



# Sykehjemsetaten - status etter to års drift

2009

## **Tidligere publikasjoner fra Kommunerevisjonen i Oslo**

**Rapport 1/2009 Behandling av skjenkebevillinger og kontroll av skjenkesteder**

**Rapport 2/2009 Nytt billettsystem - kontroll og oppfølging**

**Rapport 3/2009 Barnehageopptakene i 2008: Er søknadsbehandling og opptakene gjennomført som forutsatt?**

**Rapport 4/2009 Anskaffelser i idrettsprosjekter**

**Rapport 5/2009 Kontroll av anskaffelser i 13 virksomheter**

**Rapport 6/2009 Delrapport med oppsummering av undersøkelser**

**Rapport 7/2009 Økonomisk styring og oppfølging av rehabiliteringen på Tøyenbadet**

**Rapport 8/2009 Økonomistyring i Bydel Nordstrand - oppfølging av rapport 15/2005**

**Rapport 9/2009 Avgangskarakterer i grunnskolen - Likebehandles elevene i grunnskolen?**

**Rapport 10/2009 Leveranser fra PEAB Norge AS til Omsorgsbygg Oslo KF**

**Rapport 11/2009 Undersøkelse av påstander om mulige kritikkverdige forhold i Sporveisbussene AS**

**Rapport 12/2009 Klager på behandlingen av plan- og byggesaker i Oslo kommune**

**Rapport 13/2009 Intern kontroll i og rundt IT-systemer - Samlerapport 2008**

**Rapport 14/2009 Utviklings- og kompetanseetaten - anskaffelser av IKT tjenester for Oslo kommune**

**Rapport 15/2009 Forebygging og reduksjon av sykefravær i Sykehjemsetaten**

**Rapport 16/2009 Barne- og familieetatens kontroll og oppfølging av barneverninstitusjoner**

**Rapport 17/2009 Økonomistyring i Bydel Frogner og Bydel St. Hanshaugen**

**For nærmere informasjon om Kommunerevisjonen  
og våre rapporter, se [www.krv.oslo.kommune.no](http://www.krv.oslo.kommune.no)**

## Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet *Sykehjemsetaten - status etter to års drift*.

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave for Oslo kommune etter kommuneloven av 25. september 1992 med endringer av 12. desember 2003. Formålet med forvaltningsrevisjon er nedfelt i kommuneloven § 77 nr. 4 som har følgende ordlyd:

” Kontrollutvalget skal påse at kommunens eller fylkeskommunens regnskaper blir revidert på en betryggende måte. Kontrollutvalget skal videre påse at det føres kontroll med at den økonomiske forvaltning foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak, og at det blir gjennomført systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak og forutsetninger (forvaltningsrevisjon).”

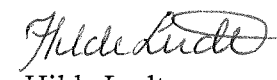
Forvaltningsrevisjonsprosjektet som rapporten er basert på ble vedtatt gjennomført av Oslo kommunes kontrollutvalg i møte 26. 08 2008 (sak 75). Prosjektet tilhører området ”*virksomhetsstyring*” i overordnet plan for forvaltningsrevisjon, som ble vedtatt av bystyret 18.06.2008 (sak 259).

Prosjektet er gjennomført med Hilde Ludt som prosjektleder og Morten Andreas Engebretsen som prosjektmedarbeider.

Kommunerevisjonen har hentet informasjon fra Sykehjemsetaten, Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, bydeler, sykehjem, eldreombud og det sentrale eldreråd. Vi vil takke alle bidragsytere for bistand i løpet av prosjektet.

12.08.2009

  
Lars Normann Mikkelsen  
avdelingsdirektør

  
Hilde Ludt  
førsterevisor



## Innhold

|                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Hovedbudskap.....</b>                                                | <b>7</b>  |
| <b>Sammendrag.....</b>                                                  | <b>7</b>  |
| <b>1. Innledning.....</b>                                               | <b>11</b> |
| 1.1 Bakgrunn .....                                                      | 11        |
| 1.2 Problemstilling .....                                               | 11        |
| 1.3 Revisjonskriterier .....                                            | 12        |
| 1.4 Metode og datagrunnlag.....                                         | 12        |
| 1.5 Avgrensinger .....                                                  | 12        |
| 1.6 Rapportens struktur .....                                           | 13        |
| <b>2. Om Sykehjemsetaten .....</b>                                      | <b>14</b> |
| 2.1 Bakgrunn for etatsopprettelsen.....                                 | 14        |
| 2.2 Sykehjemsetatens organisering .....                                 | 15        |
| 2.3 Økonomi og finansiering .....                                       | 16        |
| <b>3. Faktorer knyttet til effektivitet .....</b>                       | <b>18</b> |
| 3.1 Kapasitetsstyring .....                                             | 18        |
| 3.2 Stordriftsfordeler .....                                            | 24        |
| <b>4. Økt spesialisering .....</b>                                      | <b>29</b> |
| 4.1 Revisjonskriterium .....                                            | 29        |
| 4.2 Fakta .....                                                         | 29        |
| 4.3 Vurdering .....                                                     | 33        |
| <b>5. Kvalitetssikring .....</b>                                        | <b>34</b> |
| 5.1 Revisjonskriterium .....                                            | 34        |
| 5.2 Fakta .....                                                         | 34        |
| 5.3 Vurdering .....                                                     | 41        |
| <b>6. Faglig utvikling og kompetansetiltak .....</b>                    | <b>43</b> |
| 6.1 Revisjonskriterium .....                                            | 43        |
| 6.2 Fakta .....                                                         | 43        |
| 6.3 Vurdering .....                                                     | 46        |
| <b>7. Stillingsbrøker .....</b>                                         | <b>48</b> |
| 7.1 Revisjonskriterium .....                                            | 48        |
| 7.2 Fakta .....                                                         | 48        |
| 7.3 Vurdering .....                                                     | 51        |
| <b>8. Lege- og fysioterapidekning .....</b>                             | <b>53</b> |
| 8.1 Revisjonskriterium .....                                            | 53        |
| 8.2 Fakta .....                                                         | 53        |
| 8.3 Vurdering .....                                                     | 54        |
| <b>9. Fritt brukervalg .....</b>                                        | <b>55</b> |
| 9.1 Revisjonskriterium .....                                            | 55        |
| 9.2 Fakta .....                                                         | 55        |
| 9.3 Vurdering .....                                                     | 58        |
| <b>10. Andre forhold .....</b>                                          | <b>59</b> |
| 10.1 Forholdet til bydelene.....                                        | 59        |
| 10.2 Kontraktssituasjon for institusjoner drevet etter konkurranse..... | 60        |
| 10.3 Bemanningsprosjektet .....                                         | 61        |

|                                                                                             |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>11. Oppsummering, konklusjon og anbefalinger .....</b>                                   | <b>63</b> |
| 11.1 Oppsummering .....                                                                     | 63        |
| 11.2 Konklusjon .....                                                                       | 65        |
| 11.3 Anbefalinger .....                                                                     | 65        |
| <b>12. Høringsuttalelser og kommentarer til disse.....</b>                                  | <b>66</b> |
| 12.1 Sykehjemsetaten .....                                                                  | 66        |
| 12.2 Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester .....                                  | 67        |
| 12.3 Andre forhold .....                                                                    | 67        |
| 12.4 Kommunerevisjonens vurdering av høringsuttalelsene .....                               | 68        |
| <b>Referanser.....</b>                                                                      | <b>69</b> |
| <b>Tabelloversikt .....</b>                                                                 | <b>72</b> |
| <b>Figuroversikt .....</b>                                                                  | <b>72</b> |
| <b>Vedlegg 1 Revisjonskriterier .....</b>                                                   | <b>73</b> |
| <b>Vedlegg 2 Metode .....</b>                                                               | <b>74</b> |
| <b>Vedlegg 3 Høringsuttalelse fra Sykehjemsetaten .....</b>                                 | <b>77</b> |
| <b>Vedlegg 4 Høringsuttalelse fra Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester .....</b> | <b>87</b> |

## Hovedbudskap

Kommunerevisjonen har i 2009 undersøkt i hvilken grad Sykehjemsetaten etter to års drift lå an til å nå de målene som var satt ved etatsopprettelsen.

Det gikk seks måneder fra bystyrets vedtak, til Sykehjemsetaten skulle være operativ. Mye av den første tiden gikk med til å rekruttere personell, sikre sykehjemmenes drift og sørge for at sykehjemsplasser ble formidlet til bydelene. Det ble åpenbart nedlagt et stort arbeid de to første årene.

Kommunerevisjonen mener at Sykehjemsetaten hadde iverksatt tiltak som kan bidra til måloppnåelse på alle de undersøkte områdene. Kommunerevisjonen ser samtidig at det var noen utfordringer knyttet til etatens måloppnåelse. Sykehjemsetaten hadde bl.a. ikke kommet langt nok i arbeidet med internkontroll- og kvalitetssystemer.

## Sammendrag

Driftsansvaret for sykehjemmene ble overført fra bydelene til Sykehjemsetaten etter bystyrets behandling av byrådssak 79/06 *Sykehjem – organisering for bedre kvalitet og valgfrihet*, 21.06.2006 (bystyrets sak 262). Byrådssaken redegjorde for en rekke forventede effekter av den nye organisasjonsmodellen.

I denne rapporten har Kommunerevisjonen undersøkt om Sykehjemsetaten etter to års drift lå an til å nå de målene som ble satt ved dens opprettelse. Dette er søkt belyst ved å undersøke status for tiltak og resultater knytte til *effektiviteten av og kvaliteten på* sykehjemsdriften i Oslo kommune. Undersøkelsen ble gjennomført i første halvår 2009.

Under *effektivitet* har vi sett på forhold knyttet til styring av sykehjemskapasitet og utnyttelse av stordriftsfordeler.

Under *kvalitet* har vi sett på forhold som spesialisering, kvalitetssikring, faglig utvikling og fritt brukervalg. Vi har også vurdert arbeidet med å nå bystyrets mål knyttet til lege- og fysioterapidekning og økte stillingsbrøker.

Prosjektet tok også sikte på å undersøke om det var vesentlige utilsiktede konsekvenser av etatsopprettelsen.

### Sentrale funn og vurderinger - effektivitet

#### *Kapasitetsstyring*

Sykehjemsetaten har siden opprettelsen arbeidet med å kartlegge Oslo kommunes sykehjemskapasitet og utarbeidet rutiner for å sikre kapasitetsstyring.

Kommunerevisjonen ser at Sykehjemsetatens tilbud i 3. tertial 2008 i betydelig grad hadde nærmet seg bydelenes bestilling av ordinære plasser. Det var en liknende utvikling for forsterkede plasser, mens det var en økning i forskjellen mellom bydelenes bestilling og etatens tilbud av aldersplasser og plasser i skjermede enheter.

Vi ser at målene om at en viss andel plasser skal avsettes til rehabiliterings- og korttidsplasser, og målet om å justere sykehjemstilbudet etter bydelenes bestillinger, i praksis vil være motstridende så lenge bydelene ikke bestiller den andelen korttids- og rehabiliteringsplasser bystyret har satt som mål. De endringer som var foretatt for å tilpasse Sykehjemsetatens tilbud til bydelenes bestilling, førte til en dårligere resultatoppnåelse på mål vedtatt av bystyret.

Vi stiller videre spørsmål ved om Sykehjemsetaten sentralt i større grad burde bidratt med informasjon når bydeler hadde behov for plasser utover den faste en-blocbestillingen av korttids- og rehabiliteringsplasser.

#### *Stordriftsfordeler*

Sykehjemsetaten hadde iverksatt tiltak knyttet til stordriftsfordeler på flere områder, men det er etter Kommunerevisjonens vurdering for tidlig å si noe bestemt om effekten av disse.

### **Sentrale funn og vurderinger - kvalitet**

#### *Spesialisering*

Sykehjemsetaten arbeidet med å opprette eller utvikle flere spesialiserte tilbud, og et stort flertall av bydelene opplevde at Sykehjemsetaten lyttet til deres innspill i forhold til utviklingen av disse.

Kommunerevisjonen stiller spørsmål ved om Sykehjemsetaten sentralt hadde god nok kjennskap til institusjonenes arbeid for å sikre et eget tilbud til mentalt klare beboere.

#### *Kvalitetssikring*

Sykehjemsetaten arbeidet med kvalitetssikring på flere områder og nivåer. I 2008 nedsatte etaten et eget kvalitetsutvalg og utviklet felles rutiner for klage- og avvikshåndtering. Sykehjemsetaten hadde utarbeidet et verktøy som sammenstiller informasjon om kvalitet. Det understøttet muligheten for å jobbe systematisk med kvalitet i styringsdialogen.

Sykehjemsetaten kunne vise til flere tiltak og aktiviteter rettet mot å informere sykehjemmene om lov- eller forskriftsendringer. Vi mener samtidig det var uheldig at Sykehjemsetaten ikke hadde kommet lenger med utviklingen av et kvalitetssystem.

Internkontroll er et lederansvar som i første instans påhviler institusjonsleder. Samtidig er det klart at Sykehjemsetaten har det overordnede ansvaret for å sikre at de kommunale sykehjemmene har gode internkontroll- og kvalitetssystemer. Det er vår oppfatning at Sykehjemsetaten ikke i tilstrekkelig grad hadde ivaretatt dette.

#### *Faglig utvikling og kompetansetiltak*

Vi ser det som positivt at institusjonenes kompetanseplaner ble brukt til å utarbeide kompetanseplanen for Sykehjemsetaten sentralt. Vi stiller spørsmål ved om norskopplæringstilbudet og tilbudet om grunnleggende kompetansehevingstiltak var tilstrekkelig til å dekke institusjonenes behov.

Institusjonenes svar på Kommunerevisjonens spørreskjema tydet på at etaten hadde et forbedringspotensial i forhold til å informere institusjonene om de kompetansehevingstilbudene som fantes.



### *Stillingsbrøker*

Både arbeidsmiljøloven og Oslo kommunes overenskomster med arbeidstakerorganisasjonene stiller krav om å tilrettelegge for økning i deltidsansattes ansettelsesprosent.

Kommunerevisjonen mener det er uheldig at Sykehjemsetaten ikke rapporterte på resultatmålet for stillingsbrøker i sin årsberetning for 2008. Tallene Sykehjemsetaten ga Kommunerevisjonen, viste at etaten lå langt under bystyrets mål for 2008 om at minst 75 % av alle ansatte skulle ha mer enn 80 % stilling. Vi ser samtidig at bystyret ikke har opprettholdt dette målet for 2009.

Arbeidet med å øke stillingsbrøker synes ikke å ha vært et høyt prioritert område etter etatsopprettelsen. Det var utarbeidet en prosedyre for økning av stillingsbrøker ved vakanse, men denne var ikke iverksatt på undersøkelsestidspunktet. En kartlegging av deltidsansattes ønskede stillingsbrøk var heller ikke gjennomført.

Sykehjemsetaten hadde gjort et arbeid for å anslå kostnader av å nå bystyrets mål om andel deltidsansatte under ulike senarioer. Vi mener modellene som ble benyttet, med fordel kunne ha vært utviklet videre.

### *Andre forhold*

Sykehjemsetaten hadde en økning i antallet fysioterapeuttimer fra 2007 til 2008, og resultatet i 2008 tilsvarte det målet bystyret har satt for 2009. Sykehjemsetaten var også tett opp til målet for legedekning i 2008.

Sykehjemsetaten hadde etablert systemer for å sikre at brukere blir tilbudt plass på ønsket institusjon, eller blir gitt plass på ønskeliste etter vedtaksdato.

Vi konstaterer at det frem til juni 2009 kun var nettbasert informasjon om tjenestetilbudet ved hver enkelt institusjon. Vi setter spørsmålstegn ved om dette var tilstrekkelig, særlig sett i lys av den aktuelle brukergruppen.

Institusjonenes svar på Kommunerevisjonens spørreskjema kan tyde på at det var samarbeidsutfordringer mellom bydeler og institusjoner i de tilfellene der sykehjemsbeboere fikk endrede behov.

Undersøkelsen viser at 11 ikke-kommunale institusjoner fom. 01.01.2009 drev uten gyldig skriftlig avtale. Dette gjelder sykehjem drevet av ideelle organisasjoner.

### **Anbefalinger**

Sykehjemsetaten har eksistert i vel to år, og er fremdeles i en prosess i forhold til mange av de målene og forventningene som lå til grunn for dens opprettelse. I det videre arbeidet anbefaler Kommunerevisjonen at etaten:

- iverksetter tiltak som kan sikre at etaten når de målene som bystyret har vedtatt
- vurderer om informasjonen til bydelene er tilfredsstillende i de tilfellene bydelene har behov for plasser utover en-blocbestillingen
- fortsetter arbeidet med etablering av nye spesialiserte enheter i nær dialog med institusjonene og bydelene, herunder følger opp føringer om egne enheter for mentalt friske sykehjemsbeboere

- sikrer at alle institusjoner har tilfredsstillende internkontroll- og kvalitetssystemer i påvente av etatens helhetlige kvalitetssystem
- følger opp institusjonenes etterlevelse av nye rutiner for klage- og avvikshåndtering
- vurderer om informasjonen og/eller tilbudet om norskopplæring og grunnleggende kompetansehevingstiltak er tilstrekkelig for å ivareta institusjonenes behov
- innfører systemer som sikrer at etaten rapporterer på alle bystyrets måltall for sykehjemssektoren
- vurderer tiltak for å sikre god samhandling mellom bydel og institusjon, ikke minst i de tilfeller hvor brukere vurderes å ha behov for en annen type plass enn det de har vedtak om
- sørger for gyldige skriftlige avtaler med alle ikke-kommunale driftere av sykehjem

### **Høringsuttalelser**

Sykehjemsetaten har kommentert rapporten i brev datert 04.08.2009 og Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester har kommentert rapporten i brev av 10.08.2009.

Kommunerevisjonen ser det som positivt at Sykehjemsetaten og byrådsavdelingen oppfatter rapporten som nyttig og varsler at de har iverksatt eller vil iverksette tiltak i tråd med Kommunerevisjonens anbefalinger.

## 1. Innledning

Bystyret vedtok 21.06.2006 (sak 262) å opprette en sykehjemsetat fra 01.01.2007. Sykehjemsetaten overtok driften av kommunens sykehjem fra bydelene, og fikk også ansvar for kontraktsstyringen av de private sykehjemmene og sykehjem som drives etter konkurranse.<sup>1</sup>

Sykehjemsetaten har som oppgave å sørge for at brukere som har fått vedtak om sykehjemstjenester, får oppfylt den lov- og forskriftsfestede retten til diagnose og behandling, medisinsk habilitering, rehabilitering og pleie og omsorg. Etaten har ansvar for at tjenestene tilfredsstiller de kravene til kvalitet som følger av forskrift og bystyrevedtak. Sykehjemstilbudet skal være differensiert og tilpasset de ulike brukergruppenes behov, samt sikre valgfrihet og likebehandling.<sup>2</sup>

### 1.1 Bakgrunn

Bakgrunnen for at driftsansvaret for sykehjemmene ble overført fra bydelene til Sykehjemsetaten fremgår av byrådssak 79/06 *Sykehjem – organisering for bedre kvalitet og valgfrihet*, som ble behandlet av bystyret i møte 21.06.2006 (sak 262).

Byrådssaken påpekte en rekke positive effekter ved etatsmodellen knyttet til områder som kapasitetsstyring, faglig utvikling og fritt brukervalg. Sykehjemsetaten skulle dermed imøtekomme mange av de utfordringer kommunen hadde på sykehjemsområdet. I tiden etter opprettelsen av etaten har det imidlertid kommet bekymringsmeldinger knyttet til situasjonen i kommunens sykehjemssektor, både fra politisk hold og gjennom media, knyttet til forhold som kapasitetsutnyttelse, prisutvikling og fleksibiliteten i pleie og omsorgssektoren.

Kommunerevisjonen har de senere årene hatt en rekke forvaltningsrevisjonsprosjekter hvor aspekter relatert til sykehjem og sykehjemsdrift har vært belyst og vurdert. Rapportene omhandler temaer som kvaliteten på pleie- og omsorgstjenesten ved enkeltsykehjem, bydelenes behandling av søknad om fast plass i sykehjem og innføring av Gerica. Temaene er presentert i Kommunerevisjonens rapporter 15/2009, 9/2008, 7/2007 og 8/2005.<sup>3</sup>

### 1.2 Problemstilling

Prosjektets hovedproblemstilling har vært:

- I hvilken grad ligger Sykehjemsetaten an til å nå de målene som ble satt ved dens opprettelse?

Problemstillingen er søkt belyst ved å undersøke status etter to års drift med hensyn til tiltak og resultater knyttet til *effektiviteten av* og *kvaliteten på* sykehjemsdriften i Oslo kommune. Undersøkelsen ble gjennomført i første halvår 2009.

---

<sup>1</sup> Sak 1/2007 - Byrådets forslag til budsjett 2007 og økonomiplan for 2007 -2010

<sup>2</sup> Sak 1/2009 - Byrådets forslag til budsjett 2009 og økonomiplan for 2009 -2012

<sup>3</sup> Rapportene kan bestilles fra Kommunerevisjonen, eller lastes ned fra vårt nettsted.

Under *effektivitet* har vi vurdert:

- om styringen av kommunens sykehjemskapasitet var blitt bedre
- om etatsopprettelsen hadde bidratt til at sykehjemssektoren i større grad dro nytte av stordriftsfordeler på områder som innkjøp, drift og vedlikehold, personal, økonomi, regnskap og administrative støttefunksjoner

Under *kvalitet* har vi vurdert:

- om det var blitt økt spesialisering i sykehjemssektoren
- i hvilken grad Sykehjemsetaten hadde bidratt til kvalitetssikring og faglig utvikling i sykehjemssektoren
- om Sykehjemsetaten hadde sørget for at Oslo kommunes mål knyttet til lege- og fysioterapidekning ble innfridd
- om Sykehjemsetaten hadde bidratt til at stillingsbrøkene for ansatte ved Oslo kommunes sykehjem var økt
- i hvilken grad Sykehjemsetaten hadde sørget for fritt brukervalg

Prosjektet tok også sikte på å undersøke om det var vesentlige utilsiktede konsekvenser av etatsopprettelsen.

### 1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er i all hovedsak hentet fra bystyrets sak 262/06 *Sykehjem - Organisering for bedre kvalitet og valgfrihet*, byrådssak 79 av 27.04.2006 (inkludert behandlingen/underlagsdokumenter), og mål gitt i budsjettdokumenter. De kriteriene som ligger til grunn for våre vurderinger presenteres fortløpende utover i rapporten. Vedlegg 1 gir en samlet oversikt over revisjonskriteriene, og hvordan disse er utledet.

### 1.4 Metode og datagrunnlag

Undersøkelsens datagrunnlag består av:

- **Dokumentanalyse:** Gjennomgang av bl.a. byrådssak 79/06, byrådets budsjettforslag og bykassens vedtatte budsjett for årene 2007, 2008 og 2009, Sykehjemsetatens årsberetninger, interne styringsdokumenter og referater, rapporteringer fra etaten til Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester og dokumentasjon fra prosjekter i etaten.
- **Kvantitativ analyse:** Analyse av regnskapstall, indikatorer for kapasitetsutnyttelse, tall knyttet til stordriftsfordeler og indikatorer for lege- og fysioterapidekning med mer.
- **Intervju:** Intervju med bl.a. ledere og områdedirektører i Sykehjemsetaten samt intervju med Byrådsavdelingen for velferd og sosiale tjenester.
- **Spørreskjema:** Elektronisk spørreskjema ble sendt til alle institusjoner og bydeler i mars/april for å hente inn informasjon om deres syn på Sykehjemsetatens arbeid knyttet opp til målsetningene, samt belyse andre konsekvenser av etatsopprettelsen. Alle institusjoner og bydeler svarte på undersøkelsen.

Undersøkelsens metode er nærmere beskrevet i vedlegg 2.

## **1.5 Avgrensinger**

Prosjektet har tatt utgangspunkt i den situasjonsbeskrivelsen som er gitt i byrådssak 79/06. Prosjektet har fokusert på situasjonen i Sykehjemsetaten etter to års drift. Det tar ofte tid før effekten av omorganiseringer materialiserer seg i form av måloppnåelse. I prosjektet har vi ikke gått inn på Sykehjemsetatens helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS) da dette er ivaretatt i et separat forvaltningsrevisjonsprosjekt (se Kommunerevisjonens rapport 15/2009 *Forebygging og reduksjon av sykefravær i Sykehjemsetaten*).

I prosjektet har vi heller ikke sett på bydelenes bruk av ulike type plasser (bestillerpraksis). Dette temaet er imidlertid behandlet i vår rapport 5/2007. Den rapportens anbefalinger og varslede tiltak vil bli tatt opp i en egen oppfølgingsundersøkelse.

## **1.6 Rapportens struktur**

Kapittel 2 inneholder en kort presentasjon av bakgrunnen til etatsopprettelsen og Sykehjemsetatens økonomi, finansiering og organisasjon. I kapittel 3 redegjør vi for forhold knyttet til effektivitet, mens vi i kapitlene 4 - 8 tar for oss kvalitetsmessige forhold ved etatens arbeid. I kapittel 9 presenterer og drøfter vi Sykehjemsetatens arbeid for å sikre fritt brukervalg. I kapittel 10 redegjør vi for andre sider ved Sykehjemsetatens arbeid. I kapittel 11 oppsummer vi de viktigste funnene, konkluderer og gir anbefalinger til Sykehjemsetatens videre arbeidet. Rapportens avsluttende kapittel, kapittel 12, gjengir og kommenterer vi høringsuttalelsene fra Sykehjemsetaten og byråden for velferd og sosiale tjenester. Høringsuttalelsene ligger i sin helhet som vedlegg 3 og 4 i rapporten.

## 2. Om Sykehjemsetaten

### 2.1 Bakgrunn for etatsopprettelsen

#### 2.1.1 Utfordringer ved forrige organisasjonsmodell

I byrådssak 79/06 *Sykehjem – organisering for bedre kvalitet og valgfrihet*, ble det pekt på flere utfordringer ved organisasjonsmodellen der sykehjem var drevet av bydelene:

- Det var ubalanse i tilbud og etterspørsel av sykehjemsplasser i de enkelte bydelene, og ordning med kjøp og salg av plasser fungerte ikke tilfredsstillende.
- Etterspørselen etter sykehjemsplasser hadde variert mye, og ordningen var lite fleksibel i forhold til å håndtere svingninger i etterspørselen.
- Retten til å velge sykehjem ble enkelte ganger satt til side fordi bydeler ønsket å fylle sine egne sykehjem, heller enn å kjøpe plasser i andre bydeler.
- Det var stor variasjon i kvalitetsarbeidet, og gode kvalitetssikringssystemer utviklet og etablert i én bydel ble i liten grad nyttiggjort i andre bydeler.
- Hver bydel var for liten til å bygge opp egne tilbud til ulike målgrupper, og bydelene var for lite villige til å kjøpe tilrettelagte tilbud i andre bydeler.
- Det var en utfordring å rekruttere tilstrekkelig personell med rett utdanning og erfaring.

#### 2.1.2 Forventninger til ny etat

Sykehjemsetaten skulle løse mange av de utfordringer kommunen hadde på sykehjemsområdet. I redegjørelsen for etatsmodellen nevnte byrådet en rekke positive effekter ved denne organisasjonsmodellen:

- Opprettelsen av en sykehjemsetat ville bidra til at man fikk en overordnet kontroll over sykehjemskapasiteten i byen som helhet.
- En sentral etat kunne bedre ivareta en helhetlig oversikt over dagens og fremtidig kapasitetsbehov, og gjennomføre virksomhetsetableringer og avviklinger etter behov.
- Det ville være mulighet for å dra nytte av stordriftsfordeler innenfor områder som innkjøp, drift og vedlikehold, personal, økonomi, regnskap osv.
- Modellen kunne bidra til en samordnet faglig god utvikling for kommunens sykehjem og ivareta ulike kvalitetssikringstiltak.
- Etaten kunne også ivareta kompetanseutviklingstiltak.
- Etaten kunne informere om hva sykehjemmene representerer og hva Oslos befolkning kunne velge mellom – et avgjørende elementer for at retten til fritt valg av sykehjemsplass skal gjennomføres i praksis.
- Modellen ville gi større selvstyre for den enkelte institusjon og økt mulighet til spesialisering gjennom å tilrettelegge for særskilte målgrupper med ulike behov.
- Modellen vil gi bedre grunnlag for samarbeid med hensyn til eiendomsforvaltning.
- Modellen fjernet bydelenes insentiver til å plassere brukere i spesielle institusjoner, og dermed sikre fritt brukervalg.
- Eventuelle underskudd i etaten skulle ikke dekkes innenfor bydelsrammen, og bydelene ville dermed ikke dekke utgifter knyttet til overkapasitet.
- Byrådet mente at etatsmodellen ville gi bydelene en bedre mulighet til å planlegge både egen økonomi og forbruk av tjenester innen pleie og omsorg på en bedre måte.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Byrådssak 79/06 *Sykehjem – organisering for bedre kvalitet og valgfrihet*

### 2.1.3 Etatsopprettelsen

Det gikk seks måneder fra bystyrets vedtak om etatsopprettelse, til Sykehjemsetaten skulle være operativ 01.01.2007. Sentrale informanter ga uttrykk for at etaten ble opprettet i løpet av svært kort tid og at en rekke ting ikke var på plass ved oppstart. Den første tiden ble benyttet til å rekruttere personell, sikre sykehjemmenes drift og sørge for at sykehjemsplasser ble formidlet til bydelene.<sup>5</sup>

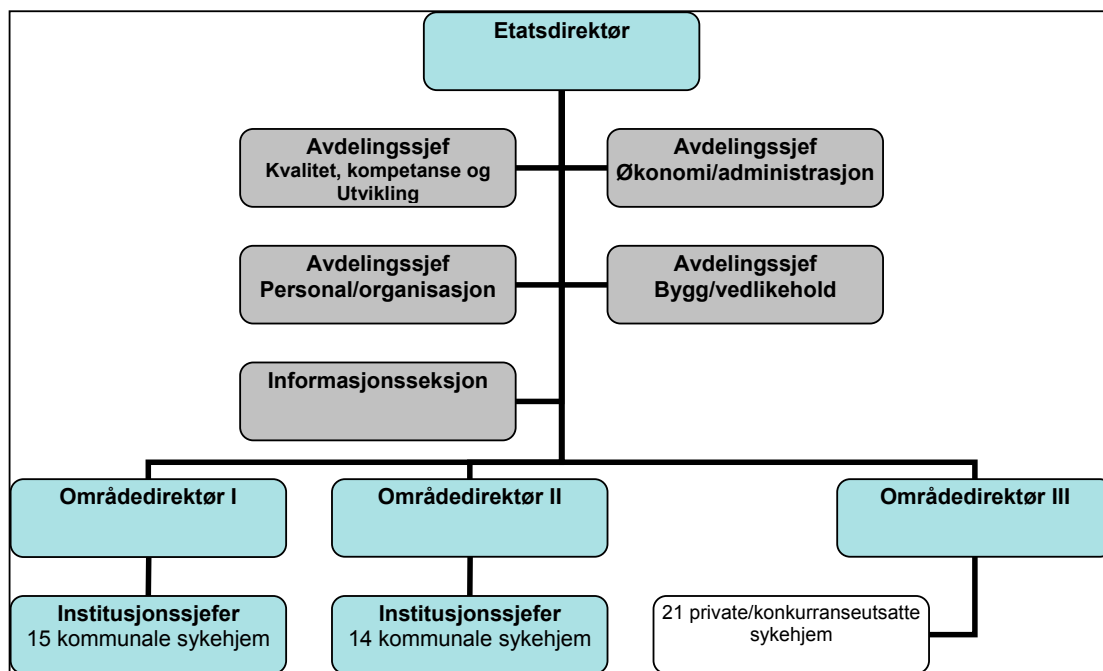
### 2.1.4 Bydelenes syn på etatsopprettelsen

13 av Oslo kommunes 15 bydelsutvalg var imot opprettelsen av en sykehjemsetat. Flere bydeler ga uttrykk for at en etat ville bidra til en segmentering av tiltaksskjeden, og at det ville være utfordringer knyttet til samarbeidet mellom institusjonstjenesten drevet av en sentral etat, og hjemmetjenestene drevet av bydelene.<sup>6</sup>

## 2.2 Sykehjemsetatens organisering

Sykehjemsetaten forvalter store verdier. I 2009 hadde etaten et utgiftsbudsjett på 3,9 milliarder.<sup>7</sup> Etaten hadde 7325 ansatte fordelt på 3622 årsverk ved utgangen av 2008.<sup>8</sup> Sykehjemsetatens organisasjonsstruktur er illustrert i figur 1.

Figur 1 Sykehjemsetatens organisasjonskart



Note: Organisasjonskartet er utarbeidet av Sykehjemsetaten

Etaten hadde på undersøkelsestidspunktet ansvaret for driften av 29 kommunale sykehjem, og kontraktsstyring av 21 alders- og sykehjem. Ved inngangen til 2. tertial 2009 hadde Sykehjemsetaten 4771 heldøgns plasser i drift.

<sup>5</sup> Sykehjemsetaten, Årsberetning 2007

<sup>6</sup> Byrådssak 79/06, Sykehjem - organisering for bedre kvalitet og valgfrihet, uttrykt vedlegg 1. Referater fra møter med bydelsutvalgenes arbeidsutvalg, og uttrykt vedlegg 2 Høringsuttalelsene

<sup>7</sup> Bystyrets vedtatte budsjett 2009 (Dok 3)

<sup>8</sup> Sykehjemsetaten, Årsberetning 2008

De kommunale institusjonene var fordelt på to områder, område 1 og område 2, og underlagt områdedirektører. Områdedirektørene hadde delegert myndighet fra etatsdirektør med ansvar for budsjett, personalansvar og tjenesten til brukerne ved institusjonene i sitt område.

Områdedirektøren for område 3 fulgte opp de ikke-kommunale sykehjemmene og kommunale sykehjem drevet etter konkurranse (heretter omtalt som *ikke-kommunale*). Områdedirektøren hadde ansvar for kontraktsoppfølging og tjenesten til brukerne ved de ikke-kommunale institusjonene.

I tillegg hadde Sykehjemsetaten flere stabsavdelinger som støttet områdedirektørens arbeid. Avdeling for kvalitet, kompetanse og utvikling (heretter omtalt som Kvalitetsavdelingen) hadde blant annet medansvar for implementeringen av Gerica, arbeid med strategi og plan, formidling av plasser, kvalitetsutvikling og kompetanseheving. De andre stabsavdelingene presenteres nærmere der de omtales i rapporten.

## **2.3 Økonomi og finansiering**

Sykehjemsetaten endte med et negativt regnskapsresultat både i 2007 og 2008. I det følgende gir vi en kort redegjørelse for forhold knyttet til etatens finansiering og økonomi.

### **2.3.1 Pris og finansiering**

Bystyret fastsetter prisen på sykehjemsplasser. Bystyret ga ved behandling av bystyresak 262/06, byrådet fullmakt til å vedta prismodellen etter de prinsipper som ble skissert i byrådssak 79/06 *Sykehjem - organisering for bedre kvalitet og valgfrihet*. Prismodellen innebærer at salgsprisen til bydelene fastsettes ved gjennomsnittsberegninger per sykehjemsplass uansett driftsform, men med rom for ulik prissetting av tilbud med definerte og aksepterte ulikheter i tjenestenivået. Differensiert prissetting blir oppnådd ved en vektning av prisen på ulike plasskategorier.

Modellen forutsatte at Sykehjemsetatens inntekter skulle dekke driftskostnadene til kommunale og private institusjoner og etatsadministrasjonen. I 2007 og 2008 var finansieringsmodellen basert på en forventning om at Sykehjemsetaten skulle operere med 99 % belegg.

Ved sin behandling av byrådssaken i 2006, ba bystyret byrådet fremme en egen sak om finansieringssystem for sykehjemmene. Dette ble gjort i byrådssak 233/08 *Pris- og finansieringsmodell for sykehjemsplasser i Oslo*. Byrådet foreslo en videreføring av prismodellen, men en reduksjon i beleggsprosenten. Ved bystyrets behandling av budsjett for 2009 ble beleggsprosent nedjustert til 97,33 %, og Sykehjemsetaten fikk en større grad av grunnfinansiering. Per 31.05.2009 lå byrådssak 233/08 til behandling i bystyrets finanskomité.



Den vektete prisen for bydelenes betaling per sykehjemsplass var 555 600 kroner i 2007<sup>9</sup> mens prisen per vektet plass i 2009 er 627 400 kroner. Dette innebar en årlig prisvekst på 6,3 % fra 2007 til 2009. Vektene benyttet for ulike kategorier varierer fra 0,75 for aldersplasser til 1,7 for plasser i kategorien forsterket annet. Prisen for dagsenterplasser var opprinnelig beregnet som 0,25 av vektet pris i 2007, ble fastsatt separat i 2008 og tillagt en vekt på 0,15 i 2009.

### 2.3.2 Økonomi

Sykehjemsetaten hadde et merforbruk sammenliknet med budsjett i 2007 og 2008 på henholdsvis 50 og 60 millioner kroner. Sykehjemsetatens årsberetning for 2008 og en analyse av regnskapsresultatet for 2007<sup>10</sup> viste at det negative resultatet i 2008 skyldtes lavere inntekter fra salg av sykehjemsplasser enn budsjettet. Sykehjemsetaten hadde 87,6 millioner kroner lavere salgsinntekter enn budsjettet i 2008, mens de totale utgiftene var 27,6 millioner lavere enn budsjettet.

Samlet sett utgjorde etatens merforbruk 1,5 % og 1,7 % av etatens brutto driftsutgifter i henholdsvis 2007 og 2008. Dette fremgår av tabell 1.

**Tabell 1 Sykehjemsetatens økonomi 2007, 2008 og 2009**

|                                           | 2007  | 2008  | 2009  |
|-------------------------------------------|-------|-------|-------|
| Budsjett utgifter (millioner kroner)      | 3 347 | 3 614 | 3 900 |
| Budsjett inntekter (millioner kroner)     | 3 025 | 3 239 | 3 407 |
| Netto overføring (millioner kroner)       | 322   | 374   | 493   |
| Merforbruk (millioner kroner)             | 50    | 60    | 10**  |
| Merforbruk som % av budsjetterte utgifter | 1,5 % | 1,7 % | 0,3 % |
| Fremført merforbruk (millioner kroner)    | 18    | 0*    |       |

Note: Budsjetterte utgifter, inntekter og netto overføring er hentet fra Bystyrets vedtatte budsjett (Dok 3) 2007, 2008 og 2009. Tallene på merforbruk er hentet fra Sykehjemsetatens årsberetning 2007 og 2008. Fremført merforbruk for 2007 er hentet fra byrådssak 103/08 vedtatt av bystyret 18.06.08 (sak 261).

\* Fremført merforbruk for 2008 er foreløpig og basert på byrådssak 92/09.

\*\* Merforbruk 2009 er prognose basert på Sykehjemsetatens tertialrapport per 30.04.2009.

Sykehjemsetaten oppga videre at det ikke var sammenheng mellom antallet og typer plasser som dannet grunnlaget for etatens inntektsbudsjett i 2007 og 2008, og det reelle antallet plasser etaten driftet disse årene. Forholdet mellom Sykehjemsetatens budsjetterte og solgte plasser er nærmere omtalt i kapittel 3.1.

<sup>9</sup> Bystyrets behandling av sak 235 *Årsbudsjett 2007 - Virkninger av regnskap 2006 m.v.*

<sup>10</sup> Notat fra Sykehjemsetaten til Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester 19.02.2008, Regnskapsresultat 2007 - forklaring av avvik.

### 3. Faktorer knyttet til effektivitet

I dette kapittelet ser vi på to forhold knyttet til effektivitet i sykehjemssektoren som ble løftet frem i byrådssak 79/06; kapasitetsstyring og utnyttelse av stordriftsfordeler.

#### 3.1 Kapasitetsstyring

Sykehjemsetaten har ansvar for å tilpasse antall sykehjemsplasser til kommunes behov. Behovet reflekteres til enhver tid av de bestillinger som gis fra bydeler, byrådet eller bystyret.

Oslo kommunes sykehjemsbehovsplan gir føringer for kommunens langsiktige kapasitetsbehov. Planen vurderer sykehjemskapasitet i forhold til statlige og kommunale retningslinjer, samt demografiske og helsemessige utviklingstrekk. Bystyret vedtar også spesifikke måltall i forhold til andelen korttidsplasser, andelen plasser til rehabilitering og andelen plasser i enkeltrom i forbindelse med den årlige budsjettbehandlingen.

##### 3.1.1 Revisjonskriterium

- Sykehjemsetaten skal sikre god styring av Oslo kommunes sykehjemskapasitet
  - Sykehjemsetaten bør ha systemer som sikrer god styring av sykehjemskapasiteten.
  - Sykehjemsetaten bør kunne vise til resultater knyttet til kapasitetsutnyttelse, herunder at bystyrets mål for sykehjemskapasitet nås:
    - 20 % av døgnplasser i aktiv drift skal være avsatt til tidsbegrenset opphold,
    - 5 % av døgnplasser i aktiv drift skal være avsatt til rehabilitering,
    - 90 % av institusjonsplassene skal være på enerom, og at
    - 25 % av institusjonsplassene skal være i skjermede enheter for aldersdemente.

##### 3.1.2 Fakta

###### *Oversikt over samlet kapasitet per 01.01.2007*

Sykehjemsetaten gjennomførte etter opprettelsen oppstartsmøter med alle sykehjem, der institusjonslederne ble bedt om å korrigere antallet plasser bydelene hadde oppgitt at de drevet høsten 2006.

Etatsdirektør fortalte at de så langt det lot seg gjøre tilpasset tilbudet sitt til bydelenes bestilling. Dette medførte at korttidsplasser kunne bli gjort om til langtidsplasser, og aldershjems plasser til sykehjemsplasser.

###### *Bestillingsrutiner og rutiner for melding av ledige plasser*

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester utarbeidet i 2006 en instruks som fastsetter ansvarsfordelingen mellom bydel og sykehjemsetat i forhold til kjøp og drift av sykehjemsplasser. Instruksen fastslår at bydelene skal sende informasjon om vedtak til Sykehjemsetaten. Videre skal bydelene levere planlagt og endelig årsbestilling og eventuelle endringsbestillinger innen gitte frister.

Instruksen definerer to bestillingspraksiser. For korttids-, rehabiliterings-, aldershjems- og dagplasser skal det foretas en samlet "en-bloc" bestilling<sup>11</sup> på driftssteder i geografisk

---

<sup>11</sup> I det videre vil disse plassene bli referert til som "en-bloc plasser" og bestillingen som "en-bloc bestilling".

nærhet til brukeres bostedsadresse. For langtidsplasser skal det bestilles et antall plasser uten at disse fordeles på institusjoner. En-bloc plasser skal faktureres i henhold til bydelenes bestilling, mens langtidsplassene faktureres etter antall plasser benyttet. For å få mer forutsigbarhet i bydelenes bestilling og bedre oversikt over kapasitetsutnyttelse til enhver tid, oppga Sykehjemsetaten at de hadde utarbeidet en rekke kvalitetsmeldinger, rutiner og planer for bestilling og tildeling av plasser.

Hver måned skulle alle institusjonene melde inn antall plasser i drift, samt oversikt over langvarig planlagt ledighet til Sykehjemsetaten. Beslutningen om å holde et rom eller plasser ledig ble tatt av institusjonssjef, i samråd med områdedirektør. Det var også utarbeidet en rutine for registrering av midlertidig ledighet ved hver institusjon. Denne knyttet oversikten over kapasitetsutnyttelse til en oversikt over inntekter og utgifter. Fra 2. tertial 2008, oppga Sykehjemsetaten at den sendte oversikt over kapasitet for alle kategorier plasser til bydelen i forkant av de tertialvise bestillingene. Sykehjemsetaten la også daglig ut oversikt over ledige plasser på sine internettsider.

Kvalitetsavdelingen skulle kvalitetssikre at bydelenes bestilling av en-bloc plasser var i samsvar med eksisterende plasser, og analysere tallmaterialet. Dersom bydelene hadde behov for korttids- eller rehabiliteringsplasser utover en-bloc bestillingen, skulle dette meldes til Kvalitetsavdelingens formidlingsenhet. Formidlingsenheten kunne benytte langtidsplasser som ekstra korttidsplasser ved behov.

#### *Løpende kapasitetsoversikt*

Kvalitetsavdelingen holdt oversikt over bydelenes tertialsvise bestillinger av ulike type plasser. I det daglige benyttet man Geric<sup>12</sup> og et egenutviklet Excel-basert regneark til dette. Leder for Kvalitetsavdelingen fortalte at dette ga daglig oversikt over ledige plasser per sykehjem.

Kvalitetsavdelingen utarbeidet skriftlige oversikter over *tildelingsledighet*, det vil si plasser som var ledig i påvente av tildeling, en til to ganger i måneden. Oversiktene ga et øyeblikksbilde av antallet plasser søkere ikke hadde takket ja til, eller det ikke er søkere til på en viss dato<sup>13</sup>. I 2007 var det i snitt 15,5 ledige plasser ved disse opptellingene, mens det i 2008 i snitt var 26,7 ledige plasser ved disse opptellingene.

Ved hvert tertial produserer Kvalitetsavdelingen en større oversikt over bydelenes bestilling etter type plass samt en oversikt over plasser i drift. Tabell 2 viser at differansen mellom bydelenes bestilling og Sykehjemsetatens tilbud av ordinære plasser, korttidsplasser og rehabiliteringsplasser, ble redusert fra 2. tertial 2007 til 3. tertial 2008. Per 2. tertial 2007, bestilte bydelene 355 flere ordinære plasser enn det etaten disponerte. Ved 3. tertial 2008, var denne forskjellen 18 plasser. Tabellen viser at Sykehjemsetaten i denne perioden hadde en underkapasitet på ordinære plasser og en overkapasitet på de fleste andre plasser.

---

<sup>12</sup> Geric er det elektroniske pasientjournalssystemet Oslo kommune benytter innen pleie-, rehabiliterings og omsorgstjenesten.

<sup>13</sup> Tallene gir ikke den totale ledigheten som også inkluderer plasser som holdes ledige pga. ombygging, avvikling, smitteutbrudd eller annet.

**Tabell 2 Differanse mellom plasser i drift og plasser bestilt 2007**

|                 | Ordinære | Skjermet* | Forst.psyk** | Forst.annet | Korttid*** | Rehab | Aldersplasser | Dagsenter |
|-----------------|----------|-----------|--------------|-------------|------------|-------|---------------|-----------|
| 2. tertial 2007 | -355     | 110       | 85           |             | 95         | 80    | 0             | 71        |
| 3. tertial 2007 | -249     | 91        | 89           | -19         | 88         | 79    | 11            | 74        |
| 1. tertial 2008 | -161     | 72        | 49           | -3          | 8          | 114   | 14            | 12        |
| 2. tertial 2008 | -53      | 110       | 37           | -5          | -23        | 36    | 26            | -3        |
| 3. tertial 2008 | -18      | 137       | 10           | 19          | 0          | 21    | 19            | 6         |

Note: Negativt tall betyr at bydelene bestilte flere plasser enn det Sykehjemsetaten driftet ("underkapasitet"), mens positivt tall betyr at bydelene bestilte færre plasser enn det Sykehjemsetaten disponerte ("overkapasitet"). Tabellen er basert på Sykehjemsetatens tall for bestillinger og plasser i drift. Det tas forbehold om nøyaktigheten i tallmaterialet fra 2007 da registreringer startet senhøsten 2007.

\*Sykehjemsetaten har vært i diskusjon med Bydel Grorud om 18 skjermede plasser ved Ammerudhjemmet. Disse plassene er inkludert som skjermede plasser i tallmaterialet over.

\*\*Det ble ikke skilt og spesifisert mellom forsterket psykiatri og forsterket annet i 2007.

\*\*\*Korttidsplasser eksklusiv vurderingsplasser.

### *Definering av innhold*

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester mente Sykehjemsetaten hadde "god oversikt over kapasitet, og den samlede bestillingen fra bydelene". Tidligere var kapasitet og behov "bortgjemt i hver enkelt bydel", ble det uttalt.

Etter opprettelsen av Sykehjemsetaten ble det avdekket at bydelene hadde hatt ulik praksis i forhold til kategorisering og navnsetting av sykehjemstilbudet. Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester ba derfor Sykehjemsetaten koordinere et samarbeidsprosjekt med bydelene for å utarbeide klare og tydelige inntakskriterier for etatens ulike tilbud. Arbeidet munnet ut i en beskrivelse av innholdet i og inntakskriterier for ulike tjenestetilbud. Beskrivelsen skulle implementeres i sykehjemmene i løpet av 2009, og en egen arbeidsgruppe ble nedsatt for å konkretisere innholdet i korttids- og rehabiliteringstilbudet ytterligere.

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester understreket viktigheten av dette arbeidet fordi en ensartet forståelse av definisjonen av ulike type plasser ble sett på som en forutsetning for god kapasitetsstyring.

### *Tiltak for å tilpasse sykehjemskapasiteten*

Som omtalt i kapittel 2 fastsetter bystyret prisen på sykehjemsplasser. En analyse gjennomført av konsultentselskapet Econ Pöyry viste at det var relativ god overensstemmelse mellom bydelenes tertialvise bestilling og faktisk bruk av plasser i 2007.<sup>14</sup> Bydelenes bestilling var imidlertid lavere enn Sykehjemsetatens budsjettforutsetning.

Sykehjemsetaten står imidlertid ikke fritt til å legge ned sykehjemsplasser for å tilpasse kapasiteten til bydelenes bestillinger. Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester slo fast at Sykehjemsetaten ikke satt med de virkemidlene en vanlig markedsaktør har, "for eksempel mulighet til å regulere prisen, ... de har heller ikke mulighet til å legge

<sup>14</sup> Econ Pöyry, Finansiering av Sykehjemsetaten, Notat 2008-024

ned plasser”. Etaten måtte involvere Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester før større omstillingstiltak og/eller aktivitetsendringer ble gjennomført.<sup>15</sup> Det fremgår av flere møtereferater at Sykehjemsetaten tok opp mulige nedleggelser og omgjøring av plasser med byrådsavdelingen både i 2007 og 2008.

Sykehjemsetaten oppga at de økte eller avviklet plasser i institusjoner som følge av rehabilitering eller bygging av sykehjem. Dette medførte bl.a. avvikling av driften ved to institusjoner. I 2008, vurderte Sykehjemsetaten videre drift av mindre og relativt kostnadskrevende enheter. Tre sykehjem ble nedlagt i perioden fra januar 2007 til februar 2009<sup>16</sup>. En av disse nedleggelsene ble initiert av Sykehjemsetaten. Videre ble dagsenterplassene på Lambertseter sykehjem lagt ned i mai 2007. Disse ble imidlertid reetablert i 2008, etter avtale med bydelen.

Sykehjemsetaten har også igangsatt et prosjekt for å definere og synliggjøre ulike typer ledig kapasitet herunder; *langvarig planlagt ledighet* (som følge av for eksempel ombygging og avvikling), *midlertidig ikke planlagt ledighet* (for eksempel grunnet smitteutbrudd eller renoveringsbehov) og *ledighet knyttet til tildelingsprosessen*. Videre vurderer prosjektet Sykehjemsetatens mulighet til å forhindre at plasser står ledig.

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester oppga at det var enklere for Sykehjemsetaten å gjøre om enn å nedlegge plasser. En områdedirektør fortalte i intervju at det var relativt greit å gjøre om kontraktene med ikke-kommunale sykehjem for å møte bydelenes behov. For eksempel ble aldershjems plassene ved Frognerhjemmet i 2008 gjort om til sykehjems plasser da det ble klart at Bydel Frogner ikke lenger ønsket å bestille aldershjems plasser. Det ble også opprettet og omgjort aldershjems- og dagsenterplasser ved andre institusjoner.

Utviklingen av antall plasser i drift per tertial 2007-2009 er gjengitt i Tabell 3. Tabellen viser at det har vært en økning i antallet ordinære plasser men en nedgang i antallet rehabiliterings- og korttids plasser samt plasser i skjermede enheter i perioden. Nedgangen i antallet korttids plasser kan til dels forklares med en utskilling av vurderings plasser som en egen kategori. Alt i alt hadde Oslo kommune hadde 118 færre institusjons plasser i drift ved inngangen til 2. tertial 2009 enn ved 1. tertial 2007.

---

<sup>15</sup> Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, Bystyrets budsjett 2009 - administrative presiseringer - Sykehjemsetaten

<sup>16</sup> Dette gjaldt Adamstuen, Ensjøtunet og Gransdalen, sistnevnte var en avdeling under Furuset sykehjem.

**Tabell 3 Utvikling av antall plasser i drift 2007 - 2009**

|                                                 | Ordinære | Skjermet* | Forsterket psyk** | Forsterket annet** | Trygghets plasser | Korttid *** | Vurderings-plass*** | Rehab   | Alderspl | Dag senter |
|-------------------------------------------------|----------|-----------|-------------------|--------------------|-------------------|-------------|---------------------|---------|----------|------------|
| 1. tertial 2007                                 | 2828     | 951       | 169               |                    | 57                | 572         |                     | 180     | 134      | 732        |
| 2. tertial 2007                                 | 2820     | 943       | 169               |                    | 57                | 572         |                     | 180     | 150      | 732        |
| 3. tertial 2007                                 | 2820     | 943       | 169               |                    | 57                | 572         |                     | 180     | 152      | 727        |
| 1. tertial 2008                                 | 2859     | 943       | 140               | 29                 | 59                | 472         | 57                  | 179     | 152      | 657        |
| 2. tertial 2008                                 | 2931     | 966       | 122               | 29                 | 59                | 443         | 57                  | 97      | 146      | 688        |
| 3. tertial 2008                                 | 2951     | 961       | 90                | 52                 | 55                | 452         | 57                  | 79      | 153      | 693        |
| 1. tertial 2009                                 | 2975     | 914       | 120               | 32                 | 60                | 461         | 57                  | 53      | 125      | 736        |
| 2. tertial 2009                                 | 2956     | 910       | 106               | 60                 | 60                | 464         | 57                  | 44      | 114      | 734        |
| Differanse 1 tertial 2007 - 2 tertial 2009      | 128      | -41       | -3                |                    | 3                 | -51**       |                     | -136    | -20      | 2          |
| %vis differanse 1 tertial 2007 - 2 tertial 2009 | 4,5 %    | -4,3 %    | -1,8 %            |                    | 5,3 %             | -8,9 ***%   |                     | -75,6 % | -14,9 %  | 0,3 %      |

Note: Tabellen er basert på tall oppgitt av Sykehjemsetaten som tar forbehold om nøyaktigheten i tallmaterialet fra 2007 da registreringer startet senhøstes 2007. Tallene gjengir institusjonslederens tertialvise innrapportering av plasser i drift.

\*Sykehjemsetaten har vært i diskusjon med Bydel Grorud om 18 skjermede plasser ved Ammerudhjemmet. Disse plassene er inkludert som skjermede plasser i tallmaterialet over.

\*\*Det ble ikke skilt og spesifisert mellom forsterket psykiatri og forsterket annet i 2007.

\*\*\*Vurderingsplasser ble fra og med 2008 synliggjort separat, fordi bydelene ikke bestiller denne type plasser. Vurderingsplassene ble i 2007 registrert under kategorien korttidsplasser. Differansen i antallet korttidsplasser inkluderer vurderingsplassene. Nedgangen i antallet korttidsplasser utgjør 9,9 % dersom vurderingsplassene holdes helt utenfor tallgrunnlaget.

Fra 2009 ble det bestemt at 60 % av institusjonenes inntektsbudsjett skulle legges ut til institusjonslederne. Dette var ifølge Sykehjemsetatens økonomisjef mye for å ansvarliggjøre institusjonslederne i forhold til dekningsgrad og kapasitetsutnyttelse.

#### *Resultater og bystyrets mål knyttet til kapasitetsstyring*

Bystyrets har vedtatt måltall knyttet til andelen korttidsplasser, andelen plasser til rehabilitering og andelen plasser i enerom. Vi har tidligere sett at bydelene bestilte færre korttids- og rehabiliteringsplasser enn det Sykehjemsetaten disponerte i 2007 og 2008. Tabell 4 viser etatens andel av korttids- og rehabiliteringsplasser og andelen beboere på enerom. Sykehjemsetaten oppga ikke andelen plasser i skjermet enhet for aldersdemente i sin årsberetning for 2008.

**Tabell 4 Budsjettmål knyttet til kapasitet i 2007 og 2008**

| Mål knyttet til kapasitetsstyring                                                                                                                         | Mål 2007 og 2008 | Resultat 2007 | Resultat 2008 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|---------------|
| Andel sykehjemsplasser avsatt til tidsbegrenset opphold i institusjon, av antall døgnplasser i aktiv drift (korttid, rehab., vurderings- og trygghetspl.) | 20%              | 11,07%        | 11%           |
| * Antall plasser avsatt til rehabilitering av antall døgnplasser i aktiv drift                                                                            | 5%               | 3,7%          | 1,65%         |
| Andel plasser på enerom                                                                                                                                   | 90%              | 89,58%        | 90,9%         |
| Andel plasser i skjermet enhet for aldersdement                                                                                                           | 25%              | 19,6%         |               |

Note: \* Andelen plasser til rehabilitering er målt i fht. antallet plasser totalt (4795) i 2008. Kilde: Sykehjemsetatens årsberetning 2007 og 2008

*Bydelenes syn på kapasitetsstyring*

Kommunerevisjonens spørreundersøkelse viste at bydelene var splittet i synet på kapasitetsstyringen i Sykehjemsetaten. Ni av 15 bydeler opplevde at det tok lengre tid fra vedtak om somatisk plass ble fattet til en plass ble tildelt ved utgangen av 2008 enn før opprettelsen av Sykehjemsetaten. Like mange bydeler mente de ikke fikk nok informasjon om tilgjengelige langtidsplasser. Forventet ventetid og innholdet i tilbudet var de områdene flest bydeler mente de ikke fikk nok informasjon om.

Elleve bydeler oppga at de hadde behov for å bestille korttidsplasser, rehabiliteringsplasser, aldershjemplasser eller dagsenterplasser utover en-bloc bestillingen i 2008. Dette antallet varierte i følge bydelene fra 3 til 130 i løpet av 2008. På spørsmål om hvordan bydelene fikk dekket behovet for plasser ut over en-bloc oppga

- seks bydeler at dette ble gjort ”ved direkte kontakt med sykehjem”
- fire bydeler at Sykehjemsetaten sentralt ga tilbud om plass på riktig avdeling
- fire at Sykehjemsetaten sentralt ga tilbud om en annen type plass enn det bydelen hadde fattet vedtak om
- fem bydeler at de hadde kjøpt plasser fra andre bydeler, og
- tre bydeler at utskrivningsklare pasienter ble liggende på sykehus. I tillegg oppga to bydeler ”venteplass” og ”vurderingsplasser eller institusjoner utenfor Sykehjemsetaten”. Selv om flere bydeler oppga at de dekket behovet ved kjøp fra andre bydeler, var det ingen bydeler som oppga at de hadde solgt en-bloc plasser i 2008.

Åtte bydeler sa seg helt eller delvis uenig i at Sykehjemsetaten ga god informasjon om tilgjengelige en-bloc plasser i 2008, mens ni bydeler sa seg helt eller delvis uenig i at det var like enkelt for bydelen å flytte sykehjemsbeboere mellom ulike typer sykehjems plasser ved utgangen av 2008 som før opprettelsen av Sykehjemsetaten.

**3.1.3 Vurdering**

Bedre styring av sykehjemskapasiteten ble i byrådssak 79/06 løftet frem som en forventet positiv effekt av etatsopprettelsen.

*Systemer for kapasitetsstyring*

Sykehjemsetaten har siden opprettelsen arbeidet med å kartlegge Oslo kommunes sykehjemskapasitet, og utarbeidet rutiner for å sikre at institusjonene melder ledige plasser til Sykehjemsetatens formidlingsenhet. Dette ga ifølge leder for kvalitetsavdelingen god oversikt over antallet plasser i drift og ledig kapasitet.

*Resultater - kapasitetsutnyttelse*

Kommunerevisjonen merker seg at flere bydeler var helt eller delvis uenig i påstanden om at Sykehjemsetaten ga god informasjon om tilgjengeligheten av en-bloc plasser i 2008. Vi ser videre at flere bydeler oppga at de tok direkte kontakt med institusjoner eller andre bydeler for å dekke sitt behov for plasser utover en-bloc bestillingen. Kommunerevisjonen ser at ordningen med en-bloc bestillinger er nedfelt i en egen instruks utarbeidet av Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, men stiller likevel spørsmål ved om etaten sentralt i større grad burde bidra med informasjon dersom bydeler har behov for plasser utover en-bloc.

Kommunerevisjonen ser at Sykehjemsetaten totalt sett ved inngangen til 2. tertial 2009 hadde 118 færre plasser i drift enn det som var tilfellet ved 1. tertial 2007. I denne perioden var det en økning i antallet ordinære plasser i drift, mens det har vært en kraftig nedgang i antallet rehabiliteringsplasser. I tillegg har det vært en nedgang i antallet korttidsplasser, plasser i skjermet enhet og aldersplasser.

Denne justeringen av tjenestetilbudet gjorde at Sykehjemsetaten beveget seg lenger fra bystyrets mål om andelen plasser avsatt til tidsbegrenset opphold og andelen rehabiliteringsplasser. Bystyret hadde et mål om at 5 % av døgnplassene i aktiv drift skulle avsettes til rehabilitering. I 2008 var kun 1,65 % av plassene avsatt til dette formålet, en nedgang fra 3,7 % i 2007.

Tilpassingen medførte imidlertid at etaten nærmet seg bydelenes bestilling av rehabiliterings- og korttidsplasser. Kommunerevisjonen ser at målene om at en viss andel plasser skal avsettes til rehabiliterings- og korttidsplasser og målet om å justere sykehjemstilbudet etter bydelenes bestillinger i praksis vil være motstridende, så lenge bydelene ikke bestiller den andelen plasser bystyret har satt som mål.

Kommunerevisjonen ser videre at Sykehjemsetaten ved 3. tertial 2008 hadde nærmet seg bydelenes bestilling av ordinære plasser i betydelig grad. Det var også en liknende utvikling for forsterkede plasser, mens det var en økning i forskjellen mellom bydelenes bestilling og etatens tilbud av aldersplasser og plasser i skjermede enheter. Sykehjemsetaten reduserte tilbudet av aldersplasser og plasser i skjermede enheter både i 1. og 2. tertial 2009, men Kommunerevisjonen har ikke fullstendig informasjon om bydelenes bestillinger i denne perioden.

Kommunerevisjonen ser at Sykehjemsetaten i 2008 innfridde bystyrets mål om at 90 % av sykehjemsplassene skulle være på enerom. Vi ser imidlertid at Sykehjemsetaten ikke rapporterte på andelen plasser i skjermet enhet for aldersdemente i sin årsberetning for 2008, noe etaten skulle ha gjort.

### **3.2 Stordriftsfordeler**

I det følgende ser vi på Sykehjemsetatens arbeid knyttet til å utnytte stordriftsfordeler. Tiltak som direkte omhandler kvalitetsarbeid eller kapasitetsstyring blir behandlet i egne avsnitt andre steder i rapporten, selv om enkelte av disse også kan bli sett på i et stordriftsperspektiv.

#### **3.2.1 Revisjonskriterium**

- Sykehjemsetaten bør ha systemer og/eller kunne vise til tiltak som sikrer at Oslo kommune drar nytte av stordriftsfordeler innen sykehjemssektoren.

#### **3.2.2 Fakta**

##### *Budsjettkrav om effektiviseringsuttak*

Byrådets tilleggsinnstilling til budsjett for 2007 forutsatte at Sykehjemsetaten ved hjelp av stordriftsfordeler skulle få en effektivisering på 0,2 % utover det generelle kravet til effektiviseringsuttak i virksomheter på 0,4 %. I 2008 var kravet til effektiviseringsuttak 6 millioner eller ca 0,2 %.



Tabell 5 viser Sykehjemsetatens estimerte effektiviseringsuttak fra stordriftsfordeler for 2009. I tillegg inneholdt Sykehjemsetatens budsjett for 2009 forventninger om effektiviseringsuttak som følge av redusert sykefravær og omstillinger ved enkelte sykehjem.

**Tabell 5 Anslåtte effektiviseringsuttak fra stordriftsfordeler i 2009**

| Aktivitet                                                      | Anslått effekt - 2009 (kroner)             |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Effektivisering av kjøkkendrift                                | 5 000 000 (halvårseffekt)                  |
| Endringer i avtaler med private og konkurranseutsatte sykehjem | 10 000 000 (noe allerede realisert i 2008) |
| Samordne vaktmestertjenester og avslutte ikke gunstige avtaler | 800 000                                    |
| Innkjøpseffektivisering                                        | 2 000 000                                  |
| Nye avtaler for nettleie                                       | 800 000                                    |

Kilde: Sykehjemsetatens medbestemmelsesutvalgssak 81/08, Budsjett 2009 - Sykehjemsetaten

#### *Prosjekt mulighetsrom - Samordne tjenester og funksjoner*

Sykehjemsetaten igangsatte i 2008 *Prosjekt Mulighetsrom* for å bidra til utvikling og omstilling i Sykehjemsetaten. Delprosjektet *Samordne tjenester og funksjoner* ble ledet av avdelingssjef for bygg og vedlikehold, og hadde som formål å gjennomgå kostnader ved sykehjem med sikte på stordriftsfordeler. Prosjektet omfattet støttefunksjoner som vaktmester, kjøkken, vaskeri og renhold. Prosjektet skulle ifølge prosjektmandatet kartlegge de viktigste kostnadselementene som kunne samordnes i felles innkjøpsavtaler, avdekke innkjøp som ikke foregikk innenfor eksisterende rammeavtaler for Oslo kommune, vurdere eksisterende serviceavtaler og utarbeide forslag til innkjøpsstrategi for Sykehjemsetaten.

Prosjektleder, avdelingssjef for bygg og vedlikehold, fortalte at en i prosjektet fant at flere institusjoner manglet gyldige innkjøpskontrakter. Analyser viste videre at enkelte typer innkjøp var spredd på en rekke leverandører. For eksempel ble det benyttet 148 ulike mat- og drikkeleverandører i de ni første månedene av 2008. Samlet sett kjøpte etaten varer og tjenester fra 1600 ulike leverandører i denne perioden.<sup>17</sup>

Avdelingssjef for bygg og vedlikehold understreket at Sykehjemsetaten kunne gjøre større innkjøp enn det som var tilfellet da sykehjem ble drevet av bydelene, og at det økte volumet kunne gi kostnadsbesparelser. Dette var noe etaten ville arbeide mer med i 2009, fortalte han. Som en følge av dette arbeidet inngikk Sykehjemsetaten en rammeavtale for håndverkertjenester, noe en mente ville gi en besparelse på en million kroner i 2009.

#### *a) Vaskeri og renhold*

Sykehjemsetaten oppga i 2008 at den brukte om lag 13 millioner kroner på anskaffelser av privat renhold og vaskeritjenester.<sup>18</sup> Etaten inngikk i 2008 nye avtaler for renhold og vaskeritjenester. Disse ble anslått å medføre årlige besparelser på 3,5 millioner kroner.<sup>19</sup> I tillegg til å spare penger, innebar anskaffelsen at Sykehjemsetaten gikk over til en høyere renholdsstandard.<sup>20</sup>

<sup>17</sup> Deloitte, Prosjekt Mulighetsrom, Delprosjekt Fellestjenester, Spend analyse 4 november 2008

<sup>18</sup> Presentasjon til ledermøte i Sykehjemsetaten 05.06.2008

<sup>19</sup> Sykehjemsetatens årsberetning 2008

<sup>20</sup> NS-INSTA 800. Rengjøringskvalitet – System for å fastlegge og bedømme rengjøringskvalitet

Der sykehjemsavtaler for kjøp av vaskeritjenester gikk ut i 2008, fortalte etatsdirektør at Sykehjemsetaten vurderte om de hadde kapasitet på noen av sine egne vaskerier før tjenesten ble lagt ut på anbud. Dette medførte for eksempel at Solvang sykehjem som hadde et stort nytt vaskeri, tok imot vask fra to andre sykehjem. I juni 2008 drev alle vaskerier i Sykehjemsetaten for full kapasitet.<sup>21</sup>

*b) Vaktmester og håndverkertjenester*

Sykehjemsetatens vaktmestertjeneste besto i 2008 av 15,3 årsverk. Vaktmestrene var enten knyttet til et enkelt sykehjem eller hadde ansvar for flere sykehjem i nærheten av hverandre. Gjennom prosjekt Mulighetsrom ble det stadfestet at vaktmestrene hadde ulik kompetanse og bakgrunn og utførte forskjellige arbeidsoppgaver.

Prosjektgruppen foreslo at det skulle vurderes å samle vaktmestertjenesten til en *pool* for å bruke ressursene mest mulig effektivt og for å rendyrke vaktmesterrollen. Sykehjemsetaten anslo at samordningen av vaktmestertjenestene ville gi et effektiviseringsuttak på 800 000 kroner i 2009. Fordi avtaler med private leverandører av vaktmestertjenester opphørte, ble det i mai 2009, bestemt at fem vaktmestre skulle ha et midlertidig ansvar ved et sykehjem i tillegg til eksisterende oppgaver.

*c) Kjøkken*

Prosjektet vurderte også kjøkkendrift med hensyn til mulige effektiviseringsuttak. Som følge av dette ble det bestemt alle institusjoner skulle over til produksjonsformen "kok-kjøøl". Dette ville innebære opprettelsen av tre produksjonskjøkken mens de andre institusjonene kun skulle ha mottakskjøkken.

Sykehjemsetaten forventet at overgangen til kok-kjøøl ville gi effektiviseringsgevinst. Dette var blant annet knyttet til at færre personer ville være involvert i produksjonen, og mindre arbeid utover normalarbeidstid. På Solvang sykehjems nye produksjonskjøkken ble det produsert 1200 porsjoner med 9 ansatte mens det fantes institusjoner som produserte 100 porsjoner med 5 årsverk.

Sykehjemsetaten vedtok at omleggingen av kjøkkendriften skulle skje fra 01.05.2009. Effektiviseringsuttaket for 2009 ble beregnet til 5 millioner kroner.

Våren 2009 bestemte imidlertid byråden for velferd og sosiale tjenester at de sykehjemmene som ønsket å opprettholde kok-server til egen institusjon skulle få gjøre dette. Dette gjaldt fem institusjoner. Dette innebar at en institusjon som opprinnelig var tiltenkt et produksjonskjøkken, ikke opprettet dette, og at Sykehjemsetaten ikke fullt ut fikk tatt ut den planlagte økonomiske effekten. Etatsdirektør fortalte at oppstarten også ble noe utsatt.

*d) Personal*

Personalavdelingen i Sykehjemsetaten tar seg av alle personalspørsmål med unntak av den daglige leder-/medarbeideroppfølgingen. Avdelingen har blant annet ansvar for oppfølging av Oslo kommunes avtale- og regelverk og iverksetting av nye regler og rutiner på personalområdet.

---

<sup>21</sup> Presentasjon til ledermøte i Sykehjemsetaten 05.06.2008

Avdeling for personal bistår også institusjonene i ansettelsesprosesser. Avdelingssjef personal og organisasjon fortalte at det tidligere hadde vært ulik avlønning av ellers like stillinger ved forskjellige institusjoner. Dette medførte en god del intern rekruttering, noe som gjorde rekrutteringsprosessen ressurskrevende for kommunen. Sykehjemsetaten igangsatte derfor et arbeid for å analysere etatens lønnsbilde og utarbeide en strategi for å sikre lik avlønning. Dette for å hindre at ansatte bytter jobb internt kun av lønnsmessige årsaker.

Sykehjemsetaten igangsatte i 2008 et delprosjekt knyttet til opprettelsen av en intern vikarformidling. Etaten antok at prosjektet ville gi stordriftsfordeler knyttet til reduserte overtidsbetalinger og mer effektiv vikarformidling. Vikarformidlingsprosjektet skal etter planen implementeres i 2010.<sup>22</sup>

*e) Andre forhold*

I perioden september 2007 - mai 2009 ble det inngått seks nye kontrakter for drift av ikke-kommunale sykehjem etter annen gangs konkurranse. Sykehjemsetaten sammenliknet i 2009 gamle og nye kontrakter for fem av disse. Beregningene viste at etaten ved disse konkurransene ville spare 33 millioner kroner årlig.<sup>23</sup> Sykehjemsetaten understreket av sammenlikningsgrunnlaget var komplisert og at avtaleregimet knyttet til forhold som dagsenterkjøring og dekning av drifts- og vedlikeholdskostnader var endret i perioden. Besparelsene var ikke satt i direkte sammenheng med indikatorer for tjenestekvalitet. Kommunerevisjonen har ikke gjennomgått dette tallmaterialet som del av denne undersøkelsen. I 2009 budsjetterte Sykehjemsetaten med besparelser på 10 millioner knyttet til de avtaleendringene som ble gjennomført i 2008.

Sykehjemsetaten oppga i intervju at de så mulige stordriftsfordeler på områder som kontakten med Omsorgsbygg, strømleveranse og nettleie samt IKT.

Avdelingssjef for bygg og vedlikehold fortalte at alle meldinger om avvik knyttet til bygningsmassen fra 2008 gikk via Sykehjemsetaten sentralt før man kontaktet Omsorgsbygg KF. Avdeling for bygg og vedlikehold vurderte hvem som hadde ansvaret før de eventuelt tok det opp med Omsorgsbygg KF. Ifølge avdelingssjef for bygg og vedlikehold førte denne ordningen også til at Sykehjemsetaten nå kunne dokumentere bygningsmessige avvik, noe som gjorde vedlikeholdsarbeid og planlegging enklere og mer effektiv på sikt.

Oslo kommune har rammeavtale for strømleveranse med Hafslund. Etter en gjennomgang av disse oppga Sykehjemsetaten at de fikk redusert nettleien noe ved enkelte sykehjem. Etaten anslo et effektiviseringsuttak på 0,8 millioner kroner i 2009. Sykehjemsetaten fortalte at den også hadde redusert strømutgifter på 300 000 - 400 000 kroner i året som følge av en gjennomgang av etatens IKT-system.

### **3.2.3 Vurdering**

Muligheten for økt uttak av stordriftsfordeler ble løftet frem som en potensiell positiv effekt av etatsopprettelsen i byrådssak 79/06.

---

<sup>22</sup> Prosjekt Intern vikarformidling, presentasjon til ledermøtet 05.06.2008

<sup>23</sup> Pressemelding 14.05.2009, *Flere private sykehjem i Oslo*

Kommunerevisjonen merker seg Sykehjemsetatens arbeid med å gjennomgå kostnader ved kommunale sykehjem med sikte på å oppnå stordriftsfordeler på områder som for eksempel vaskeri, renhold, vaktmestertjenester og kjøkkendrift. Vi merker oss at etaten mener den har oppnådd besparelser ved gjennomføringen av annengangskonkurranse for drift av ikke-kommunale institusjoner, men understreker at vi ikke har undersøkt dette tilstrekkelig til å vurdere tallmaterialet benyttet eller eventuelle effekter på tjenestekvaliteten.

Sykehjemsetaten har iverksatt relevante tiltak knyttet til stordriftsfordeler, men det er etter Kommunerevisjonens vurdering for tidlig å si noe bestemt om effekten av disse.

## 4. Økt spesialisering

Et av Sykehjemsetatens hovedmål er å gi et differensiert tilbud, tilpasset de ulike brukergruppens behov. Prismodellen for etatens plasser hadde i 2007, 2008 og 2009 åtte hovedkategorier: Somatisk plass, korttidsplass, aldershjems plass, plasser i skjermet avdeling, forsterket plass - psykiatri, forsterket plass - annet, rehabiliteringsplass og dagsenterplasser.

Når vi i dette kapittelet beskriver og vurderer Sykehjemsetatens arbeid og resultater knyttet til spesialiseringer, ser vi på tilbud som er spesielt tilrettelagt for grupper med særskilte behov utover de åtte hovedkategoriene nevnt over. Bystyret har også lagt føringer om at Sykehjemsetaten skal gi tilbud på spesielle steder (korttidsopphold i Spania) og ved institusjoner driftet etter spesielle prinsipper (som den såkalte Lottemodellen, som baserer seg på prinsippene benyttet ved *Plekehjemmet Lotte* i Frederiksberg i Danmark). Disse tilbudene omtales ikke som spesialisering i denne sammenhengen.

### 4.1 Revisjonskriterium

- Sykehjemsetaten bør kunne vise til tiltak eller resultater med tanke på økt spesialisering i sykehjemssektoren.

### 4.2 Fakta

Oslo kommunes sykehjemsbehovsplan beskriver status i forhold til spesialiserte sykehjemsplasser og skisserer mulige utviklingsbehov for tjenestetilbudet frem til 2018. Av nye kategorier sykehjemsplasser nevnes blant annet tilbud til eldre rusmisbrukere, lindrende enheter og spesialiserte plasser basert på diagnoser som Parkinsons sykdom og kronisk utmattelsessyndrom (ME).

#### 4.2.1 Kartlegging av behov

Leder for Kvalitetsavdelingen fortalte i intervju at Sykehjemsetaten arbeidet med å analysere behovet for spesialiserte plasser. Blant annet ble det vist til at etaten hadde gjennomført enkelte analyser knyttet til befolkningsfremskrivning og alder. Sykehjemsetaten var avhengig av å selge sine plasser, og utviklet ikke nye spesialtilbud med mindre de hadde en formening om at bydelene ville etterspørre slike plasser, fortalte hun.

Leder for Kvalitetsavdelingen fortalte at de hadde møter med representanter for bydelenes bestillerkontor to ganger i året. Disse møtene ga Sykehjemsetaten informasjon om hvorvidt bydelene opplevde at Sykehjemsetatens tilbud dekket innbyggernes behov, eller om det var personer med vedtak om sykehjemsplasser bydelene oppfattet det var vanskelig å finne egnede plasser til. Etatsdirektør fortalte at Sykehjemsetaten også hadde møte med bydelsdirektørene en gang i året, og at dialogen med bydelene også fant sted i sektordirektørmøter.<sup>24</sup> Sykehjemsetaten oppga at de i 2008 testet ut bydelenes interesse for lindrende enheter i etatens møte med bydelsdirektørene.

<sup>24</sup> Møter med bydelsdirektører og alle etatsdirektører som sorterer under Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester

Bydelene hadde også andre kanaler for å gi tilbakemelding om behov for nye spesialiserte enheter. Vi ble fortalt at arbeidet med et mulig dagsentertilbud for yngre demente ved Grefsenhjemmet ble initiert av direktekontakt mellom Bydel Nordre Aker og Grefsenhjemmet før etatsopprettelsen.

Sykehjemsetaten fortalte at de også fikk innspill fra spesialhelsetjenesten mht behov for spesialiserte plasser. Dette gjaldt for eksempel tilbud til beboere med Chorea Huntington sykdom og plasser for rehabilitering av slagpasienter.

For enkelte spesialiserte tilbud, som for eksempel tilbud til yngre demente, ble det lagt premisser av politikere gjennom budsjett og bystyrevedtak.

Andre spesialiseringsinitiativ oppstod i institusjonene. En institusjon hadde for eksempel arbeidet aktivt for å opprette en forsterket skjermet enhet til yngre beboere med psykiske lidelser.

Sykehjemsetaten fortalte at de hadde spesielle utfordringer knyttet til finansieringen av spesialiserte korttidsplasser. Korttidsplasser bestilles en-bloc, og bydelene betaler for et helt tertial. Enkelte av de spesialiserte plassene var imidlertid korttidsplasser som var lite egnet til denne faktureringsformen, for eksempel plass i lindrende enheter.

#### **4.2.2 Sykehjemsetatens arbeid med opprettelse eller utbygging av spesialiserte enheter**

##### *a) Lindrende enheter/ hospice*

Arbeidet ble initiert av områdedirektør i område 1 som hadde arbeidet ved hospicet ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. I tråd med Sykehjemsetatens strategisk plan ble det besluttet å opprette to lindrende enheter. Sykehjemsetaten ble bevilget prosjektmidler fra Sosial- og helsedirektoratet i juni 2008, og man avholdt en minikonkurranse blant seks sykehjem som tidligere hadde vist interesse for arbeid med lindrende enheter. Prosjektgruppe bestående av to områdedirektører, avdelingssjef for kvalitet og utvikling, to institusjonssjefer, ressurspersoner fra lindrende enheter ved Lovisenberg og Ullevål Universitetssykehus samt ansattes representanter, ble nedsatt i september 2008. Arbeidet omfattet blant annet samarbeid med bydeler knyttet til inntakskriterier og pris, tilrettelegge de fysiske forholdene ved institusjonene og gjennomføring av kompetansehevingsprogram. Enhetene skal etter planen være operative fra 01.09.2009.

##### *b) Tilbud til eldre rusmisbrukere*

Oslo kommunes sykehjemsbehovsplan slo fast at man burde vurdere opprettelse av særskilte tilbud til eldre rusmisbrukere som opprettholdt rusmisbruket og/eller hadde avvikende adferd. Høsten 2008 startet Rusmideletaten, Sykehjemsetaten og representanter fra bydelssektoren et arbeid for å utrede behovet for egne sykehjemsenheter for rusmisbrukere. Arbeidsgruppens mandat var å definere og kartlegge prosjektets målgruppe, kartlegge det eksisterende tilbudet til eldre rusmisbrukere, foreslå inntakskriterier, foreslå lokalisering og vurdere ressursbehov. Sykehjemsetatens tildelingsbrev for 2009 ga føringer for at Sykehjemsetaten skulle fortsette kartleggingen av behovet i 2009. Arbeidsgruppens forslag anbefalte opprettelsen av 8 plasser til eldre rusmisbrukere, som samles på en institusjon som ikke ligger for nært sentrum, med oppstart høsten 2010.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Rapport, Arbeidsgruppe sykehjemstilbud til eldre rusmisbrukere

c) *MRSA*

Sykehjemsetaten hadde smitteutbrudd av MRSA<sup>26</sup> både i 2007 og 2008. I 2007 disponerte Sykehjemsetaten en egen MRSA-avdeling med seks plasser.<sup>27</sup> Ved utgangen av 2008 var det avdelinger for MRSA-pasienter ved 3 institusjoner som til sammen hadde 19 plasser. Flere av disse plassene ble opprettet høsten 2008.<sup>28</sup>

d) *Yngre demente*

Sykehjemmet Villa Enerhaugen tilbød 10 heldøgns plasser tilrettelagt for yngre med demens 01.01.2006. Bystyret vedtok i desember 2007 (Sak 459/07) at dette tilbudet skulle styrkes trinnvis ved opprettelse av en råd- og veiledningstjeneste for pasientgruppen og deres pårørende, opprettelse av et fleksibelt avlastningstilbud som skal tilbys kvelder og netter, samt døgnopphold og en utvidelse av heldøgns tilbudet. Dagsenteret åpnet 6 plasser 01.09.2008 med mulighet til å utvide tilbudet til 12 brukere. Ved utgangen av 2008 var råd- og veiledningstjenesten opprettet og lokaler for døgnplasser for avlastning var klargjort. Per 31.05.2009 hadde Villa Enerhaugen 32 heldøgns plasser. I en overgangsfase er det fremdeles enkelte eldre demente ved institusjonen. Plassene vil bli omgjort til plasser for yngre demente etter som etterspørselen for plasser til yngre demente øker, opplyser Sykehjemsetaten.

I 2008 ble det som et prosjekt etablert 6 dagsenterplasser for yngre demente ved Grefsenhjemmet etter et samarbeid med Bydel Nordre Aker.<sup>29</sup>

e) *Chorea Huntington*

Rikshospitalet meldte behov for sykehjems plasser til pasienter med Chorea Huntington. Sykehjemsetaten bestemte derfor å samle pasienter og videreutvikle tilbudet til brukere med denne diagnosen ved Kingosgate bo- og rehabiliteringssenter. Etaten var også i dialog med bydelene for å fastsette finansieringen av tilbudet for disse brukerne. Tilbudet ved Kingosgate samler i større grad enn tidligere beboere med sammensatte behov, og har en avdeling med åtte spesialplasser for yngre med nevrologiske lidelser som Chorea Huntington.

f) *Mentalt friske beboere*

70-75 % av beboerne ved sykehjem antas å lide av demenssykdommer. I Sykehjemsbehovsplanen understrekes viktigheten av å legge til rette for egne enheter for mentalt friske beboere. Sykehjemsetatens tildelingsbrev for 2008 ga føringer om at det skulle gis tilbud til mentalt friske sykehjemsbeboere i egne enheter, mens tildelingsbrevet for 2009 ba om dokumentasjon for at dette tilbudet ble gitt.

Sykehjemsetaten oppga at de var kjent med tre sykehjem som hadde avdelinger med tilbud til mentalt klare beboere. To av disse eksisterte før etatsopprettelsen. Sykehjemsetaten kunne ikke utelukke at også andre institusjoner hadde slike tilbud.

Leder for kvalitetsavdelingen fortalte at arbeidet med dette vil starte med en kartlegging høsten 2009.

<sup>26</sup> Meticillinresistente *Staphylococcus aureus* eller gule stafylokokker resistente for penicillin

<sup>27</sup> Byråds sak 221/06, Budsjett 2007 og økonomiplan 2007-2010, tilleggsinnstilling

<sup>28</sup> Sykehjemsetaten 2008, Budsjett 2009 - Helse- og sosialkomiteens behandling - konsekvensanalyse

<sup>29</sup> Sykehjemsetaten, Årsberetning 2008

g) *Multipel sklerose*

Sykehjemsetaten overtok tilbudet til 16 pasienter med nevrologiske lidelser (hovedsaklig multipel sklerose) ved Østensjø bo- og servicesenter ved opprettelsen.

h) *Slagpasienter*

Ullevål sykehus har etterlyst plasser for rehabilitering av slagpasienter. Mangelfullt rehabiliteringstilbud til en slagpasient var også tema i et av eldreombudets brev til Sykehjemsetaten i 2008. Sykehjemsetatens svar påpekte at det var en rekke rehabiliteringsplasser tilgjengelig, men at bydelene ikke alltid var klar over tilbud utenfor egen bydel på tross av Sykehjemsetatens informasjonsarbeid. Leder for kvalitetsavdelingen opplyste 11.05.2009 at etaten ikke hadde arbeidet videre med opprettelsen av spesialplasser for slagpasienter, men i ettertid er Kommunerevisjonen blitt gjort oppmerksom på at Sykehjemsetaten i 2009 hadde deltatt i en arbeidsgruppe ledet av Ullevål sykehus, som skal utarbeide et forslag til hvordan en enhet med tilbud til 12 slagpasienter kan organiseres.

#### 4.2.3 Udekket behov for spesialiserte plasser

I vår spørreundersøkelse svarte åtte av de femten bydelene at de i 2008 ønsket å kjøpe spesialiserte plasser som ikke var del av Sykehjemsetatens tilbud. Enkelte bydeler oppga flere typer spesialplasser. Tabell 6 viser hvilke type plasser dette dreide seg om.

**Tabell 6 Udekket behov i 2008 (N=8)**

|                             | Antall bydeler |
|-----------------------------|----------------|
| Slagpasienter               | 2              |
| Alderspsykiatri             | 1              |
| Tilrettelagt rehabilitering | 1              |
| Lindrende enheter/ hospice  | 1              |
| Utmattelsessyndrom (ME)     | 2              |
| Yngre demente               | 1              |
| Annet, mer om dette under   | 5              |

Kilde: Kommunerevisjonens spørreskjema, spørsmål: "Ønsket bydelen å kjøpe spesialiserte plasser som Sykehjemsetaten ikke kunne tilby i 2008? Hvilken type plasser dreide dette seg om?"

Blant bydelene som svarte *Annet*, oppga tre bydeler at de hadde behov knyttet til rus og alkoholproblematikk, to bydeler savnet tilbud for aggressive utagerende pasienter, mens en bydel savnet et pleie- og omsorgstilbud på høyt nivå for yngre pasienter. Tretten bydeler oppga at de i *svært- eller ganske stor grad* opplevde at Sykehjemsetaten lyttet til bydelenes innspill i forhold til hvilke typer plasser som skulle tilbys, mens to bydeler svarte i *ganske liten grad*.

Bydelene opplevde at de hadde anledning til å komme med generelle kommentarer. To bydeler uttrykte bekymring for at økt spesialisering førte til at de hadde flere brukere med sammensatte behov som ikke passet inn i de etablerte kategoriene.

Leder for Kvalitetsavdelingen fortalte i intervju at Sykehjemsetaten var kjent med problemstillingen, og hadde kommunisert tydelig til institusjoner at inntakskriteriene ikke skulle virke ekskluderende. Det ble videre sagt at tilfeller der sykehjem ikke ønsket å ta imot brukere hadde vært tema på Sykehjemsetatens ledermøter.



#### 4.2.4 Institusjonenes tilbakemelding knyttet til spesialisering

I vår spørreundersøkelse rettet mot alle Sykehjemsetatens institusjoner svarte ni av 50 institusjonsledere at det var opprettet spesialplasser ved sykehjemmet i perioden 01.01.2007 - 31.04.2009. 40 % av institusjonslederne sa seg helt eller delvis enige i at de hadde mange muligheter til å spesialisere sitt tilbud, men 26 % var helt eller delvis uenige i at det var blitt enklere for institusjonen å opprette spesialplasser etter opprettelsen av Sykehjemsetaten. Dette er gjengitt i tabell 7.

**Tabell 7 Institusjonsledernes svar på spørsmål om spesialisering (N=50)**

|                                                                                              | Helt enig | Delvis enig | Verken/eller | Delvis uenig | Helt uenig | Ikke aktuelt |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|--------------|--------------|------------|--------------|
| Etter opprettelsen av Sykehjemsetaten er det blitt enklere for oss å opprette spesialplasser | 10,0 %    | 8,0 %       | 20,0 %       | 4,0 %        | 22,0 %     | 36,0 %       |
| Vi har mange muligheter til å spesialisere vårt tilbud                                       | 28,0 %    | 12,0 %      | 20,0 %       | 4,0 %        | 12,0 %     | 24,0 %       |
| Sykehjemsetaten støtter oss dersom vi ønsker å opprette spesialiserte plasser                | 14,0 %    | 10,0 %      | 26,0 %       | 10,0 %       | 18,0 %     | 22,0 %       |

Kilde: Kommunerevisjonens spørreskjema, spørsmål "Hvor enig/uenig er du i utsagnene under?"

### 4.3 Vurdering

Et av Sykehjemsetatens hovedmål er å gi et differensiert tilbud tilpasset brukergruppens behov.

Kommunerevisjonen merker seg Sykehjemsetatens arbeid med å opprette to lindrende enheter, utrede behovet for et tilbud til eldre rusmisbrukere og øke tilbudet til yngre demente. Vi ser også at antallet MRSA-plasser har økt i fra 2007 til 2008.

70-75 % av beboerne ved sykehjem antas å lide av demenssykdommer.

Sykehjemsetatens tildelingsbrev for 2008 ga føringer om at det skulle gis tilbud til mentalt friske sykehjemsbeboere i egne enheter. Kommunerevisjonen stiller spørsmål ved om Sykehjemsetaten sentralt hadde god nok kjennskap til institusjonenes arbeid for å sikre et eget tilbud til disse beboerne.

Behovet for å fortsette arbeidet med utviklingen av nye spesialiserte enheter/plasser understøttes av bydelens tilbakemelding om at de i 2008 hadde brukere med spesielle og sammensatte behov som ikke ble dekket av Sykehjemsetatens tilbud. I den forbindelse merker vi oss likevel at et stort flertall av bydelene opplevde at Sykehjemsetaten lyttet til deres innspill i forhold til utviklingen av spesialiserte plasser.

Flere institusjonsledere uttrykte at det ikke var blitt enklere for dem å spesialisere tilbudet enn det som var tilfellet under bydelen, og at kun 24 % oppga at de var helt eller delvis enig i at Sykehjemsetaten støttet dem dersom de ønsket å opprette spesialiserte plasser.

## 5. Kvalitetssikring

Dette, og de neste fire kapitlene, tar for seg ulike aspekter ved kvaliteten på sykehjemstilbudet i Oslo kommune.

Alle virksomheter som yter helsetjenester skal ha etablert internkontroll og kvalitetssystemer.<sup>30</sup> Internkontroll skal bidra til faglig forsvarlige helsetjenester, og er et verktøy som skal sikre at arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav.<sup>31</sup> Kvalitetssystem viser hvordan virksomheten skal tilfredsstille kravet til internkontroll samt andre selvpålagte krav til kvalitet.<sup>32</sup> I Oslo kommune er det særlig i byrådssak 204/99 ”Kvalitet og kvalitetsmåling i pleie- og omsorgstjenestene” en finner kvalitetskrav med relevans for sykehjem.

I dette kapittelet skal vi se nærmere på Sykehjemsetatens bruk av kommunens ulike former for kvalitetsmålinger, og arbeid med internkontroll og kvalitetssystemer.

### 5.1 Revisjonskriterium

- Sykehjemsetaten bør arbeide med kvalitetssikring i sykehjemmene.

Under dette kravet ligger det at Sykehjemsetaten sentralt bør ha utarbeidet rutiner for oppfølging av kvalitet ved institusjonene. Vi har også sett på om etaten har utarbeidet verktøy for analyse av ulike indikatorer som er vesentlig for måling av kvalitet.

### 5.2 Fakta

#### 5.2.1 Sykehjemsetatens kvalitetsutvalg

Et eget Kvalitetsutvalg ble opprettet i oktober 2008 som ledd i Sykehjemsetatens kvalitetsstrategi. Utvalget bestod blant annet av leder for Kvalitetsavdelingen, områdedirektørene og ansatterepresentanter. Det skulle ha et særlig fokus på målsettingen om å etablere et overordnet helhetlig internkontrollsystem.<sup>33</sup> Utvalgets oppgaver skulle videre være knyttet til å utvikle felles overordnede rutiner, følge opp resultater fra kvalitetsmålingssystemene (bruker-/ pårørendeundersøkelser, kvalitetsrevisjon, objektive indikatorer), definere forbedringsområder og være premissleverandør i etaten i kvalitetsprosesser. Kvalitetsutvalget skulle også stimulere til at avvik forebygges og meldes, og til at det generelle kvalitetsnivået ble hevet.<sup>34</sup>

#### 5.2.2 Kvalitetssystem og internkontroll - utvikling av et felles system

I forprosjektet til opprettelsen av Sykehjemsetaten i 2006 ble institusjonenes kvalitetssystemer kartlagt. Ifølge sjef for Kvalitetsavdelingen viste kartleggingen at det var stor variasjon mellom institusjonene mht omfanget av kvalitetssystemene.

I tildelingsbrevet til Sykehjemsetaten for 2007 stod følgende mht internkontroll og kvalitetsforbedring:

---

<sup>30</sup> Jf Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, ikrafttredelse 01.01.2003

<sup>31</sup> Sosial- og helsedirektoratet 12/2004: *Hvordan holde orden i eget hus*  
– Internkontroll i sosial- og helsetjenesten

<sup>32</sup> Dvs. krav som ikke direkte kan utledes av lov og forskrifter.

<sup>33</sup> Mål, strategi og handlingsplan for Sykehjemsetaten 2008-2011

<sup>34</sup> MBU 41-08 opprettelse av kvalitetsutvalg

Det vektlegges at etaten raskt etablerer et internkontrollsystem med gode rutiner for avviksrapportering, slik at det tilrettelegges for kontinuerlig kvalitetsforbedring i alle deler av sykehjemstilbudet.

Høsten 2007 ble det igangsatt en prosess med sikte på å utarbeide et felles helhetlig kvalitetssystem for sykehjemmene i Oslo. Ifølge leder for Kvalitetsavdelingen førte mangel på kapasitet og andre mer presserende arbeidsoppgaver til at det i en periode ble stille rundt prosjektet. Utover 2008 ble dette arbeidet startet opp igjen.

Arbeidet med et helhetlig kvalitetssystem ble drøftet på Kvalitetsutvalgets andre møte i november 2008 og i Sykehjemsetatens ledermøte samme måned. Ledergruppen ble orientert om at "Prosjekt Kvalitetssystem" senest skulle starte i januar 2009 og formelt ville avsluttes når et helhetlig kvalitetssystem var implementert i hele organisasjonen (tidligst i 2010). Prosjektteamet skulle bestå av representanter for seks pilotsykehjem, samt representanter fra Sykehjemsetatens sentraladministrasjon. Saken til ledergruppen informerte også om milepæler og kvalitetssystemets nivåstruktur og emneoppbygging. Hovedemnene i kvalitetssystemet skulle være i tråd med vanlig standard for helseinstitusjoner. Ledergruppen vedtok Kvalitetsutvalgets forslag til implementeringsplan for det helhetlige kvalitetssystemet i møte 03.12.2008.

Prosjektgruppen for helhetlig kvalitetssystem avholdt sitt første møte i januar 2009. Prosjektets mandat ble gjennomgått, og hovedelementer i et kvalitetssystem, ansvar og roller for prosjektdeltagerne og fremdriftsplan ble diskutert. I prosjektets startfase ble det lagt opp til at de seks pilotsykehjemmenes kvalitetssystemer skulle kartlegges.<sup>35</sup> I mai 2009 skulle nivåstruktur og emneoppbygging for prosjektgruppas forslag til helhetlig kvalitetssystem være definert og besluttet.<sup>36</sup> Ifølge prosjektmandatet skal det helhetlige kvalitetssystemet være implementert i Sykehjemsetatens administrasjon og i de seks utvalgte pilotsykehjemmene innen 30.11.2009.

### **5.2.3 Elektronisk kvalitetssystem**

Parallelt med utvikling av et helhetlig kvalitetssystem deltar Sykehjemsetaten i anskaffelsen av et elektronisk kvalitetssystem. Prosjektet ledes av Utviklings- og kompetanseetaten og har som formål å få på plass et elektronisk kvalitetssystem i Sykehjemsetaten, åtte bydeler og Legevakten.<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> Møtereferat 1, 14.01.2009 prosjekt helhetlig kvalitetssystem

<sup>36</sup> Prosjektplan helhetlig kvalitetssystem

<sup>37</sup> Konkurransgrunnlag elektronisk kvalitetssystem

Sykehjemsetatens lederteam diskuterte etatens krav til det elektroniske kvalitetssystemet i september 2008. Lederteamet vedtok at Kvalitetsavdelingen skulle delta i arbeidsgruppen som skulle utarbeide kravspesifikasjonen, men at etaten ville trekke seg fra arbeidet dersom prosjektet ikke tilfredstilte deres krav.

Ifølge kravspesifikasjonen som ble utarbeidet skulle kvalitetssystemet ha moduler for dokumentstyring og avvikshåndtering. Førstnevnte modul skulle sikre trygg forvaltning av prosedyrer og tilgang til gjeldende lover og forskrifter iht. krav til internkontroll. Modulen for avvikshåndtering skulle erstatte virksomhetens papirbaserte avviksrapportering og ha statistikk- og rapportfunksjonalitet.

Sykehjemsetatens ledergruppe ble orientert om fremdriftsplanen for anskaffelsen i møte 03.12.2008. Det elektroniske kvalitetssystemet skulle etter planen implementeres ved de seks pilotsykehjemmene som arbeider med helhetlig kvalitetssystem i 2009, og innføres ved alle institusjoner i 2010.

Oslo kommune inngikk en rammeavtale for leveranse av et elektronisk kvalitetssystem i mai 2009. Avtalen gjelder for to år med mulighet for forlengelse. Sykehjemsetaten planla hurtig avrop på avtalen, og hadde det første møtet med leverandøren 19.05.2009. Det var også planlagt en workshop med leverandøren og Sykehjemsetatens prosjektgruppe for helhetlig kvalitetssystem forsommeren 2009.

#### 5.2.4 Internkontroll og kvalitetssystemer ved sykehjemmene

I det følgende skal vi se nærmere på kvalitetssystemene som foreligger ved sykehjemmene per mai 2009.

Leder for Kvalitetsavdelingen oppga at kvalitetsavdelingen sjekket hvilke kvalitetssystem institusjonene hadde når de var på institusjonsbesøk, men at de ikke hadde hatt anledning til å besøke alle institusjoner. Gjennomgangene skjedde derfor kun i de tilfellene hvor kvalitetsavdelingen var ute på institusjoner av andre grunner. Hvilke institusjoner som ble sjekket hadde dermed vært noe tilfeldig.

**Tabell 8 Kvalitetssystem ved sykehjemmene per april 2009**

| Svaralternativer                                              | Ikke-kommunale<br>N=21 | Kommunale<br>N=29 |
|---------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|
| Kvalitetssystem utviklet under bydelen                        | 0                      | 13                |
| Egenutviklet kvalitetssystem eller system som er kjøpt        | 20                     | 10                |
| Har ikke kvalitetssystem, men avventer felles kvalitetssystem | 1                      | 5                 |
| Annet                                                         | 0                      | 1                 |

Note: Informasjonen i tabellen er basert på institusjonenes svar på Kommunerevisjonens spørsmål: "Hvilket kvalitetssystem benytter sykehjemmet?" Fem sykehjem svarte i utgangspunktet *annet* på spørsmålet. Svarene til fire av disse sykehjemmene indikerte at de hadde kvalitetssystemer som ble utviklet under bydelene eller var egenutviklet/kjøpt. Disse er derfor plassert i denne kategorien i tabellen over. Den femte institusjonen svarte "har eget, men venter på felles system". Dette svaret er beholdt i *annet*-kategorien.

Tabell 8 viser at de fleste kommunale sykehjemmene enten benyttet kvalitetssystemer fra bydel eller hadde egenutviklede systemer. Av de ikke-kommunale sykehjemmene hadde samtlige utenom ett sykehjem egenutviklet eller kjøpt kvalitetssystem. Fem kommunale institusjoner svarte at de ikke hadde eget system, men avventet felles kvalitetssystem.

#### *Kvalitetsrevisjonens vurdering av institusjoners kvalitetssystem*

Høsten 2008 ble det gjennomført kvalitetsrevisjoner ved 51 sykehjem i Oslo og 6 utenbys sykehjem i regi av Helse- og velferdsetaten. Totalt sett konkluderte kvalitetsrevisjonen med at ca. 20 prosent av institusjonene hadde et mangelfullt kvalitetssystem, ca. 60 prosent av institusjonene hadde et noe mangelfullt system mens litt over 20 prosent av institusjonene hadde et tilfredsstillende kvalitetssystem.<sup>38</sup>

I samlerapporten for kvalitetsrevisjonene ble det videre pekt på at:

- De aller fleste sykehjem kunne dokumentere en form for kvalitetssystem, og alle de private institusjonene syntes å ha dette på plass.
- Mange av virksomhetene hadde en utfordring med å holde faglige og administrative rutiner oppdatert. Flere av de kommunale enhetene venter og forventer at Sykehjemsetaten utvikler og distribuerer et felles kvalitetssystem som kan benyttes av det enkelte sykehjem.
- Virksomhetene hadde en utfordring knyttet til å gjøre de ansatte kjent med de faglige og administrative rutinene.

#### **5.2.5 Håndtering av kvalitetsavvik**

Rutine for avviksbehandling ble godkjent av Kvalitetsutvalget i møte 09.02.2009 - og lagt ut på Sykehjemsetatens intranettside 09.03.2009. Rutinen gjelder for kommunale institusjoner. Ikke-kommunale sykehjem følger rutiner i eget kvalitetssystem og rapporterer i henhold til kontrakt. I tillegg til kvalitetsavvik og avvik knyttet til tjenesteyting, dekker rutinen avvik på andre områder som HMS, drift og avvik knyttet til støttefunksjoner i sykehjem.

Rutinen beskriver prosessen i en avviksmelding - i 16 steg - fra avviket oppdages til hvordan avviket skal registreres/rapporteres til statistikkformål. Rutinen angir også hvem som har ansvaret for å følge opp de ulike stegene. Rutinen tilsier at alle avvik skal registreres og håndteres på lavest mulig nivå. Kritiske avvik meldes umiddelbart gjennom linjen til etatsdirektør, mens lister med oversikt over alle avvik sendes områdedirektører månedlig. Ifølge leder for Kvalitetsavdelingen ble avviksrapporter ført på hver enkelt institusjon før den nye rutinen trådte i kraft. Hva som ble definert som avvik, og hvordan disse ble registrert, lukket og rapportert, varierte imidlertid.

I kvalitetsrevisjonen fra Helse- og velferdsetaten fra høsten 2008 ble følgende resultater knyttet til sykehjemmenes avvikshåndtering trukket frem:

- Alle virksomheter hadde rutiner og prosedyrer for dokumentasjon av avvik. Hvor klart definerte og godt kjent disse rutinene var, varierte en god del mellom enhetene.

---

<sup>38</sup> Prosenttallene er anslått av Kommunerevisjonen basert på figur 1 i Helse- og velferdsetatens rapport, *Kvalitetsrevisjoner i sykehjem 2008*

- Både ansatte og ledelsen hadde stor bevissthet om viktigheten av å rapportere avvik, men hovedinntrykket var at virksomhetene hadde en utfordring i å utvikle gode definisjoner på avvik, utvikle gode rutiner for dokumentasjon og oppfølging/lukking, samt å gjøre de ansatte bedre kjent med slike rutiner for dokumentasjon og behandling av avvik.<sup>39</sup>

**Tabell 9 Avvik som meldes til Sykehjemsetaten**

| Svaralternativer                                             | Ikke-kommunale<br>N = 21 | Kommunale<br>N = 29 | Totalt |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------|
| Alle avvik meldes                                            | 5                        | 5                   | 10     |
| Kun avvik som ikke kan løses lokalt meldes                   | 3                        | 22                  | 25     |
| Kun avvik som konkret etterspørres av Sykehjemsetaten meldes | 10                       | 2                   | 12     |
| Ingen avvik er blitt meldt                                   | 3                        | 0                   | 3      |

Kilde: Institusjonenes svar på Kommunerevisjonens spørsmål: "Hvordan meldes avvik til Sykehjemsetaten per 01.03.09?"

Tabell 9 viser at flertallet av de kommunale sykehjemmene oppga at de per 01.03.2009 kun meldte avvik til Sykehjemsetaten dersom avviket ikke kunne løses lokalt. Blant de ikke-kommunale sykehjemmene var det relativt stor variasjon knyttet til om avvik ble meldt til etaten, men med en overvekt av sykehjem som bare meldte avvik som ble etterspurt av Sykehjemsetaten.

Kommunerevisjonen ba også institusjonslederne om å si seg enig eller uenig i om de visste hva Sykehjemsetaten forventet i forhold til å melde avvik. Ingen av de kommunale sykehjemmene oppga at de var helt eller delvis enig i at de visste dette.

### **5.2.6 Klagebehandling**

Rutine for håndtering og loggføring av klager i Sykehjemsetaten ble godkjent i juni 2008. Klagerutinen inneholdt 12 gjennomføringspunkter alle med henvisninger til hvem som hadde ansvar for å følge opp punktet.

I intervjuer bekrefter sentrale informanter at rutinene for klager og loggføring ble benyttet. Sykehjemsetatens klagelogg for 2008 viste følgende klager:

- Område I: 13 klager
- Område II: 37 klager
- Område III: 31 klager

Enkelte institusjoner var registrert med flere klager mot seg, inntil 8, mens for forholdsvis mange andre institusjoner var det ikke blitt registrert noen klage.

Leder for Kvalitetsavdelingen mente at de registrerte klagene per 1. tertial 2009 kunne tyde på at de ikke-kommunale sykehjemmene hadde klageregistrering noe mer under huden enn de kommunale. Klageloggføring var ofte kontraktsfestet fortalte hun.

---

<sup>39</sup> Prosenttallene er anslått av Kommunerevisjonen basert på figur 1 i Helse- og velferdsetatens rapport, *Kvalitetsrevisjoner i sykehjem 2008*

En områdedirektør opplevde at det var noe ulik praksis knyttet til klagehåndtering. Hun mente at noen institusjoner var flinkere til å ta raskt tak i mulige klager enn andre, og kalte inn beboere og pårørende til møter for å forsøke å avklare situasjonen, noe som minsket sannsynligheten for formelle klager.

### 5.2.7 Oppfølging av regelverksendringer

Kvalitetsavdelingen har ansvar for at etaten tar ned nye lovkrav. Vesentlige endringer etter etatsopprettelsen har vært endringer i regelverket om legemiddelhåndtering og pasientrettigheter ved bruk av tvang. Leder for Kvalitetsavdelingen oppga at det ble informert om regelverksendringer i utvidede ledergruppemøter, med alle de kommunale institusjonslederne, eller i rådemøtene. De hadde også arrangert workshops med utvalgte sykehjem for å synliggjøre hvilke rutiner etaten ville trenge som resultat av endringene.

Kvalitetsavdelingen utarbeidet skriftlig støttemateriale der det ikke fantes informasjonshefter/CD utarbeidet av Helsedirektoratet, slik at alle sykehjem skulle få skriftlig informasjon om endringene. Det ble også gitt opplæringstilbud dersom det ble sett som nødvendig.

Sykehjemsetaten oppga at kontraktene påla ikke-kommunale institusjoner å selv være oppdatert på informasjon om regelverksendringer, men at ikke-kommunale institusjoner ble sendt den samme informasjonen om endringer som de kommunale.

Tabell 10 gjengir institusjonslederens svar på hvor enig eller uenig de var i utsagn knyttet til informasjon om regelverksendringer.

**Tabell 10 Sykehjems syn på informasjon om regelverksendringer**

| Utsagn                                                                                                                                  | Institusjoner       | Helt enig | Delvis enig | Delvis uenig | Helt uenig |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|
| Sykehjemsetaten gir tilstrekkelig informasjon om forhold (eks regelverksendringer) som gjør det nødvendig å oppdatere kvalitetssystemet | Kommunale N=29      | 9         | 17          | 1            | 2          |
|                                                                                                                                         | Ikke-kommunale N=21 | 4         | 9           | 6            | 2          |
| Sykehjemsetaten gir informasjon om forhold (eks regelverksendringer) som gjør at vi kan oppdatere kvalitetssystemet i god tid           | Kommunale N=29      | 5         | 18          | 5            | 1          |
|                                                                                                                                         | Ikke-kommunale N=21 | 4         | 7           | 7            | 3          |

Kilde: Institusjonenes svar på spørreskjema sendt ut av Kommunerevisjonen 03.04.2009

Tabellen viser at de kommunale institusjonene i hovedsak mente at Sykehjemsetaten ga tilstrekkelig informasjon, i god tid, om regelverksendringer. De private institusjonene var i mindre grad enig i dette.

### 5.2.8 Måling og analyse av kvalitet

Leder for Kvalitetsavdelingen oppga at de i 2009 hadde utarbeidet et foreløpig analyseverktøy som samlet de ulike institusjonenes resultater fra kvalitetsrevisjonen, beboer- og pårørendeundersøkelsene, antall klager, medarbeiderundersøkelser,

sykefravær og resultater på de objektive kvalitetsindikatorerne. Dette skulle bli et hjelpeverktøy for områdedirektørenes oppfølging av institusjonslederne.

De fleste undersøkelsene av kvalitet i sykehjemssektoren i kommunen blir gjennomført av Helse- og velferdsetaten. Lederen for Kvalitetsavdelingen oppga at de kanskje ikke hadde vært gode nok på å følge opp resultatene av disse undersøkelsene så langt, men at dette var noe de ville arbeide videre med i 2009.

Avdelingslederen oppga videre at Kvalitetsutvalget fikk oppsamlet klage og avviksinformasjon. Utvalget hadde startet arbeidet med å systematisere denne informasjonen.

### **5.2.9 Oppfølging av informasjon om kvalitet, avvik og klager**

For de kommunale institusjonene ble informasjon om kvalitet, avvik og klager på tjenestens innhold fulgt opp av områdedirektørene som del av deres linjeansvar. For de ikke-kommunale institusjonene ble dette gjort som del av kontraktsoppfølgingen.

Områdedirektør for de ikke-kommunale institusjonene oppga at kontraktsoppfølgingen skulle skje gjennom møter med hvert sykehjem tre ganger i året. En gjennomgang av antallet møter i 2008 med tre tilfeldig valgte institusjoner viste imidlertid at det ikke hadde blitt gjennomført tre slike møter. Oppfølgingen fulgte en fast mal, men fokusområdene varierte slik at en kunne gå dypere inn på enkelttemaer etter behov. Malen inneholdt temaer knyttet til klagerutiner, oppfølging av tilsyn, oppfølging av kvalitetssystem og sykehjemmets oppfølging av kvalitetsrevisjon, brukerundersøkelser o.a.

Gjennomgang av referatene fra kontraktsoppfølgingsmøtene for tre institusjoner viste at Sykehjemsetaten gjennomførte to møter med to av institusjonene i 2008. For den tredje institusjonen oppga områdedirektøren at det ikke var lagt opp til like tett oppfølging, fordi det dreide seg om et aldershjem som kun hadde 13 plasser.

Videre oppga områdedirektør for de ikke-kommunale institusjonene at det skulle være områdemøter tre ganger i året, der alle institusjonslederne fra de ikke-kommunale institusjonene møtte. Kontraktsoppfølging skjedde også ved løpende dialog med leverandørene, der områdedirektørene for eksempel kunne ta opp dårlige resultater på de objektive kvalitetsindikatorerne også utenom kontraktsoppfølgingsmøtene.

Områdedirektørene for de kommunale institusjoner oppga at institusjonene ble fulgt opp gjennom områdemøter hver 2. eller 3. uke. Det ble skrevet møtereferat fra områdemøtene, men møtene hadde ikke en fast dagsorden.

I tillegg hadde områdedirektøren for område 2 møte med hver enkelt institusjonsleder og lederteam fire ganger i året. Det ble ikke skrevet referat fra disse møtene, men områdedirektør for område 2 oppga at dagsorden alltid inneholdt temaene: økonomi, HMS, bemanning, kvalitet og sykefravær.

På spørsmål om hvordan områdedirektøren tilegnet seg informasjon om kvalitet ved det enkelte sykehjemmet ble det vist til kvalitetsrevisjonene, tilsynsrapporter, revisjoner,



meldinger om avvik og klager. Møtene med hver enkelt institusjon ble også sett på som viktige kilder til informasjon om tjenestekvalitet. Områdedirektørene benyttet også Kvalitetsavdelingens verktøy for analyse og måling av kvalitet som kilde til informasjon.

Det var ifølge informantene, med unntak av brukerundersøkelsene, ikke etablert terskelverdier for når tiltak skulle iverksettes, eller for når etatsdirektøren skulle involveres dersom resultater antydte sviktende kvalitet. Etatsdirektøren hadde imidlertid vært involvert i flere slike tilfeller. Direktøren signerte alle klagesvar og etatens tilsvarende til bydelsutvalgenes tilsynsrapporter. Enkelte avviksmeldinger kunne også bli løftet opp til etatsdirektør.

Det ble også oppgitt at krav til kvalitet ble bygget inn i institusjonsledernes lederkontrakter og fulgt opp i halvårlige ledersamtaler.

### **5.3 Vurdering**

Sykehjemsetaten arbeider med kvalitetssikring på flere områder og nivåer. Kommunerevisjonen merker seg spesielt at etaten i 2008 nedsatte et eget kvalitetsutvalg som skulle arbeide særskilt med kvalitetsheving og kvalitetssikring. Det vises videre til at sentrale rutiner for klage- og avvikshåndtering er blitt iverksatt. Avviksrutinen ble imidlertid vedtatt i februar 2009, og svar på Kommunerevisjonens spørreskjema kan tyde på at sykehjemmenes praksis fremdeles er noe varierende på dette området.

Det finnes etter hvert et relativt bredt register av undersøkelser, revisjoner og indikatorer som samlet sett kan si noe om kvaliteten ved tjenesteytingen ved sykehjemmene. Sykehjemsetaten har utviklet et foreløpig analyseverktøy der ulike resultater knyttet til kvalitet er tatt med. Kommunerevisjonen mener det er positivt at sykehjemsetaten har utarbeidet et slik verktøy, da dette understøtter muligheten for å jobbe mer systematisk med kvalitet i styringsdialogen.

Kommunerevisjonen merker seg videre som positivt at Sykehjemsetaten kan vise til flere tiltak og aktiviteter rettet mot å informere sykehjemmene om lov- eller forskriftsendringer. Denne oppfatningen støttes av institusjonenes tilbakemelding om informasjon fra etaten. Vi har i dette tilfellet sett særskilt på regelverksendringer knyttet til legemiddelhåndtering og pasientrettigheter ved bruk av tvang.

Sykehjemsetaten har også startet en større prosess knyttet til utarbeidelsen av et felles helhetlig kvalitetssystem, som etter planen vil understøttes av et elektronisk verktøy med moduler for dokumentstyring og avvikshåndtering.

Kommunerevisjonen merker seg at Sykehjemsetatens tildelingsbrev for 2007 vektla en rask etablering av et internkontrollsystem, og at det allerede før etatsopprettelsen var kjent at bydelenes og de enkelte sykehjemmenes internkontroll og kvalitetssystemer var av varierende omfang. Resultatet fra kvalitetsrevisjonene til Helse- og velferdsetaten og Kommunerevisjonens egen spørreundersøkelse indikerer at denne situasjonen ikke var betydelig endret ved utgangen av 2008. Vår undersøkelse tyder videre på at arbeidet

med et helhetlig kvalitetssystem ikke for alvor ble startet opp før høsten 2008. Kommunerevisjonen har forståelse for at det tar tid å utvikle og implementere systemer og rutiner. Det gikk relativt kort tid fra vedtaket om å opprette Sykehjemsetaten ble fattet til etaten skulle være operativ. I en slik prosess vil prioriteringer måtte gjøres. Et helhetlig kvalitetssystem er imidlertid vesentlig for å sikre seg at sykehjemmene driver i henhold til lov- og kvalitetskrav. Kommunerevisjonen mener derfor utviklingen av et slik system burde ha vært en hovedprioritert for Sykehjemsetaten. Kommunerevisjonen mener det er uheldig at Sykehjemsetaten ikke har kommet lengre med dette arbeidet, og vi viser her til at prosjektgruppen som skulle utarbeide et forslag til et slikt system, hadde sitt første møte i januar 2009.

Internkontroll er et lederansvar som i første instans påhviler institusjonsleder. Samtidig er det klart at Sykehjemsetaten har det overordnede ansvaret for å sikre at de kommunale sykehjemmene har gode internkontroll- og kvalitetssystemer. Kommunerevisjonen bemerker at det ikke fremstår som om Sykehjemsetaten i perioden 2007-2008 systematisk har gjennomgått sykehjemmenes kvalitetssystemer. Det er Kommunerevisjonens oppfatning at Sykehjemsetaten ikke i tilstrekkelig grad har ivaretatt sitt ansvar på dette området. Vi ser i denne sammenheng at fem kommunale sykehjem oppga at de ikke hadde et kvalitetssystem, men avventet et felles system.

Den løpende styringen av de kommunale sykehjemmene og de ikke-kommunale er vesentlig forskjellig ved at de førstnevnte blir styrt gjennom ordinær linjestyring mens de sistnevnte kontraktstyres. Kommunerevisjonen merker seg den store forskjellen mellom oppfølging av kommunale og ikke-kommunale institusjoner mht. hvor hyppig og hvor systematisk oppfølgingen fremsto.

Kommunerevisjonens gjennomgang viste at det var etablert et system for oppfølging av kvalitet og innhold for de ikke-kommunale sykehjemmene. En gjennomgang av oppfølgingen av tre ikke-kommunale institusjoner viste at systemet ble fulgt, men at det i 2008 ikke var blitt gjennomført det antallet kontraktsoppfølgingsmøter som de interne rutinene tilsa.

Kommunerevisjonen ble fortalt at kvaliteten ved de kommunale institusjonene ble fulgt opp gjennom områdemøter hver 2. eller 3. uke, samt møter mellom områdedirektør og institusjoner fire ganger i året i det ene området. Kommunerevisjonen har ikke informasjon som tilsier at kvaliteten ved de kommunale sykehjemmene systematisk ble fulgt opp i disse møtene.

Oppsummert er det Kommunerevisjonenes vurdering at Sykehjemsetaten ikke synes å ha hatt en tilstrekkelig fokus på internkontroll og kvalitetsstyring ved sykehjemmene de to første årene. Det er helt nødvendig at dette ivaretas bedre i tiden fremover, også i påvente av implementeringen av det helhetlige kvalitetssystemet.

## 6. Faglig utvikling og kompetansetiltak

Faglig utvikling er bl.a. nødvendig for å ivareta kvalitetskravene, nå mål om sterkere spesialisering i sykehjemssektoren, og for å dekke behovene til en mer sammensatt brukergruppe. Ved etableringen av Sykehjemsetaten lå det en forventning om at etatsopprettelsen ville styrke arbeidet med faglig utvikling i sykehjemmene.

De følgende avsnittene omhandler Sykehjemsetatens kompetanseutviklingstiltak rettet mot de kommunale institusjonene. I tillegg til kompetansetiltak i regi av Sykehjemsetaten sentralt, skjer det tiltak på hver enkelt institusjon og i regi av andre kommunale virksomheter. Helse- og velferdsetaten drifter for eksempel GERIA, Oslo kommunes ressurscenter for demens og alderspsykiatri, som tilbyr ulike opplæringsprogram.

### 6.1 Revisjonskriterium

- Sykehjemsetaten bør legge til rette for faglig utvikling i sykehjemmene

### 6.2 Fakta

#### *Prosjekter for å fremme kompetanse og faglig utvikling*

Sykehjemsetaten nedsatte et opplærings- og utviklingsutvalg i august 2007. Opplærings- og utviklingsutvalget vedtar Sykehjemsetatens overordnede opplæringsplan, mens ansvaret for det praktiske kompetanseutviklingsarbeidet knyttet til områder som lærlingeordningen for helsefagarbeidere og språkopplæring er lagt til Kvalitetsavdelingen. I tillegg bidrar de andre stabsavdelingene med kompetansehevingstiltak innefor sine fagområder.

Alle institusjoner skal ha en opplæringsplan.<sup>40</sup> Sykehjemsetaten vurderte sykehjemmenes behov for kompetanseutvikling på bakgrunn av institusjonenes opplæringsplaner og Sykehjemsetatens langsiktige målsetninger. Deretter utarbeidet Sykehjemsetaten en sentral opplæringsplan som ble vedtatt i juni 2008. Identifiserte fokusområder for 2008 var lederutvikling, fagutvikling for helsepersonell, norskopplæring og arbeid rundt bruk av etatens fagsystemer. For 2009 identifiserte opplæringsplanen arbeid med ernæring og hygiene, samt fortsettelse av arbeidet med lederutvikling.

Sykehjemsetaten kartla kompetanse og bemanningen ved sykehjem og avdelinger høsten 2007. Kartleggingen viste hvor mange personer som til enhver tid skulle være tilstede på hver avdeling etter type kompetanse. Kompetansekartleggingen baserte seg også på hvilken type pasienter og hvilken type sykehjemsplasser etaten hadde.<sup>41</sup>

I starten av 2008 ble prosjekt *Mulighetsrom* og etter hvert delprosjektet *Bemanning* etablert. Delprosjektet tok ifølge prosjektdirektivet sikte på å fortsette kartleggingsarbeidet som var blitt gjort i 2007 knyttet til bemanning og kompetanse. Prosjekt *Bemanning* foreslo veiledende standarder for lederstruktur og bemanning

<sup>40</sup> MBU sak 43 2008, Opplæringsplan for Sykehjemsetaten 2008

<sup>41</sup> Prosjektdirektiv bemanning – versjon 1

på sykehjemsnivå. Dette innebar i praksis at det ble stilt formelle kompetansekrav til ansatte som skulle inneha stilling som institusjonsleder eller avdelingsleder. Delprosjektet foreslo videre at det skulle etableres såkalte fagutviklingssykepleiere tilknyttet hvert sykehjem. Stillingene var tillagt ansvar og oppgaver knyttet til fagutvikling, faglig kompetanseutvikling og veiledning av faglig karakter. Flere institusjoner hadde fagutviklingssykepleiere fra tidligere. Den veiledende standarden la imidlertid opp til at hvert sykehjem skulle få 1 eller 1,5 stillingshjemmel til dette, avhengig av antallet senger ved sykehjemmet.<sup>42</sup>

#### *Faglige møteplasser*

Sentrale informanter oppga at det fantes flere faglige nettverk, herunder fagforum for fagutviklingssykepleiere og leger. Etatsdirektøren pekte også på at Sykehjemsetaten samarbeidet med Helse- og velferdsetaten om nettverk knyttet til ernæring, hygiene og smittevern.<sup>43</sup>

Leder for Kvalitetsavdelingen fortalte at det ikke var egne nettverk for sykepleiere, hjelpepleiere eller aktivitører, men at disse gruppene deltok i de tverrfaglige nettverkene. Det ble for eksempel pekt på at i smittevernnettverket deltok både grupper som husøkonomer, ansatte med ansvar for vaskeri, og leger. Det var sykehjemmene som utnevnte ansatte til nettverkene. Ikke alle sykehjem var med i alle nettverk, for eksempel hadde etaten fokusert på sykehjem med MRSA-utbrudd i smittenettverket så langt. Både i 2007 og 2008 ga Sykehjemsetatens Gerica-team opplæring i bruk av fagsystemet Gerica. Det var også et felles forum for koordinerende superbrukere.

#### *Ledelse*

Sykehjemsetaten gjennomførte ledelsesopplæring og kompetanseheving for institusjonsledere og avdelingsledere ved sykehjem i 2007 og 2008. Det var for eksempel etablert et introduksjonsprogram for nye ledere, og et lederutviklingsprogram for etatens utvidede ledergruppe skulle starte opp våren 2009. Sykehjemsetaten hadde også igangsatt veiledningsgrupper for nye institusjonsledere. Til dette tiltaket var det tilknyttet en ekstern konsulent. Det var også igangsatt tiltak for å styrke leders kompetanse innenfor arbeidsgiverrollen.

#### *Kompetanseheving i samarbeide med utdanningsinstitusjoner*

Sykehjemsetaten tilbød ansatte å tilrettelegge videreutdanning ved utdanningsinstitusjoner. I perioden 2007 til 2009 startet 74 og 53 ansatte på deltidsstudium som henholdsvis hjelpepleier eller helsefagarbeider.<sup>43</sup> I samme periode fikk også noen ansatte tilbud om mer spesialisert videreutdanning. Sykehjemsetatens årsberetning for 2008 opplyste at 2 fagskoleutdannede ansatte tok videreutdanning i psykisk helsearbeid, 2 tok videreutdanning i geriatri, og 15 tok annen videreutdanning av minst et halvt års studie på fulltid. Sykehjemsetaten organiserte også norskopplæring ved to sykehjem.

#### *Andre tiltak*

Sykehjemsetaten opplyste at de vurderte kompetansebehov ved vakanser, og at dette

---

<sup>42</sup> I tillegg ble det i forbindelse med delprosjektet planlagt og gjennomført en bemanningsnorm på sykehjemmene i 2008/2009. Bemanningsendringene er omtalt i kapittel 10.

<sup>43</sup> Sykehjemsetaten, Årsberetning 2008

hadde resultert i omgjøring av kravet til kompetanse. Flere hjelpepleierstillinger var omgjort til sykepleierstillinger, mens stillinger for ufaglærte var omgjort til hjelpepleierstillinger.

Sykehjemsetaten gjennomførte og markerte også ulike fagdager som alzheimersdager og dager med fokus på hjelpemidler for hørselshemmede.

Econ Pöyry har i en evaluering blant annet konkludert med at Sykehjemsetaten skiller seg ut sammenliknet med andre kommunale etater med mye bruk av norskopplæring blant de ansatte med minoritetsbakgrunn.<sup>44</sup> Sykehjemsetaten var også den virksomheten der flest ledere hadde hatt samtaler, med ansatte om behovet for norskopplæring. Nesten alle lederne som hadde gjennomført slike samtaler konkluderte med at de hadde ansatte med et slikt behov. I rapporten anslås det for øvrig at Sykehjemsetaten har ca 40 prosent ansatte med minoritetsbakgrunn. Gjennomsnittet i Oslo kommunes virksomheter var på rundt 15 prosent.<sup>45</sup>

#### *Kvalitetsrevisjon - kompetanse*

I kvalitetsrevisjonene av sykehjem i Oslo som ble gjennomført av Helse- og velferdsetaten i 2008 var vesentlige observasjoner knyttet til kompetanse at:

- Kompetansekartlegging i mange enheter ikke var systematisk registrert/dokumentert.
- Det ble gjennomført systematisk opplæring av nyansatte og ekstrahjelpere i de aller fleste enhetene.
- De fleste enhetene i liten grad hadde individuelle kompetanseplaner som på en systematisk måte fulgte opp kompetanseutviklingen hos den enkelte.

#### *Oppfatninger om kompetansetilbudet*

I medarbeiderundersøkelsen for 2008 ble ansatte stilt spørsmål om arbeidsgiver la til rette for kompetanseutvikling som var viktig for jobben deres. De ansatte skulle angi svar på en skala fra en til seks, der én indikerte svært lite tilrettelegging for kompetanseutvikling mens seks betød svært mye slik tilrettelegging. Gjennomsnittet av de ansatte ved de kommunale sykehjemmene svarte fire på dette spørsmålet.<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> Econ Pöyry, Evaluering av Handlingsplan - ansatte med minoritetsbakgrunn, rapport 2008-091

<sup>45</sup> Det fremgår ikke av rapporten om Econ har basert konklusjonen på svar fra alle ledere eller kun ledere med ansatte med minoritetsbakgrunn. Dette vil ha stor betydning for hvordan funnene for Sykehjemsetaten tolkes, fordi etaten har en stor andel ansatte med minoritetsbakgrunn.

<sup>46</sup> Medarbeiderundersøkelsen 2008, Kommunerevisjonen har ikke informasjon knyttet til representativitet eller svar blant ulike grupper arbeidstakere.

Tabell 11 gjengir kommunale institusjonslederes svar på spørsmål om Sykehjemsetaten eller andre instanser i kommunen dekket institusjonens behov for kompetansetiltak.

**Tabell 11 Dekkes institusjonenes behov for kompetanseheving? (N=29)**

|                                                     | I svært stor grad | I en viss grad | I liten grad | I svært liten grad | Vet ikke |
|-----------------------------------------------------|-------------------|----------------|--------------|--------------------|----------|
| Pleiefaglige kurs                                   | 6                 | 11             | 8            | 4                  | 0        |
| Øk. og adm kurs eller kurs i slike støttefunksjoner | 5                 | 17             | 7            | 0                  | 0        |
| GERICA                                              | 7                 | 16             | 4            | 1                  | 1        |
| Norskopplæring                                      | 0                 | 10             | 4            | 10                 | 5        |
| Grunnleggende kompetansehevingstiltak for ufaglærte | 3                 | 12             | 4            | 9                  | 1        |

Kilde: Kommunale institusjoners svar på Kommunerevisjonens spørsmål: "I hvilken grad dekker Sykehjemsetaten eller andre instanser i kommunen (for eksempel Helse- og velferdsetaten) sykehjemmets behov for kompetanse på områdene under?"

Ingen av kompetanseområdene skilte seg ut ved at institusjonsledere gjennomgående var negative eller positive til det tilbudet som ble gitt av Sykehjemsetaten eller andre instanser i kommunen. Kompetansetiltak knyttet til GERICA og kurs knyttet til økonomi, administrasjon og tilsvarende funksjoner kommer best ut, ved at henholdsvis 23 og 22 institusjonsledere mente tilbudet dekket institusjonenes behov i stor eller en viss grad. Pleiefaglige kurs og grunnleggende kompetansehevingstiltak kom i en mellomkategori; henholdsvis 12 og 13 institusjonsledere anså at tilbudet dekket behovet i liten eller svært liten grad. Tiltak knyttet til norskopplæring var det området der kommunens tilbud ble betegnet som dårligst. Ingen mente at dette ble tilbudt i stor grad, mens 14 institusjonsledere svarte at det i liten eller svært liten grad dekket institusjonens behov.

Tre institusjonsledere benyttet muligheten til å kommentere mangler i kompetansetilbudet. To institusjonsledere ga uttrykk for at opplæringstiltak for hjelpe- og sykepleiere var svakt, to kommenterte manglende kompetansetilbud til ufaglærte/ferievikarer og pleieassistenter, mens en pekte på manglende norskkurs.<sup>47</sup>

### *Kompetansetilbudet 2009*

Sykehjemsetatens overordnede opplæringsplan indikerer at etaten planla å tilby en rekke kurs knyttet til personal, økonomi og administrasjon og HMS i 2009. Kompetansetilbudet inkluderte i tillegg kompetansehevingstiltak knyttet til smittevern, bruk av tvang og hjelpemidler for hørselshemmede. Det var også satt av ressurser til ulike fora som forum for IPLOS og GERICA og andre nettverksmøter for fagutvikling.

## **6.3 Vurdering**

Ved etatsopprettelsen lå det en forventning om at arbeidet med faglig utvikling i Sykehjemsetaten skulle styrkes. Det er flere aktører som bidrar til kompetanseheving og faglig utvikling innenfor sykehjemssektoren inkludert den enkelte institusjon, Helse- og velferdsetaten og Sykehjemsetaten sentralt. På flere områder vil Sykehjemsetatens rolle være å tilrettelegge for eller informere om tiltak.

<sup>47</sup> To av institusjonslederne hadde kommentarer om mangler ved mer enn ett tilbud.

Sykehjemsetaten gjennomførte en kartlegging av kompetanse i 2007.

Kommunerevisjonen ser det som positivt at institusjonenes kompetanseplaner brukes til å utarbeide kompetanseplanen for Sykehjemsetaten sentralt. Vi merker oss likevel funnet i Helse- og velferdsetatens kvalitetsrevisjon knyttet til kompetansekartlegging på hver enkelt sykehjem.

Kommunerevisjonen stiller videre spørsmål ved om de eksisterende fagnettverkene i tilstrekkelig grad dekker alle yrkesgruppers behov. Flere yrkesgrupper var ikke omfattet av egne fagnettverk, og ikke alle sykehjem var med i alle nettverk. Mens institusjoner har nok ansatte til å kunne ha interne fagmiljøer for større yrkesgrupper som syke- og hjelpepleiere, er det samme ikke alltid tilfellet for andre grupper, som for eksempel aktivitetører.

Econ-rapporten konkluderte med at Sykehjemsetaten hadde mer bruk av norskopplæring enn andre kommunale etater. Sykehjemsetaten skilte seg imidlertid også ut ved å ha den største andelen ansatte med minoritetsbakgrunn. Kommunerevisjonen mener derfor det er et åpent spørsmål om norskopplæringstilbudet til Sykehjemsetatens ansatte er tilstrekkelig. Ingen av institusjonslederene ved de kommunale sykehjemmene svarte at Sykehjemsetaten, eller andre instanser i kommunen, i svært stor grad dekket institusjonens behov for norskopplæring, 14 oppga at dette i liten eller svært liten grad dekket deres behov.

Sykehjemssektoren har en relativt stor andel ufaglærte. Opplæring av ufaglærte og faglærte vikarer er etter Kommunerevisjonens vurdering viktig for å sikre tjenester av høy kvalitet. Kommunerevisjonen ser det som positivt at en del ufaglærte har startet hjelpepleier- og helsefagarbeiderstudier siden 2007. Vi ser det imidlertid som et tankekors at tretten institusjoner mente at Sykehjemsetaten eller andre kommunale instanser i liten- eller svært liten grad dekket deres behov for grunnleggende kompetansehevingstiltak.

Vi ser at flere institusjoner svarte de ikke viste i hvilken grad behovet for kompetanse ble dekket av Sykehjemsetaten eller andre instanser i kommunen. Dette kan etter vår mening tyde på at etaten har et forbedringspotensial i forhold til å informere institusjonene om de tilbudene som finnes.

Kommunerevisjonen merker seg som positivt at over 75 prosent av institusjonene mente Sykehjemsetatens kompetansetiltak knyttet til Gerica og økonomi og administrasjon i svært stor eller en viss grad dekket deres behov.

Oppsummert er det Kommunerevisjonens vurdering at selv om etaten har fått på plass ulike kurs og fora som bidrar til faglig utvikling, synes det å være behov for å styrke innsatsen på dette feltet og/eller bedre informasjonen om de eksisterende tilbudene.

## 7. Stillingsbrøker

I byrådssaken som lå til grunn for etatsopprettelsen var det uttrykt at en sentral etat ville gjøre det mulig å se bemanningsbehovene ved flere sykehjem i sammenheng. Dette ville bidra til at man kunne tilby heltidsstillinger eller større stillingsandeler i større grad enn det som var tilfellet da sykehjemmene lå under bydelene.

I dette kapittelet ser vi på Sykehjemsetatens arbeid i forhold til å øke stillingsbrøkene til ansatte ved kommunale sykehjem.

### 7.1 Revisjonskriterium

- Sykehjemsetaten bør kunne vise til tiltak for å øke stillingsbrøkene for ansatte

### 7.2 Fakta

Sykehjemsetaten overtok alle ansatte og turnuser fra bydelene da den tok over driften av de kommunale sykehjemmene 01.01.2007. Andelen ansatte i kommunale sykehjem med mer enn 80 % stilling ble første halvdel av 2007 beregnet til 70 %.<sup>48</sup> Både arbeidsmiljøloven og Oslo kommunes overenskomster med arbeidstakerorganisasjonene stiller krav om å tilrettelegge for øking av ansettelsesprosenten til deltidsansatte.

#### 7.2.1 Prosjekt "heltid-deltid"

Sykehjemsetaten startet prosjektet "heltid-deltid" i februar 2008. Prosjektet hadde som hovedmål å bidra til at Sykehjemsetaten nådde bystyrets mål om at minimum 75 % av etatens faste ansatte skulle ha en stillingsstørrelse på minst 80 %.<sup>49</sup> Videre skulle prosjektet bidra til å øke både medarbeider- og beboertilfredsheten.

Prosjektet ble ledet av avdelingssjef for personal og organisasjon i Sykehjemsetaten. Ifølge prosjektmandatet skulle prosjektet utarbeide en prosedyre for økning av stillingsbrøker ved vakanse, simulere alternative turnusmodeller og vurdere modellenes kostnader og konsekvenser for helgeoppdekningen, beregne de økonomiske effektene av at 75 % av etatens faste ansatte hadde en stillingsstørrelse på minst 80 %, og gjennomføre en kartlegging av ønsket stillingsbrøk blant alle deltidsansatte.

#### 7.2.2 Prosedyre for økning av stillingsbrøker

Sykehjemsetaten utarbeidet en forenklet prosedyre/prioriteringsrekkefølge for deltidsansatte som ønsket høyere stillingsbrøk i juni 2008.<sup>50</sup> Ifølge prosedyren skulle tjenesteledere kontakte personalavdelingen før stillinger lyses ut. Prosedyren slo fast prioriteringsrekkefølgen mellom overtallige, attførte og deltidsansatte ved stillingsvakanter, samt at sammenslåing av deltidsstillinger skulle vurderes ved ledighet. Prosedyren tilla også sykehjemmenes avdelingsledere ansvaret for å ha oversikt over deltidsansatte som ønsket høyere stillingsbrøk. Den la opp til at stillinger kunne lyses ut først når det var slått fast at det ikke var aktuelle overtallige, personer på attføring eller deltidsansatte som ønsket høyere stillingsbrøk.

Ledergruppen vedtok prosedyren i ledermøtet 22.10.2008, men bestemte samtidig

---

<sup>48</sup> Byrådets forslag til budsjett 2008, Dokument 1

<sup>49</sup> Prosjekt mandat: "Heltid deltid revidert 260308 og Byrådets forslag til budsjett 2008, Dokument 1

<sup>50</sup> Sak til ledermøte 266/08, 22.10.2008



å avvente iverksettelsen til ferdigstillingen av etatens bemanningsprosjekt (bemanningsprosjektet er nærmere omtalt i kapittel 10). Prosedyren ble vedtatt implementert i Medbestemmelsesutvalget i april 2009.

### **7.2.3 Kartlegging av ønsket stillingsbrøk**

Kartleggingen av ønsket stillingsbrøk blant deltidsansatte var opprinnelig planlagt gjennomført som en del av medarbeiderundersøkelsen i 2008.<sup>51</sup> Sykehjemsetaten oppga imidlertid at medarbeiderundersøkelsen for 2008 ikke ga mulighet til å inkludere etatsspesifikke spørsmål.

Avdelingssjef for personal og organisasjon fortalte i intervju at Sykehjemsetaten regnet med at mange deltidsansatte ønsket seg høyere stillingsbrøk. Dette kunne for eksempel sees ved at mange med lavere stillingsbrøker tok seg vikariater som økte deres stillingsbrøk.

Per 05.05.2009 var det ikke gjennomført kartlegging av ønsket stillingsbrøk blant deltidsansatte. Avdelingssjef for personal og organisasjon fortalte at det ikke ble bevilget midler til videre arbeid med prosjektet i Sykehjemsetatens budsjett for 2009. Bystyret vedtok heller ikke spesifikke måltall knyttet til stillingsbrøker i 2009. Resultatet av dette var ifølge avdelingssjef for personal og organisasjon at Sykehjemsetaten fant det lite hensiktsmessig å gjennomføre en kartlegging som ville skape en forventning om å redusere antallet deltidsstillinger dersom man ikke hadde budsjettmidler til å arbeide videre med gjennomføringen av dette.

### **7.2.4 Beregning av økonomisk effekt**

Arbeidet med å beregne den økonomiske effekten av målet om at 75 % av etatens ansatte skulle ha en stillingsstørrelse på minst 80 %, startet i april 2008. Beregningsgrunnlaget som ble benyttet i arbeidet, inneholdt tall for regelmessige avlønnede (faste ansatte, langtidsvikariater og midlertidig ansatte med månedslønn). Videre inneholdt tallgrunnlaget vakante stillinger. Der det ble vikariert for faste ansatte, ble både fast og midlertidig ansatt inkludert i tallgrunnlaget. Ansatte som innehadde flere stillingshjemler, fikk slått sammen disse i beregningsgrunnlaget.

Sykehjemsetaten gjorde tre ulike beregninger for å anslå kostnader knyttet til økte stillingsbrøker. Den første beregningen viste effekten dersom man slo sammen stillinger med lik stillingsbetegnelse og lik lønn inntil måltallet ble oppnådd, uten å ta hensyn til utfordringer knyttet til turnus og skiftplaner. Beregningen viste at etaten måtte slå sammen minimum 410 stillinger til 205 for å oppnå måltallet og at dette hadde latt seg gjøre i teorien. Metoden ville ikke medført tilleggskostnader, men ville kun la seg gjennomføre på lang sikt ved at stillingsinnehavere sluttet.

De to siste beregningene anslo kostnadene ved å tilby 360 nåværende stillingshjemler økt stillingsbrøk for å nå målet om at 75 % av etatens ansatte skulle ha en stillingsstørrelse på minst 80 %. Ved å øke stillingshjemlene til de 360 deltidsstillingene under 80 % med høyest og lavest stillingsprosent, stipulerte Sykehjemsetaten kostnader fra 13,1 til 60 millioner årlig inkludert feriepenger, pensjon og arbeidsgiveravgift.<sup>52</sup>

<sup>51</sup> Prosjekt mandat: Heltid deltid revidert 260308

<sup>52</sup> Beregning av økonomiske konsekvenser for å oppnå måltallet: "75 % av faste ansatte skal ha minimum 80 % stillingsbrøk"

Sykehjemsetatens ledelse drøftet konsekvensene av de økonomiske utredningene i sitt møte 22.10.2008. Det var ledelsens oppfatning at sammenslåing av stillinger ikke kunne foretas uten endringer i turnus, bl.a. for å sikre nødvendig natt- og helgedekning. De fleste turnusstillingene i etaten innebar arbeid hver tredje helg. Dersom etaten skulle nå måltallet, ble det antatt at flere ansatte måtte jobbe annenhver helg permanent eller periodevis.<sup>53</sup>

### **7.2.5 Simulere alternative turnusmodeller**

Arbeidsmiljøloven legger føringer for at ansatte ikke skal jobbe mer enn hver tredje helg.<sup>54</sup> Avdelingssjef for personal og organisasjon uttalte at man derfor ikke uten videre kunne øke lave stillingsbrøker uten at det ble hull i turnusen. Dette fordi små stillingsbrøker ofte ble benyttet for å fylle helgevaktene.

Sykehjemsetaten foreslo i sitt budsjettforslag for 2009 å avsette midler til å simulere turnusordninger. Blant annet skulle Furuset sykehjem prøve ut tre ulike turnusmodeller fra 01.01.2009. Dette skulle blant annet gi kunnskap om effekt på helgedekningen ved ulike turnusordninger.<sup>55</sup> Ifølge avdelingssjef for personal og organisasjon fikk ikke Sykehjemsetaten bevilget midler til dette i budsjettet for 2009, og prosjektet ved Furuset sykehjem ble ikke videreført.

Sykehjemsetaten fikk en bevilgning på 15 millioner til anskaffelse av et felles IKT-basert arbeidsplansystem for Oslo kommune og innføring av dette i Sykehjemsetaten, Legevakten og i bydelene. Systemet skulle danne grunnlaget for ”å planlegge, koordinere og styre personalressursene med sikte på bedre kvalitet på tjenestene, lavere kostnader og mer fornøyde medarbeidere”<sup>56</sup>. Ifølge prosjektdirektivet skal systemet anskaffes innen 31.12.2009. Den overordnede aktivitets- og fremdriftsplanen indikerer videre utvikling, testing og pilotering av systemet i 2010, med innføring i Sykehjemsetaten innen 31.10.2011.

### **7.2.6 Andre tiltak for å øke stillingsbrøker**

Sykehjemsetaten gjennomførte i 2008 og 2009 et bemanningsprosjekt (mer om dette i kapittel 10). Avdelingssjef for personal og organisasjon fortalte at gjennomføringen av bemanningsprosjektet innebar en god del endringer i turnusordningen som medførte at ansatte fikk økt stillingsbrøk der det var mulig. Sykehjemsetaten oppga at i alt 197 personer fikk økt sin stillingsprosent i perioden mai 2007 - mai 2009.

Sykehjemsetaten fikk opprettet flere stillingshjemler for leger i 2008. Avdelingssjef for personal og organisasjon fortalte videre at Sykehjemsetaten valgte å utlyse disse som 100 % stillinger der det var mulig.

En områdedirektør fortalte at enkelte sykehjem hadde arbeidet tett sammen i en årrekke. For disse institusjonene kunne det være lagt opp til stillinger på tvers av sykehjem. Dette gjaldt spesielt støttefunksjoner som for eksempel ergo - og fysioterapeuter.

---

<sup>53</sup> Sak til ledermøte 266/08, 22.10.2008

<sup>54</sup> LOV 2005-06-17 nr 62: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) §10-8

<sup>55</sup> Sak til ledermøte 266/08, 22.10.2008

<sup>56</sup> Felles elektronisk arbeidsplanssystem eFAS, Prosjektdirektiv, Mai 2009

### 7.2.7 Utviklingen i stillingsbrøker i 2007 og 2008

Bystyret hadde i 2008 et mål om at minst 75 % av alle Sykehjemsetatens ansatte skulle ha mer enn 80 % stilling. Sykehjemsetaten rapporterte ikke på dette måltallet i sin årsberetning i 2008. Sykehjemsetaten rapporterte 70,2 % som status ved 1. tertial 2008, og 52,4 % ved 2. tertial. Beregningen for 2. tertial ble kun gjort for fast ansatte, mens vikarer var medregnet i 1. tertial og i måltallet.<sup>57</sup>

På oppfordring fra Kommunerevisjonen utarbeidet Sykehjemsetaten en oversikt over andelen ansatte i etaten med stillingsstørrelse på 80 % eller mer ved utgangen av 2008. Denne indikerte at 60 % av etatens fast ansatte og 65 % av fastlønnede, fast ansatte og vikarer hadde en stillingsprosent på mer enn 80 % ved utgangen av 2008. Tallmaterialet som ble benyttet, gjorde det ikke mulig å sammenlikne tallene med det som tidligere var rapportert i etatens tertialrapporter.

De kommunale sykehjemmenes svar på Kommunerevisjonens spørsmål knyttet stillingsbrøker er gjengitt i tabell 12. Tabellen viser at flertallet av institusjonene oppfattet at de skulle arbeide for høyere stillingsbrøker, men at kun to av 29 sa de var bedt om å samarbeide med andre institusjoner for å tilrettelegge for økte stillingsbrøker. 12 institusjonsledere oppga at de var blitt bedt om å få oversikt over uønsket deltid, mens 18 sa de var bli bedt om å vurdere turnuspraksis for å få flere ansatte over i større stillinger.

**Tabell 12 Stillingsbrøker (N=29)**

|                                                                                                                  | Ja | Nei |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Sykehjemmet er blitt bedt om å kartlegge eller få oversikt over uønsket deltid                                   | 12 | 17  |
| Sykehjemmet har blitt bedt om å vurdere turnuspraksis/-utforming for å få flere ansatte over i større stillinger | 18 | 11  |
| Sykehjemmet er blitt bedt om å samarbeide med andre sykehjem for å tilrettelegge for økte stillingsbrøker        | 2  | 27  |
| Sykehjemmet har fått beskjed om at det skal arbeide for høyere stillingsbrøker                                   | 24 | 5   |
| Sykehjemmet vurderer muligheten for å øke stillingsbrøkene til ansatte før man utlyser stillinger eksternt       | 25 | 4   |

Kilde: Kommunale institusjoner svar på Kommunerevisjonens spørsmål: "Hva har blitt gitt av føringer i tilknytning til deltidsarbeid/stillingsbrøker fra Sykehjemsetaten?"

## 7.3 Vurdering

Større mulighet til å øke stillingsbrøker ble løftet som en positiv effekt av etatsopprettelsen i byrådssak 79/06. Vi merker oss at det er utarbeidet en prosedyre for økning av stillingsbrøker ved vakanser, men at denne først ble implementert i april 2009.

Kommunerevisjonen mener at en kartlegging av deltidsansattes ønskede stillingsbrøk ville være et naturlig utgangspunkt for arbeidet med å øke andelen ansatte med stillingsbrøk over 80 prosent. Vi konstaterer at nevnte rutine tillegger avdelingsleder å ha oversikt over ansatte som ønsker større stillingsbrøker. Etaten har imidlertid ingen samlet oversikt over dette. Vi mener at etaten med fordel kunne ha gjennomført en slik kartlegging, uavhengig av om dette ble gjort i forbindelse med medarbeiderundersøkelsen.

<sup>57</sup> Sykehjemsetaten tertialrapport per 30.04.2008 og 31.08.2008

Kommunerevisjonen ser at Sykehjemsetaten har gjort et arbeid for å anslå kostnader av å nå bystyrets mål under ulike senarioer. Vi merker oss imidlertid at analysemodellene for kostnadsberegningene - som baserer seg på teoretiske sammenslåinger av stillingsbrøker eller en økning i antall pleiefaglige årsverk - synes å ta utgangspunkt i lite realistiske forutsetninger, og at de med fordel kunne ha vært utviklet videre.

Forhold knyttet til turnusplanlegging og lokale arbeidstidsavtaler ble trukket frem som begrensende faktorer for arbeidet med å øke deltidsansattes stillingsbrøker. Kommunerevisjonen merker seg at Sykehjemsetaten på tross av dette ikke syntes å prioritere arbeidet med å utrede mulige effekter av ulike turnusordninger. Implementeringen av et IKT-basert arbeidsplanleggingssystem vil kunne bidra til blant annet bedre turnusplanlegging. Kommunerevisjonen merker seg imidlertid at prosjektet fremdeles var i en svært tidlig fase.

Tallene Sykehjemsetaten oppga, viste at etaten lå langt fra å nå bystyrets mål om at minst 75 % av alle ansatte skulle ha mer enn 80 % stilling. Vi merker oss at bystyret ikke har videreført måltallet knyttet til stillingsbrøker for 2009. Kommunerevisjonen mener likevel at Sykehjemsetaten skulle ha rapportert på resultatet i sin årsberetning for 2008.

Oppsummert er det Kommunerevisjonens oppfatning at arbeidet med å øke stillingsbrøker ikke har vært et høyt prioritert område etter etatsopprettelsen. Vi understreker at både arbeidsmiljøloven og Oslo kommunes overenskomster med arbeidstakerorganisasjonene stiller krav om å tilrettelegge for øking av ansettelsesprosenten til deltidsansatte.

## 8. Lege- og fysioterapidekning

Byrådssaken som lå til grunn for Sykehjemsetatens opprettelse, innebar en forventning om at en ny overordnet styring av sykehjemstilbudet ville bidra til en styrking av legedekningen og fysioterapidekningen og en reduksjon i andelen ufaglært arbeidskraft ved byens sykehjem.

### 8.1 Revisjonskriterium

- Sykehjemsetaten skal sørge for at Oslo kommunes mål knyttet til lege- og fysioterapidekning i sykehjem innfris.

### 8.2 Fakta

Styrkingen av lege- og fysioterapidekningen har vært uttalte mål for Sykehjemsetaten siden opprettelsen.

#### 8.2.1 Tiltak for å øke legedekningen

Sykehjemsetaten startet planarbeidet for utvikling av legetjenesten i 2007. Det ble nedsatt en partsammensatt arbeidsgruppe som skulle se på organiseringen av legetjenesten ved de kommunale sykehjemmene for å anbefale hvilken tilknytningsform legene burde ha, foreslå alternative modeller for organisering av tjenesten, foreslå tiltak for å øke rekrutteringen til faste legestillinger og foreslå hvordan kollegiale og faglige møteplasser for legene kunne organiseres.

Bystyret bevilget midler til en 50 % styrking av legetjenesten på sykehjemmene i perioden 2005 - 2010 i budsjettet for 2008. Dette innebar at det ble lagt inn en økning tilsvarende 6 legeårsverk i 2008, med en tilsvarende årlig økning i 2009 og 2010.

Den partsammensatte arbeidsgruppen fant at legedekningen varierte mye fra institusjon til institusjon. Videre pekte arbeidsgruppen på utfordringer knyttet til små stillingsbrøker, og anbefalte at Sykehjemsetaten slo sammen stillinger på sykehjem som lå i geografisk nærhet. Det ble også foreslått å opprette overlegestillinger med faglig ansvar for legetjenester i et geografisk område.

Sykehjemsetaten oppga i sin årsberetning for 2008 at den hadde startet arbeidet med å utjevne ulikheter, og hadde øremerket to stillingshjemler til overleger som skulle ha ansvar for kvalitetsutvikling ved siden av 50 % klinisk arbeid. Overlegestillingene var per 01.06.2009 utlyst to ganger, men ikke besatt.

De nye legestillingene ble utlyst høsten 2008, og ved utgangen av 2008 var 1,75 % stilling besatt. Ved utgangen av mai 2009 var 4,2 av de nye kommunale legestillingene og 0,5 av de nye ikke-kommunale legestillingene besatt, og ytterligere 1,6 årsverk ville tiltre over sommeren.

Leder for personalavdelingen oppga i intervju at de fokuserte på lønn og arbeidsvilkår ved utlysningene, og at de ikke opplevde at det var problematisk å rekruttere leger, men at rekrutteringen av overleger hadde vært mer utfordrende.

#### 8.2.2 Tiltak knyttet til fysioterapidekningen

Sykehjemsetaten satte i januar 2008 ned en arbeidsgruppe som blant annet skulle vurdere hvordan ergo- og fysioterapiressursene burde/kunne brukes effektivt i Sykehjemsetaten. Videre skulle arbeidsgruppen foreslå alternative modeller for organisering av tjenesten

innad i sykehjemmene, se på spørsmål knyttet til ferieavvikling, organisering av faglige møteplasser og komme med innspill til temaer for Sykehjemsetatens opplæringsplan.

Arbeidsgruppen la frem en sluttrapport med anbefalinger. Disse var blant annet knyttet til organisasjonsform og opprettelsen av en stilling som fagkoordinator. Sykehjemsetatens direktør konkluderte med at tjenestene kunne organiseres enten direkte under institusjonssjef, under en avdelingsnøytral leder eller under avdelingssykepleier på korttids- eller rehabiliteringsavdelinger. Videre kartlegging av arbeidsprosessen skulle legges til arbeidsgruppen som arbeidet med innhold og kvalitet i tjenesten mens koordinering av faglig utvikling ble lagt til Kvalitetsavdelingen.

I et eget notat uttrykte representantene for ergo- og fysioterapeutene at sluttrapporten ikke gjenspeilte arbeidsgruppens konklusjoner knyttet til foretrukket organisasjonsform. De stilte også spørsmål ved etatsdirektørs avgjørelse om å ikke opprette en fagkoordinator på tross av at etaten gikk inn for en slik organisering for sykehjemslegene.<sup>58</sup>

### 8.2.3 Resultater

Mål og resultater knyttet til lege- og fysioterapidekning er gjengitt i tabell 13. Måлиндикаторene for lege- og fysioterapidekningen ble endret i årsberetningen for 2008, for å tilpasse etatens resultatmål til KOSTRA-rapporteringen. Sykehjemsetaten rapporterte derfor på andre indikatorer i årsberetningen for 2008 enn de som ble vedtatt av bystyret i forbindelse med budsjettbehandlingen for 2008.

**Tabell 13 Lege- og fysioterapidekning 2006-2009**

|                                                       | 2006     | 2007             |          |       | 2008             |          | 2009             |
|-------------------------------------------------------|----------|------------------|----------|-------|------------------|----------|------------------|
|                                                       | Resultat | Måltall<br>Dok 3 | Resultat | Avvik | Måltall<br>Dok 3 | Resultat | Måltall<br>Dok 3 |
| Årsverk fysioterapeuter pr 1000 plasser i institusjon | 9,1      | 10               | 12,75*   |       | 10               |          |                  |
| Fysioterapeut timer pr. uke pr. beboer                |          | -                | 0,477    |       |                  | 0,49     | 0,49             |
| Årsverk leger pr 1000 plasser i institusjon           |          | 8                | 7,7**    | -0,3  |                  |          |                  |
| Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem               | 0,26     | -                | 0,29     |       | >0,31            | 0,31     | 0,36             |

Note: Tallene er hentet fra Sykehjemsetatens årsberetning 2007, 2008, og Dokument 3 2007, 2008 og 2009

\*KOSTRA-rapporteringen per 31.12.2007 viser 2327,31 timer pr. uke i snitt for fysioterapidekning. Tallet danner grunnlaget for beregning av fysioterapidekning for sykehjemmene.

\*\*Årsverk leger ble for 2007 beregnet på grunnlag av antall legetimer for alle sykehjem, fordelt på antall beboere (31.12.2007).

## 8.3 Vurdering

Sykehjemsetaten nådde bystyrets mål knyttet til fysioterapidekning i 2007. Endringene i mål det ble rapportert på gjør det vanskelig å vurdere resultatet opp mot måltallet for fysioterapidekning i 2008. Vi ser imidlertid at Sykehjemsetaten hadde en økning i antall fysioterapeuttimer fra 2007 til 2008, og at resultatet i 2008 tilsvarte det målet bystyret satte til fysioterapidekning i 2009.

Sykehjemsetatens resultat for legedekning var tett opp til målet som var satt for 2008. Vi merker oss at etaten oppgir at det arbeides videre med opptrappingen av legedekningen i 2009.

<sup>58</sup> Notat fra NFF og NETF til MBU sak "organisering av ergo- og fysioterapitjenesten i SYE - arbeidsgruppens rapport" april 2009

## 9. Fritt brukervalg

Oslo kommune har hatt fritt sykehjemsvalg siden 1996<sup>59</sup> Dette innebærer at brukere med vedtak om fast sykehjemsplass har rett til å velge fritt mellom Oslos sykehjem.

Byrådssak 79/06 uttrykkte at det frie brukervalget ikke ble godt nok fulgt opp da sykehjemmene lå under bydelene. Dette var ifølge byrådssaken fordi bydeler enkelte ganger heller ønsket å fylle sine egne sykehjem enn å kjøpe plasser i andre bydeler. Ifølge byrådssaken ville en sentral sykehjemsetat sikre fritt brukervalg.

### 9.1 Revisjonskriterium

- Sykehjemsetaten bør kunne vise til systemer og tiltak som sikrer fritt brukervalg.

### 9.2 Fakta

#### 9.2.1 Omfang og ansvarsdeling

Ansvarsfordelingen mellom bydeler og Sykehjemsetaten for kjøp og drift av syke- og aldershjems plasser ble definert i en instruks utarbeidet av Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester i desember 2006. Instruksen har blant annet som formål å sikre fritt brukervalg. Instruksen slår fast at fritt sykehjemsvalg gjelder ved tildeling av langtids plasser, og at følgende kriterier skal vektlegges ved tildelingen:

- Dokumenterte helsefaglige vurderinger av brukers behov sett i sammenheng med sykehjemmets tilbud.
- Brukers rett til fritt å velge sykehjem. Bruker må avfinne seg med at i de tilfeller hvor det ikke er ledig plass ved ønsket sykehjem, kan han/hun tilbys midlertidig plass ved annet sykehjem.
- Brukers rett til sykehjemsplass senest innen fire uker etter at vedtak er fattet.
- Når flere brukere ønsker seg til samme sykehjem gis tilbud med bakgrunn av vedtaksdato.

Det fremgår videre av instruksen at fritt brukervalg ikke gjelder ved tildeling av korttids-, rehabiliterings-, aldershjems- eller dagplass. Ved tildeling av korttids- og rehabiliteringsopphold kan brukere imidlertid velge mellom tilbud ved et sykehjem i Oslo eller ved et sykehjem i Spania.

#### 9.2.2 Informasjon om sykehjemstilbudet

Instruksen nevnt over gir bydelene ansvaret for ivaretagelsen av kommunens ansvar overfor brukeren og skal forestå all kontakt med bruker mht myndighetsutøvelse.

Byrådet ønsket i 2007 å utarbeide en sykehjemskatalog for å gi brukere oversikt over kommunens sykehjemstilbud, slik at de enklere skulle få muligheten til å velge det sykehjemmet som passet best for dem.<sup>60</sup> Sykehjemsetaten startet arbeidet med utarbeidelsen av en internetbasert sykehjemskatalog med oversikt over tjenestetilbudet i 2007.<sup>61</sup> I januar 2007 ble sykehjemsinformasjonen som hadde stått på bydelenes

<sup>59</sup> Oslo kommune, Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, *Utfordringer i sykehjemssektoren i Oslo Alternative organisasjonsmodeller for tjenesten*, mai 2005

<sup>60</sup> Byrådets budsjettforslag for 2007 (Dok 1)

<sup>61</sup> Sykehjemsetaten, Årsberetning 2007

nettsider, samlet og presentert på Sykehjemsetatens nettsider. Fra februar 2008 ble nettinformasjonen om sykehjemmene i Oslo presentert etter en ensartet mal. Dette innebar at etatens nettsider innholdt en alfabetisk oversikt over sykehjemmene i Oslo med linker til informasjon om beliggenhet, bygningsstandard, sosiale tiltak, aktiviteter og kulturtilbud, kompetanse, utviklingsarbeid, servicefunksjoner etc. En papirversjon av Sykehjemskatalogen med denne informasjonen, forelå i juni 2009<sup>62</sup>.

Papirutgaven av sykehjemskatalogen skal sendes sykehjem, bydeler og andre samarbeidspartnere. Det er videre laget en pdf-versjon av publikasjonen slik at samarbeidspartnere kan trykke opp flere utgaver ved behov.

Et informasjonssenter åpent for besøkende ble opprettet i Sykehjemsetatens lokaler i 2007.<sup>63</sup> Sykehjemsetaten oppdaterte også Serviceerklæring for fritt brukervalg i 2008.<sup>64</sup> Den nye brosjyren *Fritt sykehjemvalg i Oslo kommune* ga en kort introduksjon til fritt brukervalg, individuelle rettigheter og klageadgang samt kontaktinformasjon til institusjoner i hver enkelt bydel. Brosjyren inneholdt ikke informasjon om tjenestetilbudet ved hver enkelt institusjon, antall og type rom, bygningsstandard eller liknende.<sup>65</sup>

Sykehjemsetaten legger ut lister over ledige plasser på sine internettsider som oppdateres daglig. Avdelingssjef for Kvalitetsavdelingen fortalte at det i gjennomsnitt ligger mellom 25 og 30 ledige plasser ute på etatens nettsider.

### **9.2.3 Bydelenes vurdering av ordningen**

I Kommunerevisjonens spørreskjema sendt til bydelene svarte åtte bydeler at de ikke fikk den informasjonen de trengte om forventet ventetid for langtidsplasser, mens fem bydeler oppga at informasjonen om ledige plasser ikke var tilstrekkelig.

Elleve bydeler oppga at de så noe som hindret fritt brukervalg. Av disse oppga to bydeler at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon om sykehjemstilbudet, mens fire oppga at brukerne hadde for kort svarfrist og at det var manglende mulighet til å besøke institusjonene før man svarte på Sykehjemsetatens tilbud om institusjonsplass. Fem bydeler oppga at lange ønskelister ved enkelte sykehjem hindret det frie brukervalget.

På spørsmål om bydelene hadde ytterligere kommentarer til fritt brukervalg, oppga en bydel at fritt brukervalgbrosjyren ikke inneholdt en oversikt over avdelingstyper. Ikke alle hadde pårørende som benyttet seg av internett noe som kunne føre til mangelfull informasjon fordi det også var vanskelig for bestillerkontoret å ha full oversikt over tilbudet. En annen bydel understreket at den nå ikke var bundet til driftsansvar, for enkeltinstitusjoner noe som gjorde det enklere for bydelen å forholde seg til fritt brukervalg. Samtidig opplevde bydelen at tildelingsprosessen tok noe lenger tid enn det som var tilfellet tidligere. En bydel stilte spørsmålstegn ved om Sykehjemsetaten hadde oversikt over - og fulgte - ønskelistene.

---

<sup>62</sup> Sykehjemskatalogen, Oversikt over sykehjemstilbudet i Oslo

<sup>63</sup> Sykehjemsetaten, Årsberetning 2007

<sup>64</sup> Sykehjemsetaten, Årsberetning 2008

<sup>65</sup> Serviceerklæring for fritt sykehjemvalg i Oslo kommune



### 9.2.4 Tildeling av plasser

Formidlingsenheten i Sykehjemsetatens kvalitetsavdeling har ansvaret for tildeling av sykehjemsplasser. Avdelingssjef for Kvalitetsavdelingen fortalte at det i de aller fleste søknader ble oppgitt ønsket institusjon. I de tilfeller dette ikke var oppgitt, tok Sykehjemsetaten kontakt med bydelens bestillerkontor for å forsikre seg om at dette ikke skyltes en forglemmelse. Dersom man fremdeles ikke hadde spesifikke ønsker, ble personen tilbudt plass i det sykehjemmet med ledig kapasitet som lå nærmest personens hjemmeadresse.

Dersom førstevalget til søkere ikke kunne innfris med en gang, fortalte avdelingssjef for Kvalitetsavdelingen at de forsøkte å imøtekomme ønske nr. 2 eller 3. Personer ble satt på ønskeliste for de valgene som ikke kunne innfris. Disse listene ble sortert etter vedtaksdato, og personer sto på ønskeliste til ønsket ble oppfylt. Dersom ingen av valgene kunne innfris ble personen tilbudt en midlertidig plass i påvente av ledig plass ved ønsket institusjon.

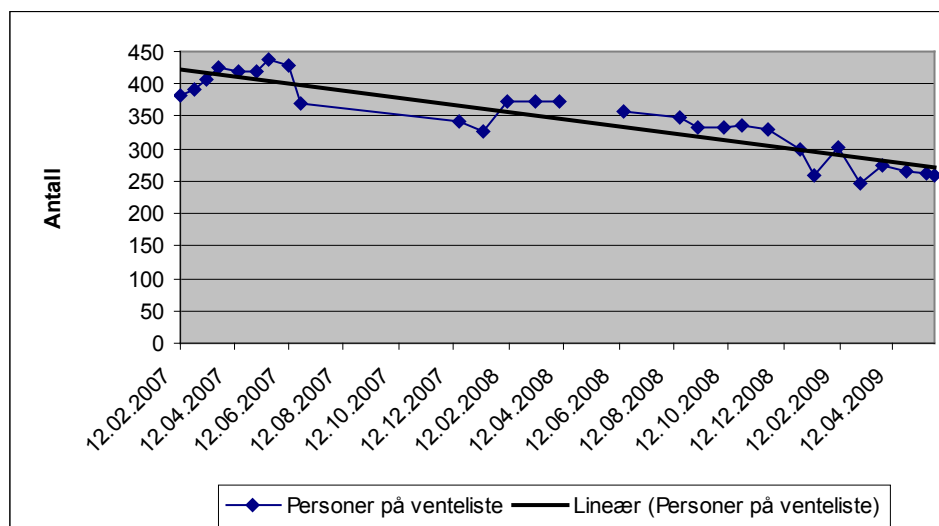
Sykehjemsetaten oppga at de kun i unntakstilfeller så bort fra vedtaksdatoprinsippet. Det kunne for eksempel skje dersom det var beboere med spesielle behov.

Avdelingssjef for Kvalitetsavdelingen fortalte at de frem til innføringen av en egen plassadministrasjonsmodul i Gericas i mars 2009, sendte ønskelistene til bydelene for en gjennomgang to ganger i året. Etter innføringen av den nye modulen har det vært bydelenes ansvar å ajourføre ønskelistene.

### 9.2.5 Resultatindikatorer

I 2008 fikk 63 % av søkerne sitt førstevalg innvilget.<sup>66</sup> Figur 2 viser at det i perioden februar 2007 til mai 2009 var en nedgang i antallet personer på Sykehjemsetatens ønskelister.

**Figur 2 Personer på ønskeliste**



Note: Figuren er utarbeidet av Kommunerevisjonen basert på tall oppgitt av Sykehjemsetaten. Figuren omfatter både personer som velger å vente hjemme og personer som tar i mot midlertidig tilbud om plass ved et annet sykehjem i påvente av plass ved ønsket sykehjem. Fra 30.03.2009 er Sykehjemsetatens tall basert på bydelenes registrering i Gericas plassadministrasjonsmodul.

<sup>66</sup> Sykehjemsetatens Årsberetning 2008

Sykehjemsetaten målte antallet personer på ønskeliste 29 ganger i perioden februar 2007 til mai 2009. Tabell 14 viser det gjennomsnittlige antallet personer som ventet hjemme, etter lengden på ventetiden. Ifølge Sykehjemsetaten hadde alle personene som valgte å vente hjemme takket nei til tilbud om sykehjemsplass i påvente av ledig plass ved ønsket institusjon.

**Tabell 14 Antall personer som ventet hjemme, etter ventetid**

| Ventetid     | Per<br>12.02.2007 | Gjennomsnitt<br>2007 | Per<br>29.12.2008 | Gjennomsnitt<br>2008 | Per<br>27.05.2009 |
|--------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|
| Under 1 mnd. | 17                | 14,4                 | 13                | 11,0                 | 12                |
| 1-6 mnd.     | 31                | 24,3                 | 10                | 13,0                 | 6                 |
| 6-12 mnd.    | 4                 | 2,7                  | 0                 | 0,5                  | 0                 |
| 1-2 år       | 0                 | 0,1                  | 0                 | 0,1                  | 0                 |
| Totalt       | 52                | 42,3                 | 23                | 24,5                 | 18                |

Note: Tabellen bygger på Sykehjemsetatens registrering av antall personer som venter hjemme på 29 gitte datoer i perioden 12.02.2007 - 27.05.2009.

### 9.3 Vurdering

Ifølge byrådssaken som lå til grunn for opprettelsen av Sykehjemsetaten ville etableringen av en slik etat sikre fritt brukervalg.

Sykehjemsetaten har etablert systemer for å sikre at brukere blir tilbudt plass på ønsket institusjon eller blir gitt plass på ønskeliste etter vedtaksdato. Kommunerevisjonen merker seg at antall personer på ønskeliste og antallet personer som venter hjemme, har sunket i undersøkelsesperioden.

Informasjon om tilbudet er etter Kommunerevisjonens vurdering en viktig forutsetning for at brukere skal kunne velge fritt mellom ulike tilbud. Bydelene har ansvaret for å informere personer med vedtak om sykehjemsplass om tilbudet som finnes. Kommunerevisjonen ser det derfor som bekymringsfullt at flere bydeler oppga de ikke fikk tilstrekkelig informasjon om ledige plasser. To bydeler mente mangel på informasjon hindret fritt brukervalg. Fritt sykehjemvalg-brosjyren var frem til juni 2009 den eneste trykte informasjonen om Sykehjemsetatens samlede tilbud. Denne inneholder ikke informasjon om tjenestetilbudet ved hver enkelt institusjon, antall og type rom, bygningsstandard og liknende. Kommunerevisjonen setter spørsmålstegn ved om denne brosjyren og den mer omfattende nettbaserte informasjonen var tilstrekkelig, særlig sett i lys av den aktuelle brukergruppen.

## 10. Andre forhold

Dette kapittelet omhandler forhold ved Sykehjemsetaten med relevans for de områdene vi ser på i undersøkelsen, men som ikke faller direkte inn under revisjonskriteriene hentet fra byrådssaken.

### 10.1 Forholdet til bydelene

13 av Oslo kommunes 15 bydeler var imot opprettelsen av Sykehjemsetaten. Flere bydeler var bekymret for samarbeidet mellom institusjonstjenesten og hjemmetjenesten.<sup>67</sup>

*I Instruks vedrørende ansvarsfordeling mellom bydel og Sykehjemsetaten for internkjøp og drift av dag- og døgn tjenester i syke- og aldershjem* ba Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester bydelene og Sykehjemsetaten å

...samarbeide lojalt for i fellesskap å sikre at Oslo kommune ivaretar den enkelte brukers krav på en tjeneste med et forsvarlig omsorgsnivå.

Institusjonene ble blant annet bedt om å umiddelbart melde fra til bydelene dersom brukere trengte et annet tilbud enn det de hadde vedtak om.

På spørsmål fra Kommunerevisjonen svarte 42 av institusjonslederne at de i 2008 kontaktet bydelenes bestillerkontor, fordi de mente at deres beboere hadde behov for en annen type plass enn det de hadde vedtak om.

Som svar på Kommunerevisjonens spørreskjema oppga 16 institusjoner at det i gjennomsnitt tok mer enn 20 virkedager fra de meldte fra om beboernes behov, til bestillerkontorene hadde gjort en ny vurdering av beboerens behov.

Tabell 15 viser at 40 % av institusjonene var helt eller delvis uenig i at bydelene alltid var raske med å gi dem tilbakemelding ved melding om beboere med endrede behov. 64 % av institusjonene var imidlertid helt eller delvis enige i at bydelene tok deres henvendelser om endrede behov på alvor. 54 % av institusjonslederne var helt eller delvis enige i at samarbeidet med bydelene hovedsak gikk greit dersom de mente det burde fattes et nytt vedtak, mens 28 % var helt eller delvis uenige i dette.

**Tabell 15 Samarbeid med bydelene (N=50)**

| Utsagn                                                                                                     | Helt enig | Delvis enig | Verken eller | Delvis uenig | Helt uenig |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|--------------|--------------|------------|
| Vi opplever at bydelene tar vår henvendelse alvorlig når vi melder fra om endrede behov.                   | 26,0 %    | 38,0 %      | 12,0 %       | 20,0 %       | 4,0 %      |
| Bydelene er alltid raske med å gi tilbakemelding ved meldinger om endrede behov.                           | 10,0 %    | 26,0 %      | 24,0 %       | 22,0 %       | 18,0 %     |
| Vi opplever i hovedsak at samarbeidet går greit med bydelen dersom vi mener det bør fattes et nytt vedtak. | 26,0 %    | 28,0 %      | 18,0 %       | 24,0 %       | 4,0 %      |

Kilde: Institusjonenes svar på Kommunerevisjonens spørsmål om hvor enige/uenige de var i enkeltutsagn

<sup>67</sup> Byrådssak 79/06, *Sykehjem - organisering for bedre kvalitet og valgfrihet*, uttrykt vedlegg 1. Referater fra møter med bydelsutvalgenes arbeidsutvalg, og uttrykt vedlegg 2 Høringsuttalelsene

Kommunerevisjonen stilte også bydelene spørsmål om de hadde fått henvendelser fra institusjoner knyttet til beboere institusjonene mente trengte nytt vedtak. Med unntak av en svarte alle bydelene at de hadde fått slike henvendelser i 2008. På spørsmål om hvordan informasjonsflyten mellom Sykehjemsetaten (inkludert institusjonene) og bydelens bestillerkontor fungerte i de tilfellene hvor beboeres behov ble endret i 2008, oppga åtte bydeler *svært eller ganske godt*, fire bydeler svarte *verken/eller* mens tre bydeler mente dette fungerte *ganske dårlig*.

Bydelene hadde også anledning til å gi generelle kommentarer knyttet til forholdet mellom bestillerkontor og institusjonstjenesten. En bydel oppga at det var svakheter knyttet til rutinen for melding om dødsfall, mens tre bydeler oppga at ikke alle institusjoner kjente rutinene for melding om endrede behov. En bydel sa at det ble tatt kontakt raskt dersom pasienter fikk økte behov, men at bydelen selv måtte være aktive for å sjekke om pasienter med høyt omsorgsnivå fortsatt trengte dette. En fjerde bydel oppga det var spesielle utfordringer knyttet til kontakten med sykehjem som lå utenfor Oslo.

Samarbeidet mellom institusjon og hjemmetjeneste er spesielt viktig for korttids- og rehabiliteringsplasser. Tabell 16 viser at ti bydeler vurderte samarbeidet som svært eller ganske godt, mens en bydel vurderte det som ganske dårlig.

**Tabell 16 Samarbeidet mellom hjemmetjenesten og institusjonstjenesten**

| Svaralternativ | Antall bydeler (N=15) |
|----------------|-----------------------|
| Svært godt     | 1                     |
| Ganske godt    | 9                     |
| Verken/eller   | 4                     |
| Ganske dårlig  | 1                     |
| Svært dårlig   | 0                     |

Note: Informasjonen i tabellen er basert på bydelenes svar på Kommunerevisjonens spørsmål: "Hvor godt/dårlig vil bydelen betegne samarbeidet mellom hjemmetjenesten og institusjonstjenesten i forhold til pasienter med korttids- eller rehabiliteringstilbud per 31.12.2008?"

## 10.2 Kontraktssituasjon for institusjoner drevet etter konkurranse

Ved opprettelsen av Sykehjemsetaten ble kontraktsoppfølgingen av de ikke-kommunale institusjonene flyttet til en sentral enhet i Sykehjemsetaten (Område 3).

I 2008 ble det inngått fire nye kontrakter om drift av sykehjem.<sup>68</sup> Ved alle disse var det konkurranse mellom flere leverandører. Sykehjemsetaten gjennomførte i 2008 også en evaluering av modellen benyttet for kontrahering av driften ved St. Hanshjemmet der man fastsatte pris og lot leverandører konkurrere kun på kvalitet.

I spørreskjemaet som vi sendte ut til alle institusjonsledere, oppga 11 av de ikke-kommunale institusjonene<sup>69</sup> at de ikke hadde gyldig driftsavtale med Sykehjemsetaten. Av de 11 svarte én institusjon at den var i ferd med å få i stand en ny avtale mens en svarte at den aldri hadde hatt en driftsavtale med Oslo kommune.

<sup>68</sup> St. Hanshaugen omsorgssenter, Ammerudlund, Hovseterhjemmet og Paulus sykehjem

<sup>69</sup> Spørreskjemaet skilte ikke mellom institusjoner drevet av private eller ideelle organisasjoner.

Etatsdirektøren bekreftet i intervju at kontraktene med sykehjem drevet av ideelle organisasjoner gikk ut 31.12.2008. Sykehjemsetaten ventet i 2008 på en avklaring fra Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester i forhold til anskaffelsesmetode. Kommunen eide ikke institusjonsbygningene, og kunne ikke utlyse konkurranser i en annen organisasjons lokaler. Områdedirektør for område 3 oppga at Sykehjemsetaten hadde leieavtaler for fire institusjonslokaler, men avventet byrådsavdelingens tilbakemelding for ikke å forskjellsbehandle organisasjonene.

I november 2008 ble Sykehjemsetaten bedt om å forlenge tjenesteytingsavtalene med de ideelle organisasjonene ut 2010 i påvente av utredning av alternative anskaffelsesmodeller.<sup>70</sup> Byrådsavdelingen understreket at det skulle føres forhandlinger i tilknytning til forlengelsene, dette på bakgrunn av institusjonseiernes krav. Sykehjemsetaten startet med å innlede forhandlinger med tre institusjoner. Flere institusjonseiere ville imidlertid ikke inngå avtale før de fikk kompensasjon for økte pensjonskostnader, og etatsdirektør oppga at kommunen sentralt arbeidet med å løse denne problemstillingen.

Tabell 17 viser at et klart flertall av institusjonene sa seg helt eller delvis enig i at Sykehjemsetaten var mer profesjonell i forhold til kontraktsoppfølging enn det bydelene hadde vært. Vi ser samtidig at selv om 50 % av institusjonene var helt eller delvis enig i påstanden om at ved uenighet om kontraktsforståelse så ble dette raskt løst med Sykehjemsetaten, var så mye som 40 % helt eller delvis uenige i dette.

**Tabell 17 Ikke-kommunale sykehjems tilbakemelding om kontraktsoppfølging (N=20)**

| Påstand                                                                                    | Helt enig | Delvis enig | Delvis uenig | Helt uenig | Ikke aktuelt* |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|--------------|------------|---------------|
| Sykehjemsetaten er mer profesjonell i forhold til kontraktsoppfølging enn det bydelene var | 10%       | 60%         | 10%          | 10%        | 10%           |
| Ved uenighet om kontraktsforståelse er dette blitt løst raskt med Sykehjemsetaten          | 30%       | 20%         | 15%          | 25%        | 10%           |

Note: Informasjonen i tabellen er basert på institusjonenes svar på spørsmål om hvor enig/uenig er de var i enkeltutsagnene.

\*For eksempel fordi sykehjemmet nylig ble konkurranseutsatt. En av de ikke-kommunale institusjonene besvarte ikke dette spørsmålet.

### 10.3 Bemanningsprosjektet

En kartlegging av bemanningssituasjon våren i 2007 viste variasjoner i institusjonenes lederstrukturer, rutiner og bemanningsnivå. For å sikre likeverdige tjenester til brukere ble et bemanningsprosjekt igangsatt i april 2008. Prosjektet innebar en ytterligere kartlegging av bemanningssituasjonen ved de kommunale institusjonene, analyse av materialet og utarbeiding av en veiledende bemanningsstandard. Som et resultat av Sykehjemsetatens bemanningsprosjekt, ble det etablert veiledende standarder for lederstruktur, kompetansekrav og bemanningsfaktor for ulike avdelingstyper på sykehjemsnivå.

<sup>70</sup> Kontrakt med ikke-offentlige organisasjoner sykehjemsdrift, brev til Sykehjemsetaten fra Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester datert 24.11.2008

På bakgrunn av kartleggingen og veiledende bemanningsstandardene utarbeidet Sykehjemsetaten en oversikt over hva en operasjonalisering av de veiledende standardene ville bety for endringer i årsverk ved de ulike institusjonene. Prosjektet foreslo endringer i bemanning fra en reduksjon på 10,8 årsverk ved en institusjon til en økning på 9,7 årsverk ved en annen institusjon.<sup>71</sup>

Etatsdirektøren fortalte at man med to unntak hadde justert bemanningen og gått over i ny turnus ved alle institusjoner per 30.04.2009.

---

<sup>71</sup> Prosjektdirektiv bemanning – versjon 1

## 11. Oppsummering, konklusjon og anbefalinger

### 11.1 Oppsummering

Kommunerevisjonen har undersøkt i hvilken grad Sykehjemsetaten ligger an til å nå de målene som ble satt ved dens opprettelse. I denne delen gir vi en kort oppsummering av rapportens vurderinger og drøftinger

#### *Kapasitetsstyring*

Sykehjemsetaten har siden opprettelsen arbeidet med å kartlegge Oslo kommunes sykehjemskapasitet, og utarbeidet rutiner for å sikre kapasitetsstyring.

Kommunerevisjonen ser at Sykehjemsetatens tilbud i 3. tertial 2008, hadde nærmet seg bydelenes bestilling av ordinære plasser i betydelig grad. Det var en liknende utvikling for forsterkede plasser, mens det var en økning i forskjellen mellom bydelenes bestilling og etatens tilbud av aldersplasser og plasser i skjermede enheter.

Vi ser at målene om at en viss andel plasser skal avsettes til rehabiliterings- og korttidsplasser, og målet om å justere sykehjemstilbudet etter bydelenes bestillinger, i praksis vil være motstridende så lenge bydelene ikke bestiller den andelen korttids- og rehabiliteringsplasser bystyret har satt som mål. De endringer som var foretatt for å tilpasse Sykehjemsetatens tilbud til bydelenes bestilling, førte til en dårligere resultatoppnåelse på mål vedtatt av bystyret.

Vi stiller videre spørsmål ved om Sykehjemsetaten sentralt i større grad burde bidratt med informasjon når bydeler hadde behov for plasser utover den faste en-blocbestillingen av korttids- og rehabiliteringsplasser.

#### *Stordriftsfordeler*

Sykehjemsetaten hadde iverksatt tiltak knyttet til stordriftsfordeler på flere områder, men det er etter Kommunerevisjonens vurdering for tidlig å si noe bestemt om effekten av disse.

#### *Spesialisering*

Sykehjemsetaten arbeidet med å opprette eller utvikle flere spesialiserte tilbud, og et stort flertall av bydelene opplevde at Sykehjemsetaten lyttet til deres innspill i forhold til utviklingen av disse.

Kommunerevisjonen stiller spørsmål ved om Sykehjemsetaten sentralt hadde god nok kjennskap til institusjonenes arbeid for å sikre et eget tilbud til mentalt klare beboere.

#### *Kvalitetssikring*

Sykehjemsetaten arbeidet med kvalitetssikring på flere områder og nivåer. I 2008 nedsatte etaten et eget kvalitetsutvalg og utviklet felles rutiner for klage- og avvikshåndtering. Sykehjemsetaten hadde utarbeidet et verktøy som sammenstiller informasjon om kvalitet. Det understøttet muligheten for å jobbe systematisk med kvalitet i styringsdialogen.

Sykehjemsetaten kunne vise til flere tiltak og aktiviteter rettet mot å informere sykehjemmene om lov- eller forskriftsendringer. Vi mener samtidig det var uheldig at Sykehjemsetaten ikke hadde kommet lenger med utviklingen av et kvalitetssystem.

Internkontroll er et lederansvar som i første instans påhviler institusjonsleder. Samtidig er det klart at Sykehjemsetaten har det overordnede ansvaret for å sikre at de kommunale sykehjemmene har gode internkontroll- og kvalitetssystemer. Det er vår oppfatning at Sykehjemsetaten ikke i tilstrekkelig grad hadde ivarettatt dette.

#### *Faglig utvikling og kompetansetiltak*

Vi ser det som positivt at institusjonenes kompetanseplaner ble brukt til å utarbeide kompetanseplanen for Sykehjemsetaten sentralt. Vi stiller spørsmål ved om norskopplæringstilbudet og tilbudet om grunnleggende kompetansehevingstiltak var tilstrekkelig til å dekke institusjonenes behov.

Institusjonenes svar på Kommunerevisjonens spørreskjema tydet på at etaten hadde et forbedringspotensial i forhold til å informere institusjonene om de kompetansehevingstilbudene som fantes.

#### *Stillingsbrøker*

Både arbeidsmiljøloven og Oslo kommunes overenskomster med arbeidstakerorganisasjonene stiller krav om å tilrettelegge for økning i deltidsansattes ansettelsesprosent.

Kommunerevisjonen mener det er uheldig at Sykehjemsetaten ikke rapporterte på resultatmålet for stillingsbrøker i sin årsberetning for 2008. Tallene Sykehjemsetaten ga Kommunerevisjonen viste at etaten lå langt under bystyrets mål for 2008 om at minst 75 % av alle ansatte skulle ha mer enn 80 % stilling. Vi ser samtidig at bystyret ikke har opprettholdt dette målet for 2009.

Arbeidet med å øke stillingsbrøker synes ikke å ha vært et høyt prioritert område etter etatsopprettelsen. Det var utarbeidet en prosedyre for økning av stillingsbrøker ved vakanse, men denne var ikke iverksatt på undersøkelsestidspunktet. En kartlegging av deltidsansattes ønskede stillingsbrøk var heller ikke gjennomført.

Sykehjemsetaten hadde gjort et arbeid for å anslå kostnader av å nå bystyrets mål om andel deltidsansatte under ulike senarioer. Vi mener modellene som ble benyttet, med fordel kunne ha vært utviklet videre.

#### *Andre forhold*

Sykehjemsetaten hadde en økning i antallet fysioterapeuttimer fra 2007 til 2008, og resultatet i 2008 tilsvarte det målet bystyret har satt for 2009. Sykehjemsetaten var også tett opp til målet for legedekning i 2008.

Sykehjemsetaten hadde etablert systemer for å sikre at brukere blir tilbudt plass på ønsket institusjon, eller blir gitt plass på ønskeliste etter vedtaksdato.



Vi konstaterer at det frem til juni 2009 kun var nettbasert informasjon om tjenestetilbudet ved hver enkelt institusjon. Vi setter spørsmålstegn ved om dette var tilstrekkelig, særlig sett i lys av den aktuelle brukergruppen.

Institusjonenes svar på Kommunerevisjonens spørreskjema kan tyde på at det var samarbeidsutfordringer mellom bydeler og institusjoner i de tilfellene der sykehjemsbeboere fikk endrede behov.

Undersøkelsen viser at 11 ikke-kommunale institusjoner fom. 01.01.2009 drev uten gyldig skriftlig avtale. Dette gjelder sykehjem drevet av ideelle organisasjoner.

## **11.2 Konklusjon**

Det gikk seks måneder fra bystyrets vedtak, til Sykehjemsetaten skulle være operativ. Mye av den første tiden gikk med til å rekruttere personell, sikre sykehjemmenes drift og sørge for at sykehjemsplasser ble formidlet til bydelene. Det ble åpenbart nedlagt et stort arbeid de to første årene.

Kommunerevisjonen mener at Sykehjemsetaten hadde iverksatt tiltak som kan bidra til måloppnåelse på alle de undersøkte områdene. Kommunerevisjonen ser samtidig at det var noen utfordringer knyttet til etatens måloppnåelse. Sykehjemsetaten hadde bl.a. ikke kommet langt nok i arbeidet med internkontroll- og kvalitetssystemer.

## **11.3 Anbefalinger**

Sykehjemsetaten har eksistert i vel to år, og er fremdeles i en prosess i forhold til mange av de målene og forventningene som lå til grunn for dens opprettelse. I det videre arbeidet anbefaler Kommunerevisjonen at etaten:

- iverksetter tiltak som kan sikre at etaten når de målene som bystyret har vedtatt
- vurderer om informasjonen til bydelene, i de tilfellene bydelene har behov for plasser utover en-blocbestillingen, er tilfredsstillende
- fortsetter arbeidet med etablering av nye spesialiserte enheter i nær dialog med institusjonene og bydelene, herunder følger opp føringer om egne enheter for mentalt friske sykehjemsbeboere
- sikrer at alle institusjoner har tilfredsstillende internkontroll - og kvalitetssystemer i påvente av etatens helhetlige kvalitetssystem
- følger opp institusjonenes etterlevelse av nye rutiner for klage- og avvikshåndtering
- vurderer om informasjonen og/eller tilbudet om norskopplæring og grunnleggende kompetansehevingstiltak er tilstrekkelig for å ivareta institusjonenes behov
- innfører systemer som sikrer at etaten rapporterer på alle bystyrets måltall for sykehjemssektoren
- vurderer tiltak for å sikre god samhandling mellom bydel og institusjon, ikke minst i de tilfeller hvor brukere vurderes å ha behov for en annen type plass enn det de har vedtak om
- sørger for gyldige skriftlige avtaler med alle ikke-kommunale driftere av sykehjem.

## 12. Høringsuttalelser og kommentarer til disse

Foreløpig rapport fra prosjektet ble sendt på høring til Sykehjemsetaten og byråden for velferd og sosiale tjenester 25.06.2009. I det følgende gjengir vi sentrale tilbakemeldinger i høringsuttalelsene, samt våre vurderinger av disse.

### 12.1 Sykehjemsetaten

Sykehjemsetaten har avgitt sine kommentarer til rapporten i brev datert 04.08.2009. Uttalelsen følger i sin helhet i vedlegg 3. Sykehjemsetaten skriver at rapporten er nyttig, og ser det som positivt at rapportens anbefalinger dekker områder etaten allerede arbeider systematisk med. Etaten varsler en rekke tiltak, hvorav noen er iverksatt, mens andre iverksettes i løpet av strategiperioden som går ut 2011.

#### *Varslede tiltak*

Sykehjemsetaten vil fra november 2009 tydeliggjøre informasjonene om ledige en-bloc plasser ytterligere, med presiseringer i følgebrevet som sendes bydelene i forkant av årlige og tertialvise bestillinger. Dette vil også være tema i etatens samarbeidsmøter med bydelene.

Sykehjemsetaten startet sommeren 2009 kartleggingen av institusjoners behov for, og mulighet til, å tilrettelegge sitt tilbud til mentalt friske beboere. Kartleggingen vil være med på å forme etatens videre arbeid på området. Sykehjemsetaten vil etter planen også etablere en egen enhet for rusmisbrukere i løpet av 2010. Etaten oppgir videre at den planlegger et samarbeidsprosjekt med Ullevål Universitetssykehus med tanke på å etablere et rehabiliteringstilbud for slagpasienter.

Sykehjemsetaten viser i høringsuttalelsen til sitt arbeid med å implementere et felles og helhetlig internkontroll - og kvalitetssystem. Etaten oppgir at den vil prioritere tydelig informasjon om viktigheten av å ha et godt fungerende og aktivt internkontroll - og kvalitetssystem. Videre vil etaten kartlegge det enkelte sykehjems forståelse for og bruk av systemet, for deretter å bistå institusjoner ved behov. Etaten sier følgende i forhold til tidsperspektivet for gjennomføringen av dette arbeidet:

Sykehjemsetaten vil fra august 2009 videreføre prosesser med informasjon, kartlegging og oppfølging av arbeid med kvalitet for å sikre at alle sykehjem har et tilfredsstillende internkontroll - og kvalitetssystem. Seks pilotsykehjem implementerer elektronisk kvalitetssystem innen utgangen av 2009, og de resterende sykehjemmene skal ha implementert systemet innen utgangen av 2010.

I tillegg uttaler Sykehjemsetaten at den vil gi særskilt opplæring i prosedyre for avvikshåndtering ”fortløpende og parallelt med implementeringen av kvalitetssystem”. Områdedirektørene vil følge opp sine institusjoner, og avvikshåndtering vil være tema i ledersamtaler.

Sykehjemsetaten er blitt tildelt midler til å gjennomføre en kartlegging av IKT- og norskkompetansen til etatens medarbeidere høsten 2009. Resultatene av denne kartleggingen vil bli brukt i utarbeidelsen av kompetanseplaner og handlingsplaner for ytterligere kompetanseheving. Særskilt norskopplæring ved to institusjoner vil videreføres dersom kartleggingen viser behov for dette. Etaten vil også videreføre sitt

informasjonsarbeid i samarbeid med institusjonssjefene for å sikre at informasjon om ulike kurstilbydere når berørte ansatte.

Sykehjemsetaten skriver at det fra 2008 forelå en rutine for rapportering på produksjonsdata, nøkkel- og måltall. Etaten har utviklet og innført et målkort med alle måltall satt internt eller av bystyret. Bruken av dette skal systematiseres og målkortene oppdateres tertialvis.

Sykehjemsetaten finner situasjonen ovenfor leverandører uten gyldig skriftlige avtaler lite tilfredsstillende. Etaten vil prioritere dette, men avventer avklaringer fra sentralt hold i kommunen. Det vises samtidig til at inngåelse av nye avtaler er et forhandlingsspørsmål mellom to parter og at de utløpte avtalene inntil videre følges av alle parter.

## **12.2 Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester**

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester avga sine kommentarer til rapporten i brev av 10.08.2009. Uttalelsen følger i vedlegg 4. Byrådsavdelingen vurderer rapporten som nyttig fordi den evaluerer Sykehjemsetatens iverksatte tiltak og måloppnåelse etter to års drift og gir konkrete og hensiktsmessige anbefalinger i forhold til det videre arbeidet på området. Rapportens konklusjon blir oppfattet som et pålitelig bilde av situasjonen på undersøkelsestidspunktet.

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester oppgir at den vil vurdere tiltak på bakgrunn av rapportens anbefalinger, for eksempel å følge opp at Sykehjemsetaten sikrer at alle institusjonene har tilfredsstillende internkontroll og i påvente av etatens helhetlige kvalitetssystem.

Byrådsavdelingen skriver videre at den vil følge opp at Sykehjemsetaten iverksetter tiltak for å bedre informasjon til bydelene der det er behov for sykehjemsplasser utover en-bloc bestillingen. Byrådsavdelingen vil også ta opp med bydelene at kjøp av plasser ved institusjoner som ikke har avtale med Sykehjemsetaten som hovedregel ikke er forenelig med gjeldende lov og regelverk om offentlige anskaffelser.

I dialog med Sykehjemsetaten, vil byrådsavdelingen også vurdere om det er behov for å bedre informasjonen om eksisterende utdanning og opplæringstilbud tilgjengelig for sykehjemsansatte, og intensivere innsatsen ytterligere på dette området.

Byrådsavdelingen uttaler at den arbeider med en løsning på problematikken rundt pensjonskostnader i sykehjem som er drevet av ikke-offentlige institusjoner og viser til at inngåelse av nye avtaler er avhengig av forhandlinger med aktuelle parter. Forhandlingene om fremtidige avtaler vil i følge byrådsavdelingen gjenopptas så snart som mulig. Også byrådsavdelingen skriver at partene forholder seg til de utløpte avtalene som om de skulle være gyldige.

## **12.3 Andre forhold**

Sykehjemsetaten melder i sin høringsuttalelse at den opplever det ”uheldig at det ble gjennomført elektroniske spørreundersøkelser overfor både bydeler og sykehjem, uten at etaten var kjent med dette. Etaten ble først klar over dette underveis og etter at spørreundersøkelsen var påbegynt”.

Sykehjemsetaten mener videre at spørreundersøkelsens språkbruk kan gi inntrykk av at Sykehjemsetaten og sykehjemmene er to adskilte enheter og at dette kan ha virket inn på institusjonenes svar. Også Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester mener rapportens fremstilling på enkelte områder kunne tyde på motsetninger mellom sykehjem og etat.

Både Sykehjemsetaten og Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester ga uttrykk for at antallet revisjonskriterier var ”svært mange og omfattende” eller ”svært bredt anlagt”.

## **12.4 Kommunerevisjonens vurdering av høringsuttalelsene**

Kommunerevisjonen ser det som positivt at Sykehjemsetaten og byrådsavdelingen oppfatter rapporten som nyttig og varsler at de har iverksatt eller vil iverksette tiltak i tråd med Kommunerevisjonens anbefalinger.

Kommunerevisjonen skulle gjennomføre en undersøkelse av status etter to års drift av etaten. Det var derfor naturlig å ta utgangspunkt i de målene som ble satt ved dens opprettelse, noe som gjorde undersøkelsen omfattende.

Både byrådsavdelingen og Sykehjemsetaten kommenterer rapportens begrepsbruk og skillet mellom Sykehjemsetat og institusjoner. Opprettelsen av Sykehjemsetaten innebar at en sentralisert etat overtok de administrative oppgaven som tidligere var tillagt bydelene. Revisjonens hovedfokus har derfor vært rettet mot Sykehjemsetatens sentraladministrasjon. På flere områder har det likevel vært viktig å hente inn institusjonslederens syn på om etatsopprettelsen, med en sentraladministrasjon, har fungert som forutsatt. Kommunerevisjonen har forsøkt å tydeliggjøre hvorvidt fakta beskriver sentraladministrasjonen eller institusjonene både i rapporten og i spørreskjemaene benyttet i løpet av undersøkelsen. Spørreskjemaene ble også testet før de ble tatt i bruk for å minske sannsynligheten for misforståelser.

Kommunerevisjonen stiller seg noe uforstående til at Sykehjemsetaten oppgir å ikke ha kjent til informasjonsinnhenting fra bydeler og institusjoner via elektronisk spørreskjema. Dette ble det informert om på oppstartsmøtet i januar 2009. Sykehjemsetaten bisto i tillegg Kommunerevisjonen med kontaktinformasjon til alle institusjonsledere før spørreskjemaene ble sendt ut.

## Referanser

### *a) Referanser fra Sykehjemsetaten*

Budsjett 2009 - Helse- og sosialkomiteens behandling - konsekvensanalyse

Diverse Møtereferat Kvalitetsutvalgets møter

Informasjon om plasser i drift - grunnlag for bestillinger for 2009

Inntakskriterier og innhold i Oslo kommunes sykehjemstilbud, rapport fra Sykehjemsetatens og bydelenes arbeid, september 2008

Kravspesifikasjon. Elektronisk verktøy for kvalitetsstyring og internkontroll

Kvalitetsmelding 1/2009, Rutine for avviksbehandling

Ledermøte, sak 232/08. Utklipp fra referat fra møtet 17.09.2008

Legetjenesten i sykehjem, 26.09.2007

Mandat arbeidsgruppe korttids- rehabiliteringstilbudet

Mandat for prosjektgruppe kvalitetssystem

Medarbeiderundersøkelsen 2008

Mål, strategi og handlingsplan for Sykehjemsetaten 2008-2011

Notat fra til VST 19.02.2008, Regnskapsresultat 2007 - forklaring av avvik

Opplæringsplan for Sykehjemsetaten, MBU sak 43-2008

Overordnet opplæringsplan 2009, Behandling i opplæringsutvalget: 20.01.2009

Presentasjon til ledermøte i Sykehjemsetaten 05.06.2008

Prosjekt bemanning, prosjektdirektiv- versjon 1

Prosjekt "heltid deltid" - aktivitetsplan, 07.04.2008

Prosjekt "heltid deltid" - beregning av økonomiske konsekvenser for å oppnå måltallet: "75 % av faste ansatte skal ha minimum 80 % stillingsbrøk

Prosjekt "heltid deltid" møtereferat 16.05.2008

Prosjekt "heltid deltid" - Prosedyre/prioriteringsrekkefølge for deltidsansatte som ønsker høyere stillingsbrøk, MBUsak 18/09

Prosjekt lindrende enheter i SYE, prosjektdirektiv versjon 0.1 27.01.2009

Prosjektmandat: Samordne tjenester og funksjoner

Prosjektplan helhetlig kvalitetssystem

Rapportering av ledige langtidsplasser og ønske-/venteliste til sykehjem

Referat-1, 14.01.2009 prosjekt kvalitetssystem

Rutine: månedlig rapportering regnskap, bruk plasser utover en bloc bestillinger, samt midlertidig, ikke planlagt ledighet i bruk av plasser, godkjent 26.11.2008

Rutine: Fakturering av plasser bestilt en bloc, godkjent 26.11.2008

Rutine: Fakturering av korttids- og rehab.plasser ut over bydelenes en-bloc bestillinger, og når langtidsplasser brukes som midlertidige korttidsplasser, godkjent 26.12.2008

Sak til ledermøtet 79/09, Anskaffelse av elektronisk kvalitetssystem, kostnadsoverslag for kjøp og drift

Sak til lederteam 266/08, 22.10.2008, Prosjekt "heltid deltid"

Samlet oversikt over bestillinger 1, 2 og 3. Tertial 2007 og 2008

Sakspapirer og protokoll fra diverse MBU-saker

Serviceerklæring for fritt sykehjemvalg i Oslo kommune

Sluttrapport organisering av ergo- og fysioterapitjenesten i Sykehjemmene

Sykehjemsetatens kvalitetspolitikk m.m.- sak lederteam 27.11.2009

Tertialrapport per 30.04.2008 og 31.08.2008

Årsberetning 2007 og 2008

Årsplan for månedlig rapporteringer 2009 og Kvalitetsmelding 1/2008 godkjent 26.11.2008

**b)      *Referanser fra Oslo kommune***

Arbeidsgruppe "rusmisbrukere i sykehjem" Arbeidsgruppens mandat og sammensetting 09.09.2008

Arbeidsgruppe "rusmisbrukere i sykehjem" Rapport, Arbeidsgruppe sykehjemstilbud til eldre rusmisbrukere

Bykassens budsjett for 2007, 2008 og 2003 - Dokument 3

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, bystyrets budsjett - administrative presiseringer, 2007, 2008 og 2009

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, diverse møtereferat fra etatsoppfølgings- og dialogmøter

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, Instruks vedrørende ansvarsfordeling mellom bydel og Sykehjemsetaten for interkjøp og drift av dag- og døgn tjenester i syke- og aldershjem, 22.12.2006

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, Kontrakt med ikke-offentlige organisasjoner sykehjemsdrift brev til Sykehjemsetaten datert 24.11.2008

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, Utfordringer i sykehjemssektoren i Oslo Alternative organisasjonsmodeller for tjenesten, mai 2005

Byrådets forslag til budsjett med økonomiplan, Sak 1/2007, Sak 1/2008 og Sak 1/2009

Byrådssak 79/06, Sykehjem - organisering for bedre kvalitet og valgfrihet, med uttrykt vedlegg 1. Referater fra møter med bydelsutvalgenes arbeidsutvalg, og uttrykt vedlegg 2 Høringsuttalelsene

Byrådssak 221/06, Budsjett 2007 og økonomiplan 2007-2010, tilleggsinnstilling

Byrådssak 217/08, Budsjett 2009 og økonomiplan 2009-2012, tilleggsinnstillingen

Byrådssak 223/07 Budsjett 2008 og økonomiplan 2008-2011, tilleggsinnstillingen

Bystyresak 262/06 Sykehjem - Organisering for bedre kvalitet og valgfrihet

Bystyresak 235/07, Årsbudsjett 2007 - Virkninger av regnskap 2006 m.v

Bystyresak 459/07 Tilbud til yngre personer med demens - Byrådsak 208 av 25.10.2007

Bystyresak 342/08, Sykehjemsbehovsplan - Rammeplan for sykehjem i Oslo kommune - Byrådsak 35 av 11.03.2008

Elementer ved sykehjem og konkurransekjøp, notat fra Sykehjemsetaten til Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester 12.05.2009

Felles elektronisk arbeidsplanssystem eFAS, Prosjektdirektiv, Mai 2009

Helse- og velferdsetaten, Rapport Kvalitetsrevisjoner i sykehjem 2008

Konkurransegrunnlag elektronisk kvalitetssystem

Rapport fra arbeidsgruppen for utarbeidelse av forslag til ny pris og finansieringsmodell, Ny Pris og finansieringsmodell for Oslo kommunes sykehjemsplasser, 25. august 2008

Pressemelding 14.05.2009, Flere private sykehjem i Oslo

**c)     *Eksterne referanser***

Econ Pöyry, Evaluering av Handlingsplan - ansatte med minoritetsbakgrunn

Econ Pöyry, Finansiering av Sykehjemsetaten, Notat 2008-024

Deloitte, Prosjekt Mulighetsrom, Delprosjekt Fellestjenester, Spend analyse 4 november 2008

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, ikrafttredelse 01.01.2003

Notat fra NFF og NETF til Sykehjemsetatens MBU sak 12/09 "organisering av ergo- og fysioterapi-tjenesten i SYE - arbeidsgruppens rapport" april 2009

Rehabiliteringskapasitet ved sykehjemmene i Oslo, eldreombudets brev til Sykehjemsetaten datert 02.07.2008, og Sykehjemsetatens svar til eldreombudet datert 22.07.2008

Sosial- og helsedirektoratet 12/2004: Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten

## **Tabelloversikt**

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabell 1 Sykehjemsetatens økonomi 2007, 2008 og 2009 .....                            | 17 |
| Tabell 2 Differanse mellom plasser i drift og plasser bestilt 2007.....               | 20 |
| Tabell 3 Utvikling av antall plasser i drift 2007 - 2009 .....                        | 22 |
| Tabell 4 Budsjettmål knyttet til kapasitet i 2007 og 2008 .....                       | 22 |
| Tabell 5 Anslåtte effektiviseringsuttak fra stordriftsfordeler i 2009 .....           | 25 |
| Tabell 6 Udekket behov i 2008 (N=8) .....                                             | 32 |
| Tabell 7 Institusjonsledernes svar på spørsmål om spesialisering (N=50).....          | 33 |
| Tabell 8 Kvalitetssystem ved sykehjemmene per april 2009 .....                        | 36 |
| Tabell 9 Avvik som meldes til Sykehjemsetaten.....                                    | 38 |
| Tabell 10 Sykehjems syn på informasjon om regelverksendringer .....                   | 39 |
| Tabell 11 Dekkes institusjonenes behov for kompetanseheving? (N=29) .....             | 46 |
| Tabell 12 Stillingsbrøker (N=29) .....                                                | 51 |
| Tabell 13 Lege- og fysioterapidekning 2006-2009 .....                                 | 54 |
| Tabell 14 Antall personer som ventet hjemme, etter ventetid.....                      | 58 |
| Tabell 15 Samarbeid med bydelene (N=50) .....                                         | 59 |
| Tabell 16 Samarbeidet mellom hjemmetjenesten og institusjonstjenesten.....            | 60 |
| Tabell 17 Ikke-kommunale sykehjems tilbakemelding om kontraktsoppfølging (N=20) ..... | 61 |

## **Figuroversikt**

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| Figur 1 Sykehjemsetatens organisasjonskart ..... | 15 |
| Figur 2 Personer på ønskeliste .....             | 57 |



## Vedlegg 1 Revisjonskriterier

| Delproblemstilling |                                                                                                                                                                   | Revisjonskriterier                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Kilde                                                                                                           |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Effektivitet       | Er styringen av Oslo kommunes sykehjemskapasitet blitt bedre?(For eksempel gjennom bedre oversikt over ledig kapasitet og bedre kapasitetsutnyttelse)?            | Sykehjemsetaten skal sikre god styring av Oslo kommunes sykehjemskapasitet <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykehjemsetaten bør ha systemer som sikrer god styring av sykehjemskapasiteten.</li> <li>• Sykehjemsetaten bør kunne vise til resultater knyttet til kapasitetsutnyttelse, herunder at bystyrets mål for sykehjemskapasitet nås: <ul style="list-style-type: none"> <li>20 % av døgnplasser i aktiv drift skal være avsatt til tidsbegrenset opphold,</li> <li>5 % av døgnplasser i aktiv drift skal være avsatt til rehabilitering,</li> <li>90 % av institusjonsplassene skal være på enerom, og at</li> <li>25 % av institusjonsplassene skal være i skjermede enheter for aldersdemente</li> </ul> </li> </ul> | Byrådssak 79/06 s.1, 5, 13<br>DOK 1 2007 s 26 og 28<br>DOK 1 2008 s 15 og 16                                    |
|                    | Har Oslo kommune dratt nytte av stordriftsfordeler på områder som innkjøp, drift- og vedlikehold, personal, økonomi, regnskap og administrative støttefunksjoner? | SYE bør ha systemer og/eller kunne vise til tiltak som sikrer at Oslo kommune drar nytte av stordriftsfordeler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Byrådssak 79/06 S 6, 13 og 14 Vedtatte verbalforslag 2008 s 9                                                   |
| Kvalitet           | Har det er blitt økt spesialisering i sykehjemssektoren?                                                                                                          | SYE bør kunne vise til tiltak eller resultater med tanke på økt spesialisering i sykehjemssektoren                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Byrådssak 79/06 S 1 og 13<br>DOK 1 2007 s 6 og 28<br>DOK 1 2008 s 1, 2 og 17<br>HSK Sak 48 - Byrådsak 79/06 s 5 |
|                    | I hvilken grad bidrar SYE til kvalitetssikring utvikling i sykehjemssektoren?<br>I hvilken grad bidrar SYE til og faglig utvikling i sykehjemssektoren?           | SYE bør arbeide med kvalitetssikring i sykehjemmene<br>SYE bør legge til rette for faglig utvikling i sykehjemmene.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Byrådssak 79/06 S 1, 6<br>DOK 1 2008 s 1, 16, 17<br>DOK 1 2007 s 28                                             |
|                    | Sørger SYE for at Oslo kommunes mål knyttet til lege- og fysioterapidekning innfris?                                                                              | SYE skal sørge for at Oslo kommunes mål knyttet til lege- og fysioterapidekning innfris                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Byrådssak 79/06 S 1, 6<br>DOK 1 2007 s 6, 28<br>DOK 1 2008 s 1, 16 og 17<br>Byrådssak 223/07 s 17               |
|                    | Bidrar SYE til at stillingsbrøkene for ansatte ved Oslo kommunes sykehjem øker?                                                                                   | SYE bør kunne vise til tiltak for å øke stillingsbrøkene for ansatte                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Vedtatte verbalforslag 2008 s 9                                                                                 |
|                    | I hvilken grad sørger SYE for fritt brukervalg?                                                                                                                   | SYE bør kunne vise til systemer og tiltak som sikrer fritt brukervalg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Byrådssak 79/06 s.1, 14<br>DOK 1 2007 s 6<br>DOK 1 2008 s 1<br>HSK Sak 48/06 s 19                               |

## Vedlegg 2 Metode

De sentrale elementene i prosjektets metode er standard for forvaltningsrevisjon: Med utgangspunktet i tema og problemstillinger som ligger i oppdraget fra kontrollutvalget, utleder vi relevante revisjonskriterier. Deretter kartlegger og beskriver vi undersøkt virksomhets systemer, praksis eller resultater på aktuelle områder. Faktabeskrivelsen blir så vurdert med utgangspunkt i revisjonskriteriene med fokus på avvik/sammenfall. Dette leder fram til konklusjoner og anbefalinger.

Nedenfor gjør vi nærmere rede for datainnsamlingen i forbindelse med undersøkelsen, dialogen med Sykehjemsetaten, Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, bydelene, sykehjem, eldreombud og det sentrale eldreråd, dataanalysen samt vår vurdering av datas pålitelighet og gyldighet.

### *Om datainnsamlingen*

I prosjektets oppstartsfase ble det gjennomført samtaler med eldreombudet, det sentrale eldreråd samt et utvalg institusjonsledere og kontaktpersoner i bydelene. Informasjonene fra disse samtalene ble benyttet til å utforme prosjektets intervjuguider og spørreskjemaer.

Prosjektet ble formelt startet ved utsendelse av oppstartsbrev til Sykehjemsetaten 16.12.2008. Byråden for velferd og sosiale tjenester, fikk kopi av oppstartsbrevne.

Det ble gjennomført oppstartsmøte med Sykehjemsetaten 07.01.2009.

Bente Riis (konst. etatsdirektør), Margaret Gjertsen (økonomisjef), Sofus Urke (info- og kommunikasjonssjef), Heidi Englund (avdelingssjef – fag, kvalitet og utvikling -), Anne Berger Sørli (områdedirektør område 2), Sølvi Karlstad (områdedirektør område 1) deltok på møtet. I møtet gjorde Kommunerevisjonen rede for prosjektet. Kommunerevisjonen presenterte også et utkast til revisjonskriterier og ba om tilbakemeldinger på dette.

Datainnsamlingen ble gjort i perioden januar til mai 2009.

For å besvare prosjektets problemstillinger ble ulike typer data og metoder benyttet.

Datainnsamlingen startet med et møte med Sykehjemsetaten 13.01.2009 for å kartlegge tilgjengelige dokumenter og datakilder.

- **Dokumentanalyse:** Gjennomgang av bl.a. byrådssak 79/06, budsjett, årsberetninger, interne styringsdokumenter og referater, rapporteringer til VST og prosjektdokumentasjon. Nærmere 200 dokumenter ble hentet inn, og egenutviklede koblingsskjemaer ble benyttet til dokumentanalysen.
- **Kvantitativ analyse:** Analyse av regnskapstall, indikatorer for kapasitetsutnyttelse, tall knyttet til stordriftsfordeler og indikatorer for lege og fysioterapidekning med mer.

| Navn                        | Stilling                                                           |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Heidi Engelund              | Avdelingssjef, Avdeling kvalitet, kompetanse og utvikling (SYE)    |
| Margaret Arentz Gjertsen    | Avdelingssjef, Avdeling Økonomi og administrasjon                  |
| Morten Gohn                 | Områdedirektør område 3 (SYE)                                      |
| Sølvi Karlstad              | Områdedirektør område 1 (SYE)                                      |
| Hege Birte Kristoffersen    | Spesialrådgiver seksjon for helse- og omsorgstjenester (VST)       |
| Randi Mogård                | Avdelingssjef, Avdeling personal og organisasjon (SYE)             |
| Hallstein Murtnes           | Avdelingssjef, Avdeling bygg og vedlikehold (SYE)                  |
| Bente Riis                  | Etatsdirektør (SYE)                                                |
| Åse Snåre                   | Sjef for seksjon for helse- og omsorgstjenester (VST)              |
| Anne Berger Sørli (telefon) | Områdedirektør område 2 (SYE)                                      |
| Sofus Urke (telefon)        | Kommunikasjonssjef (SYE)                                           |
| Thomas Østerby (telefon)    | Spesialkonsulent, Avdeling kvalitet, kompetanse og utvikling (SYE) |

- **Intervju:** Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med følgende personer  
Alle intervjuer ble gjennomført med utgangspunkt i en utarbeidet intervjuguide. Som en hovedregel ble det gjennomført individuelle intervjuer ansikt til ansikt. Av praktiske hensyn ble likevel følgende unntaket gjort: Områdedirektørene for område 1 og 3 ble intervjuet samlet, og områdedirektøren for område 2 ble intervjuet over telefon. Informasjon ble også hentet inn ved telefon intervju fra Sykehjemsetatens kommunikasjonssjef og den personen i etaten som arbeidet med det elektroniske kvalitetssystemet.
- **Spørreskjemaundersøkelse:** Kommunerevisjonen utarbeidet elektroniske spørreskjemaer for å innhente institusjoners og bydelers syn på Sykehjemsetatens arbeid med målsetningene, og for å belyse andre konsekvenser av etatsopprettelsen. Alle institusjoner og bydeler svarte på undersøkelsen. Uformelle samtaler med institusjonsledere, kontaktpersoner i bydelene, eldreombudet og det representanter for det sentrale eldre råd ble sammen med informasjon fra dokumentanalysen benyttet til å utforme spørreskjemaene. Skjemaene ble testet ut på en bydel og to institusjoner før utsendelse. Spørreskjemaet til bydelene ble sendt ut 30.03.2009, mens spørreskjemaene til institusjonene ble sendt ut 03.04.2009.
- **Stikkprøver:** For å undersøke om oppfølgingen av institusjonene var i tråd med områdedirektørenes beskrivelse gjennomgikk Kommunerevisjonen møtereferater fra oppfølgingsmøtene holdt i 2008 med tre tilfeldig utvalgte ikke-kommunale institusjoner. Kommunerevisjonen fikk også tilsendt referat fra områdemøter for de kommunale institusjonene.

### *Om svarprosenten*

Alle bydeler og institusjoner besvarte Kommunerevisjonens spørreskjema. En ikke-kommunal institusjon oppga at den var kommunal i Kommunerevisjonens spørreskjema. Svarene fra denne institusjonen ble re-kategorisert. En bydel besvarte spørreskjemaet i word-format, og Kommunerevisjonen punchet inn denne bydelens svar i det elektroniske spørreskjemasverktøyet benyttet.

### *Verifisering*

Alle intervjuer ble verifisert av de intervjuede. En samlet faktafremstilling ble sendt til Sykehjemsetaten for verifisering 29.05.2009, og Kommunerevisjonen fikk tilbakemelding på faktagrunnlaget i møte 08.06.2009. Byrådsavdelingen for velferd og sosiale tjenester ble også tilsendt faktafremstillingen, og ga sin tilbakemelding på de delene som omfattet dem i en e-post datert 05.06.2009. Innspill er tatt inn i den grad vi har funnet det riktig.

Kommunerevisjonens vurderinger ble presentert for Sykehjemsetaten og Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester i møte 19.06.2009. Under møtet kom Sykehjemsetaten med ytterligere informasjon knyttet til kapasitetsstyring for aldersplasser og plasser i skjermede enheter 1. og 2. tertial 2009. For å ta inn denne informasjonen i høringsrapporten ba Kommunerevisjonen om å få tilsendt en oversikt over bestillingen for alle plasskategorier for disse to tertialene innen 22.06.2009 klokken 11.00. Kommunerevisjonen har ikke mottatt denne informasjonen, og vi regner derfor med at dette vil være noe Sykehjemsetaten kommer tilbake til i sin høringsuttalelse.

### *Om datas gyldighet og pålitelighet*

Informasjon innhentet fra ulike kilder ble benyttet til å triangulere undersøkelsens funn, og flere personer i Kommunerevisjonen har deltatt i arbeidet med å analysere informasjonen. Samlet sett mener vi at metoden gir et godt utgangspunkt for å besvare prosjektets problemstilling.

## Vedlegg 3 Høringsuttalelse fra Sykehjemsetaten



Oslo kommune  
Sykehjemsetaten  
Administrasjonen

Kommunerevisjonen  
Grenseveien 88  
0663 OSLO

Dato 04.08.2009

Deres ref:  
200800801-7

Vår ref (saksnr):  
200801069-3

Saksbeh: Elin Holter Grundt

Arkivkode: 126.0

### TILBAKEMELDING PÅ FORELØPIG RAPPORT FRA FORVALTNINGSREVISJON SYKEHJEMSETATEN – STATUS ETTER TO ÅRS DRIFT

Vi viser til brev av 25.06.2009 vedlagt foreløpig rapport fra Kommunerevisjonens forvaltningsrevisjon *Sykehjemsetaten – Status etter to års drift*.

Sykehjemsetaten har hatt ansvar for driften av Oslo kommunes sykehjem siden 01.01.2007. Bystyrets vedtak i sak 262 av 21.06.2006 innebar at ansvaret for sykehjemmene i Oslo ble flyttet fra bydelene til Sykehjemsetaten, mens bydelene fortsatt disponerer de økonomiske midlene og vedtaksmyndigheten.

Etatens ansvarsområde er hjemlet i lov om helsetjenester i kommunene. Etaten har også ansvar for at tjenestene tilfredsstiller de krav til kvalitet som følger av forskrift og bystyrevedtak.

Ansvaret ivaretas gjennom planmessig arbeid som synliggjøres i Sykehjemsetatens strategiske plan for 2008-2011. Ved utarbeidelsen av overordnede mål, strategier, nøkkelindikatorer og handlingsplaner i Sykehjemsetaten, har prinsippet om balansert målstyring vært grunnleggende. Hovedmålene er utarbeidet slik at de dekker fem perspektiver/fokusområder: brukere, kunder, finans/økonomi, interne prosesser og læring og vekst.

Viktige satsninger har vært:

- Heve tjenestekvaliteten gjennom systematisk og målrettet innsats
- Definere innhold og kvalitet på tjenestene, samt tildelingskriterier
- Sikre fritt brukervalg
- Etablering av et nært og godt samarbeid med bydeler og sektorsykehus
- Utvikling av IKT, både m.h.t. infrastruktur og kompetanse
- Utvikle gode verktøy for optimal kapasitetsstyring og dokumentasjon av produksjon og resultater
- Informasjon og kommunikasjon. Omdømmebygging.
- Oppgradering bygningsmasse
- Økt grad av effektivisering og ressursutnyttelse
- Omstillingstiltak
- Systematisk kontraktsoppfølging og gjennomføring av anskaffelser i hht regelverket i Oslo kommune

Sykehjemsetaten  
Administrasjonen

Besøksadresse:  
Nedre Slottsgt. 3

Postadresse:  
Postboks 435, Sentrum  
0103 Oslo

Internett: [www.oslo.kommune.no](http://www.oslo.kommune.no)

E-post: [postmottak@syke.oslo.kommune.no](mailto:postmottak@syke.oslo.kommune.no)

Telefon: 02180  
Telefaks: 23 43 30 09  
Bankkonto: 6004.06.50019  
Org.nr.: 990612498

- Personalpolitiske tiltak
- Kompetanseheving
- Internkontroll, både for HMS og kvalitetsoppfølging tjenester

Sykehjemsetaten har fra oppstart arbeidet systematisk og målrettet for å sikre at målene som bystyret har vedtatt nås. Det er derfor med tilfredshet vi registrerer at Kommunerevisjonen i sin rapport fastslår at etaten har iverksatt tiltak som kan bidra til måloppnåelse på alle de reviderte områdene. Kommunerevisjonen påpeker også det faktum at man har oppnådd mange gode resultater og iverksatt prosesser som på sikt vil føre til ytterligere måloppnåelse.

Kommunerevisjonen presenterer i sitt oversendelsesbrev og i sin rapport en liste med spørsmål som Sykehjemsetaten er bedt å besvare. I det videre følger etatens svar.

### **1. Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?**

Sykehjemsetaten har vært innforstått med forvaltningsprosjektets hensikt. Etaten ble varslet om forvaltningsprosjektet i brev av 16.12.2008. I møte primo januar 2009 fikk etatens lederteam ytterligere informasjon om prosjektets formål, problemstillinger, metode og framdrift. Gjennom hele revisjonsperioden har det vært jevnlig og god kontakt mellom Kommunerevisjonens prosjektleder og etatens kontaktperson. Det har også vært god kontakt mellom Kommunerevisjonen og de enkeltpersoner i etaten som har bidratt med innspill og dokumentasjon.

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

#### *Metode*

Kommunerevisjonen har benyttet kvantitative og kvalitative metoder. Metodene oppleves som relevante for å få frem tilfredsstillende informasjon. Datagrunnlaget knyttet til produksjon og kapasitetsstyring er fra etatens side påpekt å være ufullstendig første driftsår, grunnet manglende systemer/verktøy for innhenting og dokumentasjon av data.

Sykehjemsetaten opplever det uheldig at det ble gjennomført elektroniske spørreundersøkelser overfor både bydeler og sykehjem, uten at etaten var kjent med dette. Etaten ble først klar over dette underveis og etter at spørreundersøkelsene var påbegynt. Formuleringene av spørsmålene til sykehjemmene gir i noen grad inntrykk av at Sykehjemsetaten og sykehjemmene er to adskilte organisatoriske enheter. Denne polariseringen kan ha hatt betydning for spørsmålsforståelse og derigjennom også for hva den enkelte respondent har svart.

#### *Kilde*

Sykehjemsetaten er av den oppfatning at bruk av kilder har vært omfattende, og at Kommunerevisjonen har nyttiggjort seg kildene på en grundig måte. Enkeltpersoner i etatens lederteam har vært intervjuet flere ganger. Kommunerevisjonene har kontaktet Sykehjemsetaten når de har vært usikre på sin forståelse av dokumentasjon og innspill.

#### *Data*

Datainnsamlingen foregikk i hovedsak i perioden januar-mars 2009. Revisjonen etterspurte betydelige mengder data og dokumentasjon. Sykehjemsetaten manglet systemer og verktøy for innsamling og dokumentasjon knyttet til produksjon og kapasitetsstyring ved oppstarten, og brukte første driftsår til utvikling av verktøy og systemer, samt utarbeiding av prosedyrer for rapporteringer og standarder. Etaten har gjort Kommunerevisjonen oppmerksom på forholdet

for å forebygge at eventuelle sammenligninger og konklusjoner kunne bli trukket på usikkert grunnlag.

### **3. Har Sykehjemsetaten kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre konklusjoner? I tilfelle hvilke?**

Fra Sykehjemsetatens side ble det tidlig gitt uttrykk for at antall revisjonskriterier var svært mange og omfattende. Tiden fra oppstarten av etaten til gjennomføringen av revisjonen har kun vært to år, noe som etter etatens oppfatning er for knapp tid for å oppnå definerte resultatkrav og ønsket effekt. Kriteriene som er definerte i byrådssak 79 av 27.04.2006 og bystyrets sak 262/06 *Sykehjem, organisering for bedre kvalitet og valgfrihet* er omfattende, og krever målrettet innsats over lengre tid for å kunne realiseres.

Mot slutten av revisjonsperioden endret Kommunerevisjonen revisjonskriteriene knyttet til kapasitetsstyring ved at disse ble supplert med bystyrets måltall for sykehjemskapasitet for å dokumentere etatens resultater på området. Etaten ble først gitt muligheten til å kommentere dette i møtet 8. juni ved gjennomgang av faktagrunnlaget. Sykehjemsetaten burde vært gjort oppmerksom på denne endringen tidligere i prosessen. Etaten mener likevel at disse kriteriene er relevante, fordi disse viser viktige elementer ved virksomheten og muligheter for måloppnåelse.

### **4. Hva er Sykehjemsetatens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefaling?**

Sykehjemsetaten stiller seg i all hovedsak bak Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger. De områdene som berøres av anbefalingene, er områder som Sykehjemsetaten allerede har i fokus, og som det arbeides kontinuerlig med, dog etter en viss prioritering. De fanges opp gjennom operasjonaliseringer av etatens hovedstrategier for å nå målene som er satt av byråd og bystyre. Vi viser til konkretiseringer nedfelt under pkt. 6.

Etaten savner imidlertid bemerkninger knyttet til viktige forhold som vi mener må tas med i betraktning når konklusjoner trekkes. Etaten ble opprettet med en liten administrasjon, noe som har gjort det nødvendig med høy grad av prioriteringer med hensyn til oppgaver som er blitt tatt tak i. Flere stillinger i etatens administrasjon tok i tillegg tid å få besatt, og arbeidsbyrden var meget stor gjennom hele første driftsår, sett i forhold til å kunne iverksette utviklingsarbeid innen alle målområder definert av byråd og bystyre.

Det er fra etatens side påpekt at det i 2007 og deler av 2008 måtte gjøres et omfattende rydde- og utviklingsarbeid, rettet mot å oppnå nødvendig kapasitetsstyring, bygge opp system for fakturering av tjenester til bydelene, skaffe nødvendig oversikt over etatens økonomiske fundament og sikre felles økonomistyring. Som følge av den korte tiden som ble brukt til planlegging av etatens oppstart, var det ikke utarbeidet verktøy og prosedyrer for disse forholdene. Arbeidet med å analysere etatens inntektsgrunnlag, etablere reelle forventninger til årlig inntekt og gi innspill til endret modell for pris- og finansiering krevde mye ressurser første halvår 2008. Arbeid med andre viktige forhold, som bl.a. innføring av helhetlig kvalitetssystem, er derfor først iverksatt siste halvdel av 2008.

**5. Vil Sykehjemsetaten vurdere tiltak på bakgrunn av rapportens anbefaling? I tilfelle hvilke?**

Som nevnt under pkt. 4, vil Sykehjemsetaten iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens anbefalinger. Tiltakene vil være operasjonaliseringer og konkretiseringer av etatens hovedmål og strategier i planperioden 2008-2011, med korreksjoner for 2009. Se pkt. 6 og 7.

**6. Vil Sykehjemsetaten iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens anbefaling? I tilfelle hvilke?**

*a) Iverksetter tiltak som kan sikre at etaten når de målene som bystyret har vedtatt*

Sykehjemsetaten har fra oppstarten i 2007 arbeidet systematisk og målrettet for å sikre at målene som bystyret har vedtatt og som er grunnlaget for Kommunerevisjonens revidering nås. Kommunerevisjonen peker i sitt sammendrag på at Sykehjemsetaten allerede har iverksatt tiltak som kan bidra til måloppnåelse på alle de reviderte målene. Kommunerevisjonen peker også på de mange gode resultater som etaten har oppnådd siden opprettelsen. I tillegg refereres det til de mange prosesser som er igangsatt, som på sikt vil bidra til ytterligere måloppnåelse.

Revisjonen viser til at flere av målene som er satt av bystyret samlet sett er i motstrid til hverandre. Dette gjelder spesielt kapasitetsstyring og prosentuell fordeling av type plasser som tilbys bydelene. Når det gjelder målene for nivå på spesielle type plasser og bydelenes bruk av disse, har Sykehjemsetaten utarbeidet beskrivelse av innhold og kvalitet på tjenestene knyttet til den enkelte type plass. Det er også utarbeidet inntakskriterier for den enkelte type plass. Disse har vært til høring i bydelene. Både kriterier for innhold og kvalitet og inntakskriteriene implementeres i 2009. Sykehjemsetaten har våren 2009 avsluttet et arbeid knyttet til en ytterligere konkretisering av hva som bør være innhold og kvalitet i henholdsvis korttids- og rehabiliteringstilbudet. Dette for å tilrettelegge for et tilbud som er attraktivt for bydelene å benytte.

Det er en forutsetning for måloppnåelse at både bydeler og Sykehjemsetaten i fellesskap trekker i samme retning. Gjennom utarbeidelsen av kriterier og standarder legges det til rette for dette i vesentlig grad. Dersom Sykehjemsetaten alene tilpasser seg bystyrets måltall bl.a. for tilbud om rehabilitering, vil det medføre konsekvenser i form av overkapasitet og sviktende inntekter, om ikke bydelene parallelt bestiller denne kategori plasser. Resultatet kan i verste fall bli et mangelfullt rehabiliteringstilbud til Oslos befolkning.

Etaten har våren 2009 tatt i bruk en nyutviklet plassadministrasjonsmodul (PLA) i Gericas for tildeling av langtidsopphold. PLA legger til rette for langt mer effektiv håndtering av formidling og tildeling av plasser. Både bydelene og Sykehjemsetaten benytter samme database, og sikrer samme informasjon og dokumentasjon av prosessen fra når vedtak fattes til den enkelte bruker mottar plass i sykehjem. Det arbeides nå om utvikling av tilsvarende modul for tildeling av korttids- og rehabiliteringsplasser.

Sykehjemsetaten vil i tillegg videreføre sitt arbeid for å nå målene i tråd med overordnede og egne plandokumenter og føringer.

*b) Vurderer om informasjonen til bydelene, i de tilfellene bydelene har behov for plasser utover en blocbestillingen, er tilfredsstillende*

Bestillinger av plasser ut over en bloc skal kun skje unntaksvis. Informasjon om hvordan bydelene skal bestille plasser utover en bloc, er beskrevet i Kvalitetsmelding nr. 5/2008, som



presenteres på etatens intranettsider. Ordningen har vært tema i samarbeidsmøtene mellom bydeler og etat, både på direktørnivå og mellom bydelenes bestillerkontor og etatens Kvalitetsavdeling.

Etaten vil likevel tydeliggjøre denne informasjonen ytterligere. Presiseringer vil bli gjort i følgebrevet som sendes bydelene i forkant av årlig og tertialvis bestilling. Etaten vil fortsatt ha ordningen som tema i samarbeidsmøtene med bydelene.

Sykehjemsetaten har ansvar for å dekke etterspørsel av sykehjems plasser for hele Oslo kommune. Bydeler kjøper i flere tilfelle plasser utenbys uten at dette går via Sykehjemsetaten. Konsekvensen er at etaten ikke har komplett oversikt over bydelenes faktiske bruk av ulike kategorier plasser, og dermed heller ikke full oversikt over det reelle behovet.

*c) Fortsetter arbeidet med nye spesialiserte enheter i nær dialog med institusjonene og bydelene, herunder følger opp føringer om egne enheter for mentalt friske sykehjemsboere*

I mål, strategi og handlingsplan for Sykehjemsetaten 2008-2011 er etatens planer for utvikling av spesialtilbud skissert. Fra etatens oppstart er det opprettet flere spesialtilbud. Sykehjemsetaten vil videreutvikle disse, og opprette nye i dialog med bydelene og spesialisthelsetjenesten.

Det er ønske om egne enheter for *mentalt friske pasienter*. Etaten har nå tre slike enheter, ved henholdsvis Cathinka Guldberg-senteret, Sofienbergsenteret og Solvang sykehjem. Utover dette tilstreber institusjonene å legge til rette for at mentalt friske kan skjermes fra urolige og evt. demente medpasienter. Dette fremkommer gjennom svar (alle svar enda ikke innkommet) i en spørreundersøkelse som er initiert på forsommeren 2009. Alle institusjonssjefer skal gi innspill i fht. behov for slike enheter, og hvilke muligheter de har for å tilrettelegge for egne enheter i sitt sykehjem. Svarfrist er 1. august. Etaten vil innrette og utvikle sine tilbud videre ut fra hva kartleggingen synliggjør, slik at vi kan etterleve bystyrets vedtak.

I forhold til bystyrets andre etterspurte tiltak, er det utredet behov for egne enheter for *eldre rusmisbrukere*. Foreløpig har etaten tilbud til pasienter med rusavhengighet og psykiske lidelser på Akerselva sykehjem, Grünerløkka sykehjem, Lindeberg omsorgssenter og Vinderen bo- og behandlingssenter. Det planlegges etablering av egen enhet for målgruppen i 2010.

*Tilbud til aggressive, utagerende pasienter* kan gis på avdelinger med forsterket bemanning. I spesielle tilfelle må avdelingene styrke sin bemanning for en periode. Dette gjøres i forståelse med bydelen for å hjelpe enkeltpasienter. En fremtidig utfordring er å skreddersy avdeling for denne kategori pasienter i Oslo. Kartlegging av behov for slik enhet er ikke initiert foreløpig.

Bydelene har i liten grad kjøpt tilbud om *rehabilitering til slagpasienter*. Dersom etterspørselen av rehabiliteringstilbud til denne målgruppen øker, kan enkelte rehabiliteringsavdelinger relativt raskt legge til rette for dette, forutsatt at tilstrekkelig fagpersonell kan rekrutteres. Det planlegges et samarbeidsprosjekt med Ullevål Universitetssykehus med tanke på evt. etablering av slikt tilbud. Det arbeides også for, å styrke tilbudet i våre korttids- og rehabiliteringsavdelinger, slik at disse kan samsvare bedre med bydelenes forventninger.

Etatens nye *hospice/lindrende enheter* (16 plasser) er diagnoseuavhengige. Tilbudet er åpent ikke bare for pasienter med kreft, men også for pasienter med kroniske, nevrologiske lidelser som for eksempel Parkinson, og andre kroniske sykdommer som krever palliativ behandling og oppfølging. ME-pasienter kan også gis tilbud her. Dersom etterspørselen til denne type plasser skulle øke, vil det være aktuelt å utvide kapasiteten ved etablering av flere slike enheter i andre sykehjem.

*d) Sikrer at alle institusjoner har tilfredsstillende internkontroll og kvalitetssystemer i påvente av etatens helhetlige kvalitetssystem*

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten trådte i kraft 01.01.2003 og er ment å være et verktøy for styring, utvikling og risikovurdering av virksomhetens daglig drift. Da etaten ble etablert hadde sykehjemmene ulike systemer for dokumentasjon av arbeid med internkontroll og kvalitetssikring av tjenestene. I påvente av at Sykehjemsetaten skulle få etablert et felles system for dokumentasjon og oppfølging av arbeid med kvalitetsforbedring, kvalitetssikring og kvalitetsstyring, har sykehjemmene videreført sine egne systemer. Når et mindretall av sykehjemmene gjennom kartleggingen svarer at de ikke har kvalitetssystem eller avventer felles kvalitetssystem, kan dette trolig forklares med at de avventer det felles, helhetlige og elektroniske systemet som er vedtatt skal brukes av alle de kommunale sykehjemmene. Sykehjemsetaten er i 2009 i gang med å implementere sitt felles og helhetlige internkontroll- og kvalitetssystem. *Prosjektet Kvalitetssystem* er i god og målrettet framdrift. Som en del av prosjektet er det utarbeidet/under utarbeidelse flere sentrale prosedyrer, bl.a. for håndtering av avvik, klagebehandling og håndtering av tilbakemeldinger fra ulike interessenter.

Med bakgrunn i Kommunerevisjonens anbefaling, vil Sykehjemsetaten prioritere tydelig informasjon om viktigheten av å ha et godt fungerende og aktivt internkontroll- og kvalitetssystem. Samtidig vil etaten kartlegge det enkelte sykehjems forståelse for og bruk av systemet, for deretter å bistå de som har behov for veiledning til å ta i bruk systemet.

I forbindelse med utvikling og implementering av felles gjennomgripende systemer, har Sykehjemsetaten prioritert system for helse, miljø og sikkerhet. HMS-systemet ble tatt i bruk av alle kommunale sykehjem allerede sommeren 2007.

*e) Følger opp institusjonenes etterlevelse av nye rutiner for klage- og avvikshåndtering*

Etaten har fra oppstart hatt fokus på rutiner for klage- og avviksbehandling, og utarbeidet prosedyrer for dette allerede i 2007. I februar 2009 vedtok Kvalitetsutvalget et nytt skjema for melding av avvik. Vedtaket innebar ingen strukturelle forandringer, men et felles meldeskjema for alle typer avvik – drift, HMS og kvalitet. Dette for å redusere sannsynligheten for forvirring knyttet til hvilket skjema som er det korrekte.

Det er stadig behov for å holde fokus på dette området. Etatens nye elektroniske kvalitetssystem vil virke positivt inn gjennom å bidra til enklere rapportering, og bidra til at oppfølging av innmeldte klager og rapporterte avvik kan bli vesentlig styrket. I tillegg er etatens Kvalitetsutvalg tillagt ansvaret for, i sine månedlige møter, å behandle alle kvalitetsavvik og klager. Avvik som eventuelt ikke er lukket på tjenestestedet behandles i Kvalitetsutvalget.

Det vil bli gitt særskilt opplæring i prosedyre for avvikshåndtering.

*f) Vurderer informasjon og/eller tilbudet om norskopplæring og grunnleggende kompetansehevingstiltak er tilstrekkelig for å ivareta institusjonenes behov*

Etaten kan vise til mange ulike tilbud som samlet sett skal ivareta institusjonenes behov for grunnleggende kompetansehevingstiltak. Etatens administrasjon har ansvar for overordnede planer og tiltak, mens sykehjemmene selv har ansvar for å sikre faglig oppdatering og ajourhold i relasjon til egne behov.

Kompetansehevingstiltak vil fortsatt være et satsningsområde. Etaten er tilgodesett med et ekstra tilskudd (2 millioner kroner) fra Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester for å kartlegge behovet for ytterligere styrking av etatens egen satsning. Det er planlagt gjennomført en kartlegging av norsk- og IKT-kompetansen hos etatens medarbeidere høsten 2009. På denne bakgrunn vil det bli utarbeidet kompetanseplaner og handlingsplaner for ytterligere kompetanseheving innenfor områdene IKT og norsk.

Flere kurstilbydere (blant annet HEV, UKE, GERIA) har gitt tilbakemelding om at etatens informasjonstiltak har hatt god effekt. Etaten viderefører informasjonsarbeidet i samarbeid med institusjonssjefene, for å sikre at informasjon om tilbud fra andre aktører når berørte ansatte.

Sykehjemsetaten kan vise til en rekke kompetansehevingstiltak rettet mot både fagutvikling, kvalitetsforbedring og ledelse. Det er bl.a. gjennomført egne kvalitetsforbedrings-/gjennombruddsprosjekter ved 4 sykehjem, i samarbeid med Den Norske legeforening. Forbedringsarbeidet er knyttet til forbedret medikamentell behandling, forbedrete dokumentasjonsrutiner, samt systematisk og økt brukermedvirkning. Modellen for forbedringsarbeidet er overførbart til andre fagområder og daglig drift. Sykehjemsetaten vil videreføre arbeid med lignende prosjekter i samarbeid med Undervisningssykehjemmet Abildsø, og prioritere forskning og utvikling.

Ca. 30 elever er hvert år deltakere i HEV sin "Byrådsklasse for hjelpepleiere". To sykehjem har gjennomført særskilt norskopplæring for ansatte med lite eller ingen norskkunnskap, dette vil videreføres ut fra behov som avdekkes gjennom høstens kartlegginger. Programmet for rekruttering og oppfølging av lærlinger tilknyttet den nye Helsefagarbeiderutdanningen i videregående skole, videreføres.

Etatens lederutviklingsprogram videreføres hvor fokus er på lederrollen og utvikling av ledelseskompentanse og arbeidsgiverrollen.

For å heve det generelle kompetansenivået er flere stillinger for ufaglærte gjort om til stillinger for personer med fagutdanning, og flere hjelpepleierstillinger er omgjort til sykepleierstillinger for å øke andelen sykepleiere. Det vil arbeides videre med omgjøringer av stillinger.

Etaten igangsatte i 2008 et arbeid for å øke stillingsbrøkene. Det ble vedtatt en rutine for praktisering av dette samme år. Samtidig ble det vedtatt i MBU i april 2009 at dette skulle operasjonaliseres når bemanningsprosjektet var implementert. Dette er planlagt vinteren 2009/2010.

*g) Innfører systemer som sikrer at etaten rapporterer på alle bystyrets måltall for sykehjemssektoren*

Systemer for rapportering var ikke på plass ved etatens oppstart. Rutiner for rapportering av produksjonsdata, nøkkel- og måltall har vært i aktiv bruk siden 2008. Etaten har i tillegg utviklet og innført et målkort som inneholder alle mål gitt av bystyret eller er interne nøkkeltall. Bruken av dette skal systematiseres, og målkortet oppdateres pr. tertial. Eksemplet på manglende rapportering på måltall som Kommunerevisjonen trekker frem i sin rapport er beklagelig, men er skjedd ved en inkurie og er ikke representativt for etatens rapportering.

*h) Vurderer tiltak for å sikre god samhandling mellom bydel og institusjon, ikke minst i de tilfeller hvor brukere vurderes å ha behov for en annen type plass enn det de har vedtak om.*

Sykehjemsetaten opplever generelt å ha god samhandling med bydelene. Etaten prioriterer dette arbeidet, og viderefører systematisk møtevirksomhet med bydelene.

Sykehjemmene har fra 2007 hatt halvårige formelle samarbeidsmøter med bestillerkontorene. I tillegg er det svært hyppige møter mellom kortidsavdelinger i de enkelte sykehjemmene og bestillerkontor. Det inngås eventuelt formelle avtaler der de ordinære samarbeidsmøtene ikke viser seg tilstrekkelige. Sykehjemsetaten vil arbeide for å sikre at samarbeidsmøtene mellom alle institusjonene og bydelene er hyppige nok og fører til samarbeid av god kvalitet. Det er et mål å sikre god pasientflyt.

Sykehjemsetaten arbeider til enhver tid med å melde reelt behov for endret vedtak for enkeltbrukere. Institusjonene skal melde fra til bydelen dersom behovet for et høyere behandlingsnivå ikke lenger er til stede. Når implementeringen av kriterier for innhold og kvalitet er fullført, vil det bidra til at brukere i større grad gis riktig vedtak og tilbud i fht. sine individuelle behov. Den vedtatte styrkingen av legetjenesten vil også gi et bedre grunnlag for tettere dialog vedrørende enkeltpasienters situasjon, behov for oppfølging og behandlingsnivå.

*i) Sørger for gyldige skriftlige avtaler med alle ikke-kommunale driftere av sykehjem*

Sykehjemsetaten har hatt ansvar for inngåelse av avtaler for sykehjem eiet av ikke-offentlige organisasjoner siden slutten av 2007. Området representerer et anskaffelsesfaglig komplisert felt, og etaten har avventet avklaringer fra overordnet nivå i to omganger knyttet til fremtidig organisering av kommunens sykehjem og juridiske avklaringer knyttet til anskaffelsesmetode.

Forhandlinger med konkrete institusjoner startet i begynnelsen av 2009. Organisasjonene forutsatte raskt i forhandlingene at Oslo kommune skulle løse problemstillinger knyttet til økte kostnader for pensjonsavtaler som organisasjonene har inngått, før ytterligere forhandlinger kunne foretas.

Sykehjemsetaten har ikke økonomiske midler til å dekke økte pensjonskostnader for private sykehjem. Oslo kommune er ikke arbeidsgiver for privat ansatte arbeidstakere, og har derfor heller ikke arbeidsgiveransvar for dem. Det er som følge av dette heller ikke midler avsatt til å dekke pensjonsutgifter verken i kommunen eller i Sykehjemsetaten. Problemstillingen er løftet administrativt for å vurdere mulige løsninger. Etaten avventer per i dag avklaringer fra sentralt hold i kommunen.

Sykehjemsetaten opplever det lite tilfredsstillende å ha en situasjon uten avtale med en del av våre leverandører. Etaten prioriterer dette. Det er imidlertid vanskelig å gi noen bestemt tidsplan for inngåelse av nye avtaler. Det er minimum to parter i enhver forhandling og et hvert avtaleforhold, og etaten kan ikke pålegge/inngå avtaler uten at det foreligger en enighet om innholdet. Frem til nye avtaler foreligger, følges de tidligere avtalene som har utløpt, av alle parter.

## **7. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltak?**

*a) Iverksetter tiltak som kan sikre at etaten når de målene som bystyret har vedtatt*

Tiltakene er omfattende, og er innarbeidet i Sykehjemsetatens Strategiske plan 2008-2011, med korreksjoner 2009. De fleste tiltakene er i form av prosesser som går løpende i planperioden. Tiltakene skal i utgangspunktet iverksettes innenfor vår økonomiske ramme. Etaten prioriterer tiltak som bidrar til å nå definerte mål.

Dersom nye tiltak ikke lar seg dekke innenfor etatens økonomiske ramme, må etaten eventuelt søke om midler på vanlig måte i forbindelse med budsjettprosessen.

*b) Vurderer om informasjonen til bydelene, i de tilfellene bydelene har behov for plasser utover en-blocbestillingen, er tilfredsstillende*

Tiltaket gjennomføres fra november 2009 som er tidspunkt for bydelenes hovedbestilling av plasser for 2010.

*c) Fortsetter arbeidet med nye spesialiserte enheter i nær dialog med institusjonene og bydelene, herunder følger opp føringer om egne enheter for mentalt friske sykehjemsbeboere*

Se svar under pkt. 7a.

*d) Sikrer at alle institusjoner har tilfredsstillende internkontroll og kvalitetssystemer i påvente av etatens helhetlige kvalitetssystem*

Sykehjemsetaten vil fra august 2009 videreføre prosesser med informasjon, kartlegginger og oppfølging av arbeid med kvalitet for å sikre at alle sykehjem har et tilfredsstillende internkontroll- og kvalitetssystem. Seks pilotsykehjem implementerer elektronisk kvalitetssystem innen utgangen av 2009, og de resterende sykehjemmene skal ha implementert systemet innen utgangen av 2010.

*e) Følger opp institusjonenes etterlevelse av nye rutiner for klage- og avvikshåndtering*

Opplæring knyttet til avvikshåndtering skjer fortløpende og parallelt med implementering av kvalitetssystem. De enkelte områdedirektører følger opp sine egne områders håndtering. Avvikshåndtering er tema i ledersamtaler.

Avvik skal meldes og håndteres i hht. vedtatte prosedyrer.

*f) Vurderer informasjon og/eller tilbudet om norskopplæring og grunnleggende kompetansehevingstiltak er tilstrekkelig for å ivareta institusjonenes behov*

Tiltak iverksettes i 2009. Se for øvrig pkt. 6f.

*g) Innfører systemer som sikrer at etaten rapporterer på alle bystyrets måltall for sykehjemssektoren*

System for rapportering av bystyrets mål- og nøkkeltall er på plass. Se kommentarer under pkt. 6g.

*h) Vurderer tiltak for å sikre god samhandling mellom bydel og institusjon, ikke minst i de tilfeller hvor brukere vurderes å ha behov for en annen type plass enn det de har vedtak om.*

Tiltak skjer i forbindelse med planlagt arbeid løpende i planperioden.

*i) Sørger for gyldige skriftlige avtaler med alle ikke-kommunale driftere av sykehjem*

Det er et mål å inngå nye avtaler med driftere hvor avtalen er utløpt innen utgangen av 2009. Utover dette inngås avtaler løpende ved behov for fornyelse. Se for øvrig pkt. 6i.

**8. Oppfattes rapporten som nyttig for Sykehjemsetaten? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har fremkommet som svar på ovenstående spørsmål.**

Rapporten oppfattes som nyttig for Sykehjemsetaten og etaten er godt fornøyd med at Kommunerevisjonen i sin konklusjon mener at Sykehjemsetaten har iverksatt tiltak som kan bidra til måloppnåelse på alle de undersøkte områdene.

Sykehjemsetaten opplever det som positivt at de anbefalinger som foreligger i rapporten er i overensstemmelse med områder som etaten allerede arbeider systematisk med. Etaten har kontinuerlig fokus på tiltak som kan bidra til å øke kvaliteten på tjenestene til pasientene.

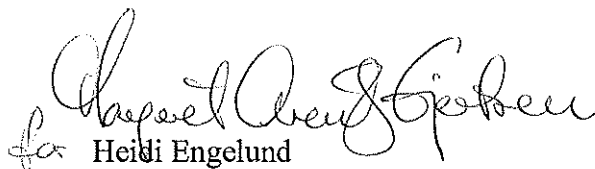
**9. Hvordan vurderes rapportens oppbygging og språkbruk?**

Rapporten er strukturert og har som hovedinntrykk god lesbarhet. Språket er imidlertid i en mer muntlig form enn forventet i en offisiell rapport.

Med hilsen



Bente Riis  
etatsdirektør



Heidi Engelund  
avdelingssjef  
kvalitet, kompetanse og utvikling

Kopi: Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester

## Vedlegg 4 Høringsuttalelse fra Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester



Oslo kommune  
Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester

Kommunerevisjonen  
Grenseveien 88  
0663 OSLO

Dato: 10.08.2009

Deres ref:  
200800801-8

Vår ref (saksnr):  
200805398-5

Saksbeh:  
Hege Kristoffersen, 23 46 17 46

Arkivkode:  
126

### TILBAKEMELDING PÅ FORELØPIG RAPPORT FRA FORVALTNINGSREVISJON AV SYKEHJEMSETATEN - STATUS ETTER TO ÅRS DRIFT

Det vises til brev av 25.06.2009 og foreløpig forvaltningsrevisjonsrapport av Sykehjemsetaten – Status etter to års drift. Kommunerevisjonen har presentert en liste med spørsmål som byråden for velferd og sosiale tjenester er anmodet om å besvare. Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester gir følgende tilbakemelding på Kommunerevisjonens spørsmål.

#### 1. Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester ble varslet om Kommunerevisjonens forvaltningsrevisjon av Sykehjemsetaten – Status etter to års drift i brev av 16.12.2008. Vi har ingenting å utsette på informasjonen som ble gitt om prosjektets hensikt.

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

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester har ingen kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data.

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

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester ser at Kommunerevisjonens revisjonskriterier er svært bredt anlagt, og at man i revisjonsarbeidet søker svar på hvorvidt Sykehjemsetaten har oppfylt samtlige av de mål som var satt ved etableringen. Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester finner grunn til å kommentere at etableringen av Sykehjemsetaten var en meget stor organisasjonsendring som ble gjennomført med svært knapp tidsmargin. I andre sammenhenger har vi derfor hevdet at Sykehjemsetaten ville trenge inntil 3 år for å bli fullt operativ. Vi konstaterer med tilfredshet at Kommunerevisjonen også har lagt vekt på det relativt korte tidsperspektivet i sine vurderinger.

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

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester vurderer rapportens konklusjoner som et pålitelig bilde av situasjonen på undersøkelsestidspunktet. Rapportens anbefalinger vurderer vi som konkrete og hensiktsmessige i forhold til det videre arbeidet på dette området.

Byrådsavdeling for velferd og  
sosiale tjenester

Postadresse:

Rådhuset, 0037 Oslo

E-post: postmottak@byr.oslo.kommune.no

### **5. Vil byråden vurdere tiltak på bakgrunn av rapportens anbefaling? I tilfelle hvilke?**

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester er opptatt av at Sykehjemsetaten skal nå de målene som var satt ved etatsopprettelsen og vil vurdere tiltak på bakgrunn av rapportens anbefalinger, for eksempel å følge opp at Sykehjemsetaten sikrer at alle institusjonene har tilfredsstillende internkontroll- og kvalitetssystemer i påvente av etatens helhetlige kvalitetssystem.

### **6. Vil byråden iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjon og anbefaling? I tilfelle hvilke?**

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester vil følge opp at Sykehjemsetaten iverksetter tiltak for å bedre informasjonen til bydelene, i de tilfellene bydelene har behov for korttidsplasser utover en-blocbestillingen. I tillegg vil byrådsavdelingen ta opp med bydelene at kjøp av sykehjemsplasser ved institusjoner som ikke har avtale med Sykehjemsetaten som hovedregel ikke er forenlig med gjeldende lov- og regelverk om offentlige anskaffelser.

Byrådet arbeider med å finne en løsning på problematikken rundt økte pensjonskostnader i sykehjem som er drevet av ikke-offentlige organisasjoner og deres krav om at dekning av disse kostnadene er en forutsetning for inngåelse av nye avtaler om sykehjemss drift med Sykehjemsetaten. Forhandlinger om fremtidige avtaler vil gjenopptas så snart som mulig.

Byrådet gjennomfører årlig omfattende kompetansehevingstiltak i pleie- og omsorgstjenestene, dette gjelder både faglige utdanningstilbud og opplæringstilbud med fokus på forsterket norskopplæring. Det pågår også omfattende utviklingsarbeid på IKT-området, spesielt i tilknytning til fagsystemet Geric, hvor et av målene er å bedre dokumentasjonen av tjenestene gjennom å øke antallet aktive Gericbrukere. Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester vil i dialog med Sykehjemsetaten vurdere om det er behov for å bedre informasjonen om eksisterende utdannings- og opplæringstilbud som er tilgjengelig for ansatte i sykehjemmene, og intensivere innsatsen på disse områdene ytterligere på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefalinger.

### **7. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av aktuelle tiltak?**

Som beskrevet i punkt 6, er flere tiltak allerede igangsatt. Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester vil sammen med Sykehjemsetaten søke å iverksette ytterligere tiltak allerede fra høsten 2009.

### **8. Oppfattes rapporten som nyttig for byråden? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har framkommet som svar på ovenstående spørsmål.**

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester vurderer rapporten som nyttig fordi den evaluerer Sykehjemsetatens iverksatte tiltak og måloppnåelse etter to års drift og gir konkrete og hensiktsmessige anbefalinger om hvordan etatens videre arbeid bør innrettes og følges opp.

### **9. Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?**

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester mener at rapportens oppbygning og språkbruk i all hovedsak er grei. På enkelte områder er det valgt en fremstilling som kan tyde på motsetninger mellom sykehjemmene og Sykehjemsetaten, noe vi oppfatter som litt underlig, da alt er samme virksomhet.

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester ønsker også å kommentere at det ikke eksisterer gyldige skriftlige avtaler med ikke-kommunale driftere av sykehjem. Byrådsavdeling for



velferd og sosiale tjenester vil i denne sammenheng opplyse at sluttdato for eksisterende avtaler er utløpt, men at partene har forholdt seg til avtalene som om de skulle være gyldige, blant annet er avtalene prisjustert for 2009 i tråd med avtaleformuleringene. Vi deler imidlertid oppfatningen av at det til enhver tid bør foreligge gyldige, skriftlige avtaler. Kommunen har imidlertid ingen virkemidler for ensidig å fastsette avtaler, de må finne sin form i forhandlinger mellom partene, og slike forhandlinger er igangsatt fra kommunens side.

Med vennlig hilsen

Björg Månum Andersson  
kommunaldirektør

Åse Snåre  
helse- og omsorgssjef

**Godkjent og ekspedert elektronisk**



Oslo kommune  
**Kommunerevisjonen**

Grenseveien 88, 0663 OSLO  
Telefonnummer: 23 48 68 00  
Telefaksnummer: 23 48 68 01

[www.krv.oslo.kommune.no](http://www.krv.oslo.kommune.no)  
[postmottak@krv.oslo.kommune.no](mailto:postmottak@krv.oslo.kommune.no)