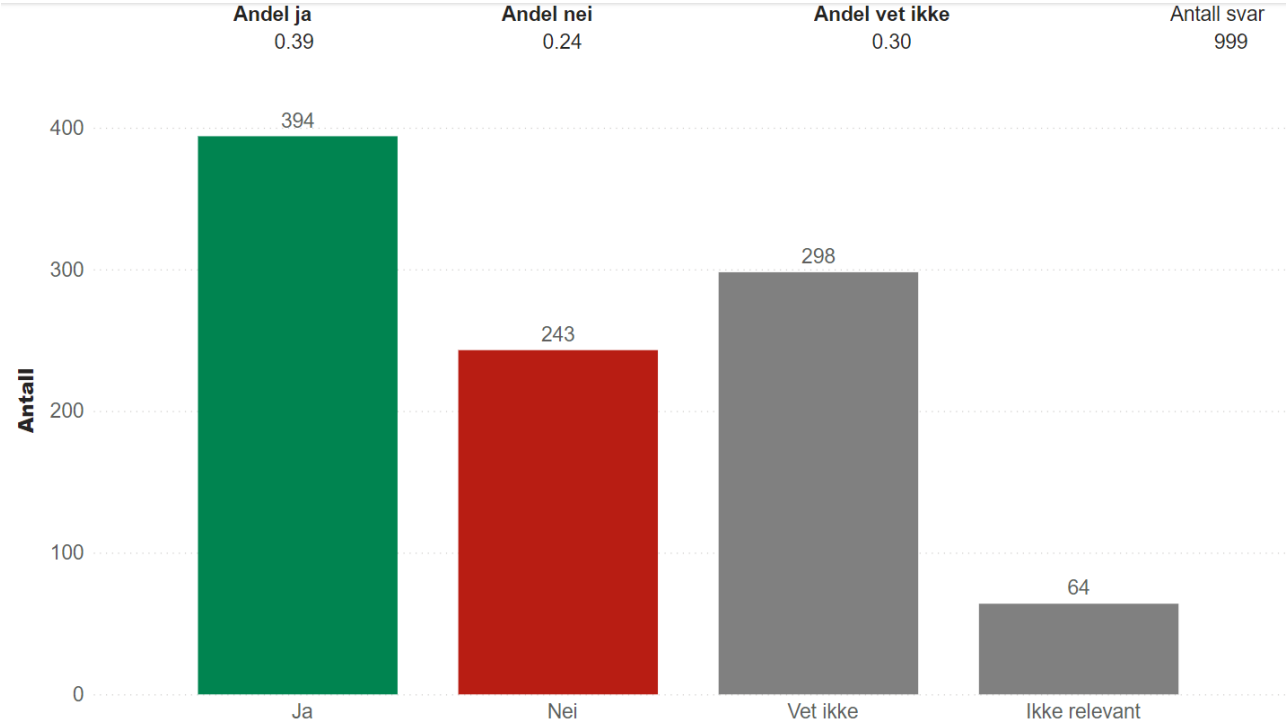
Når det gjelder antall brukere primærkontaktene som har svart på spørreundersøkelsen har ansvar for, varierer det fra 2 til 25 brukere. Både gjennomsnittet og medianen er 10 brukere per primærkontakt jf. figur 60. Det er imidlertid tre primærkontakter som har ansvar for 25 brukere, og fire som har ansvar for 20 brukere. I andre enden av skalaen er det også mange (henholdsvis syv og fem) primærkontakter som kun har ansvar for en eller to brukere.

Figur 60 Histogram: Antall brukere per primærkontakt (n = 64 primærkontakter)



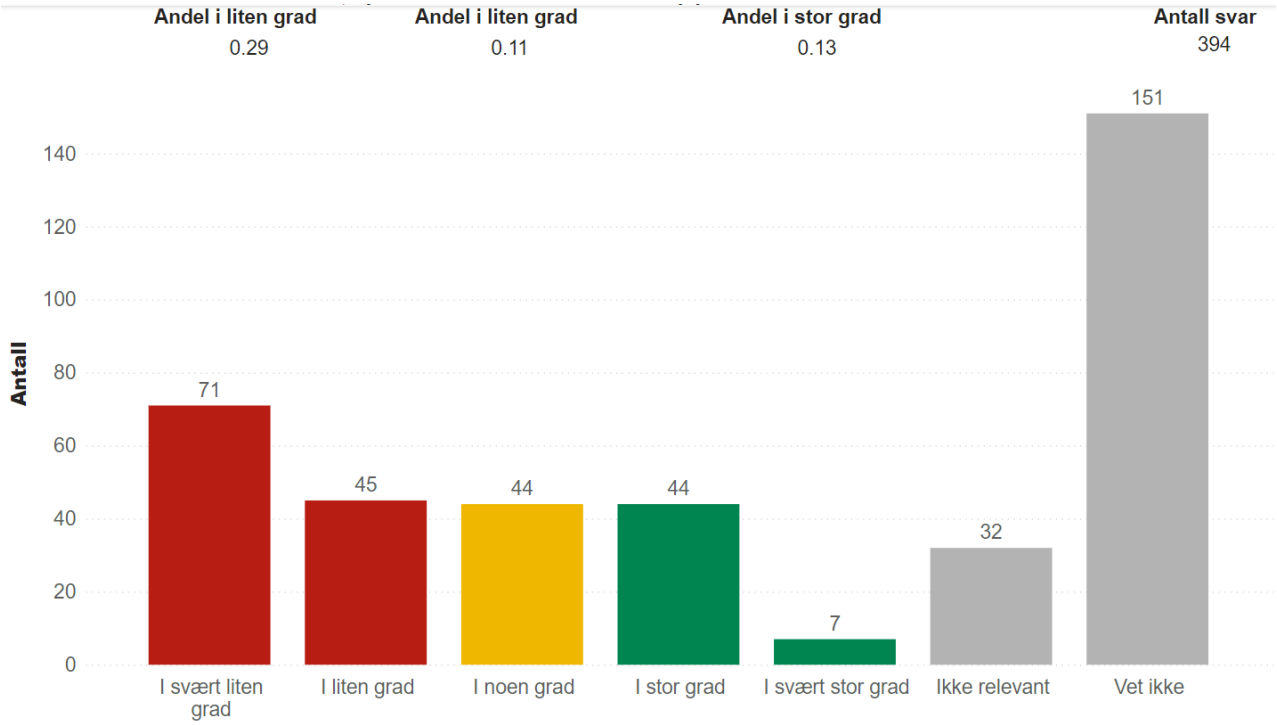
I spørreundersøkelsen til pårørende svarer 39 prosent av de pårørende at de er kjent med at den aktuelle brukeren har en kontaktperson, mens 24 prosent svarer nei. Videre svarer om lag en av tre (30 prosent) at de ikke vet jf. figur 61. Pårørende til personer med demens eller kognitiv svikt svarer imidlertid i mindre grad at de har en kontaktperson (35 prosent) sammenlignet med de øvrige pårørende (46 prosent).

Figur 61 Har den du er pårørende til en fast kontaktperson (primærkontakt) i kommunen?



På spørsmål om kontaktpersonen/primærkontakten systematisk følger opp at det er samsvar mellom behovene og tjenestene som gis til den du er pårørende til, svarer i overkant av en av tre (35 prosent) at de ikke vet. Videre svarer 21 prosent i liten eller svært liten grad, mens i overkant av en av ti svarer i noen grad (12 prosent) eller i stor grad (13 prosent). Om lag en av fem (19 prosent) svarer ikke relevant. Dersom vi kun ser på pårørende til personer med demens/kognitiv svikt svarer i underkant av en av tre i liten eller svært liten grad .jf. figur 62.

Figur 62 I hvilken grad følger kontaktpersonen/primærkontakten systematisk opp at det er samsvar mellom behovene og tjenestene som gis til den du er pårørende til? Kun pårørende som svarer at den de er pårørende til har demens/kognitiv svikt.

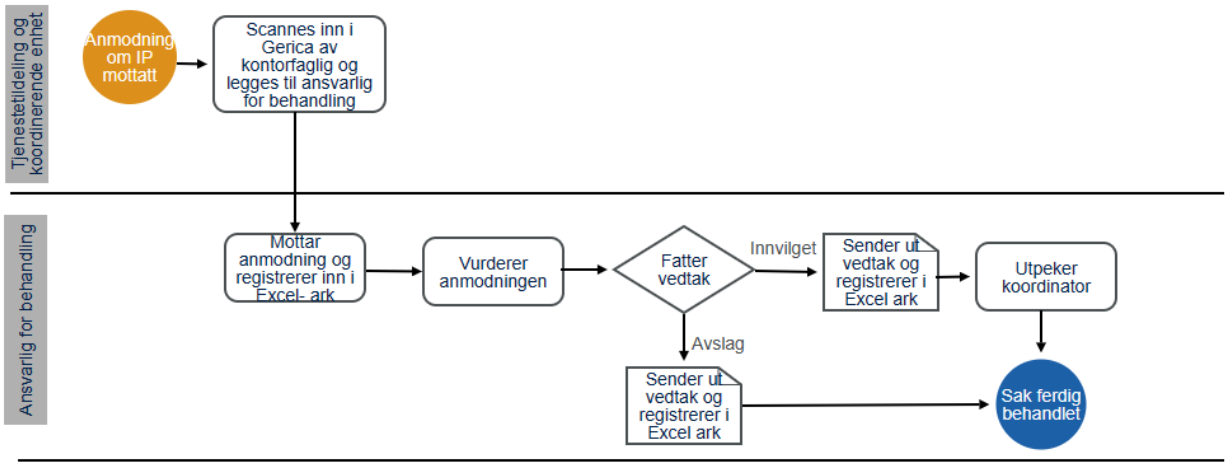


6.9. Koordinator og individuell plan

Kommunen skal tilby koordinator og individuell plan til personer med demens med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Fordi dette tiltaket i varierende grad benyttes overfor målgruppen er det et sentralt tiltak i Demensplan 2025 at personer med demens som har behov for det får tilbud om koordinator og individuell plan. Ifølge demensplanen vil de fleste ha behov for sykehjemsplass ettersom sykdommen utvikler seg, og en individuell plan er et viktig verktøy for planlegging og medvirkning. Når de ansatte aktivt bruker livshistorien til den enkelte og har god faglig kompetanse, gir dette god personsentrert omsorg og livskvalitet for den enkelte. [246]

Drammen kommune har rutiner for å tilby koordinator og individuell plan ved behov. I kommunens prosesskart for saksgang ved anmodning om individuell plan, framgår det at når tildelingskontoret mottar anmodning om individuell plan registreres behandlingen i eget excelark. Dersom individuell plan innvilges utpekes det også en koordinator. Det er koordinatoren som oppretter individuell plan.[247] Se figur 63.

Figur 63 Kommunens prosesskart for saksgang ved anmodning om individuell plan

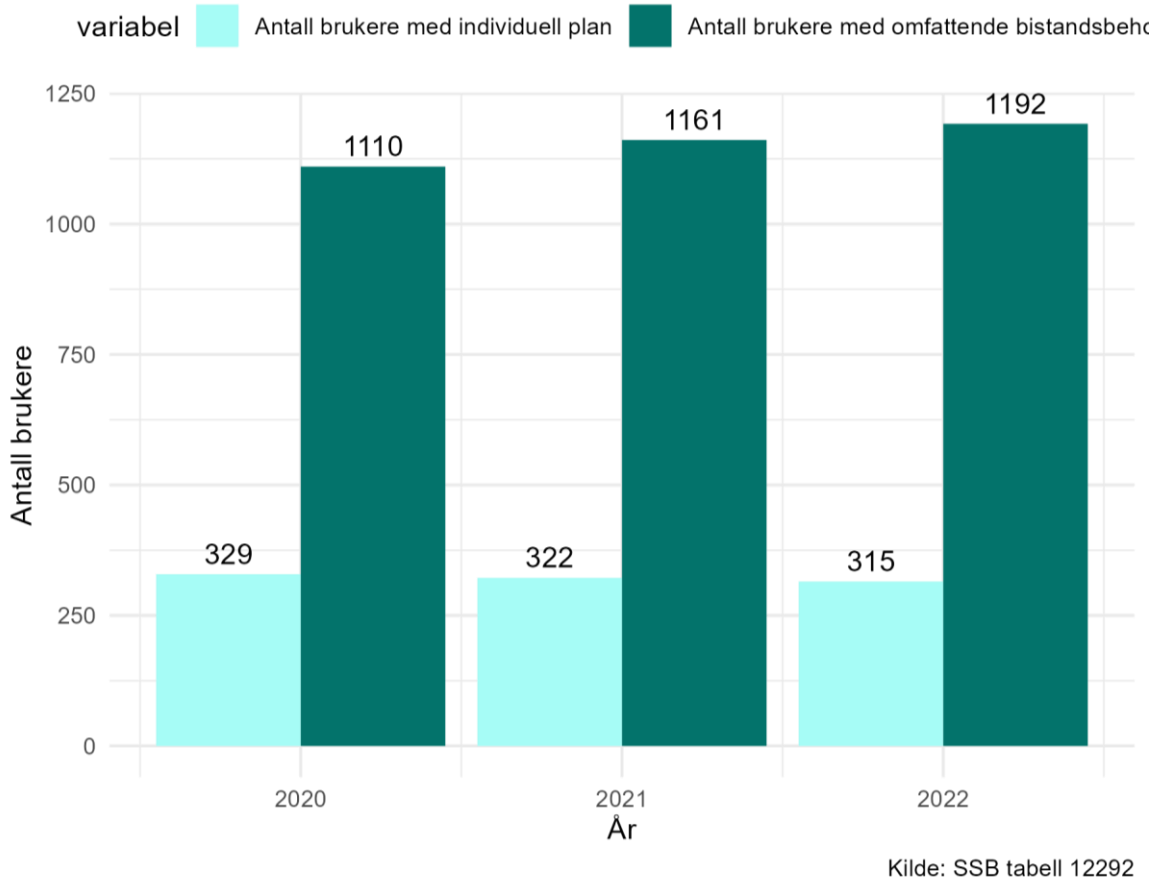


Figuren nedenfor viser antall brukere i kommunen med individuell plan og antall brukere med omfattende bistandsbehov i Drammen kommune samlet sett ifølge tall fra SSB. Merk at ikke alle brukere med omfattende behov har rett til individuell plan – kun de med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Forholdstallet mellom antall brukere med omfattende bistandsbehov (teller) og antall brukere med individuell plan (nevner) kan likevel gi et bilde av i hvilken grad verktøyet benyttes i kommunen. Figurene nedenfor viser at det er en svak tendens at antall brukere med individuell plan går

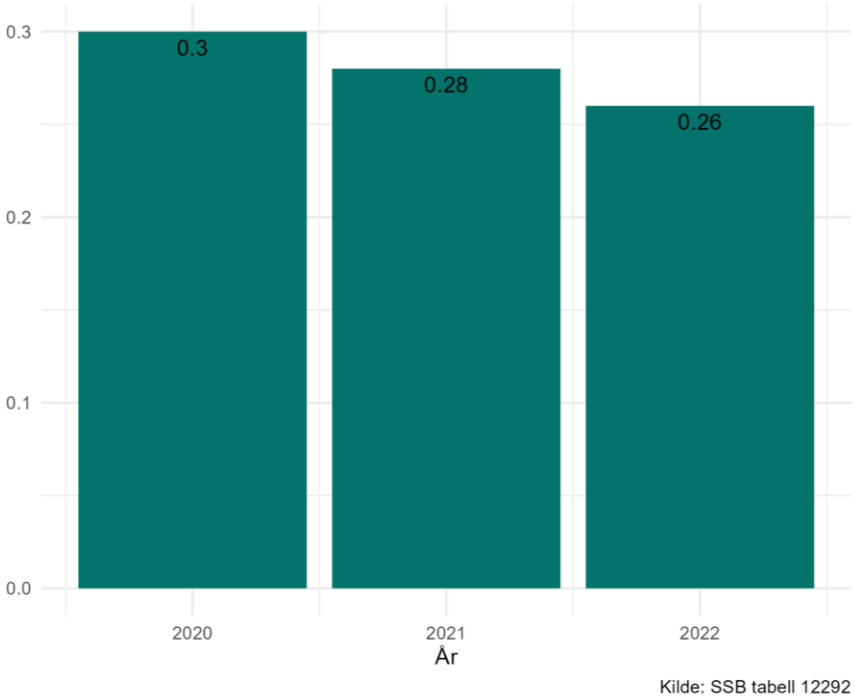
[246] HOD (2020) Demensplan 2025, s. 17.
[247] Drammen kommune (2023) Sjekkliste for behandling av individuell plan

ned, mens antall brukere med omfattende bistandsbehov går opp. I 2022 var forholdstallet 26 mot 30 prosent i 2020.

Figur 64 Antall brukere i kommunen med individuell plan og antall brukere med omfattende bistandsbehov.

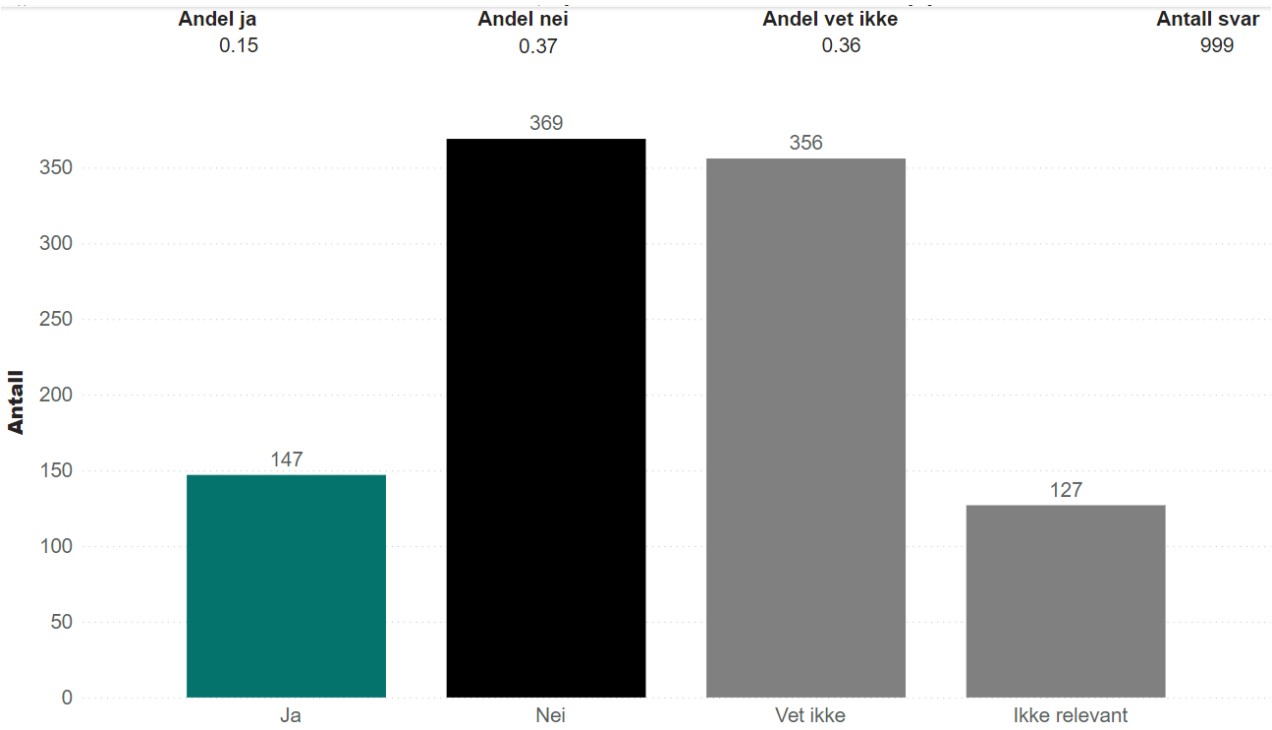


Figur 65 Forholdstall (prosent): Antall brukere i kommunen med individuell plan i forhold til antall brukere med omfattende bistandsbehov.



I spørreundersøkelsen svarer de fleste pårørende nei (37 prosent) eller vet ikke (36 prosent) på spørsmål om den du er pårørende til har koordinator og individuell plan. Et mindretall på 15 prosent svarer at de har koordinator og individuell plan, jf. figur 66. Det er en høyere andel av de pårørende til personer med demens/kognitiv svikt, som svarer nei (42 prosent), sammenlignet med de øvrige pårørende (34 prosent).

Figur 66 Har den du er pårørende til koordinator og individuell plan?



I intervju forklarer hukommelsesteamet det er få personer med demens i Drammen som får en individuell plan. Dette skyldes dels at det ikke er så mange som får bistand fra ulike offentlige instanser. Mange demente får i hovedsak kun kommunale tjenester. Teamet forklarer også at virkemiddelet individuell plan var en god ide på papiret, men at det ikke har fungert så godt i praksis. En del brukere har kompliserte saker, men hukommelsesteamet er usikre på om en individuell plan ville gjort det bedre for brukerne. For yngre personer med demens kunne det imidlertid i større grad vært tilbud om individuell plan, særlig i mer utfordrende saker.

Ingen av avdelingslederne som er intervjuet er kjent med at noen hjemmeboende med demens har individuell plan og de har heller ikke tenkt at det er noe behov for dette. Mange hjemmeboende med demens mottar kun tjenester fra kommunen, det vises til at alle i kommunen benytter felles journalsystem. Fastlegene benytter ikke samme journalsystem, men det er dialog med fastlegene via E-link.

I intervju med avdelingsleder ved tildelingskontoret kommer det også fram at mange med demensdiagnose kun får oppfølging fra en instans og dermed ikke fyller kriteriene for individuell plan. Flere kunne nok hatt individuell plan. Det forutsetter imidlertid at brukeren klarer å bruke systemene for en individuell plan. Dette er et verktøy som forutsetter at brukeren har eierskap for at det skal virke. Mange med demens vil nok ikke kunne mestre dette. Det kommer likevel an på hvor langt i forløpet personen er kommet.

I Helsedirektoratets nasjonale kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022 kom det fram 56 prosent av kommunene svarte at de hadde rutiner eller prosedyrer for å tilby koordinator til personer med demens med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Ifølge tall fra KPR var det 232 av landets kommuner (65 prosent), som hadde innrapportert at personer med demens hadde koordinator i 2022. Totalt hadde 2529 personer med demensdiagnose koordinator.[248]

Videre var det 53 prosent av kommunene som hadde rutiner eller ordninger for å tilby individuell plan til personer med demens med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Rutinen med å tilby individuell plan var imidlertid generell, og ikke spesielt rettet mot personer med demens. Tilbudet ble normalt styrt fra tildelingskontoret eller koordinerende enhet. Enkelte kommuner uttrykte at individuell plan var mest aktuelt for yngre personer med demens, og at ordningen ble lite benyttet overfor pasientgruppen generelt. Ifølge KPR rapporterte 54 prosent at det var personer med demensdiagnose som hadde virksom individuell plan i 2022.[249]

[248] Helsedirektoratet (2023) Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022, s. 4.
[249] Helsedirektoratet (2023) Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022, s. 26.

6.10. Pårørendestøtte

Ifølge kommunens rutine for primærkontakter i hjemmesykepleien skal primærkontakten sikre godt samarbeid med både pasienter og pårørende/verge. Primærkontakten skal være et bindeledd til pårørende og invitere til møter med pasienter og eventuelt pårørende minimum en gang per år. [250]

Samlet svarer i underkant av en av tre ansatte (27 prosent) at kommunen i noen grad gir tilstrekkelig med veiledning og støtte til pårørende ved demensdiagnose. En av fem (20 prosent) svarer i stor grad, mens i overkant av en av ti (13 prosent) svarer i liten grad. Det er også mange som svarer at de ikke vet. Det er imidlertid variasjoner mellom de ulike avdelingene. Ved Schwartz gate bofellesskap og Øren svarer et flertall av respondentene i stor grad. Ved Losjeplassen er det til sammenligning ingen av de ansatte som svarer i stor grad på spørsmålet.

[250] Drammen kommune (2021) Primærkontakt i hjemmesykepleie

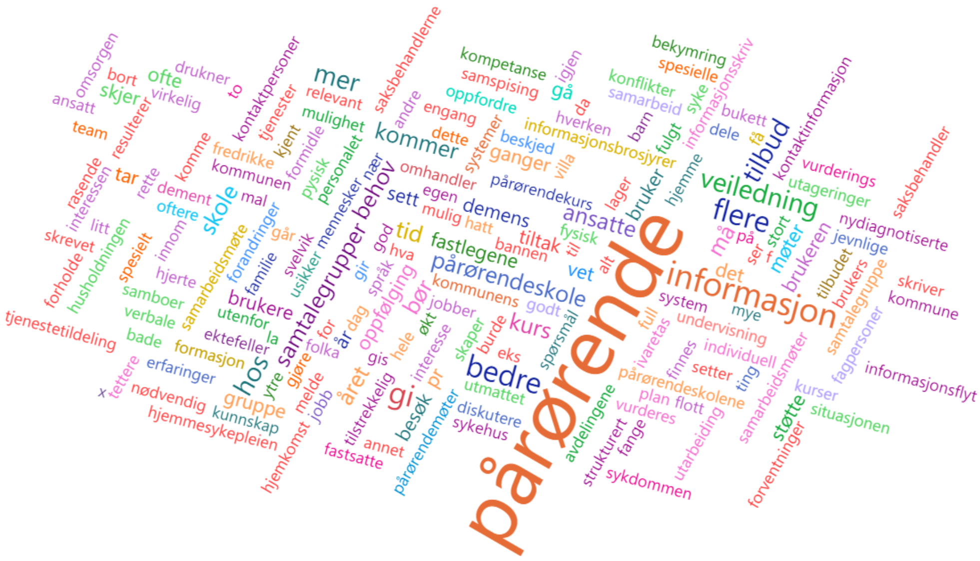
Tabell 56 Ansatte I hvilken grad gir kommunen tilstrekkelig veiledning og støtte til pårørende til hjemmeboende ved demensdiagnose?

Avdeling/analyse-enhet	Andel liten eller svært liten grad	Andel noen grad	Andel stor eller svært stor grad	Andel vet ikke/ikke relevant	Ant all
Schwartzgate bofellesskap	0.11	0.11	0.67	0.11	9
Øren	0.11	0.22	0.56	0.11	9
Underlia	0	0.38	0.38	0.25	8
Landfalløya	0.10	0.3	0.30	0.3	10
Strømsø	0.07	0.21	0.29	0.43	14
Åssiden	0.18	0.09	0.27	0.45	11
Avdelingsledere	0	0.62	0.23	0.15	13
Bråta bolig nr. 20	0	0.4	0.20	0.4	5
Filten	0.10	0.3	0.20	0.4	10
Bråta bolig 1 og 2	0.23	0.27	0.18	0.32	22
Gulskogen	0.17	0.17	0.17	0.5	6
Mjøndalen	0.15	0.31	0.15	0.38	13
Fjell	0	0.29	0.14	0.57	7
Krokstadelva	0.14	0.29	0.14	0.43	14
Solberg	0.12	0.12	0.12	0.62	8
Svelvik	0.29	0.12	0.12	0.47	17
Åskollen og Kvarter Helleristningen	0.18	0.35	0.12	0.35	17
Annet	0.06	0.22	0.11	0.61	18
Konnerud	0.22	0.44	0.11	0.22	9
Dagsenter	0	0.33	0.08	0.58	12
Nattjeneste	0.08	0.15	0.08	0.69	13
Losjeplassen	0.36	0.18	0	0.45	11
Samlet	**0.13**	**0.27**	**0.20**	**0.41**	**256**

På spørsmål om hva som eventuelt kan bli bedre med hensyn til å gi veiledning og støtte til pårørende, er det 31 ansatte som har lagt inn et svar, jf ordskyen nedenfor. De ansatte trekker blant annet fram at det er behov for mer informasjon til pårørende.

Figur 67 Hva kan eventuelt bli bedre med hensyn til å gi veiledning og støtte til pårørende? (ordsky)

Antall svar
31



Nedenfor følger noen utvalgte eksempler.

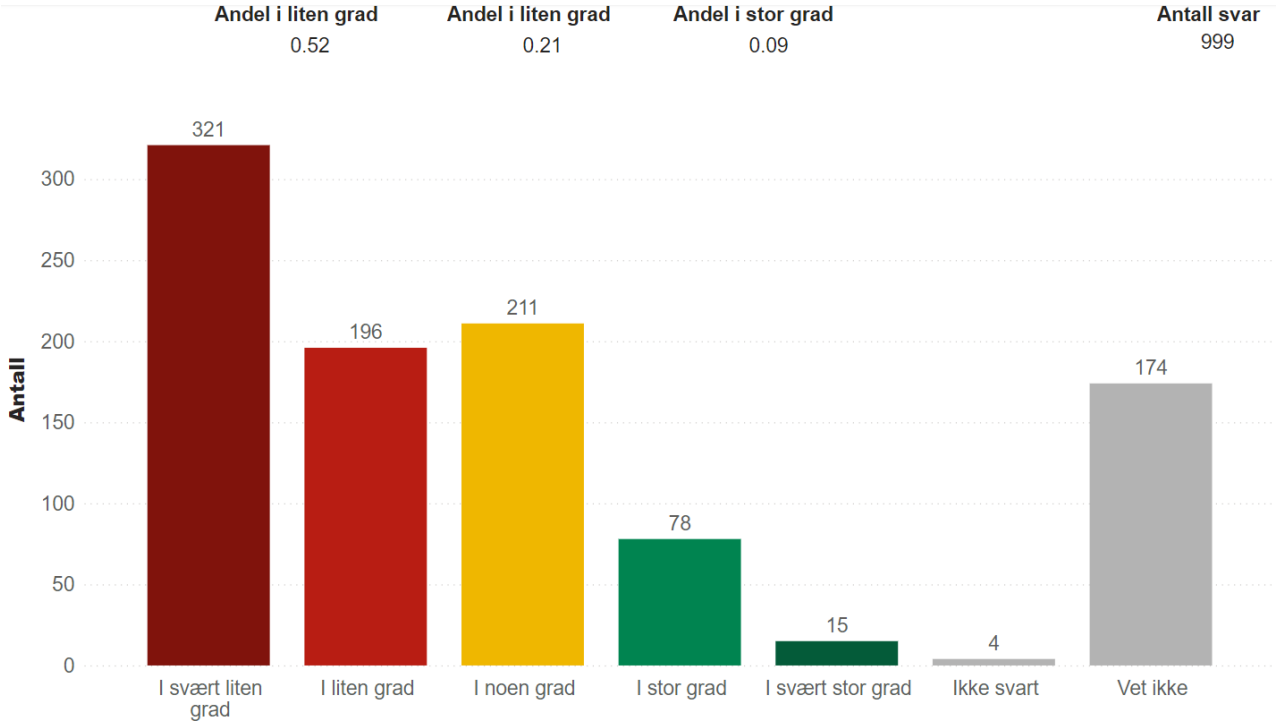
Eksempeloversikt 9 Utvalgte svar fra ansatte på spørsmål om hva som kan bli bedre med hensyn til å gi veiledning og støtte til pårørende

At vi gir beskjed hvis det er forandringer.
Bedre informasjon om kommunens systemer for pårørende
Bedre og flere pårørendekurs for de som har mennesker med demens i nær familie. Har kun sett ett tilbud om dette på 6 år!
Da sykdommen kan utvikle seg (gå på). Ha fastsatte vurderingsbesøk en eller to ganger i året.
Flere kurs om demens
Det er behov for flere samtalegrupper for pårørende. Både til ektefeller og barn
Det er tilbud om pårørendeskole to ganger per år.
Få tid til samarbeidsmøte med dem og informasjonsbrosjyrer.
Gi dem informasjon om pårørende kurs som omhandler demens.
Gi mer kunnskap hos ansatte. Mye spørsmål kommer hjemme hos bruker som har pårørende på besøk
Gi personalet bedre tid. La pårørende bli fulgt opp av personalet utenfor avdelingene. Mange pårørende har stort behov for støtte og veiledning som personalet ikke har mulighet til å gi.
Gi tilbud om pårørende skole og gi oftere informasjon og ha møter med pårørende.
Hvis det er flere ansatte på jobb!!!

Igjen - ansatt de rette folka. Det finnes en flott bukett ansatte som virkelig har den omsorgen og interessen for å formidle og støtte pårørende, men de drukner litt i alle andre som også kommer innom brukeren og som ikke jobber med hverken hjerte, språk eller interesse.
Informasjonsskriv, tettere oppfølging og samarbeidsmøter. Pårørende er en gruppe som også må ivaretas og deres behov bør også vurderes ved utarbeidelse av individuell plan hos brukeren.
Kunne hatt flere samtalegrupper for pårørende. Per i dag er det, samtalegrupper ved pårørendeskolene 3 ganger i året. og en samtalegruppe for pårørende gruppe ved Villa Fredrikke, som går hele året, men den er full.
Kurs og veiledning av oss fagpersoner. Og godt samarbeid med pårørende.
Mer og bedre i informasjon
Mer undervisning og informasjon til de pårørende.
Oppfordre pårørende til å gå på kurs.
Pårørende/samboer blir ofte så utmattet av situasjonen at de blir syke selv både fysisk og psykisk. Det skjer verbale utageringer som skaper konflikter i husholdningen
Flere pårørendemøter
Pårørendeskole og jevnlige møter for å diskutere ting og dele erfaringer.
Spesielle team som tar seg spesielt av dette. Mer tid til oss hvis vi skal gjøre det. Og mer veiledning
Strukturert system som må fange opp nydiagnostiserte brukere og deres pårørende, oppfølging og veiledning. Egen "mal" gis ut med kontaktinformasjon til kontaktpersoner i kommunen. Tilbud om pårørendeskole og flere samtalegrupper, også i Svelvik. God og tilstrekkelig informasjonsflyt mellom sykehus og kommune.
Tilbudet om pårørendeskole bør bli bedre kjent.

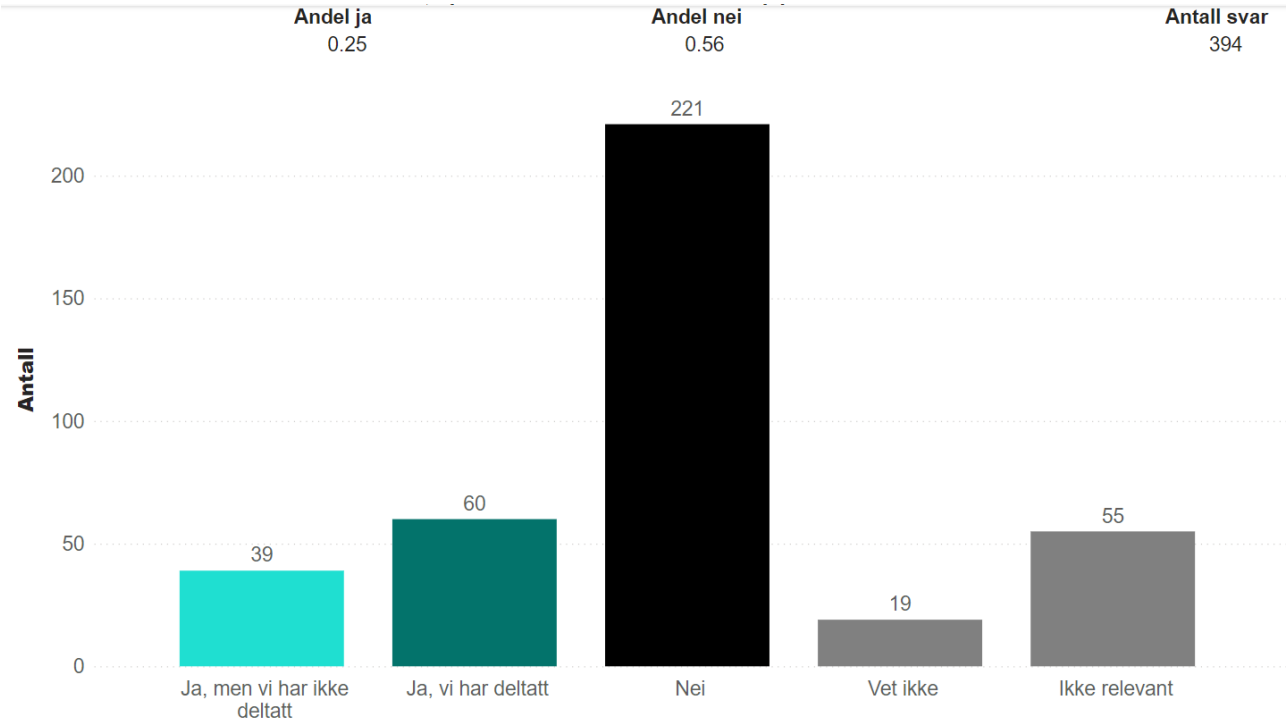
Over halvparten (52 prosent) av de pårørende mener at kommunen i liten eller svært liten grad gir tilstrekkelig veiledning, støtte og hjelp til pårørende. I overkant av en av fem (21 prosent) svarer i noen grad, mens under ti (9 prosent) svarer i stor grad. Det er en høyere andel pårørende til personer med demens/kognitiv svikt som svarer i liten eller noen grad. Dersom vi kun ser på pårørende til personer med demens/kognitiv svikt svarer 56 prosent i liten eller svært liten grad, mens 28 prosent svarer i noen grad og 9 prosent svarer i stor grad.

Figur 68 I hvilken grad gir kommunen tilstrekkelig veiledning, støtte og hjelp til pårørende?



På spørsmål om pårørende har fått informasjon fra kommunen om pårørendeskole for pårørende til personer med demens, svarer et flertall av de pårørende til personer med demens/kognitiv svikt nei (56 prosent). Videre er det 25 prosent som svarer at de har mottatt informasjon. Om lag ti prosent av de pårørende til personer med demens/kognitiv svikt svarer at de har deltatt på pårørendeskole.

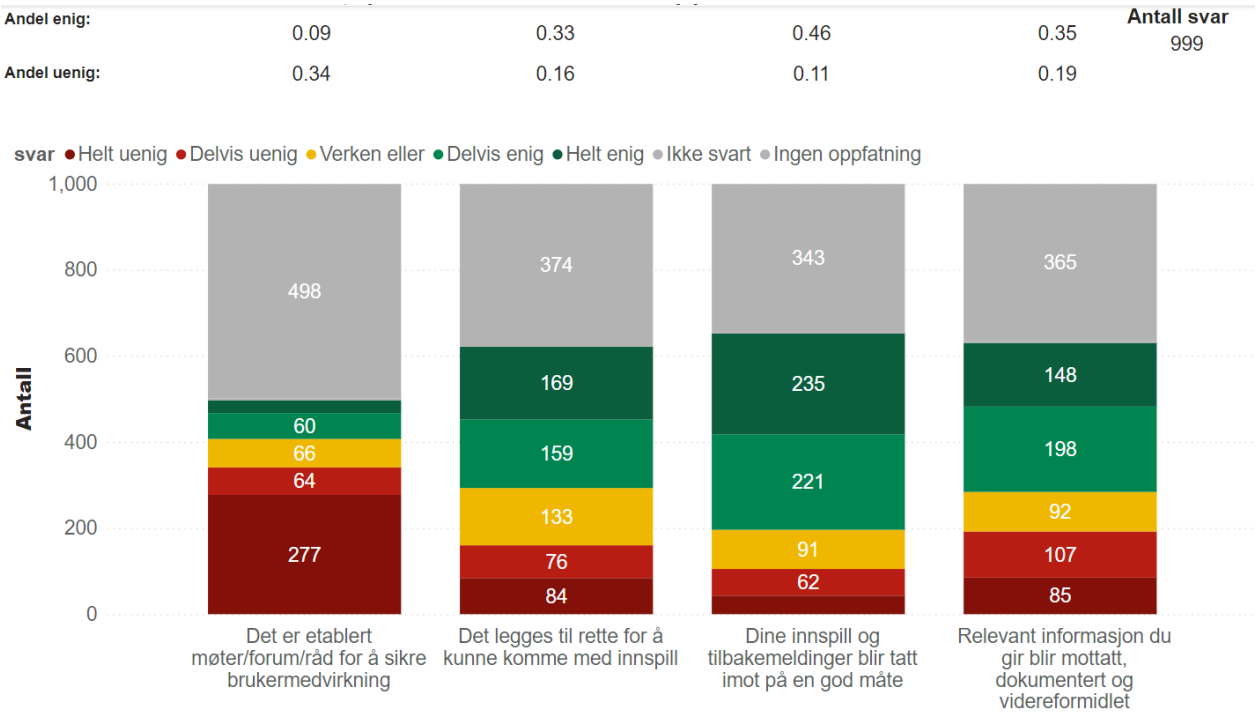
Figur 69 Har dere fått informasjon fra kommunen om pårørendeskole for pårørende til personer med demens



Mange pårørende svarer at de ikke har noen oppfatning om utvalgte påstander om et samarbeid mellom kommunen og pårørende. Dette gjelder halvparten av de pårørende (49 prosent) om det er etablert møter/forum/råd for å sikre brukermedvirkning og i størrelsesorden 34 – 37 prosent for de øvrige påstandene om informasjon og innspill. Andelen som svarer at de ikke har noen oppfatning er imidlertid lavere (10 – 17 prosentpoeng) blant pårørende til personer med demens/kognitiv svikt.

Figur 70 viser at det er få pårørende (9 prosent) som er enig i at det er etablert møter/forum/råd for å sikre brukermedvirkning. I overkant av en av tre (34 prosent) er uenig i påstanden. Dersom vi kun ser på pårørende til personer med demens/kognitiv svikt, er 44 prosent uenig. De pårørende er i større grad enig i påstander om at innspill og tilbakemeldinger blir tatt imot på en god måte (46 prosent enig), at relevant informasjon blir dokumentert og videreformidlet (35 prosent enig) og at det legges til rette for å komme med innspill (33 prosent enig). De pårørende til personer med demens/kognitiv svikt svarer også noe mer positivt på disse påstandene sammenlignet med øvrige pårørende. Forskjellen mellom de to gruppene av pårørende er om lag 17 – 20 prosentpoeng jf. tabell 57.

Figur 70 Hvor enig eller uenig er i følgende påstander om samarbeid mellom kommunen og deg som pårørende?



Tabell 57 Hvor enig eller uenig er i følgende påstander om samarbeid mellom kommunen og deg som pårørende?

	Pårørende til personer med demens/kognitiv svikt (N = 394)		**Øvrige pårørende (N = 605)**			
Påstand	**Andel helt eller delvis uenig**	**Andel helt eller delvis enig**	**Andel helt eller delvis uenig**	**Andel helt eller delvis enig**	**Differanse enig**	**Differanse uenig**
Dine innspill og tilbakemeldinger blir tatt imot på en god måte	0.14	0.58	0.08	0.38	0.20	0.06
Det legges til rette for å kunne komme med innspill	0.19	0.43	0.14	0.26	0.17	0.05
Relevant informasjon du gir blir mottatt, dokumentert og videreformidlet	0.23	0.45	0.17	0.28	0.17	0.06
Det er etablert møter/forum/råd for å sikre brukermedvirkning	0.44	0.09	0.27	0.09	0	0.17

Avslutningsvis har revisjonen gitt de pårørende mulighet til å komme med kommentarer knyttet til tjenestene kommunen gir. Det er stor variasjon i svarene, hvor enkelte er fornøyd mens andre mener at tilbudet i liten grad er forsvarlig.

Hukommelsesteamet forklarer i intervju at det er et stort behov for å følge opp pårørende. Hukommelsesteamet arrangerer også pårørendeskole for personer med demens 3 ganger pr år. Demensteamet har ansvar for dette sammen med Villa Fredrikke. Dette er et lavterskeltilbud til alle pårørende. Oppfølgingen til pårørende til personer med demens kan generelt bli bedre i kommunen. Onsdager er satt av til pårørende hos Villa Fredrikke, men det er stor pågang og sprengt kapasitet. Hukommelsesteamet har også jevnlig kontakt med mange pårørende.

Hukommelsesteamet utdyper at behovet for kontakt med pårørende er trolig mye større enn det kommunen dekker i dag. Det er stort behov for både avlastning, informasjon og psykisk støtte til pårørende. Videre fremkommer det blant annet behov for mer kunnskap og samtalegrupper. Det er også viktig å skille mellom pasienten og pårørende. Ofte er fokuset på pasienten, men de pårørende trenger også støtte og oppfølging og har behov for praktisk avlastning slik som dagtilbud og overnattingstilbud.

Hukommelsesteamet opplyser også at Drammen kommune mangler en egen forening for personer med demens og deres pårørende med møtepunkter uten kommunal forankring, f.eks slik som Parkinsonforbundet, Blindeforbundet mm. Det kan være et svært effektivt lavterskeltilbud som mangler i Drammen.

I intervju med avdelingsleder kommer det fram at de pårørende er en viktig samarbeidspartner for hjemmetjenesten og at noen stiller opp veldig mye. Tjenestene kan også økes eller reduseres i samarbeid med pårørende i forhold til hva de pårørende orker. Mange pårørende er imidlertid veldig slitne.

Avdelingslederne mener imidlertid at kommunen ikke er gode nok når det gjelder veiledning og støtte til pårørende. Dette fungerer ikke godt nok i dag. Pårørende har også et behov for informasjon og for å bli lyttet til. Primærkontaktene bør derfor inviterer til pårørendesamtale jevnlig. Det burde ideelt sett vært møter mellom primærkontakt og pårørende 2-4 ganger i året. Dette er et behov som må dekkes og ivaretas bedre. Udekket behov for informasjon hos pårørende kan dels forklares med manglende kapasitet hos hjemmetjenesten. Dersom det var bedre kapasitet, kunne muligens primærkontaktene prioritert dette bedre. Enkelte avdelingsledere er usikker på hvordan dette bør ivaretas og om andre enn hjemmetjenesten kunne ivaretatt informasjon til og kontakt med pårørende? Avdelingsledere stiller blant annet spørsmål ved om hukommelsesteamet kan bidra med å informere mer om pårørendeskole og med å gi mer støtte til pårørende. Villa Fredrikke har imidlertid pårørendeskole noen ganger hvert år.

Avdelingsleder ved tildelingskontoret forklarer at det ikke er avklart hvem som skal holde i den røde tråden overfor bruker og pårørende. Det er tilfeldig hvem som følger opp pårørende og som samarbeider med de pårørende. Alle brukere og pårørende har en kontaktperson ved tildelingskontoret og mange har også en tett og god dialog. I tillegg har brukerne en primærkontakt i hjemmetjenesten og mange er også i kontakt med hukommelsesteamet og/eller Forebyggende team. I de tilfellene det ikke fungerer ute i tjenestene blir imidlertid gjerne tildelingskontoret kontaktet.

Avdelingsleder ved tildelingskontoret opplyser at det mangler en «rød tråd» når det gjelder hvem bruker/pårørende skal kontakte. Ideelt sett det er det imidlertid hjemmetjenesten (ved primærkontakt) som burde ha kontakt med pårørende. Saksbehandlerne ved tildelingskontoret forsøker derfor å «lose» brukerne/pårørende over til hjemmetjenesten ettersom det er de som leverer tjenesten og ser bruker hver dag. Samarbeidet med pårørende bør være høyt prioritert ute i tjenestene. Det er viktig at forventninger avklares, at det er god dialog og nok informasjon.

Kommunalsjefen forklarer at når bruker mottar hjemmetjenester er det primærkontakten som har hovedansvaret for samarbeidet med pårørende. I en tidligfase vil det være hukommelsesteamet og i søknadsfase vil det være saksbehandler ved tildelingskontoret. Virksomhetsleder Nord utdyper at hvem som har hovedansvar kommer an på hvor i løpet bruker er. Hjemmetjenesten kan imidlertid bli bedre på å ivareta pårørende. Rutinen finnes, men er ikke fullt ut oppfylt i praksis.

Kommunalsjefen opplyser videre at kommunen har pårørendeskole, men det er behov for et tilbud til pårørende uavhengig av om personen mottar tjenester eller ikke. Personer med demens skal i større grad bo hjemme og det er derfor behov for et apparat som kan støtte de pårørende slik at de klarer å stå i dette. Dette har ikke kommunen i dag. Tilbudet må være på de pårørendes premisser, og helst et åpent tilbud uten vedtak. Pårørendeomsorg er et område som kan bli mye bedre og dette er et område kommunalsjef oppgir at det er behov for å jobbe med framover.

7. Revisjonens vurderinger og konklusjon

Konklusjon

Hjemmeboende personer med demens er en gruppe som i liten grad er i stand til å ivareta egne behov eller interesser. De omtales derfor gjerne som «svake etterspørrere av tjenester» og ber i liten grad selv om hjelpen de har behov for. [251] De er også i liten grad i stand til å melde ifra dersom behov ikke dekkes. De er derfor avhengig av ansatte og pårørende for at behov skal dekkes på en forsvarlig måte. For personer som ikke har nære pårørende er det i hovedsak kun kommunens ansatte som kan følge opp at personen får forsvarlige tjenester i tråd med behov.

Drammen kommune har i liten grad etablert systemer og rutiner som sikrer at alle hjemmeboende personer med demens sikres en systematisk oppfølging av behov gjennom sykdomsforløpet. Det er derfor tilfeldig og personavhengig om hjemmeboende med demens får en diagnose og om de får en kontaktperson/demenskoordinator med kompetanse om demens, og om de ansatte som leverer hjemmetjenestene har kompetanse om demens. Tilbudet og oppfølgingen hjemmeboende personer med demens får gjennom demensforløpet vil derfor i for stor grad variere mellom ulike avdelinger i kommunen.

På bakgrunn av at personer med demens som har kommet langt i sykdomsforløpet skal bo hjemme om mulig i Drammen kommune, mener revisjonen det er spesielt viktig at kommunen iverksetter tiltak som sikrer at alle hjemmeboende med demens får en lik og systematisk oppfølging tilpasset individuelle behov. Fordi hjemmeboende personer med demens er en svært sårbar gruppe, finner revisjonen det alvorlig at kommunen i liten grad har prioritert denne gruppen i tråd med nasjonale mål og føringer.

Revisjonen er også av den oppfatning at når kommunen har bestemt at hjemmeboende personer med demens skal bo hjemme om mulig, er det også særlig viktig at arbeidet med å veilede og støtte pårørende styrkes. Det er få pårørende (9 prosent) til hjemmeboende personer med demens/kognitiv svikt, som opplever at de i stor grad får tilstrekkelig veiledning, støtte og hjelp av kommunen.

Når det gjelder om kommunen er godt nok rustet til å dekke framtidige behov for tjenester til målgruppen vil det være en utfordring at antall personer med demens i Drammen kommune er estimert til å øke fra 1899 personer i 2020 til 4371 personer i 2050. Dette utgjør en økning på over 100 prosent. Det er derfor viktig at kommunen tar hensyn til dette i planleggingen og organiseringen av tjenestene.

Revisjonen vurderer det i denne forbindelse som positivt at kommunen har planer om å bygge flere omsorgsboliger som er tilpasset personer med demens. I tillegg til å sikre et boligtilbud tilpasset målgruppen er det også avgjørende at kommunen ivaretar sin plikt til å sørge for at ansatte har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet og at de har rammebetingelser som gjør det mulig å både overholde faglige krav om å levere forsvarlig tjenester og samtidig ha tid til å dokumentere tjenestene i journal og registrere eventuelle avvik.

[251] Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, s. 5.

Problemstilling 1 om internkontroll og kompetanse

Det er variasjon mellom hjemmetjenesteavdelingene med hensyn til hvordan de følger opp hjemmeboende personer med demens

Kommunen har en klar ansvarsfordeling innenfor området hjemmetjenester, hvor det er kommunalsjef, virksomhetsledere og avdelingsledere som har ansvaret for forsvarlig drift av tjenestene innenfor sine ansvarsområder. Det er også fastsatt en rekke roller og ansvarsområder som er felles for hjemmetjenesteavdelingene, blant annet fagkoordinerende, ansvarsvakt, ansvarlig sykepleier og primærkontakt. Den enkelte avdelingsleder har imidlertid stor grad av frihet til å organisere og drive egen avdeling innenfor fastsatte rammer.

Når det gjelder tilbudet til hjemmeboende med demens har ikke kommunen innført noe felles system eller rammeverk (eksempelvis tiltakspakke, pakkeforløp eller lignende), og det er derfor opp til hver enkelt avdeling å avgjøre om gruppen skal håndteres særskilt eller ikke. Dette har ført til at enkelte avdelinger har egne demenslister, mens andre avdelinger ikke har det. I avdelinger med egne demenslister er det gjerne egne dedikerte ansatte med kompetanse som følger opp hjemmeboende personer med demens. På disse avdelingene vil også hjemmeboende personer med demens ofte følges opp av færre antall ansatte. På de øvrige avdelingene vil hjemmeboende med demens i større grad behandles på linje med de øvrige brukerne, som er kognitivt friske. Dette fører til at hjemmeboende personer med demens kan vente å få ulike grad av oppfølging avhengig av hvilken avdeling de tilhører.

Revisjonen mener det er viktig at hjemmeboende brukere med demens ikke opplever store forskjeller i kvalitet på tjenestene som gis, avhengig av hvor i kommunen de bor. Etter revisjonens vurdering bør kommunen derfor iverksette tiltak som kan bidra til at alle hjemmeboende personer med demens i større grad får et likt tilbud. Dette kan eksempelvis innebære at kommunen sørger for at avdelingene i større grad har en lik og systematisk tilnærming til hvordan de skal arbeide med hjemmeboende med demens.

Bruk av tiltakspakker eller pakkeforløp kan, sammen med en eventuell demensplan, bidra til å sikre en mer systematisk oppfølging av alle hjemmeboende personer med demens uavhengig av hvor i kommunen de bor. Det kan også innebære økt grad av spesialisering. Revisjonen ser i denne forbindelse positivt på at kommunalsjefen, forbindelse med samlokaliseringen av hjemmetjenesteavdelingene i 2024, vurderer å opprette egne spesialiserte hjemmetjenesteavdelinger. som kun leverer tjenester til personer med demens.

Det er generelt store forskjeller mellom avdelingene i mange av spørsmålene som kartlegges i denne undersøkelsen. Det er derfor positivt at det er startet opp et eget fagkoordinatornettverk for å sikre at det jobbes mer likt i de ulike avdelingene. Men det er foreløpig ikke etablert et tilsvarende nettverk for avdelingslederne. Det er en viktig del av det overordnede ansvaret for internkontroll og styring å sikre at alle hjemmetjenesteavdelingene har god styring, ledelse og kontroll.

Kommunen har et ansvar for å sikre at de ansatte har rammebetingelser som gjør det mulig å levere forsvarlige tjenester. Dette innebærer både å sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet, og en

hensiktsmessig organisering. Kommunen har siden sammenslåingen i 2020 arbeidet for å harmonisere de ulike hjemmetjenesteavdelingene i de ulike kommunedelene. Flere ansatte opplever imidlertid at kommunens tjenester til hjemmeboende er uoversiktlige, og at kommunen ikke har kommet helt i mål med harmoniseringen enda. Det har vært kostnadskutt og det er mange ansatte som opplever at det er for få ansatte og for lite ressurser tilgjengelig til å kunne levere forsvarlige tjenester til alle hjemmeboende med demens. Eksempelvis opplever mindre enn en av ti ansatte (9 prosent) at det i stor grad er tilstrekkelig med tid til å gjennomføre alle oppgaver, og bortimot åtte av ti ansatte (79 prosent) er enig i at hjemmeboende har større hjelpebehov enn det er satt av tid til.

Kommunalsjefen viser til at hjemmetjenesten er produktiv og at det fortsatt finnes mange muligheter innenfor de foreliggende økonomiske rammene, selv om det også er stort press på tjenestene når det gjelder å dekke et økende behov. Revisjonen mener at det er viktig å ta signalene fra fagpersonene som leverer tjenester til hjemmeboende med demens på alvor i det videre arbeidet med kvalitetsforbedring og utvikling av tjenestene. På bakgrunn av at flere hjemmeboende personer med demens skal bo hjemme i Drammen kommune er det bekymringsverdig at mange fagpersoner som leverer tjenester til brukerne opplever at det ikke er nok ressurser (tid/ansatte) til å kunne levere forsvarlige tjenester til målgruppen.

Drammen kommune har satt ned en arbeidsgruppe som arbeider med en egen demensplan med mål, men per høsten 2023 foreligger det i liten grad fastsatte og vedtatte mål for tjenestetilbudet til hjemmeboende med demens. Det er imidlertid positivt at arbeidet med en demensplan er i gang og etter planen skal ferdigstilles i 2024. Revisjonen mener at det er viktig at kommunestyret fastsetter klare mål for tilbudet til hjemmeboende personer med demens. Dette kan både bidra til å avklare forventninger og bidra til at alle ansatte jobber mot samme mål overfor målgruppen.

Ansvaret for å kartlegge behovet for tjenester er delt mellom tildelingskontoret (TOK) som fatter vedtak om tjenester, og hjemmetjenesteavdelingene som utfører tjenestene. Dette har medført enkelte utfordringer og kommunen er derfor i gang med å vurdere en ny organisering. Det er blant annet en utfordring at hjemmetjenesten har begrenset med kapasitet til å kartlegge behov og at det kan være uenighet mellom hjemmetjenesten og tildelingskontoret om hva som er behovet. Dette gjelder for eksempel om hjemmeboende med demens har behov for sykehjemsplass eller ikke. Etter planen vil en egen ny enhet (mottaksteam) med kompetanse få denne oppgaven. Etter revisjonens vurdering er det positivt at kommunen er klar over problemstillingen og iverksetter tiltak for å løse utfordringene.

Kommunen er også i gang med å iverksette en rekke tiltak rettet mot hjemmetjenesten. Kommunen har blant annet opprettet et eget fagteam (med hukommelsesteamet) med spesialisert kompetanse, som skal jobbe mot samtlige avdelinger. Kommunen har også opprettet et eget sykepleierteam, som skal bidra til å dekke behovet for sykepleiere i avdelingene. Videre er kommunen i gang med å rulle ut elektroniske samhandlingstavler (Sensio), og det er planer om å ta i bruk ruteoptimaliseringsverktøy (Spider solutions) til å effektivisere arbeidsruter ved bruk av kunstig intelligens. Kommunen har også planer om å samlokalisere de fleste hjemmetjenesteavdelingene på tre lokasjoner i 2024, og vurderer i denne forbindelse å opprette egne spesialiserte avdelinger som jobber med hjemmeboende med demens. Revisjonen mener det er positivt at kommunen er proaktiv og stadig iverksetter tiltak for å forbedre tjenestene.

Drammen kommune innhenter og benytter i liten grad informasjon om kvalitet eller måloppnåelse til styring, internkontroll og rapportering

Det er positivt at administrasjonen innhenter, analyserer og rapporter informasjon om omfang (antall brukere, vedtak og timer) og resultatet av klagesaksbehandling til hovedutvalg for helse og omsorg. Administrasjonen har også gode systemer for følge opp og rapportere avvik, og denne informasjonen legges også tidvis fram for utvalget.

Ut over dette innhentes, analyseres og rapporteres det imidlertid lite informasjon om måloppnåelse eller kvaliteten på tjenestene som gis til hjemmeboende med demens. Administrasjonen har blant annet i liten grad som praksis å innhente og analysere informasjon om opplevd kvalitet gjennom bruker/pårørendeundersøkelser, men det er gjennomført en større innbyggerundersøkelse i 2022, som omfatter de fleste av kommunens tjenester. Administrasjonen innhenter og analyserer også i liten grad data fra kommunens journalsystem Gerica eller andre sentrale systemer. Videre benyttes også i liten grad data fra Helsedirektoratet (nasjonale kvalitetsindikatorer) til løpende kvalitetsforbedring, styring og rapportering. Etter revisjonens vurdering er det derfor et potensial for at administrasjonen i større grad aktivt benytter informasjon fra ulike systemer til å styre, utvikle og rapportere om kvalitet i tjenestene.

Administrasjonen rapporterer i all hovedsak til hovedutvalget for helse og omsorg, mens lite informasjon går til kommunestyret. Revisjonen mener at det er viktig at kommunestyret, som er øverste ansvarlige for tjenestene, får tilstrekkelig skriftlig informasjon om kvalitet, måloppnåelse og tilstand i tjenestene. Kommunens ressurser er begrenset, og det er kommunestyrets ansvar både fastsette overordnede mål, økonomiske rammer og å prioritere mellom ulike velferdsoppgaver i kommunen. For å kunne ivareta sitt ansvar er det derfor viktig at kommunestyret får tilstrekkelig med informasjon.

Ansatte melder i varierende grad inn avvik i kommunens avvikssystem (EQS)

Kommunen har gode rutiner for avvikshåndtering gjennom kvalitetssystemet EQS, og det er positivt at de ansatte opplever at ledelsen ønsker å bli varslet om avvik og mulige forbedringer. Det er likevel en utfordring at de ansatte i varierende grad melder inn alle relevante avvik i kommunens avvikssystem (EQS). Kun en av fem ansatte (19 prosent) svarer at relevante avvik for hjemmeboende med demens i stor grad i meldes inn i kommunens kvalitetssystem. Det er også et mindretall (35 prosent) av de ansatte som erfarer at det i stor grad er klart og tydelig hva de ansatte skal melde inn i systemet når det gjelder tjenester til hjemmeboende med demens.

Samlet er det registrert 5477 avvik i perioden januar 2022 til september 2023. Dette er et høyt antall avvik, men fordelt på alle avdelingene og alle de ansatte er ikke antallet så stort. I gjennomsnitt meldte de ansatte i hjemmetjenesteavdelingene rundt 5 avvik per årsverk i 2022 og 2023, men det er variasjon mellom de ulike avdelingene.

Når det gjelder innholdet i avvikene gjelder de fleste registrerte avvikene legemiddelhåndtering, behandling og fall og uhell. Det er kun meldt inn ett avvik som eksplisitt omhandler demens. Sannsynligvis gjelder mange av de øvrige meldte avvikene også tilbudet til hjemmeboende med

demens. Det er likevel sannsynlig at det er betydelig underrapportering av avvik som gjelder hjemmeboende personer med demens.

Mulige årsaker til at de ansatte i varierende grad melder inn avvik i kvalitetssystemet (EQS) er høyt arbeidspress og manglende tid hos ansatte. Videre kan det skyldes varierende grad av prioritering og oppfølging på avdelingsledernivå. Det er en viktig del av avdelingsledernes ansvar å sørge for at de ansatte melder inn alle relevante avvik, slik at det kan iverksettes effektive tiltak.

Kommunen har rutiner for å gjennomføre risikovurderinger på ulike nivåer

Drammen kommune har også i tråd med god praksis for internkontroll rutiner for å gjennomføre risikovurderinger på ulike nivåer i organisasjonen gjennom kvalitetssystemet EQS. I perioden 2021 til 2023 (september) er det registrert til sammen 409 risikoanalyser som gjelder hjemmetjenestene og tilstøtende tjenester (dagsenter mv). Over tid i perioden 2021 til 2023 er det er en økt andel av risikoanalysene som omhandler vold, trusler, press og helsebelastning for de ansatte. Det er viktig at kommunen tar disse risikovurderingene på alvor og iverksetter tiltak som sikrer at de ansatte er trygge når de leverer tjenester til hjemmeboende. Det er positivt at kommunen har på plass et system som bidrar til å sikre at vesentlige risikofaktorer registreres og at det kan iverksettes tiltak. Revisjonen har ikke i denne revisjonen sett på om tiltakene er effektive, men vi ser at mange av tiltakene viser til allerede eksisterende rutiner og tiltak.

Det er imidlertid en lav andel av de ansatte som i stor grad erfarer at vesentlige risikoer knyttet til tjenestetilbudet til hjemmeboende kartlegges regelmessig (kun 14 prosent) og at ledelsen systematisk gjennomfører tiltak for å redusere identifisert risiko (14 prosent). Mange ansatte svarer imidlertid at de ikke vet om risiko kartlegges (34 prosent) og om tiltak iverksettes for å redusere indentifisert risiko (41 prosent). Det er også mange enheter og avdelinger i kommunen, hvor de ansatte ikke har registrert noen risikoer. Dette kan tyde på at vesentlige risikoelementer som gjelder avdelingene ikke er meldt inn, og kan dels forklares med at mange ansatte ikke har tilstrekkelig kompetanse om og kjennskap til rammeverket. De ansatte melder om at det er behov for mer kompetanse om bruk av risikovurderingen ute i hjemmetjenesten. Revisjonen mener uansett at kommunen har på plass et godt rammeverk, men det er viktig at rammeverket gjøres kjent og forankres godt blant de ansatte, og at det benyttes aktivt i styringen og internkontrollen i kommunen slik at effektive tiltak kan iverksettes før avvik eller uønskede hendelser oppstår.

Hjemmetjenesten har i liten grad rutiner og systemer som sikrer at alle ansatte som arbeider med hjemmeboende med demens har tilstrekkelig med kompetanse

Når det gjelder kompetanse og kapasitet har Drammen kommune, som andre kommuner, utfordringer med å skaffe tilstrekkelig med sykepleiere og andre fagpersoner. Flere av avdelingene har derfor utfordringer med å skaffe tilstrekkelig med sykepleiere til alle vakter, og det er generelt vanskelig å skaffe tilstrekkelig med fagpersoner til hjemmetjenesten. I denne forbindelse er det positivt at kommunen har opprettet et eget sykepleierteam som kan bistå avdelingene med sykepleierkompetanse ved behov.

Når det gjelder spørsmålet om kommunen sikrer at alle ansatte som arbeider med hjemmeboende personer med demens har tilstrekkelig kompetanse er svaret at det varierer i for stor grad. Det er relativt få ansatte (17 prosent) som opplever at de i stor eller svært stor grad får nødvendig opplæring på området. Videre er det også få ansatte som mener at kommunen i stor eller svært stor grad har sørget for at de ansatte har tilstrekkelig fagkompetanse på sentrale områder som blant annet personsentrert omsorg (13 prosent) og demenssykdom (14 prosent). Kommunen har ikke gjennomført noen kompetansekartlegginger, og det overordnede kompetansehjulet benyttes i varierende grad i praksis i avdelingene. Det er også få ansatte som har tatt kurs eller videreutdanning om demens i regi av kommunen fram til 2023. Det er imidlertid positivt at kompetanse om demens er satt på agendaen i 2023, og at flere nå tar relevante kurs om demens.

Mange ansatte med fagutdanning (sykepleiere og helsefagarbeidere mv.) har fått opplæring om demens gjennom sin grunnutdanning, men det er også mange ufaglærte (pleiemedarbeidere mv.) som gir tjenester (praktisk bistand mv) til hjemmeboende med demens. Dette er en gruppe ansatte som gjerne gir tjenester til udiagnostiserte personer i tidig fase av demensforløpet, men som ofte ikke har noe opplæring om demens verken fra grunnutdanning eller fra kurs i regi av kommunen. Det er derfor særlig viktig at denne gruppen sikres nødvendig opplæring om demens før de gir tjenester til målgruppen.

Høyt sykefravær er en kjent utfordring innen kommunale helse- og omsorgstjenester[252]. Det bidrar til å svekke både kapasiteten og kompetansen, og det er viktig at kommunen følger med og iverksetter tiltak om nødvendig. Et flertall av de ansatte erfarer at avdelingen har utfordringer med høyt sykefravær. De fleste hjemmetjenesteavdelingene har et sykefravær som ligger over målet på 9,5 prosent. Samlet for alle hjemmetjenesteavdelingene var det om lag 14 prosent i 2023, men sykefraværet varierer fra 7 til 22 prosent mellom ulike avdelinger. Det kan være mange grunner til at sykefraværet er høyt i enkelte avdelinger. Det kan både skyldes for høy arbeidsbelastning og/eller fravær av god ledelse, oppfølging og struktur. Det er uansett viktig at kommunen som en del av styring og internkontroll avdekker årsaker og iverksetter tiltak som kan bidra til å redusere fraværet der det er høyt.

Problemstilling 2 om tilrettelegging

Kommunen har et hukommelsesteam med kompetanse, men teamet jobber i liten grad med systematisk kompetanseheving av de ansatte i hjemmetjenesten

Revisjonen vurderer det som positivt at kommunen har et eget hukommelsesteam med kompetanse om demens. Det er imidlertid få ansatte som har fått opplæring eller støtte fra teamet og som samarbeider tett med teamet. Det er derfor et potensial for å i større grad benytte teamet systematisk til å styrke kompetansen i hjemmetjenesteavdelingene.

Ifølge demensretningslinjen og demensplan 2025 bør alle personer med demens og deres pårørende ha en kontaktperson i kommunen som tilbyr oppfølging fra utredning og videre gjennom sykdomsforløpet. De ansatte i hukommelsesteamet kan være en kontaktperson/demenskoordinator for hjemmeboende med demens gjennom hele sykdomsforløpet. Tilbudet er imidlertid i varierende grad

[252] https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utfordringsbildet-og-mulighetsrommet-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/mulighetsrommet/hoyt-sykefravaer-i-tjenestene

kjent blant brukere og pårørende, og det er derfor tilfeldig om hjemmeboende med demens får tilbud om kontaktperson/demenskoordinator eller ikke. Revisjonen mener det er viktig at alle hjemmeboende med demens og deres pårørende gjøres kjent med tilbudet og at de får et tilbud om en kontaktperson/demenskoordinator med bred kompetanse om demens. Etter revisjonens vurdering bør kommunen i større grad systematisere og formalisere tilbudet om kontaktperson/demenskoordinator, slik at alle personer med demens får et tilbud om en fast kontaktperson med kompetanse om demens.

Kommunen har et dagaktivitetstilbud, men tilbudet er i liten grad tilpasset hjemmeboende med demens i tidig fase

Det er lovpålagt at kommunene skal tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Kommunen har et slikt tilbud, men kapasiteten er liten i forhold til behovet. Mange personer får derfor kun tilbud om dagtilbud en dag i uken, og det er ventetid på å få plass både til dag en og til dag to. Tilbudet er også i liten grad innrettet mot hjemmeboende personer som er i tidlig fase av demenssykdommen, og som har større behov for aktivitet.

Det er derfor særlig behov for flere lavterskeltilbud til hjemmeboende personer med demens i tidlig fase, som for eksempel Villa Fredrikke og demenskoret. På bakgrunn av at personer med demens skal bo hjemme om mulig, er det viktig at kommunen, i samarbeid med frivillige organisasjoner, utvikler et godt og variert dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Tilbudet bør dekke ulike behov i ulike faser av demensforløpet. Dette kan både avlaste pårørende og samtidig sørge for økt livskvalitet for hjemmeboende personer med demens.

Videre har kommunen (på linje med andre kommuner) i liten grad som praksis å tilby støttekontakter til hjemmeboende personer med demens. Etter revisjonens vurdering kan støttekontakter være et godt tiltak for hjemmeboende med demens. Et tilbud om støttekontakter kan supplere kommunens dagaktivitetstilbud og bidra til økt aktivitet, og samtidig avlaste pårørende. På lik linje med andre brukergrupper som mottar støttekontakt, er det imidlertid viktig at støttekontaktene får tilstrekkelig med oppfølging og opplæring fra kommunen om diagnosen til personen de skal gi støtte til.

Kommunen tilbyr i stor grad velferdsteknologiske løsninger

Revisjonen finner det positivt at kommunen har kommet langt når det gjelder å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger. Det er generelt en lav terskel for å gi trygghetsalarm til innbyggere i Drammen kommune, og kommunen er proaktiv når det gjelder å ta i bruk nye velferdsteknologiske løsninger som digitalt tilsyn. Det er noen iboende begrensninger når det gjelder i hvilken grad all velferdsteknologi kan benyttes fullt ut overfor hjemmeboende personer med demens. Bruk av medisindispensere kan for eksempel være risikabelt fordi dispenserne ikke klarer å måle om medisinen faktisk blir tatt. Revisjonen mener derfor det generelt er viktig at kommunen følger nøye med på om teknologien passer og virker som forutsatt overfor målgruppen.

Problemstilling 3 tilpasning av tjenester til behov

Hjemmeboende personer med demens får i varierende grad tjenester i tråd med behov

De pårørende opplever i varierende grad at det er samsvar mellom behov og tjenestene som gis. Pårørende til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt erfarer imidlertid i mindre grad at det er samsvar mellom behov og tjenester, sammenlignet med pårørende til brukere som er kognitivt friske. Mens 52 prosent av de øvrige pårørende mener at det i stor grad er samsvar mellom tjenester og behov, svarer kun 43 prosent dette blant pårørende til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt. Blant de pårørende til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt svarer 39 prosent at det i noen grad samsvarer, mens 14 prosent svarer det i liten eller svært liten grad er samsvar. Til sammenligning svarer henholdsvis 25 og 10 prosent at det i noen grad og i liten grad er samsvar blant de øvrig pårørende. Det er også kun i overkant av en av tre pårørende (35 prosent) til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt som er enig i at de som leverer tjenestene har tilstrekkelig med tid til å gi gode tjenester

Et klart flertall (59 prosent) av de pårørende til personer med demens/kognitiv svikt er også enig i at kvaliteten på tjenestene varierer for mye med hvem som leverer tjenestene. Til sammenligning svarer 53 prosent det samme blant de øvrige pårørende. Forskjellen mellom de to gruppene av pårørende kan tyde på at kommunens tjenester i mindre grad er tilpasset behovene til hjemmeboende med demens, sammenlignet med de øvrige brukerne.

Når det gjelder spørsmål om de ansattes opptreden og framtoning svarer de pårørende til sammenligning mer positivt. De pårørende til personer med demens/kognitiv svikt er for eksempel i all hovedsak er enig i at de som leverer tjeneste møter brukeren med respekt (74 prosent) og at hjemmetjenestene preges av høy grad av faglighet og profesjonalitet (60 prosent).

De ansatte svarer relativt likt som de pårørende til personer med demens/kognitiv svikt om det er samsvar mellom behov og tjenester, men de erfarer i enda mindre grad (29 prosent mot 43 prosent) at det i stor grad er samsvar mellom behov og tjenester for målgruppen. Det er også få ansatte (19 prosent) som erfarer at kommunen i stor eller svært stor grad leverer personsentrerte helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende med demens.

De ansatte leverer tjenester til alle brukere, både til hjemmeboende med og uten nære pårørende, og de har derfor et godt grunnlag for å uttale seg om kommunen samlet leverer tjenester i tråd med behovet til målgruppen. Årsaker til at mange ansatte erfarer at tjenestene i varierende grad er i tråd med behov kan være at de stiller høye krav til kvalitet i tjenestene, samtidig som de opplever at ressursene er begrenset i forhold til behov. Fordi hjemmeboende med demens er svake etterspørrere av tjenester, kan det være risiko for at enkelte hjemmeboende personer med demens i liten grad får forsvarlige tjenester. Dette er en gruppe med store behov, men som ofte ikke er i stand til å si ifra om behovene ikke dekkes.

En konsekvens av at personer med demens skal bo hjemme lenger er at behovene til personene som skal ivaretas av hjemmetjenesten blir større og risikoen for at tjenestene ikke blir forsvarlige øker dersom det ikke iverksettes nødvendige tiltak. De fleste ansatte (79 prosent) er enig i at det er for få institusjonsplasser (sykehjem) i forhold til behov for personer med demens. Videre opplever en av fem pårørende (21 prosent) til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt at det i liten grad er forsvarlig at

den aktuelle personen med demens/kognitiv svikt bor hjemme. Kommunalsjefen viser i denne forbindelse til at det alltid vil være et stort behov for sykehjemsplasser, men at det er et mål og en dreining i kommunen at brukerne skal bo hjemme så lenge som mulig. Det at brukere med demens heller skal bo hjemme enn på sykehjem medfører imidlertid et større behov for kompetanse i hjemmetjenesten. På bakgrunn av at personer med demens som har kommet langt i sykdomsforløpet skal bo hjemme lenger i Drammen, mener revisjonen det er spesielt viktig at kommunen iverksetter tiltak som sikrer at alle hjemmeboende med demens får en lik og systematisk oppfølging tilpasset individuelle behov.

Hjemmetjenesten har i liten grad et formalisert og systematisk samarbeid med fastlegene om utredning og diagnostisering ved mistanke om demens

Det er mange hjemmeboende personer med demens i Drammen kommune som ikke er diagnostisert. Det er flere mulige årsaker til dette. En mulig årsak kan være at det ikke prioriteres av helsepersonell fordi det ikke finnes noen kur. [253] Det kan også være at personer med demens føler frykt eller skam (stigma) når symptomene oppstår og at de derfor ikke ønsker å utredes eller diagnostiseres. Det er et viktig prinsipp at både utredning, diagnostisering og tiltak/helsehjelp skal basers på frivillighet. En diagnose er likevel ofte avgjørende for å sikre at hjemmeboende personer med demens kan få nødvendig og forsvarlig helsehjelp til rett tid og i henhold til behov. Det er derfor viktig at hjemmetjenesteavdelingene, hukommelsesteamet og fastlegene samarbeider godt om utredning og diagnostisering av hjemmeboende personer med mistanke om demens. Det er også viktig kommunen har gode rutiner for å vurdere samtykkekompetanse for personer med demens/kognitiv svikt. Det er videre viktig at fastlegene, som har hovedansvaret for pasientene på sin liste, framstår som en integrert del av kommunens helse- og omsorgstjenester.

Drammen kommune har mange gode skriftlige rutiner knyttet til hjemmetjenesten, men kommunen har i liten grad skriftlige rutiner og prosedyrer som tilsier at behov for utredning og diagnostisering ved mistanke om demens skal meldes til hukommelsesteamet og/eller fastlegene. Dette kan føre til at ansatte ikke melder om behov for utredning og diagnostisering til hukommelsesteamet/fastlegene i samme utstrekning som de melder ifra om endrede behov for tjenester. Det er også kun i underkant av en av tre ansatte som erfarer at kommunen i stor eller svært stor grad har tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer for utredning ved mistanke om demens (29 prosent) og samarbeid med fastlegene om utredning (32 prosent). Revisjonen mener derfor det mangler gode rutiner og systemer som sikrer til at hjemmeboende personer med tegn på demens utredes og diagnostiseres i Drammen kommune.

Dette fører til at det er tilfeldig og personavhengig om hjemmeboende personer som mottar hjemmetjenester med tegn på demens utredes og diagnostiseres eller ikke. Pårørende har også en viktig rolle når det gjelder å følge med og bistå personen med å ta kontakt med hukommelsesteamet og/eller fastlege for utredning og diagnostisering. Men i de tilfeller hvor personen ikke har nære pårørende og personen mottar hjemmetjenester (eksempelvis praktisk bistand) er det spesielt viktig at

[253] HOD (2020) Demensplan 2025, s. 29.

kommunen har gode systemer og rutiner som bidra til å sikre utredning og diagnostisering ved mistanke om demens.

Det varierer også om hjemmetjenesteavdelingene har et velfungerende samarbeid med fastlegene. Samlet er det imidlertid kun i underkant av en av tre ansatte (30 prosent), som erfarer at det er tilstrekkelig med rutiner og samarbeid med fastlegene etter demensdiagnose. Videre erfarer 39 prosent at det er et tilstrekkelig samarbeid med fastlegene. De pårørende er i liten grad kjent med om det eksisterer noe samarbeid. Revisjonen mener at det er et potensial for et tettere samarbeid i mange hjemmetjenesteavdelinger, blant annet ved at det i større grad gjennomføres faste samarbeidsmøter med de aktuelle fastleger ved behov. Mulige årsaker til manglende samarbeid kan være begrenset med kapasitet hos både fastlegene og hjemmetjenesten.

Videre varierer det om hjemmeboende med demensdiagnose følges opp tett av fastlegene eller ikke. I spørreundersøkelsen til pårørende svarte 37 prosent av de pårørende til hjemmeboende personer med demensdiagnose at pasienten sjelden eller aldri følges opp av fastlegen, mot 27 prosent blant de som ikke har demens/ kognitiv svikt. Mange hjemmeboende med demensdiagnose må dermed bestille time ved spesielle behov på linje med andre på fastlegens liste. Denne praksisen er ikke i tråd med anbefalingene i demensretningslinjen, som anbefaler at personer med demenssykdom følges opp fast av fastlegen minimum hver 6 / 12 måned.

Revisjonen ser det som positivt at kommunen har et eget forbyggende helseteam for seniorer, som tilbyr hjemmebesøk til innbyggere uten kommunale tjenester fra det året de fyller 75 år. Dette er et tiltak som kan bidra til at hjemmeboende personer med tegn på demens utredes og diagnostiseres, samt at eldre innbyggere i kommunen får informasjon om kommunens tilbud til målgruppen.

Revisjonen mener videre det er positivt at kommunen våren 2024 har en satsning som skal føre til bedre samhandling med fastlegene om blant annet demensutredning, og at det i denne sammenheng skal gjennomføres et kvalitetsseminar i regi av SKIL (senter for kvalitet i legetjenesten).

Kommunen har gode rutiner for å regelmessig kartlegge mestringsnivå/ADL, men rutinene følges i varierende grad opp i praksis

Ifølge demensretningslinjen bør personer med demens få sitt mestringsnivå/ADL[254] og tjenestebehov vurdert to ganger i året eller oftere. Kommunens egne rutiner fastsetter imidlertid at ansatte (primærkontakt) skal vurdere mestringsnivå/ADL minimum hver tredje måned og oftere ved behov. Kommunens rutiner er dermed strengere enn anbefalingene i demensretningslinjen, og gjelder i tillegg for alle som har en primærkontakt. Fordi personer med demens i tidlig fase kan skjule sine symptomer er det særlig viktig at ansatte gjennomfører systematiske kartlegginger i tråd med egne rutiner overfor denne gruppen.

Kommunen har gode rutiner for å kartlegge mestringsnivå/ADL, men rutinene etterleves i varierende grad i praksis. Kun i overkant av hver tredje ansatt (37 prosent) erfarer at kommunen i stor grad kartlegger (ADL) jevnlig om hjemmeboende med demens har økt omsorgsbehov). I

[254] Activities of Daily Living

saksgjennomgangen var det også kun 5 av 14 personer som fikk mestringsnivå/ADL kartlagt minimum hver tredje måned. Manglende kartlegging i tråd med rutinene kan føre til at kommunen i liten grad avdekker tegn på demens og at et økende omsorgsbehov ikke avdekkes slik rutinene forutsetter. Dersom personene ikke har pårørende som følger opp tett, kan det medføre at kommunen ikke iverksetter nødvendige tiltak. Det er et lederansvar å sørge for at ADL- kartleggingene gjennomføres i tråd med egne rutiner. Årsaker til at rutinene ikke alltid følges kan være at ADL-kartlegginger nedprioriteres som følge av begrenset kapasitet i hjemmetjenestene, og at det ikke følges godt nok opp av avdelingsleder.

Revisjonen mener likevel det er positivt at kommunen har lav terskel for å endre tjenestene ved behov, forutsatt at de ansatte i hjemmetjenestene avdekker og melder inn endrede behov til saksbehandler ved tildelingskontoret (TOK). Dette gjelder uavhengig av om det gjennomføres en kartlegging av mestringsnivå/ADL i tråd med rutinene eller ikke. Kommunen har også gode rutiner for å gjennomføre tverrfaglige møter ved behov. Det er imidlertid uheldig at kun i underkant av hver tredje ansatt (32 prosent) erfarer at det alltid fattes nytt vedtak om tjenester ved økt omsorgsbehov for hjemmeboende personer med demens. Dette kan tyde på at økt behov ikke alltid fanges opp og meldes inn til saksbehandler som forutsatt.

Kommunens rutiner er gode når det gjelder å løpende tilpasse nivået på tjenestene til behovet når behov avdekkes og meldes inn til saksbehandler ved tildelingskontoret. Det er imidlertid et tidspress i hjemmetjenesten, og mange ansatte registrerer ikke all nødvendig informasjon i journal. Videre er det mange ansatte som i stor grad formidler viktig informasjon muntlig. Etter revisjonens vurdering er det derfor en risiko for ansatte ikke alltid kartlegger og undersøker nøye nok, og at behov for både utredning og diagnostisering og for endrede tjenestebehov ikke alltid meldes inn til riktig instans. Det er i denne forbindelse bekymringsverdig at mer enn en av ti av de pårørende (14 prosent) til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt og de ansatte (12 prosent) melder at tjenestene til brukere med demens/kognitiv svikt i liten eller svært liten grad er i tråd med behov. Dette kan tyde på at det er risiko for at tjenestene som gis ikke alltid er forsvarlige. Dette gjelder særlige i de tilfeller hjemmeboende personer med demens ikke har pårørende som følger nøye med.

Revisjonen mener det derfor er viktig at alle ansatte i hjemmetjenesten som gir tjenester til hjemmeboende personer med demens får nødvendig opplæring og kompetanse om demens. Videre er det også viktig at rutiner for kartlegging av mestringsnivå/ADL følges og at endret omsorgsbehov meldes til saksbehandlere ved tildelingskontoret. I tillegg bør det utarbeides systemer og rutiner som sikrer at hukommelsesteamet og/eller fastlege får informasjon ved tegn på demens. Revisjonen mener også det er det er betydningsfullt at ufaglærte pleiemedarbeidere som yter praktisk bistand (rengjøring mv.) får tilstrekkelig opplæring om både systemer og rutinene og om demens. Denne gruppen er ofte tidlig hjemme hos udiagnostiserte personer i tidlig fase med tegn på demens.

Kommunen har gode rutiner for journalføring, men de ansatte har ofte ikke tid til å føre inn alle nødvendige opplysninger

Journalføring står sentralt i helsepersonells yrkesutøvelse og er avgjørende for å sikre kontinuitet, kvalitet og sikkerhet i tjenestene. Det er et lovkrav at alle nødvendige opplysninger skal nedtegnes uten ugrunnet opphold. Kommunen har en plikt til å legge til rette for at helsepersonell har rammebetingelser som gjør det mulig å overholde dokumentasjonsplikten.

Et flertall av de ansatte opplever at kommunen har tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer for journalføring i Gerica, men samtidig opplever også et flertall av de ansatte i hjemmetjenesten at det ikke er satt av tilstrekkelig med tid til å nedtegne all relevant informasjon i journal. Et klart flertall av de ansatte melder om at mye av rapporteringen av helsetjenestene skjer muntlig mellom de ansatte. Dette fører blant annet til at det kan være en utfordring for saksbehandlere ved tildelingskontoret å finne nødvendig informasjon i pasientenes journal når vedtak om tjenester skal oppdateres.

Revisjonen mener at manglende prioritering og tid til å nedtegne nødvendig informasjon uten ugrunnet opphold i journal i tråd med rutiner er en risikofaktor, som kan påvirke tjenestene som utøves og pasientsikkerheten. Det er derfor viktig at kommunen iverksetter tiltak som bidrar til at helsepersonell som yter tjenester til hjemmeboende med demens har tid til å dokumentere behov og tjenester i tråd med lovkrav.

Kommunen har som praksis å utarbeide tiltaksplaner til alle som mottar tjenester, men det er et potensial for å i større grad lage personsentrerte tiltaksplaner

Gode tiltaksplaner er et sentralt verktøy for å oppnå personsentrerte tjenester, og verktøyet er innarbeidet i det elektroniske journalsystemet (EPJ). Kommunen har derfor som fast rutine at alle hjemmeboende personer med behov får en tiltaksplan. Hjemmeboende personer med demens mottar imidlertid i varierende grad tiltaksplaner som er personsentrerte og tilpasset individuelle behov. Det er også variasjon mellom avdelingene når det gjelder i hvilken grad tiltaksplanene oppdateres og tilpasses den enkeltes behov. En hovedårsak til dette er at arbeid med tiltaksplanene ikke alltid prioriteres som følge av manglende kapasitet. Revisjonen mener derfor det kan være et potensiale å i større grad å lage individuelle personsentrerte tiltaksplaner til hjemmeboende personer med demens.

De fleste pårørende er i liten grad kjent med at kommunen utarbeider tiltaksplaner. For å sikre at tiltaksplanene tilpasses personens individuelle behov, mener revisjonen at det er viktig at de pårørende involveres i arbeidet med å utarbeide gode personsentrerte tiltaksplaner.

Kommunen tilbyr i liten grad koordinator og individuell plan til personer med demens

Kommunen skal tilby koordinator og individuell plan til personer med demens med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Fordi dette tiltaket i varierende grad benyttes overfor målgruppen i Norge, er det et sentralt tiltak i Demensplan 2025 at personer med demens som har behov for det får tilbud om koordinator og individuell plan. Ifølge demensplanen vil også de fleste ha behov for

sykehjemsplass ettersom sykdommen utvikler seg, og en individuell plan er et viktig verktøy for planlegging og medvirkning. [255]

Drammen kommune har på plass et system for å tilby koordinator og individuell plan til de som har rett til det, men dette virkemiddelet tilbys i Drammen (som i mange andre kommuner) i liten grad til hjemmeboende personer med demens. Dette kan dels forklares med at personer med demens ikke mottar tjenester fra mange ulike instanser og at behovet derfor ikke er til stede. Det kan imidlertid være risiko for underforbruk av tjenester for gruppen i forhold til behov. Det kan derfor være en viktig oppgave for kontaktperson og/koordinator å sørge for at personene får de tiltakene de har behov for ettersom sykdommen forløper. Både kontaktperson/koordinator og individuell plan kan i denne forbindelse være et nyttige virkemiddel for planlegging og medvirkning for brukergruppen, og det er derfor viktig at alle som har behov får et tilbud om koordinator og individuell plan.

Kommunen gir i liten grad veiledning og støtte til pårørende

Mange pårørende opplever at de i liten grad får tilstrekkelig med informasjon, veiledning og støtte fra kommunen. Det er bare 9 prosent av de pårørende, som opplever at de i stor grad får tilstrekkelig veiledning, støtte og hjelp. Ifølge kommunens rutiner er det primærkontaktene som har hovedansvaret for å sikre et godt samarbeid med pårørende, men mange primærkontakter gir, som følge av begrenset kapasitet og manglende prioritering, i liten grad informasjon, veiledning og støtte til de pårørende. Det er forståelig at primærkontaktene prioriterer pasientene når det er begrenset med tid tilgjengelig, men kommunen har likevel at ansvar for å ivareta de pårørende. Kommunen skal også om nødvendig fatte vedtak om pårørendestøtte i form av opplæring og veiledning.[256]

Det er imidlertid positivt at et flertall (58 prosent) av de pårørende til hjemmeboende med demens/kognitiv svikt opplever at innspill og tilbakemeldinger blir tatt imot på en god måte, men det er en lavere andel som er enig i at det legges til rette for å kunne komme med innspill (43 prosent). Det er også få som erfarer at det er etablert møter/forum/råd for å sikre brukermedvirkning (9 prosent). Det er i denne forbindelse positivt at kommunen fra og med 2023 har opprettet et brukerråd.

Revisjonen er av den oppfatning at når kommunen har bestemt at hjemmeboende personer med demens skal bo hjemme om mulig, er det også særlig viktig at arbeidet med å veilede og støtte pårørende styrkes.

Alle brukere og pårørende med tjenester vil i utgangspunktet ha både en primærkontakt i hjemmetjenesten og en saksbehandler ved tildelingskontoret. I tillegg kan de pårørende og brukerne ha en kontaktperson/demenskoordinator hos hukommelsesteamet, og også ha kontakt med forebyggende team for eldre. Mange ulike potensielle kontaktpersoner kan føre til risiko for at ansvaret for oppfølging av pårørende blir uklart og fragmentert, selv om det ifølge kommunens rutiner er

[255] HOD (2020) Demensplan 2025, s. 17.
[256] Til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid skal kommunen tilby nødvendig pårørendestøtte, i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6) Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 kommer forvaltningslovens bestemmelser her til anvendelse, dvs. at kommunen skal fatte vedtak om slike tjenester, også for opplæring/veiledning, når det er et nødvendig behov for veiledning og opplæring utover 14 dager

primærkontakt som har hovedansvaret. Kommunen bør derfor kommunisere klart og tydelig til pårørende hvem som har ansvaret for å gi veiledning og støtte til pårørende.

8. Anbefalinger

Med bakgrunn i vår gjennomgang vil revisjonen anbefale kommunen å gjennomføre følgende:

1. Kommunen bør sørge for å utarbeide rutiner og systemer som bidrar til å sikre at alle hjemmeboende personer med demens får et likt tilbud uavhengig av hvor i kommunen de bor. Dette innebærer systemer og rutiner som bidrar til at:
    - alle hjemmeboende personer med mistanke om demens utredes og diagnostiseres
    - alle hjemmeboende personer med demens får tilbud om en kontaktperson/demenskoordinator med kompetanse om demens
    - alle hjemmeboende personer med demens får en personsentrert tiltaksplan, som er tilpasset individuelle behov
    - alle hjemmeboende personer med demens følges opp av ansatte med nødvendig kompetanse om demens
2. Kommunen bør fastsette mål for tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med demens, for eksempel i en demensplan
3. Kommunen bør iverksette tiltak som bidrar til at de ansatte melder inn alle nødvendige avvik som gjelder hjemmeboende med demens
4. Kommunen bør iverksette tiltak som kan bidra til å styrke dagaktivitetstilbudet til hjemmeboende personer med demens, særlig i tidlig fase av sykdommen (lavterskeltilbud)
5. Kommunen bør i større grad tilby støttekontakter til hjemmeboende personer med demens
6. Kommunen bør opprette systemer og rutiner som sikrer at pårørende til hjemmeboende personer med demens får tilstrekkelig informasjon, veiledning og støtte

Et utkast til rapport har blitt oversendt kommunedirektøren til uttalelse. Kommunedirektørens uttalelse i er vedlagt rapporten.

Drammen, den 19. februar 2024

Morten L. Kallevig	Torkild Halvorsen
prosjektleder	oppdragsansvarlig revisor

Referanser

Lover, forskrifter og reglement

Forvaltningsloven

Helse- og omsorgstjenesteloven

Helsepersonelloven

Helsetilsynsloven

Kommuneloven

Pasient- og brukerrettighetsloven

Forskrift om fastlegeordning

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Stortingsdokumenter

Prop. 1 S (2022–2023) HOD

Prop. 100 L (2020-2021) Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator

Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven

Prop. 66 L (2018-2019) Endringar i helse- og omsorgstenestelova (dagaktivitetstilbod til heimebuande personar med demens)

Prop. 71 L (2016-2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)

Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven),

Prop. 99 L (2015–2016) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helseog omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister),

NOU 2023: 4 Tid for handling

NOU 2016: 4 Ny kommunelov

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

Veiledere og standarder

COSO (2013) Internal control - Integrated framework

COSO (2013) Internkontroll - et integrert rammeverk, Sammendrag

Departementene (2020) "Vi - de pårørende" (Pårørendestrategi 2021-2025)

DFØ (2021) Veileder i internkontroll; Økonomireglementet for statlig virksomhet

Helsedirektoratet (2015) Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer

Helsedirektoratet (2017) Ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten

Helsedirektoratet (2017) Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen), Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 31. oktober 2022.

Helsedirektoratet (2017) Pårørendeveileder

Helsedirektoratet (2017) Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8

Helsedirektoratet (2018) Helsepersonelloven med kommentarer

Helsedirektoratet (2019) Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse og omsorgstjenesten

HOD (2020) Demensplan 2025

Norsk lovkommentar

Rapporter

Aldring og Helse (2020) Tjenester til personer med demens som bor i egen bolig

Helsedirektoratet (2017) Oppfølging av personer med store og sammensatte behov

Helsedirektoratet (2019) Fastlegers oppfølging av sine hjemmeboende pasienter med demens

Helsedirektoratet (2019) Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse og omsorgstjenesten

Helsedirektoratet (2023) Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022

Helsetilsynet (2021) Svikt i oppfølgingen av pasient med diabetessykdom ved hjemmetjenesten

Laukli (2019) Frailty hos eldre som søker helsehjelp i hjemmet for første gang. En kartlegging av frailty fenotype, foretrukket ganghastighet og funksjonsnivå.

Olsen, R. M., & Wibe, T. (2019). Journalføring og pasientsikkerhetskultur i hjemmesykepleien

Senter for omsorgsforskning (2021) Sammenheng i kommunale helse- og omsorgstjeneste
r
Slinning og Vad, NTNU (2020) Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring hos eldre hjemmeboende med demens?

Nettsider:

Aldring og helse om demens:
https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/hjemme-med-tjenester-medisinsk-og-helsefaglig-oppfolging/

https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/Verkt%C3%B8y Halvarlig oppf%C3%B8lging NOV2016 4s WEB oppdatert.pdf

https://demenskartet.no/#3005

Helsedirektoratet og utfordringer knyttet til sykefravær
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utfordringsbildet-og-mulighetsrommet-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/mulighetsrommet/hoyt-sykefravaer-i-tjenestene

Nasjonal digital læringsarena om prosedyrer
https://ndla.no/subject:1:1b7155ae-9670-4972-b438-fd1375875ac1/topic:f34d2b28-d8dc-4ecb-aad6-c27b746861b7/

Regjeringen
https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunedata/tjenestebehov2/id2507961/

Helsedirektoratet:
Om velferdsteknologi
https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/anbefalinger-om-velferdsteknologiske-losninger-i-kommunene

Om kvalitetsindikatorer
https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester

Kvalitetsindikatorer – fagutdanning
https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/fagutdanning-i-pleie-og-omsorgstjenesten#:~:text=P%C3%A5%20landsbasis%20var%20andelen%20avtalte,andelen%20p%C3%A5%2077%2C8%20prosent

Kvalitetsindikatorer – dagaktivitet
https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demens-og-kognitiv-svikt

Kvalitetsindikatorer – lokaliseringsteknologi

https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/lokaliseringsteknologi-til-hjemmeboende-personer-med-demens#:~:text=I%202021%20var%20det%2021,er%20store%20variasjoner%20mellom%20fylkene.

Kvalitetsindikatorer – eksport

https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/eksport-av-data-fra-de-nasjonale-kvalitetsindikatorene-nki

Helsetilsynet:
https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/nordland/2016/moskenes-kommune-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-demens-som-bor-i-eget-hjem-og-pa-sykehjem-2016/

https://www.statsforvalteren.no/siteassets/fm-rogaland/dokument-fmro/forvaltning/lysark/kostrasem2010-iplos-vatten.pdf

Drammen kommune:
Om hjemmetjenesten
https://www.drammen.kommune.no/tjenester/helse-omsorg/tjenester-til-hjemmeboende/hjemmetjenesten/

https://www.drammen.kommune.no/tjenester/helse-omsorg/demens/

Om filten
https://www.drammen.kommune.no/tjenester/helse-omsorg/sykehjem-bo-og-servicesentre/filten-serviceboliger

Søknadsskjema:
https://www.drammen.kommune.no/globalassets/tjenester/helse-og-omsorg/dokumenter/soknad-helse-omsorgstjenester.pdf (

Dokumenter og sider fra Drammen kommune

Planer og rapporter

Drammen kommune (2020) Innhold i tiltaksplan – Gerica
Drammen kommune (2021) Årsevaluering 2021
Drammen kommune (2021) helhetlig boligstrategi (2021-2025)
Drammen kommune (2021) kunnskapsgrunnlag om boligtilbud for personer med demens
Drammen kommune (2022) Sykepleiertjenester til hjemmeboende
Drammen kommune (2022) Temaplan. Oppvekst og læringsløp, helse, sosial og omsorg, kultursektorens tjenester for utvikling av kunst- og kulturlivet og tekniske tjenester
Drammen kommune (2023) Årsevaluering 2022
Drammen kommune (2023) Handlings- og økonomiplan 2023-2026
Drammen kommune (2023) Kommuneplanens samfunnsdel 2021-2040
Drammen kommune (2023) Sluttrapport vurdering- og mestringsavdeling

Rutiner mv

Drammen kommune (2020) Innhold i tiltaksplan – Gerica
Drammen kommune (2021) Ansvarlig sykepleier i hjemmetjenesten
Drammen kommune (2021) Kriterier for Mestrings- og trygghetsskapende teknologi.
Drammen kommune (2021) Mestrings- og trygghetsskapende teknologi- arbeidsflyt
Drammen kommune (2021) Primærgruppemøte i hjemmetjenesten
Drammen kommune (2021) Primærkontakt i hjemmesykepleien
Drammen kommune (2021) Primærkontakt i hjemmesykepleien
Drammen kommune (2021) Samhandling/tildeling
Drammen kommune (2021) Stillingsbeskrivelse Fagkoordinerende i hjemmetjenesten
Drammen kommune (2021) Stillingsbeskrivelse helsefagarbeider/hjelpepleier
Drammen kommune (2021) Stillingsbeskrivelse pleiemedarbeider
Drammen kommune (2021) Stillingsbeskrivelse sykepleier/vernepleier
Drammen kommune (2022) Veiledende hjelp til ledere ved håndtering av avvik og uønskede
Drammen kommune (2023) Interne rutiner til hukommelsesteamet. Beskrivelse til revisjonen
Drammen kommune (2023) Kriterier for tjenesten hukommelsesteam
Drammen kommune (2023) Mandat hukommelsesteam Drammen kommune
Drammen kommune (2023) Prioriteringsnøkkel- hukommelsesteamet Drammen kommune
Drammen kommune (2023) Rollebeskrivelse for tverrfaglig hukommelsesteam, Drammen kommune
Drammen kommune (2023) Rutine sykepleierteam
Drammen kommune (2023) Sjekkliste for behandling av individuell plan
Drammen kommune (2023) Veiledende hjelp til å registrere avvik og uønskede hendelse i EQS

Andre dokumenter

Drammen kommune (2023) Vikarkurs for ansatte i hjemmetjenesten- demens og kognitiv svikt
Drammen kommune (2021) Orientering Tjenestedata for Helse- sosial og omsorgstjenestene juli til november 2021
Drammen kommune (2022) Sjekkliste ved tildeling av botilbud ved Kvarter Helleristningen
Drammen kommune (2023) ABC Aldring og omsorg gruppefordeling 2023
Drammen kommune (2023) Fagteam. Presentasjon
Drammen kommune (2023) Fremtidsrettet tjenestetildeling. Presentasjon
Drammen kommune (2023) Informasjonsbrosjyre Kvarter Helleristningen
Drammen kommune (2023) Nøkkeltallark HSO per 1. tertial 2023
Drammen kommune (2023) Overordnet strategisk kompetanse årshjul i tråd med gjeldende lovverk og strategier for P06.
Drammen kommune (2023) Oversikt over årsverk Tjenester til hjemmeboende nord og sør
Drammen kommune (2023). Notat om samlokalisering av hjemmetjenesteavdelinger

Revisjonsstandarder
RSK 001 Forvaltningsrevisjon
ISA 315 International Standard on Auditing 315 (internal controll)

Vedlegg 1 – Kommunedirektørens svar

DRAMMEN KOMMUNE
– et godt sted å leve

Rapport til uttalelse: *Hjemmeboende personer med demens*

Kontrollutvalget i Drammen kommune vedtok i sak 101/22 av dato 18.10.2022 revisjon med formål å vurdere om personer med demens som bor hjemme får helse- og omsorgstjenester i tråd med egne behov, og at kommunen er rustet for nåværende og fremtidige behov på området. Kommunedirektøren ser på som viktig at dette ble prioritert av kontrollutvalget.

Kommunedirektøren takker for anbefalingene revisjonen gir. Kommunedirektøren anser rapporten som nyttig. Rapporten innebærer både positive ting innen aktuelt fagområde og setter fokus på ting som bør forbedres. Dette gir kommunen godt grunnlag for kvalitetsforbedring innen tjenester til personer med demens som er hjemmeboende.

Kommunedirektøren både planlegger og er allerede i gang med flere tiltak som er i tråd med rapportens konklusjoner og anbefalinger.

Følgende tiltak er planlagt eller iverksatt for å forbedre tilbudet til personer med demens som er hjemmeboende:

- Tjenesteområdet har iverksatt et større arbeid med formål om harmonisere og standardisere rutiner og systemer i alle hjemmetjeneste avdelingene. Dette vil bidra til at alle hjemmeboende personer med demens får et likt tilbud uavhengig av hvor i kommunen de bor
- Kommunen har iverksatt arbeid med egen demensplan som ferdigstilles i 2024
- Flere hjemmetjeneste avdelinger skal i 2024 samlokaliseres i større baser. I denne prosessen går man fra en generalist modell til en mer spesialisert modell. For personer med demens opprettes det egne team med spisskompetanse som sikrer at de følges opp av ansatte med nødvendig kompetanse.
- Hjemmetjenestene planlegger innføring av elektroniske verktøy «IKOS» som inneholder en elektronisk løsning på en risikotavle. Dette verktøyet sikrer at observerte og dokumenterte utfordringer fanges i størst mulig grad og nødvendig oppfølging og tiltak iverksettes
- Fagteam i hjemmetjenestene består av 4 demenskoordinatorer som skal sikre at det heves kompetanse på demens i alle hjemmetjenesteavdelingene. Derfor opprettes det nå egne demenskontakter i alle avdelinger som skal jobbe tett på demenskoordinatorer
- I rapporten pekes det på behov for råd og veiledning for pårørende til personer med demens. Det er derfor opprettet et eget telefonnummer hvor pårørende kan ta kontakt for å få tilstrekkelig informasjon, veiledning og støtte. I tillegg arbeider kommunen med å utvikle et mer utvidet tilbud rundt pårørendeskoler
- Det er et pågående arbeid med å etablere flere lavterskel aktivitetstilbud for personer med demens. Det ses også på muligheter for privat avlastning i hjemmet. Dette vil styrke aktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, særlig i tidlig fase av sykdommen (lavterskeltilbud)
- Kommunen oppretter flere botilbud spesielt tilrettelagt for personer med demens

Med hilsen

Trude Andresen

Kommunedirektør

Sudhir Sharma

Kommunalsjef, hjemmetjenester og institusjon

Vedlegg 2 – Oversikt prosedyrer og rutiner

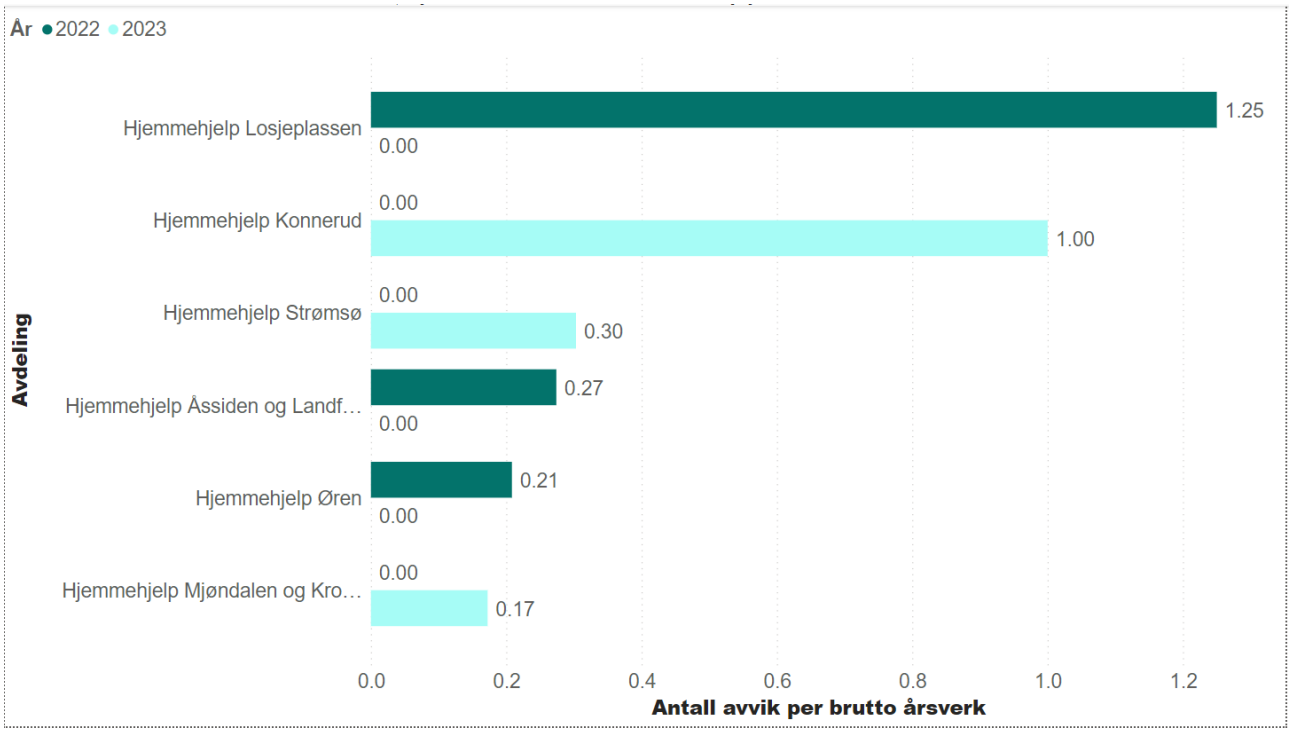
Filnavn	Overskrift
Strategisk kompetanseårshjul A3.pdf	Satsningsområde strategisk kompetanseårshjul
Strategisk kompetanseårshjul detaljer.pdf	Satsningsområde strategisk kompetanseårshjul
Felles retningslinjer for bruk av PLO-meldinger mellom fastlege og Drammen kommune.pdf	Felles retningslinjer for bruk av PLO-meldinger mellom fastlege og Drammen kommune
HMine dokumenterSamhandlingSamhandling sykehusMeldingsplakaten bilde (7).pdf	Rutiner for sending, mottak og behandling av elektroniske meldinger VVHF - Drammen Kommune
Brukerveiledning EQS (1).pdf	Føring av avvik i EQS, Brukerveiledning til institusjoner og dagsenter
Veiledende hjelp til ledere ved håndtering av avvik og uønskede hendelser (2).pdf	Veiledende hjelp til å registrere avvik og uønskede hendelse i EQS
Veiledende hjelp til å registrere avvik og uønskede hendelse i EQS (2).pdf	Veiledende hjelp til ledere ved håndtering av avvik og uønskede hendelser
Samtykke (5).pdf	Samtykke
Rutine for oppfølging Forebyggende helseteam for seniorer.pdf	Rutine for oppfølging Forebyggende helseteam for seniorer
Rutine hjemmebesøk 80 åringer.pdf	Rutine hjemmebesøk 80 åringer
Legevisitt.pdf	Legevisit
Melding om ledig plass.pdf	Melding om ledig plass
Samhandling mellom Tjenestetildeling og korttidsinstitusjoner (1).pdf	Samhandling mellom Tjenestetildeling og korttidsinstitusjone
Kriterier Institusjonstjenester og bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester (1).pdf	Kriterier institusjonstjenester og bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester
Sjekkliste ved tildeling av botilbud ved Kvarter Helleristningen.pdf	Sjekkliste ved tildeling av botilbud ved Kvarter Helleristningen
Henvendelser til ergo- og fysioterapitjenester.pdf	Henvendelser til ergo- og fysioterapitjenester
Kriterier dagsenter.pdf	Kriterier dagsenter
Kriterier for Mestrings- og trygghetsskapende teknologi.pdf	Kriterier for Mestrings- og trygghetsskapende teknologi
Kriterier for tverrfaglig kartlegging.pdf	Kriterier for tverrfaglig kartlegging
Kriterier Institusjonstjenester og bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester .pdf	Kriterier Institusjonstjenester og bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester
Kriterier komfyrvakt.pdf	Kriterier komfyrvakt
Kriterier nødvendig pårørendestøtte.pdf	Kriterier nødvendig pårørendestøtte
Kriterier Personlig assistanse Brukerstyrt personlig assistanse.pdf	Kriterier Personlig assistanse/Brukerstyrt personlig assistanse
Kriterier rehabilitering og helsetjenester i hjemmet (1).pdf	Kriterier rehabilitering og helsetjenester i hjemmet
Samhandling tildeling.pdf	Samhandling/tildeling
Sjekkliste for behandling av individuell plan (1).pdf	Sjekkliste for behandling av individuell plan
Tjenestebeskrivelse Hukommelsesteam (2).pdf	Tjenestebeskrivelse Hukommelsesteam
brosjyre-trygghetspakke-2.0 godkjent.pdf	TRYGGHETSPAKKE

Foreløpig arbeidsflyt for bestilling av trygghetsskapende teknologi.pdf	Foreløpig arbeidsflyt for bestilling av trygghetsskapende teknologi
Lokaliseringsteknologi (1).pdf	Lokaliseringsteknologi
Lokaliseringsteknologi sjekkliste.pdf	Lokaliseringsteknologi sjekkliste
Medisineringsstøtte.pdf	Medisineringsstøtte
Mestrings- og trygghetsskapende teknologi-arbeidflyt.pdf	Mestrings- og trygghetsskapende teknologi-arbeidflyt
Samarbeidsavtale for GPS.pdf	Samarbeidsavtale for GPS
Trygghetspakke.pdf	VEDTAK OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER Trygghets pakke
Trygghetspakken.pdf	Trygghetspakken
Aktivitetstilbud Seniorer Drammen 2022.pdf	Rapport: Aktivitetstilbud seniorer, Drammen kommune 2022
Mottak av ny bruker hjemmesykepleie (49).docx	MOTTAK AV NY BRUKER HJEMMESYKEPLEIE
Tverrfaglig møte i hjemmetjenestene (15).pdf	Tverrfaglig møte i hjemmetjenestene
Ansvarlig sykepleier i hjemmetjenesten (5).pdf	Ansvarlig sykepleier i hjemmetjenesten
Beskrivelse ernæringskontakt (2).pdf	Beskrivelse ernæringskontakt
Funksjonsbeskrivelse ansvarsvakt helse- og omsorgstjenester (6).pdf	Funksjonsbeskrivelse ansvarsvakt helse- og omsorgstjenester
Funksjonsbeskrivelse ressursperson fagområde Palliasjon.pdf	Funksjonsbeskrivelse ressursperson fagområde Palliasjon
Primærkontakt i hjemmesykepleien (5).pdf	Primærkontakt i hjemmesykepleien
Smittevernkontakter i helse og omsorg Drammen kommune (8).pdf	Smittevernkontakter i helse og omsorg Drammen kommune
Stillingsbeskrivelse avansert klinisk allmenn sykepleier AKS- sykepleier (1).pdf	Stillingsbeskrivelse avansert klinisk allmenn sykepleier / AKS sykepleier
Stillingsbeskrivelse Fagkoordinerende i hjemmetjenesten (2).pdf	Stillingsbeskrivelse Fagkoordinerende i hjemmetjenesten
Stillingsbeskrivelse helsefagarbeider hjelpepleier (5).pdf	Stillingsbeskrivelse helsefagarbeider/hjelpepleier
Stillingsbeskrivelse pleiemedarbeider (1).pdf	Stillingsbeskrivelse pleiemedarbeider
Stillingsbeskrivelse sykepleier vernepleier (6).pdf	Stillingsbeskrivelse sykepleier/vernepleier
Dokument «Prosesskart saksgang individuell plan», ID 3489 - EQS.mhtml	Prosesskart saksgang ved anmodning om individuell plan
Dokument «Sjekkliste for behandling av individuell plan», ID 3490 - EQS.mhtml	Sjekkliste for behandling av individuell plan
Karlegging bruker.pdf	Helsetjenester i hjemmet
Kartlegging pårørende.pdf	Omsorgsstønad
Samhandling tildeling.pdf	Samhandling/tildeling
Primærgruppemøte i hjemmetjenesten.pdf	Primærgruppemøte i hjemmetjenesten
Kriterier for tjenesten hukommelsesteam.docx	Kriterier for tjenesten hukommelsesteam
Mal dokumentasjon alternativ 1.docx	Mal dokumentasjon kartlegging hukommelsesteam alternativ 1
Mal dokumentasjon alternativ 2.docx	Mal dokumentasjon alternativ 2 (fra aldring og helse)

Mandat hukommelsesteam Drammen kommune.docx	Mandat hukommelsesteam Drammen kommune
Digitalt tilsyn for hjemmeboende.pdf	Digitalt tilsyn for hjemmeboende
Kriterier for Mestrings- og trygghetsskapende teknologi.pdf	Kriterier for Mestrings- og trygghetsskapende teknologi
Rapport sykepleieteam.pdf	Sykepleiertjenester til hjemmeboende
Rutine spl team.docx	Rutine spl team

Vedlegg 3 – Oversikt over registrerte avvik i hjemmehjelpsenheter, dagsentere og nattjeneste-enheter

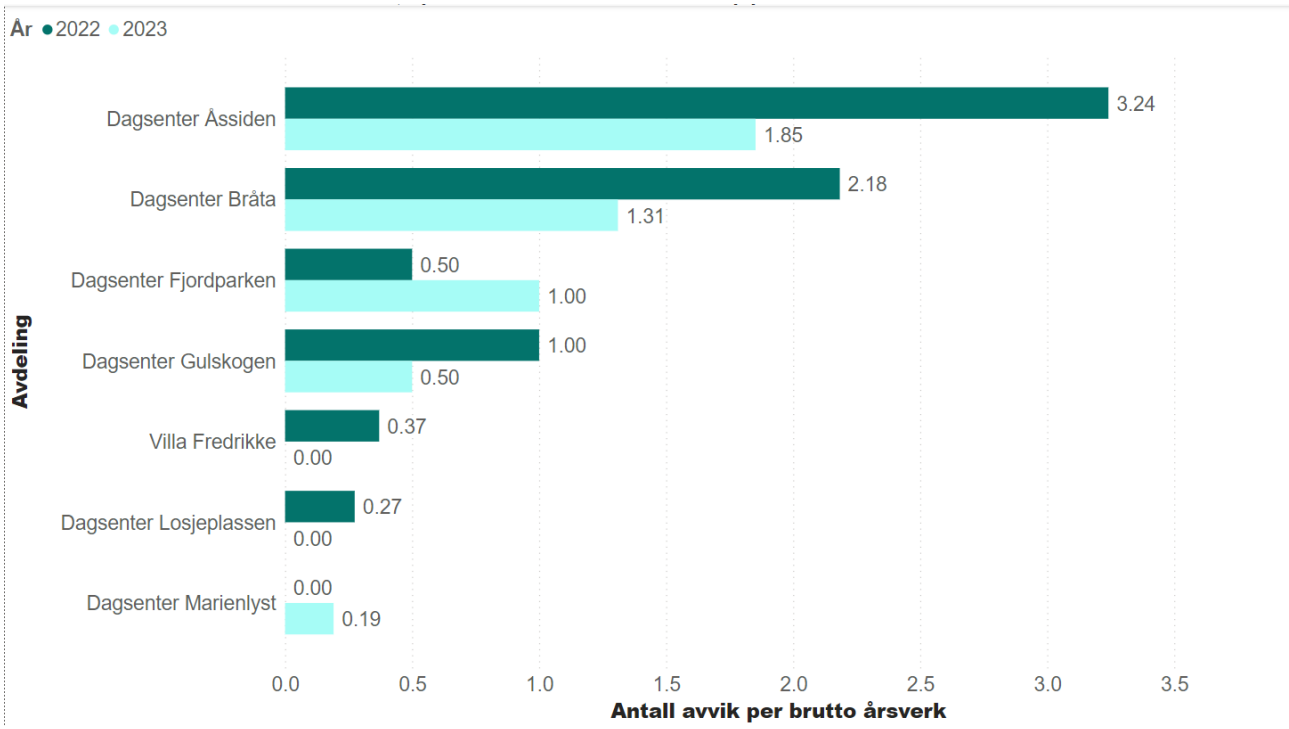
Figur: Antall avvik per brutto årsverk i 2022 og 2023 i hjemmehjelpsenhetene



Tabell: Statistikk om avvik i hjemmehjelpsenhetene

Beregning	2022	2023
Minimum	0 (Strømsø, Konnerud og Mjøndalen og Krokstadelva)	0 (Øren, Åssiden og Landfalløya og Losjeplassen)
Median	0.1	0.1
Gjennomsnitt	0.3	0.2
Maksimum	1.3 (Losjeplassen)	1 (Konnerud)

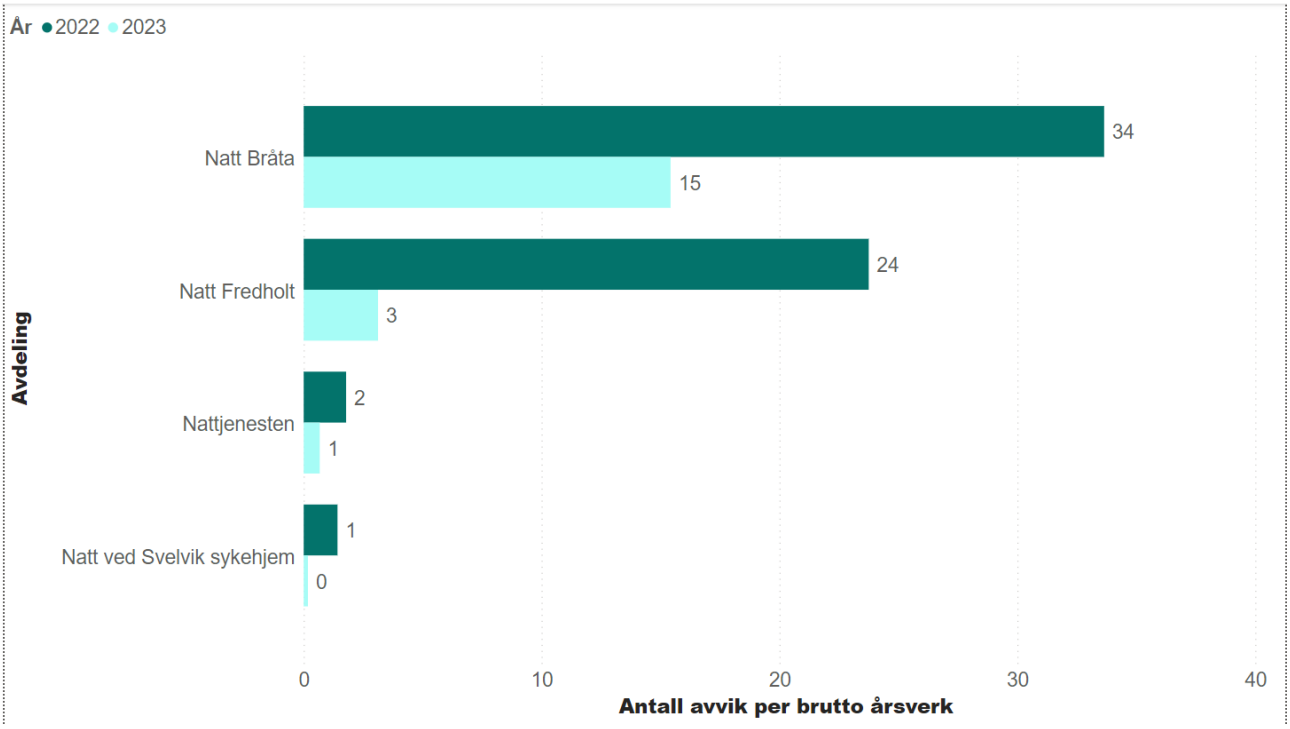
Figur: Antall avvik per brutto årsverk i 2022 og 2023 ved dagsentrene



Tabell: Statistikk om avvik ved dagsentrene

Beregning	2022	2023
Minimum	0 (Marienlyst)	0 (Losjeplassen og Villa Fredrikke)
Median	0,5	0,5
Gjennomsnitt	1,08	0,7
Maksimum	3,2 (Åssiden)	1,9 (Åssiden)

Figur: Antall avvik per brutto årsverk i 2022 og 2023 ved nattjenestene



Tabell: Statistikk om avvik ved nattjenestene

Beregning	2022	2023
Minimum	1,4 (Svelvik sykehjem)	0,18 (Svelvik sykehjem)
Median	12,7	1,9
Gjennomsnitt	15,1	4,8
Maksimum	34 (Natt Bråta)	15 (Natt Bråta)

Vedlegg 4 – Oversikt over registrerte kurs/utdanning

navn	2020	2021	2022	2023	Total
Diverse kurs	125	423	83	123	754
Bemyndigelse for pleiemedarbeidere/assistenter	13	52	66	164	295
Bemyndigelse for faglærte	38	79	116	163	396
Smittevern	68	148	8	10	234
Brannrunde	23	34	44	137	238
Klinisk observasjon og vurdering	0	2	3	123	128
Tvang og makt Kapitel 4a	3	109	4	5	121
Hygiene og smittevern	88	90	6	15	199
Brannøvelse	0	0	77	1	78
Legemiddelregning	1	3	47	72	123
Årlig internundervisning legemiddelhåndtering	0	0	72	43	115
EQS kurs	1	0	58	3	62
Bemyndigelse for sykepleier	29	35	55	35	154
Legemiddelhåndtering for spl/vpl	7	45	54	34	140
Førstehjelpskurs	26	8	45	0	79
Førekort	3	2	44	2	51
Brannrutiner	1	0	43	1	45
Sykepleier (bachelor)	0	2	4	43	49
Forflytning	6	38	10	0	54
ProAct	2	34	17	8	61
Ernærlingskurs	0	1	1	23	25
KLINOBS	0	0	1	23	24
Gericakurs	20	2	10	17	49
Sårbehandling	4	19	14	3	40
Grunnleggende opplæring i vergetrening	0	0	7	18	25
Tvang og makt	1	18	8	11	38
Kurs for sommervikarer	0	0	5	17	22
DP Dialyse	0	0	0	16	16
Kognitiv svikt og demens	0	9	2	16	27
Eldreomsorgens ABC	0	0	0	14	14
Grunnleggende førstehjelp	0	14	6	0	20
Respirasjon og sirkulasjon	1	14	2	1	18
IK	11	0	0	0	11
Selvbestemmelse og samtykke	3	11	3	9	26
Tvang og makt kapittel 9	1	11	4	1	17
Dokumentasjon basis	0	6	10	7	23
Demensomsorgens ABC	3	2	1	9	15
Evondos multidosedispenser	9	1	2	0	12
Måling av vitalia og tolkning	0	0	0	8	8

Nyansattkurs	1	0	1	8	10
Opplæring Braun Canafusion	0	8	1	0	9
Bemyndigelse for studenter	3	3	7	4	17
Hverdagsrehabilitering	0	4	5	1	10
Medisinromansvarlig	0	0	5	0	5
Delir	4	0	0	0	4
Annen videreutdanning/mastergradsutdanning	0	0	1	3	4
Avansert klinisk sykepleie	0	1	3	0	4
Diabetes	0	0	3	0	3
Grunnleggende palliasjon	0	0	3	2	5
Livets siste dager	3	0	0	1	4
Videreutdanning helsefagarbeider	0	0	3	1	4
Annen lederutdanning	0	0	0	2	2
Bemyndigelse for vernepleier	0	0	2	1	3
Forflytningskurs	0	2	2	0	4
Helsefagarbeider (hjelpepleier, omsorgsarbeider)	0	0	1	2	3
Introduksjonskurs	0	2	1	0	3
Kost og ernæring	0	2	1	0	3
Kreftomsorg og lindrende pleie	0	0	0	2	2
Opplæring i vergetrening for ressursperson	0	0	0	2	2
Pro Act instruktør	0	1	1	2	4
Sår og hud grunnkurs	0	0	2	0	2
Veileder lærling	1	2	0	0	3
Veiledning	0	0	2	0	2
Verge/Ressursperson	0	1	0	2	3
Videreutdanning i veiledning	1	0	2	0	3
Aktivitet og hvile	0	0	1	0	1
Akuttmed opplæring epilepsi	0	0	0	1	1
Branntest	0	1	0	0	1
Diverse studier	0	0	1	1	2
Dokumentasjon for sykepleire	0	1	1	1	3
Epilepsi	0	0	0	1	1
Ernæringskontakt	0	0	1	1	2
Geriatri (eldreomsorg)	0	0	0	1	1
Gerica superbruker	0	1	0	0	1
Grunnkurs 1 dag	0	0	1	0	1
Hverdagsmestring	0	0	1	0	1
Klinislk helsearbeid	0	0	1	1	2
Mitt livs ABC1	0	0	1	1	2
Mobid2	0	1	0	0	1
Opplæring Pilly	0	0	1	0	1
Psykisk helse	0	1	1	1	3

Psykisk helsearbeid	0	1	0	0	1
Videreutdanning i Velferdsteknologi	1	0	0	0	1
Videreutdanning i demens	0	0	0	1	1
Videreutdanning i kreft	0	1	0	0	1
Videreutdanning i psykiske helsearbeid	1	0	0	0	1
Vurderingskompetanse	0	0	0	1	1
Total	502	1245	988	1219	3954

Vedlegg 5 – Eksempler på svar fra ansatte om ansvarsområder

På hvilken måte kan ansvarsområdene eventuelt ivaretas på en bedre måte?

Ansette flere sykepleiere og helsefagarbeidere
At alle har tilgang til å få trening eller kurs til å bli mere effektive og bedre ansatt. At avdelingsleder bør se alle ansatte på samme nivå. Alle jobber med godt arbeidsmiljø og skape åpenhet til å få god kommunikasjon.
At fagdekning er bedre.
At pasienten blir sett mer. Litt for mye «hun vet jo ikke bedre stakkar».
Bedre fagdekning, flere faste stillinger, høyere krav til de som ansettes.
Bedre faglig kompetanse på ansatte, og evnen til å ta tak i ting som oppstår. Ikke bare skyve det videre til neste person .
Bedre lederegenskaper og deltagelse i det faktiske arbeide som utføres hos bruker
Bedre opplæring, mer bemanning i boligen. Bedre oppfølging fra sykepleier kanskje.
Bedre organisering av ressurser, definerte oppgaver, avgrensing av oppgaver knyttet til lav bemanning /sparing
Bedre plass på sykehjem i kommunen. Mere faglært i arbeid. Nok utstyr for hjelpemedler.
Bedre tid
Bedre tid hos pasienten
De som ikke har pårørende eller som ikke får hjelp av pårørende må ivaretas bedre, generelt diagnose.
Det må settes av tilstrekkelig tid til oppfølging av denne pasientgruppen. Mange har behov for motivering, noe som er tidkrevende
Færre fagpersoner som yter tjenester til personer med demens.
Fast fagkoordinerende sykepleier i 100%, flere sykepleiere i turnus, alle fast ansatte er fagpersoner med utdanning
Filten er ikke godt tilrettelagt for personer med demens. Det er stort bygg med lange korridorer og store fellesstuer. Økt kompetanse på demens
Flere på hver vakt så beboere blir bedre/mer tatt vare på/ha mer tid til hver enkelt beboer.
Flere på jobb slik at man får tid til å gjøre der man skal
God fagdekning på hvert vakt. Sette seg tid for oppfølging av pasienter. Kurs
Hovedsakelig tett med hyppigere samarbeidsmøte med brukerne med demens. Det sørger for at bare kjente ansatte kommer til dem så langt det gir seg å gjøre. Det sørger også for at pasientene blir riktig kartlagt og at de følges veldig tett med hyppigere samarbeidsmøte med pårørende, bruker og fastlegen. På kvelder og helger lar det seg ikke alltid å gjøre siden faste ansatte må ha fri og da er det ikke alltid så lett å koordinere for å ha samme oppfølging for brukerne med demens diagnose.
Hvis avdelingen har personer med kompetanse/videreutdanning innenfor demens bør disse i hovedsak få jobbe med denne brukergruppen.

Inntakskontoret kan ha møter med tjenesteleder og personalet på de enkelte avdelingene i god tid før brukere flytter inn.
Jeg tenker at vi bør ha mer tid og fokus på legemiddelhåndtering i samråd med fastlegen i forhold til personer med demens. Vi bør ha samarbeidsmøter med fastlegen hver 6. uke.
Kontinuerlig internundervisning om demens til de ansatte med tilrettelagt tid til det for eksempel minst 1 gang per måned. Bruke ressurser etter kompetanse. Sykepleierne/helsefag skal ha mer tid til oppfølging av pasienter, kartlegging, tilrettelegging og forebygging. Sette av mer tid til pasienter med demens i hjemmet til for eksempel samtaler og oppfølging. Foreløpig nå er det bare inn for å gjøre en kort prosedyre og ut igjen til neste bruker. Vi er hardt presset med mange pasienter uten at ting er godt tilrettelagt, deretter dårlig oppfølging.
Ledelse kan fokusere mer på pasient og individ, og mindre på budsjett.
Må ha flere sykepleiere/ fagpersoner på jobb.
Mangel på sykepleiere i basen gjør det vanskelig å utøve faglig forsvarlighet Med mange dårlige pasienter som sendes tidlig hjem og mangel på korttidsplasser blir presset på faglig forsvarlighet stort for hjelpepleiere og helsefagarbeidere i avdelingen.
Flere arbeidere på jobb til å få tid til oppgaver både inne og ute. Få tid til gruppemøter og samarbeidsmøter.
Mer kurs om demens og nok ansette. Brukere med demens krever god tid og forståelse!
Mer tid til pasienten og arbeidet som ikke er direkte pasientkontakt. For lite tid til kontordelen av jobben.
Flere skjermete boenheter. Bedre tid på lister for å ivareta når bruker vandrer og lignende. Bedre tilrettelegging på lister for å bruke tid ekstra hos demens brukere
Mere tid hos brukerne for å rekke å observere brukers behov for oppfølging på alle plan som er relevante i forhold til nødvendig helsehjelp.
Merker maktesløshet fordi demente brukere ikke får avlastning , slitne pårørende ! Fire fem besøk per døgn er ikke nok for avlaste !
Nok folk på jobb til enhver tid
Observere mer miljø i boligene, samt bli mer kjent med beboerne. Ha mer kontakt med faste om situasjonen for beboerne i boligen.,.
Øke kompetanse på ansvarsområdet. Vi er nødt til å tenke nytt da vi er i en omorganisering
Økt bemanning, da det i hverdagen påfaller svært mange oppgaver på helsefagarbeiderene. Samt et økt fokus i hverdagen på hvilke forventninger som ligger til hver arbeidstaker/gruppe for å få en rettferdig fordeling. Noe som igjen kan medføre et økt nærvær på jobb.
Ønsker bedre kontakt og samarbeid med øverste ledelse.
At sykehjemsplasser legges ned og at pasienter med demens bor lenge hjemme alene, er forvirret og snur døgn, faller, ser jeg ikke på som god kontroll eller styring av tjenesten fra toppen. Samtidig håper og tror jeg at helsefagarbeidere (HFA) og sykepleiere (SPL) og fagkoordinator. gjør sitt aller ytterste for å ivareta disse menneskene, med god kompetanse og trygghet i faget.
Sikre at alle vakter er dekket til enhver tid. Sikre høy fagdekning. Tilby og legge til rette for kurs og videreutdanninger. Forebygge fravær.
Slutte å legge ned sykehjemsplasser. Kommunen trenger langt flere langtidsplasser for demente. Med stadig økende antall personer med demensdiagnoser må det satses mer på demensomsorgen.
Tidspress/ tidsmangel er årsaken at man ikke får tid til å jobbe grundig/ sette seg bedre i overnevnte samt gjennomgå nye rutiner / krav.
Tilstrebe å ha faste ansatte hos de med demens.

Trenger mer tid til å utøve faget på en forsvarlig måte. Alt for lite tid ute hos brukerne, og alt for lite tid til dokumentasjon.
Mer tverrfaglig samarbeid.
Ved å bevilge flere årsverk slik at arbeidsdagen blir mer forutsigbar. Per nå leies det inn 4-5 vikarer daglig for å ivareta driften, og dette er utenom de som leies inn ved sykdom.
Ved å ha bedre tid til oppgavene
Ved å ha bedre tid til personer med kognitiv svikt. Slik som det er nå prioriteres disse i liten grad. Dessverre
Veldig sårbart på natt. Mange bygg å forholde seg til og hjelpe til i. Ikke forsvarlig å gå ifra pasientene til tider på grunn av stor fallfare og uro.
Vi har ikke nok sykepleiere ansatt i avdelingen. Blir for store krav til for få sykepleiere (spl).
Vi mangler fagfolk, sykepleier og hjelpepleier/helsefagarbeidere. Og har generelt over lang tid hatt alt for høy arbeidsbelastning
Vikarer/assistenter trenger mer veiledning/ opplæring på hva de skal observere hjemme hos brukere.

Vedlegg 6 – Eksempler på svar fra ansatte om rutiner

På hvilken måte kan kommunens rutiner og prosedyrer og praksis ev. bli bedre når det gjelder tjenester til hjemmeboende med demens?

Alt for slepphendt og sløvt, alt for mange som ikke gidder å ta tak og en del som ikke forstår grunnet mangel på kompetanse.
Ansatte mer folk i helsetjenesten. Øke lønnen for å gjøre yrket mer attraktivt, slik at mange søker seg inn. Bygg flere sykehjem for våre eldre.
Avklare hvem som gjør hva og hva man kan gjøre for den enkelte bruker. Sett fra et høyere hold. Få mer fagkompetanse ut hos brukerne istedenfor ufaglærte vikarer
Bare det å ha fokus på demens, hva det er og hvordan man skal forholde seg til det. Denne kunnskapen er ikke ervervet på korte kurs, man trenger lengre kurs rekker/videreutdanning. Tjenester til personer med demens lar seg vanskelig utføre ut i fra et standardisert opplegg vi gjerne har i hjemmetjenesten. Bemanningen er en utfordring og gjør at dokumentasjon nedprioriteres.
Bedre samarbeid mellom aktørene. Spesielt mellom tjenestetildeling (TOK) og hjemmeboende i omsorgsbolig med bemanning.
Brukere trenger tid, trygghet og omsorg. Hjemmetjenesten gjør en god jobb med de ressursene man har, men dette er ikke det beste for brukeren. Stadig nye folk å forholde seg til, skaper uro og frustrasjon. Hjemmetjenesten har ikke mulighet til å skape den trygge ramme når man må løpe videre til neste person.
De forskjellige instansene må samarbeide bedre. Og det må bli mer tid og flere ansatte.
Det er generelt for liten tid til å ha lengre besøk/samtaler i hverdagen og til å gjøre vurdering ved forverring. Det er ikke de samme som følger opp brukeren daglig, så er vanskelig å følge med og plukke opp tegn til endring. Det bør være de samme som går til tyngre brukere og brukere med demens for å ivareta trygg og tilstrekkelig oppfølging.
Det trengs flere ressurser og at ansatte blir på arbeidsplassen sin over tid slik at det sikres kontinuitet i tjenesten. Det trengs også gode arenaer for tverrfaglig diskusjon i forhold til brukerne på avdelingsnivå
Egne arbeidslister til personer med demenssykdom, færrest mulig personale
Et godt spørsmål. Velger å svare at vi trenger flere ansatte som er utdannet innenfor geriatri. Kontinuitet i helsepersonell som besøker demente hjemmeboende, slik at ansatt og bruker blir godt kjent er viktig.
Faglig påfyll blant ansatte i form av kurs. Bedre rutiner i avdeling
Faste ansatte, faste rutiner, mere tid til brukere,
Flere sykehjemsplasser. Det oppstår ofte til slutt kritiske situasjoner i hjemmet før en dement skal få en sykehjemsplass. Situasjonene er ofte meget krevende for hjemmesykepleien og pårørende og hjemmetjenesten får ikke fulgt opp på en forsvarlig måte.
Flere ansatte på jobb !!!!!! Flere ansatte får gjort en bedre jobb og de som må kartlegge får gjort den jobben bedre når de har tid til det de skal!! Man kan ikke spare penger i helsetjenestetilbud. Det er mennesker som trenger omsorg!!
Flere differensierte plasser på dagtilbud og avlasting på dag for personer med demens, slik at det ikke blir for mange skifter flyttinger for brukerne. I dag er det flere brukere med plass på dagsenter og avlastningsplass i institusjon. Disse har 3 steder å forholde seg til. Hjemmet med hjemmetjenester, dagsenter og institusjon ved avlastningsopphold. Det fører til forvirring. avlastningsoppholdet og dagtilbudet bør ideelt være på samme sted for å forebygge delirium.
Flere fagpersoner
Flere fagarbeidere med videreutdanning innen demens.

Flere sykehjemsplasser for demente. Ikke la de bo hjemme fortsatt når de utgjør en fare for seg selv.
For å kunne identifisere endring må det være tid hos brukeren og god kunnskap om samspill, sykdomsforløp og generell demens kompetanse .
Ha bedre tid når man er hos demente, spesielt når de er forvirret og man ikke bare kan gå i fra.
Ha faste personale som går ofte til de med demens, slik at det ikke blir så mange for de med demens å forholde seg til. Fagpersoner bør prioriteres til de med demens også.
Hukommelsesteamet må få bedre kapasitet så de har mulighet for mer testing i forhold til diagnosesetting og veiledning av hjemmetjenesten. Det er også nødvendig med flere døgnplasser for observasjon av brukere så de kan få riktige tjenester i forhold til den enkeltes behov.
Jeg har inntrykk av at mange av prosedyrer og rutiner er der, men at det ofte mangler TID for å gjennomføre.
Jeg tenker at personer med demens trenger få personell (En gruppe med personer som er interessert i jobb med personer med demens) med kompetanse til å ivareta deres behov hjemme, og at livshistorie til hver enkelt brukere som har demens bør brukes i større grad framover. De trenger mer tid og ressurser enn andre grupper.
Klarere retningslinjer for hvem som skal gjøre hva, lett tilgjengelig. Vi har ikke tid eller kapasitet til å tråle gjennom EQS på alt. Mer ressurser! Mer tid! Mer internundervisning med informasjon om slike ting. Besøk av hukommelsesteam med informasjon.
Må ha faglig kompetente ansatte til å evaluere tjenestene fortløpende etter hvert som behovet for mer hjelpetiltak oppstår og de må få tid til utføre disse oppgavene!
Manglende kompetanse og eller tjenester rettet mot personer med demens i tillegg til tidsmangel. Det er viktig at eksisterende personell får tid til observasjoner, dokumentasjon og oppfølging av hjemmeboende med demens slik at de kan få hjelpe til å få riktig diagnose og riktige tiltak kan iverksettes.
Mer kurs, plass og mer ansetter
Mer samhandling. Opprettholde institusjonsplasser
Mere folk i arbeid. Oppfølging og kartlegging
Øke faglig bemanning
Økt behov for person sentrert omsorg. Legge til rette for færrest mulig personell dag, kveld og helger. Personale bør ha interesse og kompetanse
Økt kompetanse. Det er svært mange ufaglærte som arbeider innenfor helsesektoren. Det bør settes et krav om fagbrev på jobb. For å sikre at pasientene mottar den hjelpen de trenger.
Pårørendekontakt regelmessig. Fastlege med vurdering av samtykke med raskere behandling.
Riktig personer i riktige roller, høyere fagdekning og bedre samarbeid mellom de forskjellige instansene. Slik som det er nå fungerer det meste dårlig. Innsparingene har fått store konsekvenser hos hjemmeboende.
Små grupper med fast personell.
Støtte samarbeidet som bør etableres i forhold til pasientens nettverk og bruke relevante ressurser på fornuftig måte
Ved å gi kurs og faglige oppdatering av personale.
Vi må ha på plass flere fagfolk som er dedikerte i jobben og som ønsker å jobbe med mennesker i forskjellige sårbare situasjoner. Vi må ha mye mer tid, for å gjøre jobben, skape tillit/ trygghet og gi verdig omsorg.
Viktig å plassere brukere riktig. Mange som blir sendt fra sine hjem rett til omsorgsboliger / serviceboliger der det ikke er nok bemanning for hjelp som trengs.
Viktig med kontinuitet, slik at det er færrest mulig som går til bruker for å skape tillitt. Kanskje viktigere med ett besøk enn 4 med 4 forskjellige personer. Flere omsorgsboliger som er tilrettelagt for demens.

Vedlegg 7 – Eksempler på svar fra ansatte om kompetanse

Har du kommentarer knyttet til kommunens kompetanse på området hjemmeboende med demens?

Ansatte med videreutdannelse i demens bør bli prioritert til å jobbe litt ekstra med demente. Som det er nå blir alle ansatte sendt til disse, og tror ikke det er særlig hensiktsmessig i forhold til demente. De har behov for få og faste ansatte, med nok tid ikke minst
Av alle fokusområder man har, opplever jeg at det ikke er demens som man fokuserer mest på i det daglige.
Bedre tid til opplæring av nyansatte og lik opplæring i alle avdelinger.
De aller fleste som er hjemme hos demente er ufaglærte, og det er ikke tid og ofte ikke vilje til å lære opp ufaglærte i å håndtere demente. Det er ofte ufaglærte som ikke ønsker økt kompetanse, mange ser på jobben som en inntektskilde, ikke ett kall eller lysten til å yte god service og omsorg.
Demenskurs ABC er det noen få ansatte som deltar på, men ikke alle de nye pleiemedarbeidere som jobber i turnus. Mangel på fagpersonell til alle vakter.
Det bør satses mer på kompetansehevende tiltak for hele avdelingen, samt å ivareta de med god kompetanse innenfor faget.
Det bør tilstrebes turnus som gjør at demente får færrest mulig ansatte på besøk. Det vil si kontinuitet og trygghet for brukeren
Det er alt for mange ufaglærte assistenter som ikke har noen kunnskap til demens som ofte har besøkene til de demente. EQS er sikkert fint i teorien, men vi som jobber ute har aldri tid eller mulighet til å lese prosedyrene der.
Det er en travel hverdag og ansatte må evne å være rolig og ta seg tid når de besøker personer med demens for å kunne hjelpe.
Det kunne vært mer intern og ekstern opplæring på fagfeltet.
Det nyopprettede sykepleierteamet, som skal sikre sykepleierfaglig kompetanse på alle vakter er med å sikre faglig forsvarlighet for alle brukerne på tvers i kommunen. Det burde samtidig vært bufret opp med demens/geriatrikompetanse i dette teamet.
Det trengs flere helsefagarbeidere med god kompetanse på demens. Vi strekker ikke til på dette området, og tiden er for liten til å gjøre gode vurdering.
En god del ufaglærte vikarer
Faglærte har kompetanse, men mange ufaglærte i hjemmesykepleien (hj.spl). Trenger flere fagfolk og kontinuitet i hjemmesykepleien (hj.spl). Oppfatter egen arbeidsplass som godt drevet.
Flere fagfolk på jobb. Eldre og mer erfarne vikarer. Ikke bare skoleungdom.
For mange assistenter
Gjøre avdelingene mindre slik at de demente har færre ansatte å forholde seg til og sikre god oppfølging/kartlegging
Holde kurs ofte sånn at man husker det faglige, og øker kunnskapen.
Hvordan ta i bruk kompetanse når det ikke finnes tid eller pusterom? Bør ha mye mer opplæring. Tid til Qudos i arbeidstiden, ikke på fritiden ulønnet.
Jeg mener kompetansen i stor grad er tilstede, men at liten tid gjør det utfordrende å få gjennomført jobben på en god nok måte.

Jeg syns vikarer skulle fått flere dager opplæring.
Kompetansen er varierende. I hjemmetjenesten er ansatte innom mange forskjellige diagnoser. Det er ikke fokusert på opplæringspakker innen område hjemmeboende med demens i kommunens regi pr i dag. Det er mulighet for å gi nettbasert kurs innen kognitiv svikt og demens.
Kompetansen kan være der, men det er ikke alltid tid lenge nok hos personen til å identifisere funksjonsfallet.
Kompetansen må økes på flere områder. Både for hjemmeboende og på institusjon. Det er mange som har arbeidet som ufaglært i mange år. Uten at det blir satt noen som helst krav om kompetanseheving
Kritisk lavt!
Må sette i gang regelmessig fagdager og fortelle til ansatte hvilke kurstilbud vi har. Mange har ikke hørt om det! Det er viktig med oppfriskningskurs også og vise nye ting som forandrer innen behandling og sykdomslære.
Mange av de ansatte har videre og etterutdanning i psykiatri og i demens, og mange har ABC demens. Og det holdes vikarkurs for nye/vikarer før sommer avviklingen i tillegg til kurs i Qudos
Mange som ikke kan kartlegge, mange som blir sendt på oppdrag som ikke de kan utføre
Mange ufaglærte som besøker brukere med demens i ulik grad.
Mange vikarer som ikke har nok kunnskap om demens
Mangel på kompetanse og for stort arbeidspress gir et dårlige tilbud til alle hjemmeboende.
Mulighet for flere kurs og etterutdanning for flere ansatte, og tilrettelagt for å ta det.
Mye vikarer på jobb uten tilstrekkelig innsikt i demens
Nye ansatte og vikarer får bare 3 opplæringsvakter. Dette holder ikke for å bli trygg i jobben. I tillegg er det mye mangel på sykepleiere, så det er ikke nok kompetanse på hver vakt. Mange ganger er det ingen sykepleiere og få hjelpepleiere på jobb, de fleste er vikarer. Dette fungerer ikke for å gi god omsorg. Selvfølgelig trengs vikarer, men da må kommunen gi dem tilstrekkelig opplæring også.
Opplæringsvakter (4-5) er ikke tilstrekkelige for å mestre helt hvordan man håndterer brukere med demensdiagnose. Derfor har vi i avdelingen en egen demensliste og vi introduserer sakte de vikarer som er klare. Det ideelle hadde vært at vikarer også hadde fått grunnleggende kompetanse iblant blant annet om demenssykdom for å tilby en bedre tjeneste.
Som nevnt tidligere, er det sterk behov for undervisning om demens for de ansatte og bedre tid til opplæring og veiledning.
Som pleiemedarbeider under utdanning innenfor helse, synes jeg det avhenger av hvilke faglærte kolleger man jobber med. Noen har mye god kunnskap som deles, mens andre ikke er like engasjerte.
Tid er en nøkkelfaktor. Du vet hvordan det skal gjøres for å få jobben gjort 100%. Ofte er tidspresset så stort at du velger en snarvei
Trenger flere ansatte på kveldsvakt.
Vi har veldig mange vikarer, av forskjellige bakgrunn. De forstår norsk dårlig. De smiler og ler, og sier «ja ja», men forstår ikke hva du har sagt. De tar ikke ansvar, bare gjør det mest nødvendige. De gir dårlig rapport, eller ingen.
Viktig at demensomsorg blir frontet positivt slik at flest mulig blir nysgjerrige og får en genuin interesse for dette feltet.
Å ha tettere kontakt, med hjemmebesøk fra kommunen. Da eldre stadig får avslag på søknader, er det som regel en belastning ett sted i løpet av døgnet, hendelser som ikke blir fanget opp av hjemmesykepleien. Det kan bli en belastning da ektepar sliter seg ut i sammen, bare den ene part for eksempel må ofte på wc, både dag og natt, da vedkommende trenger hjelp av den andre. Det føles ikke riktig å ringe på hjemmesykepleien så ofte som dette skjer. Hjemmesykepleien vil heller ikke rekke frem til riktig tid. Da ektepar stort sett er i lik alder, har oftest den andre part nok med sine egne plager. Blir man spurt om hvordan det går av personalet innimellom, vil de tenke, det går greit, da de glemmer, eller ikke vil ha fremmende inn til seg flere ganger i døgnet. Noen vil også føle det som en påkjenning. Derfor er det viktig med flere bofellesskap til de som trenger ofte hjelp av ektefellen hele døgnet.

Vi kan kommuner

Viken kommunerevisjon IKS
Org.nr.: 985 731 098 MVA
post@vkrevisjon.no | vkrevisjon.no

Hovedkontor - Drammen
Postadresse: Postboks 4197, 3005 Drammen
Besøksadresse: Øvre Eiker vei 14, 3048 Drammen

Avdelingskontor - Hønefoss
Postadresse: Postboks 123, Sentrum, 3502 Hønefoss
Besøksadresse: Osloveien 1, 3511 Hønefoss

Avdelingskontor - Follo
Postadresse: Postboks 173, 1401 Ski
Besøksadresse: Parkaksen 7, 1400 Ski

Avdelingskontor - Hallingdal
Besøksadresse: Alfarvegen 177, 3540 Nesbyen