



Oslo

Kommunerevisjonen

2023

Tilbudet til hjemmeboende med demens og deres pårørende

Rapport 13

Bydel Alna
Bydel Ullern
Sykehjemsetaten

Siste publikasjoner fra Kommunerevisjonen i Oslo

Kommunerevisjonens rapporter 2023

Rapport 1/2023	Eierskapskontroll av Oslo Business Region AS
Rapport 2/2023	Personvern i skoler
Rapport 3/2023	Munchmuseets arbeid med habilitet og forebygging av misligheter og korrupsjon
Rapport 4/2023	Oppfølging av barn og unge etter koronapandemien - Ungdomsskole og skolehelsetjenesten
Rapport 5/2023	Eiendomsforvaltning av Oslo kommunes tomme bygg
Rapport 6/2023	Helsehus i Oslo - Bemanning og kompetanse
Rapport 7/2023	Kommunens bruk av innkjøpsmakt – Samkjøpsavtaler
Rapport 8/2023	Regnskapsrevisjonen 2022 – oppsummering av utvalgte undersøkelser
Rapport 9/2023	Lokal medvirkning i plansaker
Rapport 10/2023	Oppfølging av eierskapskontroller
Rapport 11/2023	Rekruttering og oppfølging av fosterhjem
Rapport 12/2023	Konsulentbruk i Oslobygg KF

Kommunerevisjonens rapporter 2022

Rapport 1/2022	Fossil- og utslippsfrie bygge- og anleggsplasser
Rapport 2/2022	Oppsummering av utvalgte undersøkelser gjennomført i regnskapsrevisjonen 2021
Rapport 3/2022	Sykkelsatsingen i Oslo
Rapport 4/2022	Bemanning i barnehager
Rapport 5/2022	Plan- og bygningsetatens arbeid med ulovlighetsoppfølging
Rapport 6/2022	Oppfølging etter rapport 6/2019 Vg3 fagopplæring i skole
Rapport 7/2022	Kostnadsoverskridelser i store og unike investeringsprosjekter
Rapport 8/2022	Eierskapskontroll - Oppfølgingen av Oslomodellen og samfunnsansvar
Rapport 9/2022	Eierskapskontroll av Fjellinjen AS
Rapport 10/2022	Økonomisk stønad til store barnefamilier
Rapport 11/2022	Oppfølging etter rapport 8/2019: Bemanning og kontinuitet i hjemmetjenesten
Rapport 12/2022	Ansettelser av ledere
Rapport 13/2022	Planlegging av anskaffelser
Rapport 14/2022	Arbeidsforberedende trening
Rapport 15/2022	Beredskap ved bortfall av vann

Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonen *Tilbudet til hjemmeboende med demens*.

Undersøkelsen er forankret i kontrollutvalgets vedtak av 30.8.2022 (sak 59) og tilhører området brukertilpassede tjenester med tilstrekkelig kvalitet, jf. bystyrets vedtak om *Overordnet analyse og plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll 2020–2024* av 21. oktober 2020 (sak 283).

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave for Oslo kommune. Forvaltningsrevisjon er definert slik i kommuneloven § 23-3:

Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.

Forvaltningsrevisjon i Oslo kommune gjennomføres iht. gjeldende standard for forvaltningsrevisjon i kommuner og fylkeskommuner i Norge (RSK 001).

Prosjektet er gjennomført av Jorun Andreassen og Thea Westad Schjødt, sistnevnte som prosjektleder.

Vi vil rette en spesiell takk til de pårørende vi har fått snakke med i forbindelse med denne undersøkelsen.

Vi vil takke Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester, Sykehjemsetaten, Bydel Alna og Bydel Ullern for nødvendig bistand i løpet av prosjektet.

7. juni 2023

Hilde Ludt (sign.)
avdelingsdirektør

Thea W. Schjødt (sign.)
seniorrådgiver

Innhold

Hovedbudskap.....	7
Sammendrag	7
1. Innledning.....	13
1.1 Bakgrunn	13
1.2 Formål og problemstillinger	15
1.3 Avgrensninger	15
1.4 Revisjonskriterier	15
1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring	16
1.6 Rapportens oppbygging.....	16
2. Beskrivelse av tjenestetilbudet til personer med demens / kognitiv svikt	17
2.1 Demensplaner	17
2.2 Kartlegging av tjenestetilbudet til personer med demens / kognitiv svikt	17
2.3 Organisering av tjenestetilbudet i Bydel Alna og Bydel Ullern for hjemmeboende med demens / kognitiv svikt	19
3. Kartlegging og oppfølging.....	22
3.1 Revisjonskriterier	22
3.2 Bydel Alna.....	22
3.3 Bydel Ullern.....	26
3.4 Kommunerevisjonens vurderinger	29
4. Kompetanse og kontinuitet i bemanningen	31
4.1 Revisjonskriterier	31
4.2 Bydel Alna.....	31
4.3 Bydel Ullern.....	33
4.4 Kommunerevisjonens vurdering	36
5. Aktivitetstilbud.....	37
5.1 Revisjonskriterier	37
5.2 Dagaktivitetstilbud	37
5.3 Sykehjemsetatens dagsentertilbud	40
5.4 Velferdsteknologi.....	43
5.5 Kommunerevisjonens vurdering	43
6. Tilbud til pårørende.....	45
6.1 Revisjonskriterier	45
6.2 Bydel Alna.....	45
6.3 Bydel Ullern.....	46
6.4 Avlastning i helsehus.....	48
6.5 Kommunerevisjonens vurdering	52
7. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger	53
7.1 Konklusjoner	53
7.2 Anbefalinger	54
8. Uttalelser til rapporten og Kommunerevisjonens vurdering av disse	55
8.1 Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester	55
8.2 Sykehjemsetaten	56
8.3 Bydel Alna.....	56

8.4 Bydel Ullern	57
Referanser	59
Tabelloversikt	60
Figuroversikt	60
Vedlegg 1 Revisjonskriterier	61
1.1. Kartlegging og oppfølging av personer med demens eller kognitiv svikt.....	61
1.2 Kompetanse og kontinuitet i bemanningen.....	63
1.3 Aktivitetstilbud til personer med demens / kognitiv svikt.....	66
1.4 Tilbud til pårørende til personer med demens / kognitiv svikt.....	66
Vedlegg 2 Metode.....	69
Vedlegg 3 Uttalelse fra Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester	76
Vedlegg 4 Uttalelse fra Sykehjemsetaten	78
Vedlegg 5 Uttalelse fra Bydel Alna	80
Vedlegg 6 Uttalelse fra Bydel Ullern	83

Hovedbudskap

Kommunerevisjonen har undersøkt i hvilken grad Oslo kommune tilrettelegger for at personer med demens kan bli boende hjemme. Forvaltningsrevisjonen omfatter Sykehjemsetaten, Bydel Alna og Bydel Ullern.

De to bydelene tilrettela for at personer med demens kunne bli boende hjemme blant annet gjennom kartlegging og tjenester. Det var likevel personer som ikke fikk oppfylt grunnleggende behov, for eksempel når de motsatte seg hjelp. Risikoen økte med mange ulike ansatte hjemme hos brukeren og lite opplæring om demens. I Bydel Alna var det eksempler på at utfordringer hos brukere ble sent tatt tak i.

Bydelene og Sykehjemsetaten hadde et aktivitetstilbud for personer med demens. Tilbudet var ikke tilpasset personer som ikke snakket norsk, eller som hadde pleiebehov. Bydelenes dagaktivitetstilbud fremsto for øvrig som godt tilrettelagt. Sykehjemsetatens dagsentre var i ulik grad tilrettelagt for brukere med demens. Pårørende spilte en viktig rolle for at personer med demens kunne bli boende hjemme. Flere pårørende hadde stor omsorgsbelastning, og det var for lite oppmerksomhet på deres behov for støtte i Bydel Ullern. Bydelene, særlig Bydel Ullern, benyttet ordinære korttidsplasser på helsehus til avlastning, til tross for at det ikke var et egnet tilbud.

Sammendrag

Det er beregnet at rundt 10 000 personer lever med demens i Oslo kommune i dag. Dette tallet er forventet å dobles de neste 20 årene. Demens er en viktig årsak til behov for helse- og omsorgstjenester. Oslo kommune har en målsetting om at flest mulig skal kunne bo hjemme lengst mulig.

Kommunerevisjonen har undersøkt i hvilken grad Oslo kommune tilrettelegger for at personer med demens skal kunne bli boende hjemme. Formålet med undersøkelsen har vært å gi kontrollutvalget og bystyret informasjon om kommunens tilbud til hjemmeboende personer med demens, og eventuelt bidra til kommunens forbedringsarbeid på området.

Problemstillingen for forvaltningsrevisjonen har vært:

- I hvilken grad tilrettelegger Oslo kommune for at personer med demens kan bli boende i eget hjem?

For å svare på problemstillingen har vi undersøkt kartlegging og oppfølging av personer med demens, kompetanse og kontinuitet i bemanning i hjemmetjenesten og andre aktuelle tjenester, aktivitetstilbud og tilbudet til pårørende til personer med demens. Som en del av det siste har vi innhentet informasjon om avlastningstilbudet til hjemmeboende med demens i helsehus.

De reviderte virksomhetene i undersøkelsen har vært Bydel Alna, Bydel Ullern og Sykehjemsetaten. Forvaltningsrevisjonen bygger på intervjuer, dokumentgjennomgang, statistikk og mappegjennomgang. Undersøkellesperioden har vært 2022 og frem til februar 2023. Hoveddelen av datainnsamlingen foregikk mellom november 2022 og februar 2023.

Revisjonskriteriene er i hovedsak hentet fra helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven, kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene og nasjonal faglig retningslinje for demens.

Sentrale vurderinger

Kartlegging og vurdering av hjelpebehov

Bydel Alna hadde rutiner og praksis som la til rette for kartlegging av funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester for personer med demens. I ett tilfelle tok det mer enn ett år fra bydelen fikk beskjed om brukerens demensdiagnose til kartlegging av hjemmesituasjonen ble foretatt. Bydelens demensteam hadde rutiner og praksis for kognitiv testing, men i ett tilfelle hadde teamet ikke gjennomført slik test.

Bydel Ullern hadde rutiner og praksis som la til rette for kartlegging av funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester. Bydelen hadde ikke foretatt slik kartlegging i en sak der en bruker ble ivaretatt av en pårørende. Mappegjennomgangen viste at hukommelsesteamet ikke hadde gjennomført kognitiv testing i undersøkelsesperioden i de sakene der det hadde blitt etterspurt. Det medførte i disse tilfellene forskyvninger av oppgaver fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten, lengre ventetid på utredning for personen med mulig kognitiv svikt og i ett tilfelle at personen ikke ble utredet for demens i det hele tatt.

Begge bydelene hadde rutiner som kunne bidra til årlig brannvern gjennomgang for mottakerne av hjemmetjenester. I begge bydelene var det eksempler på at dokumentert brannvern gjennomgang ikke forelå i 2022. Det er spesielt viktig med regelmessig brannvern gjennomgang hos personer med demens som bor hjemme, ettersom kognitiv svikt øker risikoen for brann.

Tjenester for å dekke grunnleggende behov

Bydel Alna og Bydel Ullern hadde rutiner og tiltak som kunne bidra til at personer med demens som mottok hjemmetjenester, fikk tilfredsstilt grunnleggende behov for hygiene, ernæring og medisin. Begge bydelene foretok ernæringskartlegging hos brukere med hjemmetjenester og iverksatte relevante tiltak etter ernæringskartleggingen. I noen tilfeller ble ikke tiltakene gjennomført etter planen.

I Bydel Alna var det eksempler på at munnhelseutfordringer ble tatt tak i sent. Dårlig munnhelse kan være en årsak til ernæringsutfordringer. I begge bydelene var det eksempler på at vektkontroll ikke ble gjennomført så ofte som vedtaket tilsa. I begge bydelene var det tilfeller av at personer med demens motsatte seg hjelp. I disse tilfellene forekom det at personene ikke fikk tilfredsstilt grunnleggende behov.

I begge bydelene var det koordinering i form av faste møtepunkter og skriftlig kommunikasjon som skulle bidra til et helhetlig og koordinert tilbud. I Bydel Alna var det flere eksempler i de gjennomgåtte mappene på behov som ble innmeldt fra en tjeneste til en annen som ikke ble fulgt opp. Dette tyder på at bydelens tjenestetilbud ikke var tilstrekkelig koordinert. Slik kommunikasjonssvikt kan ha alvorlige konsekvenser, som i tilfellet der en person med demens i praksis ikke kunne komme seg ut leiligheten sin i over et år. Når det gjelder helhetlig tilbud, viser vi ellers til vurderingene av aktivitetstilbudet og av tilbudet til pårørende.

Kompetanse, kontinuitet og forutsigbarhet i bemanningen

I Bydel Alna og i Bydel Ullern var de fleste ansatte i hjemmetjenesten helsepersonell. Kommunerevisjonen noterer seg at ansatte i hjemmetjenesten etterlyste mer opplæring, særlig for ekstravakter. I den sammenheng vurderer Kommunerevisjonen det som et relevant tiltak at Bydel Alna hadde igangsatt et opplæringsprogram om demens som også omfattet ekstravakter i hjemmesykepleien.

Som beskrevet i foregående punkt forekom det i begge bydelene at brukere med demens motsatte seg hjelp. Kommunerevisjonen har forståelse for at slike situasjoner er vanskelige, og at det er krevende vurderinger som skal gjøres når brukere takker nei til et tilbud. Kommunerevisjonen stiller spørsmål ved om ansatte i de to bydelene hadde tilstrekkelig kompetanse og opplæring til å kunne håndtere slike situasjoner.

Stikkprøver indikerte at antallet ulike ansatte som var inne hos brukeren, ikke var lavere for personer med demens enn for andre brukere i Bydel Ullern. I Bydel Alna var antallet ulike ansatte lavere for noen brukere med demens enn snittet for alle brukerne, men ikke for alle. Det kan være en indikasjon på at bydelene ikke fullt ut lyktes med å begrense antallet ulike tjenesteytere rundt personer med demens. Det at det var mange ulike ansatte, kunne skape utfordringer, spesielt der det var viktig med kjennskap til brukeren for å yte god hjelp og kunne fange opp tegn på forverring av tilstanden. Kommunerevisjonen merker seg at flere pårørende i begge bydelene savnet en kontaktperson i hjemmetjenesten som kjente brukeren.

Gjennomgangen av mappene viste regelmessig journalføring. Gjennomgangen tydet på at opplysninger for å yte helsehjelp til den enkelte pasient i hovedsak ble nedfelt i journal.

Aktivitetstilbud

Både Bydel Alna og Bydel Ullern hadde dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens i en tidlig fase av sykdommen. Kommunerevisjonen merker seg imidlertid at bydelene ikke hadde tilbud om aktiviteter til personer med demens som ikke snakket norsk. I Bydel Alna var det flere brukere med demens som ikke fikk et aktivitetstilbud av den grunn. Bydel Alnas tilbud syntes heller ikke tilrettelagt for yngre med demens.

Bydelenes dagaktivitetstilbud fremsto på mange måter som godt tilrettelagt for brukerne og hadde aktiviteter som var egnet for målgruppen. Dagaktivitetstilbudene bidro til at brukerne fikk i seg mat, og at de fikk sosialt fellesskap og fysisk og mental aktivitet. Bydelenes dagaktivitetstilbud var tilpasset personer med demens som ikke hadde pleiebehov, og som kunne fungere i en gruppe.

Brukere som ble for dårlige for bydelens dagaktivitetstilbud, kunne bli henvist videre til Sykehjemsetatens dagsenter. Dagsenteret på Ellingsrud som ble benyttet av Bydel Alna, kunne tilrettelegge for brukere med behov for skjerming. Dagsenteret på Ullernhjemmet, som ble benyttet av Bydel Ullern kunne ikke tilrettelegge for brukere med behov for skjerming. Ingen av de undersøkte dagsentrene kunne ivareta personer med et større pleiebehov eller med utferdstrang.

Basert på gjennomgangen vår av utvalgte mapper synes det som at bydelene informerte om og tilbød velferdsteknologi der det kunne være relevant.

Tilbud til pårørende

I begge bydelene spilte demens-/hukommelsesteamet en viktig rolle i å gi informasjon og støtte til pårørende, og teamet fikk i en del tilfeller informasjon om pårørendes omsorgsbelastning og kunne ta initiativ til å sette i verk tiltak. Bydel Alna kartla og vurderte pårørendes omsorgsbelastning i forbindelse med vedtak om avlastning. Tilsvarende så vi ikke i Bydel Ullern.

Tilbudet til pårørende ble ikke i tilstrekkelig grad utviklet i dialog med den pårørende og personen vedkommende var omsorgsgiver for. Ettersom hukommelsesteamet i Bydel Ullern normalt trakk seg ut når brukeren fikk andre tjenester, var det en risiko for at det var lavere oppmerksomhet om pårørendes omsorgsbyrde ut i sykdomsforløpet.

Bydelene hadde få egne tiltak for pårørende, men informerte i en del tilfeller om kurs og samtaletilbud for pårørende i regi av ideelle organisasjoner. Flere pårørende vi snakket med, etterlyste slike tilbud. Bydelens tilbud til personer med demens i form av hjemmetjenester og dagaktivitetstilbud kunne virke avlastende for pårørende. I tilfeller der personen med demens ikke hadde slike tjenester, falt en stor omsorgsbelastning på pårørende. Det ga risiko for at de pårørende selv ble utslitt og syke, at de ikke klarte å ivareta brukerens omsorgsbehov over tid, og at brukeren dermed ikke kunne bo hjemme.

Bydel Alna hadde et tilbud om avlastning i helsehus og tilbød både rullerende avlastning og skjermede plasser på helsehus i tillegg til avlastning på ordinære korttidsplasser. Bydelen hadde i ett tilfelle krevd egenbetaling for avlastning, noe det ikke er hjemmel for, jf. forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester § 1 annet ledd bokstav a.

Bydel Ullern hadde tilbud om avlastning som fant sted på ordinære korttidsplasser på Ullern helsehus. Ordinære korttidsplasser var ikke ment for personer med alvorlig demens, som dem avlastningsopphold var mest aktuelt for. Det var en risiko for at terskelen for å søke avlastning var høy når pårørende måtte søke om avlastning gang for gang.

Sykehjemsetaten hadde, med unntak av de ni skjermede plassene på Solfjellhøgda helsehus, ikke et tilbud til innbyggerne i Bydel Alna og Bydel Ullern som var tilpasset behovene til personer med alvorlig demens på avlastningsopphold. Bydel Ullern brukte i liten grad det tilbudet i Sykehjemsetaten som var tilpasset brukere med demens.

Avlastning er viktig for at pårørende skal klare å stå i en krevende omsorgssituasjon over tid. Det er en forutsetning for å nå målsettingen om at personer med demens skal kunne bo hjemme lengst mulig. Kommunerevisjonen merker seg at byrådet har tatt til orde for at ordinære korttidsplasser ikke lenger skal benyttes til avlastning.

Anbefalinger

Kommunerevisjonen anbefaler Bydel Alna å:

- vurdere behov for tiltak i hjemmetjenesten for å sikre at observerte utfordringer hos brukerne blir tatt tak i
- vurdere behov for mer opplæring knyttet til brukere som motsetter seg hjelp
- vurdere å tilrettelegge for aktiviteter til personer med demens som ikke snakker norsk

Kommunerevisjonen anbefaler Bydel Ullern å:

- vurdere tiltak for å sikre tilstrekkelig kapasitet i hukommelsesteamet
- vurdere behov for mer opplæring knyttet til brukere som motsetter seg hjelp
- vurdere behovet for å tilrettelegge for aktiviteter til personer med demens som ikke snakker norsk
- sørge for systematisk kartlegging av pårørendes behov
- sikre et tilpasset tilbud om avlastning

Kommunerevisjonen anbefaler Sykehjemsetaten å vurdere å tilpasse innretningen på dagsentrene slik at de bedre dekker behovene til personer med demens.

Kommunerevisjonen merker seg at byrådet har fremmet en sak om helsehus som innebærer omorganisering av avlastningstilbudet, i tillegg til en ny demensplan. Kommunerevisjonen anbefaler byråden for helse, eldre og innbyggertjenester å vurdere behov for ytterligere tiltak i lys av rapportens konklusjon og vurderinger.

Uttalelser til rapporten

Kommunerevisjonen har mottatt uttalelser til rapporten fra Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester, Sykehjemsetaten, Bydel Alna og Bydel Ullern. I uttalelsene blir det varslet tiltak som er relevante for anbefalingene gitt i rapporten. Det er redegjort nærmere for uttalelsene og Kommunerevisjonens vurdering av disse i kapittel 8, og uttalelsene ligger i sin helhet i vedlegg 3-6.

1. Innledning

Oslo kommune får flere og flere innbyggere som blir rammet av demenssykdom, og med det også flere og flere pårørende til personer med demens. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, vil personen med demens få behov for hjelp til å mestre hverdagen. Det er et mål at flest mulig skal bo hjemme så lenge det er mulig. Mange ønsker å bo hjemme, og det er også hensiktsmessig med tanke på å utnytte kommunens ressurser effektivt.

For at personer med demens skal kunne bo hjemme på en god måte, er det viktig at kommunen har et tjenestetilbud som tilpasses den enkeltes behov, og som revurderes når behovene endres. Pårørende spiller en sentral rolle for at personer med demens skal kunne bo hjemme. For at de pårørende skal klare å stå i store omsorgsoppgaver over tid, er det viktig at kommunen kan tilby støtte og avlastning når de trenger det.

1.1 Bakgrunn

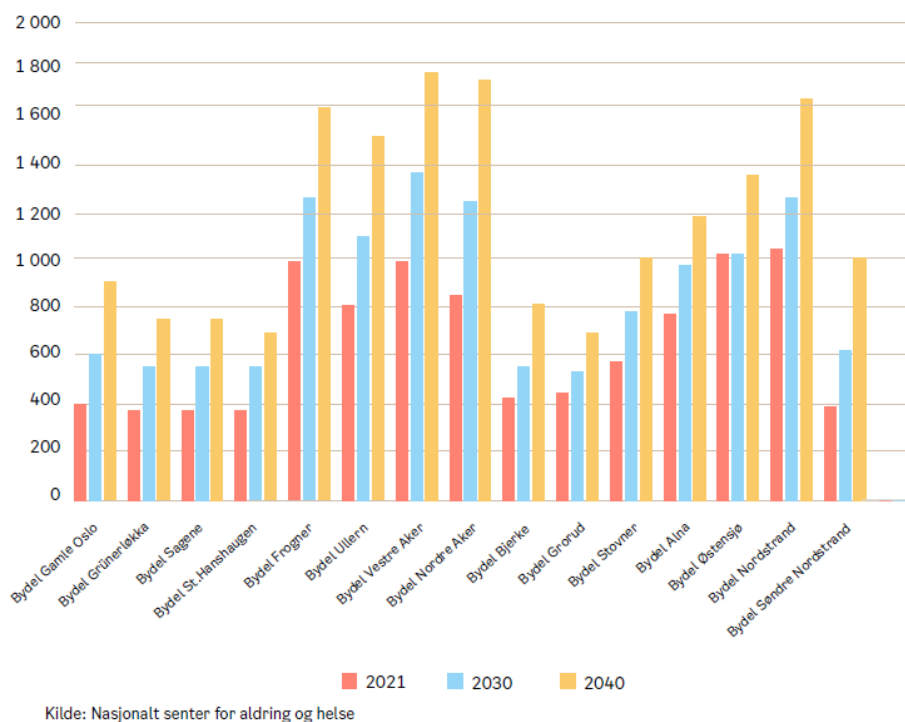
Demens er et samlebegrep for flere kroniske, uhelbredelige hjernesykdommer. Demenssykdommene fører over tid til endringer av kognitive funksjoner, som hukommelse, språk og orienteringsevne, og de svekker evnen til å fungere i dagliglivet. I tillegg kan atferdsforstyrrelser som motorisk uro, aggresjon og vrangforestillinger forekomme hos personer med demens. Psykiske lidelser som angst og depresjon har en kompleks sammenheng med demens.

Demens opptrer vanligvis hos personer som er eldre enn 65 år, og forekomsten øker med alderen. Blant personer over 85 år, har hver tredje demens, mens for dem over 90 år gjelder det nesten halvparten. Også yngre personer (før fylte 65 år) kan få demens. Folkehelseinstituttet anslår at forekomsten i denne aldersgruppen er 0,3 prosent eller lavere.

Ifølge Nasjonalt senter for aldring og helse er det i underkant av 10 000 personer med demens i Oslo kommune. Folkehelseinstituttet forventer mer enn en dobling av personer som lever med demens innen år 2050 fordi det blir flere eldre, og fordi personer med demens kan leve lenger med sykdommen. Prognosene for forekomst av demens varierer mellom bydelene ut fra antallet eldre i bydelen.

Figur 1 under er hentet fra *Demensplan for Oslo 2023–2027*. Den viser fremskriving av demensforekomst for befolkningen 30 år og over i Oslos bydeler i 2030 og 2040 og beregnet forekomst i 2021.

Figur 1 Personer 30 år og over med demenssykdom i Oslos bydeler, fremskrevet til 2040



Figur 1 viser at det forventes flest med demens i de vestlige bydelene og i Bydel Nordstrand. Det skyldes at det bor flest eldre i disse bydelene. Det er forventet en økning i antallet personer med demens i alle bydelene, og i mange bydeler er det forventet en vekst på mer enn 50 prosent.

Helse- og omsorgssektoren i Oslo kommune er under omstilling. Mellom 2015 og 2021 ble antallet plasser i sykehjem redusert med omtrent 660 plasser.¹ Ressurser er flyttet til hjemmetjenesten, og tanken bak er at flere skal bo lenger i egne hjem. De fleste med demens bor i dag hjemme.

Etter hvert som sykdommen utvikler seg, kan personer med demens ha behov for mye hjelp for å klare seg i hverdagen. Når personer med demens bor hjemme, er det i mange tilfeller mulig fordi pårørende yter hjelp og omsorg. En del pårørende opplever så store omsorgsoppgaver at det går ut over egen helse. For pårørende som er i jobb, kan det bli vanskelig å kombinere arbeids- og omsorgsoppgavene. Informasjon og veiledning, avlastning og omsorgslønn kan være viktige virkemidler for at pårørende over tid skal kunne klare å gi omsorg til nærstående med demens.

Aktuelle tjenester fra kommunen for hjemmeboende personer med demens kan være hjemmesykepleie, for eksempel for å sikre at personen får i seg tilstrekkelig mat og næring, stell, medisiner og sårbehandling. Praktisk bistand er en tjeneste som kan innebære for eksempel å bestille matvarer, hjelp til husholdningsoppgaver som rengjøring osv. Noen personer med demens kan også ha nytte av velferdsteknologi, for eksempel elektronisk kalender, enkle digitale verktøy for å kommunisere med pårørende og venner og GPS-lokaliserings teknologi. Alle bydelene har en demenskoordinator som

¹ Sykehjemsetatens årsberetning 2021, s. 2.

skal være bindeleddet mellom personen med demens, de pårørende og hjelpeapparatet. Yngre personer med demens har gjerne andre behov enn eldre.

Tilrettelagte aktiviteter kan være viktig for å bremse sykdommens utvikling og gi bedre livskvalitet, og kommunen er pålagt å ha et dagaktivitetstilbud for personer med demens. Bydelene har lavterskel dagaktivitetstilbud for personer med demens i egen regi. Bydelene kan også kjøpe plasser til personer med demens på Sykehjemsetatens dagsenter.

Aleneboende med kognitiv svikt uten nære pårørende kan være særlig sårbare og vil kunne være mer avhengig av oppfølging av hjemmetjenesten eller andre tjenester i bydelen.

Dersom hjemmeboende med demens ikke mottar tilrettelagte tjenester, kan det føre til nedsatt livskvalitet både for den som er rammet av demens, og for eventuelle pårørende. På et systemnivå kan et mangelfullt hjelpetilbud for dem som bor hjemme, føre til at flere vil ha behov for sykehjemsplass på et tidligere stadium av sykdommen. Det vil i tilfelle bety at kommunen ikke når målet om at flere skal bo hjemme i stedet for på sykehjem.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen har vært å gi kontrollutvalget og bystyret informasjon om kommunens tilbud til hjemmeboende personer med demens og eventuelt bidra til kommunens forbedringsarbeid på området.

Undersøkelsens problemstilling er:

- I hvilken grad tilrettelegger Oslo kommune for at personer med demens kan bli boende i eget hjem?

Med «personer med demens» mener vi både personer som har fått en demensdiagnose, og personer med kognitiv svikt med tilsvarende symptomer som ikke har blitt diagnostisert, og som har et hjelpebehov. Med «eget hjem» menes egen opprinnelig bolig, omsorgsbolig eller annen bolig som ikke defineres som sykehjem eller bolig med heldøgns pleie og omsorg.

De reviderte virksomhetene i denne undersøkelsen er Bydel Alna, Bydel Ullern og Sykehjemsetaten. For Sykehjemsetaten har vi sett på tilbudet gitt til beboere i Bydel Alna og Bydel Ullern. I tillegg har vi med hjelp fra Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester fått tilgang til informasjon om alle bydelenes tjenestetilbud i målgruppen, slik disse har blitt innrapportert i forbindelse med oppfølgingen av regjeringens demensplan.

1.3 Avgrensninger

Undersøkelsen omfatter ikke tilbudet til personer med demens i form av langtidsplass på sykehjem. Forvaltningsrevisjonen har ikke vurdert skjønnsutøvelsen i enkeltsaker, herunder om en tjeneste burde ha vært innvilget eller ikke.

1.4 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er målestokken som ligger til grunn for Kommunerevisjonens vurderinger. I denne undersøkelsen er kriteriene utledet fra blant annet helse- og

omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, aktuelle forskrifter, nasjonal faglig retningslinje om demens og kommunens planer og standarder.

Vi presenterer kriteriene i starten av kapittel 3 til 6. I vedlegg 1 beskriver vi kriteriene samlet, viser utledningen og gjør rede for kildene.

1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Undersøkelsen bygger på dokumenter innhentet fra Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester, Sykehjemsetaten, Bydel Alna og Bydel Ullern. Vi har også intervjuet ledere og ansatte i tjenester som er i befatning med målgruppen for undersøkelsen, i alt 16 intervjuer.

Vi har gjennomgått 10 tilfeldig utvalgte journaler for personer med demens i hver av de to bydelene for å belyse kvaliteten i tjenestene, totalt 20 journaler. Utvalget ble trukket fra lister med bruker-ID for mottakere av tjenester som er forbeholdt personer med demens eller kognitiv svikt, det vil si demensteam og dagaktivitetstilbud for personer med demens. Brukerne som var omfattet av mappegjennomgangen, var i ulike stadier av en demenssykdom. Det var alt fra personer uten tjenester i hjemmet der det var mistanke om begynnende kognitiv svikt, til personer med fremskreden demens og omfattende tjenester. Videre har vi hatt telefonintervjuer med pårørende til 17 personer med demens i de to bydelene. Disse var tilfeldig utvalgt. Vi har omtalt uttalelser fra pårørende i rapporten og har også inkludert noen sitater for å illustrere pårørendes opplevelser. Undersøkelsesperioden har vært fra januar 2022 til februar 2023.

Vi har ikke hatt tilgang til informasjon om personer med demens som ikke har mottatt tjenester fra bydelene. Metodisk tilnærming og gjennomføring av undersøkelsen er nærmere beskrevet i vedlegg 2.

1.6 Rapportens oppbygging

I kapittel 2 beskriver vi blant annet tjenestetilbudet til personer med demens for alle bydelene i Oslo, slik disse har blitt oppgitt av bydelene selv som svar på en undersøkelse i regi av Helsedirektoratet. Kapittel 3 beskriver vi bydelenes arbeid med kartlegging og oppfølging av personer med demens / kognitiv svikt. Kapittel 4 handler om kompetanse og kontinuitet i bemanningen, mens kapittel 5 handler om dagaktivitetstilbud i bydelene og dagsenter i Sykehjemsetaten. Kapittel 6 handler om bydelenes tilbud til pårørende til personer med demens både i bydelen og i form av avlastningsopphold for personen med demens på helsehus. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger kommer frem i kapittel 7. I kapittel 8 oppsummerer og vurderer vi vesentlige momenter i uttalelsene fra Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester, Sykehjemsetaten, Bydel Alna og Bydel Ullern. De mottatte uttalelsene følger i sin helhet som vedlegg til rapporten.

2. Beskrivelse av tjenestetilbudet til personer med demens / kognitiv svikt

I dette kapittelet beskriver vi status for demensplaner i Oslo kommune og viser en oversikt over tjenestetilbudet til personer med demens i alle bydelene slik det har blitt oppgitt av bydelene selv i en undersøkelse gjennomført av Helsedirektoratet i oktober 2022. Til slutt viser vi organiseringen av tjenestetilbudet til hjemmeboende personer med demens eller kognitiv svikt i Bydel Alna og Bydel Ullern.

2.1 Demensplaner

Oslo kommune la i 2014 frem sin første overordnede demensplan: «*LEV VEL – med demens i Oslo*» for 2014–2019, byrådsak 143/14. Byrådet ønsket at denne planen skulle sikre gode livsvilkår for personer med demens og deres pårørende og definerte ulike målområder med tiltak for utvikling. De fire områdene var:

- leve godt i hverdagen med demens
- utvikle Oslo til en alders- og demensvennlig by
- utvikle demensvennlige og personsentrerte helse- og omsorgstjenester
- støtte pårørende

Planen er forlenget til ny en demensplan som blir behandlet i bystyret. Byrådet avga 15. desember 2022 *Demensplan for Oslo 2023–2027 «Forglem meg ei»*.

I den nye demensplanen ble det gitt situasjonsbeskrivelse etter den første demensplanen:

Bydelene har organisert tjenester i hjemmet med demenskoordinator og demens-/hukommelsesteam, og mindre tverrfaglige team eller arbeidslag som følger opp personer med demens. Det er utarbeidet en modell og veileder for etablering og drift av demensteam. Dagaktivitetstilbud og dagsenterplass tilbys til personer med demens og pårørende tilbys ulike avlastningstilbud, pårørendeskole og samtalegrupper. Personsentrert omsorg er overordnet omsorgsfilosofi for tjenestene, og det gis tilbud om kompetanseheving for ansatte i tjenestene. Det arbeides kontinuerlig med forbedring av tilbud og tjenester til personer med demens og deres pårørende. Informasjon om demens finnes på kommunens nettside.

Planen løftet frem fire områder for videre innsats for personer med demens og deres pårørende:

- medvirkning og deltakelse
- informasjon og forebygging
- tilbud og tjenester
- kunnskap og kompetanseutvikling

Den nye demensplanen ble behandlet av bystyret 19. april 2023. Bystyret la til en rekke tilleggsforslag til byrådets innstilling, blant annet om støtte til pårørende.

2.2 Kartlegging av tjenestetilbudet til personer med demens / kognitiv svikt

I forbindelse med regjeringens Demensplan 2025 gjennomførte Helsedirektoratet i oktober 2022 en nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens. I Oslo kommune har alle bydelene svart på spørreundersøkelsen.

Tabell 1 viser svarene bydelene har gitt på et utvalg av spørsmålene som ble stilt om tjenestetilbudet deres. Grønn farge betyr at bydelen har svart «ja» på at de har tjenesten/tiltaket, mens rød farge betyr at bydelen har svart «nei» eller ikke svart på spørsmål om de har tjenesten/tiltaket. Numrene angir antallet av henholdsvis stillinger i hukkommelsesteamet og plasser i omsorgsbolig for demens.

Tabell 1 Oversikt over noen tiltak/tilbud relevante for personer med demens / kognitiv svikt i bydelene

	Planverk	Demens- kurs ABC	Opp- læring tvang	Person- sentrert omsorg	Tiltak få/kjente ansatte i hjemme- tjenesten	Stillinger hukkommelse- steam	Dag- aktivitets tilbud	Rutiner støtte- kontakt	Plasser i omsorgs- bolig demens	Rutine pårøren- destøtte	Pårøren- deskole
Alna						2			0		
Bjerke						2			0		
Frogner						3			0		
Gamle Oslo						3			0		
Grorud						1,8			0		
Grünerløkka						2,6			0		
Nordre Aker						3,5			7		
Nordstrand						1,75			0		
Sagene						2			0		
St. Hanshaugen						1			10		
Stovner						2			0		
Søndre Nordstrand						1			0		
Ullern						2			10		
Vestre Aker						6			39		
Østensjø						2			0		

Note: Egenrapportering fra bydelene som svar på Helsedirektoratets kartleggingsundersøkelse av tjenestetilbudet til personer med demens. Forbehold om unøyaktigheter i bydelenes svar. Bydel Grorud er markert med rødt på spørsmål om planverk. Bydelen har ikke svart på spørsmål om dette.

Tabell 1 viser at de fleste bydelene hadde omtalt demens spesifikt i bydelens planverk, enten som en del av et større planverk, for eksempel handlings- og økonomiplanen, eller som en egen demensplan. Bydel Nordre Aker og Bydel Søndre Nordstrand har svart at bydelen ikke har omtalt personer med demens spesifikt i bydelens planverk. Bydel Grorud hadde ikke svart på spørsmålet.

Når det gjelder opplæring for ansatte i helsetjenesten i relevante temaer for å yte helse- og omsorgstjenester til personer med demens, oppga 11 av de 15 bydelene å ha ansatte i helse- og omsorgstjenesten som har gjennomført kursene Demensomsorgens ABC eller Eldreomsorgens ABC i 2021 eller 2022. Seks av bydelene oppga at de hadde arrangert opplæring til ansatte om tvungen helsehjelp for personer med demens (pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4A). Opplæringen var holdt som internkurs ved enten bydelsoverlegen eller hukkommelsesteamet, som e-læringskurs eller som en del av

læringsnettverk eller Demensomsorgens ABC. Én bydel viste til at den anvendte Oslo kommunes overordnede rutine for personer med demens som motsetter seg helsehjelp.

Tre bydeler oppga at de hadde rutiner for opplæring og innføring av arbeidsmetoder for personsentrert omsorg og miljøbehandling. Nasjonal faglig retningslinje for demens anbefaler slike rutiner. Ni av bydelene oppga at de hadde satt i verk modeller eller rutiner som bidro til at personen med demens fikk hjelp fra en personalgruppe i hjemmetjenesten bestående av få og kjente ansatte (for eksempel demensarbeidslag). Tillit skal være et bærende prinsipp i styring og ledelse i Oslo kommune. I henhold til overordnet standard for tjenester i hjemmet innebærer det blant annet at tjenestene skal «organiseres på en måte som sikrer tverrfaglighet, helhet og kontinuitet, gjerne i form av arbeidslag eller mindre team».

Samtlige bydeler oppga at de har et hukommelsesteam, dvs. en tjeneste for rådgiving, veiledning, kartlegging og oppfølging av personer med hukommessvikt. Tjenesten kalles også demensteam. Størrelsen på teamet, oppgitt i stillingsprosenter, varierte fra 100 % i Bydel St. Hanshaugen og Bydel Søndre Nordstrand til 600 % i Bydel Vestre Aker.

Alle bydelene hadde et dagaktivitetstilbud. I de fleste bydelene var dagaktivitetstilbudet åpent på dagtid på hverdager. To bydeler skilte seg ut. I Bydel Søndre Nordstrand var dagaktivitetstilbudet åpent fire dager i uken. I Bydel St. Hanshaugen var dagaktivitetstilbudet åpent 7 dager i uken og på ettermiddag og kveld. I tillegg til ordinært dagaktivitetstilbud oppga Bydel Vestre Aker og Bydel Bjerke at de hadde tilbud om dagaktivitet i hjemmet, og Bydel Frogner at de hadde tilbud om oppsøkende dagaktivitet. Ni av de femten bydelene oppga at de hadde rutiner for å vurdere behov for støttekontakt for personer med demens.

Fire av bydelene – Bydel Nordre Aker, Bydel St. Hanshaugen, Bydel Ullern og Bydel Vestre Aker – hadde spesielt tilrettelagte omsorgsboliger for personer med demens. Antallet plasser i slike omsorgsboliger varierte fra 7 i Bydel Nordre Aker til 39 i Bydel Vestre Aker.

Med unntak av Bydel Frogner, Bydel St. Hanshaugen og Bydel Vestre Aker oppga alle bydelene at de hadde rutiner for å kartlegge og vurdere behov for nødvendig pårørendestøtte, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6.

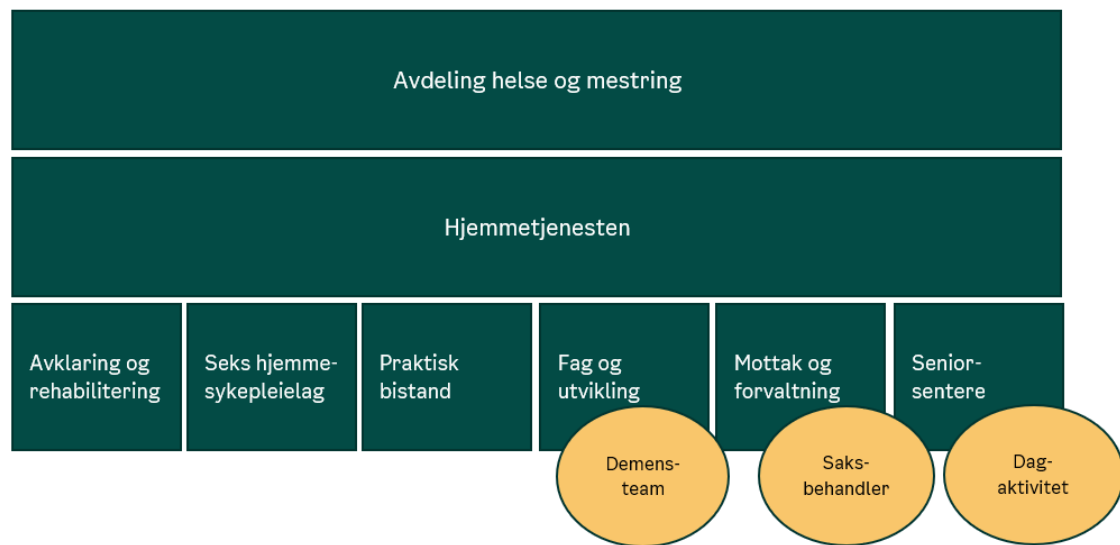
Bydel Frogner og Bydel Nordstrand oppga at de ikke hadde arrangert selv eller samarbeidet med noen som tilbød pårørendeskole eller samtalegruppe for pårørende, i 2022 eller 2021. De to bydelene opplyste imidlertid at de hadde tilbud om individuelle støttesamtaler og hjemmebesøk for pårørende.

2.3 Organisering av tjenestetilbudet i Bydel Alna og Bydel Ullern for hjemmeboende med demens / kognitiv svikt

Tilbudet til hjemmeboende personer med demens var organisert i bydelene i henhold til organisasjonskartene vist i figur 2 og figur 3 under.

Organisering av relevante tjenester for personer med demens i Bydel Alna er vist i figur 2.

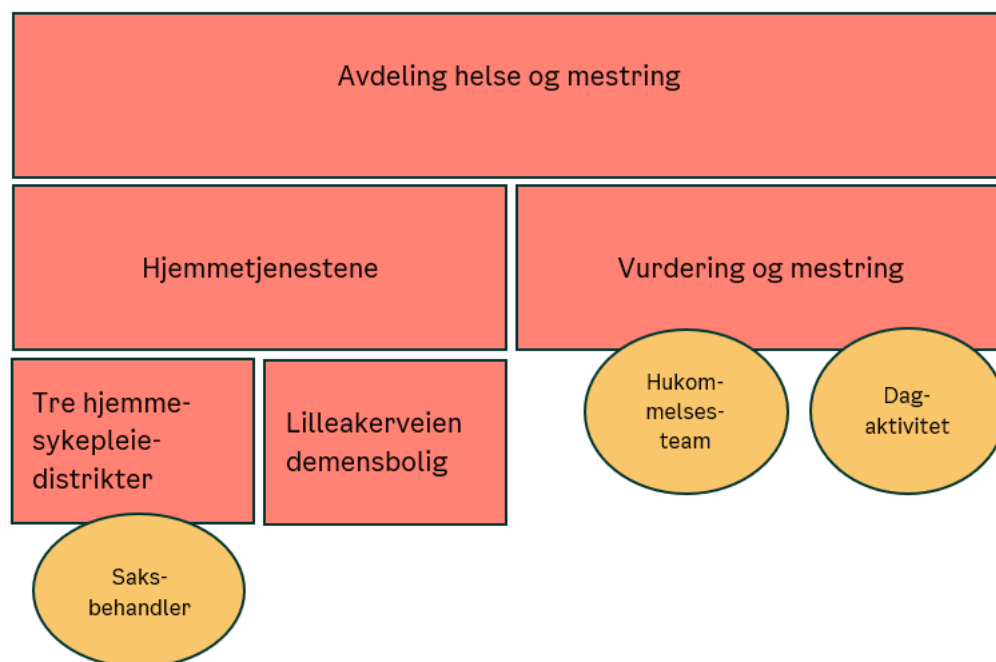
Figur 2 Organisering av tjenestetilbudet til hjemmeboende med demens i Bydel Alna



I Bydel Alna var tjenestene til hjemmeboende med demens organisert i avdeling for helse og mestring, enhet for hjemmetjenester. Det var ulike tjenester som lå i denne enheten. Hjemmesykepleien var fra og med februar 2022 inndelt i seks grupper, organisert geografisk. Demensteamet lå under fag og utvikling, mens dagaktivitetstilbudene var en del av seniorsentrene. I Bydel Alna var det 198 brukere som hadde tjenesten demensteam per 2.12.2022. 51 av disse var nye i 2022. Demensteamet hadde to ansatte, og begge hadde funksjon som demenskoordinator.

Organiseringen av relevante tjenester for personer med demens i Bydel Ullern er vist i figur 3.

Figur 3 Organisering av tjenestetilbudet til hjemmeboende med demens i Bydel Ullern



I Bydel Ullern var tjenestene til hjemmeboende med demens organisert under avdeling for helse, mestring og tilrettelagte tjenester. Hjemmesykepleien og saksbehandlerne var i samme organisatoriske enhet og lå sammen med demensboligen under enhet for hjemmetjenester. Hukommelsesteamet og dagaktivitetstilbudet var organisert som en del av enhet for vurdering og mestring.

I Bydel Ullern var det 59 brukere som hadde tjenesten hukommelsesteam per 6.1.2023. Av disse var 17 nye i 2022 og 3 i 2023. Det var 16 personer på venteliste for tjenesten. Hukommelsesteamet hadde to ansatte.

3. Kartlegging og oppfølging

I dette kapittelet ser vi på hvordan Bydel Alna og Bydel Ullern arbeidet med kartlegging og vurdering av tjenester for personer med demens eller kognitiv svikt. Vi ser i hvilken grad bydelene sikret at personer med demens fikk tilfredsstilt grunnleggende behov, og i hvilken grad bydelene sørget for at tilbudet til personer med demens var koordinert. De involverte tjenestene er demens-/hukommelsesteam, hjemmetjenesten og saksbehandling helse- og omsorgstjenester.

3.1 Revisjonskriterier

- Bydelen skal sørge for kartlegging av funksjonsnivå og av sikkerheten i hjemmet og vurdere behov for tjenester for personer med demens / kognitiv svikt.
- Bydelen skal sikre at personer med demens / kognitiv svikt får tilfredsstilt grunnleggende behov, herunder knyttet til hygiene, munnhelse, tilstrekkelig ernæring og medisin, sistnevnte i tilfeller der det er gjort vedtak om at kommunen skal stå for legemiddelhåndtering.
- Bydelen skal sørge for at tilbudet til personer med demens / kognitiv svikt er helhetlig og koordinert.

I det første punktet ser vi både på kartlegging av funksjonsnivå og kognitiv kartlegging. Det andre punktet om grunnleggende behov er undersøkt for personer som mottar hjemmetjenester.

3.2 Bydel Alna

3.2.1 Kartlegging og vurdering av personer med demens / kognitiv svikt

Bydel Alna hadde en prosedyre for identifisering, utredning og oppfølging av personer med demens som gjaldt saksbehandlere og demensteamet. Formålet med prosedyren var å sikre tidlig identifisering, utredning og oppfølging av personer med kognitiv svikt.

Demensteamet gjennomførte hjemmebesøk hos brukere der det var mistanke om kognitiv svikt og de vurderte at det var behov for en kartlegging. Ved hjemmebesøk vurderte de om personen kunne bo hjemme på en forsvarlig måte. Det innebar blant annet å se etter fare for fall og brann og å vurdere om brukeren kunne ta vare på seg selv når det gjaldt ernæring, hygiene mv. Deretter meldte de fra til saksbehandleren om hjelpebehovet og henviste til relevant tjeneste for videre vurdering og eventuell tildeling av tjenester, for eksempel hjemmesykepleie, praktisk bistand, ergoterapitjeneste, fysioterapitjeneste eller avklaring og mestring.

Vi fikk kontakt med demenskoordinator som kom hjem til oss og gikk gjennom huset vårt (...). Det var en ordentlig gjennomgang av boligen som var veldig bra. (Pårørende).

I sju av de ti gjennomgåtte mappene fremgikk det at demensteamet hadde vært på hjemmebesøk og gjennomført kartlegging av hjemmesituasjonen. For én av disse brukerne så vi i mappen at det tok over ett år fra brukeren fikk demensdiagnosen, til de pårørende ble kontaktet av demensteamet. Bydelen hadde fått informasjon om diagnosen gjennom e-link fra sykehuset, og brukeren hadde blitt diskutert i et koordineringsmøte. I tre mapper fremgikk det ikke om det hadde blitt gjennomført hjemmebesøk av demensteamet. I disse mappene hadde imidlertid andre tjenester

foretatt kartlegging av funksjonsnivå. I alle de ti undersøkte mapper var det dermed foretatt en vurdering av funksjonsnivå og tjenestebehov av brukeren, i ni av tilfellene i form av en ADL-kartlegging (aktiviteter i dagliglivet). I sju av tilfellene var det i form av en kartlegging av demensteamet, som i seks tilfeller var gjort i tillegg til ADL-kartleggingen.

Demensteamet kunne også foreta kognitiv testing dersom brukeren samtykket til det. Slik testing er også en form for funksjonsvurdering. Teamet vurderte hvilket kartleggingsverktøy som var hensiktsmessig å bruke for hver enkelt bruker. Eksempelvis var det et eget skjema som var tilpasset personer som ikke snakket norsk og de som hadde lite eller ingen skolegang. I fire av de ti mappene hadde demensteamet gjennomført en kognitiv kartlegging av brukerne. I fire øvrige mapper var brukeren allerede utredet for kognitiv svikt av spesialisthelsetjenesten. Av de øvrige to mappene fremgikk det ikke om brukernes kognitive status var kartlagt. For én av disse personene hadde legen henvist til demensteamet for kartlegging først i midten av 2020, så i begynnelsen av 2023, uten at det var blitt gjort. For den andre personen fremsto det ikke som relevant med kognitiv kartlegging.

Bydelen hadde rutine for årlig brannvern gjennomgang for alle mottakerne av hjemmetjenester. I mappegjennomgangen vår fant vi ikke dokumentasjon av brannvern gjennomgang i 2022 for tre av sju mottakere av hjemmesykepleie.

Hun har komfyrvakt, men en dag jeg kom hjem, sto mikrobølgeovnen på for fullt uten noe i, det luktet brent. Det er ikke bra, hun bor i en blokk. Jeg er redd for sånne ting. (Pårørende)

Demensteamet fortalte at de hadde oppfølging av brukeren hver sjette måned eller etter behov. Det kunne være behov for hyppigere oppfølging dersom brukeren ikke hadde pårørende som fulgte opp, eller dersom brukeren ikke ble fulgt opp av hjemmetjenesten. I de ti undersøkte mappene var det fire av brukerne som hadde fått regelmessig oppfølging av demensteamet, stort sett hver sjette måned. For tre av brukerne hadde ikke oppfølging vært aktuelt ennå. Tre brukere ble fulgt opp av andre tjenester enn demensteamet.

En pårørende oppga følgende:

Jeg har hatt kontakt med demenskoordinator tre ganger de siste årene. Han er en super fyr.

En annen pårørende oppga at demenskoordinatoren tok kontakt én gang i året. Vedkommende ønsket at de kunne ha ringt hver tredje måned og hørt hvordan gikk, og om behovet hadde endret seg, og sagt litt om hva de kunne tilrettelegge med. Den pårørende kunne kontaktet demenskoordinatoren selv, men hadde ikke gjort det.

3.2.2 Ivaretagelse av grunnleggende behov

Bydel Alna opplyste at det var vanskelig å si hvor mange personer med demens som mottok hjemmetjenester, ettersom diagnoser ikke alltid ble registrert i Gerica. Blant brukere som mottok hjemmesykepleie og praktisk bistand, var det 29 personer som var registrert med en demensdiagnose. Bydelen antok at det reelle tallet var høyere.

Hygiene

Personlig hygiene inngikk i kartleggingen av hjelpebehov som var gjennomført i alle de undersøkte mappene. Fem av de ti brukerne i mappegjennomgangen hadde vedtak om ukentlig dusj og morgen- og kveldsstell. Det var ikke indikasjoner på at andre brukere i utvalget hadde behov for slik hjelp. I tre av tilfellene var det indikasjoner på at brukeren ikke fikk dusjet like ofte som vedtaket tilsa. Brukeren hadde i disse tilfellene fått tilbud om dusj, men ikke ønsket det eller ikke vært hjemme eller oppga allerede å ha vasket seg. Én av disse brukerne avsto ofte hjelp til å dusje, og dagaktivitetssenteret sendte gjentatte ganger journalbeskjed til hjemmesykepleien om at brukeren var ustelt og av den grunn var til sjenanse for de andre brukerne, og at dette var ikke bra for brukerens verdighet. Hjemmesykepleien svarte på disse meldingene med at brukeren ikke ønsket hjelp, men at de forsøkte å overtale brukeren. Brukeren søkte siden, med bistand fra hjemmetjenesten, om omsorgsbolig.

Bydelen hadde en rutine for hjemmeboende med kognitiv svikt som motsetter seg helsehjelp. Rutinen tilsa at bekymringsmeldinger knyttet til personer med kognitiv svikt skulle vurderes og meldes videre til demensteamet dersom brukeren ikke hadde hjemmetjenester, eller til avdelingslederen eller en ansvarlig vakt i hjemmetjenesten. Disse skulle sørge for en videre prosess som innebar kartlegging og iverksetting av tiltak. Ansatte i hjemmetjenesten beskrev at utfordringer med brukere som ikke ville ta imot hjelp, ble tatt opp på ukentlige koordineringsmøter.

I mappegjennomgangen inngikk også en bruker med vedtak om praktisk bistand, der ansatte i en periode på fem måneder ikke slapp inn til brukeren for å gjøre rent. En pårørende tok opp bekymring for brukeren med legen, som sendte brev til bydelen. Bydelen foretok da et hjemmebesøk. Leiligheten var da i så dårlig forfatning at den måtte saneres. Bydelen iverksatte tiltak etter det som blant annet innebar oftere rengjøring av leiligheten, at avtalen ikke måtte avlyses, og at pårørende skulle kontaktes dersom det var noen utfordringer. Journalføring viser at brukeren slapp praktisk bistand inn for rengjøring av leiligheten etter dette.

Ernæring

Bydel Alna hadde rutiner som tilsa at alle brukere av hjemmetjenester skulle risikovurderes og veies regelmessig. Når risikovurderingen avdekket at brukeren hadde risiko for å bli underernært, skulle hjemmesykepleien foreta en kartlegging for så, i samarbeid med brukeren, utarbeide gode tiltak for å sikre nok næring.

Mini Nutritional Assessment (MNA) er et verktøy for kartlegging av risiko for underernæring som brukes i hjemmetjenesten i Oslo kommune. I Bydel Alna var slik kartlegging foretatt i seks av sju mapper der brukeren hadde hjemmetjenester. Tre av disse hadde enten risiko for underernæring eller var underernært. For alle disse ble det iverksatt tiltak. Tiltakene var vektkontroll, hjelp til å tilberede mat, medspising, ernæringsfysiolog, innleggelse på helsehus, avtale med pårørende om oppfølging knyttet til mat, tilbud om seniorsenter med servering av måltider og tilsyn fra hjemmesykepleien.

Én bruker som var underernært, hadde vedtak om tilbereding av mat, medspising og næringsdrikke fire ganger om dagen hele uken. Det hendte at brukeren ikke ville ha mat fordi hen hadde spist. Det ble da ofte satt frem frukt, næringsdrikke eller annen mat. Brukeren hadde også vedtak om vektkontroll to ganger i uken. Det tok fem uker etter vedtaket før hjemmesykepleien kom i gang med vektkontrollen. Vektkontrollen ble ikke

alltid gjennomført to ganger i uken, men flere ganger én gang i uken, og noen ganger annenhver uke og én gang gikk de tre uker mellom kontrollene. Også for en annen bruker ble vektkontrollene gjennomført sjeldnere enn vedtaket tilsa.

I den sjuende mappen var det ikke dokumentert MNA-kartlegging. I kartleggingen av funksjonsnivå og hjelpebehov som var foretatt, fremkom det at brukeren hadde behov for hjelp til å tilberede måltider, men ikke hadde problemer med å spise. Brukeren var ikke i fare for underernæring, og vektkontroller viste at brukeren ikke var underernært. Brukeren fikk hjelp til å tilberede tre måltider hver dag.

For to av dem med ernæringstiltak fremgikk det av journalen at munn- og tannhelse kunne være en underliggende årsak til vanskelighetene. I én av mappene var det journalført gjentatte ganger over flere måneder at brukeren hadde problemer med å svelge. Først etter 10 måneder står det i journalen at brukeren skulle til legen med dette. I en annen mappe var det ikke dokumentert noen oppfølging fra bydelens side etter et legenotat som viste at brukeren hadde dårlig tannhelse og svelgevansker. Denne brukeren var underernært.

Medisinhandling

Vurdering av medisinhandling inngikk i kartleggingen av funksjonsnivå og hjelpebehov. I mappegjennomgangen så vi at det var dialog mellom bydelen og fastlegen om medisinbruk. Av mappegjennomgangen fremgår det at medisin stort sett ble gitt på de tidspunktene som fremgikk av vedtak, og det var dokumentert kontroll av multidose. En multidose er en forseglet pose med legemidler som skal tas samtidig på et bestemt tidspunkt. For én bruker hadde hjemmesykepleien ofte observert at det lå medisiner på gulvet hos brukeren. Også pårørende hadde observert dette og uttrykt bekymring til brukerens fastlege. I dette tilfellet la hjemmesykepleien frem kveldsmedisinene, men skulle ikke påse at de ble tatt. Medisinedtaket ble ikke endret etter dette, og det ser ut som praksisen varierte noe ved at medisin både ble tatt under påsyn og uten.

3.2.3 Helhetlig og koordinert tilbud

Hjemmetjenesten hadde ukentlige koordineringsmøter (tavlemøter) der saksbehandleren, demenskoordinatoren, en ernæringsfysiolog, en fysioterapeut og en ergoterapeut deltok. Der drøftet de hva de kunne gjøre knyttet til utfordringer hos brukeren. Tjenestene kommuniserte med hverandre gjennom journalsystemet Gerica. Mappegjennomgangen viste at beskjedene stort sett ble svart ut i løpet av dagen eller etter noen dager, og det ble foretatt endringer i tjenestene ved varslet behov.

Men det var også eksempler på utfordringer som det ikke ble tatt tak i. For eksempel sendte hjemmesykepleien beskjed til saksbehandleren i midten av februar 2022 om at en bruker hadde behov for å komme på dagaktivitetssenter, men trengte hjelp til å komme ned fra en 3. etasje uten heis, og spurte om det var en løsning på det. Det var ikke journalført noen oppfølging av det. I slutten av januar 2023 sendte fastlegen beskjed til bydelen om at brukeren hadde behov for å komme på aktiviteter, men trengte heisinstallasjon for å klare å komme seg ut av leiligheten. På samme tid fikk brukeren avslag på søknad om støttekontakt med begrunnelse av at dagaktivitetssenter var bedre egnet. I forrige avsnitt omtalte vi en bruker som ofte ikke ville ha hjelp til å dusje, en bruker som ikke ville slippe inn praktisk bistand for å vaske, og en bruker der det gjentatte ganger var journalført at det lå medisiner på gulvet som bruker ikke hadde tatt. Vi kan ikke se at noen av disse sakene ble løftet til koordineringsmøtet.

I et journalnotat fra de ukentlige koordineringsmøtene fremkom det at de pårørende var veldig slitne og opplevde stor omsorgsbelastning. Månedet før dette møtet sendte hjemmesykepleien beskjed til saksbehandleren med en forespørsel om det var mulig å gi brukeren et aktivitetstilbud én gang i uken for å avlaste de pårørende. Det fremkom ikke at det ble sendt noen søknad eller, at dagaktivitetstilbud ble vurdert eller iverksatt som følge av dette.

Vi så i en av sakene at demensteamet i september 2022 konkluderte med at en bruker hadde behov for dagsentertilbud og henvisning til fysioterapi. Det fremgikk av mappen at oppfølging i form av hjemmebesøk først ble avtalt i slutten av mars 2023.

3.3 Bydel Ullern

3.3.1 Kartlegging og vurdering av personer med demens / kognitiv svikt

I Bydel Ullern var det bydelens mestringssteam som foretok kartlegging av funksjonsnivå og hjelpebehov (ADL – aktiviteter i dagliglivet), og dette var gjort i åtte av de ti sakene som inngikk i mappegjennomgangen. I kartleggingen inngikk vurderinger av sikkerhet i forbindelse med bolig/miljø og brannfare. Vi så i mappegjennomgangen at mestringssteamet foreslo vedtak om hjemmetjenester basert på kartleggingen de hadde gjort av brukerens funksjonsnivå og hjelpebehov, og at dette ble fulgt opp fra saksbehandleren med vedtak og iverksatt av hjemmesykepleien.

De to sakene der det ikke var foretatt slik kartlegging, gjaldt personer uten tjenester i hjemmet som bodde sammen med pårørende. For den ene av disse var det ikke relevant med slik kartlegging, da personen ikke hadde et hjelpebehov. Den andre brukeren hadde imidlertid hatt sykdommen i flere år og fremsto med et omfattende hjelpebehov som ble ivaretatt av de pårørende. Denne saken er omtalt i kapittel 6.

Bydelen hadde rutine for årlig brannverngjennomgang for mottakere av hjemmetjenester. Brannverngjennomgang var gjort i 2022 i fem av de sju mappene der brukeren hadde hjemmetjenester. Den ene brukeren det ikke var foretatt brannverngjennomgang for i 2022, bodde i en bemannet demensbolig som kunne bidra til sikkerhet for brukeren. Bydelen opplyste at den avtalte hjemmebesøk dersom det kom inn bekymringsmelding om brannfare. For den siste brukeren med hjemmetjenester var det ingen dokumentert brannverngjennomgang i 2022.

Bydelen viste til *Tiltakspakke demens*, som er en arbeidsmetode for oppfølging av hjemmeboende med demens. I den står det beskrevet at demenskoordinatoren foretar kartlegging og testing av personer ved mistanke om kognitiv svikt i samarbeid med fastlege (basal demensutredning). Det sto også i bydelens informasjonsmateriell om hukommelsesteamet at teamet kunne tilby kartlegging av symptomer knyttet til endringer og økt glemsomhet hos dem med begynnende hukommelsesvansker. Slik kartlegging er også en form for kartlegging av funksjonsnivå.

Hukommelsesteamet hadde i hele 2022 redusert kapasitet, og det siste halvåret var det kun én person til stede i teamet på grunn av langtidsfravær. I perioden mellom september 2021 og frem til januar 2022 hadde tjenesten vært helt stengt på grunn av

fravær, noe som hadde skapt et etterslep som måtte håndteres av teamet. Teamet hadde i undersøkelsesperioden dermed liten kapasitet til å foreta kognitiv kartlegging.

I de ti mappene vi gjennomgikk, var det ingen som var kartlagt kognitivt av bydelen i 2022. Sju brukere hadde allerede fått en demensdiagnose i spesialisthelsetjenesten. For tre brukere hadde fastlegen eller pårørende bedt hukommelsesteamet om å gjøre kognitiv kartlegging. Bydelen henviste disse brukerne tilbake til fastlegen med beskjed om å få utredning i spesialisthelsetjenesten. Da hadde det i to av tilfellene gått mer enn et halvt år før henvendelsen med ønske om utredning hadde blitt fulgt opp av hukommelsesteamet. I disse tilfellene gikk det nærmere et år fra ønsket om utredning ble meldt til bydelen, til utredningen ble foretatt i spesialisthelsetjenesten. I ett av tilfellene fremgikk det av journalen at spesialisthelsetjenesten mente dette var kommunens ansvar. En pårørende fortalte at det var vanskelig å motivere sin nærstående til en utredning i spesialisthelsetjenesten. Den pårørende ønsket et hjemmebesøk fra bydelen som første steg. Det medførte at brukeren ikke ble utredet for demens i undersøkelsesperioden.

Det hadde vært trygt hvis noen kunne gjort en vurdering av at han klarte seg fint hjemme. Det er en mulighet nå for at han bare må klare seg alene, selv om han ikke gjør det. (Pårørende).

Når det gjaldt videre oppfølging etter kartlegging av funksjonsnivå, var det, for brukere som hadde hjemmesykepleie, hjemmesykepleien som skulle følge opp. Hjemmetjenesten beskrev at de fulgte med på tilstanden til brukeren og kunne øke omfanget av hjemmetjenester om nødvendig. Vi så eksempler i mappene på at hjemmetjenesten hadde notert behov for endringer og gjort revurderinger av tiltak enten på eget initiativ eller etter melding fra andre.

Hukommelsesteamet trakk seg ut når det var blitt etablert tjenester rundt brukeren. Pårørende hadde telefonnummeret til hukommelsesteamet og kunne fortsatt ta kontakt med teamet ved behov. Dette kunne for eksempel være at de ikke var fornøyd med tjenestene, eller at det var endringer hos brukeren. Vi så eksempler i mappene på at pårørende hadde tatt kontakt med hukommelsesteamet for å ta opp bekymringer knyttet til brukeren og melde fra om endrede behov. Vi så også eksempler på at hukommelsesteamet kontaktet andre tjenester, for eksempel saksbehandleren, for å følge opp søknader om tjenester. I noen tilfeller hadde pårørende tatt kontakt med en seniorveileder for å melde bekymring.

3.3.2 Ivaretagelse av grunnleggende behov

Per 1.1.2023 var det 104 personer registrert med diagnosen demens i bydelens journalsystem. Av disse var det 21 brukere som hadde både hjemmesykepleie og praktisk bistand, 1 hadde bare praktisk bistand, og 52 hadde bare hjemmesykepleie. De øvrige 30 mottok ikke hjemmetjenester.

Hygiene

Personlig hygiene inngikk i ADL-kartleggingen (kartlegging av hjelpebehov) som var gjennomført i åtte av de ni undersøkte mappene der brukerne hadde hjelpebehov. Ansatte i hjemmetjenesten fortalte at når det gjaldt personer med kognitiv svikt, var det en utfordring med brukere som motsatte seg hjelp. Ifølge bydelens rutiner skulle det rapporteres til koordinatoren, den tjenesteansvarlige eller saksbehandleren dersom en bruker med kognitiv svikt ikke ville ta imot hjelp. Den tjenesteansvarlige eller

koordinatoren hadde deretter ansvar for å kartlegge og vurdere situasjonen. Ved grunn til bekymring skulle den tjenesteansvarlige ta kontakt med pårørende/fastlegen/bydelsoverlegen, vurdere risikoen og samtykke, ev. ta opp på møte, og deretter iverksette tiltak. I den niende saken ble brukeren ivaretatt av en pårørende, og vedkommende hadde ikke hjemmetjenester.

I fire av de sju mappene der brukeren hadde hjemmetjenester, hadde brukerne vedtak om dusj én gang i uken. I én av mappene var det lagt inn mange beskjeder i tiltakslisten om viktigheten av å motivere brukeren til dusj og påminnelse om å skifte klær hver dag. I en annen av mappene fremgikk det at brukeren flere ganger ikke dusjet fordi brukeren hadde kledd på seg selv og sa at det ikke var nødvendig med dusj. Dersom brukeren ikke fikk dusjet på dagen vedkommende hadde vedtak, gikk det til neste dag med vedtak, en uke senere, før det ble gjort et nytt forsøk. Det skjedde flere uker på rad. Dagtilbudet som brukeren deltok på, ga beskjed til hjemmetjenesten at brukeren var i behov av kroppsvask, og ba hjemmetjenesten følge opp. Hjemmetjenesten bekreftet at de skulle sette inn nødvendige tiltak, og la inn beskjeder om dette i tiltaksplanen. Kort tid etter forekom det likevel flere uker der brukeren ikke dusjet.

En annen bruker hadde behov for hjelp til å vaske klær og sengetøy og rengjøre leiligheten. Brukeren bodde alene og klarte ikke å gjennomføre disse oppgavene på egen hånd. Det tok 10 måneder fra søknaden om praktisk bistand ble sendt, til tiltaket ble iverksatt. Det ser ut som noe av forklaringen på at det tok så lang tid, var at bydelen ikke fikk svar fra Skatteetaten på spørsmål om likningsopplysninger. Brukeren fikk innvilget 1,5 timer praktisk bistand hver tredje uke. Det ble kort tid etter vedtaket var mottatt, sendt inn klage fra brukerens pårørende på at omfanget av hjelpen som ble innvilget, ikke var tilstrekkelig. Bydelen hadde sendt forvaltningsmelding om lang saksbehandlingstid for behandling av klagen. Bydelen opplyste at gjennomsnittlig saksbehandlingstid for praktisk bistand i 2022 var 53,5 dager.

Ernæring

Kartlegging av risiko for underernæring (MNA-kartlegging) var foretatt i de sju mappene der brukeren hadde mottatt hjemmetjenester i perioden. For tre av disse brukerne viste kartleggingen risiko for underernæring, mens én av brukerne var underernært. Kartleggingene ble fulgt opp med tiltak i form av vektkontroll og/eller tilsyn med ernæring, også for de tre brukerne der kartleggingen ikke hadde vist risiko for underernæring. Tilsyn med ernæring innebar at hjemmetjenesten minnet brukeren på å spise, spurte om brukeren hadde spist, eller tilberedte og satte frem mat.

Flere av brukerne motsatte seg hjelp slik at vedtatte tilsyn ikke lot seg gjennomføre. Det kunne være at de ikke slapp inn ansatte fra hjemmetjenesten, eller at de sa til hjemmetjenesten at de ikke ville ha hjelp til mat, og fortalte at de allerede hadde spist, eller skulle spise senere. Det var derfor noe usikkert om disse brukerne fikk i seg tilstrekkelig næring. I alle de sju tilfellene ble det gjennomført vektkontroll, men ikke like hyppig som vedtaket tilsa. For tre brukere med vedtak om vektkontroll gikk det flere ganger mer enn fire uker mellom hver vektkontroll, selv om vedtaket tilsa at de skulle veies hver andre uke.

Medisinhandling

Vurdering av medisinhandling inngikk i vurderingene som ble gjort av funksjonsnivå og hjelpebehov. Det forekom dialog mellom bydelen og fastlegen om medisinbruk. I de

undersøkte mappene ble medisin stort sett håndtert i tråd med vedtak. I ett tilfelle var det manglende kommunikasjon internt i hjemmetjenesten knyttet til administrering av en antibiotikakur, og dette førte til noe usikkerhet om medisinen ble gitt slik den skulle.

3.3.3 Helhetlig og koordinert tilbud

Det var tverrfaglige møter i bydelen én gang i uken der koordinatoren i hjemmetjenesten deltok sammen med saksbehandleren, en fysio-/ergoterapeut og ved behov også kreftkoordinator. Koordinatoren i hjemmetjenesten hadde overordnet ansvar for å kartlegge og vurdere brukere i samarbeid med saksbehandleren, hadde dialog med sykehuset og pårørende og skulle sørge for bemanning og tiltaksplaner. Tidligere hadde hukommelsesteamet også deltatt fast på disse møtene, men hadde ikke hatt kapasitet til det i undersøkelsesperioden. Kommunikasjonen mellom tjenestene foregikk ellers mye i journalsystemet Geric. Mappegjennomgangen viste at disse beskjedene stort sett ble svart ut i løpet av dagen eller et par dager. Vi så eksempler i mappegjennomgangen på at hukommelsesteamet fulgte opp søknader overfor saksbehandleren. Med unntak av eksemplene nevnt over knyttet til oppfølging av henvendelser om kognitiv kartlegging så vi ikke eksempler på at meldte utfordringer ikke ble tatt tak i.

For brukere uten hjemmetjenester kunne hukommelsesteamet fungere som en kontaktperson for personen med demens og eventuelle pårørende, men tjenesten hadde redusert kapasitet i hele undersøkelsesperioden. Mange pårørende vi snakket med, skrøt av hukommelsesteamet. Men de pårørende opplevde samtidig at det var liten kapasitet i teamet og lite ressurser og tjenestetilbud i bydelen generelt for denne brukergruppen.

NN (ansatt i hukommelsesteamet) er fantastisk, men er bare én person. (Pårørende)

Flere pårørende sa at de savnet en koordinator som hadde samlet oversikt, og at de opplevde at tjenestene ikke snakket sammen.

Jeg har snakket med dem i hjemmesykepleien og sagt at jeg er usikker på om NN (bruker) klarer å følge opp dette med hygiene og vask, og har spurt om de kan hjelpe henne med å vaske klær. Da har jeg fått til svar at det ikke er de som gjør det, at det er noen andre. Jeg kan skjønne det, men jeg skulle ønske at tjenestene kunne kommunisere seg imellom. (Pårørende)

3.4 Kommunerevisjonens vurderinger

Undersøkelsen viser at Bydel Alna hadde rutiner og praksis som la til rette for kartlegging av funksjonsnivå og sikkerhet i hjemmet og vurdering av tjenester. I ett tilfelle tok det mer enn et år fra brukeren fikk en demensdiagnose, til bydelen tok kontakt for kartlegging av hjemmesituasjonen.

Bydel Ullern hadde rutiner og praksis som la til rette for kartlegging av funksjonsnivå og av sikkerhet i hjemmet, og fulgte opp kartleggingen med vurdering av tjenester. Bydelen hadde ikke foretatt kartlegging av en bruker med stort hjelpebehov som ble ivaretatt av pårørende. Denne saken er nærmere omtalt i kapittel 6.

Bydelene hadde rutiner som kunne bidra til årlig brannverngjennomgang for mottakere av hjemmetjenester. I begge bydelene var det eksempler på at dokumentert brannverngjennomgang ikke forelå i 2022. Det er spesielt viktig med regelmessig

brannvern gjennomgang hos personer med demens som bor hjemme, ettersom kognitiv svikt øker risikoen for brann.

I begge bydelene var det lagt opp til at demensteamet/hukommelsesteamet skulle gjennomføre kognitiv testing ved behov. Demensteamet i Bydel Alna gjennomførte slik testing i de fleste tilfellene vi undersøkte, men i ett tilfelle hadde teamet ikke foretatt testing. I Bydel Ullern viste mappegjennomgangen at hukommelsesteamet ikke hadde gjennomført kognitiv testing i de sakene der det hadde blitt etterspurt. Når bydelen ikke utførte kognitiv testing, medførte det i disse tilfellene en forskyving av oppgaver fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten, lengre ventetid på utredning for personer med mulig kognitiv svikt og i ett tilfelle at personen ikke ble utredet for demens i det hele tatt.

Begge bydelene hadde rutiner og tiltak som kunne bidra til at personer med kognitiv svikt som mottok hjemmetjenester, fikk tilfredsstilt grunnleggende behov for hygiene, ernæring og medisin. Begge bydelene foretok ernæringskartlegging hos brukere med hjemmetjenester i de gjennomgåtte sakene. Begge bydelene iverksatte relevante tiltak etter ernæringskartleggingen i de gjennomgåtte sakene. I noen tilfeller ble ikke tiltakene gjennomført etter planen. I Bydel Alna var det eksempler på at munnhelseutfordringer ble tatt tak i sent. Dårlig munnhelse kan være en årsak til ernæringsutfordringer. I begge bydelene var det eksempler på at vektkontroll ikke ble gjennomført så ofte som vedtaket tilsa. I begge bydelene var det tilfeller av at personer med demens motsatte seg hjelp. I disse tilfellene forekom det at personer ikke fikk tilfredsstilt grunnleggende behov.

I begge bydelene var det koordinering i form av faste møtepunkter og skriftlig kommunikasjon som skulle bidra til et helhetlig og koordinert tilbud. I Bydel Alna var det flere eksempler i de gjennomgåtte mappene på behov som ble innmeldt fra en tjeneste til en annen som ikke ble fulgt opp. Dette tyder på at bydelens tjenestetilbud ikke var tilstrekkelig koordinert. Slik kommunikasjonssvikt kan ha alvorlige konsekvenser som i tilfellet der en person med demens i praksis ikke kunne komme seg ut leiligheten sin i over et år. Når det gjelder helhetlig tilbud, viser vi ellers til vurderingene av aktivitetstilbudet i kapittel 5 og av tilbudet til pårørende i kapittel 6.

4. Kompetanse og kontinuitet i bemanningen

4.1 Revisjonskriterier

- Ansatte i hjemmetjenesten som yter tjenester til personer med demens / kognitiv svikt, skal ha relevant opplæring/kompetanse.
- Bydelene bør tilrettelegge for forutsigbarhet og kontinuitet i kontakten med personer med demens og deres pårørende, herunder gjennom journalføring av opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til den enkelte pasient.

Under det første kriteriet har vi inkludert informasjon om kompetansen hos ansatte i andre tjenester enn hjemmetjenesten som yter tjenester til personer med demens eller kognitiv svikt. For kriteriet om forutsigbarhet og kontinuitet har vi sett på antall ulike ansatte som kommer inn til brukeren av hjemmetjenester i løpet av en måned, og i hvilken grad hjemmetjenesten hadde en kontaktperson for bruker og pårørende.

4.2 Bydel Alna

4.2.1 Opplæring og kompetanse hos de ansatte

I hjemmesykepleien var det 16 prosent av de ansatte som var ufaglærte. De øvrige var utdannet helsepersonell. Bydelen opplyste at hjemmetjenesten fra høsten 2022 hadde opplevd større utfordringer med å rekruttere nye sykepleiere ved ledighet. Bydelen hadde heller ikke klart å rekruttere tilleggskompetanse innenfor demens og psykisk helsearbeid og oppga at den dermed måtte satse på å bygge denne kompetansen internt.

Bydel Alna opplyste at de høsten 2022 hadde lagt inn et kurs om demens i kompetanseplanen for hjemmetjenesten. Det var et e-læringskurs utviklet av kompetansesenteret Aldring og helse som skulle gi grunnleggende kunnskap om demens og atferdssymptomer ved demens. Kurset ble i løpet av høsten 2022 / vinteren 2023 gjort tilgjengelig for alle ansatte som jobbet med brukere, inkludert ekstravakter.

Bydelen tok sikte på at de aller fleste skulle gjennom kurset i løpet av første halvdel av 2023. 21. februar 2023 var gjennomføringsgraden som følger:

- sykepleiere: 36 av 69 ansatte
- helsefagarbeidere: 29 av 102 ansatte
- ufaglærte (hjemmehjelpere): 7 av 32 ansatte

Ansatte vi snakket med i hjemmetjenesten, opplevde at det ikke var utfordringer med kompetanse hos de fast ansatte, men at det burde vært mer opplæring for ekstravakter. De oppga at de ønsket seg mer veiledning fra demensteamet, for eksempel råd om hvordan man kunne motivere brukeren til å ta imot hjelp, og hvordan håndtere «vanskelige» brukere.

De to ansatte i demensteamet var henholdsvis sykepleier og ergoterapeut. Demensteamet fortalte at de ga opplæring om demens til ansatte i bydelen. Ansatte ved tilbud som var spesielt tilrettelagt for personer med demens, demensteamet og dagaktivitetstilbudet, hadde kompetanse/utdanning om demens.

De pårørende vi snakket med, hadde varierende inntrykk av ansattes kompetanse. Flere var opptatt av hvordan ansatte i hjemmetjenesten snakket med brukeren. De viste til at noen ansatte i hjemmetjenesten var tålmodige, hyggelige og viste omsorg på en måte som gjorde brukeren trygg.

4.2.2 Kontinuitet og forutsigbarhet

Bydel Alna har i målinger av gjennomsnittlig antall ansatte som har besøkt brukerne per måned, hatt det høyeste antallet i Oslo.² Dette ble i tilsynsrapport med hjemmetjenesten i Bydel Alna i oktober 2022 forklart med at det var mange «tyngre» brukere i bydelen som hadde mange hjemmebesøk.

Kommunerevisjonen innhentet tall for gjennomsnittlig antall ulike ansatte per bruker per måned mellom januar og mai 2022 i forbindelse med en undersøkelse om bemanning og kontinuitet i hjemmetjenesten. Her kom Bydel Alna høyst ut av bydelene også når gjennomsnittlig antall besøk per måned ble hensyntatt, med unntak av for gruppen med mellom 51 og 70 besøk. Bydel Alna lå over snittet for bydelene for alle grupper.³

Ansatte i hjemmetjenesten i bydelen oppga at de begrenset antallet ulike ansatte som kom til brukerne med demens, og fortalte at det var en fordel å ha de samme ansatte inne med tanke på lettere å observere endringer og for å skape tillit og trygghet.

De sju brukerne i utvalget som hadde hjemmetjenester i perioden, hadde mellom 15 og 133 besøk fra hjemmetjenesten i løpet av én måned. De hadde mellom 11 og 34 ulike personer hjemme hos seg i løpet av den måneden. Tabell 2 viser antall personer inne hos de ulike brukerne i løpet av én måned.

Brukerne er i tabellen fordelt på grupper ut fra mange besøk de har fra hjemmetjenesten i løpet av måneden. Den øverste raden viser snittallet for alle brukerne i Kommunerevisjonens undersøkelse for første halvår 2022. Tallene er ikke direkte sammenliknbare ettersom det er benyttet ulik fremgangsmåte for å komme frem til antallet ulike ansatte.

² Agenda Kaupang (2022) Evaluering av tillitsmodellen i hjemmetjenesten, s.47. Tallene gjaldt for perioden 2018 til 2021.

³ Kommunerevisjonen (2022) Oppfølging etter rapport 8/2019 Bemanning og kontinuitet i hjemmetjenesten, s. 17. Tallene gjaldt for perioden 1. januar til 30. mai 2022.

Tabell 2 Antall ulike ansatte fra hjemmetjenesten inne hos brukeren på en måned, gruppert ut fra antall besøk, Bydel Alna (snitt for alle bydeler i parentes)

Antall besøk	5-20	21-50	51-70	Mer enn 70
Antall ansatte, alle brukere	6,9 (6,3)	16,8 (15,1)	23,8 (22)	29,6 (25,3)
Antall ansatte, utvalg brukere	11	21	21	22
				34
				20
				32

Kilde: Kommunerevisjonen Rapport 11/2022 Oppfølging etter rapport 8/2019 Bemanning og kontinuitet i hjemmetjenesten, s. 17. Gjennomgang av utvalgte brukermapper i Gerica.

Tabellen indikerer at antallet ulike ansatte som er inne hos brukeren i løpet av en måned, var høyere for brukere med demens i vårt utvalg enn det var for alle brukere i Kommunerevisjonens undersøkelse for første halvår 2022 i gruppene med færrest besøk. For gruppen med mellom 51 og 70 besøk i måneden var antallet ulike ansatte inne hos brukeren i løpet av én måned lavere enn snittet for alle brukere i den andre undersøkelsen. For gruppen med det høyeste antallet besøk var halvparten over og halvparten under. Den ene av de to brukerne med et høyt antall ansatte inne hos seg, hadde et høyt antall besøk (133), mens hos den andre var det to ansatte som kom hver gang, noe om bidro til å dra opp tallet.

Sykefraværet påvirker kontinuiteten og forutsigbarheten i tjenesten. Det gjennomsnittlige sykefraværet i hjemmetjenesten varierte mellom de seks distriktene i hjemmesykepleien og lå på mellom 9 og 18 prosent i 2022 (februar til desember). Sykefraværet var i snitt 8,5 prosent for praktisk bistand og nærmere 11 prosent for mottak og forvaltning.

For personer som mottok hjemmetjenester, var det en vakttelefon pårørende kunne ringe til. Da kom de til koordinator, eller ansvarlig sykepleier. Pårørende hadde ikke en fast kontaktperson i hjemmetjenesten. En pårørende ga uttrykk for at det hadde vært fint med en fast kontakt, og at vakttelefonen ikke ga tilbakemelding på henvendelsene. En annen pårørende opplevde å ha god kontakt med hjemmesykepleien og fortalte at ansatte tok kontakt hvis det var noe.

Det var regelmessig journalføring i de undersøkte sakene, og informasjonen som ble journalført, viste hva som var blitt foretatt i brukerens sak.

4.3 Bydel Ullern

4.3.1 Opplæring og kompetanse hos de ansatte

Fordelingen på ulike kompetanseområder i hjemmesykepleien var som følger:

- sykepleier: 18,6 årsverk
- helsefag: 33,42 årsverk
- ufaglært: 9 årsverk

Hjemmetjenesten opplyste at når de skulle ansette ekstravakter, var det vanligvis ufaglærte assistenter de rekrutterte. De oppga samtidig at de tilrettela for utdanning, også i form av etterutdanning. I 2022 hadde noen helsefagarbeidere tatt videreutdanning innen demens, mens fagsykepleiere skulle i gang med Demensomsorgens ABC i løpet av våren 2023.

Bydelen opplyste at det var ansatte i hjemmetjenesten som hadde tatt videreutdanning i demens og alderspsykiatri, og at det var noe de oppfordret ansatte til å ta. Ansatte i hjemmetjenesten som vi snakket med, opplyste at utover Demensomsorgens ABC for noen av de ansatte var det lite tilrettelagt for kurs/opplæring om demens. De oppga at det som var, foregikk utenfor normal arbeidstid og kunne være vanskelig å prioritere. De opplyste imidlertid at de kunne få råd fra de ansatte som hadde tatt Demensomsorgens ABC. Bydelen oppga at hjemmetjenesten kunne bruke hukommelsesteamet til kursing når teamet hadde kapasitet, og at ansatte kunne ta Norsk helseinformatikks kurs om smerter ved demens.

Pårørende vi snakket med, fortalte i flere tilfeller at de opplevde at hjemmetjenesten gjorde så godt de kunne. Noen fortalte at de syns de ansatte i hjemmetjenesten var flinke. En pårørende opplevde at hjemmetjenesten ikke hadde kompetansen som var nødvendig for å ivareta brukerens medisinske behov. En annen pårørende opplevde at bydelen ikke forsto hvor syk brukeren var. En tredje pårørende fortalte at brukeren ved en anledning hadde opplevd å bli dyttet bort og blitt fortalt at personen i hjemmetjenesten skulle ordne mat. Brukeren hadde opplevd dette svært negativt, og i etterkant hadde en pårørende overtatt matlaging for brukeren.

Ansatte ved tilbud som var spesielt tilrettelagt for personer med demens, hukommelsesteamet og dagaktivitetstilbudet hadde kompetanse/utdanning om demens. De var utdannet som sykepleier, hjelpepleier eller fysioterapeut, og noen oppga at de hadde gjennomført Demensomsorgens ABC eller relevante kurs.

De ansatte ved omsorgsboligen for personer med demens hadde stilling som miljøarbeidere, med få formelle kompetansekrav. Da boligen startet opp, var de fleste ansatte ved boligen ufaglærte. Flere hadde imidlertid siden tatt utdanning, og det hadde blitt ansatt flere helsefagarbeidere, slik at det i 2023 var en overvekt av personer med helsefaglig utdanning blant dem som jobbet fast ved boligen. De ansatte kunne rådføre seg med hjemmesykepleien som var innom boligen, tre ganger om dagen, og de ansatte hadde tilgang til nettkurs gjennom Norsk helseinformatikk (NHI). Det ble oppgitt at alle de ansatte hadde tatt medisinkurs. Lederen fortalte at de skulle sørge for mer opplæring for de ansatte i boligen fremover, og at tre ansatte skulle begynne med Demensomsorgens ABC i løpet av våren. En pårørende til en beboer på demensboligen opplevde at kompetansen til de ansatte ved boligen var god nok, og at selv om en del sikkert var ufaglærte, var de flinke.

4.3.2 Kontinuitet og forutsigbarhet

Bydel Ullern har i målinger av gjennomsnittlig antall ansatte som har besøkt brukerne per måned, hatt et relativt lavt antall, og antallet gikk ned fra 2018 til 2021.⁴ I

⁴ Agenda Kaupang (2022) Evaluering av tillitsmodellen i hjemmetjenesten, s.47. Tallene gjaldt for perioden 2018 til 2021.

Kommunerevisjonens undersøkelse i 2022 lå bydelen stort sett under snittet for bydelene når de gjaldt antall ulike ansatte inne hos en bruker på en måned.

Hjemmetjenesten opplyste at målet generelt var å begrense antall forskjellige ansatte som gikk hjem til en bruker, og at det fungerte dersom det ikke var fravær og liknende. Videre opplyste de at de forsøkte å sende de fast ansatte til demensboligen. En leder i hjemmetjenesten bemerket samtidig at selv om små lag ble trukket frem som en fordel med tanke på kontinuitet for brukeren, var små lag sårbare ved sykdom, som reduserte kontinuiteten.

For de seks brukerne i utvalget som hadde hjemmetjenester, varierte antall besøk fra hjemmesykepleien i løpet av en måned fra 31 til 91. Brukerne hadde mellom 18 og 33 ulike personer hjemme hos seg i løpet av måned. Tabellen under viser antall personer inne hos de ulike brukerne i løpet av en måned. Brukerne er i tabellen fordelt på grupper ut fra hvor mange besøk de har fra hjemmetjenesten i løpet av måneden. Den øverste raden viser snittallet for alle brukerne i Kommunerevisjonens undersøkelse for første halvår 2022. Tallene er ikke direkte sammenliknbare ettersom det er benyttet ulik fremgangsmåte for å komme frem til antallet ulike ansatte.

Tabell 3 Antall ulike ansatte fra hjemmetjenesten inne hos brukeren på én måned, gruppert ut fra antall besøk, Bydel Ullern (snitt for alle bydeler i parentes)

Antall besøk	5–20	21–50	51–70	Mer enn 70
Antall ansatte, alle brukere	6,8 (6,3)	14,3 (15,1)	19 (22)	21,8 (25,3)
Antall ansatte, utvalg brukere		20 18	25 23	24 33

Kilde: Kommunerevisjonen Rapport 11/2022 Oppfølging etter rapport 8/2019 Bemanning og kontinuitet i hjemmetjenesten, s. 17. Gjennomgang av utvalgte brukermapper i Gerica.

Tabellen indikerer at antallet ulike ansatte som er inne hos brukeren i løpet av en måned, er høyere for brukere med demens i vårt utvalg enn det var for alle brukere i Kommunerevisjonens undersøkelse for første halvår 2022. Flere av de pårørende beskrev at det var utfordrende med mange ulike ansatte som fulgte opp brukeren. Det gjaldt særlig pårørende til en bruker med en tilstand som krevde gjennomføring av en bestemt prosedyre, og pårørende til en bruker der det var nødvendig med kjennskap til personen og den spesifikke diagnosen for å kunne avdekke tegn på akutt forverring. To pårørende oppga at hjemmetjenester måtte avsluttes for brukeren fordi det ikke fungerte at det kom så mange forskjellige. En pårørende oppfattet det ikke som et problem med mange ulike fra hjemmetjenesten så lenge de ansatte var imøtekommande, ettersom brukeren uansett ikke gjenkjente personer.

Sykefraværet påvirker kontinuiteten og forutsigbarheten i tjenesten. Sykefraværstallene for hjemmetjenesten i 2022 var 20,53% i ett av distriktene og 14,98 % i det andre. Tallene inkluderer også saksbehandlere, som er organisert under hjemmetjenesten.

Ansatte i hjemmetjenesten opplyste at brukerne hadde en fast primærkontakt, som ble sendt til brukeren tre ganger i uken. Brukeren og de pårørende fikk oppgitt navnet på primærkontakten ved oppstarten av hjemmetjenestene. Ved akutte henvendelser kunne brukerne og de pårørende kontakte vakttelefonen. Da kom de til en koordinator eller ansvarlig sykepleier. Ingen av de pårørende vi snakket med, opplevde at de hadde en fast kontaktperson i hjemmetjenesten.

Det var regelmessig journalføring i de gjennomgåtte mappene, og journalen ga informasjon om hva som var blitt foretatt i brukerens sak. I tilfeller der det var gjentagende at brukeren takket nei til hjelp, kunne det være vanskelig å vite ut fra journalføringen om brukeren faktisk fikk i seg næring. I enkelte tilfeller var det ikke dokumentert oppfølging av avtaler for eksempel om kontakt med pårørende.

4.4 Kommunerevisjonens vurdering

I begge bydelene var de fleste ansatte i hjemmetjenesten helsepersonell. Det gjaldt også for ansatte i andre tjenester rettet spesielt mot brukere med demens.

Kommunerevisjonen noterer seg at ansatte i hjemmetjenesten etterlyste mer opplæring, særlig for ekstravakter. I den sammenheng vurderer Kommunerevisjonen det som et relevant tiltak at Bydel Alna hadde igangsatt et opplæringsprogram om demens som også omfattet ekstravakter i hjemmesykepleien.

I kapittel 3 fremgår det at flere brukere med demens motsatte seg hjelp. Kommunerevisjonen har forståelse for at slike situasjoner er vanskelige, og at det er krevende vurderinger som skal gjøres når brukere takker nei til et tilbud. Kommunerevisjonen stiller spørsmål ved om ansatte i de to bydelene hadde tilstrekkelig kompetanse og opplæring til å kunne håndtere slike situasjoner.

Stikkprøver indikerte at antallet ulike ansatte som var inne hos brukeren, ikke var lavere for personer med demens enn for andre brukere i Bydel Ullern. I Bydel Alna var antallet ulike ansatte for noen brukere med demens lavere enn snittet for alle brukerne. For andre brukere med demens var det flere ulike ansatte inne på en måned enn snittet for alle brukere. Det kan være en indikasjon på at bydelene ikke fullt ut lyktes med å begrense antallet ulike tjenesteytere rundt personer med demens. Mange ulike ansatte kunne skape utfordringer spesielt der det var viktig med kjennskap til brukeren for å yte god hjelp og kunne fange opp tegn på forverring av tilstanden. Kommunerevisjonen merker seg at flere pårørende i begge bydelene savnet en kontaktperson i hjemmetjenesten som kjente brukeren.

Gjennomgangen av mappene viste regelmessig journalføring. Gjennomgangen tydet på at opplysninger for å yte helsehjelp til den enkelte pasient i hovedsak ble nedfelt i journal.

5. Aktivitetstilbud

5.1 Revisjonskriterier

- Kommunen skal tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens som har behov for et slikt tilbud.
- Dagtilbudet bør være spesielt tilrettelagt for personer med demens og tilpasset deltakernes behov.
- Bydelen bør informere om samt ved behov tilby brukere med demens / kognitiv svikt velferdsteknologi

For det første kriteriet har vi sett på hvilket dagaktivitetstilbud bydelene har til hjemmeboende med demens. Vi har ikke revidert myndighetsutøvelsen knyttet til vurdering av søknader om slikt tilbud, dvs. vurderingen av hvem som hadde behov.

5.2 Dagaktivitetstilbud

5.2.1 Bydel Alna

Bydel Alna hadde et dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens på Furuset seniorsenter, på Haugerud seniorsenter og på Tveten gård. Der var det tilbud om aktiviteter som var tilrettelagt for personer i en tidlig fase av en demenssykdom. Tilbudet var gratis og inkluderte transport. Det var anledning til å kjøpe mat. Per 13. januar 2023 var det 64 personer i bydelen som var registrert med tjenesten. Det var ikke venteliste.

Kommunerevisjonen besøkte dagaktivitetstilbudet ved Furuset seniorsenter. Dagaktivitetstilbudet ønsket ikke ventetid og kunne være fleksible for å gjøre plass til nye brukere. Det ville si at de enkelte dager hadde sju eller åtte brukere, mens maksimalstørrelsen på gruppen egentlig var seks. De opplyste at overbookingen var i en overgangsperiode ettersom de hadde brukere som antakelig var på vei over i et annet tilbud. De fleste brukerne kom til dagaktivitetstilbudet to til tre dager i uken.

Brukere fikk tilbud om gratis transport til senteret og fikk der tilbud om å kjøpe mat i to omganger. Først rundstykker og vafler ved ankomst og deretter middag kl. 13. Ansatte opplyste at alle brukerne kjøpte middag. Dagaktivitetstilbudet på Furuset var i samme lokale som seniorsenteret. De hadde et eget bord i en felles stor kantine på senteret. Det var ingen vegger som skjermet mot de øvrige gjestene. Dagaktivitetstilbudet hadde også tilgang til et aktivitetsrom som de kunne benytte når det var ledig. Der var det en touchskjerm som de blant annet kunne bruke til interaktiv trim. De kunne også bruke et stort felles rom ved inngangen til trim.

Dagaktivitetstilbudet hadde aktiviteter som stimulerte til erindring og tilrettela for fysisk aktivitet og for at brukerne fikk i seg næringsrik mat i en sosial setting. De arrangerte turer, museumsbesøk med mer, tilpasset interessene til dem som var der.

De ansatte oppga at de hadde mye kontakt med de pårørende. Spesielt nye pårørende hadde behov for ekstra informasjon og støttesamtaler. De fikk utdelt en mappe med brosjyrer og diverse informasjon. De ansatte hadde også telefonkontakt med pårørende og arrangerte pårørendemøter. En av de pårørende vi snakket med, kunne ikke rose omsorgen og informasjonen de fikk av ansatte, nok. Flere av de pårørende oppga at de

hadde god kontakt med senteret. Noen oppga også at brukerne i utgangspunktet ikke ønsket å dra til senteret, men at når de først kom dit, fant de sin plass og var veldig fornøyde. Noen var så fornøyde at de dro til senteret på egen hånd flere enn de dagene de hadde avtalt. En viste til at brukeren ble veldig dårlig og innesluttet da dagaktivitetssenteret var stengt en del i jula, men kviknet til da tilbudet åpnet igjen. Den pårørende sa at uten dagaktivitetstilbudet ville ikke brukeren kunnet bo hjemme alene lenger, fordi vedkommende ikke ville klart verken mat eller medisiner alene.

En pårørende til en bruker som hadde fått avslag på dagtilbud, oppga følgende:

(...) sitter bare hjemme i leiligheten. Jeg får så dårlig samvittighet, jeg er ikke så ung selv lenger. Jeg tror det bare blir verre og verre. Hun får ikke noe trening, og føttene kan hovne skikkelig fordi hun sitter så mye. Legene sier hun må gå.

Bemanningen på dagaktivitetstilbudet på Furuset var to hver dag: én fast ansatt miljøterapeut og én frivillig. Det var krav om helse- og sosialfaglig utdanning for stillingen som miljøterapeut. De frivillige samarbeidet med miljøterapeuten i gruppen. Den fast ansatte oppga at det ville være tungt å være alene med gruppen. Det var faste frivillige. De frivillige skrev under på en avtale der det sto om Oslo kommunes verdier og etiske retningslinjer. Avtalen inneholdt en taushetserklæring for frivillige.

Dagaktivitetstilbudet på Furuset og Haugerud seniorsenter hadde vært stengt henholdsvis én og åtte dager i 2022. Tveten gård hadde holdt åpent.

En av de pårørende oppga følgende om Tveten Gård:

Jeg er glad hun har det tilbudet, da får jeg gjort mine ting også. Når hun har vært der, føler jeg at humøret er bedre, hun føler seg godt likt der, og det er bra for henne. Hun skryter av de ansatte der og sier de er så hyggelige.

Videre sa pårørende at det eneste hen savnet, var å få tilbakemelding på hvordan dagen på aktiviteten hadde vært. Det hadde gjort det lettere å kommunisere med brukeren.

Tilbudet kunne ikke tilrettelegges for personer som ikke snakket norsk. Tre av de gjennomgåtte brukermappene tilhørte brukere med innvandrerbakgrunn som snakket dårlig norsk. Alle disse ønsket et dagaktivitetstilbud, men ingen av dem hadde fått det. Ingen av dem var heller gitt andre aktivitetstilbud i stedet for dagaktivitet. Én av dem fikk avslag på en søknad om støttekontakt da bydelen mente dagaktivitetstilbud var bedre, men etter nesten ett år hadde brukeren ennå ikke fått et slikt tilbud.

Dagaktivitetstilbudet var egnet for personer som kunne gå tur, og som fungerte sosialt i en gruppe, som ikke var utagerende, og som ikke hadde pleiebehov. De ansatte oppga at bydelen manglet dagaktivitetstilbud til yngre personer med demens.

Brukere som ikke klarte å gå på tur, som hadde et større pleiebehov, eller som ikke fungerte sosialt i gruppen, ble ifølge bydelen henvist til dagsenter drevet av Sykehjemsetaten (se 5.3). Vi så eksempler på dette i mappene.

5.2.2 Bydel Ullern

Bydel Ullern hadde et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens på Skøyen terrasse, som tok imot brukere på dagtid på hverdager. Det var faste grupper på

sju til åtte brukere på dagaktivitetstilbudet hver dag. Alle brukerne hadde tilbud om å komme dit to ganger i uken. Per 6. januar 2023 var det 23 personer i bydelen som hadde tjenesten dagaktivitetstilbud. 8 personer sto på venteliste for tilbudet. Ansatte ved dagaktivitetstilbudet ringte brukerne for å motivere eller fange opp brukere som ikke kom, slik at de kunne invitere inn en annen bruker til den plassen.

Brukerne ble hentet hjemme og fikk servert frokost ved ankomst kl. 10. Personalet tilrettela for samtale ved matbordet. Etterpå var det tur i nærmiljøet eller til severdigheter andre steder i Oslo. Når brukerne kom tilbake, var det ulike aktiviteter, som håndarbeid, yatzy, aktivitetskort og sang. Middag ble servert kl. 13.30. Den var tilberedt av en kokk og kunne tilrettelegges for eksempel til brukere som var underernært. Brukerne ble kjørt hjem ca. kl. 14.

Vi snakket med pårørende til brukere ved dagaktivitetstilbudet som var svært fornøyd. En pårørende fortalte følgende:

Da blir hun hentet av bil og kjørt ned på Skøyen terrasse. Der stortrives hun. De tar bilder og skriver om hva de har gjort, og hva hun har spist, og hvor de har vært. Hun får med seg ark hjem, og da har vi noe å snakke om.

En pårørende til en bruker som ikke hadde dagaktivitetstilbud, fortalte at brukeren ikke kunne benytte seg av dette tilbudet fordi brukeren ikke klarte å komme seg ned til drosjen på egen hånd.

Bydel Ullern hadde januar 2023 startet opp et aktivitetstilbud for yngre med demens, «Aktiv hverdag». Med yngre menes personer opp til 67 år. Tidligere hadde bydelen deltatt i et samarbeid mellom tre bydeler om et slik tilbud. Tilbudet hadde fire brukere.

Aktiv hverdag skulle være en møteplass med fokus på fysiske, sosiale og kulturelle aktiviteter. Aktivitetene var tilpasset brukernes alder og stilte høyere krav til f.eks. fysisk kapasitet enn dagaktivitetstilbudet. Bydelen oppga at de anstrengte seg litt ekstra for at Aktiv hverdag ikke skulle ligne for mye på tilbudet til de eldste. De så for seg aktiviteter fremover som inkluderte bowling, dyrking, gaming/TV-spill osv.

Det var tre fast ansatte ved dagaktivitetstilbudet, som omfattet Aktiv hverdag. Det var to helsefagarbeidere med videreutdanning innenfor demensomsorg e.l. og en sykepleier. Ved fravær ble det forsøkt satt inn turnusfysiokandidater eller ansatte ved demensteamet som vikar, ellers ble tilbudet stengt. I tillegg til å være stengt i helger og på helligdager var dagaktivitetstilbudet i 2022 stengt totalt 26 dager på grunn av covid og ferieavvikling. I 2023 hadde tilbudet per mars 2023 vært stengt én dag på grunn av sykdom. Aktiv hverdag hadde vært åpen alle hverdager etter at det startet opp i 2023.

De ansatte hadde en del kontakt med pårørende til brukerne. De kommuniserte også med hjemmetjenesten, for eksempel dersom brukere ankom dagaktivitetstilbudet uten klær som var tilpasset årstid og føre.

Det var ansatte ved dagaktivitetstilbudet som foretok vurderingen av om tilbudet var egnet for søkeren, og skrev vedtakene. De ansatte sa at de i samråd med brukeren og de pårørende kunne overbooke i en overgangsperiode eller flytte noen frem på ventelisten dersom det hastet å få inn en bruker på tilbudet.

Dagaktivitetstilbudet hadde egenbetaling som ble fakturert månedlig ut fra bruk. Egenandelen tilsvarte takst for dagopphold vedtatt av bystyret, 100 kr per dag i 2022. Tilbudet inkluderte transport til og fra, to måltider og tilrettelagte aktiviteter.

Personer med demens som hadde et større pleiebehov eller atferdssymptomer som ga utfordringer med å fungere i gruppen, skulle ifølge bydelen bli henvist videre til ordinært dagsenter hos Sykehjemsetaten. Vi så eksempler på det i mappegjennomgangen.

5.3 Sykehjemsetatens dagsentertilbud

Sykehjemsetaten drifter 20 dagsenter. Disse tilbyr i hovedsak dagopphold inntil fem dager i uken til hjemmeboende. Dagsenteret på St. Hanshaugen omsorgssenter hadde åpent alle dager, inkludert helligdager. Seks av de tjue dagsentrene oppga på hjemmesidene sine at de hadde plasser som er tilrettelagt for brukere med demens. I tillegg hadde Sykehjemsetaten et dagaktivitetstilbud for fysiske spreke personer med demens på Hauger gård i Fet kommune.

Tabell 4 viser hvor mange plasser på dagsenter bydelene kjøpte i årene 2019 til 1. halvår 2023.

Tabell 4 Dagsenterbestilling bydelene 2019-2023, 1. halvår

Bydel	2019	2020	2021	2022	2023
Alna	53	50	53	53	33
Bjerke	52	52	55	55	52
Frogner	20	24	20	22	22
Grorud	45	30	27	35	35
Grünerløkka	35	24	24	23	23
Nordre Aker	15	–	–	–	–
Nordstrand	60	60	60	60	60
Sagene	–	2	1	1	1
St. Hanshaugen	28	28	28	28	28
Stovner	5	5	4	5	6
Søndre Nordstrand	23	23	23	22	22
Ullern	34	34	36	36	36
Vestre Aker	35	35	43	40	42
Østensjø	48	49,6	37,6	38	32
Sum	453	416,6	411,6	418	392

Kilde: Sykehjemsetaten

Tabellen viser at bydelenes bestillinger av dagsenterplasser gikk ned fra 2019 til 2023. I samme periode foregikk oppbygging av dagaktivitetstilbud i bydelene etter at det ble lovpålagt i 2020.

Ansatte i Bydel Alna og Bydel Ullern fortalte at bydelene benyttet Sykehjemsetatens dagsenter som tilbud til personer med demens som var i for dårlig form til å bruke bydelens eget dagaktivitetstilbud. Vi så også eksempler på dette i mappegjennomgangen i bydelene. Bydel Alna benyttet Ellingsrudhjemmet dagsenter, mens Bydel Ullern brukte dagsentrene på Ullernhjemmet og Smestadhjemmet.

5.3.1 Ellingsrudhjemmet dagsenter

Det var 36 plasser på Ellingsrudhjemmet dagsenter, og disse ble benyttet av flere brukere i løpet av uken ettersom de fleste ikke brukte dagsenteret hver dag. Det var ikke fullt belegg. Det var også brukere som ikke møtte. Da Kommunerevisjonen besøkte dagsenteret 10. februar 2023, var oppmøtet så langt i februar måned 78 prosent. Plassene på dagsenteret ble kjøpt av to andre bydeler i tillegg til Bydel Alna.

Sykehjemsetaten sentralt opplyste at dagsenteret hadde 26 skjermede plasser og åtte ordinære plasser i 2023, og at antallet plasser fulgte bestillingene fra bydelene. På dagsenteret var det åtte skjermede plasser i en mindre gruppe som hadde et eget rom. Disse plassene var ment for brukere som ikke klarte å være i en større gruppe. Bydel Alna hadde 15 skjermede plasser på dagsenteret i 2. halvdel av 2022. Det var venteliste for disse plassene. I 2023 hadde bydelen økt bestillingen av skjermede plasser til 19. I den skjermede gruppen hadde alle brukerne demens. I den andre gruppen var det brukere både med og uten kognitiv svikt. Totalt anslo dagsenteret at det var om lag 75 prosent av brukerne på dagsenteret som hadde en kognitiv svikt.

Brukere fra Bydel Alna ble hentet hjemme i bil og transportert til dagsenteret. Ansatte fra dagsenteret var med som ledsager i bilen. Det var tre biler som kjørte til brukerne i Bydel Alna, og disse skulle levere brukerne på senteret før kl. 9.30. Det kunne bli ventetid for brukerne og for hjemmetjenesten som skulle bistå med å gjøre brukeren klar før transporten kom. Turen kunne ta mer enn én time for dem som ble hentet først.

På dagsenteret ble det servert frokost kl. 9.30 og middag kl. 12.45. Det var en sosial setting rundt måltidene, og det var to aktiviteter hver dag som personalet tilrettela for. Det kunne for eksempel være bingo og andre spill, trim, dans og erindringsspill. Av og til kunne brukere på dagsenteret delta på aktiviteter på sykehjemmet, for eksempel konserter. Lokalene til dagsenteret var store nok til å kunne dele inn i flere grupper. Det var stue med sofa og bord og et spiserom med kjøkken. Det var ikke et tilrettelagt uteområde.

Det var sju stillinger tilknyttet dagsenteret, inkludert leder (100 %) og prest (20 %) som i hovedsak ikke hadde oppgaver opp mot brukerne på dagsenteret. De ansatte ved dagtilbudet var aktivtører, helsefagarbeider og ufaglærte assistenter. Det var ikke tilbud om kurs eller opplæring for ansatte ved dagsenteret, heller ikke i demensomsorg. Lederen opplyste at én ansatt skulle i gang med kurset Demensomsorgens ABC i løpet av 2023. Ansatte hadde ikke adgang til å gi brukere medisin, men kunne minne om og påse at brukere tok medisin ved behov.

Dagsenteret sendte ut ukebrev med aktivitetsplan og ukemeny til brukere og pårørende. Lederen for dagsenteret ringte til brukerens pårørende før oppstart på dagsenteret for å fortelle om tilbudet og for å få informasjon om brukeren. Hun ga pårørende sitt telefonnummer, slik at de kunne ta kontakt ved behov.

5.3.2 Ullernhjemmet dagsenter

Ullern bydel hadde 20 dagsenterplasser på Ullernhjemmet. Dagsenteret på Ullern opplyste at de i praksis aldri hadde flere enn 17 brukere på en dag, og at det som oftest var færre, ned til 11. Brukerne kunne være der så mange dager de ønsket, de fleste 1–3 dager i uken. Det var ikke venteliste.

På dagsenteret på Ullern ble det anslått at omtrent halvparten av brukerne hadde en kognitiv svikt. Noen dager var det en overvekt av personer med demens. Det var ingen skjermede plasser.

Brukerne på dagsenteret ble hentet hjemme med dagsenterbuss. Det var ikke ledsager i bussen. Bussen begynte å hente brukere kl. 8. Lederen for dagsenteret opplyste at bilen ved behov kjørte to turer, slik at det ikke ble så lenge å vente i bussen for dem som ble hentet først. Mange av brukerne hadde hjelp fra hjemmetjenesten til morgenstell. Dersom brukeren ikke var klar når bussen kom for å hente, fikk ikke brukeren transport.

Brukerne ankom dagsenteret mellom kl. 9.00 og 9.30 og fikk da servert frokost. Middagen var kl. 13. Mellom måltidene var det aktiviteter i form av sittetrim, sang og musikk, prating og quiz. Om sommeren kunne de være ute i sansehagen og på terrassen på baksiden av bygget. Dagsenteret besto av stue, spiserom med kjøkken, lager, kontor og et hvilerom. Stuen var smal og hadde lenestoler inntil veggene på hver side. Lokalene var ikke tilrettelagt for skjerming eller oppdeling i mindre grupper. En pårørende til en bruker ved dagsenteret som vi snakket med, var takknemlig for at en ansatt ved dagsenteret hadde fått brukeren til å trives der.

Det var tre ansatte ved dagsenteret i til sammen 260 % stilling. De hadde fast arbeidstid og var tre personer på jobb uavhengig av om det var ti eller 17 brukere til stede.

De ansatte var helsepersonell: én sykepleier og to helsefagarbeidere. To av de ansatte hadde Demensomsorgens ABC, og den tredje hadde erfaring med omsorg for personer med demens fra en tidligere stilling på sykehjem. I tillegg hadde dagsenteret en førsteårselev fra helsearbeiderfaget på Ullern vgs. i praksis i åtte uker to ganger i året. Det var ikke noe kurstilbud for ansatte på dagsenteret.

5.3.3 Felles for Ellingsrud og Ullernhjemmet dagsenter

Begge disse dagsentrene opplevde at brukerne som kom til dagsentrene, hadde et høyere omsorgsnivå enn de hadde noen år tilbake. Det kunne innebære behov for hjelp til toalettbesøk, behov for veiledning og hjelp til å spise, høyere grad av motorisk uro og et større behov for skjerming. Som lederen ved en av dagsentrene uttalte: «Når brukerne kommer til oss, er de kanskje modne for et høyere omsorgsnivå enn det dagsenteret er tilrettelagt for eller har ressurser til.» Ullern dagsenter etterlyste kriterier for inntak og ønsket at det skulle være et kriterium at brukere måtte kunne spise og gå på do selv.

Brukere som begynte å utagere fysisk, kunne ikke være på dagsenter, av hensyn til sikkerheten til andre. Det var ikke anledning til å låse dørene, og de kunne ikke ha brukere som stakk av. Ellingsrudhjemmet dagsenter kunne ta imot brukere med rullestol. Det kunne ikke Ullernhjemmet på grunn av plassmangel. Brukere på Ellingsrudhjemmet måtte kunne administrere medisin selv ved påminnelse, mens Ullernhjemmet dagsenter hadde sykepleier som kunne foreta administrering av medisin.

Begge dagsentrene opplevde at det var få føringer fra Sykehjemsetaten sentralt for hva et dagsentertilbud skulle være. I Sykehjemsetatens utkast til plassveileder var det skilt mellom ordinært dagopphold og dagsenter for personer med kognitiv svikt / demenssykdom. Her var det foreslått som kriterium for ordinær plass at «kognitiv svikt, atferdsproblematikk eller demensdiagnose som medfører behov for skjerming/mindre gruppe kan ikke ivaretas på ordinært dagsenter.» Videre at «pleiebehov og/eller medisinske behov kan ikke ivaretas på ordinært dagsenter.» Det siste var også et kriterium på skjermet dagsenter. Ellers var kriteriet på dagsenter for personer med kognitiv svikt at «atferd/behov som i betydelig grad påvirker øvrige brukere og avdelingens kompetanse og drift, og som krever ressurser ut over veiledende bemanningsnormer, kan ikke ivaretas på dagsenteret.»

Lederne vi snakket med ved dagsentrene, oppga at de ikke hadde kontakt med andre dagsentre, og heller ikke med dagaktivitetstilbudet eller demenskoordinator i bydelene.

5.4 Velferdsteknologi

Begge bydelene hadde tilbud om trygghetsalarm, GPS og medisindispenser samt elektronisk kalender. Sju av de ti brukerne i Bydel Alna hadde velferdsteknologi, mens to hadde fått informasjon om det, men hadde ikke behov. Den siste ble anbefalt å henvende seg til leverandøren av tjenestene for å få mer informasjon om dem. I Bydel Ullern hadde seks av de ti brukerne velferdsteknologi eller fått tilbud om det og takket nei. I de fire andre sakene fremsto ikke velferdsteknologi som relevant. Leilighetene i omsorgsboligen for personer med demens var utstyrt med digitalt tilsyn (RoomMate), og dørsensor kunne installeres.

5.5 Kommunerevisjonens vurdering

Både Bydel Alna og Bydel Ullern hadde dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens i en tidlig fase av sykdommen. Kommunerevisjonen merker seg imidlertid at bydelene ikke hadde tilbud tilrettelagt for personer med demens som ikke snakket norsk. I Bydel Alna var det flere brukere med demens som ikke fikk et aktivitetstilbud av den grunn. Bydel Alnas tilbud syntes heller ikke tilrettelagt for yngre med demens. I Bydel Ullern var det venteliste for dagaktivitetstilbudet, noe som kan tyde på at tilbudet ikke var dimensjonert etter behovet.

Bydelenes dagaktivitetstilbud fremsto på mange måter som godt tilrettelagt for brukerne og hadde aktiviteter som var egnet for målgruppen. Dagaktivitetstilbudene bidro til at brukerne fikk i seg mat, og at de fikk sosialt fellesskap og fysisk og mental aktivitet. Vi merker oss også at pårørende til brukere som hadde dagaktivitetstilbud, var svært fornøyd. Bydelenes dagaktivitetstilbud var tilpasset personer med demens som ikke hadde pleiebehov, og som kunne fungere i en gruppe.

Brukere som ble for dårlige for bydelens dagaktivitetstilbud, kunne bli henvist videre til Sykehjemsetatens dagsenter. Dagsentrene var tilpasset personer i dårligere fysisk form på den måten at de ikke hadde gåturer som en sentral aktivitet. Dagsenteret på Ellingsrud kunne i tillegg tilrettelegge for skjerming for personer som hadde behov for det. Det kunne ikke dagsenteret på Ullernhjemmet, og lokalene der var i liten grad tilrettelagt for målgruppen.

De to undersøkte dagsentrene i Sykehjemsetaten var i liten grad tilrettelagt for brukere med demens som hadde utferdstrang eller atferdsproblematikk som ikke ble avhjulpet med miljøtiltak, eller brukere som hadde mer omfattende behov for hjelp til forflytning, dobesøk eller spising.

Basert på vår gjennomgang av utvalgte mapper synes det som at bydelene informerte om og tilbød velferdsteknologi der det kunne være relevant.

6. Tilbud til pårørende

6.1 Revisjonskriterier

- Bydelen bør kartlegge behovet for støtte for pårørende til personer med demens / kognitiv svikt.
- Tilbud til pårørende skal utvikles i dialog med den pårørende og med personen vedkommende er omsorgsgiver for.
- Kommunen skal tilby støtte og avlastning for pårørende som har behov for det.

Kriteriet om utviklingen av tilbudet er behandlet ved å se etter spor av brukerinvolvering under de to øvrige kriteriene. Når det gjelder Sykehjemsetaten, ser vi i dette kapittelet kun på det tilbudet Bydel Alna og Bydel Ullern benyttet i etaten, i form av avlastningsopphold for personer med demens på helsehus.

6.2 Bydel Alna

6.2.1 Kartlegging av pårørendes behov for støtte

Bydelen hadde i 2022 satt i gang et prosjekt som handlet om ivaretagelse av pårørende. I den forbindelse testet de et verktøy for vurdering av belastning for pårørende. Målet med prosjektet var å forbedre oppfølgingen av pårørende i hjemmesykepleien.

Demensteamet oppga at de hadde godt samarbeid med mange pårørende. Som tidligere omtalt dro de på hjemmebesøk. De ønsket at de pårørende deltok ved hjemmebesøk for kartlegging, og de ga informasjon til de pårørende. De kunne observere om de pårørende var slitne, og gi råd om dagaktivitetstilbud eller avlastning. Det var flere pårørende som oppga at ansatte på dagaktivitetssenteret og i demensteamet hadde snakket med dem om mulig fremtidig avlastningsbehov – som korttidsopphold på helsehus.

Belastning for pårørende var med i vurderingen i vedtakene om avlastning. I mappene så vi vedtak for avlastning hvor begrunnelsen var de pårørendes behov: «Det vurderes at du har tyngende omsorgsoppgaver i hjemmet. Hensikten med oppholdet er at hjemmesituasjonen skal bli mer holdbar ved at det gis avlastning». Også i vedtak for dagsenter fremkom det at noe av formålet var avlastning for de pårørende: «...for at pårørende skal kunne gjøre ting på egen hånd».

6.2.2 Tilbud om støtte og avlastning for pårørende

Demensteamet opplyste at de hadde kontakt med pårørende hver 6. måned eller oftere ved behov. Brukere og pårørende kunne selv kontakte demensteamet, og demensteamet ga visittkortet til pårørende, slik at de lettere kunne kontakte dem.

I de gjennomgåtte mappene så vi at pårørende ofte deltok i hjemmebesøkene til demensteamet, og at demenskoordinatoren hadde oppfølgingskontakt med de pårørende. Kontakten var enten på telefon eller ved hjemmebesøk hos brukeren. I én av de gjennomgåtte mappene hadde det gått over ett år siden demensteamets første hjemmebesøk, og det fremkom ikke at det hadde vært kontakt etter det.

Når det gjaldt tilbud om kurs eller samtalegrupper for pårørende, viste bydelen til pårørendeskolen til Kirkens bymisjon. Demensteamet opplyste at de hadde hatt en pårørendesamling på kveldstid før koronapandemien. Etter pandemien oppga de at de

måtte ha tilbudet på dagtid, og at det da ikke hadde vært nok interesse til at de hadde kunnet ha en slik samling. Dagaktivitetstilbudet på Furuset seniorsenter hadde arrangert et møte for pårørende høsten 2022 med ca. 10 deltakere. Møtet foregikk på ettermiddagen. Da hadde de gitt informasjon om demens og fortalt om dagaktivitetstilbudet.

En pårørende vi snakket med, ønsket at det skulle vært pårørendekurs i bydelen. Det var viktig blant annet for å vite om de som pårørende gjorde det rette i den situasjonen de var i med en syk nærstående. Den pårørende opplevde å ikke få noe informasjon i bydelen om kurs eller hvor hen kunne henvende seg for å få mer informasjon.

En annen pårørende opplevde bydelen som veldig lydhøre, løsningsorienterte og på tilbudssiden og at de hadde god forståelse for de pårørendes situasjon. En annen pårørende oppga at hen og de andre pårørende var veldig slitne og ikke følte seg godt nok ivaretatt, da de hadde stort behov for avlastning på dagtid, men ikke hadde fått det. Den pårørende trodde de snart måtte søke langtidsplass for brukeren fordi avlastningen ikke kom.

Jeg er ganske sliten fordi jeg har prøvd å få hjelp fra Bydel Alna, men det er lite hjelp å få. Jeg kan ikke jobbe 100 % (...) (Pårørende)

Det var 13 pårørende til brukere med demens eller kognitiv svikt som mottok omsorgsstønad i bydelen i 2022.

6.3 Bydel Ullern

6.3.1 Kartlegging av pårørendes behov for støtte

Hukommelsesteamet oppga at de spurte om pårørendes behov og informerte om aktuelle tilbud. I de gjennomgåtte mappene var det flere eksempler på at pårørende hadde snakket med hukommelsesteamet. I noen av disse samtalene hadde pårørendes omsorgsbelastning vært tema. For eksempel at pårørende var utslitt, og at de hadde behov for ulike former for hjelp eller avlastning. I noen tilfeller ble en slik samtale fulgt opp med et møte med pårørende og ev. brukeren for å vurdere hva slags hjelp som kunne passe for brukeren og brukerens pårørende. Bydelen hadde ikke foretatt kartlegging i ett tilfelle der en bruker med stort hjelpebehov ble ivaretatt av en pårørende. I dette tilfellet hadde den pårørende gjentatte ganger gitt uttrykk for at omsorgsbelastningen var stor.

I noen tilfeller tok hukommelsesteamet kontakt med andre tjenester for å følge opp overfor pårørende. I noen av sakene hadde hukommelsesteamet ikke fulgt opp oppfølgingssamtalene med de pårørende innen avtalt tid på grunn av fravær i teamet. I disse tilfellene hadde teamet imidlertid tatt kontakt med de pårørende senere.

I samtaler med de pårørende var det flere som fortalte at de hadde hatt gode samtaler med hukommelsesteamet. Noen beskrev at hukommelsesteamet spurte dem om deres behov, men at de likevel ikke opplevde at det var noen systematisk oppfølging av de pårørende.

En pårørende hadde sagt fra at hen behøvde hjelp, men opplevde at bydelen ikke hadde noe å tilby. I mappene så vi at en pårørende hadde fortalt om behov i form av avlastning på dagtid for å kunne jobbe en full, vanlig arbeidsdag og behov for å ha forutsigbarhet og kunne planlegge avlastningsopphold. I samme periode ble det gjort endringer i brukerens tjenestetilbud på grunn av forverring av brukerens tilstand, men endringene svarte ikke på den pårørendes oppgitte avlastningsbehov.

Tilbud om støtte og avlastning for pårørende

Hukommelsesteamet fortalte at de introduserte pårørende for pårørendekurs i regi av Kirkens bymisjon ved behov. Teamet oppga videre at de også viste videre til samtalegrupper for pårørende i regi av Oslo demensforening. Pårørende til personer som ble utredet for demens i spesialisthelsetjenesten, skulle få tilbud om kurs der.

En pårørende vi snakket med, hadde måttet vente et år på å få tilbud om kurs på Diakonhjemmet. Vedkommende etterlyste et mer differensiert kurstilbud og tenkte da på at det var ulike behov hos pårørende som bodde sammen med en person med demens, og pårørende som var barn til en person med demens som bodde alene. Den pårørende hadde savnet hjelp til praktiske spørsmål, som bistand til håndtering av økonomi for personen med demens. Vedkommende ønsket at det kunne være pårørendegrupper som ikke var på dagtid, slik at det også var mulig for personer i jobb å delta.

Man føler seg så ensom i den perioden etter at diagnosen har blitt satt. Det å få støtte da har mye å si for resten av forløpet, ikke minst den psykiske belastningen for pårørende. (Pårørende)

Hukommelsesteamet tilbød oppfølging av pårørende til hjemmeboende personer med demens i form av støttesamtaler. Ifølge bydelens rutiner for hukommelsesteamet kunne teamet tilby veiledning og støtte i hvordan man kan håndtere rollen som pårørende, og informere og henvise til andre aktører som kunne gi støttetiltak. Pårørende kunne ta direkte kontakt med teamet ved behov for en slik samtale, eller teamet kunne tilby regelmessige støttesamtaler i en avgrenset periode.

Hukommelsesteamet skulle trappe ned og avslutte kontakten med pårørende når brukeren ble overført og ivaretatt av andre tjenester, som hjemmetjenester eller dagsenter, eller dersom brukeren fikk langtidsopphold på institusjon. Saksbehandlerne sa at de strakk seg langt for at det skulle oppleves trygt både for brukeren og de pårørende å bo hjemme med stort omsorgsbehov gjennom dialog med brukeren og de pårørende.

Vi har snakket med 11 pårørende i bydelen. Flere pårørende oppga at de i kontakten med bydelen ikke hadde blitt spurt om sine behov og ikke hadde blitt lyttet til, og at det var vanskelig å komme i kontakt med saksbehandlerne som hadde ansvar for vurderingen av tjenestetilbudet til brukeren. En pårørende som fortalte at vedkommende hadde blitt lyttet til, opplevde likevel at ingenting skjedde, og at de ikke kom videre. Flere var oppgitt over at de ikke fikk et tilbud fra bydelen som svarte på behovene til deres nærstående eller dem selv. Flere av de pårørende fortalte at de hadde blitt sykmeldt på grunn av omsorgsbelastningen de sto i. Noen vurderte eller hadde allerede gått til innkjøp av private tjenester fordi de opplevde ikke å få hjelpen de hadde behov for, av kommunen. En pårørende opplevde det som utfordrende at brukeren skulle være med på

alle møtene med bydelen, ettersom pårørende da ikke kunne fortelle fritt av frykt for å såre brukeren.

Jeg har gjort alt for henne i (et antall) år, det er som å ha et barn til. Det er umulig å være en fulltids omsorgsperson og samtidig ha fulltids jobb og livet ved siden av. Jeg ble sykemeldt og sov ikke om natten. (Pårørende)

Flere av tilbudene bydelen hadde for personer med demens eller kognitiv svikt, kunne også fungere som støtte og avlastning for pårørende. For eksempel hjemmetjenester og dagaktivitetstilbud. En pårørende til en beboer ved demensboligen var veldig fornøyd med dette tilbudet og opplevde det som ideelt. Vedkommende fortalte at det hadde vært svært tøft før de fikk denne tjenesten, og at det hadde skjedd en alvorlig hendelse der brukeren hadde vandret ute om natten, før bydelen aksepterte at brukeren ikke klarte seg hjemme alene. En annen pårørende til en beboer i demensboligen fortalte at brukeren trivdes i boligen, men at det var for stillesittende og lite aktivitet der.

For noen av brukerne i mappegjennomgangen var hjemmetjenester forsøkt, men blitt avsluttet fordi brukeren motsatte seg hjelp, eller fordi de pårørende opplevde at deres nærstående ble forverret av å få mange fremmede mennesker inn til seg. Noen tjenester, som dagaktivitetstilbud, ble avsluttet når brukeren ble for dårlig. I disse tilfellene falt store og krevende omsorgsoppgaver på de pårørende. Vi var i kontakt med pårørende til personer med demens som av ulike grunner mottok få tjenester, der de pårørende fremsto som svært slitne.

Omsorgsstønad var i 2022 mottatt av seks pårørende til personer med demens eller kognitiv svikt i bydelen.

Kommunerevisjonen har i mappegjennomgangen sett tre vedtak om avlastning. To der avlastning ble innvilget, og ett der søknaden om avlastning ble avslått. I disse vedtakene var det søkt om avlastningsopphold fordi de pårørende skulle reise bort. I vedtakene var det gjort vurderinger rundt brukerens hjelpebehov og i hvilken grad disse kunne ivaretas i hjemmet dersom de pårørende var bortreist. Det var i disse sakene ikke gjort en vurdering av de pårørendes omsorgsbelastning som selvstendig grunn til avlastning. En pårørende vi snakket med, mente at rullerende avlastning ga bedre forutsigbarhet for den pårørende og ville ha gjort det enklere å stå i omsorgsbelastningen over tid.

6.4 Avlastning i helsehus

Sykehjemsetatens fire helsehus ble brukt til avlastningsopphold for personer med demens / kognitiv svikt. Ifølge Helsedirektoratets pårørendeveileder er formålet med avlastning å hindre overbelastning hos pårørende og gi mulighet til nødvendig fritid, yrkesaktivitet og familieaktivitet. Samtidig må avlastningen sikre omsorgsmottakeren nødvendige og forsvarlige tjenester. Kommunerevisjonen har sett på helsehustilbudet som ble brukt av Bydel Alna og Bydel Ullern for personer med demens.

6.4.1 Bydel Alna

Bydel Alna hadde tilbud om avlastning for pårørende ved at brukeren fikk opphold på helsehus. Tre av brukerne som var omfattet av mappegjennomgangen, hadde vært på korttidsopphold på Solvang helsehus. Av vedtakene fremgikk det at oppholdet for to av disse var for å avlaste de pårørende, mens én ble innlagt på helsehus for rehabilitering.

Det fremgikk av vedtakene at de to avlastningsoppholdene var rullerende avlastning, det vil si at brukeren fikk innvilget opphold i helsehus med faste intervaller slik at pårørende skulle kunne hente seg inn. Den ene hadde fire ganger to uker avlastning per år. Den andre hadde to uker avlastning og seks uker hjemme. I ett av vedtakene om rullerende avlastning var det tatt egenbetaling, 180 kr per døgn.

En pårørende oppga å få avlastning når brukeren var på Solvang helsehus. Den pårørende opplevde imidlertid at det ikke var noen aktiviteter der, og at brukeren bare satt på rommet eller vandret alene i gangene.

6.4.2 Bydel Ullern

Bydel Ullern hadde et tilbud om avlastning for pårørende ved at brukeren fikk korttidsopphold på helsehus. Bydelen hadde tidligere hatt et tilbud om rullerende avlastningsopphold. Denne ordningen hadde bydelen imidlertid stort sett gått bort fra under pandemien. Bakgrunnen for det var at de mente det ga dårlig utnyttelse av plassene, siden avlastningsoppholdet da kunne komme når man trengte det minst, og ikke være der når man trengte det mest. Ordningen med avlastning i 2022 var derfor i hovedsak at pårørende søkte om avlastning ved behov.

Bydel Ullern bestilte korttidsplasser på Ullern helsehus. Det var primært disse som ble benyttet til avlastningsopphold. Det var ikke brukerbetaling for avlastning. Ansatte i bydelen fortalte at tilbudet ved helsehuset ikke var tilpasset målgruppen personer med demens, og at det var noen brukere som hadde utfordringer som helsehuset ikke hadde tilstrekkelig kompetanse på eller tilstrekkelig bemanning til å ivareta på en god nok måte. Bydelen bestilte i liten grad korttidsplasser på demensavdelingen på Solfjellhøgda helsehus.

Fire av brukerne i de undersøkte mappene hadde vært på korttidsopphold på helsehus, tre av disse på Ullern helsehus. Én av disse hadde vært på helsehuset med formål avlastning to ganger i løpet av 2022. Mappegjennomgangen viste at brukeren var urolig og hadde utferdstrang under oppholdene. Ved det andre oppholdet hadde brukeren sterk utferdstrang, ringte mye til pårørende og klarte å forlate helsehuset flere ganger. Ved ett tilfelle reiste brukeren hjem, til tomt, låst hus. Det var den pårørende som oppdaget hvor brukeren var, fordi brukeren ringte. Den pårørende, som da ikke var hjemme, fikk beskjed om at helsehuset ikke hadde kapasitet til å dra ut og hente pasienten, og ble bedt om å ringe politiet. I etterkant ble det satt inn fastvakt fra helsehusets side, det vil si en person som passet på brukeren hele tiden. En pårørende til en bruker som hadde vært på avlastning på Ullern helsehus, understreket at de ansatte på helsehuset gjorde så godt de kunne, og at det ikke var deres feil at systemet ikke strakk til.

6.4.3 Sykehjemsetaten

Sykehjemsetaten utarbeidet i 2014 en plassveileder om innhold og kvalitet i tjenestene. En revidert veileder som inkluderte helsehusene, var ikke ferdigstilt per mars 2023. I Sykehjemsetatens utkast sto det følgende om avlastningsopphold i helsehus: «Tilbudet egner seg ikke for personer med atferd/behov som i betydelig grad påvirker avdelingens drift og som krever ressurser ut over veiledende bemanningsnormer»

Bydelene beslutter hvilken type plass den enkelte innbygger skal få tilbud om. Ordinære korttidsplasser skulle ifølge Sykehjemsetaten i utgangspunktet ikke benyttes til avlastning for mennesker med langt fremskreden / alvorlig demenssykdom.

De ulike helsehusene meldte om utfordringer knyttet til bruken av helsehus til avlastning for personer med demens. Dette var også et tema Sykehjemsetaten tok opp i høringen om helsehus i bystyret 30. januar 2023. Ifølge Helsedirektoratet vil de fleste pasienter med demens utvikle atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens i løpet av sykdomsforløpet. Det kan gi seg utslag i aggresjon, uro, hallusinasjoner, angst og endringer i søvn. Slike symptomer kan forverres ved flytting. Personer med demens kan oppleve økt forvirring i møte med lange ganger med mange dører og ambulanser som kjører inn og ut ved helsehuset. Atferden kan være til sjenanse for andre pasienter og være utfordrende for personalet å håndtere. Pasienter kan bevege seg fritt på et helsehus og gå ut også der det ikke er ønskelig, noe som kan føre til farlige situasjoner for personer med demens som har utferdstrang. Sykehjemsetaten understreket at medarbeiderne i helsehusene forsøker å gi et så godt tilbud som mulig til disse innbyggerne utfra de forutsetningene og rammene som ligger til grunn på det enkelte helsehuset.

Sykehjemsetaten viste til at de ansatte på helsehusene er generalister, mens personer med demens har behov for å bli møtt med høy kompetanse rundt demens. Pasientene med demens kan ha behov for ro og skjerming og for å beskyttes mot farlige konsekvenser av utferdstrang. Det kunne helsehusene i utgangspunktet ikke tilby. Helsehusene kunne sette inn fastvakt for å sørge for at personen ikke forlot helsehuset, eller for å sørge for at personen ikke skadet seg selv eller andre. I 2021 fikk Sykehjemsetaten en pott på 20 mill. kroner for å kunne sette inn fastvakt på helsehus.

Sykehjemsetaten tilbød kurs til ansatte ved helsehus. Det ble gjort kompetansekartlegginger, og det fantes en kompetansemodul. Det var ulike stillingsbrøker og mer tilrettelagt for kompetanseheving for dem som jobbet fulltid. Sykehjemsetaten opplyste at et minimum av opplæring i det som er mest relevant og viktig, var obligatorisk for nattevakter og dem som jobbet tredje hver helg.

Bydelene hadde gitt tilbakemelding til Sykehjemsetaten om at de ønsket seg mer innhold i avlastningsoppholdene. Bemanningsnormen for avlastningsopphold var ifølge Sykehjemsetaten for lav for å drive sosiale aktiviteter. Etaten hadde derfor vært i dialog med byrådsavdelingen med forespørsel om mer midler til å ha aktiviteter i avlastningstilbudet.

Solvang helsehus

Alle de rullerende avlastningsplassene i Oslo kommune var lokalisert på Solvang helsehus. Antallet var 32 i 2022 og ble redusert til 28 i 2023. Bydel Alna hadde seks av de rullerende avlastningsplassene. I 2022 hadde bydelen hatt 16 brukere på rullerende avlastningsopphold. De rullerende avlastningsplassene måtte bestilles for hvert halvår. Avlastningsplassene på Solvang helsehus var fordelt på to avdelinger. Den ene avdelingen hadde kun avlastningsplasser, mens den andre også hadde korttids-/rehabiliteringsplasser.

Solfjellhøgda helsehus

Bydel Alna kjøpte 24 ordinære korttidsplasser ved Solfjellhøgda helsehus i halvåret. Disse plassene ble også brukt til avlastning for personer med demens. 15 brukere hadde vært på avlastningsopphold på Solfjellhøgda i 2022, og noen hadde vært der flere ganger.

Solfjellhøgda helsehus hadde en skjermet enhet med 9 plasser som også ble brukt til avlastning. Denne enheten hadde et eget fagmiljø med spesiell kompetanse på miljøterapi. Det var flere pleiere på den den skjermede enheten enn på en ordinær korttidsavdeling. Enheten var tilrettelagt for brukergruppen ved at den var avgrenset og skjermet, og det ble organisert gruppeaktiviteter blant annet i form av digitale spill.

For den skjermede enheten var det et sett med inntakskriterier som pasienten måtte passe inn i. Kriteriene handlet om at brukeren blant annet ikke kunne ha tilstander som krevde 1 : 1-oppfølging, være voldelig, ha betydelig fallfare eller ha medisinsk utstyr som krevde overvåking. Tilbudet kunne passe for personer med uro og utferdstrang.

Ingen bydeler forhåndsbestilte de skjermede plassene, selv om det var mulig. Bydelene betalte 10 % mer for plasser de ikke hadde forhåndsbestilt. Den ekstra driftskostnaden for enheten som fulgte av den økte bemanningen, ble dekket av Sykehjemsetaten.

Det varierte hvor mange liggedøgn bydelene kjøpte ved den skjermede enheten. Bydel Alna kjøpte flest i 2022, med 479 døgn, mens Bydel Bjerke kjøpte færrest med 20 liggedøgn. Bydel Ullern kjøpte 55 liggedøgn.

Det var ofte venteliste for plasser på den skjermede enheten. Sykehjemsetaten mente at det kunne være flere pasienter på ordinære korttidsplasser som ville kunne hatt bedre nytte av å være på spesialplassene. Ifølge etaten var det om lag 80 prosent av pasientene på helsehuset som hadde en kognitiv svikt.

Ullern helsehus

Ullern helsehus hadde 96 plasser, i hovedsak ordinære korttidsplasser. Bydel Ullern hadde hatt 36 brukere på avlastning i helsehus i 2022, i hovedsak på Ullern helsehus. Da Kommunerevisjonen snakket med fungerende institusjonssjef 5. januar 2023, var det ni av pasientene som hadde fastvakt. For flere av disse var det demenssykdommen som var utløsende for behovet for fastvakt.

Ullern helsehus ble i praksis også brukt til rullerende opphold for personer med demens. 3 brukere fra Bydel Ullern hadde slik avlastning ved helsehuset i 2022. Sykehjemsetaten opplyste at det ikke var tilstrekkelig kompetanse til avlastning for personer med demens på helsehuset. Helsehuset hadde heller ikke tilpasset miljø, og det var for urolig. Etaten opplyste at den hadde tatt opp problemstillingen med bydelene, men at de ikke kunne nekte å ta imot pasienter.

Sak om omorganisering av helsehusene

Byrådet fremmet 30. mars 2023 en sak om omorganisering av helsehus i Oslo (byrådssak 60/23). I saken fremgikk det at det var behov for bedre tilrettelegging av avlastningsplassene. Byrådet ville videreføre 28 avlastningsplasser ved Solvang helsehus og etablere en tilsvarende avlastningsavdeling med 22 plasser ved Madserudhjemmet fra 2024. For yngre personer med demenssykdom fremgikk det av

byrådssaken at avlastningsopphold ville kunne gis ved Furuset hagelandsby når dette tilbudet skulle åpne i 2024. Andre helsehusplasser skulle ikke lenger benyttes til avlastningsopphold.

6.5 Kommunerevisjonens vurdering

I begge bydelene spilte demens-/hukommelsesteamet en viktig rolle i å gi informasjon og støtte til de pårørende, og teamet fikk i en del tilfeller informasjon om de pårørendes omsorgsbelastning og kunne ta initiativ til å sette i verk tiltak. Dagaktivitetstilbudene i bydelene hadde også i noen grad støttesamtaler med de pårørende. Bydel Alna hadde startet et forbedringsarbeid knyttet til ivaretagelse av pårørende i 2022. Bydelen kartla og vurderte de pårørendes omsorgsbelastning i forbindelse med vedtak om avlastning. Tilsvarende så vi ikke i Bydel Ullern, der kartleggingen fremsto som mindre systematisk.

Det var få spor av at bydelenes tilbud ble utviklet i dialog med den pårørende og personen vedkommende var omsorgsgiver for. Ettersom hukommelsesteamet i Bydel Ullern normalt trakk seg ut når brukeren fikk andre tjenester, var det en risiko for at det var lavere oppmerksomhet om pårørendes omsorgsbyrde ut i sykdomsforløpet.

Bydelene hadde få egne tiltak for pårørende, men kunne informere om kurs og samtaletilbud for pårørende i regi av ideelle organisasjoner. Flere pårørende vi snakket med, etterlyste slike tilbud.

Bydelenes tilbud til personer med demens i form av hjemmetjenester og dagaktivitetstilbud omtalt i kapittel 5 kunne virke avlastende for de pårørende. I tilfeller der personen med demens ikke hadde slike tjenester, falt en stor omsorgsbelastning på de pårørende. Det ga risiko for at de pårørende selv ble utslitt og syke, at de ikke klarte å ivareta brukerens omsorgsbehov over tid, og at brukeren dermed ikke kunne bo hjemme.

Bydel Alna hadde et tilbud om avlastning i helsehus og tilbød både rullerende avlastning og skjermede plasser på helsehus. Bydelen benyttet også ordinære korttidsplasser på helsehus til avlastning for personer med demens. Slike plasser var ikke ment for personer med alvorlig demens, som var dem avlastningsopphold var mest aktuelt for. Det er ikke hjemmel til å kreve egenbetaling for korttidsopphold i institusjon med formål avlastning, slik bydelen hadde gjort i ett tilfelle i de sakene Kommunerevisjonen har sett.

Bydel Ullern hadde et tilbud om avlastning som fant sted på ordinære korttidsplasser på Ullern helsehus. Slike plasser var ikke ment for personer med alvorlig demens, som var dem avlastningsopphold var mest aktuelt for. Det var en risiko for at terskelen for å søke avlastning var høy når de pårørende måtte søke om avlastning gang for gang.

Bydel Ullern brukte i liten grad det tilbudet i Sykehjemsetaten som var tilpasset brukere med demens. Avlastning er viktig for at de pårørende skal orke å stå i en krevende omsorgssituasjon over tid. Det er en forutsetning for å nå målsettingen om at personer med demens skal kunne bo hjemme lengst mulig. Kommunerevisjonen merker seg at byrådet har tatt til orde for en økt spesialisering i Sykehjemsetatens tilbud til personer med demens, og at ordinære korttidsplasser ikke lenger skal benyttes til avlastning.

7. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger

Kommunerevisjonen har undersøkt i hvilken grad Bydel Alna, Bydel Ullern og Sykehjemsetaten har tilrettelagt for at personer med demens kan bli boende i eget hjem. De undersøkte områdene har vært kartlegging og oppfølging av personer med demens, kompetanse og kontinuitet blant ansatte som arbeider med denne målgruppen, aktivitetstilbud og tilbud til pårørende.

7.1 Konklusjoner

Bydel Alna og Bydel Ullern tilrettela på flere områder for at personer med demens kunne bli boende hjemme. Demens-/hukommelsesteam, hjemmetjenester og dagaktivitetstilbud i begge bydeler samt omsorgsboligen for personer med demens i Bydel Ullern var tilbud som bidro til at personer med demens kunne bo hjemme.

Bydel Alna hadde rutiner og praksis som la til rette for kartlegging av personer med demens, også i form av kognitiv testing. Bydel Ullern foretok kartlegging av funksjonsnivå, men hadde ikke foretatt kognitiv testing i de gjennomgåtte mappene. Slik kartlegging var viktig med tanke på å kunne gi et tilpasset tjenestetilbud.

Begge bydelene hadde rutiner og tiltak som kunne bidra til at personer med kognitiv svikt som mottok hjemmetjenester, fikk tilfredsstilt grunnleggende behov for hygiene, ernæring og medisin. Det var likevel eksempler på at grunnleggende behov ikke ble dekket. I Bydel Alna var det eksempler på at observerte utfordringer hos brukerne ble tatt tak i sent. I begge bydelene var det eksempler på manglende vektkontroll og at brukere med demens tidvis ikke fikk dekket grunnleggende behov fordi de motsatte seg hjelp. Kommunerevisjonen stiller spørsmål ved om ansatte i hjemmetjenesten hadde tilstrekkelig kompetanse til å håndtere slike situasjoner. Risikoen økte med mange ulike ansatte hjemme hos brukeren og lite opplæring om demens.

Bydel Alna og Bydel Ullern hadde et dagaktivitetstilbud for personer med demens i en tidlig fase av sykdommen. Dagaktivitetstilbudene fremsto på mange måter som godt tilrettelagt for brukerne. De inneholdt aktivitet, sørget for ernæring, fulgte med på utvikling i brukernes behov og bidro til støtte og avlastning for eventuelle pårørende. Tilbudet var ikke tilrettelagt for brukere som ikke snakket norsk, som ikke fungerte i gruppe, eller som hadde pleiebehov.

Brukerne som ble for dårlige til bydelenes dagaktivitetstilbud, ble av bydelene henvist videre til dagsenter i Sykehjemsetaten. Dagsenteret på Ellingsrud, som ble benyttet av Bydel Alna, var tilrettelagt for brukere med demens, men kunne ikke ivareta personer med et større pleiebehov eller med utferdstrang. Dagsenteret på Ullernhjemmet var i liten grad tilrettelagt for brukere med demens som var blitt for dårlige til å delta på bydelens eget dagaktivitetstilbud, selv om bydelen brukte senteret til det.

Pårørende spilte i mange tilfeller en avgjørende rolle for at personer med demens kunne bli boende hjemme. Bydel Alna hadde startet et forbedringsarbeid knyttet til ivaretagelse av pårørende i 2022. Bydelen kartla og vurderte pårørendes omsorgsbelastning i forbindelse med vedtak om avlastning. Tilsvarende så vi ikke i Bydel Ullern, der kartleggingen fremsto som mindre systematisk. Det var få spor av at bydelenes tilbud ble utviklet i dialog med de pårørende og personen vedkommende var

omsorgsgiver for. Bydelenes hukommelses-/demensteam var viktig som kilde til støtte for pårørende. Det var risiko for at redusert kapasitet i hukommelsesteamet i Bydel Ullern førte til mindre tilbud om støtte til pårørende.

Avlastning er viktig for at pårørende med stor omsorgsbelastning skal klare å ta vare på sine nære over tid og med det gjøre det mulig for personer med demens å bo hjemme.

Bydel Alna tilbød både rullerende avlastning og avlastning på skjermede plasser på helsehus, i tillegg til avlastning på ordinære korttidsplasser. Bydel Ullern benyttet i all hovedsak ordinære korttidsplasser ved Ullern helsehus til avlastning, til tross for at både bydelen selv og Sykehjemsetaten uttalte at dette ikke var et egnet tilbud. Kommunerevisjonen merker seg i den forbindelse at byrådet i byrådssak 60/23 har uttalt at ordinære korttidsplasser ikke lenger skal brukes til avlastning.

7.2 Anbefalinger

Kommunerevisjonen anbefaler Bydel Alna å

- vurdere behov for tiltak i hjemmetjenesten for å sikre at observerte utfordringer hos brukerne blir tatt tak i, herunder vurdere behov for mer opplæring knyttet til brukere som motsetter seg hjelp
- vurdere å tilrettelegge for aktiviteter til personer med demens som ikke snakker norsk

Kommunerevisjonen anbefaler Bydel Ullern å:

- vurdere tiltak for å sikre tilstrekkelig kapasitet i hukommelsesteamet
- vurdere behov for mer opplæring knyttet til brukere som motsetter seg hjelp
- vurdere behovet for å tilrettelegge for aktiviteter til personer med demens som ikke snakker norsk
- sørge for systematisk kartlegging av pårørendes behov
- sikre et tilpasset tilbud om avlastning

Kommunerevisjonen anbefaler Sykehjemsetaten å vurdere å tilpasse innretningen på dagsentrene slik at de bedre dekker behovene til personer med demens.

Kommunerevisjonen merker seg at byrådet har fremmet en sak om helsehus som innebærer omorganisering av avlastningstilbudet, i tillegg til en ny demensplan.

Kommunerevisjonen anbefaler byråden for helse, eldre og innbyggertjenester å vurdere behov for ytterligere tiltak i lys av rapportens konklusjon og vurderinger.

8. Uttalelser til rapporten og Kommunerevisjonens vurdering av disse

Kommunerevisjonen har mottatt uttalelser til rapporten fra Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester, Sykehjemsetaten, Bydel Alna og Bydel Ullern. Sykehjemsetaten har i tillegg kommentert enkelte forhold i epost. I dette kapittelet presenterer og vurderer Kommunerevisjonen sentrale momenter i uttalelsene. Uttalelsene følger i sin helhet i vedlegg 3-6.

8.1 Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester

8.1.1 Byrådsavdelingens uttalelse

Byrådsavdelingen har ikke innvendinger til revisjonskriteriene i undersøkelsen eller til undersøkelsens metode og data. Byrådsavdelingen kommenterer i sin uttalelse at i tabell 1, som viser oversikt over bydelenes tiltak/tilbud, er spørsmål som bydelene ikke har besvart/hvor svar mangler også røde.

Med hensyn til tiltak, varsler Byrådsavdelingen at den vil oversende rapporten til bydelene når den er ferdigstilt. Videre at den vil vurdere relevante arenaer hvor Kommunerevisjonen kan inviteres og presentere rapporten for bydelene.

Byrådsavdelingen vil vurdere rapportens konklusjoner og anbefalinger sammen med oppfølgingen av ny demensplan for Oslo «Forglem meg ei». Byrådsavdelingen vil slik følge opp bydelenes arbeid med å videreutvikle tilbudene til hjemmeboende med demens og deres pårørende.

Avlastningstilbudene i helsehus vil følges opp gjennom tiltak i byrådssaken «Omorganisering av helsehusene i Oslo». Byrådsavdelingen vil følge opp dette og innretningen på dagsentrene i styringsdialogen med Sykehjemsetaten.

Med hensyn til tidsramme for gjennomføring av tiltak, melder byrådsavdelingen at relevant arena og tidspunkt for presentasjon av rapporten vil være høsten 2023. Demensplanen vil følges opp fra høsten 2023 og i hele planperioden. Styringsdialogen med Sykehjemsetaten skjer både gjennom etatsoppfølgingsmøter og fortløpende.

8.1.2 Kommunerevisjonens vurdering

Kommunerevisjonen har på bakgrunn av byrådsavdelingens kommentar om Tabell 1 lagt inn en presisering i tabellnote. I utvalget av spørsmål som er gjengitt i denne tabellen, er det ett tilfelle av manglende svar fra én av bydelene. Kommunerevisjonen har nå angitt dette tilfellet konkret i tabellnoten.

Byrådsavdelingen varsler tiltak som er relevante ut fra rapporten.

8.2 Sykehjemsetaten

8.2.1 Etatens uttalelse

Sykehjemsetaten har ikke innvendinger til revisjonskriteriene i undersøkelsen. Når det gjelder undersøkelsens metode og data, kommenterer Sykehjemsetaten at bydelene er organisert veldig ulikt med tanke på tilbud i egen bydel sett opp mot kjøp av tjenester fra eksempelvis Sykehjemsetaten. Når hensikten er å kartlegge Oslo kommunes tilbud til en definert brukergruppe, kan det å kartlegge tilbudet i kun to av 15 bydeler gi et noe skjevt bilde av hvilket tilbud Oslo kommune egentlig har. Etaten mener videre at kartleggingen omfatter et begrenset antall brukere ved det enkelte dagsenter, noe som igjen kan føre til usikkerhet om funnene gjenspeiler det reelle bildet av tilbudene i den enkelte bydel/det respektive dagsenteret.

Når det gjelder tiltak, melder Sykehjemsetaten at lokalene som benyttes av dagsenteret på Ullern, gir noen begrensninger for hvilken type tjeneste som kan utføres i disse. Ved å redusere antall brukere per dag, kan tilbudet «spisses» ytterligere, og tilpasses brukergruppen personer med demens. Etaten opplyser at tiltakene kan iverksettes så snart det foreligger en konkret etterspørsel/bestilling fra bydel for denne type plasser ved dagsenteret på Ullern. Sykehjemsetaten skriver videre at den vil ta med seg innholdet i rapporten i videre arbeid med å utvikle gode tjenester til brukergruppen.

8.2.2 Kommunerevisjonens vurdering

Kommunerevisjonen er enig med Sykehjemsetaten i at undersøkelser i to bydeler ikke gir et fullstendig bilde av tilbudet til denne målgruppen i Oslo kommune som helhet. Dybdeundersøkelsen i de to bydelene er i noen grad supplert med beskrivelser av Sykehjemsetatens tilbud. Det er også gjengitt resultater fra en kartlegging av tilbudet til personer med demens som omfattet alle bydelene. Forvaltningsrevisjonen ble begrenset til to bydeler for å være gjennomførbar som en dybdeundersøkelse innenfor gitte rammer.

Når det gjelder dagsentrene som har blitt undersøkt, er det riktig at undersøkelsen kun har omfattet tilbudet til brukere med demens. I tillegg hadde begge de to dagsentrene også brukere uten kognitiv svikt som ikke er vurdert. Kommunerevisjonen har altså kun vurdert tilbudet til personer med demens og mener funnene gir et riktig bilde av tilbudet for disse. Kommunerevisjonen oppfatter at Sykehjemsetaten er enig i dette, etter som den melder at den vil ta med seg innholdet i rapporten i det videre forbedringsarbeidet.

Sykehjemsetaten vil ikke iverksette konkrete tiltak på eget initiativ knyttet til innretningen eller kvaliteten på dagsentertilbudet. Etaten skisserer imidlertid et tiltak som kan iverksettes ved en bestilling fra Bydel Ullern.

8.3 Bydel Alna

8.3.1 Bydelens uttalelse

Bydel Alna har ikke innvendinger til revisjonskriteriene eller undersøkelsens metode og data. Bydelen skriver at rapporten gir bydelen et grunnlag for å planlegge og iverksette riktige tiltak med mål om å oppnå kvalitetsforbedring.

Bydel Alna skriver at den allerede har iverksatt eller vil iverksette flere tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjon og anbefalinger.

Bydelen planlegger følgende tiltak for å sikre at observerte utfordringer hos bruker blir tatt tak i:

- vurdere behov for mer opplæring knyttet til brukere som motsetter seg hjelp
- innføre et elektronisk verktøy (ELISE) som blant annet kan bidra til å sikre at observerte og dokumenterte utfordringer fanges opp i og nødvendige tiltak iverksettes
- etablere tettere samarbeid med tannhelsetjenesten
- demensteamet starter med å gi månedlig veiledning til ansatte med fokus på tillitsskapende arbeid og kommunikasjon
- oppstart av to grupper som skal delta i Demensens ABC istedenfor én gruppe som tidligere, fra høsten 2023.

Bydelen melder videre at den har lagt inn emner om demens i kompetanseplaner for alle ansatte i tjenesten. Bydelen planlegger at de aller fleste av deres ansatte, inkludert ekstravakter, skal gjennomgå disse emnene i løpet av 2023.

Med hensyn til tiltak for å tilrettelagte for aktiviteter til personer med demens som ikke snakker norsk, planlegger bydelen å starte et prosjekt med mål om å forbedre avlastning for pårørende til personer med demens. Tiltakene skal utvikles i samarbeid med pårørende og integreres i vanlig drift. Behov for tilrettelagte aktiviteter til personer med demens som ikke snakker norsk og avlastning for deres pårørende vil være en del av dette prosjektet. Ansettelse av en prosjektleder og oppstart planlegges gjennomført i løpet av de neste tre måneder. Evaluering av prosjektet planlegges innen juli 2024.

8.3.2 Kommunerevisjonens vurdering

Bydelen varsler tiltak som er relevante ut fra rapporten.

8.4 Bydel Ullern

8.4.1 Bydelens uttalelse

Bydel Ullern har ikke innvendinger til revisjonskriteriene eller undersøkelsens metode og data. Bydelen skriver at rapportens innhold oppfattes som nyttig og gir godt grunnlag for systematisk forbedringsarbeid for tjenesten.

Bydel Ullern melder følgende tiltak:

Tiltak for å sikre tilstrekkelig kapasitet i hukommelsesteamet:

- Bydelen vil i løpet av sommeren 2023 ha avklart i forhold til videre langtidsfravær og eventuelt behov for vikar i hukommelsesteamet.

Tiltak for opplæring knyttet til brukere som motsetter seg hjelp:

Bydelene tilbyr medarbeidere mulighet for videreutdanning innen demens og alderspsykiatri. For å heve kompetansen vil bydelen gjennomføre flere tiltak av ulike varighet, blant annet:

- utvikle medarbeidernes evne til refleksjon, slik at de har en mer kunnskapsbasert og moden oppfatning av situasjoner der brukerne takker nei til hjelp.
- benytte verktøyet ELISE til identifisering av risikopasienter.
- drøfting av brukere i tverrfaglige møter der hukommelsesteamet deltar.
- ansette en klinisk ernæringsfysiolog høsten 2023 som vil være viktig i arbeid med denne brukergruppen

- arbeide med å gjøre innholdet i prosedyren i kvalitetssystemet Obedre kjent for alle ansatte.
- styrke ansattes kunnskap og kompetanse, bla gjennom at medarbeidere gjennomfører Demensomsorgens ABC med oppstart juni 2023

Vurdere tilrettelegging for aktiviteter til personer med demens som ikke snakker norsk: Bydelen har pr i dag ikke vurdert dette som en stor problemstilling da innbyggerne i bydelen hovedsakelig er norskspråklige. Bydelen vil ved framtidig behov, søke samarbeid med bydeler som har erfaring med dette.

Tiltak for systematisk kartlegging av pårørendes behov:

Bydelen vil gjennomgå rutiner for kartlegging og vurdering av omsorgsbelastning i samarbeid med saksbehandlere når den vurderer søknader om avlastning og aktuelle helse- og omsorgstjenester. Bydelen jobber med implementeringen av «standard for pårørendearbeid» som grunnleggende veileder i det daglige arbeidet.

Tiltak for tilpasset tilbud om avlastning:

Bydelen viser til at Sykehjemsetaten skal endre oppholdssted for avlastning, og at bydelen innvilger avlastning etter en individuell vurdering.

Bydelen vil gjennom 2023 også benytte aktivitetstid på dagtid som avlastning Aktiv hverdag ble etablert i januar 2023, hvor yngre personer med demens får et eget dagaktivitetstilbud. Dette tilbudet supplerer de andre ordningene som kan være med på å opprettholde ordinære arbeid og aktiviteter for pårørende.

Generelt kvalitetsforbedrende arbeid:

Rapporten vil bli gjennomgått på alle tjenestesteder som er omfattet av forvaltningsrevisjonen. Funnene som omhandler tjenesten vil ligge til grunn for videre kvalitetsarbeid. Bydelen har lagt merke til kvalitetsforbedringsprosjektet som er gjennomført i Bydel Alna, og vil ta kontakt med bydelen for å se på aktiviteter som har overføringsverdi.

Med hensyn til tidsperspektiv melder bydelen at iverksettelse av tiltak og tidsplan vil være med oppstart sommeren 2023 og gjennomføring av tiltak på kort sikt vil være gjennomført dette året. Aktiviteter med lengre tidsperspektiv vil bli arbeidet videre med i 2024.

8.4.2 Kommunerevisjonens vurdering

Bydelen varsler tiltak som er relevante ut fra rapporten.

Referanser

Referanser fra Oslo kommune

- Byrådssak 273/2022 Demensplan for Oslo 2023-2027 – «Forglem meg ei»
- Byrådssak 60/23 – Omorganisering av helsehus i Oslo

Eksterne referanser

- Folkehelseinstituttet. (2021). Folkehelserapporten:
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/%20?term=demens%20&h=1>
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Demenskartet:
https://demenskartet.no/?doing_wp_cron=1639992861.4723150730133056640625#3
- Gjøra mfl. (2020). Forekomst av demens i Norge.

Tabelloversikt

Tabell 1 Oversikt over noen tiltak/tilbud relevante for personer med demens/ kognitiv svikt i bydelene	18
Tabell 2 Antall ulike ansatte fra hjemmetjenesten inne hos brukeren på en måned, gruppert ut fra antall besøk, Bydel Alna (snitt for alle bydeler i parentes)	33
Tabell 3 Antall ulike ansatte fra hjemmetjenesten inne hos brukeren på en måned, gruppert ut fra antall besøk, Bydel Ullern (snitt for alle bydeler i parentes)	35
Tabell 4 Dagsenterbestilling bydelene 2019-2023, 1. halvår	40

Figuroversikt

Figur 1 Personer 30 år og over med demenssykdom i Oslos bydeler, fremskrevet til 2040.....	14
Figur 2 Organisering av tjenestetilbudet til hjemmeboende med demens i Bydel Alna.....	20
Figur 3 Organisering av tjenestetilbudet til hjemmeboende med demens i Bydel Ullern.....	21

Vedlegg 1 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er en betegnelse på de forventningene og kravene Kommunerevisjonen legger til grunn for vurderingene sine, det vil si de kravene, normene og standardene som forvaltningsrevisjonsobjektet skal vurderes mot. Revisjonskriteriene skal utledes fra autoritative kilder. Disse er redegjort for under kriteriene.

Begrepet «personer med demens» i problemstillingen omfatter også personer med kognitiv svikt som har behov for oppfølging av kommunen, men som ikke har fått en demensdiagnose. Dette er reflektert i de fleste av revisjonskriteriene. Enkelte av kommunens tilbud er imidlertid beholdt personer med en demensdiagnose. I de aktuelle tilfellene er det angitt i revisjonskriteriet. I de tilfellene der Sykehjemsetaten er omtalt i revisjonskriteriene, handler det om tilfeller der personer med demens / kognitiv svikt som bor hjemme, er på et midlertidig opphold i helsehus eller benytter et dagsenter drevet av Sykehjemsetaten.

Vi legger til grunn at forutsetningene for at personer med demens eller kognitiv svikt skal kunne bo hjemme, er at de mottar nødvendige tjenester slik at behovene deres blir ivarettatt og de føler seg trygge, og at pårørende som yter omsorg får nødvendig støtte. Vi har gruppert revisjonskriteriene under fire overskrifter: kartlegging og oppfølging av personer med demens eller kognitiv svikt; kompetanse og kontinuitet i bemanningen; aktivitetstilbud til personer med demens / kognitiv svikt og tilbud til pårørende til personer med demens / kognitiv svikt.

Oslo kommune skal yte forsvarlige tjenester til personer med demens eller kognitiv svikt. Det er i utgangspunktet kommunen som avgjør på hvilken måte den organiserer tilbudene sine innenfor helse- og omsorgstjenesten. Ved beslutning om tjenestenivå og -omfang kan det legges vekt på hensynet til kommunens ressurser og prioriteringer. Loven setter imidlertid en minstandard som kommunene ikke kan gå under. Dette forsvarlighetskravet ligger gjennomgående til grunn i forvaltningsrevisjonen. Se også Helsedirektoratet, Veileder for saksbehandling – Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.

Problemstillingen i denne undersøkelsen er:

- I hvilken grad tilrettelegger Oslo kommune for at personer med demens kan bli boende i eget hjem?

1.1. Kartlegging og oppfølging av personer med demens eller kognitiv svikt

Revisjonskriterier

- Bydelen skal sørge for kartlegging av funksjonsnivå og av sikkerheten i hjemmet og vurdere behov for tjenester for personer med demens / kognitiv svikt.
- Bydelen og Sykehjemsetaten skal sikre at personer med demens / kognitiv svikt får tilfredsstilt grunnleggende behov, herunder knyttet til hygiene, munnhelse, tilstrekkelig ernæring og medisin, sistnevnte i tilfeller der det er gjort vedtak om at kommunen skal stå for legemiddelhåndtering.

- Bydelen skal sørge for at tilbudet til personer med demens / kognitiv svikt er helhetlig og koordinert.

Utleddning

Det følger av formålet til helse- og omsorgstjenesteloven at kommunen skal sikre at tjenestetilbudet er tilpasset den enkeltes behov. Tjenestetilbudet skal videre tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og bidra til at ressursene utnyttes best mulig. For at hjemmeboende personer med demens skal få et individuelt tilpasset tjenestetilbud, må kommunen ha et system som sikrer oppfølging fra det er meldt mistanke om demens, til eventuelt opphold ved sykehjem. Hovedregelen er at all form for helsehjelp bare kan gis med samtykke fra personen med demens / kognitiv svikt.

I Demensplan for Oslo kommune 2014–2019, som gjelder inntil ny demensplan er vedtatt,⁵ står det at «All omsorg for personer med demens skal være personsentrert. Det innebærer anerkjennelse av demensrammedes følelser, ønsker, livshistorie og rettigheter, og at de sikres rett behandling og oppfølging gjennom hele sykdomsforløpet.»

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 sier at kommunen har plikt til å gi helse- og omsorgstjenester til innbyggerne i hjemmet. Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Bestemmelsen er speilet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a annet ledd som sier at pasienter og brukere har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Bestemmelsen gir pasientene og brukerne rettskrav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard basert på en individuell helse- og sosialfaglig behovsvurdering. I dette ligger at tjenesten skal holde tilfredsstillende kvalitet samt ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Retten til tjenester gjelder alle pasient- og brukergrupper og er dermed uavhengig av diagnose.

Videre følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 at helse- og omsorgstjenestene skal være forsvarlige og tilrettelegges slik at den enkelte bruker gis et tjenestetilbud som er helhetlig, koordinert og verdig. For å sikre at tjenestetilbudet samtidig er tilpasset den enkeltes behov, er det nødvendig å foreta en kartlegging. Kommunen skal kartlegge personens funksjonsnivå og behov for tilrettelagte tiltak og oppfølging.

Ifølge Nasjonal faglig retningslinje for demens og i henhold til veilederen for basal demensutredning bør kommunen også sørge for kartlegging av sikkerheten i hjemmet til personen med demens / kognitiv svikt og vurdere om det er behov for tiltak for å øke sikkerheten i hjemmet. Forhold av betydning for sikkerheten kan være brannfare, fallfare, mulighet for varsling og tilgang på våpen.

Demens er en progredierende sykdom, og hjelpebehovet til personen med demens vil endre seg over tid. Fastlegen skal følge opp jevnlig etter diagnose. I Nasjonal faglig retningslinje for demens er det anbefalt at kommunen har et

⁵ Ny demensplan for Oslo kommune ble behandlet i bystyret 15.12.2022

demensteam/hukommelsesteam som en del av sitt tilbud til personer med demens. Videre er det i retningslinjene anbefalt at teamet etablerer rutiner for samarbeid med fastlegen. Kommunen må jevnlig evaluere at tjenesten den yter, er i tråd med personens behov, og vurdere behov for endringer i hjelpen personen mottar.

Fastlegen har ansvar for å vurdere om personen med demens selv er i stand til å administrere foreskrevne legemidler på en forsvarlig måte. Det kan ofte være behov for at kommunens helse- og omsorgstjeneste tar ansvar for legemiddelhåndteringen for personer med demens.

Kommunen kan da fatte vedtak om slik helsehjelp. Kommunens helse- og omsorgstjeneste må sørge for at legemidlene blir tatt i rett dose til rett tid, følge med på virkning og bivirkninger av legemidler samt rapportere dette tilbake til fastlegen. Slik legemiddelhåndtering er regulert av forskrift om legemiddelhåndtering.

Eldre og personer med demens kan ha økt risiko for karies pga. redusert spyttsekresjon og økt medisinbruk. Samtidig kan personer med demens minste evnen til å ivareta egen munnhelse. Dårlig munnhelse medfører risiko for en rekke sykdommer og for vekttap/underernæring. Kommunen skal etablere skriftlig nedfelte prosedyrer som skal sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov, herunder nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene, jf. forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3. Personer som mottar hjemmesykepleie ukentlig i mer enn tre måneder, har rett til gratis nødvendige tannhelsetjenester i henhold til forskrift om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten § 2. Kommunen må vurdere munnhelsen til personer med demens som mottar hjemmetjenester, og ved behov yte hjelp til å ivareta munnhelsen eller motta behandling.

Hjemmeboende med demenssykdom er i en risikogruppe for å utvikle underernæring. Kommunen skal vurdere risiko for underernæring og/eller feilernæring samt forebygge og følge opp eventuell underernæring og/eller feilernæring hos mottakere av helse- og omsorgstjenestene, herunder personer med demens. Dette fremgår av kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene § 3, der det står at kommunen skal utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer for å sikre at brukerne av pleie- og omsorgstjenestene får tilfredsstilt grunnleggende behov, der tilstrekkelig mat og drikke er ett av de opplistende behovene.

1.2 Kompetanse og kontinuitet i bemanningen

Revisjonskriterier

- Ansatte i hjemmetjenesten og på helsehus som yter tjenester til personer med demens / kognitiv svikt, skal ha relevant opplæring/kompetanse.
- Bydelene og Sykehjemsetaten bør tilrettelegge for forutsigbarhet og kontinuitet i kontakten med personer med demens og deres pårørende, herunder gjennom journalføring av opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til den enkelte pasient.

Utledning

Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten omhandler systematisk styring og kontinuerlig forbedring av tjenestene. § 4 beskriver innholdet i internkontrollen,

herunder fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet, kjennskap til aktuelle lover og forskrifter, kunnskap og ferdigheter på fagfeltet, erfaringsutveksling og forbedring av prosedyrer.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav c og d utdyper hvordan kommunen skal tilrettelegge tjenestene når det gjelder personalets kompetanse slik at tjenesten som ytes, er forsvarlige:

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Helsepersonellovens § 4 angir at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må ses i sammenheng med denplikten helse- og omsorgstjenesten har til forsvarlig virksomhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4.

Kravet til forsvarlighet i tjenestelovgivningen pålegger virksomheten en plikt til organisering og etablering av rutiner og prosedyrer som sikrer forsvarlige helsetjenester. Plikten innebærer også at virksomhetens eier og ledelse har ansvar for å legge forholdene til rette slik at det enkelte helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte.

Virksomheter som yter helsetjenester, skal ifølge helse- og omsorgstjenesteloven kap. 8 sørge for at ansatte gis den opplæringen, etterutdanningen og videreutdanningen 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 i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring).

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd at kommunen skal organisere virksomheten i tråd med kravene som stilles i lov eller forskrift. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring stilles det krav til at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 7 b.

I henhold til Nasjonal faglig retningslinje for demens innebærer kompetanse om demens blant annet gode kunnskaper om demenssykdommer, personsentrert omsorg, kommunikasjon, kartleggingsverktøy, oral helse (munnhelse), 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 varslings om vold og overgrep. I tillegg er det viktig at virksomheten sikrer at de ansatte har god kjennskap til relevante tilbud i egen kommune for å kunne sette inn tiltak i tråd med sykdomsutviklingen til personer med demens samt pårørende.

Helse- og omsorgspersonell som yter tjenester til personer med demens, må ha tilstrekkelig kompetanse om demens. Det er også en fordel å bruke fast personell som kjenner personen godt. Blant annet kan personell som kjenner personen med demens, kunne oppdage endringer i personens vanter, mønster og identifisere tegn på annen sykdom eller økt hjelpebehov på et tidligere stadium enn en som ikke kjenner personen.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3 første ledd første og annet strekpunkt og annet ledd første strekpunkt sier noe om krav til prosedyrer for å sikre kontinuitet og trygghet:

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

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte 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

Når det gjelder informasjon til pårørende, fremgår det av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 første ledd at dersom pasienten eller brukeren samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens eller brukerens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens eller brukerens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

Det fremgår av Helsedirektoratets pårørendeveileder at helsepersonell bør legge til rette for en forutsigbar dialog med pårørende ved helse- og omsorgstjenester for brukere, og videre at pårørende bør ha tilbud om en fast kontaktperson i tjenesten.

I Oslo er det en demenskoordinator i alle bydeler. En demenskoordinator skal ifølge Demensplan for Oslo kommune 2014–2019 bidra med råd og veiledning overfor personer med demens, pårørende, samarbeidspartnere og ansatte.

Oslo kommune, Helseetaten, Rapport Behovsstyrt bemanning 2012–2014:

Behovsstyrt bemanning er en modell for å organisere ansvar for oppfølging av bruker og gi et fundament for kompetansestyring. Modellen baserer seg på de to funksjonene tjenesteansvarlig og primærkontakt med tilhørende funksjonsbeskrivelser som tydeliggjør ansvarsområder og oppgaver.

(...)

Et viktig mål med modellen er økt kvalitet, noe som innebærer å sikre faglig god standard, ha kontinuitet i oppfølging av bruker, ivareta brukermedvirkning, sikre sammenhengende tjenester og dokumentasjon i henhold til gjeldende lovverk og retningslinjer.

Behovsstyrt bemanning startet som et prosjekt i Oslo kommune i 2010. Kommunen besluttet at fra 2015 skulle virksomhetene selv ivareta oppfølgingen. Det er stilt krav til kompetanse og maksimalt antall brukere for funksjonene tjenesteansvarlig og primærkontakt.

Alle medarbeidere som jobber i helse- og omsorgstjenesten i Oslo kommune, har et selvstendig ansvar for å dokumentere den helsehjelpen de yter til kommunens

innbyggere. Plikten er regulert i helsepersonelloven § 39 og § 40. Pasientjournalforskriften beskriver hva pasientjournalen skal inneholde.

Systematisk dokumentasjon, kommunikasjon og informasjonsutveksling knytter hjelpen sammen og bidrar til en kontinuitet i pasientforløpet. Dette er av spesielt stor betydning i hjemmesykepleien, der fagpersoner ofte utfører bistand uten andre kollegaer i nærheten. Med et stort antall fagpersoner og relativt korte og hyppige besøk er det avgjørende at relevant informasjon om pasienten er tilgjengelig i pasientjournalen.

1.3 Aktivitetstilbud til personer med demens / kognitiv svikt

Revisjonskriterier

- Kommunen skal tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens som har behov for et slikt tilbud.
- Dagtilbudet bør være spesielt tilrettelagt for personer med demens og tilpasset deltakernes behov.
- Bydelen bør informere om samt ved behov tilby brukere med demens / kognitiv svikt og pårørende tilgjengelig velferdsteknologi

Utledning

Fra 1. januar 2020 har kommunene en plikt til å tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 pkt. 7. Ifølge Helsedirektoratets retningslinjer for demens skal dagaktivitetstilbudet som tilbys, bidra til å ivareta deltakerens funksjoner i dagliglivet, fremme livskvalitet og forebygge/reducere isolasjon og ensomhetsfølelse. I tillegg vil dagaktivitetstilbudet kunne innebære avlastning og støtte til pårørende. Dagaktivitetstilbudet bør inneholde både sosiale, kognitive og fysiske stimulerende aktiviteter.

I tildelingsbrevet til bydelene for 2022 er det gitt føring om at «Bydelene skal fortsette å bidra til omstillingen fra institusjonsbaserte tjenester til boliger og tjenester i bydel, til videreutviklingen av dagaktivitetstilbud til personer med kognitiv svikt og demens og tilbudet om aktivitetstid.» Aktivitetstid til eldre er én ekstra time i uken fra hjemmetjenesten, som mottakeren av hjemmetjenester selv kan bestemme bruken av.

Ifølge Nasjonal retningslinje for demens bør kommunen informere om samt tilby brukere og pårørende tilgjengelig velferdsteknologi. Velferdsteknologi kan bidra til at personer med demens eller kognitiv svikt kan leve selvstendige og meningsfulle liv samt bidra til avlastning for pårørende. Med velferdsteknologi menes mestringsteknologi, som skal muliggjøre at personer med demens kan mestre egen sykdom og helse, og trygghetsskapende teknologi, som skal muliggjøre at personer med demens og deres pårørende kan føle trygghet.

1.4 Tilbud til pårørende til personer med demens / kognitiv svikt

Revisjonskriterier

- Bydelen bør kartlegge behovet for støtte for pårørende til personer med demens / kognitiv svikt
- Kommunen skal tilby støtte og avlastning for pårørende som har behov for det, og spesielt for dem som har særlig tyngende omsorgsarbeid

- Tilbud til pårørende skal utvikles i dialog med den pårørende og med personen vedkommende er omsorgsgiver for

Utleddning

Det følger av Helsedirektoratets pårørendeveileder at kommunen skal kartlegge behov og tilby tjenester til pårørende som trenger det. I veilederens kap. 6.1 står det at pårørendes samlede omsorgsoppgaver, ressurser og belastninger bør kartlegges i forbindelse med tildeling av kommunale helse-, omsorgs- og velferdstjenester til pasienten eller brukeren. Kartleggingen bør gjentas regelmessig. Dette er også referert til i Oslostandard for pårørendesamarbeid.

Av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a annet ledd følger det at «[p]asient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen». Bestemmelsen må ses i sammenheng med helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3 som utdyper kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. Det inkluderer § 3-1, som pålegger kommunene å «sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester» og § 3-6, som stiller krav til kommunens tilbud overfor pårørende:

Til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid skal kommunen tilby nødvendig pårørendestøtte blant annet i form av:

- opplæring og veiledning
- avlastningstiltak
- omsorgsstønad

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 kommer forvaltningslovens bestemmelser om saksforberedelser og vedtak her til anvendelse, også for opplæring/veiledning, når det er et nødvendig behov for veiledning og opplæring utover 14 dager.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-8 handler om retten de som har særlig tyngende omsorgsarbeid, har til å kreve at den kommunale helse- og omsorgstjenesten treffer vedtak om at det settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden, og hva tiltakene i tilfelle skal bestå i.

Bestemmelsen gir i seg selv ingen rett til tjenester fra kommunen, men gir en rett til vedtak som gir svar på om det skal settes inn hjelp, og i tilfelle hvilke tiltak. Tiltakene skal ha som formål å lette omsorgsarbeidet, men de vil også påvirke kvaliteten og innholdet av den omsorgen som gis.

Bestemmelsen skal bidra til økt rettssikkerhet for familier eller personer som har særlig tyngende omsorgsarbeid, ved å sikre at kommunen ikke lar en søknad om hjelp bli liggende, for eksempel fordi kommunen ikke har et egnet tilbud. Et vedtak etter bestemmelsen kan påklages etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

Hva som ligger i begrepet «særlig tyngende omsorgsarbeid», foreligger det ikke klare definisjoner av. I Prop. 49 L (2016–2017) *Endringer i helse- og omsorgsloven mm. (styrket pårørendestøtte)* vises det i den forbindelse til rundskriv I 42/98 om omsorgslønn, der det omtales forhold som skal tas med i vurderingen av om omsorgsarbeidet er særlig tyngende, blant annet:

- Omfanget (timer per måned) og den fysiske og psykiske belastningen av arbeidet
- Om arbeidet skjer regelmessig eller periodevis
- Varigheten av omsorgsarbeidet
- Om søkeren har omsorgsplikt
- Om søkeren har inntektstap

Videre står det å lese i proposisjonen: «Den delen av omsorgsarbeidet som er særlig tyngende vil i grove trekk tilsvare det kommunen måtte ha dekket med andre tjenester dersom arbeidet ikke utføres av omsorgsgiveren.»

På Helsenorge nevnes videre følgende eksempler på omsorgsarbeid man kan få støtte og avlastning for:

- du arbeider mange timer per måned med omsorgsarbeid
- omsorgsarbeidet er mer fysisk eller psykisk belastende enn vanlig
- omsorgsarbeidet innebærer mye nattarbeid eller avbrudd i nattesøvnen

Avlastning skal hindre overbelastning hos omsorgsgivere og bør tilbys tidlig som et forebyggende tiltak. Avlastningen skal gi mulighet til nødvendig fritid og ferie, yrkesaktivitet, familieliv og deltakelse i samfunnsaktiviteter. Avlastningen skal samtidig sikre omsorgsmottakeren nødvendige og forsvarlige tjenester. Avlastning kan tilbys på ulike måter og skal utvikles i dialog med omsorgsmottakeren og omsorgsgiveren, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

Kommunen har en plikt til å tilby omsorgsstønad til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. Det fremgår imidlertid av forarbeidene til endringer i helse- og omsorgsloven, Prop. 49 L (2016–2017) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte)* at ingen har ubetinget rett til å motta omsorgsstønad. Det er i utgangspunktet opp til kommunen hvordan den ønsker å organisere tilbudet sitt, og hvilke tjenester som gis, og det samlede tjenestetilbudet må ses i sammenheng. Kommunen plikter i alle tilfelle å yte forsvarlige tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §4-1. I dette ligger at kvaliteten på tjenestene skal ligge på et visst nivå.

Vedlegg 2 Metode

1.1 Generelt om forvaltningsrevisjon

De sentrale delene av en forvaltningsrevisjon er beskrevet i *Standard for forvaltningsrevisjon* fra Norges Kommunerevisorforbund (RSK 001). Disse delene er like for alle forvaltningsrevisjoner. Kort oppsummert bestemmer kontrollutvalget problemstillingen i sin bestilling til Kommunerevisjonen.

Kommunerevisjonen utleder relevante revisjonskriterier for problemstillingen. Kriteriene er målestokken som vi holder den reviderte enheten opp mot. For å svare på spørsmålet om enheten når de gitte målene/revisjonskriteriene, samler vi inn relevante data som vi bearbeider og analyserer. Dette gir oss et faktagrunnlag som vi vurderer opp mot revisjonskriteriene. Vurderingene leder frem til Kommunerevisjonens konklusjoner og eventuelle anbefalinger.

1.2 Beskrivelse av prosjektgjennomføring

Kommunerevisjonens undersøkelse har vært rettet mot Sykehjemsetaten, Bydel Alna og Bydel Ullern.

Vi sendte oppstartsbrev til byråden for helse, eldre og innbyggertjenester 21. oktober 2022. I brevet ba vi om et møte for å få tilgang til foreliggende data ettersom det var blitt gjort et arbeid i forbindelse med utarbeidelse av Demensplan for Oslo og i forbindelse med Helsedirektoratets kartlegging av tjenestetilbudet til personer med demens. Denne informasjonen kunne vi da bruke for å planlegge innretningen av forvaltningsrevisjonen. Oppstartsbrev til Sykehjemsetaten, Bydel Alna og Bydel Ullern ble sendt 15. november 2022.

Vi gjennomførte oppstartsmøte med byrådsavdelingen 8. november 2022, separate oppstartsmøter med Sykehjemsetaten og Bydel Ullern 28. november og med Bydel Alna 29. november.

Vi oversendte utkast til revisjonskriterier for eventuelle kommentarer fra byrådsavdelingen, Sykehjemsetaten og de to bydelene 9. desember 2022. Bydel Alna og Bydel Ullern hadde ingen kommentarer til utkastet. Byrådsavdelingen spurte om revisjonen ville omhandle tjenesten som gis under opphold på helsehus. Det svarte vi bekreftende på.

Sykehjemsetaten spilte inn at det ville være hensiktsmessig å inkludere flere bydeler i undersøkelsen ettersom det er store ulikheter mellom bydelene og bydelenes eget tilbud påvirker bruken av tilbud i regi av Sykehjemsetaten, noe som kan gi ulike utslag. Vi svarte at vi ikke hadde ressurser til å utvide undersøkelsen til flere enn de to bydelene vi allerede hadde valgt, men at vi så på muligheten for å inkludere en kartlegging av alle bydelene i rapporten. Sykehjemsetaten hadde for øvrig ikke kommentarer til revisjonskriteriene.

Hoveddelen av datainnsamlingen har foregått fra november 2022 til februar 2023. Vi sendte faktabeskrivelsen til verifisering til Bydelsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester, Sykehjemsetaten, Bydel Alna og Bydel Ullern 16. mars 2023. Vi har tatt hensyn til innspillene som kom.

Vi ga en presentasjon av Kommunerevisjonens foreløpige vurderinger og konklusjoner i et videomøte med Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester, Sykehjemsetaten, Bydel Alna og Bydel Ullern 12. april 2023.

Rapporten fra undersøkelsen ble 21. april sendt til uttalelse til byråden for helse, eldre og innbyggertjenester, Sykehjemsetaten, Bydel Alna og Bydel Ullern. Vi mottok uttalelsene fra Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester, Sykehjemsetaten, Bydel Ullern og Bydel Alna i løpet av mai måned. Rapporten er blitt gjennomgått for korrektur før ferdigstillelse. Det er i tillegg gjort noen språklige endringer, etter dialog med Sykehjemsetaten, med hensikt å tydeligere avgrense omtale av dagsentre i rapporten til de to som er undersøkt. Det har medført mindre justeringer i kapittel 5 og 6.

1.3 Metode for datainnhenting

Undersøkelsen er basert på flere metoder for datainnhenting. Vi har gjennomgått dokumentasjon og gjennomført intervjuer med ansatte i de aktuelle tjenestene. Vi har gjennomført observasjoner i dagaktivitetstilbud og dagsenter og i Demensboligen i Bydel Ullern. Videre har vi hatt en gjennomgang av utvalgte mapper for personer med demens eller kognitiv svikt som mottok eller hadde vært i kontakt med tjenester i de to bydelene. Vi har også gjennomført intervjuer med pårørende til personer med demens eller kognitiv svikt. Datainnsamlingen ble i hovedsak gjennomført mellom november 2022 og februar 2023. Undersøkelsesperioden har vært fra januar 2022 til januar 2023.

Valg av bydeler

Valget av bydeler for forvaltningsrevisjonen var basert på opplysninger i kartleggingen av bydelenes tjenestetilbud til personer med demens, andre kartlegginger av tjenestetilbudet, demografi og revisjonsbelastning.

Bydel Alna, Bydel Ullern og Bydel Grorud hadde svart «nei» på flest spørsmål om tjenestetilbudet til målgruppen. Bydel Alna kom ut med det høyeste antallet i Agenda Kaupangs kartlegging av antallet ulike ansatte som besøkte den enkelte bruker av hjemmesykepleie i perioden 2018–2020. Kartleggingen ble gjort i forbindelse med evaluering av tillitsmodellen. Bydel Alna hadde få brukere av dagtilbud i forhold til antall eldre i bydelen og oppga i den nasjonale kartleggingen at de hadde lite tilbud tilpasset minoritetsspråklige. Bydel Alna er bydelen med flest eldre (67 år eller eldre) med landbakgrunn utenfor EØS. I møtet med Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester fikk vi innspill om at de var interessert i å få mer innsikt i tilbudet til personer med minoritetsbakgrunn som har demens.

I 2021 var estimatet for antallet personer med demens omtrent like høyt i Bydel Alna og Bydel Ullern. Bydel Ullern er bydelen med høyest andel av befolkningen i 80-årene (4 %). Forekomsten av demens øker med alder og er 17,9 % i første halvdel av 80-årene, og 33 % i andre halvdel. I henhold til prognosen for forekomst av demens (se figur 1 i rapporten) vil antallet rammet av demenssykdommer i Bydel Ullern nesten dobles frem mot 2040. Bydel Ullern var blant bydelene med lavest revisjonsbelastning.

Møte med Nasjonalforeningen for folkehelsen / Demensforeningen i Oslo

I en tidlig fase av undersøkelsen gjennomførte vi møte med Nasjonalforeningen for folkehelsen. Hensikten med møtet var å innhente erfaringer fra brukerorganisasjoner som kunne ha betydning for undersøkelsen.

Dokumentasjon

Vi innhentet relevant dokumentasjon både fra Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester, Sykehjemsetaten, Bydel Alna og Bydel Ullern. Dokumentasjonen fra byrådsavdelingen knyttet seg til data fra bydelene i forbindelse med Helsedirektoratets kartlegging, kunnskapsgrunnlag for demensplanen i Oslo og Sykehjemsetatens notat til byrådsavdelingen om rullerende plasser og avlastningsplasser i Oslo, datert 12. september 2022.

Fra Sykehjemsetaten fikk vi oversendt en oversikt over bydelens bestillinger fra 2019 til 1. halvår 2023 for henholdsvis dagsenterplasser, korttidsplasser og langtidsplasser, informasjonshefte for nye pasienter, inntakskriterier og prosedyrer. Vi fikk også oversendt sjekkliste for skjermet enhet på Solfjellhøgda helsehus.

Fra bydelene fikk vi blant annet oversendt relevante skriftlige rutiner og informasjonsmateriell og informasjon om eventuelle kurs for ansatte eller pårørende.

Intervjuer

Vi intervjuet ansatte i aktuelle tjenester for personer med demens i de to bydelene: hukommelsesteamet, hjemmetjenesten, saksbehandlere, dagaktivitetstilbudet samt lederen og ansatte ved demensboligen i Bydel Ullern. Vi intervjuet også institusjonssjefene ved Ullern helsehus, Solvang helsehus og Solfjellhøgda helsehus og avdelingsledere ved Ellingsrud dagsenter i Bydel Alna og Ullern dagsenter i Bydel Ullern, som ligger under Sykehjemsetaten.

Alle intervjuene var semistrukturerte, det vil si at vi utformet hovedspørsmålene på forhånd og stilte oppfølgende spørsmål underveis. Intervjuene varte mellom 1 og 1,5 timer. To av intervjuene, med institusjonssjef ved Solfjellhøgda helsehus og fungerende institusjonssjef ved Ullern helsehus, ble gjennomført digitalt ved hjelp av Teams. De resterende intervjuene ble gjennomført fysisk i bydelenes eller Sykehjemsetatens lokaler. Intervjuene ble enten gjennomført som individuelle intervjuer eller i gruppe. Det ble skrevet referater fra hvert intervju, og referatene ble sendt til skriftlig verifisering hos den aktuelle informanten.

Alle intervjuene tok utgangspunkt i temaer som var relevante for å belyse undersøkelsens problemstilling og underproblemstillinger.

Intervjuer med pårørende

Vi kontaktet ti pårørende til personer med demens i hver av de to bydelene. Vi fant kontaktinformasjonen til pårørende i Geric. Vi sendte de pårørende en SMS der vi fortalte om undersøkelsen og spurte om de ønsket å snakke med oss eller sende oss en e-post. Vi fikk tilbakemelding fra 10 av 10 pårørende i Bydel Ullern og 7 av 10 pårørende i Bydel Alna.

Observasjon

Vi foretok observasjon i form av et forhåndsvarslet besøk med omvisning i forbindelse med at vi gjennomførte intervjuer med ansatte ved dagaktivitetstilbudene i de to bydelene, ved Demensboligen i Bydel Ullern og ved to dagsentre i henholdsvis Bydel Alna og Bydel Ullern, som er organisert under Sykehjemsetaten. Besøkene ble foretatt mens det var brukere til stede. Hensikten var å få et bedre bilde av hvordan tilbudet var, inkludert lokalenes egnethet.

Mappegjennomgang

Bydelene og Sykehjemsetaten benyttet Gerica som journalsystem. Vi ba Bydel Alna og Bydel Ullern ta ut lister over Gerica-id-er for brukere som hadde benyttet, ev. sto på venteliste for, følgende tjenester: demensteam, dagaktivitetstilbud for mennesker med demens samt omsorgsbolig Lilleakerveien (Bydel Ullern).

I Bydel Ullern var det 56 brukere som hadde demensteam som aktiv tjeneste per 6. januar 2023. 16 brukere sto på venteliste for demensteam. 23 brukere hadde dagaktivitetstilbud som en aktiv tjeneste. 8 personer var registrert på venteliste til dagaktivitetstilbudet. 9 personer var registrert med tjeneste omsorgsbolig i Lilleakerveien. Noen brukere hadde flere av tjenestene.

I Bydel Alna fikk vi en liste over brukere som hadde hatt tjenestene dagaktivitetstilbud eller demensteam i løpet av 2022. Det var totalt 427 brukere på listen. Av de 110 brukerne som hadde mottatt dagaktivitetstilbud i 2022, var 68 avsluttet da listen ble tatt ut 13. januar 2023. Av 317 brukere av demensteam var 144 avsluttet i løpet av 2022.

Vi trakk et tilfeldig utvalg på 10 mapper i hver av bydelene. Vi gjorde dette ved å sette inn en liste med brukernummer eller referanser i Excel og genererte deretter tilfeldige tall mellom 0 og 1 ved formel =TILFELDIG() i Kolonne B. Vi omgjorde deretter disse tallene til verdier, slik at de ikke ble omregnet ved hver operasjon i regnearket. Vi sorterte deretter brukerne etter verdiene i Kolonne B og plukket ut de 10 høyeste verdiene.

I noen tilfeller vurderte vi at en mappe ikke var hensiktsmessig med tanke på å belyse spørsmålene i undersøkelsen, typisk fordi brukeren hadde kommet inn i systemet sent i 2022 og det ikke var noen dokumenterte aktiviteter ennå. I disse tilfellene erstattet vi mappen med neste på den tilfeldig genererte listen.

Gjennomgangen av mappene ble gjort med støtte i forhåndsdefinerte kontrollskjemaer. Vi brukte brukermappene for å se blant annet hvilke tjenester den enkelte bruker hadde mottatt, hva slags oppfølging vedkommende hadde fått, hvilke kartlegginger og vurderinger som var blitt gjort, og kommunikasjon på tvers av tjenester.

Kartlegging av kommunenes tjenestetilbud til personer med demens

I forbindelse med regjeringens Demensplan 2025 gjennomførte Helsedirektoratet i oktober 2022 en kartlegging av kommunenes tilpassede tjenestetilbud til personer med demens. En tilsvarende kartlegging ble gjort i 2018. Kartleggingen hadde som mål å vise status for kommunenes oppfølging av satsingsområder og tiltak i Demensplan 2025 og hvor det er behov for videre satsing. Kartleggingen ble gjennomført elektronisk i

Questback. I Oslo kommune svarte alle bydelene på undersøkelsen i tillegg til at kommunen svarte samlet.

Kommunerevisjonen ba Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester om å sørge for at Kommunerevisjonen fikk tilgang til rådata for undersøkelsen. Vi mottok en datafil med svar fra alle bydelene 29. november 2022. Vi brukte materialet som en del av utgangspunktet for å velge bydeler for revisjon. Vi har også benyttet materialet for å gi en deskriptiv oversikt over tjenestetilbudet i bydelene i kapittel 2 i rapporten.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har siden kvalitetssikret tallene og avdekket noen unøyaktigheter i kommunenes besvarelser. Feil som berørte bydelene i Oslo kommune, har blitt rettet opp og påvirker ikke resultatene som er gjengitt i tabell 1 i kapittel 2 i rapporten.

Stikkprøver av antallet ulike ansatte hos brukere med hjemmetjenester

En av kontrollpunktene for å belyse revisjonskriteriet om forutsigbarhet og kontinuitet var knyttet til antallet ulike ansatte som gikk til en bruker med hjemmetjenester. Blant de ti mappene vi hadde trukket tilfeldig i hver av de to bydelene, var det et antall brukere som hadde hjemmetjenester. For disse brukerne telte vi antallet ulike ansatte som var inne i løpet av en måned, ved å se på initialene i registrerte helsehjelpsjournaler (101-journal). Vi utelot fra tellingen journaloppføringer der det var tegn på at det ikke var gjennomført besøk, for eksempel ved at start- og sluttidspunkt var likt.

I rapporten har vi også oppgitt tallene som ble innhentet fra Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester som en del av oppfølging etter rapport 8/2019 *Bemanning og kontinuitet i hjemmetjenesten*. De stammer fra styringsverktøyet LIV, som henter informasjon fra Geric. Det kan være noen forskjeller mellom den automatiserte tellingen og den manuelle tellingen, særlig knyttet til at den automatiske tellingen ikke vil utelate telling av journaloppføringer slik vi har gjort. Det vil i så fall bety at disse tallene kan være noe høyere enn tallene vi kom frem til i den manuelle tellingen. Det påvirker ikke resultatene av analysen.

1.4 Behandling av personopplysninger

Formålet med Kommunerevisjonens innhenting, behandling og oppbevaring av personopplysninger er å utføre den lovbestemte revisjonen av Oslo kommune. Hvilke personopplysninger vi samler inn og behandler, avhenger av hvilken informasjon vi trenger for å gjennomføre undersøkelsen. Personopplysningene vil kunne være opplysninger som kommunen er pålagt å innhente, som av andre grunner er i kommunens systemer, som ansatte plikter å oppgi til Kommunerevisjonen, eller som er gitt frivillig.

Kommunerevisjonen følger bestemmelsene i personopplysningsloven og legger vekt på å begrense lagringen av personopplysninger. Vi legger vekt på bare å innhente data som er relevante for formålet med undersøkelsen. Vi tar bare vare på personopplysninger som er nødvendige for dokumentasjon av arbeidet vi utfører. Personopplysninger lagres utilgjengelig for uvedkommende.

Retten til å få slettet personopplysninger er bl.a. styrt av at Kommunerevisjonen har 10 års lagringsplikt for dokumentasjon av revisjonene.

For ytterligere informasjon om Kommunerevisjonens ansvar for og behandling av personopplysninger, se vår [personvernerklæring](#)⁶.

1.5 Gyldighet og pålitelighet

For å sikre at datagrunnlaget har tilfredsstillende kvalitet, har vi vurdert dataenes gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet). Gyldighet refererer til hvor godt man klarer å måle det man har til hensikt å måle eller undersøke. Pålitelighet refererer til hvor nøyaktig innsamlingen av data har vært.

Her trekker vi frem utfordringer ved datainnsamlingen og analysene og beskriver hvordan vi har håndtert dem.

Undersøkelsen bygger blant annet på intervjuer. For å forsikre oss om at vi gjengir utsagn i intervjuer på korrekt måte, har intervjuene blitt verifisert av dem som ble intervjuet. Når det gjelder intervjuer med pårørende, har vi trukket et tilfeldig utvalg av pårørende og tatt kontakt med dem. Det reduserer risikoen som ville oppstått med ren selvseleksjon, der man kan tenke seg at det kunne blitt de som var mest kritiske, som ville tatt kontakt. Temaer i intervjuer med pårørende har også blitt belyst i intervjuer med ansatte i bydelen og samarbeidende tjenester og i mappegjennomgangen, slik at ingen konklusjoner bygger på intervjuer med pårørende alene.

Undersøkelsen bygger også på en mappegjennomgang i Geric. Forhold som ville kunne true gyldigheten og påliteligheten av en slik gjennomgang, inkluderer

- 1) at Kommunerevisjonen og ansatte i bydelene gjør ulike fortolkninger av opplysninger som ligger i saken
- 2) at relevant informasjon om for eksempel dialog med brukere eller pårørende, dokumentasjon fra kartlegginger, utkvitteringer av beskjeder osv. ikke er lagret i systemet, slik at vi gjør vurderinger på et mangelfullt grunnlag

Når det gjelder det første forholdet, har vi håndtert det som følger: I intervjuene har vi stilt spørsmål til ansatte som kan belyse praksis, slik at vi hadde flere kilder til informasjon om dette utover brukermappene. I forbindelse med faktaverifiseringen ble bydelene også invitert til å gi utfyllende informasjon om praksis dersom det kunne påvirke vår forståelse av enkeltsakene. Når det gjelder det andre forholdet, har vi i undersøkelsen hatt et eget revisjonskriterium om dokumentasjon. Der det er tvil om noe ikke har skjedd, eller om det har skjedd, men ikke blitt dokumentert, har vi skrevet inn et forbehold i vurderingene.

Dataenes gyldighet og pålitelighet er vurdert og kvalitetssikret internt i Kommunerevisjonen. Kvalitetssikringen er foretatt av andre personer enn dem som har samlet inn og behandlet dataene. Kommunerevisjonen har kvalitetssikret at revisjonskriteriene er relevante for undersøkelsens problemstillinger, både gjennom en intern kvalitetssikring og ved at bydelene, Sykehjemsetaten og Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester har hatt mulighet til å kommentere og foreslå endringer i kriteriene.

⁶ <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13292652-1535640780/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Etater%2C%20foretak%20og%20ombud/Kommunerevisjonen/Personvernerkl%C3%A6ring%20for%20Kommunerevisjonen.pdf>

Vi har kvalitetssikret at det innhentede datagrunnlaget var relevant og dekkende for kriteriene det skulle vurderes opp mot, og for undersøkelsenes vurderinger og konklusjoner. Kommunerevisjonens beskrivelser, vurderinger og konklusjoner er avpasset de mulighetene og begrensningene som ligger i datagrunnlaget. Som grunnlag for våre vurderinger og konklusjoner mener vi at de innsamlede dataene er tilstrekkelig gyldige og pålitelige.

Vedlegg 3 Uttalelse fra Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester

Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester



Kommunerevisjonen
Fredrik Selmers vei 3
0663 OSLO

Unntatt offentlighet
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):
22/4206 - 9

Saksbeh.:
Eva Graziano, 930 16 164

Dato:
23.05.2023

Rapport til uttalelse: Tilbudet til hjemmeboende med demens og deres pårørende

Det vises til rapport til uttalelse: Tilbudet til hjemmeboende med demens og deres pårørende.

1. Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?

Informasjon om prosjektets hensikt har vært klar. Det ble sendt oppstartsbrev oktober, og gjennomført oppstartsmøte i november 2022.

2. Har byråden kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Metoder benyttet i prosjektet vurderes som relevant, både med dokumentgjennomgang og intervju med ansatte i tjenestene. I tillegg er det gjennomført observasjon både ved dagaktivitetstilbud og demensbolig. Det har vært gjennomgang av utvalgte mapper/journaler for personer med demenssykdom/kognitiv svikt og gjennomført intervju med noen pårørende.

I tillegg er resultat fra nasjonal kartlegging av tilbudene til personer med demens i Oslo høsten 2022 benyttet. Det gjøres her oppmerksom på at i tabell 1, som viser oversikt over tiltak/tilbud, er spørsmål som bydelene ikke har besvar/hvor svar mangler også røde.

3. Har byråden kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre vurderinger? I tilfelle hvilke?

Vi har ingen kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for revisjonens vurderinger.

4. Hva er byrådets samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefalinger?

Rapportens konklusjoner og anbefalinger fremstår som relevante.

 Oslo kommune
Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester

Besøksadresse:
Olav V gate 4
Postadresse:
Rådhuset, 0037 OSLO

Telefon: 21 80 21 80
postmottak@byr.oslo.kommune.no
Org. Nr.: 876819872
oslo.kommune.no

5. Vil byråden vurdere og eventuelt iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefalinger? I tilfelle hvilke?

Rapporten vil bli oversendt til bydelene når den er ferdigstilt. Relevant arena hvor Kommunerevisjonen kan inviteres og presentere rapporten for bydelene vil vurderes.

Rapportens konklusjoner og anbefalinger vil vurderes sammen med oppfølgingen av ny demensplan for Oslo «Forglem med ei». Byrådsavdelingen vil slik følge opp bydelenes arbeid med å videreutvikle tilbudene til hjemmeboende med demens og deres pårørende.

Avlastningstilbudene i helsehus vil følges opp gjennom tiltak i byrådssaken «Omorganisering av helsehusene i Oslo», og vil sammen med innretningen av dagsentrene vil følges opp i styringsdialogen med Sykehjemsetaten.

6. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltak/ene?

Relevant arena og tidspunkt for presentasjon av rapporten vil være høsten 2023. Demensplan vil følges opp fra høsten 2023 og i hele planperioden. Styringsdialogen med Sykehjemsetaten skjer både gjennom etatsoppfølgingsmøter og fortløpende.

7. Oppfattes rapporten som nyttig? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har framkommet som svar på ovenstående spørsmål.

Rapporten vurderes som nyttig, og vil være viktig i arbeidet med oppfølging av demensplan for Oslo (se svar 5) og gjennom omorganisering av helsehusene.

8. Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?

Rapportens oppbygging vurderes som god med klart språk.

Med vennlig hilsen

Svein Lyngroth
kommunaldirektør

Unni Hembre
seksjonssjef

Vedlegg 4 Uttalelse fra Sykehjemsetaten

Sykehjemsetaten



Kommunerevisjonen
Fredrik Selmers vei 3
0663 OSLO

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):
22/3931 - 21

Saksbeh.:
Mona Kjekshus,

Dato:
09.05.2023

Forvaltningsrevisjon om tilbudet til hjemmeboende med demens- tilbakemelding på mottatte spørsmål

Sykehjemsetaten viser til spørsmål fra Kommunerevisjonen vedrørende overnevnte forvaltningsrevisjon.

Bydelens/etatens/byrådens vurdering av rapporten, dens konklusjoner og anbefalinger

1. Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?

Svar: Informasjonen om prosjektets hensikt var tydelig og klar.

2. Har bydelen/etaten/byråden kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Svar: Oslo kommune består av 15 bydeler, og disse er organisert veldig ulikt mtp. tilbud i egen bydel opp mot kjøp av tjenester fra eks. Sykehjemsetaten. Når hensikten er å kartlegge Oslo kommunes tilbud til en definert brukergruppe, kan det å kartlegge tilbudet i kun to av 15 bydeler gi et noe «skjevt» bilde av hvilket tilbud Oslo kommune egentlig har. I tillegg omfatter kartleggingen et begrenset antall brukere ved det enkelte dagsenter, noe som igjen kan føre til usikkerhet om funnene gjenspeiler det reelle bildet av tilbudene i den enkelte bydel/det respektive dagsenteret.

3. Har bydelen/etaten/byråden kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Svar: Revisjonskriteriene vurderes som relevante og målrettede.

4. Hva er bydelens/etatens/byrådens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefaling?

Svar: Konklusjonene vurderes å gi et forholdsvis godt bilde av status på tilbudet i de to reviderte bydeler med sine dagsenter, og anbefalingene synes relevante og nødvendige.

5. Vil bydelen/etaten/byråden vurdere og eventuelt iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefaling? I tilfelle hvilke?

 **Oslo kommune**
Sykehjemsetaten
Avdeling kvalitet og utvikling

Besøksadresse:
Nedre Slottsgate 3,
Postadresse:
Postboks 435 Sentrum, 0103 OSLO

Telefon: 21 80 21 80
postmottak@syke.oslo.kommune.no
Org. nr.: 990612498
oslo.kommune.no

Svar: Lokalene, hvor dagsenteret på Ullern er plassert, gir noen begrensninger for hvilken type tjeneste som kan utføres i disse. Ved å redusere antall brukere per dag, kan tilbudet «spisses» ytterligere, og tilpasses brukergruppen personer med demens.

6. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltak/ene?

Svar: Tiltakene kan iverksettes så snart det foreligger en konkret etterspørsel/bestilling fra bydel for denne type plasser ved dagsenteret på Ullern.

7. Oppfattes rapporten som nyttig for bydelen/etaten/byråden? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har framkommet som svar på ovenstående spørsmål.

Svar: Revisjon som metode er et nyttig verktøy for ytterligere innsikt i egen drift/organisasjon, og vil kunne tilføre nye dimensjoner for virksomheten. Sykehjemsetaten vil ta innholdet i rapporten med i sitt videre arbeid med å utvikle gode tjenester til også denne brukergruppen.

8. Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?

Svar: Oppbygging og språkbruk er bra.

Vennlig hilsen

Helge Jagmann
etatsdirektør

Mona Kjekshus
spesialkonsulent II

Mottakere:
Kommunerevisjonen

Fredrik Selmers vei 3

0663

OSLO

Vedlegg 5 Uttalelse fra Bydel Alna

Bydel Alna



Kommunerevisjonen
Fredrik Selmers vei 3
0663 OSLO

Unntatt offentlighet
Offl. § 5 andre ledd

Deres ref.:
22/611 - 55

Vår ref. (saksnr.):
22/96544 - 11

Saksbeh.:
Milija Simic,

Dato:
11.05.2023

Rapport til uttalelse: Tilbudet til hjemmeboende med demens og deres pårørende

Bydel Alna har følgende kommentarer og svar på deres spørsmål.

1. Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?

Bydelens svar:
Ja.

2. Har bydelen kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Bydelens svar:
Ingen kommentarer.

3. Har bydelen kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre vurderinger? I tilfelle hvilke?

Bydelens svar:
Ingen kommentarer.

 **Oslo kommune**
Bydel Alna
Alna hjemmetjeneste

Besøksadresse:
Trygve Lies plass 6, 1051 Oslo,
Postadresse:
Postboks 73 Furuset, 1001 OSLO

Telefon: 21802180
postmottak@ba.oslo.kommune.no
Org. nr.: 970534644
oslo.kommune.no

4. Hva er bydelens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefalinger?

Bydelens svar:

Bydelen anser rapporten som veldig nyttig. Rapporten innebærer både positive ting i det aktuelle arbeidet og peker på områder som bør forbedres. Dette kan gi bydelen godt grunnlag for å planlegge og iverksette riktige tiltak med mål om å oppnå kvalitetsforbedring.

5. Vil bydelen vurdere og eventuelt iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefalinger? I tilfelle hvilke?

Bydelens svar:

Tiltakene bydelen vurderer på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefalinger, samt andre tilbakemeldinger, rapporter og analyser som peker på disse problemstillingene er beskrevet her.

Planlagte tiltak som bør sikre at observerte utfordringer hos bruker blir tatt tak i, herunder vurdere behov for mer opplæring knyttet til brukere som motsetter seg hjelp er følgende:

- Bydelen planlegger innføring av et elektronisk verktøy (ELISE) som inneholder en elektronisk løsning på en risikotavle. Mål med dette verktøyet er bl.a. å sikre at observerte og dokumenterte utfordringer fanges i størst mulig grad og nødvendige tiltak iverksettes;
- Bydelen vil etablere tettere samarbeid med tannhelsetjenesten;
- Demensteamet starter med å gi veiledning / etisk refleksjon (x1 pr. måned for hver avdeling). Veiledningen vil bl.a. ha fokus på tillitsskapende arbeid og kommunikasjon.
- Fra høsten 2023 planlegges oppstart av to istedenfor en gruppe som skal delta i Demensens ABC
- Følgende emner er lagt i våre kompetanseplaner for alle ansatte i tjenesten: 1. Demens - e-læring Aldring og helse. 2. Demens Nasjonale retningslinjer / Aldring og helse / Kompetansebroen. 3. Demens tiltakspakke, ulike typer demens eller er det depresjon. Vi planlegger at de aller fleste av våre ansatte skal gjennomgå disse emner i løpet av 2023 (dette inkluderer våre ekstravakter).

I forhold til tiltak for å tilrettelagte for aktiviteter til personer med demens som ikke snakker norsk har bydelen planlagt følgende:

- Bydelen skal starte et prosjekt med mål om å forbedre avlastning for pårørende til personer med demens. Tiltakene skal utvikles i samarbeid med pårørende og integreres i vanlig drift. Behov for tilrettelagte aktiviteter til personer med demens som ikke snakker norsk og avlastning for deres pårørende vil være en del av dette prosjektet. Ansettelse

av en prosjektleder og oppstart planlegges gjennomført i løpet av de neste tre måneder. Evaluering av prosjektet planlegges innen juli 2024.

6. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltak/ene?

Bydelens svar:

De fleste tiltakene igangsettes i nær framtid og planlegges gjennomført i løpet av 2023. Planlagt prosjekt beskrevet i det siste tiltaket planlegges fullført i løpet av første halv del av 2024.

7. Oppfattes rapporten som nyttig? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har framkommet som svar på ovenstående spørsmål.

Bydelens svar:

Som besvart under punkt 4., oppleves rapporten som veldig nyttig.

8. Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?

Bydelens svar:

Språkbruk og rapportens oppbygning vurderes som klart og oversiktlig. Dette gjør at rapporten oppleves som lett leselig og det er enkelt å forstå påpekte problemstillinger.

Med vennlig hilsen

Kari Helen Sørum

avdelingsdirektør helse og mestring

Milija Simic

resultatenhetsleder

Mottakere:

Kommunerevisjonen

Fredrik Selmers vei 3

0663

OSLO

Vedlegg 6 Uttalelse fra Bydel Ullern

Bydel Ullern



Kommunerevisjonen
Fredrik Selmers vei 3
0663 OSLO

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):
22/96375 - 20

Saksbehandler:
Bente Nodland Otto

Dato: 11.05.2023

Uttalelse til kommunerevisjonenes rapport om tilbudet til hjemmeboende med demens

Det vises til oversendt rapport til uttalelse om tilbudet til hjemmeboende med demens.

1. Informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klart
2. Bydelen har ingen kommentar til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner.
3. Bydelen har ingen kommentar til revisjonskriteriene. Bydelen har forsøkt å bidra med tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til revisjonen for å snevre inn vurderingsgrunnlaget da dette er et omfattende område.
4. Rapporten konklusjon og anbefaling gir etter bydelens vurdering et oversiktlig bilde av utfordringene med tilbud og tjenester til denne brukergruppen. Den viser til utfordringer med bemanningskontinuitet, samtidig som man også ser fremtidsutfordringene med en økende andel i befolkningen som vil være i målgruppen og hvordan man kan gi tilfredsstillende tilbud til denne gruppen.
5. Iverksettelse av tiltak i henhold til konklusjon og anbefalinger redegjøres som eget punkt nedenfor.
6. Iverksettelse av tiltak og tidsplan vil være med oppstart sommeren 2023 og gjennomføring av tiltak på kort sikt vil være gjennomført dette året. Aktiviteter med lengre tidsperspektiv vil bli arbeidet videre med i 2024.
7. Rapportens innhold oppfattes som nyttig og gir godt grunnlag for systematisk forbedringsarbeid for tjenesten. Rapporten vil bli gjennomgått på de aktuelle tjenestestedene som grunnlag for forbedringsarbeidet.

 Oslo kommune
Bydel Ullern
Helse og mestring

Besøksadresse:
Hoffsveien 48, 0377 Oslo
Postadresse:
Postboks 43 Skøyen, 0212 OSLO

Telefon:
postmottak@bun.oslo.kommune.no
Org. nr.: 971022051
oslo.kommune.no

8. Rapportens oppbygning har vært klar og språkbruk har vært i tråd med språkmessige uttrykk i henhold til revidert område

Bydel Ullerns videre arbeid med rapportens anbefalinger jfr kap 7.2

Kapasitet i hukommelsesteamet:

- Bydelen vil i løpet av sommeren 2023 ha avklart i forhold til videre langtidsfravær og eventuelt behov for vikar i hukommelsesteamet. Tjenesten har vært redusert pga fravær og det har vært vanskelig å rekruttere vikar til denne tjenesten, da det krever god kunnskap om arbeidsoppgavene.

Mer opplæring knyttet til brukere som motsetter seg hjelp:

- Bydelene tilbyr medarbeidere som ønsker videreutdanning innen demens og alderspsykiatri, mulighet for dette.
- Medarbeider opplever utfordringer med å komme i hjelpeposisjon til brukere som motsetter seg hjelp. For å heve kompetansen vil bydelen gjennomføre flere tiltak av både kortere og lengre varighet:
 - o **Identifisere utfordringen:** Vi vil arbeide med å utvikle medarbeidernes evne til refleksjon, slik at de har en mer kunnskapsbasert og moden oppfatning av situasjoner der brukerne takker nei til hjelp. Hva er forskjell på *respekt for selvstendighet og ansvar for sårbarhet* hos bruker.
 - o **Identifisere risiko:** Vi skal benytte verktøyet ELISE til identifisering av risikopasienter.
 - o **Tverrfaglig samarbeid:** Brukere som regelmessig motsetter seg hjelp skal diskuteres i tverrfaglige møter – der hukommelsesteamet deltar. Hjemmetjenesten vil i løpet av høsten ansette en klinisk ernæringsfysiolog som vil være viktig i arbeid med denne brukergruppen
 - o **Kvalitetssystem:** Bydel Ullern har en prosedyre for håndtering av situasjoner der bruker motsetter seg hjelp, og vi skal arbeide med å gjøre innholdet i prosedyren bedre kjent for alle ansatte.
 - o **Kunnskap/kompetanse:** Vi skal arbeide med å styrke ansattes kunnskap og kompetanse, bla gjennom at medarbeidere gjennomfører Demensomsorgens ABC med oppstart juni 2023

Tilrettelegging for aktiviteter til personer med demens som ikke snakker norsk:

- Bydelen har pr i dag ikke vurdert dette som en stor problemstilling da innbyggerne i bydelen hovedsakelig er norskspråklige. Dette vil endre seg i årene fremover med økning av andel eldre og mennesker med demensdiagnose. Bydelen vil ved behov, søke samarbeid med bydeler som har erfaring i det å tilrettelegge for fremmedspråklige i denne tjenesten for å utarbeide tilstrekkelig med informasjon og tilpasse tjenesten.

Systematisk kartlegging av pårørendes behov:

- Bydelen vil gjennomgå rutiner for kartlegging og vurdering av omsorgsbelastning i samarbeid med saksbehandlere når de vurderer søknader om avlastning og aktuelle helse- og omsorgstjenester.
- Bydelen jobber med implementeringen av «standard for pårørendearbeid» som grunnleggende veileder i det daglige arbeidet.

Tilpasset tilbud om avlastning:

- Bydelen noterer seg at innbyggere som er intervjuet har uttalt ønske om rullerende avlastning. Bydelens tilbud om avlastning har tidligere vært gjennomført på helsehus. Dette vil endres når Sykehjemsetaten endrer oppholdssted for avlastning til egne sykehjemsavdelinger. Bydelen innvilger avlastning etter individuell vurdering, hvor søker informeres om mulighetene i ordningen. Noen ønsker enkeltopphold mens andre ønsker flere opphold i løpet av året. Innvilgede tjenester varierer derfor ut ifra vurdering av behov. Bydelen vil gjennom 2023 også benytte aktivitetstid på dagtid som avlastning. Dette for å dekke behov for avlastning av kortere varighet for at pårørende kan opprettholde aktiviteter i hverdagen. Aktiv hverdag ble etablert i januar, hvor yngre personer med demens får et eget dagaktivitetstilbud. Dette tilbudet supplerer de andre ordningene som kan være med på å opprettholde ordinære arbeid og aktiviteter for pårørende.

Generelt kvalitetsforbedrende arbeid

- Rapporten vil bli gjennomgått på alle tjenestesteder som omhandles av revisjonen. Funnene som omhandler tjenesten vil ligge til grunn for videre kvalitetsarbeid. Bydelen legger også merke til kvalitetsforbedringsprosjektet som er gjennomført i Bydel Alna og vil ta kontakt med de for å se på aktiviteter som har voerføringsverdi.

Vennlig hilsen

 **Oslo kommune**
Bydel Ullern
Helse og mestring

Besøksadresse:
Hoffsveien 48, 0377 Oslo
Postadresse:
Postboks 43 Skøyen, 0212 OSLO

Telefon:
postmottak@bun.oslo.kommune.no
Org. nr.: 971022051
oslo.kommune.no

side 4

Marie Anbjørg Joten
bydelsdirektør i Bydel Ullern

Bente Nodland Otto
avdelingsdirektør

 **Oslo kommune**
Bydel Ullern
Helse og mestrings

Besøksadresse:
Hoffsveien 48, 0377 Oslo
Postadresse:
Postboks 43 Skøyen, 0212 OSLO

Telefon:
postmottak@bun.oslo.kommune.no
Org. nr.: 971022051
oslo.kommune.no



Oslo

Oslo Kommune
Kommunerevisjonen
Fredrik Selmers vei 3
0663 Oslo

Tel. +21 80 21 80

Rapport 13/2023

**Du finner mer informasjon om
Kommunerevisjonen og våre rapporter på:**
www.krv.oslo.kommune.no