**RAPPORT OM ELDREOMSORGEN I OSLO**

**Forslag om nødvendige tiltak**

**Innhold**

1. **Innledning** …………………………………………………………………… 3
2. **Sammendrag**  4
3. **Hjemmetjenester** …………………………………………………………….. 12

3.1 Tilbudet om hjemmetjenester må styrkes vesentlig…………………….

3.2 Oslo bruker mindre til hjemmetjenester enn landsgjennomsnittet ……….

3.3 Er det blitt innstramninger i kriteriene for praktisk bistand? ……………..

3.4 Praktisk bistand må fortsatt være et kommunalt ansvar ………………….

3.5 Innhold i vedtak om hjemmetjenester er språklig uegnet ………………...

3.6 Svar- og behandlingstider for søknad om hjemmetjenester må forkortes ..

3.7. Dagens fastlegeordning sikrer ikke et godt nok tilbud til brukere av hjemmetjenester.....................................................................

1. **Sykehjem** …………………………………………………………………….. 22
   1. Vil alle som trenger plass på sykehjem, få det? …………………………
   2. Har Oslo for mange sykehjemsplasser?
   3. Grunnbemanningen i sykehjem i Oslo er for lav............................. ...........
   4. Palliativ behandling om omsorg ved livets slutt må styrkes ………………
   5. Overmedisinering og feilmedisinering ved sykehjem – et problem ………
   6. Avviksrapporter for sykehjem – hva forteller de? ……………..
   7. Samhandlingsreformens uønskede konsekvenser ………………………..
   8. Sykehjem er en boform, ikke en institusjon .................................................
2. **Andre problemområder i eldreomsorgen**...........................………………... 40
   1. God kvalitet i eldreomsorgen krever økt kompetanse ……………………
   2. Ernæring er en viktig del av god og verdig eldreomsorg ………………....
   3. Kravet til økt digitalisering kan diskriminere de eldre ……………………….
   4. Pårørende må få en mer sentral plass i eldreomsorgen …………………...
3. **Styring og kontroll** …………………………………………………………... 46
   1. Det folkevalgte tilsynet med sykehjem og hjemmetjenester må styrkes .....
   2. Klagemuligheter må bli bedre kjent blant brukere og pårørende …………
   3. Kvalitetssystemer og kvalitetsmål er det ingen mangel på i eldreomsorgen ..
   4. Håndheving av lover og forskrifter er mangelfull ………………………...
4. **Veien videre** ………………………………………………………………….. 55
   1. Tillitsreformen – et nødvendig skritt i riktig retning ……………………..
   2. Demensvennlige hjemmetjenester

**8. Etterskrift. Bakgrunnen for rapporten om eldreomsorgen i Oslo** 57

**Vedlegg[[1]](#footnote-1)**

1. Standardvedtak (3.5) ……………………………………………………..
2. Bemanningsbehov på Lilleborghjemmet (4.2)
3. Oversikt over lover, regler, anbefalinger og kvalitetssystemer (6.3 og 6.4)

Kapittel 1

**INNLEDNING**

Medlemmer av Det sentrale eldreråd i Oslo, Knut Elgsaas og Tore Nyseter og varamedlem til rådet, Hans Høegh Henrichsen, har utarbeidet en rapport om eldreomsorgen i Oslo.

Rapporten inneholder dokumentasjon og beskrivelse av viktige problemer innen eldreomsorgen og en drøfting av forslag til løsninger på problemene.

Arbeidsgruppen, Elgsaas, Nyseter og Høegh Henrichsen, har vært i kontakt med en rekke organisasjoner og enkeltpersoner i pleie- og omsorgssektoren under utarbeidelsen av rapporten. Gruppen har fått mye og verdifull informasjon om ulike områder i eldreomsorgen under disse møtene.

Av tidsmessige grunner er det flere områder arbeidsgruppen ikke har hatt anledning til å behandle. Det gjelder bl.a. problemer som eldre innvandrere og fremmedspråklige har.

Rapporten omfatter 8 kapitler med vedlegg.

I kapitlene om hjemmetjenester og sykehjem har arbeidsgruppen bl.a. beskrevet mangler og svakheter ved dagens tilbud og måten de er organisert på og drøftet tiltak som bør iverksettes. I kapitlene "Andre problemområder" og "Styring og kontroll" har arbeidsgruppen behandlet en del viktige forutsetninger for å oppnå en bedre eldreomsorg, bl.a. satsing på kvalitet og kompetanse og tiltak som kan styrke folkevalgte organers innsikt og kunnskap om eldreomsorg.

Bakgrunnen for utarbeidelsen av rapporten er det redegjort for i kapittel 8, Etterskrift.

I kapittel 2 er det gitt et sammendrag av kapitlene i rapporten og de viktigste tiltakene arbeidsgruppen mener bør iverksettes for å bedre kvaliteten på eldreomsorgen i Oslo

Oslo, 11.11.2017

Knut Elgsaas(s) Tore Nyseter(s) Hans Høegh Henrichsen(s)

Kapittel 2

**SAMMENDRAG - FORSLAG TIL TILTAK**

**3. HJEMMETJENESTER**

**Tilbudet om hjemmetjenester må styrkes vesentlig**

Arbeidsgruppen vil understreke at tilbudet av hjemmetjenester til brukere med et omfattende og middels bistandsbehov ligger langt under landsgjennomsnittet. Det er mye som tas igjen før tilbudet er på et akseptabelt nivå.

Byrådets plan om å styrke hjemmetjenesten med 500 årsverk i løpet av bystyreperioden 2015-19 er et gledelig og nødvendig tiltak for å bedre tilbudet til både eldre og yngre hjelpetrengende brukere. Det er nødvendig å bedre tilbudet av hjemmesykepleie, ergo-og fysioterapi og praktisk bistand til brukere av hjemmetjenester. Satsingen på tillitsmodellen med demensvennlige hjemmetjenester og innsatsteam er meget positiv.

Arbeidsgruppen mener det er nødvendig å styrke tilbudet av praktisk bistand. I det tverrfaglige samarbeid som tillitsmodellen legger opp til viser det seg at utførere av praktisk bistand har en viktig oppgave. Tilbudet av praktisk bistand til mange brukere som f.eks. ikke kan utføre renhold selv er i dag for lavt.

Bystyret bør slå fast at praktisk bistand i hjemmetjenesten er et kommunalt ansvar.

**Kunnskapen om brukere av hjemmetjenester må bli bedre**

Fram til nå har bystyret og byrådet ikke hatt kunnskap om det mangelfulle tilbudet av hjemmetjenester til eldre brukere med et omfattende bistandsbehov.

Byrådet bør sørge for at det løpende foretas innhenting av informasjon om livssituasjonen, hjelpebehovet og hjelpetilbudet til alle brukere av hjemmetjenester.

**Raskere og bedre behandling av søknader om hjemmetjenester og vedtak om tjenester**

Det er uakseptabelt med så lange behandlings- og iverksettingstider for søknader om praktisk bistand som flere bydeler har.

Det bør fastlegges en norm for behandlingstider og iverksettingstider for søknader om hjemmetjenester og en øvre grense som ikke skal overskrides.

Innholdet i vedtak om hjemmetjenester må være klart og tydelig. Gjennomgang av anonymiserte vedtak om hjemmetjenester, viser at det er et akutt behov for å endre utforming og språkbruk i vedtakene om hjemmetjenester. Byrådsavdelingens standard vedtaksbrev for innvilgelse av praktisk bistand og hjemmesykepleie er ikke egnet som brevmal for utforming av vedtak om hjemmetjenester.

**Dagens fastlegeordning sikrer ikke et godt nok tilbud til brukere av hjemmetjenester**

Fastlegene har en sentral rolle i eldreomsorgen i Oslo. Det er fastlegene som har det medisinske ansvaret for personer som får hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester enten det er i eget hjem eller i tilrettelagte botilbud. Det krever god samhandling mellom fastlege, hjemmetjenestene, pårørende og den som mottar tjenestene.

Det er mange av Oslos fastleger som ikke går på hjemmebesøk. Det er et stort problem for eldre som har store vanskeligheter med å komme seg til legekontoret for å få tilsyn av lege.

Arbeidsgruppen mener det bør iverksettes tiltak som sikrer at eldre brukere av hjemmetjenester som har store vanskeligheter med å komme på et legekontor får et forsvarlig legetilsyn. Det bør vurderes om hjemmetjenesten i bydelene bør få adgang til å ansette leger slik at de mest hjelpetrengende eldre sikres et forsvarlig legetilsyn.

Egne leger tilknyttet hjemmetjenesten vil sammen med arbeidslag demens i bydelene bidra til å styrke tilbudet til hjemmeboende med demens.

Fastlegene er under sterkt press. Byrådet bør derfor foreta en total evaluering og gjennomgang av fastlegeordningen i Oslo.

**4. SYKEHJEM**

**Alle som trenger fast plass å sykehjem, vil ikke få det.**

Etter arbeidsgruppens vurdering vil ikke alle som trenger fast plass å sykehjem - få det.

Årsaken er:

\* Den sterke nedbyggingen av sykehjemsplasser fram til 2020.

\* Terskelen for å få plass på sykehjem er hevet i flere bydeler.

Hverken økonomisk eller faglig er det gitt noen god begrunnelse for at antall sykehjemsplasser i Oslo skal reduseres så sterkt som utkastet til Strategisk plan for eldre med boligbehov legger opp til.

Det er bred enighet om å legge forholdene til rette slik at eldre kan bo godt hjemme så lenge som mulig. Det er ikke det samme som at eldre bør bo utenfor sykehjem så lenge som mulig.

Bydelene har en klar økonomisk interesse i å begrense etterspørselen etter sykehjemsplasser. Bydelens utgifter til en person som leier en Omsorg+-bolig er vesentlig lavere enn utgiftene til en fast plass på sykehjem. Det kan se ut til at byrådet og bystyret anser sykehjem og Omsorg+ som omtrent likeverdige tilbud. Det er en vurdering som ikke er i samsvar med retningslinjene for Omsorg+ og faglige vurderinger av tilbudet i Omsorg+-boliger.

Helseetaten har utarbeidet en rapport om søknader om plass sykehjem. Rapporten konkluderer med at de som trengte sykehjemsplass fikk innvilget søknaden sin. Arbeidsgruppen mener at opplysningene i rapporten ikke gir grunnlag for en slik konklusjon. Vi tilrår at det gjennomføres en ny undersøkelse av behandling av søknader om plass på sykehjem i 2018.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid av søknader om fast plass i sykehjem er altfor lang i flere bydeler , bl.a. Alna, Gamle Oslo og Nordstrand. Behandlingstiden av klager over avslag på søknader er også for lang. Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester bør undersøke årsakene til lange behandlingstider og sørge for at det iverksettes tiltak for å redusere dem.

**Har Oslo for mange sykehjemsplasser?**

I byrådets budsjettforslag for 2017 og for 2018 vises det til at Oslo har en høyere dekning av sykehjemsplasser enn de andre store kommunene i Norge. Byrådet har erklært at det er et mål med en omstilling fra en sykehjemsbasert eldreomsorg til at folk som vil bo hjemme kan bo hjemme lenger med ekstra hjelp.

Byrådet har pr. i dag ikke lagt fram en analyse av de økonomiske konsekvensene av denne politikken.

Det vil være ca 600-700 meget hjelpetrengende eldre som ikke får plass i sykehjem i 2020 dersom den planlagte reduksjon av plasser blir realisert. Uten denne reduksjonen ville de ha fått plass. Under forutsetning at disse får det samme tilbud om hjemmetjenester som eldre med samme bistandsbehov får ellers i landet, er det omtrent ingen økonomisk gevinst for kommunen å redusere antall sykehjemsplasser.

Arbeidsgruppen mener det er god grunn til å tvile på om de fleste av de 600-700 vil få et bedre pleie -og omsorgstilbud hjemme, enn det de vil få på et veldrevet og godt sykehjem.

I alle tidligere og også den siste Strategisk boligplan for eldre med hjelpebehov har man vært opptatt av at Oslo har en høyere dekningsgrad for langtidsplasser sammenliknet med ASSS[[2]](#footnote-2)-kommuner og kommuner i resten av Norge. Man har aldri i noen utredning tatt opp det forhold at Oslo i alle år har hatt det laveste tilbudet av hjemmetjenester til brukere med omfattende og middels bistandsbehov.

Det har heller ikke vært tatt hensyn til at Oslo har flere aleneboende eldre enn landsgjennomsnittet.

**Grunnbemanningen i sykehjem i Oslo er for lav**

Det er vel dokumentert at grunnbemanningen i Oslos sykehjem har vært for lav. Det er derfor positivt at bemanningen i kommunale sykehjem økes med 120 årsverk i budsjettet for 2018. Det svarer til ca 4,4% økning fra 2017.

Pleiefaktoren for ordinære plasser i sykehjem i Oslo på 0,71 er for lav.

Undersøkelsen på Lilleborg sykehjem i 2013 viste at for å sikre en forsvarlig pleie måtte bemanningen på avdelingen økes med 15% . Det innebar en økning av pleiefaktoren fra 0,71 til 0,82. Etter at bemanningen i kommunale sykehjem ble redusert fra 2015 til 2016, er økningen i 2018 et skritt i riktig retning. Det er behov for ytterligere styrking av grunnbemanningen i Oslos sykehjem slik at tilbudet av tjenester til de mest hjelpetrengende eldre i Oslo blir tilfredsstillende. Det er uklart hvor meget pleiefaktoren i kommunale sykehjem vil øke som følge av styrket bemanning i 2018.

Arbeidsgruppen mener at kravet til grunnbemanningen bør være det samme i alle sykehjem i Oslo enten de er drevet av kommunen, ideelle aktører eller private firmaer. Kravet til pleiefaktor i ordinære plasser i alle sykehjem bør økes. Det bør foretas en gjennomgang av øvrige krav til pleiefaktorer i andre typer av plasser.

**Palliativ behandling og omsorg ved livets slutt må styrkes**

Alle døende har krav på en verdig og lindrende avslutning av livet. Derfor må god eldreomsorg på sykehjem omfatte klinisk tilbud til denne målgruppen. Oslo kommune må ha en egen plan for organisering av palliative enheter i sykehjem med nødvendig tverrfaglig bemanning. Enheten må ha en helhetlig tilnærming til den alvorlige syke og døende og hennes/hans pårørende.

Under ingen omstendighet må personalmangel være en unnskyldning for at den døende overlates alene i sine siste timer.

I følge Sykehjemsetatens årsmelding 2016 har alle institusjoner oppnevnt to ressurssykepleiere i palliasjon.

Arbeidsgruppen stiller spørsmål om det er tilstrekkelig. Oslo kommune bør nyttiggjøre seg den kompetansen og erfaring som Fransiskushjelpen ved Hospice Lovisenberg og Verdighetssenteret i Bergen representerer.

**Overmedisinering og feilmedisinering i sykehjem – et problem**

I rapporten har arbeidsgruppen omtalt flere eksempler på overmedisinering og feilmedisinering i sykehjem.

Nødvendig og riktig medisinering er en viktig del av en god og verdig eldreomsorg, og må utøves av kompetente leger med tilstrekkelig tid..

Slik arbeidsgruppen ser det, er det naturlig å tenke seg at overdreven medisinering har sammenheng med for lav bemanning, særlig når vi vet at bemanningen i Oslo er under landsgjennomsnittet. Da Statens helsetilsyn i 2010 - 2011foretok 562 tilsyn i den kommunale eldreomsorgen, fant fylkesmennene lovbrudd ved 300 av dem. Feilmedisinering viste seg å være utbredt, sammen med ernæringsproblemer, mangelfull saksbehandling ved søknader og for dårlig informasjon om regelverk og anbefalinger.

**Avviksrapporter fra sykehjem – hva forteller de?**

Ut fra den foreliggende rapporter og statistikk er det vanskelig å lese seg til hva som er den egentlige tilstanden ved Oslos sykehjem når det gjelder en god og verdig eldreomsorg. Virkeligheten statistikken beskriver er svært begrenset. Det kan ha sammenheng med at selve avvikssystemet ikke fanger opp avvik i forhold til gjeldende krav i lover, forskrifter og anbefalinger, som Sykehjemsetatens egen definisjonen av avvik henviser til.

Dersom ansvarlig administrasjon og politiske organer skal ha nytte av en slik statistikk i forbedringen av eldreomsorgen, må den etter arbeidsgruppens oppfatning suppleres med informasjon som er relatert til både kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien.

**Samhandlingsreformens uønskede konsekvenser**

En uønsket konsekvens av samhandlingsreformen er altfor mange ”svingdørspasienter”. Sykehus og bydelene bør ha en ansvarsfordeling som gir begge et insitament og ansvar for at situasjoner med ”svingdørspasienter” effektivt forebygges og avverges.

En av årsakene til at helsetilstanden til beboere på sykehjem er blitt dårligere de senere årene er overføring av svært syke pasienter fra sykehus til sykehjem. Dette har igjen ført til en økning i "svingdørspasienter". Dårligere beboere på sykehjem medfører større og mer slitsomme arbeidsforhold for de ansatte. Etter at samhandlingsreformen ble innført har det ikke vært noen økning av grunnbemanningen i sykehjem.

**Sykehjem er en boform, ikke en institusjon**

I dag er ca. 4 000 mennesker i Oslo institusjonalisert i en lite hjemlig tilværelse på sykehjem. Det er ikke god nok eldreomsorg. Allerede for tretti år siden i 1985 (regjeringen Willoch, sosialminister Heløe) fikk følgende mål enstemmig oppslutning i Stortinget :

* Det må ikke bygges sykehjem som ingen ønsker å leve i om 20 – 30 år.
* Sykehjemmene bør ikke bygges og drives etter en sykehusmodell.
* Boform er viktig og drift må ses i sammenheng med hjemmebasert omsorg.

Disse målene må være retningsgivende for videre sykehjemsutbygging i Oslo. Eksisterende bygningsmasse må restaureres til et bomiljø i samsvar med dette.

**5. ANDRE PROBLEMOMRÅDER I ELDREOMSORGEN**

**God kvalitet krever økt kompetanse**

Kvaliteten på tjenestene i eldreomsorgen er helt ut avhengig av tilstrekkelig og kompetent personell.

På grunnlag av en samlet plan for styrking av kompetansen til personell som arbeider i eldreomsorgen i Oslo, bør det for alle tjenestesteder i bydeler og institusjoner utarbeides lokale opplærings- og etterutdanningsplaner.

Vurderingen av kompetansebehov må starte nedenfra med utgangspunkt i brukernes behov for tjenester og de ansattes kompetanse. De ansatte må selv være med å kartlegge hvilke opplæringsbehov som er tilstede.

Når det gjelder kurstilbud og opplæring av ansatte vil alle ha behov for å lære mer om relasjonskompetanse, som innebærer kunnskap, innsikt og forståelse for brukernes behov.

**Ernæring er en viktig del av god og verdig eldreomsorg**

Mat og gode måltidsopplevelser skal være en viktig del av en god og verdig eldreomsorg. En kartlegging i tre bydeler i 2015 av personer som fikk et vedtak om fast plass på sykehjem viste at 55 prosent var feilernært. På landsbasis hevdes det at 60 prosent av beboere på sykehjem er underernærte. Det er ikke god eldreomsorg.

Det er nødvendig at det treffes tiltak som sikrer brukere av hjemmetjenester og beboere på sykehjem mot å bli feilernært eller underernært.

Tidligere ble varm mat på sykehjem i Oslo laget i deres eget kjøkken. Arbeidsgruppen foreslår at Oslo kommune på ny å etablerer kjøkken på sykehjemmene med kompetent personale, som kan tilby nylaget, næringsrik og velsmakende mat.

Det bør lages varm mat på sykehjemmene. Det skaper både trivsel og hjemlig atmosfære. Måltid skal være en glede – også på sykehjemmet.

**Pårørende må få en mer sentral plass i eldreomsorgen**

De pårørende har en viktig rolle i eldreomsorgen og må derfor vies stor oppmerksomhet. Det skjer ikke alle steder i dag. Mange pårørende utsettes for store belastninger som også fører til helseproblemer. Oslo kommune og de ansatte i eldreomsorgen må derfor ha en større oppmerksomhet på de pårørendes situasjon.

I samarbeid med pårørende bør det utarbeides en enkel veileder som sikrer atpårørende får full adgang til å påvirke tjenesten dersom den er uakseptabel*.*

(Helsedirektoratets veileder fra 2017 er på 93 sider med 241 lovhenvisninger og 53 litteraturhenvisninger).

**6. STYRING OG KONTROLL I ELDREOMSORGEN**

**Det folkevalgte tilsynet med sykehjem og hjemmetjenester må styrkes**

Tilsynsutvalg for sykehjem og tilsynsutvalg for hjemmebaserte tjenester er bydelsutvalgenes viktigste redskap for å få førstehånds kunnskap og innsikt i hvordan sykehjemmene og hjemmetjenesten i bydelene faktisk fungerer.

Arbeidsgruppen mener det er nødvendig å styrke det folkevalgte tilsynet med eldreomsorgen i Oslo. Arbeidsgruppen viser til tiltakene som er foreslått i pkt. 1-6 i kap. 6.

**Klagemuligheter må bli bedre kjent blant brukere og pårørende**

Klage og tilsynsordninger er viktig for å utvikle en god og verdig eldreomsorg, både av hensyn til brukerne, men også fordi de er et nødvendig grunnlag for at ansatte og ledere kan lære av feil og mangler i rutiner og i organiseringen av arbeidet.

Det er påpekt av Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus – Sosial- og eldreombudet i Oslo, at det er få som benytter seg av eksisterende klagemuligheter. Fylkesmannen har heller ingen statistikk som viser antall klagesaker og hvor mange som får medhold eller avslag.

Etter arbeidsgruppens oppfatning har dette å gjøre med at informasjonen er for dårlig, og kommunens informasjonsplikt må derfor forbedres.

Arbeidsgruppen vil også peke på at alle ansatte i pleie- og omsorgssektoren har rett og plikt til å varsle om kritikkverdige forhold i.h.t. helsepersonelloven og arbeidsmiljøloven. Som arbeidsgiver må kommunen sørge for at informasjon om dette er tilstrekkelig kjent blant alle ansatte, og hvilke varslingsrutiner som gjelder i kommunen.

Kommunens folkevalgte tilsynsorganer, som har en viktig oppgave, må også bli bedre kjent blant brukere og pårørende.

Det er et faktum at mange brukere og pårørende vegrer seg for å ta opp kritikkverdige forhold ved å klage, av frykt for at det skal gå ut over tjenestetilbudet. For en sårbar bruker i en hjelpetrengende situasjon og pårørende er dette forståelig. Derfor må informasjonen også omfatte en orientering om Pasient- og brukerombudet i Oslo – Sosial- og eldreombudet i Oslo sin veiledende rolle i slike spørsmål.

**Kvalitetssystemer og kvalitetsmål er det ingen mangel på i eldreomsorgen**

Det finnes en rekke kvalitetssystemer, indikatorer og mål i ulike forskrifter, veiledere og retningslinjer. Det er en kjensgjerning at dette alene ikke sikrer god kvalitet i eldreomsorgen. Virkeligheten er ofte en annen enn det lover og forskrifter forutsetter.

Det er ingen sammenheng i det kompliserte regelverket som skal sikre en god og verdig eldreomsorg.

Disse systemene bør gjennomgås, saneres, samordnes og forenkles, slik at de blir anvendbare i den praktiske hverdag. Videre må kvalitetssystemene ta utgangspunkt i formuleringene om livskvalitet i kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien.

Oversikt over lover, regler, anbefalinger og kvalitetssystemer finnes i vedlegg 3.

**Håndheving av lover og forskrifter er mangelfull**

Arbeidsgruppen foreslår at byråd for eldre, helse og sosiale tjenester tar initiativ til at sentrale myndigheter iverksetter en juridisk gjennomgang av hvordan kompliserte og ulike lover og forskrifter i eldreomsorgen kan etterleves.

Det foreligger en rekke forskrifter for god eldreomsorg, bl.a. Verdighetsgarantien. Men denne "garantien" gir ingen rettslige rettigheter for eldre , og det foreligger ingen sanksjonsmuligheter om "garantien" ikke blir oppfylt av statlige eller kommunale myndigheter.

Det er nødvendig med en juridisk vurdering av problemene knyttet til slike "garantier" og forskrifter.

**7. VEIEN VIDERE**

**Tillitsreformen – et nødvendig skritt i riktig retning**

Erfaringer med tillitsreformen fra København og prøvebydeler i Oslo viser at innføring av denne modellen er et nødvendig skritt å gå for å få en bedre og verdig eldreomsorg.

Modellen, som bygger på tillit til de ansatte, viser større tilfredshet blant både brukere og ansatte. Tilfredse ansatte reduserer sykefravær og gir bedre eldreomsorg. Å være ansatt i eldreomsorgens førstelinje er et relasjonsyrke. Tillit skapes gjennom gode relasjoner, i motsetning til ”stoppeklokkeomsorg” med rapportering og kontroll. Bestiller-utførermodellen er erstattet med mindre, selvstyrende, tverrfaglige team med ansvar for et geografisk område. Det gir færre vekslende ansatte hjemme hos bruker, og økt medbestemmelse for bruker, pårørende og medarbeider.

Tillitsmodellen bør innføres i alle bydeler. Erfaringene hittil synes så overbevisende at det er ingen grunn til å vente på evaluering av pilotprosjektet før tillitsmodellen kan innføres i Oslos øvrige bydeler.

Kapittel 3

**HJEMMETJENESTER**

**3.1 Tilbudet av hjemmetjenester må styrkes vesentlig**

Det var over 600 brukere av hjemmetjenester over 80 år i Oslo i 2015 som hadde et såkalt omfattende bistandsbehov. Gjennomsnittlig bistandsbehov målt etter IPLOS-kriteriene er nesten like høyt som gjennomsnittlig bistandsbehov hos pasienter med fast plass på sykehjem[[3]](#footnote-3).

Gjennomsnittlig antall timer hjemmetjenester pr. uke til gruppen over 80 år, var i Oslo 8,6 timer i 2015. Landsgjennomsnittet som ikke omfatter Oslo lå i 2015 på 13,7 timer pr. uke. Det vil si at hver bruker med omfattende bistandsbehov i Oslo i gjennomsnitt får ca. 265 færre timer hjemmetjenester pr. år enn brukere med samme bistandsbehov får ellers i landet.

Tilbudet av hjemmetjenester til brukere over 80 år har i mange år ligget godt under.

Dersom Oslo kommune skal kunne tilby brukere over 80 år med et omfattende bistandsbehov i gjennomsnitt like mange timer hjemmetjenester pr. uke som landsgjennomsnittet, trengs 140 -150 nye årsverk i hjemmetjenesten.

Det er for øvrig nokså store variasjoner mellom bydelene i antall timer hjemmetjenester pr. uke de gir til brukere med et omfattende bistandsbehov, fra 6.3 timer pr. uke i Ullern til 10.17 timer pr. uke i St. Hanshaugen.

Forholdene for noen av brukerne med et omfattende bistandsbehov ble klarlagt under en kartlegging i 3 bydeler i 2015 av personer som fikk et vedtak om fast plass på sykehjem. Av dem som fikk fast plass hadde 70% demens/stor hukommelsessvikt, 75% bodde alene, 60% hadde stor falltendens, 55% var feilernært, 35% hadde slitne pårørende, 30% hadde lite nettverk, 70% trengte følge for å komme seg ut av bolig, og 35% var ensomme/deprimerte. I gjennomsnitt hadde de som fikk langtidsplass 4 timer hjemmetjenester i uka før vedtak ble fattet.

Det foreligger ingen redegjørelse om årsakene til at Oslo gir et betydelig lavere antall timer hjemmetjenester pr. uke enn landsgjennomsnittet til brukere med et omfattende bistandsbehov. Det foreligger heller ingen beskrivelse av livssituasjonen til denne brukergruppen eller vurdering om tilbudet av tjenester er tilstrekkelig til å dekke brukernes hjelpebehov. Det er ikke gjort noen undersøkelse av årsakene til variasjonene i tilbudet av hjemmetjenester til brukere med omfattende bistandsbehov mellom bydelene.

**3.2 Oslo bruker mindre til hjemmetjenester enn landsgjennomsnittet**

I byrådets budsjettforslag for 2018 i kapittel 5.11. "ASSS indikatorer for tjenester under eldre, helse og sosiale tjenester"[[4]](#footnote-4) står følgende avsnitt:

*"I Oslo kommune bruker hjemmetjenesten mindre til brukere over 67 år sett i forhold til antall innbyggere i denne målgruppen. En viktig årsak til dette er at bistandsbehovet hos mottakere i Oslo er lavere enn for snittet i ASSS. Det gis derfor færre vedtakstimer per bruker. "*

Nøyaktig det samme sto i byrådets budsjettforslag for 2017.

Det er riktig at i Oslo kommune bruker hjemmetjenesten mindre ressurser til brukere over 67 år sett i forhold til antall innbyggere i denne målgruppen enn kommunene i ASSS-gruppen. Oslo bruker mindre i forhold til antall innbyggere enn gjennomsnittet av kommuner i Norge.

Årsaken til at Oslo bruker mindre ressurser til brukere av hjemmetjenester over 67 år er neppe den som står i budsjettforslaget, nemlig at bistandsbehovet er lavere enn for snittet i ASSS-gruppen.

En person over 80 år med et omfattende bistandsbehov i kommunene i ASSS-gruppen utenom Oslo mottok i 2015 ca. 15,2 timer hjemmetjenester pr. uke.[[5]](#footnote-5) I Oslo mottok en bruker med samme bistandsbehov 8,6 timer pr. uke, en forskjell på 7,6 timer pr. uke eller 395 timer pr. år. I 2016 var forskjellen 7,8 timer pr. uke, eller 406 timer pr. år.

Det foreligger ingen opplysninger om at brukere over 80 år av hjemmetjenester i Oslo med et omfattende bistandsbehov, har et så mye lavere faktisk bistandsbehov enn brukere med samme bistandsbehov i de øvrige ASSS-kommunene, at det forklarer denne store forskjellen i antall timer hjemmetjenester pr. uke.

Det er også en forskjell i antall timer hjemmetjenester til personer med middels til stort bistandsbehov. Personer over 80 år med middels til stort bistandsbehov mottok i kommunene i ASSS-gruppen utenom Oslo, i 2015 ca. 4,9 timer hjemmetjenester pr. uke. I Oslo mottok en bruker med samme bistandsbehov 3,85 timer pr. uke, en forskjell på 1,05 timer pr. uke eller 54 timer pr. år. I 2016 var forskjellen 0,5 timer pr uke.

Dersom Oslo skulle tilby like mange timer hjemmetjenester til brukere med et middels og et omfattende bistandsbehov som brukere med tilsvarende bistandsbehov i gjennomsnitt får i de øvrige ASSS-kommunene, trengs ca 350 nye årsverk i hjemmetjenesten.

Arbeidsgruppen har i dette kapittelet bare sett på timer hjemmetjenester til brukere over 80 år. Det er de samme forskjeller mellom Oslo og ASSS-kommunene i tilbudet til brukere i 67-79 år med middels og omfattende bistandsbehov i antall timer pr. uke som til brukere over 80 år.

I tabell 3.2.1 er det gitt en oversikt over antall mottakere av hjemmetjenester etter bistandsbehov over 80 år i 2015 og 2016 i Oslo og i ASSS-kommuner utenom Oslo og timer hjemmetjenester pr. uke.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antall brukere av hjemmetjenester over 80 år etter bistandsbehov, timer pr. uke** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | Antall mottakere | | Timer pr. mottaker pr. uke | |
|  |  | **2015** | **2016** | **2015** | **2016** |
|  | Bistandsnivå |  |  |  |  |
| Oslo | Omfattende bistandsbehov | 604 | 633 | 8,64 | 8,58 |
|  | Middels til stort bistandsbehov | 2495 | 2319 | 3,85 | 4 |
|  | Uoppgitt eller lavt bistandsbehov | 3132 | 2923 | 1,38 | 1,38 |
|  |  |  |  |  |  |
| ASSS | Omfattende bistandsbehov | 828 | 861 | 15,25 | 15,35 |
| uten | Middels til stort bistandsbehov | 3356 | 3439 | 4,94 | 4,50 |
| Oslo | Uoppgitt eller lavt bistandsbehov | 2081 | 2134 | 1,82 | 1,52 |

Tabell 3.2.1

Det framgår av tabell 3.2 at brukere av hjemmetjenester med uoppgitt eller lavt bistandsbehov i gjennomsnitt får færre timer pr. uke i Oslo enn i de øvrige ASSS-kommunene. En årsak til dette kan være at gjennomsnittlig bistandsbehov[[6]](#footnote-6) for mottakere i denne gruppen i ASSS-kommunene er høyere enn i Oslo. Det er liten grunn til å anta at gjennomsnittlig bistandsbehov for brukere med omfattende og middels bistandsbehov er noe særlig lavere i Oslo enn i de øvrige ASSS-kommunene.

I en undersøkelse NIBR gjorde i 2011 fant man at gjennomsnittlig skår til brukere med et omfattende bistandsbehov var nesten like høyt som skår til personer med fast plass på sykehjem.

Forklaringen på at gjennomsnittlig bistandsbehov i Oslo er lavere en i de øvrige ASSS-kommunene, er sannsynligvis at gruppen med lavt eller uoppgitt bistandsbehov har en høyere skår i disse kommunene.

Arbeidsgruppen mener beregningene av gjennomsnittlig skår i de tre kategoriene for bistandsbehov i Oslo og de øvrige ASSS-kommunene bør gjennomgås. Det bør også sees nærmere på antallet personer med uoppgitt skår, og hvilken skår som fastsettes for disse ved beregningene av gjennomsnitt.

I tabell 3.2.2 er det vist det totale antall timer pr uke som brukere over 80 år i Oslo innen de ulike kategorier bistandsbehov fikk pr. uke i 2015 og 2016. Det er også vist antall timer pr. uke dersom disse brukerne fikk de samme antall timer pr. uke som gjennomsnittet i de øvrige ASSS-kommunene.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Totalt registrert antall timer hjemmetjenester pr. uke til brukere over 80 år i Oslo etter bistandsbehov** | | | | | | |  |  |
| **Registrert og beregnet med timer pr. uke som i ASSS uten Oslo Totalt beregnet antall timer pr. uke dersom brukere fikk samme timetall pr. uke som i ASSS uten Oslo** | | | | | |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |
|  | **Totalt antall timer registrert** | | | **Totalt antall timer beregnet** | | | **Differanse** | |
|  | **2015** | **2016** | | **2015** | **2016** | | **2015** | **2016** |
| Bistandsnivå |  |  | |  |  | |  |  |
| Omfattende bistandsbehov | 5216 | 5432 | | 9210 | 9718 | | 3994 | 4286 |
| Middels til stort bistandsbehov | 9617 | 9265 | | 12319 | 10445 | | 2702 | 1180 |
| Uoppgitt eller lavt bistandsbehov | 4334 | 4035 | | 5695 | 4430 | | 1361 | 395 |

Tabell 3.2.2

Tabellen viser at Oslo i 2015 brukte 1361 færre timer pr. uke i hjemmetjenester til bruker med uoppgitt eller lavt bistandsbehov enn Oslo ville ha brukt om brukerne hadde i gjennomsnitt fått antall timer pr. uke som i ASSS-kommunene. Skulle Oslo ha brukt samme timetall pr. uke på brukere med høyere bistandsbehov, viser tabellen at Oslo i 2015 hadde brukt 5600 timer pr. uke mer enn det som ble registrert.

**Konklusjon:**

Arbeidsgruppen mener at påstandene i budsjettforslaget for 2017 og 2018 er misvisende og dermed ikke korrekte. Det er liten grunn til å anta at gjennomsnittlig bistandsnivå for brukere av hjemmettjenester i Oslo med middels eller omfattende bistandsbehov er lavere enn tilsvarende grupper i de øvrige ASSS-kommunene.

Det er heller ikke korrekt at en viktig årsak til at Oslo bruker mindre til brukere over 67 år sett i forhold til antall innbyggere i denne målgruppen er at bistandsbehovet hos mottakere i Oslo er lavere enn for snittet i ASSS.

Oslo kommune bruker mindre til brukere med uoppgitt eller lavt bistandsbehov enn ASSS-kommunene. Men denne innsparingen er mye mindre enn det kommunen sparer på lave tilbud til de mest hjelpetrengende brukerne av hjemmetjenester.

Økningen i 500 årsverk i hjemmetjenesten fram til 2019 vil gå med til å bringe tilbudet av timer pr. uke til brukere med middels og omfattende bistandsbehov opp på gjennomsnittet for ASSS-kommuner uten Oslo.

**3.3 Er det blitt innstramninger i kriteriene for å få praktisk bistand?**

Fra 2013 til 2015 er det blitt en reduksjon i antall brukere av hjemmetjenester over 67 år i forhold til antall personer i denne aldersgruppen som bare får praktisk bistand. Tabell 3.3.1 fra årsstatistikk for bydelene, viser endringene:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. kvartal** | **1. kvartal** |  |  |
| **2015** | **2013** |  |  |
| 4,54 % | 6,42 % |  | Oslo i alt |
| 4,67 % | 7,58 % |  | 01 Gamle Oslo |
| 6,63 % | 10,30 % |  | 02 Grünerløkka |
| 5,76 % | 7,92 % |  | 03 Sagene |
| 4,20 % | 5,38 % |  | 04 St.Hanshaugen |
| 4,17 % | 7,23 % |  | 05 Frogner |
| 3,56 % | 5,54 % |  | 06 Ullern |
| 3,46 % | 4,61 % |  | 07 Vestre Aker |
| 3,17 % | 4,21 % |  | 08 Nordre Aker |
| 5,64 % | 6,86 % |  | 09 Bjerke |
| 6,48 % | 7,59 % |  | 10 Grorud |
| 3,45 % | 4,43 % |  | 11 Stovner |
| 4,58 % | 6,74 % |  | 12 Alna |
| 5,83 % | 8,40 % |  | 13 Østensjø |
| 4,93 % | 6,54 % |  | 14 Nordstrand |
| 4,04 % | 5,24 % |  | 15 Søndre Nordstrand |

Tabell 3.3.1

Det har vært en forholdsvis sterk reduksjon i antall brukere over 80 år som bare mottar praktisk bistand. Den er langt sterkere enn reduksjonen i antall eldre over 80 år skulle tilsi. Det har også blitt en reduksjon i utførte timer pr. uke for brukere over 67 som bare får praktisk bistand fra 2013 til 2015. Det samme gjelder brukere over 67 år som får både praktisk bistand og hjemmesykepleie. Denne utviklingen har fortsatt i 2016. Det er i 2016 4,19% av aldersgruppen over 67 år som bare får praktisk bistand. I aldersgruppen over 80 år er det 9,1% som bare får praktisk bistand mot 10,15% i 2015.

Det foreligger ikke statistikk over hvor mange som får avslag på søknad om praktisk bistand i bydelene, og heller ikke statistikk over hvor mange som klager på avslag og hvor mange som får endret vedtak om avslag etter klage.

En undersøkelse som tilsynsutvalget for hjemmebaserte tjenester utførte i bydel Østensjø viste at ca. 20% av søknader om praktisk bistand i 2016 ble avslått. Det var 11 som hadde klaget på avslaget. 4 klager ble omgjort av bydelen, 3 klager ble omgjort av Fylkesmannen, 3 klager fikk ikke medhold av Fylkesmannen og 1 klage var under behandling i november 2016. Den høye avslagsprosenten kan være en følge av at bydel Østensjø praktiserer for strenge krav til innvilgning av søknader om praktisk bistand.

Når 7 av 10 klager fører til omgjøring av avslag, kan det tyde å at kravene er satt for strengt. Det var mange søkere som fikk avslag som ikke klaget. Det kan være at noen av dem burde ha klaget, og at de ville ha fått medhold i sin klage. Det kan reises spørsmål om hvor mange som greier, og hvor mange som orker å klage?

Hvordan andre bydeler praktiserer krav til innvilgning av søknader om praktisk bistand er ikke kjent.

I flere bydeler tilbys bare 1,5 timer i praktisk bistand hver tredje uke til brukere som ikke kan utføre støvsuging og gulvvask selv. Det er ikke mulig å holde en god hygiene i et hjem med et så lavt tilbud.

**3.4 Praktisk bistand må fortsatt være et kommunalt ansvar**

I 2004 vedtok bystyret at brukere av hjemmetjenester som fikk vedtak om praktisk bistand skulle ha en automatisk rett til fire timers hjelp pr. måned dersom de ønsket det. Byrådet foreslo i Seniormeldingen som ble behandlet i bystyret 2014 å avvikle ordningen. Begrunnelsen var at flere bydeler meldte om at mange brukere med lite hjelpebehov ikke trengte så mye som fire timers hjelp per måned. Byrådet mente at denne automatiske ordningen innebar at man ikke fikk styrt tilgjengelige ressurser til brukere med størst behov. Bystyret sluttet seg til byrådets forslag.

Arbeidsgruppen er ikke kjent med at det foreligger undersøkelser som viser at de ressurser som ble frigjort gjennom bystyrets vedtak har gått til å bedre tilbudet til brukere med størst hjelpebehov.

I Seniormeldingen står det følgende om praktisk bistand fortsatt bør være et kommunalt tilbud i framtiden:

*" I fremtiden vil det kunne settes spørsmålstegn ved om det offentlige skal overta kostnader og organisering av slike tjenester når innbyggerne får et hjelpebehov. Med en økende eldrebefolkning vil dette heller ikke være bærekraftig. Om praktisk bistand skal fortsette som et kommunalt tilbud, må utredes i forbindelse med videre utvikling av omsorgstjenestene."*

Seniormeldingen ble vedtatt av et enstemmig bystyre i 2014.

Arbeidsgruppen er ikke kjent med om det er igangsatt noen utredning om praktisk bistand skal fortsette som et kommunalt tilbud. Arbeidsgruppen mener at kommunen fortsatt må ha et ansvar for å organisere og tilby praktisk bistand.

De fleste oppgående yngre og eldre klarer fint å skaffe seg hjelp til praktiske oppgaver i hjemmet på egen hånd, også i dag. Eldre som er fysisk og/eller mentalt svekket og som har behov for praktisk bistand, vil også i framtiden i liten grad være i stand til på egen hånd å innhente tilbud fra leverandører av hjemmetjenester og inngå kontrakter med disse.

Det foreligger ikke et vedtak i bystyret om en langsom avvikling av tilbudet om praktisk bistand.Men for å unngå misforståelser og feiltolkning av bystyrets vedtak om Seniormeldingen, mener arbeidsgruppen at det er nødvendig at den politiske ledelsen i Oslo, byråd og bystyret, gir klar beskjed om at tilbudet av praktisk bistand fortsatt skal være et kommunalt ansvar.

Praktisk bistand har i de siste årene blitt begrenset til å omfatte renhold. Arbeidsgruppen mener at praktisk bistand også kan og bør omfatte flere hjelpetiltak i hjemmet. Det vises bl.a. til rapporten om Demensvennlige hjemmetjenester. Se kap. 7. Byrådet bes om å foreta en gjennomgang og vurdering av hvilke tiltak praktisk bistand kan omfatte ut over renhold.

**3.5 Innhold i vedtak om hjemmetjenester er språklig uegnet**

Den 15.10.2016 fremmet Tore Nyseter et forslag til vedtak i Det sentrale eldreråd vedrørende språkbruk ved tildeling av eldreomsorgstjenester, basert på et eksempel til en 99 år gammel enslig hjemmeboende som ikke forsto vedtaket. I møte 6.12.2016 vedtok Det sentrale eldreråd i sak 85/16 følgende uttalelse om ”Innhold og språk i vedtak om helse- og omsorgstjenester i Oslo kommune”:

*"Det er viktig at informasjonen til kommunens innbyggere om vedtak om helse- og omsorgstjenester er klar og forståelig. Videre bør det være enkelt å komme i kontakt med bydelen ved spørsmål eller andre behov. Det bør også gis informasjon om aktuelle klage- og tilsynsordninger. Det sentrale eldreråd retter på denne bakgrunn en henvendelse til byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester med kopi til byråd for eldre, helse og sosiale tjenester om at det utarbeides en mal for bydelene om innholdet i vedtak fra Oslo kommune."*

Arbeidsgruppen har etter møtet 6.12.2016 mottatt anonymiserte eksempler på vedtak om hjemmesykepleie, praktisk bistand og dagsenterplass i en annen bydel i Oslo enn det som var grunnlaget for forslaget 15.10.2016 .

Felles for alle vedtakene er at de er skrevet i et byråkratisk språk, er formalistiske og ikke alltid lett å forstå. Det er generelt et behov for en språklig gjennomgang av brev om vedtakene.

Brev til søkere som har fått innvilget hjemmetjenester må skrives på en klar og vennlig måte. Brevet om vedtaket må utformes slik at mottakeren og eventuelle pårørende kan forstå det som er skrevet. Det betyr også at det må legges større vekt på å skrive presist og tydelig. Eldre som av flere grunner har problemer med å forstå/lese et slikt brev, bør få besøk av hjemmetjenesten som kan lese og forklare vedtaket og hva det innebærer – noe som burde vært unødvendig. Det bør i det enkelte tilfelle vurderes hvilken form for formidling av vedtak en bruker er mest tjent med.

Beskrivelsen av det tilbud søkeren får av hjemmetjenester må utrykkes på et tydelig og godt norsk. I begrunnelsen for vedtaket må det framgå hvilke opplysninger bydelen har lagt til grunn for tilbudet av tjenester. Det må også fremgå hvorfor bydelen mener at tilbudet vil dekke det aktuelle behovet på en forsvarlig måte.

Opplysninger til brukeren om kontakt med hjemmetjenesten og hva brukeren bør gjøre i boligen for å motta tjenestene, bør formidles på en måte som er lett å forstå. Det samme gjelder opplysninger om brukervalg og klagemuligheter.

Det bør opplyses om hvem som vil ta kontakt med brukeren for å avtale tidspunkt for det første besøket av hjemmetjenesten. Det bør også opplyses om hvilken hjemmetjenestebase som har ansvaret for tjenesten. Mange vet ikke det.

Et brev om vedtak har følgende avsnitt med overskrifter:

* Vedtak om helse- og omsorgstjenester
* Saksopplysninger
* Begrunnelse
* Informasjon. Herunder informasjon om brukervalg
* Egenbetaling for tjenesten. Gjelder praktisk bistand.
* Klage

I noen brev er informasjon til bruker også tatt med i avsnittet vedtak. Bare ett brev inneholder en beskrivelse av målet med vedtaket. Begrunnelsene for vedtak om hjemmesykepleie og praktisk bistand har samme ordlyd i innledningen:

*"I henhold til lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-1a, 2-4 ledd har du rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Du har også rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4 - 1 første ledd, bokstav b.*

*Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3 -1 skal kommunen sørge for at du som oppholder deg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester.. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3 -2, første ledd nr. 6 bokstav b."*

I to av brevene om vedtak er disse henvisningene til lover og forskrifter den eneste begrunnelsen som gis. I et brev er denne henvisningen til regelverket supplert med følgende setninger:

*"Bydelen vurderer saken basert på tilgjengelige saksopplysninger at du er i behov av bistand av hjemmesykepleie. Du innvilges hjemmesykepleie."*

Det framgår ikke i noen av begrunnelsene for vedtakene hvorfor bydelen mener at tilbudet vil dekke det aktuelle behovet til brukeren for tjenester på en forsvarlig måte.

I Helsedirektoratets veileder for saksbehandling står det:

*I begrunnelsen skal det vises til hvilke regler som er anvendt. I dette ligger at kommunen skal gjengi innholdet av reglene, i den utstrekning og på den måte som er nødvendig for at parten skal kunne forstå vedtaket.*

Det bør være mulig å vise til hvilke regler som er anvendt på en annen måte enn den er brukt i vedlagte eksempler på vedtak.

Det er grunn til å reise spørsmål ved en del uttrykk og formuleringer i brevene om vedtak. For personer med tidsbegrenset vedtak, f.eks. praktisk bistand i 4 uker, burde det være unødvendig å søke om ytterligere hjelp hvis det fortsatt er behov for å forlenge perioden.

Hjemmetjenesten bør ha et ansvar for å undersøke om det fortsatt er behov for hjelp.

I siste avsnitt under INFORMASJON, står det at tjenestebehovet blir vurdert fortløpende. Når en bruker har fått praktisk bistand eller hjemmesykepleie for en begrenset periode på noen få uker, så virker det merkelig at det informeres om revurdering av tjenestebehov.

Når det gjelder brukerens adgang til å klage, bør bruker få vite hvem vedkommende kan kontakte for råd og veiledning i bydelen, gjerne med direkte telefonnummer. Det bør være en selvfølge at det også gis informasjon om Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus – Sosial- og eldreombudet i Oslo sin rolle.

Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester(EHS) har utarbeidet standard vedtaksbrev for innvilgelse av praktisk bistand og hjemmesykepleie (Vedlegg 1). Dette er felles for alle bydelene. Bydelene skal skrive inn riktig tekst knyttet til vedtaket som fattes, bydelens kontaktinformasjon og annet som er bydelsspesifikt. Det sendes med informasjon om de private leverandørene i kommunens brukervalgsordning i den aktuelle bydelen. Utover dette sender noen bydeler informasjon om fri tannbehandling sammen med førstegangsvedtakene, mens andre har rutine for at dette gjøres av hjemmesykepleien ved oppstart av tjenesten. Noen bydeler sender ut informasjon om bydelens tilsynsutvalg.

Arbeidsgruppen finner at det foreliggende standardvedtaksbrev for praktisk bistand og hjemmesykepleie (jfr. vedlegg 1) ikke er godt nok og bør formuleres med et enklere språkbruk.

**3.6 Svar- og behandlingstider for søknad om hjemmetjenester må forkortes**

I dette avsnittet er det gjengitt en tabell fra årsstatistikk for bydelene over saksbehandlingstider og iverksettingstider for søknader om praktisk bistand og hjemmesykepleie i bydelene.

|  |
| --- |
| **Tabell 3 -7 - A1 - Saksbehandlingstider i pleie- og omsorgssektoren - hjemmetjenester hittil i år** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Saksbehandlingstid - i antall dager antall dager** | | **Iverksettingstid** | |
| **Bydel** | **Navn** | **For søknad om praktisk bistand** | **For søknad om hjemme- sykepleie** | **For søknad om praktisk bistand** | **For søknad om hjemme- sykepleie** |
| 1 | Bydel Gamle Oslo | 35,0 | 9,0 | 14,0 | 3,0 |
| 2 | Bydel Grünerløkka | 21,0 | 6,0 | 12,0 | 2,0 |
| 3 | Bydel Sagene | 27,0 | 10,0 | 11,0 | 4,0 |
| 4 | Bydel St. Hanshaugen | 12,0 | 4,0 | 4,0 | 2,0 |
| 5 | Bydel Frogner | 16,0 | 3,0 | 4,0 | 1,0 |
| 6 | Bydel Ullern | 14,0 | 1,5 | 8,0 | 1,0 |
| 7 | Bydel Vestre Aker | 28,8 | 7,3 | 6,9 | 2,0 |
| 8 | Bydel Nordre Aker | 14,0 | 4,7 | 9,0 | 0,2 |
| 9 | Bydel Bjerke | 31,7 | 7,0 | 13,6 | 3,0 |
| 10 | Bydel Grorud | 23,1 | 5,3 | 5,2 | 0,7 |
| 11 | Bydel Stovner | 17,6 | 4,2 | 8,0 | 1,5 |
| 12 | Bydel Alna | 38,2 | 2,5 | 11,3 | 0,4 |
| 13 | Bydel Østensjø | 36,4 | 4,8 | 12,8 | 2,3 |
| 14 | Bydel Nordstrand | 22,9 | 3,8 | 22,8 | 5,7 |
| 15 | Bydel Søndre Nordstrand | 23,4 | 12,1 | 9,6 | 3,5 |
|  | **Gjennomsnitt 3. tertial 2015** | **24,1** | **5,7** | **10,1** | **2,2** |
|  | Gjennomsnitt 2. tertial 2015 | 24,3 | 5,9 | 10,0 | 2,2 |
|  | Gjennomsnitt 3. tertial 2014 | 26,6 | 5,2 | 9,3 | 1,4 |
|  | Gjennomsnitt 2. tertial 2014 | 26,5 | 7,3 | 8,2 | 1,5 |
|  | Gjennomsnitt 1. kvartal 2014 | 27,1 | 6,0 | 8,6 | 1,9 |
|  | Gjennomsnitt 2013 | 23,8 | 7,5 | 8,0 | 2,2 |

Tiden for å behandle søknader om praktisk bistand varierer fra 36,4 dager i bydel Østensjø til 12 dager i St. Hanshaugen. Tiden for å iverksette et vedtak om praktisk bistand varierer fra 22.8 dager i bydel Nordstrand til 4 dager i Frogner og St. Hanshaugen. Det er også en viss variasjon i behandlingstiden for søknader om hjemmesykepleie mellom bydelene, fra 12,1 dag i bydel Søndre Nordstrand til 1,5 dag i Ullern.

Det foreligger ikke opplysninger om årsakene til at enkelte bydeler har tildels lange behandlings- og iverksettingstider for søknader om hjemmetjenester.

Bydelene Østensjø og Gamle Oslo med lange behandlingstider for søknader om praktisk bistand i 2015, hadde også lang behandlingstid i 2013. Bydel Søndre Nordstrand hadde også lang behandlingstid for søknader om hjemmesykepleie i 2013.

**3.7 Fastleger og hjemmetjenesten**

Fastlegene har en sentral rolle i eldreomsorgen i Oslo. "Plan for trygg og mangfoldig eldreomsorg" som byrådet har sendt til behandling i bystyret, understreker betydningen av et godt samarbeid mellom fastleger og kommunens hjemmetjeneste. Det påpekes at medarbeidere som fatter vedtak om hvilke tjenester som skal tilbys, skal samarbeide tett med fastlege, og at hjemmetjenestene må ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne samarbeide med fastlegene om oppfølging av legemiddelbruk og legemiddelgjennomgang. Det er fastlegene som har det medisinske ansvaret for personer som får hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester enten det er i eget hjem eller i tilrettelagte botilbud. Det krever god samhandling mellom fastlege, hjemmetjenestene, pårørende og den som mottar tjenestene.

I planen er det ikke nevnt at mange av Oslos fastleger ikke går på hjemmebesøk. Det er et problem for eldre som har store vanskeligheter med å komme seg til legekontoret for å få tilsyn av lege. I praksis kan det bety at Legevakt må tilkalles selv når det er et problem fastlegen ville ha løst om vedkommende kom på kontoret. I et debattprogram på NRK om fastleger ble det opplyst at ca 40% av legevaktutrykningene ikke gjelder akuttsituasjoner, men tilfeller der et ordinært legetilsyn fra en fastlege hadde vært det riktige tiltaket.

I planen opplyses det at byrådsavdelingen skal i samarbeid med tjenestene evaluere og vurdere hvordan fastlegene og de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene kan få til bedre samhandling.

Arbeidsgruppen mener det bør iverksettes tiltak som sikrer at eldre brukere av hjemmetjenester som har store vanskeligheter med å komme på et legekontor får et forsvarlig legetilsyn. Det bør vurderes om hjemmetjenesten i bydelene bør få adgang til å ansette leger som kan besøke slike brukere.

Egne leger tilknyttet hjemmetjenesten vil sammen med arbeidslag demens i bydelene bidra til å styrke tilbudet til hjemmeboende med demens.

Det er kjent at fastlegeordningen er under sterkt press og etter manges oppfatning i ferd med å rakne. Dette gjelder også Oslo. Skal fastlegene pålegges ytterligere oppgaver må det ses i sammenheng med fastlegenes totale arbeidssituasjon og pålagte administrative rutiner. Byrådet bør derfor foreta en total evaluering og gjennomgang av fastlegeordningen i Oslo.

Kapittel 4

**SYKEHJEM**

**4.1 Vil alle som trenger fast plass på sykehjem – få det?**

**4.1.1 Fare for svekket omsorg for de mest hjelpetrengende**

Det er stor fare for at omsorgen for de mest hjelpetrengende eldre blir alvorlig svekket i Oslo de nærmeste årene. De to viktigste årsakene er:

\* Den sterke nedbyggingen av sykehjemsplasser fram til 2020

\* Terskelen for å få plass på sykehjem er hevet i flere bydeler

Målkonflikt i eldreomsorgen

*"De fleste ønsker å bo hjemme lengst mulig."* står det i bystyrets Seniormelding som ble vedtatt i 2014. Byrådet og bystyrets mål er at eldre skal få oppfylt dette ønsket ved bl.a. å satse på Omsorg+-boliger og styrke hjemmetjenesten. Dette er tiltak som tilsynelatende bidrar til oppnå to mål samtidig, bedre velferd for dem som kan bo hjemme lenger og lavere utgifter for kommunen når behovet for sykehjem reduseres.

Men det er klare tegn på at det er hensynet til kommunens økonomi som i kommende år blir prioritert foran hensynet til pleie- og omsorgstrengende eldre.

Det blir færre sykehjemsplasser

Strategisk boligplan for eldre med hjelpebehov, tidligere kalt Utbyggingsplan for helsehus og assisterte botilbud for eldre, og før det Sykehjemsbehovsplan ble lagt fram til høring i høst.

Av Strategisk plan framgår at det har vært en reduksjon på ca 100 rom i 1.halvår 2017.

I perioden 2018 - 2020 reduseres samlet antall rom med 600. Det opplyses i planen at det er fire sykehjem med 357 rom eid av kommunen som skal utfases, og at det er to sykehjem med 123 rom eid av ideelle organisasjoner som kan utfases før 2020. Når utfasingen skal skje er ikke opplyst i planen. Det er heller ikke opplyst om kapasiteten på helsehus skal reduseres innen 2020.

Kommunen vil bygge 330 nye Omsorg+boliger innen 2020. Det opplyses at ideelle organisasjoner vil bygge 300 nye Omsorg+-boliger i 2019-2020.

Hvor de skal bygges, hvem som skal bygge dem og kapasiteten på den enkelte bolig er ikke oppgitt.

Det skal bygges fem bemannede omsorgsboliger for personer med kognitiv svikt til sammen 95 leiligheter innen 2019.

Endringer i eldrebefolkningen og behovet for heldøgns omsorg

I perioden 31.12.2016 til 31.12.2020 blir det i.h.t. prognoser følgende endringer i eldrebefolkningen i Oslo:

**2016 2020 Endring**

**80-84 år** 9328 9982 654

**85-89 år** 6886 6746 - 140

**90+ år** 5012 5194 182

I perioden 31.12.2016 til 31.12.2020 blir det ca 150 flere eldre over 80 år med demens i Oslo beregnet ut fra gjeldende rater for demens i disse aldersgruppene. Samtidig reduseres kapasiteten i langtidshjem med minst 600 rom. Med 95 leiligheter i bemannede omsorgsboliger for personer med kognitiv svikt innen 2019, betyr det at opptil 600 personer, mange med demens som tidligere kunne ha fått plass, nå ikke får plass i langtidshjem i denne perioden.

I byrådets budsjettforslag for 2017 viste Sykehjemsetaten(SYE) til at bydelene melder om redusert etterspørsel for både langtidsplasser og plasser i helsehus. Etaten tilpasser sin kapasitet etter bydelenes bestillinger.

Bystyrets helse- og sosialkomité hadde følgende merknad til reduksjonen av sykehjemsplasser:

*Komiteens flertall, medlemmene fra A, H, MDG, V, F, SV, og KrF, viser til at etaten i samarbeid med bydelene arbeider for å tilpasse ressurser og kompetanse til den eldre befolkningens behov, slik at en økende del av den eldre befolkningen i kommunen skal kunne bo lengre i eget hjem og få gode tjenestetilbud. Disse medlemmer mener bydelene skal kunne gi de med behov for hjemmebaserte tjenester den bistanden de trenger gjennom gode rehabiliteringstilbud.*

*Disse medlemmer viser til at SYE melder om at de ser mindre etterspørsel etter sykehjemsplass på langtidshjem fra bydelene, i tråd med endrete ønsker i befolkningen og den faglige utviklingen. I fremtiden vil det være behov for færre sykehjemsplasser, men med fortsatt økt kvalitet.*

**4.1.2 Omsorg+ er ikke det samme som sykehjem**

Det blir kanskje ferdigstilt 400-500 Omsorg+ boliger innen 2020.

Det kan reises tvil om Omsorg+ er et tilfredsstillende tilbud til alle som ville ha fått plass på sykehjem i perioden fram til 2020, dersom plassene hadde vært tilgjengelige.

Ca. 80% av pasienter med fast plass på sykehjem har en grad av demens. Undersøkelsen fra 2015, se kap. 3.1, viste at 70% av dem som fikk fast plass i 2015 hadde demens/stor hukommelsessvikt.

I Sykehjemsbehovsplan for 2012-2022 beskrives demente personers mestringsevne slik:

*” I tillegg vil antallet personer med demens neppe reduseres, med den konsekvens at kapasiteten må være slik at denne målgruppens behov kan ivaretas. De færreste personer med demenssykdom klarer seg i omsorgsboliger; de synes erfaringsmessig ute av stand til å mestre en hverdag i egen bolig selv om tilsyn gis relativt ofte.”*

I planen for 2016-2026 er de kommunale boligtilbudene omtalt slik:

*Omsorg+ er ment for seniorer og eldre 67+ som har behov for en bedre tilrettelagt leilighet med bemanning. Erfaringsmessig er gjennomsnittsalderen 80+, dvs. noen er yngre og mange er eldre.*

I byrådssak 243/09 om "Omsorg+ - Innhold og organisering" står det om målgruppen for Omsorg+:

"*Omsorg+ skal rette seg mot eldre som er i en tidlig fase av omsorgsbehov. Tilbudet skal gis til personer som gjennom aktivisering, sosialt samvær og trygghet kan oppleve at funksjonstapet bremser eller stopper opp. Målgruppen er hovedsakelig personer over 67 år,..."*

Reduksjonen av sykehjemsplasser i perioden 2015-2019 fører til at anslagsvis 600 personer med demens som ville ha fått fast plass på sykehjem, må få tilbud om plass i Omsorg+ eller må bo hjemme.

Enten de bor i Omsorg+ eller bor hjemme, krever slike brukere betydelig innsats fra hjemmetjenesten. Likevel vil mange av dem antagelig oppleve en livssituasjon der

"*de synes erfaringsmessig ute av stand til å mestre en hverdag i egen bolig selv om tilsyn gis relativt ofte."*

Det kan se ut til at byrådet og bystyret anser sykehjem og Omsorg+ som omtrent likeverdige tilbud. Det er en vurdering som ikke deles av alle. I et møte før jul uttalte lederen av Omsorg+ boliger i en bydel på et møte i Det sentrale eldreråd:

*" Det er en verden av forskjell i måten en blir passa på i Omsorg+ og i sykehjem."*

**4.1.3 Saksbehandlingstid av søknader om langtidsplass**

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid varierer fra ca 10-dager i noen bydeler til ca 50 dager i andre bydeler. Lengst saksbehandlingstid var det i Alna med 68 dager i 2015 og 55 dager i 2016. Nordstrand, Gamle Oslo, Bjerke hadde behandlingstider på ca 50 dager i 2015 og 2016. Kortest behandlingstid i 2015 og 2016 hadde Vestre Aker, Nordre Aker og Østensjø med ca. 13 til 18 dager. Lengden på behandlingstidene i bydelene ser ikke ut til å ha noen sammenheng med antall søkere eller antall avslag.

Det er naturlig at tiden det tar å behandle den enkelte søknad kan variere. Det må kanskje innhentes tilleggsopplysninger.

Men det er ikke akseptabelt at gjennomsnittlig saksbehandlingstid varierer så sterkt mellom bydelene. I rapporten fra Helseetaten om gjennomgang av søknader om sykehjemsplass, se kap. 4.1.4, framgår ikke om årsaken til lang behandlingstid skyldes mangelfulle rutiner, mangelfull kompetanse eller for dårlig bemanning.

Arbeidsgruppen mener det bør stilles krav om at gjennomsnittlig saksbehandlingstid

i bydelene i løpet av et år ikke overskrider et visst antall dager , f.eks. 30 dager.

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid av klager etter avslag på søknad om sykehjemsplass varierer sterkt mellom bydelene. Fra 106 dager i St. Hanshaugen, 63 dager i Grorud, 52 dager i Østensjø til 14 dager i Ullern. Det er tre bydeler som ikke har registrert behandlingstid, Grünerløkka, Nordstrand og Søndre Nordstrand. Arbeidsgruppen mener det også bør stilles krav om at gjennomsnittlig saksbehandlingstid av klager i bydelene i løpet av et år ikke overskrider et visst antall dager.

Saksbehandlingstid fra mottatt klage til saken er avgjort hos Fylkesmannen, varierer fra 192 dager i Grorud, 164 dager i Ullern, 135 dager i Nordstrand til 50 dager i Nordre Aker.

De fleste søkere om fast plass på sykehjem er syke og hjelpetrengende eldre mennesker. Det må være et krav at de får svar så raskt som mulig og at de ikke må vente urimelig lenge på svar - heller ikke på svar på klager om avslag. Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester bør undersøke årsakene til lange behandlingstider og sørge for at det iverksettes tiltak for å redusere dem.

**4.1.4 Klager på avslag på søknader om sykehjemsplass**

I en rapport fra Helseetaten[[7]](#footnote-7) er det en oversikt over innvilgede søknader om fast plass på sykehjem i 2015 fordelt på bydel. Prosent innvilgede søknader varierer fra 71% i bydel Grorud til 96% i bydel Østensjø. Prosent avslåtte søknader varier fra 22% i Grorud til 3,6% i Østensjø. Antall klager etter avslag på søknader varierer også fra 8 klager etter 28 avslag i Grorud til 0 klager etter 5 avslag i Søndre Nordstrand. I Grorud ble 6 avslag omgjort etter klage. I Ullern ble 5 av 7 avslag omgjort etter klage. I Vestre Aker ble 4 av 5 avslag omgjort.

Helseetaten foretok en gjennomgang av avslag på søknad om sykehjemsplass og innvilgede søknader i 2015 i 6 bydeler, bl.a. Grorud. Det ble sett på 3 avslag og 3 innvilgede søknader i hver bydel. I rapporten ble ulike hypoteser om årsakene til variasjonene i avslagsprosenten analysert og vurdert. Ingen av disse hypotesene ga en god og entydig forklaring på årsakene til variasjonene.

I rapporten er det en tabell med opplysninger om situasjonen for dem som fikk avslag - 3 måneder etter avslaget og ca 12 måneder etter avslaget. det framgår at 8 av 18 av dem som fikk avslag var døde 12 måneder etter avslaget. Det forteller at de antagelig må ha hatt en alvorlig sykdom da de fikk avslag. Antagelig sykere enn dem som får fast plass på sykehjem. Gjennomsnittlig liggetid på sykehjem var i 2015 ca 1,9 år.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Hjemme | Død | Aldersheim | Langtidsplass |
| 3 måneder etter vedtak | 12 | 1 | 1+1 | 3 |
| Per november 2016 | 3 (herav 1 i omsorgsbolig) | 7 | 1 | 7 |

Tabell 4.1.4

Rapporten konkluderer slik:

*Ut fra gjennomgangen har vi inntrykk av at de som trengte sykehjemsplass fikk innvilget søknaden sin. Alle søkerne som fikk avslag mottok tjenester fra bydelen. Dette innebar at de også fikk jevnlig oppfølging og helsehjelp, slik at endringer i deres helsetilstand og hjelpebehov raskt ble fanget opp og tjenestene endret.*

Arbeidsgruppen mener at opplysningene i rapporten ikke gir grunnlag for en slik konklusjon. Når så vidt mange som fikk avslag og som klaget fikk omgjort vedtaket, kan det tyde på at det i enkelte bydeler er en for høy terskel for innvilgning av søknader. Det er god grunn til å anta at det er en del med avslag som ikke orker å klage. Når 8 av 18 med avslag døde innen ett år etter avslaget reiser det et spørsmål om helsetilstanden til de som døde har vært grundig nok vurdert under behandling av søknaden om plass på sykehjem.

Rapporten kommer med flere anbefalinger om bl.a. forbedringer av saksbehandlingsrutiner og gjennomgang av IPLOS-arbeidet i bydelene.

Arbeidsgruppen slutter seg til disse anbefalingene. Vi tilrår at det gjennomføres en ny undersøkelse av behandling av søknader om plass på sykehjem i 2018. I en ny undersøkelse bør man se nærmere på det faglige grunnlaget for avslag, bl.a. om søkerens helsetilstand har blitt vurdert på en tilfredsstillende måte.

Årsstatistikk for bydelene for 2016 viser små endringer når det gjelder innvilgning og avslag på søknader om langtidsplass. Det er 55 klager totalt på avslag i 2016. 27 vedtak ble omgjort av bydelen i 2016 mot 21 i 2015. 12 vedtak ble omgjort av fylkesmannen mot 14 i 2015. Bydel Ullern var blant bydeler med lavest prosent innvilgede søknader, 81% i 2015 og 2016. Det samme gjaldt bydel Grorud. Disse bydelene hadde høyest prosent klager på avslag, over 20%. 7 av 13 vedtak ble omgjort i Ullern, 4 av 6 vedtak i Grorud i 2016.

Det er grunn til å anta at det er flere enn de som klager på avslag som burde ha klaget, men som ikke orker. Det vil nok være søkere med ressurssterke pårørende som lykkes best i å få innvilget søknad om sykehjemsplass og som lykkes best i å få omgjort vedtak om avslag.

Arbeidsgruppen mener det er nødvendig å foreta en ny gjennomgang og analyse av praksis med behandling av søknader i de bydeler som har lav prosent innvilgede søknader, mange avslag og mange omgjøringer av vedtak om avslag. Dette gjelder spesielt Ullern og Grorud.

**4.1.5 Er etterspørsel etter plass på sykehjem lik behov for plass?**

Sykehjemsetaten melder om redusert etterspørsel fra bydelene etter fast plass på sykehjem. Etterspørselen bestemmes av de vedtak bydelene treffer om å innvilge søknader om plass. Redusert etterspørsel skyldes at det treffes færre vedtak om fast plass. Helse- og sosialkomiteen går i sine merknader til budsjettet ut fra at grunnen til at bydelene treffer færre vedtak skyldes:

"*endrete ønsker i befolkningen og den faglige utviklingen."*

Innvilgning av søknader om fast plass varierer mellom bydelene. Den høye prosentdelen av vedtak som omgjøres etter klage, gir grunn til å reise spørsmål om alle som trenger fast plass, faktisk får det. Det er også grunn til å reise spørsmål om det faktisk er endrede ønsker eldre hjelpetrengende mennesker som i løpet av noen få år fører til sterkt redusert etterspørsel etter fast plass på sykehjem.

Bydelene har en klar økonomisk interesse i å begrense etterspørselen etter sykehjemsplasser. Bydelens utgifter til en person som leier en Omsorg+-bolig er vesentlig lavere enn utgiftene til en fast plass på sykehjem. Det kan dreie seg om en forskjell på mange hundretusen kroner pr. år. Det foreligger flere meldinger om bydeler som har lagt sterkt press på svært hjelpetrengende søkere om sykehjemsplass for at de skulle godta et tilbud om Omsorg+-leilighet eller hjemmetjenester.

**Konklusjon: Alle som trenger plass i sykehjem, vil ikke få det.**

Reduksjonen i antall sykehjemsplasser i perioden 2017 -2020 vil føre til at ikke alle som trenger fast plass på sykehjem, vil få det. Den prosentvise variasjonen i innvilgning av søknader om fast plass mellom bydelene, og den høye prosentdelen av vedtak som omgjøres etter klage, gir grunnlag for å reise spørsmål om behandlingen i flere bydeler av søknader om fast plass på sykehjem er tilfredsstillende.

Bystyrets mål om å redusere antall sykehjemsplasser har vært begrunnet i frykten for en kostnadsøkning, jf. Seniormeldingen. Man har ikke tatt i betraktning de økte kostnader man vil få i hjemmetjenesten.

Eldre over 80 år med et omfattende bistandsbehov som i dag er i sykehjem, har et større pleie- og omsorgsbehov i gjennomsnitt enn eldre over 80 som ikke er på sykehjem og som regnes å ha et omfattende bistandsbehov. De som i dag kommer på sykehjem er langt sykere enn tidligere. Gjennomsnittlig liggetid på sykehjem er nå 1,9 år. Liggetiden har sunket de senere årene.

Det holder ikke med 8,6 timer hjemmetjenester i uken til mennesker med et stort pleie- og omsorgsbehov. Da må man opp på samme nivå som de øvrige ASSS-kommunene. Da er det ikke lenger lønnsomt å redusere antall sykehjemsplasser.

Hverken økonomisk eller faglig er det gitt noen god begrunnelse for at antall sykehjemsplasser i Oslo skal reduseres så sterkt som utkastet til Strategisk plan med boligbehov legger opp til.

Det er bred enighet om å legge forholdene til rette slik at eldre kan bo godt hjemme så lenge som mulig. Det er ikke det samme som at eldre bør bo utenfor sykehjem så lenge som mulig.

**4.2. Har Oslo for mange sykehjemsplasser?**

**4.2.1. De økonomiske konsekvensene av nedbygging av sykehjemsplasser**

I byrådets budsjettforslag for 2017 og for 2018 vises det til at Oslo har en høyere dekning av sykehjemsplasser enn de andre store kommunene i Norge. I Seniormeldingen går man inn for å redusere antall sykehjemsplasser i Oslo. Byrådet har erklært at det er et mål med en omstilling fra en sykehjemsbasert eldreomsorg til at folk som vil bo hjemme kan bo hjemme lenger med ekstra hjelp.

Byrådet har ikke lagt fram pr. i dag en analyse av de økonomiske konsekvensene av denne politikken.

I 2015 var det 2.516 pasienter på sykehjem i Oslo som var over 80 år og som hadde et omfattende bistandsbehov. Det var 11,9% av antall eldre over 80 år. I ASSS-kommunene (de 10 største kommunene i landet inkl. Oslo) var det 4.354 eldre over 80 år med et omfattende bistandsbehov som bodde på sykehjem, eller 10,26% av antall eldre over 80 år. I de 9 ASSS-kommunene utenom Oslo var det 1.838 eldre over 80 år med et omfattende bistandsbehov som bodde på sykehjem, eller 8,7% av antall eldre over 80 år.

Dersom det er et mål at Oslo skal ligge på gjennomsnittet av de 9 største kommunene i landet, betyr det at 680 personer over 80 år og med et omfattende bistandsbehov som var sykehjemspasienter skulle bodd hjemme eller i en Omsorg+-leilighet.

Prisen for en plass på sykehjem i 2017 er 835.093. Med 680 færre sykehjemsplasser vil bydelenes utgifter til sykehjem dermed bli redusert med 567 millioner pr. år. Utgiftene til hjemmetjenester vil øke.

Timekostnaden i hjemmesykepleien er i bydel Østensjø for 2017 anslått til 1.127 kroner. Dersom de 680 pasientene med et omfattende bistandsbehov over 80 år ikke får flere timer hjemmetjenester enn gjennomsnittet for Oslo, 8,6 timer i uken, får bydelene økte kostnader i hjemmetjenesten på til sammen 343 mill. pr. år. Det betyr en innsparing på 224 mill. for bydelene ved at Oslo legger seg på gjennomsnittet av de øvrige ASSS-kommunene i dekningsgrad.

Hvis Oslo skulle tilby samme antall timer hjemmetjenester pr. uke til eldre med et omfattende bistandsbehov som ASSS-kommunene utenom Oslo, 15,4 timer pr. uke, får bydelene økte kostnader i hjemmetjenesten på til sammen 614 mill. pr. år. Det betyr en kostnadsøkning på 47 mill. sammenliknet med kostnadene ved at de 680 var på sykehjem.

Det kan ikke utelukkes at det blant de 680 eldre over 80 år med et omfattende bistandsbehov som i dag har plass på sykehjem, vil være noen som er fornøyd med ca 2 timer hjemmetjenester pr. dag. De fleste av dem har demens og de fleste har ikke nære pårørende. De fleste kommer til å bo alene i sin egen leilighet eller i en Omsorg+-leilighet.

Det er god grunn til å tvile på om de fleste av de 680 ville få et bedre pleie -og omsorgstilbud hjemme, enn det de vil få på et veldrevet og godt sykehjem.

**4.2.2 Sammenlikninger med ASSS-kommunene og resten av Norge**

I alle tidligere og også den siste Strategisk boligplan for eldre med hjelpebehov har man vært opptatt av at Oslo har en høyere dekningsgrad for langtidsplasser sammenliknet med ASSS-kommuner og kommuner i resten av Norge. Man har aldri i noen utredning tatt opp det forhold at Oslo i alle år har hatt det laveste tilbudet av hjemmetjenester til brukere med omfattende og middels bistandsbehov. Dette kan nå delvis rettes opp med økning på 500 årsverk i hjemmetjenesten innen 2019.

Oslo adskiller seg også på et annet område som får konsekvenser for dimensjonering av tilbud av omsorgstjenester. I Oslo bor 62% av eldre over 80 år alene, mens 56,5% av eldre over 80 år i hele landet utenom Oslo bor alene. For aldersgruppene 67-79 år er andelene 39% i Oslo og 28% i hele landet utenom Oslo.

**4.3 Grunnbemanningen i sykehjem i Oslo er for lav**

Sykere og mer hjelpetrengende pasienter på Oslos sykehjem

Ansatte på sykehjem forteller at pasientene som i dag kommer til sykehjem er jevnt over sykere enn de var tidligere. Sykehjemslege Tora Z. Stensvold på Manglerudhjemmet uttaler i et intervju med henne i Tidsskrift for Den norske Legeforening 29.10.2013:

*"– Samhandlingsreformen har aktualisert fokuset på korttidsplassene og kvaliteten på behandlingen der, sier Tora Z. Stensvold. – De som kommer hit er sykere nå enn tidligere. Dette krever høyere kompetanse i hele personalgruppen og også at legene er daglig til stede, dette er travle avdelinger."*

Liggetiden for pasienter på sykehjem er nå ca 1,9 år. Den har sunket jevnt de senere årene og viser med all tydelighet at de som får fast plass på sykehjem er sykere og mer hjelpetrengende enn tidligere.

Uendret grunnbemanning i Oslos sykehjem i mange år

Til tross for økende pleie- og omsorgsbehov er ikke grunnbemanningen økt på mange år. I et oppslag i NRK-TV 6. juni 2015 om pleien en terminal syk pasient fikk på et sykehjem i Oslo, ble det opplyst at pårørende ikke ble informert om at pasienten holdt på å dø. Det var heller ingen av personalet til stede da hun døde. Årsaken til at dette skjedde var at det var for lite personale på vakt. Avd. direktør i Sykehjemsetaten Sølvi Karlstad, uttalte til NRK i forbindelse med dette oppslaget at:

*"Grunnbemanningen i sykehjem må bli bedre"*.

Det samme kom til uttrykk i årsberetningen fra Sykehjemsetaten i 2015.

I årsberetningen fra Sykehjemsetaten i 2016 står det:

*"Pleiebemanningen på institusjonene har ikke økt siden 2007 til tross for innføringen av Samhandlingsreformen og beboernes stadig økende omsorgsbehov."*

Oslos sykehjem har en legedekning på sykehjem som i 2015 svarte til 0,48 timer pr. pasient pr. uke. Gjennomsnittet for de 10 største kommunene i Norge, ASSS-kommunene var 0,59 timer. Oslo har den nest laveste legedekningen av disse kommunene. Oslo ligger også her under landsgjennomsnittet som er 0,53 timer.

For lav grunnbemanning fører til store problemer for Sykehjemsetaten i den løpende daglige driften:

*"Etatens største utfordringer i den løpende driften er å sikre kontinuerlig kvalitet i tilbudet til beboere og pasienter, sørge for at det foregår en løpende kompetanseutvikling for å kunne gi denne kvaliteten i framtiden og å gjennomføre kontinuerlig forbedringstiltak og sikre effektiv drift."*

Det er flere som registrerer at Sykehjemsetaten har problemer med å opprettholde kvaliteten på tilbudet i Oslos sykehjem. Andelen av pårørende som svarer at de er fornøyde med det sykehjem der deres nærstående bor, har sunket fra 91% i 2014 til 83% i 2016.

I eldreombudets årsmelding 2015 uttrykkes bekymring for om personalet på sykehjem og i hjemmetjenestene har kompetanse og tid til å registrere endringer i psykisk helse. I tillegg er språk og kulturforståelse et hinder for kommunikasjon om temaet.

Fagforbundet i Oslo utga i 2016 en rapport om Sykehjemsetaten der problemer knyttet til bemanning ble tatt opp.

Ledelse og ansatte i Lilleborghjemmet gjennomførte i 2013 en detaljert kartlegging av bemanningsbehovet i post 5, en langtidsavdeling på Lilleborghjemmet **(**se vedlegg 2).

Resultatet av kartleggingen viste at for å utføre nødvendige pleie- og omsorgsoppgaver måtte avdelingen ha en bemanning som svarte til en pleiefaktor på 0,82. Sykehjemsetaten bruker en veiledende pleiefaktor på 0,71 som grunnlaget for beregning av bemanningsbehovet på ordinære langtidsposter. Beregningen av et forsvarlig bemanningsbehov på post 5 tilsvarte en pleiefaktor på 0,82 som er 15% høyere enn Sykehjemsetatens veiledende pleiefaktor på 0,71.

Hva er konsekvensene av for lav grunnbemanning?

En sykepleier på Midtåsenhjemmet ga i november 2016 i Sykepleien en beskrivelse hvordan konsekvensene av for lav bemanning på et langtidssykehjem oppleves:

*"Det er ikke lett for oss som har stor respekt for våre beboere å jobbe på sykehjem og fortsatt opprettholde yrkesmessig selvrespekt. Vi sliter hver dag med å rekke de aller viktigste oppgaver som daglig stell/hygiene, dobesøk, mat/mating, medisiner, legevisitt, samtaler/samarbeide med pårørende og sosial aktiviteter, understreker sykepleier Else Thøgersen Martinsen ved Midtåsen sykehjem.*

*Hver dag må vi prioritere noen oppgaver frem for andre og dette går alltid ut over våre beboere! Vi går hjem med dårlig samvittighet hver dag, og jobber MYE skjult overtid for å få gjort daglige oppgaver som det er for lite tid til i arbeidstiden; som f.eks. dokumentasjon.*

*Vi sliter med å beholde og ikke minst rekruttere nye sykepleiere til ledige stillinger. De sykepleiestudenter (3.års studenter) vi har hatt siden august sier at de ikke våger å søke jobb hos oss. De synes at ansvaret og arbeidsmengden er helt hårreisende."*

Hvilke krav stilles til kvalitet i sykehjem?

Det foreligger kommunale og statlige krav til kvaliteten på tilbudet i sykehjem.

I 1999 vedtok bystyret krav til innhold i sykehjem og boform for heldøgns pleie og omsorg. Her står bl.a.:

*- Personalets kompetanse skal være sammensatt med utgangspunkt i beboernes behov*

*- Det skal være tilstrekkelig personell til at beboerne kan få den bistand de behøver til rett tid.*

*- Beboerne skal oppleve at deres behov for hjelp forstås og løses i samsvar med egne forventninger.*

*- Det skal legges til rette for trivsel, blant annet gjennom samvær, sosial kontakt, og aktiviteter, samtidig som den enkelte skal ha mulighet for ro og skjermet privatliv.*

*- Det skal legges til rette for at den enkelte kan delta i sosialt liv også utenfor institusjonen.*

De statlige krav til kvalitet i sykehjem foreligger i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten, forskrift om verdig eldreomsorg og forskrift om sykehjem. Kommunen er ansvarlig for at det er en forsvarlig bemanning i sykehjem, jfr. § 41. i Helse- og omsorgstjenesteloven:

*§ 4-1.Forsvarlighet*

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

*a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,*

*b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud*

*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*

Bystyret stiller krav om økt kvalitet i sykehjem

Bystyret stilte i under behandlingen av Sykehjemsetatens budsjett for 2017 krav om økt kvalitet på tilbudet til pasientene i Oslos sykehjem. Et flertall i bystyrets helse- og sosialkomité, medlemmene fra A, H, MDG, V, F, SV, og KrF uttalte:

*"I fremtiden vil det være behov for færre sykehjemsplasser, men med fortsatt økt kvalitet."*

Bystyret forventer økt kvalitet i sykehjemmene i Oslo samtidig som det stilles krav om omstilling i Sykehjemsetaten.Flertallet i bystyrets helse- og sosialkomité uttalte:

*"Disse medlemmer mener at for å lykkes med å omstille kommunens pleie- og omsorgstjenester, må SYE lykkes med omstille sitt virke og ressurser i henhold til endrede behov blant befolkingen, og ikke minst i tråd med vedtatt seniormelding."*

Omstilling og overtallighet i Sykehjemsetaten

I 2016 har Sykehjemsetaten vært gjennom en større omstilling med en reduksjon av 111 langtidsplasser og 32 helsehusplasser.

I sin årsberetning for 2016 skriver etaten:

*"Behovet for omstilling har i 2016 også gitt Sykehjemsetaten utfordringer med hensyn til omplassering av personale og økt overtallighet. Sykehjemsetaten har i 2016 klart å omstille mesteparten av de ansatte innen egen drift. Ved en vedvarende omstilling vil det bli betydelig vanskeligere å løse dette i egen etat."*

Er grunnbemanningen i Oslos sykehjem i samsvar med kravene til kvalitet?

Svaret på dette spørsmålet er et klart nei. Kommunens fagetat mener grunnbemanningen er for lav. Rapporter fra ansatte forteller om de alvorlige konsekvensene av for lav bemanning. Undersøkelsen på Lilleborghjemmet, se vedlegg 2, dokumenterer at bemanningen på Oslos sykehjem er for lav. Den viser også at pleiefaktoren[[8]](#footnote-8) for ordinære plasser på sykehjem på 0,71 er for lav. Det er grunn til å reise spørsmål om grunnbemanningen i Oslos sykehjem er forsvarlig, og om kommunen dermed oppfyller kravene i Helse- og omsorgstjenesteloven § 4.1.

Det bør også foretas en gjennomgang og vurdering av krav til pleiefaktor for andre typer av plasser på sykehjem, f.eks. i skjermet avdeling og i forsterket avdeling

Det er ikke mulig å opprettholde kvaliteten i Oslos sykehjem uten å styrke grunnbemanningen, når pasientene har blitt stadig mer pleie- og hjelpetrengende. Og det er helt urealistisk av bystyret å forvente økt kvalitet, når budsjettvedtakene de siste 10 årene ikke har gjort det mulig å øke grunnbemanningen.

Byrådets forslag om å øke bemanningen i kommunale sykehjem i 2018

Byrådet har i budsjettforslaget for 2018 foreslått å øke bemanningen med 120 årsverk.

Etter at bemanningen i kommunale sykehjem ble redusert fra 2015 til 2016, er økningen i 2018 et skritt i riktig retning. Det er behov for ytterligere styrking av bemanningen i Oslos sykehjem slik at tilbudet av tjenester til de mest hjelpetrengende eldre i Oslo blir tilfredsstillende.

Det er uklart hvor meget pleiefaktoren i kommunale sykehjem vil øke som følge av styrket bemanning i 2018.

Arbeidsgruppen mener at kravet til grunnbemanninger bør være det samme i alle sykehjem i Oslo enten de er drevet av kommunen, ideelle aktører eller private firmaer. Kravet til pleiefaktor i ordinære plasser i alle sykehjem bør økes. Det bør foretas en gjennomgang av øvrige krav til pleiefaktorer i andre typer av plasser.

Bemanningsfaktor i sykehjem[[9]](#footnote-9)

I byrådets budsjettforslag for 2018 presenteres en tabell over bemanningsfaktor i sykehjem i Oslo. En slik tabell ble ikke lagt fram i budsjettforslaget for 2017. Den foreligger heller ikke i dokumenter fra Sykehjemsetaten som er offentlig tilgjengelig på nettsidene til etaten.

Bemanningsfaktor i sykehjem 2015 - 2018

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bemanningsfaktor** | **2015** | **2016** | **2018** |
| Kommunale | 0,90 | 0,88 | 0,93 |
| Ideelle | 0,90 | 0,90 | 0,90 |
| Kommersielle | 0,96 | 0,95 | 0,95 |

Byrådssekretær Benjamin Larsen opplyste i møte i Det sentrale eldreråd 16.10.2017 at bemanningsfaktoren i kommersielle sykehjem varierte mellom 0,85 og 1,16. Arbeidsgruppen mener det hadde vært ønskelig å få rede på om disse variasjonene får konsekvenser for tilbudet av tjenester til pasientene.

**4.4 Palliativ behandling og omsorg ved livets slutt må styrkes**

De som arbeider med døende i eldreomsorgen må samtale og stille spørsmålene: Hvordan vil du leve dine siste dager? På sykehjem, i en lindrende enhet, på hospice, i sykehus eller hjemme? Vi må tørre å snakke om de nære ting. Dette må personalet trenes i for å styrke deres kompetanse. Vi må konsentrere oss om hva som er viktig mot livets slutt.

Kompetansen må handle om hvordan lindrende behandling kan hjelpe enkeltindivider til en så god som mulig livsavslutning. Lindrende omsorg handler ikke bare om medisiner, men like mye om respekt for enkeltindividet. Om behov, ønsker og livskvalitet. Det er viktig at pårørende trekkes inn i slike prosesser. Som mennesker er vi ulike og har ulike behov. Det er en utfordring for alle som skal utføre kompetent palliativ omsorg.

Definisjonen av palliativ omsorg er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasienters fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienter og pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken framskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, man ser på døden som en del av livet (European Association for Palliativ Care (EAPC) og Verdens helseorganisasjon (WHO).

Helsedirektoratet anbefaler at det etableres palliative enheter i sykehjem, som med faglig kompetent personale tilrettelegger for å kunne gi mer avansert palliativ behandling og pleie enn det som kan tilbys i en vanlig sykehjemsavdeling (Helsedirektoratets retningslinjer for organisering av palliativ enhet i sykehjem).

I følge Sykehjemsetatens årsmelding 2016 har alle institusjoner oppnevnt to ressurssykepleiere i palliasjon. Det er spørsmål om det er tilstrekkelig. Oslo kommune bør nyttiggjøre seg den kompetansen og erfaring som Fransiskushjelpen ved Hospice Lovisenberg og Verdighetssenteret i Bergen representerer.

Stortinget har anmodet regjeringen om en offentlig utredning av palliasjonsfeltet

(Innst. 379 S (2014-2015). Det er oppnevnt et eget utvalg som skal avgi sin innstilling i form av en NOU innen årets utgang. Det er 18 år siden dette sist ble utredet

(NOU 1999:2).

Ved Oppsalhjemmet sykehjem i Oslo får beboerne tilbud om å skrive ned ønsker for livets siste fase, i dokumentet ”Fem valg for verdighet”. Målet er å få en verdig ro rundt livets siste fase.

**4.5 Overmedisinering og feilmedisinering i sykehjem**

En pårørende skriver i Aftenposten (under fullt navn) i august 2016 om sin 85 å gamle mor som flyttet til Paulus sykehjem i 2015. Artikkelen vakte stor oppmerksomhet. Før sykehjemsoppholdet var hun frisk, oppegående uten hjemmesykepleie, men dement. Etter et halvt år oppdaget de pårørende at hun fikk sterke og sløvende medisiner: anestesimiddel, kreftsmertemedisin, sovemedisin og antipsykotisk medisin, det som kalles polyfarmasi.

Kliniske retningslinjer fraråder slik medisinering, blant annet på grunn av økt risiko for muskelsvakhet, fall og brudd, og forstyrret kognitiv funksjon. Men det er klart, skriver den pårørende, at slik medisinering gjør pasienten rolig og mindre krevende.

Da moren var nyinnflyttet gikk hun rundt i gangene, kjenner seg ikke igjen, finner ikke rommet sitt, maser på personalet og vil hjem. Hun ble satt på smertestillende og sløvende medisiner uten at nærmeste pårørende ble orientert. Etter noen måneder går hun ikke lenger i gangene, er så trøtt og slapp i bena og ryggen er blitt vond – ligger for mye på sengen. Ved juletider har hun vært der i et halvt år. Det er juleaften, hun bare sover og sover, orker ikke bli med i juleselskap. Hun ligger i sengen, er blitt forstoppet, nakken er blitt skjev og ryggen enda vondere. Medisindosen hennes er økt og hun får i tillegg Risperdal, en medisin som de som slår og sparker får. Men hun slår og sparker ikke, er bare trøtt.

Den pårørende sønnen forstår at noe er feil. Moren er blitt så sløv og slapp. Hun spiser mest på rommet, orker ikke å gå lenger og stemmen er blitt så rar, nesten bare en hvisken. Ved en tilfeldighet får han se medisinlisten av en kveldsvakt og ber tilsynslegen starte nedtrapping umiddelbart, noe som skjer motvillig. Moren blir enda slappere, er blitt så tynn fordi hun orker ikke å spise. Musklene er blitt så svake og hun synker sammen, har vanskeligheter med å komme på toalettet fordi hun kommer seg ikke opp av sengen. Slik fortsetter det. Pårørende søker om overflytting til et annet sykehjem og snakker med styreren, som lover medisinstopp (seponering). Pårørende har meldt saken til Fylkeslegen, som er statlig tilsynsmyndighet.

Slik kan hverdagen være på et sykehjem i Oslo, stikk i strid med Stortingets verdighetsgaranti og andre bestemmelser. Sykehjemmet har en brosjyre ”Som du vil ha det” med undertittel: ”Slik får du hjelp til å ha det godt på dine eldre dager”.

Hun får plass på et annet sykehjem og gleder seg. Der får hun ingen sterke sløvende medisiner, hun får D-vitamin, fordi nivået var alt for lavt, og hun får næringsrik kost fordi hun var underernært. Hun er fortsatt dement, men hennes fysiske og psykiske funksjonsnivå er optimalisert. Hun trenes av fysioterapeut, som har hatt rask og god effekt. Fallrisikoen er minimert og hun reiser seg fra stolen selv og går rundt i gangene. Hun er ikke lenger sløv, hun er våken, iakttagende og samhandlende med personalet og andre beboere. Sykehjemmet hadde en helt annen standard.

Utagerende adferd og aggresjon kan være vanskelig å håndtere på store avdelinger med lite personale, sier tillitsvalgte for sykehjemslegene i Oslo kommune, Pernille Bruusgaard. Hun mener at feil- og overmedisinering av pasienter ved sykehjem er mer utbredt enn man liker å tro, og at man kan fjerne de fleste medisiner hos eldre uten at det får store konsekvenser. Et unntak er legemidler mot forstoppelse, som er et undervurdert problem. Ubehandlet kan det føre til smerter, kvalme og redusert appetitt, og i verste fall forgiftning og tarmslyng.

Pasienter i sykehjem har meget komplekse helseproblemer. Å være lege for pasienter i sykehjem er derfor krevende. Arbeidsgruppen er av den oppfatning at en heving av kvaliteten på sykehjemmene også må innebære en styrking av sykehjemsmedisinen. Den norske legeforening hadde en utførlig artikkelserie om dette i sitt tidsskrift

(nr. 8, 2005; 125). Arbeidsgruppen vil også vise til at Stortingets sosialkomité som i sin tid foreslo kriterier for en minstenorm for legedekningen ved sykehjem (Innst. S. 122 (2004-2005). Det er ukjent for arbeidsgruppen om dette er blitt videre behandlet av Helse- og omsorgsdepartementet.

Legeforeningen foreslo allerede i 2001 en minstebemanning av leger på en uketime per tre langtidsplasser, 1,5 uketimer per korttidsplass, tre uketimer per plass for mer aktive utrednings-, behandlings- eller rehabiliteringsopphold og fem uketimer per plass for palliasjon.

Slik arbeidsgruppen ser det er det naturlig å tenke seg at overdreven medisinering har sammenheng med for lav bemanning, særlig når vi vet at bemanningen i Oslo er under landsgjennomsnittet. Da Statens helsetilsyn i 2010 - 2011foretok 562 tilsyn i den kommunale eldreomsorgen, fant fylkesmennene lovbrudd ved 300 av dem. Feilmedisinering viste seg å være utbredt, sammen med ernæringsproblemer, mangelfull saksbehandling ved søknader og for dårlig informasjon om regelverk og anbefalinger.

**4.5 Avviksrapporter fra sykehjem – hva forteller de ?**

Arbeidsgruppen har sett nærmere på Sykehjemsetatens Rapport 1/16 om Avvik i Sykehjemsetaten – Statistikk og trender, som gjelder for første halvår i 2016. For perioden ble det meldt 3 858 avvik, som er en øking på 180 fra samme periode året før.

Sykehjemsetaten beskriver avvik slik:

*Avvik er mangel på oppfyllelse av krav i lov eller forskrift uttrykt i kommunens eller Sykehjemsetatens/langtidshjemmets egne prosedyrer og bestemmelser. Uønsket hendelse, uhell/nesten-uhell skal også meldes som avvik.*

Helseetatens kvalitetsrevisjon (se pkt. 20 i vedlegg 3) som foretas annen hver år, viser at det fortsatt er ansatte som opplever ”at de ikke får tilbakemelding på avvikene de melder”, ”avvik blir ikke brukt i forbedringsarbeid”, ”det gir lite mening i å melde avvik leder likevel ikke kan gjøre noe med”. Flere melder at det også er ubehagelig å melde avvik fordi mange oppfatter dette som ”å sladre” på sine kollegaer. Disse utsagnene viser at det fortsatt er en jobb å gjøre rundt avvikskulturen.

I kommunale institusjoner leses de fleste avvik av leder innen syv dager og ferdigbehandles innen 14 dager, som er de fristene som er satt. Det lages halvårlige rapporter rundt avvik, som behandles i etatens lederteam, Sentralt kvalitetsutvalg og publiseres på etatens nettside.

I tillegg til antallet avvik, viser statistikken i rapporten:

* antall avvik fordelt på langtidshjem og helsehus
* antall avvik i kommersielle og ideelle institusjoner
* antall avvik med tiltak i kommunale institusjoner
* avvik i kategoriene; organisasjon og tjenester/bruker
* legemiddelavvik
* manglende innleggingsrapport ved overføring til sykehus

Oppsummeringen i rapporten konkluderer med at det er fortsatt relativt store ulikheter mellom langtidshjem/helsehus når det gjelder antall meldte avvik. Når det gjelder antall avvik har de kommersielle større antall enn de ideelle sykehjemmene. Dette er ikke sammenliknet med kommunale sykehjem fordi statistikken for de private bare omfatter bare tre måneder.

De fleste avvikene gjelder kategorien ”tjeneste/bruker”, noe som synes å være økende.

Rapporten konkluderer med at det fortsatt er store ulikheter vedrørende avviksaktivitet, noe som kan skyldes ulik meldekultur og ulik kultur for å behandle avvikene.

Ut fra den foreliggende statistikken er det vanskelig å lese seg til hva som er den egentlige tilstanden ved Oslos sykehjem når det gjelder en god og verdig eldreomsorg. Virkeligheten statistikken beskriver er svært begrenset. Det kan ha sammenheng med at selve avvikssystemet ikke fanger opp avvik i forhold til gjeldende krav i lover, forskrifter og anbefalinger, som Sykehjemsetatens egen definisjonen av avvik henviser til.

Dersom ansvarlig administrasjon og politiske organer skal ha nytte av en slik statistikk i forbedringen av eldreomsorgen, må den etter arbeidsgruppens oppfatning suppleres med informasjon som er relatert til både kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien.

**4.6 Samhandlingsreformens uønskede konsekvenser**

Et eldre menneske kan bli utsatt for skader ved ulykker eller vedkommende kan få en alvorlig utvikling av sin helsetilstand som fører til innleggelse på sykehus.

Sykehusinnleggelsen kan for mange eldre være starten på et mareritt.

Samhandlingsreformen sikter på et sømløst samarbeid mellom sykehus og kommune som gjør at når en pasient er ferdigbehandlet på sykehuset, «utskrivningsklar», videregis ansvaret for oppfølgning til kommunen. I en flerhet av tilfellene synes dette å gå greit.

Men samhandlingsreformen innebærer at sykehuset har press på seg for å beholde pasienter så kort som mulig. Sykehusets økonomi avhenger av flest mulig nye pasienter. Her ser man da dessverre altfor ofte at en pasient skrives ut og overlates bydelen, eller sendes til eget hjem med underretning til bydelen, litt for tidlig, og i begge tilfeller forutsettes å klare seg selv med bydelens hjemmesykepleie eller hjemmehjelp. Bydelen kan nekte å ta imot pasienten, men må da betale 4.622 til sykehuset pr. døgn forlenget liggetid i 2017 for å kompensere sykehuset for de ekstra utgifter. For bydelen er det maktpåliggende å unngå denne utgiften, men forutsettes da å ha et godt nok mottaksapparat. En av årsakene til at helsetilstanden til beboere på sykehjem er blitt dårligere de senere årene er overføring av svært syke pasienter fra sykehus til sykehjem. Dårligere beboere på sykehjem medfører større og mer slitsomme arbeidsforhold for de ansatte. Etter at samhandlingsreformen ble innført har det ikke vært noen økning av grunnbemanningen i sykehjem.

Forskriften om kommunal betalingsplikt for ferdigbehandlede pasienter bør oppheves, slik det argumenteres for i Helsetjenesteaksjonens debattbok om ”Ny helsepolitikk – det finnes løsninger” (Wyller, Haukelien (red.) 2017). Forskriften setter kommunen under et økonomisk press, som har ført til raske, framfor gode utskrivninger, økt antall reinnleggelser og nedprioritering av hjemmeboende pasienter som venter på sykehjemsplass. Den har også brutt ned i stedet for å fremme et tillitsfullt fagbasert samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten til pasientens beste. Trusler om dagmulkter skaper heller ikke godt samarbeid.

Når pasienter skal skrives ut fra sykehus og trenger videre behandling og rehabilitering i kommunen, er det ressursbesparende og faglig hensiktsmessig at kommunikasjonen foregår direkte mellom fagfolk i sykehus og sykehjem. Det er sykehjemmene som ser pasientens ressurser og problemer. Derfor er det sykehjemmets personale som er nærmest til å tilpasse oppholdet til pasientens behov.

Samhandlingen med bydelen/kommunen er under tiden mangelfull og kan føre til at bydelen ikke får nok informasjon om hvilken oppfølgningspleie/medisiner pasienten trenger. Bydelen kan få for sent varsel om at de vil motta en utskrivningsklar pasient, og har dermed problemer med å tilrettelegge for å kunne ta pasienten imot på en forsvarlig måte. Utskrivningen kan skje på en fredag ettermiddag og med bare noen timers forvarsel.

I slike tilfeller hender det at for tidlig utskrevne pasienter, eller ufullstendige

journaler, ved ankomst til bydelen, fører til at pasienten får tilbakefall og må tilbake

til sykehus (og da kanskje til et annet sykehus).  Etter ny behandling kan pasienten

sendes tilbake igjen til bydelen og da ofte til et sykehjem. Dreier det seg om en som

allerede var sykehjemsbeboer, hender det at returen da blir til et annet sykehjem en det

vedkommende kjente fra før og var vant med. Vi har her det som geriatrikeren,

professor Bruun Wyller kaller ”svingdørspasienter” eller ”ping-pong-pasienter”. Det

er vanlig at en som blir ”svingdørspasient”, får sin mentale og fysiske stabilitet

alvorlig forstyrret og dermed sin levetid betydelig forkortet.

Det er grunn til å merke seg at Oslo ligger på topp i landet når det gjelder reinnleggelser, som gjelder akutt re-innlagt på sykehus innen 30 dager etter en tidligere utskrivning (helsenorge.no). I Oslo er sjansen for at eldre blir akutt re-innlagt på sykehus 17,4%. Kvaliteten på helsetjenesten til beboeren i sykehjem vil også ha sammenheng med omfanget av legetjenester. Kvalitetsrapporter fra helsenorge.no viser at gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer i sykehjem på landsbasis er 0,53. Også her ligger Oslo med 0,48 under landsgjennomsnittet.

Samhandlingsreformen bør gis en grundig gjennomgang for å sørge for at sykehus og bydelene seg imellom får en ansvarsfordeling som gir begge et insitament og ansvar for at slike situasjoner avverges.

Det er også grunn til å reise spørsmål om ordningen med at Sykehjemsetaten selger plasser til bydelene er en fornuftig finansieringsmodell, fordi den fører til at økonomiske hensyn går foran behov. Det er klart at finansieringssystemet påvirker hvilke valg som gjøres både i sykehjemmene og i bydelene. Det kan synes som enkelte bydeler opplever så store kutt i sine budsjetter at drastiske innsparinger blir nødvendig. Slike innsparinger rammer oftest eldreomsorgen, herunder hjemmetjenestene, siden alle andre innsparingspotensialer for lengst er oppbrukt. Det er eksempler på at vikarer som tas inn ved forfall og sykdom i hjemmetjenesten, gis 5 timers vakter i stedet for normale 7 timer. Slik spares lønnsutgifter samtidig som det sikres at bydelen derved også unngår langsiktige forpliktelser overfor sine vikarer.

**4.7 Sykehjem er en boform, ikke en institusjon**

Spør man ”mannen i gata” er svaret: ”Jeg vil ikke på sykehjem”. ”Sykehjem er en institusjonstilværelse og ikke et hjem”. De ansatte beskriver ofte situasjonen som problematisk og stressende. Det er for liten tid til å gi verdig omsorg til beboerne. Dette er utførlig beskrevet i litteratur og rapporter. Hovedårsaken som det pekes på er for lav bemanning, rekrutteringsproblemer, for dårlig kompetanse og behovet for flere heltidsstillinger. ”Liggetid” på sykehjem er i følge Eldreombudet redusert fra 2,3 år til 1,9 år. Det er et kommunalt ansvar å sørge for at disse får en god og verdig avslutning på sine liv. Sykehjemmene må derfor også ha tilstrekkelig tilbud om palliativ omsorg i sluttfasen av livet, og ta vare på den helsefaglige kompetanse, representert ved leger og sykepleiere.

Å flytte til en lite hjemlig tilværelse i et sykehusliknende bygg kan i seg selv være en traumatisk situasjon. De negative virkningene av å bo i en institusjon, blir ofte neglisjert og oversett. Det handler om at beboerne kan bli:

* passive
* interesseløse
* inaktive

Grunnen til det er at mange beboere ofte ikke får godt nok dekket det som vi alle har behov for:

* kontakt
* aktivitet
* trivsel

De som får plass på sykehjem er individer med de samme behov for kontakt aktivitet og trivsel som alle vi andre. Dersom sykehjemmet ikke er i stand til å dekke godt nok slike grunnleggende behov, blir sykehjemmet selv årsak til problemer.

Det har i de senere årene blitt satset mer på å aktivisere beboere på sykehjem i Oslo. Det er bra. Men for lav grunnbemanning har begrenset mulighetene for selv så enkle aktiviteter som å følge en beboer ut i sykehjemmets "sansehage" eller til nærmeste kjøpesenter. Tiltak som "eldrepub" på sykehjem er nok mer virkningsfulle i avis- og TV-oppslag enn som aktivitetstilbud som betyr noe for den vanlige beboer på et sykehjem.

Ansatte blir preget av å ha en pleie- og omsorgsinstitusjon som arbeidsplass. Selv om sykehjem har ”hjem” i betegnelsen mangler det mange av de kjennetegn som vi forbinder med hjem og personlig frihet. Det kan sette de ansatte i en vanskelig og sårbar situasjon, Det er dokumentert hvordan institusjoner som sykehjem også kan hindre realiseringen av nye ideer og dermed også former de ansatte. Dette er en stor utfordring for kommunen som arbeidsgiver.

Intervjuer med eldre på sykehjem inneholder ofte utsagn som handler om personalets dårlige tid, ”ingen å snakke med”, ”er her fordi jeg må – hjemme var der jeg bodde før”, ”dette er ikke noe liv – jeg vil hjem”, ”ventingen er det verste”, ”passivitet og isolasjon gjør dagene tunge”, ”min verdi som menneske er blitt borte”.

Arbeidsgruppen tviler på at en ny trygghetsstandard i sykehjem, som Helsedirektoratet er pålagt å utrede, vil sikre nødvendig kvalitet innenfor gjeldende økonomiske rammer.

Hvis man ikke øker bemanningen og sikrer god kompetanse og god ledelse vil ikke kvaliteten i eldreomsorgen kunne bedres.

Kapittel 5

**ANDRE PROBLEMOMRÅDER I ELDREOMSORGEN**

**5.1 God kvalitet i eldreomsorgen krever økt kompetanse**

I følge kommunens Kompetanseplan, 7.12.12, var det en stor andel ufaglærte i pleie- og omsorgssektoren. Totalt var det 34 %, og i sykehjemmene 12 %. Andel årsverk med fagutdanning er i 2016 økt til 91,5%.

Mange av problemene i eldreomsorgen i dag er knyttet til for dårlig kompetanse. Tilstrekkelig bemanning og kompetanse er avgjørende for en god og verdig eldreomsorg. Oslo ligger under landsgjennomsnittet både når det gjelder bemanning og kompetanse. Vi vet at mange som arbeider i førstelinjen trenger både tid og kompetanse. Vi vet også at underbemanning gjør det enda vanskeligere for å få frigjort ansatte til å delta på kurs. Det rammer også de eldre både i hjemmetjenesten og i sykehjemmene.

I Oslostandard for sykehjemsetaten, som gjelder fra 1.1.2017 heter det under Kompetanse:

*”Sykehjemsetaten utarbeider hver fjerde år en rullerende strategisk kompetanseplan. Innholdet bygger på etatens overordnede strategier i tråd med relevante nasjonale og kommunale føringer, oppdatert kunnskap og forskning. I tillegg utarbeider langtidshjem og helsehus årlige handlingsplaner som tar inn de ulike behovene hvert tjenestested har, og er ansvarlig for gjennomføringen.*

*Senter for fagutvikling og forskning (SFF) bidrar til kompetanseheving og utviklingsprosesser innen prioriterte faglige satsingsområder, samt koordinerer forskningsprosjekter i langtidshjem og helsehus.*

Oslo kommunes overordnete strategisk kompetanseplan for pleie- og omsorgstjenesten 2013-2015 ga lite informasjon om hvordan avdekke og kartlegge ansattes kompetansebehov. Målet med planen, som er utarbeidet i samråd med KS handler om utfordringer, felles forståelse, samhandlingsreformens formål, fellestiltak og skal være et verktøy for bydeler for å få gode prosesser. Planen handler om forankring og ambisjoner, kompetansebegrepet, overordnede mål og analyse, samt strategier og tiltak.

Sykehjemsetaten har med utgangspunkt i strategisk kompetanseplan utarbeidet en kompetanseplan for 2014-2015(2020). Der er det beskrevet en rekke langsiktige strategiske mål og tiltak for nå målene samt ansvaret for gjennomføring av tiltakene.

Arbeidsgruppen savner en mer detaljert og konkret beskrivelse av de ansattes arbeidssituasjon og deres behov for økt kompetanse for å løse de arbeidsoppgaver de har på en bedre måte. Vi mener det er nødvendig at de ansatte trekkes direkte inn i kartleggingen og vurderingen av kompetansebehovet den enkelte medarbeider har.

Vi viser til forskriften om ledelse og kvalitetssikring i helse- og omsorgstjenesten, som trådte i kraft. 1.1.2017 der kommunen pålegges bl.a.:

* å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring
* å ha oversikt over at virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlig og at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukertilfredshet
* en plikt til å rette opp uforsvarlige og lovstridige forhold

**5.2 Ernæring er en viktig del av god og verdig eldreomsorg**

Statsminister Erna Solberg sa i sin nyttårstale 2016 at 60 prosent av beboerne på sykehjem er underernærte. Problemet gjelder også Oslo. Eldreombudet sier i sin årsmelding 2016 at nesten hver tredje beboer på langtidshjem i Oslo er, eller står i fare for å bli underernært. Siste avviksrapport fra Sykehjemsetaten omtaler ikke dette problemet, men etaten opplyser i sin årsmelding 2016 at alle institusjoner har oppnevnt kontaktperson for ernæring og tannhelse. Det er tydelig at dette ikke er tilstrekkelig. Alle vet at underernæring svekker helsen og livskvaliteten. Oslo som ansvarlig for en god og verdig eldreomsorg må derfor ta alvorlig tak i dette problemet.

Sunn og velsmakende mat og gode måltidsopplevelser er uunnværlig i et godt og verdig eldreliv, som for oss andre. Mat har stor betydning både for sunnhet og livsglede. Derfor henger disse to ting tett sammen. Når det gjelder våre eldre og svakeste utgjør underernæring et alvorlig problem. I Danmark etablerer man nå lokale kjøkkener på pleiehjemmene så de eldre får god og velsmakende mat og dufter av matlagingen tettere på. Dette er av så stor betydning at arbeidsgruppen vil anbefale at kommunen etablerer lokale kjøkken på sykehjem der hvor det er mulig. Det forutsetter selvfølgelig at man også har kompetent kjøkkenpersonale. Måltider på sykehjem må få en større plass i eldreomsorgen.

Dagbladet har kunnet fortelle at i Danmark ble det foretatt en undersøkelse blant pasienter ved et sykehus i Hillerød, som avslørte svært liten tilfredshet med maten som ble servert. Sykehuset tømte fryserne for halvfabrikata og satte i stedet kokkene i gang med å lage maten fra bunnen av. Resultatene førte til at pasientene er fulle av godord for hva som serveres på tallerkenen, og de ansattes sykemeldinger ble redusert fra3,5 til 0,8 prosent. *Et godt måltid kan gjøre oss glade, få oss til å smile og gi oss krefter man vanligvis ikke har når man er innlagt på et sykehus,* sier kokken på sykehuset. For opphold i et sykehjem er dette enda viktigere.

**5.3 Kravet til økt digitalisering kan diskriminere de eldre**

En enslig dame på 99 år, hjemmeboende med god hjemmehjelp og uten pårørende fikk nylig brev fra kommunen om forlenget hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Brevet startet med: *Dette brevet er automatisk generert.* Brevet inneholdt flere sider med formaliteter og datainformasjon, uten at vedtakets innhold ble klart formulert. Damen på 99, som verken har mobiltelefon eller PC, forsto ingen ting og måtte få hjelp.

Det er eksempler på at banker avviser mangeårige eldre bankkunder som vil overføre beløp fra sin brukskonto og over til sin sparekonto. Bankene avviser dette og krever at en slik transaksjon må kunden selv utføre via nettbank. Det er ikke lett når en eldre bankkunde ikke er i besittelse av PC eller datakunnskap.

Bymiljøetaten i Oslo kommune sendte i mars 2017 ut informasjon til beboere i Bydel Frogner om at: *Fremtiden er digital – enkel elektronisk betaling for parkering.* Med appen ”Bil i Oslo” på mobiltelefonen kan man enkelt betale for parkering, sier Bymiljøetaten. Dette forutsetter betaling med mobilen. I Bydel Frogner vil de nye digitale P-automatene bli plassert ut i et prøveområde for beboerparkering. Et område i Oslo hvor det bor mange eldre. Samtidig vil antall P-automater reduseres slik at det blir lengre å gå til nærmeste P-automat.

Arbeidsgruppen ser på disse to sakene som grov diskriminering av byens eldre som ikke har digital kompetanse og teknisk utstyr

Alle har krav på likeverdige tjenester. Det må være et absolutt krav at all offentlig virksomhet skal være tilgjengelig for alle, og ikke en begrensende tilgjengelighet for noen. Tidligere statsråd i Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet, Rigmor Aaserud (Ap) bestemte at alle statlige etater og kommunene skulle slutte med papirbrev i løpet at 2014. Innen et par år deretter skulle alle offentlige brev komme elektronisk. Etter sterke protester ble det åpnet mulighet til å reservere seg mot digital postkasse, men det måtte den enkelte selv gjøre digitalt. Men i 2016 brøt NAV dette ved å stanse all videre utsending av de månedlige meldingene om pensjonsutbetalingene per post. Dette har i særlig grad rammet pensjonister som ikke har digital kompetanse og heller ikke nødvendig datautstyr, og er et klart eksempel på diskriminering på grunn av alder.

arne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet la fram til høring et lovforslag om diskriminering uten å ha vurdert diskriminering på grunn av alder. Flere protesterte på dette og regjeringen la fram i april 2017 forslag til en ny felles likestillings- og diskrimineringslov (Prop. 81 L (2016-2017) hvor det er tatt med en bestemmelse om at diskriminering på grunn av alder er forbudt.

**5.4. Pårørende må få en mer sentral plass i eldreomsorgen**

Utgangspunktet for å utvikle en god eldreomsorg er å stille samme spørsmålet som gjøres i pilotforsøkene i tillitsreformen (jfr. kap. 6.1):

*Hva er viktig for deg?*

Pårørende er en oversett gruppe i eldreomsorgen. Det er de pårørende som ofte bærer hovedtyngden når et eldre familiemedlem trenger omsorg og hjelp. Belastningen på de pårørende kan ofte bli enorm og belastende, derfor må det være et støtteapparat også til pårørende som påtar seg tunge omsorgsoppgaver, som ellers kommunen måtte ta ansvaret for. Dette har sammenheng med at de fleste vil bo hjemme lengst mulig. God hjemmebasert omsorg er derfor avgjørende viktig.

Pårørendeaksjonen, som oppsto som et frivillig initiativ etter at den kjente hudlegen Ove Fyrand ble utsatt for elendig behandling på sykehjem da han ble syk, har en rekke synspunkter på problemer i eldreomsorgen. Det er bl.a..:

* Det må legges mer vekt på de eldres basisbehov.
* Hovedproblemene ved sykehjem er i dag: ernæring, medisinering, aktivitetstilbud og konflikter p.g.a. manglende språkferdigheter hos ansatte.
* Svingdørspasienter ved sykehus er erstattet med svingdørspasienter mellom pasienter i hjemmet og sykehus.
* Ernæring hos hjemmeboende eldre er et problem. Tidligere kunne hjemmetjenesten handle i butikken for den enslige hjemmeboende. Dette ble fjernet i 2015. Fokus på mat for hjemmeboende eldre er viktig. Hjelp til å handle er nødvendig. Dette vil også avlaste pårørende (Tidligere hadde vi husmorvikarer som ordnet dette).

Det ble publisert en historie fra virkeligheten (Sykepleien 9.2.2017), som gjengis her. Forfatteren er sykepleier og nærmeste pårørende til sin far på 84 år, og beretter hvordan hennes far og hun fikk oppleve eldreomsorgen i en bydel i Oslo.

Som fagperson la hun fram sin fars hjelpebehov, men ble møtt med et byråkrati som var mer opptatt av forvaltningsloven enn farens alvorlige situasjon. Det ble framsatt uriktige bakgrunnsopplysninger om hans hjelpebehov som ikke var i samsvar det reelle. Han hadde et åpenbart behov for korttidsplass på et sykehjem, men måtte først ”prøves ut” med bistand fra hjemmetjenesten. Faren hadde nettopp fått sin livssituasjon snudd på hodet ved å bli enkemann, og datteren valgte å flyte inn sammen med han. Dette ble frarådet av bydelen, fordi da ville ikke utprøvingen bli reell nok. Med andre ord hans nærmeste pårørende, som han var avhengig av, og som hadde tatt ut begrenset omsorgspermisjon, ble satt til side. Datteren valgte å trosse dette.

De møtte en hjemmetjeneste, som nesten alltid hadde dårlig tid, som i stor grad ikke viste vanlig høflighet, som ikke håndhilser og presenterer seg verken med navn eller tittel i sitt første møte med faren. Som ringer på og låser seg inn, tar på seg skoovertrekk, for så å gå rett inn i stua og spørre far om de skal følge han på do. Ofte kom det bare én når de visste at det skulle komme to.

Arbeidsgruppen tror ikke at dette er vanlig opptreden blant ansatte i hjemmetjenesten, men det er grunn til å reise spørsmålet om ikke Oslo kommune som arbeidsgiver for ansatte i eldreomsorgen bør utarbeide en *”Veileder i folkeskikk”*.

Møtet med søknadskontoret ble også problematisk. De kunne ikke svare på hvor lenge ”utprøvingen” skulle vare. Hjemmetjenesten hadde ikke kartlagt behov eller laget behandlingsplan, og mange visse ikke engang at faren skulle *”prøves ut”.* Dette ble opplevd uverdig og respektløst.

Søknad om sykehjemsplass ble også et problem. Søknadskontoret oppgir at det vil i henhold til forvaltningsloven ta opptil tre uker fordi det måtte innhentes dokumentasjon. Datteren peker på at denne informasjonen har jo hjemmetjenesten. Svaret er igjen at forvaltningsloven gir søknadskontoret tre måneders frist. Datteren blir fortvilet og ber om å bli møtt med forståelse og medmenneskelighet. Svaret hun får av saksbehandler er *”hun liker ikke måten jeg snakker til henne på”.*

Dette er en beretning om hvordan en eldre hjelpetrengende person er blitt behandlet i Oslo . Dette kan skje i dag på tross av utallige lover, forskrifter, mål, intensjoner og retningslinjer.

Hva hadde skjedd med faren i denne bydelen i Oslo hvis han ikke hadde hatt en ressurssterk pårørende?

Her er noen av de retningslinjer og krav som stilles til hjemmetjenestens og sykehjemmenes informasjon til pårørende og krav til samarbeid med pårørende :

* *I pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 4 og 4 a kreves det at pårørende skal høres.*
* *Helsedirektoratet har utarbeidet en omfattende ”Veileder om pårørende i helse- og omsorgssektoren”, datert 16.1.2017.*
* *Sykehjemsetaten la i november 2013 fram en rapport om ”Samarbeid med pårørende i sykehjem i Oslo, som er veiledende for alle institusjonene i Sykehjemsetaten”.*
* *Sykehjemsetaten har utarbeidet en prosedyre ”Mottak av ny pasient” som skal sikre brukermedvirkning og legge til rette for at ansatte skal kunne sikre best mulig pleie og omsorg til den enkelte beboer/pasient. Dersom beboer/pasient ønsker det skal pårørende delta på innkomstsamtale ved innflytting i institusjon og være behjelpelig med å fylle ut ”Min historie” som er et dokument som kartlegger beboer/pasients familie, historie og preferanser.*
* *Det er ikke krav om pårørendeutvalg ved institusjonene. Allikevel er det en del som har slike utvalg.*
* *PIO-Pårørende senteret i Oslo tilbyr informasjon, veiledning og kurs i arbeidet med pårørende.*

Ut fra beretninger som foreligger kan det synes som om dette materiale ikke er godt nok kjent i en del sykehjem og i bydelenes hjemmetjenester. Pårørende og alle andre som registrerer at veiledningsmateriale og ”vanlig folkeskikk” ikke følges, bør melde fra til ansvarlige instanser uten at det får konsekvenser for ansatte, beboer/pasient og pårørende.

I det foreliggende veiledningsmateriale er det ikke lagt vekt på at eldreomsorg også er relasjonsarbeid som handler om holdninger og å vise forståelse. Det er ikke nok å skyve reglene foran seg. Personbasert omsorg handler om å vise respekt for den som trenger hjelp, og må være et grunnleggende krav i eldreomsorgen. Dette gjelder både pårørende og de som er avhengig av hjelp og bistand fra eldreomsorgen.

Jo mindre pasienten er i stand til å ivareta seg selv, jo flere rettigheter har pårørende. På nettsiden: [https://helsenorge.no/parorende](https://helsenorge.no/pororende) gis en oversikt over pårørendes rettigheter med mer.

Kapittel 6

**STYRING OG KONTROLL I ELDREOMSORGEN**

**6.1 Det folkevalgte tilsynet må styrkes**

Kravene til innhold og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester er fastlagt i lov, forskrifter og i regler og bestemmelser vedtatt av bystyret i Oslo. Krav og rettigheter eldre mennesker har til tjenester fra kommune, spesialisthelsetjenesten og fastleger er gitt i lov og forskrifter. Ansvaret for å utføre tilsyn og kontroll med at disse kravene blir oppfylt er tillagt kommunale og statlige instanser.

I de etterfølgende 6 punkter fremmer arbeidsgruppen forslag om tiltak for å styrke det folkevalgte tilsynet med sykehjem og hjemmetjenester i Oslo.

1. Det må gis bedre opplæring og skolering av medlemmer i tilsynsutvalg i Oslo. Det er en forutsetning for å bedre kvaliteten på tilsynsrapportene og gjøre dem mer interessante for bydelsutvalgene.

2. Det er nødvendig med et felles opplegg for opplæring av ledere og medlemmer av tilsynsutvalg i Oslo.

3. Bydelsutvalgene må gjøre det klart overfor dem som velges som medlemmer hva som arbeidet i tilsynsutvalg innebærer. Arbeidet i et tilsynsutvalg er krevende. Det må brukes tid på å forberede seg på møtene, bl.a. å sette seg inn i rapporter om det sykehjem der det skal utføres tilsyn, pasientundersøkelser, pårørendeundersøkelser, m.m. Det tar også tid til å

skrive en rapport fra tilsynet, Leder og medlem av tilsynsutvalget bør ha en godtgjørelse som leder og medlem i de øvrige faste komiteer i bydelene.

4. Eldrerådene må pålegges å oppnevne en representant til tilsynsutvalgene. Med minst én representant i tilsynsutvalg for sykehjem og én representant i tilsynsutvalg for hjemmebaserte tjenester, får eldrerådene muligheter for bedre kunnskap og innsyn i hvordan bydelens og kommunens eldreomsorg faktisk virker.

5. Det legges ned betydelig arbeid hvert år med tilsyn av byens sykehjem, utarbeidelse av rapporter og behandling av rapportene i Sykehjemsetaten og i bydelsutvalgene med sine komiteer. Sykehjemsetaten mottar om lag 250 rapporter hvert år. Den informasjonen om sykehjemmene som framkommer i rapportene og gjennom behandlingen av dem i komiteer og bydelsutvalg, må kunne utnyttes langt bedre enn i dag av byrådet og bystyret. Sykehjemsetaten må utarbeide en rapport til byrådet og bystyret basert på de tilsynsrapporter som hver år behandles i bydelsutvalgene.

6. Tilsynsutvalgene for hjemmebaserte tjenester skal hvert år utarbeide en årsrapport som skal behandles av bydelsutvalget. Helseetaten som bl.a. har ansvaret for brukerundersøkelsene i hjemmetjenesten, må utarbeide en rapport til byrådet og bystyret basert på disse årsrapportene.

**6.1.1 Kommunale og statlige tilsynsorganer**

I Oslo kommune gjennomfører Helseetaten bruker- og pårørendeundersøkelser i sykehjemmene. Etaten utfører kvalitetsrevisjoner i sykehjem, utarbeider rapporter om objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem og foretar prevalensundersøkelser.

Helseetaten gjennomfører brukerundersøkelser i hjemmetjenesten, foretar kvalitetsrevisjoner og utarbeider rapporter om objektive indikatorer i denne tjenesten. Etaten utfører også medarbeiderundersøkelser i sykehjem og i hjemmetjenesten. Disse undersøkelsene omfatter bare ansatte i kommunalt drevne sykehjem og kommunalt ansatte i hjemmetjenestene.

Helsetilsynet har ansvaret for det medisinske tilsynet med sykehjem og hjemmesykepleie i Oslo. Helsetilsynet skal utføre tilsyn med mange ulike offentlige og private virksomheter. Det er ønskelig med hyppigere tilsyn med sykehjem og hjemmetjenester i Oslo, men Helsetilsynet har begrensede ressurser. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester og Sykehjemsetaten bør kunne innhente erfaringer fra de tilsyn Helsetilsynet utfører ellers i Norge og formidle disse til sykehjem i Oslo og hjemmetjenestene i bydelene.

Rapporter om avvik i sykehjem i Oslo har tidligere ikke vært tilgjengelige. Offentliggjøring av avvik gjøres nå jevnlig i Sykehjemsetaten. Alle kommunale og private institusjoner har avvikssystem. Kommunen benytter sitt eget system, i private benyttes flere ulike system for å melde avvik. Dette har medført at det har vært vanskelig å sammenligne funnene.

Helseetaten gjennomfører kvalitetsrevisjoner i hjemmetjenesten i en del bydeler. Hvert år utarbeides en samlerapport fra disse revisjonene der bl.a. avvik omtales. Bydelene benytter kvalitetssystemet Compilo som internkontrollsystem. Byrådet bør sørge for å innføre samme form for systematisk offentlig tilgjengelig avviksrapportering i hjemmetjenesten i Oslo, som den som nå foreligger i Oslos sykehjem, kommunale, ideelle og konkurranseutsatte sykehjem.

**6.1.2 Folkevalgte tilsynsorganer**

Oslo kommune har i tillegg et folkevalgt tilsyn med sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Bydelsutvalgene oppnevner tilsynsutvalg for sykehjem og tilsynsutvalg for hjemmebaserte tjenester. Tilsynsutvalgene skal i.h.t. instrukser vedtatt av bystyret, påse at tjenestene drives i samsvar med lover, forskrifter og kommunale bestemmelser. Tilsynsutvalgene har ikke ansvaret for det medisinske tilsyn. Utvalgene rapporterer til bydelsutvalgene.

I november 2015 behandlet bystyret en sak fra byrådet: " Evalueringen av ordningen med kommunale tilsynsutvalg for sykehjem". Bystyret tok saken til orientering.

Byrådet gikk inn for vesentlige endringer i instruksen for tilsynsutvalg for sykehjem.

Byrådet foreslo at tilsynsutvalgene særlig skulle se på at de forhold som framkom i beboerundersøkelser ble tatt på alvor og fulgt opp i sykehjemmene og i Sykehjemsetaten.

I januar 2016 fikk bydelene anmodning av byrådsavdelingen eldre, helse og sosiale tjenester(EHS) beskjed om å utsette tilsyn med sykehjem et halvt år inntil nytt "reglement" var utarbeidet og opplæring av tilsynsutvalgene var gjennomført.

Mange bydeler protesterte mot at tilsyn skulle utsettes, og EHS trakk tilbake sin anmodning om utsettelse. I august 2016 mottok bydelene et brev fra EHS der det står:

*" På bakgrunn av innspill fra ulike grupper og enkeltpersoner, har byråden bedt om en bredere gjennomgang av tilsynsfunksjonen ved sykehjemmene. Inntil videre vil vi be om at tilsynene fra bydelenes tilsynsutvalg praktiseres etter eksisterende reglement."*

[Det heter *"Instruks for kommunale tilsynsutvalg for institusjon m.v."*, ikke reglement.]

Arbeidsgruppen er ikke kjent med hvor langt gjennomgangen av ordningen med tilsynsutvalg er kommet.

**6.1.3. Det folkevalgte tilsynet med sykehjem må styrkes**

Helse- og omsorgsutvalget i Pensjonistforbundet Oslo registrerte i 2007-2008 et behov for opplæring av medlemmer i slike utvalg. Utvalget utarbeidet derfor veiledere for tilsynsutvalgene og avholdt en rekke kurs og møter for medlemmer av utvalgene i årene 2011 - 2014. Utvalget avholdt i februar 2015 et møte om kommunale tilsynsutvalg for sykehjem der følgende spørsmål ble stilt:

Oppfyller utvalgene de krav som stilles i instruksen for slike utvalg? Bør instruksen endres? Hva bør gjøres med rekruttering til utvalgene, opplæring, rammebetingelser og arbeidsmåter?

Det var ca. 35 deltakere på møtet, medlemmer av tilsynsutvalg, eldreråd og bydelsutvalg. Det var innlegg fra direktøren for Sykehjemsetaten og konsulenten som hadde laget rapporten som lå til grunn for byrådets saksframlegg. Flere av deltakerne hadde også innlegg på møtet.

Det kunne trekkes fire konklusjoner av innleggene og diskusjonen på møtet:

- Det er for mange tilsynsrapporter som har for dårlig kvalitet og som ikke leveres i rimelig tid etter tilsynet. Det er for mange bydelsutvalg som bare tar rapportene til etterretning, ca. to tredjedeler.

- Det er behov for bedre opplæring og skolering av medlemmer i mange tilsynsutvalg i Oslo. Det er en grunnleggende forutsetning for å bedre kvaliteten på tilsynsrapportene og gjøre dem mer interessante for bydelsutvalgene.

- Det er nødvendig med et felles opplegg for opplæring av ledere og medlemmer av tilsynsutvalg i Oslo.

- Arbeidet i et tilsynsutvalg er krevende. Det må brukes tid på å forberede seg på et møte, bl.a. å sette seg inn i rapporter om det sykehjem som der det skal utføres tilsyn, pasientundersøkelser, pårørendeundersøkelser, m.m. Det tar også tid å skrive en rapport fra tilsynet. Medlemmer av tilsynsutvalg må være aktive og engasjerte. Bydelsutvalgene må gjøre det klart overfor dem som velges som medlemmer hva som kreves av arbeid i et tilsynsutvalg.

En av deltakerne sa det slik om hva som kreves av medlemmer i et tilsynsutvalg:

*"Selv har jeg sittet i tilsynsutvalget i vel 3 år… Og jeg er som en novise å regne. Jeg er under opplæring. Jeg trengs å trenes for å bli god. Det tar tid å trenge under huden på hva et tilsynsutvalg er og skal være. "*

Det har blitt reist spørsmål om det er behov for folkevalgte tilsynsutvalg for sykehjem, når det er Helseetaten og Helsetilsynet gjennomfører ulike administrative tilsyn og undersøkelser. Direktøren for Sykehjemsetaten Helge Jagmann svarte slik på dette spørsmålet:

*"Sykehjemsetaten opplever det som nyttig å «bli tittet i kortene» av folk utenfra som ser en helhet ut fra pasientperspektiv og ikke nødvendigvis med et faglig blikk."*

En av møtedeltakerne Ivar Børsheim svarte slik:

*"Et tilsynsutvalg skal ikke være et fagorgan, medlemmene representerer legmannsskjønnet. De fyller ombudsmannsrollen i forhold til brukerne av institusjonene. Tilsynsutvalgene vil ha et brukerfokus i sitt arbeid, dét, sammen med det praktiske tilsynet, er nyttig og viktig for bydelene sitt innsyn i tjenestene og den kontrollen bydelene bør ha som bestiller av sykehjemstjenester."*

**6.1.4. Det folkevalgte tilsynet med hjemmebaserte tjenester må styrkes**

I en del bydeler er det opprettet tilsynsutvalg for hjemmebaserte tjenester som bare har ansvar for tilsyn med hjemmetjenestene. Det gjelder bl.a. Østensjø, Søndre Nordstrand og Gamle Oslo. I de fleste bydelene har tilsynsutvalgene ansvar for tilsyn med en eller flere institusjoner samt ansvar for tilsyn med hjemmetjenestene i et område i bydelen.

På bydelenes hjemmesider ligger rapporter fra tilsynsutvalgene. Alle bydeler har lagt ut rapporter fra tilsyn med sykehjem og institusjoner. Det kan se ut til at en del bydeler ikke har lagt ut alle rapportene fra sine tilsynsutvalg i 2015 og 2016. Det er bare noen få bydeler som har lagt ut rapporter fra tilsyn med hjemmebaserte tjenester. Det er antagelig også en del rapporter fra slik tilsyn som ikke er lagt ut på nettet.

Av rapporter fra tilsyn med hjemmebaserte tilsyn som er tilgjengelig på nettet framgår det at tilsyn i hovedsak er iverksatt etter henvendelse fra en bruker av hjemmetjenester. Noen tilsynsutvalg har avholdt allmøter der brukere, pårørende og ansatte i hjemmetjenesten har deltatt med informasjon, innlegg og spørsmål. Det er ut fra foreliggende opplysninger bare tilsynsutvalget i en bydel, Østensjø som har gjennomført aktivt tilsyn i 2016 som ikke skyldes henvendelse fra en bruker. Tilsynsutvalget i Østensjø gjennomførte etter anmodning fra bydelsutvalget besøk hjemme hos brukere av hjemmetjenester med et omfattende bistandsbehov våren 2016. Rapporten utvalget utarbeidet etter disse besøkene var grunnlag for flere vedtak bydelsutvalget traff om forbedringer i hjemmetjenesten. Utvalget hadde et møte med Søknadskontoret i bydelen høsten 2016. Rapporten etter dette møtet førte til flere vedtak i bydelsutvalget, bl.a. i forbindelse med budsjettet for 2017.

Det er fullt mulig å utøve et mer aktivt tilsyn enn det som i praktiseres i dag i bydelene. I instruks for tilsynsutvalg pkt. 6 heter det:

*”Tilsynet er et frivillig tilbud til brukerne. Det er opp til hver enkelt bruker, eventuelt i samråd med pårørende/ hjelpeverge å ta kontakt med tilsynsutvalget. Brukeren avgjør hvordan kommunikasjonen skal foregå; i form av hjemmebesøk eller gjennom skriftlig/ muntlig kommunikasjon."*

Mange tilsynsutvalg har nok oppfattet denne delen av instruksen slik at de skal vente på at en bruker eller pårørende tar kontakt. Utvalgene har tydeligvis sjelden benyttet seg av muligheten selv å ta kontakt med brukere som det gis adgang til i siste del av pkt. 6 i instruksen:

*”Tilsynsutvalget kan be bydelsadministrasjonen om å henvende seg til brukere med forespørsel om de er villige til å motta tilsyn."*

I tilsynsveilederen for hjemmebaserte tjenester er bruk av denne muligheten omtalt slik:

*"Besøk hjemme hos brukere vil også være en nyttig form for kontakt mellom brukere og tilsynsutvalg. Utvalget må selvfølgelig spørre på forhånd om det er i orden at utvalget, eller ett eller to medlemmer av utvalget, kommer på besøk. Brukere som det kan være aktuelt å besøke hjemme, er personer som ikke har mulighet til å delta på brukerallmøter. Ved hjemmebesøk må selvfølgelig pårørende være til stede der det er behov for det, for eksempel ved demens/afasi."*

Instruksen for tilsynsutvalg åpner også for andre muligheter for aktivt tilsyn. Utvalgene kan invitere til brukerallmøter og besøke søknadskontor og baser i hjemmetjenesten.

Hovedårsaken til lite aktive tilsyn fra tilsynsutvalgene for hjemmebaserte tjenester er mangelfull opplæring. Administrasjonene i bydelene har heller ikke vært pådrivere for å få til et mer aktivt tilsyn. Byrådsavdelingen for eldre, helse og sosiale spørsmål(EHS) har også ment at tilsynsutvalgene helst burde vente på evt. henvendelser fra brukere. Det kommer til uttrykk i et brev fra EHS til bydel Østensjø 27.5.2016:

*"Tilsynet skal som et utgangspunkt være et frivillig tilbud for brukerne av tjenestene. jf. pkt. 2 i instruksen. Dette innebærer at det som hovedregel er brukerne som skal henvende seg til tilsynsutvalget."*

EHS har ikke grunnlag for å påstå at det er en "hovedregel" at det er brukere eller pårørende som skal henvende seg til tilsynsutvalget. Det har vært det "vanligste", men det er ingen regel. Men for administrasjonene sentralt og i bydelene kan det kanskje framstå som mest bekvemt med et mer passivt tilsyn av hjemmebaserte tjenester.

**6.1.5. Hva bør gjøres?**

Arbeidsgruppen mener at det er nødvendig å styrke det folkevalgte tilsynet med kommunens eldreomsorg. Det folkevalgte tilsynet er et nødvendig supplement til det administrative tilsynet Helseetaten og Helsetilsynet ufører. Medlemmer i tilsynsutvalg bor i samme område som brukere og pårørende av kommunale tjenester og kjenner bedre til behovet for tjenester og tilbud lokalt.

Det er klart mål å styrke hjemmetjenesten i Oslo slik at de som ønsker det kan bo godt hjemme lenger. Det er bydelene og bydelsutvalgene som har ansvaret for hjemmetjenesten. Tilsynsutvalgene for hjemmebaserte tjenester er bydelsutvalgenes viktigste redskap for å innhente informasjon om hvordan hjemmetjenesten i bydelen faktisk virker. De tiltak som er nødvendig å iverksette for å styrke arbeidet i disse utvalgene er de samme som det ble konkludert med på møtet om tilsynsutvalg for sykehjem.

**6.2 Klagemuligheter må bli bedre kjent blant brukere og pårørende**

Det kommer hvert år klager over vedtak om hjemmetjenester og avslag på søknader om plass på sykehjem. Det er grunn til å anta at flere burde ha klaget, men at de ikke orker eller vet hvordan klagen skal framsettes. Jf. kap. 4.1.3.

Når vi vet at det også forekommer uverdig eldreomsorg enkelte steder, er det bekymringsfullt at ikke flere benytter seg av gjeldende klagemuligheter. Det har sannsynligvis sammenheng med flere ting.

Det ene er at informasjonen er for dårlig. For det andre er det forståelig at en eldre bruker, som er i en sårbar og utsatt situasjon, vegrer seg for å klage av frykt for eventuelle konsekvenser. Mange vil av helsemessige årsaker heller ikke være i stand til å klage. Da har de pårørende en viktig funksjon. Det er verre med alle de som ikke har pårørende. Det samme vil gjelde for de ansatte som både har en varslingsrett og varslingsplikt. For det tredje er det arbeidsgruppens oppfatning at den veiledningsfunksjonen som Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus og Sosial- og eldreombudet i Oslo kan tilby, er for lite kjent blant brukere, pårørende og ansatte.

For å utvikle en god og verdig eldreomsorg bør klagesystemet være en viktig kilde til læring og forbedring.

Arbeidsgruppen vil derfor anbefale at det utarbeides en god og dekkende informasjon om systemet for klager til ansatte i pleie- og omsorgssektoren og til pasienter, brukere og pårørende. Opplæring i klagesystemet bør være obligatorisk for alle ansatte.

**6.3 Kvalitetssystemer og kvalitetsmål er det ingen mangel på i eldreomsorgen**

Kvalitet er viktig i eldreomsorgen og vies mye oppmerksomhet. En foreløpig oversikt som arbeidsgruppen har laget (se vedlegg 3), viser et stort antall kvalitet- og målesystemer, regler, anbefalinger og undersøkelser, som alle har som formål å sikre god kvalitet. Samtidig ser vi at god kvalitet mange steder ikke oppnås.

Hva er god kvalitet? Det er det vanskelig å definere, og det gjort mange iherdige teoretiske forsøk. En måte å beskrive kvalitet på er: *Det jeg forventer – og litt til.* Det er også viktig å stille spørsmålet som Byrådet legger opp til: *Hva er viktig for deg?* Et annet viktig kontrollspørsmål som alle – ansvarlige folkevalgte, ansatte i førstelinjen og administrasjonen – bør stille er:

*Hvordan vil jeg selv ha det når jeg trenger omsorg og pleie? Er sykehjemmet stedet hvor jeg vil tilbringe siste del av mitt liv? Og er det en slik hjemmetjeneste jeg ønsker?*

Hvis svaret er nei har ansvarlige instanser plikt til å gjøre noe med det. Hvis ikke har lover og forskrifter ingen verdi.

Svaret på slike spørsmål lar seg ikke måle på samme måte som inkontinens, brudd, fall m.m. Målesystemene konsentrerer seg kun om det målbare. Det er det som kan telles som teller. Virkeligheten viser at målinger og undersøkelser ikke gir et dekkende bilde av eldreomsorgen. De siste pårørendeundersøkelsene gir inntrykk at de fleste er fornøyd. Men det er grunn til å stille spørsmålstegn ved om slike undersøkelser gir et fullstendig bilde av tilstanden i sykehjem og i hjemmetjenesten.

Et liv på sykehjem skal leves. Det er det som gir livskvalitet, og livskvalitet forlenger livet. Dette var Thyra Franks store idé da hun drev det kjente pleiehjemmet Lotte i København. Hun sa: *Jeg tror på et liv før døden.* De ansatte gikk ikke i hvite uniformer og var definert som gjester hos beboerne og spiste sine måltider sammen med dem. Hun prøvde å få til det som sykehjemmene mangler – et hjem. I dag er Thyra Frank eldreminister i Danmark, som har bevilget årlig en verdighetsmilliard, som skal gå til å skape en mer verdig eldreomsorg (Jyllands-Posten 8.3.17). Det var i 1990 at pensjonistene her i landet laget sitt eldreopprør og slo i bordet, noe som førte til at Stortinget vedtok den såkalte eldremilliarden.

Så vidt arbeidsgruppen kan se gir den siste avviksrapporten om avvik i Sykehjemsetaten (Rapport 1/16) lite informasjon om avvikenes innhold, bortsett fra antall legemiddelavvik. Derfor er de vanskelig å lese seg til hva som er tilstanden når det gjelder kvalitet i Oslos sykehjem. I rapporten omtales beboerne i hovedsak som pasienter. Det er forskjell på å bli behandlet om omtalt som pasient, og det å bli behandlet og omtalt som beboer. De ordene vi bruker viser også hvordan vi behandler mennesker. Sykehjemmet skal være et hjem, hvor medisinsk pleie og omsorg bare vil utgjøre noen få timer i løpet av dagen. Resten av døgnet skal være en mest mulig tilnærmet vanlig tilværelse.

Helseetaten sier i en rapport at ansatte melder om at de ikke får tilbakemelding når avvik meldes, at avvik ikke blir brukt i forbedringsarbeid og at å melde avvik gir lite mening når leder ikke gjør noe med det.

**6.4 Håndheving av lover og forskrifter i eldreomsorgen er mangelfull**

Statens helsetilsyn, Norsk senter for menneskerettigheter og Riksrevisjonen har alle kommet med kritiske merknader til eldreomsorgen og viser til en rekke brudd på lover, forskrifter og menneskerettigheter. Eksempelvis viser henvendelser til Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus - Sosial- og eldreombudet i Oslo, tilsvarende tendenser. Arbeidsgruppen har tatt kontakt med Fylkesmannen i Oslo og Akershus for å få informasjon om antall og innhold i klager fra Oslo, men har hittil ikke fått noen tilbakemelding. Fylkesmannen har ikke tilgjengelig statistikk over klagesaker fra Oslo. Her er det også grunn til å nevne at det er svært lang behandlingstid hos Fylkesmannen, noe som også er et stort rettssikkerhetsproblem.

Det foreligger en mengde lovbestemmelser og forskrifter for den kommunale helse- og omsorgstjenesten (se vedlegg 4). Vi vet også at dette ikke alltid følges, uten at det får konsekvenser for kommunen som ansvarlig instans. Som eksempel kan nevnes at Seniorsaken har anmeldt noen kommuner for ikke å ha fulgt Helse- og omsorgstjenesteloven. Dette ble avslått av påtalemyndigheten med den begrunnelse at det ikke foreligger sanksjonsmuligheter. Hva da med brudd på kvalitetsforskrifter og verdighetsgarantien (forskrift), som vi vet foregår – også i Oslo. Og hvordan skal man i eldreomsorgen ivareta pasient- og brukerrettigheter når lover og forskrifter ikke følges? Problemstillingen som reises her er hva slags reaksjonsformer som er mest hensiktsmessig: sanksjoner eller pålegg. Pålegg fra overordnet tilsynsmyndighet bør være tilstrekkelig. Sanksjoner bør kun brukes der hvor det er ekstreme avvik.

Problemstillingen ble aktualisert da verdighetsgarantien trådte i kraft 1.1.2011 og helse og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen bedyret at *”Verdighetsgarantien skal ikke bli en papirbestemmelse.* Det fikk en av våre fremste velferdsjurister, lege og jussprofessor Aslak Syse til offentlig å hevde at rettighetene til den enkelte ikke blir styrket ved denne forskriften eller verdighetsgarantien. En rettighetstankegang forutsetter at brudd på velferdsgarantien måtte få konsekvenser. Garantibegrepet innebærer at vi forledes til å tro at vi har en rettighet som skal innfris, hevdet Syse. Vi vet i dag at verdighetsgarantien for mange er en papirbestemmelse.

Dersom juridiske bestemmelser ikke har tilstrekkelig gjennomslagskraft i det praktiske liv vil det etter arbeidsgruppes mening svekke de eldres rettigheter og rettssikkerhet, og være lite førende for en god og verdig eldreomsorg. Og tilliten til en viktig del av vår velferd vil også bli svekket. Det kan Oslo kommune ikke leve med.

Når det registreres problemer innenfor en sektor i velferden skjer det ofte ved utforming av nye forskrifter og regler. Regelverket som skal styre eldreomsorgen er allerede blitt lite oversiktlig og tilgjengelig for de som utøver den daglige eldreomsorgen. I tillegg finnes det et omfattende veiledningsmateriale utarbeidet av sentrale myndigheter. Som eksempel kan nevnes Helsedirektoratets veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten, som trådte i kraft 16.1.1017 og som viser til omfattende lovkrav og anbefalinger. Den er på 93 sider, har nesten 250 henvisninger og i tillegg 53 litteraturreferanser. Etter arbeidsgruppens oppfatning er nå tiden moden for å tenke annerledes. Det er et åpenbart behov for å forenkle mengden av bestemmelser og tilsvarende byråkrati.

I 2015 avga Nasjonal institusjon for menneskerettigheter rapporten om ”Mennesker i norske sykehjem”. Rapporten viser at behandlingen i norske sykehjem neppe er i overensstemmelse med Norges menneskerettslige forpliktelser, og at dette er en svært alvorlig situasjon som fordrer umiddelbare tiltak fra myndighetenes side. Nasjonal institusjon anbefaler at det iverksettes en gjennomgang av ordningene for kontroll med – og overprøving av – sykehjemsbeboeres rettigheter. Gjennomgangen bør besvare både hvorfor det framsettes få klager, og om Helsetilsynets praksis og virkemidler er tilstrekkelig og om flere saker bør prøves rettslig, både etter helselovgivningen og etter straffeloven.

Kapittel 7

**VEIEN VIDERE**

**7.1 Tillitsreformen – et nødvendig skritt i riktig retning**

Reformen går ut på å fjerne tidkrevende byråkrati, rapportering, kontroll og detaljstyring, og i stedet la ansatte få bruke sitt faglige skjønn og stole på deres vurderinger. Når ledelsen har tillit til at de ansatte gjør en god jobb, opplever de større fleksibilitet og bedre tid til faglige vurderinger og gjøremål. Erfaringer viser at både ansatte og brukere er mer fornøyd. Dette er viktig med tanke på rekruttering til et krevende yrke.

Den største forskjellen fra gammel modell er at saksbehandler er flyttet ut av Søknadskontoret og inn i selvstyrende team. Det betyr at saksbehandleren er en del av teamet. Saksbehandler blir da også kjent med brukerne, og teamet vil da sammen diskutere tverrfaglig den beste løsningen for de enkelte brukerne. Fysio- og ergoterapeut er også faste medlemmer av teamet.

Alle brukerne kartlegges på nytt av denne nye konstellasjonen med fokus på *Hva er viktig for deg?* Det er viktig å mestre egen hverdag i størst mulig grad – hverdagsmestring/hverdagsrehabilitering er derfor viktig for å i størst mulig grad understøtte brukernes verdighet.

At den byråkratiskapende ”bestiller-utførermodellen”, fjernes i tillitsmodellen er svært nødvendig. Bestiller-utførermodellen innebærer tap av myndighet for de fagfolkene som står nær brukerne, og som derfor har de beste forutsetningene til å se deres behov (Geriatriprofessor Torgeir Bruun Wyller).

Det er grunn til å reise spørsmål om søknadskontorenes virksomhet, slik Eldreombudet gjør i sin årsmelding 2016. Kontorene ble etablert da Byrådet innførte bestiller-utførermodellen i Oslo. Det er ikke godtgjort at systemet har medført forbedringer fra brukernes synspunkt. Tvert imot finnes det mange eksempler på at den fører til forringet kvalitet. Den er også kostnadsdrivende. Bestiller-utførermodellen slik den praktiseres i dag bør derfor fjernes slik tillitsreformen legger opp til. Organiseringen og tilretteleggingen av arbeidet med å inngå og følge opp avtaler med private eller ideelle tjensteytere innen praktisk bistand og hjemmesykepleie, bør bygge på erfaringene med innføring av tillitsmodellen.

Det vi allerede nå ser av erfaringer med tillitsmodellen er at den virker positivt med få personer rundt hver bruker. Det rapporteres om høyere tilfredshet hos brukerne p.g.a. de kjenner igjen dem som kommer, og at det er såpass lite antall at selv brukere med kognitiv svikt greier å lære seg navnene på dem som kommer.

Bydelene Grorud, Ullern, Gamle Oslo og Østensjø er valgt som piloter i prosjektet som innebærer at de ansatte i hjemmetjenesten får tilbake kontrollen over egen hverdag.

Våren 2017 ble det lagt fram en rapport fra Høgskolen i Sørøst-Norge om erfaringene prosjektet[[10]](#footnote-10)

Rapporter forteller om økt brukertilfredshet og økt brukerorientering. Erfaringene med å arbeide i tverrfaglige team er udelt positive.

Rapporten konkluderer med en anbefaling med å fortsette med såkalte hovedpiloter, og hvis bydelene finner grunnlag for det, iverksetter Tillitsmodellen direkte i de hjemmebaserte tjenestene.

Det er ennå ikke besluttet at Tillitsmodellen skal iverksettes fullt ut i Oslo kommune. Arbeidsgruppen går ut fra at en slik beslutning blir truffet i 2018.

. **7.2 Demensvennlige hjemmetjenester**

Byrådet vedtok i 2016 at alle bydeler skal opprett arbeidslag demens i løpet av 2017.

I bydel Østensjø pågår prosjektet Demensvennlige hjemmetjenester. Første del av prosjektet Arbeidslag demens er gjennomført og det er utarbeidet en rapport om resultatene.[[11]](#footnote-11) Det er registrert økt tilfredshet med tjenestene hos brukere og pårørende. Det er færre sykehusinnleggelser. Ansatte opplever arbeidslagsmodellen som positiv sammenliknet med arbeid i større grupper. Det er gunstig med tverrfaglig samarbeid. I arbeidslag demens har det blitt behov for at ansatte som driver med praktisk bistand fått nye oppgaver ut over de tradisjonelle rengjøringsoppdragene.

Arbeidsgruppen ser etablering av arbeidslag demens som et meget positivt tiltak for styrke kvaliteten i hjemmetjenesten. I bydel Østensjø opprettes slike lag i alle hjemmesykepleiegrupper fra 1.9.2017. Det bør også skje i alle bydeler.

Med en økning av eldre hjemmeboende eldre med demens kan det i enkelte bydeler bli aktuelt med flere lag i hver gruppe.

Arbeidsgruppen vil understreke at dersom arbeidslag demens skal bli et fullt ut vellykket tiltak sammen med innføring av Tillitsmodellen er det helt nødvendig at bydelene får ressurser til rekruttering og opplæring av ansatte i slike lag.

**Kapittel 8**

**ETTERSKRIFT: BAKGRUNN FOR RAPPORT OM ELDREOMSORG**

**Etterskrift: Bakgrunn for rapport om eldreomsorgen i Oslo**

Det sentrale eldreråd i Oslo vedtok høsten 2016 å utarbeide et handlingsprogram for Rådets virksomhet for perioden 2017 – 2020. I den forbindelse ble eldreomsorg vedtatt som et prioritert område. Den 6.12.2016 nedsatte rådet en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å utarbeide et utkast. Arbeidsgruppen har bestått av medlemmene av Knut Elgsaas og Tore Nyseter, og varamedlem i rådet, Hans Høegh Henrichsen. Arbeidsgruppen la 24.4.2017 fram sin rapport om problemer i eldreomsorgen i Oslo. I tilknytning til rapporten la arbeidsgruppen fram forslag om hvordan eldrerådet i sitt handlingsprogram kunne følge opp tiltak for å bedre kvaliteten på eldreomsorgen i Oslo.

I møte 5.9.2017 vedtok et flertall i Det sentrale eldreråd å utsette behandlingen av handlingsprogrammet inntil videre. Et flertall vedtok også at rapporten fra arbeidsgruppen om eldreomsorgen ikke skulle behandles av rådet.

Knut Elgsaas, Tore Nyseter, og Hans Høegh Henrichsen var uenig i disse vedtakene. Rapporten om eldreomsorgen i Oslo av 11.11.2017 som nå legges fram er en ajourføring av rapporten av 24.4.2017 som vi velger å framlegge på egne vegne.

.

1. Dersom vedlegg ønskes oversendt, ta kontakt med Knut Elgsaas. knut.elgsaas@online.no; [↑](#footnote-ref-1)
2. ASSS(Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner) er et nettverk for de 10 største kommunene i landet. [↑](#footnote-ref-2)
3. NIBR Notat 113:11 [↑](#footnote-ref-3)
4. ASSS(Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner) er et nettverk for de 10 største kommunene i landet. [↑](#footnote-ref-4)
5. Data fra Statistikkbanken i Oslo [↑](#footnote-ref-5)
6. Bistandsbehovet til en person måles etter en såkalt IPLOS-skår. En IPLOS-skår under 2 vil si lavt bistandsbehov. Mellom 2 og 3 er middels bistandsbehov, og 3 og over betegnes om omfattende bistandsbehov. [↑](#footnote-ref-6)
7. Søknader om sykehjemsplass - gjennomgang av praksis. Helseetaten 5.4.2017 [↑](#footnote-ref-7)
8. Med pleiefaktor for en avdeling menes gjennomsnittlig antall pasienter delt på antall årsverk utført i pleie og omsorg . Avdelingsledelsen inngår ikke i antall årsverk. [↑](#footnote-ref-8)
9. Med bemanningsfaktor menes gjennomsnittlig antall pasienter på sykehjemmet delt på antall årsverk utført i sykehjemmet inkl. ledelsen. [↑](#footnote-ref-9)
10. Tillitsmodellen -erfaringer med mini-pilotering av selvstyrende team i tre bydeler i Oslo kommune.

    Skriftserien nr. 13. Høgskolen i Sørøst-Norge [↑](#footnote-ref-10)
11. Demensvennlige hjemmetjenester. Hvordan sikrer vi kontinuitet, fortsigbarhet og helhetlige tjenester for personer med demens. Bydel Østensjø og Comte Bureau. 2017. [↑](#footnote-ref-11)