ROMERIKE REVISJON IKS

FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT NR. 9-2023

TJENESTETILBUDET TIL HJEMMEBOENDE PERSONER MED DEMENS

LILLESTRØM KOMMUNE

SEPTEMBER 2023

INNHOLD

SAMMENDRAG I
Anbefalinger iv
Kommunedirektørens uttalelse til rapporten v
1 Innledning 1
1.1 Bakgrunn 1
1.2 Formål og problemstillinger 2
1.3 Avgrensninger 2
1.4 Organisering av tjenester til hjemmeboende personer med demens 3
1.5 Oppbygging av rapporten 4
2 Gjennomføring og metode 5
2.1 Dokumentanalyse 5
2.2 Intervjuer 5
2.3 Spørreundersøkelse 5
2.4 Dataenes pålitelighet og gyldighet 7
3 Revisjonskriterier 8
3.1 Kommunens ansvar for oppfølging av personer med demens 8
3.2 Kompetanse og opplæring 10
3.2.1 Kompetanseplan og kartlegging av kompetansebehov 10
3.2.2 Grunnleggende kompetanse 10
3.2.3 Tverrfaglig team med spesiell kompetanse om demens 10
3.3 Et tilpasset tjenestetilbud 11
3.3.1 Basal demensutredning 11
3.3.2 Fast kontaktperson og individuell plan 12
3.3.3 Personsentrert omsorg 13
3.3.4 Dagaktivitetstilbudet 13
3.3.5 Velferdsteknologiske løsninger 14
3.3.6 Samarbeid med frivilligheten 14
3.3.7 Pårørendestøtte 14
3.3.8 Brukerundersøkelser 14
3.4 Avvikshåndtering 15
3.4.1 Oversikt over risiko og avvik 15

3.4.2 Gjennomgang av avvik 16
3.4.3 Ansattes kunnskap om avvikshåndtering 16
4 Kompetanse og opplæring 17
4.1 Kartlegging av kompetansebehov 17
4.2 Opplæring i rutiner og prosedyrer 19
4.3 Grunnleggende opplæring om demens 21
4.4 Ansattes kjennskap til kommunale tiltak 23
4.5 Demensnettverk/demensteam/demenskoordinat – særlig kompetanse 25
4.6 Revisjonens vurderinger, konklusjon og anbefalinger 26
5 Et tilpasset tjenestetilbud 29
5.1 Rutiner for samarbeid med fastlegene om basal demensutredning 29
5.2 Kontaktperson/koordinator og tiltaksplan/individuell plan 31
5.3 Personsentrert omsorg 32
5.4 Dagaktivitetstilbud 33
5.5 Velferdsteknologi 34
5.6 Samarbeid med frivillige 35
5.7 Pårørendestøtte 36
5.8 Brukererfaringer og brukerundersøkelser 38
5.9 Revisjonens vurderinger, konklusjon og anbefalinger 40
6 Avvikshåndtering 43
6.1 System for å avdekke og melde avvik 43
6.2 Oppfølging og håndtering av avvik 44
6.3 Ansattes kunnskap om avvikshåndtering 46
6.4 Praksis og kultur for å melde avvik 48
6.5 Revisjonens vurderinger, konklusjon og anbefalinger 49
7 Litteratur og kildeliste 51
8 Vedlegg 55
8.1 Kommunedirektørens uttalelse til rapporten 55
8.2 Tabell 6 Ansatte i hver seksjon per 1.3.2023 56
8.3 Tabell 7 Antall personer med demens som mottar hjemmebaserte tjenester per 1.3.2023 57
8.4 Vedlegg – frafallsanalyse 58
8.5 Organisasjonskart «Ny org» 59
8.6 Tiltak under personsentrert omsorg 60

SAMMENDRAG

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om kommunen ivaretar et forsvarlig og tilrettelagt tjenestetilbud til hjemmeboende personer med demens og deres pårørende.

Hovedfunn

1. Ikke alle ansatte som yter tjenester til personer med demens i kommunen, har nødvendig kompetanse.
2. Demensteamet har en nøkkelrolle innen basal demensutredning, men kommunens samarbeid med fastlegene er i liten grad formalisert.
3. Kommunen fatter ikke vedtak om pårørendestøtte i form av opplæring og veiledning, men gir dette kun som et lavterskeltilbud.
4. Hver tredje ansatt er usikre på hvordan og når de skal melde avvik.

Kompetanse og opplæring

Undersøkelsen viser at kommunen har planverk som beskriver behovet for kunnskap hos ansatte når personer med funksjonsnedsettelse skal ivaretas i eget hjem. Kommunen har også en mal for kompetansekartlegging i hjemmesykepleien hvor kompetanse innen demens er et av flere områder som kartlegges. Undersøkelsen viser også at nytilsatte skal gjennomgå en sjekkliste i forbindelse med opplæring, og at kommunen har innført et mentorprogram ved ansettelse av sykepleiere i deler av tjenesten. Samtidig viser undersøkelsen at flere ansatte ikke kjenner til innholdet i rutiner som gjelder for tjenesteutøvingen. Dette kommer fram i spørreundersøkelsen til de ansatte som revisjonen har gjennomført.

En høy andel ansatte i hjemmesykepleien har kunnskap om demens som en del av sin grunnutdanning. Undersøkelsen viser videre at det tilrettelegges noe for at ansatte kan delta på Demensomsorgens ABC, men at deltagelsen er basert på interesse og frivillighet. Blant ansatte som har utført tjenester hos personer med demens, viser spørreundersøkelsen at enkelte ikke har fått noe opplæring om tilrettelegging for personer med demens. Dette mener revisjonen er uheldig, og vurderer at kravet om nødvendig kompetanse for å utføre tjenester til målgruppen ikke i tilstrekkelig grad er ivaretatt. Det kommer også frem at noen av de ansatte med rollen primærkontakt for person med demens, ikke kjenner til enkelte sentrale tiltak for målgruppen, som dagaktivitetstilbud og egne tilbud om pårørendestøtte. Dette mener revisjonen er mangelfullt, da primærkontaktene har et spesielt ansvar for å informere personer med demens og deres pårørende om relevante tjenester.

Tilpasset tjenestetilbud

Når det gjelder samarbeid om basal demensutredning, viser undersøkelsen at noe samhandling er beskrevet i dokumentasjon, men at samarbeidet er lite formalisert, i form av tydelige rutiner for dette. Undersøkelsen viser videre at det er samarbeid og utveksling av informasjon og meldinger mellom demensteam og fastlegene i forbindelse med kartlegging og utredning. Revisjonen vurderer at Lillestrøm kommune ikke i tilstrekkelig grad har formalisert samarbeidet mellom tjenesten og fastlegene i forbindelse med basal demensutredning.

Undersøkelsen viser videre at kommunen benytter «tiltakspakke demens»[1] for personer som følges opp av demensteamet over en periode. Etter dette er det primærkontakt/primærgruppe i hjemmesykepleien som ivaretar behovet for en fast kontaktperson. Per i dag beskriver kommunen tiltaksplan som et sentralt verktøy, mens individuell plan (IP) i svært liten grad blir benyttet for personer med demens. Revisjonen vurderer at kommunen i det alt vesentlige ivaretar behovet for oppfølging gjennom tiltaksplanene. Samtidig minner revisjonen om at IP ifølge kommens egne rutiner skal gjelde for personer med «to eller flere helse- og omsorgstjenester» som skal sees i sammenheng. Den individuelle planen skal videre bidra til å styrke brukerens medvirkning i tjenestetilbudet gjennom utforming i en bestemt mal. I undersøkelsen kommer det frem at det ikke foreligger en fast mal for tiltaksplanene.

Kommunen viser i undersøkelsen til metodikken «tillitsskapende arbeid»[2] som sentral for innføring av personsentrert omsorg. Samtidig kommer det frem at hver tredje ansatt ikke har fått opplæring i personsentrert omsorg. Demenskoordinatoren påpeker i undersøkelsen at hun mener det er en manglende vilje i deler av tjenesten til å prioritere og sette av tid til tilnærmingen.

Undersøkelsen viser at kommunen lå over landsgjennomsnittet i dekningsgrad innen dagsenterplasser for personer med demens i 2022. Kommunen tilbyr også dagaktivitetsplasser gjennom ordningen «inn på tunet». Samtidig viser undersøkelsen at aktivitetstilbudet for personer med demens i omsorgsboligene er mer sårbart.

I undersøkelsen kommer det også frem at kommunen har tatt i bruk flere typer velferdsteknologi, som trygghetsalarm og medisindispensere. Kommunen har også opprettet en ny avdeling som skal ivareta «teknologiløftet». Revisjonens inntrykk er at en del av satsningen er i startgropa, men at kommunen planlegger for å ta ut mer av potensialet på området i årene som kommer. Ansatte oppgir i stor grad at de kjenner til, samt at de informerer brukere om tiltak innen velferdsteknologi. Revisjonen vurderer at kommunen i all hovedsak ivaretar føringene på området.

Revisjonen har undersøkt hvorvidt kommunen legger til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner om tiltak for personer med demens og deres pårørende. Undersøkelsen viser at kommunen har en frivillighetsstrategi hvor det blant annet vises til «Leve hele livet»-reformen, men hvor personer med demens ikke nevnes spesielt. Videre kommer det frem at kommunen ved demensteamet samarbeider med demensforeningen på Nedre Romerike om flere tiltak, men at det ikke finnes et formalisert samarbeid med frivilligheten. Revisjonen vurderer at Lillestrøm som en stor

[1] Tiltakspakke demens er en etablert, faglig og systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demenssykdom utredet av hukommelsesteamet. «Tiltakspakke demens» er forankret i kommunehelsetjenesten og tilbys aktuelle pasienter. https://www.utviklingssenter.no/prosjekter/demens/tiltakspakke-demens-systematisk-oppfolging-av-hjemmeboendepersoner-med-demens-og-deres-parorende [14.12.2022]

[2] Hensikten med prosedyren er å sikre at de som yter helsehjelpen beskriver, vurderer og gjennomfører tillitsskapende tiltak før tvang vurderes.

kommune i for liten grad har tilrettelagt for og forankret samarbeid med frivillige organisasjoner på demensområdet.

Pårørende til personer med demens som har spesielt tyngende omsorgsarbeid skal ha tilbud om pårørendestøtte i form av avlastning, opplæring og veiledning og omsorgsstønad. Undersøkelsen viser at det i løpet av en ett-års periode (1.3.2022-1.3.2023) ikke er fattet noen vedtak om opplæring/veiledning til pårørende til personer med demens. Kommunen viser imidlertid til at 150 pårørende har deltatt på pårørendeskole i 2022, og at veiledning gis i regi av demensteamet som et lavterskeltilbud uten vedtak. Revisjonens vil minne om at det å fatte vedtak om pårørendestøtte etter pasient- og brukerrettighetsloven skal sikre at slik støtte gis over tid, samt ivareta brukernes klagerett.

Avvikshåndtering

Kommunen skal ha rutiner for å avdekke avvik. Undersøkelsen viser at kommunen bruker Risk Manger som avvikssystem, samt at det foreligger en beskrivelse av hvordan man registrerer avvik i dette systemet. Kommunen er i ferd med å ta i bruk et nytt system for avviksmelding. Det å melde avvik er også integrert som eget punkt i flere av kommunens rutiner, og hvor det også gis eksempler på hva som er et avvik. Revisjonen vurderer at kommunen i det alt vesentlige har et system for å avdekke og melde avvik.

Undersøkelsen viser også at kommunen samler avvik i tertialrapporteringer som gjennomgås og behandles av kommuneledelsen. Seksjonsledere får varsel når det er meldt avvik, og det settes en frist for å behandle avvikene. Tre av fire ansatte som har svart på spørreundersøkelsen opplever at avvik følges opp av lederen. Samtidig er hver tredje ansatt delvis uenige i at de får informasjon om hva som er gjort for å lukke avviket. Ansattes tilbakemelding kan tyde på at det er noe manglende informasjon om avvikene tilbake til de ansatte. Revisjonen vurderer at slik tilbakemelding er viktig for å involvere ansatte i forbedringsarbeidet.

Hver tredje ansatt oppgir videre at de bare delvis har fått informasjon om avviksrutiner, at de bare delvis vet hvordan og i hvilke tilfeller de skal melde avvik. Videre oppgir om lag halvparten av de ansatte at avvik i liten grad er et tema de snakker med kolleger om. Revisjonen vurderer at kommunen har et forbedringspotensial med tanke på å sikre tilstrekkelig kunnskap hos ansatte om avvikshåndtering.

I undersøkelsen vektlegger seksjonsledere revisjonen har snakket med forbedringsarbeidet i avvikshåndteringen, og at dette blant annet ivaretas gjennom såkalte «tavlemøter»[3] . Dette mener revisjonen er bra. I undersøkelsen kommer det også fram at demenskoordinator mener ansatte i for liten grad melder avvik, og at dette er avvik som går på om personer med demens får dekket sine grunnleggende behov. I spørreundersøkelsen til de ansatte kommer det videre fram at den vanligste årsaken til at det ikke meldes avvik er at ansatte ikke rakk å registrere avviket, at avviket er meldt mange ganger tidligere, samt at avviket var lite. Halvparten av de ansatte oppgir at de enkelte ganger

[3] Hensikten med forbedringstavle og -møter er å fange opp problemer, behov og forbedringsforslag og i felleskap jobbe systematisk med dem. https://ehandboken.ous-hf.no/document/110868 [10.7.2023]

ikke har meldt avvik fordi de var usikre på om det var et avvik. Revisjonens inntrykk er at kommunen delvis arbeider for en god avvikskultur gjennom å knytte dette til sitt forbedringsarbeid blant annet i tavlemøter. Samtidig framstår det som en risiko at det kan oppstå en kultur hvor ansatte av ulike grunner unnlater å registrere avvik.

Anbefalinger

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen er revisjonens anbefalinger at kommunedirektøren bør:

1. sikre at alle ansatte som yter tjenester til personer med demens får grunnleggende opplæring, samt er kjent med gjeldende rutiner og sentrale kommunale tiltak
2. vurdere behovet for stillings- og/eller funksjonsbeskrivelser for demenskoordinator og for ansatte med rollen «ressursperson demens»
3. formalisere samarbeidet med fastlegene om basal demensutredning
4. styrke brukernes medvirkning i arbeidet med tiltaksplan og/eller IP
5. fortsette arbeidet med å implementere metoder for personsentrert omsorg i alle deler av tjenestetilbudet
6. klargjøre hva som skal være aktivitetstilbudet for hjemmeboende personer med demens i omsorgsboliger
7. sikre pårørendes rett til pårørendestøtte i form av opplæring/veiledning etter pasient- og brukerrettighetsloven
8. tilrettelegge for et mer systematisk og formalisert samarbeid med frivillige organisasjoner på demensområdet
9. sikre tilbakemelding til ansatte om hvordan avvik håndteres og benyttes i forbedringsarbeidet
10. sikre tilstrekkelig kunnskap og god kultur blant alle ansatte for hvordan og når avvik skal registreres

Jessheim 1.9.2023

Øyvind Nordbrønd Grøndahl
avdelingsleder forvaltningsrevisjon

Kristin Fragell Lillevold
prosjektleder

Dokumentet er elektronisk godkjent

Kommunedirektørens uttalelse til rapporten

Et utkast til rapport ble forelagt kommunedirektøren til uttalelse. Høringssvar er mottatt 31.8.2023, og er i sin helhet vedlagt rapporten. Revisjonen har i e-post mottatt tilbakemeldinger fra kommunen på faktagrunnlaget i rapporten. Det er gjort endringer i samsvar med tilbakemeldingene.

I svarbrevet går det fram at kommunedirektøren slutter seg til faktagrunnlaget som er benyttet i rapporten, og at rapportens hovedfunn er viktige forbedringsområder for tjenestene, og i kommunens arbeid med å utarbeide Demensplan 2024-2027. Samtidig påpeker kommunedirektøren at enkelte tema og spørsmål kunne vært utdypet og presisert mer i intervjuene, men antar at informasjon ikke ville ha påvirket revisjonens hovedfunn og anbefalinger i vesentlig grad.

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

I møte 22.11.22, saksnr. 60/22 vedtok kontrollutvalget:

> 1. Kontrollutvalget bestiller et forvaltningsrevisjonsprosjekt innenfor området tjenestetilbudet til personer med demens, herunder samarbeid med pårørende og avvikshåndtering fra Romerike Revisjon IKS.

I revidert plan for forvaltningsrevisjon (2020-2024) omtales utfordringsbildet i lys av eldrebølgen. Planen beskriver blant annet at:

> En mulig tilnærming til å undersøke dette kan være å kartlegge hvilke rutiner kommunen har for tildeling av tjenester til eldre i kommunen, og vurdere hvorvidt kommunen sikrer at tildeling av tjenester er basert på og tilpasset brukernes behov, samtidig som tjenestetildelinger understøtter BEON-prinsippet[4]. Gis tjenester på rett nivå i omsorgstrappen, avveining mellom hjemmetjeneste og sykehjemsplass.

I kontrollutvalgsmøtet 22.11.22 orienterte direktør for helse og mestring og kommunalsjef helsehus og institusjon om utfordringsbildet innen eldreomsorgen i årene som kommer. I presentasjonen vises det til en aldrende befolkning og derav et økende antall personer med demenssykdom, som vil forsterke utfordringen med knapphet på arbeidskraft. Videre vises det til at henvendelser om tjenester til personer med demens har økt, og at antall personer som mottar tiltakspakke demens[5] i kommunen har økt. Også når det gjelder støttesamtaler og veiledning til pårørende ser man et økt behov. Det stigende antallet komplekse pasienter med demenssykdom gjør at også tilbudet om et tilstrekkelig aktivitetstilbud er en utfordring[6].

Demenskartet[7] estimerer demensforekomst for Norge og viser at antall personer med demens i Lillestrøm vil øke fra 1404 til 2681 personer i perioden 2020 til 2040. Det tilsvarer en økning på 1277 personer, nesten en fordobling (Nasjonalt Senter for aldring og helse, 2022). Den demografiske utviklingen utgjør en økende belastning på helse- og omsorgstjenesten, som allerede i dag sliter med manglende bemanning (Helse- og omsorgsdepartementet 2020). Målet om at alle skal få muligheten til å bo hjemme så lenge som mulig vektlegges også i administrasjonen i Lillestrøm kommune sin presentasjon i kontrollutvalgets møte. Det innebærer en dreining fra institusjonstjenester til hjemmetjenester, hvor det legges mer vekt på å styrke den enkeltes ressurser, sikre brukermedvirkning, samt inkludere pårørende og øvrige nettverk.

---

[4] Beste effektive omsorgsnivå

[5] Tiltakspakke demens er en etablert, faglig og systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demenssykdom utredet av hukommelsesteamet. «Tiltakspakke demens» er forankret i kommunehelsetjenesten og tilbys aktuelle pasienter. https://www.utviklingssenter.no/prosjekter/demens/tiltakspakke-demens-systematisk-oppfolging-av-hjemmeboendepersoner-med-demens-og-deres-parorende [14.12.2022]

[6] Orientering om eldreomsorg i Lillestrøm kommune 22.11.22 (sak 58/22)

[7] Hentet fra: https://demenskartet.no/ [06.12.22] (Nasjonalt senter for aldring og helse)

Det anslås at over 40 prosent av personer over 70 år som mottar hjemmetjenester har demenssykdom (Helsedirektoratet 2017a). Kommunen skal ifølge helse- og omsorgstjenesteloven §3-1 sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. En undersøkelse om ressursbruk og sykdomsforløp ved demens viser imidlertid at hjemmeboende personer med demens med et omfattende behov for tjenester ofte får for lite hjelp av kommunen (REDIC-undersøkelsen, Sykehus Innlandet, 2018). Videre viser en nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens at kun halvparten av kommunene har faste rutiner eller modeller for hvordan hjemmeboende med demens og deres pårørende skal følges opp (Helsedirektoratet, 2018). Demensplan 2025 (Helse– og omsorgsdepartementet, 2020) vektlegger viktigheten av medvirkning fra personer med demens og deres pårørende i utformingen av tjenestetilbudet, slik at dette sikrer individuell tilpasning og gir en følelse av mestring og tilhørighet i eget liv (ibid).

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å undersøke om kommunen ivaretar et forsvarlig og tilrettelagt tjenestetilbud til hjemmeboende personer med demens og deres pårørende.

Formålet belyses gjennom følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad sørger kommunen for at ansatte som yter hjemmetjenester får nødvendig opplæring om oppfølging av personer med demens og deres pårørende?
2. Får hjemmeboende personer med demens og deres pårørende et tjenestetilbud som er tilpasset deres behov?
3. Hvordan ivaretar kommunen avvikshåndtering innen tjenestetilbudet til personer med demens?

1.3 Avgrensninger

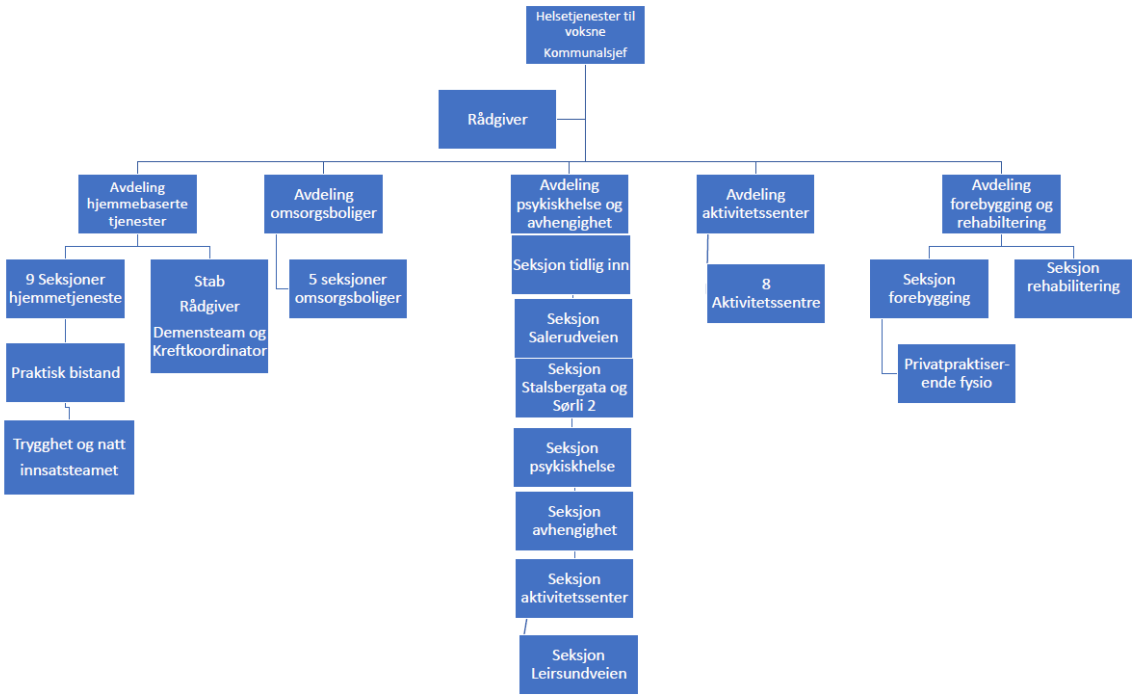
Undersøkelsens målgruppe er avgrenset til hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. Som hjemmeboende regnes også brukere i omsorgsboliger som tilsvarer beboerens eget hjem, og hvor det ytes tjenester fra ansatte fra hjemmebasert omsorg. Videre vil en andel hjemmeboende personer med demens ha tilbud om dagsenterplass. I en spørreundersøkelse revisjonen har gjennomført er ansatte fra disse delene av tjenesten inkludert, i tillegg til ansatte fra ni seksjoner innen hjemmebaserte tjenester som dekker ulike geografiske områder.

Det er videre prioritert å gå mer i dybden i den hjemmebaserte tjenesten gjennom intervjuer med ledere fra to ulike hjemmetjenesteseksjoner. Data fra disse intervjuene er imidlertid ikke nødvendigvis representative for alle de ni hjemmetjenesteseksjonene. I sine vurderinger vil revisjonen derfor se data fra intervjuene i sammenheng med annen type informasjon som er innhentet gjennom dokumentanalyse og spørreundersøkelse for å sikre gyldigheten i faktagrunnlaget. Valg av informanter innebærer samtidig at man ikke i like stor grad har undersøkt situasjonen for brukere i omsorgsboligene spesielt. Intervjuer med demenskoordinator og overordnet ledelse, det vil si avdelingsleder for hjemmebaserte tjenester, kommunalsjef for helsetjenester til voksne, samt direktør for helse og mestring, har imidlertid omhandlet bredden i tjenestetilbudet.

1.4 Organisering av tjenester til hjemmeboende personer med demens

Kommunen har oversendt organisasjonskart som gir oversikt over hvordan hjemmetjenesten er organisert, samt hvor demensteam og andre sentrale tjenester og funksjoner er organisatorisk plassert.

Figur 1 Organisasjonskart helsetjenester til voksne



Kilde: Lillestrøm kommune 2023

Organisasjonskartet viser at avdeling hjemmebaserte tjenester er plassert under kommunalsjef for helsetjenester til voksne. I avdeling for hjemmebaserte tjenester finner man ni seksjoner innen hjemmetjeneste, praktisk bistand, trygghet og natt innsatsteam, samt stab med rådgiver, demensteam og kreftkoordinator. Under helsetjenester til voksne finner man også avdeling omsorgsboliger med fem seksjoner for omsorgsboliger, samt avdeling aktivitetssenter med åtte aktivitetssentre.

Kommunen har videre oversendt oversikt over antall ansatte i de ulike seksjonene, samt over antall personer med demens hjemmetjenesten følger opp per mars 2023. Oversikten[8] viser at 459 ansatte fordelt på 356 stillingshjemler i hjemmesykepleien[9] og 24 ansatte fordelt på 19 stillingshjemler i hjemmehjelpen arbeider i hjemmebaserte tjenester[10] per 1.3.2023.

[8] For oversikt per seksjon se vedlegg 8.2
[9] Inkludert ansatte i omsorgsboligene
[10] Inkludert ansatte som arbeider for personer i omsorgsboliger og som regnes som beboerens eget hjem.

Videre viser en oversikt fra kommunen at til sammen 321 hjemmeboende personer med demens mottar hjemmesykepleie/helsehjelp, og 70 hjemmeboende personer med demens mottar hjemmehjelp/praktisk bistand[11].

På revisjonens skriftlige spørsmål om hvilke tjenester i kommunen som spesielt ivaretar funksjoner rettet mot hjemmeboende personer med demens og deres pårørende, fremhever administrasjonen demensteamet[12]. Teamet ivaretar en rekke løpende oppfølgingsoppgaver, samt utviklingsoppgaver som for eksempel «Demensvennlig samfunn».

Revisjonen etterspurte også om kommunen per i dag har planverk som beskriver tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med demens. Til dette gir kommunen skriftlig tilbakemelding om at Lillestrøm kommune ikke har planverk som omhandler demens spesifikt, men at demensomsorg er tema i «Strategisk kompetanseplan for helse og mestringstjenestene», og i «Strategi for helse og mestring». Videre vises det til at kommunestyret den 29.3.23 behandlet «Behovsplan for helse- og mestringstjenester 2023- 2040» som også inkluderer tjenester til personer med demens. Det planlegges oppstart av arbeid med en egen demensplan i løpet av 2023. Direktør for helse og mestring forteller i intervju at kommunen skal sette ned en arbeidsgruppe for å komme i gang med kommunens demensplan. Videre skal den også utarbeide en plan for pårørendestøtte som bygger på den nasjonale strategien på området. De to planen vil ifølge kommunaldirektøren være sentrale i tiden fremover.

1.5 Oppbygging av rapporten

Kapittel 2 beskriver gjennomføring og bruk av metode. Kapittel 3 presenterer revisjonskriteriene som ligger til grunn for undersøkelsen. I kapittel 4 til 6 presenteres fakta til hver av de tre problemstillingene. Revisjonens vurderinger, konklusjon og anbefalinger gjengis som siste delkapittel under hvert av faktakapitlene.

[11] Forfordeling per seksjon, se vedlegg 8.3
[12] Beskrives nærmere i kapittel 5.1

2 GJENNOMFØRING OG METODE

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til RSK 001 - Standard for forvaltningsrevisjon, som er fastsatt av styret i NKRF. Standarden definerer hva som er god revisjonsskikk innen kommunal forvaltningsrevisjon.

Undersøkelsen bygger på dokumentanalyse, spørreundersøkelse og intervjuer. Bruk av ulike metoder for å besvare de samme spørsmålene kalles metodetriangulering. Metodetriangulering bidrar til å styrke kvaliteten og gyldigheten til funnene i undersøkelsen.

Kontaktperson i undersøkelsen har vært rådgiver fagstab helse og mestring.

2.1 Dokumentanalyse

Revisjonen har bedt om dokumentasjon som blant annet omfatter kommunale rutiner og prosedyrer i forbindelse med tjenesteyting og avvikshåndtering, samt kommunale planverk med mer. Dokumentene er gjennomgått i lys av problemstillingene og revisjonskriteriene. I forbindelse med dokumentbestillingen er det også stilt en del spørsmål, som kommunen har gitt skriftlige tilbakemeldinger på.

2.2 Intervjuer

Revisjonen har gjennomført intervjuer med følgende syv personer:

- Avdelingsleder hjemmebaserte tjenester
- Demenskoordinator
- Seksjonsleder hjemmetjenester Fet
- Seksjonsleder hjemmetjenester Skedsmokorset
- Kommunalsjef tjenestetorg
- Leder for Demensforeningen Nedre Romerike (telefonintervju)
- Direktør helse og mestring
- Kommunalsjef helsetjenester til voksne

Intervjuene ble gjennomført som delvis strukturerte intervjuer. Det vil si at det i forkant av intervjuet ble utarbeidet en intervjuguide med forhåndsdefinerte spørsmål som ble gjennomgått i intervjuet. Det ble skrevet referat fra intervjuene som er brukt som datagrunnlag i rapporten. Intervjureferatene er verifisert.

2.3 Spørreundersøkelse

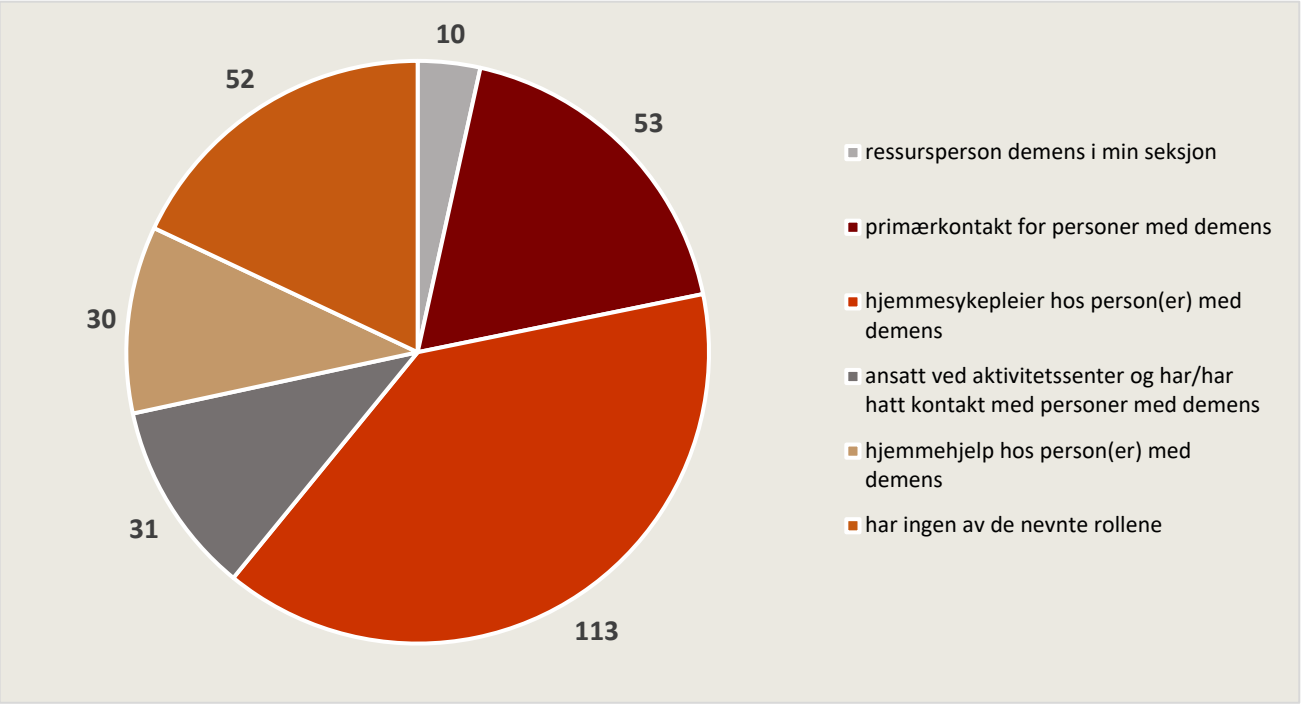
Revisjonen har gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte som arbeider i hjemmebaserte tjenester, i omsorgsboliger for eldre og ved aktivitetssentrene. Revisjonen ba om å få oversendt

epostlister over de aktuelle ansatte[13]. Til sammen mottok 496 respondenter spørreundersøkelsen, og 229 respondenter gjennomførte hele undersøkelsen. Dette gir en svarprosent på 46. I tillegg har 14 respondenter besvart noen av spørsmålene. Svarprosenten varierer derfor mellom 46 og 49, og varierer mellom de ulike seksjonene. En frafallsanalyse[14] viser at svarprosenten var lavest blant ansatte i omsorgsboligene (30 prosent) og høyest i seksjon for praktisk bistand, samt ved aktivitetssentrene (90 prosent). Svarene bør derfor tolkes med noe forbehold, og ses i sammenheng med annen dokumentasjon.

I de ni seksjonene for hjemmebaserte tjenester varierte svarprosenten fra 30 til 80 prosent, og den gjennomsnittlige svarprosenten var 55. Da ansatte i hjemmebaserte tjenester utgjør en sentral gruppe ansatte for undersøkelsens formål, vurderes en samlet svarprosent på 55 prosent å være tilstrekkelig representativ. Variasjonen innebærer likevel at representativiteten vil være for liten for noen av seksjonene, og man velger derfor i undersøkelsen kun å se på svarene samlet for de ni seksjonene.

Figuren under viser antall ansatte som har svart på undersøkelsen, og som har ulike roller/funksjoner (samme ansatt kan ha flere funksjoner):

Figur 2 Antall ansatte med ulike roller



Kilde: RRI 2023

[13] Ansatte som ikke skulle være med på e-post listen var langtidssykemeldte, ansatte i permisjoner, samt ansatte som er tilkallingsvikarer og ikke har vært på jobb den siste måneden. I etterkant av undersøkelsen ble ansatte med en lederfunksjon tatt ut, da disse opprinnelig ikke skulle være med i utvalget.
[14] For fullstendig frafallsanalyse se vedlegg

Oversikten viser at en størst andel ansatte har rollen «hjemmesykepleier hos person(er) med demens». Samtidig oppgir 52 av respondentene, eller om lag hver fjerde respondent, at de ikke har noen av de nevnte funksjonene, det vil si at de ikke har utført tjenester hos personer med demens.

2.4 Dataenes pålitelighet og gyldighet

Pålitelige data sikres ved å være nøyaktig under innsamling og analyse av data. Kravet til gyldighet innebærer at dataene skal være relevante for å besvare problemstillingene i undersøkelsen. Revisjonen mener dataene denne rapporten bygger på samlet sett er pålitelige og gyldige og derfor gir et forsvarlig grunnlag for revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger.

3 REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier er normer og krav som kan stilles til kommunens virksomhet på det området som er gjenstand for en forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene er dermed den målestokken som kommunens praksis holdes opp mot, og utgjør grunnlaget for revisjonens vurderinger. Revisjonskriteriene kan utledes fra bl.a. lov, kommunens egne rutiner og hva som ansees som god forvaltningsskikk på området. I denne undersøkelsen er revisjonskriteriene utledet fra:

- Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov 1. januar 1970 nr. 10 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring)
- Forskrift 28.6.2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (forskrift om habilitering og rehabilitering)
- Helsedirektoratet 2017, Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen)
- Helse- og omsorgsdepartementet 2017, Demensplan 2020
- Helse- og omsorgsdepartementet 2020, Demensplan 2025
- Prop. 66 L (2018–2019) Endringar i helse- og omsorgstenestelova (dagaktivitetstilbod til heimebuande personar med demens)

3.1 Kommunens ansvar for oppfølging av personer med demens

Tjenestetilbudet til personer med demens er regulert av det samme lovverket som gjelder for resten av befolkningen. Helse- og omsorgstjenesteloven (hotjl) og Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) beskriver henholdsvis kommunens *plikt til å tilby*, og innbyggernes *rett til å motta* et forsvarlig, helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud.

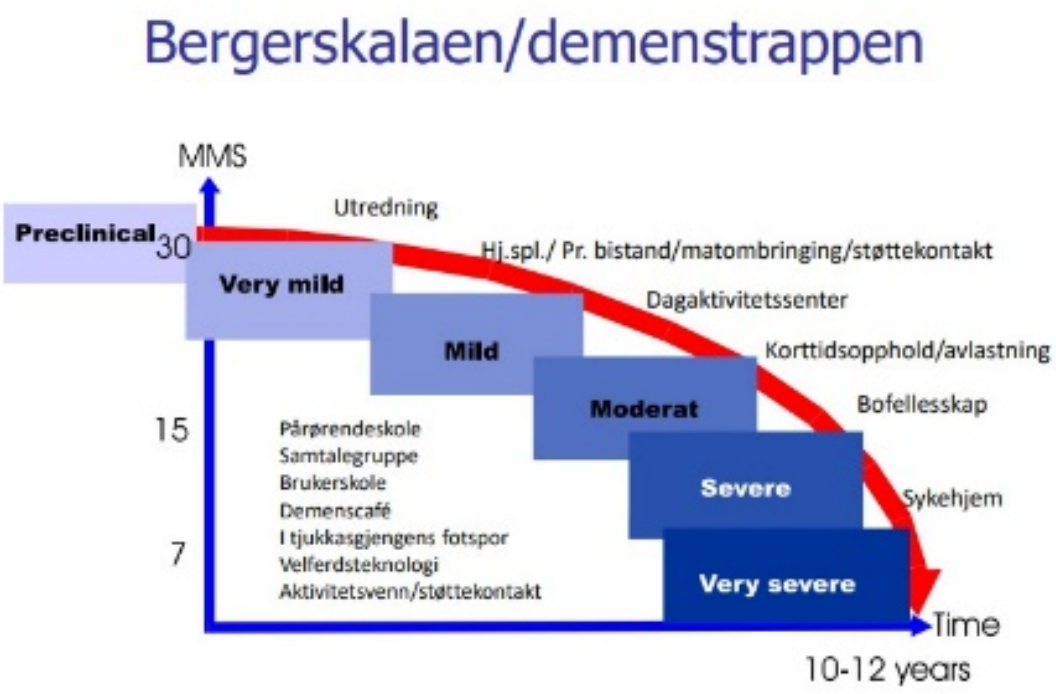
Figuren på neste side illustrerer den såkalte Bergerskalaen hvor graden av demens og funksjonsevne er delt inn i seks trinn. Flere kommuner benytter denne skalaen når de skal dimensjonere tjenestetilbudet til personer med demens og i utarbeidelsen av en kommunal demensplan og/eller «demenstrapp».

For at personer med demens skal få ivaretatt sin rett til et tilpasset tjenestetilbud ut ifra sine særskilte behov (hotjl § 1-1 nr.5) er det de siste årene utarbeidet en rekke faglige veiledere[15] og anbefalinger

[15] Nasjonal kompetansetjeneste om aldring og helse: https://www.aldringoghelse.no/demens/ [24.2.2023]

til kommunene basert på gjeldende lovverk og nasjonale føringer. Nasjonal faglig retningslinje om demens[16] (Helsedirektoratet 2017) utdyper og oppsummerer i stor grad hva man fra nasjonalt hold anbefaler kommunens helse- og omsorgstjeneste (samt spesialisthelsetjenesten) å etablere som del av en tiltakskjede for personer med demens. Anbefalingene beskriver med andre ord hva som bør være etablert på ulike trinn i «demenstrappen».

Figur 3 Berger skalaen



Kilde: Demensplan Moss kommune 2017-2020

Demensplan 2025 er den tredje nasjonale demensplanen og er regjeringens femårsplan (2021–2025) for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende[17]. Demensplan 2025 har følgene mål:

- Personer med demens og deres pårørende fanges opp til rett tid og sikres gode og tilpassede tjenester.
- Personer med demens og deres pårørende sikres medbestemmelse og deltakelse i et demensvennlig samfunn, slik at de kan leve aktive og meningsfylte liv med fysisk, sosial og kulturell aktivitet som er tilpasset den enkeltes interesser, ønsker og behov.
- Økt forskning og kunnskap om forebygging og behandling av demens.

[16] Anbefalingene baserer seg på krav etter lov og forskrift, samt på kunnskapsbasert praksis, dvs. på innhentet og vurdert oppsummert forskningsbasert kunnskap, klinisk kunnskap og erfaring, samt brukerkunnskap og erfaring. (Helsedirektoratet 2017)

[17] Norge var et av de første landene i verden som utviklet en nasjonal demensplan.

3.2 Kompetanse og opplæring

3.2.1 Kompetanseplan og kartlegging av kompetansebehov

Virksomheter som yter helsetjenester skal ifølge helse- og omsorgstjenesteloven kap. 8 sørge for at ansatte gis den opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Dette forutsetter at virksomheten har oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring (jf. § 6 f, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring).

3.2.2 Grunnleggende kompetanse

Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen) konkretiserer hva kompetanse om demens bør innebære i tillegg til gode kunnskaper om demenssykdommer, personsentrert omsorg, kommunikasjon og kartleggingsverktøy[18]. Kjennskap til relevante tilbud i egen kommune for å kunne sette inn tiltak i tråd med sykdomsutviklingen til personer med demens, samt til pårørende, er noe av det som fremheves som en del av den opplæringen kommunen bør sikre at de ansatte har.

Hva som skal regnes for grunnleggende eller påkrevet opplæring vil avhenge av de arbeidsoppgaver den enkelte ansatte skal utføre. For å skape mest mulig omforente oppfatninger av hvem som har ansvar for hva innen tjenestetilbudet til personer med demens, er det viktig at kommunen tydelig har definert ulike ansvarsområder gjennom kommunale rutiner og funksjonsbeskrivelser, og at alle ansatte kjenner til disse.

Nasjonalt senter for aldring og helse (Aldring og helse) har utviklet opplæringsverktøyene Demensomsorgens ABC (1 og 2) og Miljøbehandling. I planperioden 2016-2020 har det vært et mål for Helse- og omsorgsdepartementet å videreutvikle og spre opplæringsverktøyene til ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet 2017a). Målet er å styrke kompetansen om demens hos ansatte i sektoren[19]. For ansatte uten relevant fagutdanning eller opplæring i helse- og omsorgstjenestene, og særlig for de som jobber på kveld, natt og helg, er opplæringsverktøyet «Dette må jeg kunne» utarbeidet (ibid, s. 25-26).

3.2.3 Tverrfaglig team med spesiell kompetanse om demens

Mange kommuner har etablert egne eller interkommunale tverrfaglige team som del av tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Disse teamene omtales ofte som hukommelsesteam/demensteam/tverrfaglig team el.. I en del kommuner er det ikke etablert team, men én person ivaretar de samme oppgavene (Helsedirektoratet 2017). Kommunale demensteam

[18] «[…] 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 og varsling om vold og overgrep.» (Demensretningslinjen, 12)

[19] Opplæringen er organisert som selvdrevne, tverrfaglig sammensatte grupper, der deltakerne leser teori i temahefter og møtes til refleksjonsgrupper. Temaheftene er satt sammen i moduler (permer) – se vedlegg 1, hver beregnet for ett års opplæring. I løpet av året får deltakerne to heldagsseminarer. Godkjenning, med ABC-bevis, gis for hver modul/perm etter egne regler for gjennomføring. (Nasjonal kartlegging av tjenestetilbudet til personer med demens, Helsedirektoratet 2018, 12) Nasjonal kartlegging av tjenestetilbudet til personer med demens

bør ifølge Helsdirektoratet være tverrfaglig sammensatt og ha bred kompetanse om demens. Behovet for kompetanse er knyttet til teamets funksjon som bør være å bistå lege under demensutredning, sikre at personer med demens og deres pårørende gis oppfølging etter diagnose, samt være et fast koordinerende kontaktpunkt i kommunen under hele sykdomsforløpet. Mange demensteam har dessuten internopplæring av andre ansatte som en del av sin oppgave. (Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse 2011[20])

Følgende revisjonskriterier legges til grunn for problemstilling 1 i undersøkelsen:

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
I hvilken grad sørger kommunen for at ansatte som yter hjemmetjenester får nødvendig opplæring om oppfølging av personer med demens og deres pårørende?	➔ Kommunen må ha et system for kartlegging av kompetansebehov innen tjenestetilbudet til personer med demens ➔ Kommunen må sørge for at alle ansatte har tilstrekkelig og relevant kompetanse for oppfølging av personer med demens og deres pårørende, herunder sikre ○ at alle ansatte, også vikarer og nyansatte, får nødvendig opplæring i gjeldende rutiner og prosedyrer ○ at de ansatte får grunnleggende opplæring om demens ○ at ansatte har kjennskap til relevante kommunale tiltak ➔ Kommunen bør ha et demensteam og/eller en demenskoordinator med særlig kompetanse om demens

3.3 Et tilpasset tjenestetilbud

3.3.1 Basal demensutredning

Demensretningslinjen fremhever at utredning og diagnostisering er en forutsetning for å kunne gi effektiv helsehjelp og tilrettelagt informasjon og oppfølging. Diagnostisering skal også bidra til å gi personen selv og pårørende en mulighet til å planlegge livet videre med demenssykdom. En diagnose vil videre bidra til at omgivelsene lettere forstår og kan tilpasse seg situasjonen.

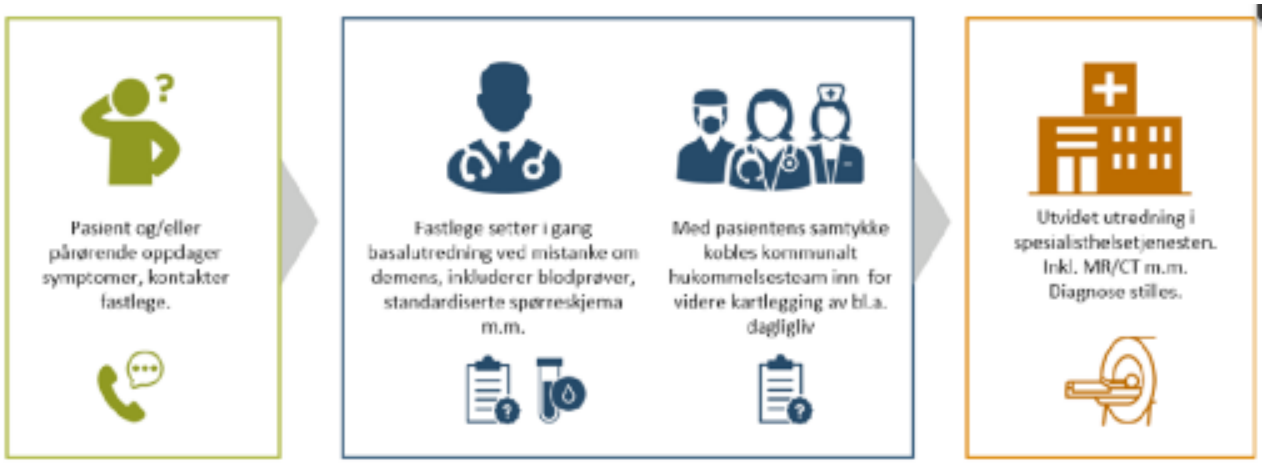
Fastlege bør tilby basal utredning[21] og diagnostisering når personen selv og/eller omgivelsene mistenker kognitiv svikt og demens. Fastlegen er ansvarlig for å gjennomføre den

[20] Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse 2011, Demensteam – oppgaver og utfordringer. En undersøkelse av demensteam og demenskoordinatorers rolle i norsk demensomsorg i 2011, Marit Gausdal og Mona Michelet, Rapport Aldring og helse

[21] Basal utredning utføres i kommunehelsetjenesten etter standardiserte regler, mens en mer omfattende utvidet utredning skjer i spesialisthelsetjenesten. (Menon Econimics 2020b, s. 21.)

somatiske/medisinske delen av den basale utredningen og for å stille og formidle eventuell diagnose. Dersom et kommunalt hukommelsesteam/demensteam er tilgjengelig, er det vanlig at teamet bistår legen ved å kartlegge personens funksjonsnivå og behov for tilrettelagte tiltak og oppfølging. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har utarbeidet utredningsverktøy til bruk ved basal demensutredning[22]. Et vanlig forløp ved demensutredning er illustrert i figuren under:

Figur 4 Forløp ved basal demensutredning



Kilde: Menon Economics 2020

3.3.2 Fast kontaktperson og individuell plan

For å legge til rette for at personer med demens kan bli boende hjemme lengst mulig, er det viktig med gode tjenester som bidrar til trygghet og forutsigbarhet for den enkelte og deres pårørende. Å skulle forholde seg til stadig nye tjenesteytere kan være problematisk for personer med demens.

For å få til en god og systematisk oppfølging viser erfaringer – blant annet fra utviklingsprosjekter som ble gjennomført i forbindelse med Demensplan 2020 – at en fast kontaktperson er særlig viktig, gjerne en fra kommunens hukommelsesteam. Personen med demens og pårørende har da en fast person som de kan ringe til, og som har ansvar for oppfølgingen etter diagnose. Denne personen følger også med på hvilke behov som oppstår utover i sykdomsforløpet, slik at hensiktsmessige tiltak og tjenester kan tilbys (Helse- og omsorgsdepartementet 2020).

De aller fleste personer med demens vil etter hvert få behov for hjelp fra flere instanser, og vil derved ha rett til en koordinator. Ifølge forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator (§ 16), skal kommunen tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Om tjenestemottaker ønsker det, skal også en individuell plan utarbeides (jf. hotjl §§ 7-1 og 7-2).

[22] Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse 2020: https://www.aldringoghelse.no/demens/utredning-av-demens/basal-demensutredning/ [10.7.2023]

Individuell plan (IP) og koordinator er virkemidler som skal sikre at tjenestene gis i et pasient- og brukerperspektiv (jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator). Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Personer med demens vil ofte ha redusert evne til selv å etterspørre tjenester, og det er derfor viktig at kommunens kontaktperson/koordinator tilbyr aktuelle tilbud og tjenester til rett tid.

Demensretningslinjen anbefaler å la en koordinator eller kontaktperson følge personen med demens og deres pårørende fra utredning/diagnostisering og videre gjennom sykdomsforløpet til eventuell overgang til heldøgns omsorgstjeneste. Anbefalingen om koordinator/kontaktperson strekker seg her utover lovkravet om IP/koordinator, hvor behovet for «langvarige og koordinerte tjenester» er en forutsetning. Når det gjelder retten til en individuell plan, kan strukturen i en individuell plan i flere tilfeller bli for komplisert for personer med demens og de pårørende. Revisjonen legger til grunn at kommunen tilpasser behovet for koordinator/kontaktperson og plan til denne gruppens behov.

3.3.3 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er en klar anbefaling i nasjonal faglig retningslinje om demens, og det er derfor behov for økt oppmerksomhet på dette feltet. Demensretningslinjen understreker at virksomheter skal etablere rutiner for personsentrert omsorg og behandling til personer med demens. 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[23]. Vips praksismodell, Dementia Care Mapping og Strukturert miljøbehandling er metoder demensretningslinjen nevner kan benyttes ved implementering av personsentrert omsorg.

3.3.4 Dagaktivitetstilbudet

Fra 1.1.2020 har kommunene en plikt til å tilby dagaktivitetstilbud[24] til hjemmeboende personer med demens (jf. hotjl § 3-2, pkt. 7). Godt utbygde dagaktivitetstilbud sammen med hjemmetjenester kan i beste fall bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse. Slike tilbud kan også være avgjørende avlastningstiltak for nære pårørende som står i en krevende omsorgssituasjon (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Gjennom en lovfestet plikt for kommunene til å tilby dagaktivitetstilbud, er det den enkeltes behov for nødvendige helse- og omsorgstjenester som kommer til vurdering. (Helse- og omsorgsdepartementet 2019, s. 23) I tilfeller der dagaktivitetstilbudet bidrar til avlasting for pårørende, er det viktig at behovene til både den pårørende og personen med demens blir godt nok kartlagt og tatt hensyn til (ibid., s. 14).

[23] Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse 2020.

[24] Med «dagaktivitetstilbud» menes ulike tilbud på dagtid, både tilknyttet sykehjem (gjerne kalt dagopphold i sykehjem), «Inn på tunet» -tilbud og andre tilbud. Navnet «dagaktivitetstilbud» er ikke til hinder for at tilbudet kan legges til andre tider på døgnet, for eksempel ettermiddag og kveld. Samarbeid om dagaktivitetstilbudet mellom brukergruppen, frivillige og fagpersonene i kommunen kan bidra til aktiv tenking om nye og mer fleksible dagaktivitetstilbud som kan legges til rette etter den enkeltes behov, interesser og ønske. Noen kommuner tilbyr også ambulerende dagaktivitetstilbud. I en ambulerende modell er det viktigste å gi et fleksibelt og skreddersydd tilbud som er tilpasset enkeltindividet eller små grupper. ((Prop. 66 L(2018–2019), s. 14)

3.3.5 Velferdsteknologiske løsninger

Velferdsteknologi skal bidra til at personer med demens kan leve selvstendige og meningsfulle liv, samt bidra til avlastning for pårørende. (Helse- og omsorgsdepartementet 2017a) Med velferdsteknologi menes mestringsteknologi, som skal muliggjøre at personer med demens kan mestre egen sykdom og helse, samt trygghetsskapende teknologi, som skal muliggjøre at personer med demens og deres pårørende kan føle trygghet (Helsedirektoratet 2019). Kommunen bør ved behov gi informasjon om, samt tilby, velferdsteknologiske løsninger og tjenester til personer med demens og deres pårørende. Helsedirektoratet gir anbefalinger til kommunene om hvilke teknologiområder som bør inngå i tjenestetilbudet[25].

3.3.6 Samarbeid med frivilligheten

Kommunale virksomheter skal legge til rette for at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får dekket sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet (jf. § 3 i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene). Demensretningslinjen foreslår blant annet at samarbeid med frivillige, både organisasjoner og private, kan bidra til å ivareta personer med demens sitt behov for kontakt med nærmiljøet. Opplæring av pårørende blir også av mange kommuner gjennomført i samarbeid med frivillige aktører. Opplæring vil for mange pårørende være viktig for å mestre og håndtere demenssykdommen. Kommuner kan søke om tilskudd til å arrangere pårørendeskoler og samtalegrupper for personer med demens, og hvor det oppfordres spesielt til å samarbeide med frivillige organisasjoner[26].

3.3.7 Pårørendestøtte

Hjemmeboende personer med demens kan ofte være ekstra avhengige av sine pårørende og trenger gjerne tilsyn hele eller store deler av døgnet. Dette kan ha alvorlige konsekvenser for pårørendes egen helse, i deres rolle som omsorgsgiver og som samarbeidspartner overfor kommunens helse- og omsorgstjeneste. Til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid skal kommunen derfor tilby nødvendig pårørendestøtte, i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad (jf. hotjl § 3-6). I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 kommer forvaltningslovens bestemmelser her til anvendelse, dvs. at kommunen skal fatte vedtak om slike tjenester, også for opplæring/veiledning, når det er et nødvendig behov for veiledning og opplæring utover 14 dager.

3.3.8 Brukerundersøkelser

I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 beskriver at kommunen skal sørge for å etablere systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Revisjonen legger derfor til grunn at kommunen har et system for å gjennomføre jevnlige brukerundersøkelser som også omfatter personer med demens og deres pårørende.

[25] Anbefalinger om velferdsteknologiske løsninger i kommunene: https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/anbefalinger-om-velferdsteknologiske-losninger-i-kommunene [18.12.2020]

[26] https://www.aldringoghelse.no/demens/parorende/ressurser/tilskuddsordningen/ [10.7.2023]

På bakgrunn av gjennomgangen over, har revisjonen utledet følgende kriterier for problemstilling 2:

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
Får hjemmeboende personer med demens og deres pårørende et tjenestetilbud som er tilpasset deres behov?	➔ Kommunen bør ha rutiner for samarbeid med fastlegene om basal demensutredning ➔ Personer med demens bør tilbys kontaktperson/koordinator og tiltaksplan/individuell plan for oppfølging gjennom hele demensforløpet. ➔ Kommunen skal ha implementert metoder for personsentrert omsorg og behandling ➔ Kommunen skal ha tilbud om dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens som har behov for slik tilbud ➔ Kommunen bør informere om, samt tilby, bruker og pårørende tilgjengelig velferdsteknologi ➔ Kommunen bør legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner om tiltak for personer med demens og deres pårørende. ➔ Pårørende til personer med demens som har spesielt tyngende omsorgsarbeid skal ha tilbud om pårørendestøtte som ○ Avlastning ○ Opplæring og veiledning ○ Omsorgsstønad ➔ Kommunen bør ha et system for å ivareta brukermedvirkning og innhente brukererfaringer fra personer med demens og deres pårørende, for eksempel gjennomføre brukerundersøkelser.

3.4 Avvikshåndtering

Et generelt og overordnet krav til god internkontroll følger også av kommuneloven § 25-1, som slår fast at kommuner og fylkeskommuner skal ha god internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Kommunedirektøren er ansvarlig for internkontrollen. Dette innebærer bl.a. et ansvar for å avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik (§ 25-1 c).

3.4.1 Oversikt over risiko og avvik

Kommunen har etter helse- og omsorgstjenestelovens § 4-2 ansvar for å sikre at virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester har prosedyrer for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Det henger tett sammen med plikten til forsvarlighet i utførelsen av helse- og omsorgstjenester (jf. hotjl §4-1). Virksomheten skal sikre kvalitetsforbedring, og det er virksomhetslederen sitt ansvar å

etablere et styringssystem som sikrer faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 3).

Virksomheten skal ha oversikt over områder der det er risiko for svikt, mangelfull etterlevelse av lovkrav eller der det er behov for forbedring. Det skal planlegges for hvordan denne risikoen skal minimaliseres gjennom rutiner for systematisk gjennomgang av virksomhetens tjenester og resultater. Videre skal virksomheten ha oversikt over avvik og uønskede hendelser som allerede har inntruffet. Oversikten skal si noe om hvorvidt virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, og har betydning for hvilke tiltak som eventuelt må iverksettes (ibid. §§ 6 d, e, g; Helsedirektoratet, 2018).

3.4.2 Gjennomgang av avvik

Virksomheten plikter å gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, for å forebygge lignende forhold. Den har også en plikt til å korrigere, noe som innebærer å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold, sørge for å korrigere tiltak som skal bidra til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Videre innebærer plikten å forbedre nødvendige prosedyrer, instrukser, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, §§ 8-9).

3.4.3 Ansattes kunnskap om avvikshåndtering

Det er ikke tilstrekkelig å ha et system for avvikshåndtering hvis det ikke brukes av de ansatte. Forskriftens §7 understreker at medarbeidere i virksomheten må ha kunnskap om regelverket og styringssystemet for å lykkes med forbedringsarbeidet. Demensplan 2025 trekker også frem viktigheten av å melde inn avvik når de forekommer, både for å gi kommunen og virksomheten dokumentasjon på omfanget, og for å danne et utgangspunkt for å sette inn tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet 2020). Det forutsetter en arbeidskultur som verdsetter åpenhet, og som anser feil og uønskede hendelser som kilder til læring og forbedring.

På bakgrunn av gjennomgangen over, har revisjonen utledet følgende kriterier for problemstilling 3:

Problemstilling 3	Revisjonskriterier
Hvordan ivaretar kommunen avvikshåndtering innen tjenestetilbudet til personer med demens?	➔ Kommunen skal ha rutiner for å avdekke og melde avvik. ➔ Kommunen skal ha rutiner og tiltak som sikrer at avvikene blir gjennomgått systematisk, og at de brukes til å planlegge og forbedre tjenestene. ➔ Kommunen skal ha tiltak som sikrer at ansatte får og opprettholder tilstrekkelig kunnskap om avvikshåndtering. ➔ Kommunen må sikre god praksis og kultur for melding av avvik.

4 KOMPETANSE OG OPPLÆRING

I dette kapittelet redegjøres det for hvordan kommunen ivaretar kravene til kompetanse og opplæring blant ansatte. Hvilke krav og forventninger som stilles til kommunen på området, er konkretisert i tabellen under.

Problemstilling 1	Revisjonskriterier
I hvilken grad sørger kommunen for at ansatte som yter hjemmetjenester får nødvendig opplæring om oppfølging av personer med demens og deres pårørende?	➔ Kommunen må ha et system for kartlegging av kompetansebehov innen tjenestetilbudet til personer med demens ➔ Kommunen må sørge for at alle ansatte har tilstrekkelig og relevant kompetanse for oppfølging av personer med demens og deres pårørende, herunder sikre ○ at alle ansatte, også vikarer og nyansatte, får nødvendig opplæring i gjeldende rutiner og prosedyrer ○ at de ansatte får grunnleggende opplæring om demens ○ at ansatte har kjennskap til relevante kommunale tiltak ➔ Kommunen bør ha et demensteam og/eller en demenskoordinator med særlig kompetanse om demens

4.1 Kartlegging av kompetansebehov

Kommunen skal ha et system for å kartlegge kompetansebehovet innen tjenestetilbudet til personer med demens. Kommunen har oversendt dokumentet «Strategisk kompetanseplan 2022-2030, helse og omsorgstjenestene». Planen beskriver generelt at det å utvikle medarbeidere er en sentral oppgave i kommunes arbeidsgiverstrategi. Dette skal blant annet innebære å sørge for anskaffelse og utvikling av kunnskap og kompetanse i henhold til overordnede mål og strategier. Videre skal arbeidsplassen være medarbeidernes hovedarena for læring, og arbeidsgiver skal legge til rette for å dele kunnskap. Kompetanseplanen beskriver også at *«[e]nhver medarbeider skal få mulighet til å hente ut sitt potensiale, og utvikle de kunnskaper og ferdigheter som kreves for å løse sine arbeidsoppgaver for å gi innbyggerne best mulig tjenester. Arbeidsgiver skal legge til rette for å utvikle innovativ kompetanse*» (Lillestrøm kommune 2022a).

Innen kompetanseplanlegging har kommunen også oversendt «Kompetanseplan Helsehus og institusjon og Helsetjenester til voksne» (Lillestrøm kommune 2021a)[27].

[27] Administrasjonen informerer om at dette er eksempel på et førsteutkast til en kompetanseplan i en avdeling, som er tenkt videreutviklet til en felles mal.

Kilde: Lillestrøm kommune 2023

Kompetanseplanen beskriver som et generelt mål at eldre skal få mulighet til å leve hjemme så lenge som mulig, og få støtte til å mestre hverdagen, på tross av sykdom og funksjonssvikt. Under punktet aktivitet og fellesskap, beskrives det som et mål at «[a]nsatte har kunnskap og tilrettelegger for tiltak som skaper nye muligheter for kommunikasjon, demper angst og uro og reduserer unødig legemiddelbruk». [28]

Revisjonen har i tillegg fått oversendt flere dokumenter som mer konkret beskriver kommunale rutiner for kompetansekartlegging:

- Mal for utviklingssamtale (2022)
- Forberedelse til kartleggingssamtale generell (2022)
- Mal for kompetansekartlegging i hjemmesykepleien (2022)

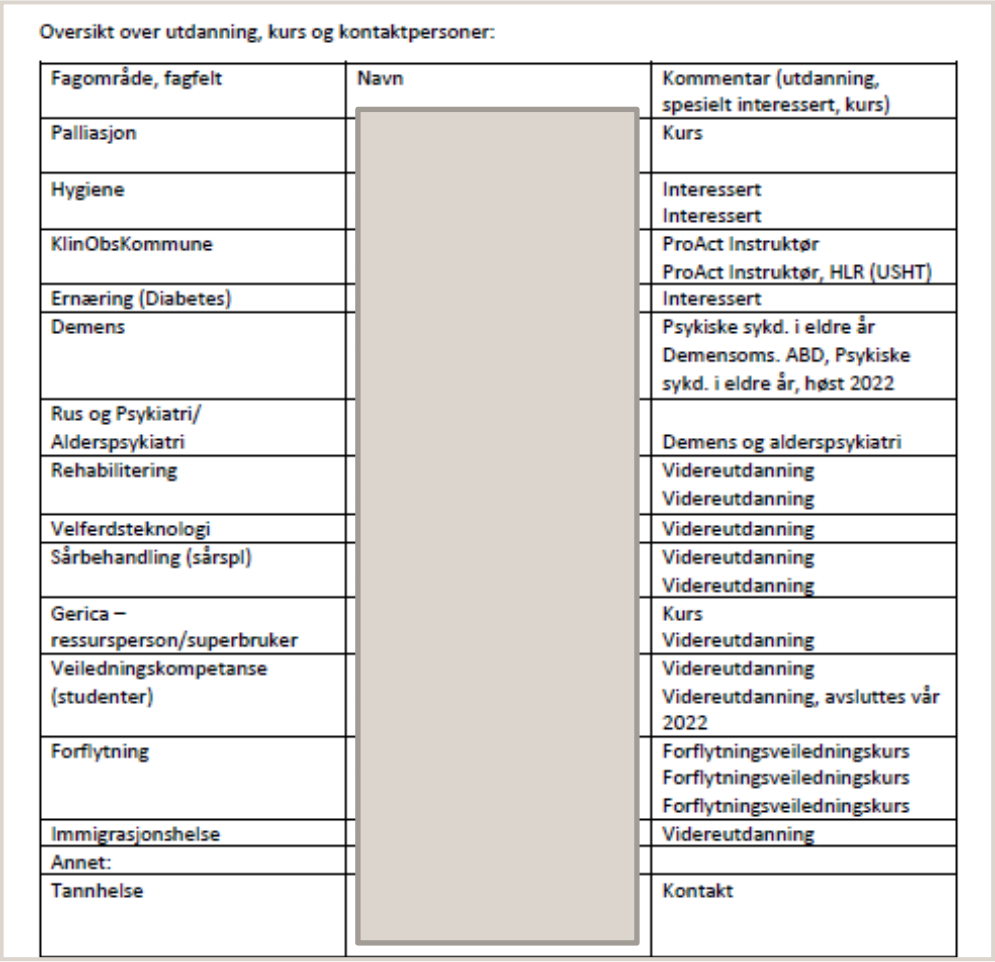
Dokumentet mal for utviklingssamtale etterspør blant annet hvordan den ansatte opplever å mestre utfordringer i jobben, hvordan vedkommende får brukt kompetansen og hvordan den ansatte ønsker å utvikle seg. I dokumentet «forberedelse til kartleggingssamtale», som er en egenkartlegging den ansatte skal gjennomføre, etterspørres både formell kompetanse, samt nøkkelkompetanse, det vil si områder som den ansatte har jobbet mye med/har særlig kompetanse på. I «mal for

[28] Kommunen har videre oversendt «Innovasjonsstrategi for Lillestrøm kommune» (vedtatt i kommunestyret 16. desember 2020, sist godkjent 31.03.2022), hvor et av målene er at kommunen skal drive strategisk kompetansestyring for å fremme innovasjon, samt temaplanen «Teknologiløftet» hvor økt digital kompetanse og arbeidsform skal være et av fokusområdene i satsningsperioden 2024-2026.

kompetansekartlegging i hjemmesykepleien» er demens et av flere tema hvor ansatte skal kommenterer på punktene utdanning, spesielt interessert og kurs.

Kommunen har oversendt dokumentasjon som viser eksempler på resultater fra kompetansekartlegging i fire ulike seksjoner innen hjemmetjenesten i 2022. Figuren under viser resultatet fra seksjon Skedsmokorset.

Figur 5 Kompetansekartlegging, eksempel



Oversikt over utdanning, kurs og kontaktpersoner:

Fagområde, fagfelt	Navn	Kommentar (utdanning, spesielt interessert, kurs)
Palliasjon		Kurs
Hygiene		Interessert Interessert
KlinObsKommune		ProAct Instruktør ProAct Instruktør, HLR (USHT)
Ernæring (Diabetes)		Interessert
Demens		Psykiske sykd. i eldre år Demensoms. ABD, Psykiske sykd. i eldre år, høst 2022
Rus og Psykiatri/ Alderspsykiatri		Demens og alderspsykiatri
Rehabilitering		Videreutdanning Videreutdanning
Velferdsteknologi		Videreutdanning
Sårbehandling (sårspl)		Videreutdanning Videreutdanning
Gerica – ressursperson/superbruker		Kurs Videreutdanning
Veiledningskompetanse (studenter)		Videreutdanning Videreutdanning, avsluttes vår 2022
Forflytning		Forflytningsveiledningskurs Forflytningsveiledningskurs Forflytningsveiledningskurs
Immigrasjonshelse		Videreutdanning
Annet:		
Tannhelse		Kontakt

Kilde: Lillestrøm kommune 2023

4.2 Opplæring i rutiner og prosedyrer

Tilstrekkelig og relevant kompetanse for oppfølging av personer med demens og deres pårørende innebærer blant annet at ansatte, også vikarer og nyansatte, har kjennskap til gjeldende rutiner og prosedyrer. Som dokumentasjon har kommunen blant annet oversendt «Mentorprogrammet for nytilsatte sykepleiere/vernepleier i omsorgsboliger og hjemmetjenester» (Lillestrøm kommune

2022a)[29], samt eksempel på opplæringsprogram for sommervikarer (Lillestrøm kommune 2023). Sistnevnte er rettet mot nye vikarer som ikke har helsefaglig kompetanse, og kognitiv svikt/demens er et av flere tema i opplæringsprogrammet som strekker seg over en dag.

Formålet med Mentorprogrammet er «[e]n systematisk oppfølgingsordning for nytilsatte sykepleiere i kommunen ved hjelp av mentor. Målet er å redusere turn-over i sykepleierstillingene».

> Mentor er en erfaren kollega som skal være en støtte for den nytilsatte. Mentor og nytilsatt samarbeider om å kartlegge den nytilsattes behov gjennom avtalte møter satt i system […]. Mentor koordinerer og bistår den nytilsatte med opplæring.
>
> Den nytilsatte har ansvar for å tilegne seg nødvendig opplæring ved at sjekklister er gjennomgått, utført og signert.
>
> (Lillestrøm kommune 2022a)

Forståelse og anvendelse av rutiner er et av de punktene mentorprogrammet beskriver at samtaler mellom mentor og nytilsatt bør ivareta. Avdelingsleder for hjemmebaserte tjenester forteller i intervju at mentorprogrammet innebærer at du som nyansatt sykepleier følges opp med systematisk opplæring og tette møter over lengere tid. Dette skal de ifølge avdelingslederen etter hvert også vurdere å igangsette for helsefagarbeidere og nye ledere. Seksjonsleder Fet forteller i intervju at man ved nyansettelser går gjennom en prosedyre med et avkrysningsskjema for hva som skal gjennomgås. Den nyansatte får tre opplæringsvakter. Utover dette er det primærgruppens ansvar å gi opplæring på de spesifikke personene. Hun understreker at hun gjerne kunne tenkt seg å innføre mentorordningen som nå utprøves i bl.a. seksjon for hjemmebaserte tjenester Sørum.

Revisjonen har i forbindelse med dokumentbestillingen til kommunen etterspurt hvilke rutiner som skal benyttes når det ytes hjemmetjenester til personer med demens og deres pårørende. Kommunen oversendte følgende rutiner:

- Mal for kartlegging ved oppstart hjemmesykepleie (godkjent 14.07.2022)
- Rutine for samtykkekompetansevurdering, kap.4a. (godkjent 13.01.2022)
- Rutine for primærkontakter i hjemmebaserte tjenester (godkjent 15.06.2020)
- Kvalitetsstandard for hjemmesykepleie (2.2.2023)
- Prosedyre for bruk av modulen DigiHelse i Gerica (godkjent 21.01.2021)
- Standard for omsorg og behandling ved livets slutt (revidert januar 2020)
- Prosedyre for tillitsskapende tiltak (godkjent 11.03.2022)
- Rutine for primærrute Demens, Skedsmokorset Hjemmesykepleie (21.10.22)
- Tjenesteforløp og tiltakspakke demens (ikke datert)

[29] Administrasjonen informerer om at det i periode 2021-2023 er tre hjemmesykepleie-seksjoner og fem omsorgsboliger i Lillestrøm kommune som er med i Mentorprogrammet. Fra sommeren 2023 vil mentorprogrammet implementeres ut i alle hjemmesykepleie-seksjonene.

I spørreundersøkelsen ble ansatte stilt spørsmål ved om de hadde kjennskap til ulike rutiner som gjelder for virksomhetens tjenesteutøvere. Tabellen under viser hvilken kjennskap ansatte med ulike roller oppgir at de har til «prosedyre for tillitsskapende arbeid» som skal gjelde for helsepersonell i institusjon og hjemmetjeneste (Lillestrøm kommune 2022c).

Tabell 1 Ansattes kjennskap til prosedyre for tillitsskapende arbeid, i prosent

Rolle	Har gjennomgått rutinen og er kjent med innholdet	Kjenner til at rutinen finnes, men kjenner ikke innholdet	Er ikke kjent med at rutinen finnes	N=
Ressursperson demens/demenskontakt	80 %	10 %	10 %	10
Primærkontakt	61 %	20 %	18 %	49
Hjemmesykepleier hos person med demens	44 %	29 %	27 %	108

Kilde: RRI 2023, N= 167

Oversikten viser at åtte av ti ressurspersoner innen demens kjenner til prosedyren og innholdet i prosedyren. Videre oppgir 56 prosent av ansatte med rollen «hjemmesykepleier hos person med demens» at de ikke er kjent med innholdet i prosedyren eller ikke kjenner til at prosedyren finnes. Undersøkelsen etterspurte også ansattes kjennskap til enkelte andre prosedyrer. Når det gjelder prosedyren «Kvalitetsstandard for hjemmesykepleie»[30] viser undersøkelsen at 39 prosent av ansatte som er sykepleiere, og 38 prosent av ansatte som er helsefagarbeidere/hjelpepleiere ikke er kjent med innholdet i denne prosedyren.

Kommunalsjef for helsetjenester til voksne forteller at de nå er i ferd med å skulle innføre et nytt kvalitetssystem (Samsvar). Det nye systemet gir leder, slik hun har oppfattet det, mulighet til å kunne se på en «leseliste» hvilke ansatte som har lest rutinene. Dette var ikke mulig med det forrige systemet kommunen brukte. Det nye systemet vil gi leder mulighet til å følge opp, og sende ut påminnelser til ansatte som ikke har lest rutinene.

4.3 Grunnleggende opplæring om demens

Som nevnt i kapittel 3 er nødvendig og grunnleggende opplæring knyttet til de arbeidsoppgaver den enkelte ansatte skal utføre.

Kommunen har i forbindelse med dokumentbestillingen oversendt dokumentasjon på ansattes deltagelse i Demensomsorgens og/eller Eldreomsorgens ABC, som viser at det ikke ble gjennomført

[30] Ifølge prosedyren består hjemmesykepleien av ansatte som er sykepleiere, helsefagarbeidere/ hjelpepleiere og assistenter.

slike kurs i 2020 grunnet Covid 19. Videre er det oppgitt at det samlet for hjemmesykepleien, praktisk bistand, omsorgsboliger og aktivitetssentrene deltok 28 ansatte i slik opplæring i 2021 og 59 ansatte i 2022. Administrasjonen oppgir også at det gjennomføres faglunsjer regelmessig hvor man blant annet benytter webinarer fra kompetansebroen[31], samt veiledning fra ressurspersoner innen demens og demensteam.

I intervju med avdelingsleder for hjemmebaserte tjenester forteller hun at Demensomsorgens ABC er frivillig å delta på, og at det er basert på hvor de ansatte har «gløden» og hva de liker å jobbe med. Hun beskriver at det er svært sjeldent at de sier nei hvis noen vil gå på kurs, dette gjelder også for ansatte innen praktisk bistand. Ansatte som er ufaglærte vil ifølge avdelingsleder ikke utføre tjenester til personer med langkommet demens. Seksjonsleder Skedsmokorset forteller at de ansatte er mye ute. Det legges derfor opp til undervisning i etterkant av lunsjen når de ansatte likevel er inne. Deltagere på undervisningen er stort sett de som er på jobb den aktuelle dagen. Hun forteller at det er flere som har deltatt på demensomsorgens ABC, men at deltagelsen er helt frivillig fordi kurset legger opp til en del lesing mellom undervisningstimene. Man legger til rette for at deltakelse på fritid kompenseres. Også seksjonsleder Fet uttrykker at ansatte selv kan velge seg ut et fagfelt de syns er interessant, eller som de har jobbet med tidligere. Deltagelse på demensomsorgens ABC er derfor frivillig.

I avsluttende intervju med direktør for helse og mestring uttrykker hun at de stadig drøfter hva som skal være obligatorisk eller ikke, når det gjelder ansattes deltagelse på kurs for kompetanseheving. Målet er å skape en robust hjemmetjeneste for fremtiden, og i lys av dette mener direktøren at grunnleggende kunnskap om demens bør være obligatorisk. Hun påpeker at forekomsten av demens øker, og at kompetansen er viktig når de skal oppfylle intensjonen om «lengst mulig i eget hjem».

Demenskoordinator forteller i intervju at det i noen kommuner er et krav ved ansettelse at man deltar på ABC opplæring, men at det ikke er et slikt krav i Lillestrøm kommune. Dette mener hun i praksis gjør at ufaglærte kan yte tjenester til personer med demens. Demenskoordinator mener tilbakemeldinger fra ansatte om at de «ikke kommer i posisjon» til å hjelpe, og at brukere «motsetter seg hjelp», indikerer at det er for lite kompetanse blant ansatte rundt hvordan man skal håndtere det som kan være utfordrende situasjoner hos enkelte personer med demens. Her mener demenskoordinator at kompetanse og fast personell er det som skal til for å håndtere slike situasjoner. Manglende kompetanse og fokus på å prioritere tilrettelagte tjenester for personer med demens, kan ifølge demenskoordinator gå ut over tiltak som for eksempel «samspising»[32]. Tiltaket er viktig for å bidra til at sårbare pasienter får i seg nok ernæring. Manglende ernæring kan føre til at pasienten må på korttidsopphold. Demenskoordinatoren stiller derfor spørsmål ved om man kan la være å bruke tid og kompetanse på denne gruppen som trenger spesiell tilrettelegging. Hadde man prioritert å bruke tid og kompetanse her, kunne sannsynligvis pasienten klart seg lenger i eget hjem mener hun. Demenskoordinator viser til at noen kommuner har løst dette på en god måte, og at en av sonene i

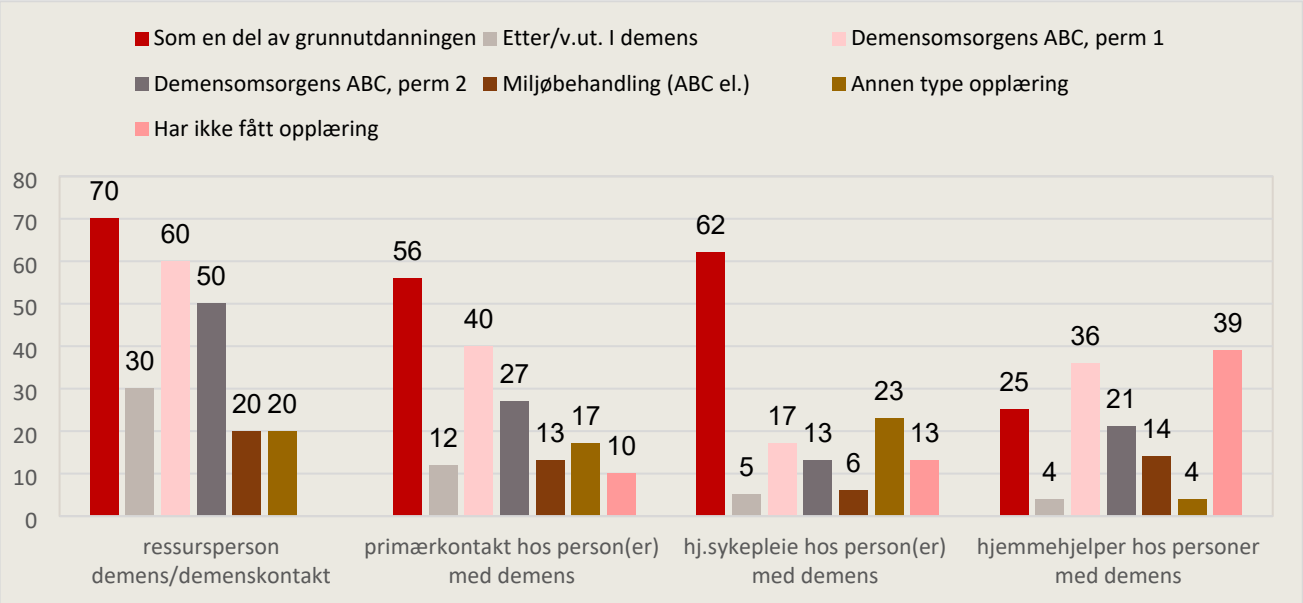
[31] Kompetansebroen er for medarbeidere og studenter innen helsesektoren og skal styrke gjensidig informasjons- og kompetansedeling i opptaksområdet til Ahus.

[32] Samspising vil si at hjemmesykepleien spiser sammen med brukere som er i risiko for underernæring. Personer med demens er en utsatt gruppe for underernæring (Helse- og omsorgsdepartementet 2017b)

Lillestrøm, Skedsmo, har satt inn tiltak for å imøtekomme denne gruppens behov i større grad. Demenskoordinator forteller videre at hun selv underviser på forespørsel fra hjemmetjenesten, gir veiledning i enkeltsaker, og at det er en lav terskel for at ansatte kan å ringe til demenskoordinator/demensteamet. Demenskoordinator veileder og underviser også rundt lovverket i forbindelse med bruk av tvang.

I spørreundersøkelsen ble det stilt ulike spørsmål til de ansatte om egen opplæring innen demens. Diagrammet under viser hvilken type opplæring ansatte med ulike roller svarer at de har.

Diagram 2 Opplæring om demens blant ansatte med ulike roller, i prosent



Kilde: RRI 2023, N=232

Oversikten viser at ansatte med roller som ressursperson demens, primærkontakt og hjemmesykepleier hos personer med demens, i stor grad oppgir at opplæring om demens var en del av grunnutdanningen. Blant de som er hjemmehjelpere hos personer med demens er det en langt mindre andel som oppgir dette. Hos den sistnevnte gruppen oppgis demensomsorgens ABC (1 og 2) som den primære opplæringen innen demens, og 39 prosent oppgir at de ikke har fått opplæring innen demens. Det samme gjelder 13 prosent av ansatte som har utført hjemmesykepleie hos personer med demens, og ti prosent av ansatte som er primærkontakt for personer med demens.

Spørreundersøkelsen viser videre at det er blant ansatte ved aktivitetssentrene den relativt største andelen oppgir at de har deltatt på opplæring i «Miljøbehandlingens ABC» (29 prosent), samt i «annen type opplæring» (45 prosent).

4.4 Ansattes kjennskap til kommunale tiltak

Kommunen bør ha etablert flere typer tiltak for å tilpasse tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Som en del av opplæringen bør ansatte ha kjennskap til slike tiltak. I kommunens

prosedyre for primærkontakter heter det under punktet om «samarbeid med bruker, pårørende og samarbeidspartnere» at en av oppgavene er å informere om kommunale tjenester som er relevant for den aktuelle brukeren. I intervju med seksjonsleder Skedsmokorset bekrefter hun at det er primærkontaktene som har ansvaret for å informere om tilbudene for personer med demens i kommunen. Det gjennomføres vanligvis en førstegangssamtale med brukere og eventuelt pårørende, sammen med en fra primærgruppen (enten sykepleier eller helsefagarbeider). Der skal det informeres om hvilke tilbud som finnes.

Avdelingsleder for hjemmebaserte tjenester uttrykker at i hvert fall de fast ansatte skal kunne vite om tilbudene. Hun beskriver samtidig at koordinator i forvaltningsseksjonen (under tjenestetorg) har en rolle med hensyn til å gi informasjon til brukerne om de ulike tiltakene. Det er ofte forvaltningsseksjonen som har kontakt med pårørende og registrerer endringer i behovene. Avdelingsleder beskriver at det er en balansegang med hensyn til hva hjemmetjenesten skal informere brukerne om, da man ikke bør «love noe» på vegne av forvaltningsseksjonen som tildeler tjenestene. Hjemmetjenesten bør derfor heller henvise til forvaltningsseksjonen når de registrerer endringer hos brukerne ved å skrive en revurderingsjournal. Kommunalsjef for tjenestetorg bekrefter dette i intervju, med henvisning til at forvaltningsseksjonen har mer informasjon og en bedre oversikt over saken til brukerne.

I spørreundersøkelsen ble ansatte bedt om å svare på om de hadde kjennskap til de ulike tiltakene, samt om de selv har informert brukere og pårørende, eller henvist brukeren til andre for å få informasjon. Tabellen under viser hva de ansatte samlet svarte med hensyn til kjennskap og informasjon rundt sentrale tiltak for personer med demens.

Tabell 2 Ansattes kjennskap til ulike kommunale tiltak, i antall

Tiltak	Kjenner du til tiltaket?		Har du selv informert brukere/ pårørende om tiltaket?		Har du henvist brukere/pårørende til annet sted for informasjon?
	Ja	Nei	Ja	Nei	
Demenskoordinator og/eller demensteam	219	13	115	58	36
Dagaktivitetstilbud/ aktivitetssenter	201	19	122	52	24
IP/koordinator	115	115	26	66	19
Velferdsteknologi	221	9	140	53	25
Pårørendestøtte	172	58	54	87	26
Pårørendeskole	164	66	74	75	13
Samtalegruppe	133	97	39	69	20

Kilde: RRI 2023

Tabellen viser at de kommunale tiltakene ansatte i størst grad oppgir at de kjenner til, er demenskoordinator/demensteam, dagaktivitetstilbudet og tilbud om velferdsteknologi. Det færrest kjenner til er IP/koordinator, og dette er dermed det tiltaket de færreste selv har informert brukere og pårørende om. Svar på spørreundersøkelsen viser videre at flere ansatte velger å informere brukere/pårørende selv, fremfor å henvise brukeren til andre instanser for ytterligere informasjon.

Spørreundersøkelsen viser også at av 47 primærkontakter oppgir 28 av dem, det vil si 60 prosent, at de har informert brukere og pårørende om demenskoordinator/demensteam. Videre oppgir 4 av 49 primærkontakter for personer med demens at de ikke kjenner til at kommunen har egne dagaktivitetstilbud for målgruppen. 18 av 49, eller 37 prosent av primærkontaktene oppgir at de ikke kjenner til verktøyene individuell plan og koordinator. 13 av 49, eller 27 prosent av primærkontakter oppgir videre at de ikke kjenner til at det finnes egne rutiner for pårørendestøtte (avlastningstiltak, omsorgsstønad og veiledning).

Demenskoordinatoren forteller i intervju at hun ikke har en stillingsbeskrivelse for sin nåværende stilling, men har en stillingsbeskrivelse fra 2017, fra hun var demenskoordinator i Skedsmo kommune. Hun mener denne for så vidt er dekkende for de oppgavene hun har, men mener samtidig at en stillingsbeskrivelse for sin nåværende stilling i Lillestrøm kommune kunne bidratt til å enda bedre synliggjøre den rollen hun faktisk har. Hun opplever at mange, også ledere i kommunen, ikke er klar over hva hun og demensteamet faktisk utfører av oppgaver.

4.5 Demensnettverk/demensteam/demenskoordinat – særlig kompetanse

I intervju med demenskoordinator og avdelingsleder for hjemmebaserte tjenester kommer det fram at demensnettverk for ressurspersoner innen demens i hjemmetjenesten og sykehjem samles et par ganger i året. Avdelingsleder forteller at ressurspersonene (innen demens og andre områder) i seksjonene deltar i en type «utdanningsløp». Det er en forventning om at ressurspersonene formidler kunnskap tilbake til seksjonen når de har deltatt på kurs. Det foreligger ikke en egen funksjonsbeskrivelse for ressurspersonene, men de skal blant annet bidra med veiledning, samt ha ansvar for å sette opp tiltaksplaner.

Når det gjelder opplæring innen demens, beskriver demenskoordinator at hun kan ha forventninger om noe større deltakelse i demensnettverket i en stor kommune som Lillestrøm. I forbindelse med en samling for ressurspersoner innen demens i ulike seksjoner, opplever hun at hun må purre en god del for å få deltakelse fra de ansatte. Samlingene er ment for å gi ressurspersonene ekstra faglig påfyll, da disse skal kunne mer om demens, og skal kunne brukes i avdelingen til å veilede kolleger. Hun tenker at noe av grunnen til lav deltakelse er at dette ikke i tilstrekkelig grad er prioritert fra ledernes side, og at begrunnelsen er at de ikke har tid til å delta. Hun har likevel full forståelse for at det er en kabal som skal gå opp, og at det er andre «nødvendige» oppgaver som blir prioritert. Seksjonsleder Fet forteller i intervju at det av ulike grunner har vært en del fravær av ressurspersoner innen demens, men at hun håper seksjonen er på vei tilbake til normal funksjon.

Videre har Lillestrøm kommune et demensteam bestående av fem ansatte; to sykepleiere, en fagarbeider og to ergoterapeuter. Demenskoordinator forteller i intervju at de fra 1. juni 2023 igjen

skal få en lege i 20 prosent stilling i demensteamet. Hovedoppgaven til demensteamet er kognitiv kartlegging, kartlegging av pårørendes situasjon, samt en del undervisning og veiledning til pårørende innen samhandling, kommunikasjon og i forbindelse med adferdsutfordringer.

Revisjonen har fått oversendt en oversikt som viser kompetanse hos ansatte i demensteamet:

Tabell 3 Demensteam, fagbakgrunn og kompetanse

Stillingsprosent	Stillingstittel	Utdanning
100	Demenskoordinator	Sykepleier m/ master i helsetjenester til eldre og 60 studiepoeng i Veiledning og coaching
100	Sykepleier	Sykepleier, uten annen videreutdanning, men lang erfaring innen demensfeltet
100	Fagarbeider	Helsefagarbeider m/ videreutdanning innen alderspsykiatri og demens og velferdsteknologi
100	Ergoterapeut	Ergoterapi, uten annen videreutdanning
100	Ergoterapeut	Ergoterapeut, påbegynt videreutdanning velferdsteknologi, på masternivå, januar 2023
20	Lege	Merknad: Lege er ansatt 100 % stilling i institusjon og helsehus, men fast en dag i uken i demensteam

Kilde: Lillestrøm kommune 2023

Oversikten viser at demensteamet består av ansatte med ulik fagbakgrunn, og hvor flere har relevante utdanninger/videreutdanninger eller lang erfaring innen demensfeltet.

4.6 Revisjonens vurderinger, konklusjon og anbefalinger

Revisjonen har lagt til grunn at kommunen må ha et system for kartlegging av kompetansebehov innen tjenestetilbudet til personer med demens. Undersøkelsen viser at kommunen har planverk som generelt beskriver behovet for kunnskap hos ansatte når eldre med funksjonsnedsettelser skal kunne bo hjemme lengst mulig. Kommunen har videre mal for kompetansekartlegging i hjemmesykepleien hvor kompetanse innen demens er et av flere områder som kartlegges. Undersøkelsen viser eksempler på kompetansekartlegging i fire ulike hjemmetjenesteseksjoner i 2022. Revisjonen vurderer at kommunen i det alt vesentlige har systemer for kartlegging av kompetansebehov.

Revisjonen har videre lagt til grunn at kommunen må sørge for at alle ansatte har tilstrekkelig og relevant kompetanse for oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Herunder forutsettes det at alle ansatte får nødvendig opplæring i gjeldende rutiner og prosedyrer, grunnleggende opplæring om demens og at ansatte har kjennskap til relevante kommunale tiltak.

Undersøkelsen viser at nytilsatte skal gjennomgå en sjekkliste i forbindelse med opplæring. Kommunen har videre innført et mentorprogram ved ansettelse av sykepleiere i deler av tjenesten, hvor forståelse og bruk av rutiner er et av de punktene som skal ivaretas. Kommunens plan er å utvide mentorprogrammet til flere seksjoner, samt vurdere bruk av programmet også ved ansettelse av helsefagarbeidere. Dette mener revisjonen er bra.

I undersøkelsen kommer det frem at kommunens demensteam består av ansatte hvor flere har relevant videreutdanning, og/eller lang erfaring innen demensfeltet. Undersøkelsen viser videre at i overkant av 60 prosent av de som er eller har vært hjemmesykepleier hos personer med demens, har kunnskap om tilrettelegging for personer med demens som en del av grunnutdanningen. Det kommer også frem i undersøkelsen at det tilrettelegges noe for at ansatte kan delta på Demensomsorgens ABC, men at deltagelsen er basert på interesse og frivillighet. Blant ansatte som har utført tjenester hos personer med demens, viser spørreundersøkelsen av enkelte av dem ikke har fått noe opplæring om tilrettelegging for personer med demens. Dette mener revisjonen er uheldig, og vurderer at kravet om nødvendig kompetanse for å utføre tjenester til målgruppen ikke i tilstrekkelig grad er ivaretatt.

Når det gjelder å informere om kommunale tjenester som er relevante for den aktuelle brukeren, viser undersøkelsen at dette er et spesielt ansvar tillagt primærkontaktene, samt at det forventes at fast ansatte kjenner til kommunens ulike tiltak for personer med demens. Det kommer også frem at tjenestetorg ønsker å få henvendelser rettet til seg, da det er de som sitter med den overordnede oversikten over ulike tilbud, samt vurderer tjenester for den enkelte bruker.

Det tiltaket mange ansatte oppgir at de kjenner til er ordningen med demensteam/demenskoordinator. Undersøkelsen viser samtidig at det ikke foreligger en oppdatert stillingsbeskrivelse for demenskoordinator etter sammenslåingen til Lillestrøm kommune. Det foreligger heller ikke en funksjonsbeskrivelse for ansatte som har rollen ressursperson demens. Revisjonen mener en tydelig beskrivelse av oppgaver og ansvar er viktig med tanke på å gjøre tiltaket med demenskontakt/demensteam/demenskoordinator bedre kjent blant ansatte.

Det kommer også frem at noen ansatte med rollen primærkontakt for person med demens, ikke kjenner til enkelte sentrale tiltak for målgruppen, som dagaktivitetstilbud og egne tilbud om pårørendestøtte. Dette mener revisjonen er mangelfullt, da primærkontaktene har et spesielt ansvar for å informere personer med demens og deres pårørende om relevante tjenester.

Undersøkelsen viser at kommunen har et demensteam og en demenskoordinator med særlig kompetanse om demens, i form av ansatte med relevante videreutdanninger og lang erfaring innen demensomsorg.

Revisjonens konklusjon er at kommunen til en viss grad sørger for at ansatte som yter hjemmetjenester får nødvendig opplæring om oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Revisjonen vil vektlegge at grunnleggende opplæringstiltak som iverksettes bør gjelde for alle ansatte i alle seksjoner som yter tjenester til hjemmeboende personer med demens.

På bakgrunn av undersøkelsen er revisjonens anbefaling at kommunedirektøren bør:

1. sikre at alle ansatte som yter tjenester til personer med demens har fått grunnleggende opplæring og er kjent med gjeldende rutiner og sentrale kommunale tiltak for målgruppen.
2. vurdere behovet for stillings- og/eller funksjonsbeskrivelser for demenskoordinator og for ansatte med rollen «ressursperson demens».

5 ET TILPASSET TJENESTETILBUD

I følgende kapittel presenterer vi data som beskriver hvordan kommunen ivaretar ulike deler av tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Hvilke krav som stilles til kommunen på området ble utledet i kapittel 3 og er oppsummert i følgende tabell:

Problemstilling 2	Revisjonskriterier
Får hjemmeboende personer med demens og deres pårørende et tjenestetilbud som er tilpasset deres behov?	➔ Kommunen bør ha rutiner for samarbeid med fastlegene om basal demensutredning ➔ Personer med demens bør tilbys kontaktperson/koordinator og tiltaksplan/individuell plan for oppfølging gjennom hele demensforløpet. ➔ Kommunen skal ha implementert metoder for personsentrert omsorg og behandling ➔ Kommunen skal ha tilbud om dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens som har behov for slik tilbud ➔ Kommunen bør informere om, samt tilby bruker og pårørende tilgjengelig velferdsteknologi ➔ Kommunen bør legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner om tiltak for personer med demens og deres pårørende. ➔ Pårørende til personer med demens som har spesielt tyngende omsorgsarbeid skal ha tilbud om pårørendestøtte som o Avlastning o Opplæring og veiledning o Omsorgsstønad ➔ Kommunen bør ha et system for å ivareta brukermedvirkning, samt innhente brukererfaringer fra personer med demens og deres pårørende, for eksempel gjennomføre brukerundersøkelser.

5.1 Rutiner for samarbeid med fastlegene om basal demensutredning

Kommunen ga i forbindelse med oversendelse av dokumentasjon en skriftlig tilbakemelding om at det er et godt samarbeid mellom fastlegene og demensteamet, men at det ikke foreligger en formell samarbeidsavtale. Med tanke på samarbeidet mellom demensteam og fastlegene beskriver avdelingsleder for hjemmebaserte tjenester at mange brukere har fastleger i andre kommuner, og at det derfor er vanskelig å fastsette en formell samarbeidsavtale. Hun beskriver samtidig at de sender ut informasjon til fastlegene. Også direktør for helse og mestring påpeker kompleksiteten i at kommunen til sammen har 76 fastleger, med tanke på å få innført en samlet avtale.

Kommuneoverlegen har her en rolle med tanke på å få til felles rutiner/avtaler. Hun forteller også at kommunen deltar i nettverk for helhetlig pasientforløp, og at de nå ser på hvordan de kan ta dette arbeidet videre. Her er fastlegesamarbeidet sentralt, påpeker hun, både innen demensområdet og andre områder. Hun viser til at enkelte klagesaker omhandler et vakuum pårørende kan oppleve i pasientforløpet mellom fastlegen og kommunehelsetjenesten.

Demenskoordinatoren forteller at henvisning om utredning kommer fra fastleger, spesialisthelsetjenesten, direkte fra pårørende, og noen ganger fra personen selv. Ofte ber fastlege demensteamet om å ta testene, mens fastlegene selv tar blodprøver m.m. På grunnlag av ulike tester, kan fastlegen stille en diagnose. Behovet for en prosedyre for samarbeidet mellom demensteamet og fastlegene er noe de har snakket om i demensteamet, og demenskoordinatoren mener dette er noe de burde ha. Hun beskriver at hun opplever at fastlegene blir mer og mer klar over demensteamets rolle, og at de samarbeider veldig godt med noen av dem. Hun mener likevel at en rutine for samarbeidet kunne gjort ansvarfordelingen tydeligere, og bidratt til et mer formalisert samarbeid.

Kommunen har oversendt «prosedyre for mottak og behandling av henvisninger til demensteam» (19.8.22). Her beskrives det blant annet at det ved «oppsummeringssamtalen» etter demensteamets hjemmebesøk hos bruker må komme frem resultatet av kartleggingen og informasjon om at rapport oversendes fastlege ved samtykke. Videre beskrives viktigheten av å være tydelige på at det er fastlege som stiller eventuell diagnose, og at man etter hjemmebesøket skal kopiere journalnotatet og sende som PLO[33] til fastlege. Kommunen har også oversendt brosjyre med informasjon om demensteamets funksjon:

Kilde: Lillestrøm kommune 2023

Brosjyren beskriver at demensteamet blant annet tilbyr

- kartleggings- og utredningssamtale med pasient og pårørende
- kartlegging av behov for hjelp
- hjelpemidler som støtter hukommelse og bidrar til sikkerhet
- Oppfølging av pasient og pårørende
- Bistand med å starte individuell plan (IP) ved behov
- Veiledning til pårørende og helsepersonell
- Pårørendeskole
- Samtalegruppe for pårørende

Brosjyren informerer også om at fastleger med flere, kan kontakte demensteamet.

I forbindelse med dokumentbestillingen etterspurte revisjonen hvor mange vedtak om demensutredninger som er gjort i perioden 1.3.2022 til 1.3.2023. Kommunen svarer til dette at det er gjennomført demensutredning i regi av demensteamet til 150 personer i denne perioden. Det påpekes

[33] PLO er en elektronisk melding

samtidig at utredning fra demensteamet er et lavterskeltilbud og ikke er vedtakspliktig, men at tjenesten «Demensteam» opprettes i pasientjournal.

5.2 Kontaktperson/koordinator og tiltaksplan/individuell plan

For personer med demens og deres pårørende er en fast kontaktperson særlig viktig. Dette kan gjerne være en kontaktperson fra kommunens hukommelsesteam. Kommunen viser blant annet til rutinen «tiltakspakke demens» når det gjelder hvordan behovet for fast oppfølging ivaretas. I intervju viser også demenskoordinator til «tiltakspakke demens» med tanke på oppfølging gjennom demensforløpet. I tiltakspakke demens skal det avtales med hvilket intervall demensteamet skal følge opp pasienter med hjemmebesøk, noe som ofte er hvert halvår. Dette avtales med pasienten og de pårørende. Koordinator forteller videre at det ikke har vært tradisjon for å tildele individuell plan (IP) til personer med demens. Disse har ofte ikke behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester («sammensatte tjenester»), som er en forutsetning. Hvis og når det blir behov for tettere oppfølging av hjemmetjenesten, skal oppfølgingen overføres til hjemmetjenesten. Før overføring til hjemmetjenesten er det med andre ord demensteamet som utgjør «fast kontaktperson». I hjemmetjenesten vil dette ifølge demenskoordinatoren ivaretas av primærkontaktordningen.

Når det gjelder rollen som primærkontakt har man ifølge avdelingsleder for hjemmebaserte tjenester i teorien planlagt for primærgrupper, og har gode erfaringer med det. Dette blir ifølge avdelingsleder mindre sårbart enn ordningen med primær- og sekundærkontakter. Med primærgrupper får man et lite team rundt pasientene. Seksjonsleder Skedsmokorset beskriver i intervju at primærgrupper er inndelt etter geografiske områder, samt at alle brukere har primærkontakt og sekundærkontakt.

Kommunen har oversendt «Tildelingskriterier Lillestrøm kommune» (2019 versjon 1 a)[34]. Prosedyren beskriver at kommunen skal utarbeide en individuell plan for tjenestemottakere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, samt at tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester også skal få tilbud om en koordinator. Langvarige og koordinerte tjenester skal ifølge prosedyren tolkes som «[at] behovet må gjelde to eller flere helse- og omsorgstjenester og at tjenesten bør ses i sammenheng.» Kommunen gir skriftlig tilbakemelding til revisjonen om at det per mars 2023 er 1 tjenestemottaker med demens som har IP.

På spørsmål om hvorfor det ikke er flere personer med demens som har IP eller koordinator, forteller kommunalsjefen tjenestetorg at dette er fordi brukeren enten ikke ønsker det selv, eller fordi brukeren ikke har helsetjenester som det er behov for å koordinere. Han mener videre det er utfordrende at koordinatorrollen er ute i tjenesten, og mener at denne rollen burde vært mer sentralisert. Kommunalsjef for helsetjenester til voksne beskriver at de opplever tiltaksplanene som et bedre verktøy enn individuell plan i de fleste tilfeller. Tiltaksplanene kan justeres raskere enn IP og gir dermed et sikrere bilde av brukeren. Ordningen med IP er både tids- og ressurskrevende. Hun uttrykker at det er viktig for tjenesten å bruke ressursene til det beste for brukerne. De ser at bruk av tiltaksplan fungerer vel så bra som IP, samtidig som brukere som søker om IP vil bli vurdert.

[34] Godkjent 7.10.2020

Seksjonsleder Skedsmokorset forteller i intervju det ikke finnes en egen mal for tiltaksplanen, men at denne utarbeides ut fra den enkelte brukers behov. Det er hjemmesykepleien som utarbeider tiltaksplanen. Det gjøres sammen med brukeren så lenge det er mulig, og baserer seg på vedtaket til personen. Dersom situasjonen til personen endrer seg, blir dette meldt videre til tildelingskontoret.

5.3 Personsentrert omsorg

Kapittel 3 beskriver ulike metoder for å innføre personsentrert omsorg i tjenestene. Revisjonens stilte i forbindelse med dokumentbestillingen spørsmål til kommunen om hvordan personsentrert omsorg praktiseres i tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med demens, og hvilke metode(r) innen personsentrert omsorg som benyttes. Til dette svarer kommunen skriftlig at dette ivaretas blant annet ved å organisere etter «demensrute», fordele pasientgruppen etter primærgruppeoppsettet, samt ved opplæring i prosedyren «tillitsskapende tiltak». Hensikten med prosedyren er å sikre at de som yter helsehjelpen beskriver, vurderer og gjennomfører tillitsskapende tiltak før tvang vurderes. Tillitsskapende tiltak skal bidra til å øke pasientens samarbeid med helsehjelpen. I arbeidet med å innføre personsentrert omsorg, viser kommunen også til deltagelse i «TID[35] som metodikk i demensomsorgen», og til deltagelse i læringsnettverk i regi at USHT[36] «Rett tiltak til rett tid. Demensplan 2025»[37].

Demenskoordinatoren beskriver at hun opplever at det er store forskjeller er mellom seksjonene. Noen seksjoner jobber godt med personsentrert omsorg, mens andre har behov for økt kompetanse og fokus på tilnærmingen. Seksjonsleder Fet forteller i intervju at de ikke har hatt opplæring i personsentrert omsorg, og opplever heller ikke å ha blitt spurt om dette fra kommunen. Hun mener at de likevel jobber ut ifra metodikken, selv om de ikke bruker fagtermen, blant annet når de vektlegger å tilpasse tiltaksplanen til personen.

Personsentrert omsorg handler ifølge demenskoordinator om å finne gode løsninger i samarbeid med bruker og pårørende slik at det er mulig å bo hjemme så lenge det er forsvarlig. Demensteamet erfarer noen ganger at manglende fleksibilitet kan være til hinder for gode tiltak/personsentrert omsorg. Dette går både på kompetanse og holdninger mener hun, og forståelse av at «ting tar tid» i omsorgen for personer med demens. Hun oppfatter at det kan være liten forståelse, kanskje manglende kunnskap, om at demensomsorg i noen tilfeller krever mer tid og personell.

I spørreundersøkelsen skulle de ansatte svare på hvorvidt de kjenner til hva det vil si å utføre «personsentrert omsorg», hvilke metoder de har lært på området og hvorvidt dette er en tilnærming de benytter i møte med brukerne. 63 prosent, eller 145 av 230 ansatte, svarer at de kjenner til «personsentrert omsorg». Videre kommer det frem at «tillitsskapende tiltak» er den modellen flest har fått opplæring i, det vil si at 90 respondenter svarer dette. Andre modeller respondentene oppgir er «VIPS-modellen», strukturert miljøbehandling og validering/reminisens. Hver tredje ansatt svarer at de ikke har fått opplæring i personsentrert omsorg. Av de som kjenner til «personsentrert omsorg»

[35] Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens
[36] Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester
[37] For ytterligere beskrivelse av tiltakene, se vedlegg

svarer 90 prosent samlet at de bruker tilnærmingen i noen eller i stor grad, men her er det variasjoner mellom de ulike seksjonene.

5.4 Dagaktivitetstilbud

Lillestrøm kommune har flere dagaktivitetstilbud i form av aktivitetssentre. En oversikt fra kommunen viser at det totalt er 31,3 årsverk fordelt på 33 ansatte ved åtte aktivitetssentrene i kommunen, hvorav tre er spesielt tilpasset personer med demens. Videre oppgir kommunen at 66 personer med demens hadde spesielt tilrettelagt dagsenterplass, og 218 personer med demens hadde «ordinær» dagsenterplass (ikke spesielt tilrettelagt for personer med demens) per 1.3.2023. Syv personer med demens hadde dagsenterplass gjennom tiltaket «Inn på tunet».[38] Kommunalsjef for helsetjenester til voksne forteller i intervju at kommunen også har et aktivitetstilbud i Frydenlundsgate. Tilbudet er lokalisert i et vanlig bolighus, og gis per i dag som et aktivitetstilbud først og fremst til yngre personer med demens.

Av kommuner som har rapportert tall for dette til Helsedirektoratet, er status at 33,4 prosent av de hjemmeboende med demens har vedtak om dagtilbud i 2022. I Lillestrøm hadde 41,96 prosent av hjemmeboende med demens dette tilbudet (Kommunebarometeret 2023). På kommunens hjemmeside informeres det om at dagsentrene ofte ligger i tilknytning til sykehjem. Videre heter det at brukerne får være med på sosiale aktiviteter og være del av et fellesskap med andre. Tilbudet innebærer også transport til og fra dagsenteret, og to måltider i løpet av dagen (Lillestrøm kommune 2023).

I kommunens tildelingskriterier heter det at tjenestetorget mottar og behandler henvisninger og søknader om tjenestene aktivitetssenter for eldre/demente og aktivitetstilbud for tjenestemottakere med funksjonsnedsettelse. Innholdet i tjenesten utarbeides i samråd med søker/pårørende etter faglig vurdering av den enkeltes behov.

I spørreundersøkelsen kunne de ansatte kommentere ulike tema. En av de ansatte ved en av omsorgsboligene skriver i en kommentar om aktivitetstilbudet til brukerne som bor der at aktivitetstilbud nærmest er fraværende, og at det kun er noen få som har dagplass på aktivitetssenter. Personalet i omsorgsboligen har ifølge respondenten ved flere anledninger fått beskjed om at beboere i døgnbemannet omsorgsbolig mister plassen på aktivitetssenteret, og at beboerne må «avvennes».

På spørsmål om hvilket aktivitetstilbud som gis i omsorgsboligene beskriver kommunalsjef for heletjenester til eldre at det kan være en overgang for noen at de ikke lenger får komme til aktivitetssenteret, men at aktiviteten skal gis i omsorgsboligen for eksempel i form av «samspising», lesestunder m.m. Ønsket er å ansette en aktivitør i hver omsorgsbolig. I dag er det cirka halvparten av omsorgsboligene som har aktivitør. Også direktør for helse og mestring forteller at aktivitetstilbudet i omsorgsboligene er en problemstilling hun har registrert. Hun mener det er behov for en klargjøring rundt hva som skal være aktivitetstilbudet for hjemmeboende personer med demens i slike boliger. Noen av omsorgsboligene har bemanning som har jobbet mye med aktivitetstilbudet, mens de andre

[38] Inn på tunet er tilrettelagte og kvalitetssikrede velferdstjenester på gård.

steder ikke er helt på plass med dette ennå. Hun beskriver at aktivitetskoordinatorer som i dag er ansatt ved institusjonene, er eksempler på hvordan man kan lykkes med aktivitet og frivillighet, og at dette er noe man kan lære av også i omsorgsboligene.

5.5 Velferdsteknologi

Kommunen har oversendt følgende rutiner og dokumentasjon som benyttes i forbindelse med å gi informasjon om, samt tilby og fatte vedtak om velferdsteknologiske løsninger:

- Temaplan Teknologiløftet (2023-2026)
- Rutine trygghetsalarm (2022)
- Rutine Evondos (2023)
- Prosedyre for ansatte ved bruk av KOMP[39] til beboere (godkjent 12.05.2021)
- Retningslinjer ved bruk av tvang, makt, inngripende varsling- og lokaliseringsteknologi og vurdering av samtykkekompetanse (2022)
- Tildelingskriterier Lillestrøm kommune (2019)

Som bakteppe for temaplan teknologiløftet (2023-2026) vises det til befolkningsveksten blant eldre over 80 i årene som kommer, samt til framtidig mangel på helsepersonell. Videre heter det i temaplanen at kommunen som en del av det helsefremmende arbeidet aktivt skal informere innbyggerne om hvordan de kan tilrettelegge for mestring i eget liv. Videre heter det at teknologi skal være førstevalget når behov oppstår og ved tildeling av tjenester. Personer med kognitiv svikt/demens nevnes ikke spesielt som en målgruppe i temaplanen, men det legges vekt på at teknologi skal brukes til å forebygge tap av mestringsevne.

I intervju med kommunalsjef tjenestetorg forteller han at kommunen har stort fokus på teknologi, og understreker at de også vil satse på teknologi for personer med demens. Når det er et mål at flere eldre skal få bo hjemme så lenge de kan, er de avhengig av innovasjon og teknologi for å få det til. Tradisjonelt har kommunen brukt enkeltteknologi som trygghetsalarm eller medisindispenser. Med teknologiløftet skal Lillestrøm være fremoverlent og tenke nytt. Kommunen har et eget delprosjekt som arbeider med kunstig intelligens, og det vil i fremtiden bli samlet informasjon som vil bli brukt for å komme med tilpassede tjenester gjennom demensforløpet. Han understreker at denne teknologien ligger litt frem i tid, og at man også må gå gjennom relevant lovverk før det tas i bruk, men peker på at det generelt er store ambisjoner for teknologiutviklingen i kommunen.

I en nasjonal kartlegging i regi av Helsedirektoratet høsten 2022, beskriver kommunen at både forvaltning (avdeling for mottak og vurdering) og demensteamet kartlegger behov for velferdsteknologi på hjemmebesøk. Til dette formålet benyttes kartleggingsskjemaer, samt at man drøfter med bruker og pårørende. I kommunens mal for kartlegging ved oppstart av hjemmesykepleie etterspørres behovet for hjelpemidler, samt trygghetsalarm.

Kommunen tilbyr følgende velferdsteknologi for hjemmeboende personer med demens:

[39] Teknologi for bildedeling, tekstmeldinger og videosamtaler

- Evondos medisindispenser
- GPS for enkelte personer
- Komfyrvakt
- E-lås
- Digital trygghetsalarm
- Døralarmer i enkelte omsorgsboliger
- KOMP

En skriftlig tilbakemelding fra kommunen viser at 103 personer med demens hadde vedtak om ordinær trygghetsalarm, og at 15 personer med demens hadde vedtak om GPS PRO per 1.3.2023.

Avdelingsleder for hjemmebaserte tjenester forteller i intervju at kommunen jobber med velferdsteknologi gjennom «teknologiløftet», men at dette har blitt utsatt til 2024 selv om forberedelsene er godt i gang. Til nå har de tatt i bruk medisindispensere, trygghetsalarmer, og KOMP. Tanken er å benytte mer GPS etter hvert, og hun tenker at de per i dag ikke tar ut hele potensialet innen velferdsteknologiske løsninger. Hun tenker at det vil bli mer omfang etter hvert, blant annet med bruk av fall- og dørsensor i 2024.

Demenskoordinator forteller at det har vært og er store vyer i kommunen innen velferdsteknologi, samtidig som hun opplever at det ikke skjer så mye på området. Hun mener også det er viktig å stille spørsmål ved hvem teknologien egentlig er for. Mye teknologi passer ikke for personer med demens. Dette har de blant annet opplevd med elektroniske medisindispensere som pasienten ikke skjønte noe av. Hun mener det kan forklares med at de kom for sent inn i demensforløpet, og at dersom tiltaket hadde kommet inn tidligere kunne det ha blitt tatt bedre imot av brukeren. Når det gjelder annen type teknologi som sporingsteknologi, kan det være et spørsmål rundt hvem som skal følge opp dette, når en person må «spores». Fortsatt er det mye i forbindelse med oppfølging rundt velferdsteknologien som ikke er avklart, mener demenskoordinatoren. Noe teknologi kan likevel være nyttig mener hun, hvis man kommer tidlig inn og får etablert dette hos pasienter det passer for.

5.6 Samarbeid med frivillige

I dokumentet «Strategi for frivillighet 2021-2024» som ligger på kommunens hjemmeside, vises det til at det å styrke samhandlingen med frivilligheten er et viktig innsatsområde både i kvalitetsreformen for eldre «Leve hele livet» og i Lillestrøm kommune sin strategi for helse og mestring. Strategien beskriver «Aktive seniorer» som innsatsområde for samarbeidet med frivilligheten. Personer med demens/kognitiv svikt og deres pårørende er ikke spesielt nevnt. Direktør for helse og mestring forteller i intervju at frivilligstrategien faglig sett ligger til kommunalområde kultur, miljø og samfunn, og det er kultursjefen som her sitter på det strategiske ansvaret. De har et samarbeid med kommunalområdet rundt «leve hele livet» satsningen. Hun beskriver videre at betegnelsen «Ny. Org» er en intern arbeidstittel i et kommunalt utviklingsprogram som består av 7 delprosjekter[40]. Utviklingsprogrammet vil også omfatte samhandling med nettverk, samfunnsressurser og frivillighet.

[40] Se vedlegg 8.5. Ny org. er per i dag det samme som tjenestetorg.

Temaplan teknologiløftet beskriver at kommunen skal samarbeide med frivillige organisasjoner og foreninger. Videre heter det at det er behov for bedre samhandling med pårørende, nettverk eller frivillighet, og at å starte arbeidet med å integrere frivillighet i tjenesteutførelsen skal være en del av satsningen.

I forbindelse med oversendelsen av dokumentasjon informerer kommunen om at det ikke er et formalisert samarbeid med frivilligheten for målgruppen personer med demens, men at Nedre Romerike Demensforeningen bidrar i tiltaket «demensvennlig samfunn» og i etableringen av et demenskor i Lillestrøm kommune. Videre arrangerer Demensforeningen, sammen med demensteamet, julelunsj årlig. I intervju med leder for demensforeningen bekrefter han at foreningen gir tilskuddsmidler til veldedige formål rettet mot målgruppen, etter retningslinjer fra Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Det er utover dette også noe samarbeid med frivillige uten at dette er formalisert. Kommunen informerer også om at det arrangeres Pårørendeskole to ganger per år. Her deltar Demensforeningen, hvor de deler sine erfaringer som pårørende. Aktivitetssentrene har ifølge tilbakemelding fra kommunen tre ansatte i frivillighetskoordinering-programmet, som er en etterutdanning i frivilligkoordinering i eldreomsorg i regi av Verdighetssenteret[41].

Også demenskoordinator peker på at samarbeidet med frivilligheten for hjemmeboende er lite formalisert. På sykehjem har de etablert ordningen med «aktivitetsvenn», men dette er foreløpig ikke et tilbud til hjemmeboende. Hun mener frivillighet er ressurskrevende på den måten at det må settes av ressurser til rekruttering og oppfølging av de frivillige. Per i dag må pårørende kontakte Røde kors om de ønsker å benytte besøkstjenesten.

5.7 Pårørendestøtte

Kommunens tildelingskriterier angir formål og rutiner i forbindelse med tildeling av pårørendestøtte i form av råd/veiledning, omsorgsstønad og avlastning. Pårørendestøtte skal ifølge dokumentet være et tilbud til nære pårørende som utfører særlig tyngende omsorgsarbeid. Tjenestetorg mottar og behandler henvisninger og søknader om pårørendestøtte.

Revisjonen etterspurte hvor mange personer med demens som har fått tildelt pårørendestøtte i perioden 1.3.2022-1.3.2023. Tabellen under viser antall søknader innvilget og avslått i perioden, samt hvor mange personer med demens som hadde den aktuelle tjenesten per 1.3.2023.

[41] Verdighetsenteret er et nasjonalt, tverrfaglig kompetansesenter som forener kunnskap om palliasjon, demens, akuttmedisin, frivillighet og kultur i eldreomsorgen. https://www.verdighetsenteret.no/om-oss [10.7.2023]

Tabell 4 Vedtak om pårørendestøtte

Type tjeneste	Antall søknader innvilget i perioden 1.3.2022-1.3.2023	Antall søknader avslått i perioden 1.3.2022-1.3.2023	Antall personer med demens/ pårørende som per 1. 3. 2023 får dette tilbudet
Råd/veiledning			Pårørendeskole gjennomføres 2 ganger pr år, ca. 150 deltakere 2022
Omsorgsstønad	20	4	3
Avlastning	65	6	46

Kilde: Lillestrøm kommune 2023

Tabellen viser at det i perioden 1.3.2022-1.3.2023 ikke er fattet noen vedtak om opplæring/veiledning til pårørende til personer med demens. Kommunen viser imidlertid til at 150 pårørende har deltatt på pårørendeskole i 2022, og at veiledning gis i regi av demensteamet som et lavterskeltilbud uten vedtak. Videre viser tabellen at 20 søknader om omsorgsstønad ble innvilget i perioden 1.3.2022 til 1.3.2023, og at fire søknader om omsorgsstønad ble avslått i den samme ett-års perioden. Tre pårørende til personer med demens hadde omsorgsstønad per 1.3.2023. Per 1.3.2023 var det 46 pårørende som hadde vedtak om avlastning.

Demenskoordinator forteller i intervju at kommunen per i dag ikke fatter vedtak om pårørendestøtte i form av opplæring/veiledning, men at det blir gitt som et lavterskeltilbud. Kommunalsjef tjenestetorg beskriver at forvaltningsorganet har råd- og veiledningsplikt, men at de også kobler på demensteamet i saker der hvor det er behov for mer pårørendestøtte og veiledning i enkelt saker. Dette er ikke vedtaksbasert, og innbyggere kan selv ta direkte kontakt med teamet. Det er noen pårørende til personer med demens som mottar omsorgsstønad, men som regel dekkes behovet i form av tjenester som hjemmesykepleie, hjemmehjelp, dagsenter og avlastning. Det er bistand fra kommunen som gir pårørende reel støtte og avlastning, beskriver kommunalsjefen.

I sin tilbakemelding på faktagrunnlaget gir kommunedirektøren et utdypende kommentar til kommunens vurderinger og praksis rundt pårørendestøtte:

> Ved en søknad om helse- og omsorgstjenester så utløser det et kartleggingsbesøk/samtale med søker. Under kartleggingsbesøk gis det informasjon om tjenester og rettigheter samt råd og veiledning om kommunens ulike lavterskeltilbud for de som rammes av demens sykdom. Herunder både bruker og dens pårørende.
>
> Da det er et godt samarbeid mellom fastlegene og kommunens demensteam, er ofte dette teamet første kontaktpunkt med det kommunale hjelpeapparatet for de som blir rammet av demens. Demensteamet er et lavterskeltilbud hvor det ikke fattes enkeltvedtak. Her får de råd og veiledning mens demensteamet gjør en grundig kartlegging over litt tid. Her oppfordres det blant annet til deltagelse ved «Pårørendeskolen for demens» for ytterligere informasjon. Dette er et serietilbud som

gis for å skape en økt forståelse av sykdommen samt hvilke tjenester og rettigheter man har og kan søke.

Når man så søker om kommunale tjenester, er det et fokus på selve brukeren med demens men også dens pårørende. Da de fleste demenssykdommer har en progredierende sykdomsutvikling, så er også fokuset på forebyggende tiltak overfor pårørende. Forbyggende og hjelpende tiltak gis ofte med tjenester som dagsenter, hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Ved enkelt tilfeller gis også avlastningsopphold ved institusjon.

Hos en svært liten gruppe brukere, som blant annet også har stor uro på natt, utløser dette også ofte rett til omsorgsstønad. En slik stønad er ikke et avhjelpende eller avlastende tilbud for pårørende, men kun en økonomisk kompensasjon for det svært krevende omsorgsarbeidet pårørende står i. Det er ikke alle pårørende som har egen helse til å kunne stå i et slikt svært tyngende omsorgsarbeid. Selv om omsorgsstønad er et av tilbudene til pårørende, må den vurderes med varsomhet for å ikke utarme pårørende da de også har en egen helse som skal og må forbygges. For å unngå at omsorgsbyrden blir for stor for den enkelte pårørende, vil det i mange tilfeller heller være en bedre kvalitet å tilby ulike hjelpende og avlastende tjenester. Mottak og vurdering er derfor sammen med de andre tjenestene i tett dialog med pårørende, for å eventuelt øke de etablerte tjenester eller avklare om riktig nivå samt forsvarlig helsehjelp heller bør gis ved en spesialtilpasset omsorgsbolig for demente eller en langtids institusjonsplass.

Kommunalsjef helsetjenester til voksne forteller i intervju at kommunen har overtatt det de kaller avlastning utenfor institusjon. Dette forvaltes gjennom aktivitetssentrene og innebærer at brukere får avlastning for eksempel i eget hjem. Det skrives vedtak på tjenesten, men kommunalsjefen forteller at de vurderer hvorvidt dette også kan gis som en lavterskeltjeneste i fremtiden, når det gis som en kortere avlastning. Kommunalsjefen forteller videre at de er i ferd med å opprette seks nye avlastningsplasser, og at det vurderes om disse avlastningsplassene skal være for yngre personer med demens. Ved at avlastningstilbudet gis utenfor institusjon, vil det være mer tilpasset deres vanlige omgivelser.

5.8 Brukererfaringer og brukerundersøkelser

Kommunen informerer om at det gjennomføres nasjonale brukerundersøkelser hvert annet år, og at det planlegges en ny, høsten 2023. Avdelingsleder for hjemmebaserte tjenester viser også til at tjenesten på eget initiativ har gjennomført en egen brukerundersøkelse for å se om tjenesten har lykkes med allerede iverksatte tiltak. Videre viser hun til det de kaller for «kafédialog»[42] som er for brukere som kan ta med seg pårørende, og at dette er en viktig informasjons- og dialogkanal. De har også en del møter hjemme hos folk når det er noe som «skurrer», samt mye dialog på telefon.

[42] Om Dialogkafe i Lillestrøm kommune (LK) i regi av Hjemmesykepleien: Kommunen informerer om at Lillestrøm kommune ønsker å ha en arena hvor tjenestemottaker sammen med pårørende inviteres til dialog og samhandling med leder og ansatte i sin hjemmesykepleietjeneste. «Vi ønsker å informere om vår tjeneste samt andre tilbud som er i vår kommune. Vi ønsker dialog og sammen finne tiltak som kan være med å styrke vårt samarbeid og forståelse. Tjenestemottaker og pårørende er en viktig stemme og vi håper de har anledning til å komme».

Tabellen under gir eksempler på formuleringer om brukermedvirkning i ulike kommunale prosedyrer:

Tabell 5 Brukermedvirkning i rutiner og prosedyrer, eksempler	
Tildeling av individuell plan (IP) og koordinator.	• Sikre at tjenestemottaker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. • Sikre at tjenestemottakers medvirkning og innflytelse. • Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker samt eventuelt pårørende. • Styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer.
• Tildeling av dagaktivitetstilbud for personer med demens • Vedtak om pårørendestøtte	Innholdet i tjenesten utarbeides i samråd med søker/pårørende etter faglig vurdering av den enkeltes behov.
Kvalitetsstandard for hjemmesykepleie	Vi legger vekt på at du skal være med i planleggingen og tar utgangspunkt i hva som er viktig for deg. Vi veileder og legger til rette for at du kan ta i bruk egne ressurser for å mestre hverdagen og om mulig bli selvhjulpen. Hvis funksjonsnivået ditt endres, vil vi justere tjenestene du får fra oss.
Primærkontakter i hjemmebaserte tjenester	Med utgangspunkt i «hva er viktig for deg», har primærkontakten hovedansvaret for å ○ veilede og legge til rette slik at bruker kan ta i bruk egne ressurser for å mestre hverdagen. ○ Avklare og dokumentere hvilke oppgaver hjemmesykepleien ivaretar og hvilke oppgaver bruker og pårørende har ansvaret for.
Rutine for vurdering av samtykkekompetanse, Pasient -og brukerrettighetsloven kap.4a	Sikre grundig vurdering av pasientens behov for helsehjelp med respekt for pasientens selvbestemmelsesrett, fysiske- og psykiske integritet.

Kilde: Lillestrøm kommune 2023

Oversikten viser at kommunen beskriver samhandling med og medvirkning fra brukere i ulike rutiner.

Revisjonen har mottatt siste brukerundersøkelse i hjemmebaserte tjenester fra høsten 2021 (Lillestrøm kommune 2021b, saksfremlegg) Undersøkelsen viste blant annet at lavest score ble gitt på spørsmålet om brukeren er med når det utarbeides planer som angår brukeren (som for eksempel tiltaksplaner, individuell plan). Det scores høyere på brukers mulighet til å bestemme hvilken bistand bruker skal motta, tidspunkt for når bistand skal gis og hvordan bistanden skal utføres. Når det gjelder spørsmålet om deltakelse i utarbeidelse av planer som angår brukeren, kommenteres det i saksfremlegget til kommunestyret at det var en stor andel som svarte «vet ikke». Videre heter det i saksfremlegget at flere brukere antagelig ikke er kjent hvilke planer som kan være relevante. Tjenesten har mye dialog med bruker/pårørende om utførelse av bistanden, for å avtale nærmere om

tjenesteutførelsen. Dette nedfelles i tiltaksplan, men antagelig er det flere brukere som ikke er klar over denne skriftliggjøringen i pasientjournal (Lillestrøm kommune 2021b).

Kommunen har også oversendt saksfremlegg som oppsummerer brukerundersøkelse ved aktivitetssentrene høsten 2021. Den viser blant annet at brukere på spørsmål om de kan være med å påvirke aktivitetstilbudet svarer 4,4, som er den laveste scoren i undersøkelsen. På spørsmål om de blir hørt hvis de har noe de ønsker å endre på er scoren på 5,1. Høyest score gir brukerne på spørsmålet om de opplever at dagsenteret bidrar til et bedre liv (5,6) (Lillestrøm kommune 2021c).

5.9 Revisjonens vurderinger, konklusjon og anbefalinger

Revisjonen har lagt til grunn at kommunen bør ha rutiner for samarbeid med fastlegene om basal demensutredning. Kommunen beskriver noe av samarbeidet i sin dokumentasjon, men samarbeidet fremstår som lite formalisert i form av tydelige rutiner. Undersøkelsen viser at det er samhandling og utveksling av informasjon og meldinger mellom demensteam og fastlegene i forbindelse med kartlegging og utredning. Revisjonen vurderer at Lillestrøm kommune har et forbedringspotensial når det gjelder å formalisere ansvars- og oppgavefordelingen mellom tjenesten og fastlegene i forbindelse med basal demensutredning.

Revisjonen har videre lagt til grunn at personer med demens bør tilbys kontaktperson og tiltaksplan/individuell plan for oppfølging gjennom hele demensforløpet. Undersøkelsen viser at kommunen benytter «tiltakspakke demens» for personer som følges opp av demensteamet over en periode, og at fast kontaktperson etter dette er primærkontakt/primærgruppe i hjemmesykepleien. Kommunen har også andre prosedyrer som beskriver hvordan fast oppfølging bør ivaretas. Per i dag beskriver kommunen tiltaksplan som et sentralt verktøy, og individuell plan (IP) for personer med demens blir i svært liten grad benyttet. Revisjonen vurderer at kommunen i det alt vesentlige ivaretar behovet oppfølging ved bruk av tiltaksplanene. Samtidig minner revisjonen om at IP ifølge kommunens egne rutiner skal gjelde for personer med «to eller flere helse- og omsorgstjenester» som skal sees i sammenheng. Den individuelle planen skal videre bidra til å styrke brukerens medvirkning i tjenestetilbudet gjennom utforming i en bestemt mal. I undersøkelsen kommer det frem at det ikke foreligger en fast mal for tiltaksplanene.

Kommunen skal ha implementert metoder for personsentrert omsorg og behandling. Kommunen viser i undersøkelsen til metodikken «tillitsskapende arbeid», som også flest ansatte i spørreundersøkelsen oppgir som den metoden de har fått opplæring i. Det vises også til en rekke andre strategier og tiltak for å fremme personsentrert omsorg. Likevel kommer det frem at hver tredje ansatt ikke har fått opplæring i personsentrert omsorg. Demenskoordinatoren påpeker i undersøkelsen at hun mener det er en manglende vilje i deler av tjenesten til å prioritere tilnærmingen, som ofte vil kreve at det settes av tid. Undersøkelsen viser at kommunen er i gang med å implementere metodene, og revisjonens vurdering er at kommunen i større grad vil kunne ivareta føringene om personsentrert omsorg gjennom det pågående arbeidet for dette.

Revisjonen har lagt til grunn at kommunen skal ha tilbud om dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens som har behov for slik tilbud. Undersøkelsen viser at kommunen lå over

landsgjennomsnittet i dekningsgrad innen dagsenterplasser i 2022. Kommunen tilbyr også dagaktivitetsplasser gjennom ordningen «inn på tunet» og i Frydenlundsgaten primært for yngre personer med demens. Samtidig viser undersøkelsen at aktivitetstilbudet for personer med demens i omsorgsboligene er mer sårbart. Revisjonen vurderer at kommunen i det alt vesentlige har dagaktivitetstilbud til personer med demens, men at det bør klargjøres hva som skal dekke aktivitetstilbudet til hjemmeboende personer i omsorgsboliger.

Kommunen bør informere om, samt tilby brukere og pårørende tilgjengelig velferdsteknologi. I undersøkelsen kommer det frem at kommunen både har overordnede planer og rutiner på området, samt har tatt i bruk flere typer velferdsteknologi, som trygghetsalarm og medisindispensere. Kommunen har også opprettet en ny avdeling som skal ivareta teknologiløftet. Revisjonens inntrykk er at en del av satsingen er i startgropa, men at kommunen har lagt til rette for å ta ut mer av potensialet på området i årene som kommer. Ansatte oppgir i stor grad at de kjenner til, samt at de informerer brukere om tiltak innen velferdsteknologi. Revisjonen vurderer at kommunen i all hovedsak ivaretar krav og føringer på området.

Revisjonen har undersøkt hvorvidt kommunen legger til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner om tiltak for personer med demens og deres pårørende. Undersøkelsen viser at kommunen har en frivillighetsstrategi hvor det blant annet vises til «Leve hele livet»-reformen, men hvor personer med demens ikke nevnes spesielt. Videre kommer det frem at kommunen ved demensteamet samarbeider med demensforeningen på Nedre Romerike om flere tiltak, men at det ikke finnes et formalisert samarbeid om frivillighet. Revisjonen vurderer at Lillestrøm som en stor kommune i for liten grad har tilrettelagt og forankret samarbeid med frivillige organisasjoner på demensområdet.

Det er i undersøkelsen lagt til grunn at pårørende til personer med demens som har spesielt tyngende omsorgsarbeid skal ha tilbud om pårørendestøtte som i form av avlastning, opplæring og veiledning og omsorgsstønad. Undersøkelsen viser at kommunen over en ettårs periode (1.3.2022-1.3.2023) ikke fattet noen vedtak om opplæring/veiledning til pårørende til personer med demens, men at dette kun ble gitt som et lavterskeltilbud. Revisjonens vil minne om at det å fatte vedtak om pårørendestøtte etter pasient- og brukerrettighetsloven skal sikre at slik støtte gis over tid, samt ivareta brukernes klagerett.

Kommunen bør ha et system for å ivareta brukermedvirkning, samt innhente brukererfaringer fra personer med demens og deres pårørende, for eksempel gjennomføre brukerundersøkelser. Undersøkelsen viser at kommunen deltar i nasjonale brukerundersøkelser som gjennomføres hvert andre år, samt også har gjennomført egne undersøkelser. Undersøkelsen viser videre at kommunen har implementert brukermedvirkning i flere av sine rutiner og prosedyrer. I den siste brukerundersøkelse fra 2021 er det gitt lavest score på spørsmålet om brukeren er med når det utarbeides planer som angår brukeren (som for eksempel tiltaksplaner, individuell plan). Revisjonen vurderer at kommunen har et system for å ivareta brukermedvirkning og innhente brukererfaringer, men at arbeidet knyttet til brukermedvirkning rundt planarbeidet bør styrkes.

Revisjonens konklusjon er at hjemmeboende personer med demens og deres pårørende på flere områder får et tjenestetilbud som er tilpasset deres behov. Demensteamet i kommunen fremstår som et sentralt bindeledd i tilretteleggingen av tiltak som basal demensutredning, fast oppfølging og kontaktperson, samarbeid med frivillige og opplæring/veiledning av pårørende. Revisjonens vil samtidig påpeke at tjenestetilbudet på noen områder ikke er godt nok tilpasset brukernes behov. Dette gjelder spesielt å tilrettelegge for et mer formalisert samarbeid med frivillig organisasjoner, samt å ivareta retten til pårørendestøtte for en sårbar gruppe pårørende.

På bakgrunn av undersøkelsen er revisjonens anbefaling at kommunedirektøren bør:

3. styrke formaliseringen av samarbeidet med fastlegene om basal demensutredning
4. styrke brukernes medvirkning i arbeidet med tiltaksplan og/eller IP
5. fortsette arbeidet med å implementere metoder for personsentrert omsorg i alle deler av tjenestetilbudet
6. klargjøre hva som skal være aktivitetstilbudet for hjemmeboende personer med demens i omsorgsboliger
7. sikre pårørendes rett til pårørendestøtte i form av opplæring/veiledning etter pasient- og brukerrettighetsloven
8. tilrettelegge for et mer systematisk og formalisert samarbeid med frivillige organisasjoner på demensområdet

6 AVVIKSHÅNDTERING

Kapittelet beskriver systemer kommunen benytter for å avdekke, samt for å følge opp avvik innen tjenestetilbudet til personer med demens. Beskrivelsene baserer seg på dokumentasjon fra kommunen samt intervjuer og data fra spørreundersøkelsen til de ansatte i hjemmetjenesten og aktivitetssentrene, hvor avvikshåndtering var ett av teamene.

Problemstilling 3	Revisjonskriterier
Hvordan ivaretar kommunen avvikshåndtering innen tjenestetilbudet til personer med demens?	➔ Kommunen skal ha rutiner for å avdekke og melde avvik. ➔ Kommunen skal ha rutiner og tiltak som sikrer at avvikene blir gjennomgått systematisk, og at de brukes til å planlegge og forbedre tjenestene. ➔ Kommunen skal ha tiltak som sikrer at ansatte får og opprettholder tilstrekkelig kunnskap om avvikshåndtering. ➔ Kommunen må sikre god praksis og kultur for melding av avvik.

6.1 System for å avdekke og melde avvik

Lillestrøm kommune bruker for tiden kvalitetssystemet Risk Manager (RM) for å melde avvik. Kommunen er i ferd med å skulle ta i bruk kvalitetssystemet Samsvar[43], men har ifølge avdelingsleder for hjemmebaserte tjenester slitt noe med det tekniske. Kommunalsjef for helsetjenester til voksne forteller i intervju at ved innføringen av Samsvar vil det bli en opplæringsrunde.

Kommunen har oversendt informasjonsskrivet «Hvordan melde avvik i Risk Manager» (Lillestrøm kommune 2022d) som beskriver det praktiske rundt hvordan man melder inn avvik. Videre har kommunen ulike rutiner som omtaler avvik, for eksempel «Prosedyre for registrering av avvik ved bruk av tvang og makt ihht. hol. Kap. 9 og pbrl. Kap. 4A» (Lillestrøm kommune 2022e). Prosedyren beskriver ulike situasjoner der det skal meldes avvik i forbindelse med bruk av tvang og makt. Da må avviksmelder i hvert avvikstilfelle blant annet huke av hva avviket gjelder, i tillegg til å fylle inn overskrift, hendelsesdato, sted og beskrive avviksforløpet.

Revisjonen har også fått oversendt følgende prosedyrer som inneholder punkt om avviksmelding:

- Prosedyre for ansatte ved bruk av KOMP hos beboere (godkjent 12.05.2021)
- Legemiddelhåndtering (godkjent 20.06.2022).
- Forebygge og behandle underernæring hos hjemmeboende eldre (godkjent 13.12.2022).

[43] Et skybasert kvalitets- og internkontrollsystem for offentlige og private virksomheter: https://www.samsvar.net/avvikshandtering [10.7.2023]

- Oppnår ikke kontakt med hjemmeboende brukere til avtalt tid (godkjent 23.02.2022).

To av prosedyrene (prosedyrene for bruk av KOMP, og prosedyre for når man ikke oppnår kontakt med hjemmeboende personer) beskriver at avvik skal meldes inn i Risk Manager. Prosedyrene for legemiddelhåndtering og underernæring beskriver i tillegg konkrete situasjoner som skal meldes inn som avvik.

6.2 Oppfølging og håndtering av avvik

Kommunen har oversendt retningslinjen «Internkontroll tertialrapportering» (Lillestrøm kommune 2022f). Her heter det blant annet at det i forkant av tertialrapporten skal være en prosess i tjenesteområdene og i stabene hvor de innrapporterte avvikene diskuteres. Avvikene fra hvert tertial i løpet av et år skal føres inn i følgende tabell:

Type avvik (Område)	Nye avvik 1.tert	Nye avvik 2.tert	Nye avvik 3.tert	Antall avvik 2020	Antall avvik med alvorlighetsgrad: Alvorlig/svært alvorlig/kritisk			Antall avvik med utgått behandlings-frist
					Alvorlig	Svært alvorlig/kritisk	Er det meldt Data-tilsynet?	
Tjenestekvalitet								
HMS								
Informasjonssikkerhet og personvern								
Droneoperasjoner								
IK-mat								
Innkjøp								
Korona								
Legemiddelhåndtering								
Varsling e. AML								
F.eks Hvilke typer avvik er meldt? Hvilke tiltak kan redusere avvik? Bør man redigere eksisterende risikovurderinger eller opprette nye? Er det prosedyrer, retningslinjer, beskrivelser som bør gjennomgås og revideres?			Kommentar: Det skal rapporteres tilbake i linjen i disse tabellene og kommentarene er viktigere enn tall:					

Kilde: Lillestrøm Kommune 2022

Tertialrapporten behandles i kommunedirektørens ledergruppe i etterkant av hvert tertial. Direktør for helse og mestring beskriver at man rutinemessig gjennomgår ulike tallstørrelser innen avviksregistreringen. Det å utvikle en god avvikskultur er viktig for kommunalområdet, og helse og mestring ligger ifølge direktøren best an med tanke på antall meldte avvik. Revisjonen mottok tertialrapporten for 2022 for helsetjenester til voksne. Her fremgår det at det er meldt 233 avvik på tjenestekvalitet (hvorav 5 alvorlige), 211 avvik på HMS og 482 avvik på legemiddelhåndtering. Rapporten omhandler avvik innen alle helsetjenester til voksne. I oppsummeringen for hjemmetjenesten står det at det er en økning i legemiddelavvik, som antas å komme av at dette tidligere har vært underrapportert. Rapporten beskriver vider at hjemmetjenesten blant annet vil fokusere på rutiner og atferd i møte med brukere med demens som utagerer.

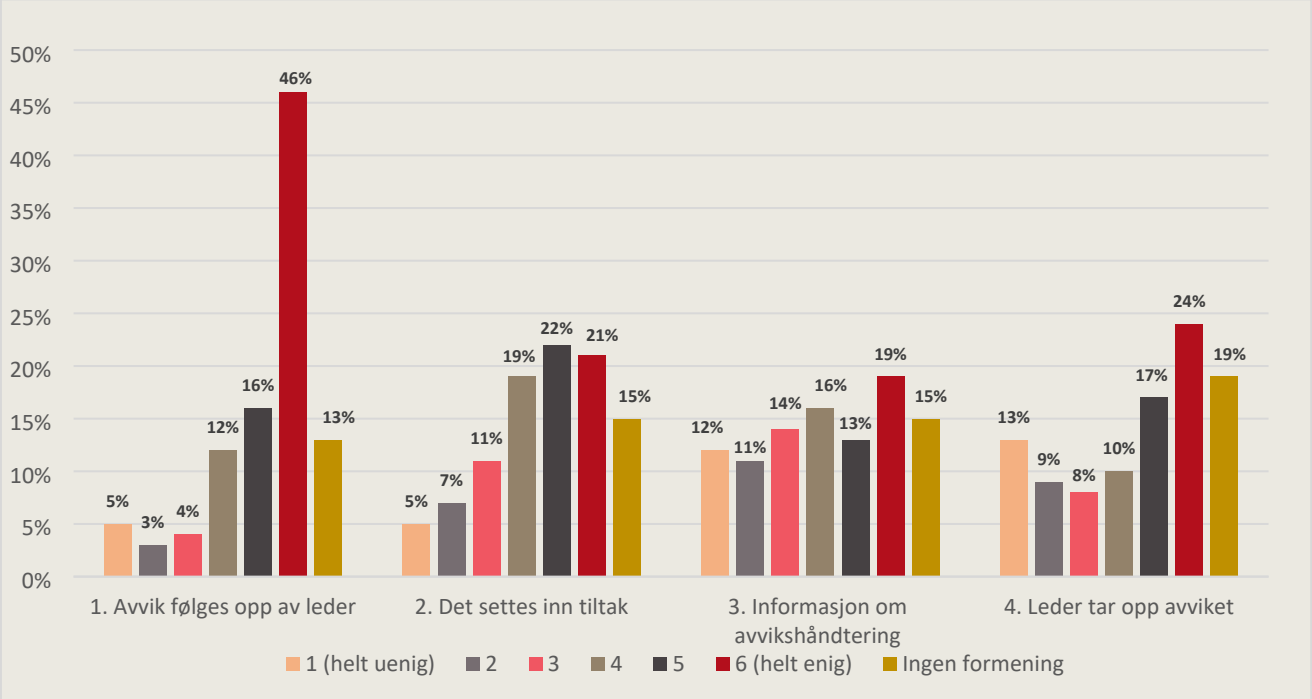
Ifølge seksjonsleder Fet er det en frist på to uker for avvikshåndtering i Risk Manager, i forbindelse med innmeldte avvik. Fristen kan forlenges, blant annet i tilfeller hvor man må prøve ut forskjellige tiltak for å vurdere effekten av dette. Seksjonslederen forteller videre at hun har en fast kalenderdag hvor hun går gjennom alle innmeldte avvik. Vanligvis prater hun aller først med den som har meldt inn avviket før hun går videre med det. Det varierer hvilke tiltak som er nødvendig og hvor lang tid avvikshåndteringen tar, eksempelvis om det er et gjentagende problem. For brukere med demens sier hun at foruten legemiddelhåndtering, så skrives det mest avvik på utagering. Da settes det inn tiltak for å sikre en felles forståelse av brukere med utageringsutfordringer, og at ansatte har mest mulig lik tjenesteutførelse for å håndtere dette.

Seksjonsleder Skedsmokorset forteller at når noen melder inn et avvik, får hun et varsel på e-post og må åpne denne og enten godkjenne det til behandling eller sende det i retur innen en frist. Dersom seksjonsleder ikke følger opp et avvik, går det en melding til avdelingsleder for hjemmebaserte tjenester. Avdelingslederen forteller at det skal lages en samlerapport over avvik fra de elleve seksjonene, som avdelingslederen sender til kommunalsjef for helsetjenester til voksne. Kommunalsjefen tar rapporteringen videre opp med direktør for helse og mestring, som gjennomgår dette for hele kommunalområdet samlet. Hun forteller at tertialrapportene (som nevnt over) viser om det er stor forskjell mellom seksjonene med hensyn til om avvik registreres eller ikke.

I spørreundersøkelsen ble ansatte bedt om å vurdere følgende påstander om avvik på en skala fra 1 (helt uenig) til 6 (helt enig):

1. Meldte avvik blir fulgt opp av min nærmeste leder.
2. Det blir satt inn tiltak der det har skjedd avvik.
3. Jeg og mine kolleger blir informert om hva min leder har gjort for å lukke avvikene.
4. Når jeg selv har meldt et avvik så tar min leder dette opp med meg.

Diagram 6 Ansattes oppfatning av avvikshåndtering i sin seksjon, i prosent



Kilde: RRI 2023, N=229

Dersom vi slår sammen svarkategoriene slik at 1-3 tilsvarer helt eller delvis uenig, og 4-6 tilsvarer helt eller delvis enig, viser diagrammet at 74 prosent er helt eller delvis enig i påstanden om at meldte avvik følges opp av nærmeste leder. På spørsmålet om hvorvidt de ansatte oppfatter at det settes inn tiltak der det har forekommet avvik, svarer 62 prosent at de er helt eller delvis enige i dette. På spørsmål om hvorvidt man får informasjon om hva lederen har gjort for å lukke avvikene, svarer 37 prosent at de er helt eller delvis uenige i dette. Når det gjelder hvorvidt leder tar opp avviket med den som har meldt dette, oppgir 30 prosent at de er helt eller delvis uenige i dette. 13 til 19 prosent av ansatte har ingen formening om de ulike påstandene rundt avvikshåndtering.

6.3 Ansattes kunnskap om avvikshåndtering

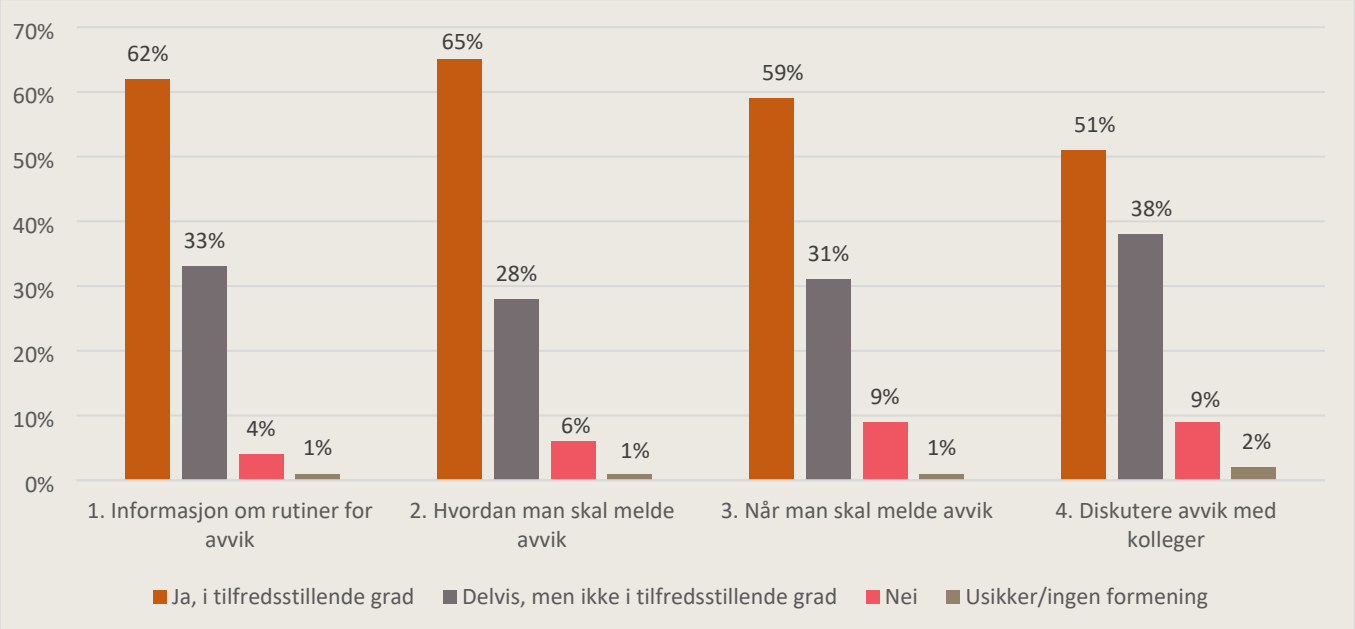
Avdelingsleder for hjemmebaserte tjenester beskriver at hun opplever Risk Manager som et lite intuitive system, men at det blir gitt opplæring til de ansatte i systemet. Ved nyansettelser går man gjennom en prosedyre med et avkrysningsskjema for hva som skal gjennomgås. Under punktet «Ansattportalen» ligger «Risk Manager, melde avvik» som et avkrysningspunkt.

Seksjonsleder Skedsmokorset beskriver at nyansatte får gjennomgang i avvikshåndtering av sin fadder. Hun opplever at flere ansatte kan være usikre på avvikshåndtering fordi det går lang tid mellom hver gang de melder om avvik, og at de glemmer hvordan det gjøres. De har mulighet til å be om veiledning fra en kollega eller henne. Hun sier videre at det er seksjonsleder som har det overordnede ansvaret for avvikshåndtering og for at ansatte skal kunne holde seg oppdatert på gjeldende rutiner. Seksjonslederen legger til rette for at ansatte skal kunne gå inn på avviks- og dokumentsystemet i kommunen, men har ikke oversikt over hvem som er inne og leser.

I spørreundersøkelsen ble de ansatte stilt følgende spørsmål om opplæring innen avvikshåndtering:

1. Har du fått informasjon om rutiner for avvikshåndtering?
2. Vet du hvordan du skal gå frem når du skal melde avvik?
3. Føler du deg trygg på at du vet hvilke tilfeller du bør melde avvik?
4. Er avvik et tema du og dine kolleger snakker om?

Diagram 7 Opplæring i rutiner for avvikshåndtering, i prosent



Kilde: RRI 2023, N=229

Som diagram 6 viser, svarer 62 prosent av de ansatte i spørreundersøkelsen at de har fått tilfredsstillende informasjon om avviksopplæring. Hver tredje ansatt svarer at de delvis har fått opplæring, men ikke i tilfredsstillende grad.

Når det gjelder hvorvidt ansatte vet hvordan de skal gå frem når de skal melde et avvik, svarer 65 prosent at de har tilfredsstillende kunnskaper om dette. 28 prosent oppgir at de delvis, men ikke i tilfredsstillende grad, har kunnskap om dette, og seks prosent, eller 14 ansatte, svarer at de ikke vet hvordan de skal gå frem.

Diagrammet viser videre at 59 prosent oppgir at de i tilfredsstillende grad er trygg på hvilke tilfeller de burde melde avvik. Ni prosent svarer nei, at de ikke er trygg på dette, og 31 prosent svarer at de delvis er trygge på dette, men ikke i tilfredsstillende grad. I underkant av halvparten av de ansatte svarer at avvik ikke er et tema de snakker med kollegene om.

6.4 Praksis og kultur for å melde avvik

Seksjonsleder Skedsmokorset forteller i intervju at avvik er et tema de tar opp på det de kaller «tavlemøtene». Kommunalsjef for helsetjenester til voksne forteller at metoden LEAN med bruk av blant annet «tavlemøter» [44], var noe hun tok med seg som en arbeidsmetode til Lillestrøm fra sitt tidligere arbeidssted i Fet kommune. LEAN handler ifølge henne om å jobbe smartere, fjerne flaskehalser, bedre tjenestene til brukerne og sette kontinuerlig forbedring i system. Hun forteller videre at helsetjenester til voksne har gjennomført et prosjekt om endringsledelse med LEAN som metode. Kommunalsjefen beskriver at den ansatte som er LEAN-veileder er svært sentral for arbeidet med å innføre LEAN.

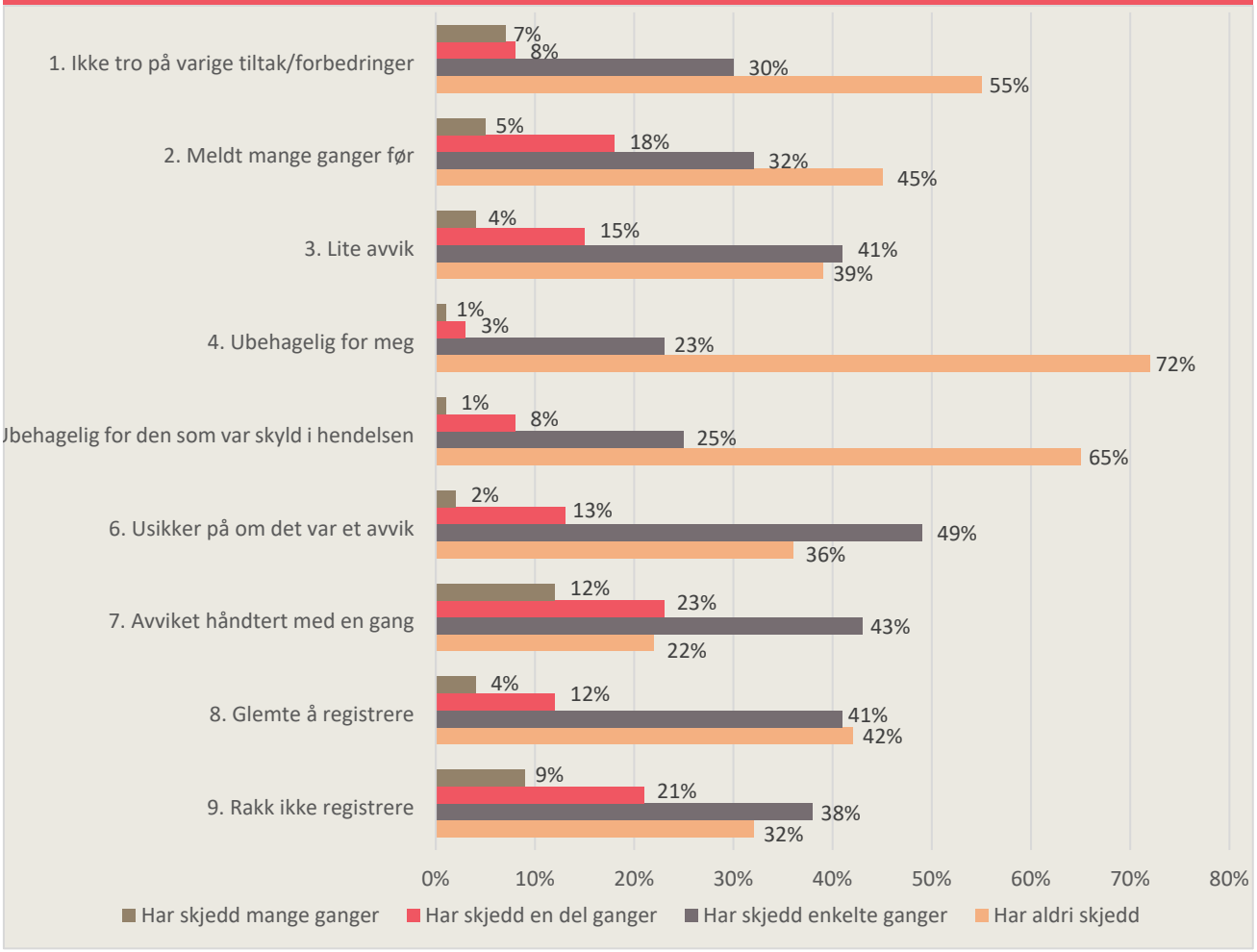
Demenskoordinatoren forteller i intervju at hennes oppfatning er at ansatte per i dag skriver avvik i alt for liten grad. Begrunnelsen ansatte ifølge koordinatoren bruker er at det ikke hjelper å skrive avvik og at det ikke skjer noe i etterkant av avviksregistreringen. Når det gjelder personer med demens, mener demenskoordinator at det i større grad bør skrives avvik når personer ikke får dekket sine grunnleggende behov. Hun mener man i alt for stor grad har blitt «vant til» at grunnleggende behov ikke dekkes, slik at man til slutt ikke reagerer på dette. Hun mener det kan være en holdning i tjenesten til at «slik skriver man ikke avvik på». Hun mener at kulturen for å skrive avvik i hjemmetjenesten ikke er bra nok.

I spørreundersøkelsen til de ansatte ble det stilt spørsmål rundt avvikssystem og kulturen for å melde avvik. De ansatte i hjemmebaserte tjenester ble bedt om å ta stilling til ulike påstander som kan forklare hvorfor de eventuelt har unnlatt å registrere avvik:

1. Jeg hadde ikke tro på at å registrere avvike ville ført til varige tiltak/forbedringer.
2. Den type avvik er meldt mange ganger før.
3. Avviket var lite.
4. Det kunne blitt ubehagelig for meg.
5. Det kunne blitt ubehagelig for den som var skyld i hendelsen.
6. Jeg var usikker på om det var et avvik.
7. Jeg håndterte avviket med en gang.
8. Jeg glemte det.
9. Jeg rakk ikke registrere avviket.

[44] Hensikten med forbedringstavle og -møter er å fange opp problemer, behov og forbedringsforslag og i felleskap jobbe systematisk med dem. https://ehandboken.ous-hf.no/document/110868 [10.7.2023]

Diagram 8 Årsaker til det å ikke registrere avvik, i prosent



Kilde: RRI 2023, N=229

Diagram 7 viser at de vanligste årsakene ansatte oppgir som grunn til å ikke registrere avvik er at avviket ble håndtert med en gang, at den ansatte ikke rakk å registrere avviket, at avviket er meldt mange ganger tidligere, samt at avviket var lite. Halvparten av de ansatte oppgir at de enkelte ganger ikke har meldt avvik fordi de var usikre på om det var et avvik. Det ansatte i minst grad oppgir som årsak for å ikke melde avvik, er at dette var ubehagelig for en selv, eller for den som var skyld i hendelsen.

6.5 Revisjonens vurderinger, konklusjon og anbefalinger

Revisjonen har lagt til grunn at kommunen skal ha rutiner for å avdekke avvik. Undersøkelsen viser at kommunen bruker Risk Manger som avvikssystem, samt at det foreligger en beskrivelse av hvordan man registrerer avvik i dette systemet. Kommunen er i ferd med å ta i bruk et nytt system for avviksmelding. Det å melde avvik er også integrert som eget punkt i flere av kommunens rutiner, og hvor det også gis eksempler på hva som er et avvik. Revisjonen vurderer at kommunen i det alt vesentlige har et system for å avdekke avvik.

Det er i undersøkelsen lagt til grunn at kommunen skal ha rutiner og tiltak som sikrer at avvikene blir gjennomgått systematisk, og at de brukes til å planlegge og forbedre tjenestene. Undersøkelsen viser at kommunen samler avvik i tertialrapporteringer som gjennomgås og behandles av kommuneledelsen. Videre viser undersøkelsen at seksjonsledere får varsel når det er meldt avvik, og at det settes en frist for å behandle avvikene. Tre av fire ansatte som har svart på spørreundersøkelsen er helt eller delvis enige i at avvik følges opp av lederen. Samtidig er hver tredje ansatt helt eller delvis uenige i at de får informasjon om hva som er gjort for å lukke avviket. Revisjonens vurdering er at kommunen har et system for å sammenstille avvik gjennom tertialrapportering, og at man ifølge prosedyren skal vurdere tiltak for å redusere avvikene. Ansattes tilbakemelding kan tyde på at det er noe manglende informasjon om avvikene tilbake til de ansatte. Revisjonen vurderer at slik tilbakemelding er viktig for å involvere ansatte i forbedringsarbeidet.

Revisjonen har lagt til grunn at kommunen skal ha tiltak som sikrer at ansatte får og opprettholder tilstrekkelig kunnskap om avvikshåndtering. Hver tredje ansatt svarer i spørreundersøkelsen at de kun delvis har fått informasjon om avviksrutiner, at de bare delvis vet hvordan og i hvilke tilfeller de skal melde avvik. Videre oppgir om lag halvparten av de ansatte at avvik i liten grad er et tema de snakker med kolleger om. Revisjonen vurderer at kommunen har et forbedringspotensial med tanke på å sikre tilstrekkelig kunnskap hos ansatte om avvikshåndtering.

Kommunen må sikre god praksis og kultur for melding av avvik. I undersøkelsen vektlegger seksjonsledere revisjonen har snakket med forbedringsarbeidet i avvikshåndteringen, og at dette blant annet ivaretas gjennom «tavlemøter». Dette mener revisjonen er bra. I undersøkelsen kommer det også fram at demenskoordinator mener ansatte i for liten grad melder avvik, og at dette er avvik som går på om personer med demens får dekket sine grunnleggende behov. I spørreundersøkelsen til de ansatte kommer det videre fram at den vanligste årsaken til at det ikke meldes avvik er at ansatte ikke rakk å registrere avviket, at avviket er meldt mange ganger tidligere, samt at avviket var lite. Halvparten av de ansatte oppgir at de enkelte ganger ikke har meldt avvik fordi de var usikre på om det var et avvik. Revisjonens inntrykk er at kommunen delvis har sikret en god avvikskultur gjennom å knytte dette til sitt forbedringsarbeid blant annet i tavlemøter. Samtidig framstår det som en risiko at det kan oppstå en kultur hvor ansatte av ulike grunner unnlater å registrere avvik.

Revisjonens konklusjon er at kommunens avvikshåndtering innen tjenestetilbudet til personer med demens er delvis ivaretatt. Forbedringsområder er å sikre kunnskap og bevissthet blant ansatte om hvordan og når det skal meldes avvik, samt hvorfor dette er sentralt i tjenestens forbedringsarbeid.

På bakgrunn av undersøkelsen er revisjonens anbefalinger at kommunedirektøren bør:

9. sikre tilbakemelding til ansatte om hvordan avvik håndteres og benyttes i forbedringsarbeidet
10. sikre tilstrekkelig kunnskap og god kultur blant alle ansatte for hvordan og når avvik skal registreres

7 LITTERATUR OG KILDELISTE

Lov, forskrift og planverk

Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Lov 1. januar 1970 nr. 10 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Forskrift 28.6.2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (forskrift om habilitering og rehabilitering)

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring)

Helsedirektoratet 2017, Nasjonal faglig retningslinje om demens (demensretningslinjen)

Helse- og omsorgsdepartementet 2017a, Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn,

Helse- og omsorgsdepartementet 2017b, Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre

Helse- og omsorgsdepartementet 2020, Demensplan 2025. Handlingsplan

Prop. 66 L (2018–2019) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Endringar i helse- og omsorgstenestelova (dagaktivitetstilbod til heimebuande personar med demens)

Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse 2011, Demensteam – oppgaver og utfordringer. En undersøkelse av demensteam og demenskoordinatorers rolle i norsk demensomsorg i 2011, Marit Gausdal og Mona Michelet, Rapport Aldring og helse

Moss kommune 2017, Demensplan Moss kommune 2017-2020

Menon Econimics 2020, Alzheimer og annen demenssykdom – utredning og behandling, Menonpublikasjon nr. 63/2020, Av Erland Skogli, Erika Karttinen, Ole Magnus Stokke og Siri Vikøren

Dokumentasjon fra kommunen

Lillestrøm kommune 2019, Tildelingskriterier Lillestrøm kommune (versjon 1a)

Lillestrøm kommune 2020, Innovasjonsstrategi for Lillestrøm kommune, Vedtatt i kommunestyret 16. desember 2020, sist godkjent 31.03.2022

Lillestrøm kommune 2020, Rutine for primærkontakter i hjemmebaserte tjenester (godkjent 15.06.2020)

Lillestrøm kommune 2020, Standard for omsorg og behandling ved livets slutt (revidert januar 2020)

Lillestrøm kommune 2021, Prosedyre for bruk av modulen DigiHelse i Gerica (godkjent 21.01.2021)

Lillestrøm kommune 2021a, Kompetanseplan Helsehus og institusjon og Helsetjenester til voksne

Lillestrøm kommune 2021, Strategi for frivillighet 2021-2024

Lillestrøm kommune 2021b, Brukerundersøkelse - Hjemmebaserte tjenester Lillestrøm kommune Saksfremlegg Arkivsak-dok. 21/28327-3

Lillestrøm kommune 2021c, Brukerundersøkelse Aktivitetssentre for eldre, Saksfremlegg Arkivsak-dok. 21/10243-3

Lillestrøm kommune 2021, Prosedyre for ansatte ved bruk av KOMP hos beboere (godkjent 12.05.2021)

Lillestrøm kommune 2022a, Strategisk kompetanseplan 2022-2030, helse og omsorgstjenestene

Lillestrøm kommune 2022b, Mentorprogrammet for nytilsatte sykepleiere/vernepleier i omsorgsboliger og hjemmetjenester

Lillestrøm kommune 2022c, Prosedyre for tillitsskapende tiltak (godkjent 11.03.2022)

Lillestrøm kommune 2022d, Hvordan melde avvik i riskmanager (godkjent 20.04.2022)

Lillestrøm kommune 2022e, Prosedyre for registrering av avvik ved bruk av tvang og makt ihht hol. Kap. 9 og pbrl. Kap. 4A» (godkjent 08.03.2022)

Lillestrøm kommune 2022f, internkontroll tertialrapportering (godkjent 20.04.2022)

Lillestrøm kommune 2022, Orientering om eldreomsorg i Lillestrøm kommune 22.11.22 (sak 58/22)

Lillestrøm kommune 2022, Mal for utviklingssamtale

Lillestrøm kommune 2022, Forberedelse til kartleggingssamtale generell

Lillestrøm kommune 2022, Mal for kompetansekartlegging i hjemmesykepleien

Lillestrøm kommune 2022, Rutine for primærrute Demens, Skedsmokorset Hjemmesykepleie

Lillestrøm kommune 2022, Kommunens svar på nasjonal kartlegging i regi av Helsedirektoratet

Lillestrøm kommune 2022, Prosedyre for mottak og behandling av henvisninger til demensteam

Lillestrøm kommune 2022, Mal for kartlegging ved oppstart hjemmesykepleie (godkjent 14.07.2022)

Lillestrøm kommune 2022, Rutine for samtykkekompetansevurdering, kap.4a. (godkjent 13.01.2022)

Lillestrøm kommune 2022, Rutine trygghetsalarm

Lillestrøm kommune 2022, Retningslinjer ved bruk av tvang, makt, inngripende varsling- og lokaliseringsteknologi og vurdering av samtykkekompetanse

Lillestrøm kommune 2022, Legemiddelhåndtering (godkjent 20.06.2022).

Lillestrøm kommune 2022, Forebygge og behandle underernæring hos hjemmeboende eldre (godkjent 13.12.2022).

Lillestrøm kommune 2022, Oppnår ikke kontakt med hjemmeboende brukere til avtalt tid (godkjent 23.02.2022).

Lillestrøm kommune 2023, Hjemmesykepleie Kvalitetsstandard

Lillestrøm kommune 2023, Kurs for vikarer sommeren 2023

Lillestrøm kommune 2023, Rutine Evondos

Lillestrøm kommune 2023, Temaplan teknologiløftet (2024-2026)

Lillestrøm kommune, TID som metodikk i demensomsorgen

Lillestrøm kommune, Brosjyre demensteam Lillestrøm kommune

Lillestrøm kommune, Tjenesteforløp og tiltakspakke demens (ikke datert, under revidering)

Internettsider

Tiltakspakke demens: https://www.utviklingssenter.no/prosjekter/demens/tiltakspakke-demens-systematisk-oppfolging-av-hjemmeboendepersoner-med-demens-og-deres-parorende [14.12.2022]

Demenskartet: https://demenskartet.no/ [06.12.22] (Nasjonalt senter for aldring og helse)

Kommunebarometeret 2023, https://kb.kommunal-rapport.no/kommune/3030 [10.7.2023]

Dagaktivitetstilbud, https://www.lillestrom.kommune.no/helse-og-omsorg/eldreomsorg/sykehjem-og-dagsenter/dagsenter-aktivitetssenter/

Tavlemøter: https://ehandboken.ous-hf.no/document/110868 [10.7.2023]

Nasjonal kompetansetjeneste om aldring og helse: https://www.aldringoghelse.no/demens/ [24.2.2023]

ABC-opplæring: Nasjonal kartlegging av tjenestetilbudet til personer med demens [15.6.23]

Basal demensutredning: https://www.aldringoghelse.no/demens/utredning-av-demens/basal-demensutredning/ [10.7.2023]

Anbefalinger om velferdsteknologiske løsninger i kommunene: https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/anbefalinger-om-velferdsteknologiske-losninger-i-kommunene [15.6.2023]

Tilskuddsordning: https://www.aldringoghelse.no/demens/parorende/ressurser/tilskuddsordningen/ [10.7.2023]

Verdighetssenteret: https://www.verdighetsenteret.no/om-oss [10.7.2023]

Samsvar: https://www.samsvar.net/avvikshandtering [10.7.2023]

Forsidebilde: https://caritasforumdemenz.de/

8 VEDLEGG

8.1 Kommunedirektørens uttalelse til rapporten

Lillestrøm kommune
Helse og mestring - fagstab

ROMERIKE REVISJON IKS
Ringvegen 4
2050 JESSHEIM

Unntatt offentlighet ihht § Offl. § 5

Dato:	31.08.2023
Vår ref:	23/04506-4
Deres ref:	2022/393
Saksbeh.:	Unni Dramstad
Telefon:	

Tilbakemelding etter foreleggelse av forvaltningsrevisjonsrapport om tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med demens

Vi viser til brev fra Romerike revisjon IKS datert den 16.08.23 med foreleggelse av forvaltningsrevisjon om tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med demens.

Kommunen har gått igjennom rapporten. Vi slutter oss til det faktagrunnlaget som er benyttet, og ser at revisjonen har gjort en grundig gjennomgang og vurdering av tjenestetilbudene. Rapportens hovedfunn er viktige forbedringsområder for tjenestene, og anbefalingene fra revisjonen vil implementeres i pågående og kommende utviklingsarbeid.

Gjennomgangen av rapporten har for øvrig avdekket at vi ser at enkelte tema og spørsmål kunne vært utdypet og presisert mer i intervjuene, med ytterligere detaljinformasjon om prosesser, kompetansetiltak, samhandling m.m. Samtidig antar vi at den typen informasjon ikke ville ha påvirket revisjonens hovedfunn og anbefalinger i vesentlig grad, og vi vil heller bruke denne innsikten til å tydeliggjøre strukturer og aktiviteter vi allerede har tilgjengelig.

Til opplysning, har ledergruppa i Helse og mestring vedtatt mandat for en arbeidsgruppe som skal utarbeide Demensplan 2024-2027. Denne vil bli fremmet til politisk behandling i løpet av første kvartal 2024. Revisjonsrapportens innhold vil være viktig innsiktsmateriale i dette planarbeidet.

Med hilsen

Bjørg Torill Madsen
Direktør

Dokumentet er godkjent elektronisk.

8.2 Tabell 6 Ansatte i hver seksjon per 1.3.2023

Distrikt/seksjoner	Antall ansatte i hjemmesykepleien per 1.3.2023	Antall ansatte i hjemmehjelpen/praktisk bistand pr 1.3.2023 (totalt)	Stillingshjemler totalt
Hjemmesykepleie			
Volla	33		26
Skjetten	30		26,2
Strømmen	35		26
Skedsmokorset	37		25,3
Kjeller	40		27,1
Frogner	30		26,8
Sørum	32		26,9
Fet	31		23,9
Trygghet og natt	25		21,6
Omsorgsboliger			
Husebyjordet	45		34,7
Pålsetunet	33		24,8
Kjerulfsgate	47		37,5
Lilletorget og Stalsberg	41		29,5
		24	19,4
Totalt	**459**	**24**	**356**

Kilde: Lillestrøm kommune 2023

8.3 Tabell 7 Antall personer med demens som mottar hjemmebaserte tjenester per 1.3.2023

Distrikt/seksjon	Antall personer med demens som mottar hjemmesykepleie/helsehjelp	Antall personer med demens som mottar hjemmehjelp/praktisk bistand
Skedsmokorset	67	
Kjeller	22	
Fetsund	32	
Sørum	34	
Frogner	25	
Skjetten	26	
Strømmen	24	
Vigernes	55	
Volla	36	
Totalt	**321**	**70**

Kilde: Lillestrøm kommune 2023

8.4 Vedlegg – frafallsanalyse

Tabell 8 Frafallsanalyse spørreundersøkelse

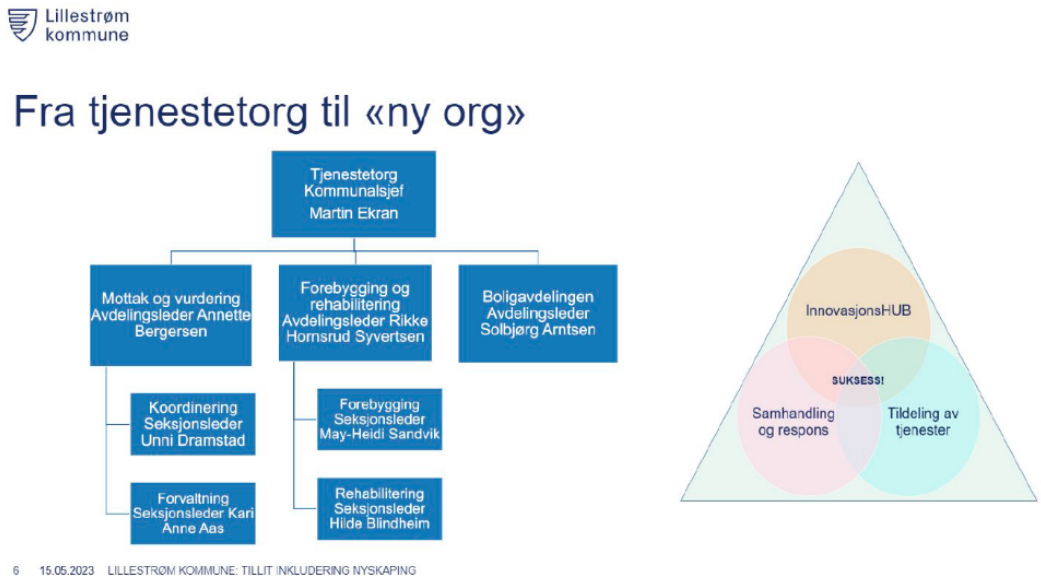
Avdeling	Svar-prosent	Antall respondenter	Antall svar	Andel respondenter
Omsorgsboliger[45]	30	129	39	25,8 %
Aktivitetssentre[46]	91	33	30	6,6 %
Nattjenesten	37	27	10	5,4 %
Praktisk bistand	91	22	20	4,4 %
Hjemmetjenesten Strømmen	61	31	19	6,2 %
Hjemmetjenesten Volla	36	33	10	6,6 %
Hjemmetjenesten Skedsmokorset	81	36	29	7,2 %
Hjemmetjenesten Frogner	41	27	11	5,4 %
Hjemmetjenesten Kjeller	31	39	12	7,8 %
Hjemmetjenesten Sørum	34	32	11	6,4 %
Hjemmetjenesten Fet	64	33	21	6,6 %
Hjemmetjenesten Vigernes	62	29	18	5,8 %
Hjemmetjenesten Skjetten	39	28	11	5,6 %
Total	46	499	222	100,0 %

Kilde: RRI 2023

[45] Omsorgsboliger samlet (både de som er tilrettelagt/ikke spesielt tilrettelagt for personer med demens). Ansatte med lederfunksjon er ikke tatt med

[46] Aktivitetssentre samlet (både de som er tilrettelagt/ikke spesielt tilrettelagt for personer med demens)

8.5 Organisasjonskart «Ny org»



Kilde: Lillestrøm kommune 2023

8.6 Tiltak under personsentrert omsorg

For å beskrive hvordan tjenesten arbeider med personsentrert omsorg, har kommunen oversendt dokumentet «TID som metodikk i demensomsorgen». Dokumentet beskriver at Lillestrøm kommune høsten 2022 inngikk en samarbeidsavtale med Sykehus Innlandet (SI), ved forskningssenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS). Samarbeidsavtalen «PRACTIC- prosjektet» omhandler forebygging og tilnærming til kriser hos sårbare (skrøpelige) hjemmeboende. PRACTIC prosjektet tar utgangspunkt i situasjoner der hjemmetjenestene opplever utfordringer med en mulig krise hos tjenestemottaker. Prosjektet innebærer utvikling og utprøving av en modell for forebygging, tidlig identifisering av og tilnærming til slike kriser. Avtalen gjelder for perioden 01.04.23-31.03.26.

Videre viser kommunen til deltagelse i læringsnettverk i regi av USHT «Rett tiltak til rett tid. Demensplan 2025». I et dokument og læringsnettverket heter det at USHT har fått i oppdrag å bidra til at kommunene iverksetter tiltakene i Demensplan 2025. I læringsnettverket vil USHT bistå kommunene med faglig veiledning og støtte. I prosjektet er hovedfokus å utarbeide systematiske forløp/rutiner fra mistanke om demens til personen flytter på et heldøgns omsorgstilbud. Gode forløp for personer med demens er også en del av satsingen i Leve hele livet -reformen. Nasjonale faglige retningslinjer om demens og det nye verktøyet Veiviser demens skal ifølge dokumentet danne grunnlaget for den systematiske oppfølgingen som skal skje i kommunene. Lillestrøm kommune har dannet et team med fem personer som følger læringsnettverket i perioden vår 2022 til sommer 2023 med mulighet for noe forlengelse. Deltagere er blant annet demenskoordinator og seksjonsledere fra tre ulike hjemmesykepleier-seksjoner.