

Funksjonsfall hos eldre som får hjemmetjenester

Materiell til refleksjon og læring



Kort om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom)

Ukom er en uavhengig undersøkelseskommissjon for helse - og omsorgstjenesten. Ukoms samfunnsoppdrag er å undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten.

Det skal bidra til en tryggere tjeneste både for pasienter, brukere og helsepersonell.

Ukoms utgangspunkt er å undersøke og kartlegge hva som skjedde, og årsakene til at det skjedde. Basert på funn og analyser gir Ukom anbefalinger til forbedring og læring i tjenestene.

I undersøkelsene vurderer Ukom ikke lovligheten av behandlingen (forsvarlighet).

Ukom fordeler heller ikke skyld eller gir straffereaksjoner når noe går galt.

Formålet er læring på nasjonalt nivå.

Arbeidet er begrunnet i "Lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten".



Til deg som presentatør :

Læring og refleksjon

Disse lysarkene kan brukes av medarbeidere og ledere i helse- og omsorgstjenesten.

Det kan for eksempel brukes i forbindelse med kvalitets- og forbedringsarbeid, til faglig oppdatering og som grunnlag for refleksjon og diskusjon.

Til deg som skal bruke presentasjonen:

Det er en fordel å ha kjennskap til rapporten.

Presentasjonen er bygd opp tematisk med refleksjonsspørsmål til hvert tema. Du kan derfor plukke ut deler av presentasjonen for bruk i f.eks. avdelingsmøter eller faglunsjer.



Historien om Bjørg



Bjørg døde 72 år gammel. Hun hadde fått kommunale hjemmetjenester i ca.15 måneder.

Bjørgs funksjonsnivå forverret seg betraktelig i løpet av den tiden. Hun hadde et stort vekttap og kognitiv svikt.



Bjørgs bakgrunn og oppstart av tjenester

Helse: Bjørg bodde alene, og hadde fysiske og psykiske plager etter en traumatisk ulykke i ung alder. Hun hadde kronisk lungesykdom (KOLS) og var avhengig av angstdempende medisin.

Pårørende: Bjørg hadde god støtte fra datteren.

Bekymring om Bjørg klarer seg alene: legevakt og fastlege anbefalte hjemmetjenester grunnet mulig kognitiv svikt og behov for økt omsorg.

Hjemmetjenester: Bjørg hadde vedtak om hjelp til medisinadministrasjon og matlaging. Hun fikk besøk fra hjemmetjenesten fire ganger daglig.



Flere forsøk på å kartlegge Bjørgs funksjonsnivå

Hjemmebesøk før oppstart av tjenester: Bjørg hadde problemer med å henge med i samtalen, ble fort distraheret, var skeptisk til å få hjelp, skvetten og urolig. Bjørg gir uttrykk for at det blir for mye for henne under dette besøket.

Demensteam like etter oppstart av tjenester: Hun svarte feil under testingen, før hun avbrøt. Demensteamet fikk ikke fullført testingen, men noterte at Bjørg gjentok seg mye og hadde nedsatt dømmekraft, hukommelse og orienteringsevne.

Kartleggingene ble ikke fulgt opp: Bjørgs funksjonsfall ble ikke fulgt opp med passende tiltak.



Bjørgs tilstand forverret seg gradvis, men tjenestene strevde med å følge opp funksjonsfallet

Gradvis forverring av kognitiv tilstand: Bjørg viste stadig flere tegn på svekket hukommelse, forvirring og depressive symptomer, noe som økte behovet for hjelp til hverdagsoppgaver.

Underernæring: Bjørns matlyst ble svekket, og tannproblemer gjorde matinntak vanskelig. Ernæringscreening viste høy risiko for underernæring, men ble kun tilbudt enkle måltider som toast. Hun spiste sjelden måltidene.

Innleggelse på sykehus: Bjørg ble funnet forkommen hjemme, og ble lagt inn på sykehus. På sykehuset får ble hun diagnostisert med lungebetennelse, demens (Alzheimers sykdom) og underernæring.

Hjemsendelse: Etter bedring på sykehuset ble hun sendt hjem igjen. Kort tid etter dette døde hun uventet. Obduksjonen bekreftet demens (Alzheimers sykdom), men ingen spesifikk dødsårsak ble funnet.

Funn

**- som i sum har
betydning for
pasientsikkerheten
til pasienter som
Bjørg**



Mangelfull kartlegging

- Avbrutte kartlegginger førte til at helsepersonell manglet oversikt over Bjørgs samlede behov. Hennes gradvise funksjonsfall ble ikke tilstrekkelig fulgt opp når det ikke ble gjort kartlegginger senere i forløpet.

Refleksjonsspørsmål:

Hva kan vi gjøre for å sikre at behovskartlegging utføres grundig og følges opp systematisk for hver pasient?



Oppgaveorientering skygger for helhetlig omsorg

- Bjørg fikk ikke et annet tjenestetilbud selv om behovene hennes økte.

Hjemmetjenesten fokuserte på de spesifikke oppgavene som var definert i vedtaket: medisinadministrasjon og matlaging.

Denne tilnærmingen kan gjøre det vanskelig å fange opp pasientenes helhetlige behov og endringer over tid.

Refleksjonsspørsmål:

Hvordan kan vi sikre at vi ser hele pasientens behov, ikke bare de spesifikke oppgavene som er definert i vedtakene?



Viktigheten av tidlig avklaring av forventninger og behov

- Behovene og forventningene til Bjørg og hennes pårørende ble ikke tydelig avklart. De behovene og forventningene som de pårørende påpekte ble ikke fulgt opp.

En tydelig avklaring av behov og forventninger ved oppstart av hjemmetjenester legger grunnlaget for at tjenestene kan tilpasses pasientens og pårørendes spesifikke behov. Dette kan også bidra til en mer presis og personsentrert tjenesteytelse over tid.

Refleksjonsspørsmål:

Hva kan vi gjøre for å sikre at våre pasienter og deres pårørende blir hørt ved første møte med tjenestene?



Pårørende har verdifull informasjon for helsehjelpen

- Bjørgs datter påpekte tidlig at moren hadde bedre matlyst når hun spiste sammen med andre. Hun ba om at pleierne spiste sammen med Bjørg for å støtte matinntaket. Likevel ble dette behovet ikke godt nok fulgt opp, og Bjørg fortsatte å gå ned i vekt.

Pårørende kan gi verdifull informasjon om pasientens vaner, behov og ønsker, særlig når pasienten har kognitiv svikt. Deres innsikt kan hjelpe helsepersonell med å fange opp endringer og behov som pasienten ikke selv klarer å uttrykke.

Refleksjonsspørsmål: Hvordan kan vi systematisk inkludere informasjon fra pårørende i omsorgsarbeidet hos oss? | 13

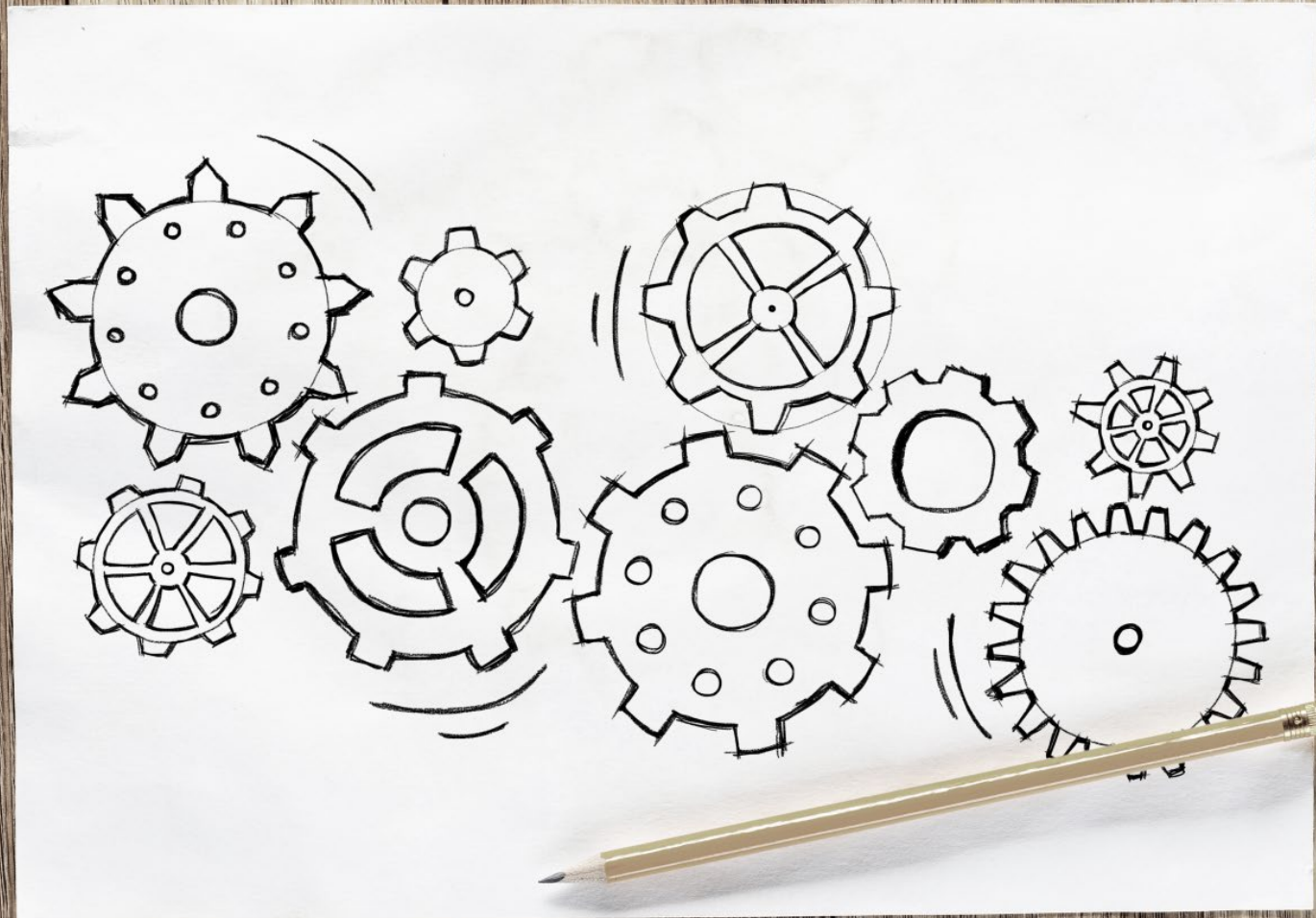
Fragmentert samhandling

- Samhandlingen om Bjørg mellom hjemmetjenesten og fastlegen var fragmentert. Kontakten bar preg av at det var uklart hvem som hadde ansvar for Bjørg. Kontakten førte ikke til at det ble tatt tak i Bjørgs funksjonsfall, eller endring i vedtaket.

Mangelen på en samordnet oppfølging, også mellom de ulike aktørene i hjemmetjenesten, gjorde at ingen hadde full oversikt over Bjørgs situasjon.

Refleksjonsspørsmål:

Hva kan vi gjøre for å styrke samhandlingen mellom alle involverte for pasientene våre?





Stort lederspenn og driftsfokus påvirker kvaliteten i tjenesten

- Lederne i hjemmetjenesten hadde ansvar for mange tilsatte, med mellom 108-120 ansatte per leder.

Med høy arbeidsbelastning og mange ansatte å følge opp ble tiden brukt på bemanning, vikarinnkalling og administrative driftsoppgaver.

Begrenset tid og ressurser til å sikre kvalitet i tjenesten, til faglig utvikling og til systematisk oppfølging av pasientsikkerhet.

Refleksjonsspørsmål:

Hvordan kan vi legge til rette for at lederne i hjemmetjenesten i større grad kan prioritere kvalitetsarbeid og faglig utvikling?



Fokus på drift fremfor kvalitet

- Øverste ledelsen og politikerne i kommunen var primært fokusert på økonomiske resultater og administrativ drift.

Styringsinformasjonen var hovedsakelig knyttet til budsjettoverholdelse og sykefravær.

Få eller ingen konkrete kvalitetsindikatorer for hjemmetjenestene.

Dette gjør det krevende for de ansvarlige å vurdere om tjenestene til de hjemmeboende eldre faktisk oppfylte lovpålagte krav om forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.

Refleksjonsspørsmål: Hvordan kan vi sikre at kvalitetsmål og pasientsikkerhet blir viktige styringsparametere i vår organisasjon?



**Syv forbedringsområder
for å lykkes med å gi gode
hjemmetjenester til eldre
som Bjørg**

Kvalitetsstyring gir tryggere tjenester

Et vilkår for å lykkes med å gi gode tjenester er at tjenestetilbudet blir styrt etter kvalitetsmål. Stikkord for hvordan kommunene selv kan organisere seg og styre mot god kvalitet er:

- kvalitetsindikatorer for å følge med på kvalitet og pasientsikkerhet. Særlig måltall for kontinuitet, kompetanse og pårørendeinvolvering
- et rett nivå på lederspennet
- høy grad av bemanningsstabilitet
- oppfølging av risikoområder og håndtering av avvik
- etisk refleksjon
- Ledelsen vurderer hvordan styringssignaler kan ha betydning for ansatte og tjenesteutformingen.

Avklaringer ved oppstart av tjenester

Ved tildeling av hjemmetjenester, holde et møte der kommunen, pasienten og pårørende, avklarer behov og forventninger til tjenestene. Dette møtet kan avklare:

- kontaktperson i kommunen
- forventningene til pasienten og pårørende
- roller, for eksempel:
 - hvem som skal følge pasienten til lege og tannlege
 - hvilken informasjon fra andre aktører som skal gå til hjemmetjenesten
 - hvilken plan tjenesten skal ha for revurdering av behov og nye forventningsavklaringer

Samordneren – en viktig rolle

En person i hjemmetjenesten med tilstrekkelig kompetanse til å vurdere behov og samordne helsehjelp:

- være kontaktperson for pasient og pårørende
- ha oversikt over all informasjon om pasienten og sikre kartlegging
- vurdere om pasienten får tjenester i tråd med behov og at tiltak har effekt
- samordne med de som har ansvar for å fatte vedtak
- avklare hvem som har ansvar for ulike oppgaver og se til at disse blir fulgt opp
- samhandle med fastlegen og vurdere behov for hjemmebesøk og avklaringsmøter
- være kontaktperson for andre aktører, for eksempel tverrfaglige team
- vurdere om og hvordan pårørende skal inkluderes i etikkdrøftinger
- ha ansvaret for helhetlig oppfølging

Vedtak som tjener hensikten

Helhetlige og oppdaterte kartlegginger utgjør et viktig grunnlag for kommunale vedtak om tjenester. Disse bygger på brukermedvirkning og involverer pårørende på en god måte.

Den som har samordningsrollen sørger for at andre faggrupper blir involvert i kartleggingen når det er behov for det.

Gode vedtak inneholder en plan for revurdering, slik at man kan fange opp om pasienten får nye behov.

Dialog med pasienten er også et viktig grunnlag når vedtak skal fornyes. Pårørende er en viktig ressurs når pasienten tillater det, eller dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse på det aktuelle området. Samordneren vil også ha en viktig rolle her.

Teamorganisering for kontinuitet

Ledelsen kan tilpasse turnus og team slik at det daglig er noen fra teamet på vakt som går til sine pasienter.

Teamet må være stort nok til at den enkelte medarbeider jevnlig kan møte andre i teamet som kjenner pasientene.

De som er i teamet kan ha en særlig rolle i å følge med på og dokumentere om pasienten endrer seg. Den som har samordningsrollen for den enkelte pasienten, må være en del av teamet.

Samarbeidsorientert organisering

Opprette møteplasser for deling, for eksempel digitale møter, der de ulike faggruppene og fastlegen kan drøfte pasientens situasjon, inkl. samtykkekompetanse.

En samarbeidsorientert organisering kan

- styrke bruken av muntlige rapporter der man avklarer oppfølgingen av den enkelte pasient
- trekke inn ressurser som ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere med relevant spesialutdanning i rapportmøter og andre jevnlig møter i hjemmetjenesten
- legge til rette for samarbeidsmøter med flere aktører når det er nødvendig, der for eksempel den som har samordnerrollen kan innkalle fastlegen

Gode dokumentasjonssystemer

De pasientadministrative systemene for pleie- og omsorgssektoren oppfyller ofte ikke hensikten om å gi ulike aktører i tjenestene oversikt og mulighet til å følge opp den enkelte pasienten. Det er behov for at disse systemene i større grad blir brukt og tilpasset slik at ledere og ansatte kan

- følge med på om pasientens tilstand endrer seg
- vurdere om tiltakene har ønsket effekt
- se hva andre i tjenesten har vurdert og planlagt
- benytte moderne IT-systemer som er kompatible med nye teknologiske muligheter som forenkler elektronisk dialog mellom ulike aktører

Digitale verktøy og sjekklister kan bidra til monitorering og varsling dersom pasientens tilstand endrer seg eller faller utenfor et definert mål for funksjon eller behandling.

**Les mer fra Ukom på
www.ukom.no**