Forvaltningsrevisjon
Desember 2023

Hjemmeboende personer med demens

Ringerike kommune

Viken
kommunerevisjon

Sammendrag

Bestilling

Kontrollutvalget sak 47/22 den 09.11.22.

Formål

Formålet med undersøkelsen er å vurdere om personer med demens som bor hjemme får helse- og omsorgstjenester tilpasset egne behov, og om kommunen tilrettelegger tilstrekkelig for hjemmeboende og pårørende, slik at personer med demens kan bo lengst mulig i eget hjem.

Problemstillinger

- I hvilken grad tilrettelegger kommunen for at personer med demens kan bo lengst mulig i eget hjem?
- I hvilken grad er tjenestetilbudet til personer med demens tilpasset den enkeltes behov?

Leseveiledning

Det anbefales å lese dette sammendraget først, for å få en overordnet forståelse av vår gjennomgang. For en mer inngående forståelse anbefaler vi at du leser mer av vår rapport. Start med å lese innholdsfortegnelsen etter sammendraget, så kapittel 1.1 som er en leseveiledning til selve rapporten.

Konklusjon

Vi har ved gjennomføring av denne forvaltningsrevisjonen konkludert slik opp mot problemstillingene:

Når det gjelder **problemstilling 1**; i hvilken grad tilrettelegger kommunen for at personer med demens kan bo lengst mulig i eget hjem, mener vi at kommunen i **vesentlig grad**[1] tilrettelegger for dette. Det er imidlertid en fare for at mange med demens fanges opp for sent eller søker hjelp for sent, slik at det blir utfordrende å tilrettelegge for at bruker kan bo hjemme. Det ser også ut til at det kan bli en utfordring for kommunen å klare denne tilretteleggingen i fremtiden, om prognoser for tjenestebehov innen helse og omsorg i kommunen viser seg å stemme, målt opp mot dagen kapasitet for tjenesteproduksjon.

Når det gjelder **problemstilling 2**; i hvilken grad er tjenestetilbudet til personer med demens tilpasset den enkeltes behov, ser vi at dette gjøres i **stor grad**, men vi ser også at en muligens ikke fanger opp endringer i personers behov godt nok. Dette er videre ikke tilfredsstillende dokumentert slik vi vurderer det.

[1] Se skala definert i kapittel 1.3

Vi lister opp følgende styrker og svakheter ved vår gjennomgang:

Styrker

- Dekkende rutiner for utredning og saksbehandling
- Har oversikt over kompetanse og planer om å sikre tilstrekkelig kompetanse
- Har på plass system for internkontroll
- Tjenestetildelingen synes riktig opp mot egen standard og krav
- Rutinen for brukermedvirkning synes tilfredsstillende ut fra vår gjennomgang av tjenesteleveranse

Svakhet

- Demensplan på området gikk ut i 2020
- Arbeidet med, og planer rundt brukergruppen personer med demens er i mindre grad dokumentert
- Dokumentering og planlegging av kapasitet i tjenesteproduksjon for gruppen personer med demens er ikke tilstrekkelig
- Manglende aktiv strategi for å avdekke personer med demens
- Manglende aktivering, mer bruk av frivillighet på området
- Regelmessigheten for vurdering av endring behov tjenester er for lav for de saker vi har sett på
- Uklare krav til tjenesteproduksjon opp mot blant annet antall ansatte som gir en bruker tjenester
- Lav kapasitet innen saksbehandling og demenskoordinatorrollen
- Brukermedvirkning kan bedres i den praktiske tjenestetildelingen
- Kultur for internkontroll og kvalitetsutvikling har forbedringspotensial

Ut fra dette anbefalinger vi:

- Sørge for å ferdigstille revidert plan for demensområdet, og innarbeide tiltak i denne i økonomi og handlingsplan
- Vurdere å øke saksbehandlingskapasitet, kapasitet i demenskoordinatorrollen og å utvide aktivitetstilbud for personer med demens slik som dagsenter/aktivitør
- Vurdere å utføre prognoser på fremtidig behov for tjenester på området demens i kommunen og beregne konsekvenser av dette mot behov for endringer i tjenestetilbud i fremtiden
- Vurdere å innføre en aktiv strategi for å fange opp personer med demens tidlig

Gjennomføring av prosjektet

Kontrollutvalget bestilte forvaltningsrevisjon på temaet i sitt møte 9.11.22. Vi hadde oppstart av prosjekt vinteren 2023. Vår kartlegging og gjennomgang har i hovedsak foregått sommer og høst 2023 i dialog med kommunen. Gjennomgangen er gjennomført av egne ansatte. Det er ikke brukt ekstern bistand i vår gjennomgang.

Metoder for informasjonsinnhenting/kvalitetssikring

For å besvare spørsmålene over har vi innsamlet dokumentasjon fra kommunen og gjort følgende:

- Dokumentanalyse
- Gjennomgang av 20 pasientjournaler
- Det er gjennomført intervjuer
- Spørsmål/svar/avklaringer via epost om temaer og dokumentasjon relevant for området, med ledere og ansatte på helse- og omsorgsområdet i kommunen
- Det er brukt statistikk og trendanalyser, se beskrivelser i vedlegg 3

Vi har ivaretatt personvern ved innsamling av dokumentasjon i vår gjennomføring av forvaltningsrevisjonen.

Vår gjennomføring er kvalitetssikret ut fra krav til revisjonsselskaper og forvaltningsrevisjon, samt egne krav. Det vil si at gjennomgangen er basert på *"RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon"*[2] som er vedtatt av Norges Kommunerevisorforbund (NKRF). Vi mener gjennomføringen i denne forvaltningsrevisjon tilfredsstiller disse krav. Vi har også lagt vekt på språk etter «klarspråk[3]» normen.

[2] Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon
[3] «Klarspråk» er laget med utgangspunkt i språklova med veileder for dette utarbeidet av språkrådet

Innhold

1. Om rapporten/forvaltningsrevisjonen 7
1.1. Oppbygging av rapporten – leseveiledning 7
1.2. Bakgrunn for forvaltningsrevisjonen 8
1.3. Formål og problemstillinger 8
1.4. Avgrensning av undersøkelsen 9
1.5. Definisjoner 9

2. Metode 11
2.1. Om metodebruken i denne forvaltningsrevisjonen 11
2.2. Begrunnelse for valgte metoder i denne forvaltningsrevisjonen 11
2.3. Personvern ved innsamling av dokumentasjon 12
2.4. Kvalitetssikring av forvaltningsrevisjonen 12

3. Om utledning revisjonskriter og krav 13

4. Tilrettelegging av tjenestetilbudet 14
4.1. Planlagt tjenestetilbud 14
4.2. System for å avdekke behov for helse og omsorgstjenester 23
4.3. Planlagt kompetanse 27
4.4. System for internkontroll/kvalitetsutvikling 31
4.5. Samlet vurderinger opp mot problemstilling 1 35

5. Tjenestetilbud tilpasset den enkelte 36
5.1. Tjenestetildelingen 36
5.2. Behov endringer i tjenestetilbudet 42
5.3. Brukermedvirkning 44
5.4. Dokumentasjon på internkontroll/kvalitetsutvikling 46
5.5. Samlet vurdering opp mot problemstilling 2 50

6. Konklusjon 52

7. Anbefaling 53

Referanser: 54

Vedlegg 1 - Kommunedirektørs uttalelse 55

Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon 56

Vedlegg 3 – Metode beskrivelser 59

Vedlegg 4 – Utdrag fra kilder til revisjonskriterier/krav 62

Vedlegg 5 – Skjema for kartlegging tjenester til bruker 71

1. Om rapporten/forvaltningsrevisjonen

Dette kapittelet inneholder en leseveiledning som vi anbefaler å lese. Kapittelet beskriver også bakgrunn, formål, avgrensinger og definisjoner ved vår gjennomgang av området hjemmeboende med demens i Ringerike kommune.

1.1. Oppbygging av rapporten – leseveiledning

Denne rapporten har en oppbygning ut fra krav som gjelder ved gjennomføring av forvaltningsrevisjon, samtidig som det er søkt å ivareta «klarspråk» normen.

Det kan anbefales å lese sammendrag på side 3 til 5 først. Sammendraget gir en rask innføring i hva vi har sett på, metodene vi har valgt og hva vi har funnet ved vår gjennomgang.

Vil du ha mer informasjon om vår gjennomgang inneholder kapitlene 1-3 i stor grad beskrivelser av formelle krav til forvaltningsrevisjon. I kapitlene 4 og 5 beskriver vi det vi har vurdert i denne gjennomgangen. Dette er beskrivelser rundt krav vi har vurdert, innsamlet dokumentasjon opp mot disse kravene og vurderinger opp mot kommunens ivaretakelse av krav. Kapittel 6 gir en samlet vurdering ut fra gjennomgangen i kapittel 4 og 5. I kapittel 7 beskriver vi noen anbefalinger ut fra funn ved vår gjennomgang.

Det er også flere vedlegg til rapporten som har med gjennomføringen av denne forvaltningsrevisjonen å gjøre. Det første vedlegget er kommunedirektørs kommentarer til et helhetlig utkast til rapporten som har vært oversendt kommunedirektør til en formell uttalelse. Vedlegg 2 beskriver formelle krav til en forvaltningsrevisjon (RSK 001). I kapittel 2 i rapporten og i vedlegg 3 beskriver vi metodebruk, måten vi har innsamlet dokumentasjon på og analysering av denne. Vedlegg 4 beskriver flere detaljer fra krav til området fra lovverket som vi bare har tatt deler av inn i selve rapporten. Dette vedlegget kan leses for å få oversikt over sentrale lovkrav og retningslinjer på området vi har sett på. Vedlagt er også et kartleggingsskjema vi har brukt ved gjennomgang av kommunens dokumentasjon i pasientjournaler, vedlegg 5. Det er krav til kvalitetssikring ved gjennomføring av forvaltningsrevisjon.

Tekst som er direkte hentet fra dokumentasjon fra kommunen eller andre kilder, er i rapporten gjennomgående lagt inn i en grønn ramme, mens våre egenproduserte er i svart. Tekst som i mindre grad er redigert, slik som sitater er skrevet i kursivert skrift.

Ord vi mener trenger nærmere forklaring i rapporten er forklart i tekst eller ved hjelp av fotnoter og helt sentrale begreper for felles forståelse er definert i kapittel 1.5.

1.2. Bakgrunn for forvaltningsrevisjonen

Kontrollutvalget i Ringerike kommune vedtok i sitt møte 09.11.2022-sak 47/2022 en forvaltningsrevisjon på temaet kommunens tjenester til hjemmeboende med demens.

Helse- og omsorgstjenester er et av områdene fra kommunens plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2020-2024, som inneholdt følgende områder innen helse- og omsorg:

4.	Forvaltningsrevisjon av helse- og omsorgstjenester	*Samhandlingsreformen* • *Kvalitet i saksbehandingen* • *Dialog mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen* *Øvrige temaer* • *Kvalitet* • *Tiltak for å sikre ressurseffektive tjenester* • *Tildeling av tjenester* • *Kapasitet og kompetanse, herunder sykefravær og vikarbruk* • *Fysisk tilpasning til pasient- og omsorgsbehov*

I behandlingen av fremlagt prosjektplan for forvaltningsrevisjon på området demens i kontrollutvalget, ble det valgt en spisset forvaltningsrevisjon avgrenset til tilbudet som gis hjemmeboende innbyggere med demens.

1.3. Formål og problemstillinger

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen er å vurdere om personer med demens som bor hjemme får helse- og omsorgstjenester tilpasset egne behov, og om kommunen tilrettelegger tilstrekkelig for hjemmeboende og pårørende, slik at personer med demens kan bo lengst mulig i eget hjem.

Revisjonen forela prosjektplan med følgende problemstilling for behandling i kontrollutvalget, som ble vedtatt;

1. *I hvilken grad tilrettelegger kommunen for at personer med demens kan bo lengst mulig i eget hjem?*
2. *I hvilken grad er tjenestetilbudet til personer med demens tilpasset den enkeltes behov?*

Grad blir i denne gjennomgangen vurdert etter en fem-delt skala, som er slik; i liten grad, i mindre grad, i noen grad, i vesentlig grad, i stor grad.

1.4. Avgrensning av undersøkelsen

Som det går fram av vedtatte problemstillinger, se kapittel 1.3, er disse i begrenset grad konkrete. Vi har derfor ut fra lovverket definert mer spesifikt hva vi ser på ut fra egne områder og krav. Vi presiserer at prosjektet kun tar for seg de områder og krav som faller inn under problemstillingene og de krav vi har utledet opp mot disse. Hva vi har utledet beskrives i kapittel 5 og 6. Vurderinger og konklusjoner omfatter derfor bare disse avgrensede definerte krav.

I prosjektet har revisjonen sett på brukere med demens som bor hjemme og mottar tjenester fra kommunen. Det vil si de som har diagnose og er tildelt tjenester, men også de som ikke enda er diagnostisert, men der det er varslet om mulig demens og kommunen har satt i gang tiltak. Med hjemme menes brukerens eller pasientens opprinnelige hjem eller omsorgsbolig, bofelleskap, trygdebolig eller andre private eller kommunale tilpassede boliger som ikke er institusjon.

Prosjektet omfatter ikke personer som ikke har meldt behov eller ikke ønsker tjenester fra kommunen, eller personer med demens som bor på sykehjem.

1.5. Definisjoner

Nedenfor følger definisjoner på noen begreper vi bruker i denne rapporten. For å sikre bedre forståelsen av begrepene for leser, oppfordrer vi til å lese definisjonene under.

Demens er en fellesbetegnelse for flere kroniske sykdommer som rammer hjernen. Sykdommene utvikler seg over tid og fører til endringer på områder som hukommelse, språk og væremåte.

Demens påvirker evnen til å fungere i dagliglivet. Det viktigste kognitive symptomet er redusert hukommelse. Demens skyldes progredierende[4] sykdommer som påvirker hele livssituasjonen både for de som er syke, og deres pårørende. De som rammes vil gradvis fungere dårligere og til slutt bli helt avhengig av hjelp.

Demens kan også medføre talevansker, rom- og retningsproblemer samt svekket tanke-, kommunikasjons- og orienteringsevne. Personer som rammes av demens, får vansker med å anvende innlærte ferdigheter eller å mestre dagliglivets funksjoner. En del viser manglende innsikt, motorisk uro eller aggressivitet. Andre symptomer kan være angst, depresjon, hallusinasjoner og apati. Mange vil i startfasen kunne være deprimerte, engstelige og trekke seg tilbake. Senere i forløpet vil det kunne være større endringer i personlighet og væremåte.

IPLOS er et lovbestemt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og omsorgstjenester.

[4] Progredierende betyr 'fremadskridende', 'tiltagende', og brukes blant annet om symptomer som tiltar og sykdommer som forverres.

ADL (activities of Daily Living) er funksjonsnivåkartlegging av en persons mestring av dagliglivets aktiviteter hvor en registrerer skår for bistand/assistanse/helsehjelp fordelt på i alt 20 variabler for dette. Variablene er;
alminnelig husarbeid, skaffe seg 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, styre atferd, syn, hørsel, opplevelse av trygghet og evne til initiativ. Alle variablene skal registreres med skår på en skala fra 1–5, eventuelt 9 hvis opplysningen er vurdert som ikke relevant. Score over 3 innebærer behov for hjelp.

Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi som handler om å ta hensyn til hvordan en person opplever sin situasjon og verden rundt seg. Omsorgen skal tilrettelegges slik at personens perspektiv på situasjonen blir ivaretatt. Hvordan en person opplever en situasjon er preget av personlighet, livshistorie, fysisk helse, demenssymptomer og sosialt miljø. Personsentrert omsorg handler om et samspill mellom pasient, helsepersonell og pårørende hvor fagkunnskap og pasientens ønsker og behov tillegges like stor vekt. Personsentrert omsorg bygger på retten til brukermedvirkning og at alle mennesker har samme verdi.

Hjemmeboende er en person som bor i egen opprinnelig bolig eller omsorgsbolig personen eier selv eller leier av kommune.

Helhetlig sammenhengende pasientforløp (HPH) er en helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode. Helsedirektoratet beskriver følgende kjennetegn på helhetlig pasientforløp:

- Kontinuitet – tjenestene henger sammen gjennom god samhandling – tjenestene virker sammen/er koordinerte.
- Samarbeid – to eller flere virksomheter har gjensidig forpliktende og samtidig ansvar over tid.
- Sømløshet – smidig overføring av informasjon og oppgaver til rett tid.
- Pasientsentrert – pasienten deltar i beslutninger om målsetting og utforming av tiltak.
- Informasjonsdrevet – fremdriften i forløpet er kontinuerlig basert på kunnskap/opplysninger om pasientens tilstand og behov.

2. Metode

2.1. Om metodebruken i denne forvaltningsrevisjonen

Det er brukt følgende metoder for innhenting av informasjon i vår gjennomgang:

- Dokumentanalyse, dvs. gjennomgang av interne rutiner, styrende dokumenter og rapportering på området.
- Spørsmål/svar/avklaringer via epost om temaer og dokumentasjon relevant for området, med ledere og ansatte på helse- og omsorgsområdet i kommunen.
- Journaler for 20 av 64 registrerte hjemmeboende med demens ble gjennomgått etter eget kartleggingsskjema, for å kartlegge tjenestene til disse, se vedlegg 5. Gjennomgangen ble gjort i samarbeid med to fagpersoner, som søkte opp ønsket dokumentasjon og kvalitetssikret vurderinger.
- Det er gjennomført intervjuer med tre ledere i hjemmetjenesten, kommunens demenskoordinator og leder av tildelingskontoret. Gjennomførte intervjuer er verifisert ved at intervjudeltakerne har fått mulighet til å gi tilbakemeldinger på intervjureferatene
- Det er brukt statistikk og trendanalyser, se beskrivelser i vedlegg 3

Vi mener valgte metoder og datainnsamlingen har gitt oss tilstrekkelig data til å belyse problemstillingen. For ytterligere beskrivelse av metoden, se vedlegg 3

2.2. Begrunnelse for valgte metoder i denne forvaltningsrevisjonen

Vi har valgt disse metodene fordi vi mener de objektivt sett best kan besvare problemstillingene og gir et relativt godt helhetlig bilde av kommunens situasjon for tildeling og produksjon av helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende personer med demens. Metodene for dokumentasjonsinnhenting er også tilpasset timene/ressursrammen vedtatt i prosjektplanen for gjennomføring av denne forvaltningsrevisjonen.

Validitet og reliabilitet[5]

Vi mener det er samlet inn et tilstrekkelig faktagrunnlag til å belyse problemstillingene og revisjonskriteriene.

Gjennom metodetriangulering[6] har vi lagt til rette for å sikre rapportens pålitelighet (reliabilitet) og gyldighet (validitet). Vurderinger om rapportens reliabilitet går på at de innsamlede dataene er samlet inn på en pålitelig og tillitsvekkende måte. Gjennomgang av journaler er gjort i samarbeid med fagpersoner i Ringerike kommune. Annen dokumentasjon er innhentet direkte fra kommunen via kommunens egne

[5] Forklares indirekte i tekst under
[6] Flere kilder for å bekrefte riktig grunnlag for vurderinger

nettsider, internkontrollsystemet Compilo eller er tilsendt oss direkte fra kommuneadministrasjonen. Det er skrevet referat etter hvert intervju som deretter er blitt verifisert av intervjudeltakerne.

Revisjonen vurderer at empirien[7] som ligger til grunn for rapportens konklusjoner er basert på data med høy grad av validitet og reliabilitet, ettersom datagrunnlaget kan etterprøves, og innsamlet dokumentasjon som er benyttet i rapporten er arkivert hos oss eller hos kommunen.

2.3. Personvern ved innsamling av dokumentasjon

Det er ikke innhentet identifiserbare personopplysninger ved denne gjennomgangen som er i identifiserbar lagret form. Kartlegging av brukerjournaler ble gjort i samarbeid med ansatte i kommunen og opplysninger lagret i skjema i en ikke identifiserbar form, men kan etterprøves ved bruk av klientnummer fra fagsystemet.

2.4. Kvalitetssikring av forvaltningsrevisjonen

Prosjektet er gjennomført av revisjonens egne ansatte på bakgrunn av kravene som stilles til gjennomføring av forvaltningsrevisjon som prosjekt og krav revisjonsselskaper. Det vil si at gjennomgangen er basert på *"RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon"*[8] som er vedtatt av Norges Kommunerevisorforbund (NKRF), samt standarder og krav som gjelder for revisjonsselskaper.

Vår egenkontroll/kvalitetssikring:
Denne forvaltningsrevisjon er gjennomført og kvalitetssikret etter VKRs kvalitetssikringssystem for forvaltningsrevisjon. Vi mener gjennomføringen i dette prosjektet tilfredsstiller kravene til gjennomføring av en forvaltningsrevisjon.

Kvalitetssikring og kontradiksjon i samarbeid med kommunen:
Det er utarbeidet referater fra møter med kommunen som er sendt ut for verifisering samt eventuelle behov for endringer eller tilbakemelding på ikke behov endringer. En helhetlig versjon av rapporten er gjennomgått med ledelse på helse og omsorgsområdet i kommunen den 27.11.23 og redigert ut fra denne gjennomgangen. Rapport ble deretter oversendt til kommunedirektør for en formell uttalelse. Svaret fra kommunedirektør kommer frem i sin helhet av vedlegg 1.

[7] Empiri er erfaring, data – det som understøttes av eller grunner seg på erfaring (Store norske leksikon)
[8] Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon

3. Om utledning revisjonskriter og krav

Revisjonskriterier er en samlebetegnelse for krav og forventninger som benyttes for å vurdere kommunens virksomhet, økonomi, produktivitet, måloppnåelse 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.

Med utgangspunkt i formålet og problemstillingene for denne forvaltningsrevisjonen har vi ut fra kildene som vi lister opp i dette kapittelet definert revisjonskriterier med krav. Revisjonskriteriene og kravene beskrives nærmere i kapittel 4 og 5. I disse kapitlene viser vi for hvert krav kort til kildene for definerte revisjonskriterier og krav. I vedlegg 4 til rapport har vi lagt ved mer omfattende beskrivelse av grunnlaget for utledningene av våre revisjonskriterier og krav.

Revisjonskriterier og krav som legges til grunn i dette prosjektet er utledet fra følgende kilder:

- Kommuneloven
- Plan- og bygningsloven
- Forvaltningsloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten "... og bedre skal det bli." Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Helsedirektoratet 2005-2015.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- Pasientjournalforskriften
- Nasjonal strategi «Leve hele livet»
- Helse- og omsorgsdepartementets Demensplan 2025
- Nasjonal faglig retningslinje om demens
- Meld. St. 15 (2017 – 2018) Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre
- Prop. 66 L (2018 – 2019) Proposisjon til Stortinget - Endringar i helse- og omsorgstenestelova (dagaktivitetstilbod til heimebuande personar med demens)

4. Tilrettelegging av tjenestetilbudet

Dette kapittelet belyser problemstillingen; *I hvilken grad tilrettelegger kommunen for at personer med demens kan bo lengst mulig i eget hjem?*

Dette har vi gjort ved å utlede ett revisjonskriterium opp mot problemstillingen og krav til kriteriet. Vi har utledet følgende revisjonskriterium opp mot problemstillingen;

Kommunen skal planlegge sitt tjenestetilbud for personer med demens slik at personer med demens i tilstrekkelig grad fanges opp, utredes og en har et relevant tjenestetilbud til de som ønsker å bo hjemme.

Dette revisjonskriteriet er utledet som en «essens» av lovverk og retningslinjer for kommuner, se kilder i kapittel 3 og beskrivelser i vedlegg 4, opp mot den personer med demens bruker. Ut fra revisjonskriterium har vi valgt et begrenset antall krav vi har innhentet dokumentasjon om fra kommunen for å belyse ivaretakelsen opp mot problemstillingen.

Dette er følgende krav:

- Kommunen må på kort og lang sikt planlegge med et tilstrekkelig tjenestetilbud rettet mot gruppen personer med demens.
- Kommunen bør ha rutiner for å fange opp og avdekke personer med demens
- Kommunen bør sikre tilstrekkelig kompetanse på området
- System for internkontroll/kvalitetsutvikling

Hvert av kravene beskrives i underkapitler i dette kapittelet etter følgende inndeling; Først en kort bekrivelse av kravet, beskrivelse av innhentet dokumentasjon og vår vurdering av styrker og svakheter opp mot kommunens overholdelse av kravet. I kapittel 5.5. gir vi en samlet vurdering opp mot problemstillingen.

4.1. Planlagt tjenestetilbud

Krav

- Kommunen må på kort og lang sikt planlegge med et tilstrekkelig tjenestetilbud rettet mot gruppen personer med demens.

Krav til å planlegge et forsvarlig tjenestetilbud innen helse- og omsorg er hjemlet[9] i flere lover. Plan- og bygningsloven sier at kommuneplanprogrammet kan samordnes med planstrategien ut fra §11-1 – kommuneplan. Kommunen skal ha en samlet kommuneplan som omfatter samfunnsdel med handlingsdel og arealdel. Kommuneplanen skal ivareta både kommunale, regionale og nasjonale mål, interesser og oppgaver, og bør omfatte alle viktige mål og oppgaver i kommunen. Den skal ta

[9] Vi bruker i denne rapporten «hjemlet» i den betydning at krav er fastslått i lovverket, veiledere til lov eller fra rettskraftige dommer.

utgangspunkt i den kommunale planstrategien og legge retningslinjer og pålegg fra statlige og regionale myndigheter til grunn. Det kan utarbeides kommunedelplan for bestemte områder, temaer eller virksomhetsområder. Kommuneplanen skal ha en handlingsdel som angir hvordan planen skal følges opp de fire påfølgende år eller mer, og revideres årlig. Økonomiplanen etter kommuneloven § 44 kan inngå i handlingsdelen.

Formålet med helse og omsorgstjenesteloven er blant annet å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom. Videre sikre tjenestetilbudets kvalitet og sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov, jfr. §1-1.

Tjenestetilbudet til hjemmeboende med demens følger av kommunenes plikt til å tilby et forsvarlig, helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud, som slått fast i helse og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Under dette faller også pasientens og brukerens rettigheter til medvirkning og informasjon.

Plikten til å planlegge innebærer videre at kommunen må å 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 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.

Kravet til planlegging 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 å til enhver tid kunne tilby nødvendige og forsvarlig tjenester.

Dokumentasjon

Statistikk

Nasjonalt senter for aldring og helse har utviklet en prognoseverktøy som beregner andelen med demens for både områder og for fremtidige år, som blant annet illustrert i et demenskart[10].

I figuren under er andelen med demens i Ringerike kommune i 2020, fordelt på alder og kjønn. Figuren viser også hvor stor andel Ringerike har sammenlignet med kommuner. Andelen av befolkningen med demens i 2020 i Ringerike er 2,20 %, som er høyere enn landsgjennomsnittet på 1,88 prosent. Dette tilsvarer 673 personer. Dette forklares med at Ringerike har en eldre befolkning enn landsgjennomsnittet, og dermed følgende flere med risiko for demenssykdommer.

Sammenlign med andre kommuner

Finn din kommune

Molde	31967	(2.25%)
Halden	31373	(2.14%)
Hamar	31369	(2.49%)
Ringerike	**30641**	**(2.20%)**
Gjøvik	30560	(2.12%)
Askøy	29553	(1.41%)
Alver	29224	(1.81%)

Personer med demens

Alder	Antall	♂	♀
30-64	12	6	6
65-69	14	5	9
70-74	99	55	44
75-79	110	54	56
80-84	136	61	75
85-89	159	57	102
90+	143	37	106

Ifølge prognoseverktøyet vil antallet personer med demens øke med 92 personer frem til 2025, til sammen 765 personer. I 2030 er det estimert at andelen av befolkningen med demens vil være 2,85 prosent, og tilsvare 908 personer. Demensandelen i Ringerike øker med 29,55 prosent fra 2020 til 2030.

Ut fra statistikk fra kommunens fagsystem på helse og omsorgsområde fra august 2023 er antall demente i Ringerike kommunen med tjenester på helse og omsorgsområdet 114, hvorav 64 er hjemmeboende.

Det opplyses i intervju at det er ca. 130 hjemmeboende på kommunens demensliste. Dette er dobbelt av det som kommer frem ved uttak av lister fra omsorgssystemet. Årsaker til dette er at vi har fått de med

[10] Demenskartet.no

formell diagnose, de uten diagnose er ikke med på lister. Det antas at det er mørketall, og at ikke alle med demens fanges opp, se prognoseverktøyet brukt over.

Om demensområdet i kommunens planverk/styringsdokumenter

I gjeldende kommuneplans samfunnsdel (2021-2030) er det beskrevet at Ringerike kommune vil ha en økning i andel eldre fremover, samtidig som det er færre yrkesaktive, dette setter press på tjenesteleveringen og økonomisk bærekraft. Ringerike kommune har utarbeidet sin kommunes samfunnsdel etter FNs bærekraftsmål, hvor mål 3 sier – Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder. For å nå sine satte hovedmål og delmål skriver kommunen i sin kommuneplan at de skal:

- *Gi tjenester på rett nivå,*
- *Gi tjenester på rett nivå, med fokus på tidlig innsats.*
- *Bruke velferdsteknologi for å gjøre innbyggerne mer selvhjulpne.*
- *Arbeide for at innbyggerne aktivt skal planlegge egen alderdom.*
- *Sørge for avlastning, informasjon og støtte til pårørende.*
- *Bruke frisklivs- og mestringstilbud for å fremme god helse og livskvalitet.*
- *Gi informasjon som avklarer forventninger om tjenestetilbudets kvalitet og omfang.*
- *Involvere interesseorganisasjoner, frivillige, pårørende og brukergrupper tidlig i prosesser.*
- *Sikre at brukeren opplever sømløse tjenester.*
- *Bruke hverdagsrehabilitering som en etablert metodikk.*
- *Plassere brukere på rett plass i omsorgstrappen uavhengig av kostnader. Det skal sørges for tilstrekkelig antall omsorgsplasser, både med og uten heldøgns bemanning, og en hjemmetjeneste som bidrar til økt trygghet og god pleie. Hverdagsrehabilitering og annen rehabilitering må intensiveres.*

Ringerike kommunes demensplan gjaldt for perioden 2013-2020. Under vises tiltakslisten fra planen;

Tiltaksliste, - Ringerike kommune

Tiltak (ikke prioritert rekkefølge)	**Ønsket måloppnåelse/strategi**
Etablere en oppdatert oversikt over antall demente i kommunen som basistall for videre planlegging.	Sikre pålitelige/kvalitetssikrede styringstall i forhold til detaljplanlegging.
Kartlegge dagens fagkompetanse innenfor demens, og foreta nødvendige forsterkninger i tilbudet.	• Styrking av generell fagkunnskap om demens til alle ansatte • Styrke ferdigheter i håndtering av utfordrende adferd og alderspsykiatri • Styrke kompetanse om medikamentell behandling ift demens • Drive løpende informasjon til innbyggerne for å bidra til å øke generell kompetanse om demens i bysamfunnet, åpenhet om sykdommen og redusere myter/fordommer.
Etablere pårørendegrupper /samtalegrupper og/eller «pårørendeskoler»	
Etablere et «Kompetansesenter for demens» på Hvelven.	Et kompetansesenter søkes utviklet i nært samarbeid med Vestre Viken HF (DistriktsPsykiatrisk Senter, Ringerike og Lærings, - og mestringssenteret). Senteret vil kunne ha 20 korttids institusjonsplasser for demente, inndelt i hensiktsmessige enheter samt 12 plasser organisert som omsorgsboliger.
Etablere et utvidet dagtilbud for demente på Hvelven	Ringerike kommune har i dag 10 dagplasser for demente på Hvelven. Tilbudet utvides med 11 plasser, under forutsetning av enkle bygningsmessige grep. Tiltaket er initiert høsten 2012 med statlig støtte
Etablere et forsterket tilbud til utagerende demente i Ringerike kommune/Ringeriksregionen	Tilbudet kan etableres som en skjermet del av korttidsplasser på kompetansesenteret. Tilbudet må etableres i et nært og forpliktende samarbeid med Vestre Vike HF, Ringerike DistriktsPsykiatrisk Senter.

Flere av tiltakene, eller tilsvarende er gjennomført, blant annet:

- Etablere demenskoordinator
- Etablere demensnett
- Pårørendeskole

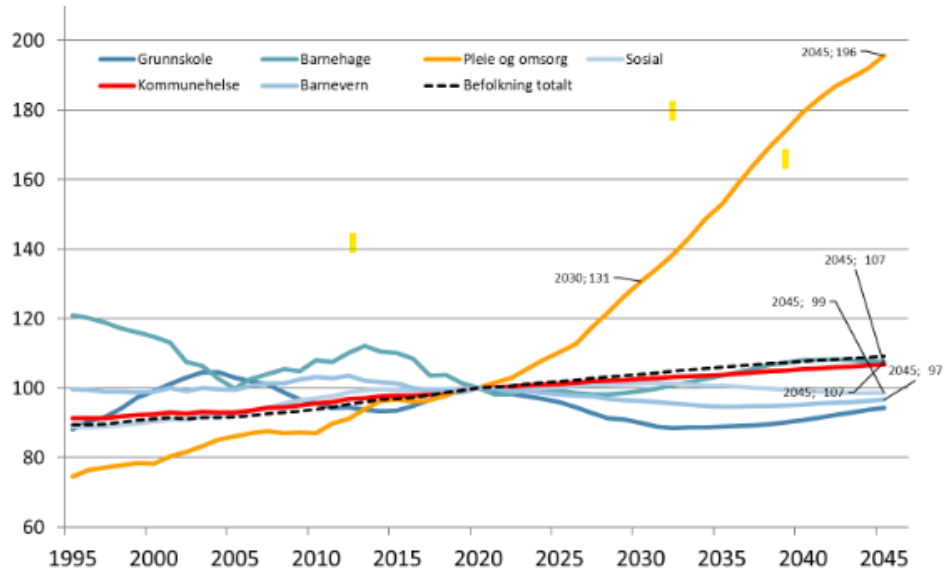
Det er satt ned en arbeidsgruppe som jobber med ny demensplan for kommunen, med mål om politisk behandling november/desember 2023. Dette arbeidet er forsinket.

Kommunen har en delrapport på området helse og omsorg som heter - DELRAPPORT OG HANDLINGPLAN LEVE HELE LIVET 2019-2024 (vedtatt mars 2021). Denne inneholder en del beskrivelser av tiltak om demens som er tatt opp fra demensplan. Den viser også noen prognoser tjenester.

Behov for helse- og omsorgstjenester

Utviklingen i demografien som vist ovenfor tilsier at behovet for helse og omsorgstjenester øker. Framskrivinger for Ringerike kommune (se graf under) viser at behovet for skole-, barnehage-, barnevern- og sosialtjenester stagnerer eller reduseres. Når vi ser på den gule linjen som representerer helse- og omsorgstjenester, vil den øke til omtrent det dobbelte innen år 2045. Denne utviklingen er en kommunal utfordring og framtidige strategier, prioriteringer og tiltak må se til denne utfordringen for å kunne møte morgendagens innbyggerbehov og forventninger.

Beregnet behov for tjenester. 2020 = 100 K-3007 Ringerike



Reformen Leve hele livet er en kvalitetsreform og skal sørge for bærekraftige og gode tjenester til de eldre – både på kort og lang sikt. Det vil derfor være nødvendig å ta aldersbæreevnen og framskrivning av behov inn i vurderingene når prioriteringer av aktiviteter/tiltak skal gjøres.

Figur over viser en prognose for tjenester innen helse og omsorg som øker kraftig fremover. Det er ikke egen prognose for personer med demens i denne planen.

Ved søk i kommunens budsjett 2023 og handlingsplan 2023-2026 og forslag budsjett 2024 og handlingsplan 2024-2027, finner vi begrenset med tiltak opp mot demens. Det vi finner er bruk av lokaliseringsteknologi for denne gruppen:

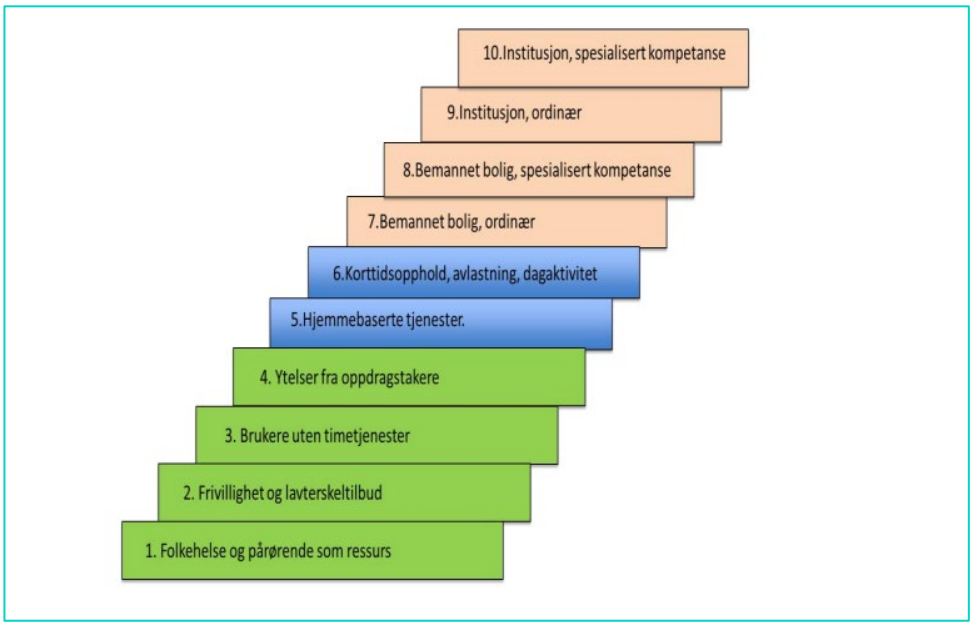
Hovedmål	Delmål		Mål 2024	Indikator		Siste måling 2022
1.1 Ringerike har et aktivt lokaldemokrati hvor vi finner løsningene for en bærekraftig samfunnsutvikling og god folkehelse sammen Oppdrag	1.1.4. Ringerike kommune samarbeider regionalt og interkommunalt for å skape robuste, helhetlige og effektive løsninger.		Se oppdragsbeskrivelse			
	1.1.5 Ringerike kommune har digitale løsninger som forenkler kommunikasjonen, og sikrer effektiv samhandling på tvers av sektorer og tjenesteområder.		Andel av hjemmeboende personer med demens som har lokaliseringsteknologi fra kommunen		0,0 %	25,0 %

Tjenestetildeling:

Det fremgår av Veileder for tildeling i Ringerike kommune at;

Ved tildeling av helse- og omsorgstjenester i Ringerike kommune, er det besluttet å bygge på en modell kalt «omsorgstrappen» Modellen bygger på prinsippet om at det kun er nødvendige tjenester som tilbys. Det forutsettes at enkle helse- og omsorgsbehov kan dekkes av den enkelte selv, alene eller sammen med pårørende / frivillige organisasjoner. Først der dette er prøvd ut / vurdert og funnet utilstrekkelig, vil det være behov for tjenester fra kommunen. Ved tildeling av tjenester vil kommunen alltid fokusere på å tilby bistand på lavest mulig nivå. Dette er i tråd med føringer fra statlig hold om at tjenester må ytes på best effektive omsorgsnivå. Årsaken til at kommunen har valgt å satse på omsorgstrapp-modellen, hvor man i stor grad legger til rette for å støtte oppunder og utløse ressurser hos pasient / bruker og pårørende, er at dette anses nødvendig for å kunne utnytte de kommunale ressursene på området på best mulig måte. Dette er nødvendig i en tid hvor stadig flere oppgaver på helse- og omsorgsfeltet blir lagt til kommunene, og hvor behovet for omsorgstjenester stadig er økende i det vi står foran en kraftig vekst i den eldre delen av befolkningen.

Modell av omsorgstrappen, hentet fra veilederen



Kommunen har en ordning med aktivitetsvenn:

I epost fra 14.11.23 fra kontaktperson fremgår dette om ordningen og annet bruk av frivillige:

Aktivitetsvenn er i bruk. Det ble stoppet under koronaen, men startet opp igjen i vinter. Aktivitetsvenn organiseres fra frivillighetssentralen og kommunen bistår med hjelp i opplæring av de frivillige. Det er nå 12 frivillige som reiser på besøk til personer med demens i deres hjem og på institusjoner. Vi har ikke tall på hvor mange de besøker. Frivilligsentralen har også treff for pårørende til personer med demens hver 6. uke.

Kommunens organisering

Kommunens ivaretakelse av gruppen personer med demens er organisert som en integrert del av kommunens tjenester som i all hovedsak er ivaretatt innenfor helse og omsorgssektoren i kommunen. Det er enkelte enheter og funksjoner som er direkte organisert for å dekke tjenestebehovet til gruppen demente og deres nærmeste.

Helse- og omsorgstjenesektoren gir tjenester til innbyggerne i kommunen, blant annet innenfor institusjoner, omsorgsboliger, bofellesskap med døgnbemanning, praktisk bistand, boligtjeneste og forvaltningsenhet for helse og boligforvaltning.

Hjemmetjenesten i Hønefoss (med 3 lag/soner) og integrerte tjenester med sonene: Tyristrand, Sokna, Hallingby og Nes. Disse yter tjenester til hjemmeboende. Det er også omsorgsboliger der en har fast bemanning for personer med demens (Hvelven og Hallingby). Kommunen har en forsterket enhet med 8 plasser for personer med demens. Alle de 64 plassene på nye Heradsbygda er tilpasset personer med demens.

Ringerike kommune har også lovpålagt tilbud som dagsenter for personer med demens, Solsikken. Det kommer frem i intervju at ikke alle personer med demens klarer å gå på dagtilbud. For denne gruppen kan kommunen tilby andre tilbud, slik som aktivitør.
I tillegg benytter personer med kognitiv svikt de ordinære tjenestetilbudene.

Det er også et tildelingskontor i kommunen. Tildelingskontoret for helse- og omsorgstjenester fatter beslutninger om hvilke tjenestetilbud som skal ytes i det enkelte tilfelle.

Tildelingskontoret har også ansvar for den koordinerende enheten i kommunen. Koordinerende enhet skal etter forskriften ha ansvar for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen og bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Kommunens koordinerende enhet gjør vedtak om individuell plan. Det kommer frem i intervju at det ikke er mange personer med demens med individuell plan i kommunen. Dette bekrefter også gjennomgang av journaler.

På området demens har kommunen flere ulike tjenester/stillinger slik som demenskoordinator. Denne funksjon er direkte brukerkontakt. Det er også organisert tilbud direkte mot pårørende, slik som pårørendeskole og pårørendesenter. Det er også en nylig opprettet hjelpetelefon for området kalt, veiledningssenter for bruker og pårørende.

Vurdering

Kommunen har de siste årene opprettet egne tilbud for gruppen personer med demens og har mål om å kunne tilby tjenester som dekker brukers krav på tjenester. En har hatt en egen plan for området som gikk ut på dato i 2020. Det som er en svakhet, er at planen som gjelder området har utgått og at arbeidet med revidering av planen er sterkt forsinket. Arbeidet med og planer rundt brukergruppen personer med demens er i mindre grad dokumentert i kommunens styringsdokumenter. Det er også i mindre grad dokumentert effekten av gjennomførte tiltak fra eksisterende demensplan.

Vi mener det med fordel kunne vært egne prognoser for behov for tjenester til personer med demens basert på prognosemodeller for området, og resultatet av dette innarbeides i kommunens handlingsplaner. Det er imidlertid gjort en samlet vurdering om økt behov helse- og omsorgstjenester i fremtiden. Denne prognosen viser at gruppen med personer med demens med mulig behov for tjenester for å kunne bo lengst mulig hjemme sannsynligvis i mindre grad er fanget opp.

Hadde dette vært gjort er det vår vurdering et større behov for å tilby tjenester enn omfanget kommunen tilbyr og kan produsere i 2023. Det å ivareta gruppen personer med demens kommer i mindre grad frem av kommunens økonomiplaner fra 2022 og forslaget fra 2023. Prognoser viser nesten en eksplosiv vekst i behov for omsorgstjenester. Tall viser, selv om vi legger til det høyeste tallet vi har for registrerte hjemmeboende som er 130 hjemmeboende og 50 på institusjon, at en er langt unna anslaget som er 765 i 2025 som anerkjente verktøy for dette viser. Revisjonen vurderer det som positivt at kommunen har aktivert frivillighet på området slik som aktivitetsvennordning, men det er muligens et større potensial her.

4.2. System for å avdekke behov for helse og omsorgstjenester

Krav

- Kommunen bør ha et helhetlig system som fanger opp og avdekker personer med demens

Krav til å gi nødvendig helse- og omsorgstjenester er hjemlet i flere lover. 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. Det kommunale selvstyret utøves imidlertid innenfor de rammer nasjonal lovgivning fastsetter jf. kommuneloven § 2-1.

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 hjelpetrengendes behov ut ifra en helse- og sosialfaglig vurdering. Dette er en minstestandard, som kommunen ikke kan legge seg under med henvisning til dårlig økonomi.

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 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.

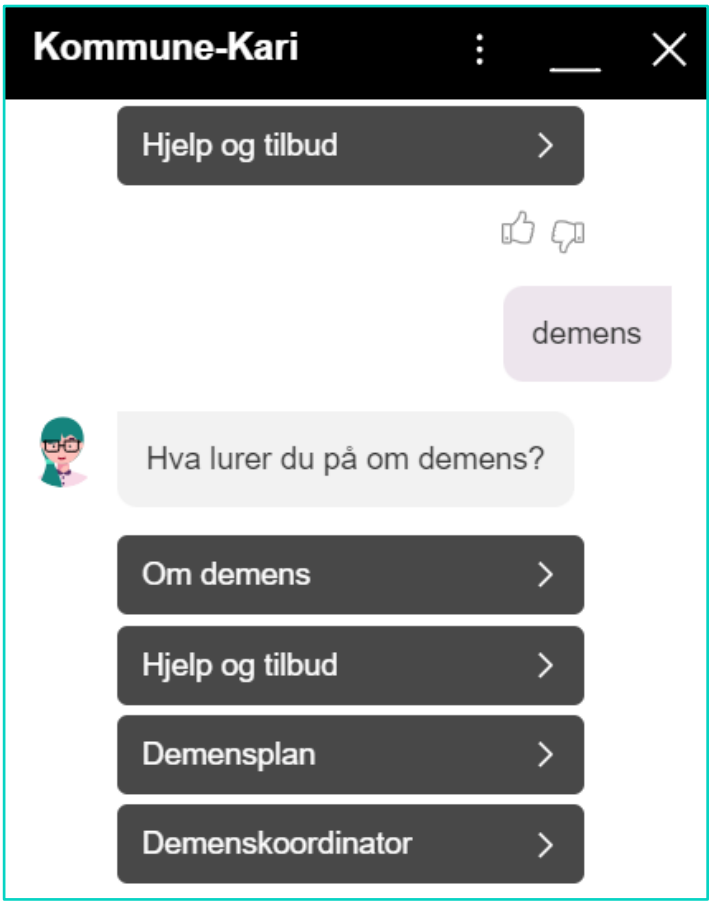
Det å motta helse og omsorgstjenester er i stor grad frivillig og kommunens krav til fange opp brukere som selv ikke søker hjelp, er begrenset. Selv i visse nødstilfeller kan pasient nekte hjelp. Blant annet fremgår følgende; Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 kan pasienten på visse vilkår "oppheve" nødrett som grunnlag for å yte helsehjelp. Bestemmelsen gir tre unntak fra hjelpeplikten i helsepersonelloven § 7. Det gjelder retten til å nekte blodoverføring eller å avbryte en sultestreik – når øvrige vilkår i bestemmelsen er oppfylt. I tillegg kan døende nekte livsforlengende behandling. Retten til å nekte akutt hjelp i disse situasjoner forutsetter at pasienten er over 18 år.

Vi vurderer at kommunens plikt til selv å avdekke brukere med behov for hjelp som følge av demens vil være begrenset. Derimot ved henvendelser med bekymring fra andre om helsesituasjon vil det være en utredningsplikt om den det angår sitt behov og ønsker om helse og omsorgstjenester fra kommunen.

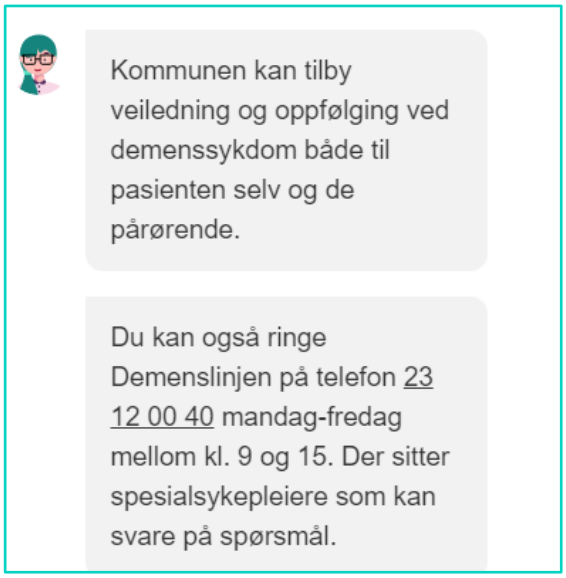
Det er et nasjonalt mål at eldre skal få bo i egen bolig lengst mulig, så lenge de kan og vil.

Dokumentasjon

Kommunen har informasjon på egne nettsider om demens. Søk på demens viser følgende resultat:

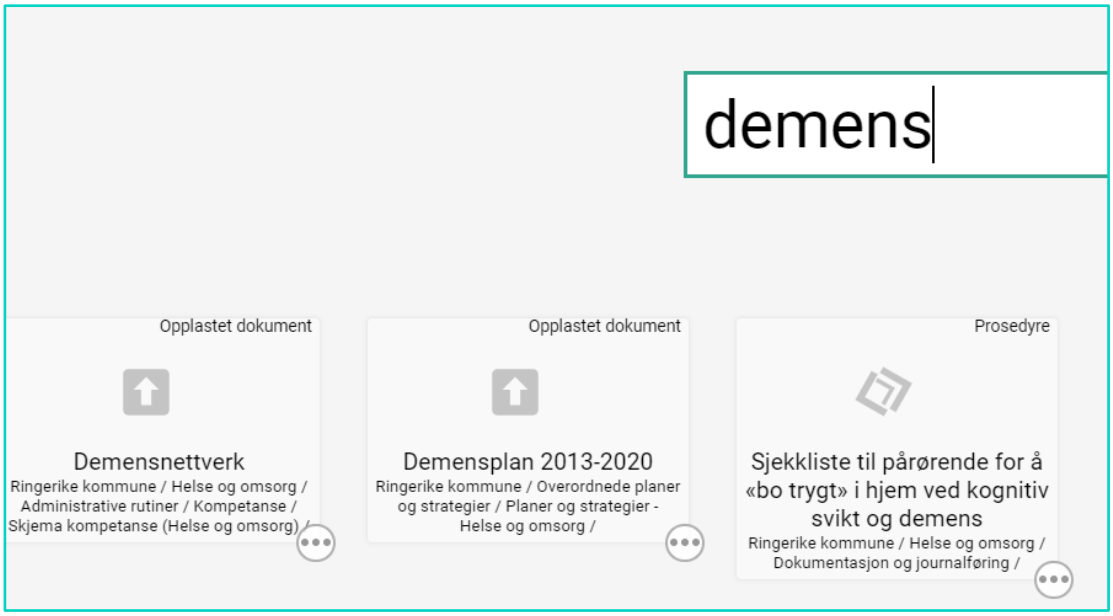


Om en går inn på hjelp tilbud får et følgende resultat:



Kommunen har ikke egne rutiner for å avdekke brukere med demens. Det er ikke utarbeidet rutiner for dette. Dette bekreftes i epost fra kontaktperson i kommunen og bekreftes også ved søk Compilo, kommunens databaserte internkontrollsystem. Intervjuer/samtaler bekrefter en er avhengig av at bruker selv søker om tjenester eller andre melder inn et behov.

Søk i Compilo på demens gir følgende rutiner både i juni 2023 og november 2023:



I intervjuer med ledere på omsorgsområdet fremkommer det at nye pasienter i stor grad blir fanget opp ved at de pårørende tar kontakt, både direkte til tildelingskontoret, via helseinstitusjonene eller til demenskoordinator i kommunen. Legene fanger også opp brukere, og kan henvise disse videre til kommunen for å vurdere tjenestebehov. Videre oppgir de at det er vanskelig å fange opp brukere med

demens tidlig. Pårørende venter ofte for lenge med å ta kontakt. At personer med demens selv tar kontakt, har vi ikke informasjon om.

Det er et demensnettverk i Ringerike kommune som er ledet av demenskoordinator. Nettverkets oppgaver beskrives slik:

Ressurspersoner i demensnettverket har et eget ansvar for å følge opp brukere med kognitiv svikt/demens i egen avd. Det å være ressursperson i nettverket forplikter til å følge opp ansvarsområder i egen sone.
Ressurspersoner:

- *skal ha oversikt over aktuelle brukere i egen avdeling*
- *har ansvaret for kartlegging og oppfølging av brukere*
- *kartlegging og oppfølging av pårørende*
- *har dialog med demenskoordinator om oppfølgingen*
- *benytter aktuelle kartleggingsskjemaer fra skjemabanken til Aldring og helse.*
- *etterspør opplæring av kartleggingsskjemaer ved behov*
- *skal selv ta initiativ til å avtale med leder om å få avsatt tid til å gjennomføre kartlegging*
- *kartlegge behov for tjenester og eventuelle hjelpemidler*
- *samarbeid med andre ressurspersoner i egen sone*

Oppfølging av brukere og pårørende minimum hver 6.mnd, eller tettere ved behov.
Demenskoordinator har ansvaret for oppfølging av yngre brukere og brukere uten hjemmetjenester.

Vurdering

Kommunen har ikke en aktiv strategi for å avdekke personer med demens med rutiner og krav. Vi mener dette er uheldig opp mot å forebygge og nå statlige føringer på området.

Når det gjelder selve utredningen og saksbehandlingen rundt person som har søkt om tjenester, eller det vurderes om denne kan ha behov for et helse- og omsorgstilbud, synes rutiner på området å være dekkende.

4.3. Planlagt kompetanse

Krav

- Kommunen bør sikre tilstrekkelig kompetanse på området

Krav til kommunens kompetanse er hjemlet i lovverket. Kommunen må innen helse- og omsorgstjenesten ha personell som utfører tjenestene og være i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Kommunen må også sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. 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.

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 at 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.

Kommunen skal sørge for at ansatte får nødvendig etter- og videreutdanning. De ansatte har også en plikt til å delta i nødvendige etter- og videreutdanninger, 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.

Det er ikke satt spesifikke krav i lovverket opp mot demensområdet.

Dokumentasjon

Kommunen har en egen plan på området, PLAN FOR KOMPETANSEUTVIKLING 2022-2025. Denne viser følgende kompetanse på området, for gruppen 60-65 år, som vil måtte erstattes i løp av få år:

Alderssammensetning sykepleiere, vernepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere mai 2022
Helse og omsorg har 19 sykepleiere, 6 vernepleiere og 64 ansatte med fagbrev i aldergruppen mellom 60-65 år.

Født -alder	Sykepleier	Vernepleier	Fagbrev
1955-67			3
1956-66			2
1957-65	1	1	9
1958-64	1	0	8
1959-63	2	1	7
1960-62	4	2	12
1961-61	7	1	12
1962-60	4	1	11
1963-59	4	0	13
1964-58	0	1	12
1965-57	2	2	16
1966-56	4	2	14
1967-55	3	0	14

Tiltak for å forebygge fra plan er følgende:

Satsningsområdene fra kommunens kompetanseplan 2021 er:

1. Rekruttere, utvikle og beholde kompetente medarbeidere
2. Legge til rette for fagutdanning og høyere utdanning
3. Satse på faglig utvikling og oppdatering innen faget
4. Satse på lærlinger og studenter
5. Styrke digital kompetanse
6. Lederutvikling

Satsningsområder fra Regjeringens Kompetanseløft 2025 er:

7. Tjenesteutvikling og innovasjon
8. Brukermedvirkning, tjenesteutvikling og tverrfaglig samarbeid

Satsningsområder; fra Nasjonal plan for kvalitet og pasientsikkerhet er:

9. Styrke arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhetskultur

Kommunen har oversendt dokumentasjon som viser antall ansatte som i perioden 2017-2023 har gjennomført eller startet etterutdanning innenfor demens:

Kompetansehevende tiltak i demens som bekostes av sektor helse og omsorg

Kompetansenettverk i demens ble etablert i 2017. Ledes av demenskoordinator. Ca. 30 faste deltagere fra alle aktuelle tjenestesteder. Sykehjemsoverlege er fast deltager. Fire møter i året. Nettverksdeltagerne skal videreformidle faglige temaer tilbake i egen avdeling. Egen prosedyre.

Årlig deltar nettverket på to dagers Demensdager/konferanse i Oslo. som. I høst var det deltagelse på to dagers Hukommelsesteamkonferanse.

ABC-opplæring

- Demensomsorgens ABC ble frem til 2017 gjennomført av rundt 150 medarbeidere. De siste årene har 10 medarbeidere årlig deltatt i kursene.
- Sykdommer i eldre år. 10 har gjennomført og 12 har påbegynt.

Videreutdanning i demens og alderspsykiatri for helsefagarbeidere 60 studiepoeng

- 26 medarbeidere fullførte i 2022 (Undervisningen ble lagt til Hønefoss)
- 5 medarbeidere startet høsten 2022. Planlagt eksamen våren 2024
- 10 medarbeidere startet høsten 2023. Planlagt eksamen våren 2025 (Undervisningen er lagt til Hønefoss)

Videreutdanning for helsefagarbeidere i vurderingskompetanse 60 studiepoeng

- 2 medarbeidere fullførte våren 2023
- 2 medarbeidere startet i høsten 2023. Planlagt eksamen våren 2025

Videreutdanninger som høgskoleutdannede medarbeidere har fullført eller har startet i

- 3 medarbeidere har fullført geriatrisk vurderingskompetanse 30 stp.
- 1 medarbeider har fullført geriatri, gerontologi og faglig ledelse 30 stp.
- 4 medarbeidere har fullført demens og alderspsykiatri 30 stp.
- 6 medarbeidere har fullført master i avansert klinisk sykepleie
- 1 sykepleier fullfører master i klinisk helsearbeid-geriatrisk helsearbeid våren 2024
- 1 sykepleier tar master helsefremmende tjenester til eldre, eksamen planlagt våren 2026

I intervjuer kommer det frem at det oppleves som det er god fagdekning i kommunen og flere ansatte opplyses å ha mastergrad innen helse- og omsorgsfag.

Kommunalsjef opplyser om at kommunen har etablert en stipendordning for Bachelor i sykepleie eller vernepleie som vil avhjelpe tapet av kompetanse i årene som kommer. Pr. i dag gjelder dette 26 stykker.

Vurdering

Vi har ikke avdekket noe som tyder på at kommunen ikke oppfyller kravet til formell kompetanse på området og at de mangler denne oversikten. De dokumenterer også systematisk opplæring. Men som kommunen selv påpeker er det mye kompetanse som må erstattes de neste årene som følge av at ansatte går av med pensjon. Dette skjer samtidig med økende behov for tjenester. Planen viser tiltak opp mot å møte tap av og behov for mer kvalifisert personale.

4.4. System for internkontroll/kvalitetsutvikling

Krav

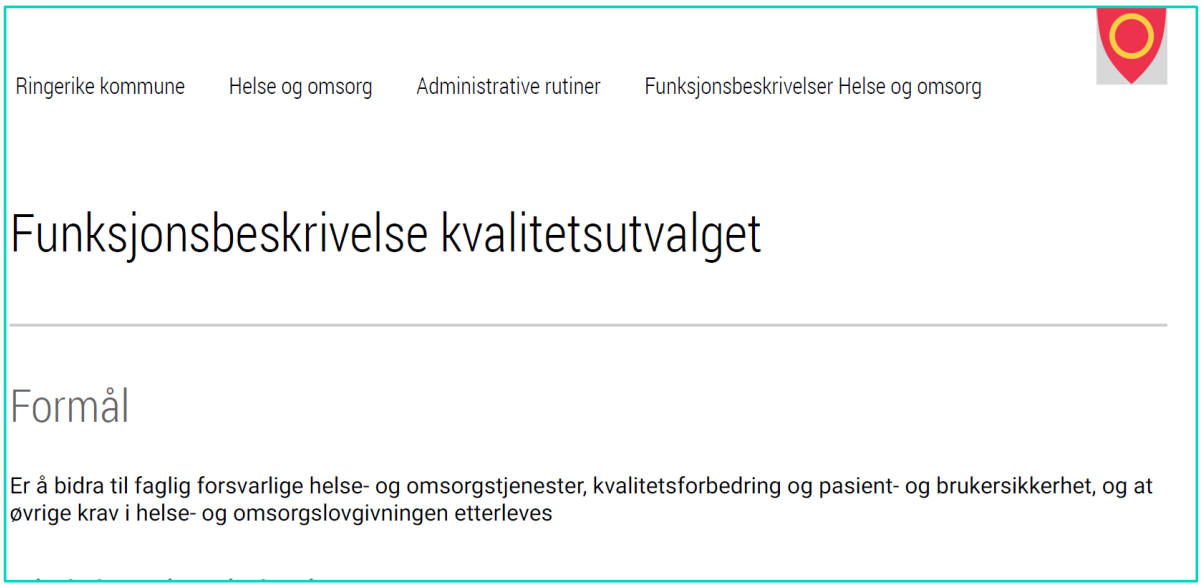
- Kommunen må ha system for internkontroll/kvalitetsutvikling

Krav til internkontroll er hjemlet i lov og forskrift. Kommunedirektørens ansvar for internkontroll er 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. [11]

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.

Dokumentasjon

På helse og omsorgsområdet er det et eget kvalitetsutvalg.


Ringerike kommune Helse og omsorg Administrative rutiner Funksjonsbeskrivelser Helse og omsorg

Funksjonsbeskrivelse kvalitetsutvalget

Formål

Er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves

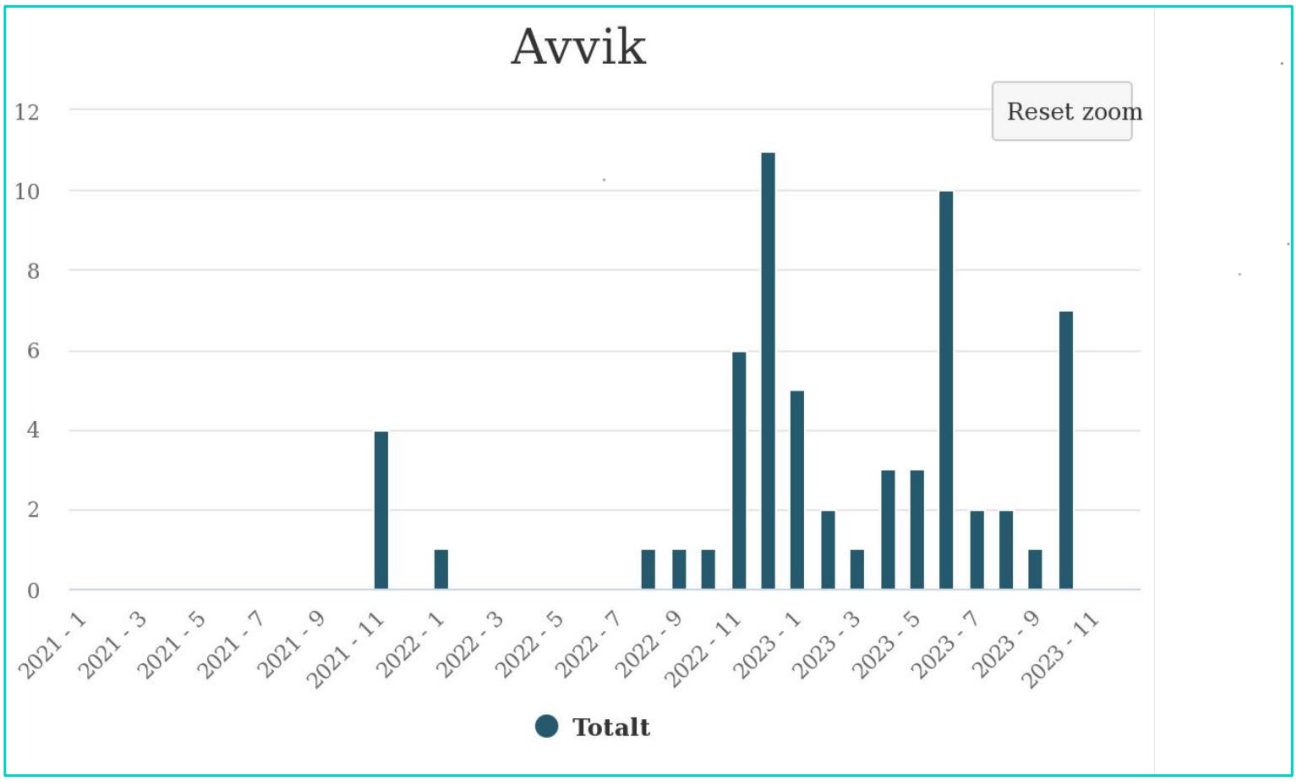
[11] Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 412.

Kvalitetsutvalget er aktivt og har hatt syv møter i 2023 per november. Det fremkommer av sakslister og referater at det jobbes aktivt med internkontroll og kvalitetsutvikling.

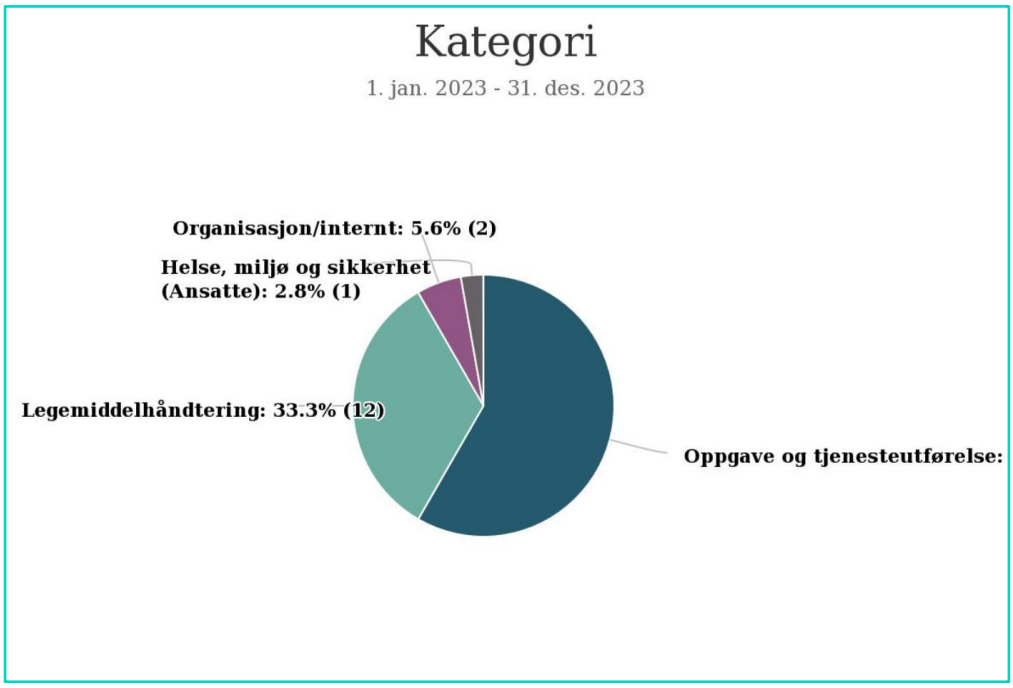
Kommunen bruker det databaserte internkontrollsystemet Compilo. Dokumentasjon rundt internkontroll er organisert slik på helse og omsorgsområdet:

Compilo ble innført fra høsten 2021. I systemet er det ikke noen særskilt kategori for demens for å melde avvik eller en egen vurdert risikovurdering av området demens. Dette har vi sjekket ved søk på risikoanalyser i Compilo og sett på kategorier registret for avvik i november 2023. Se figur under som viser eksempel på deler av kategorier man kan melde avvik på.

Ved søk på rutiner/dokumenter med ordet demens i får vi opp tre dokumenter, se dokumentasjon på dette i kapittel 4.2. Det eneste området i kommunen som er et «rent» område for gruppen personer med demens er Hvelven bofellesskap for personer med demens. Her finner vi følgende rundt avvik:



Totalt er det meld 36 avvik per 11.11.2023, men ingen tiltak. Avvikene er slik fordelt på type avvik:



Det er ingen av avvikene som er meldt som meget alvorlig. Men det er avvik som det går 22 dager før er lest og 110 dager før er lukket. Status 11.11.23 er at 14% av avvikene er ulest, selv om tall per 11.11.23 viser at det ikke er meldt avvik i november, men syv avvik i oktober. Dokumentasjon under dokumenterer tall vi har gjengitt og viser systemets mulighet til analyse, men er ikke laget for å leses i detalj av leser. Mer lesbare eksempler finnes i kapittel 5.4.

Det opplyses av Kommunalsjef at det er etablert risikovurderinger som ivaretar utfordringer mot personer med demens. Det er en bevisst strategi at avviksrapporteringen ikke skiller på diagnoser. Det er mange typer risikovurderinger, noen gjelder HMS og andre gjelder pasientsikkerhet.

Det skal gjøres risikovurderinger også på enkeltindivider der det er funnet risiko eller meldt avvik.

Vurdering

Kommunen har etablert et internkontrollsystem, men dette kunne i noen grad tilpasses til å måle og utvikle kvalitet på området demens ut fra avviksystement. Men som opplyst er dette en villet strategi opp mot internkontrollsystemet. Vi har ikke vurdert arbeidet til kvalitetsutvalget, bare om utvalget er aktivt, og har saker rundt interkontroll og kvalitetsutvikling.

4.5. Samlet vurderinger opp mot problemstilling 1

Dette kapittelet har belyst problemstillingen; *I hvilken grad tilrettelegger kommunen for at personer med demens kan bo lengst mulig i eget hjem?*

Dette har vi gjort ved å utlede ett revisjonskriterium opp mot problemstillingen; *Kommunen skal planlegge sitt tjenestetilbud for personer med demens slik at personer med demens i tilstrekkelig grad fanges opp, utredes og en har et relevant tjenestetilbud til de som ønsker å bo hjemme.*

For revisjonskriteriet har vi sett på følgende krav:

- Kommunen må på kort og lang sikt planlegge med et tilstrekkelig tjenestetilbud rettet mot gruppen personer med demens
- Kommunen bør ha rutiner for å fange opp og avdekke personer med demens
- Kommunen bør sikre tilstrekkelig kompetanse på område
- System for internkontroll/kvalitetsutvikling

Opp mot problemstillingen vurderer vi følgende styrker og svakheter:

Styrker:

- Dekkende rutiner for utredning og saksbehandling
- Har oversikt over ansattes kompetanse og planer om og mot å sikre kompetanse
- Har på plass internkontroll

Svakheter:

- Demensplan som for området gikk ut 2020
- Arbeidet med og planer rundt brukergruppen personer med demens er i mindre grad dokumentert
- Dokumentere og planlegge tilstrekkelig kapasitet i tjenesteproduksjon for gruppen personer med demens
- Aktiv strategi for å avdekke personer med demens
- Muligens større potensial rundt bruk av frivillighet på området

5. Tjenestetilbud tilpasset den enkelte

Dette kapittelet belyser problemstillingen; *I hvilken grad er tjenestetilbudet til personer med demens tilpasset den enkeltes behov*?

Dette har vi gjort ved å utlede ett revisjonskriterium opp mot problemstillingen og krav til kriteriet. Vi har utledet følgende revisjonskriterium opp mot problemstillingen;

Tjenestetilbudet til personer med demens skal være tilpasset den enkeltes behov

Dette revisjonskriteriet er utledet som en «essens» av lovverk og retningslinjer for kommuner, se kilder i kapittel 3 og beskrivelser i vedlegg 4, opp mot den personer med demens bruker. Ut fra revisjonskriterium har vi valgt et begrenset antall krav vi har innhentet dokumentasjon om fra kommunen for å belyse ivaretakelsen opp mot problemstillingen.

Dette er følgende krav:

- Kommunen må gi personer med demens et tilstrekkelig tjenestetilbud.
- Kommunen skal avdekke om personer med demens har behov for endringer i tjenestetildelingen.
- Kommunen bør sikre at tjenestene som gis ivaretar brukers og pasients ønsker og interesser.
- At det dokumenteres tilstrekkelig i system for internkontroll/kvalitetsutvikling på området.

Hvert av kravene beskrives gjennom underkapitler i dette kapittelet etter følgende inndeling; Først en kort bekrivelse av kravet, beskrivelse av innhentet dokumentasjon og vår vurdering av styrker og svakheter opp mot kommunens overholdelse av kravet. I kapittel 6.5. gir vi en samlet vurdering opp mot problemstillingen.

5.1. Tjenestetildelingen

Krav

- Kommunen må gi den personer med demens et tilstrekkelig tjenestetilbud.

Krav til tjenestetildelingen er hjemlet i lov og forskrift. Formålet med helse og omsorgstjenesteloven er blant annet å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom. Videre sikre tjenestetilbudets kvalitet og at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov, jfr. §1-1.

Det fremgår av retningslinjer på området at 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. Forsvarlighetskravet er dermed grunnleggende for all saksbehandling, tjenestetildeling og tjenesteyting innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Det å motta helse og omsorgstjenester er i stor grad frivillig og kommunens krav til å fange opp brukere som selv ikke søker hjelp er begrenset. Blant annet fremgår følgende; Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 kan pasienten på visse vilkår "oppheve" nødrett som grunnlag for å yte helsehjelp. Bestemmelsen gir tre unntak fra hjelpeplikten i helsepersonelloven § 7. Det gjelder retten til å nekte blodoverføring eller å avbryte en sultestreik – når øvrige vilkår i bestemmelsen er oppfylt. I tillegg kan døende nekte livsforlengende behandling. Retten til å nekte akutt hjelp i disse situasjoner forutsetter at pasienten er over 18 år.

For de uten samtykkekompetanse må dette ivaretas i større grad av pårørende og tjenesteyter, det vil si kommunen for området vi ser på.

Statens retningslinjer for personer med demens mener at antall ansatte til personer med demens bør begrenses.

Dokumentasjon

Området bygger videre på dokumentasjon som fremkommer i kapittel 4.1 om planlagt tjenestetilbud. I tillegg ser vi på praksis, blant annet ut fra gjennomgang av enkeltsaker, men også noen forhold som har med praksis for tjenestetildeling/produksjon å gjøre.

Det går frem av intervjuer at det er meget stramt med ressurser til saksbehandling og kartlegginger av brukers tjenestebehov, noe som fører til at saksbehandlingstid av søknader ofte blir lang. Det har vært en markant økning av søknader de siste årene, disse er også mer komplekse enn tidligere. Men det er ikke økt kapasitet med flere ansatte/ressurser til disse oppgavene. Det kan ta flere uker fra melding om behov for tjenester eller om endring av eksisterende tjenester, til det blir fattet enkeltvedtak.

Lang saksbehandlingstid medfører også at tiltak settes inn av hjemmetjenesten før enkeltvedtak og ferdig saksutredning/kartlegging foreligger. Til utredning/kartlegging brukes en kartleggingsmal. Kommunen kan dokumentere saksbehandlingsrutine for helhetlig pasientkartlegging og en sjekkliste for helhetlig pasientkartlegging, samt rutiner for å kartlegge den enkeltes behov for å bo trygt hjemme. Kartleggingsmalen er under revisjon og skal utarbeides opp mot kriteriene. Målet er å tilpasse den til dagens behov og tjenester.

Tildelingskontoret benytter også saksbehandlingsrutine for helhetlig pasientkartlegging. Formålet med rutinen er å sikre at alle pasienter får en helhetlig pasientkartlegging som pasientenes funksjonsnivå på alle områder lovverket krever kartlegges (IPLOS). I kartleggingsarbeidet brukes også sjekklisten til pårørende for å bo trygt i hjem ved kognitiv svikt og demens:

Ringerike kommune Helse og omsorg Dokumentasjon og journalføring

Sjekkliste til pårørende for å «bo trygt» i hjem ved kognitiv svikt og demens

Omfang/Virkeområde

Utarbeidet av ergoterapeut Marianne Liknes, Hjemmetjenesten Hønefoss. Februar 2020.

Aktivitet/beskrivelse

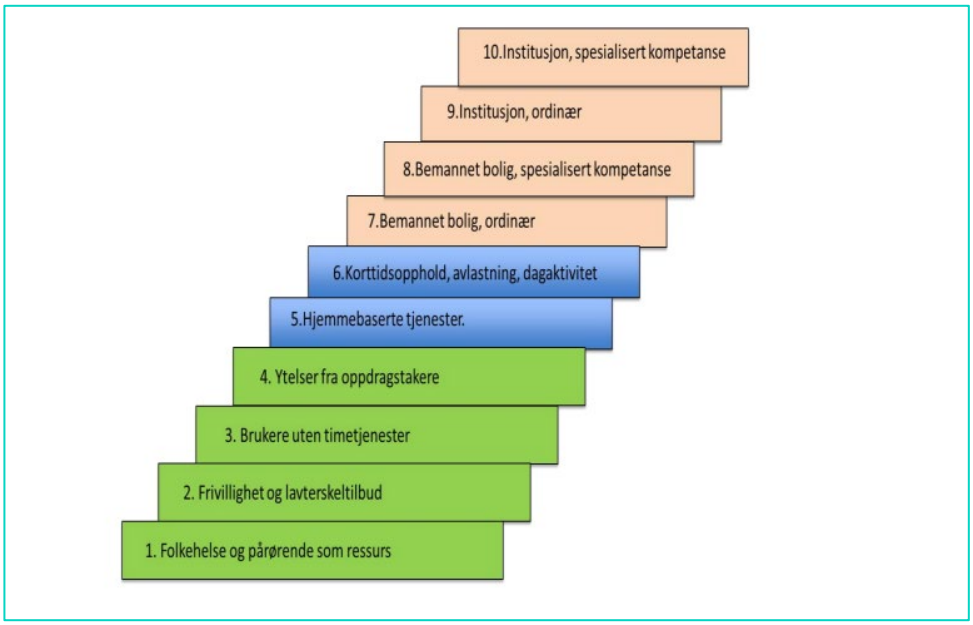
Hva kan være viktig for deg som pårørende å sjekke ut, og vurdere for når man evt trenger å kontakte ergoterapeut:

Tema	Type rom i boligen	Aktuelle utfordrende punkter i boligen	Tips til forbedringer	Forbedringer utført, og når
Brannsikring	Alle rom i bolig/leiligheten	-ved eldre hus og boliger generelt: -Ikke brannutstyr etter dagens standard -Vedfyring og ovn	-Komfyrvakt -tidsbryter -Brannsikkert teppe ved kjøkken og ved sigarettrøyking -Røykvarslere, seriekoblet -Elektrisk fyring -Bytte ut levende lys -Trygghetsalarm -Døralarm	
Fallfare og snublefeller/ Forenkle og rydde	Alle rom i boligen	-løse tepper og fillerver i stue, kjøkken, baderom, soverom -mye møbler -trangt å bevege seg -trapper inne og ute - høye dørterskler - lite å støtte seg til	Forenkle og rydde; Stødige møbler Fjerne løse ledninger og løse tepper, matter Støttehåndtak Rekkverk i trapp Skisikring på gulv—badematter Dusjhjørne vs dusjkabinett	
Belysning, fenging og kontraster	Alle rom	Ved nedsatt syn, kan gjøre at personen ikke deltar like aktivt sosialt som ressurser tilsier. Blending og refleksjer	Markere vei til badet om natten Ha lys på i trapp og på badet Bytte til sterkere lyspærer La lyset stå på i de rom som benyttes Merking og skilting; finne f eks bestikk i skuffer, håndklær...	
Lyd og varsling	I rom som brukes daglig Inngangsparti og ved TV spesielt	Ved nedsatt hørsel, kan gjøre at personen ikke deltar like aktivt sosialt som ressurser tilsier. Eks er dørklokke og telefon. Ved orienteringsvansker	Dempe bakgrunnstøy Sjekke at høreapparat virker; batteri, proppen tilpasset? Se på den du snakker til, snakke en av gangen, hold tema Samtaleforsterker Bruk av GPS	
Struktur på dagen		Ved nedsatt hukommelse ift tid og tidsrytme, og for gjennomføring av aktiviteter	Ha et fast sted for informasjon som skal huskes: Kalendre, papir, store/ fast sted lett synlig. Digitale på bord. Strukturere info om «Hvem er jeg» og «Hva er viktig for meg» f eks. ved Livsark og Aktivitetsdosetten Hjelpemidler som støtter hukommelse og orientering; memoplanner Evondos; el. Medisinstøtte hvis har hjemmetjenester	
Aktivitet og stimulering		Ved fall i funksjonsnivå Ivareta aktivitet og deltakelse ift egne interesser og meningsfulle aktiviteter for den enkelte	Huskedagbok; lage selv, evt digitalt: Min memoria Følge innhold fra Livsarket og Aktivitetsdosetten (der dette er igangsatt) Behov for kommunale tilbud, bruk av Frivilligsentralen?	

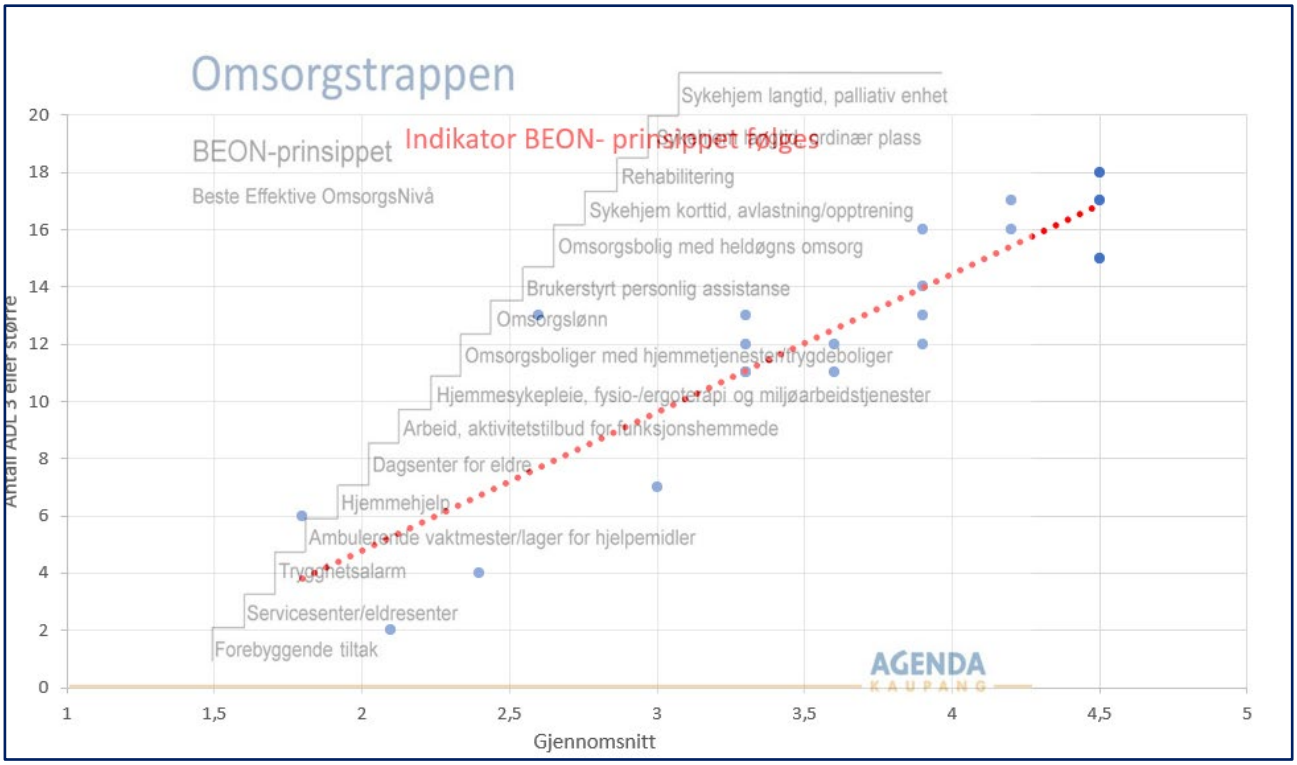
Ved tildeling av helse- og omsorgstjenester i Ringerike kommune, er det besluttet å bygge på en modell kalt «omsorgstrappen» Modellen bygger på prinsippet om at det kun er nødvendige tjenester som tilbys. Det forutsettes at enkle helse- og omsorgsbehov kan dekkes av den enkelte selv, alene eller sammen med pårørende / frivillige organisasjoner. Først etter at dette er prøvd ut /vurdert og funnet utilstrekkelig, vil det være behov for tjenester fra kommunen. Ved tildeling av tjenester vil kommunen alltid sette søkelys på å tilby bistand på lavest mulig nivå. Dette er i tråd med føringer fra statlig hold om at tjenester må ytes på best effektive omsorgsnivå. Årsaken til at kommunen har valgt å satse på omsorgstrapp-modellen, hvor man i stor grad legger til rette for å støtte oppunder og utløse ressurser hos pasient / bruker og pårørende, er at dette anses nødvendig for å kunne utnytte de kommunale ressursene på

området på best mulig måte. Dette er nødvendig i en tid hvor stadig flere oppgaver på helse- og omsorgsfeltet blir lagt til kommunene, og hvor behovet for omsorgstjenester stadig er økende i det vi står foran en kraftig vekst i den eldre delen av befolkningen.

Modell av omsorgstrappen, hentet fra veilederen i kommunen:



Ved gjennomgang av IPLOS/ADL i journaler går det frem at den ikke oppdatert/vurdert halvårlig. Dette var en svakhet i tre av fire saker. Ut fra vår gjennomgang viser ADL følgende trendlinje:



Blå prikk i figuren over viser punkt for «teoretisk tjenestebehov ut fra ADL, BEON-prinsippet (som tilsvarer omsorgstrappen). I figur over har vi laget en rød trendlinje, som illustrerer økt tjenestebehov, ut fra hjelpebehov kartlagt ved hjelp av ADL.

Trendlinjen viser (indikator på) at BEON-prinsippet (omsorgstrappen) følges ved tjenestetildelingen. Dette forutsetter at ADL faktorer personen scorer dårlig på og graden av hvor dårlig personen scorer påvirker behovet for tjenester (det er noen ADL-faktorer som normalt påvirker det å kunne klare seg selv mer enn andre, slik som det kognitive, men i fremstillingen over teller alle faktorer likt). Trendlinjen viser at det er brukere som indikerer behov for heldøgns plass på institusjon etter funksjonsnivå. De fleste av disse brukerne har dette i praksis, ved at de har plass i omsorgsbolig med døgnkontinuerlig bemanning, se vår utarbeidede tabell under. Men det indikerer også at kommunen kan ha lykkes med å oppfylle statlig mål om at personer med demens kan bo lenge hjemme.

Tabell rundt ADL-faktorer og gjennomsnittsverdier:

Boform	Gjennomsnitts ADL	Antall over score 3 (maks 20)
Heldøgns omsorgsbolig	3,9	14
Privat bolig	3,3	11
Heldøgns omsorgsbolig	4,5	18
Privat bolig	3,6	12
Heldøgns omsorgsbolig	3,6	11
Heldøgns omsorgsbolig	4,5	17
Privat bolig	4,2	17
Heldøgns omsorgsbolig	3,3	11
Heldøgns omsorgsbolig	3,9	16
Heldøgns omsorgsbolig	3,9	13
Heldøgns omsorgsbolig	2,6	13
Privat bolig	3	7
Heldøgns omsorgsbolig	4,2	16
Privat bolig	3,9	12
Privat bolig	1,8	6
Privat bolig	3,3	13
Privat bolig	2,1	2
Privat bolig	3,3	12
Privat bolig	2,4	4
Privat bolig	4,5	15
Snitt	**3,49**	**12**

Når det gjelder selve tjenesteproduksjonen fremgår følgende fra beskrivelser intervjuer:

Det opplyses at det jobbes for å få til en primærkontaktløsning, men det beskrives som krevende og svært vanskelig å få til i hjemmetjenesten. Det er ikke kapasitet til å ha lister til kun pasienter med demens. Det jobbes også med å få tjenestene bedre tilpasset behovet til hjemmeboende personer med demens pasienter. Per i dag er det ikke mulig å koble kompetanse mot pasienter i systemet automatisk. Det gjør det utfordrende å planlegge ansatte med spesialkompetanse innen demens med riktig pasientgruppe, imidlertid etterstreber de som skriver kjørelistene for hjemmetjenesten at de med spesialkompetanse på demens gjør besøk hos hjemmeboende personer med demens. Ringerike kommune har dagavdelinger for personer med demens og kan tilby aktivitør for personer med demens hjemmeboende som ikke har mulighet til å komme til dagavdelingene.

Arbeidet som er gjort og som pågår vedrørende heltidskultur og periodeplan med planlegging av variasjoner i drift øker kontinuitet og reduserer antall personer inn i tjenesten. Ved å planlegge for fravær ved ferier og høytider vil man i større grad benytte faste ansatte for å dekke denne variasjonen. Dette er et viktig bidrag inn i å lykkes med forutsigbarhet og kontinuitet for den hjemmeboende personer med demens.

Det fremkom også intervjuer at en søker å få til færre ansatte ved tjenestildelingen til personer med demens bruker.

Utover beskrivelser over er det ikke fremlagt rutiner i tjenesteplanleggingen for gruppen personer med demens og som beskriver mål for å redusere antall ansatte mot gruppen personer med demens slik som retningslinjer anbefaler. Gjennomgang av enkeltsaker der en gjorde et grovt anslag rundt dette viser ett

snitt på 12 ansatte i uke 32 i 2023. For å få en døgnkontinuerlig turnus til å gå opp kan en i teorien få dette til med seks personer ut fra normal arbeidstid. Flere av brukerne i vårt utvalg har ikke døgnkontinuerlige tjenester av de som er med i utvalget. Men de fleste har daglig tjenester på dag og kveld.

Vurdering

Vi har ikke funnet direkte indikatorer på at de som vi har kartlagt ikke får riktig tjenester ut fra vurdert funksjonsnivå. En svakhet er imidlertid at det er knyttet usikkerhet til kartleggingene, da disse ofte er gamle og relativt ofte over et år gamle. Anbefaling er halvårlig for denne gruppen. Vi har ikke indikator på at utredningen rundt bruker er mangelfull eller at det er svakheter med rutiner. Svakheten slik vi ser det er kapasitet og lang saksbehandlingstid. For personer med demens og særlig deres pårørende vurderes dette å kunne være belastende.

Vi finner indikatorer ut fra vår gjennomgang på at kommunen synes i noen grad å etterleve målsettingen om at bruker skal kunne bo hjemme lengst mulig. Vi vurderer dette er i henhold til kommunens tjenestetildelingspraksis etter omsorgstrappa.

Vi mener det burde være noen ekstra krav enn normalt for tjenesteproduksjon av tjenester til personer med demens, slik som særskilt krav til kompetanse og krav til antall ansatte i tjenesteytingen med måling av dette gjennom internkontrollen.

5.2. Behov endringer i tjenestetilbudet

Krav

- Kommunen skal avdekke om personer med demens har behov for endringer i tjenestetildelingen

Krav til helse- omsorgstjenester er hjemlet i flere lover. Formålet med helse og omsorgstjenesteloven er blant annet å forebygge, behandle, tilrettelegge for mestring av sykdom, sikre tjenestetilbudets kvalitet og sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov, jfr. §1-1.

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 hjelpetrengendes behov ut ifra en helse- og sosialfaglig vurdering.

Dokumentasjon

Dette området bygger videre på dokumentasjon som fremkommer i kapittel 4.2 *avdekke behov* og 5.1 *tjenestetildelingen*. I tillegg ser vi på praksis blant annet ut fra gjennomgang av enkeltsaker, men også noen forhold som har med praksis og egne rutiner for å avdekke endring i behov.

Det beskrives en rutine/praksis for evalueringer av tilbud/vedtak, herunder samarbeid med tildelingsenheten:

Det holdes ukentlig samarbeidsmøter mellom Tildelingskontor, hjemmetjenesten, institusjon og koordinatorer, deriblant demenskoordinator. Her diskuteres pasienter som er utskrivningsklare fra sykehus og hjemmeboende brukere som det er behov for å diskutere for å finne rette tiltak. Brukere med demens har ofte behov for å løftes inn i disse møtene, for å finne løsningen som avlaster pårørende og utsetter høyere omsorgsnivå. Endringer i vedtak skrives som et notat til bestiller-enheten eller det avdekkes at det bør gjøres en ny kartlegging av saksbehandler.

Det er ikke dokumentert tilfredsstillende halvårlig vurdering av bruker opp mot endring av tjenestebehovet, slik som anbefalinger og egne rutiner beskriver. Revisjonen finner også at lovkravet om årlig oppdatering ofte er brutt. Intervjuer og praksis tilsier at dette skal gjøres kontinuerlig. Dette avviker imiderltid opp mot at en ikke dokumenterer dette i tre av fire saker vi har sett på.

For ikke-registrete personer med demens i Ringerike kommune har demenskoordinator en sentral rolle. Klipp fra kommunens nettside beskriver rollen slik;

Demenskoordinator

Demenskoordinatorens oppgave er å støtte og veilede personer med demens og deres pårørende.

Demenskoordinatoren skal være et bindeledd mellom personer med demens, pårørende og hjelpeapparatet. Samarbeidet med de ulike helse- og omsorgstjenestene i kommunen er tett.

- Kontakt med demenskoordinator er et lavterskeltilbud.
- Du trenger ikke rekvisisjon fra fastlege for å ta kontakt med demenskoordinator.
- Tjenesten er gratis.

I mange tilfeller vil det være naturlig at et samarbeid med demenskoordinator er det første møtet med kommunehelsetjenesten.

Demenskoordinator er et lavterskeltilbud som det ikke trengs vedtak for å henvises til. Alle kan ta kontakt med koordinator, både lege, pårørende og for eksempel naboer. Det nevnes i flere intervjuer at rollen er viktig, men mangler kapasitet.

Fastlegen er også sentral for å kunne avdekke personer med demens med behov for tjenester. Gjennomgang av enkeltsaker viser at det i de fleste saker er kontakt med fastlegen. Det fremkommer imidlertid av intervjuer/samtaler at det varierer i stor grad om leger melder bekymring for demens for sine pasienter.

Vurdering

Vi har indikatorer på at behov for endringer i tjenestebehovet ikke fanges opp tidlig nok ut fra oppdatering av journal og saksbehandlingskapasitet. Samtidig ser vi ut fra gjennomgang i kapittel 4 at det er en stor gruppe personer med demens som ikke er kartlagt mot dette, eller ikke er registrert i kommunen. Dette er ikke direkte kommunens ansvar. Den enkelte selv må velge, og kan ta kontakt med kommunen, pårørende og fastlege om denne har indikatorer på demens. Kommunen kan imidlertid tilrettelegge for at dette gjøres bedre enn hva som gjøres i dag. Blant annet med krav om mer aktiv dialog med fastleger, samt øke kapasitet til rollen demenskoordinator.

5.3. Brukermedvirkning

Krav

- Kommunen bør sikre at tjenestene som gis ivaretar brukers ønsker og interesser

Krav til brukermedvirkning er hjemlet i flere lover. Tjenestetilbudet til hjemmeboende med demens følger av kommunenes plikt til å tilby et forsvarlig, helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud, som slått fast i helse og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Under dette faller også pasientens og brukenes rettigheter til medvirkning og informasjon. Det skal legges stor vekt på hva pasient eller bruker mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 og §§ 3-6 og 3-8. Forvaltningsloven § 17 har også bestemmelser om brukermedvirkning opp mot tildeling av tjenester (enkeltvedtak).

Dokumentasjon

Dette området bygger videre på dokumentasjon som kommer frem i kapittel 4.1 og 4.2 hvor tilbud og tildeling av tjenester beskrives. Vi ser i tillegg på praksis for brukermedvirkning, blant annet ut fra gjennomgang av enkeltsaker, men også noen forhold som har med praksis for tildeling/produksjon av tjenester å gjøre.

I Ringerike kommunes veileder for tildelingspraksis fremkommer følgende kartleggingspraksis; *Tildelingskontoret er etter forvaltningsloven pålagt å foreta nødvendige undersøkelser for å sikre at vedtak og tjenester bygger på korrekt og tilstrekkelig informasjon. Tildeling av tjenester gjøres i nært samarbeid med den som har behov for tjenester, men også andre involverte som pårørende, tjenesteytere innad i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Når tildelingskontoret mottar en søknad, sender saksbehandler som hovedregel ut et foreløpig svar med innkalling til kartleggingssamtale hjemme hos søker eller i tildelingskontorets lokaler i Familiens hus. Opplysningene er viktige for å avgjøre*

om søker har rett til tjenester og for å sikre brukermedvirkning. For å kunne utveksle informasjon med andre, må det foreligge samtykke fra den saken gjelder. Den som søker vil kunne bli bedt om å fylle ut et skjema om at Tildelingskontoret kan utveksle informasjon og samarbeide med andre relevante instanser.

Kartleggingen av pasientjournaler viser mangel ved registrert pårørendekontakt i to av 20 saker og en bruker hadde ikke opprettet en primærkontakt.

Kommunen har et pågående pårørendestøtte-prosjekt rettet mot pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver. Prosjektet avdekket at mange pårørende hadde behov for noen å snakke med, og som et resultat av prosjektet er det opprettet et pårørendesenter. Dette er en lavterskel telefontjeneste som pårørende kan ringe når de trenger noen å snakke med eller få veiledning. I samme prosjekt jobbes det også med å utvikle avlastningstilbudet til pårørende.

I intervjuer kommer det frem tilbakemeldinger på at demensskolen for pårørende er nyttig og viktig. Men det opplyses også i intervjuene at noen pårørende opplever mangler ved tjenestene og opplever frustrasjon og fortvilelse ut fra pårørende som tar kontakt. Grunnen til dette vurderes ofte å gå på manglende rutiner for oppfølging, og at mange føler seg alene i en vanskelig situasjon.

I intervju kom det frem at det er få brukere med demens som har individuell plan. Mange har fått tilbud, på individnivå hvor den enkeltes rettigheter og muligheter til innflytelse på behandlingen de mottar.

I vår gjennomgang av 20 pasientjournaler vurderte vi i samarbeid med fagpersoner at det var to personer ut fra kompleksiteten i sykdomsbilde og tjenestildelingen som hadde rett på individuell plan. Begge disse hadde takket nei til en slik plan.

Kommunen gjennomførte brukerundersøkelsen «Brukertilfredshet blant brukere av hjemmesykepleie og praktisk bistand i Ringerike kommune 2020»

Oppsummering fra undersøkelsen:

Brukerundersøkelsen viser at brukernes overordnede tilfredshet med hjemmesykepleien og hjemmehjelp/ praktisk bistand er meget god. 88 % sier seg helt enig i, eller enig i at de er fornøyde med hjemmesykepleien og 74 % har svart at de er enig i, eller helt enig i at de er fornøyde med den praktiske bistanden.

"Resultat for brukeren er kategorien med størst tilfredshet i undersøkelsen. Hele 85 % av de som svarte på påstanden "de ansatte er omsorgsfulle" sa seg enig eller helt enig i dette.

Minst fornøyde er brukerne med kategorien brukermedvirkning. Kun 49 % er enige i, eller helt enige i at de får være med å bestemme når (hvilket tidspunkt) de skal motta hjelp.

Når vi ser på den historiske utviklingen ser vi at tjenesten har hatt en tendens med gradvis lavere score fra 2013 til 2017, men at denne utviklingen har snudd fra 2017-2020 med en tendens mot høyere score og høyere grad av tilfredshet.

Feilmarginer

I alle statistiske undersøkelser vil det være en viss usikkerhet rundt resultatene siden vi kun har svar fra et utvalg av populasjonen. Nøyaktig fastsettelse av feilmarginen vil basere seg på hvor stor usikkerhet vi er villige til å akseptere. Normalt sett er det vanlig å basere seg på 95 prosents sannsynlighet for at resultatet er riktig.

For denne undersøkelsen, som har en total populasjon på 403 brukere av hjemmebaserte tjenester, har vi fått svar av 92 brukere. På 95 % konfidensnivå gir det oss en feilmargin på 9 %. Vi kan da si at vi er 95 % sikker på at dersom alle brukerne hadde avgitt svar, så ville svarene falle innenfor +/- 9 % av svarene i denne undersøkelsen.

Vurdering

Vi vurderer ut fra vår gjennomgang at kommunen har et system som ivaretar brukermedvirkning på området demens ut fra vår kartlegging av dette. Brukerundersøkelsen fra 2020 viser misnøye rundt brukermedvirkning, særlig opp mot å påvirke når en får tjenester. Vi mener slike undersøkelser burde vært gjennomført regelmessig for å måle trender. Over tre år siden sist er etter vår vurdering for langt tidsintervall for å måle trender og kunne iverksette tiltak ut fra dette. Dette bør være en del av internkontroll og kvalitetssystemet til kommunen som vi ser mer på i kapittel 5.4.

5.4. Dokumentasjon på internkontroll/kvalitetsutvikling

Krav

- Dokumenteres det tilstrekkelig i system for internkontroll/kvalitetsutvikling på området

Krav til internkontroll er hjemlet i lov og forskrift. Kommunedirektørens ansvar for internkontroll er 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.

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.

Det er 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.

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

Dokumentasjon

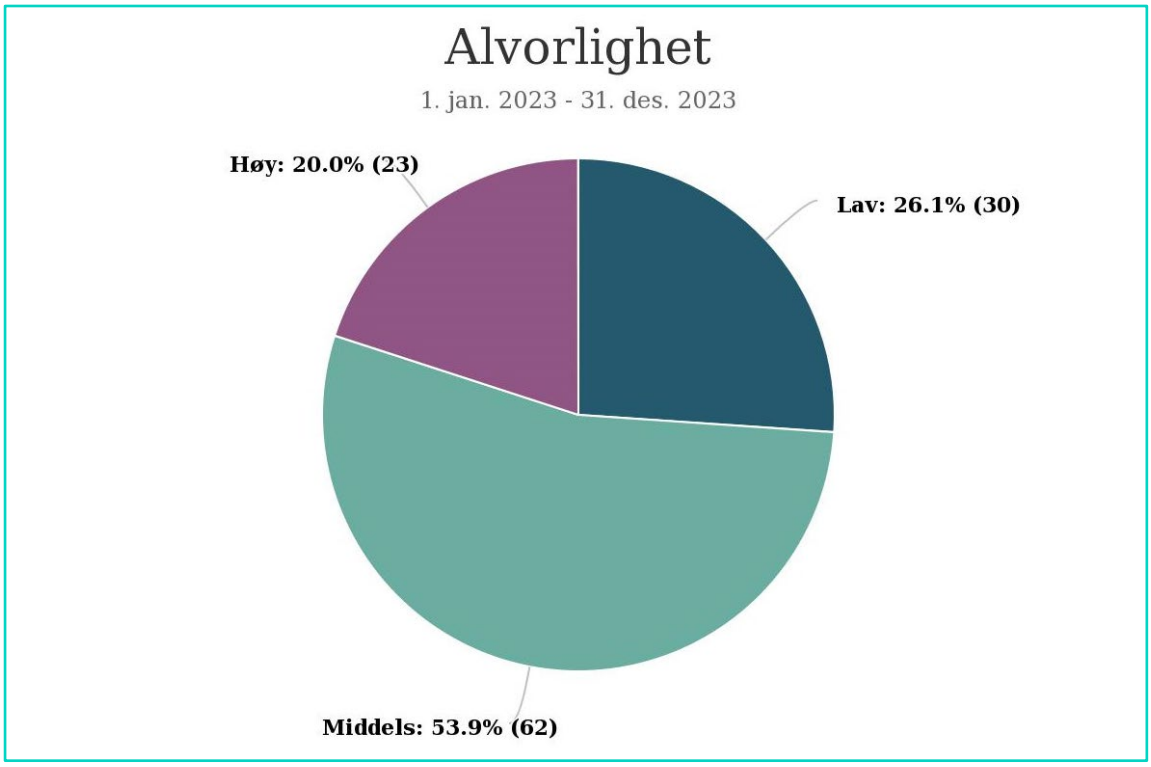
Dette området bygger videre på dokumentasjon som kommer frem i kapittel 4.4.
I tillegg ser vi på praksis blant annet ut fra gjennomgang av enkeltsaker, nye eksempler av kommunens internkontroll.

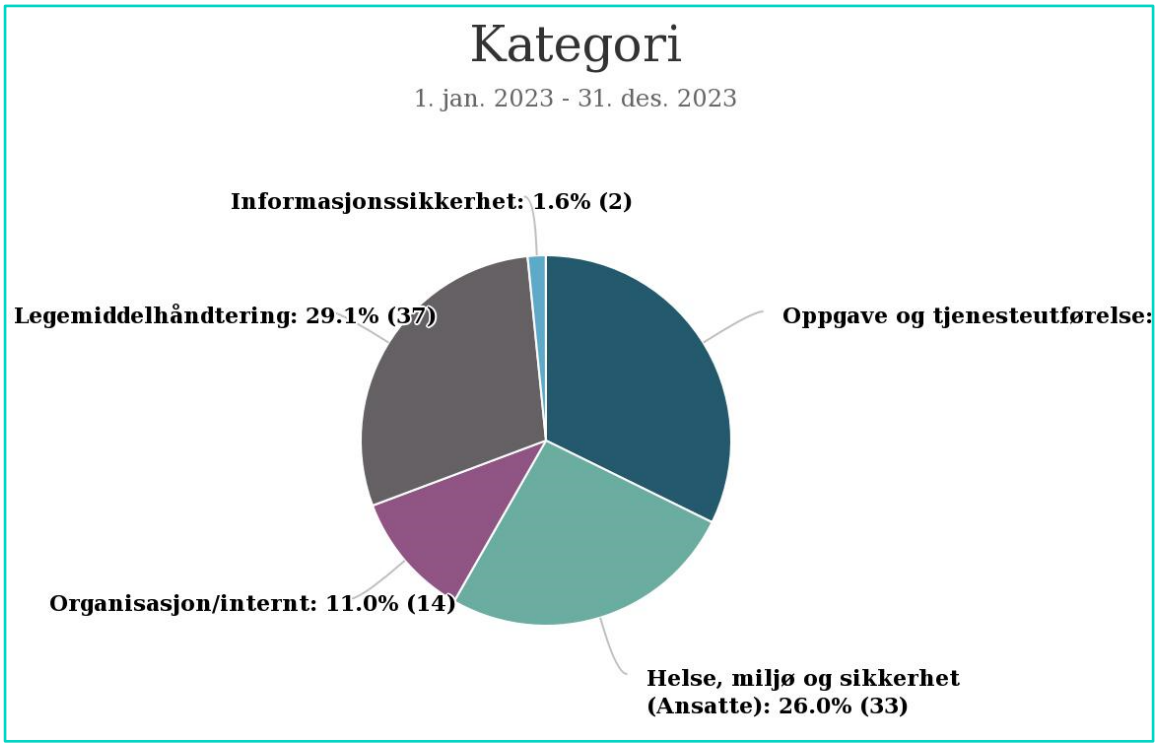
Tabell under viser avvik ved Ambulerende hjemmetjenester Hønefoss siste tre år, der 2021 ikke var et fullt år med avvik og 2023 er heller ikke et helt år. Dette tjenesteområdet er valgt som eksempel på internkontroll, som følge av at tjenesteområdet er ett av de områdene som i stor grad yter tjenester til personer med demens.

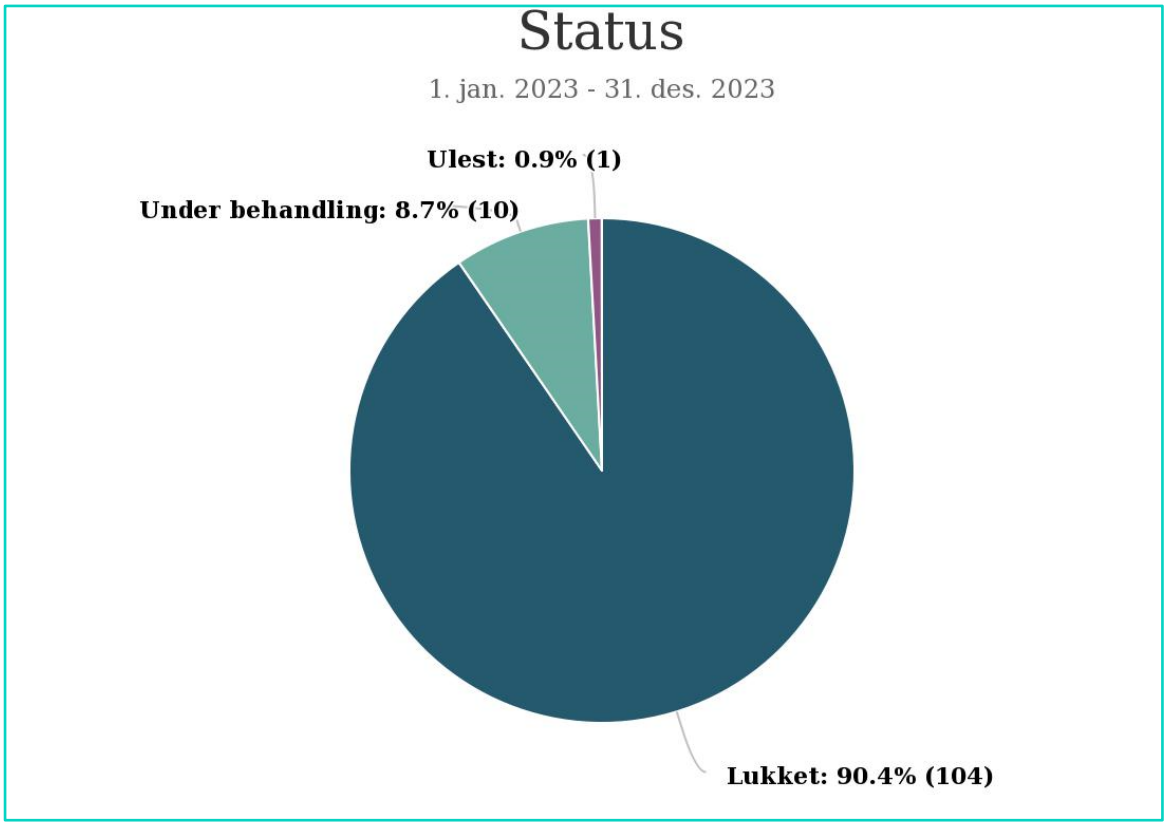
Tabell over avvik meldt ved Ambulerende hjemmetjenester Hønefoss siste 3 år:

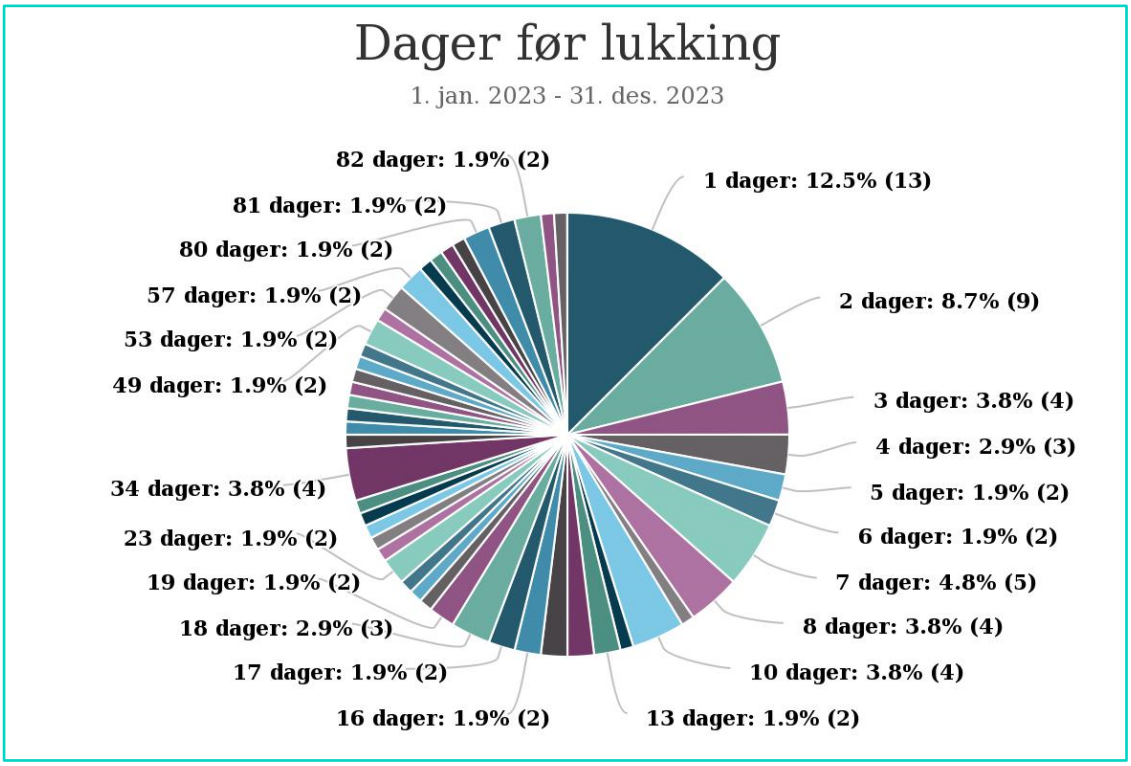
Meldte avvik år	2021	2022	2023
Totalt	71	135	115

Avvik fra 2023 er fordelt slik ut fra eksempler på grupperinger i de fire neste figurene:

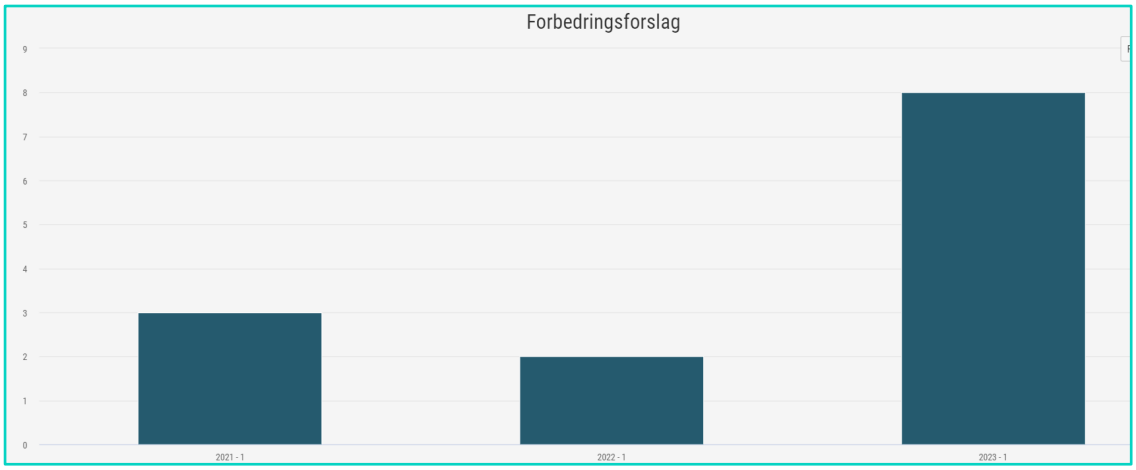





Status
1. jan. 2023 - 31. des. 2023
Ulest: 0.9% (1)
Under behandling: 8.7% (10)
Lukket: 90.4% (104)


Dager før lukking
1. jan. 2023 - 31. des. 2023
82 dager: 1.9% (2)
81 dager: 1.9% (2)
80 dager: 1.9% (2)
57 dager: 1.9% (2)
53 dager: 1.9% (2)
49 dager: 1.9% (2)
34 dager: 3.8% (4)
23 dager: 1.9% (2)
19 dager: 1.9% (2)
18 dager: 2.9% (3)
17 dager: 1.9% (2)
16 dager: 1.9% (2)
13 dager: 1.9% (2)
10 dager: 3.8% (4)
8 dager: 3.8% (4)
7 dager: 4.8% (5)
6 dager: 1.9% (2)
5 dager: 1.9% (2)
4 dager: 2.9% (3)
3 dager: 3.8% (4)
2 dager: 8.7% (9)
1 dager: 12.5% (13)

For helse og omsorgsområdet er det en økende trend til forbedringsforslag:



Vår gjennomgang av journaler viser svakheter med dokumentasjon på områder der det burde vært bedre internkontroll, slik som halvårlig vurdering av ADL.

Vurdering

Kommunen har etablert internkontroll på helse og omsorgsområdet. Denne synes til dels å fungere tilfredsstillende, men vi ser svakheter opp mot tilpassing av avvik, sen lukking av avvik og læring og tiltak ut fra egen internkontroll. Særlig gjelder dette området vi har sett på. Det kan være at tiltak er løftet og lagt på nivå over, som er Helse og omsorg. Vi har imidlertid ikke prioritert å analysere avvik og tiltak opp mot dette, ut fra ressurser til rådighet prosjekt.

5.5. Samlet vurdering opp mot problemstilling 2

Dette kapittelet belyser problemstillingen; *I hvilken grad er tjenestetilbudet til personer med demens tilpasset den enkeltes behov*?

Dette har vi gjort ved å utlede ett revisjonskriterium opp mot problemstillingen; **Tjenestetilbudet til personer med demens skal være tilpasset den enkeltes behov.**

For revisjonskriteriet har vi sett på følgende krav:

- Kommunen må gi personer med demens et tilstrekkelig tjenestetilbud.
- Kommunen skal avdekke om personer med demens har behov for endringer i tjenestetildelingen
- Kommunen bør sikre at tjenestene som gis, ivaretar brukers ønsker og interesser
- Dokumenteres det tilstrekkelig i system for internkontroll/kvalitetsutvikling på området

Opp mot problemstillingen vurderer vi følgende styrker og svakheter:

Styrker:

- Tjenestetildelingen synes riktig opp mot egen standard og krav
- Rutinen for brukermedvirkning synes tilfredsstillende fra vår gjennomgang til tjenesteleveranse
- System for interkontroll har potensiale

Svakheter:

- Regelmessigheten for vurdering av endring i behov for tjenester er for lav for de saker vi sett på
- Klarere krav til tjenesteproduksjon opp mot blant annet antall ansatte som gir en bruker tjenester
- Kapasitet saksbehandling og demenskoordinatorrollen
- Brukermedvirkning kan bedres i den praktiske tjenestetildelingen

6. Konklusjon

Basert på vår gjennomgang i kapittel 4 og 5 vurderer vi følgende opp mot kommunens styrker og svakheter ut fra det krav vi har sett på opp mot problemstillingene og revisjonskriteriene.

Vi lister opp følgende styrker og svakheter ved vår gjennomgang:

Styrker

- Dekkende rutiner for utredning og saksbehandling
- Har oversikt over kompetanse og planer om å sikre tilstrekkelig kompetanse
- Har på plass system for internkontroll
- Tjenestetildelingen synes riktig opp mot egen standard og krav
- Rutinen for brukermedvirkning synes tilfredsstillende ut fra vår gjennomgang av tjenesteleveranse

Svakhet

- Demensplan på området gikk ut i 2020
- Arbeidet med, og planer rundt brukergruppen personer med demens er i mindre grad dokumentert
- Dokumentering og planlegging av kapasitet i tjenesteproduksjon for gruppen personer med demens er ikke tilstrekkelig
- Manglende aktiv strategi for å avdekke personer med demens
- Manglende aktivering, mer bruk av frivillighet på området
- Regelmessigheten for vurdering av endring behov tjenester er for lav for de saker vi har sett på
- Uklare krav til tjenesteproduksjon opp mot blant annet antall ansatte som gir en bruker tjenester
- Lav kapasitet innen saksbehandling og demenskoordinatorrollen
- Brukermedvirkning kan bedres i den praktiske tjenestetildelingen
- Kultur for internkontroll og kvalitetsutvikling har forbedringspotensial

Konklusjon opp mot problemstillingene

Når det gjelder **problemstilling 1**, i hvilken grad tilrettelegger kommunen for at personer med demens kan bo lengst mulig i eget hjem, mener vi at kommunen i **vesentlig grad**[12] tilrettelegger for dette. Men det er en fare for at mange med demens fanges opp for sent eller søker hjelp for sent, slik at det blir utfordrende å tilrettelegge for at bruker kan bo hjemme. Det ser også ut til at det kan bli en utfordring for kommunen å klare denne tilretteleggingen i fremtiden, om prognoser for tjenestebehov innen helse og omsorg i kommunen viser seg å stemme, målt opp mot dagen kapasitet for tjenesteproduksjon.

[12] Se skala definert i kapittel 1.3

Når det gjelder **problemstilling 2**, i hvilken grad er tjenestetilbudet til personer med demens tilpasset den enkeltes behov, ser vi at dette gjøres i **stor grad**, men vi ser også at en muligens ikke fanger opp endringer i personers behov godt nok. Dette er videre ikke tilfredsstillende dokumentert slik vi vurderer det.

For mer verbale vurderinger vises det til vurderinger i underkapitlene i kapittel 4 og 5.

7. Anbefaling

Kommunen bør:

- Sørge for å ferdigstille revidert plan for demensområdet, og innarbeide tiltak i denne i økonomi og handlingsplan
- Vurdere å øke saksbehandlingskapasitet, kapasitet i demenskoordinatorrollen og å utvide aktivitetstilbud for personer med demens slik som dagsenter/aktivitør
- Vurdere å utføre prognoser på fremtidig behov for tjenester på området demens i kommunen og beregne konsekvenser av dette mot behov for endringer i tjenestetilbud i fremtiden
- Vurdere å innføre en aktiv strategi for å fange opp personer med demens tidlig

Drammen, den 12. desember 2023.

Torkild Halvorsen leder forvaltningsrevisjon	Gjermund Røren forvaltningsrevisor	Line Galston prosjektmedarbeider

Referanser:

- Kommuneloven
- Plan- og bygningsloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten "... og bedre skal det bli." Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Helsedirektoratet 2005-2015.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- Pasientjournalforskriften
- Nasjonal strategi «Leve hele livet»
- Helse- og omsorgsdepartementets Demensplan 2025
- Nasjonal faglig retningslinje om demens
- Meld. St. 15 (2017 – 2018) Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre
- Prop. 66 L (2018 – 2019) Proposisjon til Stortinget - Endringar i helse- og omsorgstenestelova (dagaktivitetstilbod til heimebuande personar med demens)
- [13]Kommunens overordnede planer og styringsdokumenter slik som kommuneplan, handlingsplan
- Kommunens planer, rutiner og retningslinjer på området

[13] Dokumentasjon innhentet i prosjekt kommer frem i sin helhet av elektronisk mappe prosjekt og de vesentlige kildene til informasjon er fysisk lagret på denne.

Vedlegg 1 - Kommunedirektørs uttalelse

Fra: Christine Myhre Bråthen
Til: Gjermund Roren
Kopi: Eva Jeanette Flåten; Torkild Halvorsen; Line Galston; Tore Isaksen
Emne: SV: Rapport til uttalelse
Dato: fredag 8. desember 2023 09:28:36

Takk for tilsendt foreløpig rapport. Kommunedirektøren er tilfreds med det som er kommet frem. Rapporten synliggjør at Ringerike kommune i stor grad har mye på plass, og dette er et fagfelt som hele tiden vil utfordres ettersom innbyggere utvikler symptomer på denne sykdommen veldig forskjellig. Grunnleggende systemer og kompetanse er derfor viktig for å kunne oppdage, samt iverksette tiltak. Et demografisk skifte er over oss, og kommunedirektøren tror at dette er et fagfelt som kommer til å bli utfordrende når antall eldre over 80 år øker kraftig. Sektor Helse og omsorg har arbeidet med systemer og struktur over tid. Dette kommer godt frem i rapporten. Kommunedirektøren er også kjent med at sektoren er godt i gang med revidering av demensplan, og vil legge denne frem innen neste halvår. Planen vil vise utfordringsbildet sammen med en framskrivning av behov, og prognostiske tall for personer som utvikler demens i Ringerike kommune.
Utover dette har kommunedirektøren ingen ytt ligere innspill.

Med vennlig hilsen

Christine Myhre Bråthen
Kommunalsjef
Helse og Omsorg

Ringerike kommune
Postbox 123, sentrum
N-3502 Hønefoss
Norway

Besøksadresse:
Rådhuset, Osloveien 1, 3511 Hønefoss

Telefon:
Sentralbord +47 32 11 74 00
Mobil +47 95 16 16 50
christine.myhre.brathen@ringerike.kommune.no
http://www.ringerike.kommune.no

Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon

Nedenfor følger et kort resyme av RSK 001, med de viktigste punktene som skal følges.

Fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020 og gjort gjeldende som god kommunal revisjonsskikk for forvaltningsrevisjoner med oppstartsbrev sendt etter 30.09.2020.

Standarden er bygget opp med 34 punkter bestående av grunnleggende prinsipper og revisjonshandlinger i forvaltningsrevisjon, hvor noen er anbefalinger og noen er obligatoriske krav. Standarden fastsetter normer for planlegging, gjennomføring og rapportering av forvaltningsrevisjon i kommuner, fylkeskommuner og i (fylkes)kommunalt eide selskap.

Gjennomføring av forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave i kommuner og fylkeskommuner[14], og kontrollutvalget skal påse at det utføres forvaltningsrevisjon. Det skal utarbeides en plan for forvaltningsrevisjon som viser på hvilke områder det skal gjennomføres forvaltningsrevisjoner. Denne skal baseres på en risiko- og vesentlighetsvurdering, og den skal vedtas av kommunestyret eller fylkestinget selv.

Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger. Forvaltningsrevisjon skal ikke overprøve politiske prioriteringer som er foretatt av kommunens eller fylkeskommunens folkevalgte organer.

Punkt	Innhold
	Innledning
1-3	Krav til revisor
4-8	Bestilling og problemstilling
9-13	Revisjonsdialogen
14-15	Revisjonskriterier
16-19	Metode og data
20-22	Vurderinger og konklusjoner
23	Anbefalinger
24-28	Rapport
29-31	Dokumentasjon
32-34	Kvalitetssikring og kvalitetskontroll

Krav til revisor:

Det skal utpekes en oppdragsansvarlig for hvert oppdrag i forvaltningsrevisjon, og denne er ansvarlig for å påse at standardens krav er oppfylt. Oppdragsansvarlig revisor skal sikre at forvaltningsrevisjonen gjennomføres med tilstrekkelig kunnskap om og ferdigheter i relevante metoder, og med tilstrekkelig kunnskap om temaet som revisjonen omhandler. Revisor skal være uavhengig og objektiv ved utførelsen av sine oppgaver.

Bestilling og problemstilling:

Forvaltningsrevisjonen skal gjennomføres i samsvar med kontrollutvalgets bestilling, og revisor skal vurdere om kontrollutvalgets bestilling lar seg gjennomføre. Revisor skal forsikre seg om at kontrollutvalget og revisor har lik forståelse av oppdraget, at rammene er tilstrekkelig klarlagt, og om nødvendig avklare bestillingen med kontrollutvalget.

[14] LOV 2018-06-22 nr 83, Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), syvende del, kapittel 22 til 26, §§ 22-1 til 26-1

Revisor skal sikre at det utarbeides problemstillinger som er tilstrekkelig konkretisert og avgrenset til å kunne besvares, og at de er egnet til å besvare kontrollutvalgets bestilling. Dersom det er behov for å endre problemstillinger underveis slik at det kan ha betydning for gjennomføringen av oppdraget, skal dette avklares med kontrollutvalget.

Revisor skal utarbeides en skriftlig prosjektplan for hver forvaltningsrevisjon, som redegjør for problemstillinger, revisjonskriterier eller grunnlaget for disse, og metodebruk.

Revisjonsdialogen:

Revisor skal iverksette tiltak som er egnet til å sikre god dialog med revidert enhet, øvrige involverte og andre relevante aktører. Senest før datainnsamling starter skal revisor sende oppstartsbrev til kommunedirektøren (alt. selskapet). Som hovedregel skal det avholdes oppstartsmøte hvor det redegjøres for bakgrunn, problemstillinger, revisjonskriterier, informasjonsbehov og planlagt gjennomføring av forvaltningsrevisjonen.

Utkast til rapport skal sendes kommunedirektøren (alt. selskapet som er gjenstand for forvaltningsrevisjon), og uttalelsen skal fremgå av rapporten i sin helhet. Endelig rapport skal oversendes kontrollutvalget, med kopi til kommunedirektøren (alt. selskapet).

Revisjonskriterier:

Med utgangspunkt i problemstillinger skal revisor etablerere revisjonskriterier utledet fra autoritative eller anerkjente kilder innenfor det reviderte området. Kildene skal presenteres for revidert enhet, som skal gis anledning til å komme med innspill. Revisjonskriteriene skal være relevante, konkrete og i samsvar med de kravene som gjelder for revidert enhet innenfor den aktuelle tidsperioden.

Metode og data:

Revisor skal sikre dataenes relevans (gyldighet, validitet) for problemstillingen, og datainnsamlingen skal gjennomføres på en måte som sikrer dataenes pålitelighet (reliabilitet). Metodevalg skal begrunnes og eventuelle svakheter i datamaterialet skal synliggjøres. Det skal innhentes data i tilstrekkelig omfang til å kunne gjøre vurderinger og svare på problemstillingene. Data som er fremkommet muntlig skal nedtegnes skriftlig og bekreftes av kilden. Personopplysninger skal behandles i tråd med kravene i personopplysningsloven.

Vurderinger, konklusjoner og anbefalinger:

Revisor skal vurdere innsamlede data opp mot revisjonskriteriene, og dersom det avdekkes vesentlige avvik skal det komme tydelig frem i rapporten. Vurderinger må være objektive, og med bakgrunn i disse skal revisor konkludere i forhold til problemstillingene.

Anbefalinger er ikke obligatorisk, men skal gis der dette er hensiktsmessig ut fra data, vurderinger og konklusjoner. Anbefalinger skal ikke gis i form av detaljerte løsninger.

Rapport:

Det skal skrives rapport til hvert forvaltningsrevisjonsprosjekt, og rapporten skal utformes så leservennlig som mulig med hensyn til språk og struktur.

Rapporten skal vise sammenhengen ("den røde tråden") mellom problemstillinger, revisjonskriterier, innsamlede data, vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger, og det skal være et klart skille mellom hva som er presentasjon

av data (fakta) og hva som er revisors vurderinger. Praksis eller tilstand innen det reviderte området skal beskrives i et omfang som i tilstrekkelig grad underbygger revisors vurderinger og konklusjoner.

Dokumentasjon:

Forvaltningsrevisjon skal dokumenteres på en måte som er tilstrekkelig til å gi en totalforståelse av utførelsen av prosjektet, og til å underbygge revisors vurderinger og konklusjoner. Forhold som tilsier at det kan foreligge misligheter eller feil, skal dokumenteres særskilt. Det samme gjelder dersom det avdekkes åpenbare brudd på annet regelverk enn det som inngår i revisjonen. Dokumentasjon skal oppbevares i minst 10 år.

Kvalitetssikring og system for kvalitetskontroll

Utførelse av forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres, og denne skal dokumenteres. Den skal sikre at undersøkelse og rapport har nødvendig faglig og metodisk kvalitet og følger denne standard.

Revisjonsenheten skal dokumentere et system for kvalitetskontroll.

Vedlegg 3 – Metode beskrivelser

Prinsipper for metodebruk i forvaltningsrevisjon følger av *"RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon"*[15] som er vedtatt av Norges Kommunerevisorforbund (NKRF). Denne bygger i stor grad på samfunnsvitenskapelig metode om etterprøvbarhet av funn, og rettslige prinsipper om at revidert enhet skal kunne få frem sitt syn (kontradiksjon) ut fra vår gjennomgang og vurdering av område vi ser på.

Sett i lys av en forvaltningsrevisjons begrensede ressursramme, samt hensiktsmessigheten i forhold til dens formål, er dokumentasjonen og sikring av denne ikke så omfattende som kravene som settes til vitenskapen og domstolene. Ut fra en vitenskapelig og filosofisk side er det ingen informasjon/dokumentasjon som er helt objektiv eller kilde som er 100% pålitelig.

I forvaltningsrevisjon tilstreber vi at vurderinger og anbefalinger skal gjøres på et objektivt og etterprøvbart grunnlag. Ofte er problemstillingene i en forvaltningsrevisjon mer lukkede og definerte enn forskning og etterforskning. Dette påvirker også våre valg av metode. En av hovedhensiktene med forvaltningsrevisjon er å få til læring og endring om det vurderes behov for dette. Ofte vil dette også skje gjennom prosessen når vi gjennomfører en forvaltningsrevisjon. Ved at det settes fokus på et tema og/eller område, vil ofte den reviderte selv se behov for endring.

Det å pålegge endring er en politisk prosess som er gjenstand for saksbehandling. Av den grunn vil ikke våre vurderinger få direkte virkning for å sette i gang endringsprosesser. Gjennom å fremme vurderinger, og eventuelt anbefalinger, som er relevante for problemstillingene søker vi å bidra til utvikling i den reviderte enhet.

I prosjekter kan vi benytte oss av kvalitative og kvantitative metoder[16]. Kvalitativ metode vektlegger forståelse og analyse av sammenhenger i en prosess hos den enkelte. De er viktige for å utvikle bedre forståelse av individer, i forhold til for eksempel motivasjon, følelser, holdninger og kognitive prosesser. Kvantitativ metode består av opptelling av fenomener eller kjennetegn ved en gruppe individer. Det brukes for å analysere et stort antall enheter, som for eksempel land, personer eller bedrifter. Kvalitative og kvantitative metoder er supplerende metoder som ikke kan erstatte hverandre.

[15] Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon

[16] Store norske leksikon – https://snl.no/kvalitativ_metode og https://snl.no/kvantitativ_metode

Eksempler på aktuelle metoder for innsamling og analyse av informasjon / fakta ved forvaltningsrevisjon:

- Dokumentanalyse
- Samtaler / intervju / gruppeintervju
- Spørreundersøkelser
- Statistiske analyser
- Trendanalyser
- Økonomiske analyser (som regnskapsanalyse)
- Case
- Scenarioanalyse
- Observasjon

I denne revisjonen har vi benyttet følgende metoder:

Dokumentanalyse

Dokumentanalyse består av å hente informasjon fra planer, rapporter, rutiner, vedtak, referater og lignende.

Styrkene ved dokumentanalyse er at informasjonen er skriftlig, og i mange tilfeller har flere personer vært involvert i utarbeidelsen av den. Er dokumentasjonen utarbeidet av den reviderte kan den antas å ha stor grad av pålitelighet. Er dokumentasjonen utarbeidet av, eller på vegne av, noen med en saksinteresse, er det grunn til å være mer forsiktig i bruken av dem.

Dokumentanalyse er ofte hensiktsmessig i forvaltningsrevisjon, siden det ofte finnes mange dokumenter med relevante data for våre undersøkelser. Svakheten er at dokumentanalyse i seg selv bare fanger opp det som er skriftlig dokumentert. For å motvirke dette vil dokumentanalyse ofte benyttes i kombinasjon med andre metoder.

Samtaler / intervju

Samtaler, intervju og/eller gruppeintervju egner seg godt til å undersøke åpne, beskrivende problemstillinger, og særlig der det er begrenset med skriftlig informasjon / dokumentasjon.

Utfordringer er å vurdere om det i tilstrekkelig grad gir et helhetlig og «korrekt» bilde av virkeligheten. Utvalgets størrelse og hvordan man velger ut hvem som skal intervjues vil ha betydning for påliteligheten.

Ved gjennomføring av intervjuer skal det føres referat fra samtalen, og de som er intervjuet skal i ettertid verifisere at referatet gir en riktig fremstilling av deres syn på et tema og/eller område.

Statistiske analyser

Statistikk dreier seg om analyse av tallfestede dataobservasjoner, og er et sentralt verktøy når man skal analysere kvantitative data. Det er også egnet for å analysere data der hvor man kan etablere sammenlignbare størrelser som kan kvantifiseres.

Den enkle formen for statistikk er beregninger som gjennomsnitt, median og prosentandeler. Den mer teoretiske delen er basert på sannsynlighetsteori, hvor begreper som tilfeldighet og usikkerhet står sentralt.

Det finnes flere ulike tilnærminger for statistisk analyse, og disse ulike tilnærmingene er ofte overlappende og brukes ofte om hverandre.

- *Deskriptiv statistikk* presenterer data gjennom tall og figurer, som eksempelvis gjennomsnitt, standardavvik, korrelasjon, histogramer og spredningsplott.
- *Statistisk inferens* søker å trekke konklusjoner om populasjonen basert på et utvalg som er heftet med usikkerheter gjennom bruk av modeller. Dette deles ofte inn i hovedområder som estimeringsteori, statistisk hypotesetesting og statistisk beslutningsteori.
- *Eksplorativ statistikk* er en tilnærming som prøver å analysere data for å finne hypoteser som kan testes. Disse metodene kan basere seg på enkel manuell gransking av tall og figurer, eller mer beregningsmessige metoder som for eksempel clusteranalyse.

Trendanalyser

Trendforlengelse er en kvantitativ prognosemetode som prøver å fremskrive trender for å gi et bilde av en mulig fremtid ved å fremskrive utviklingen. Trender er utviklingslinjer i et statistisk materiale. Kurvefremskrivning er å forlenge (ekstrapolere) kurven/trenden som vises grafisk eller matematisk inn i fremtiden.

Den vanligste trendmetoden er tidsrekkeanalyse er den vanligste metoden for trendanalyse. Det er en kvantitativ metode som benytter historisk utvikling for å finne underliggende mønstre som gjør det mulig å forlenge en trend inn i fremtiden. Ved bruk av ulike statistiske metoder prøver man å skille vekk tilfeldige variasjoner, for å komme frem til en signifikant trend. Mønstre i tidsrekkeanalyser kan være lineære og eksponensielle trender, sesongvariasjoner, konjunkturvariasjoner eller korrelasjon.

Vedlegg 4 – Utdrag fra kilder til revisjonskriterier/krav

Dette vedlegget beskriver utdrag fra lovverk og retningslinjer vi bygger på når vi har definert Revisjonskriterier/krav opp lovkrav og retningslinjer. Beskrivelsen er inndelt i beskrivelser av lovkrav og retningslinjer/statelige føringer. Beskrivelsene vi har omhandler i hovedsak de krav vi har utledet slik som krav til å planlegge virksomhet, fange opp/utrede/tjenestetildelingen opp mot personer med demens, medvirkning, kompetansekrav og internkontroll.

- ## Lovkrav

Krav til planlegging av kommunens tjenestetilbud

Plan- og bygningsloven sier at kommuneplanprogrammet kan samordnes med planstrategien ut fra §11-1 – Kommuneplan. Kommunen skal ha en samlet kommuneplan som omfatter samfunnsdel med handlingsdel og arealdel. Kommuneplanen skal ivareta både kommunale, regionale og nasjonale mål, interesser og oppgaver, og bør omfatte alle viktige mål og oppgaver i kommunen. Den skal ta utgangspunkt i den kommunale planstrategien og legge retningslinjer og pålegg fra statlige og regionale myndigheter til grunn. Det kan utarbeides kommunedelplan for bestemte områder, temaer eller virksomhetsområder. Kommuneplanen skal ha en handlingsdel som angir hvordan planen skal følges opp de fire påfølgende år eller mer, og revideres årlig. Økonomiplanen etter kommuneloven § 44 kan inngå i handlingsdelen.

Når det det gjelder planer er formålet med helse- og omsorgstjenesteloven blant annet å forebygge og behandle og tilrettelegging for mestring av sykdom, sikre tjenestetilbudets kvalitet og sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov, jfr. §1-1.

Tjenestetilbudet til hjemmeboende med demens følger av kommunenes plikt til å tilby et forsvarlig, helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud, som slått fast i helse og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Under dette faller også pasientens og brukernes rettigheter til medvirkning og informasjon.

Plikten til å planlegge innebærer videre at kommunen må å 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 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.

Kravet til planlegging 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 å til enhver tid kunne tilby nødvendige og forsvarlig tjenester.

Krav til å avdekke behov for helsetjenester

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. Det kommunale selvstyret utøves imidlertid innenfor de rammer nasjonal lovgivning fastsetter jf. kommuneloven § 2-1.

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 hjelpetrengendes behov ut ifra en helse- og sosialfaglig vurdering. Dette er en minstestandard, som kommunen ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi.

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.

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. 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 om henvisning og samarbeid med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier det.

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.

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. Forsvarlighetskravet er dermed grunnleggende for all saksbehandling, tjenestetildeling og tjenesteyting innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Forvaltningslovens regler om enkeltvedtak gjelder blant annet for helsetjenester i hjemmet. 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. 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.

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 må imidlertid balanseres mot hensynet til effektiv forvaltning og riktig bruk av offentlige ressurser.

Det er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a som er det rettslige utgangspunktet for vurderingen av den enkeltes rett til kommunale helse- og omsorgstjenester. 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 hjelpetrengendes behov ut ifra en helse- og sosialfaglig vurdering.

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.

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.

Journalføring har en sentral plass i helsepersonells yrkesutøvelse og er helt avgjørende for å sikre kontinuitet, kvalitet og sikkerhet i tjenestene. 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. Helsepersonell skal blant annet journalføre de råd og den informasjon som er gitt og hovedinnholdet i dette, jf. pasientjournalforskriften §7 .

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. IPLOS bør oppdateres ved behovsendring og ved nytt vedtak om tjenester.

Det å motta helse og omsorgstjenester er i stor grad frivillig og kommunens krav til fange opp brukere som selv ikke søker hjelp, er begrenset. Selv i visse nødstilfeller kan pasient kan en nekte hjelp. Blant annet fremgår følgende; Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 kan pasienten på visse vilkår "oppheve" nødrett som grunnlag for å yte helsehjelp. Bestemmelsen gir tre unntak fra hjelpeplikten i helsepersonelloven § 7. Det gjelder retten til å nekte blodoverføring eller å avbryte en sultestreik – når øvrige vilkår i bestemmelsen er oppfylt. I tillegg kan døende nekte livsforlengende behandling. Retten til å nekte akutt hjelp i disse situasjoner forutsetter at pasienten er over 18 år.

Krav til kompetanse

Kommunen må innen helse- og omsorgstjenesten ha personell som utfører tjenestene og er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Kommunen må også sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. 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.

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.

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

Brukermedvirkning

Som nevnt tidligere under planlegging, skal tjenestetilbudet til hjemmeboende med demens en del av kommunenes plikt til å tilby et forsvarlig, helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud, som slått fast i

helse og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Under dette faller også pasientens og brukenes rettigheter til medvirkning og informasjon.

Det skal også legges stor vekt på hva pasient eller bruker mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 og §§ 3-6 og 3-8.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator stiller krav til at helse- og omsorgstjenestene tilbyr pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester koordinator uavhengig av om pasienten ønsker individuell plan eller ikke, jf. forskriften § 21 og 22.

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. 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.

Forvaltningsloven krever også brukermedvirkning i tildelingsprosessen av tjenester.

Internkontroll

Kommunedirektørens ansvar for internkontroll er 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.

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, pasient- og brukersikkerhet og at krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §1.

Det er 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.

Retningslinjer og statlig føringer

Planlegging

Det er et nasjonalt mål at eldre skal få bo i egen bolig lengst mulig, så lenge de kan og vil.

Nasjonal demensplan (2020-2025) viser til at flertallet av personer med demens bor hjemme og ønsker å fortsette med det. Samtidig er det kjent at det ofte kan bli en utfordring å mestre daglige aktiviteter, både for den det gjelder, og for pårørende og nærkontakter. Det er viktig at tiltak settes inn tidlig, og at en gjennom veiledning og tilrettelegging legger til rette for egenmestring.

Dette fordrer at kommunen har et tilbud som tilrettelegger for at dette er mulig og forsvarlig. I dette ligger det blant annet at personer med demens vil ha et større behov for trygghet og forutsigbarhet, og dette er noe kommunene må tilstrebe også ved tjenester som ytes i hjemmet. Dette omfatter en planlegging av tilbudet i hjemmet som tar ned antall personer som yter tjenestene i løpet av et gitt tidsrom, samt informasjon og oppfølging av ulike tilbud og aktiviteter.

Tjenestetilbudet

Ved tjenester i hjemmet, vil det også kunne være behov for et tilbud om avlastning og støtte til pårørende som bor sammen med tjenestemottaker. Ifølge demensplanen til staten erfarer pårørende at organisering og oppfølging ofte blir deres oppgave og ansvar. Pårørende trenger støtte gjennom hele sykdomsforløpet, også i tidlig fase av sykdommen.

Når demenssykdommen utvikler seg, vil man få behov for mer struktur og støtte for å klare hverdagen og opprettholde sin funksjonsevne. For å imøtekomme dette må det finnes et mangfold av tilbud som ivaretar sosiale og fysiske behov. Disse tilbudene må tilrettelegges ut fra den enkeltes behov og kan være alt fra lavterskeltilbud fra frivillige til tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Mange har nytte av dagaktivitetstilbud tilpasset den enkeltes interesser og behov for aktivitet og oppfølging. Organisering av tilbudet må også være tilpasset pårørendes behov for avlastning.

Rettidig utredning og diagnostikk er en forutsetning for å yte effektiv helsehjelp til pasienter med mistanke om demens. Utredningen skal alltid baseres på frivillighet. 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. 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.

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.

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 personen kjøreevne.

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.

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. 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.

På grunn av den høye forekomsten av parallelle sykelighet hos personer med demens er god informasjonsflyt mellom legevakt, fastleger, sykehjemsleger, spesialisthelsetjenesten og personale i hjemmetjenesten/sykehjemstjenesten nødvendig for å sikre forsvarlige tjenester.

Nasjonalt senter for aldring og helse påpeker også at bør derfor finnes gode 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 motta 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.

Ifølge statlige retningslinjer 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. Kontaktpersonen må ta initiativ til samtale og gi individuell støtte, samt ha god oversikt over tilbud i kommunen. Kontaktpersonen skal tilby oppfølging fra utredning og videre gjennom sykdomsforløpet. Kommunens kontaktperson kan være en ansatt fra demensteamet, fra hjemmetjenesten eller en annen ansatt i kommunen.

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, 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. 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 må få for at den enkelte skal få nødvendige tjenester av forsvarlig kvalitet.

Kompetanse

Statlige retningslinjer 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 nødvendig, 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, legemiddelbehandling, samt etikk og lovhjemler for bruk av tvang. 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, lindrende behandling og de vanligste nevrologiske tilstandene i tillegg til demenssykdom.

Ifølge den statlige retningslinjen for demens bør personell både ha kunnskap om og yte personsentrerte helse- og omsorgstjenester. Det innebærer at personell skal yte omsorg, der personens behov settes i fokus. Det er utviklet egne metoder som kan bidra til personsentrert omsorg for personer med demens. 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.

Statlige retningslinjer 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.

Brukermedvirkning

Det fremgår av Helsedirektoratets retningslinjer for demens at tilrettelagt informasjon og brukermedvirkning er viktig for å skape gode tjenester for personer med demens. Pasienter og brukere har rett til medvirkning og informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven kap. 3. Det vil være særlig viktig for pasienter med behov for omfattende og langvarige tjenester, som ofte er tilfellet for personer med demens.

Etter disse reglene har pasient og bruker rett til å medvirke ved gjennomføringen av tjenestene, og medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasient eller bruker mener ved utforming av tjenestetilbud.

Internkontroll

Krav er kun utledet ut fra lov og forskrift og revisjonens egen kunnskap på området.

Vedlegg 5 – Skjema for kartlegging tjenester til bruker

Saksbehandling og dokumentasjon av tjenestetildelingen av helse- og omsorgstjenester for personer med demens i Ringerike kommune

Identifisering av bruker (brukernr. Gerica):

Er følgene vurdert og dokumentert:	**Ikke akt.**	**OK**	**Man gel**	**Merknader og fremlagt dokumentasjon**
Hvordan er utredning rundt brukers demens dokumentert? 1. Søknad 2. Kartlegging av bruker 3. Dialog fastlege/spesialisthelsetjeneste 4. Primærkontak) 5. Dialog pårørende 6. Tester (MMSE-test)? 7. Diagnose				
Er IPLOS oppdatert og hva er snitt eller enkelte svake score som vil si behov for hjelp.	Snitt: Antall svake ADL score 3 eller mer;			Kommentar:
Er tjenesten regelmessig vurdert/evaluert i forhold til effekt tjenester og eventuelle endrede behov?				
Hvilke tjenester er innvilget og er disse relevant/evaluert som relevante bruker jf sosial kontakt med mer?				
Er det utarbeidet helhetlig plan (IP) opp mot bruker (ses opp mot hjelpebehovet, bør ha plan, men sammensattbehov krav IP)?				
Har bruker dagaktiviteter/sosiale aktiviteter?				
Er det dokumentert regelmessig dialog og samarbeid med pårørende?				
Antall ansatte som har kontakt med bruker en uke (valg uke 32, 7.8-13.8- 2023)				

Er følgene vurdert og dokumentert:	Ikke akt.	OK	Man gel	Merknader og fremlagt dokumentasjon
Antall ansatte som gir tjenester og om de har særskilt kompetanse på demens?				
Fremstår saken fullstendig og er pasientjournal oppdatert regelmessig. (Arkivering/orden/fullstendighet)?				
Annet relevant:				
Kommentarer opp mot gjennomgangen saksbehandlingen/dokumentasjon:				

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 117, 3540 Nesbyen