



# Demens- omsorg

**Forvaltningsrevisjonsrapport**  
Vestby kommune

November 2016

[www.kpmg.no](http://www.kpmg.no)

# Forord

Etter vedtak i kommunestyret i Vestby kommune har KPMG gjennomført en forvaltningsrevisjon rettet mot demensomsorgen i Resultatområdet Hjemmetjenesten og Resultatområdet Sykehjem. Denne rapporten er svar på kommunestyrets bestilling.

## Oppbygging av rapporten

Våre konklusjoner og anbefalinger fremgår av rapportens sammendrag. Kapittel 1 har en innledning til rapporten. Her blir formål, problemstillinger, revisjonskriterier og metode presentert. I kapittel 2 til 4 blir revisjonskriterier konkretisert, og fakta og vurderinger presentert. I kapittel 5 er rådmannens uttalelse til rapporten tatt inn.

Takk til kommunen for god hjelp til oss i vårt arbeidet med forvaltningsrevisjonen.

Bergen, 1.november 2016



Ole Willy Fundingsrud

Direktør

# Sammendrag

Formål med forvaltningsrevisjonen er å få en vurdering av kvaliteten på kommunens helse- og omsorgstjenester til demente. For å svare på dette er det oppstilt fire problemstillinger i forvaltningsrevisjonen.

Under er våre konklusjoner og anbefalinger.

## I hvilken grad evner kommunen å identifisere, utrede og følge opp behovet for tjenester hos demente?

Kommunen evner i stor grad å identifisere, utrede og følge opp behovet for tjenester hos demente. Kommunen har satt utredning og diagnostisering av personer med demens i system ved å etablere et demensteam i hjemmetjenesten som samarbeider med fastleger og som arbeider etter anbefalt metode. Tilsvarende er det ved sykehjemmet et etablert samarbeid mellom kompetent personale og lege ved utredning og diagnose, samt at nasjonale anbefalinger følges. Kommunen sikrer således at utredning og diagnoseringer skjer ved bruk av kompetent personell og anvendelse av anbefalte kartleggings- og evalueringsverktøy, samt systematisk oppfølging av personer med demens.

## I hvilken grad ivaretar kommunen grunnleggende behov hos demente?

Undersøkelsen viser at kommunen har kompetanse, praksis, verktøy og hjelpemidler som tilrettelegger for god pleie og omsorg. Tilbakemeldinger fra et klart flertallet av pårørende er gjennomgående at brukere/pasienter får god hjelp eller at pårørende er trygg på at de får god pleie og omsorg.

For å sikre at kommunen skal kunne ivareta grunnleggende behov er det imidlertid også oppstilt forskriftskrav til prosedyrer for å sikre kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten (kvalitetsforskriften) og det er krav til internkontroll i tjenestene blant annet for å avdekke og rette opp avvik. Når det gjelder ivaretagelse av kravet til skriftlige prosedyrer og internkontroll er det avdekket forbedringspotensial:

- ✓ Kommunens hjemmetjeneste og sykehjem oppfyller ikke fullt ut kravet til å ha skriftlige prosedyrer etter kvalitetsforskriften for pleie – og omsorgstjenestene § 3. Forskriften krever at det skal etableres skriftlige prosedyrer for ivaretagelse av en rekke grunnleggende behov. Etablering av skriftlige prosedyrer bidrar til å oppfylle internkontrollforskriftens krav til rutiner, de gir anvisning på hvordan helsepersonell kan gi faglig forsvarlig hjelp og de er virkemidler for å sikre like tjenester til brukere og pasienter. Fravær av skriftlige prosedyrer medfører risiko for at disse hensynene ikke ivaretas, i tillegg er det brudd på kvalitetsforskriften.
- ✓ Internkontrollforskriften i helsetjenesten stiller krav om et avvikssystem i § 4. Det er uklarhet blant personalet i hjemmetjenesten og sykehjemmet mht. hva som gjelder vedrørende melding og oppfølging av avvik. Slik uklarhet gir en risiko for at feil og mangler i pleien ikke rettes opp og forebygges.
- ✓ Sykehjemmet har ikke tilbud om regelmessige møter med pårørende og innhenter heller ikke erfaringer fra pårørende systematisk som ledd i arbeidet med forbedringer av tjenestene. Dette er brudd på internkontrollforskriften § 4. Det vises også til konklusjonen på problemstilling 4 hvor pårørende etterlyser mer systematikk i informasjon og involvering av pårørende til pasienter på sykehjemmet.

## Anbefalinger:

Hjemmetjenesten og sykehjemmet må etablere skriftlige prosedyrer som oppfyller kravene i kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenesten § 3.

Hjemmetjenesten og sykehjemmet bør gjennomgå internkontrollsystemene sine:

- ✓ Ledere og personal i både hjemmetjenesten og sykehjemmet bør gjennomgå sine rutiner for melding og oppfølging av avvik. Dette for å sikre at rutine er kjent og følges.

- ✓ Sykehjemmet må sikre rutiner for systematisk innhenting og bruk av pårørendes erfaring som ledd i arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring.

### **Hva mener brukerne /pårørende om kvaliteten på tilbudene?**

I undersøkelsen er 11 pårørende intervjuet. Synspunktene er ikke representative, men eksempler.

Et klart flertall gir uttrykk for at de er sikker på eller tror at pasienten får god pleie og omsorg.

Et klart flertall av pårørende etterspør også mer informasjon om pasienten og hvordan denne har det på sykehjemmet. Det går igjen hos flere, at det etterspørres større grad av systematikk i sykehjemmets arbeid med informasjonsdeling om pasienten med pårørende, og involvering og bruk av pårørendes erfaring. Opplevelsen er at informasjonsdeling og involvering varierer mye og at den er personavhengig. Sykehjemmet har ikke rutine eller praksis for faste pårørendesamtaler eller felles pårørendemøter.

### **Hvordan forbereder kommunen seg på å håndtere prognosen om økning i antall mennesker med demenssykdom?**

Kommunen har konkrete tiltak, som er fundert i kommuneplanen, for å ivareta en fremtidig vekst i antall personer med demens. Tiltakene er i stor grad knyttet til utbygging av nye bygninger/plasser.

Kommunen har i 2015 åpnet 16 plasser i skjermede enheter for personer med demens og et dagsenter for 15 personer med demens. Det er også en enhet med 8 plasser på sykehjemmet som ikke er tatt i bruk. Kommunen utreder muligheten for å bygge ut 120 nye omsorgsboliger i to etapper med ferdigstillelse i hhv. 2020 og 2026.

Kommuneplanen redegjør for utfordringer per i dag og utover i planperioden. Fra 2020 vil det på grunn av økt etterspørsel og konkurranse, bli vanskeligere å beholde og rekruttere helsefaglig personell, blant annet personell med kompetanse på psykiatri og demens.

Av tiltak som er gjennomført for å øke kompetansen, så har kommunen utvidet stillingshjemmelen til demenskoordinatoren fra 50 til 70 %. I tillegg er det løpende tilbud om kompetansehevinge tiltak og økonomiske incentiver for å bidra til at personalet tar videreutdanning og kurs. Kommunen har en oversikt over neste års kompetanseheving, men ikke en mer langsiktig plan for hvordan kommunen vil møte utfordringene med å sikre tilstrekkelig og nødvendig kompetanse etter 2020.

Helsedirektoratet har i 2014 og 2015 gitt anbefalinger til kommunene om økt bruk av velferdsteknologi i helse - og omsorgstjeneste, blant annet for hente ut økonomiske gevinster for kommunene. Vestby kommune har et ønske om å gå fra analoge til digitale trykksalmer, men har per i dag ingen plan for økt bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene.

### **Anbefalinger**

Kommunen bør som ledd i oppfølgingen av kommuneplanen vurdere om eksisterende tiltak for å beholde, utvikle og rekruttere helsefaglig kompetanse er tilstrekkelig, eller om det er behov for en styrket kompetansestyring gjennom en langsiktig plan, med mål og tiltak for siste del av kommuneplanperioden, hvor den forventede veksten i personer med demens vil realiseres seg.

Kommunen bør vurdere om og hvordan nasjonale anbefalinger om økt bruk av velferdsteknologi kan ivaretas i Vestby, blant annet i forbindelse med den planlagte utbyggingen av omsorgsboliger.

# Innhold

<b>1. Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn og formål	1
1.2 Problemstillinger	1
1.3 Revisjonskriterier	1
1.4 Metode	2
<b>2. Identifisere, utrede &amp; følge opp behov</b>	<b>3</b>
2.1 Revisjonskriterier	3
2.2 Fakta	3
2.3 Vurderinger	5
<b>3. Ivareta grunnleggende behov</b>	<b>6</b>
3.1 Revisjonskriterier	6
3.2 Fakta	8
3.3 Vurderinger	10
<b>4. Håndtering av fremtidig prognose</b>	<b>12</b>
4.1 Revisjonskriterier	12
4.2 Fakta	13
4.3 Vurderinger	15
<b>5. Høring</b>	<b>17</b>
5.1 Uttalelse fra rådmannen	17
<b>Vedlegg 1 Dokumentliste</b>	<b>18</b>
<b>Vedlegg 2 Grunnleggende behov</b>	<b>20</b>

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn og formål

Kommunestyret har i sak 48 /16 bestilt forvaltningsrevisjon av demensomsorgen fra KPMG. Forvaltningsrevisjonen gjennomføres i samsvar med inngått kontrakt av 1.7.2016, prosjektplanen godkjent i kontrollutvalget og kravene i RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon.

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å få en vurdering av kvaliteten på kommunens helse- og omsorgstjenester til personer med demens. For å realisere formålet med forvaltningsrevisjonen er det sentralt å undersøke om kommunen har systemer og rutiner for å sikre kvalitet i tjenestene til personer med demens og om system og rutiner følges. Forvaltningsrevisjonen har videre fokusert på helse- og omsorgstjenester i hjemmetjenesten og sykehjemmet.

## 1.2 Problemstillinger

Forvaltningsrevisjonen gir svar på følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad evner kommunen å identifisere, utrede og følge opp behovet for tjenester hos demente?
  - ✓ Diagnostisering
  - ✓ Forebygging og tidlig innsats
  - ✓ Medisinering
  - ✓ Identifisere endringer i behov/andre diagnoser
  - ✓ Ansattes kompetanse
  - ✓ Behov for institusjonsplass
  - ✓ Velferdsteknologi
2. I hvilken grad ivaretar kommunen grunnleggende behov hos demente?
  - ✓ Tilpasset botilbud
  - ✓ Brukermedvirkning
  - ✓ Forebygging og behandling av underernæring
  - ✓ Aktivisering og stimulering
  - ✓ Bruk av pårørende og frivillige
3. Hva mener brukerne og pårørende om kvaliteten på tilbudene?
4. Hvordan forbereder kommunen seg på å håndtere prognosen om økning i antall mennesker med demenssykdom?

## 1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og normer som tilstand og/eller praksis i kommunen måles mot. Kilder for å utlede revisjonskriterier har vært:

- ✓ Helse- og omsorgstjenesteloven
- ✓ Kvalitetsforskrift for pleie – og omsorgstjenestene
- ✓ Internkontrollforskrift i helsetjenesten
- ✓ Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie

- ✓ Veilederen Demensutredning i kommunehelsetjenesten, Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og helse og Helsedirektoratet, 2011
- ✓ Veilederen Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, Helse- og sosialdirektoratet, 2004
- ✓ Veilederen Pårørende- en ressurs, Helsedirektoratet, 2008
- ✓ Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger, Nasjonalt velferdsteknologiprogram og Helsedirektoratet, 2015

Revisjonskriterier som er brukt er redegjort nærmere for i kapittel 2-4.

## 1.4 Metode

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i samsvar med kravene i RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon<sup>1</sup>.

For å svare på problemstillingene er følgende teknikker brukt for å samle inn data:

- ✓ Dokumentinnsamling og analyse
- ✓ Intervjuer

Til grunn for rapporten ligger en gjennomgang og analyse av sentrale dokumenter opp mot revisjonskriteriene. Liste over mottatt dokumentasjon er inntatt i vedlegg 1.

Det er gjennomført 12 intervjuer over to dager i Vestby kommune. I hjemmetjenesten har vi snakket med leder, avdelingsledere, demenskoordinator, ergoterapeut. I sykehjemmet har vi snakket med leder, avdelingsledere, ledere ved to skjermede enheter for personer med demens og sykehjemslegen. Sykehjemslegen er intervjuet både i egenskap av å være tilsynslege ved sykehjemmet og fastlege.

Intervju har vært en sentral informasjonskilde, og utvalget av personer er basert på forventet informasjonsverdi, personenes erfaring og formelt ansvar i forhold til forvaltningsrevisjonens formål og problemstillinger. Formålet med intervjuene har vært å få utfyllende og supplerende informasjon til dokumentasjonen vi har mottatt fra kommunen.

Det er gjennomført telefonsamtaler med 9 pårørende til pasienter på Vestby sykehjem. Formålet har vært å få synspunkter og erfaringer mhp. opplevelsen av kvaliteten i tjenesten som gis til brukere i hjemmetjenesten og pasienter på sykehjemmet. Antall pårørende er for lavt til at det kan trekkes generelle slutninger fra informasjonen disse gir. Informasjonen er derfor i utgangspunktet uttrykk for den enkeltes opplevelse. I den grad informasjonen som er gitt er sammenfallende, vil erfaringene likevel kunne tillegges noe vekt i vurderingene. Informasjon som er gitt i samtaler er anonymisert i rapporten.

I tillegg har det vært en samtale med spesialrådgiver for orientering om pågående internkontrollprosjekt som blant annet involverer hjemmetjenesten og sykehjemmet i kommunen. Det har også vært samtale med leder for personal og organisasjon og ansatt i resultatområdet Eiendom.

Datainnsamlingen ble avsluttet 12.10.2016.

Rapport er sendt rådmannen til uttalelse den 18.10.2016 med høringsfrist den 31.10.2016.

<sup>1</sup> Utgitt av Norges Kommunerevisorforbund.

## 2. Identifisere, utrede & følge opp behov

### 2.1 Revisjonskriterier

#### 2.1.1 Utredning og diagnose

Det følger av helse - og omsorgstjenesteloven § 3-1 at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tjenestene skal være tilpasset brukerens/ pasientens behov, jfr. helse- og omsorgstjenesteloven § 1- 1 nr. 5. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 stiller krav til hvilke helse- og omsorgstjenester kommunen skal tilby for å oppfylle ansvaret etter lovens § 3-1. Blant annet skal kommunen tilby "utredning, diagnostisering og behandling".

Veilederen *Demensutredning i kommunehelsetjenesten*<sup>2</sup> har prosedyrer og verktøy som anbefales brukt ved utredning og diagnostisering av demens i primærhelsetjenesten.

På denne bakgrunn er følgende revisjonskriterium oppstilt:

- ✓ Kommunen bør følge nasjonale anbefalinger til utredning og diagnose av personer med demens

### 2.2 Fakta

#### 2.2.1 Innledning

I kap 2.2.2 og 2.2.3 beskrives hvordan identifisering, utredning og oppfølging av personer med demens gjøres i hjemmetjenesten og ved sykehjemmet. Beskrivelsen fokuserer på de underspørsmål kontrollutvalget har oppstilt til problemstilling 1.

#### 2.2.2 Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten identifiserer personer med mulig demens gjennom samarbeid med fastleger, og via personalets observasjoner hos brukere av hjemmetjenester, samt etter meldinger/informasjon fra naboer eller pårørende.

Det er etablert et samarbeid mellom hjemmetjenestens demensteam og fastleger om utredning og diagnostisering, hvor hjemmetjenesten bidrar til utredning, mens legen har ansvaret, herunder stiller diagnose. Demensteam består av en demenskoordinator og en ergoterapeut, som begge har spesialkompetanse på demens.

Et formål med samarbeidet mellom demensteamet og fastlegene er å bidra til at hjemmetjenesten så tidlig som mulig kan få beskjed om personer hvor det mistenkes demens, og ta tidlig kontakt med disse for å bidra i utredning, samt etablere en tillit til brukeren. Erfaringer tilsier at tidlig innsats gir et bedre grunnlag for å skape tillit og gi tidlig hjelp til brukere med demens. F.eks kan et tilbud om opphold på dagsenteret i kommunen som er tilrettelagt for personer med demens, være et tiltak som kan virke forebyggende. Hjemmetjenesten ser på generelt grunnlag et potensialet for å være mer aktive ift. å utvikle og forbedre samarbeidet med fastlegene om brukere hvor det mistenkes demens. Dette for å sikre en tidlig innsats ift. brukeren.

<sup>2</sup> Utgitt av Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenteret Aldring og helse, 2011



Hjemmetjenesten følger nasjonale anbefalinger i arbeidet med å utrede personer med demens, herunder brukes kartleggings- og evalueringsverktøy fra Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og helse. Det er demensteamet som gjennomfører utredningene, slik at kommunen benytter kvalifisert personell til dette. Kartleggingsverktøyene som benyttes har veiledning om brukermedvirkning og tilrettelegger for medvirkning fra både brukere og pårørende ved kartleggingsbesøkene.

Kartleggingen omfatter medisiner som brukeren har og behov for bistand med medisiner. Kartleggingen omfatter også behov for tekniske hjelpemidler og bruk av velferdsteknologi. Ergoterapeuten har et særlig ansvar for dette og har oversikt over tilbudet kommunen har. Av velferdsteknologi tilbyr hjemmetjenesten analoge trygghetsalarmer. Ergoterapeuten formidler og gir også opplæring i bruk av hjelpemidler fra NAV Hjelpemiddelsentralen. Mye brukte hjelpemidler til personer med demens er Dag og natt kalender og Forglemmegei kalender, Memoplanner og Komfyrvakter.

Dersom utredningen viser at brukeren har behov for plass i omsorgsbolig så får brukeren tildelt plass dersom det er ledig bolig. Antallet personer på venteliste varierer, men et estimat +/- er oppgitt til 30 personer. De som har størst behov for bolig får dette først. Kommunen har ulike typer av boliger, både enkeltvise leiligheter og boliger med fellesareal med matservering. Kommunen har ikke heldøgnsbemannede omsorgsboliger per i dag, men slike er under planlegging. Se nærmere om dette i kapittel 4.

Etter utredningen av brukerens behov fattes det et vedtak. Hjemmetjenesten har to soner (nord og sør) fra 2017, og to saksbehandlere (en per sone) som jobber med saksbehandling og skriver vedtak. Hjemmetjenesten har skriftlige rutiner for saksbehandling, vedtak og klage, samt skriftlige kriterier for tildeling av ulike helse- og omsorgstjenester, herunder tildeling av omsorgsbolig.

Etter vedtak føres tjenestene som brukeren skal ha i journalsystemet Gerica, og det etableres en tiltaksplan per bruker som viser hva denne skal få av bistand og hjelp. Personalet har arbeidslister som viser hva hver enkelt bruker skal ha av hjelp.

Hjemmetjenesten har rutine for oppfølgings- og evalueringsbesøk etter 6 måneder for brukere med demens. I oppfølgingen benyttes evalueringsskjema fra Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og helse. Gjennom oppfølgingen kan hjemmetjenesten følge med på utviklingen hos brukeren og om behovene dekkes. I tillegg er det en løpende oppfølging ved at personalet som yter tjenester observerer brukeren og dokumenterer /skriver rapporter i journalsystemet Gerica. Ved endringer i brukerens behov kan tjenester bli justert "på dagen" innenfor rammene av det vedtaket som alt foreligger. Dersom endringene krever at det skrives et nytt vedtak, så gjøres dette i tråd med rutinene.

### 2.2.3 Sykehjemmet

Mange som får plass på sykehjemmet er personer som alt har fått diagnosen demens. For de pasientene som får plass og utvikler demens under oppholdet, er det tilsvarende rutiner for utredning og diagnostisering i sykehjemmet som i hjemmetjenesten.

Sykehjemmet følger nasjonale anbefalinger i arbeidet med å utrede personer med demens, herunder brukes kartleggings- og evalueringsverktøy fra Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og Helse. Det er etablert et samarbeid mellom personalet på sykehjemmet og tilsynslegen om utredning og diagnostisering, hvor legen setter diagnosen. Sykehjemmet har personale med kompetanse på demens, herunder blant annet flere hjelpepleiere med videreutdanning i demens.

Ved behandling av søknad og ved tildeling av plass i sykehjemmet kartlegges informasjon om medisiner pasienten har og behov for bistand med medisiner. Hvilke medisiner den enkelte skal ha fremgår av pasientens tiltaksplan.

Sykehjemmet har som hjemmetjenesten ulike tekniske hjelpemidler, samt trygghetsalarmer.

Sykehjemmet har inntaksmøte hver 14. dag hvor søknader behandles. Vedtakene skrives ut i etterkant av møtet av sykehjemslederen. På inntaksmøtet deltar styrer og avdelingsledere ved sykehjemmet, leder og avdelingsledere fra hjemmetjenesten, tilsynslege ved sykehjemmet, fysioterapeut og ergoterapeut. I tillegg deltar demenskoordinator ved behov.

Ved behandling av søknad for pasienter med demens tas det stilling til hvilke type opphold det er behov for. Sykehjemmet har langtidsopphold, korttidsopphold, rulleringsopphold, avlastningsopphold og rehabiliteringsopphold. Hvilke type opphold som bør innvilges tas stilling til ut fra behov og formålet med oppholdet.

Behandling av søknader er gjenstand for fast praksis og skjer i tråd med bestemmelser og vilkår i helse- og omsorgstjenesteloven. Sykehjemmet har søknadsblanketter, prosedyre for vedtak til person uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp og vedtaksmal for slike saker. Sykehjemmet har også en sørviserklæring med omtale av ulike plasser og oppholdstyper, samt hvem som er målgruppen for plassene og hvilke behov som må foreligge for å få en plass. Intervjuene tegner et bilde av at det er avklart blant medlemmer av inntaksmøtet hvilke kriterier og vilkår som gjelder ved tildeling av de ulike plassene i sykehjemmet.

Når vedtaket er fattet dokumenteres det hva pasienten skal ha i tiltaksplanen, og denne følges når personalet yter tjenester.

Endringer i behov hos pasientene identifiseres gjennom personalets observasjoner og dokumenteres i Gerica. Det er også jevnlig oppfølging av pasienter med demens etter faste tidssekvenser for å følge med på utvikling og behov. Ved endringer i pasientens behov justeres tjenesten som gis, og dette dokumenteres i pasientens tiltaksplan. Endringer som ikke krever nytt vedtak skrives på brukeren i Gerica, legges inn i tiltaksplanen og iverksettes straks. Ved endringer som krever ny søknad og vedtak, så følges praksis og rutiner som beskrevet overfor.

## 2.3 Vurderinger

Det er vår vurdering at kommunen følger nasjonale anbefalinger nedfelt i *Veilederen Demensutredning i kommunehelsetjenesten* og har rutiner for å sikre oppfølging av helse- og omsorgstjenesteloven § 3- 2 jfr § 3-1. Vi viser til at kommunen:

- ✓ Benytter særskilt kompetanse i utredningen gjennom å etablere demensteam i hjemmetjenesten og har tilsvarende spesialkompetanse i sykehjem
- ✓ Bruker anbefalte kartleggings - og evalueringsverktøy
- ✓ Har et etablert samarbeid mellom helsepersonalet og leger
- ✓ Har rutine for oppfølging av brukere og pasienter med demens som sikrer at utviklingen i behovet følges med på og at tjenestenivået justeres tilsvarende

## 3. Ivareta grunnleggende behov

### 3.1 Revisjonskriterier

#### 3.1.1 Skriftlige prosedyrer for å sikre grunnleggende behov

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene sitt formål er bidra til at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov, jfr. forskriftens § 1. Det følger av samme forskrift § 3 at kommunen skal etablere skriftlige nedfelte prosedyrer som skal sikre at brukere får tilfredsstilt en rekke definerte grunnleggende behov (se vedlegg 2 til rapporten).

I den nasjonale veilederen *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*<sup>3</sup>, er det uttalt at de skriftlige prosedyrene innebærer at virksomheten dokumenterer hvordan kvalitetsforskriften overholdes. Prosedyrene skal være lett tilgjengelig både for de ansatte og for tilsynsmyndighetene. Videre fremgår det av veilederen at en prosedyre kan være alt fra en enkel sjekklister, til en mer åpen beskrivelse av rammene for hvordan virksomheten skal legge til rette for individuelt tilpassede tjenester. Prosedyrer bør imidlertid ha visse fellestrekk og det anbefales å benytte en elles prosedyremal. På s. 29 i veilederen er det gitt følgende eksempel på innholdet i en prosedyre:

- Hensikten med prosedyren
- Når prosedyren ble utarbeidet og når den skal revideres.
- Hvem som har godkjenningmyndighet. Prosedyren bør være signert av den som har godkjenningmyndighet.
- Hvem prosedyren omfatter.
- Henvisning til aktuelle lover og forskrifter på området
- Prosedyren skal gi en konkret beskrivelse av hva som skal gjøres.
- Dersom prosedyren inneholder krav til måling, skal det framgå hvilke indikatorer for kvalitet som skal måles og hvordan og hvor ofte målinger skal gjøres.
- Prosedyren skal beskrive hvordan feil og avvik meldes, behandles og følges opp.

På denne bakgrunn er følgende revisjonskriterium oppstilt:

- ✓ Kommunen skal ha skriftlige prosedyrer for å ivareta grunnleggende behov som listet i kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenesten § 3

#### 3.1.2 Kontinuerlig forbedring - avvikshåndtering

Internkontrollforskrift i helsetjenesten fasetter i hhv. § 4 bokstav f ) og g) at virksomheten skal skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav og å utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivning. Oppsummert handler dette om at helse- og omsorgstjenesten i kommunen må ha avvikssystem.

På denne bakgrunn er følgende revisjonskriterium oppstilt:

- ✓ Kommunen skal ha avvikssystem for å avdekke, rett opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen og vedtak om tjenester

<sup>3</sup> Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet 11/2004

### 3.1.3 Kontinuerlig forbedring- anvendelse av erfaringer fra pårørende

Internkontrollforsriften i helsetjenesten fastsetter i § 4 at helse- og omsorgstjenesten skal "gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten". I dette ligger et krav om å systematisk innhente og anvende informasjon/erfaringer fra blant annet pårørende til forbedring av tjenestene.

På denne bakgrunn er følgende revisjonskriterium oppstilt:

- ✓ Kommunen skal regelmessig innhente og gjøre bruk av erfaringer fra pårørende til forbedring av helse- og omsorgstjenesten

### 3.1.4 Bruk av pårørende

Veilederen Pårørende- en ressurs<sup>4</sup>, omtaler de ulike rollene som pårørende vil kunne ha; kunnskapskilde om pasienten, nærmiljøet til pasienten, omsorgsgiver, pasientens representant mm. For at pårørende skal ivareta rollene sine er det viktig og ofte nødvendig med informasjon fra helse- og omsorgstjenesten og god involvering og samarbeid med helsetjenesten. Ikke minst gjelder dette når pasienten ikke bor hjemme men på sykehjem. Veilederen gir anbefalinger til dialog og medvirkning for pårørende og organiseringen av arbeidet med pårørende. Blant annet anbefales det å ha rutiner for pårørendearbeid.

På denne bakgrunn er følgende revisjonskriterium oppstilt:

- ✓ Kommunen bør ha rutiner for å sikre systematisk arbeid med informasjon og dialog ift pårørende

### 3.1.5 Bruk av frivillige

Helse - og omsorgstjenesteloven § 3-10 (3) sier at tjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppene organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten. Det følger av forarbeidene til bestemmelsen (særmerknader) at det ikke er bestemt noe om hva det skal samarbeides om. I praksis vil det ofte være aktuelt å samarbeide om forebyggende tiltak eller grupperettede tiltak, men også når det gjelder tiltak for enkeltpersoner kan det være aktuelt med slikt samarbeid. Hvordan samarbeidet skal skje må avklares av den enkelte kommune.

På denne bakgrunn er følgende revisjonskriterium oppstilt:

- ✓ Kommunen bør samarbeide med frivillige

### 3.1.6 Tilpasset boform

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 c pålegger kommunene å tilby plass i institusjon, herunder sykehjem. Forskrift for sykehjem m.v. § 2 fastsetter at boformen blant annet skal gi avlastning, permanent opphold og skjermet enhet for senil demente. Forskrift for sykehjem m.v. § 4-7 fastsetter at skjermet enhet for senil demente kan etableres for grupper fra 4-12 beboere.

På denne bakgrunn er følgende revisjonskriterium oppstilt:

- ✓ Kommunen må ha tilbud om skjermet enhet for personer med demens i sykehjem eller boform med heldøgns opphold

---

<sup>4</sup> Utgitt av Helsedirektoratet, 2008

## 3.2 Fakta

### 3.2.1 Innledning

I kap 3.2.2 og 3.2.3 beskrives hvordan grunnleggende behov dekkes, herunder prosedyrer for å sikre dette. Beskrivelsen fokuserer på de underspørsmål kontrollutvalget har oppstilt til problemstilling 2. I kap 3.2.4 er pårørendes oppfatninger av kvaliteten i tjenestene beskrevet.

### 3.2.2 Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten har på forespørsel ikke lagt fram dokumentasjon som viser at det er etablert skriftlige prosedyrer for å dekke grunnleggende behov som beskrevet i kvalitetsforskriften for pleie-og omsorgstjenesten § 3, med noen unntak. Et av unntakene gjelder prosedyre for å sikre ernæring.

Hjemmetjenesten har et dokument som gir en oversikt over kravene i forskriften, hva de gjør for å oppfylle kravene, hvordan de vil dokumentere dette og hvem som er ansvarlig. Et eksempel som gjelder ernæring fra dette dokumentet er klippet inn under:

	FORSKRIFTSKRAV	HVA GJØR VI	HVORDAN SIKRE/DOKUMENTERE?	ANSVAR
3.	Grunnleggende fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold om rimelig valgfrihet i forhold til mat.	Verdig spisesituasjon. Tilstrebe valgfrihet for hvor og når måltidet skal inntas. Matvarebestilling. Frokost/middagsservering på senter. Middagsutkjøring fra sykehjem Oppfølging av ernæring i hjemmet.	God kommunikasjon mellom kjøkken/pasient/tjenesteyter. Tiltaksplan Skrive handleliste sammen med pasient. Sitte sammen med pasient under måltid. Systematisk ernæringskartlegging. Opplæring.	Avdelingsleder Assisterende avdelingsleder Primærkontakt Tjenesteyter

Hjemmetjenesten har gjennomført en risikoanalyse ift. brukere med demens og utarbeidet 5 prosedyrer i denne forbindelse, blant annet en prosedyre for å sikre ernæring hos brukere med demens. Hjemmetjenesten har opplyst at de har arbeidet med et prosjekt som skal sikre bedre oppfølging av ernæring blant brukere. Høsten 2016 settes ett nytt tiltak i drift som innebærer systematisk veiing og dokumentasjon. Hjemmetjenesten har også tiltak for å øke ernæringsopptak (ikke tvang) som tilsetninger av olje i maten, å være til stedet under måltider o.l

Hjemmetjenesten har også en brosjyre om dagsentertilbud for personer med demens som gir informasjon om hvem som kan søke, praktiske opplysning for bruk av tilbudet, hvem i hjemmetjenesten som kan kontaktes ved spørsmål, mål med tilbudet og et eksempel på en typisk dag på dagsenteret.

Hjemmetjenesten bruker også frivillighetssentralen og har et samarbeid med sentralen om tilby følgetjeneste til avtaler o.l. for brukere som ønsker det.

Hjemmetjenesten har avvikskjema og statistikk over avvik, både medisnavvik og andre avvik ift. de vedtak som er fattet om tjenester til brukere. Det er klart flest medisnavvik. Avvikstatistikk for juli-desember 2015 viser ellers 5 avvik som går ut på at tjenesten ikke er utført. Dersom brukeren ikke får det vedkommende skal ha iht. vedtaket og tiltaksplanen så dokumenteres og rapporteres dette i journalsystemet Geric. I tillegg opplyser noen av respondentene at avvik også skal dokumenteres ved å fylle ut et avvikskjema. Hjemmetjenesten har god oversikt over melding og håndtering av medisnavvik, men når det gjelder andre typer av avvik tegner interjvuene et bilde av at rutiner knyttet til hva som er avvik, og hvor disse skal meldes og følges opp, er noe uklare og at det er behov for en oppfriskning.

Personalet i hjemmetjenesten er ikke kjent med skriftlige prosedyrer for å sikre brukermedvirkning ved utføring av tjenestene. I dokumentet som er referert til over står det at det skal være "Individuelle avtaler/brukermedvirkning", men det er ikke lagt fram skriftlige prosedyrer som beskriver *hvordan*.

Interjuene tegner imidlertid et bilde av at det er innarbeidet praksis å involvere brukeren i tjenesteytelsen, men at man ikke kjenner til skriftlig prosedyrer for dette.

Hjemmetjenesten har rutine for årlig å gjennomføre brukerundersøkelser, og for oppfølging av resultatet i løpende arbeid med forbedring av tjenesten. Resultatet fra undersøkelsene brukes i personalmøter og i etiske refleksjonsgrupper.

I samtaler med pårørende (se nærmere om dette i kap. 4 ) til personer med demens, så fremkommer det at pårørende gjennomgående opplevde informasjon fra hjemmetjenesten og medvirkning som god, da pasienten mottok hjemmetjenester.

Kommunen har gjennom demensteamet et tilbud til pårørende. Tilbudet omfatter samtalegrupper for pårørende en gang i måneden, pårørende skole i Follo og veiledning og støttesamtaler etter behov.

### 3.2.3 Sykehjem

Sykehjemmet har ikke lagt fram dokumentasjon på skriftlige prosedyrer for å dekke grunnleggende behov som beskrevet i kvalitetsforskriften § 3. Sykehjemmet har lagt fram en utskrift fra Håndbok for daglig arbeid om "Sikring av forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene". Dokumentet lister hvilke hjelpemidler som skal brukes for å sikre at brukerne får de tjenestene de er tildelt. Dette omfatter pleieplaner, primærkontakt, ansvarsgruppmøte og rapporteringssystemer. Øvrige hjelpemidler som skal sikre at grunnleggende behov dekkes er sykehjemmets kvalitetskrav, personalmøter, døgnrytmeplaner, kjøkkenets retningslinjer for kosthold i insitusjon og et system der avvik blir meldt og rettet opp på en hensiktsmessig måte. Det fremgår også at det er et lederansvar å sørge for at de ansatte kjenner og bruke de ulike hjelpemidlene og rutinene som skal sikre kvalitet i tjenestene.

Sykehjemmet har avvikskjema og statistikk over medisnavvik. Dersom pasienten ikke får det vedkommende skal ha iht. vedtaket og tiltaksplanen så skal dette dokumenteres og rapporteres i journalsystemet Geric. Sykehjemmet har gode rutiner for og oversikt over håndtering av medisnavvik, men når det gjelder andre typer av avvik viser intervjuene at det er ulike oppfatninger blant personalet om hvilke rutiner som gjelder, og det er en uklarhet og usikkerhet mht. hva avvikssystemet går ut på, hvordan avvik skal meldes og følges opp.

Når det gjelder ernæring så har sykehjemmet praksis for veiling og målinger ved innleggelse i sykehjemmet, samt ernæringskjema som brukes for å følge opp utviklingen, samt faste veeiingar. Sykehjemmet har også tiltak for å øke ernæringsopptak (ikke tvang) som tilsetninger av olje i maten, å tilby oftere måltider o.l

Sykehjemmet har et variert tilbud om sosialt samvær og aktiviteter. Sykehjemmet har en ansatt aktivitør som er til stede 4 dager i uken. Sykehjemmet har i samarbeid med en venneforening en Gledesspreder som arrangerer hyggekvelder, turer og hobbyaktiviteter. Det arrangeres gudstjenester på sykehjemmet og konserter. I tillegg til nevnte tilbud legges det vekt på at pasienter med demens skal delta i de daglige aktivitetene på de skjermede enhetene på tilnærmet lik linje som i et hjem. Dette kan f.eks. omfatte forberedelse av måltider, dekking av bordet, oppvask, støvtørking osv. Gangvei og sansehage i tilknytning til de skjermede enhetene gir pasientene mulighet til bevegelse og fysisk aktivitet. Pasientene på de skjermede enhetene inkluderes også i aktiviteter ellers i sykehjemmet ut fra ønske og hva de makter. Sykehjemmet har også et samarbeid med frivillighetssentralen om følgetjeneste for pasienter.

Sykehjemmet åpnet i 2015 to nye skjermede enheter for personer med demens à 8 personer. Enhetene er særskilt tilrettelagt for personer med demens med tilhørende uteareal med gangvei og sansehage. Enhetene er lokalisert i nærheten av dagavdelingen for personer med demens. Det er i tillegg en tredje enhet for 8 personer som ikke er tatt regulært i bruk. Det er også pasienter med demens på de øvrige postene på de to avdelingene i sykehjemmet, slik at det er pasienter med demens som har avlastningsopphold, korttidsopphold for utredning og langtidsopphold. Ved behov kjøper kommunen plasser for personer med demens utenfor kommunen. Dette gjelder f.eks i situasjoner hvor kommunen ellers ikke har et egnet/tilpasset botilbud for å ivareta pasientens behov.



Personalet på sykehjemmet er ikke kjent med skriftlige rutiner for å sikre brukermedvirkning. Interjvuer tegner et bildet av at brukermedvirkning ivaretas i den daglige utøvelsen av tjenestene. I opplæringsheftet rettet mot personer med demens og som sykehjemmet benytter, understrekes viktigheten av brukermedvirkning og at dette må ivaretas.

Sykehjemmet har ikke rutine for å systematisk innhente pårørendes erfaringer. Det er f.eks. ikke etablert pårørendeundersøkelser eller andre rutiner for å sikre dette.

### 3.2.4 Pårørendes oppfatninger

Som ledd i forvaltningsrevisjonen er det gjennomført samtaler med pårørende til pasienter i sykehjemmet, hvor de fleste pasientene tidligere også har mottatt hjemmetjenester. Synspunktene er ikke nødvendigvis representative for alle pårørende, men gir eksempler på oppfatninger av kvaliteten tilbudet. Tilbakemeldingene fra pårørende er gjennomgående at de tror pasienten får en god pleie, men at det er behov for mer systematikk fra sykehjemmets side ift. å informere pårørende om pasienten, og gjøre bruk av pårørendes erfaringer til å forbedre tjenestene. For eksempel kan dette gjøres gjennom å etablere rutine for pårørendesamtaler eller pårørendemøter. Pårørende ønsker generelt mer informasjon om hvordan pasienten har det, hvordan det går med pasienten og utviklingen, hvilke aktiviteter pasienten er med på osv. Det er en viss usikkerhet hos enkelte av de pårørende om pasienten har det bra og om hun/han får den hjelpen som han/hun skal ha, og det etterspørres rutiner for å informere bedre om dette.

## 3.3 Vurderinger

Det er vår vurdering av verken hjemmetjenesten eller sykehjemmet fullt ut har dokumentert skriftlige prosedyrer som skal sikre ivaretagelse av grunnleggende behov hos brukere og pasienter i tråd med formålet og kravet i kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenesten § 1 og § 3. Noen unntak gjelder. Hjemmetjenesten har lagt frem 5 prosedyrer som er rettet mot personer med demens, blant annet en som dekker ernæring og en som gjelder feilmedisinering. Sykehjemmet har opplyst at det fins en retningslinje for kosthold for kjøkkenet på sykehjemmet.

Både hjemmetjenesten og sykehjemmet har dokumentasjon som beskriver hva som skal gjøres, men har i liten grad lag fram prosedyrer som beskriver hvordan, i tråd med veilederen *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*.

Personalet i hjemmetjenesten og sykehjemmet har på spørsmål om prosedyrer vist til brukere/pasienters tiltaksplaner hvor det står hva den enkelte skal ha og hvordan hjelpens skal gis. Etter vår vurdering gjelder imidlertid kravet til skriftlige prosedyrer i kvalitetsforskriften noe annet enn de individuelle arbeidshandlingene og prosedyrene som er nedfelt i hver enkelt brukers og pasients tiltaksplan.

Når det gjelder ernæring er det vår vurdering at det er dokumentert skriftlige prosedyrer for å sikre dette. I tillegg er det arbeidsrutiner og kartleggingsverktøy både i hjemmetjenesten og sykehjemmet som bidrar til å følge med på brukere /pasienters utvikling og slik kunne med og sette inn tiltak ved behov.

Både hjemmetjenesten og sykehjemmet har et samarbeid med frivillige som er i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven. Loven stiller krav om at et slik samarbeid bør finne sted, men spesifiserer ikke krav til omfang og innhold.

Etter vår vurdering tegner interjvuer et bildet av at det er en del usikkerhet knyttet til hva som gjelder vedr. rutiner for andre avvik enn medisnavvik. Dette gjelder avvik fra vedtak og tiltaksplaner, herunder hvordan slik skal meldes og håndteres, utover at avvik dokumenteres i Geric. Etter vår vurdering virker det å være uklart hva som gjelder vedr. avvikrutiner, og hvem som har ansvar for hva. Det er formålstjenelig å ta en gjennomgang av rutine for ledelsen og personalet for å sikre at rutine er kjent og følges.

Etter vår vurdering ivaretar ikke sykehjemmet kravet til å systematisk innhente pårørendes erfaring som ledd i forbedring av tjenesten, jfr internkontrollforskriften § 4. Det er ikke rutiner for å sikre dette i dag. Dette er et brudd på internkontrollforskriften § 4. Etter vår vurdering ivaretas heller ikke de nasjonale anbefalingene om bruk av pårørende som ressurs i tilstrekkelig grad, da det ikke foreligger en rutine for systematisk informasjon og dialog med pårørende.

Etter vår vurdering oppfyller kommunen kravene i forskrift om sykehjem mv. om å ha et botilbud for personer med demens.



## 4. Håndtering av fremtidig prognose

### 4.1 Revisjonskriterier

#### 4.1.1 Plan, mål og tiltak

Kommunen er i helse- og omsorgstjenesteloven pålagt å sørge for forsvarlige helse- og omsorgstjenester, herunder for personer med demens. I dette ligger også et krav om at kommunen må planlegge for å innrette tjenestetilbudet i forhold til fremtidige behov. Dette omfatter hjemmtjenesten, sykehjemstilbudet, det å ha tilstrekkelig kompetanse osv.

Kommunen er i plan- og bygningsloven § 11-1 pålagt å ha en kommuneplan med en samfunnsdel og en handlingsplan. Økonomiplanen etter kommuneloven § 44 kan inngå i handlingsplanen.

På denne bakgrunn er følgende revisjonskriterium oppstilt:

- ✓ Kommunen må ivareta plankrav, og oppstille mål, og tiltak for å realisere målene, slik at behov for helse- og omsorgstjenester ivaretas i planperioden

#### 4.1.2 Velferdsteknologi

Å ta i bruk velferdsteknologi kan ha en gevinst for kommunen, brukere/pasienter og pårørende. Helse- og omsorgsdirektoratet anbefalte i oktober 2014 at kommunene bør starte overgangen fra analoge til digitale trykkningsalarmer. I tillegg til dette har Helse- og omsorgsdirektoratet fremmet flere anbefalinger til kommunene om velferdsteknologi i Første gevinstrealiseringsrapport (2015). Dette omfatter:

##### 1. Varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS)

Dette er særlig aktuelt som tilbud til personer med demens (i en tidlig fase av sykdommen) og annen kognitiv svikt.

Resultatene fra utprøvinger av varslings- og lokaliseringsteknologi kan vise til økt livskvalitet for tjenestemottaker og pårørende, økt kvalitet på tjenester og økonomiske besparelser for kommunen

##### 2. Elektronisk medisineringsstøtte

Dette omfatter både elektroniske multidosedispensere og elektroniske rondell-løsninger hvor pillene legges manuelt inn i en «karusell» med kamre. Til forhåndsinnstilte tider varsles bruker ved lyd og/eller blinkende lys når medisinen skal tas.

Erfaringene viser at der hvor elektronisk medisineringsstøtte gjør bruker uavhengig av besøk fra hjemmesykepleien for å ta sine medisiner, opplever bruker økt egenmestring og bedre livskvalitet. Erfaringer viser også færre medisineringsavvik. Økonomiske gevinster oppstår når en kan redusere antall hjemmebesøk eller fjerne disse helt.

##### 3. Elektroniske dørlåser (e-lås)

Det anbefales på generelt grunnlag at kommunen installerer elektroniske dørlåser ved bygging og renovering av omsorgsboliger.

Flere kommuner har tatt elektroniske dørlåser i bruk og ser god økonomisk effekt knyttet til mer fleksibilitet i levering av tjenesten og frigjøring av tid som kan benyttes til andre brukerrettede oppgaver.

På denne bakgrunn er følgende revisjonskriterium oppstilt:

- ✓ Kommunen bør vurdere om og hvordan nasjonale anbefalinger om økt bruk av velferdsteknologi kan ivaretas

## 4.2 Fakta

### 4.2.1 Innledning

Ansvaret for å sikre at pleie- og omsorgstjenester er dimensjonert for fremtiden for demente ligger til ledergruppen i kommunen. Å sikre fremtidsrettede tjenester berøre flere RO-områder i kommunen. Planer og tiltak for å forberede kommunen på en økning i antall personer med demens er beskrevet i Boligsosial plan, Kommuneplanens samfunnsdel og Handlingsprogrammet. Disse redegjøres for under.

### 4.2.2 Boligsosial plan 2013- 2016

Kommunen har en boligsosial plan 2013- 2016, som er opplyst skal gjennomgås /rulleres høsten/vinteren 2016. Planen gir en analyse av helse- og omsorgstjenestene ut fra situasjonen i 2012/2013 og fremtidig forventet situasjon, samt tiltak for å opprettholde tjenestetilbudet mht. forventet vekst i eldre med demens. Planen anbefaler blant annet utbygging av omsorgsboliger, et tiltak som er videreført i gjeldende kommuneplan og handlingsprogram.

*"Ved å bygge omsorgsboliger med heldøgns bemanning, vil man kunne få en "mellomstasjon" mellom omsorgsboliger og sykehjemsopphold. Selv om behovet for flere plasser med heldøgns omsorg først vil komme i 2020, vil det være viktig å være i forkant av utviklingen. Et slik "bofellesskap" finnes ikke i Vestby kommune i dag. Det vil være økonomisk billigere for kommunen å ta i bruk enn sykehjemsplasser, men likevel slik at det vil være en fast bemanning i motsetning til ordinære omsorgsboliger. Tiltaket vil gi økt fleksibilitet i samspill med det utvidede sykehjemmet. Det bør derfor settes opp ett bygg på Solhøy-tomta, med plass til 24 omsorgsboliger i bofellesskap med heldøgns bemanning. Det vil på samme tomt være plass til ytterligere ti boliger i bofellesskap, samt 16 ordinære omsorgsboliger."*

### 4.2.3 Kommuneplanens samfunnsdel

Kommuneplanen for 2014- 2026<sup>5</sup> er kommunens viktigste plandokument og skal legges til grunn ved videre planlegging, forvaltning og utbygging i kommunen. Kommuneplanen er førende for kommunens fireårige handlingsprogram med økonomiplan som rulleres hvert år.

Kommuneplanens samfunnsdel omtaler mål og utfordringer for helse- og omsorgstjenesten, herunder en forventet fremtidig økning i antall personer med demens.

Et viktig grunnlag for kommuneplanen er befolkningsframskriving. I Akershus har Vestby kommune klart høyest relativ befolkningsutvikling på 3,1 % i 2012. Gjennomsnittlig vekst for Follo i 2012 er 1,6 %. Akershus har en samlet befolkningsvekst på 1.8 % (landgjennomsnittet ligger på 1,3 %). Den klart største økingen er i antall personer over 80 år. Antall innbyggere over 80 år vil ifølge befolkningsframskrivingen doble seg fra 2013 til 2026.

Befolkningsutviklingen medfører at behovet for heldøgns plasser innen helse- og omsorg er sterkt økende mot slutten av planperioden der behovet anses å bli over dobbelt så stort (206 plasser) mot dagens tilbud (104 plasser).

Kommuneplanen beskriver mål og utfordringer for hjemmetjenesten og sykehjemmet i planperioden. Helse- og omsorgstjenestene i Vestby kommune står overfor store utfordringer i planperioden. Behovsvekst som følge av økende antall eldre krever etter hvert utbygging av kapasitet og økt kompetanse. Økt alder medfører økt sykkelighet, mer sammensatte lidelser, sansetap og betydelig økning av forekomsten av demens.

Med økt etterspørsel etter helsetjenester øker også etterspørselen etter helsepersonell. Frem til 2020 antas det fra sentralt hold at arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell vil være i balanse. Mellom

<sup>5</sup> Vedtatt i kommunestyret 23.05.2015

2020 og 2030 vil det inntre en stor økning i behovet, og da særlig når det gjelder helsefagarbeidere og til dels sykepleiere.

På plantidspunktet har ikke kommunen et tilbud om heldøgns omsorgsboliger. Kommuneplanen peker på at omsorgsboliger med fast personell på døgnbasis bør vurderes.

#### 4.2.4 Handlingsprogrammet 2016- 2019

Kommunestyret har vedtatt en handlingsplan (Handlingsprogrammet for 2016- 2020) 7.12.2015 som blant annet innebærer plan om utbygging av 40 nye omsorgsboliger og heldøgns omsorgsboliger i kommunen innen 2019.

Kommunens Handlingsprogram for 2016- 2019 inneholder måltavle, økonomiplan og årsbudsjett.

For resultatområdet hjemmetjenesten fremgår det at blant annet følgende tiltak er gjort

- ✓ Dagavdelingen for demens ble satt i drift i 2015.
- ✓ Demenskoordinatorhjemmelen er økt fra 50 til 70%.

For resultatområdet sykehjemmet fremgår det at blant annet følgende tiltak er gjort:

- ✓ Ny enhet med åtte plasser ble åpnet i 2015.
- ✓ For et par tunge ressurskrevende brukere er det formålstjenlig å leie spesialplasser.

Sykehjemmet har også en skjermet enhet for inntil 8 personer med demens som ikke er tatt i bruk, og som representerer en restkapasitet.

I kap. 7 om investeringer pkt. 66 *Solhøy omsorgsboliger*, går det frem at planen er at det på Solhøytomta skal bygges omsorgsboliger. Prosjektet er tenkt bygget i to trinn:

- ✓ Trinn 1 omfatter 16 omsorgsboliger og 24 heldøgns omsorgsplasser. Trinn 1 forventes ferdigstilt i 2019.
- ✓ Trinn 2 består av 10 leiligheter og ligger ikke inne i handlingsplanen.

Den 25.04.2016 vedtok kommunestyret at Solhøytomta skal planlegges for inntil 96 plasser med heldøgns omsorg. Administrasjonen har foreslått å utrede et alternativ med 120 omsorgsboliger definert som omsorg pluss (slik at også brukere med store omsorgsbehov kan bo i boligene). Byggekomiteen for Solhøy omsorgsboliger gav sin tilslutning til dette i september 2016, og forslaget skal behandles i Formannskapet 24. oktober og videre til Kommunestyret den 11. november.

Prosjektet tar sikte på en etappevis utbygging, dvs. 64 plasser pluss fellesarealer i 1. byggetrinn (2020) og videre 56 plasser innen 2026, forutsatt at prosjektet får finansiering.

Kommunen har ansatt en person i Resultatområdet Eiendom som vil få ansvaret for prosjektet. Fremover skal det arbeides med et forprosjekt som utreder blant annet omfanget av og de økonomiske rammene for utbyggingen.

#### 4.2.5 Kompetanse

Kommuneplanens samfunnsdel peker på et økt behov for kompetanse, også innen demens.

Arbeidet med de nye planlagte heldøgnsomsorgsboligene er per i dag ikke kommet så langt at det er tatt stilling til plan for å sikre tilstrekkelig bemanning.

I 2016 økte kommunen stillingshjemmelen til demenskoordinatoren fra 50% til 70%.

Kommunen har ikke en kompetanseplan for årene som kommer, men jobber som ledd i den daglige driften med å beholde, utvikle og rekruttere kompetanse, noe som også omfatter kompetanse ift brukere/pasienter med demens.

Kompetansetiltak er:

- ✓ Personalet får delta på opplæringen Demensomsorgens ABC
- ✓ Ansatte som ønsker videreutdanning får dette
- ✓ Det gis permisjon med lønn på studiedager
- ✓ Det gis også stipend (5000 kr) til dekning av bøker
- ✓ Ansatte kan få lønn for å delta på kurs som er relevante for arbeidet
- ✓ Personer som har fått videreutdanning i demens er forpliktet til å gi kurs til ansatte
- ✓ Hvert år søkes Fylkesmannen om midler til utdanning

Hjemmetjenesten og sykehjemmet har en oversikt over hva de skal ha av kompetanse og hva de har av kompetanse. Det er også en plan/oversikt over for neste års kursing/videreutdanning. Det foreligger imidlertid ikke analyser av fremtidig kompetansebehov ut over dette, heller ikke tiltak for å beholde, utvikle og rekruttere kompetanse. Det opplyses at det ved fremtidig utbygging av nye heldøgns omsorgsboliger vil bli tatt stilling til behov for bemanning/kompetanse og hvordan dette skal dekkes inn.

#### 4.2.6 Velferdsteknologi

Kommunen har per i dag ikke en plan for bruk av fremtidig bruk av velferdsteknologi i helse – og omsorgstjenesten, men det er opplyst at dette vil være noe som det er naturlig å ta opp og ta stilling til ved utbygging av nye omsorgsboliger.

Når det gjelder trygghetsalarmer har helse- og omsorgstjenesten startet med å se på mulighet for å gå fra analoge til digitale trygghetsalarmer. Per nå foreligger det ikke en plan for dette, men det er et ønske å få til en digital plattform for trygghetsalarmer.

### 4.3 Vurderinger

Kommunen må ivareta plankrav og oppstille mål, og tiltak for å realisere målene, slik at behov for helse- og omsorgstjenester ivaretas i planperioden.

Kommunen har oppstilt mål for helse- og omsorgstjenesten for planperioden, og har konkrete planer i form av utbygging av omsorgsboliger i Handlingsprogrammet for å møte fremtidig forventet utvikling med en økning i antall personer med demens. Utbygging av heldøgns bemannede omsorgsboliger vil gi innbyggerne et tjenestetilbud som ikke finnes i dag. Brukere som i dag får plass på sykehjem fordi de ikke kan bo hjemme, men som kunne ha klart seg i en bemannet omsorgsbolig, vil i fremtiden få et bottilbud som er bedre tilpasset behovet. Dette vil ventelig frigi noe plass på sykehjemsplasser. Utvidning av omsorgsboliger med tilbud om hjemmetjenester til beboere vil bidra til å styrke hjemmetjenestene.

Kommuneplanen viser at fra 2020 og utover er forventningen at det vil bli vanskeligere å rekruttere helse- og omsorgspersonell, særlig sykepleiere. Kommunen har tiltak for å utvikle og rekruttere kompetanse i dag, noe som er positivt. Samtidig tegner kommuneplanen et klart bilde av at det er utfordringer med å få nok kompetanse særlig etter 2020, og det foreligger ikke planer for hvordan denne utfordringen skal imøtekommes.

Kommunen har i dag analoge trygghetsalarmer, og helse- og omsorgstjenesten ønsker å ta i bruk en digital plattform for alarmer. Dette vil være i tråd med nasjonale anbefalinger. Kommune har imidlertid ikke en plan for en økt bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenesten. Nasjonale utredninger viser at det er gevinster for kommunene ved å ta i bruk velferdsteknologi i større grad, også ift brukere/pasienter med demens.

Oppsummert er det KPMGs vurdering at kommunen har et godt bilde av utfordringene for kommende år. Samtidig er det noe bekymringsverdig at kommunen ikke har en mer langsiktig plan for hvordan den vil møte utfordringene med å sikre tilstrekkelig og nødvendig kompetanse etter 2020. Videre ville det og ha vært fordelaktig om kommunen hadde en plan for økt bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene.

# 5. Høring

## 5.1 Uttalelse fra rådmannen

KPMGs høringsutkast til forvaltningsrevisjonsrapport «Demensomsorg» Vestby kommune, oktober 2016 er gjennomgått. KPMG anbefaler at:

«Hjemmetjenesten og sykehjemmet må etablere skriftlige prosedyrer som oppfyller kravene i kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenesten § 3.

Hjemmetjenesten og sykehjemmet bør gjennomgå internkontrollsystemene sine:

- Ledere og personal i både hjemmetjenesten og sykehjemmet bør gjennomgå sine rutiner for melding og oppfølging av avvik. Dette for å sikre at rutine er kjent og følges
- Sykehjemmet må sikre rutiner for systematisk innhenting og bruk av pårørendes erfaring som ledd i arbeidet med kontinuerlig kvalitetsforbedring

Kommunen bør som ledd i oppfølgingen av kommuneplanen vurdere om eksisterende tiltak for å beholde, utvikle og rekruttere helsefaglig kompetanse er tilstrekkelig, eller om det er behov for en styrket kompetansestyring gjennom en langsiktig plan, med mål og tiltak for siste del av kommuneplanperioden, hvor den forventede veksten i personer med demens vil realisere seg. Kommunen bør vurdere om og hvordan nasjonale anbefalinger om økt bruk av velferdsteknologi kan ivaretas i Vestby, blant annet i forbindelse med den planlagte utbyggingen av omsorgsboliger.»

Rådmannen tar anbefalingene til etterretning.

Det påpekes at sykehjemmet ikke har rutine eller praksis for faste pårørendesamtaler eller felles pårørendemøter. Imidlertid gjør rådmannen oppmerksom på at det gjennomføres samtaler med pårørende når disse ønsker det, eller enhetene har behov for det. Samtalene følger da «skjema for pårørendesamtaler» med eventuelle tilleggsopplysninger. Det holdes alltid innkomstsamtale jfr. «skjema «personopplysninger. Min livshistorie». Referat fra begge samtaler oppbevares på enheten og opplysninger som er relevante benyttes i det daglige arbeidet.

Pårørende tilbys å delta på pårørendeskole. Oppslag henges opp på enhetene. Dette er et åpent møte for alle pårørende til demente.

Manglende oppfølgingsystem for avviksmeldinger i tjenesten er allerede et tema i forbindelse med at rådmannen har iverksatt et internkontrollprosjekt i Vestby kommune. Internkontrollprosjektet har som mål å kartlegge status på gjeldende rutiner. Formålet er å kartlegge og identifisere hvilke rutiner som finnes, hvor de er lagret, og hvilke rutiner som de enkelte resultatområder burde hatt på plass men som ikke er utarbeidet. Resultatområdene skal deretter rydde i eksisterende rutiner samt produsere nye der disse mangler.

Gjennom dette arbeidet har rådmannen signalisert at internkontroll er en viktig og prioritert oppgave i Vestby kommune. Samtlige resultatområder er involvert. Gjennom tre samlinger med hvert resultatområde fasiliteres arbeidet, og internkontrolltankegangen forankres.

Tiltak for å beholde, utvikle og rekruttere helsefaglig kompetanse for siste del av kommuneplanperioden kan synes vanskelig i dag. Det er tidligere forsøkt blant annet besøk og presentasjon på videregående skole, og det er ikke utelukket at lignende framstøt vil komme.

Imidlertid er Vestby kommunes beliggenhet sentral i forhold til et stort opptaksområde for arbeidskraft, og med forestående sentrumsutbygging med flere tusen boliger vil attraktiviteten for bosetting i kommunen mest sannsynlig også tiltrekke seg helsefaglig kompetanse.

Det er etablert en arbeidsgruppe for Velferdsteknologi i Vestby kommune. Arbeidsgruppen deltar på seminarer og konferanser om nye teknologiske løsninger i tillegg til å se på hvilke løsninger som kan være aktuelle for å avhjelpe og effektivisere pleie- og omsorgstjenesten i Vestby kommune. Det er imidlertid slik at kommunen hele tiden må avveie teknologiske løsninger opp mot hva som kan tilpasses og integreres med eksisterende fagsystemer og infrastruktur.

Rådmannen foreslår i budsjettforslaget for 2017 en avsetning på kr 500.000 til prosjekt Velferdsteknologi, og vil følge opp med en prosjektplan for effektiv bruk av den foreslåtte budsjettposten.

# Vedlegg 1 Dokumentliste

Dokumenttype	Dokumentnavn eller beskrivelse	Gjelder:
Notat	Beskrivelse av plasser som tilbys ved Vestby sykehjem	Sykehjemmet
Notat	Beskrivelse av prosedyre for tildeling av plass og endring av tjeneste ved Vestby sykehjem	Sykehjemmet
Utskrift fra Håndbok for daglig arbeid	Sikring av forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjeneste	Sykehjemmet
Prosedyre	Tiltak benyttet for å beskytte pasienter mot seg selv. Bruk av sengehest eller "body"	Sykehjemmet
Prosedyre	Prosedyre for vedtak om helsehjelp til person uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen	Sykehjemmet
Søknadsblankett	Henvendelse og søknadsblankett med legeopplysninger for kommunale pleie og omsorgstjenester	Sykehjemmet
Informasjonsbrosjyre	Velkommen til Vestby sykehjem	Sykehjemmet
Serviceerklæring for Vestby sykehjem	Tildeling av sykehjemsplass	Sykehjemmet
Artikkel ( Hefte nr 30 Velferdsteknologi, Fagforbundet)	Omtale av demenstilbudet på sykehjemmet og de to enhetene for demente Hagestua og Solstua	Sykehjemmet
Opplæringshefte (Fagforbundet)	Miljøarbeid for bedre hverdag Demens	Sykehjemmet
Organisasjonskart	Organisasjonskart sykehjemmet	Sykehjemmet
Notat	Mal Brukerkort	Hjemmetjenesten
Brosjyre	Randemstua dagsenter	Hjemmetjenesten
Brosjyre	Demenskoordinator	Hjemmetjenesten
Brosjyre	Demensomsorg i hjemmetjenesten	Hjemmetjenesten
Matrise	FORSKRIFTSKRAV I PLEIE OG OMSORGSTJENESTENE (I-12/2010)	Hjemmetjenesten
Nettside	Nettside- informasjon om samtalegrupper	Hjemmetjenesten
Nettside	Nettside- informasjon om pårørendeskole for pårørende til personer med demens	Hjemmetjenesten
Informasjonskriv	Ikke tittel	Hjemmetjenesten
Notat	Informasjonsinnhenting ved forsvinning	Hjemmetjenesten
Skriv	Kjøre pårørende	Hjemmetjenesten
Notat	Kommentarer til brukerundersøkelsen 2014- 2015- 2016	Hjemmetjenesten
Excel fil	Resultat brukerundersøkelse 2014- 2015- 2016	Hjemmetjenesten
Notat	KRITERIER FOR TILDELING AV OMSORGSTJENESTER I HJEMMETJENESTEN	Hjemmetjenesten
PPT-fil	Organisering av demensomsorgen i Vestby kommune	Hjemmetjenesten
Notat	OVERSIKT OVER TJENESTER SOM TILBYS OG TJENESTEBESKRIVELSER	Hjemmetjenesten
Prosedyre	Endring/avslutning av tiltak i Gerica	Hjemmetjenesten
Prosedyre	Prosedyrer hjemmeboende personer med demens	Hjemmetjenesten
Risikoanalyse	Risikoanalyse pasienter	Hjemmetjenesten

Notat	Saksgang i tildeling av helse- og omsorgstjenester i Vestby kommune	Hjemmetjenesten
Brosjyre	Samtalegruppen høsten 2016	Hjemmetjenesten
Facebook	Omtale av tilbud om samtalegruppe	Hjemmetjenesten
Facebook	Omtale av tilbud om pårørendeskole	Hjemmetjenesten
Notat	Tjenestebeskrivelser	Hjemmetjenesten
Plan	Handlingsprogram 2016- 2019	Kommunen
Rapport	Årsmelding 2015	Kommunen
Skjema for MMSE-NR2	Norsk revidert mimi mental status evaluering	Sykehjemmet
Mål	Mål for Solstua	Sykehjemmet
Mål	Mål for Hagestua	Sykehjemmet
Skjema	Personopplysninger Min Livshistorie	Sykehjemmet
Skjema	Skjema for registrering av adferd gjennom døgnet	Sykehjemmet
Skjema	Sammendrag fra OBS-demens	Sykehjemmet
Skjema	OBS-demens Vurderingsskjema for eldre med mental svikt og demens	Sykehjemmet
Skjema	Sammendrag av anamneseskjemaet (pasientopplysningsskjema)	Sykehjemmet
Journal	Ernæringsjournal Vestby sykehjem	Sykehjemmet
Skjema	Pårørendesamtale	Sykehjemmet
Hefte	IPLOS – registeret: Veileder for personell i kommunal helse - og omsorgstjenester	Hjemmetjenesten
Skjema	Avviksmelding	Hjemmetjenesten
Utskrift	ADL	Hjemmetjenesten
Utskrift	Tiltaksplan	Hjemmetjenesten
Arbeidsliste	Arbeidsliste - pr. ansatt	Hjemmetjenesten
Utskrift	Personopplysninger	Hjemmetjenesten
Plan	Tiltaksplan	Hjemmetjenesten
Statistikk	Statistikk avvik 2015 og 2016	Hjemmetjenesten
Notat	Ergoterapivurdering- aktivitet utførelse	Hjemmetjenesten
Skjema	Demensutredning	Hjemmetjenesten
Skjema	Kartlegging av ernæringsstatus	Sykehjemmet
Skjema	Flere avviksskjema	Sykehjemmet
Skjema	Registrering av meldte avvik i legemiddelhåndteringen	Sykehjemmet
Rutiner	Prosedyre for avviksbehandling og korrigerende tiltak	Kommunen
Rutiner	Samling av rutiner	Hjemmetjenesten
Plan	Tiltaksplan /pleieplan	Sykehjemmet
Skjema	Oversikt over medikamentavvik 2016	Sykehjemmet



# Vedlegg 2 Grunnleggende behov

## § 3 Oppgaver og innhold i tjenestene

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- \_ tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfellede prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- \_ fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- \_ nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- \_ tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.



## **Kontakt oss**

**Ole Willy Fundingsrud**

**Direktør**

**T** +47 40 63 96 92

**E** [ole.willy.fundingsrud@kpmg.no](mailto:ole.willy.fundingsrud@kpmg.no)

[kpmg.no](http://kpmg.no)

© 2016 KPMG AS, a Norwegian limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

This proposal is made by KPMG AS, a limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent firms affiliated with KPMG International, a Swiss cooperative, and is in all respects subject to the negotiation, agreement, and signing of a specific engagement letter or contract. KPMG International provides no client services. No member firm has any authority to obligate or bind KPMG International or any other member firm vis-à-vis third parties, nor does KPMG International have any such authority to obligate or bind any member firm.