

RAPPORT

24.4.2018

Til: Omsorgskomiteen OMK

Fra: Tilsynsutvalg for hjemmebaserte tjenester

FYLKESMANNENS AVSLUTNING AV TILSYNSSAK I BYDEL ØSTENSJØ

1. Innledning

I slutten av januar 2017 ble tilsynsutvalget kontaktet av barna til en eldre, enslig hjelpetrengende bruker av hjemmetjenester i bydel Østensjø. De var meget kritiske til kvaliteten på de tjenester deres far hadde fått av bydelen.

De hadde sendt en klage til bydelsdirektøren på tjenestene med kopi til eldreombudet. Tilsynsutvalget mottok i begynnelsen av februar et brev fra de pårørende som inneholdt en omfattende beskrivelse av alvorlig svikt og mangler i tjenestetilbudet.

Brevet avsluttes slik:

"Har vi bare vært uheldige i våre møter med bydelen? Eller er dette vanlig praksis? Vi imøteser synspunkter og innspill fra dere."

Tilsynsutvalget ønsket naturligvis å svare på spørsmålene de pårørende reiste.

Brevet inneholder en sterk systemkritikk. Det ble beskrevet alvorlige mangler i rutinene i søknadskontoret og i hjemmesykepleien. Enkeltepisoder avslørte svikt i opplæring og kunnskaper hos flere ansatte.

Utvalget hadde etter å ha mottatt brevet mye kontakt med de pårørende via e-post og telefonsamtaler.

Den 11.2.2017 fikk tilsynsutvalget beskjed fra de pårørende at bydelsdirektøren og direktøren for pleie og omsorg mente de pårørende ikke var part i saken og at bydelen derfor ikke kunne behandle klagen.

Den 9.2.2017 sto en artikkel i tidsskriftet Sykepleien som utgis av Norsk Sykepleierforbund med samme innhold som det brevet utvalget mottok fra de pårørende.. Artikkelen hadde overskriften:

Min historie om møter med eldreomsorgen

Det ble ikke oppgitt hvilken bydel det dreide seg om. Forfatteren var anonymisert, men tilsynsutvalget fikk vite at det var en av de pårørende. Artikkelen vakte betydelig oppmerksomhet.

På grunnlag av de opplysninger tilsynsutvalget hadde fått, ønsket utvalget et møte med de pårørende rundt 20. februar. Da faren døde 18. februar, ble møtet avlyst.

Utvalget fikk i begynnelsen av mars beskjed om at avdelingsdirektør Jatinder Sharma, avdeling mestring og omsorg, hadde invitert de pårørende til et møte 8. mars.

De pårørende ønsket at tilsynsutvalget var til stede på dette møtet.

2. Møtet i bydelsadministrasjonen 8.mars 2017. Møtetid: kl. 15.30-17.00

Til stede på møtet var representanter for de pårørende, fra bydelsadministrasjonen møtte avdelingsdirektør Jatinder Sharma, avdeling mestring og omsorg, Eric Brugman, leder av søknadskontoret, Christelle Nilsson, leder av hjemmetjenesten og fra tilsynsutvalget møtte Karin Svendsen, leder av utvalget og Knut Elgsaas, medlem av utvalget.

Fra administrasjonens referat fra møtet gjengis følgende oppsummering:

Oppsummering av møtet

Etter presentasjonsrunde ba de pårørende bydelen presentere sine vurderinger av det som skjedde med deres far i denne perioden.

Sharma beklaget farens og pårørendes negative erfaringer i deres møte med bydelen. Hans vurderinger oppsummert:

- *Pårørende burde vært tatt med på råd ved vurdering av tjenestetilbudet*
- *Bydelen (søknadskontoret og hjemmetjenesten) har ikke kommunisert godt med pårørende og bruker for å få med deres innspill og vurderinger*
- *Søknadskontoret skulle ha opptrådt mer profesjonelt i sitt møte og kommunikasjon med pårørende*

De kritiske merknadene til saksbehandling og tjenestetilbud som de pårørende hadde kommet med i sin klage, ble gjennomgått på møtet. Det gjaldt svikt i rutiner og uheldige enkeltepisoder. I referatet som administrasjonen utarbeidet etter møtet er problemene som ble beskrevet samlet under følgende punkter:

- Språkbruk
- Organisering og samarbeid internt
- Holdninger

Lederne for hjemmetjenesten og søknadskontoret informerte om rutiner innen sine ansvarsområder.

Sharma informerte om at mange av forholdene de pårørende påpeker var kjente problemstillinger som bydelen jobber aktivt med å forbedre. Han nevnte tillitsmodellen, demensvennlige hjemmetjenester og tiltak for bedre skriftlig kommunikasjon.

Avslutningen av møtet er beskrevet slik i referatet:

Sharma oppsummerte at mange av de forholdene som er påpekt er veldig uheldige, både brukeren og pårørende skulle aldri ha opplevd dette. Mye kunne vært unngått med bedre kommunikasjon med pårørende, godt internt samarbeid og vanlig høflighet. Flere tiltak er satt i gang for å bedre tjenesteytingen, samhandlingen og kommunikasjonen internt og med pårørende og brukere. Pårørende sa at de var fornøyd med oppsummeringen og tjenestens tiltak vedr. forbedringsområder.

3. Kommentarer til møtet 8. mars

Tilsynsutvalgets medlemmer var observatører på møtet og deltok ikke i diskusjonen og gjennomgangen av de forhold som de pårørende hadde tatt opp i sin klage. Utvalget hadde noen spørsmål som det ble gitt svar på.

Tilsynsutvalgets vurdering av møtet var at administrasjonens beklagelse av de alvorlige feil som var begått mot brukeren og de pårørende førte til en saklig og god gjennomgang av hva som hadde skjedd og drøfting av tiltak for unngå at dette skulle gjenta seg.

Etter møtet hadde utvalget kontakt med de pårørende som fortalte at de ville komme med kommentarer til møtet og til referatet.

Utvalget mottok 11. mai kommentarene fra de pårørende.

De pårørende takket innledningsvis for et godt møte. De var imidlertid forbauset over at samtlige deltakere fra administrasjonen på møtet avviste systemkritikk, da alle forbedringstiltak som skulle iverksettes var på systemnivå.

Fra merknadene til de pårørende refereres følgende avsnitt om antall hjelpere:

"Vi har forståelse for at turnusplanlegging er krevende. Det ble opplyst at i alt 56 medarbeidere hadde besøkt vår far i løpet av de vel 50 dagene han var hjemme, men at det burde vært rundt 20.

Etter vårt syn er det uholdbart at en gammel mann skal måtte forholde seg til så mange ulike hjelpere. Vi stilte spørsmål ved om våre uheldige opplevelser med medarbeidere skyldtes at det var mange ufaglærte med dårlige norsk kunnskaper. Deres opplysning om at de fleste var både faglærte og hadde norsk kunnskaper beroliger ikke, snarere tvert i mot. Det gjør det hele enda mer uforståelig."

I merknadene er vurderingene fra farens fastlege beskrevet slik:

"Allerede 3.10.16 beskrev fastlege (navn) i store bokstaver fars hjelpebehov og konkluderte med at han ikke kunne klare seg alene hjemme. Dette ble ikke tillagt vekt i saksbehandlingen."

I merknadene beskrives de siste månedene av farens liv slik:

"Far mistet all styring over eget liv fra 1.12.16 og fram til sin død 18.2. 17.Hans omfattende funksjonssvikt i desember-januar ble ikke registret og fulgt opp av hjemmetjenesten.

Ambulanserapporter som anbefalte legetilsyn ble ikke fulgt opp av hjemmetjenesten og fastlege ble aldri konsultert."

Kommentarene fra de pårørende til referatet fra møtet 8. mars var et vedlegg til en e-post til tilsynsutvalget der det ble informert om at det var sendt klage til fylkesmannen.

E-posten avsluttes slik:

Takk for at dere stilte, og fortsatt stiller opp. Vi setter stor pris på det😊

Fylkesmannens rapport 20.3.2018

Da det var sendt klage til Fylkesmannen, ønsket tilsynsutvalget å avvente Fylkesmannens vurdering før det ble avgitt en rapport til Omsorgskomiteen.

Tilsynsutvalget mottok i april fra de pårørende kopi av brev med vedlegg fra Fylkesmannen om avslutning av tilsynssaken.

Fylkesmannen konkluderer slik:

Avslutning av tilsynssak

Virksomhet: Bydel Østensjø

Fylkesmannen i Oslo og Akershus viser til din klage datert 8. april 2017 og senere korrespondanse i saken. Vi beklager lang saksbehandlingstid som følge av stor saksmengde.

Fylkesmannen har konkludert med at Bydel Østensjø har brutt bestemmelser i helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Vi viser til vedlagte kopi av brev av dags dato hvor våre vurderinger framgår. Fylkesmannens vurdering er endelig og kan ikke påklages.

I vedlegget til brevet fra Fylkesmannen beskrives saksgangen og gjennomgangen av saksforholdet som legges til grunn for Fylkesmannens vurdering. Saksforholdet og relevant regelverk behandles i et avsnitt på 4 sider.

Tilsynsutvalget finner det ikke hensiktsmessig å gå nærmere inn på de forhold som er omtalt i dette avsnittet.

Fylkesmannens vurderinger gjengitt i sin helhet i vedlegg til rapporten.

4. Fylkesmannens vurdering

Fylkesmannen har vurdert om pasienten (faren) fikk forsvarlige tjenester fra bydel Østensjø i perioden 1. oktober 2016 til 18. februar 2017.

I vurderingen redegjøres det for hva begrepet forsvarlige helsetjenester innebærer, og sammenhengen mellom forsvarlighetskravet og god praksis.

Det understrekes at:

Kommunen har ansvar for å sikre brukere et forsvarlig og kvalitativt godt tilbud av pleie- og omsorgstjenester, i form av tilstrekkelige hjemmetjenester eller et tilbud i institusjon.

I vurderingen pekes det på to eksempler på god praksis i primærhelsetjenesten:

- God praksis ved oppfølging av pasienter i primærhelsetjenesten er å utarbeide konkrete tiltaksplaner slik at den enkelte ansatte kjenner pasientens behov for hjelp og slik at alle ansatte lettere skal kunne gi den samme type hjelp. Denne praksisen er spesielt viktig i hjemmetjenesten der den enkelte ansatte er alene hos pasienten, og der det ofte er mange personer involvert.

- God praksis er også at bydelen sikrer at pasienten informeres om de tjenester som planlegges samt sikrer at pasienten eller dens pårørende så langt som mulig blir involvert i utformingen og får påvirke tjenestetilbudet. Dette kan gjøres ved møter og/eller ved vurderingsbesøk hos pasienten.

Fylkesmannens konklusjon:

Ut fra en helhetsvurdering i denne saken finner Fylkesmannen at bydelens tiltak var innenfor det som kan regnes som faglig forsvarlig i perioden 1. oktober til 29. november 2016. Pasienten ble vurdert i eget hjem før han fikk innvilget et rehabiliterings- og korttidsopphold ved Ryen helsehus, noe vi vurderer til å være i tråd med god praksis.

Vi finner videre at bydelens tiltak ikke var innenfor det som kan regnes som faglig forsvarlig i perioden 29. november 2016 til 12. januar 2017. Vi vurderer at pasienten hadde behov for tettere oppfølging og økt bistand for å få dekket sitt behov for hjelp, spesielt med tanke på utrygghet for å klare seg selv, ernæringsoppfølging og personlige hygiene.

I de to siste avsnittene redegjør Fylkesmannen for grunnlaget for denne konklusjonen. Redegjørelsen kan sammenfattes under overskriftene Manglende dokumentasjon og for mange hjelpere og Manglende samarbeid med pårørende.

Manglende dokumentasjon og for mange hjelpere

I vår vurdering legger vi til grunn opplysninger om at pasientens funksjonsnivå stadig ble svekket, herunder at han gikk ned i vekt, slet med angst og utrygghet og hadde falt hjemme.

Vi legger videre til grunn at det er svært sparsom dokumentasjon fra hjemmetjenesten i denne perioden. Vi kan ikke se at det foreligger noen tiltaksplan for pasienten, det foreligger heller ingen vurdering av pasientens ernæringsmessige tilstand eller vurdering av ernæringsmessig risiko. Vi legger også til grunn opplysninger om at det hadde vært 56 «forskjellige hjelpere» innom pasienten i aktuell periode og at pasienten ble utrygg ved at personalet ikke var samstemte i sin oppfatning av hans behov.

Manglende samarbeid med pårørende.

Om bydelens saksbehandling vil vi si at det ikke var i henhold til god praksis å avslå pasientens første søknad om sykehjemsplass, uten å ha drøftet dette med pårørende. Selv om pasienten var vurdert som klar og orientert, ville det vært naturlig å ha samhandlet med pårørende i en slik situasjon.

5. Tilsynsutvalgets vurdering av klagen fra de pårørende

Tilsynsutvalget er glad for den klare og tydelige konklusjonen til Fylkesmannen på klagen fra de pårørende. Eksemplene som gis på god praksis i primærhelsetjenesten må være retningsgivende for arbeidet i hjemmetjenesten ikke bare i bydel Østensjø, men i hele Oslo. Det er også viktig at Fylkesmannen understreker betydningen av samarbeid og samhandling mellom hjemmetjenesten og pårørende.

Tilsynsutvalget var glad for at leder av avdelig for mestring og omsorg, Jatinder Sharma på møtet 8. mars 2017 kom med en sterk beklagelse av bydelens behandling av pasienten (faren) og de pårørende - *både brukeren og pårørende skulle aldri ha opplevd dette.*

Tilsynsutvalget støtter varmt de forbedringstiltak som Sharma redegjorde for på møtet, innføring av tillitsmodellen, etablering av demensvennlige tjenester og tiltak for bedre skriftlig kommunikasjon.

Etter møtet 8.mars 2017 satt tilsynsutvalget igjen med flere ubesvarte spørsmål. Hvordan kunne det skje at en gammel hjelpetregende mann og hans pårørende fikk en slik behandling? Var dette et enkeltstående særdeles uheldig tilfelle?

Utvalget merket seg på møtet 8. mars at Sharma informerte om at mange av forholdene de pårørende påpekte var kjente problemstillinger som bydelen jobbet aktivt med å forbedre.

Utvalget merket seg også slik de pårørende ga uttrykk for i sine kommentarer til referatet fra møtet at deltakere fra administrasjonen på møtet avviste systemkritikk.

Tilsynsutvalget frykter at det de pårørende og deres far opplevde ikke var et enkeltstående tilfelle. Det er svært få pårørende som har de kunnskaper og de ressurser som pårørende i denne saken hadde, og som kreves for at pårørende kan nå fram med sin kritikk.

Etter tilsynsutvalgets vurdering er en klar systemsvikt en viktig årsak til den kritikkverdige behandlingen av pårørende og deres far i denne saken. Det var mangelfulle rutiner og dårlig og mangelfull opplæring i rutiner, og mangelfull oppfølging av at gjeldende rutiner ble fulgt. Det er et ansvar for ledelsen å sørge for å etablere gode rutiner, god opplæring og god oppfølging av rutiner. Dersom det ikke er avsatt nok ressurser til dette arbeidet, må ledelsen gi en melding til bydelsutvalget om dette.

Tilsynsutvalget vil understreke at det er ledelsens plikt å gi beskjed til bydelsutvalget dersom hjemmetjenesten ikke har de ressurser som trengs for å yte forsvarlige tjenester.

Denne saken har vist hvor den nedre grensen for forsvarlighet går.

En annen årsak til problemene som de pårørende og deres far opplevde, skyldtes skillet mellom de som utførte arbeidet i hjemmetjenesten og de som foretok saksbehandling av bl.a. søknader om tjenester i søknadskontoret. Dette skillet ble etablert ved innføringen av bestiller-utførermodellen, etter ideer fra New Public Management.

Gjennomgang av saken viser konkret hvilke uheldige konsekvenser dette skillet får i denne saken. Innføringen av tillitsmodellen vil forhåpentligvis bidra til at man unngår slike problemer i fremtiden.

6. Tilsynsutvalgets forslag til oppfølging

Det innføres nå nye, og bedre systemer i hjemmetjenesten i bydel Østensjø. Det kan likevel ikke utelukkes at det likevel vil oppstå former for systemsvikt.

For å unngå systemsvikt med så alvorlige konsekvenser som man fikk i denne saken, er det nødvendig å utarbeide gode og robuste rutiner, sørge for god opplæring av ledelse og ansatte og sikre en tilfredsstillende oppfølging av rutinene.

Mangelfulle og feil opplysninger om brukeren førte i dette tilfellet til at nødvendige vedtak ikke ble truffet. Dette viser at det må foreligge rutiner som kvalitetssikrer opplysninger om brukere av hjemmetjenester. Et av virkemidlene i en slik kvalitetssikring er et godt samarbeid med pårørende når hjelpebehovet skal vurderes. Mange brukere som er svekket av sykdom eller har demens er ikke alltid klar over egne hjelpebehov. Da er det viktig at hjemmetjenesten bygger sine vurderinger også på pårørendes kjennskap og erfaringer med brukerens muligheter og evne til å klare seg selv.

I tillegg vil tilsynsutvalget foreslå følgende tiltak:

- Informasjon fra ansatte og ledelse om avvik og mangler

En nødvendig forutsetning for å kunne forbedre kvaliteten i hjemmetjenesten er at ledelse og ansatte vil, kan og tør melde fra om feil og mangler. Det trengs et enkelt og praktisk system for avviksrapportering. Men enda viktigere er at den politiske og administrative ledelsen i bydel Østensjø sørger for at det er en kultur i organisasjonen som sikrer at ledelse og ansatte melder om avvik og problemer uten å frykte for negative konsekvenser.

- Informasjon til brukere og pårørende om tilbudet av hjemmetjenester

Tilsynsutvalget mener det er behov for bedre informasjon til brukere og pårørende om tjenestetilbudet til hjemmetjenesten. Det gjelder bl.a. hva slags tjenester de kan få, forutsetningene for å få tjenester og hvordan samarbeidet mellom bruker, pårørende og hjemmetjenesten er. Det bør også opplyses om hvem man kontakter og hvordan man tar kontakt hvis man er misfornøyd med tjenesten.

Østensjø, 23.4.2018

Karin Svendsen(s)
Leder av tilsynsutvalget

Knut Elgsaas(s)

Ann C. Elseth(s)

Vedlegg: Fylkesmannens vurdering