



Oslo kommune
Bydel St. Hanshaugen
Administrasjonsavdelingen

Møteinnkalling 4/11

Møte: Eldrerådet
Møtested: Akersbakken 27
Møtetid: tirsdag 24. mai 2011 kl. 15.00
Sekretariat: 23 47 53 57

SAKSKART

Åpen halvtime
Godkjenning av innkalling
Godkjenning av sakskart
Informasjon
Eventuelt

Saker til behandling

Sak 3/11	ER-protokoll ferbruar 2011	1
Sak 4/11	Tilsynsutvalg for institusjoner - Årsmelding 2010.....	4
Sak 5/11	Årsmelding 2010 Vern for eldre.....	5
Sak 6/11	Tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre	7
Sak 7/11	Kartlegging av rutiner ved tildeling av sykehjemsplass i Oslo	19

Bydel St. Hanshaugen

leder

sekretær

Sak 3/11 ER-protokoll ferbruar 2011

Arkivsak: 201002614

Arkivkode: 027.2

Saksbehandler: Kristin Kaus

Saksgang
Eldrerådet

Møtedato
24.05.11

Saknr
3/11

ER-PROTOKOLL FERBRUAR 2011

Protokoll 1/11

Møte: Eldrerådet
Møtested: Akersbakken 27
Møtetid: tirsdag 15. februar 2011 kl. 15.00
Sekretariat: 23 47 53 57

Møteleder: Ivar Børsheim

Tilstede: Ingrid Beate Gjersøe
Ulla-Britta Gustafson
Haakon Sandøy

Forfall: Ulla Askeland

Som vara møtte: Unni Hestvedt

I tillegg møtte: Bydelsdirektør Ellen Oldereid
Eva Aud Bragli

Møtesekretær: Torild Aarnes Kåsa

Åpen halvtime

Brukerundersøkelsen har vist at brukerne er veldig fornøyde. Scoret høyt i forhold til andre bydeler.

Fortsatt arbeid som gjenstår: 1. Færre ansikter å forholde seg til, hvordan organisere tjenesten slik at det blir færre hjelpere

2. Mer punktlighet i forhold til å si fra ved forsinkelser.

3. Brukermedvirkning.

Bydelsdirektøren informerte om et arbeid som pågår, kartlegging i ulike distrikter på styrker og svakheter i hjemmetjenesten.

Ønske fra eldrerådet om å bli informert om framdriften i arbeidet og resultatene.

Samhandlingsreformen.

I korte trekk ønsker staten at kommunen skal ta større ansvar i forhold til å hindre sykehusinnleggelser og ta pasienten fortere ut fra sykehus etter opphold.

Utfordringen her blir finansieringen.

Dette blir frontet av Oslo kommune, bydelene kommer med innspill.

Eldre og rus, bydelsdirektøren orienterte om vårt prosjekt. Et vellykket prosjekt som også får midler i 2011.

Godkjenning av innkalling og sakskart

Godkjent.

Eventuelt

Til møtet i mars er det ønskelig å invitere Einar og Marcus fra prosjekt "Eldre og rus"

Til møtet i mai er det ønskelig å invitere ledere i tilsynsutvalgene for sykehjem og hjemmetjeneste.

Også ønskelig med informasjon fra bestillerkontoret, oversikt over ulike tjenester, saksgang osv.

Leder har ordet.

Rådet beklager at innlegget i spalten:" Lederen har ordet" må forhåndsgodkjennes, og gitt et slik krav kan spalten like godt fjernes.

Samhandlingsreformen.

Eldrerådet oppfordrer bydelsutvalget til å be administrasjonen gjøre greie for iverksetting av samhandlingsreformen og hvilke konsekvenser dette har for bydelen.

Akersveien 17.

Eldrerådet ber bydelsutvalget ta opp med administrasjonen muligheten for at Akersveien17 igjen kan ha åpent ettermiddag/kveld i tillegg til dagtid.

Sak 1 /11 ER-protokoll desember 2010

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Godkjent

Vedtak:
Godkjent

Sak 2 /11 Brukerundersøkelse i hjemmetjenesten 2010

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Bydelsutvalget tar brukerundersøkelsen i hjemmetjenesten 2010 til orientering.

Vedtak:

Eldrerådet anbefaler bydelsutvalget å slutte seg til bydelsdirektørens forslag til vedtak.

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Godkjent

Sak 4/11 Tilsynsutvalg for institusjoner - Årsmelding 2010

Arkivsak: 201100975

Arkivkode: 240.4

Saksbehandler: Tronn Jensen

Saksgang	Møtedato	Saknr
Helse- og sosialkomiteen	24.05.11	18/11
Eldrerådet	24.05.11	4/11
Bydelsutvalget	31.05.11	54/11

TILSYNSUTVALG FOR INSTITUSJONER - ÅRSMELDING 2010

Bakgrunn for saken:

Bydelsutvalget har bedt om årsrapport fra tilsynsutvalg for institusjoner mv for 2010

Saksframstilling

Tilsynsutvalg for institusjoner mv har gjennomført tilsyn ved Cathinka Gulberg senter og Jødisk bo- og omsorgssenter i 2010. Uanmeldt tilsyn ved St.Hanshaugen Omsorgsenter senter lot seg ikke gjennomføre fordi ansatte ved omsorgssenteret ikke hadde tid til uanmeldt tilsyn. Rapportene fra tilsyn ble lagt frem for BU i møte 28.09.2010.

Det forhold at tilsyn ikke lot seg gjennomføre ved St.Hanshaugen Omsorgsenter ble av bydelsadministrasjonen tatt opp med Sykehjemsetaten som har beklaget dette, og forsikret bydelen om at noe lignende ikke vil skje igjen.

Årsrapport fra tilsynsutvalg for institusjoner mv for 2010 følger vedlagt.

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Bydelsutvalget tar årsrapport fra tilsynsutvalg for institusjoner mv for 2010 til orientering.

Ellen Oldereid
bydelsdirektør

Trykte vedlegg: Årsrapport fra tilsynsutvalg for institusjoner - 2010

Sak 5/11 Årsmelding 2010 Vern for eldre

Arkivsak: 201100701

Arkivkode: 101.1

Saksbehandler: Kristine Smedstad

Saksgang	Møtedato	Saknr
Eldrerådet	24.05.11	5/11
Helse- og sosialkomiteen	24.05.11	17/11
Bydelsutvalget	31.05.11	55/11

ÅRSMELDING 2010 VERN FOR ELDRE

Saksframstilling:

Vern for eldre er en tjeneste underlagt Storbyavdelingen i Oslo Kommune. Vern for eldre skal hjelpe mennesker som blir utsatt for vold og overgrep i hjem eller i institusjon, samt bidra til at andre i hjelpeapparatet får økt fokus på å forebygge volden, s. 4, (Årsmelding 2010, Vern for eldre).

I 2010 er det i følge Statistisk sentralbyrå ca 87.273 eldre mennesker over 62 år i Oslo. I en undersøkelse gjort av NKVTS konkluderes det med at ca 6 % av den eldre befolkningen, dvs. ca 5236, blir utsatt for vold/overgrep i hjem og på institusjon. Vern for eldres viktigste oppgaver er derfor å drive helsefremmede arbeid for å styrke den eldre i en vanskelig livssituasjon.

Vern for eldre består av en seksjonsleder, seks fagkonsulenter og en prosjektleder per 31.12.10. Sykefraværet har i 2010 vært 5 %.

Vern for eldre fikk inn 442 meldinger i 2010. Av disse fikk 296 råd og veiledning på stedet, og 149 saker ble opprettet. Se oversikt s. 9 i Årsmelding 2010, Vern for eldre, for fordeling i de ulike bydelene. Måltallet for 2011 er 375 bekymringsmeldinger.

Årsmeldingen 2010 viser at psykiske overgrep står for 50 %, økonomiske på 20 % og fysiske på 19,5 % av overgrepene som er meldt. Videre kommer strukturelle overgrep på 7,5 % og seksuelle overgrep på 0,5 %. (Årsmelding 2010, Vern for eldre, s. 10)

Statistikken over hvem som er overgripere viser at det i 17 % av meldingene var det sønn, 12 % datter, og i 12 % det offentlige systemet. Se oversikt over flere tall s. 11, Årsmelding 2010, Vern for eldre.

Vern for eldre har et utbredt samarbeid med andre offentlige tjenester og beslutningsorganer. Videre har vern for eldre deltatt på ulike arrangementer i 2010 med foredrag og informasjon om virksomheten, i tillegg til markedsføring.

Prosjektet vern for eldre nasjonal kontakttelefon har fått bevilget drift ett ekstra år, 2011, fra departementet. Årsrapporten for prosjektåret 2010 vil danne grunnlaget for evalueringen av en landsdekkende kontakttelefon i Helse- og omsorgsdepartementet, noe som for betydning for satsing og videre drift.

Bydelsdirektørens forslag til vedtak:

Bydelsutvalget tar årsmelding 2010 Vern for eldre til orientering.

Ellen Oldereid
bydelsdirektør

Trykte vedlegg: Årsmelding 2010 Vern for eldre

Sak 6/11 Tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre

Arkivsak: 201101065

Arkivkode: 240.0

Saksbehandler: Tronn Jensen

Saksgang	Møtedato	Saknr
Helse- og sosialkomiteen	24.05.11	15/11
Eldrerådet	24.05.11	6/11
Bydelsutvalget	31.05.11	52/11

TILSYN I 2010 MED KOMMUNENES SOSIAL- OG HELSETJENESTER TIL ELDRE

Bakgrunn for saken:

Bydelsutvalget har bedt om en sak om tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre.

Dokumenter:

- Rapport fra helsetilsynet 5/2011
- Rapport fra tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til hjemmeboende eldre med demenssykdom ved hjemmetjenesten i Bydel St. Hanshaugen Oslo kommune 2010
- Plan for lukking av avvik

Saksframstilling:

TILSYN I 2010 MED KOMMUNENS SOSIAL- OG HELSETJENESTER TIL ELDRE

Helsetilsynet i fylkene og fylkesmennene gjennomførte i 2010 tilsyn med kommunale sosial- og helsetjenester til eldre med store og sammensatte hjelpebehov. Tilsynet er et landsomfattende tilsyn og inngår i en fireårig nasjonal satsning fra Statens Helsetilsyn som blant annet skal understøtte mål i Omsorgsplan 2015. Det er utført tilsyn i 342 virksomheter i til sammen 232 kommuner. I om lag to tredeler av tilsynene ble det påpekt brudd på aktuelle lovkrav (avvik). Fylkesmannen og Helsetilsynet gjennomførte et tilsyn i Bydel St. Hanshaugen.

Nedenfor følger en omtale av tilsynstema, funn og vurderinger i samlerapport fra tilsyn med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre (Rapport fra Helsetilsynet 5/2011). Funn fra tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til hjemmeboende eldre med demenssykdom i bydel St. Hanshaugen og bydelens arbeid med forbedringer omtales særskilt.

Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre. De enkelte tilsynstema – funn og vurderinger

1 Funn fra tilsynet med hjemmetjenesten og fastlegene:

- Kjent og innarbeidet praksis er mangelvare

- Mangelfull opplæring og organisering
- Dokumentasjon – mangelfull og spredd på ulike steder
- Risikovurdering og læring av egne feil forsømmes
- Samarbeidet med fastlegene var lite strukturert
- Mangler ved utredning og oppfølging hos noen leger

Statens helsetilsyns vurdering

Ut fra de samlede funnene fra dette tilsynet er Statens helsetilsyn bekymret for om kommunene klarer å fange opp, utrede og gi tjenester med god nok kvalitet og i tilstrekkelig omfang til brukere med demenssykdom.

Lite kontinuitet i tjenesteytingen gjør at tjenesteyterne kjenner brukeren for dårlig, noe som også øker faren for at symptomer på demenssykdom eller endrede behov for hjelp ikke blir oppdaget.

I mange kommuner er ledelsen for lite opptatt av å sikre at ansatte har tilstrekkelig kompetanse og at tjenestene er planlagt og organisert slik at rammebetingelsene setter dem i stand til å yte forsvarlige tjenester. Det forsterker vår bekymring for hvordan brukerne med Demenssykdom blir ivaretatt i kommunene.

Det er også grunn til å uroe seg over at samarbeidet mellom hjemmesykepleien og fastlegene er lite strukturert mange steder. En sårbar gruppe som demenssyke har et særlig behov for at helsepersonell samarbeider godt.

Det gjøres heller ikke alltid risikovurderinger av tjenestene, og lærdom fra egne feil blir ikke benyttet aktivt i forbedringsarbeidet. Dette må ledelsen ta tak i ved å planlegge, organisere og styre tjenestene på en mer systematisk måte.

Antallet fastlegetilsyn var lavt og det ble også gjort relativt få funn ved dette tilsynet. Men funnene gir likevel en pekepinn om hvilke forhold som kan føre til at pasienter med demenssykdom ikke får forsvarlig medisinsk utredning og oppfølging. Denne pasientgruppen er ofte ikke i stand til selv å ivareta sine behov for nødvendig diagnostikk og behandling. Fastlegen er i en nøkkelposisjon og må sørge for å samarbeide med personell i hjemmesykepleien der dette trengs for å få utredet og fulgt opp pasienten på en forsvarlig måte. Tilstrekkelig dokumentasjon av pasientforløpet er også viktig. Dette er særlig kritisk dersom eventuelle vikarer eller andre leger i praksisen overtar pasienten og er avhengig av informasjon fra pasientjournalen.

2 Funn fra tilsynet med kommunens legemiddelhåndtering og fastlegenes legemiddelbehandling

- Uklarheter om lederansvaret og utpekning av faglig rådgiver
- Ikke god nok opplæring
- Mangel på prosedyrer og journalføring for å sikre god praksis
- Ledelsen følger ikke godt nok med på hva som kan gå galt i legemiddelhåndteringen
- Samarbeidet med fastlegene er i liten grad dokumentert
- Kommunene fant at egen praksis avvek fra flere av kravene i regelverket
- Mangler ved lett tilgjengelighet og oppdatert oversikt over pasientens legemidler hos fastlegene

Statens helsetilsyns vurdering

Bekymringsfullt at ledelse av legemiddelhåndteringen ikke er godt nok ivare tatt

I legemiddelhåndteringsforskriften som ble gjort gjeldende fra april 2008 er virksomhetsleder tillagt ansvaret for å sørge for at det finnes personell med tilstrekkelig og nødvendig kompetanse til å utføre oppgavene på en forsvarlig måte. Den enkelte ansattes kompetanse skal vurderes individuelt, og virksomhetsleder skal også sørge for at personellet får tilstrekkelig opplæring. Det er derfor bekymringsfullt at det ved begge typer tilsyn med kommunenes Legemiddelhåndtering ble påvist såpass mye uklarhet og mangler ved virksomhetsleders ansvar og faglige kompetanse og ved sentrale oppgaver som opplæring og etablering og oppdatering av prosedyrer.

På høy tid å implementere regelverk som kom i 2008

Ved sjølmeldingstilsynet fant mange kommuner selv ut at de ikke hadde oppdatert sine prosedyrer i henhold til forskriften som kom i 2008. Dette er alvorlig fordi denne forskriften nettopp flyttet mye ansvar over på virksomhetsleder, bl.a. vurdering av hvilket helsepersonell som kan tillegges ulike oppgaver innenfor legemiddelhåndtering. At en del kommuner ikke følger med på om det kommer nytt regelverk og sørger for å ajourføre egne prosedyrer på et såpass risikofyllt område som legemiddelhåndtering, er urovekkende.

Sjølmeldingstilsynet – et tiltak kommunene brukte godt

Kommunene skulle ved dette tilsynet vurdere egen praksis opp mot gjeldende lovkrav i en tilsendt ”fasit” og melde fra til Helsetilsynet i fylket om hva de fant og hvordan de ville rette opp eventuelle mangler. Erfaringene fra dette første årets utprøving av sjølmeldingstilsynet tyder etter vår vurdering på stor innsats i kommunene for å bruke denne tilsynsmetoden i eget forbedringsarbeid.

Alle er tjent med at feil i legemiddelhåndteringen brukes til å lære av

Tilsynet viste også at en del av kommunene i liten grad brukte meldinger om feil og avvik i sitt eget forbedringsarbeid. Å oppdage at man har delt ut feil legemiddel til en pasient, eller har kommet i skade for å gjøre andre feil ved istandgjøringen eller utdelingen av legemidler, er en dramatisk og alvorlig opplevelse for helsepersonell. For alle parter er det viktig at slike hendelser blir aktivt brukt til å forebygge at noe lignende skjer igjen.

Kommunene må tilrettelegge mer aktivt for samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegene

Kommunen har en viktig rolle i tilrettelegging av et godt og hensiktsmessig samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Tilsynet tyder på at en del kommuner kan innta en mer aktiv rolle også på dette området. Pasienter som trenger hjelp til å få tatt legemidlene sine, er ofte såpass skrøpelige at de ikke kan klare å fungere som bindeledd mellom sin egen fastlege og dem som kommer hjem til dem og deler ut legemidlene. Kommunen må se sitt ansvar som tilrettelegger på systemnivå og bistå med at den enkelte pasient får nødvendig helsetilsyn.

3 Funn fra tilsyn med forebygging og behandling av underernæring

- Mangelfulle tiltak mot underernæring
- Etablert og kjent praksis mangler
- Få tiltak for å sikre kompetanse om ernæring
- Mangelfull dokumentasjon – og dokumentasjon spredd på ulike steder
- Ikke alle vurderer risiko eller lærer av egne feil

Statens helsetilsyns vurdering

Etter Statens helsetilsyns oppfatning er det en reell fare for at eldre med ernæringsproblemer

ikke blir fanget opp av kommunens tjenesteapparat, og dermed heller ikke får nødvendig hjelp til å få dekket sitt grunnleggende behov for mat og drikke. Og *blir* brukere med ernæringsproblemer fanget opp, kan mangelfull kompetanse og dokumentasjon medføre at hjelpen som blir gitt til den enkelte ikke er tilstrekkelig, og dermed ikke vil avhjelpe ernæringsproblemene. Den uheldige innvirkningen på helsesituasjonen vil da fortsette og også kunne forverre seg.

Hovedinntrykket fra dette tilsynet er at mange kommuner har mye å ta tak i og jobbe med fremover for å sikre at behovet for riktig ernæring blir ivaretatt for eldre tjenestemottakere. Kommunens ledelse må blant annet sørge for at Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring blir kjent og anbefalingene der tatt i bruk.

4 Funn fra tilsynet med rehabiliteringstilbud i sykehjem

- Lite tverrfaglighet i sykehjemmenes rehabilitering

Statens helsetilsyns vurdering

Funn fra tilsyn ved åtte sykehjem er et lite grunnlag for en samlet vurdering. Det står imidlertid fast at tilbudet i sju av de åtte kommunene ikke er innenfor gjeldende lovkrav. Statens helsetilsyn er bekymret for om det kan være situasjonen i langt flere av landets kommuner.

Statens helsetilsyn vil derfor sterkt oppfordre kommunene til selv å vurdere sitt eget rehabiliteringstilbud til eldre i sykehjem. Spesielt bør kommunene vie oppmerksomhet til hvordan tjenestene er planlagt, organisert og styrt, og om de er i tråd med gjeldende regelverk.

Spørsmål kommunens ledelse må stille seg er:

- Har kommunen vurdert hvor risikoen er størst for at det kan oppstå feil og uønskede hendelser, og på bakgrunn av dette iverksatt tiltak for å trygge tjenesten?
- Har kommunen etablert en praksis for hvordan ansatte skal ivareta arbeidsoppgavene knyttet til rehabilitering, og kjenner og følger alt involvert personell denne?
- Sikrer rutinen reell brukervedvirkning?
- Har kommunen planlagt med tilstrekkelig personell med riktig kompetanse? Sikrer organiseringen reell tverrfaglighet? Har ansatte rammevilkår som gjør det mulig for dem å utføre tjenestene forsvarlig?
- Har kommunen et dokumentasjonssystem som alle involverte vet hvordan de skal bruke? Er det klart for alle hva som skal dokumenteres hvor og av hvem?
- Følger kommunen med på at tjenesten ytes slik de har planlagt? Brukes avvikssystemer til å lære av egne feil og nesten-feil?

5 Funn fra tilsyn med kommunens saksbehandling av søknader om avlastning: Mangelfull saksbehandling i kommunene

- Pårørendes behov for avlastning ble ikke utredet
- Sjablongmessige og standardiserte vurderinger
- Mangelfulle vedtak og uklarheter om klagemuligheter

Statens helsetilsyns vurdering

Mangelfull saksbehandling – et rettssikkerhetsproblem

Dette tilsynet har tydelig vist at forsvarlig saksbehandling ved tildeling av kommunale pleie- og omsorgstjenester fortsatt ikke er en selvfølge.

Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene har hatt et betydelig tilsynsvolum knyttet til kommunale helse- og sosialtjenester gjennom hele 2000-tallet. Saksbehandling og håndtering av henvendelser

og søknader, inklusive utredning av hjelpebehov, har på ulike måter vært tilsynstema i hele perioden. Gang på gang har tilsynsmyndigheten fastslått mangelfull saksbehandling. Mye tyder på at dette kan være et rettssikkerhetsproblem i kommunale pleie- og omsorgstjenester.

I dette tilsynet påpekte tilsynsmyndigheten forhold som strider mot forsvarlig saksbehandlingspraksis i 48 av 56 kommuner. Det var et gjennomgående funn at kommunene ikke kartla og vurderte pårørendes omsorgsbyrde, situasjon og behov for avlastning, noe som betyr at omsorgsmottakere og deres pårørende ikke får vurdert sine tjenestebehov slik lovgivningen forutsetter. Det kan også bety at de ikke får det tjenestetilbudet de har rett til. Det er alvorlig slik Statens helsetilsyn vurderer det.

Kommunene som har vært omfattet av dette tilsynet, har en jobb å gjøre for å få på plass det som skal til for at saksbehandlingen knyttet til avlastning skal være forsvarlig. Det burde være opplagt at alle sider også ved den pårørendes situasjon skal utredes ved søknader om avlastning; enten avlastningsbehovet henger sammen med at vedkommende er sliten etter langvarig og omfattende omsorgsarbeid, eller at vedkommende har helsemessige problemer selv.

Regelverket er til for tjenestemottakernes beste

I samsvar med kravene i forvaltningsloven har tilsynsmyndigheten etterlyst en samlet utredning ved søknadsbehandling. Det er ikke godt nok når kommunene henviser til fortløpende muntlig kommunikasjon og dialog internt i tjenesteapparatet og med omsorgsmottaker og pårørende. Det er heller ikke godt nok når kommunen ikke kan dokumentere og sannsynliggjøre at det er gjort en konkret og selvstendig vurdering av hver enkelt søknad. Her er det tale om for dårlig praksis med hensyn til jevnlig statusgjennomganger hos omsorgsmottakeren, og om manglende rutiner for skriftliggjøring og dokumentasjon. Denne type praksis undergraver den enkelte tjenestemottakers rettssikkerhet og begrenser den enkeltes mulighet til å klage på vedtak.

Grundig utredning, individuell vurdering og velbegrunnede vedtak med god og korrekt informasjon om søkerens klagemuligheter er med å gi robust rettssikkerhet for omsorgsmottakerne og deres pårørende. Vedtakene er nærmest å betrakte som en varedeklarasjon som skal vise omsorgsmottakerne og deres pårørende hva kommunen har lagt til grunn for og lagt vekt på ved vurderingen av behov for og tildeling av tjenester. Det gir de som er part i saken, en mulighet for å ivareta egne interesser, stille spørsmål og fremme klage når de mener det er berettiget.

Tjenestene, tiltakene, behandlingen, bistanden og omsorgen som gis skal være gode og trygge for tjenestemottakerne og for deres pårørende. Hensikten med regelverket er å ivareta tjenestemottakernes interesser. For ledere og ansatte i de kommunale tjenestene bør regelverket betraktes som et hjelpemiddel der tjenestemottakernes beste er ledetråd. Forsvarlig saksbehandling er et sentralt element for å sikre at befolkningen får de kommunale helse- og sosialtjenestene de har behov for og rett til.

6 Funn fra uanmeldte tilsyn med "låste dører i sykehjem": Låste dører og begrensninger i beboernes bevegelsesfrihet

- Låste uten at pasientenes samtykkekompetanse var vurdert og uten at det var fattet vedtak etter pasientrettighetsloven kapittel 4A

Statens helsetilsyns vurdering

Pasientrettighetsloven kapittel 4A trådte i kraft 1. januar 2009. I denne forbindelse gjennomførte Helsedirektoratet i samarbeid med fylkesmennene en omfattende informasjons- og

opplæringskampanje for å sette virksomheter som gir helsetjenester, i stand til å følge lovgivningen på det aktuelle området.

Problemstillingene som er undersøkt i disse tilsynene, er både faglig, etisk og juridisk krevende, og ikke minst er det utfordrende for kommunene å finne praktiske løsninger. Forholdsvis få sykehjem er omfattet av dette tilsynet. Funnene er allikevel, slik Statens Helsetilsyn ser det, en indikasjon på at bevisstheten om og kjennskapen til disse sentrale lovbestemmelsene ennå ikke er god nok. Selv om hensikten kan være den beste, har tilsynet avdekket et at sykehjem går utover hva de har rettslig adgang til når det gjelder å begrense pasienters bevegelsesfrihet. Det er særlig alvorlig at det er iverksatt kollektive tiltak som begrenser samtlige beboeres bevegelsesfrihet.

Rapport fra tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til hjemmeboende eldre med demenssykdom ved Hjemmetjenesten i bydel St. Hanshaugen i 2010.

Tilsynet i bydel St.Hanshaugen har undersøkt hvordan bydelen sikrer at hjemmeboende eldre demenssyke med vedtak på helse- og/eller sosialtjenester blir identifisert, utredet og fulgt opp, og om det samarbeides med fastlegene om utredning, kartlegging og oppfølging av sykdommen. Kommunens evne til å identifisere og følge opp endrede behov for tjenester og om de ivaretar grunnleggende behov gjennom individuell tilrettelegging, brukermedvirkning og kontinuitet og regelmessighet i tjenesteutføringen til denne gruppen ble også vurdert.

Rapporten fra tilsynet er utarbeidet etter systemrevisjon ved hjemmebaserte tjenester i bydel St.Hanshaugen i perioden 14. juli 2010 – 17. november 2010. Formålet med systemrevisjonen var å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll.

Revisjonen omfattet undersøkelse om:

- Hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter
- Tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres
- Tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes

Systemrevisjonen er gjennomført ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser

Rapporten omhandler avvik og merknader som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet.

- **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift
- **merknad** er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndighetene finner grunn til å påpeke mulighet for bedring.

Funn og vurderinger fra tilsynet – lukking av avvik:

I det følgende vil omtales helsetilsynets funn og kommentarer. Under gjennomgangen vil også bydelens tiltak for lukking av avvik bli presentert i tilknytning til de enkelte punkter. Bydelen har utarbeidet en fullstendig plan med tiltak, tidsfrister og status.

Avvik 1

Bydelen sikrer ikke i tilstrekkelig grad at hjemmeboende eldre med demenssykdom blir fanget opp, utredet og fulgt opp.

- Det er nylig utarbeidet prosedyre for hvordan hjemmetjenesten skal identifisere og følge opp brukere ved eventuell demenssykdom, denne er ikke implementert og er ikke kjent
Bydelens tiltak:
 - Revidere prosedyren
 - Opplæring av alle ansatte
- System for å fange opp, utrede og følge opp personer med demens fremstår som personavhengig og tilfeldig
Bydelens tiltak:
 - Opprette tiltak på kognitiv utredning i Gerica
 - Ansatte tar i bruk og følger prosedyren
 - Fortløpende kartlegge sårbare brukere som trenger kontinuerlig oppsyn (IPLOS og faglig skjønn)
 - Gjennomføre kompetanseplanen:
 - Interne demenskurs i samarbeid med Gerica, utredningskurs
 - Informasjon til eldresenter i faste samarbeidsmøter
- Det foreligger ingen rutinebeskrivelse eller formell avtale for hvordan samarbeid med brukernes fastleger skal foregå, for å sikre brukerne nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling
Bydelens tiltak:
 - Utarbeide prosedyre og gjøre den kjent
- Hjemmetjenesten har ikke kartlagt områder hvor det er fare for svikt i tjenesten til demenssyke
Bydelens tiltak:
 - Fortløpende kartlegge sårbare brukere som trenger kontinuerlig oppsyn (IPLOS og faglig skjønn)
- Det foreligger ingen retningslinjer for, og det fremkom at det i praksis ikke er rutine for å innhente samtykke ved henvendelse til pårørende og lege
Bydelens tiltak:
 - Retningslinjer for innhenting av samtykke utarbeides og tas i bruk
 - Dokumentere i Gerica at samtykke er innhentet
- Hjemmetjenesten har ikke demensteam eller utpekte personer som skal ivareta personer med demenssykdom, men bestillerenheten har en demenskoordinator
Bydelens tiltak:
 - Etablere demensteam med demenskoordinator og ressurspersoner fra alle enheter
- Nasjonalt utredningsverktøy for brukere med mistanke om eller tegn på demenssykdom utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse var lite kjent
Bydelens tiltak:
 - Opplæring av ansatte
- Det kom frem gjennom intervjuer at noen brukere ble vurdert til å ha et hjelpebehov på et høyere omsorgsnivå enn det som ble tilbudt. Det samme fremgikk av fremlagt

dokumentasjon
Bydelens tiltak:
- Bruke IPLoS og revurderingsjournal

Tilsynets kommentarer:

Det vises i denne sammenheng blant annet til kommunehelsetjenestelovens § 1-3a som sier at kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunehelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i lov eller i medhold av lov eller forskrift.

Kommunene har begrensede muligheter til å styre eller lede fastlegene. Det må imidlertid forventes at kommunene har initiert og tilrettelagt for utvikling, etablering og vedlikehold av rutiner og prosedyrer for samhandling med legene, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3a og kvalitetsforskriften § 3 andre ledd. Dette kan skje i samarbeidsutvalg som skal være opprettet i henhold til Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene for perioden 2008-2010 (ASA 4310), eller på annen hensiktsmessig måte.

Ved spørsmål om manglende involvering fra enkelte fastleger, må det forventes at kommunen tar dette opp i de møter som kommunen årlig skal ta initiativ til med den enkelte lege i henhold til nevnte avtale for drøftelse av legens virksomhet i forhold til kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak. Hvor omfattende kommunenes tilrettelegging må være, vil variere ut fra kommunestørrelse, kompleksitet, organisering av kommunenes tjenester, fastlegedekning mv.

Avvik 2:

Bydelen ivaretar ikke kontinuitet og forutsigbarhet i tjenesten til demenssyke.

- Flere opplyste at det ikke var tilstrekkelige faglige og organisatoriske rammebetingelser i forhold til omsorgen for demenssyke
Bydelens tiltak:
- Innføring av Behovstyrt Bemanning (BOB)
- Av journaler fremgår det at det er mange forskjellig tjenesteutøvere innom brukerne i løpet av kort tid
Bydelens tiltak:
- BOB omfatter tjenesteansvarlige og primærkontakter for den enkelte bruker
- Virksomheten har en prosedyre for primærkontakt, denne oppgis til ikke å være styrende for praksis og den fungerer ikke etter intensjonen
Bydelens tiltak:
- Revidere prosedyren i samsvar med BOB
- Opplæring av ansatte
- Ingen systematisk sikring av rett person på rett sted til demente
Bydelens tiltak:
- Ny turnus
- BOB
- Det fremgikk av noen journaler at bruker ga uttrykk for å ikke ville ha hjelp av bestemte personer, det fremkom ikke at det ble tatt hensyn til
Bydelens tiltak:
- Opplæring i dokumentasjon
- Journalføre faglige vurderinger

- Grunnbemanningen i hjemmesykepleien og i praktisk bistand dekker ikke antall innvilgede vedtakstimer
Bydelens tiltak:
- Balansere aktivitet og disponible ressurser i budsjett 2011
- Bruken av ekstravakter oppgis til enhver tid å være mellom 20 % og 50 % over grunnbemanningen
Bydelens tiltak:
- Balansere aktivitet og disponible ressurser i budsjett 2011
- Ekstravakter oppgis til ofte å være ufaglærte
Bydelens tiltak:
- Erstatte bruk av ekstravakter med fast ansatte innenfor aktivitet og disponible ressurser

Tilsynets kommentarer:

For å sikre best mulig kontinuitet i tjenesteutøvelsen for personer med demens, må kommunen sette i verk nødvendige tiltak. En måte å gjøre dette på kan være å utarbeide hensiktsmessige pleie og/eller tiltaksplaner og i tillegg ha gode rapporteringssystemer.

Personer med demens har krav på et forsvarlig tilbud som forutsetter rimelig grad av regelmessighet, forutsigbarhet og trygghet. Det er vesentlig at de sikres forsvarlig ivaretagelse av grunnleggende behov, og at tjenestene ytes med en rimelig grad av likhet hver gang, uavhengig av hvilken tjenesteyter som utfører oppdraget, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-1 og sosialtjenesteloven § 4-3, jf. § 4-2 a, jf. internkontrollforskriften § 4 og kvalitets-forskriften § 3.

Avvik 3:

Bydelen sikrer ikke at nødvendige og relevante pasientopplysninger blir dokumentert.

- Gjennom intervjuene og ved dokumentasjonsgjennomgang fremkom det mangelfull kunnskap om journalforskriftens krav til pasientjournalens innhold
Bydelens tiltak:
- Opplæring i dokumentasjon, Lov om helsepersonell og journalforskriften
- Virksomheten har ikke fremlagt retningslinjer for hva som skal dokumenteres
Bydelens tiltak
- Utarbeide prosedyre og retningslinjer
- Flere av de fremlagte journaler fremstår fragmenterte og mangelfulle blant annet i forhold til nødvendige opplysninger om pasientens diagnose, sykehistorie, bakgrunn for og resultat av behandling samt plan for videre oppfølging
Bydelens tiltak:
- Opplæring i dokumentasjon og bruk og bruk av tiltaksplan i Gerica
- BOB
- Ved journalgjennomgang fremkom dokumentasjon som hører hjemme i beskjedbøker etc. og ikke i en pasientjournal
Bydelens tiltak:
- Opplæring i dokumentasjon og journalforskriften
- Rette opp dokumentasjon som ikke hører hjemme i en pasientjournal etter gjeldende Regler

- Journalopplysningene oppbevares delvis elektronisk og delvis som papirjournal. Elektronisk journal og papirjournal mangler henvisning til hverandre
Bydelens tiltak:
 - Vurdere om alle journalopplysninger kan lagres i Gerica
 - Evaluere nåværende arkivsystem
 - Vurdere felles arkiv for pleie og omsorgstjenestene
 - Journalføre henvisninger til dokumenter som ikke kan lagres i Gerica
- Det er ikke gjennomført risikovurdering av hvor det kan oppstå svikt i forbindelse med mangelfull dokumentasjon
Bydelens tiltak:
 - Utarbeide ROS analyse
 - Utarbeide prosedyre og retningslinjer

Tilsynets kommentarer:

Kommunen må sikre at ansatte i hjemmetjenesten har nødvendige og relevante opplysninger om brukerne, herunder helseopplysninger, for å kunne gi forsvarlige tjenester. Hva som er nødvendige og relevante opplysninger må vurderes individuelt, men opplysninger om aktuelle diagnoser, fysisk og mental funksjon og hjelpebehov bør være dokumentert, i tillegg til ordinære personalia.

Helsepersonellet har et selvstendig ansvar for å føre journal i samsvar med lovens og forskriftens krav, men virksomheten som sådan har ansvar for å legge til rette for dette. Det vises i denne sammenheng til kommunehelsetjenestelovens § 1-3a og helsepersonelloven § 16 som sier at kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunehelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i lov eller i medhold av lov eller forskrift.

I tillegg til avvik har tilsynet bemerket:

Av årsberetningen for 2009 kan man lese at forvaltningsseksjonens største utfordring har vært knyttet til nedtak av sykehjemsplasser og nedtak av bestillinger på hjemmesykepleietimer. Det fremgår også at en raskere utskrivning fra sykehus har medført økt press både på sykehjemsplasser og hjemmebaserte tjenester.

Videre opplyses det at hjemmetjenesten har store utfordringer knyttet til sykefravær. I tillegg har det ikke vært samsvar mellom vedtatte brukertimer og totalt fast ansatte i hjemmetjenesten. Dette har medført et stort forbruk av ekstravakter.

Av vedtatt budsjett 2010 fremgår det at bydelen reduserer hjemmesykepleietimer og hjemmehjelpstimer tilsvarende 20 % i forhold til 2009-nivå. Bydelen beskriver selv at sannsynligheten er stor for at uønsket risiko inntreffer. De begrunner dette med blant annet mangel på autorisert personell som kan arbeide i tilkallingsvakter ved sykefravær, ferie, permisjoner eller oppbemanning pga økt vedtaksmengde. De uttaler at økt bruk av ufaglært personell vil være kritisk, både med hensyn til faglig forsvarlighet og økonomi i en døgnkontinuerlig tjeneste.

Det fremgår under intervjuer at det var vanskelig å ivareta forutsigbarhet og kontinuitet til demente. Primærkontaktordningen var svært vanskelig å gjennomføre fordi det var et konstant behov for bruk av ekstravakter. Dette fremkom også ved gjennomgang av journalene. Det kunne leses at det var et stort antall ansatte innom den enkelte bruker i løpet av en gitt periode.

Vurdering av virksomhetens styringssystem

Bydelen har fra tidligere et elektronisk og papirbasert kvalitetssystem som er delvis revidert. Mange av prosedyrene var ukjent for de ansatte og det er derfor usikkert om de er styrende for praksis.

Bydelen er i gang med innføring av Kvalitetslosen. To distrikter har vært piloter for innføring av dette. Det har blitt laget noen nye prosedyrer i denne forbindelse, men disse er ikke implementert.

Gjennomføring av tiltak:

- I gjennomføringen ønsker vi først og fremst å benytte etablerte møteplasser som personalmøter, ledermøter, tverrfaglige møter og samarbeidsmøter mellom hjemmetjenesten og forvaltningen.
- Videre utvikling og bruk av felles fagsystem Gerica
- Samhandlingsprosedyre med fastlegene vil utarbeides i samarbeid mellom bydelsoverlegen og hjemmetjenesten. Bydelsoverlegen har faste samarbeidsutvalg med tillitsvalgt lege og fastlegerepresentant.
- Det vises til innvilget søknad om stimuleringsmidler fra Fylkesmannen (se vedlegg). Bydelen skal etablere en ressursgruppe (demensteam) og utvikle prosedyrer for tverrfaglig oppfølging og utredning av personer med demens. Gjøres i samarbeid med Geria.
- Opplæring og implementering av nye og eksisterende prosedyrer.
- Kursrekke om demens i samarbeid med Geria starter medio januar i år (vises til tidligere tilsendt Kompetanseplan for pleie- og omsorgstjenestene 2010-2013)
- Arrangere differensierte kurs i dokumentasjon og journalforskrift for hjemmesykepleien og praktisk bistand.
- Månedlig rapportering på aktivitet og disponible ressurser gjennomføres etter etablert årshjul for virksomheten.
- Månedlig rapportering på kartlegging av personer: antall under demensutredning, antall med diagnose, antall brukere på dagsenter for demente, antall søknader om sykehjemsplass, antall bekymringsmeldinger.
- Tilrettelegge og prioritere for ansattes deltakelse på kurs om demens.

I det pågående arbeid med prosedyrer, rutiner og opplæring i forhold til hjemmeboende med demens vil bydelen samtidig se på områdene som er omtalt i samlerapporten fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre. Prosedyrer og rutiner gjennomgås og oppdateres. Arbeidet skjer blant annet i forbindelse med Kvalitetslosen. Avdekkes feil og mangler vil de bli rettet på og nødvendige tiltak gjennomført.

Det er foretatt organisatoriske endringer i søknadskontoret. Saksbehandlerne som tidligere var organisert i ROP og POR er nå samlet i pleie omsorg og rehabiliteringsenheten. Med dette mener bydelen å sikre et mer helhetlig, treffsikkert og effektivt tilbud til bydelens befolkning over 18 år som har behov for pleie- og omsorgstjenester.

Søknadskontoret gjennomfører en kompetansekartlegging av alle ansatte. Resultatet fra kartleggingen vil være danne grunnlag for opplæring i gjeldende lovverk, lovforståelse og lovanvendelse, herunder også journalføring. Skrivning av korrekte vedtak vil bli særskilt vektlagt i opplæring og i den påfølgende saksbehandling.

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Bydelsutvalget tar sak om tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjeneste til eldre til orientering

Ellen Oldereid
bydelsdirektør

Trykte vedlegg: Plan for lukking av avvik

Sak 7/11 Kartlegging av rutiner ved tildeling av sykehjemsplass i Oslo

Arkivsak: 201100976

Arkivkode: 240

Saksbehandler: Tronn Jensen

Saksgang	Møtedato	Saknr
Helse- og sosialkomiteen	24.05.11	14/11
Eldrerådet	24.05.11	7/11
Bydelsutvalget	31.05.11	53/11

KARTLEGGING AV RUTINER VED TILDELING AV SYKEHJEMSPASS I OSLO

Bakgrunn for saken:

Bydelsutvalget har bedt om at terskelundersøkelsen og kjennetegn ved tildeling av sykehjemsplass i bydelen legges frem.

Dokumenter:

- "Terskelundersøkelsen 2010". Rapport fra Helsetilsynet i Oslo og Akershus. Mars 2011.
- Senter for omsorgsforskning Østlandet. Terskel for sykehjemsplass i Oslo og Akershus – slik tildelingstjenesten ser det.
Notat til Fylkeslegen i Oslo og Akershus

Saksframstilling:

Helsetilsynet og i Oslo og Akershus foretok høsten 2010 en spørreundersøkelse blant tildelingstjenestene i bydeler og kommunene for å kartlegge søknadsprosessen ved tildeling av sykehjemsplass. Hovedfunn fra undersøkelsen er omtalt i Rapport fra Helsetilsynet i Oslo og Akershus ("Terskelundersøkelsen 2010"). En mer omfattende gjennomgang av datamaterialet finnes i Notat til Fylkeslegen i Oslo og Akershus fra Senter for omsorgsforskning Østlandet.

Helsetilsynet har ved spørreundersøkelsen ønsket å innhente opplysninger om kvaliteten på selve søknadsprosessen ved tildeling av kommunale sykehjemsplasser. Målet var å avdekke mulige "svake prosesser" som kunne øke risikoen for avvik og svikt i tildelingstjenestenes rutiner, noe som i neste omgang kan svekke brukernes rettsikkerhet. I tilfeller av svikt var målet å kartlegge omfanget, og å se hvilke alternative løsninger kommunene/bydelene praktiserer når det for eksempel er mangel på ledige sykehjemsplasser.

Nedenfor gjengis Helsetilsynets vurdering av de viktigste hovedfunnene i kartleggingen. Funn i undersøkelsen vil så langt det er mulig knyttes til praksis i bydel St.Hanhaugen. Dette vanskeligjøres da vi ikke har en samlet oversikt over svarene fra bydelen.

Helsetilsynets merknader

Helsetilsynet fremhever følgende forhold som risikofaktorer for rettssikkerheten til søkeren av sykehjemsplass.

1. Det bør være større samsvar mellom tildelingstjenestens og helsetjenestens vurdering av funksjonssvikt og behov for tjenester/sykehjemsplass.

I undersøkelsen svarer bare 60 prosent fra tildelingstjenestene at det er stor grad av samsvar mellom hjemmesykepleiens vurdering og tildelingstjenestens vurdering om behov for sykehjemsplass. Likeledes er det bare 55 prosent som svarer at pasientens funksjonssvikt og behov for tjenester i stor grad blir likt beskrevet og vurdert av hjemmesykepleien og tildelingskontoret.

Videre svarer bare 25 prosent fra tildelingstjenesten i Oslo og 14 prosent i Akershus at det er stor grad av enighet mellom pasient/pårørendes vurdering av behovet for sykehjemsplass og de som tildeler sin vurdering. Likevel svarer 57 prosent at de mener pasient/pårørende i liten grad burde få mer innflytelse.

Helsetilsynet mener at felles skriftelige retningslinjer og kriterier for tildeling av tjenester i kommunen/bydelen, samt IPLOS-registreringer og de ansattes faglig kompetanse burde sikre like vurderinger av søkerens funksjonssvikt og reelle tjenestebehov. For stor avstand i vurderingene skaper misstillit i befolkningen og svekker rettssikkerheten ved tildeling av nødvendig helsehjelp.

2. Bruken av ventelister og utsatte vedtak, samt at vurderingsbesøk i flere tilfeller ikke foretas innen 3 uker, bidrar til å svekke rett til vedtak om helsehjelp "uten ugrunnet opphold".

37 prosent av respondentene i Oslo svarer at de "utsetter å fatte vedtak" om bydelens kvote er nådd. I Akershus svarer 27 prosent at pasienter i slike tilfeller settes på "venteliste". Ni av femten bydeler i Oslo oppgir at det går tre uker eller mer før vurderingsbesøk blir gjennomført.

At vedtaksprosessen i flere tilfeller skjer på bekostning av også saksbehandlerens rettsoppfatning fremkommer ved at 38 prosent av respondentene fra tildelingstjenester i Oslo mener terskelen for å få sykehjemsplass er for høy.

Videre svarer 29 prosent av respondentene i Akershus at de i liten grad tror det trekkes konklusjoner uavhengig av kommunens ressurser.

Helsetilsynet vil bemerke at et vedtak om heldøgns pleie og omsorg skal være forsvarlig og fattes på et individuelt og faglig grunnlag, og at søkere skal ha "nødvendig helsehjelp" når de trenger det og ikke settes på "venteliste".

3. Helsetilsynet stiller seg kritisk til at en så stor andel personer med demens som faglig sett oppfyller kriteriene om plass i skjermet enhet, allikevel får vedtak om "vanlig" sykehjemsplass.

I Akershus svarer 72 prosent av tildelingstjenestene at "pasienter som oppfyller kriteriene noen ganger får tildelt plass i vanlig sykehjemsavdeling". Videre er det i Akershus 58 prosent som svarer at "pasienter med demensdiagnose også bare får vedtak om vanlig sykehjemsplass". Det praktiseres også til en viss grad "blandede vedtak", og det kan se ut som det i flere tilfeller ikke fattes eget vedtak om plass i demensavdeling.

Helsetilsynet vil fremheve viktigheten av å sikre rettighetene til personer med demens hvor manglende samtykkekompetanse gjør denne gruppen ekstra utsatt. Det vil også i mange tilfeller

være uheldig å flytte personer med demens fra avdeling til avdeling, slik det lett kan skje når de i første omgang får tildelt plass i vanlig sykehjemsavdeling.

4. Helsetilsynet mener ”Terskel-undersøkelsen” gir indikasjoner på at viktige rettprinsipper er truet ved tildeling og bortfall av sykehjemsplass, slik dette i dag praktiseres ved deler av tildelingstjenestene.

Noen eksempler som fremkommer i undersøkelsen er at bare 6 prosent får avslag på søknad om langtidsplass når det i første omgang tildeles et korttidsopphold, mens 88 prosent får vedtak om korttidsopphold. Når det prøves ut andre tiltak som å øke hjemmesykepleien, dagsenter eller rullerende korttidsopphold før avgjørelse om langtidsplass, er det bare 32 prosent som får avslag om langtidsplass, mens 75 prosent får vedtak om andre tiltak (prosentene gjelder Oslo og Akershus sett under ett).

Hvis pasienten flyttes fra vanlig avdeling til demensavdeling, er det 65 prosent fra Akershus som svarer at det *ikke* fattes nytt vedtak.

Tildeling eller bortfall av sykehjemsplass er et enkeltvedtak og skal følge forvaltningslovens regler for saksbehandling. Helsetilsynet minner om forvaltningslovens prinsipper om klagerett i forbindelse med at det fattes enkeltvedtak, og at denne rettigheten svekkes når ikke vanlige saksbehandlingsregler følges.

Helsetilsynets hovedfunn

Saksbehandlingsgangen ved tildeling av sykehjemsplass

90 prosent av respondentene svarer at tildelingstjenesten har skriftlige retningslinjer for tildeling av pleie- og omsorgstjenester. 6 prosent svarer at de ikke har slike retningslinjer.

87 prosent av alle respondentene svarer at søknader blir registrert innen 3 dager fra de er mottatt.

Alle tildelingsenheter benytter sykepleier under vurderingsbesøk hos søkeren.

8 bydeler i Oslo og 4 kommuner i Akershus benytter i tillegg ergo- og/eller fysioterapeut.

9 av 15 bydeler i Oslo oppgir at det går tre uker eller mer før vurderingsbesøk blir gjennomført. I fem bydeler oppgir alle respondenter at vurderingsbesøk skjer innen 2 uker.

Det var kun én eneste bydel der alle respondenter oppga at vurderingsbesøk skjer innen én uke. I Akershus foretas vurderingsbesøket i 60 prosent av tilfellene innen to uker.

70 prosent i Akershus og 82 prosent i Oslo sier de bruker sjekklister når opplysninger innhentes. Med andre ord er det 27 prosent i Akershus og 10 prosent i Oslo som ikke bruker slik sjekklister.

På spørsmål om IPLOS-registreringen har betydning som grunnlag for tildeling av tjenester, svarer 66 prosent ”i noen grad”. 7 prosent sier at IPLOS-registreringer ikke har noen betydning, og 27 prosent sier at IPLOS har stor betydning ved tildeling av tjenester.

43 prosent av respondentene svarer at de alltid oppfordrer pårørende til å delta ved vurderingsbesøket, og 54 prosent svarer at dette vurderes i hvert enkelt tilfelle.

I de tilfeller hvor pasienten har en kognitiv svikt, og hvor det skal avklares om søkeren har samtykkekompetanse, svarer Oslo og Akershus under ett at dette i 80 prosent av tilfellene vurderes av fastlege. 37 prosent av bydelene har også svart at de benytter spesialist for å avklare

dette. I Akershus nevnes det oftere at pasienten henvises til sykehus, mens det i Oslo oftere henvises til geriatrik poliklinikk og lignende.

I de tilfeller hvor pasienten har en kognitiv svikt, og hvor det skal avklares om søkeren har samtykkekompetanse, svarer Oslo og Akershus under ett at dette i 80 prosent av tilfellene vurderes av fastlege. 37 prosent av bydelene har også svart at de benytter spesialist for å avklare dette. I Akershus nevnes det oftere at pasienten henvises til sykehus, mens det i Oslo oftere henvises til geriatrik poliklinikk og lignende.

To kommuner i Akershus benytter demensteam for å avklare spørsmålet om samtykkekompetanse. 9 "små" (under 20 000 innbyggere) kommuner i Akershus svarer også at pårørende kontaktes for avklaring av samtykkekompetanse. 27 prosent av kommunene i Akershus og 20 prosent av bydelene i Oslo svarer at hjemmetjenestene er med på å avklare dette spørsmålet. I enkeltstående tilfeller gis følgende svar på hvordan samtykkekompetansen avklares: "Av de som kjenner pasienten godt", "av to helsepersonell eller lege", "har ikke gode nok rutiner", "noen ganger tas MMS i hjemmet", "avklares med pasient + pårørende", "skjønn".

65 prosent av respondentene fra Akershus svarer nei på spørsmålet om det alltid dokumenteres hvorvidt pasienten har samtykkekompetanse eller ikke. 58 prosent av Oslorespondentene svarer ja på dette spørsmålet.

Alle tildelingsenheter bortsett fra 4 i Oslo og 2 i Akershus svarer at hjemmesykepleien blir kontaktet for ytterligere opplysninger hvis pasienten mottar eller nylig har mottatt hjemmesykepleie.

45 prosent svarer at pasientens funksjonssvikt og behov for tjenester i noen grad blir likt beskrevet/vurdert av hjemmesykepleien og tildelingskontoret, og 55 prosent svarer i stor grad.

Det er felles skriftlige kriterier for tildeling av sykehjemsplass i Oslo kommune, likevel svarer 15 prosent at de ikke finnes. I Akershus-kommunene er det ifølge svarene seks kommuner (21 prosent) som ikke har skriftlige kriterier for tildeling av sykehjemsplass. Én av fire har ikke svart på spørsmålet om hvorvidt disse er til hjelp for avgjørelsen, 39 prosent har svart "i noen grad" og 34 prosent "i stor grad".

I 58 prosent av tilfellene er det saksbehandleren selv som konkluderer om behov for tjenester etter gjennomført vurderingsbesøk. I Akershus skjer dette i 28 prosent av tilfellene i samråd med hjemmetjenesten, i Oslo ingen ganger. I Oslo er det i 17 prosent av tilfellene lederen for tildelingstjenesten som foretar den endelige konklusjonen.

Spørsmål som gjelder søknad om langtidsplass i vanlig sykehjemsavdeling

I Akershus får 80 prosent av alle søkere korttidsopphold/vurderingsopphold i sykehjem før det fattes vedtak om langtidsplass. Dette gjelder for 66 prosent av Oslosvarene.

Ved tildeling av korttidsopphold før avgjørelse om langtidsplass, svarer 50 prosent at det gis muntlig beskjed om dette til søkeren, 14 prosent får skriftlig beskjed, 88 prosent får vedtak om korttidsopphold, 6 prosent får avslag på søknad om langtidsplass.

Hvis det skal prøves ut andre tiltak før avgjørelse om langtidsplass, gis det i 55 prosent av tilfellene muntlig beskjed om dette til søkeren, 15 prosent får skriftlig beskjed, 75 prosent får vedtak om andre tiltak, og 32 prosent får avslag om langtidsplass.

Når bydelen i Oslo mener en pasient har behov for langtidsplass i sykehjem, men bydelens "kvote" (dekningsgrad) er nådd, fatter 76 prosent vedtak og gir pasienten plass, 3 prosent svarer at de blir satt på "venteliste", og 37 prosent svarer at de "utsetter å fatte vedtak". I Akershus er det 29 prosent som fatter vedtak og gir pasienten plass, 27 prosent som setter pasient på "venteliste" og 15 prosent som "utsetter å fatte vedtak".

29 prosent i Akershus svarer "i liten grad" på spørsmålet om de mener at de som vurderer pasientens behov, trekker konklusjon om behov for sykehjemsplass uavhengig av bydelens/kommunens ressurser til å utføre tjenesten. 29 prosent i Akershus og 24 prosent i Oslo svarer at de mener det bare "i noen grad" blir trukket konklusjoner uavhengig av bydelens/kommunens ressurser. 73 prosent i Oslo svarer derimot at de mener konklusjoner i stor grad er uavhengig av ressurser.

60 prosent svarer "i stor grad" og 40 prosent "i noen grad" på spørsmålet om det er enighet mellom hjemmesykepleiens vurdering av behov for sykehjemsplass og tildelingskontoret/saksbehandlerens vurdering.

79 prosent mener det "i noen grad" er enighet mellom pasientens/pårørendes vurdering av behov for sykehjemsplass og de som tildeler plass; 25 prosent i Oslo og 14 prosent i Akershus mener det er "stor grad" av enighet.

I 37 prosent av tilfellene blir uenigheten alltid dokumentert, i 60 prosent av tilfellene svares det at uenigheten "noen ganger" blir dokumentert.

57 prosent svarer at de "i liten grad" mener pasienter/pårørende burde få større innflytelse på om pasienten skal få sykehjemsplass. 41 prosent svarer at de "i noen grad" burde få større innflytelse, mens 4 prosent mener at de "i stor grad" burde få større innflytelse.

38 prosent i Oslo svarer at terskelen for å få sykehjemsplass er for høy; 82 prosent i Akershus svarer at den er "passe".

Spørsmål som gjelder plass i skjermet enhet/avdeling

82 prosent svarer JA på spørsmålet om kommunen har kriterier for tildeling av plass i skjermet enhet.

Om lag 80 prosent svarer at kriteriene i stor grad er egnet til å tildele plass i skjermet enhet til de pasientene som har størst nytte av det. 23 prosent i Oslo og 14 prosent i Akershus mener de "i noen grad" er egnet.

72 prosent i Akershus svarer at pasienter som oppfyller kriteriene noen ganger får tildelt plass i vanlig sykehjemsavdeling. 50 prosent i Oslo svarer at dette sjelden skjer.

Mellom 60 og 70 prosent av alle svarer at pasienter som får plass i skjermet enhet *alltid* er utredet for en demenssykdom og har fått en diagnose. 37 prosent i Akershus svarer at de *vanligvis* har fått dette.

58 prosent av alle i Akershus svarer at pasienter med demensdiagnose får vedtak om vanlig sykehjemsplass. Dette gjelder 30 prosent av svarene fra Oslo, hvor 50 prosent får vedtak om plass i skjermet enhet. De resterende prosentene fra Oslo og Akershus får et "blandet" vedtak.

Hvis pasienten flyttes fra vanlig avdeling til demensavdeling, blir det blant 75 prosent av tildelerne i Oslo fatter nytt vedtak, mens 65 prosent fra Akershus svarer at de *ikke* fatter nytt vedtak.

Tildeling av sykehjemsplass i bydel St.Hanshaugen

Generelle spørsmål

Søknader om og beslutning om sykehjemsplass blir behandlet i vedtaksmøte som avholdes ukentlig. I vedtaksmøte deltar saksbehandlere, seksjonsleder og seksjonssjef ved søknadskontoret. I fremstillingen nedenfor har en fulgt spørreskjema som lå til grunn for undersøkelsen.

Det foreligger skriftlige retningslinjer for tildeling av pleie- og omsorgstjenester.

Søknader blir registrert innen 3 til 6 dager.

Vurderingsbesøk foretas av fagkonsulenter med 3-årig høyskoleutdanning.

Det brukes ikke sjekkliste når opplysninger innhentes og skrives ned.

IPLOS har noen betydning som grunnlag for tildeling av tjenester.

Det vurderes i hvert enkelt tilfelle om pårørende skal oppfordres til å delta ved vurderingsbesøk.

Ved kognitiv svikt avgjøres samtykkekompetanse av lege eller annet helsepersonell som kjenner klienten godt.

Det blir ikke alltid dokumentert om klienten har samtykkekompetanse eller ikke.

Hjemmetjenesten kontaktes ved behov for ytterligere opplysninger hvis pasienten mottar eller nylig har mottatt hjemmesykepleie.

Pasientens funksjonssvikt blir i stor grad vurdert likt av hjemmesykepleien og tildelingskontoret. Ved uenighet er det ofte hjemmesykepleien vurderer større behov for tjenester enn tildelingskontoret.

Det finnes skriftlige kriterier for tildeling av sykehjemsplass som gjelder for Oslo kommune.

Skriftlige kriterier i stor grad til hjelp for avgjørelsen.

Beslutning om behov for tjenester tas av seksjonsleder for søknadskontoret. Beslutning av sykehjemsplass tas i ukentlig vedtaksmøte. Ved uenighet avgjør seksjonsleder.

Spørsmål som gjelder søknad om langtidsplass i vanlig sykehjemsavdeling

I noen tilfeller får pasienter korttidsopphold/vurderingsopphold i sykehjem før det fattes vedtak om langtidsplass.

Pasienter gis vurderingsopphold der det er usikkerhet mht funksjonsevne. Begrunnelse for vurderingsopphold er å kartlegge hjelpebehov.

Konklusjon fra vurderingsopphold tas med som et av flere forhold som vektlegges.

Det gis alltid vedtak om korttids/vurderingsopphold.

Dersom det skal prøves ut andre tiltak før avgjørelse om langtidsplass treffes alltid vedtak på tjenesten.

Når bydelens budsjetterte langtidsplasser i sykehjem er nådd treffes vedtak på korttidsopphold eller korttids/vurderingsopphold forlenges inntil ledig plass. Det forekommer imidlertid også at bydelen overskrider budsjetterte plasser.

De som vurderer pasientens behov trekker i stor grad konklusjon om behov for sykehjemsplass uavhengig av bydelens ressurser til å utføre tjenesten.

Det er i noen grad uenighet mellom hjemmesykepleiens vurdering og tildelingskontorets vurdering. Hjemmesykepleien vurderer ofte pasientens behov som høyere enn tildelingskontoret og ser i mindre grad på alternative tjenester. Ressurser i hjemmetjenesten trekkes også frem som argument for sykehjemsplass.

Det er i noen grad enighet mellom pasientens/pårørendes vurdering av behov for sykehjemsplass og de som tildeler plass.

I de fleste tilfeller blir uenighet mellom hjemmesykepleien og/eller pårørende dokumentert.

Vurderer hjemmesykepleien at en dårlig pasient med kognitiv svikt, og som ikke har pårørende, burde være på sykehjem foretas en utredning på bakgrunn av melding om dette i Gerica. Søknadskontoret gjennomgår daglig beskjed og revurderingsjournal i Gerica. Det er ukentlige møter mellom hjemmesykepleien og søknadskontoret.

Pasienter/pårørende bør i liten grad få større innflytelse på om pasienten får sykehjemsplass.

Terskelen for å få sykehjemsplass etter faglig vurdering er passe (vurdert ift liten, passe, høy).

Spørsmål som gjelder plass i skjermet enhet/avdeling

Det foreligger skriftlige kriterier for tildeling av plass i skjermet enhet.

Kriteriene er i stor grad egnet til å tildele plass.

Pasienten som oppfyller kriteriene til skjermet enhet blir sjelden tildelt plass i vanlig sykehjemsavdeling.

Pasienter som får skjermet plass er alltid utredet for demens.

Pasienter som er utredet for demens får vedtak om plass i skjermet enhet.

Flyttes pasienten fra vanlig plass til skjermet enhet treffes nytt vedtak.

Svar på spørsmål i spørreundersøkelsen referert ovenfor gjenspeiler i hovedsak praksis i bydel St.Hanshaugen. Det forekommer forskjeller i svar mellom fagkonsulentene og mellom fagkonsulenter og ledere. Det foreligger ikke tilgjengelige data om forskjeller mellom ledere og andre i bydel St.Hanshaugen. En oppsummering fra bydelene viser at ledere i større grad en øvrige medlemmer av tildelingskontorene svarer at de bruker sjekkliste, vurderingsopphold før de fatter vedtak, ledere er mindre enig i at pasienter/pårørende skal ha mer innflytelse og de er mindre bekymret for at terskelen for sykehjemsplass er for høy.

Bydelen deltar i nettverk sammen med andre bydeler hvor praksis for tildeling av sykehjemsplass undersøkes. Resultat fra arbeid i nettverket skal danne grunnlag for felles kriterier/praksis som skal sikre likebehandling og rettsikkerhet for søkere av sykehjemsplass.

Bydelsdirektørens forslag til vedtak

Bydelsutvalget tar sak om tildeling av sykehjemsplass til orientering

Ellen Oldereid
bydelsdirektør

Trykte vedlegg:

Utrykte vedlegg: