



Oslo kommune
Kommunerevisjonen

Rapport 20/2010

Ti år med GERICA

Kommunerevisjonen - integritet og verdiskaping

2010

Tidligere publikasjoner fra Kommunerevisjonen i Oslo

Rapport 1/2010 Kontroll av anskaffelser i 16 virksomheter

Rapport 2/2010 Styring, tilsyn og kontroll med særskilt fokus på anskaffelsesområdet i eiendomsforetak

Rapport 3/2010 Sluttrapport - Undersøkelser rettet mot økonomiske misligheter i

Undervisningsbygg Oslo KF 2002-2006

Rapport 4/2010 Barneverntjenestenes anskaffelse, kontroll og oppfølging av private leverandører av tiltak i hjemmet i to bydeler.

Rapport 5/2010 Regelverksdatabasen - fungerer den som forutsatt?

Rapport 6/2010 Ulike undersøkelser i regnskapsrevisjonen - Samlerapport

Rapport 7/2010 Bydelsutvalgenes tilsynsansvar - tilrettelegging for tilsyn gjennom organisering og rapportering

Rapport 8/2010 Misligheter ved frivillig forvaltning av klientmidler i sosialtjenesten - Bydel Grorud

Rapport 9/2010 Ren Oslofjord

Rapport 10/2010 Bydelenes tilsyn, oppfølging og kontroll ved fosterhjems plasseringer

Rapport 11/2010 Internkontroll i og rundt IT-systemer - Samlerapport 2009

Rapport 12/2010 Økonomisk styring av investeringsprosjekter i Undervisningsbygg Oslo KF

Rapport 13/2010 Omstilling i bydeler

Rapport 14/2010 Generelle IT – kontroller i og rundt Rusdata i Rusmiddelstaten

Rapport 15/2010 Bruk av fritaksbestemmelsene ved nasjonale prøver – konsekvenser for styringsinformasjon om skolene i Oslo

Rapport 16/2010 Saksbehandling av søknad om kommunal bolig

Rapport 17/2010 Oslo kommunes rehabiliteringssenter i Altea

Rapport 18/2010 Undersøkelse om bruk av filippinske helsearbeidere - Asor

Rapport 19/2010 Produktivitet og styringsinformasjon i pedagogisk-psykologisk tjeneste

For mer informasjon om Kommunerevisjonen og våre rapporter se

www.krv.oslo.kommune.no

Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet *10 år med Gerica, hvor langt har Oslo kommune kommet?*

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 20.01.2009 (sak 3). Prosjektet tilhører området "virksomhetsstyring" i overordnet plan for forvaltningsrevisjon som ble vedtatt av bystyret 18.06.2008 (sak 259).

Prosjektet er gjennomført med Arne Martin Torgersen som prosjektleder og Frode Grønvold og Jan G. Thoresen som prosjektmedarbeidere. Konsulentselskapet Pharos har stått for mesteparten av datainnsamlingen. Rapporten er skrevet av Kommunerevisjonen.

Informasjon er innhentet fra Helse- og velferdsetaten, Sykehjemsetaten, Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, alle bydelene og med dybdeundersøkelser i Bydel Grünerløkka, Bydel Østensjø, Bydel Vestre Aker og seks sykehjem. Vi takker for samarbeid og nødvendig bistand i gjennomføringen av prosjektet.

09.09.2010


Randi Blystad
ass. avdelingsdirektør


Arne Martin Torgersen
seniorrådgiver

Innhold

Hovedbudskap.....	7
Sammendrag.....	7
1. Innledning.....	11
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Formål og problemstillinger	11
1.3 Revisjonskriterier	12
1.4 Metode og gjennomføring	12
1.5 Rapportens oppbygging	13
2. Hva har Gericca kostet?	14
2.1 Beregningsmodell.....	14
2.2 Beregnet Gericakostnad	15
2.3 Gericakostnader fremover	17
3. Etablering av et felles sektorsystem i pleie- og omsorgssektoren	18
3.1 Felles database.....	18
3.2 Anskaffelser til sektorsystemet	19
3.3 Sektorsystemets infrastrukturkapasitet	20
3.4 Oppsummering – er målet nådd?	24
4. Utvidelse av sektorsystemets funksjonalitet	25
4.1 Systemet skal håndtere ny funksjonalitet	25
4.2 Systemet bør støtte enhetlig praksis	28
4.3 Støtte fremskaffelse av styringsdata	29
4.4 Oppsummering – er målet nådd?	30
5. Økt bruk av sektorsystemet	31
5.1 Tilrettelegging for økt bruk	31
5.2 Overvåking av Gericabruken	39
5.3 Den faktiske bruken av Gericca	39
5.4 Oppsummering – er målet nådd?	43
6. Samlet føring av pasientjournal	45
6.1 Hva er pasientjournalinformasjon?	45
6.2 Kontrollpunkter	45
6.3 Faktabeskrivelse	45
6.4 Vurdering.....	48
7. Oppsummering, konklusjon og anbefalinger	49
7.1 Oppsummering	49
7.2 Konklusjon	50
7.3 Anbefalinger.....	50
8. Uttalelser til rapporten	51
8.1 Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester	51
8.2 Helse- og velferdsetaten	52
8.3 Sykehjemsetaten.....	53
8.4 Avsluttende vurdering	54

Referanser.....	55
Tabelloversikt	58
Vedlegg 1: Metode og gjennomføring.....	59
Vedlegg 2: Revisjonskriterier.....	74
Vedlegg 3: Uttalelse fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester.....	77
Vedlegg 4: Uttalelse fra Helse- og velferdsetaten	82
Vedlegg 5: Uttalelse fra Sykehjemsetaten	83

Hovedbudskap

Gerica er etablert som sektorsystem i pleie- og omsorgssektoren. Det er krevende å innføre et omfattende IKT-system i en stor og sammensatt sektor med mange tjenestesteder, mange yrkesgrupper, og i yrker hvor IKT i liten grad har vært benyttet.

Mye er gjort for å få sektorsystemet på plass og tilpasset kommunens behov. Men utfordringene er fremdeles betydelige, særlig knyttet til infrastrukturens kapasitet og omfanget av og kvaliteten på bruken av sektorsystemet. Etter Kommunerevisjonens vurdering er det behov for tiltak hvis sektorsystemet skal gi den gevinst byrådet forutsatte ved vedtaket om innføring av sektorsystemet i 2002.

Sammendrag

I tråd med kontrollutvalgets vedtak av 20.01.2009 (sak 3) har Kommunerevisjonen undersøkt aspekter ved Oslo kommunes innføring og implementering av Gerica som IKT-sektorsystem i pleie- og omsorgssektoren.

Problemstillingene har vært hva satsingen på Gerica har kostet, hva kommunen har fått ut av satsingen, om målene er nådd og hva som gjenstår før Gerica brukes og fungerer som opprinnelig forutsatt. Vi har også sett på om det i tilstrekkelig grad har iverksatt tiltak for å bote på mangler ved innføringen av Gerica.

Det er innhentet informasjon fra ulike kilder og ved bruk av ulike metoder; dokumentanalyse, intervjuer, spørreskjema, kostnadsberegninger ved uttrekk fra kommunens regnskapssystem, kostnadsestimater ved hjelp av samfunnsøkonomiske beregninger av alternativkostnader og bruk av resultater fra undersøkelser utført av andre (Sykehjemsetaten, Helse- og velferdsetaten og Helsetilsynet). Datainnsamlingen foregikk hovedsakelig i perioden mai - desember 2009, med noe supplerende frem til juni 2010. Konsulentfirmaet Pharos har stått for den største delen av datainnhenting.

Undersøkelsen har hatt et særlig fokus på årene 2002-2009. Enkelte steder i rapporten har vi trukket på informasjon fra både før og etter denne perioden eller gjort avgrensninger. Der det er gjort, fremgår det av faktabeskrivelsen.

Sentrale vurderinger

Byrådet besluttet 18.07.2002 (sak 1380) at det skulle etableres et IT-basert sektorsystem i kommunens pleie- og omsorgstjeneste. Fagsystemet Gerica var på dette tidspunktet allerede i bruk i et flertall av bydelene og ble valgt som løsning for sektorsystemet.

Hva har Gericasatsingen kostet?

Basert på vårt anslag har satsingen på Gerica kostet 274 millioner kroner i perioden 2002-2008. Det hefter usikkerhet ved anslaget. I 2008 kostet Gerica 63 millioner kroner. I forhold til pleie- og omsorgssektorens budsjett på i underkant av 7 milliarder kroner samme år, utgjorde Gericakostnaden litt under én prosent av pleie- og omsorgsbudsjettet dette året.

Hva har kommunen fått ut av satsingen på Gerica - er målene nådd?

Gerica er etablert som et sektorsystem for pleie- og omsorgssektoren med felles database. Undersøkelsen viser at

- funksjonaliteten i Gerica er betydelig videreutviklet og utvidet i perioden,
- bruken har økt betydelig i perioden etter 2003 gjennom tilrettelegging for at flere kunne ta i bruk Gerica blant annet gjennom betydelig utvikling av ny funksjonalitet.

Hva gjenstår før Gerica brukes og fungerer som opprinnelig forutsatt?

Infrastrukturkapasitet

Det var utfordringer knyttet til infrastrukturens kapasitet, både når det gjaldt tilgjengeligheten til datautstyr på tjenestestedene og overføringskapasitet.

Fra 2007 og videre fremover var det utfordringer med tilgang til og kapasitet i systemet. Nivået på utfordringene varierte, men var ofte betydelige. Så sent som høsten 2009 eksisterte det betydelige problemer med tilgang til nettet og lange responstider.

Ny funksjonalitet

Funksjonalitet knyttet til utveksling og overføring av informasjon internt gjennom håndholdte terminaler var under utprøving og innføring, mens funksjonalitet knyttet til utveksling av informasjon eksternt var betydelig forsinket på grunn av forhold som primært syntes å ligge utenfor Oslo kommune.

Økt bruk

Å oppnå økt bruk av sektorsystemet forutsetter tilrettelegging; så som tilgang til terminaler og andre former for infrastrukturkapasitet og utvikling av ny funksjonalitet.

Det var satset på ulike opplæringsformer, men mange opplevde at de trengte mer opplæring. Utfordringene var erkjent i Sykehjemsetaten som hadde kunngjort fem strakstiltak, hvorav to var rettet mot styrket IKT-opplæring og ett mot bredere kompetansekartlegging.

Gerica var ikke fullt ut tatt i bruk av de yrkesgruppene som skulle ha benyttet det, med unntak av sykepleierne som hadde svært høy andel brukere.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester hadde nøkkeltall om at tilgjengeligheten hadde økt og at man oppnådde spredning av Gerica-funksjonalitet på flere tjenestesteder. Selv om byrådsavdelingen hadde indikasjoner på at målet om økt bruk var oppnådd, var kunnskapen om faktisk bruk mangelfull og ikke systematisert.

Enhetlig bruk

Undersøkelsen har synliggjort at bruken av Gerica ikke var enhetlig. Dette kan resultere i svakheter i styringsinformasjonen fra Gerica og kan også resultere i at pasientjournalføringen ikke er tilfredsstillende.

Er det gjort nok for å bøte på mangler?

Mye var gjort for å få Gerica på plass som sektorsystem. Men åtte år etter byrådets vedtak var det fremdeles utfordringer knyttet til infrastrukturkapasiteten, kompetansen på Gerica og den faktiske bruken av systemet.

Det har gjentatte ganger i perioden fra 2006 vært varslet en byrådssak om status for IKT i pleie- og omsorgssektoren. Kontrollutvalget og bystyrets helse- og sosialkomité har merket seg at byrådssaken ville bli fremmet og har gjentatte ganger påpekt at det har gjenstått en del arbeid med Gerica og viktigheten av at utviklingsarbeidet fortsatte. Den bebudede byrådssaken var ikke avgitt per 09.09.2010.

Anbefalinger

Vi anbefaler byrådet å iverksette tiltak for å sikre tilstrekkelig infrastrukturkapasitet for og i sektorsystemet.

Byråden for helse og eldreomsorg anbefales å iverksette tiltak for

- å sikre at Gerica tas i bruk av de som bør bruke det,
- at bruken av sektorsystemet blir mest mulig enhetlig, slik at pålitelig styringsinformasjon kan hentes ut og pasientinformasjon gjenfinnes ved behov,
- å sikre kommunen tilfredsstillende kunnskap om Gericabruken, herunder informasjon om utviklingen i antall brukere, om bruken av ny funksjonalitet, og om bruken av systemet er enhetlig.

Uttalelser til rapporten

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester redegjør for en rekke konkrete tiltak som enten er under innføring, vil bli innført, eller vurdert innført, på bakgrunn av rapportens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger.

Som svar på Kommunerevisjonens anbefaling rettet til byrådet, vises det til det pågående helhetlige arbeidet i kommunen knyttet til IKT-infrastruktur. Tidsperspektivet på dette arbeidet er ut 2012. "Disse områdene vil på ulike måter

bidra til å sikre infrastrukturkapasiteten til sektorsystemet GERICA” heter det i uttalelsen.

Helse- og velferdsetaten skriver at den har bistått i utarbeidingen av byrådsavdelingens svar, at den slutter seg til dette svaret og for øvrig ikke har kommentarer til rapporten.

Sykehjemsetaten opplever det som positivt at de delene av rapporten som særskilt beskriver forhold i etaten, er i overensstemmelse med områder som etaten allerede arbeider systematisk med, og områder etaten er klar over bør settes ytterligere i system. Sykehjemsetaten skriver at etatens IKT-strategi er styrende for etatens prioriteringer. Etaten nevner for øvrig en

del tiltak som enten er under innføring, vil bli innført, eller vurdert innført.

Etter Kommunerevisjonens vurdering er det i uttalelsene fra byrådsavdelingen og Sykehjemsetaten varslet relevante tiltak i forhold til rapportens fire anbefalinger.

Å sikre tilstrekkelig infrastrukturkapasitet er en kritisk faktor for tilfredsstillende bruk av GERICA. Vi har særlig merket oss uttalelsen om at det helhetlige arbeidet som pågår i kommunen knyttet til IKT-infrastruktur, vil bidra til å sikre infrastrukturkapasiteten til sektorsystemet GERICA, og at dette arbeidet har et tidsperspektiv ut 2012.

1. Innledning

Byrådet besluttet 18.07.2002 (sak 1380) at det skulle etableres et IKT-basert sektorsystem i kommunens pleie- og omsorgstjeneste. Fagsystemet Gerica var på dette tidspunktet allerede i bruk i et flertall av bydelene og ble valgt som løsning for sektorsystemet.

I denne undersøkelsen har vi sett på aspekter ved innføringen av sektorsystemet i pleie- og omsorgstjenesten.

1.1 Bakgrunn

Gerica ble opprinnelig utviklet av programvare-selskapet Respons i 1989. En del bydeler i Oslo tok i bruk systemet på midten av 1990-tallet.

Byrådet vedtok 07.02.2002 (sak 1062) en ny IKT-strategi som skulle bidra til kommunens målsetting om å være ledende innen målrettet utnyttelse av informasjons- og kommunikasjons-teknologi i offentlig sektor. Senere samme år vedtok byrådet etableringen av et IKT-sektor-system på pleie- og omsorgsområdet. På vedtaks-tidspunktet brukte 19 av de daværende 25 bydelene Gerica, mens de andre hadde valgt andre løsninger. Tietoanator (nå Tieto Norge) kjøpte i 2005 Respons og stod fra da av for vedlikehold og videreutvikling av Gerica.

Gerica er et elektronisk pasientjournalsystem (EPJ-system) tilpasset pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten i kommunene. På bakgrunn av EPJ-standarder utviklet av Kompetansesenter for IT i helsevesenet (KITH) blir Gerica for tiden utviklet for utveksling av pasientopplysninger som f. eks medisinerings, laboratoriesvar, epikriser osv, med andre EPJ systemer. Gerica er et pleie- og omsorgssystem. Andre elektroniske pasient-journalsystemer omfatter blant annet primærlege-systemer, sykehussystemer, spesialistsystemer og laboratoriesystemer.¹

I forbindelse med innføringen av Gerica som sektorsystem, ble *Prosit*-prosjektet etablert i Utviklings- og kompetanseetaten i 2002 (den gang System- og regnskapsetaten). Prosjektet ble overført til Helse- og velferdsetaten i september 2005. *Prosit* utførte kontinuerlig tilrettelegging for bruk og utvikling av Gerica og ble etter hvert en permanent del av Helse- og velferdsetatens virksomhet. *Prosit* ble beholdt som navn på den delen av Helse- og velferdsetaten som har systemeierskapet til sektorsystemet. I denne rapporten benyttes betegnelsen *Prosit i Helse- og velferdsetaten* som navn på denne enheten.

Kommunerevisjonen har tidligere gjennomført tre forvaltningsrevisjoner rettet direkte mot Gerica: Rapport 24/2004 *Gerica i pleie- og omsorgssektoren*, Rapport 2/2006 *Innføring av Gerica i to bydeler i Oslo kommune* og rapport 25/2006 *Tilgangskontroller i Gerica*. I tillegg har vi gjennomført en rekke undersøkelser som helt eller delvis har vært basert på data fra Gerica, eller hvor vi har gjort vurderinger av styringsinformasjonen i Gerica.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med denne undersøkelsen har vært å vurdere status i arbeidet med innføring av sektorsystemet med tanke på å gi innspill til kommunens videre arbeid med fag- og sektor-systemer generelt, og til det videre arbeidet med pleie- og omsorgstjenestenes sektorsystem spesielt.

Undersøkelsens problemstillinger har vært:

- Hva har satsingen på Gerica kostet?
- Hva har kommunen fått ut av satsingen på Gerica - er målene nådd?
- Hva gjenstår før Gerica brukes og fungerer som opprinnelig forutsatt?
- Har Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, Sykehjemsetaten, Helse- og velferdsetaten og bydelene i tilstrekkelig

¹ Opplysningene er hentet fra nettsidene til Tieto som er leverandøren av Gerica, og nettsidene til KITH.

grad iverksatt tiltak for å bøte på mangler ved innføringen av Gerica? Hvorfor har man eventuelt ikke kommet lenger?

Den siste problemstillingen omfatter også en vurdering av oppfølgingen på byråds-/byrådsavdelingsnivå etter vår rapport 2/2006 *Innføring av Gerica i to bydeler i Oslo kommune*.

1.3 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er den målestokk Kommunerevisjonen vurderer den kartlagte praksisen opp mot.

De opprinnelige føringer og mål for etableringen av sektorsystemet i pleie- og omsorgstjenesten følger av byrådssakene 1062/2002 om ny IKT-strategi og 1380/2002 om *IKT-sektorsystem for pleie- og omsorgstjenesten*. Den sistnevnte saken har tydelig referanse til den den gang forestående bydelsreformen. Basert på disse to byrådssakene utledet vi følgende overordnede revisjonskriterier for undersøkelsen:

1. Sektorsystemet skal være etablert som en felles løsning.
2. Antall funksjonsområder bør ha økt i perioden etter 2003.
3. Det skal være lagt til rette for, og fulgt opp, at bruken av sektorsystemet er utvidet til å omfatte flere i perioden etter 2003.

I tillegg har vi utledet et fjerde revisjonskriterium fra pasientjournalforskriften:

4. Det skal anvendes en samlet journal for den enkelte pasient selv om helsehjelp ytes av flere innen virksomheten. Dersom journalen føres delvis elektronisk og delvis som papirjournal, bør det fremgå av begge hvilken dokumentasjon som føres i den elektroniske journalen og hvilken dokumentasjon som føres som papirjournal.

For hvert av de overordnede revisjonskriteriene er det operasjonalisert kontrollpunkter som er

egnet som grunnlag for å belyse om kriteriet er oppfylt. Kontrollpunktene blir presentert i de kapitlene hvor de kommer til anvendelse. For øvrig følger en noe nærmere redegjørelse for utledningen av kriteriene og kontrollpunktene i eget vedlegg.

1.4 Metode og gjennomføring

De sentrale elementene i prosjektets metode er hentet fra standard for forvaltningsrevisjon²: Med utgangspunktet i tema og problemstillinger som lå i oppdraget fra kontrollutvalget, er relevante revisjonskriterier utledet. Ulike sider ved bruken og forvaltningen av Gerica som sektorsystem er kartlagt og beskrevet i en faktabeskrivelse, som så er vurdert opp mot revisjonskriteriene. De vurderingene vi da gjorde, ledet frem til våre konklusjoner og anbefalinger.

Prosjektet ble formelt startet ved utsendelse av oppstartsbrev til byråden for eldre og sosiale tjenester 21.04.2009 og til Sykehjemsetaten og Helse- og velferdsetaten 22.04.2009. Bydelene Grünerløkka, Vestre Aker og Østensjø ble valgt ut for dybdeundersøkelser og mottok oppstartsbrev 08.06.2009 og 09.06.2009.

For å besvare prosjektets problemstillinger er det innhentet informasjon fra ulike kilder og ved bruk av ulike metoder; dokumentanalyse, intervjuer, spørreskjema, kostnadsberegninger ved uttrekk fra kommunens regnskapssystem, kostnadsestimater ved hjelp av samfunnsøkonomiske beregninger av alternativkostnader og bruk av resultater fra undersøkelser utført av andre (Sykehjemsetaten, Helse- og velferdsetaten og Helsetilsynet).

Det ble gjennomført dybdeundersøkelser i hjemmesykepleien i tre bydeler og ved seks sykehjem³ beliggende i de samme tre bydel-

² Norges Kommunerevisorforbund (2005): *RSK Standard for forvaltningsrevisjon*, fastsatt 23.05.2005 og med virkning fra 01.10.2005.

³ Ifølge Sykehjemsetatens nettside per 30.06.2010 er det til sammen 50 sykehjem i Oslo, hvorav 29 kommunale og 21 private/konkurransetsatte.

ene. I dybdeundersøkelsene ble det benyttet en kombinasjon av intervjuer og spørreskjema. I en påfølgende breddeundersøkelse rettet mot alle sykehjemmene og de bydelene som ikke hadde deltatt i dybdeundersøkelsen, kartla vi avdelingssykepleiernes oppfatninger av hvordan Gerica ble benyttet på deres eget tjenestested.

Undersøkelsen har hatt et særlig fokus på årene 2002-2009. Enkelte steder i rapporten har vi trukket på informasjon fra både før og etter denne perioden eller gjort avgrensninger. Der det er gjort, fremgår det av faktabeskrivelsen. Datainnsamlingen ble hovedsakelig gjennomført i perioden mai - desember 2009, med noe supplering frem til juni 2010.

Mesteparten av datainnsamlingen ble utført av konsultentselskapet Pharos. Kommunerevisjonen har en rammeavtale med Pharos om utførelse av IT-revisjoner i Oslo kommune. Pharos er et uavhengig, norsk rådgivningsfirma innen områdene ledelse og informasjonsteknologi.

En mer detaljert redegjørelse for undersøkelsens gjennomføring og metode følger i eget vedlegg.

1.5 Rapportens oppbygging

I kapittel 2 går vi gjennom hva Gerica har kostet Oslo kommune.

Kapitlene 3- 6 følger strukturen i de overordnede revisjonskriteriene. Det innebærer at vi i kapittel 3 belyser etableringen av Gerica som sektorsystem for pleie- og omsorgssektoren, i kapittel 4 ser vi på hvordan sektorsystemets funksjonalitet er videreutviklet underveis, i kapittel 5 ser vi på hvordan det er lagt til rette for økt bruk av sektorsystemet, og i kapittel 6 undersøkes aspekter ved bruken av Gerica opp mot bestemmelsene om samlet journalføring.

I kapittel 7 oppsummerer vi våre vurderinger, trekker konklusjoner i forhold til undersøkelsens problemstillinger og gir våre anbefalinger.

Rapporten ble 01.07.2010 sendt byrådet, byråden for helse og eldreomsorg, Helse- og velferdsetaten og Sykehjemsetaten for uttalelse. I kapittel 8 redegjør vi for de mottatte uttalelsene og gir våre kommentarer til disse. Uttalelsene er i sin helhet vedlagt rapporten.

2. Hva har Gerica kostet?

I det følgende ser vi på hvor mye satsingen på Gerica har kostet kommunen i perioden 2002 til 2008.

2.1 Beregningsmodell

Oslo kommune har ingen samlet oversikt over hva satsingen på Gerica har kostet. Vi har derfor beregnet kostnaden gjennom en kombinasjon av regnskapsførte utgifter fra kommunens regnskapssystem, og anslagsvise beregninger av kostnader på elementer som inngikk i Gerica-satsingen, men hvor faktisk kostnad ikke kan hentes ut av regnskapet.

I beregningene har vi basert oss på *Veileder i samfunnsøkonomisk analyse og gevinstrealisering av IKT-prosjekter* utarbeidet av Senter for statlig økonomistyring (SSØ). De kostnadsvirkningene vi tallfester, er kostnadstyper som i veilederen anbefales kartlagt. I tillegg anbefaler SSØ i veilederen enkelte andre kostnadstyper som vi ikke har inkludert, enten fordi vi ikke har funnet dem relevante, eller fordi det ikke har latt seg gjøre å tallfeste dem med rimelig grad av sikkerhet.

Tabell 1 Elementer i kostnadsberegningen og kilder til tallfesting

	Tall fra regnskap	Anslag/ beregning
Innkjøpskostnader for PC-er/servere/annet utstyr	x	x
Innkjøpskostnader for programvare, software	x	
Systemutviklings- og planleggingskostnader inklusive forprosjekt	x	
Implementeringskostnader, installasjon og migrering	x	
Opplæringskostnader for bruk av nytt system		x
Driftskostnader:		
- Lisenser	x	
- Support	x	
- Systemadministrasjonskostnader	x	
- Årlige opplæringskostnader i systemet		x
- Lønnskostnader inkl sosiale utgifter og arbeidsgiveravgift		x
- Forvaltning av avtaler	x	
Andre kostnader:		
- Kurs og opplæringstiltak til endrede arbeidsoppgaver for ansatte		x
- Effektivitetstap i implementeringsperioden, driftsstans		x

Note: Katastrofeberedskapen er tatt med i den grad den var inkludert i Oslo kommunes avtaler med leverandørene. Linjekostnader er lagt inn i oppstillingene.

Tabell 1 viser hvilke kostnader som er blitt tallfestet, enten ved uttak fra kommunens regnskapssystem, eller gjennom anslag og beregninger utført av Kommunerevisjonen.

Som det fremgår av tabell 1, har vi tatt utgangspunkt i regnskapstall for innkjøpskostnader, systemutviklings- og planleggingskostnader, implementeringskostnader, lisenser, support og systemadministrasjonskostnader. Mens vi har estimert kostnader for deler av innkjøpskostnadene, opplæringskostnadene, lønnskostnader og avbruddskostnader.

Vi har tatt utgangspunkt i regnskapstall for sentrale utviklings- og driftskostnader, mens vi har estimert kostnadene knyttet til lokale investerings-, drifts-, vedlikeholds-, avbrudds-, opplærings- og brukerstøttekostnader.

Kostnadene som ble hentet fra regnskapssystemet utgjør om lag en tredjedel av det totale kostnadsanslaget, mens de resterende to tredjedelene altså er estimert. Det hefter noe usikkerhet ved begge disse metodene, hvorav de viktigste er:

- Utgifter relatert til Gericasatsingen er regnskapsført på flere virksomheter, herunder Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester⁴, Utviklings- og kompetanseetaten⁵, Helse- og velferdsetaten, Sykehjemsetaten og den enkelte bydel. Siden det ikke foreligger en samlet oversikt over Gericakostnadene, er tallmaterialet hentet fra flere virksomheters regnskaper.
- Noen kostnader var relevante i forhold til kostnaden ved Gerica, men fremgikk ikke direkte av noe regnskap (for eksempel lønnsutgifter i forbindelse med opplæring). Der det har latt seg gjøre med rimelig grad av sikkerhet, er disse kostnadene estimert av oss. Estimatenes er beheftet med usikkerhet fordi aktivitet relatert til Gerica er vanskelig å skille fra andre aktiviteter.
- Vi har gjort en beregning av hvor mye bruken av Gerica har generert av andre IT-kostnader som maskin- og linjekostnader. Det hefter imidlertid usikkerhet ved hvor mye av maskin- og linjebehovet som kan tilskrives bruken av andre dataprogrammer enn Gerica.

En utdyping av beregningsmetoden er gitt i vedlegget om metode og gjennomføring.

2.2 Beregnet Gericakostnad

Tabell 2 viser de anslåtte totalkostnadene for Gericasatsingen per år i perioden 2002 til 2008, og fordelt på henholdsvis drifts- og investeringskostnader og utviklingskostnader.

Som tabell 2 viser, anslås Gericasatsingen å ha kostet kommunen til sammen 274 millioner kroner i perioden 2002 til 2008. Drifts- og investeringskostnadene økte fra 18 mill kr i 2002 til 53 millioner i 2008. Den årlige økningen har vært betydelig i hele perioden, men klart størst i 2004 og i 2007, da økningen i forhold til de foregående årene var på henholdsvis 55 prosent og knappe 24 prosent. Hovedårsaken til den store økningen ligger i flere brukere av systemet.

Som tabell 2 også viser, har byrådsavdelingens prosjektutviklingskostnader ligget vesentlig lavere enn drifts- og investeringskostnadene. Byrådsavdelingen prosjektutviklingskostnader har variert mye i perioden, fra én million i 2005 til ti millioner i 2008.

Tabell 2 Anslått kostnad for Gerica siden 2002, omregnet i mill. 2008 kroner

År	Drifts- og investeringskostnader	Prosjektutviklingskostnader ført i byrådsavdelingens regnskap	Totale kostnader
2002	18	3	21
2003	20	9	29
2004	31	2	33
2005	34	1	36 ²
2006	38	2	41 ²
2007	47	6 ¹	53
2008	53	10 ¹	63
Totalt	241	34 ²	274 ²

Note: Tabellen er basert på Kommunerevisjonens beregninger og tall fra kommunens regnskap.

¹Av de 6 mill.kr. i 2007 og 10 mill.kr. i 2008 var ca halvparten kjøp av sentrale servere og basis softwarelisenser.

²Avrundingen til hele millioner gjør at summen av tallene ikke er lik summen av heltallene.

⁴ Tidligere Byrådsavdeling for eldre og bydelene og Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester.

⁵ I begynnelsen av prosjektperioden: *System og regnskaps-etaten (SRE)* som ble en del av Utviklings- og kompetanseetaten ved opprettelsen 01.12.2003.

Den tyngste kostnadskomponenten knytter seg til internopplæringskostnader og drifts- og brukerstøttekostnader i bydelene og Sykehjemsetaten. Dette utgjør om lag 43 prosent av totalkostnadene.

Anslagene er beheftet med usikkerhet. Om en legger inn en feilmargin på 20 prosent i estimeringen, vil det gi utgifter på mellom 220 og 330 millioner kroner. Selv om beregningene inneholder usikkerhet, er det ingen tvil om at Gericasatsingen har generert vesentlige kostnader for Oslo kommune. Tabell 3 viser estimerte Gericakostnader, totalt, per PC og per bruker i 2008.

Av tabell 3 ser vi at 63 millioner kroner er estimerte kostnader til Gericakostnader for 2008. Dette utgjør nærmere 20 000 kroner per PC og drøyt 4 000 kroner per bruker. I forhold til pleie- og omsorgssektorens budsjett på i underkant av 7 milliarder kroner samme år⁶, utgjorde Gericakostnaden litt under én prosent av pleie- og omsorgsbudsjettet dette året. Kommunerevisjonen har ikke vurdert om dette er et rimelig kostnadsnivå, men har bedt vårt innleide konsulentfirma Pharos kommentere forholdet mellom den estimerte Gericakostnaden og sektorens driftsbudsjett i 2008. Pharos skriver:

Tabell 3 Gericakostnader i 2008 per PC og bruker

	2008		
	Totalt	Per PC (3200 PCer)	Per bruker (14500 brukere)
UTVIKLINGSKOSTNADER			
VSTs prosjektutviklingskostnader, KPI-justert	10 200 000 ¹	3 188	703
Direkte fra rammen på VST-området	10 200 000	3 188	703
DRIFTSKOSTNADER ²			
Bydelens betaling til UKE, KPI-justert	6 450 000	2 016	445
Bydelens betaling til HEV, KPI-justert	3 400 000	1 063	234
Direkte innbetalinger fra bydelene til UKE/HEV	9 850 000	3 078	679
Estimerte investeringskostnader til PCer / annet IKT-utstyr i bydelene/SYE	5 500 000	1 719	379
Estimerte IKT drifts- og vedlikeholdskostnader i bydelene/SYE	7 350 000	2 297	507
Estimerte internopplæringskostnader i bydelene/SYE	15 600 000	4 875	1 076
Estimerte avbruddskostnader	4 450 000	1 391	307
Estimerte drifts- og brukerstøttekostnader i bydelene/SYE ³	9 900 000	3 094	683
Estimerte kostnader dekket av bydelene	42 800 000	13 375	2 952
ESTIMERTE TOTALE KOSTNADER	62 850 000	19 641	4 334

Note: VST = Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester (nåværende Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester), UKE = Utviklings- og kompetanseetaten, HEV = Helse- og velferdsetaten, SYE = Sykehjemsetaten, KPI-justert vil si at historiske beløp er omregnet til 2008-kroner. ¹Av de 10 mill.kr. i 2008 var ca 5 mill.kr. kjøp av databaseservere og lisenser ²I driftskostnadene er den estimerte linjekostnaden inkludert. ³Prisen på drifts- og brukerstøtte ble blant annet beregnet ut fra prisinformasjonen som ble gitt til virksomhetene i forbindelse med Utviklings- og kompetanseetatens innrulling av kommunens virksomheter i sentralisert IKT-forvaltning.

⁶ Oslo kommune, *Bykassens budsjett, dokument nr. 3, 2008. Tabellen Bydelenes vedtatte budsjett 2008 - fordelt på funksjonsområder; Funksjonsområde 3: Pleie og omsorg.* Viser at sum utgifter er budsjettet med 6 964 962 kroner.

”Generelt kan det sies at utgifter til IT på under en prosent av de totale driftskostnadene er å anse som lavt, tildels svært lavt. Til sammenligning kan det nevnes at norske sykehus bruker ca. 2,5 prosent av sine driftskostnader på IT⁷.

Dette gjelder imidlertid IT-utgiftene totalt. Hvis de 0,8 prosent bare er for Geric isolert, blir det mye vanskeligere å si noe om det er høyt eller lavt, fordi det er nesten umulig å sammenligne kostnadene for drift av enkeltsystemer mellom virksomheter (med mindre systemene og bruken av dem er svært like).

Det er også viktig å huske på at et lavt totaltall for IT-kostnader ikke nødvendigvis er positivt, det kan like gjerne være et resultat av et underforbruk, dvs. at man har investert for lite i effektiviserende IT-systemer og dermed har unødvendig høye kostnader på andre områder.”

2.3 Gericakostnader fremover

Driftskostnaden i 2008 på om lag 53 millioner kroner ble regnet ut fra at alle ansatte som skal dokumentere de pleie- og omsorgstjenestene de yter, er faktiske brukere av Geric. Dersom omfanget av sektorsystemet stabiliseres på 2008-nivået, anslås driftsutgiftene til systemet å ligge på cirka 55 millioner per år i årene fremover. Ved eventuelle endringer og videreutvikling av systemet vil ytterligere investerings- og driftskostnader komme i tillegg. Skulle en for eksempel innføre håndholdte terminaler i større deler av hjemmetjenesten, vil bare et dagskurs for 1000 brukere gi en kostnad på minst 1,5 millioner kroner.

⁷ Kostnader inkl. kapitalkostnader. Erfaringstall er hentet fra Sykehuspartner, som er serviceorganisasjonen til Helse Sørøst RHF.

3. Etablering av et felles sektorsystem i pleie- og omsorgssektoren

I dette kapitlet vurderer vi om det er etablert et sektorsystem som en felles løsning for alle tjenestesteder.

Det følger av byrådssak 1380/2002 "*IKT-sektorsystem i pleie- og omsorgstjenesten*" at Gerica skulle etableres som sektorsystem i pleie- og omsorgssektoren, det vil si som en felles løsning for tjenestestedene i sektoren. I vurderingen av om sektorsystemet kan sies å være etablert baserer vi oss på følgende kontrollpunkter:

- Det bør være etablert en felles database for sektorsystemet.
- Anskaffelser til sektorsystemet bør skje ut fra felles spesifikasjoner av ytelse eller funksjon, og ved kjøp av ensartet utstyr. Utvikling av ny funksjonalitet i sektorsystemet bør skje etter kravspesifikasjon.
- Sektorsystemet må ha tilstrekkelig infrastrukturkapasitet, slik at stabil drift og tilgjengelighet til systemet er sikret.

3.1 Felles database

Å etablere en felles database innebærer sentralisert drift og forvaltning av lagringen av informasjonen som tjenestestedene laster inn i sektorsystemet. Sentralisert drift og forvaltning kan redusere de løpende driftskostnadene, kan bidra til mer effektive investeringer i lagringskapasitet, og legger til rette for uthenting av styringsinformasjon fra systemet på tvers av tjenestesteder og virksomheter.

3.1.1 Kontrollpunkt

⇒ Det bør være etablert en felles database for sektorsystemet.

3.1.2 Faktabeskrivelse

I byrådssak 1380/2002 forutsatte altså byrådet at det skulle etableres en felles database for sektorsystemet, som skulle erstatte de 23 databasene i de daværende 25 bydelene.⁸

I det første prosjektdirektivet, *Prosit-prosjektet – fase I*, datert 09.10.2002, ble det konstatert at det ikke skulle gjøres omlegginger til én database i denne fasen. Dette ble ikke begrunnet i prosjektdirektivet, men vi fikk opplyst fra byrådsavdelingen at begrunnelsen for ikke å legge om fra 23 databaser til én, var at det ville gi for høy risiko med tanke på den korte og absolutte tidsfristen før bydelsreformen skulle tre i kraft. I dette lå også en vurdering av at en sammenslåing til én base ville kreve forbedringer i Gericas tilgangsstyringssystem.

Databasene ble konsolidert slik at man fikk én database i hver av de 15 bydelene etter bydelsreformen i 2004. Felles drift av Gerica på felles driftsplattform ble etablert i 2003. Før det ble Gerica driftet på lokale server i den enkelte bydel. De opprinnelige bydelsbasene ble flyttet fra bydelenes servere til den nye felles driftsplattformen hvor dataene ble omgruppert og lagt inn i 15 nye databaser, slik at de passet med de nye bydelsgrensene etter bydelsreformen.

Innføring av brukervalg i hjemmetjenesten og oppretting av Sykehjemsetaten aktualiserte på nytt spørsmålet om sammenslåing av bydelsbasene til en felles Gericadatabase. Disse reformene medførte at en stadig større del av tjenesteytingen ble utført av aktører utenfor bydelene, aktører som ytte tjenester til tjenestemottakere i alle bydelene, noe som gjorde inndelingen i bydelsvise databaser stadig mindre

⁸ I byrådssak 1380/2002 ble etableringen av et felles sektorsystem begrunnet med økt effektivitet. Det ble ikke gjennomført nytte-/kostnadsanalyser av en delvis omlegging (først til 15 databaser, en for hver bydel) eller for alternativet, én felles database.

hensiktsmessig. I *statusrapport fase 2c fra Prosit-prosjektet*⁹ redegjorde Prosit i Helse- og velferdsetaten for planlagt oppstart for sammen- slåing til én database. Omleggingen til en data- base ble fullført i juni 2008.¹⁰

3.1.3 Vurdering

Det er etablert en felles database for sektor- systemet.

3.2 Anskaffelser til sektorsystemet

Driften og utviklingen av et sektorsystem vil gjerne gå lettere med standardisert periferiutstyr (PCer, printere) på tjenestestedene, eller i det minste at utstyret tilfredsstiller felles ytelseskrav. Selve dataprogramvaren er per definisjon felles i et sektorsystem. Når en kravspesifikasjon legges til grunn for utvikling av ny funksjonalitet, blir det tydelig hva som skal utvikles og lettere å kontrollere at leveransen av nyutviklet funksjona- litet tilfredsstiller de opprinnelige målene.

3.2.1 Kontrollpunkt

⇒ Anskaffelser til sektorsystemet bør skje ut fra felles spesifikasjoner av ytelse eller funksjon, og ved kjøp av ensartet utstyr. Utvikling av ny funksjonalitet i sektor- systemet bør skje etter kravspesifikasjon.

3.2.2 Faktabeskrivelse

Anskaffelsen av sektorsystemet

I byrådssak 1380/2002 var koordinering av sektorsystemanskaffelsen et hovedpunkt. I okto- ber 2002 ble Gerica valgt som sektorsystem:

”Gerica skal implementeres som et sektorsystem. De to bydelene som ikke har Gerica i dag vil bli slått sammen med bydeler som bruker Gerica, ut i fra hensynet til effektiv ressursbruk skal Gerica videreføres i disse bydelene.”¹¹

Forut for vedtaket, hadde byrådsavdelingen gjennomført et forprosjekt for å vurdere etable- ringen av et sektorsystem på pleie- og omsorgs- området. Av forprosjektrapporten går det frem at byrådsavdelingen fikk evaluert bydelenes erfaringer med bruken av de to systemene som på den tiden var i bruk, og det var Gerica som kom klart best ut¹².

I etterkant av byrådets vedtak i sak 1380/2002 skjedde en begrenset felles anskaffelse av blant annet nye lisenser, på basis av eksisterende Gerica-løsninger og avrop på eksisterende rammeavtaler. I dokumentet *Prosit-prosjektet - en vurdering av aktuelle strategier for neste fase*, datert 18.12.2003, ble følgende alternative strategier presentert:

1. Gjennomføre en åpen konkurranse i 2004 der det utformes en kravspesifikasjon og en ny kjøps- og vedlikeholdsavtale inngås.
2. Reforhandle eksisterende avtaler og oppgradere Gerica til versjon 6.0 i 2004.

Alternativ 2 ble anbefalt av Prosits styrings- gruppe i møtet 18.12.2003¹³, og fikk ifølge referat fra et senere møte i styringsgruppen tilslutning fra ledergruppen i Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester¹⁴.

Behovet for en kravspesifikasjon knyttet til hvordan Gerica skulle etableres som et felles sektorsystem for alle bydeler, ble drøftet på nytt i 2004¹⁵. Ressursmangel ble angitt som årsak til å la kravspesifikasjonsarbeidet for Gerica ligge.¹⁶ Behovet for en kravspesifikasjon ble ikke tatt formelt opp etter 2004.

⁹ Datert 31.01.2007, men det antas å være 31.01.2008 vurdert ut fra innholdet i dokumentet.

¹⁰ Sammenslåingen av databasene ble meldt fullført i kvartalsrapport for annet kvartal fra Prosit i Helse- og velferdsetaten, datert 20.08.2008.

¹¹ Referat fra styringsgruppemøte i Prosit 09.10.2002.

¹² Byrådsavdeling for eldre og bydelene (2002): *Innføring av sektorsystem på pleie- og omsorgsområdet i Oslo kommune – forprosjektrapport*, kapittel 5.

¹³ Referat fra styringsgruppemøtet i Prosit 18.12.2003.

¹⁴ Referat fra styringsgruppemøtet i Prosit 12.01.2004.

¹⁵ Referat fra styringsgruppemøtet i Prosit 04.03.2004.

¹⁶ Møtereferat styringsgruppen i Prosit 10.04.2003.

Anskaffelsen av ny funksjonalitet

Etter hvert som behovet for ny funksjonalitet økte, ble dette ivare tatt gjennom sentrale anskaffelser gjennomført av Prosit i Helse- og velferdsetaten, av

- nye moduler i Gerica,
- innkjøp av funksjonalitet utenfor Gerica, som ble tilpasset Gerica, og
- moduler som måtte utvikles av kommunen fordi de ikke ble tilbudt i Gerica.

Disse anskaffelsesprosessene ble initiert etter hvert som behovene meldte seg, og ulike nye typer av funksjonalitet ble prioritert, noe vi kommer tilbake til i kapittel 4.

Ved senere utvikling av ny funksjonalitet ble det laget egne kravspesifikasjoner som beskrev de nye funksjonaliteter som skulle inn i Gerica. Byrådsavdelingen opplyste at i det siste utviklingsprosjektet ble betydningen av kravspesifikasjoner tonet noe ned til fordel for beskrivelser av arbeidsprosesser som grunnlag for utvikling av Gericafunksjonalitet der kommunens medarbeidere var aktivt inne i utviklingsløpet.

Periferiutstyr

Det har vært nødvendig å skaffe mer periferiutstyr (PCer, arbeidsstasjoner/"tynne klienter" og skrivere) for å gi flere yrkesgrupper og alle ansatte tilgang til Gerica. I 2006 inngikk Oslo kommune en rammeavtale om leveranse og drift av IKT-periferiutstyr (blant annet skrivere og PCer). Dette ble kalt "den tredje rammeavtalen", leverandøren var Info Care. Etableringen av rammeavtalen var et standardiseringstiltak i forbindelse med sentraliseringen og endringene i kommunens IKT-organisering¹⁷. Bydeler og tjenestesteder (sykehjem) som ble omfattet av rammeavtalen for periferiutstyr, skulle gjøre avrop på denne i henhold til egne prioriteringer.

¹⁷ Utviklings- og kompetanseetaten, "Konkurranses grunnlag del 1 – grunnlag for forespørsel om deltagelse til konkurranse med forhandling – drift av PCer, skrivere og annet periferiutstyr", saksnr. 200500823.

Sykehjemsetaten meldte i notat til Kommune-revisjonen datert 27.05.2010 at den i løpet av de siste årene har standardisert og skiftet ut over 1200 "tynne klienter" (arbeidsstasjoner) og 500 skrivere. Oppgradering og standardisering av infrastrukturen ved 36 kommunalt eide sykehjem var oppført som et prioritert tiltak i Sykehjemsetatens IKT-strategi 2009-2012, og med høyeste prioritet for alle fire årene.

3.2.3 Vurdering

Anskaffelsen av sektorsystemet

Anskaffelsen av Gerica som system ble gjennomført i etterkant av byrådsvedtak 1380/2002 og skjedde innen en allerede eksisterende rammeavtale. Det var da formelt sett ikke nødvendig å utarbeide en kravspesifikasjon.¹⁸ Det går frem av både forprosjektrapporten og byrådssaken at bydelene hadde gode erfaringer med Gerica.

Anskaffelsen av ny funksjonalitet

Det ble benyttet kravspesifikasjoner ved anskaffelser av endret/økt funksjonalitet i forbindelse med opprettelsen av Sykehjemsetaten og ved anskaffelse av håndholdte terminaler. Byrådsavdelingen har begrunnet at den i et tilfelle trakk inn brukere fra bydelen i et aktivt utviklingsløp i stedet for å sette opp en kravspesifikasjon.

Periferiutstyr

Rammeavtalen om periferiutstyr som ble inngått i 2006 innebar en standardisering av innkjøp og drift av nødvendig datautstyr på tjenestestedene. Gjennom etableringen av denne rammeavtalen etablerte kommunen et virkemiddel for å standardisere utstyr ved kommunens tjenestesteder. Også Sykehjemsetaten har lagt vekt på å prioritere tiltak for å standardisere blant annet periferiutstyr.

3.3 Sektorsystemets infrastruktur-kapasitet

Målt i antall brukere er Gerica det største IKT-systemet i kommunen, og systemet er

¹⁸ I henhold til regelverket om offentlige anskaffelser.

tilgjengelig fra et betydelig antall tjenestesteder: alle hjemmesykepleiebaser, bydelenes bestillerkontor, nesten alle sykehjemmene, ved bemannede omsorgsboliger i bydelene, ved Helse- og velferdsetaten og i Sykehjemsetatens administrasjon. En infrastruktur med tilstrekkelig kapasitet både når det gjelder periferiutstyr og linjekapasitet er en forutsetning for at systemet skal bli brukt og fungere som intendert. Måten brukerne anvender Gerica på, avgjør hvor stor belastning bruken påfører systemet. Dette kan være et moment å ta med i betraktning når infrastrukturens kapasitet skal vurderes, men er ikke undersøkt nærmere av oss.

3.3.1 Kontrollpunkt

⇒ Sektorsystemet må ha tilstrekkelig infrastrukturkapasitet, slik at stabil drift og tilgjengelighet til systemet er sikret.

3.3.2 Faktabeskrivelse

Ansvar for infrastrukturkapasiteten relatert til Gerica er fordelt på flere virksomheter: Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, Byrådsavdeling for finans, Utviklings- og kompetansetaten, Helse- og velferdsetaten, Sykehjemsetaten og bydelene.

Mangler ved infrastrukturens kapasitet

Det ble slått fast i Kommunerevisjonens rapport 2/2006 at manglende ferdigstilling i stor grad skyldtes at bydelen (Bydel Ullern) ikke hadde fremskaffet nødvendig teknologisk utstyr (PCer, printere, nettverk) både til opplæring og produksjon på sykehjemmene. Av den samme rapporten gikk det frem at byrådsavdelingen og Helse- og velferdsetaten opplyste at det var flere bydeler som hadde mange av de samme utfordringene som det Bydel Ullern hadde.

I statusrapport fra Prosit i Helse- og velferdsetaten i mai 2007 fremkommer det blant annet at bydeler som hadde konvertert til ny versjon av Gerica, meldte om treghet og heng:

- Brukerne ble bedt om å melde til driftsleverandør umiddelbart ved opplevelse av treghet.

- Utviklings- og kompetansetaten ble bedt om å følge opp driftsleverandør.
- Utviklings- og kompetansetaten ble bedt om å ta kontakt med driftsleverandøren for å få til et samarbeid med applikasjonsleverandøren.¹⁹

I kvartalsrapportene fra Prosit i Helse- og velferdsetaten fra 2008-2009 kom det en rekke ganger frem opplysninger som synliggjør utfordringer knyttet til infrastrukturkapasiteten:

1. Det var høy risikofaktor²⁰ fordi nødvendig hardware ikke ble stilt til disposisjon for testsammenslåing og sammenslåing av databaser – tiltak var²¹:
 - Gjennomføre møte med Utviklings- og kompetansetaten, Steria og TietoEnator, bestille server.
 - Forespørsel om ny server utløste informasjon om at det ikke var plass i SAN (sentralt nettverksområde) til den nye serveren, etter to møter ble saken tatt opp med lederen for IKT-leverandør i Utviklings- og kompetansetaten.
 - Databaseserveren var ikke satt opp i henhold til kravspesifikasjon og dette vil gi usikre testresultater, dette ble meldt til styringsgruppen/VST.
2. Prosit i Helse- og velferdsetaten bistod driftsleverandør med tilrettelegging og testing av ulike tiltak for å bedre driftssituasjonen: Flytting til nytt SAN for fil og print, nytt printeroppsett og ny terminalserverløsning. Terminalløsning ble ikke implementert i pilotbydel pga ustabilitet og ferieavvikling hos driftsleverandør.²² Prosjektdokumentasjonen viste også at Prosit i Helse- og-

¹⁹ Statusrapport fra Prosit-prosjektet for fase 2c pr 31.05.07.

²⁰ Byrådsavdelingen opplyste at risikofaktorene ikke hadde direkte innvirkning på driftsmiljøet, men gjaldt gjennomføringen av en kontrollert og trygg sammenslåing av basene. Etter hvert fikk man stilt en egne databaseserver til disposisjon, samt nok SAN plass til å kunne gjennomføre en testsammenslåing.

²¹ Kvartalsrapport 01-2008.

²² Kvartalsrapport 02-2008.

velferdsetaten anmodet Utviklings- og kompetanseetaten om å ta tak i utfordringene. Det ble vist til at driftssituasjonen ville lede til alvorlige konsekvenser for bydelenes tilgjengelighet til Gerica: ”Tre bydeler er fortsatt ikke inne på den nye løsningen på grunn av brannmurproblematikk, samt at enkeltbrukere i andre bydeler har problemer med å komme inn.” Det ble vist til at brukere som benyttet ”tynne” klienter sannsynligvis var mer utsatt, det vil si at utfordringene helt eller delvis koples til en type periferiutstyr.²³

3. Det var ytelsesproblemer i sammenheng med at sammenslått ny database skulle gå i produksjon: Prosit i Helse- og velferdsetaten bad Utviklings- og kompetanseetaten om at ytelsestest skulle bli gjennomført.²⁴

4. Etableringen av nytt testmiljø som avspeiler overgangen til én database, tok tid, og forsinket fremdriften av:

- Ny versjon av Gerica med leveranse av plassadministrasjonsmodul
- At ny sammenslått database gikk i produksjon
- Elin fase 1 (Elin - sikker elektronisk overføring av elektroniske dokumenter) mellom bydeler og fastleger²⁵

5. Nytt testmiljø var kommet på plass, og man kunne gjenoppta prosjektarbeidet.²⁶

6. Skanningsprosjektet ble planlagt pilotert på Langerud sykehjem. Skanner skulle tilpasses det sentrale driftsmiljøet, og det skulle sikres at det var tilstrekkelig SAN-

kapasitet.²⁷ I neste rapport meldte Prosit i Helse- og velferdsetaten om utsettelse fordi utilstrekkelig SAN-kapasitet var avdekket.²⁸

Firmaet Steria var driftsleverandøren med ansvar for Gerica da det oppstod store tilgangsproblemer i Gerica i 2007 og i 2008. Steria beskrev at

når brukermassen overskrider 20 samtidige brukere [per terminalserver, Kommunerevisjonens anm.] meldes det om store tregheter fra brukerne og høy belastning fra systemet. Ved høy belastning av systemet er det observert at flere prosesser løper løpsk og må avsluttes manuelt for at serveren skal respondere normalt.²⁹

Steria beskrev videre situasjonen for tilgang til maskinvare, programvare og maskinvarekapasiteten i den løsningen som ble tilbudt for sentral drift på følgende måte:

- Responstidsproblematikk skyldtes ”en kjent og varslet ressursknapphet på klientsiden i dagens sentrale løsning”.
- Klientløsningen bestod av 19 terminalservere. Den fysiske plattformen var mellom 5-7 år gammel. Harddisker som sluttet å virke, gjorde løsningen sårbar.
- Løsningen hadde Citrix-lisenser for 550 brukere, men løsningen støttet under 400 samtidige brukere.
- Gerica gav høy belastning på serverens kapasitet og hver oppgradering økte belastningen.
- Bruken var økende, men det forelå ikke anslag eller mål for antall brukere.
- Bruken var åpen: alle brukerne hadde for eksempel mulighet til å bestille ressurskrevende rapporter.

²³ Kvartalsrapport 03-2008.

²⁴ Kvartalsrapport 03-2008. Dette hadde ikke direkte innvirkning på driftsmiljøet, men var et tiltak for å minimere risiko ved sammenslåing.

²⁵ Kvartalsrapport 03-2008. Byrådsavdelingen opplyste at dette ikke påvirket den del av infrastrukturen som var i bruk i den daglige produksjon.

²⁶ Kvartalsrapport 01-2009.

²⁷ Kvartalsrapport 01-2009.

²⁸ Kvartalsrapport 02-2009.

²⁹ Detaljdesign for ny plattform Gerica, Steria AS, 31. mars 2008. Versjon 1.

Driftsleverandøren Steria pekte også på at tilgangen til maskinvare og programvare ikke stod i forhold til at Gerica skulle være tilgjengelig døgnet rundt og at stabil drift måtte prioriteres i denne type systemer.³⁰

Bydelenes og enkeltbrukeres fullmakter var ikke justert eller harmonisert på en slik måte at systemet samlet sett belastet infrastrukturen på en forutsigbar måte. Dermed ville overbelastning kunne inntreffe, selv om infrastrukturkapasiteten hadde blitt øket og kommet opp på antatt tilstrekkelig nivå, skrev Steria.

I utgangspunktet var det Utviklings- og kompetanseetaten som hadde et oppfølgingsansvar mot driftsleverandør Steria på dette området. Prosit i Helse- og velferdsetaten bistod med kartlegging, testing og videreformidling fra bydelene da de opplevde problemer med responstid og ustabil drift.³¹

I breddeundersøkelsen blant avdelings-sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleie, som Pharos gjennomførte for Kommune-revisjonen høsten 2009, ble det spurt om de største problemene de ansatte hadde i bruken av Gerica. Av 171 respondenter svarte 20 prosent at det ikke var vesentlige problemer. Blant de avdelingssykepleierne som rapporterte om problemer, mente halvparten at manglende tilgang til datanettverket var det største problemet. Nesten halvparten av avdelingssykepleierne mente at lang responstid fra systemet var et av de største problemene. For få P-Cer på arbeidsplassen ble nevnt av 32 prosent av respondentene som et stort problem.

Hva har man gjort?

Byrådsavdelingen opplyste at den til slutt tok et overslag på ca 5 mill for full utskriftning av all maskinvare unntatt databaseserver, et overslag byrådsavdelingen aksepterte. Dette dekket også nye basis softwarelisenser og installasjonsarbeid. Den nye driftsplattformen ble satt i drift ved årsskiftet 2008/2009 og ble meldt ferdigstilt og godkjent i august 2009³².

Byrådsavdelingen opplyste at i årene før 2007 ble det også gjort mindre utvidelser og tilpasninger på serversiden. Disse tiltakene hadde en viss effekt, men var ikke tilstrekkelig til å møte den stadig økende bruken av systemet.

En ny terminalserver og økning av antallet lisenser som kom på plass i 2008 skulle gi samtidig tilgang til 150 flere brukere.³³

Sykehjemsetaten har i sin strategiske plan for perioden 2008-2011³⁴ oppført som tiltak å videreføre oppgradering av lokal infrastruktur for IKT i sykehjemmene. I et notat til Kommune-revisjonen³⁵ utdyper Sykehjemsetaten:

Mindre enn 30 % av sykehjemmene hadde en akseptabel kapasitet og stabil tilknytning til kommunens tale- og datanettverk. Det er i perioden 2007 og 2008 gjennomført betydelige kartlegging av teknologisk infrastruktur, telefoni og sykesignal, samt opprydding av gammelt utgått utstyr i datarom. Alle sykehjemmene har nå fiberaksess og det er etablert trådløse nettverk ved 22 sykehjem. Resterende 8 sykehjem vil få trådløse nettverk høsten 2010.

...

Videre gjennomføring av utbedring teknisk infrastruktur vil følge de behovene som er avdekket i gjennomførte kartlegginger.

...

³⁰ Notat fra Steria til Oslo kommune "Detaljdesign for ny plattform GERICA", datert 31.03.2008.

³¹ Prosit i Helse- og velferdsetaten opplyste at de har arkivert 240 e-poster i tidsrommet 06.03.07-23.04.10 som tar opp problemer med nedetid, treghet, heng, 12 e-poster i tidsrommet 19.08.09-27.08.09 som omhandler sentrale nettverksproblemer (SAN) og 48 e-poster i tidsrommet 21.08.07-26.11.09 som omhandler ytelsestest.

³² Kvartalsrapport 2, datert 27.08.2009.

³³ Detaljdesign for ny plattform Gerica, Steria, 31.mars 2008.

³⁴ Sykehjemsetaten (2010): *Mål, strategi og handlingsplan for Sykehjemsetaten 2008-2011, med justering for 2010*, datert 08.02.2010.

³⁵ Notat fra Sykehjemsetaten til Kommunerevisjonen datert 27.05.2010, med tittelen "Ledende i bruk av IKT".

Etaten har i løpet av disse årene også standardisert og skiftet ut over 1200 tynne klienter og mer enn 500 skrivere mot Gerica.

Byrådsavdelingen opplyste at det ble lagt opp til å bruke en pilot for skanning av dokumenter for å se hvor stor plass hvert enkelt dokument kom til å ta og kartlegge hvor mange dokumenter per dag det ville være aktuelt å skanne.³⁶ Per april 2010 hadde pilot av skanning ennå ikke startet opp grunnet gjenstående avklaringer på infrastrukturen. Vi kommer tilbake til bruk av skanning som ny funksjonalitet i kapittel 4.

Ansvarsfordelingen på IKT-området er omtalt av byrådet i flere sammenhenger. Byrådet redegjorde i budsjettforslaget som ble lagt frem i september 2009, for svakheter i forhold til både styring, ledelse, samordning og koordinering på IKT-området. Det ble vist til at byrådet var i ferd med å slutføre arbeidet med nytt reglement for IKT, som skulle

”bidra til å skape en helt nødvendig tydelighet i ansvars- og oppgavedelingen på området. Reglementet regulerer på et relativt detaljert nivå ansvar og oppgaver mellom byrådsavdelinger og kommunens virksomheter.”

I notat til finanskomiteen datert 29.10.2009 fra finansbyråden heter det at byrådet om kort tid ville vedta nytt reglement for IKT og informasjonssikkerhet for Oslo kommune. Kommunerevisjonen kan ikke se at dette reglementet er vedtatt av byrådet per 09.09.2010.

3.3.3 Vurdering

Det synes klart at det over år har vært betydelige utfordringer med infrastrukturkapasiteten knyttet til Gerica.

Fra 2007 og videre fremover var det utfordringer med hensyn til tilgang og kapasitet. Nivået på utfordringene varierte, men var ofte betydelige. Så sent som høsten 2009 eksisterte det betydelige problemer med tilgang til nettet og lange responstider, problemer som også tidligere var påvist og som driftsleverandøren mente hadde sammenheng med mangler i infrastrukturen.

Kapasiteten og i infrastrukturen ble raskt utilstrekkelig gitt nye versjoner av Gerica, nye funksjonsområder og en økning i bruken.

3.4 Oppsummering – er målet nådd?

I dette kapitlet har vi sett på om sektorsystemet er etablert som en felles løsning for tjenestestedene i kommunens pleie- og omsorgssektor.

Kort oppsummert kan vi konstatere at Gerica er etablert som sektorsystem for pleie- og omsorgssektoren i Oslo kommune: En felles database er etablert, og det har vært tilrettelagt for at anskaffelser til sektorsystemet kunne skje med utgangspunkt i felles spesifikasjoner på periferiutstyr og ved anskaffelse av ny funksjonalitet i systemet.

Fra 2007 og videre fremover var det utfordringer med hensyn til tilgang og kapasitet. Nivået på utfordringene varierte, men var ofte betydelige. Så sent som høsten 2009 eksisterte det betydelige problemer med tilgang til nettet og lange responstider.

³⁶ Notat fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester til Kommunerevisjonen, datert 21.04.2010.

4. Utvidelse av sektorsystemets funksjonalitet

I byrådssak 1380/2002 la byrådet til grunn at sektorsystemet skulle utvides etter hvert. Pleie-relatert funksjonalitet som kunne støtte kvalitet og effektivitet i tjenesteytingen, ble særlig fokusert i byrådssaken.

Byrådssaken la til grunn at bydelene allerede hadde IKT-støttede arbeidsprosesser for saksbehandling, pasientjournal, fakturering og personaladministrasjon. Variasjonen mellom bydelene var imidlertid stor. Bydelene benyttet seg til dels av ulike systemer, men bruken varierte også blant de som benyttet samme system, både med hensyn til hvilke funksjonsområder som var tatt i bruk og omfanget av bruken.

Elektronisk kommunikasjon og informasjonsutveksling med eksterne aktører ble spesielt trukket frem i byrådssak 1380/2002 som funksjonalitet man ønsket seg i fremtidig løsning.

Med utgangspunkt i følgende kontrollpunkter vurderer vi i dette kapitlet utvidelser i sektorsystemets funksjonalitet:

- Sektorsystemet skal teknisk sett håndtere innføring av nye funksjonsområder / ny funksjonalitet, herunder både funksjonsområder som var planlagt allerede i 2002, ny funksjonalitet og endringer i eksisterende funksjonalitet.
- Enhetlige arbeidsprosesser bør innføres og støttes gjennom rutiner, kodeverk og maler
- Gerica bør støtte fremskaffelse av styringsdata og rapporter.

4.1 Systemet skal håndtere ny funksjonalitet

4.1.1 Kontrollpunkt

⇒ Sektorsystemet skal teknisk sett håndtere innføring av nye funksjonsområder / ny funksjonalitet, herunder både funksjons-

områder som var planlagt allerede i 2002, ny funksjonalitet og endringer i eksisterende funksjonalitet.

4.1.2 Faktabeskrivelse

Nye funksjonsområder planlagt i 2002

I byrådssak 1380/2002 ble det skissert som en egen fase i utviklingen av Gerica at ny funksjonalitet skulle innføres. Sammen med vedtaket, og dels i forprosjektrapporten, lå det noen eksempler på mulig ny funksjonalitet som burde vurderes innført.

”Utteksling av informasjon med aktører i helsevesenet utenfor kommunen” og ”oppdatering gjennom økt bruk av bærbare enheter (håndholdte terminaler)” er eksempler på ny funksjonalitet som ble nevnt i byrådssak 1380/2002 og forprosjektrapporten. ”De administrative prosessene vil kunne rasjonaliseres igjennom to veis integrasjon mot lønns- og personalsystemet og integrasjon mot turnussystem”, het det i forprosjektrapporten.

Utteksling av informasjon

Oslo kommune deltok ikke i de første pilotene som gjaldt elektronisk overføring av dokumenter i Norsk Helsenett³⁷. Etter hvert ble imidlertid kommunen deltaker i en pilot som omfattet 30 kommuner, og som gjaldt utveksling av informasjon mellom fastleger og kommunene; *Elin-k 1*³⁸.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester opplyste at utfordringene knyttet til elektronisk meldingsutveksling først og fremst har vært at KITHs³⁹ godkjenning av de ulike meldingene stadig ble utsatt, at de ulike systemleverandørene brukte lang tid på å implementere de ulike

³⁷ Norsk Helsenett ble etablert med handlingsplanen ”Mer helse for Hver bIT (1997 -2000) og senere samspillsplaner.

³⁸ Oslo kommune ble med i andre runde av Elin-k 1 prosjektet.

³⁹ KITH står for Kompetansesenter for IT i helsevesenet AS.

meldingstypene i sine journalsystemer⁴⁰, og at man i perioder slet med å finne eksterne samarbeidspartnere som var klare til å utveksle meldinger med Oslo kommune.

Det ble lansert et nytt pilotprosjekt for elektronisk meldingsutveksling høsten 2009, Elin-k fase 2. Oslo kommune sluttet seg til også dette arbeidet. Prosjektet innebar at epikrise skulle sendes elektronisk fra Oslo Universitetssykehus avdeling Aker til Bydel Bjerke og Sykehjemsetaten ved Lilleborg sykehjem.

Arbeidet med elektronisk meldingsutveksling har internt i Oslo kommune vært organisert som et prosjekt siden 2008, med egen styringsgruppe og prosjektleder.

Det ble etablert et samarbeid mellom Oslo kommune, Drammen kommune og Sunnaas sykehus for pilotutprøving av meldingsutveksling mellom kommunale pleie- og omsorgstjenester og sykehusets kliniske avdelinger.

Senere, i mars og april 2010, tok byrådsavdelingen på nytt tatt initiativ overfor Sykehjemsetaten, og i tillegg Bydel Sagene, Bydel Grünerløkka og Iladalen legekantor for å utvide antall piloter.

Utteksling av pasientinformasjon via Norsk Helsennett er oppført som et prioritert tiltak med høyeste prioritet i IKT-strategien for Sykehjemsetaten 2009-2012 og sorterer under tiltak som byrådsavdelingen har ansvaret for å følge opp.

⁴⁰ At leverandørene har brukt lang tid er en påstand som gjenfinnes i Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan *Samspill 2.0 - Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013*, side 20: De fleste ønsker om endringer eller ny funksjonalitet må kanaliseres til leverandørene av systemene til tjenesten. Det norske markedet er begrenset, og presset på leverandørene om å levere oppdateringer er stort. Leverandørene oppleves ofte som en flaskehals i den situasjonen.

Håndholdte terminaler

En pilot med håndholdte terminaler (PDA⁴¹) ble startet i regi av Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester ved Helse- og velferdsetaten i 2008.⁴² Bydel Østensjø og Bydel Nordstrand var pilotbydeler. I januar 2009 var forutsetningen for utprøving på plass, og løsningen ble prøvd blant ca 50 medarbeidere i hver av de to bydelene. Etter en del oppstartsvansker ble det informert om gode erfaringer med de håndholdte terminalene⁴³. Byrådsavdelingen opplyste at våren 2010 var i alt 400 håndterminaler i bruk i hjemmetjenestene. Ifølge Prosit i Helse- og velferdsetaten, har 12 av de 15 bydelene innført bruk av håndterminaler i ett eller flere hjemmetjenestedistrikt per juni 2010.

I Sykehjemsetatens IKT-strategi for 2009-2012 er det foreslått utprøving av håndholdte terminaler knyttet opp mot trådløst datanett. Tiltaket er gitt prioritet 3 og ønskes utprøvd i et sykehjem for å gi pleiepersonalet mer tid inne hos pasienten og mer effektive administrative prosesser.

Nye og endrede funksjonsområder

En viktig drivkraft for endringer i eksisterende funksjonsområder og innføring av nye har kommet gjennom kommunale politiske vedtak om endret organisering av arbeidet med pleie og omsorg. Dermed oppstod nye arbeidsrutiner som ofte krevde IKT-støtte i form av nye eller endrede funksjonsområder i sektorsystemet. Eksempler på slik funksjonalitet er:

- *Plassadministrasjonsmodulen* forenklet gjennomføring av fritt sykehjemvalg og

⁴¹ PDA er en forkortelse for Personal Digital Assistant og brukes om håndholdte enheter som for eksempel Palm, ipac eller Pocket PC. De håndholdte terminalene benyttes av hjemmetjenestenes ansatte når de er ute hos tjenestemottagerne for å kunne registrere utførte oppgaver uten å måtte dra inn til sentralen for å registrere.

⁴² Håndholdte terminaler i hjemmetjenester ble prøvd ut/ benyttet i enkelte bydeler også før 2002, men dette går vi ikke nærmere inn på i denne undersøkelsen.

⁴³ Budsjettforslaget 2010, del 1: "Det meldes om gode erfaringer med de håndholdte terminalene, og fra 2010 vil flere bydeler ta i bruk disse."

Sykehjemsetatens administrasjon av denne ordningen. Plassadministrasjonsmodulen brukes både av bydelene og Sykehjemsetaten, og støttet logistikk rundt administrasjonen av cirka 5000 sykehjemsplasser i Oslo kommune (både langtids- og korttidsplasser) da denne undersøkelsen ble utført⁴⁴. Denne funksjonaliteten forenklet gjennomføringen av ordningen med fritt sykehjemvalg.

- Innføring av brukervalg innen hjemmetjenesten medførte at det ble etablert nye rutiner i forhold til saksbehandling og utførernes dokumentasjon⁴⁵ i *revurderingsjournal*.
- *Beskjedjournalen* ble opprettet i 2006 i forbindelse med innføringen av brukervalgsordningen i hjemmetjenesten.
- *Saksbehandlingsjournalen* er tett koplet til bestiller-utfører-organiseringen. Tidligere ble saksbehandlingen dokumentert i sykepleierjournaler. Nå er saksbehandlingsjournalen bestillerkontorets journal.

Et annet eksempel på en endret modul er *vederlagsmodulen*. I løpet av 2009 ble det gjort omfattende endringer i denne modulen. Da denne rapporten ble skrevet ble det fortsatt arbeidet med å finne løsninger hos leverandør av Gerica og i Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV).

Å skanne papirdokumenter slik at de blir tilgjengelige elektronisk i Gerica⁴⁶, tilbys av leverandøren som en tilleggsfunksjonalitet. Oslo kommune benytter imidlertid ikke denne funksjonaliteten i Gerica.

En pilot for skanning innen rammen av Gerica var planlagt gjennomført i kommunen i 2009. Den lot seg imidlertid ikke gjennomføre pga manglende infrastrukturkapasitet (SAN), jf kapittel 3. Byrådsavdelingen opplyste at det ble lagt opp til å bruke piloten til å se på hvor stor plass hvert enkelt dokument kom til å ta og hvilke formater som ville være gunstigst å bruke. Det ble videre kartlagt hvor mange dokumenter per dag det ville være aktuelt å skanne i piloten. Per april 2010 hadde pilot av skanning ennå ikke startet opp grunnet gjenstående avklaringer på infrastruktursiden.

Ved sammenslåingen til en base (omtalt ovenfor i 3.1) ble det utviklet vesentlig ny funksjonalitet med hensyn på *tilgangsstyring*.⁴⁷

4.1.3 Vurdering

Det har teknisk sett vært mulig å tilpasse sektor-systemet til nye krav: En rekke nye funksjoner er innført i Gerica og en rekke funksjonsområder ble endret for å understøtte ny organisering. Mesteparten av den nye og endrede funksjonaliteten har kommet til etter hvert. Sektorsystemet har altså vist seg fleksibelt nok til å håndtere endringer ”under marsjen”.

Da denne undersøkelsen ble gjennomført, ble det fortsatt arbeidet med å innføre ny funksjonalitet som opprinnelig ble foreslått i byrådsvedtaket 1380/2002: Utveksling av informasjon internt og eksternt, det vil si gjennom økt bruk av bærbar enheter (håndholdte terminaler) og elektronisk informasjonsutveksling med aktører i helsevesenet innenfor og utenfor kommunen.

Forsinkelsene med innføring av ny funksjonalitet i Gerica for å støtte *utveksling av informasjon* mellom kommunen og øvrige virksomheter, synes primært å skyldes forhold utenfor Oslo

⁴⁴ Byrådsavdelingen opplyste at plassadministrasjon var et utviklings og implementeringsprosjekt som gikk over 1 1/2 år med en investeringsramme på ca 5 mill.

⁴⁵ I kapittel 5.3.2 om enhetlig journalbruk gjengis utsagn fra byrådsavdelingen om at rutine for hjemmesykepleiers bruk av revurderingsjournalen ikke er enhetlige.

⁴⁶ Men som ellers er mer et bilde enn et elektronisk dokument slik man normalt kjenner det.

⁴⁷ Byrådsavdelingen opplyste at disse aktivitetene la beslag på store deler av PROSIT sine ressurser over en periode på 1 1/2 år.

kommune.⁴⁸ Vi konstaterer at en er i gang med å innføre håndholdte terminaler i bydelers hjemmetjenester.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og Helse- og velferdsetatens forvaltning og prioritering rundt Gerica har hatt fokus på utvikling og innføring av ny funksjonalitet og nye rutiner, ikke minst som følge av ny organisering og nye arbeidsformer i kommunen.

4.2 Systemet bør støtte enhetlig praksis

Enhetlig bruk av Gerica er viktig for å sikre god kvalitet på styringsdata, og for at det skal være forutsigbart hvor vesentlige opplysninger er å gjenfinne. Pleie- og omsorgssektoren i Oslo kommune kjennetegnes blant annet av:

- mange deltidsansatte hvorav en del jobber på flere tjenestesteder,
- et stort antall ansatte som ikke har norsk som morsmål,
- yrkesgrupper som i liten grad har benyttet IT i jobbsammenheng.

Enhetlig bruk av Gerica sikres blant annet gjennom innføring av enhetlige arbeidsprosesser som støttes gjennom sektorsystemets rutiner, kodeverk og maler. Dette antas å være ekstra viktig når mange av de ansatte arbeider deltid på ulike tjenestesteder, har annet morsmål enn norsk, og behersker IKT ulikt.

4.2.1 Kontrollpunkt

⇒ Enhetlige arbeidsprosesser bør innføres og støttes gjennom rutiner, kodeverk og maler.

Opplæring er et annet sentralt element for å sikre ensartet bruk av systemet. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 5.

⁴⁸ Norsk Helsenett ble etablert i perioden 1997 -2000, og i 2009 overtok staten ansvaret for Norsk Helsenett, organisert i et eget statsforetak. I *Strategiplan - Samspill 2.0 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013* går Helse- og omsorgsdepartementet inn på sentrale utfordringer som forklarer hvorfor utviklingen har gått tregt.

4.2.2 Faktabeskrivelse

I 2002 hadde de 25 bydelene hver sine rutiner, kodeverk og maler.⁴⁹ Bydelsreformen og overgangen til 15 bydeler innebar at de fleste bydelene fikk ansvaret for tjenestesteder som hadde ulike rutiner, kodeverk og maler.

Av byrådssak 1380/2002 fremgår det at innføringen av et sektorsystem var et virkemiddel for å få til en ønsket samordning og koordinering for hele kommunen, og ikke bare innen hver enkelt nye bydel. Bydelene hadde også signalisert at koordinering på dette området var velkomment.⁵⁰

Innenfor Prosit-prosjektet, og senere i regi av Prosit i Helse- og velferdsetaten, var det et kontinuerlig arbeid for å understøtte arbeidet i bydelene med felles rutiner, kodeverk og maler. I *Sluttrapport for Prosit-prosjektet, fase 1* datert 26.01.2004 fremgår det at det var en omfattende jobb å standardisere kodeverket. Det ble utført kartlegging av rutiner i bruk blant bydelene i 2004 som ble beskrevet i *Sluttrapport for Prosit-prosjektet fase 2a*, datert 24.02.2005. I 2005 ble det arbeidet med etablering av rutiner for arbeidslistegenerering som ifølge prosjektrapporteringen var en svært krevende rutine å komme i gang med for bydelene.⁵¹ Arbeidet skulle følges opp overfor bydelene i neste fase.⁵² Prosit-prosjektet beskrev i sluttrapporten for fase 2b at alle bydelene fikk inngående gjennomgang av ensartete kontroll- og faktureringsrutiner. I samme rapporten beskrives det at

⁴⁹ Med kodeverk menes standardisering av begreper og datadefinisjoner. Dette må til for å formalisere virksomhetens prosesser i et datasystem med godt og entydig resultat. Kodeverk utarbeides på ulike nivå og for ulike fagområder.

⁵⁰ Jf resultatet av undersøkelsen om prioriterte områder som ble presentert i forprosjektrapporten 29.01.2002 og som ble sitert i byrådssak 1380/2002.

⁵¹ Sluttrapport for Prosit-prosjektet fase 2b, datert 28.12.2005.

⁵² Sluttrapport for Prosit-prosjektet fase 2b, datert 28.12.2005.

innføringen av ny versjon Gerica 6.1 medførte at alle bestillerkontorene ble kurset i de nye saksbehandlerrutinene. Det ble også meldt at det var systemleverandøren som ville endre Gerica ytterligere, og at det derfor ville være behov for å følge opp saksbehandlerrutinene som følge av dette. Tilsvarende endringer var også meldt for innføring av ensartete rutiner for registrering av medisinerings på grunn av implementering av nytt medisinsbilde i Gerica.

I forbindelse med sammenslåingen til en felles database var det behov for ytterligere harmonisering av kodeverk og nivåstruktur i perioden 2006 til 2008. Også ved innføringen av fritt brukervalg i praktisk bistand i 2006/2007 ble det utført harmonisering av kodeverk og nivåstruktur, fortalte byrådsavdelingen.

4.2.3 Vurdering

Det synes å ha vært fokus på å understøtte arbeidsrutinene med felles rutiner, kodeverk og maler. Arbeidet er imidlertid ikke avsluttet, stadig endring av organisasjon, ansvar og arbeidsprosesser gjør det nødvendig å ha et kontinuerlig fokus på behovet for tilpasninger og videreutvikling i sektorsystemet. Rutinene har først og fremst fått oppmerksomhet når ny funksjonalitet skal utvikles og innføres. Dette er en nødvendig forutsetning for enhetlig bruk. Det er imidlertid ikke en tilstrekkelig forutsetning: Den enkelte registreringsfunksjon bør være tett- og helst entydig koplet til den eller de rutinene som skal støttes. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 5.

4.3 Støtte fremskaffelse av styringsdata

En fordel med et sektorsystem med én database, fremfor et antall ulike lokale systemer med hver sin database, er at det muliggjør og forenkler fremskaffing av styringsdata og rapporter på tvers av bydeler og tjenestesteder.⁵³

4.3.1 Kontrollpunkt

⇒ Gerica bør støtte fremskaffelse av styringsdata og rapporter.

⁵³ Gitt at det nødvendige grunnlaget i form av felles kodeverk, maler og enhetlig bruk er på plass.

4.3.2 Faktabeskrivelse

Nedenfor presenterer vi eksempler på funksjonalitet som er innført i Gerica, som støtter produksjon av styringsdata:

IPLOS

Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) er rapportering etter statlig krav til kommunene om å rapportere nøkkeldata til Statistisk sentralbyrå. I Gerica er det innført funksjonalitet som støtter rapportering av IPLOS-data.

Regelmessige rapporteringer

Prosit i Helse- og velferdsetaten utviklet i samarbeid med bydelene rutiner for uttrekk av nøkkeldata og statistikk fra Gerica som bydelene skulle rapportere på til byrådsavdelingen:

- Månedlig rapportering på nøkkeltall
- Tertialrapportering
- Årsstatistikk
- Årsberetning

Et annet eksempel på styringsinformasjon var rapport om tjenestemottakernes preferanser i forbindelse med brukervalg. Den fikk frem

- hvor mange aktive brukere hver leverandør (kommunal og privat) har siste dag i perioden (måned)
- bevegelsene i perioden for nye, aktive brukere, brukere som har byttet osv, og
- vedtakstid per leverandør totalt og i snitt per bruker, samt fordelt mellom privat og kommunal leverandør.⁵⁴

Rapporten ble brukt som grunnlag for frembringelse av sentral statistikk som ble publisert på kommunens hjemmeside hver måned, og rapporten ble også brukt lokalt i bydelene.⁵⁵

Rapporteringsmaler

For å få ut styringsinformasjon er det etablert standardiserte rapporteringsmaler i Gerica.

Antall personer på venteliste var et eksempel på rapporteringsmal i Gerica.

⁵⁴ "OL_Månedssrapporten" er en definert rapportfunksjon i Gerica.

⁵⁵ Ifølge notat fra Prosit i Helse- og velferdsetaten til Pharos, datert 03.07 2009.

Hovedtyngden av nye rapporteringsmaler som ble utarbeidet, gjaldt oppfølging av leverandører og dokumentasjonsbehovet som fulgte av innføring av brukervalg i hjemmetjenesten. Oversikt over tjenesteproduksjonen samt kontroll og sammenligninger var motivet for å innføre disse rapporteringsmalene. Eksempler på slike rapporteringsmaler:

- *"Utvidet BUM"*: Rapporteringen viste vedtakstid – planlagt tid og utført tid korrigert for midlertidig stopp. Den ble brukt i bydel ved kontroll og oppfølging av bestillinger. Den skulle gi grunnlag for å regne ut direkte brukertid og om total vedtakstid stod i forhold til de personalressurser som er til rådighet. Rapporteringen dannet grunnlaget for rapportering blant annet på obligatorisk sentralt måltall i "Sak 1", i bydelsbudsjettet og i bydelenes årsberetning.
- *"Fakturagrunnlag leverandør"*: Rapporteringen var utviklet for å hente ut grunnlaget for hva den enkelte utfører hadde krav på av godtgjørelse.
- *"Fakturagrunnlag sykehjemsplasser"*: Rapporteringen skulle brukes til å ta ut antall "liggedøgn" på sykehjemsplasser per type plass (ulik døgnpris) fordelt per bydel og totalt i Oslo kommune i en gitt periode. Den var utviklet for Sykehjemsetaten som grunnlag for fakturering av bydelene.
- *"Saker pr saksbehandler"*: Rapporteringen ble brukt til å hente ut saker per saksbehandler og beregning av saksbehandlingstid per sakstype, per saksbehandler og totalt.

4.3.3 Vurdering

Det var innført funksjonalitet i sektorsystemet som støtter fremskaffelse av styringsdata og rapporter. Vi har ikke vurdert om de etablerte rapportene var hensiktsmessige. Kvaliteten på rapportene avhenger også av kvaliteten på dataene i Gerica. Her var det utfordringer, noe vi kommer tilbake til i kapittel 5.

4.4 Oppsummering – er målet nådd?

I det foregående har vi sett på status i forhold til byrådets mål om at sektorsystemets funksjonalitet skulle utvides etter hvert. Gjennomgangen viser at det var innført ny funksjonalitet i systemet, og at

- Gerica teknisk sett har håndtert innføring av ny funksjonalitet,
- funksjonaliteten i Gerica er betydelig videreutviklet og utvidet i perioden,
- det synes å ha vært fokus på å understøtte arbeidsrutinene med felles rutiner, kodeverk og maler - arbeidet er imidlertid ikke avsluttet, stadig endring av organisasjon, ansvar og arbeidsprosesser gjør det nødvendig å ha et kontinuerlig fokus på behovet for tilpasninger og videreutvikling i sektorsystemet.
- det er innført funksjonalitet i sektorsystemet som støtter fremskaffelse av styringsdata og rapporter.

Funksjonalitet knyttet til utveksling og overføring av informasjon internt gjennom håndholdte terminaler var under innføring i bydelenes hjemmetjenester, mens funksjonalitet knyttet til utveksling av informasjon eksternt var betydelig forsinket på grunn av forhold som primært syntes å ligge utenfor Oslo kommune.

5. Økt bruk av sektorsystemet

I dette kapitlet vurderer vi om det er lagt til rette for økt bruk av sektorsystemet gjennom utvidelse til flere yrkesgrupper, flere omsorgstjenester og flere tjenestesteder, og om utviklingen i bruken er fulgt opp av kommunen.

I sak 1380/2002 la byrådet vekt på at den pleierelaterte bruken av sektorsystemet skulle øke etter hvert. Av etableringsplanen som er skissert i byrådssaken, fremgår det at en i fase II skulle ha fokus på økning i bruksandelen, et arbeid som ”forventes å bidra vesentlig til mer effektiv tjenesteproduksjon og bedre kvalitet på tjenestene”.

Målet om økt bruk av sektorsystemet drøftes med utgangspunkt i følgende kontrollpunkter:

- Det bør være tilrettelagt for økt bruk av sektorsystemet gjennom opplæring.
- Bruken av Gerica bør overvåkes av kommunen sentralt.
- Bruken av Gerica bør ha økt, og bruken av ulike journalfunksjoner i Gerica bør være enhetlig, også på tvers av tjenestesteder. Rutinene for rapportkjøring i Gerica er standardiserte. (ref. byrådets melding til helse- og sosialkomiteen 25.01.2008, fulgte av oppfølgingen av kontrollutvalgssak 78/2007)

5.1 Tilrettelegging for økt bruk

Å oppnå økt bruk av sektorsystemet vil naturligvis handle om mange forhold. Noen av dem har vi allerede sett på: Tilgang til terminaler og andre former for infrastrukturkapasitet er sentralt i den sammenheng, og ble drøftet i kapittel 3. På samme måte vil utvikling av ny funksjonalitet, så som egne journaler for ulike yrkesgrupper, kunne tilrettelegge for økt bruk, jf kapittel 4. I det følgende fokuserer vi på organisering og gjennomføring av opplæringsaktiviteter, som er nok et sentralt element for å tilrettelegge for økt bruk av sektorsystemet.

5.1.1 Kontrollpunkt

⇒ Det bør være tilrettelagt for økt bruk av sektorsystemet gjennom opplæring.

5.1.2 Faktabeskrivelse

Organisering av opplæringsarbeidet

I byrådssak 1380/2002 ble det forutsatt at opplæringen av ordinære sluttbrukere burde legges lokalt, mens opplæring av brukere med mer spesialiserte oppgaver, inkludert ledere, burde legges sentralt.

I november 2002 hadde Prositprosjektet utarbeidet en informasjonsstrategi for innføring av Gerica. Denne favnet videre enn opplæring ved at den skisserte nettverk av kontaktpersoner og andre tiltak som skulle fremme informasjonsflyt, kompetanseutveksling og samarbeid mellom Prosit på den ene siden og tjenestestedene på den andre.

Systemkoordinatorne hadde ansvaret for den praktiske gjennomføring ved innføring av ny eller endret funksjonalitet i bydelene, og etter hvert også i Sykehjemsetaten da den ble opprettet.

Nettverket av kontaktpersoner som var skissert i informasjonsstrategien, ble utviklet og ytterligere spesialisert. I henhold til oversikt mottatt fra Prosit i Helse- og velferdsetaten, var følgende nettverk og arbeidsformer viktigst⁵⁶:

Systemkoordinator for bydeler/Sykehjemsetaten: Systemkoordinatorne var kontaktpunkt mellom bydelene/Sykehjemsetaten og Prosit i Helse- og velferdsetaten. Ansvaret var særlig å videreformidle og implementere nye rutiner på eget tjenestested.

⁵⁶ Ref notat datert 6. juli 2009 oversendt fra Prosit til Pharos som svar på et av flere punkter i henvendelsen *Samlet forespørsel til Prosit juni 2009*, datert 26.06.2009, og oversendt 28.06.2009.

Koordinerende superbruker: Alle sykehjem hadde oppnevnt en som hadde funksjonen som koordinerende superbruker i sykehjemmet. Vedkommende hadde ansvar for å følge opp bruken av Gericapå sitt sykehjem, og gi opplæring og brukerstøtte til superbrukerne på den enkelte avdeling.

Superbrukere: Organisering av superbrukerrollen var ulik fra bydel til bydel og fra ett sykehjem til et annet. Noen hadde superbrukere på alle tjenestesteder, mens andre hadde superbrukere som fulgte opp flere tjenestesteder. Hvordan systemkoordinator fulgte opp superbrukerne varierte også.

Prosjektmedarbeidere: Prosit i Helse- og velferdsetaten hadde til enhver tid et par prosjektmedarbeidere på utlån fra bydelene eller Sykehjemsetaten. Disse tok med seg erfaring som tjenesteutførere og bidro med viktig kompetanse.

Arbeidsgrupper: Prosit i Helse- og velferdsetaten ledet stadig en eller flere arbeidsgrupper og bad om innspill.

Piloter: Prosit i Helse- og velferdsetaten rekrutterte piloter til å teste ut ny funksjonalitet før innføringen av løsningen. I 2009 ble bruk av håndterminaler i hjemmesykepleien i to bydeler testet. Det var også planlagt en pilot for skanning av dokumenter.

I brev til bydelene av 26.05.2003 viste System- og regnskapsetaten til at bydelene var pålagt å ha systemkoordinator.⁵⁷ Sykehjemsetaten hadde opprettet fire stillinger som systemkoordinator for Gericapå etaten. Systemkoordinatorne arrangerte *Systemkoordinatorforum* 3- 4 ganger per år for å drøfte felles problemstillinger. Prosit i Helse- og velferdsetaten deltok også på disse møtene.

Det eksisterte et forum for virksomheter som var Gericakunder ved Tieto Norge, med årlige møter og samlinger.⁵⁸ Det fantes ikke egne sluttbrukerfora, verken i regi av Oslo kommune eller i regi av leverandør.

Opplæring

Ifølge informasjonsstrategien har Prosit avholdt jevnlig informasjonsmøter og opplæring i forbindelse med innføring og utvikling av Gericapå hele perioden fra 2002⁵⁹ og frem til tiden da denne undersøkelsen ble gjennomført. Ofte var dette et bredt anlagt tilbud til ansatte i bydelene, ikke bare kontaktpersoner, Gericakoordinatorer mv.

Dokumentasjonen fra Prosit viser at innføring av ny funksjonalitet i regelen ble fulgt opp med informasjons- og opplæringsaktiviteter⁶⁰. I Statusrapport pr 09.03.2005, fra Prosit, fremgikk det blant annet opplæringsaktiviteter i forbindelse med innføring av *Vederlagsmodulen*.

I tillegg ble det holdt ulike grunnkurs og oppfølging av kurs i funksjonsområder som var i ferd med å bli tatt i bruk i bydelene. I den samme statusrapporten het det at ”½ dags grunnkurs har blitt avholdt for systemkoordinatorer, for arbeidslistegenerering er det avholdt tre heldagskurs for ressurspersoner i bydelene”.

Sykehjemsetaten fikk høsten 2009 gjennomført en kompetansekartlegging av basisferdigheter i norsk og IKT til nær 500 medarbeidere i ulike stillingskategorier ved 29 sykehjem.⁶¹ Syttifem

⁵⁸ Et søk på internett tyder på at den foreløpig siste samlingen ble avholdt 20.-22. oktober 2009 i regi av Tieto Enator.

⁵⁹ Utkast versjon 0.8 til Informasjonsstrategi for Prosit-prosjektet, datert 11.11.2002.

⁶⁰ Slike opplærings- og informasjonsaktiviteter skal inkluderes i IKT-prosjekter av denne type, ref krav til gjennomføring av IKT-prosjekter: Se for eksempel CobiT 4.1, ”acquire and implement” - ”manage changes” AI 6.5. og ”Install and Accredited Solutions and Changes” - AI 7.1.

⁶¹ Pricewaterhousecoopers (2010): *Kompetansekartlegging og kompetansehevingssplan for norsk og IKT i Sykehjemsetaten*, Oslo januar 2010.

⁵⁷ Brev til bydelene 26. mai 2003 fra System- og regnskapsetaten som da hadde rollen som systemansvarlig instans.

prosent av de som deltok i kartleggingen hadde direkte pasientkontakt i sitt arbeid. De det var relevant for ble bedt om å logge seg inn i Gerica, åpne journaler og skrive en rapport. Basert på denne undersøkelsen blir det konkludert med at 15,5 prosent ikke kunne bruke Gerica og at ytterligere åtte prosent bare kunne bruke noen aspekter av Gerica uten å kunne *både* lese og skrive rapporter. I en melding på Sykehjemsetatens nettsider datert 15.02.2010⁶², meldte etaten at den vil prioritere å sikre opplæring i basis IKT-ferdigheter for alle ansatte. Sykehjemsetaten meldte samtidig at den raskt vil sette i verk å:

- bidra med økonomisk støtte til språktester og til å dekke vikarutgifter i forbindelse med norsk- og IKT-opplæring,
- legge inn krav i stillingsbeskriver om at ansatte skulle beherske norsk (nivå 3 i pleien, og nivå 2 i driften) og IKT,
- lage intervjuer og sjekklister som skulle brukes ved ansettelser,
- søke om økonomisk støtte fra Oslo kommunes opplærings- og utviklingsfond (OU-fondet) til å heve kompetansen i norsk og IKT,
- arbeide videre med kompetanseplanen som ble skissert i den eksterne rapporten.

I forslaget til kompetansehevingsplan som konsulenten leverte, skisserte konsulenten at det enkelte sykehjem burde kartlegge behovet blant pleiepersonalet for opplæring i IKT for å beherske administrative og faglige systemer på en tilfredsstillende måte, herunder om de kan bruke grunnleggende funksjoner i Gerica til å lese og skrive rapporter. Konsulenten mente de ferdighetene det var snakk om kunne læres på den enkelte arbeidsplass gjennom introduksjonskurs, veiledning og brukerhåndbøker.

Tilsvarende kartlegging av IKT-kompetanse blant pleiepersonalet i hjemmesykepleien i bydelene ble ikke fremlagt av byrådsavdelingen.

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen er det gjennomført flere undersøkelser som har gitt informasjon om opplæringsaktivitet relatert til sektorsystemet.⁶³

Dybdeundersøkelsene i seks sykehjem viste at:

- i snitt hadde 57 prosent av respondentene fått tilbud om kurs i Gerica. Lederne lå høyest med 62 prosent, mens pleieassistenter lå lavest; 36 prosent av disse hadde fått tilbud om Gericakurs,
- i snitt hadde 54 prosent av de ansatte deltatt på kurs - deltakelsen på kurs sto i forhold til hvor mange som hadde fått tilbud om det i alle medarbeidergrupper,
- 80 prosent av respondentene mente at de fikk hjelp og veiledning i bruk av Gerica kort tid etter at de har bedt om det - fordelingen var forholdsvis jevn mellom medarbeidergruppene; hjelpepleiere lå høyest, pleieassistenter lavest,
- ”hjelp fra kolleger” var det hyppigste svaret på spørsmålet om hvor de søkte hjelp, 85 prosent av respondentene oppgav at de henvendte seg til en kollega når de trenger hjelp, dernest fulgte superbruker, systemansvarlig og brukermanual – med superbruker som en klar nummer 2,
- 57 prosent av respondentene ønsket mer opplæring i Gerica.

Dybdeundersøkelsene i tre bydeler viste at i hjemmesykepleien:

- hadde i snitt 69 prosent av respondentene deltatt på kurs i Gerica,
- mente 87 prosent av respondentene at de fikk hjelp og veiledning i bruken av Gerica kort tid etter de har bedt om det,
- var ”hjelp fra kolleger” den klart vanligste kilden til hjelp - superbrukeren fikk også mange henvendelser,

⁶² <http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/article.php?articleID=157769&categoryID=24307>

⁶³ De undersøkelsene det vises til er to dybdeundersøkelser i henholdsvis hjemmesykepleien i tre bydeler, og ved seks sykehjem, samt informasjon fra en breddeundersøkelse blant avdelingssykepleiere. Breddundersøkelsen fokuserte på tilbud og gjennomføring av opplæring på de enkelte tjenestesteder. Vi viser til metodevedlegget for ytterligere informasjon om disse undersøkelsene.

- ønsket 54 prosent av respondentene mer opplæring i Gerica.

Egenvurdering av behov for hjelp

Målet med opplæring er at medarbeiderne skal beherske Gerica og normalt klare seg uten hjelp og veiledning. Svarene vi mottok i dybdeundersøkelsen på spørsmålet "Hvilke funksjoner må du ha hjelp til å bruke?" mv fikk frem brukerens egen oppfatning av hvilke funksjoner i Gerica de behersket og hvilke de ikke behersket.⁶⁴

I dybdeundersøkelsen ved seks sykehjem:

- oppgav henholdsvis 5 og 8 prosent av sykepleierne at de måtte ha hjelp for å bruke journalføringsfunksjonen og brukerbildet i Gerica - tilsvarende tall for hjelpepleiere var 38 og 27 prosent, mens pleieassistentenes svar viste at 33 prosent trengte hjelp til journalføring og 31 prosent trengte hjelp til brukerbildet
- oppgav nærmere 40 prosent av sykepleierne at de trengte hjelp til IPLOS-registrering - noen flere hjelpepleiere og pleieassistenter trengte hjelp, men forskjellen var liten,
- Oppgav 41- 47 prosent av respondentene at de måtte ha hjelp til å bruke tiltaksplanen i Gerica.

I dybdeundersøkelsen i hjemmesykepleien i tre bydeler oppgav:

- 83 prosent at sykepleierjournalen var lett å bruke
- 70 prosent at arbeidslistejournal var lett å bruke
- 66 prosent at "avlyste oppdrag" var lett å bruke

5.1.3 Vurdering

Vi konstaterer at det har vært gjennomført en rekke tiltak med det formål å gjøre Gericabrukerne i stand til å bruke systemet som forutsatt, så som tradisjonelle kurs, etablering

⁶⁴ At mange har behov for mye hjelp, kan ikke uten videre tolkes som at opplæringen har vært mangelfull: mange har gjennomført kurs for ett eller enkelte funksjonsområder, mens undersøkelsen om hva man trenger hjelp til omfatter mange funksjonsområder.

av nettverk og andre former for samarbeidsstrukturer, utpeking av ressurspersoner, og ikke minst synes brukere å ha hjulpet hverandre.

Effekten av opplæringsaktiviteten har ikke vært evaluert. Man vet ikke om opplæringen er god nok og heller ikke hvordan brukerne har opplevd kvaliteten på den opplæring som er gitt. Basert på Sykehjemsetatens kompetansekartlegging høsten 2009 og dybdeundersøkelsene i hjemmetjenester og sykehjem som Pharos utførte for Kommunerevisjonen, kan vi konstatere at det var et betydelig behov for ytterligere opplæring.

Utfordringene var erkjent i Sykehjemsetaten som hadde kunngjort fem strakstiltak, hvorav to var rettet mot styrket IKT-opplæring og ett mot bredere kompetansekartlegging.

5.2 Overvåking av Gericabruken

Byrådets mål om økt bruk tilsa at utviklingen i bruken burde overvåkes: Kunnskap om bruk er nødvendig for å vurdere om målet blir nådd, og gjør det også mulig å initiere tiltak eller utarbeide strategier hvis bruken ikke utvikler seg som ønsket eller forutsatt.

5.2.1 Kontrollpunkter

⇒ Bruken av Gerica bør overvåkes av kommunen sentralt.⁶⁵

Kommunens overvåking av bruken blir vurdert i forhold til om

- indikator(er) for bruk er etablert og fulgt opp, herunder om en har fulgt med på om ny funksjonalitet er tatt i bruk, og om
- det er foretatt andre relevante målinger av bruken av sektorsystemet.

⁶⁵ Enkelte virksomheter/tjenestesteder kan ha gjennomført registreringer av egen Gericabruk, men siden denne undersøkelsens fokus er på Gerica som sektorsystem, har vi avgrenset oss til tiltak iverksatt sentralt i kommunen for å få kunnskap om bruken av Gerica.

5.2.2 Faktabeskrivelse

Indikator: Tildelte brukeridentiteter

”Antall tildelte brukeridentiteter” var en indikator for Gericabruk som bl.a. ble rapportert til styringsgruppemøter for Prosit 24.06.2004, 21.10.2004 og 16.03.2005.⁶⁶

Denne indikatoren angav antall brukere som hadde tilgang til Gerica. Andre indikatorer for bruk som ble rapportert på samme måte var ”samtidige brukere klokken 14.00”, ”antall utlogginger”, ”antall identiteter sammenlignet med antall påloggede ansatte” og ”antallet journaler”.

”Antall tildelte brukeridentiteter” viste hvor mange som hadde fått tilgang til Gerica; uten egen brukeridentitet hadde den ansatte ikke tilgang til sektorsystemet.⁶⁷ Tallet bør imidlertid brukes med en viss forsiktighet⁶⁸, men indikerer en betydelig utvikling i bruken: Fra 2002 til 2009 hadde antallet brukeridentiteter i Gerica økt fra ca 3.000 til ca 14.000.

Overvåking av om funksjonalitet er tatt i bruk

Da Gerica ble innført som sektorsystem, var det opp til bydelene å bestemme hvilken funksjonalitet som skulle tas i bruk.

Involvering og informasjon

Byrådsavdelingen opplyste at ny funksjonalitet og nye rutiner primært ble utviklet i nært samarbeid med bydelene og Sykehjemsetaten slik at de skulle få et eierskap og oppleve en egeninteresse av å ta disse i bruk.

Ved innføring av nye omfattende funksjoner/rutiner blir bydelene/Sykehjemsetaten informert om dette via brev fra byrådsavdelingen og det ble avholdt informasjonsmøter for tjenestelederne, fortalte byrådsavdelingen. Informasjonsmøter for tjenesteledere hadde vært gjennomført i gjennomsnitt ca en gang per år. Det hadde også ved flere anledninger blitt informert om større endringer i Gerica på møter med sektordirektørene, opplyste byrådsavdelingen.

Obligatorisk funksjonalitet

I forbindelse med innføring av måltall⁶⁹, ved innføringen av bestiller-utfører-organiseringen og ved krav om rapportering til det statlige IPLOS-systemet⁷⁰, ble det innført krav til tjenestestedene og pleiepersonalet om obligatorisk bruk av utvalgte funksjonsområder i Gerica.⁷¹

Bestillerkontorene i bydelene utførte og dokumenterte en rekke saksbehandlingsoppgaver og rapporteringer i Gerica. Bestillerkontorene hadde 12 obligatoriske funksjonsområder som gjaldt krav til dokumentasjon, hovedsaklig som ledd i saksbehandlingen. I tillegg kom obligatorisk funksjonalitet for statistikk og rapporter, samt informasjonsuthenting fra

⁶⁶ Måltall for Gerica rapportert fra Cap Gemini til styringsgruppemøtet 24.06.2004, 21.10.2004 og til styringsgruppemøtet 16.03.2005. Av rapporten fremgår det at det ble rapportert for uke 19, uke 24 (13.06.2004), uke 36 (03.09.2004), uke 41 (11.10.2004), uke 49 (06.12.2004 og uke 6 (07.02.2005). I e-post fra Prosit i Helse- og velferdsetaten av 08.06.2010 får vi opplyst at en hadde fire slike rapporteringer i 2004, to i 2005 og én i 2006: ”I dette tidsrommet var det Cap [Gemini] og Steria som tok ut antall identer og antall samtidige brukere. Bydelene tok selv ut antall utlogginger”.

⁶⁷ At flere Gerica-brukere benytter den samme brukeridentiteten forekommer uten at vi systematisk har undersøkt omfanget av dette. Slik bruk er ikke lovlig.

⁶⁸ Blant annet fordi det er betydelige forskjeller mellom antall brukeridentiteter i bydelene som det ikke er entydige forklaringer på, ref e-post fra Prosit til Pharos 02.10.2009.

⁶⁹ Med ”måltall” menes måltall for antall brukere/identiteter/journaler/utlogginger. Disse fire måltallene ble laget for å fokusere på økt bruk av systemet generelt og ikke på bruk av spesielle funksjoner i systemet. Bydelene ble pålagt å rapportere på disse måltallene i en periode.

⁷⁰ IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) er en statlig rapporteringsordning som alle kommuner er forpliktet til å rapportere på. IPLOS-rapporteringen henter data fra ulike deler av Gerica og genererer således indirekte et krav om bruk av ulike funksjoner i Gerica.

⁷¹ Opplyst av Helse- og velferdsetaten på møte med Kommunerevisjonen 05.06.2009.

eksterne systemer, for eksempel lignings-opplysninger.

I hjemmesykepleien var det innført 15 obligatoriske funksjonsområder. Ofte var bestillere og utførere avhengig av hverandres oppgaveutføring for å tilfredsstille kravene til hvert enkelt funksjonsområde. Ofte var det også slik at bestillere trengte informasjon fra utførersiden, både sykehjem og hjemmesykepleie.

Overvåke

På sentralt nivå i kommunen lå oppfølging av Gericabruken, herunder også bruken av nye funksjonsområder, i Helse- og velferdsetaten fra september 2005. Før dette lå ansvaret for utvikling og implementering av ny funksjonalitet i Utviklings- og kompetansetaten (System- og regnskapsetaten).

Byrådsavdelingen opplyste at når Prosit i Helse- og velferdsetaten oppdaget at enkelte bydeler eller Sykehjemsetaten ikke tok i bruk nye funksjoner og rutiner, så orienterte Prosit i Helse- og velferdsetaten byrådsavdelingen om dette, og byrådsavdelingen fulgte opp overfor de aktuelle bydeler og/eller Sykehjemsetaten.

Bruken av Gerica i sykehjem var frem til opprettelsen av Sykehjemsetaten i 2007, styrt fra den bydelen som drev sykehjemmet. I forbindelse med opprettelse av Sykehjemsetaten gjennomførte Helse- og velferdsetaten en kartlegging av hvor sykehjemmene stod med hensyn til innføring av Gerica. Undersøkelsen ble gjentatt av Prosit i Helse- og velferdsetaten i juli 2009. Undersøkelsen baserte seg på egenrapportering fra tjenestestedene om Gericabruk.

Andre utførte registreringer av bruk

Registrering av bruk av journaler:

- Prosit i Helse- og velferdsetaten undersøkte i 2004 innføring og bruk av spesifikke journaler i Gerica. En så på hvor mange

nye journaler⁷² som ble etablert i bydelene i et visst tidsrom. Undersøkelsen viste store forskjeller i bruken av arbeidslistejournalen mellom bydelene og gav opphav til et forslag fra styringsgruppen om at det måtte komme et økt påtrykk fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester om bedre Gerica-forankring i bydelene.⁷³

- Sluttrapporten fra Fase II b i Prosit-prosjektet, datert 28.12.2005, viste at det var fokus på antall nye journaler; ”måltall for antall journaler skrevet pr. uke viser en stor økning og antallet er stadig stigende. Tilbakemeldingene fra bydelenes egne måltall frem i tid viser også at det fokuseres på økt journalføring.”⁷⁴ Til innrapporteringen var det også knyttet forklaringer på avvik/manglende utvikling: *”Imidlertid har de fleste bydeler meldt at de ikke har mulighet for å starte med Gerica-journalføring på sykehjem og i boliger da bydelene mangler pc’er disse steder.”*⁷⁵ Oppfølging av indikatorene (i dokumentasjonen omtalt som ”måltall”) fikk frem kunnskap om hva som hindret økt bruk/ hva bydelene oppfattet som hindre for ny bruk.

Kartlegging av Gericabrukernes ønsker, 2008:

Prosit i Helse- og velferdsetaten gjennomførte i 2008 en kartlegging av hva Gericabrukere i bydeler og Sykehjemsetaten ønsket at skulle prioriteres først i Gericasammenheng. Totalt besvarte 183 ansatte undersøkelsen, de fleste arbeidet i hjemmetjenesten. På bakgrunn av undersøkelsen konkluderte Helse- og velferdsetaten med at brukerne ønsket at Gerica var mer stabilt

⁷² ”Nye journaler” omfatter ikke bare journaler for nye pasienter og brukere. Det er ikke tillatt å endre eksisterende tekst i en pasientjournal, men man kan føre inn tilleggstekst som retter opp informasjonen. Hver slik tilføyelse av informasjon innebærer at det teknisk sett blir opprettet en ny journal i systemet.

⁷³ Dokumentasjon til styringsgruppemøte i Prosit, 21.10.2004.

⁷⁴ 28.12.2005 ”Sluttrapport for Prosit-prosjektet fase 2b.

⁷⁵ 28.12.2005 ”Sluttrapport for Prosit-prosjektet fase 2b.

og at de ønsket flere PCer til arbeidsplassen.⁷⁶ Av ny funksjonalitet ønsket respondentene seg meldingsutveksling med eksterne, og tilgang til bruk av håndholdte terminaler.

Kvalitetsrevisjoner, 2008 og 2009:

Helse- og velferdsetaten fikk i 2008 gjennomført kvalitetsrevisjoner av hjemmetjenestene (herunder hjemmesykepleien som denne revisjonen omfatter), bestillerkontorene og sykehjemmene.⁷⁷ Det ble utarbeidet rapporter per tjenestested.

Helse- og velferdsetaten oppsummerte kvalitetsrevisjonene i tre rapporter.⁷⁸ Blant sykehjemmene fant man tre kommunale sykehjem som ikke hadde tatt i bruk Gerica. For øvrig ble også andre sider ved Gericabruken kommentert og vurdert.

I 2009 ble det gjennomført kvalitetsrevisjoner ved bestillerkontorene og utførere av hjemmetjenester. Også i disse undersøkelsene ble aspekter ved Gericabruken kommentert og vurdert.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester opplyste at det ikke var laget samleoversikter som oppsummerer bruken av Gerica på bakgrunn av kvalitetsrevisjonene.⁷⁹

Kartlegging av status i innføringen av Gerica, sommer 2009:

I forbindelse med opprettelse av Sykehjemsetaten ble det gjennomført en kartlegging av hvor sykehjemmene stod med hensyn til innføring av Gerica. Undersøkelsen ble gjentatt av Prosit i Helse- og velferdsetaten i juli 2009 og utvidet til å omfatte også bestillerkontor og hjemmesykepleie.

Kravet fra byrådsavdelingen om bruk av obligatoriske funksjonsområder⁸⁰, ble ikke fulgt opp med undersøkelser av avvik mellom forventet og faktisk bruk eller annen systematisk kartlegging og oppfølging fra byrådsavdelingens eller andres side. Sykehjemsetaten hadde etter opprettelsen særlig arbeidet for å få inn IPLOS-rapporteringen fra sykehjemmene i Gerica⁸¹. På sykehjem der driften var utkontraktert etter konkurranse, ble Gericainnføringen og -bruken fulgt opp som en del av kontrollen med leveransen, opplyste Helse- og velferdsetaten i møtet 05.06.2009.⁸²

Sykehjemsetatens kompetansekartlegging, høsten 2009

Sykehjemsetaten fikk som beskrevet i kapittel 5.1, gjennomført en kompetansekartlegging høsten 2009 av basisferdigheter i norsk og IKT hos nær 500 medarbeidere i ulike stillingskategorier.

Varslet byrådsak

I Kommunerevisjonens undersøkelse *Innføring av Gerica i to bydeler i Oslo kommune*, rapport 2/2006 ble det påpekt at kommunen sentralt i større grad burde lagt til rette for rammeverk for styring og bruk av Gerica. I høringsuttalelsen varslet byrådsavdelingen at den ville vurdere ulike tiltak for å medvirke til bedre

⁷⁶ Udatert dokument på tre sider med tittelen "Oppsummering Gericaundersøkelse", mottatt fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester.

⁷⁷ Helse- og velferdsetatens kvalitetsrevisjoner ble organisert som et prosjekt med ekstern bistand fra Asplan Viak AS og PricewaterhouseCoopers AS (PwC), med PwC som prosjektleder. PwC rapporterte til en egen styringsgruppe i Helse- og velferdsetaten. Revisjonsbesøkene ble gjennomført i perioden høsten 2008 av revisjonsteam sammensatt av personer fra PwC, Asplan og Helse- og velferdsetaten.

⁷⁸ Helse- og velferdsetaten: Rapport Kvalitetsrevisjoner i sykehjem 2008, Rapport Kvalitetsrevisjoner ved bestillerkontorene 2008, og Rapport Kvalitetsrevisjoner i hjemmetjenesten 2008, alle datert 15.12.2008.

⁷⁹ Opplysning fra Stein Schatvet på telefon 16.03.2010.

⁸⁰ Formidlet til oss i møtet 05.06.2009 fra Helse- og velferdsetaten.

⁸¹ Beskrevet i budsjettforslaget for 2007.

⁸² Det fremgår også av utlysning av anskaffelse av drift til Lambertseter alders- og sykehjem, vedlegg 1, rammebetingelser for drift av Lambertseter alders- og sykehjem.

gjennomføring av bruk av Gerica i virksomhetene, og tok sikte på utarbeidelse av sak vedrørende dette til bystyret i løpet av første halvår 2006.⁸³ Kontrollutvalget behandlet denne saken 19.01.2006 (sak 6) og vedtok bl.a:

”(...) Kontrollutvalget har i den sammenheng merket seg at VST vil utarbeide en sak til bystyret vedrørende dette i løpet av første halvår 2006 (...)”

Helse- og sosialkomiteen sluttet seg til kontrollutvalgets vedtak og tok saken til orientering i møte 22.03.2006 (sak 17).

I notat fra byråden for velferd og sosiale tjenester til kontrollutvalget av 23.01.2007, med kopi til bystyrets helse- og sosialkomité, heter det at ”byrådet vil om kort tid avgi byrådssak om *status IKT i pleie- og omsorgssektoren*.” Kontrollutvalget behandlet notatet i møte 28.08.2007 (sak 78) og vedtok bl.a:

”Orienteringen fra Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester om status per 2006 for bydelenes rapporteringssystem innen eldreomsorgen viser at det har blitt iverksatt enkelte tiltak, men at det fortsatt gjenstår en del arbeid, Kontrollutvalget påpeker viktigheten av at bydelene og byrådsavdelingen fortsetter utviklingsarbeidet, og at det iverksettes nødvendige tiltak (...)”

Den bebudede saken var fremdeles ikke avgitt av byrådet da Kommunerevisjonen rapporterte sin oppfølgingsundersøkelse etter rapport 2/2006 *Innføring av Gerica i to bydeler i Oslo kommune*⁸⁴ i november 2007. Kontrollutvalget behandlet oppfølgingsundersøkelsen i møte 13.12.2007 (sak 116) og vedtok bl.a:

”(...) Kontrollutvalget merker seg videre at Kommunerevisjonens ulike undersøkelser tyder på at det samlet sett gjenstår mye arbeid med innføring og bruk av Gerica som styringsverktøy i Oslo kommune og understreker viktigheten av at utviklingsarbeidet fortsetter (...)”

⁸³ Brev fra Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester til Kommunerevisjonen datert 03.01.2006.

⁸⁴ Brev fra Kommunerevisjonen til kontrollutvalget datert 28.11.2007.

Helse- og sosialkomiteen behandlet oppfølgingsundersøkelsen i møte 16.01.2008 (sak 10) og vedtok bl.a:

”(...) Helse- og sosialkomiteen merker seg videre at Kommunerevisjonens ulike undersøkelser tyder på at det samlet sett gjenstår mye arbeid med innføring og bruk av Gerica som styringsverktøy i Oslo kommune og understreker viktigheten av at utviklingsarbeidet fortsetter (...)”

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester opplyste i brev til Kommunerevisjonen datert 21.06.2010 at byrådssak *status IKT i pleie- og omsorgssektoren* var under utarbeidelse: ”Vi regner med at saken først vil bli fremmet til høsten”, heter det i brevet.

5.2.3 Vurdering

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester hadde nøkkeltall om at tilgjengeligheten hadde økt og at man oppnådde spredning av Gerica-funksjonalitet på flere tjenestesteder. Selv om byrådsavdelingen hadde indikasjoner på at målet om økt bruk var oppnådd, var kunnskapen om faktisk bruk mangelfull og ikke systematisert.

Helse- og velferdsetaten hadde søkt å sikre seg ønsket bruk av Gerica ved at en del funksjonsområder ble gjort obligatoriske, ved at tjenestesteder deltok i utvikling av ny funksjonalitet og ved å informere på ulike måter om endringer og ønsket bruk. I tillegg fulgte en opp overfor virksomhetene hvis det ble oppdaget at ønsket funksjonalitet ikke ble tatt i bruk.

Det er positivt at det er gjennomført to kartlegginger av status for innføringen av Gerica ved Sykehjemsetatens tjenestesteder. Siden disse kartleggingene var basert på tjenestestedenes egenrapportering, vil det imidlertid hefte noe usikkerhet ved datakvaliteten. Det var for eksempel usikkert om tjenestestedene la det samme til grunn da de skulle ta stilling til om en funksjonalitet var tatt i bruk.

Det har gjentatte ganger i perioden fra 2006 vært varslet en byrådssak om status for IKT i

pleie- og omsorgssektoren. Kontrollutvalget og bystyrets helse- og sosialkomité har merket seg at byrådssaken ville bli fremmet og har gjentatte ganger påpekt at det har gjenstått en del arbeid med Gerica, og påpekt viktigheten av at utviklingsarbeidet fortsatte. Den bebudede byrådssaken var per 09.09.2010 ikke avgitt.

5.3 Den faktiske bruken av Gerica

Siden det ikke forelå en oversikt over den faktiske bruken av Gerica, gjennomførte Pharos en undersøkelse for Kommunerevisjonen for å synliggjøre utvikling i bruken.

Enhetlig bruk er sentralt både fordi registrering i Gerica danner grunnlaget for uthenting av styringsinformasjon (jf kapittel 4), og fordi informasjon skal kunne gjenfinnes. Dette siste punktet kommer vi tilbake til i kapittel 6.

5.3.1 Kontrollpunkter

- ⇒ Bruken av Gerica bør ha økt.
- ⇒ Bruken av ulike journalfunksjoner i Gerica bør være enhetlig, også på tvers av tjenestesteder. Rutinene for rapportkjøring i Gerica er standardiserte (ref. byrådets melding til helse- og sosialkomiteen 25.01.2008, fulgte av oppfølgingen av kontrollutvalgssak 78/2007).

5.3.2 Faktabeskrivelse

Det var nødvendig å gjennomføre selvstendige undersøkelser og kartlegginger av bruken. I det følgende baserer vi oss blant annet på informasjon innhentet i dybdeundersøkelsen ved seks sykehjem og i tre bydelers hjemmesykepleie.⁸⁵ Vi ser også på funn fra Prosit i Helse- og velferdsetatens undersøkelser blant sykehjem i 2006 og 2009 om utbredelse av bruken av Gerica, og maskinelle tellinger av journalbruk i Gerica.

Tilgang til Gerica

På dette punktet har vi sett på andelen respondenter som hadde mottatt brukeridentitet og passord.

Ved de seks undersøkte sykehjemmene oppgav henholdsvis 96 prosent av sykepleierne og 95 prosent av hjelpepleierne at de hadde mottatt brukeridentitet og passord til Gerica. Ledere lå noe lavere og for pleieassistenter var andelen 75 prosent.

Blant de som utførte hjemmesykepleie i de tre bydelene, var andelen i snitt 99 prosent: 100 prosent av sykepleierne og 98 prosent av hjelpepleierne oppgav at de hadde fått brukeridentitet og passord til Gerica.

Fra Helse- og velferdsetatens kvalitetsrevisjoner kom det frem at ved 11 sykehjem (av disse er 10 kommunale) hadde ikke alle ansatte tilgang til Gerica.

I denne rapportens kapittel 5.1 om opplæring, er det vist til at 15,5 prosent av de kartlagte som Gerica var relevant for, ikke kunne bruke Gerica ifølge Sykehjemsetatens kompetansekartlegging fra høsten 2009.

Tidsbruken på Gerica

På dette punktet har vi sett på hvor lenge de ulike brukergruppene brukte Gerica per dag. Gjennom spørreundersøkelsen ble det også forsøkt kartlagt hvor mye tid den enkelte medarbeider brukte til å lese og dokumentere i Gerica. Selv om slike registreringer er svært subjektive, og derfor skal brukes med varsomhet⁸⁶, mener vi de kan gi en indikasjon på hvor stor andel av de ansatte som bruker Gerica aktivt:

Ved de seks sykehjemmene omfattet av dybdeundersøkelsen, oppgav 4 prosent av sykepleierne, 7 prosent av hjelpepleierne, og 11 prosent av pleieassistenterne at de ikke brukte Gerica hver dag. For medlemmer av sykehjemmenes leder-team var det nærmere 20 prosent som oppgav å ikke bruke tid på Gerica en vanlig arbeidsdag. Samtidig oppgav nærmere 30 prosent av lederne at de brukte mer enn én time på Gerica hver

⁸⁵ For nærmere informasjon om dybdeundersøkelsene viser vi til rapportens metodevedlegg.

⁸⁶ Tidligere undersøkelser, ref Kaupangen om brukervalg, antar at slike anslag er svært subjektive.

arbeidsdag. Dette tilsa at en stor gruppe ledere brukte Gerica aktivt, mens andre knapt brukte Gerica i det hele tatt.

Omfanget av journalbruk

På dette punktet har vi sett på antall nye journaler og endringer⁸⁷ i eksisterende journaler i Gerica, endringer fra 2006 til 2009.

Utviklingen i Gericabruken i samtlige bydeler fra 2006 – 2009 beskrives gjennom tellinger av endringer og opprettelser av et utvalg journaltyper (journal er i denne sammenhengen en rapport som dokumenterer tjenester som er utført innen pleie og omsorg). Prosit i Helse- og velferdsetaten tok ut tall for omfang av ulike journaltyper mens driftsleverandøren Steria tok ut oversikt over antall identiteter. Målingene ble rapportert til Helse- og velferdsetaten.

Antallet elektroniske sykepleierjournaler og praktisk bistandsjournaler som var opprettet eller endret i Gerica i løpet av en uke (den andre uken i september) hadde økt fra 1900 i 2006 til over 4600 i 2009. Antallet journaler per mottaker av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i løpet av én uke, i betydningen nyopprettede og oppdaterte journaler, var under 2 i 2006 og hadde økt til over 4 i 2009, og dobling på tre år indikerer at bruken av sykepleierjournal og praktisk bistandsjournal har økt. Vår gjennomgang av Helse- og velferdsetatens kartlegging viste at i hjemmesykepleien:

- ble brukerregister brukt av både bestiller og utfører i alle bydelene,
- var det enkelte som ikke dokumenterte i diagnoseregisteret i det hele tatt, i et par bydeler brukte kun utfører dette registeret, og flere angav at dette registeret kun ble brukt sporadisk,
- var det stor variasjon i bruken av den

obligatoriske revurderingsjournalen og at bruken var svært lav i enkelte bydeler, at revurderingene ofte ble dokumentert i andre journaler enn revurderingsjournalen og at revurderingsjournalen ble oppfattet som vanskelig å bruke av enkelte,

- ble tiltaksplan brukt av alle utførere (den var bare obligatorisk for utførerne).

Helse- og velferdsetatens kartlegging av sykehjemmene viste at:

- det var stor variasjon sykehjemmene imellom knyttet til antall funksjonsområder i Gerica som var tatt i bruk; i gjennomsnitt brukte sykehjemmene 9 av de 14 funksjonsområder som ble kartlagt. To sykehjem opplyste at de benyttet alle de 14 funksjonsområdene som ble kartlagt.
- åtte sykehjem ikke brukte Gerica - de fleste av disse ble drevet/eid av stiftelser og hørte til gruppen private sykehjem som ikke var konkurranseutsatt, men ett av sykehjemmene ble drevet av en kommersiell aktør etter konkurranse.

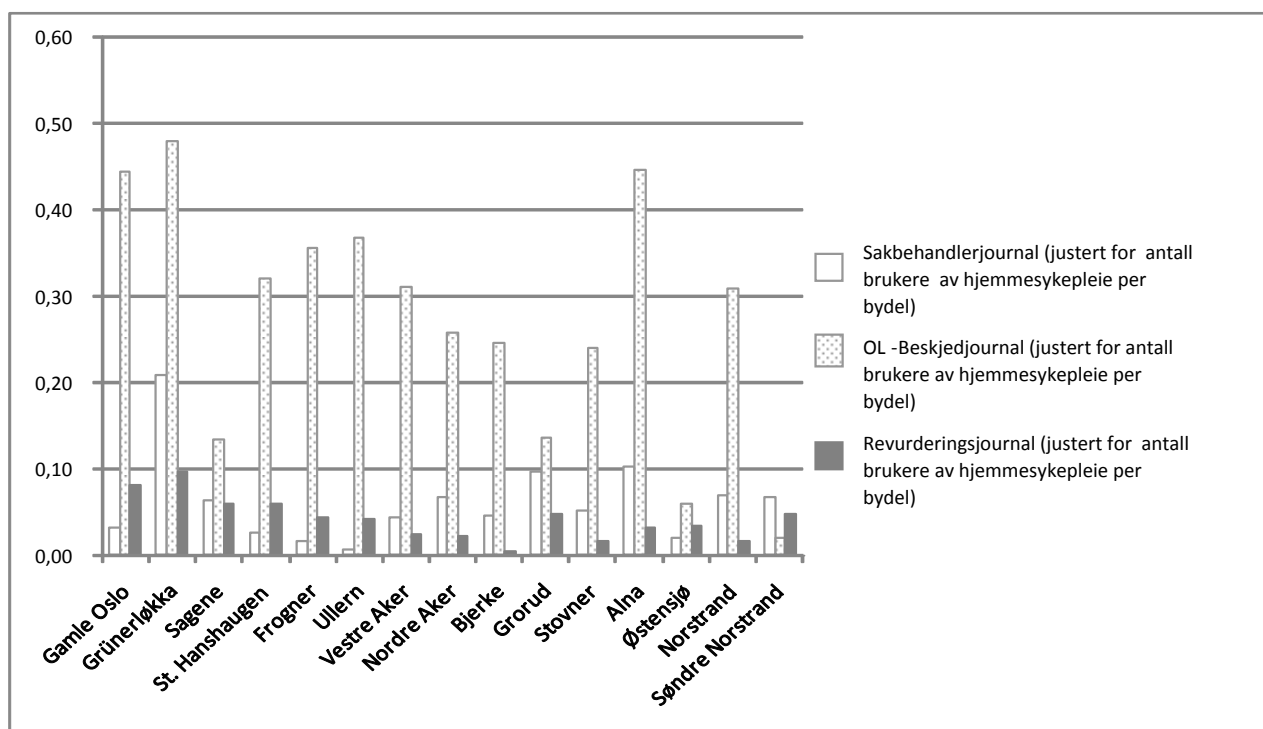
Enhetlig journalbruk

På dette punktet har vi sett på om det er vesentlige forskjeller i bruken av ulike journaler i Gerica på tvers av tjenestesteder.

Gjennom maskinelle opptellinger foretatt av Helse- og velferdsetaten på forespørsel fra Pharos, ble det foretatt en kartlegging av bruken av ulike journaler i bydelenes hjemmesykepleie-tjenester en uke i 2009. Resultatet fremgår av figur 1.

⁸⁷ I prinsippet er det ikke tillatt å endre eksisterende tekst i en pasientjournal, men man kan føre inn tilleggstekst som retter opp informasjonen. I denne rapporten kaller vi likevel slike tilføyelser i eksisterende journaler som endringer.

Figur 1 viser andeler beregnet som antallet av

Figur 1 Antall journaler i snitt per bruker per bydel

Note: Basert på informasjon hentet ut av Gerica som viser antall journaler av ulike typer per bruker, i løpet av en uke i 2009

de tre administrative journaltypene dividert på antallet registrerte brukere av sykepleie i bydelen. Som figuren viser var det betydelig variasjon i bydelenes bruk av disse tre Gericajournalene i den undersøkte perioden; variasjonen gjaldt både omfanget av journalbruken totalt sett, og i forhold til enkeltjournaler.

Byrådsavdelingen opplyste at journalene *Saksbehandlerjournal*, *Beskjedjournal* og *Revurderingsjournal* også ble brukt i forhold til andre typer tjenester enn hjemmesykepleietjeneste. Det var heller ikke enhetlige rutiner for å bruke *beskjedjournal* og *revurderingsjournal* innen hjemmesykepleietjenesten, ifølge byrådsavdelingen.

Bydelene fikk tilsendt resultatene av kartleggingen for kommentering. Tre bydeler kommenterte variasjonen i bruken av sykepleiejournal, og anførte som følger:

- at bydelen kunne ha brukt sykepleierjournal i stedet for revurderingsjournal,
- at bydelen ikke brukte sykepleierjournal i

boliger,

- at bydelens bruk av tiltaksplaner (en sykepleierjournal for flere tiltak) tilsa lav bruk av sykepleierjournal.

Fem bydeler kommenterte variasjonen i bruk av beskjedjournal, revurderingsjournal og saksbehandlerjournal, og anførte som følger:

- at rutinen i bydelen hadde vært at forespørsel om revurdering skulle skrives i beskjedjournal, og at det var årsaken til at bydelen hadde få revurderingsjournaler,
- at bydelen kun brukte beskjedjournal til praktisk bistand, ikke i hjemmesykepleien,
- at bydelen ofte benyttet beskjedjournalen også til dokumentasjon, og at den journalen derfor erstattet revurderingsjournalen og i noen grad også saksbehandlerjournalen, og at revurderingsrutinen ikke var godt nok forankret i bydelen,
- at bydelen hadde en egenutviklet rapport som saksbehandlerne brukte for å kontrollere om tildelt tjeneste var på riktig nivå – bydelen opplevde at dette var

besparende i forhold til å skrive beskjed-journaler, og at beskjedjournalen i hovedsak hadde vært knyttet til privat utfører eller til beskjeder fra utfører til bestiller,

- at bydelen praktiserte at saksbehandler-journal erstattet henvendelsesjournal før det ble fattet vedtak/opprettet en sak, men at henvendelsesjournalen en god del ganger også ble brukt i stedet for ordinær saksbehandlingsjournal.

Den undersøkelsen Prosit i Helse- og velferdsetaten gjennomførte i juli 2009 i hjemmesykepleien viste

- at brukerregister ble brukt av både bestiller og utfører i alle bydelene,
- at enkelte ikke dokumenterte i diagnoseregisteret i det hele tatt, i et par bydeler brukte kun utfører dette registeret, og flere angav at dette registeret kun ble brukt sporadisk,
- at det var stor variasjon i bydelenes bruk av den obligatoriske revurderingsjournalen og at bruken var svært lav i enkelte bydeler, at revurderingene ofte ble dokumentert i andre journaler enn revurderingsjournalen og at revurderingsjournalen ble oppfattet som vanskelig å bruke av enkelte,
- at tiltaksplan ble brukt av alle utførere (den er bare obligatorisk for utførerne).

Ved sykehjem viste kartleggingen

- at det var stor variasjon mellom sykehjemmene knyttet til antall funksjonsområder i Gericar som var tatt i bruk; i gjennomsnitt brukte sykehjemmene 9 av de 14 funksjonsområder som ble kartlagt. To sykehjem opplyste at de benyttet alle de 14 funksjonsområdene som ble kartlagt.
- at åtte sykehjem ikke brukte Gericar. De fleste av disse ble drevet/eid av stiftelser og hørte til gruppen private sykehjem som ikke var konkurranseutsatt, men ett av sykehjemmene ble drevet av en kommersiell aktør etter konkurranse.

I Sykehjemsetatens IKT-strategi for 2009-2012 ble det slått fast at det fortsatt var enkelt-

områder hvor felles rutiner var mangelfulle og kvaliteten på dokumentasjonen var varierende.⁸⁸ Det var angitt som et tiltak av høyeste prioritet at Sykehjemsetaten skulle utarbeide felles rutiner for bruk av Gericar på gjenværende områder og forbedre rutiner der det var behov for det, slik at man oppnådde forbedret kvalitet på dokumentasjon av pleie og ”kunne ta ut kvalitetsindikatorer og statistikk”. Spesifiserte tiltak var å utvikle rutiner, gi opplæring, dokumentere elektronisk i Gericar der det var mulig, og gjennomføre prosjekt vedrørende dokumentasjon.

I byrådsavdelingens IKT-strategi for bydelene ble det nevnt at det fortsatt var enkeltområder hvor felles rutiner for bruk av Gericar manglet eller var mangelfulle, men det var ikke satt opp som et prioritert område.⁸⁹

Fra Helse- og velferdsetatens kvalitetsrevisjoner i 2008 ble det for åtte av sykehjemmene (alle var kommunale) rapportert om varierende journalføring i Gericar. Problemer som ble nevnt var utilstrekkelige språkferdigheter, manglende opplæring/datakunnskap, ulike rutiner, og tidsnød.

Fra Helse- og velferdsetatens kvalitetsrevisjoner i hjemmetjenester i 2009 ble det påpekt at virksomhetene hadde en utfordring i blant annet å sikre bruk av revurderingsjournalen i Gericar. Etaten anbefalte at det ble klargjort om virksomhetene skulle bruke revurderingsjournalen i Gericar i forbindelse med endringer i brukeres hjelpebehov.

5.3.3 Vurderinger

Tilgangen til Gericar

Selv om andelen som hadde fått brukernavn og passord var svært høy, så viste undersøkelsene at ikke alle disse kom seg inn i systemet, og det skyldtes også manglende IKT-kompetanse. At brukeren har formell tilgang ved å ha mottatt

⁸⁸ Punkt 5.1.2 *Utnytte dagens funksjonalitet i Gericar*, side 10.

⁸⁹ IKT-strategi for bydelssektoren 2009-2012, side 11.

brukernavn og passord, er til liten nytte hvis vedkommende ikke kan bruke Gerica. Som nevnt viste Sykehjemsetatens kompetansekartlegging at mange av de som trengte Gerica i sitt arbeid, ikke kunne bruke systemet. Da har man ikke reell tilgang til systemet.

Bruken bør ha økt

Det synes hevet over tvil at bruken av Gerica har økt betydelig i perioden.

Dybdeundersøkelsen som Pharos gjennomførte for Kommunerevisjonen omfattet en spørreundersøkelse om tidsbruk på Gerica ved seks sykehjem. Den viste variasjon i bruken av Gerica. Størst forskjeller var det mellom ledere på sykehjem: De ledere som brukte Gerica, brukte det mye, men nærmere 20 prosent av første-linjelederne i de seks sykehjemmene brukte ikke Gerica i det hele tatt i løpet av en vanlig arbeidsdag. Gerica var ikke fullt ut tatt i bruk av de yrkesgruppene som skulle ha benyttet det, med unntak av sykepleierne som hadde svært høy andel brukere.

Undersøkelsen av bruken av obligatoriske funksjoner gav indikasjoner på at bestillerkontorene oppfylte kravene til bruk av obligatoriske funksjoner, hjemmesykepleien gjorde det i mindre grad, og sykehjem hang noe etter. Undersøkelsens informasjonsverdi ble begrenset av at rapporteringen var basert på egenrapportering fra tjenestestedene, og det var ikke spesifisert tydelig hva som lå i begrepet ”tatt i bruk”: Var det noen få eller alle som rapporterte på de obligatoriske funksjonene?

Enhetlig bruk

I kapittel 4 ble det vist at Helse- og velferds-etaten hadde etablert felles rutiner, kodeverk og maler, men at det stadig vil være behov for tilpasninger i systemets design og funksjonalitet, for eksempel når organisasjonen endres eller fordi bruken av sektorsystemet i praksis viser seg å være annerledes enn forutsatt. Etter hvert ble en rekke funksjonsområder obligatoriske, men føringene har vist seg å ikke

være tilstrekkelige. I det foregående har vi sett eksempler på ikke enhetlig dokumentasjon av saksbehandling eller helsehjelp. Det er både eksempler på at dokumentasjon ikke er enhetlig internt på tjenestesteder, mellom tjenestesteder og mellom bydeler. Vi vil også se eksempler på dette i kapittel 6.3.

Det kan være mange årsaker til at systemet ikke brukes enhetlig, manglende kunnskap om hvordan systemet skal brukes, er en av dem. Ifølge byrådsavdelingen kan ulike organisatoriske løsninger i bydelene og bydelenes innretning av tjenestene også være noe av forklaringen.

Manglende enhetlig bruk av Gerica kan gå ut over effektivitet og kvalitet på flere nivå. Ulik bruk av Gerica er adressert som et problem i IKT-strategien for både Sykehjemsetaten og for bydelene. Når systemet brukes ulikt, får det konsekvenser for den aggregerte informasjonen som hentes ut av systemet, så som rapportering på kvalitetsindikatorer og uttrekk til statistikk.

Byråden meldte i notat til bystyrets helse- og sosialkomité 25.01.2008 at ”det arbeides med kontinuerlig (...) ved standardisering av rutiner for rapportkjøring i Gerica (...) om forbedring av datakvaliteten”. Vi vil påpeke at standardiserte rutiner for rapportkjøring i seg selv ikke sikrer god styringsinformasjon. God styringsinformasjon fra Gerica forutsetter både enhetlig registrering og hensiktsmessig rapportering.

5.4 Oppsummering – er målet nådd?

Tilrettelagt for økt bruk?

Andelen som hadde fått brukernavn og passord var svært høy, men ikke alle kom seg inn i systemet. Formell tilgang til systemet er til liten nytte hvis man ikke kan bruke Gerica.

Å tilrettelegge for økt bruk av sektorsystemet handler om en rekke forhold. Vi har i tidligere kapitler skrevet om kapasiteten i infrastrukturen og utviklingen av ny funksjonalitet. I dette

kapitlet har vi sett på opplæring i bruk av systemet, og på hva en har fulgt med på for å vite om målet om økt bruk av systemet blir nådd. Det er gjennomført mye opplæring, både gjennom kurs og ved veiledning og støtte på arbeidsplassene.

Det har vært gjennomført en rekke tiltak med det formål å gjøre Gericabrukerne i stand til å bruke systemet som forutsatt, så som tradisjonelle kurs, etablering av nettverk og andre former for samarbeidsstrukturer, utpeking av ressurspersoner, og ikke minst synes brukere å ha hjulpet hverandre.

Basert på Sykehjemsetatens kompetansekartlegging høsten 2009 og dybdeundersøkelsene i hjemmetjenester og sykehjem som Pharos utførte for Kommunerevisjonen, kan vi konstatere at det er et betydelig behov for ytterligere opplæring.

Overvåkes bruken?

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester hadde nøkkeltall om at tilgjengeligheten hadde økt og at man oppnådde spredning av Gericafunksjonalitet på flere tjenestesteder. Selv om byrådsavdelingen hadde indikasjoner på at målet om økt bruk var oppnådd, var kunnskapen om faktisk bruk mangelfull og ikke systematisert.

Det har gjentatte ganger i perioden fra 2006 vært varslet en byrådssak om status for IKT i pleie- og omsorgssektoren. Kontrollutvalget og bystyrets helse- og sosialkomité har merket seg at byrådssaken ville bli fremmet og har gjentatte ganger påpekt at det har gjenstått en del arbeid med Gerica, og påpekt viktigheten av at utviklingsarbeidet fortsatte. Den bebudede byrådssaken var ikke avgitt per 01.09.2010.

Er bruken økt?

Det synes hevet over tvil at bruken av Gerica har økt betydelig i perioden. Gerica var ikke fullt ut tatt i bruk av de yrkesgruppene som skulle ha benyttet det, med unntak av sykepleierne som hadde svært høy andel som brukte systemet.

Enhetlig bruk?

Til tross for innsatsen for å understøtte arbeidsrutinene med felles rutiner, kodeverk og maler, så ble Gerica brukt på ulike måter internt på tjenestesteder, mellom bydelene og mellom tjenestestedene. Når systemet brukes ulikt, får det bl.a. konsekvenser for den aggregerte informasjonen som hentes ut av systemet, så som rapportering på kvalitetsindikatorer og uttrekk til statistikk. Samtidig vil det kunne være en fare for at nødvendig pasientinformasjon ikke gjenfinnes ved behov.

6. Samlet føring av pasientjournal

I dette kapitlet ser vi på aspekter ved bruk av Gerica opp mot bestemmelser om pasientjournalføring. Vi avgrenser oss her til sykehjemmene, da det er fastlegene, ikke bydelene eller hjemmesykepleien, som har ansvaret for samlet pasientjournalføring for hjemmeboende.

Vi vurderer ikke Gericas egnethet som pasientjournalssystem i dette kapitlet.

Pasientjournalforskriften stiller ikke krav om at den samlede pasientjournalføringen skal skje samme sted, men at det skal fremgå av de ulike kildene hvis journalen føres delvis elektronisk og delvis som papirjournal. Heller ikke Oslo kommune har stilt krav om at journalføringen skal skje ett sted, for eksempel i Gerica. Men kommunen har regler for at når journal føres på papir fordi tilgangen til Gerica er brutt, så skal journalinformasjonen på papir legges inn i Gerica i ettertid.

6.1 Hva er pasientjournalinformasjon?

Krav om samlet pasientjournalføring ved sykehjem følger av pasientjournalforskriften § 5. ”Journal” betyr i denne sammenheng *samling eller sammenstilling av nedtegnede/registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp*, og med krav til at journalen blant annet inneholder opplysninger (dersom det er relevant): Om hvem som er pasientens nærmeste pårørende, foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette og utveksling av informasjon med annet helsepersonell; for eksempel henvisninger, epikriser, innleggelsesbegjæringer, resultater fra rekvirerte undersøkelser og attestkopier.

Dette innebærer at ikke all informasjon som legges inn i Gerica omfattes av disse bestemmelsene. For eksempel vil deler av

det som legges inn i Gericas ”altnuligmann-journal”, ”beskjedjournal” og ”vederlagsmodul” ikke være omfattet av bestemmelsene i pasientjournalforskriften.

6.2 Kontrollpunkter

- ⇒ Det skal som hovedregel anvendes en samlet pasientjournal for den enkelte pasient selv om helsehjelp ytes av flere innen virksomheten. Dersom pasientjournalen føres delvis elektronisk og delvis som papirjournal, skal det klart fremgå av begge hvilken dokumentasjon som føres i den elektroniske journalen og hvilken som føres som papirjournal.
- ⇒ Helse- og personopplysninger skal være tilgjengelige når det er tjenstlig behov for dem.

6.3 Faktabeskrivelse

6.3.1 Pasientjournal: Elektronisk og på papir

Gericasystemet støttet *tjenstedokumentasjon* som inkluderer løpende *pasientjournalinformasjon*.

Gericas pasientjournalinformasjon var:

1. enten informasjon fremskaffet (fra eksterne og interne kilder) og dokumentert som del av saksbehandlingen av henvendelsen om helsehjelp, og/eller
2. dokumentasjon av den helsehjelp som ytes til den enkelte beboer på sykehjem, og/eller
3. helt eller delvis tastet inn i Gerica på grunnlag av informasjon fra eksterne ytere av helsehjelp, for eksempel fastleger eller sykehus.

Etter som tiden går etter at en pasient/beboer er registrert inn i Gerica og mottar helsehjelp, vil stadig mer pasientjournalinformasjon om vedkommende inngå i Gerica. Det vil samtidig kunne finnes pasientjournalinformasjon om vedkommende som ikke er registrert i Gerica. Særlig vil dette kunne gjelde historisk pasientinformasjon og pasientinformasjon fra eksterne, så som sykehus.

I dybdeundersøkelsen som Pharos gjennomførte for Kommunerevisjonen i seks sykehjem, fremkom det at i alle medarbeidergrupper brukte en betydelig andel ansatte papirbaserte systemer for noen arbeidsoppgaver, selv om Gerica kunne vært benyttet. Tallene for de som brukte papirbaserte journaler i tillegg til at de brukte Gerica var 35 prosent for ledere og 29 prosent for sykepleiere. Medlemmer av lederteam og sykepleiere ved sykehjem ble spurt særskilt om hvordan epikriser mv fra sykehus og andre institusjoner ble lagret. Av 81 respondenter svarte vel 8 prosent at de kun lagret slike dokumenter i Gerica, mens de resterende enten arkiverte dem i papirjournal (om lag 42 prosent) eller benyttet en kombinasjon av papirbasert journal og registrering i Gerica (om lag 50 prosent). Med lagring/registrering i Gerica må her forstås at hele epikrisen blir skrevet inn på nytt, siden det ifølge byrådsavdelingen ikke var teknisk mulig å gjøre det på annen måte.

Breddeundersøkelsen som Pharos gjennomførte for Kommunerevisjonen blant avdelings-sykepleiere, viste at skanning av dokumenter forekom i en rekke sykehjem. Informasjon som er skannet lagres elektronisk, men ikke som en integrert del av dokumentasjonen i Gerica. Skannede dokumenter inngår ikke som del av arbeidsprosessene i Oslo kommunes bruk av Gerica.

I Helse- og velferdsetatens samlerapport fra gjennomførte kvalitetsrevisjoner i sykehjem i 2008⁹⁰ stod det at en del sykehjem hadde flere, separate journaler som ble oppdatert hver for seg, og at det typiske eksemplet var papirbasert legejournal utenfor Gerica.

Vi har gått gjennom rapportene fra kvalitetsrevisjonene ved det enkelte sykehjem. I rapportene fra 15 sykehjem (av disse er 13 kommunale) ble det redegjort for at pasientjournalen ble ført delvis elektronisk, delvis på papir:

- Ved fem sykehjem ble legejournalen ført i papir og sykepleiejournalen elektronisk.
- Ved fem sykehjem ble legejournalen ført elektronisk og sykepleiejournalen i papir.
- Ved fem sykehjem ble det påvist at journal føres i papir og elektronisk, men uten at det ble henført hva slags journalopplysninger som ble lagret på hvilken måte.

I rapportene fra tre sykehjem ble det påpekt at journalopplysninger som skulle vært ført i Gerica, ble ført på papir enten fordi Gerica var nede, eller fordi bestillerkontoret ikke hadde registrert pasienten inn i Gerica. I disse tilfellene ble sykehjemmene anbefalt å sikre rask registrering inn i Gerica slik at samlet og oversiktlig journalføring per beboer ble sikret.

I noen rapporter fra kvalitetsrevisjoner ved sykehjem heter det at en bør sørge for at journalføring skjer i én kilde/ett sted:

”Virksomheten bør så snart som mulig registrere alle journaler i Gerica slik at all journalføring i hovedsak gjøres i én kilde.”⁹¹

”Virksomheten bør samordne journalføring i Gerica slik at all informasjon om en beboer er samlet i én kilde”.⁹²

I Sykehjemsetatens beredskapsplan⁹³ er det nedtegnet manuelle rutiner når Gerica er ute av drift. Under punktet om journaler står det at løpende rapport skal skrives i bok eller perm til Gerica fungerer igjen. Avdelingsleder eller merkantil konsulent har ansvaret for at dette blir ført inn i Gerica i ettertid.

Byrådsavdelingen og Sykehjemsetaten har utgitt ”IKT-strategi for Sykehjemsetaten 2009-2012”, og i strategien er det fremhevet som et tiltak med høyeste prioritet å sørge for bedre utnyttelse av

⁹⁰ Helse- og velferdsetaten: Rapport Kvalitetsrevisjoner i sykehjem 2008, datert 15.12.2008.

⁹¹ Fra kvalitetsrevisjonen ved St. Hanshaugen omsorgssenter.

⁹² Fra kvalitetsrevisjonen ved Villa Enerhaugen.

⁹³ Sykehjemsetaten (2009): *Overordnet beredskapsplan for Sykehjemsetaten*, vedlegg 6, side 4.

Gerica som journalløsning. Her går det frem av en statusbeskrivelse at ”kvaliteten på dokumentasjonen er varierende” og ”opplysninger og dokumentasjon blir liggende i papirjournal”.⁹⁴

6.3.2 Kryssreferanser

En samlet pasientjournal kan altså kombinere opplysninger lagret elektronisk og opplysninger på papir, forutsatt at journalinformasjonen bindes sammen med kryssreferanser. Som vi har sett, føres pasientjournalen delvis elektronisk, delvis på papir ved mange sykehjem. Dette utløser et krav om kryssreferanser.

Kommunerevisjonen har ikke gått inn i enkelt-saker i forbindelse med denne undersøkelsen. I det følgende baserer vi oss derfor på funn gjort i annen tilsyns- eller revisjonssammenheng.

Ikke i noen av rapportene fra kvalitetsrevisjoner ved sykehjem går det eksplisitt frem at kryss-henvisning mangler i pasientjournaler hvor det skulle vært på plass. Men i fem av rapportene fra disse kvalitetsrevisjonene (hvorav fire gjelder kommunale sykehjem) er det poengtert at ettersom journalen føres delvis elektronisk og delvis som papirjournal, skal det klart fremgå av begge hvilken dokumentasjon som føres i den elektroniske journalen og hvilken som føres som papirjournal. I rapporten for Lindeberg omsorgs-senter heter det i vurderingen at sykehjemmet

bør påse at det klart fremgår i begge kilder at det finnes ytterligere opplysninger om beboeren i andre kilder, samt hva som journalføres elektronisk og hva som journalføres manuelt i legejournaler og medisinkardex.

I vurderingen fra ytterligere en kvalitetsrevisjon heter det at ettersom journalen føres delvis elektronisk og delvis som papirjournal, skal det imidlertid klart fremgå av begge hvilken dokumentasjon som føres i den elektroniske journalen og hvilken dokumentasjon som føres som papirjournal.⁹⁵

⁹⁴ Se side 10 i IKT-strategien for Sykehjemsetaten.

⁹⁵ Helse- og velferdsetaten (2008): *Rapport fra revisjons-besøk ved Furuset sykehjem den 15.10.08.*

Helsetilsynet har ved flere anledninger konkludert med svakheter i journalføringen ved sykehjem i Oslo: Ved Økern sykehjem, Hovseterhjemmet og Rødvet sykehjem ble følgende funn og avvik påpekt:

Sykehjemmet sikrer ikke gjennom sin internkontroll at nødvendige og relevante pasientopplysninger blir dokumentert.⁹⁶

Ved Fagerborghjemmet ble følgende funn og avvik dokumentert:

Sykehjemmet sikrer ikke at nødvendige og relevante pasientopplysninger blir dokumentert samt oppbevart som en samlet journal.⁹⁷

For alle de fire sykehjemmene redegjør Helse-tilsynet for de svakheter i journalføringen vurderingene er basert på.

6.3.3 Opplysninger skal være tilgjengelige

Kommunerevisjonen har ikke gått inn i enkelt-saker i forbindelse med denne undersøkelsen. I det følgende redegjør vi derfor for opplysninger fra byrådsavdelingen og Sykehjemsetaten, samt funn gjort i annen tilsyns- eller revisjonssammenheng.

I IKT-strategi for Sykehjemsetaten 2009-2012⁹⁸, var det oppført en statusbeskrivelse under overskriften ”Utnytte dagens funksjonalitet i Gerica”:

Det er utviklet sentrale rutiner for bruk av Gerica på de fleste områder, men det er fortsatt enkeltområder hvor felles rutiner mangler eller er mangelfulle. Kvaliteten på dokumentasjon er varierende. Opplysninger og dokumentasjon blir liggende i papirjournal.

Ved Tåsenhjemmet ble følgende funn og avvik rapportert av Helsetilsynet:

⁹⁶ Tilsynet ved Økern sykehjem foregikk i perioden 10.09.2008 – 18.03.2009. Tilsynet ved Hovseterhjemmet foregikk i perioden 24.10.2008 – 04.02.2009. Tilsynet ved Rødvet sykehjem foregikk i perioden 13.03.2009 – 20.08.2009.

⁹⁷ Tilsynet ved Fagerborghjemmet foregikk i perioden 24.02.2009 – 19.05.2009.

⁹⁸ Datert desember 2008, og indeksert som ”LT-sak 04/09”.

Sykehjemmet har ikke et journalsystem som gir oversikt over og tilgang til nødvendig og relevante pasientopplysninger.⁹⁹

Ved Furuset sykehjem ble følgende funn og avvik rapportert av Helsetilsynet:

Journalene inneholder ikke alltid nødvendige og relevante opplysninger om pasientene og helsehjelpen som gis.¹⁰⁰

Ved Hovseterhjemmet ble følgende funn og avvik rapportert av Helsetilsynet:

Deler av sykepleiedokumentasjonen inneholdt ikke tilstrekkelig informasjon om pasientens tilstand og i liten grad hvordan beboeren skulle følges opp etter en akutt hendelse. Det manglet samsvar mellom sykepleie- og legedokumentasjon ved beslutning om HLR- i en av pasientjournalene, det fremgikk heller ikke om det hadde vært foretatt ny vurdering av HLR- og begrunnelsen for dette.¹⁰¹

Ved Økern sykehjem ble følgende funn og avvik rapportert av Helsetilsynet:

I halvparten av de gjennomgåtte pasientjournalene er ikke legedokumentasjonen kronologisk og fortløpende ført, og det mangler blant annet opplysninger om behandling og oppfølging etter sykehusinnleggelser. Deler av sykepleiedokumentasjonen inneholder ikke tilstrekkelig informasjon om hvilke behov/ problem pasienten har, hvilke observasjoner som skal gjøres, og hvilke tiltak som skal iverksettes eller effekten av disse. Det mangler samsvar mellom sykepleie- og legedokumentasjon ved akutte hendelser.¹⁰²

Ved Fagerborghjemmet ble følgende funn og avvik rapportert av Helsetilsynet:

Deler av sykepleiedokumentasjonen inneholdt ikke tilstrekkelig informasjon om pasientens tilstand herunder opplysninger om oppfølging og observasjon etter akutte hendelser. I flere av pasientjournalene manglet legedokumentasjon i forbindelse med behandling og oppfølging etter akutte hendelser. Det manglet samsvar mellom sykepleie- og legedokumentasjon ved akutte hendelser.¹⁰³

6.4 Vurdering

Mange sykehjem førte pasientjournalen delvis elektronisk og delvis på papir. Det kunne for eksempel dreie seg om at informasjon fra eksterne ble oppbevart på papir, eller at legejournalen eller sykepleierjournalen ble ført i Gerica, den andre på papir.

Når registreringer gjøres på papir fordi Gerica er nede eller av andre grunner ikke er tilgjengelig, er det viktig at opplysningene i ettertid registreres i Gerica, slik Sykehjemsetatens beredskapsrutine tilsier.

Både kommunens kvalitetsrevisjoner ved sykehjem i 2008, og tilsyn fra Helsetilsynet i 2007-2009 påpekte svakheter relatert til enhetlig journalbruk og samlet journalføring.

⁹⁹ Tilsynet ved Tåsenhjemmet foregikk i perioden 12.08.2008 – 10.12.2008.

¹⁰⁰ Tilsynet ved Furuset sykehjem foregikk i perioden 20.12.2006 - 07.05.2007.

¹⁰¹ Tilsynet ved Hovseterhjemmet foregikk i perioden 24.10.2008 – 04.02.2009.

¹⁰² Tilsynet ved Økern sykehjem foregikk i perioden 10.09.2008 – 18.03.2009.

¹⁰³ Tilsynet ved Fagerborghjemmet foregikk i perioden 24.02.2009 – 19.05.2009.

7. Oppsummering, konklusjon og anbefalinger

I det følgende oppsummerer vi de viktigste vurderingene i undersøkelsen i forhold til problemstillingene, konkluderer og gir våre anbefalinger.

7.1 Oppsummering

7.1.1 Hva har satsingen på Gerica kostet?

Basert på vårt anslag kostet satsingen på Gerica 274 millioner kroner i perioden 2002-2008. Det hefter usikkerhet ved anslaget. I 2008 kostet Gerica 63 millioner kroner. I forhold til pleie- og omsorgssektorens budsjett på i underkant av 7 milliarder kroner samme år, utgjorde Gerica-kostnaden litt under én prosent av pleie- og omsorgsbudsjettet dette året.

7.1.2 Er målene nådd?

Gerica er etablert som et sektorsystem for pleie- og omsorgssektoren med felles database. Undersøkelsen viser at

- funksjonaliteten i Gerica var betydelig videreutviklet og utvidet i perioden,
- bruken har økt betydelig i perioden etter 2003 gjennom tilrettelegging for at flere kunne ta i bruk Gerica blant annet gjennom betydelig utvikling av ny funksjonalitet.

7.1.3 Hva gjenstår?

Hva gjenstår før Gerica brukes og fungerer som opprinnelig forutsatt?

Infrastrukturkapasitet

Det var utfordringer knyttet til infrastrukturens kapasitet, både når det gjaldt tilgjengeligheten til periferiutstyr på tjenestestedene og overføringskapasitet.

Fra 2007 og videre fremover var det utfordringer med tilgang til og kapasitet i systemet. Nivået på utfordringene varierte, men var ofte betydelige. Så sent som høsten 2009 eksisterte det betydelige problemer med tilgang til nettet og lange responstider.

Ny funksjonalitet

Funksjonalitet knyttet til utveksling og overføring av informasjon internt gjennom håndholdte terminaler var under utprøving og innføring, mens funksjonalitet knyttet til utveksling av informasjon eksternt var betydelig forsinket på grunn av forhold som primært syntes å ligge utenfor Oslo kommune.

Økt bruk

Å oppnå økt bruk av sektorsystemet forutsetter tilrettelegging; så som tilgang til terminaler og andre former for infrastrukturkapasitet og utvikling av ny funksjonalitet.

Det var satset på ulike opplæringsformer, men mange opplevde at de trengte mer opplæring. Utfordringene var erkjent i Sykehjemsetaten som hadde kunngjort fem strakstiltak, hvorav to var rettet mot styrket IKT-opplæring og ett mot bredere kompetansekartlegging.

Gerica var ikke fullt ut tatt i bruk av de yrkesgruppene som skulle ha benyttet det, med unntak av sykepleierne som hadde svært høy andel brukere.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester hadde nøkkeltall om at tilgjengeligheten hadde økt og at man oppnådde spredning av Gerica-funksjonalitet på flere tjenestestede. Selv om byrådsavdelingen hadde indikasjoner på at målet om økt bruk var oppnådd, var kunnskapen om faktisk bruk mangelfull og ikke systematisert.

Enhetlig bruk

Undersøkelsen har synliggjort at bruken av Gerica ikke var enhetlig. Dette kan resultere i svakheter i styringsinformasjonen fra Gerica og kan også resultere i at pasientjournalføringen ikke er tilfredsstillende.

7.1.4 Er det gjort nok for å bøte på mangler?

Mye var gjort for å få Gerica på plass som sektorsystem. Men åtte år etter byrådets vedtak var det fremdeles utfordringer knyttet til

infrastrukturkapasiteten, kompetansen på Gerica og den faktiske bruken av systemet.

Det har gjentatte ganger i perioden fra 2006 vært varslet en byrådssak om status for IKT i pleie- og omsorgssektoren. Kontrollutvalget og bystyrets helse- og sosialkomité har merket seg at byrådssaken ville bli fremmet og har gjentatte ganger påpekt at det har gjenstått en del arbeid med Gerica og viktigheten av at utviklingsarbeidet fortsatte. Den bebudede byrådssaken var ikke avgitt per 09.09.2010.

7.2 Konklusjon

Gerica er etablert som sektorsystem i pleie- og omsorgssektoren. Det er krevende å innføre et omfattende IKT-system i en stor og sammensatt sektor med mange tjenestesteder, mange yrkesgrupper, og i yrker hvor IKT i liten grad har vært benyttet.

Mye er gjort for å få sektorsystemet på plass og tilpasset kommunens behov. Men utfordringene er fremdeles betydelige, særlig knyttet til infrastrukturens kapasitet og omfanget av og

kvaliteten på bruken av sektorsystemet. Etter Kommunerevisjonens vurdering er det behov for tiltak hvis sektorsystemet skal gi den gevinst byrådet forutsatte ved vedtaket om innføring av sektorsystemet i 2002.

7.3 Anbefalinger

Vi anbefaler byrådet å iverksette tiltak for å sikre tilstrekkelig infrastrukturkapasitet for og i sektorsystemet.

Byråden for helse og eldreomsorg anbefales å iverksette tiltak for

- å sikre at Gerica tas i bruk av de som bør bruke det,
- at bruken av sektorsystemet blir mest mulig enhetlig, slik at pålitelig styringsinformasjon kan hentes ut og pasientinformasjon gjenfinnes ved behov,
- å sikre kommunen tilfredsstillende kunnskap om Gericabruken, herunder informasjon om utviklingen i antall brukere, om bruken av ny funksjonalitet, og om bruken av systemet er enhetlig.

8. Uttalelser til rapporten

Rapporten ble sendt byrådet, byråden for helse og eldreomsorg, Helse- og velferdsetaten og Sykehjemsetaten til uttalelse den 01.07.2010. De tre bydelene som deltok i dybdeundersøkelsen mottok rapporten med mulighet for å avgi uttalelse. Uttalelser til rapporten ble mottatt i brev av

- 11.08.2010 fra Sykehjemsetaten
- 20.08.2010 fra Helse- og velferdsetaten
- 26.08.2010 fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester. Denne uttalelsen omfatter også svar på spørsmålene rettet til byrådet.

I det følgende redegjør vi for hovedpunkter i disse uttalelsene, med vekt på varslede tiltak og kommentarer til prosjektets metode og gjennomføring, og gir Kommunerevisjonens vurderinger av disse. De mottatte uttalelsene følger for øvrig i sin helhet som trykte vedlegg til denne endelige rapporten fra undersøkelsen.

8.1 Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

8.1.1 Byrådsavdelingens uttalelse

Byrådsavdelingen skriver at rapporten i stor grad bekrefter et bilde en kjenner seg igjen i, og at den har gitt noe ny kunnskap om bruken av Gerica.

Iverksetting av tiltak

Byrådsavdelingen redegjør for en rekke konkrete tiltak som enten er under innføring, vil bli innført, eller vurdert innført, på bakgrunn av rapportens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger:

Følgende tiltak vil bli gjennomført:

- Arbeidet med innføring av håndholdte terminaler i hjemmetjenesten pågår for fullt, og videreføres.
- Krav om økt bruk av Gerica vil bli lagt inn i lederkontrakter, men tidligst etter at ”infrastrukturprosjektet” (se nedenfor) har begynt å gi synlige resultater.

- Krav om opplæring i Gerica-rutiner og oppfølging av at rutinene blir fulgt vil bli lagt inn i lederkontrakter – tidligst i kontraktene for 2011.
- Noen av målepunktene som ble benyttet i årene da økt bruk og enhetlige rutiner var hovedfokusområdet, vil bli revitalisert – kan sannsynligvis gjennomføres i 2010.
- Kontroll av at gjeldende rutiner blir fulgt, vil bli lagt inn i Helse- og velferdsetatens kvalitetsrevisjoner – kan gjennomføres fra 2011.

Følgende mulige tiltak vil bli nærmere vurdert:

- Ta i bruk en løsning (E-rom) som gjør det mulig å benytte Gerica til dokumentasjon og informasjonsinnhenting i møte med den enkelte beboer i sykehjemmene og boligene – her kan en begrenset utprøving tidligst skje i 2011, med en eventuell innføring tidligst i 2012-2013.
- Å iverksette et arbeide med å definere klarere kvalitetskrav til og rammer for hvordan arbeidet innenfor pleie- og omsorgsområdet skal utføres og organiseres – kan eventuelt utføres i 2011 med implementering i 2012.

Vedrørende prosjektets gjennomføring og metode

Byrådsavdelingen skriver at den ikke har kommet tarer til forhold av betydning for konklusjonene i rapporten.

Det blir påpekt at arbeidet med rapporten har tatt lang tid, at mange personer har vært involvert i arbeidet med undersøkelsen og at deres kunnskapsnivå har vært varierende. Samlet sett har dette gjort at nøkkelpersoner i EST-sektoren har måttet brukt mye tid på undersøkelsen.

I uttalelsen skriver byrådsavdelingen at den er usikker på om revisjonskriteriene har bidratt til å belyse problemstillingen *Hva har kommunen fått ut av satsingen – er målene nådd?* i så stor grad som ønskelig, og begrunner dette med at det er lagt til grunn kriterier som belyser noen

forutsetninger for gevinster, men ikke revisjonskriterier som bidrar til å belyse hvilke gevinster som faktisk er oppnådd.

Byrådsavdelingen skriver at store deler av faktabeskrivelsen i rapporten består av sitater fra ulike rapporter og styringsdokumenter. Byrådsavdelingen mener at dette gir sikkerhet for at enkeltopplysninger er korrekte, men ikke tilsvarende sikkerhet for at rapporten gir et korrekt bilde av helheten; ”fakta om relativt marginale problemstillinger kan være viet forholdsvis stor oppmerksomhet mens mer grunnleggende problemstillinger bare så vidt kan være nevnt”, heter det i uttalelsen.

Svar på spørsmål rettet til byrådet

I uttalelsen vises det til at det pågår et helhetlig arbeid i kommunen knyttet til IKT-infrastruktur. I den sammenheng nevnes at det våren 2010 ble anskaffet nødvendige Citrix-lisenser for å sikre tilgang til nett, og nytt SAN som har ført til bedre kapasitet og ytelse. Videre er det i perioden 2010-2012 bevilget midler for å foreta vurdering av nødvendige tiltak knyttet til kommunens sentrale IKT-infrastruktur, heter det i uttalelsen.

Byrådsavdelingen skriver at det i disse dager gjennomføres en ekstern kvalitetssikring av et prosjekt hvor det foreslås tiltak knyttet til 1) PC, skrivere og periferi, 2) nettverks- og kommunikasjonsløsninger, 3) sikkerhetssoner og systemtekniske sikkerhetsløsninger, 4) sentrale serverløsninger, 5) integrasjonsløsninger. ”Disse områdene vil på ulike måter bidra til å sikre infrastrukturkapasiteten til sektorsystemet Gericabruken” heter det i uttalelsen.

Tidsperspektivet på dette arbeidet er at analyse og utredning foretas i siste halvdel av 2010 og noe ut i 2011, og at iverksetting og gjennomføring av tiltak vil foregå i perioden 2011 og ut 2012. Eventuelle ytterligere tiltak på bakgrunn av Kommunerevisjonens anbefaling til byrådet må vurderes i sammenheng med det arbeidet som kommunen utfører på IKT-infrastruktur-

området i disse dager. I kjølvannet av dette arbeidet vil det bli iverksatt tiltak, heter det i uttalelsen.

8.1.2 Kommunerevisjonens vurdering

Iverksetting av tiltak

Vi merker oss byrådsavdelingens redegjørelse for tiltak som vil bli iverksatt, eller vurdert iverksatt, og for det pågående arbeidet knyttet til IKT-infrastrukturkapasitet generelt i kommunen.

Tiltakene synes relevante for å bidra til tilstrekkelig infrastrukturkapasitet, for å bidra til at Gericabruken tas i bruk av de som bør bruke det, for å bidra til at bruken av sektorsystemet blir mest mulig enhetlig, og for å bidra til tilfredsstillende kunnskap om Gericabruken, jf Kommune-revisjonens fire anbefalinger.

Vedr prosjektets gjennomføring og metode

Byrådsavdelingen påpeker at kriterier som er lagt til grunn for problemstillingen *Hva har kommunen fått ut av satsingen – er målene nådd?* belyser forutsetninger for gevinster, ikke faktiske gevinster – og uttrykker i den sammenheng en usikkerhet knyttet til om problemstillingen er belyst i så stor grad som ønskelig. Vi har forståelse for at informasjon om faktiske gevinster av Gericabruken hadde vært nyttig. Kommunerevisjonens ambisjon i denne sammenheng har vært å vurdere om sentrale forutsetninger for gevinster, slik de fremkom i byrådssak 1380/2002, er på plass.

Byrådsavdelingen kommenterer at store deler av faktabeskrivelsen i rapporten består av sitater fra ulike rapporter og styringsdokumenter fra Prosit. Vi vil understreke at faktaene favner langt videre enn dette, noe vi mener fremgår både av rapportens faktabeskrivelse og av rapportens metodevedlegg.

8.2 Helse- og velferdsetaten

Etaten skriver at den har bistått i utarbeidningen av byrådsavdelingens svar, at den slutter seg til dette svaret og for øvrig ikke har kommentarer til rapporten.

8.3 Sykehjemsetaten

8.3.1 Etatens uttalelse

Sykehjemsetaten stiller seg i all hovedsak bak Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger. Etaten skriver at rapportens innhold og beskrivelser er nyttig læring. Oppsummering og anbefalinger favner vidt og oppleves som generelle. Etaten opplever det som positivt at de delene av rapporten som særskilt beskriver forhold i etaten, er i overensstemmelse med områder som etaten allerede arbeider systematisk med, og områder etaten er klar over bør settes ytterligere i system.

Iverksetting av tiltak

Sykehjemsetaten skriver at etatens IKT-strategi er styrende for etatens prioriteringer. Etaten nevner for øvrig følgende tiltak:

- Etaten prioriterer å anskaffe og skifte ut IKT-utstyr i sykehjemmene innenfor rammen for drifts- og investeringsmidler.
- Etaten ferdigstiller høsten 2010 overordnede føringer for prioriteringer av opplæring og enhetlig bruk av de IKT-program som etaten benytter.
- Det jobbes med å få innført Gerica i ni ikke-kommunale sykehjem.
- Etaten er i ferd med å innføre et elektronisk kvalitetssystem i kommunale sykehjem.
- Etaten vil vurdere å gjennomføre en ny kartlegging av bruken av Gerica bl.a. for å belyse forhold som kom frem i Kommunerevisjonens dybdeundersøkelse i seks sykehjem.
- Etaten vil iverksette tiltak som innebærer jevnlig kontroll for å følge med i endringer i bruk av Gerica.

Sykehjemsetaten opplyser at pågående tiltak vil bli videreført. For nye tiltak vil aktiviteter skje fra 2011.

Vedr prosjektets gjennomføring og metode

Sykehjemsetaten skriver at utvalget på seks sykehjem oppfattes som lite. Etaten skriver

videre at det ville gitt et mer utfyllende bilde om etatens administrasjon hadde blitt intervjuet. Etaten synes det var uheldig at dybdeundersøkelsen ble gjennomført midt i ferieavviklingen i 2009, særlig i lys av at det så tok et år før rapporten kom på høring.

Sykehjemsetaten skriver at det hadde vært både nyttig og interessant med et større fokus på kostnader i undersøkelsen. Basert på kontakt med brukere av systemet skriver etaten videre at en har erfart Gerica som ”tregt”, ”tungvint” og ”mange klikk for å finne frem”, og mener ”nyere datasystemer er gjerne mer brukervennlige og intuitive”. Dette er en problemstilling Sykehjemsetaten savner i Kommunerevisjonens undersøkelse.

8.3.2 Kommunerevisjonens vurdering

Iverksetting av tiltak

Vi merker oss at Sykehjemsetaten oppgir at pågående tiltak videreføres og at nye vil bli iverksatt. Tiltakene synes relevante både i forhold til infrastrukturens kapasitet, innsats for enhetlig bruk og oppfølging av faktisk bruk.

Vedr prosjektets gjennomføring og metode

Sykehjemsetatens innspill om at utvalget på seks sykehjem er lite, synes å bygge på en misforståelse. I den endelige rapporten fra undersøkelsen har vi justert metodevedlegget slik at det ikke skal herske tvil om at undersøkelsen både er basert på dybdeundersøkelsen som omfattet seks sykehjem der mer enn 380 ansatte gav skriftlig svar, og på en breddeundersøkelse blant mer enn 240 avdelingssykepleiere fordelt på alle de kommunale sykehjemmene og syv av de ti private sykehjemmene som hadde tatt Gerica i bruk. I tillegg er det hentet fakta fra en rekke andre kilder, jf metodevedlegget.

Årsaken til at etatens administrasjon ikke ble intervjuet i forbindelse med undersøkelsen, var at vi ønsket å undersøke bruken av Gerica ute på tjenestestedene. I den sammenhengen fant vi det mest hensiktsmessig å innhente førstelinjebrukernes erfaringer fremfor å hente

inn erfaringene fra administrasjonen sentralt. Men vi er klar over at sykehjemsetatens administrasjon også er *bruker av Geric*a i form av å ta ut styringsrapporter, vidererapportere statistikk, planlegging av kapasitet, uttak av grunnlag for fakturering og en rekke andre forhold. Innenfor disse områdene har Kommunerevisjonen i denne omgang gjort mer avgrensede undersøkelser knyttet til om funksjonaliteten var der.

I lys av at det har tatt så lang tid å utarbeide rapporten, ser vi at det kan oppfattes som uheldig at undersøkelsen ble gjennomført midt i den hektiske ferieavviklingen sommeren 2009. På det tidspunktet visste vi imidlertid ikke at det skulle gå lang tid før rapporten var klar for utsendelse. Videre er det jo slik at ferieavvikling medfører økt risiko som sykehjemmene må håndtere. Det gjør at undersøkelser i slike perioder kan være både relevant og viktig.

Kommunerevisjonen har i denne, som i alle våre undersøkelser, måttet foreta avgrensninger i undersøkelsens fokus. Det er ikke tvil om at det finnes Gericarelaterte problemstillinger som kan være både viktige og nyttige å få belyst, som bare så vidt er berørt i den foreliggende rapporten, eller ikke er berørt i det hele tatt.

8.4 Avsluttende vurdering

Etter Kommunerevisjonens vurdering er det i uttalelsene fra byrådsavdelingen og Sykehjemsetaten varslet relevante tiltak i forhold til rapportens fire anbefalinger.

Å sikre tilstrekkelig infrastrukturkapasitet er en kritisk faktor for tilfredsstillende bruk av Geric. Vi har særlig merket oss uttalelsen om at det helhetlige arbeidet som pågår i kommunen knyttet til IKT-infrastruktur, vil bidra til å sikre infrastrukturkapasiteten til sektorsystemet Geric, og at dette arbeidet har et tidsperspektiv ut 2012.

Referanser

Her gjør vi rede for sentrale dokumenter mv. som det er vist til i rapporten. Dette er ikke en fullstendig oversikt over det kildematerialet som er benyttet.

a) Referanser fra Oslo kommune

Byråden for finans og utvikling (2009): IKT-sentraliseringen i bydel Gamle Oslo – Spørsmål fra Ivar Johansen (SV), notat til finanskomiteen, datert 29.10.2009.

Byrådet (2009): *Budsjettforslag 2010*, Sak 1.

Byrådsavdeling for eldre og bydelene (2002): *Innføring av sektorsystem på pleie- og omsorgsområdet for Oslo kommune - Forprosjektrapport*. 29.01.2002, versjon 1.0

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester (2008): *IKT – Strategi for bydelssektoren 2009 - 2012*, Versjon 1.1 23.10.2008

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester og Sykehjemsetaten (2008): *IKT – Strategi for Sykehjemsetaten 2009 - 2012*, Versjon 0,999 desember 2008, men også angitt som LT-sak 04/09.

Byrådssak 1062/2002 av 07.02.2002 *Ny strategi for informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT-strategi) for Oslo kommune 2002 – 2005*.

Byrådssak 1380/2002 av 18.07.2002: *IKT-sektorsystem i pleie- og omsorgssektoren*.

Helse- og velferdsetaten (2010): *Samlerapport for kvalitetsrevisjoner ved bestillerkontor og utfører av hjemmetjeneste 2009*, udatert.

Helse- og velferdsetaten (2009): *Rapport - sammenstilling av resultater fra kvalitetsrevisjoner, registrering av objektive indikatorer og brukerundersøkelser i sykehjem, hjemmetjeneste og bestillerkontorer*: mai 2009.

Helse- og velferdsetaten (2009): *Sikkerhetspolicy for Geric*, versjon 1.0, udatert, men i ”egenskaper” står dateringen 19.05.2009.

Helse- og velferdsetaten (2008): *Rapport Kvalitetsrevisjoner i sykehjem 2008*, datert 15.12.2008.

Helse- og velferdsetaten (2008): *Rapport Kvalitetsrevisjoner ved bestillerkontorene 2008*, datert 15.12.2008.

Helse- og velferdsetaten (2008): *Rapport Kvalitetsrevisjoner i hjemmetjenesten 2008*, datert 15.12.2008.

Helse- og velferdsetaten (2008): *Tilbudsinnbydelse åpen anbudskonkurranse for kjøp av konsulenttjenester i forbindelse med gjennomføring av kvalitetsrevisjoner av sykehjem, hjemmetjenesten og bestillerkontorene i Oslo kommune i 2008*.

Kommunerevisjonen (2009): *Forebygging og reduksjon av sykefravær i Sykehjemsetaten*, rapport 15/2009

Kommunerevisjonen (2008): *Kvalitet i sykehjem – Nordseterhjemmet*, rapport 9/2008

Kommunerevisjonen (2007): *Leveranse og journalføring i hjemmesykepleien*, rapport 15/2005.

Kommunerevisjonen (2006): *Innføring av Gerica i to bydeler i Oslo kommune*, rapport 2/2006.

Kommunerevisjonen (2004): *Gerica i pleie- og omsorgssektoren*, rapport 24/2004.

Sykehjemsetaten (2008): *Gerica*, manual for ansatte, 08.04.2008, [http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20\(SYE\)/Internett%20\(SYE\)/Dokumenter/Undervisningssykehjemmet/Gerica%20oppl%C3%A6ring%20080408%5B1%5D.doc](http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20(SYE)/Internett%20(SYE)/Dokumenter/Undervisningssykehjemmet/Gerica%20oppl%C3%A6ring%20080408%5B1%5D.doc)

Sykehjemsetaten (2009): *Overordnet beredskapsplan for Sykehjemsetaten*, 17.06.2009.

b) Eksterne referanser

Andersen, K.M., B. Laastad, S.O. Songstad og A. Ølnes (2006): *Veileder i forvaltningsrevisjon*, Trondheim.

Asplan Viak og Kaupangen (2009): *Gjennomgang av bydelenes hjemmetjenester*, sluttrapport 07.07.2009.

Helsedirektoratet (2009): *Tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter – Forslag til minstekrav til EPJ-systemer*, utkast per 08.01.2009.

Helsetilsynet (2009): *Rapport fra tilsyn med nødvendig helsehjelp til akutt og/eller kritisk syke pasienter ved Fagerborghjemmet*, Helsetilsynet i Oslo og Akershus.

Helsetilsynet (2009): *Rapport fra tilsyn med Hovseterhjemmet*, Helsetilsynet i Oslo og Akershus.

Helsetilsynet (2009): *Rapport fra tilsyn med helsehjelp til akutt og/eller kritisk syke pasienter ved Rødtvet sykehjem*, Helsetilsynet i Oslo og Akershus.

Helsetilsynet (2009): *Rapport fra tilsyn med nødvendig helsehjelp til akutt og/eller kritisk syke pasienter ved Økern sykehjem*, Helsetilsynet i Oslo og Akershus.

Helsetilsynet (2009): *Rapport fra tilsyn med helsetjenester til pasienter i hjemmesykepleien i Oslo kommune bydel Gamle Oslo*, Helsetilsynet i Oslo og Akershus.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008): *Strategiplan - Samspill 2.0 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013*.

Information Systems Audit and Control Association (2002-2003): *Temahefte 1 "Prosjektstyring og kontrollhandlinger"*, Standardkomiteen, ISACA Norway Chapter.

IT Governance Institute (2007): *Cobit 4.1*, ISBN 1-933284-72-2, Rolling Meadows, Illinois, USA

Kompetansesenter for IT i helsevesenet AS (2003): *Introduksjon til kravspesifikasjon: Elektronisk dokumentasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten*, publisert i Rapport 16/03

Kompetansesenter for IT i helsevesenet AS (2003): *Detaljerte tekniske krav til tjenstedokumentasjonen*, publisert i rapport Rapport 18/03

KPMG (2008): *IKT-styring i Oslo kommune*, KPMG advisory, datert 13.10.2008.

Pricewaterhousecoopers (2010): *Kompetansekartlegging og kompetansehevingsplan for norsk og IKT i Sykehjemsetaten*, Oslo 20. januar 2010

Senter for statlig økonomistyring, (2006). Veileder i samfunnsøkonomisk analyse og gevinstrealisering av IKT-prosjekter.

Tietoenator (2006): *Sykehjemsreformen – Oslo kommune Forprosjektrapport*, versjon 0.8, 04.10.2006.

Tabelloversikt

Tabell 1 Elementer i kostnadsberegningen og kilder til tallfesting.....	14
Tabell 2 Anslått kostnad for Geric siden 2002, omregnet i mill. 2008 kroner	15
Tabell 3 Gericakostnader i 2008 per PC og bruker.....	16
Tabell 4 Liste over mulige kostnadsvirkninger av IKT-prosjekter	66
Tabell 5 Totale kostnader med Geric 2002 - 2008	70

Vedlegg 1: Metode og gjennomføring

De sentrale elementene i prosjektets metode er hentet fra standard for forvaltningsrevisjon: Med utgangspunktet i tema og problemstillinger som lå i oppdraget fra kontrollutvalget, utledet vi relevante revisjonskriterier. Deretter kartla og beskrev vi ulike sider ved bruken og forvaltningen av Gerica som sektorsystem. Faktabeskrivelsen ble så vurdert med utgangspunkt i revisjonskriteriene med fokus på avvik/sammenfall. Dette ledet frem til konklusjoner og anbefalinger.

Prosjektet ble formelt startet ved utsendelse av oppstartsbrev til daværende byråd for eldre og sosiale tjenester 21.04.2009 og til Sykehjemsetaten og Helse- og velferdsetaten 22.04.2009. Det ble gjennomført oppstartsmøte med Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, Sykehjemsetaten og Helse- og velferdsetaten 07.05.2009. I et møte 28.05.2009 presenterte Kommunerevisjonen og konsultentselskapet Pharos utkast til revisjonskriterier. Den øvrige møtevirksomheten i prosjektet fremgår av tabellen nedenfor, se punkt 3 i dette vedlegget.

De tre bydelene Bydel Grünerløkka, Bydel Vestre Aker og Bydel Østensjø ble valgt ut til å delta i dybdeundersøkelser, se nærmere nedenfor i dette vedleggets punkt 4 og 5. Utvelgelsen til dybdeundersøkelsen ble valgt ut ved en kombinasjon av tilfeldig uttrekk og at Kommunerevisjonen tok hensyn til pågående revisjoner og ønsket å unngå stor belastning på bydeler som allerede var tungt involvert i andre av Kommunerevisjonens undersøkelser.

Datainnsamlingen ble hovedsakelig gjort i perioden mai - desember 2009, og med noen supplerende innhentinger av dokumenter frem til mars 2010.

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

Kommunerevisjonens og Pharos' foreløpige faktabeskrivelse og foreløpige vurderinger ble i et møte 15.09.2009 presentert for Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester Sykehjemsetaten, Helse- og velferdsetaten og de tre bydelene som var utvalgt for dybdeundersøkelse.

Følgende datainnsamling er utført

1. Dokumentgjennomgang
2. Maskinelle optellinger
3. Møter
4. Telefonintervjuer
5. Dybdeundersøkelser: Spørreundersøkelser til seks utvalgte sykehjem
6. Dybdeundersøkelser: Spørreundersøkelser til hjemmesykepleien i tre bydeler
7. Breddeundersøkelse, spørreskjema til avdelingssykepleiere i sykehjem og bydeler
8. Beregninger av kostnadsvirkninger ved innføring og drift av Gerica

1. Dokumentgjennomgang

En stor mengde dokumenter er gjennomgått i forbindelse med undersøkelsen (totalt nærmere 200 dokumenter):

- Byrådets budsjettforslag for årene 2002-2010.
- Byrådsavdelingens tildelingsbrev til Sykehjemsetaten 2007-2009, og til Helse- og velferdsetaten 2005 og 2007-2009.

- Diverse møteinnkallinger, referater, statusrapporter, kvartalsrapporter, sluttrapporter, prosjektdirektiver fra styringsgruppemøtene i prosjektet Prosit (og etter at Prosit ble fast "prosjekt" i Helse- og velferdsetaten) i tiden 2002-2008.
- Årsmeldinger fra Sykehjemsetaten og Helse- og velferdsetaten og diverse bydeler.
- Forprosjektrapport fra Byrådsavdeling for eldre og bydelene 2002 "Innføring av sektorsystem på pleie- og omsorgsområdet for Oslo kommune"
- I tillegg har vi sett på responstidsmålinger for innlogginger i Gerica, informasjonsstrategi for Prosit, kartlegging av bydelers og sykehjems ønsker for Gerica, rutiner for brukeradministrasjon og tildeling av roller, diverse brukermanualer og systemadministrasjonsmanualer, forventede kunnskaper hos superbruker/sykepleier, diverse sjekklister og rutiner for ulike funksjoner og ansattegrupper, metoder og prinsipper for dokumentasjon i Gerica, "innføringstrappen", diverse notater og dokumenter i forbindelse med etablering av Sykehjemsetaten og sammenslåingen av Gerica til én database, presentasjoner fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester til ledere om ny IKT-strategi, elektronisk meldingsutveksling m.m., forprosjektrapport og prosjektplan meldingsutveksling fastlegene/Aker sykehus, diverse dokumenter om skalering av ny Gerica-plattform 2008, og diverse dokumenter om pilotprosjektet med håndholdte terminaler 2008-2009.

2. Maskinelle opptellinger

Prosit i Helse- og velferdsetaten har jevnlig undersøkt bruken av Gerica ved å telle antallet journaler som var blitt nyopprettet eller endret¹⁰⁴. Hver endring blir loggført som en "ny" journal. Antallet "nye" journaler har vært anvendt som et måltall for bruk, særlig i forbindelse med innføring av ny funksjonalitet, ref. kapittel 5.3.2. I de senere år er det årlig, med referanse andre uken i september, gjennomført målinger for antallet "nye" journaler. I forbindelse med denne revisjonen tok Prosit i Helse- og velferdsetaten ut måltall fordelt på bydel, justert for antallet brukere i bydel, for enkelte journaler."

Vi mener at opptellinger av antallet journaler, f. eks. per journaltype og per bydel gir et godt uttrykk for aktiv bruk av Gerica. Vi har justert antall journaler i forhold til antallet brukere/tjenestemottakere, slik at bydelens størrelse eller ulike demografiske forhold ikke skal spille inn i vurderingene. Bydelene har sett resultatene av disse "systemanalysene" og har kommet med enkelte bidrag som forklarer forskjellene i bruk fra en bydel til en annen.

¹⁰⁴ I prinsippet er det ikke tillatt å endre eksisterende tekst i en pasientjournal, men man kan føre inn tilleggstekst som retter opp informasjonen. I denne rapporten kaller vi likevel slike tilføyelser i eksisterende journaler som endringer.

3. Møter

Møte med	Formål	Tid – sted	Deltakelse fra	
			Pharos	KRV
EST, HEV, SYE	Oppstartsmøte	07.05.2009 ESTs lokaler	Ja	Ja
EST, HEV, SYE	Revisjonskriterier	28.05.2009 ESTs lokaler	Ja	Ja
HEV/Prosit	Analyser av Gericadatabasen	05.06.2009 HEV lokaler	Ja	Ja
Sykehjemsetaten	Drøfte forslag til spørreskjema for sykehjem	16.06.2009 SYEs lokaler	Ja	Nei
Bydel Vestre Aker	Informasjon	17.06.2009 Pharos	Ja	Ja
Bydelene Østensjø og bydel Grünerløkka	Informasjon	22.06.2009 Pharos' lokaler	Ja	Ja
HEV/Prosit	Analyser av basen, detaljer	25.06.2009 HEV lokaler	Ja	Ja
Bydelene Vestre Aker, Østensjø og Grünerløkka	Kvalitetssikring av intervjuguide/spørreskjema, prosess og metode	14.07.2009 Pharos' lokaler	Ja	Nei
EST/Bydel Nordre Aker/Bydel St. Hanshaugen	Innhenting av synspunkter på KRVs måte å beregne kostnader på	25.08.2009	Nei	Ja
EST	Kvalitetssikring Pharos forståelse av underlagsdok mv	08.09.2009	Ja	Nei
EST/HEV/SYE/Bydelene Vestre Aker, Østensjø og Grünerløkka	Faktafremleggelse	15.09.2009 Oslo rådhus	Ja	Ja
EST/HEV	Mer faktafremleggelse	06.10.2009 ESTs lokaler	Ja	Ja
EST/HEV/SYE/Bydelene Vestre Aker og Grünerløkka	Forhåndspresentasjon av rapporten før den ble sendt til uttalelse	24.06.2010 ESTs lokaler	Ja	Ja

4. Telefonintervjuer

Leder/personalansvarlig for hjemmetjenestedelen ved bestillerkontorene ble intervjuet på to ulike måter. I juli 2009 ble lederne for bestillerkontorene i de tre utvalgte bydelene Østensjø, Vestre Aker og Grünerløkka intervjuet per telefon. Disse hadde også tidligere deltatt på orienteringsmøte i Pharos, og enkelte hadde også deltatt i kvalitetssikringen av spørreskjema til hjemmesykepleien.

Intervjuene ble brukt til å gjennomgå hvilke funksjonsområder som ble brukt av bestillerkontor. Intervjuene ble også brukt til å få frem sentrale utfordringer ved bruken av Geric, samt få innsikt i rutinene på bestillerkontor, med vekt på forholdet mellom bruk av underlagsdokumenter på papir og elektroniske underlagsdokumenter. Intervjuene ble videre brukt til å spisse spørsmålene til førstelinjelederne i de øvrige 12 bydelene.

Følgende punkter var med på intervjueskjemaet:

- Gjennomgang av funksjonsområder i bruk i bestillerkontor/hjemmesykepleie. Intervjuene viste noe av det samme som for de tre bydelene, dvs at Prosit-oversiktene først og fremst er oversikter over hva som er innført, ikke hva som er i bruk. Oversikt over korrigeringer ligger i prosjektperm, men vi har lagt bydelenes ”offisielle svar” til Prosit til grunn for våre oversikter.
- Et åpent spørsmål om hvilke utfordringer man så i bruken av Geric
- Tidstap i forbindelse med manglende tilgang til Geric, dersom dette var med i vurdering av utfordringer/problemer: Vi bad om anslag for tapt arbeidstid per medarbeider i bestillerkontor per uke
- Eksempler på rutiner som viste forholdet mellom bruk av papirbasert informasjon og elektronisk informasjon i Geric (disse ble brukt til å skaffe innsikt i rutinene på bestillerkontor og fremkommer i beskrivelsene av bestillerkontor). Disse er kvalitetssikret av representanter for de tre bydelene og informasjonsmøter med de reviderte.

Intervjuene ble foretatt medio august 2009. De varte fra 20 minutter til en drøy time. Det vanlige var ca en ½ time. Kvalitetssikring av intervju: Svar på spørsmål 2 og 3 er kvalitetssikret ved å sende svar på e-post og be om bekreftelse på om våre registreringer (fortsatt) oppfattes som korrekte.

5. Dybdeundersøkelser: Spørreskjema til seks utvalgte sykehjem

Alle de seks sykehjemmene lå geografisk innenfor de tre bydelene hvor det ble gjort dybdeundersøkelser i hjemmesykepleien. Vi ønsket at utvalget skulle omfatte både sykehjem med utkontraktert drift og kommunal drift, og en blanding av små og store sykehjem. Utvalget ble drøftet med Sykehjemsetaten som påpekte at ett av de opprinnelig utvalgte sykehjemmene (Oppsalhjemmet) nettopp hadde skiftet operatør, og at undersøkelse der kunne bli påvirket av at driftsoperatøren var i en innføringsfase. Derfor ble Oppsalhjemmet byttet ut med Langerud sykehjem.

Dybdeundersøkelsen omfattet følgende sykehjem: Grünerløkka sykehjem, Paulus sykehjem, Hovseterhjemmet, Vinderen bo- og servicesenter, Langerud sykehjem og Abildsø bo- og rehabiliteringssenter. Dette utgjorde fire kommunalt drevne, og to privatre drevne etter utkontraktering. Ifølge Sykehjemsetatens nettside per 30.06.2010 er det til sammen 50 sykehjem i Oslo, hvorav 29 kommunale og 21 private/konkurransesatte.

Undersøkelsen ble distribuert til tjenestestedene fra 20.07 til 20.08.2009. Spørreundersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av papirskjema distribuert og administrert av representanter for sykehjemmene.

Metode

Ferieavvikling gjorde at man unntok fra undersøkelsen medarbeidere som hadde vikariater under tre måneder. Det viste seg imidlertid at denne kategorien var liten, unntatt på Grünerløkka sykehjem, der den var så høy at man fant det best å gjenta undersøkelsen der. Det er resultatene for undersøkelse nr 2 for Grünerløkka sykehjem som ligger til grunn for analysene her. Paulus sykehjem gjennomførte undersøkelsen noe forskjøvet i tid i forhold til de andre. Dette sykehjemmet hadde kun brukt Gerica en måneds tid da undersøkelsen ble gjennomført. Dette kan trekke gjennomsnittstallene for bruk noe ned. Dersom andelen pleieassistenter, som bruker Gerica noe mindre enn andre, er større i ferier enn ellers, vil også dette trekke gjennomsnittlig bruk for alle grupper ned. Resultatene for de enkelte medarbeidergrupper er mer robuste for feriefaktoren. Resultatene er brutt ned på fire medarbeiderkategorier:

- Lederteam
- Sykepleier
- Hjelpepleier
- Pleieassistenter

I en foreløpig presentasjon av resultater fra undersøkelsen der representanter for sykehjem og Sykehjemsetaten deltok, 15.09.2009, ble ulikheter i arbeidsform, brakt inn som en grunn til at man fikk en liten andel som bruker Gerica hver dag, var at man ofte sitter i en gruppe når det tastes inn i Gerica. Fordi en person taster inn for alle, vil det si at få vil krysse av for daglig bruk – selv om den helsehjelp de har gitt er registrert i Gerica.

Det ble også vist til at Gerica brukes ulikt fra tjenestested til tjenestested. Ved ferieavvikling er det mange som ikke arbeider på sitt vanlige arbeidssted.

Det er en stor utfordring for vurdering av og krav til bruk i sykehjem at vi har få holdepunkter for å vurdere hva akseptabel eller tilstrekkelig bruk er. Vi har derfor lagt vekt på funksjonsområder som er i bruk i pleiesituasjonen og dokumentasjon av dem.

Mål

Målet med spørreundersøkelsen var å kartlegge bruken av Gerica blant medarbeidere i sykehjem: både hvor ofte de ulike funksjonsområdene ble brukt, og hvor ofte og av hvilke kategorier medarbeidere.

Prosess for kvalitetssikring og gjennomføring:

- Utkast til spørreskjema ble utarbeidet av Pharos og kvalitetssikret¹⁰⁵
- Kvalitetssikring fra Prosit i Helse- og velferdsetaten og fra representanter for Sykehjemsetaten samt to sykehjem (Ryen og Tåsen som var med å kvalitetssikre et tidligere utkast til spørreskjema ved at ulike medarbeidergrupper ble bedt om å svare på og kommentere spørreskjemaet)

¹⁰⁵ Selv om begreper/ordvalg ble søkt tilpasset respondentene, tydet testene av skjemaet på at mange respondenter ikke var fortrolig med terminologien, også på grunn av språkproblemer, kfr Kommunerevisjonens rapport om forebygging og reduksjon av sykefravær i Sykehjemsetaten, kap. 5.1.. I tillegg til å kunne virke negativt inn på resultatene av spørreundersøkelsen, tyder det også på at Gerica med tilhørende terminologi ikke er allemannseie blant aktuelle brukere av Gerica.

- De utvalgte sykehjemmene gjennomførte med høy deltakelse. Undersøkelsen omfattet alle ansatte som var på vakt i de aktuelle sykehjemmene i to døgn og omfattet alle tre vaktskiftene. En andel medarbeidere arbeidet begge døgn, og antallet som ble omfattet av undersøkelsen er derfor lavere enn antall vakter i perioden.
- Utvalget av sykehjem var tilfeldig utover hensynet til geografisk spredning i de tre bydelene, størrelse og driftsform

6. Dybdeundersøkelser: Spørreskjemaundersøkelse til hjemmesykepleien i tre bydeler

Undersøkelsene ble gjennomført i uke 34 og 35. De største utfordringene med avvikling av sommerferie var da overkommet, og svarprosenten var høy, se rapportteksten. Spørreskjemaet er vedlagt.

Mål

Målet med denne spørreundersøkelsen var det samme som for undersøkelsen i sykehjem.

Spørreskjemaet fra sykehjem var stammen for det nye skjemaet. Det ble foretatt tilpasninger og kvalitetssikring i møter med bydelene og på e-post, se prosess.

Resultater: se fordeling mellom medarbeidergrupper samlet og per gruppe i vedlegget

”Brukerundersøkelse i hjemmesykepleie – resultater”. Enkelte av disse resultatene trekkes fram og kommenteres særskilt i rapporten. Her vil også Pharos vurderinger framgå.

Metode

Undersøkelsene ble gjennomført i de tre bydeler som var pekt ut spesielt i forbindelse med denne revisjonen. Det var ingen føringer på dette utvalget av bydeler bortsett fra geografisk spredning samt ønsker om å unngå andre bydeler som nylig var revidert i andre sammenhenger. Fordi bydelene hadde en viss grad av samorganisering mellom hjemmesykepleie, praktisk bistand og andre tjenester, var det tett kontakt med bydelene om hvem som skulle omfattes av undersøkelsen. Undersøkelsen omfattet alle tre skift over to hele døgn. Enkelte hadde to vakter i løpet av den perioden og antallet respondenter er derfor lavere enn antall vakter. Alle tre skift var omfattet.

Måltall for bruk av Gericar er lettere å fastsette for utøvere i hjemmesykepleien enn på sykehjem, fordi alle som gir hjemmesykepleie skal kunne dokumentere sin tjenesteutførelse i Gericar, uavhengig av stillingskategori: dvs at alle som utfører hjemmesykepleie skal dokumentere i Gericar, i regelen mot slutten av arbeidsdagen.

Prosess

Proessen var i hovedsak lik for sykehjem og hjemmesykepleie. Undersøkelsen ble distribuert og samlet inn på de aktuelle tjenestestedene. Også svarene på denne undersøkelsen ble tastet inn i Questback.

7. Breddeundersøkelse, spørreskjema til avdelingssykepleiere i sykehjem og bydeler

Målet med undersøkelsen var å kartlegge avdelingssykepleiernes oppfatninger av hvordan Gericar ble benyttet på deres eget tjenestested. Spørreundersøkelsen ble utformet som anonym undersøkelse i den elektroniske programvaren *Questback*. Ved hjelp av dette metodeverktøyet var det mulig å purre de som ikke hadde svart uten å røpe identiteten til respondentene. Undersøkelsen ble sendt til alle tjenestestedene unntatt de private tjenesteyterne av hjemmesykepleie.

Utformingen av spørsmålene tok utgangspunkt i de spørsmålene som var utformet i den allerede utførte dybdeundersøkelsen, men med noen tilpasninger og tilføyelser av spørsmål som det var naturlig å stille til ledere som har større oversikt og som dermed kan svare for forhold som gjelder mer generelt.

Undersøkelsen ble første gang sendt ut av konsultentselskapet Pharos. Ettersom det måtte purrender til for å få opp svarprosenten, så tok Kommunerevisjonen over administrasjonen av spørreundersøkelsen. Selv etter to purrender var svarprosenten ikke høy nok (under 50 prosent), og spesielt blant bydelenes bestillerkontorer og i hjemmesykepleien var det lavt antall svar. Det var derfor nødvendig å kontakte tjenestestedene. Det viste seg at kontaklinformasjonen som opprinnelig var hentet fra Oslo kommunes person- og ressurskatalog ikke var oppdatert med alle stillingsbetegnelser og alle e-postadresser. Fra bydelene fikk vi oppdatert kontaklinformasjon, deretter sendte vi ut undersøkelsen til de nye kontaktadressene og dermed fikk vi økt svarprosent. De tre bydelene som hadde deltatt i dybdeundersøkelsene ble ikke purret i denne siste runden. Svarprosenten for hele undersøkelsen var på ca 55 prosent. Fra bydelenes hjemmesykepleie fikk vi svar fra to eller flere avdelingssykepleiere i ti av femten bydeler. Det betød at vi kunne bruke enkeltutsagn fra disse bydelene og kontrollere dem med svarene fra minst én annen ansatt ved samme bydel.

8. Beregninger av kostnadsvirkninger ved innføring og drift av GERICA

Kommunerevisjonen har brukt en modell fra Veileder i samfunnsøkonomi analyse og gevinstrealisering av IKT-prosjekter¹⁰⁶. Tabell 4 viser elementene som veilederen oppgir som kostnadsvirkninger av IKT-prosjekter.

¹⁰⁶ Senter for statlig økonomistyring, (2006). *Veileder i samfunnsøkonomisk analyse og gevinstrealisering av IKT-prosjekter*. s 19.

Tabell 4 Liste over mulige kostnadsvirkninger av IKT-prosjekter

Kostnadsvirkninger		Er dette tatt med?	Regnskap eller estimat?
1	Investeringskostnader		
	Innkjøpskostnader for nytt system/oppgraderinger		
1.1	PC-er/serve/annet utstyr	Ja	Regnskap og estimat
1.2	Programvare/software	Ja	Regnskap
2	Systemutviklings- og planleggingskostnader inklusive forprosjekt		
2.1	I tilknytning til nytt system	Ja	Regnskap
2.2	I tilknytning til andre eksisterende systemer	Var ikke relevant	
3	Implementeringskostnader , interne eller eksterne konsulentkostnader til:		
3.1	Installasjon og migrering	Ja	Regnskap
3.2	Tilpassing til eksisterende IKT-systemer	ikke relevant	
4	Opplæringskostnader for bruk av nytt system:		
4.1	Intern opplæring	Ja	Estimat
4.2	Opplæring/informasjon ut til brukere	Ikke relevant	
5	Driftskostnad, i tilknytning til nytt system		
5.1	Lisenser	Ja	Regnskap
5.2	Support	Ja	Regnskap
5.3	Systemadministrasjonskostnader Linjekostnader	Ja Ja	Regnskap Estimat på grunnlag av fakturering i enkelte perioder
5.4	Årlige opplæringskostnader i systemet	Ja	Estimat
5.5	Lønnskostnader inklusive sosiale utgifter og arbeidsgiveravgift	Ja	Estimat
5.6	Lokaler / kontorhold	Nei	
5.7	Transaksjonskostnader	Nei	
5.8	Forvaltning av avtaler	Ja	Regnskap
5.9	Andre kostnader	Nei	
6	Drifts- og vedlikeholdskostnader ved andre eksisterende systemer som følge av prosjektet		
6.1	Endrings- og omstillingskostnader	Nei	
7	Planleggingskostnader knyttet til påfølgende organisasjonsendringer		
7.1	Kurs og opplæringstiltak til endrede arbeidsoppgaver for ansatte	Ja	Estimat
7.2	Stress	Nei	
7.3	Kostnader i tilknytning til overtallighet	Nei	
8	Andre kostnader		
8.1	Effektivitetstap i implementeringsperioden	Ja	Estimat driftsstans
8.2	Frustrasjon hos interne og eksterne brukere	Nei	
8.3	Redusert personvern	Nei	
8.4	Tap av goodwill	Nei	

Oppsettet Kommunerevisjonen har brukt i kostnadsberegning har samlet en del punktene fra tabell 4 i større grupper. Kostnadsfordelingsmodellen i Oslo kommune har vært styrende for inndeling. I grove trekk har kostnadene vært fordelt slik:

- Byrådsavdelingens budsjett dekket det sentrale innføringsprosjektet og utviklingskostnadene.
- Utviklings- og kompetanseetaten hadde inntil 2007 både prosjektorganisasjonen, brukerstøtte og driften av det sentrale systemet. Den tekniske driften av Gerica satte Utviklings- og kompetanseetaten ut til en privat leverandør som har fakturert til Utviklings- og kompetanseetaten. Fra 2007 har Helse- og velferdsetaten overtatt prosjektorganisasjonen og brukerstøtte som er omdannet fra prosjekt til ordinær drift. Både Utviklings- og kompetanseetaten og Helse- og velferdsetaten har viderefakturert sine utgifter og konsernbidrag til brukerne av Gerica - det vil si bydelene og Sykehjemsetaten.
- Bydelene har betalt til Utviklings- og kompetanseetaten og Helse- og velferdsetaten for sentral forvaltning, drift og vedlikehold. I tillegg har den enkelte bydelen og Sykehjemsetaten betalt alle de lokale kostnadene.

For å gi et best mulig bilde av kostnadene har Kommunerevisjonen brukt følgende hovedkilder:

- Byrådsavdelingens regnskap for prosjektkostnader ved Gerica 2002 - 2008.
- Utviklings- og kompetanseetatens viderefakturering av lisenser, forvaltning av avtaler og support for årene 2004 til og med 2008 til bydelene og Sykehjemsetaten. Tilsvarende fra Helse- og velferdsetaten 2007 og 2008.
- Utviklings- og kompetanseetatens viderefakturering av linjer i enkelte tertialer i 2007 og 2008 til bydelene og Sykehjemsetaten.
- Estimeringer av bydelenes og Sykehjemsetatens kostnader til investering, drift, vedlikehold, avbrudd, opplæring og brukerstøtte.

Bruken av disse kildene har gitt følgende utfordringer:

- Kommunerevisjonen har brukt byrådsavdelingens regnskap for prosjektkostnader ved Gerica fra 2002 til og med 2008 uten å kontrollere om kan ha vært kostnader som er relevante i forhold til Gerica som ikke er regnskapsført under prosjektet. Regnskapet er kontrollert i forhold til dobbelføringer i Utviklings- og kompetanseetatens regnskap.
- Kommunerevisjonen har ikke gått gjennom grunnlaget for viderefakturering av lisenser, forvaltning av avtaler og support til bydelene/Sykehjemsetaten fra Utviklings- og kompetanseetaten og Helse- og velferdsetaten. Grunnlaget skal være viderefakturering av Utviklings- og kompetanseetatens og Helse- og velferdsetatens direkte og indirekte utgifter til Gerica.
- Kommunerevisjonen fikk faktureringsgrunnlaget fra Utviklings- og kompetanseetaten til alle kommunens virksomheter for linjer for 2. kvartal 2007, 2. kvartal 2008 og 3. tertial 2009. Faktureringsgrunnlaget var spesifisert ned på det enkelte tjenestested. Kommunerevisjonen har ikke gått inn i de enkelte bydelenes regnskaper for å finne de enkelte postene som utgjør kostnadene ved Gerica. En slik detaljgjennomgang ville i tillegg til å være svært ressurskrevende, heller ikke gitt noe 100 % riktig bilde. Årsakene ligger i at ikke alle kostnadene som er relevante kan spores i et regnskap. Et typisk eksempel på dette er at all lønn føres i forhold til organisatorisk tilhørighet og ikke i forhold til den aktivitet som utføres. Av regnskapet kommer det for eksempel ikke fram om en arbeidstaker har vært på Gerica kurs eller har drevet med sårstell på en pasient. Kommunerevisjonen har gjort beregning i forhold til antall ansatt i pleie- og omsorgsområdet og i forhold til antall brukere av Gerica. For gjøre

disse beregningene mest mulig treffsikre har Kommunerevisjonen hentet inn synspunkter på oppsettet for beregningene fra byrådsavdelingen, Helse- og velferdsetaten, Sykehjemsetaten og Gericakoordinatorne i Bydel St. Hanshaugen og Bydel Nordre Aker. Punktet om linjeleie (beskrevet i pkt. 3) har kommet til i slutten av prosjektet ut i fra innspill fra konsulentselskapet Pharos.

Forholdet mellom de kilder vi har brukt og listen over mulige kostnadsvirkninger av IKT-prosjekter
 Investeringskostnadene til PC-er/servere/annet utstyr (pkt 1.1 i modellen) er delvis tatt med i det Utviklings- og kompetanseetatens viderefakturering til bydelene og Sykehjemsetaten, fordi disse kostnadene blant annet lå inne i det driftleverandøren har fakturert til Utviklings- og kompetanseetaten. Noe av kostnadene til maskinvare er regnskapsført i Byrådsavdeling for eldre og sosial tjenesters regnskap. Andre deler av denne kostnaden er tatt med i beregningene av innkjøp av maskiner i bydelene og Sykehjemsetaten.

Utfordringen med å estimere den delen av kostnadene til PC-er som har sitt grunnlag i bruken av Gerica, har Kommunerevisjonen løst ved å beregne hvor mange som kunne delt PC, om det bare var for å dekke behovet for registreringer i Gerica.

PC-er som kjøpes inn i pleie- og omsorgsområdet, brukes også til andre formål enn Gerica. På den annen side er Gerica den viktigste programvaren for mange av dem som jobber på dette området. Kommunerevisjonen har avveid disse forholdene gjennom beregning av mengden utstyr det er bruk for i forhold til antall ansatte. For mange av yrkesgruppene har vi regnet at seks arbeidstakere kunne delt en PC, dersom det bare var Gerica maskinen skulle brukes til. For merkantilt ansatte som har Gerica som sitt viktigste IT verktøy, har vi regnet en maskin per ansatt.

Investeringskostnadene til programvare/software (pkt 1.2), systemutviklings- og planleggingskostnadene inklusive forprosjekt (pkt 2) og implementeringskostnader (pkt 3) ligger i byrådsavdelingens prosjektkostnader.

Intern opplæring (pkt 4 og pkt 7.1) er satt til to dager for gjennomsnittsbrukeren. Utgangspunktet er at det er to dager som i 2008 ble tilbudt de private leverandørene av hjemmetjenester. Det er en del som ikke har fått to dager opplæring, og en del av opplæringen er i stedet gjennomført som kollega-opplæring eller som oppfølging av Gericakoordinatoren/superbrukere. Vi har gjort antakelse om at disse opplæringsformene medfører like store utgifter. Vi har estimert det årlige antallet i opplæring både som den stipulerte økningen i antall brukere av Gerica og med turnover blant Gericabrukerne.

Driftskostnader (pkt 5) ligger i Utviklings- og kompetanseetatens og Helse- og velferdsetatens fakturering til bydelene og Sykehjemsetaten, med to unntak. Årlig opplæringskostnader (pkt 5.4) som Kommunerevisjonen har lagt som en beregnet kostnad for bydelene og Sykehjemsetaten. For lønnskostnader inklusive sosiale utgifter og arbeidsgiveravgift (pkt 5.5) er det gjort en undersøkelse om hvor mange i bydelene og Sykehjemsetaten som har deler eller hele sin jobb tilknyttet drift/brukerstøtte for Gerica.

Kostnadene under systemadministrasjon til linjeleie er estimert ved at Kommunerevisjonen plukket ut de tjenestestedene som bruker Gerica fra Utviklings- og kompetanseetatens faktureringsgrunnlag

og estimert kostnaden tilbake til 2004. Forutsetningene som er lagt til grunn er en like stor prosentvis økning i kostnadene for hvert av årene fra 2004, som den økningen som var fra 2007 til 2008, og at 80 prosent av linjekostnadene for de tjenestestedene som brukte Geric kunne tilskrives linjebehov utløst av bruk av Geric.

Drifts- og vedlikeholdskostnader knyttet til (andre) eksisterende systemer som følge av IKT-prosjektet (pkt 6) og planleggingskostnader knyttet til påfølgende organisasjonsendringer (pkt 7) er ikke tatt med i beregningen selv om det kan ha vært en del kostnader under disse punktene. I veilederen er det vist til at kostnader ved organisasjonsendringer kan kartlegges ved å måle turnover og sykefravær og at andre kostnader kan kartlegges ved brukerundersøkelser. Kommunerevisjonen fant det så vanskelig å gjøre kvalifisert beregninger av størrelsen på disse, at punktene ikke er tatt med i beregningene.

Andre kostnader (pkt 8); det er også andre kostnader som faller utenfor listen i tabell 4. Kommunerevisjonen vil som eksempel nevne kostnaden ved å opprettholde flere parallelle systemer for journalføring. Både Kommunerevisjonens tidligere undersøkelser¹⁰⁷ og dette revisjonsprosjektets målinger av bruk av Geric viser at en del som skulle vært dokumentert i Geric, ble lagt inn i for eksempel papirbaserte systemer. Det er i Kommunerevisjonens rapport påvist flere mulige årsaker, den viktigste er mangel PC-er på arbeidsplassen. Isolert sett vil denne mangelen på maskiner føre til lavere prosjektkostnader enn det vi beregnet.

107

Tabell 5 Totale kostnader med Gerica 2002 - 2008

UTVIKLINGSKOSTNADER	Merk	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Totalt
VSTs utviklingskostnader kpi justert	1	2 600 000	9 400 000	2 350 000	1 150 000	2 350 000	5 900 000	10 200 000	33 950 000
Direkte fra rammen på VST-området		2 600 000	9 400 000	2 350 000	1 150 000	2 350 000	5 900 000	10 200 000	33 950 000
DRIFTSKOSTNADER									
Bydelens betaling til UKE kpijustert	2			8 650 000	9 400 000	9 350 000	7 100 000	6 450 000	40 950 000
Bydelens betaling til HEV kpijustert	2						3 450 000	3 400 000	6 850 000
Direkte innbetalinger fra bydelene til UKE/HEV		-	-	8 650 000	9 400 000	9 350 000	10 550 000	9 850 000	47 800 000
Estimerte investeringskostnader til Pc-er / annet IKT-utstyr i bydelene/SYE	3	1 800 000	2 050 000	2 300 000	2 700 000	3 100 000	4 650 000	5 500 000	22 100 000
Estimerte IKT drifts- og vedlikeholdskostnader i bydelene/SYE	4	3 700 000	4 000 000	4 450 000	4 900 000	5 550 000	6 100 000	7 350 000	36 050 000
Estimerte internopplæringskostnader i bydelene/SYE	5	3 550 000	4 550 000	5 800 000	7 450 000	9 550 000	12 200 000	15 600 000	58 700 000
Estimerte avbruddskostnader	6	1 000 000	1 300 000	1 650 000	2 150 000	2 750 000	3 500 000	4 450 000	16 800 000
Estimerte drifts- og brukerstøttekostnader i bydelene/SYE	7	7 850 000	7 850 000	7 850 000	7 850 000	7 850 000	9 900 000	9 900 000	59 050 000
Estimerte kostnader dekket av bydelene		17 900 000	19 750 000	22 050 000	25 050 000	28 800 000	36 350 000	42 800 000	192 700 000
ESTIMERTE TOTALE KOSTNADER		20 500 000	29 150 000	33 050 000	35 600 000	40 500 000	52 800 000	62 850 000	274 450 000
ESTIMERTE TOTALE KOSTNADER ex VST utviklingskostnader		17 900 000	19 750 000	30 700 000	34 450 000	38 150 000	46 900 000	52 650 000	240 500 000

Alle tall er avrundet til nærmeste 50 000.

Merknad 1

Hentet fra oppstilling som byrådsavdelingen har oversendt. Tallene er sjekket i Agresso, bl.a. i forhold til dobbelttelling med utgiftene i oppstillingene fra Utviklings- og kompetanseetaten og Helse- og velferdsetaten. De historiske regnskapstallene er konsumprisindeksregulert til 2008 nivå.

Merknad 2

Hentet fra oppstillinger som Utviklings- og kompetanseetaten og Helse- og velferdsetaten har levert over hva de har fakturert til bydelene og Sykehjemsetaten. De historiske regnskapstallene er konsumprisindeksregulert til 2008 nivå.

Merknad 3

Forprosjektrapporten fra 2002¹⁰⁸ ble brukt for å fastsette størrelsen på brukergruppene og bruksomfanget. Vi har også statistikk (SSB)¹⁰⁹ som viser at arbeidskraftforbruket har økt med 900 årsverk, fra ca. 9750 i 2000 til ca 10 650 i 2008. For beregningen av antall sysselsatte har Kommunerevisjonen lagt til grunn 1,5 ansatt pr. årsverk.

Tallene for årsverk og sysselsatte per brukergruppe har blitt brukt til å estimere behovet for maskinvare (og behovet for internopplæring, se også merknad 6) gjennom perioden.

Alle brukere av Gerica behøver ikke å ha hver sin datamaskin. Det er som tidligere nevnt, antatt at for eksempel administrativt personale i pleie- og omsorgssektoren må ha hver sin PC for å bruke Gerica, mens seks hjemmehjelpere kan dele en maskin. Delingstallene er diskutert med et panel av nøkkelpersoner blant de reviderte enhetene.

Estimatene viser at det i 2008 skulle være behov for ca. 14 500 brukere i Gerica og at det skulle til i overkant av 3200 pc-er for å dekke disse ansattes behov for tilgang til Gerica. Med dette som sluttpunkt har vi estimert økningen i maskinvare gjennom perioden.

Estimeringen av ”investeringskostnader til PC-er / annet IKT-utstyr i bydelene/ Sykehjemsetaten” bygger på følgende forutsetninger:

- a) Jevn økning i antall brukere fra 2002 til 2008
- b) At PC-ene har en gjennomsnittlig levetid på fem år
- c) At PC-ene med skjermer som er egnet for Gerica kostet 5000,- i hele perioden
- d) Det er ikke tatt med investeringer i IKT infrastruktur og skrivere i den enkelte bydel/ sykehjemsetaten.
- e) At hver maskin kostet 628 kroner å sette opp

¹⁰⁸ Oslo kommune, Byrådsavdeling for eldre og bydelene. *Innføring av sektorsystem på pleie- og omsorgsområdet i Oslo kommune, Forprosjektrapport*. Datert 29.01.2002 versjon 1.0.

¹⁰⁹ Tallet fra år 2000 er hentet fra Forprosjektrapporten, tallet fra 2008 er hentet fra SSB, KOSTRA F Pleie- og omsorg nivå 3 (K) etter region, statistiske variabler og tid, inkl. årsverk leger og fysioterapeuter i institusjon.

Merknad 4

Estimeringen av "IKT drifts- og vedlikeholdskostnader i bydelene/ Sykehjemsetaten" bygger på følgende forutsetninger:

- a) Jevn økning i antall brukere fra 2002 til 2008
- b) At hver maskin kostet 534 kroner i drift per år

Merknad 5

Estimeringen av "internopplæringskostnader i bydelene/ Sykehjemsetaten" bygger på følgende forutsetninger:

- a) Jevn økning i antall brukere fra 2002 til 2008 (kfr. merknad 4)
- b) At gjennomsnittlig lønnsnivå blant brukerne av Gerica er l.tr. 27
- c) At alle som bruker Gerica har belastet sin arbeidstid med opplæring i Gerica, enten i form av kurs eller ved at kolleger har stått for opplæringen
- d) At opplæringen i gjennomsnitt utgjør to dager per bruker
- e) At den samme andelen av nyansatte (vikarer og faste) som av de øvrige ansatte i pleie og omsorgssektoren bruker Gerica
- f) At Oslo kommune hvert år ansetter et antall tilsvarende 15 prosent av antallet potensielle brukere av Gerica innenfor pleie og omsorgssektoren

Merknad 6

Estimeringen av "avbruddskostnader" bygger på følgende forutsetninger:

- a) Jevn økning i antall brukere fra 2002 til 2008
- b) At gjennomsnittlig lønnsnivå blant brukerne av Gerica er l.tr. 27
- c) At halvparten av brukerne blir rammet av driftsavbruddet (ikke alle er på jobb til enhver tid)
- d) At en dags avbrudd i gjennomsnitt fører til én times arbeid som må tas igjen på et senere tidspunkt.
- e) Tre dager med avbrudd per år, fordelt med ett planlagte avbrudd på en dag og to uplanlagte avbrudd utgjør to dager per år. Disse estimatene tar bare hensyn til forhold som er direkte relaterte til Gerica. Det er ikke prøvd å ta hensyn til andre forhold til Oslo kommunes IKT infrastruktur. Det er heller ikke undersøkt hvor mye avbrudd som er dokumentert de enkelte årene i perioden 2002 - 2008.

En dags avbrudd, som fører til et tapte timeverk for 50 prosent av de ansatte, påfører Oslo kommune ca. 1,5 mill. kroner i tap, gitt utbredelsen og bruken per 2008.

Merknad 7

Brakerstøtten per bydel er satt til ett årsverk for alle årene i perioden. Brakerstøtten for Sykehjemsetaten er satt til fire årsverk for hvert av årene siden 2007. Vi bruker årsverkskostnadene slik de var i 2008 for hele perioden. Det kan bli en liten estimatfeil fordi lønnsutviklingen ikke er den samme som prisutviklingen, men vi velger å se bort fra den. Utgangspunktet er at personellet som gir brakerstøtte er avlønnert i lønnsstrinn 40.

Til merknad 5 og 6 over:

Utfyllende om grunnlaget for fastsettelsen av kostnadene knyttet til "ikke utført arbeid" ved enten avbrudd eller fravær fra tjenesteproduksjonen fordi den ansatte er på kurs eller opplæring:

Verdsettingen av ”ikke utført arbeid” er beregnet ut fra en verdsettelse av ”tap av tjenestekvalitet” som følge når at ansatte sendes på kurs eller som følge av at de ikke får tilgang til datasystemet. Beregningen tar utgangspunkt i måten Statistisk sentralbyrå tallfester verdien av produksjonen i offentlig sektor ved beregningen av brutto nasjonalprodukt: Her gjelder at verdien av offentlig tjenesteproduksjon er lik lønnskostnaden. Det presiseres at dette er beregning av en samfunnsøkonomisk kostnad og ikke en regnskapsøkonomisk tallstørrelse som kan trekkes ut fra regnskapssystemet. Tap av tjenestekvalitet har konsekvenser som irritasjon og forringet livskvalitet. Noen vil verdsette slike samfunnsøkonomiske omkostninger lavere enn den samfunnsøkonomisk beregnede størrelsen, mens andre vil vektlegge det høyere.

Sykehjemsetaten og bydelene opplyste at de ikke setter inn vikarer når de ansatte sendes på kurs, så tilnærmingen via tapt tjenestekvalitet må anses å være realistisk. I en viss grad vil fraværet av kollegaer bli kompensert ved hardere innsats utover det normale fra andre ansatte. Men også ”hardere innsats utover det normale” vil ha konsekvenser i form av overarbeid og belastninger hos de ansatte. Effekten av slike konsekvenser er vanskelig å tallfeste som et kostnadsanslag, men vi antar at slike ekstrabelastninger også kan verdsettes tilsvarende verdien av arbeidstiden. Antakelsen ansees som realistisk, for i motsatt fall hvis den ikke gjelder, så må tilfellet være at sykehjemmene og hjemmesykepleien er overbemannet, og at det ikke har konsekvenser at noen ansatte er fraværende. Det siste synes ikke realistisk.

Beregningene av Gericakostnader er gjort i henhold til veilederen fra *Senter for statlig økonomistyring*.

Konklusjon om datas gyldighet og pålitelighet

Informasjon innhentet fra ulike kilder ble benyttet til å triangulere undersøkelsens funn, og flere personer i både konsultentselskapet Pharos og ved Kommunerevisjonen deltok i arbeidet med å analysere informasjonen. Kommunerevisjonen anser at den samlede faktabeskrivelsen har den nødvendige gyldighet og pålitelighet til å danne grunnlag for rapportens konklusjoner og anbefalinger.

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Problemstillingene som skulle besvares i prosjektet var:

- Hva har kommunen fått ut av satsingen på Gerica - er målene nådd?
- Hva gjenstår før Gerica brukes og fungerer som opprinnelig forutsatt?
- Hvorfor har man eventuelt ikke kommet lenger?
- Hva har satsingen på Gerica kostet?

Byrådet vedtok å etablere IKT-sektorsystem i pleie- og omsorgstjenesten den 18.07.2002 (sak 1380). På den tiden gjaldt Oslo kommunes regler for ansvar og organisering av informasjonsteknologi fastsatt av bystyret 29.09.1993 (sak 751) (IKT-reglementet). I paragraf 4 står det:

Byrådet har overordnet ansvar for IT-politikkens realisering og fastlegger strategi, retningslinjer og standarder innen det informasjonsteknologiske område (IT-området). Det enkelte medlem av byrådet har styrings- og realiserings- ansvar for IT-systemer innen sitt delegerte instruksjons- og myndighetsområde.

I byrådssak 1062/2002 om ny IKT-strategi for Oslo kommune presiserte byrådet at den enkelte byrådsavdeling hadde det overordnede styringsansvaret for de respektive sektorene. I samme byrådssak ble også presisert:

Alle virksomheter skal aktivt ta kommunens IKT-infrastruktur i bruk i det omfang som er nødvendig for å dekke virksomhetens og handlingsmiljøets behov for samhandling. Alternative løsninger tillates ikke der det er etablert standarder. Der forholdene ligger til rette for det, skal det primært etableres felles- og sektorsystemer.

De opprinnelige målene for Gerica fulgte altså av byrådsvedtakene 1062/2002 om ny IKT-strategi og byrådssak 1380/2002 om etablering av et IKT-sektorsystem. Følgende overordnede revisjonskriterier ble utledet fra disse byrådssakene og dannet grunnlaget for denne revisjonen:

1. Sektorsystemet skal være etablert som en felles løsning for alle tjenestesteder, også for eksterne tjenesteyterne.
2. Antall funksjonsområder bør ha økt.
3. Det skal være lagt til rette for, og fulgt opp, at bruken av sektorsystemet er utvidet til å omfatte flere yrkesgrupper, flere omsorgstjenester og flere tjenestesteder.

I tillegg har vi utledet et fjerde revisjonskriterium fra pasientjournalforskriften:

11. Det skal anvendes en samlet journal for den enkelte pasient selv om helsehjelp ytes av flere innen virksomheten. Dersom journalen føres delvis elektronisk og delvis som papirjournal, bør det fremgå av begge hvilken dokumentasjon som føres i den elektroniske journalen og hvilken dokumentasjon som føres som papirjournal.

Kriterium fire er hentet fra pasientjournalforskriften § 5 som lyder:

Det skal opprettes en journal for hver pasient. Det skal som hovedregel anvendes en samlet journal for den enkelte pasient selv om helsehjelp ytes av flere innen virksomheten.

(...)

Dersom journalen føres delvis elektronisk og delvis som papirjournal, skal det klart fremgå av begge hvilken dokumentasjon som føres i den elektroniske journalen og hvilken dokumentasjon som føres som papirjournal.

For hver av disse fire revisjonskriteriene er det operasjonalisert kontrollpunkter som er egnet som grunnlag for å belyse om kriteriet er oppfylt. Kontrollpunktene er fremstilt som underpunkter i tabellen nedenfor:

Hva har kommunen fått ut av satsingen på Gerica - er målene nådd?

Revisjonskriterier	Kontrollpunkter	Kilde
Sektorsystemet skal være etablert som en felles løsning.	Det bør være etablert en felles database for sektorsystemet. Anskaffelser til sektorsystemet bør skje ut fra felles spesifikasjoner av ytelse eller funksjon, og ved kjøp av ensartet utstyr. Utvikling av ny funksjonalitet i sektorsystemet bør skje etter kravspesifikasjon. Sektorsystemet må ha tilstrekkelig infrastrukturkapasitet, slik at stabil drift og tilgjengelighet til systemet er sikret.	Byrådssak 1380/2002, s. 2 Kommentarer til bystyresak 751/1993, "utvikling av IT-systemer" ISACA (2002/2003): Temahefte 1 "Prosjektstyring og kontrollhandlinger", 110 Byrådssak 1380/2002, s. 2 "tekniske forhold må utredes nærmere", → Steria, 31.03.2008: Detaljdesign for ny plattform GERICA
Antall funksjonsområder bør ha økt i perioden etter 2003	Sektorsystemet skal teknisk sett håndtere innføring av nye funksjonsområder / ny funksjonalitet, herunder både funksjonsområder som var planlagt allerede i 2002, ny funksjonalitet og endringer i eksisterende funksjonalitet. Enhetlige arbeidsprosesser bør innføres og støttes gjennom rutiner, kodeverk og maler. Gerica bør støtte fremskaffelse av styringsdata og rapporter.	Byrådssak 1062/2002, s. 8: Etablere sektorsystem med sikte på en bedre og bredere anvendelse... Byrådssak 1380/2002, s. 2 og 3 diverse vedtak om "bruker-utfører-modell", etablering av Sykehjemsetaten, m.fl. CobiT 4.1: "Anskaffe og implementere" AI 6 Kan endringer gjøres uten å velte den løpende driften? Byrådssak 1062/2002, s. 8: Etablere sektorsystem med sikte på en bedre og bredere anvendelse, ensartede rutiner og en mer rasjonell utnyttelse av tilgjengelige ressurser Byrådssak 1062/2002, s. 8 Byrådssak 1062/2002, s. 7: Kommunens ledere skal få tilgang til verktøy for planlegging og beslutningsstøtte.

¹¹⁰ ISACAs Temahefter er en serie av hefter som inneholder praktiske tilnærminger til kontroll, styring og revisjon av ulike områder knyttet til IT-governance, sikkerhet og kontroll. ISACA er forkortelse for Information Systems Audit and Control Association og har nettside www.isaca.org

Revisjonskriterier	Kontrollpunkter	Kilde
Det skal være lagt til rette for, og fulgt opp, at bruken av sektorsystemet er utvidet til å omfatte flere yrkesgrupper, flere omsorgstjenester og flere tjenestesteder i perioden etter 2003.	Det bør være tilrettelagt for økt bruk av sektorsystemet gjennom opplæring. Bruken av Gerica bør overvåkes av kommunen sentralt. Bruken av Gerica bør ha økt Bruken av ulike journalfunksjoner i Gerica bør være enhetlig, også på tvers av tjenestesteder. Rutinene for rapportkjøring i Gerica er standardiserte.	Byrådssak 1380/2002 Byrådssak 1380/2002, s 2, Byrådssak 1062/2002, s. 14, Oslo kommunes ledelsesprinsipper, bystyremelding 7/1998, nr. 4 Byrådssak 1380/2002, s. 1-3 viste at bruken var for lav til å realisere gevinster Byrådets melding til helse- og sosialkomiteen 25.01.2008, fulgte av oppfølgingen av kontrollutvalgssak-sak 78/2007
Journalføring skal som hovedregel skje samlet.	Det skal som hovedregel anvendes en samlet pasientjournal for den enkelte pasient selv om helsehjelp ytes av flere innen virksomheten. dersom journalen føres delvis elektronisk og delvis som papirjournal, skal det klart fremgå av begge hvilken dokumentasjon som føres i den elektroniske journalen og hvilken dokumentasjon som føres i papirjournal. Helse- og personopplysninger skal være tilgjengelige når det er tjenstlig behov for dem.	Forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal Krav til tilgjengelighet til helse- og personopplysninger i en virksomhet er utledet av Helsedirektoratet, se publikasjonen: <i>Tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter – forslag til minstekrav til EPJ-systemer.</i>

Vedlegg 3: Uttalelse fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester



Oslo kommune Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Kommunerevisjonen
Grenseveien 88
0663 OSLO

Innkomet post Oslo kommune Kommunerevisjonen
26 AUG. 2010
Saksansvarlig: <u>APR/ARNETT</u>
Saksnr: <u>200900616 - 25</u>
Arkivnr: <u>126.2.2</u>

Unntatt offentlighet

Offl § 13, jf. kommuneloven § 78 nr. 7

Dato: 26.08.2010

Deres ref:
200900616-16

Vår ref (saksnr):
200903796-7

Saksbeh:
Stein Schatvet, 48 12 81 42

Arkivkode:
126

UTTALELSE TIL RAPPORT: TI ÅR MED GERICA

Vi viser til Kommunerevisjonens brev av 01.07.2010 til byråden for helse og eldre, samt brev av 01.07.10 til byrådet der Kommunerevisjonen ber om svar på spørsmål vedrørende forvaltningsrevisjon rettet mot pleie- og omsorgssystemet Gerica. Nedenfor følger svar både på spørsmålene rettet til byråden for helse og eldreomsorg og spørsmålene rettet til byrådet.

Svar på spørsmål rettet til byråden for helse og eldre:

1. Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klart?

Ja.

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

Vi har ingen kommentarer til forhold vi tror har hatt betydning for konklusjonene i rapporten. Vi vil imidlertid påpeke at arbeidet med rapporten har tatt lang tid (over et år), at mange personer har vært involvert underveis og at kunnskapsnivået blant de involverte har vært varierende. Til sammen har dette bidratt til at nøkkelpersoner i EST sektoren har måttet brukt mye tid på å besvare spørsmål, forklare samenhenger og kvalitetssikre faktagrunnlaget.

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

Vi er usikre på om revisjonskriteriene har bidratt til å belyse de problemstillingene man ønsket å belyse i så stor grad som ønskelig. Vi tenker da på spørsmålet om hva kommunen har fått ut av satsingen på Gerica. Det er benyttet revisjonskriterier som belyser om noen av forutsetningene for å oppnå gevinster er oppfylt (felles løsning, utvidet funksjonalitet og økt bruk), men ikke revisjonskriterier som bidrar til å belyse hvilke gevinster som faktisk er oppnådd.

Postadresse:
Rådhuset, 0037 Oslo
E-post: postmottak@byr.oslo.kommune.no

4. Hva er byrådens samlede vurdering av rapportens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger?

Rapporten bekrefter i stor grad et bilde vi kjenner oss igjen i. Rapporten har gitt noe ny kunnskap om bruken av systemet.

5. Vil byråden vurdere tiltak på bakgrunn av rapportens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger? I tilfelle hvilke?

Ja, vi vil vurdere følgende tiltak knyttet til de tre anbefalingene til byråden for helse og eldreomsorg i rapporten.

Anbefaling 1: Sikre at Gerica tas i bruk av de som bør bruke det:

A. Videreføre arbeidet med innføring av håndholdte terminaler i hjemmetjenesten. Tilgang til Gerica via håndterminaler bidrar til at dokumentasjon og informasjonsinnhenting kan utføres hjemme hos brukerne, noe som medfører at Gerica i større grad oppleves som et verktøy til støtte for det løpende arbeidet og derfor også motivere til økt bruk av Gerica i hjemmetjenesten.

B. Ta i bruk en løsning som gjør det mulig å benytte Gerica til dokumentasjon og informasjonsinnhenting i møte med den enkelte beboer i sykehjemmene og boligene. Arbeidet med utvikling av en såkalt e-romløsning er fortsatt i en tidlig fase, og det er nødvendig med omfattende utprøvinger av løsningen før den eventuelt kan tas i bruk. En e-romløsning vil forhåpentligvis bidra til at Gerica i større grad oppleves som et verktøy til støtte for det løpende arbeidet og dermed også motivere til økt bruk av Gerica i sykehjemmene og boligene.

C. Lange responstider, nedetid og ustabilitet har vært et problem store deler av den tiden Gerica har vært et sektorsystem i Oslo kommune. De vedvarende infrastrukturutfordringene har virket demotiverende på bruken av Gerica. Problemene på infrastrukturensiden har således vært en sterkt medvirkende årsak til at Gerica fortsatt ikke brukes av alle de som burde bruke det. En økning i antall Gericabrukere medfører større belastning på kommunens IKT-infrastruktur og dermed risiko for ytterligere forverret responstid. Det har derfor vært vanskelig for byrådsavdelingen å gi klare føringer om fortsatt økning i bruken av Gerica. Situasjonen har bedret seg gradvis de siste par årene bl.a. gjennom bytte av Gerica-servere i 2008/2009, nytt SAN i 2010 og lokalnettforbedringer i enkelte virksomheter. Men mangler i andre deler av IKT infrastrukturen representerer fortsatt utfordringer, spesielt i forhold til utskrift. Det er derfor behov for ytterligere forbedringstiltak ikke minst med tanke på å møte fremtidige behov for IKT støtte innenfor pleie- og omsorgsområdet. Aktuelle forbedringstiltak er nærmere beskrevet under svarene på spørsmål til byrådet bakerst i dette brevet.

D. Legge inn krav om økt bruk av Gerica i lederkontrakter.

Anbefaling 2: At bruken av sektorsystemet blir mest mulig enhetlig, slik at pålitelig styringsinformasjon kan hentes ut og pasientinformasjonen gjenfinnes ved behov.

A. Legge inn krav i lederkontrakter om at bydelene skal gi egne ansatte opplæring i gjeldende rutiner for bruk av Gerica og at de skal påse at disse rutinene blir fulgt.

B. Selv om det er utarbeidet enhetlige rutiner for bruk av Gerica og uttrekk av styringsdata, bidrar vurderinger og beslutninger knyttet til faglige og organisatoriske forhold i den enkelte

bydel allikevel til ulikheter, slik at styringsdataene ikke alltid blir sammenlignbare. Dette er en utfordring som ikke kan løses gjennom arbeidet med Geric alene, men som krever tiltak på et mer overordnet nivå. Byrådsavdelingen vil vurdere å iverksette et arbeide med å definere klarer kvalitetskrav til og rammer for hvordan arbeidet innenfor pleie- og omsorgsområdet skal utføres og organiseres. Et slikt arbeid må utføres innenfor de rammer bystyret har definert i sine delegasjonsfullmakter, rammer som gir bydelene utstrakt selvstyre.

Anbefaling 3: Sikre kommunen tilfredsstillende kunnskap om Gericbruken, herunder informasjon om utvikling i antall brukere, om bruken av ny funksjonalitet, og om bruken av systemet er enhetlig.

A. Revitalisere noen av de målepunktene som ble benyttet i år 2005 – 2006 da økt bruk og enhetlige rutiner var hovedfokusområdet, slik at vi får flere måleparametre enn de vi har benyttet de siste tre årene.

B. Legge inn kontroll av at gjeldende rutiner blir fulgt som del av HEVs årlige kvalitetsrevisjon av pleie- og omsorgstjenesten.

6. Vil byråden iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger? I tilfelle hvilke?

Av de tiltak som er beskrevet under foregående punkt, vil vi iverksette 1A - håndterminaler, 1D – lederkontrakt økt bruk, 2A – lederkontrakt enhetlig bruk, 3A – målepunkter og 3B - kvalitetsrevisjon, mens det vil være behov for nærmere vurderinger før vi eventuelt iverksetter 1B – e-rom, og 2B - sammenlignbare styringsdata. For 1C – infrastruktur, se svar på spørsmålene til byrådet.

7. Hvilket tidsperspektiv gjelder for vurderinger, iverksettelse og gjennomføring av aktuelle tiltak?

1A - Håndterminaler: Arbeidet pågår for fullt. Den enkelte bydel bestemmer selv fremdriften i dette arbeidet, men ut fra de planene bydelene har rapportert inn, forventer vi at hovedtyngden av medarbeiderne i hjemmetjenesten vil ha tatt i bruk håndterminaler innen utgangen av 2011.

1B - E-rom: En begrenset utprøving tidligst i 2011, og en eventuell innføring tidligst i 2012 - 2013.

1C - Infrastruktur: Se svar på spørsmålene til byrådet til slutt i dette brevet.

1D – Lederkontrakt økt bruk: Kan tidligst gjøres etter at leveransene fra infrastrukturprosjektet (1C) har begynt å gi synlige resultater.

2A – Lederkontrakt enhetlig bruk: Kan tidligst gjøres i forbindelse med inngåelse av nye lederkontrakter i 2011.

2B – Sammenlignbare styringsdata: Arbeidet vil eventuelt kunne utføres i 2011 med implementering i 2012.

3A – Måling av bruk: Kan sannsynligvis gjennomføres allerede i 2010.

3B – Kvalitetsrevisjon: Kan gjennomføres fra 2011.

8. Oppfattes rapporten som nytting for kommunen? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har framkommet som svar på overstående spørsmål.

Rapporten gir en ekstra trygghet for at de fakta vi har basert våre beslutninger på tidligere, faktisk har vært korrekte.

9. Hvordan vurderes rapportens oppbygging og språkbruk?

I hovedsak god. Vi har imidlertid en kommentar til dokumentasjon av faktaopplysninger. Store deler av faktadelen i rapporten består av sitater fra ulike rapporter og styringsdokumenter fra PROSIT. Dette gir stor sikkerhet for at alle enkeltopplysninger er korrekte. Det gir imidlertid ikke tilsvarende sikkerhet for at rapporten gir et korrekt bilde av helheten. Dette ser vi ved at fakta om relativt marginale problemstillinger kan være viet forholdsvis stor oppmerksomhet mens mer grunnleggende problemstillinger bare så vidt kan være nevnt.

Svar på spørsmål rettet til byrådet:

1 "Vil byrådet vurdere tiltak på bakgrunn av anbefalingen om å iverksette tiltak for å sikre tilstrekkelig infrastrukturkapasitet for og i sektorsystemet?"

I rapporten vises det til utfordringer høsten 2009 knyttet til infrastrukturkapasitet. Vi vil i denne sammenheng presisere at det våren 2010 er gjennomført noen infrastrukturtiltak knyttet til Geric-systemet for å bidra med tilstrekkelig tilgjengelighet for systemet, dette knytter seg blant annet til anskaffelse av nødvendige Citrix-lisenser for å sikre tilgang til nett. I tillegg har kommunens anskaffelse av nytt SAN hatt positive konsekvenser for systemet og ført til bedre kapasitet og ytelse.

Det er i perioden 2010-2012 bevilget midler for å foreta vurdering av nødvendige tiltak. Det pågår arbeid som planlegger utredning og gjennomføring av tiltak knyttet til kommunens sentrale IKT-infrastruktur. Det gjennomføres i disse dager ekstern kvalitetssikring av kommunens/FIN forslag til prosjekt. I forbindelse med dette arbeidet foreslås det å vurdere tiltak knyttet til fem områder; 1) PC, skrivere og periferi, 2) nettverks- og kommunikasjonsløsninger, 3) sikkerhetssoner- og systemtekniske sikkerhetsløsninger, 4) sentrale serverløsninger, 5) integrasjonsløsninger. Disse områdene vil på ulike måter bidra til å sikre infrastrukturkapasiteten til sektorsystemet Gerica.

2 "Vil byrådet iverksette tiltak på bakgrunn av anbefalingen? I tilfelle hvilke?"

Når det gjelder iverksetting av tiltak på bakgrunn av anbefalingen, må dette vurderes i sammenheng med det helhetlige arbeidet som kommunen i disse dager utfører på IKT-infrastrukturområdet. I kjølevannet av dette arbeidet vil det bli iverksatt tiltak.

3 "Hvilket tidsperspektiv gjelder for vurdering, iverksettelse og gjennomføring av aktuelle tiltak."

For tiltak knyttet til forbedring av den sentrale IKT-infrastrukturen er følgende tidsperspektiv lagt til grunn:

- Analyse og utredning foretas i siste halvdel av 2010 og noe ut i 2011.
- Iverksettelse og gjennomføring av tiltak vil foregå i perioden 2011 og ut 2012.

Med hilsen

Björg Månum Andersson
kommunaldirektør

Eva Waaler
seksjonssjef pleie og omsorg

Godkjent og ekspedert i papirform uten underskrift

Vedlegg 4: Uttalelse fra Helse- og velferdsetaten



Oslo kommune
Helse- og velferdsetaten

Kommunerevisjonen
Grenseveien 88
0663 OSLO

Innkommnet post Oslo kommune Kommunerevisjonen
30 AUG. 2010
Saksansvarlig: AFR/ARNEHT
Saksnr: 200900616 - 26
Arkivnr: 126.2.2

Dato: 20.08.2010

Deres ref:
200900616-18

Vår ref (saksnr):
200901617-3

Saksbeh:
Odd Larsen

Arkivkode:
126.2.2

RAPPORT TIL UTTALELSE : TI ÅR MED GERICA

HEV har bistått EST i utarbeidelsen av byrådsavdelingens svar, og slutter oss til dette.
Ut over det, har HEV ingen kommentarer.

Med hilsen

Tone Frønes
Etatsdirektør

Odd V. Larsen
Avdelingsdirektør



Helse- og
velferdsetaten

Besøksadresse
Klaus Torgårds vei 3
Sogn Arena

Postadresse
Postboks 30 Sentrum
0101 Oslo
www.hov.oslo.kommune.no

Telefon: 02 180
Telefaks: 22 23 74 02
Org.nr.: 986 597 093

Vedlegg 5: Uttalelse fra Sykehjemsetaten



Oslo kommune
Sykehjemsetaten
Administrasjonen

Kommunerevisjonen
Grenseveien 88

0663 OSLO

Innkommet post	
Oslo kommune Kommunerevisjonen	
13 AUG. 2010	
Saksansvarlig:	AER/ARMENT
Saksnr:	200900616-24
Arkivnr:	126.2.2

Dato: 11.08.2010

Deres ref:
200900616-20

Vår ref (saksnr):
200900879-19

Saksbeh: Inger Kind

Arkivkode:
100.4

TILBAKEMELDING PÅ RAPPORT "TI ÅR MED GERICA"

Vi viser til brev av 01.07.10 vedlagt rapport til uttalelse "Ti år med Gerica".

Sykehjemsetaten har fire systemkoordinatorer og har bygd opp en superbrukerorganisasjon i institusjonene med koordinerende superbruker og superbrukere. Sammen har disse ansvar for opplæring i enhetlig bruk, videreutvikling og kontroll av bruk i sykehjemmene. Sykehjemsetaten har tett kontakt med Prosit og har deltatt i utviklingsarbeid sammen med dem.

Prosit er eier av Gerica i Oslo kommune. Sykehjemsetaten (SYE) er bruker på lik linje med bydelene. Dette innebærer at Sykehjemsetatens hovedansvar er opplæring, oppfølging og kontroll av sykehjemmenes bruk av Gerica, samt vurdering av funksjonalitet og vidererapportering til Prosit. Samtidig har Oslo kommune en ikt-infrastruktur med seks leverandører som medfører at sykehjemmene må identifisere problemstillinger for å kontakte riktig leverandør for support. Bruken av Gerica skaper dermed flere utfordringer som krever kunnskap hos ansatte.

Gerica skal i dag dekke mange områder. Det er et verktøy for pasientdokumentasjon, administrative gjøremål og grunnlag for fakturering. Dette gir utfordringer i forhold til enhetlig bruk når det gjelder å sikre pålitelig dokumentasjon og grunnlag. Rapporten påpeker at det er mange brukere, noe som medfører utfordringer i forhold til enhetlig forståelse og bruk av programmet.

Slik etaten vurderer det har det skjedd en utvikling av Gerica etter etatsopprettelsen 01.01.2007. Flere av områdene er i tråd med Sykehjemsetatens behov; det er bl.a. lagt om fra 15 til 1 base, og plassadministrasjonsmodul for tildeling av sykehjemsplasser er utviklet.

Kommunerevisjonen presenterer i sitt oversendelsesbrev en liste med spørsmål som Sykehjemsetaten er bedt om å besvare. I det videre følger Sykehjemsetatens svar som må sees i lys av etatens ansvarsområde for Gerica, nevnt innledningsvis.

1. Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?

Sykehjemsetaten er inneforstått med forvaltningsrevisjonens hensikt. Etaten mottok brev med informasjon før oppstart og deltok i oppstartsmøte i Byrådsavdelingen for eldre og



Sykehjemsetaten

Postadresse:
Postboks 435, Sentrum
0103 Oslo

Besøksadresse: Telefon: 02 180
Nedre Slottsgt. 3 Telefaks: 23 43 30 09
E-post: postmottak@sye.oslo.kommune.no

Organisasjonsnr.
990 612 498

sosiale tjenester. Etatens kontaktperson for prosjektet hadde tett kontakt med Pharsos underveis i undersøkelsesfasen og ble konsultert ved utarbeidelse av informasjonsskriv og spørsmål.

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 både individuelle intervjuer og elektroniske svar. Dette fungerte godt og det var god dialog. Spørsmål ble i forkant av selve undersøkelsen konsultert med to sykehjem som ikke skulle delta i undersøkelsen. Dette opplevdes som nyttig.

Det ble også tatt hensyn til at et sykehjem nettopp hadde byttet leverandør og var i en sårbar fase. Det ble da valgt å gjennomføre undersøkelsen ved et annet sykehjem.

Kilde

Sykehjemsetaten har 51 sykehjem hvorav 42 bruker Gerica. Utvalget for undersøkelsen på seks sykehjem oppfattes derfor som lite.

Sykehjemsetaten synes også det er en svakhet ved undersøkelsen at ingen i etatens administrasjon ble intervjuet. Undersøkelsen kunne med fordel ha inkludert intervju både med etatens systemkoordinatorer og en eller flere avdelingssjefer med kjennskap til Gerica. Staten mener dette ville gitt et mer utfyllende bilde, både i forhold til kunnskap om bruk og utfordringer knyttet til dette.

Data

Undersøkelsen ble gjennomført sommeren 2009, midt i ferieavviklingen. Dette vurderes å være et uheldig tidspunkt. Bl.a. medførte dette sårbarhet og merarbeid knyttet til planlegging, organisering og gjennomføring av undersøkelsen. Siden rapporten kommer til høring et helt år etter gjennomføringen, stiller Sykehjemsetaten seg noe undrende til at undersøkelsen måtte gjennomføres midt i en ferieavvikling.

3. Har Sykehjemsetaten kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre konklusjoner?

Rapportens kapittel 2 omhandler kostnader ved bruk av Gerica. Kommunerevisjonen overlater til Pharos å kommentere forholdet mellom den estimerte Gerica-kostnaden og sektorens driftsbudsjett i 2008. Kostnader er ikke del av revisjonskriteriene, og økt fokus på dette i revisjonskriteriene hadde vært både nyttig og interessant, inkl. å få kommune-revisjonens vurdering av hva som ville være et rimelig kostnadsnivå for kommunen.

Ut over dette har Sykehjemsetaten ingen kommentarer til revisjonskriteriene.

4. Hva er Sykehjemsetatens samlede vurdering av rapportens vurderinger, konklusjon og anbefalinger?

Sykehjemsetaten stiller seg i all hovedsak bak kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger. Når det gjelder de områder i rapporten hvor Sykehjemsetaten omtales særskilt, berører anbefalingene områder som Sykehjemsetaten allerede har i fokus og som det arbeides kontinuerlig med, dog etter en viss prioritering.

Rapporten anbefaler ”å sikre at Gerica brukes av de som bør bruke det”, s. 54. Dette er en noe upresis anbefaling. Sykehjemsetaten vektlegger at Gerica i hovedsak skal brukes av pleiepersonale, merkantilt personale, fysioterapeuter, ergoterapeuter, lege og ledere.

Enhetlig bruk er et viktig fokus slik at pålitelig styringsinformasjon kan hentes ut. Sykehjemsetaten sikrer dette gjennom utarbeidelse av prosedyrer og gjennomføring av kontroller. Videre gjennomfører etaten allerede opplæring. Det er jevnlig kontakt og møter mellom systemkoordinatorene og koordinerende superbrukere og superbrukere. Gjennom daglig support på telefon og e-post fanger systemkoordinatorene opp bruk og funksjonalitet. Til sammen gir dette et godt grunnlag for prioriteringer av opplæring og videreutvikling. Sykehjemmene benytter i varierende grad ulike muligheter i programmet. Det er også variasjoner internt i ett og samme sykehjem. Denne utfordringen er etaten oppmerksom på og jobber for enhetlig bruk av systemet.

Gjennom kontakt med brukere har Sykehjemsetaten erfart at flere brukere opplever Gerica som ”tregt”, ”tungvint” og ”mange klikk for å finne fram”. Sykehjemsetaten savner at Kommunerevisjonen har avdekket tilsvarende problemstillinger gjennom denne undersøkelsen. Nyere datasystemer er gjerne mer brukervennlige og intuitive. Sykehjemsetaten er av den oppfatning at her har Gerica et betydelig utviklingspotensial.

Infrastrukturen i Oslo kommune har medført varierende tillit til evnen til å identifisere og løse problemer som oppstår. Ofte er det ikke selve Gerica som er årsaken til problemstillinger, men kommunens infrastruktur.

5. Vil Sykehjemsetaten vurdere tiltak på bakgrunn av rapportens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger? I tilfelle hvilke?

Som nevnt under pkt. 4, vil Sykehjemsetaten iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens anbefalinger. Se pkt. 6 og 7.

Sykehjemsetaten vil også framover ha kontakt med Prosit i det videre arbeidet med utvikling av Gerica.

6. Vil Sykehjemsetaten iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger? I tilfelle hvilke?

Sykehjemsetaten har utarbeidet IKT-strategi som følges opp
Etatens IKT-strategi er styrende for etatens prioriteringer.

Infrastrukturkapasitet, investeringsmidler til kjøp av nye pc m.m.

Sykehjemsetaten vil påpeke feil og mangler ved infrastruktur der det er aktuelt og samarbeide med aktuelle aktører for å løse aktuelle problemstillinger. Etaten prioriterer også - innenfor rammen for drifts- og investeringsmidler - å anskaffe/skifte ut IKT-utstyr i sykehjemmene.

Sykehjemsetaten er i ferd med å utarbeide IKT-trapp for kompetanseheving

Dette arbeidet ferdigstilles høsten 2010, og vil gi overordnede føringer for prioriteringer av opplæring og enhetlig bruk av de IKT-program som etaten benytter. Det ble ved oppstart av etaten utarbeidet krav hva den enkelte pleier skal kunne i Gerica, dette brukes til

kontinuerlig til kartlegging og opplæring. Dette vil inngå i IKT- trapp for kompetanseheving.

Utarbeide prosedyrer og sørge for at disse og tidligere prosedyrer er kjent og oppdatert
Dette arbeidet har pågått siden oppstart av etaten og vil fortsette kontinuerlig.

Gjennomføre tiltak i tråd med funn i nevnte kompetansekartlegging (norsk og IKT)
Som følge av funn gjort i kompetansekartlegging av ansattes ferdigheter i norsk og IKT har Sykehjemsetaten våren 2010 iverksatt tiltak i tråd med anbefalinger som framkom etter kartleggingen. Det stilles nå bl.a. krav til at nyansatte som arbeider i pleien skal beherske norsk skriftlig og muntlig tilsvarende norskprøve på nivå 3. Sykehjemsetaten gjennomførte våren 2010 norskkurs for ulike grupper ansatte og dette arbeidet vil bli intensivert fra høsten 2010. Forøvrig vises det til punktet ”*Sykehjemsetaten er i ferd med å utarbeide IKT-trapp for kompetanseheving*”.

Innføre Gerica i ikke-kommunale sykehjem i område III
Sykehjemsetaten har i 2010 satt av ressurser til å innføre Gerica i private sykehjem som driftes etter kontrakt. Pr. i dag gjelder dette ni sykehjem. Infrastruktur og tekniske løsninger er kartlagt i disse sykehjemmene. Enkelte økonomiske avklaringer gjenstår, samt å ferdigstille løsningsbeskrivelse for oppkobling mot Oslo felles.

Beredskapsrutine må gjøres kjent
Sykehjemsetaten er i ferd med å innføre elektronisk kvalitetssystem i alle kommunale sykehjem. Dette gir økt mulighet til å kvalitetssikre alle sentrale dokumenter i etaten, samt at det blir ett (1) enhetlig system for dokumentstyring.

Skaffe mer kunnskap om bruk/enhetlig bruk, foreta spørringer
Det ble gjort en kartlegging av bruken av Gerica i sykehjem i 2006, i forkant av opprettelsen av Sykehjemsetaten. Tilsvarende kartlegging vil bli vurdert for å kartlegge dagens situasjon, inkl. ytterligere belyse forhold som kom frem i Kommunerevisjonens dybdeundersøkelse i seks sykehjem.

Foreta jevnlig og mer systematisk kontroll av bruk
Sykehjemsetaten vil iverksette tiltak som innebærer jevnlig kontroll for å følge med i endringer i bruk av Gerica. Her vil vi bl.a. se på andre typer rapporter vi kan hente ut som kan gi kunnskap om utvikling, samt som sikrer mer enhetlig bruk av programmet.

Enhetlig journalføring
Sykehjemsetaten ser fordeler ved at relevante pasientopplysninger journalføres i Gerica. Det finnes i dag ingen overordnet rutine for dette. Inntil en overordnet rutine foreligger vil det i sykehjem finnes både papirjournal og elektronisk journal.

7. Hvilket tidsperspektiv gjelder for vurdering, iverksettelse og gjennomføring av aktuelle tiltak?

Sykehjemsetaten fortsetter allerede påbegynte aktiviteter i tråd med de tidsplaner som er lagt. For nye aktiviteter hvor etaten har sitt ansvarsområde, vil aktiviteter skje fra 2011 og videre.

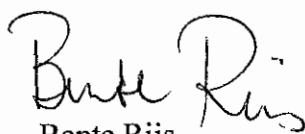
8. Oppfattes rapporten som nyttig for kommunen? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har framkommet som svar på ovenstående spørsmål.

Rapportens innhold og beskrivelser er nyttig læring for Sykehjemsetaten. Oppsummering og anbefalinger favner vidt og oppleves som generelle. Etaten opplever det som positivt at de områder som særskilt beskriver forhold i etaten er i overensstemmelse med områder som etaten allerede arbeider systematisk med, og områder vi er klar over bør settes ytterligere i system.

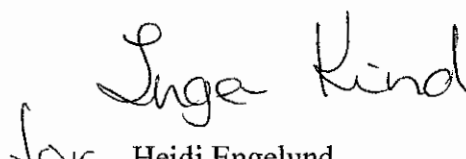
9. Hvordan vurderes rapportens oppbygging og språkbruk?

Rapporten er strukturert og har som hovedinntrykk god lesbarhet.

Med hilsen



Bente Riis
etatsdirektør



for Heidi Engelund
avdelingssjef



Oslo kommune
Kommunerevisjonen

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

www.krv.oslo.kommune.no
postmottak@krv.oslo.kommune.no