



Oppfølgingsundersøkelse etter rapport 18/2009

Sykehjemsetaten -
status etter to års drift

2012

Tidligere publikasjoner fra Kommunerevisjonen i Oslo

- Rapport 01/2012 Gjennomgang av anskaffelsesdokumentasjon i 16 virksomheter
- Rapport 02/2012 Bydelene som barnehagemyndighet - Bydel St. Hanshaugen og Bydel Nordstrand
- Rapport 03/2012 Styringsinformasjon i Utviklings- og kompetansetaten
- Rapport 04/2012 Utleie av kommunal grunn - saksbehandling, kontroll og oppfølging
- Rapport 05/2012 Anskaffelse, kontroll og oppfølging av tjenester til utviklingshemmede - Bydel Frogner og Bydel Nordre Aker
- Rapport 06/2012 Planlegging av investeringsprosjekter i Vann- og avløpsetaten
- Rapport 07/2012 Ulike undersøkelser i regnskapsrevisjonen – samlerapport 2011
- Rapport 08/2012 Skolens saksbehandling knyttet til spesialundervisning
- Rapport 09/2012 Intern kontroll i og rundt enkelte IT-systemer, Samlerapport 2011
- Rapport 10/2012 Informasjonssikkerhet i Energigjenvinningsetaten
- Rapport 11/2012 Informasjon om tannhelsetjenester til mottakere av hjemmesykepleie Bydel Alna og Bydel Vestre Aker
- Rapport 12/2012 Etterlevelse av finansreglementet i Oslo kommune
- Rapport 13/2012 Forvaltning av Gericca i Oslo kommune og intern kontroll rundt inntekter fra praktisk bistand
- Rapport 14/2012 Sosialtjenestens oppfølging av rusmiddelavhengige ved behandlingsopphold
- Rapport 15/2012 Ledelsesforankring av innkjøpsområdet i Sykehjemsetaten
- Rapport 16/2012 Kontroll og oppfølging av kvalitet i kommunale institusjoner for rusmiddelavhengige
- Rapport 17/2012 Rapportering av statistikk for pleie- og omsorgstjenester
- Rapport 18/2012 Ettervern - Barneverntiltak for ungdom etter fylte 18 år i Bydel Gamle Oslo og Bydel Stovner
- Rapport 19/2012 Registrering av elever i risikozonen for frafall - Bruken av koden "ELEV" i IT-systemet OTTO

Forord

Denne rapporten er et resultat av en utvidet oppfølgingsundersøkelse etter rapport 18/2009 *Sykehjemsetaten – status etter to års drift*.

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

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

Forvaltningsrevisjon i Oslo kommune gjennomføres iht. gjeldende standard for forvaltningsrevisjon i kommuner og fylkeskommuner i Norge (RSK 001).

Denne oppfølgingsundersøkelsen er forankret i kontrollutvalgets vedtak 24.01.2012, sak 8, om *Forvaltningsrevisjoner med oppstart 1. halvår 2012*. Prosjektet sorterer under fokusområdet *Virksomhetsstyring i Plan for forvaltningsrevisjon 2012-2016*, vedtatt av bystyret 13.06.2012, sak 165.

Prosjektet er gjennomført med seniorrådgiver Jorun Andreassen som prosjektleder og revisjonsrådgiver Cecilie Karlsen som prosjektmedarbeider

Vi vil takke Sykehjemsetaten og Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester for nødvendig bistand med forbindelse med revisjonen.

08.11.2012


Lars Normann Mikkelsen
avdelingsdirektør


Jorun Andreassen
seniorrådgiver

Innhold

Forord	1
Hovedbudskap	5
Sammendrag	5
1. Innledning	9
1.1 Bakgrunn	9
1.2 Anbefalinger og varslede tiltak	9
1.3 Politisk behandling.....	10
1.4 Problemstilling	10
1.5 Revisjonskriterier	10
1.6 Gjennomføring og datainnhenting	10
1.7 Rapportens struktur	11
2. Sykehjemsetatens varslede tiltak, status og vurdering	12
2.1 Internkontroll- og kvalitetssystemer.....	12
2.2 Informasjon om bestilling av korttidsplasser	16
2.3 Etablering av nye spesialiserte enheter	16
2.4 Opplæring i norsk og IKT	19
2.5 Omgjøring av stillinger for ufaglærte til stillinger for faglærte	21
2.6 Øke stillingsbrøker	21
2.7 Informasjon om kompetansehevingstiltak	22
2.8 Videreføre prosjekter innenfor kompetanseheving	22
2.9 Bruk av målkart i rapporteringen	23
2.10 Samhandling mellom bydel og institusjon	23
2.11 Gyldige skriftlige avtaler med alle ikke-kommunale driftere av sykehjem	24
2.12 Plassadministrasjonsmodul i Gerica for tildeling av korttids- og rehabiliteringsplasser.....	24
3. Helse- og sosialkomiteens merknader	25
3.1 Rehabiliteringsplasser – avvik mellom målsetting og plasser	25
3.2 Nivå på kvaliteten i sykehjem	25
4. Kvalitetsutvikling i sykehjem	27
4.1 Kvalitetsmålingssystemet.....	27
4.2 Kvalitetsrevisjoner	27
4.3 Objektive kvalitetsindikatorer	28
4.4 Brukerundersøkelser.....	29
4.5 Pårørendeundersøkelser	31
4.7 Sammenstilling av elementene i kvalitetsmålingssystemet	32
4.8 Utvikling i kvalitative nøkkeltall	33

5. Kostnadsutvikling	34
5.1 Prismodell.....	34
5.2 Metode.....	34
5.3 Utvikling i priser og kostnader.....	35
5.4 Oppsummering.....	40
Referanser	41
Tabelloversikt.....	41
Figuroversikt.....	41

Hovedbudskap

Oppfølgingsundersøkelsen viser at Sykehjemsetaten har fulgt opp og iverksatt de fleste varslede tiltakene etter rapport 18/2009 *Sykehjemsetaten – status etter to års drift*.

Det var stor variasjon mellom sykehjemmene når det gjaldt rapporterte avvik, og dette kan bety at det enten var forskjeller i kvaliteten i tjenestene, eller at det var forskjeller i bruken av avvikssystemet i Kvalitetslosen.

Etaten hadde ikke iverksatt alle de varslede tiltakene vedrørende etablering av nye spesialiserte tilbud. Til tross for at Sykehjemsetaten hadde gjennomført et omfattende arbeid knyttet til å heve de ansattes norskerferdigheter, var det fremdeles betydelige utfordringer på dette området.

Sammendrag

Kommunerevisjonen har i tråd med kontrollutvalgets vedtak i møte 24.01.2012, sak 8, gjennomført en utvidet oppfølgingsundersøkelse etter rapport 18/2009 *Sykehjemsetaten – status etter to års drift*. Hovedproblemstillingen i forvaltningsrevisjonen i 2009 var å se på i hvilken grad Sykehjemsetaten lå an til å nå de målene som ble satt ved dens opprettelse. Kommunerevisjonen konkluderte med at etaten hadde iverksatt tiltak som kunne bidra til måloppnåelse på alle de undersøkte områdene. Undersøkelsen avdekket samtidig at det var noen utfordringer knyttet til etatens måloppnåelse. Sykehjemsetaten hadde bl.a. ikke kommet langt nok i arbeidet med internkontroll- og kvalitetssystemer. Kommunerevisjonen hadde flere anbefalinger til Sykehjemsetaten i 2009-undersøkelsen og etaten varslet en rekke tiltak knyttet til anbefalingene.

I denne utvidede oppfølgingsundersøkelsen har Kommunerevisjonen sett om Sykehjemsetaten har iverksatt tiltak i tråd med det som ble

varslet i rapport 18/2009, og i tråd med helse- og sosialkomiteens merknad og bystyrets vedtak. I tillegg har Kommunerevisjonen sett på objektive kvalitetsindikatorer, resultater fra bruker- og pårørendeundersøkelser, samt priser og kostnader knyttet til sykehjemsdrift. Datagrunnlaget i rapporten bygger på en skriftlig redegjørelse og dokumentasjon fra Sykehjemsetaten som belyser status på og gjennomføring av de varslede tiltakene. I tillegg har Kommunerevisjonen gjennomført separate intervju med sentrale personer i etatsledelsen. Undersøkelsen av kostnads- og kvalitetsutviklingen i sykehjemmene bygger på allerede tilgjengelig informasjon. Sykehjemsetaten har verifisert faktaene i rapporten.

I det følgende sammenfatter Kommunerevisjonen de viktigste funnene i undersøkelsen.

Internkontroll- og kvalitetssystem

På bakgrunn av den informasjonen Kommunerevisjonen har mottatt, mener Kommunerevisjonen at Sykehjemsetaten hadde iverksatt de varslede tiltak knyttet til implementering av Kvalitetslosen, herunder gitt informasjon om viktigheten av å ha et godt internkontroll- og kvalitetssystem, kartlagt sykehjemmenes forståelse og bruk av internkontroll- og kvalitetssystem, gitt opplæring til ansatte i systemet, samt gitt løpende veiledning til sykehjemmene ved behov. Det var på undersøkelsestidspunktet lagt inn over 1000 prosedyrer/dokumenter i Kvalitetslosen. Sykehjemsetaten hadde etablert prosedyre for avviksbehandling, og sykehjemmene rapporterte avvik i Kvalitetslosen. Det var imidlertid stor variasjoner mellom sykehjem når det gjaldt rapporterte avvik. Dette kan bety at det enten var forskjeller i kvaliteten i tjenestene, eller at det var forskjeller i bruken av avvikssystemet i Kvalitetslosen.

Informasjon om korttidsplasser, etablering av spesialiserte enheter

Sykehjemsetaten hadde iverksatt de varslede tiltakene om informasjon om ledige korttidsplasser.

Sykehjemsetaten hadde implementert og tatt i bruk plassadministrasjonssystem i Gerica for korttids- og rehabiliteringsplasser.

Sykehjemsetaten hadde iverksatt flere av de varslede tiltakene rettet mot de ulike målgruppene for spesialiserte enheter/tilbud. Etaten hadde ikke utredet behovet for korttids- og rehabiliteringsplasser. Etterspørselen etter hospiceplasser hadde økt siden 2009. Etaten hadde likevel ikke utvidet kapasiteten ved å etablere flere enheter i andre sykehjem. Dette bl.a. fordi det ifølge etaten ikke var venteliste for slike plasser. Når det gjaldt de varslede tiltakene rettet mot mentalt friske beboere, viste en kartlegging i 2011 at sykehjemmene fremdeles hadde utfordringer knyttet til å gi denne gruppen beboere tilpassede aktivitetstilbud.

Opplæring i norsk og IKT

Sykehjemsetaten hadde, som varslet, gjennomført en kartlegging av *utvalgte* ansattes kompetanse i norsk og IKT, utarbeidet planer og iverksatt kompetanseheving innenfor begge områdene.

Etaten hadde ikke oversikt over hvor mange av de ansatte som ikke tilfredsstilte etatens språkkrav. Uten informasjon om antall ansatte som ikke tilfredsstiller språkkravene, er det vanskelig å målrette og dimensjonere tiltak.

Sykehjemsetaten hadde lagt ned et stort arbeid med å heve de ansattes norskkompetanse. Testing i etterkant av opplæringen avdekket imidlertid at kun én av tre besto språkprøve nivå 3, som var etatens krav. Utfordringene knyttet til å heve de ansattes norskferdigheter til påkrevd nivå, hadde vist seg å være krevende, og Sykehjemsetaten oppga at den ikke var i mål med dette.

Etaten hadde gjennom superbrukerorganisering gjennomført opplæring i bruk av etatens ulike IKT-system.

Omgjøring av stillinger og stillingsbrøker

Ifølge tilgjengelig tallmateriale hadde andelen årsverk fagutdannede i Sykehjemsetaten økt over flere år. Etaten viste til at det var gjennomført omgjøringer av ledige stillinger til sykepleierstillinger.

Sykehjemsetaten varslet i forbindelse med forvaltningsrevisjonen i 2009 at den ville fortsette arbeidet med å øke stillingsbrøker. Kommunerevisjonen konstaterer at andelen ansatte i Sykehjemsetaten med 80-prosent stilling eller mer har gått ned de siste årene, at siste strategiske plan ikke inneholdt tiltak knyttet til dette, og at Sykehjemsetaten ikke har kartlagt omfanget av uønsket deltid. Samtidig ser Kommunerevisjonen at bystyret ikke lenger vedtar måltall for dette.

Samhandling mellom bydel og institusjon

Det har vært gjennomført en rekke samarbeidsmøter mellom ulike nivå i bydelene og etaten. Kommunerevisjonen har ikke informasjon for å vurdere om kvaliteten på møtene har vært god nok til å sikre god pasientflyt, men legger merke til at flesteparten av bestillerkontorene i 2009/10 oppga at de var fornøyde med samarbeidet med korttids- og rehabiliteringsavdelingene, samt med effektueringen av korttidsplasser. Sykehjemsetaten hadde tatt i bruk prosedyre for melding av endret omsorgsbehov.

Gyldige skriftlige avtaler med alle ikke-kommunale driftere av sykehjem

Sykehjemsetaten hadde oppnådd avtale med alle de ideelle driftene av sykehjem. For én av institusjonene var imidlertid avtalen på undersøkelsestidspunktet sendt ut for undertegning, men enda ikke signert.

Helse- og sosialkomiteens merknader

Komiteen hadde to merknader til hovedrapporten da den ble behandlet i komiteen 28.10.2009, sak 91.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester viste til at den har fulgt opp flertallsmerkningen om avvik mellom målsetting og antall rehabiliteringsplasser blant annet gjennom en styrking av tilbudet av rehabiliteringsplasser, med påfølgende økning i bestilte plasser fra 39 i 2009 til 119 i 2012. Byrådsavdelingen viste videre til at det ikke hadde vært avvik mellom antall bestilte rehabiliteringsplasser og antall effektuerte rehabiliteringsplasser i 2011 og 2012. Sykehjemsetaten viste til at den hadde fulgt opp flertallsmerkningen om nivå på kvaliteten i sykehjem blant annet gjennom retningslinjen om kvalitet/innhold i Sykehjem, gjennom etatens kvalitetsmålingssystem, samt gjennom etatens mål- og nøkkeltall.

Kvalitetsutvikling

Sykehjemsetaten benyttet et kvalitetsmålingssystem som besto av fire ulike elementer; Kvalitetsrevisjoner, objektive kvalitetsindikatorer, bruker- og

pårørendeundersøkelser, samt medarbeiderundersøkelser. Endringer i flere av undersøkelsenes innretning over tid, gjorde det vanskelig å sammenligne resultatene.

Kostnadsutvikling

Ulikheter i tilgjengelig statistikk gjorde at sammenligning av utgifter for sykehjemsdrift før og etter opprettelsen av Sykehjemsetaten i 2007 måtte gjøres med forsiktighet.

Både bydelenes brutto driftsutgifter per beboer i institusjon og netto driftsutgifter for bydelene og Sykehjemsetaten for sykehjemsdrift, økte i årsgjennomsnitt både før og etter 2007. Økningen var imidlertid svakere etter opprettelsen av Sykehjemsetaten, sammenlignet med perioden før. Utviklingen i kostnader per vektet plass viser et annet forløp, men her har Kommunerevisjonen så få observasjoner før 2007, at det medfører for stor usikkerhet knyttet til å sammenligne utviklingen før og etter 2007.

1. Innledning

Bystyret vedtok 21.06.2006, sak 262, å opprette en sykehjemsetat fra 01.01.2007. Vedtaket innebar at ansvaret for sykehjemmene i Oslo ble flyttet fra bydelene til Sykehjemsetaten, mens bydelene fortsatt disponerte de økonomiske midlene og vedtaksmyndigheten. Det vil si at bydelene bestilte sykehjemsplasser hos Sykehjemsetaten, som hadde ansvar for at tilbudet om sykehjemsplass var i tråd med bydelenes behov og bestillinger. Etaten hadde også ansvar for at tjenestene tilfredsstilte de kravene til kvalitet som fulgte av forskrift og bystyrevedtak. Sykehjemstilbudet skulle være differensiert og tilpasset de ulike brukergruppenes behov, samt sikre valgfrihet og likebehandling.

Sykehjemsetaten hadde i 2012 ansvar for driften av 29 kommunale alders- og sykehjem og kontraktoppfølging av 20 alders- og sykehjem. I tillegg hadde etaten rammeavtale med fem utenbys sykehjem om kjøp av inntil 110 plasser. Etaten hadde også tilbud om korttids- og rehabiliteringsopphold i Spania. Ved utgangen av 2011 var det 6 478 ansatte i etaten fordelt på 3 863 årsverk. Etaten disponerte i alt 4 684 døgnplasser fordelt på ideelle, private og kommunalt drevne sykehjem. I tillegg disponerte etaten 657 dagsenterplasser.

1.1 Bakgrunn

Kommunerevisjonen undersøkte i 2009 i hvilken grad sykehjemsetaten lå an til å nå de målene som var satt ved etatsopprettelsen. Kommunerevisjonen konkluderte i rapport 18/2009 *Sykehjemsetaten – status etter to års drift*, med at Sykehjemsetaten hadde iverksatt tiltak som kunne bidra til måloppnåelse på alle de undersøkte områdene. Undersøkelsen avdekket samtidig at det var noen utfordringer knyttet til etatens måloppnåelse. Sykehjemsetaten hadde bl.a. ikke kommet langt nok i arbeidet med internkontroll- og kvalitetssystemer.

Sykehjemsetaten hadde eksistert i vel to år da rapporten forelå. Etaten var fremdeles i prosess knyttet til mange av målene og forventningene som lå til grunn for dens opprettelse. Kommunerevisjonen hadde en rekke anbefalinger til Sykehjemsetaten.

1.2 Anbefalinger og varslede tiltak

Kommunerevisjonen anbefalte at Sykehjemsetaten:

- iverksatte tiltak som kunne sikre at etaten nådde de målene som bystyret hadde vedtatt
- vurderte om informasjonen til bydelene, i de tilfellene bydelene hadde behov for plasser utover en blocbestillingen, var tilfredsstillende
- fortsatte arbeidet med etablering av nye spesialiserte enheter i nær dialog med institusjonene og bydelene, herunder fulgte opp føringer om egne enheter for mentalt friske sykehjemsbeboere
- sikret at alle institusjoner hadde tilfredsstillende internkontroll - og kvalitetssystemer i påvente av etatens helhetlige kvalitetssystem
- fulgte opp institusjonenes etterlevelse av nye rutiner for klage- og avvikshåndtering
- vurderte om informasjonen og/eller tilbudet om norskopplæring og grunnleggende kompetansehevingstiltak var tilstrekkelig for å ivareta institusjonenes behov
- innførte systemer som sikret at etaten rapporterte på alle bystyrets måltall for sykehjemssektoren
- vurderte tiltak for å sikre god samhandling mellom bydel og institusjon, ikke minst i de tilfeller hvor brukere vurderte å ha behov for en annen type plass enn det de hadde vedtak om
- sørget for gyldige skriftlige avtaler med alle ikke-kommunale driftere av sykehjem.

Sykehjemsetatens varslet flere tiltak knyttet til hver av anbefalingene.

1.3 Politisk behandling

Kontrollutvalget behandlet Rapport 18/2009 i møte 25.08.2009, sak 64, og vedtok bl.a. følgende:

Kontrollutvalget understreker viktigheten av arbeidet med å sikre at sykehjemmene har god internkontroll- og kvalitetssystemer og forutsetter at dette ivaretas også i perioden frem til etatens helhetlige kvalitetssystem er implementert.

Helse- og sosialkomiteen fattet vedtak med samme ordlyd som kontrollutvalget da den behandlet rapporten i møte 28.10.2009, sak 91. I tillegg vedtok komiteen følgende:

Bystyret ber byrådet om at Sykehjemsetaten rapporterer på resultatmålet for stillingsbrøker i sin årsmelding.

Helse- og sosialkomiteen hadde bl.a følgende merknader:

I merknader til saken påpekte en samlet komité at bystyrets målsetting om flere rehabiliteringsplasser ikke samsvarte med antallet av slike plasser som bydelene bestilte. Det ble vist til at det fra 1. tertial 2007 til 2. tertial 2009 var lagt ned hele 136 av 180 rehabiliteringsplasser i kommunen. Komiteen påpekte at det måtte undersøkes om det lå andre årsaker bak det lave antall bestillinger fra bydelens side. Komiteen mente at byrådet måtte gå inn i denne problematikken.

Komiteens flertall, medlemmene fra A, F, SV, V og KrF, sa seg enig med Kommunerevisjonen som påpekte at det var uheldig at arbeidet med utviklingen av et felles kvalitetssystem for sykehjemmene ikke var kommet lenger. Flertallet sa at det burde settes et sterkt trykk på arbeidet for å få til felles mål for kvalitet, samt på at man fikk en vurdering av på hvilket nivå kvaliteten i kommunens sykehjem burde ligge.

Bystyret behandlet rapporten den 11.11.2009, sak 312 og fattet samme vedtak som

helse- og sosialkomiteen. Kontrollutvalget ba i møtet av 23.03.2010, sak 21, om at oppfølgingsundersøkelsen av rapport 18/2009 skulle utvides til også å omfatte utvikling på sentrale områder som kvalitet på tjenestetilbudet og pris/kostnader.

1.4 Problemstilling

Kommunerevisjonen har i tråd med kontrollutvalgets vedtak i møte 24.01.2012, sak 8, gjennomført en utvidet oppfølgingsundersøkelse etter rapport 18/2009 *Sykehjemsetaten – status etter to års drift*. Problemstillingene i oppfølgingsundersøkelsen har vært som følger:

- Har Sykehjemsetaten iverksatt tiltak i tråd med det som ble varslet i rapport 18/2009, og i tråd med helse- og sosialkomiteens merknad og bystyrets vedtak?
- Hvordan har objektive kvalitetsindikatorer, resultater fra bruker- og pårørendeundersøkelser og pris/kostnader utviklet seg over tid?

1.5 Revisjonskriterier

Siden dette er en oppfølgingsundersøkelse har vi ikke benyttet vanlige revisjonskriterier. Utgangspunktet for vår undersøkelse var de tiltak som Sykehjemsetaten varslet etter hovedundersøkelsen i 2009, samt helse- og sosialkomiteens merknader. Vi har så vurdert om Sykehjemsetaten har iverksatt de varslede tiltakene.

1.6 Gjennomføring og datainnhenting

Datagrunnlaget er innhentet via brev (24.05.2012) til Sykehjemsetaten, hvor vi stilte spørsmål om status for, og dokumentasjon av gjennomføring av de varslede tiltakene. Kommunerevisjonen har mottatt en skriftlig redegjørelse (15.08.2012) og dokumentasjon fra Sykehjemsetaten som belyser status på og gjennomføring av de varslede tiltakene.

Etter gjennomgangen av Sykehjemsetatens dokumentasjon, hadde Kommunerevisjonen en rekke oppfølgingsspørsmål knyttet til status for flere av de varslede tiltakene (e-post 04.09.2012). Dette var fordi vi vurderte at dokumentasjonen fra Sykehjemsetaten ikke ga utfyllende svar på om de varslede tiltakene var iverksatt. Disse spørsmålene ble delvis besvart skriftlig, delvis i møte med ansvarlige i Sykehjemsetaten. I tillegg fikk vi tilsendt en del etterspurt dokumentasjon. Det ble gjennomført separate intervju med de tre områdedirektørene¹, avdelingssjef for henholdsvis økonomi og kompetanse, kvalitet og utvikling, samt etatsdirektøren i Sykehjemsetaten. I tillegg fikk Kommunerevisjonen en presentasjon av etatens kvalitetssikringssystem Kvalitetslosen. Kapittel fire og fem bygger på tilgjengelig statistikk. En samlet faktavfremstilling ble oversendt for

verifikasjon 23.10.2012. Kommunerevisjonen har innhentet skriftlig svar på spørsmål hos Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester.

1.7 Rapportens struktur

I kapittel 2 redegjør vi for hvilke tiltak Sykehjemsetaten varslet knyttet til Kommunerevisjonens anbefalinger i hovedundersøkelsen i 2009, status for iverksetting av tiltakene, samt vår vurdering av om de varslede tiltakene var iverksatt. I kapittel 3 ser vi på status for Sykehjemsetatens iverksetting av tiltak knyttet til Helse- og sosialkomiteens merknader. I kapittel 4 ser vi på utviklingen i kvalitet i sykehjem over tid, med utgangspunkt i etatens kvalitetsmålingssystem. I kapittel 5 ser vi på utviklingen i kostnader knyttet til sykehjemsdrift før og etter opprettelsen av Sykehjemsetaten.

¹ Områdedirektør 1 og 2 hadde fordelt ansvaret for de kommunale sykehjemmene, mens områdedirektør 3 hadde ansvaret for de ikke-kommunale sykehjemmene.

2. Sykehjemsetatens varslede tiltak, status og vurdering

Nedenfor redegjør vi for de tiltak Sykehjemsetaten varslet i hovedundersøkelsen i 2009, samt hva som var status på for de ulike tiltakene i 2012. Til slutt kommer vår vurdering av om tiltakene var iverksatt som varslet i hovedundersøkelsen.

2.1 Internkontroll- og kvalitetssystemer

Varslede tiltak i 2009:

Sykehjemsetaten var på dette tidspunktet i ferd med å implementere Kvalitetslosen som felles system for dokumentasjon og oppfølging av arbeid med kvalitetsforbedring, -sikring og -styring. Etaten meldte at den ville:

- Prioritere tydelig informasjon om viktigheten av å ha et godt fungerende og aktivt internkontroll- og kvalitetssystem.
- Kartlegge det enkelte sykehjems forståelse for og bruk av systemet, for deretter å bistå de som hadde behov for veiledning til å ta i bruk systemet.
- Gi særskilt opplæring i prosedyre for avvikshåndtering.

Vi har også sett på etatens etterlevelse av nye rutiner for klage- og avvikshåndtering.

Vi har kun innhentet informasjon om implementeringen av Kvalitetslosen fra sentralt hold i Sykehjemsetaten, ikke fra det enkelte sykehjem.

Status i 2012:

Implementering av et helhetlig elektronisk kvalitetssystem - Kvalitetslosen

Kvalitetslosen er et helhetlig, elektronisk kvalitetssystem som skal bidra til å sikre at lovkrav til internkontroll etterleves, og for å dokumentere arbeidet med kvalitetssikring, -forbedring, og -utvikling. Systemet skal blant annet omfatte alle aktuelle rutiner og prosedyrer for tjenesteytingen, og det er lagt til rette for registrering og behandling av avvik fra prosedyrene.

I Kommunerevisjonens rapport 15/2012 fremgår det at det per 1. kvartal 2012 gjensto mye arbeid med Kvalitetslosen med hensyn til videreutvikling av prosedyrer og rutiner for intern kontroll knyttet til innkjøpsvirksomheten.² Når det gjaldt Kvalitetslosen geneelt, var det imidlertid lagt inn om lag 1000 ulike prosedyrer/dokumenter. Vi har ikke kontrollert for om samtlige aktuelle prosedyrer/dokumenter var lagt inn i Kvalitetslosen. Ifølge sjefen for Kvalitetsavdelingen var alle vesentlige sentrale prosedyrer lagt inn. Hun påpekte at det var et kontinuerlig arbeid med å revidere prosedyrer, samt å legge inn nye prosedyrer. I tillegg ble det løpende meldt inn ønsker og behov for nye prosedyrer, eller spissing av eksisterende prosedyrer. Det var relativt enkelt å legge inn nye prosedyrer i Kvalitetslosen, men det var en omfattende prosess knyttet til å utforme nye prosedyrer.

Sykehjemsetaten opplyste at det som varslet i uttalelsen til hovedundersøkelsen i 2009 ble gjennomført en spørreundersøkelse overfor alle kommunale institusjonssjefer i 2009 om forståelse og bruk av internkontroll- og kvalitetssystem. Undersøkelsen ble brukt som grunnlag for planlegging og implementering av Kvalitetslosen. Kartleggingen avdekket at enkelte sykehjem hadde behov for veiledning for å ta et slikt system i bruk.

Implementeringen av Kvalitetslosen i Sykehjemsetaten var organisert som et prosjekt med bruk av prosjektdirektiv, milepælsplan, styringsgruppe, prosjektgruppe, samt ulike

² I Sykehjemsetatens sluttrapport for *Prosjekt elektronisk kvalitetssystem* fra juni 2011 står det at fremdriften i implementeringen av Kvalitetslosen i Sykehjemsetatens administrasjon ikke har vært iht oppsatt plan, og at det fortsatt gjensto mye arbeid for å sikre at administrasjonens dokumentasjon og kvalitetssikringstiltak inngikk som en like naturlig del av hverdagen som sykehjemmenes.

delprosjektgrupper. Avdeling for kvalitet, kompetanse og utvikling i etaten hadde ansvar for prosjektet. Kvalitetslosen ble innfaset i sykehjemmene i tre trinn, og i Sykehjemsetatens administrasjon parallelt med sykehjemmene.³ Implementeringen i de første pilotsykehjemmene startet høsten 2009, og ifølge etaten var Kvalitetslosen per mai 2011 tatt i bruk i alle kommunale sykehjem, med unntak av Midtåsenhjemmet, som kommunen overtok fra Adecco i februar/mars 2011. Etter planen skulle Kvalitetslosen tas i bruk ved Midtåsenhjemmet innen utgangen av 2012.

Opplæring i Kvalitetslosen

Institusjonssjefene har hatt ansvaret for fremdrift av implementeringen av Kvalitetslosen i eget sykehjem, og de hadde månedlige statusrapportering til prosjektets styringsgruppe. Det ble etablert en egen organisasjon for koordinerende superbrukere (KS-Losen). Hvert sykehjem hadde en til to KS-Loser som hadde ansvar for å administrere tilganger og systemforhold i sin institusjon, samt gi opplæring i bruk av systemet i eget sykehjem. I tillegg hadde sykehjemmene en superbruker per avdeling. I oppstartfasen ble det blant annet gjennomført tre-fem dagers sentral opplæring av KS-losene, forankringsmøter med lederteamene ved det enkelte sykehjem og en "kick-off" dag per sykehjem med informasjon og opplæring. I tillegg har det vært gjennomført ekstra opplæring med bistand fra prosjektet til sykehjem som har hatt behov for det. Fokus i opplæringen har vært bruk av og administrering av Kvalitetslosen, samt kultur for avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

Sjefene og superbrukerne har hatt prosedyrer og manualer som har dokumentert hva som skulle gjøres i opplæringen, og det var også utarbeidet

³ Trinn 1 (høsten 2009 – våren 2010) omfattet implementering i 6 pilotsykehjem.
 - Trinn 2 (høsten 2010) omfattet 11 sykehjem.
 - Trinn 3 (våren 2011) omfattet 12 sykehjem, som implementerte en forbedret versjon 2 av Kvalitetslosen i hele etaten.

en oversikt over roller, tilganger og kompetanse for Kvalitetslosen.

Sykehjemsetaten hadde ikke oversikt over hvor mange ansatte i sykehjemmene som hadde fått opplæring i systemet. Etaten opplyste at alle sykehjem ble anmodet om å føre deltakerlister lokalt, og at dette i stor grad ble gjort.

Oppfølging av systemet

Etaten opplyste at etter avsluttet prosjektperiode rapporterte, og ble det enkelte sykehjem fulgt opp i linjen. Institusjonssjefene hadde via koordinerende superbrukere ansvar for å vedlikeholde og utvikle kompetansen lokalt, og for opplæring av nyansatte. Videre var det en sentral organisering av systemadministrasjonsoppgaver. Dette innebar blant annet at det ble gjennomført 2-4 superbrukerforum årlig, det var en egen e-postadresse for å ta imot interne henvendelser fra superbrukere om avklaringer/problemer, det var telefonsupport/veiledning, samt kundemeldingsfunksjon hos leverandør for superbrukerne. I tillegg bisto Sykehjemsetaten sentralt også med opplæring/veiledning ved de sykehjemmene som hadde ønske om slik bistand.

Sentralt kvalitetsutvalg har siden 2008, på systemnivå, fulgt med på innhold og utvikling av bl.a. avvik, klager, resultat fra bruker- og pårørendeundersøkelser mv. Kvalitetsutvalget behandlet også prosedyrer gjeldende for alle kommunale sykehjem, før disse ble godkjent av etatsdirektøren og lagt i Kvalitetslosen. Sykehjemsetaten var på undersøkelsestidspunktet i ferd med å opprette lokale kvalitetsutvalg i alle kommunale sykehjem. Ifølge mandatet skulle utvalgene drøfte alle sykehjemmets klager og avvik, og stimulere til at klager og avvik ble meldt og forebygget.

Ifølge Prosjektets sluttrapport for implementeringen av Kvalitetslosen fra juni 2011, hadde prosjektet oppnådd resultatmålene

nedfelt i prosjektdirektivet. Det framgikk imidlertid at det fortsatt gjensto opplærings- og utviklingsarbeid for å oppnå ønsket effekt av kvalitetssystemet. Blant annet måtte det jobbes målrettet og kontinuerlig med forståelse for hva kvalitetssikring var og hva kvalitetsforbedring innebar.

Direktørene for de kommunale sykehjemmene har beskrevet og dokumentert⁴ overfor Kommunerevisjonen at de har fulgt opp bruken av Kvalitetslosen, herunder avviksregistrering, overfor institusjonssjefene.

Områdedirektørene har også dokumentert eksempel på at bruk av Kvalitetslosen, herunder opplæring, gjennomgang av avvik i ledermøter mv., inngikk i lokale handlingsplaner for 2012 ved sykehjem. De dokumenterte også eksempler på oppfølging av Kvalitetslosen, deriblant at prosedyrer ble lagt inn og fulgt opp, og arbeid for økt bruk av systemet, inngikk i lederkontrakter for 2012.

Kvalitetssystemer i private sykehjem

Direktøren for de ikke-kommunale sykehjemmene oppga at alle sykehjemmene kommunen hadde inngått kontrakt med, hadde kvalitetssystemer, hvorav en del var elektroniske. Kvalitetssystemene skulle, ifølge kontrakten, følge alle krav som ble stilt til tjenesteytingen, både lovpålagte og Oslo kommunes krav. Oppfølgingen av kvalitetsarbeidet skjedde gjennom kontraktsoppfølging.

Avvikshåndtering og -rapportering

Sykehjemsetaten hadde etablert en prosedyre for avviksbehandling som skulle gjennomgås med alle ansatte minimum årlig. Ansvar for opplæring i avviksregistrering og -behandling lå hos institusjonssjefene og lokale koordinerende superbrukerne. Direktørene for de kommunale

sykehjemmene opplyste at de fulgte med på avviksrapporteringen på sykehjemmene, og på utviklingen av lokal kultur for melding av avvik. Det var variasjoner mellom sykehjem og innad fra avdeling til avdeling hvor utviklet kulturen var for å melde avvik. Både områdedirektørene og sjefen for Kvalitetsavdelingen ga uttrykk for at de hadde et langsiktig perspektiv for dette arbeidet. Dette innebar at alle meldte avvik ikke nødvendigvis var avvik, men kunne være mishagsyttringer o.l. Det viktigste i denne fasen var å bidra til å skape en åpenhetskultur i sykehjemmene der det ble ansett som riktig og viktig å registrere avvik.

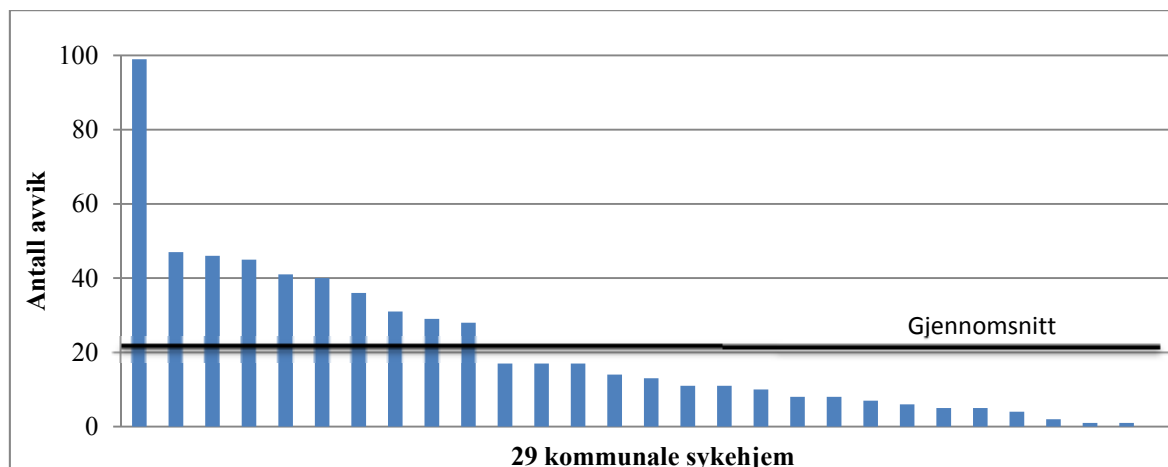
Direktøren for de ikke-kommunale sykehjemmene oppga at ansvaret for avvikshåndtering på private sykehjem lå hos de private leverandørene. Dette gjaldt både avvikssystem, opplæring i dette, implementering, avviksbehandling, lærdom og lukking av avvik. Ved alvorlige avvik skulle det rapporteres til Sykehjemsetaten så raskt som mulig. Mindre avvik ble normalt ikke meldt til etaten, men etaten mottok avviksstatistikk for oppfølging. Direktøren oppga at de fulgte opp avvik i kontraktsoppfølgingen med de private leverandørene, både systemet og implementeringen.

Rapporterte avvik

Sykehjemsetaten hadde tatt i bruk Kvalitetslosen som system for avviksregistrering og –behandling. Institusjonssjefene hadde ansvar for å kvalitetssikre registreringene lokalt. Sykehjemsetaten oppga at dette ikke alltid ble gjort på alle sykehjem.

Avviksrapportene for 2011 og 1. tertial 2012 viste at det var stor variasjon mellom sykehjemmene i antall registrerte avvik, uavhengig av sykehjemmets størrelse, se Figur 1.

⁴ Dette var dokumentert i eksempler på områdevis og lokale handlingsplaner, lederkontrakter med evaluering og møtereferater med ledergruppen i sykehjem.

Figur 1 Rapporterte avvik 1. tertial 2012 per sykehjem

Kilde: Sykehjemsetaten, Avvik per 1. tertial 2012 i Kvalitetslosen

Figur 1 viser stor spredning i antall avviksregistreringer mellom sykehjemmene. Antall avvik kunne både gjenspeile størrelsen på sykehjemmene og sykehjemmenes praksis med å registrere avvik. Ett sykehjem hadde 99 registrerte avvik, tre sykehjem hadde 1-2 registrerte avvik, mens ett sykehjem hadde ingen registrerte avvik. Gjennomsnittet lå på 21 avvik, og to tredeler av sykehjemmene hadde registrert færre enn 20 avvik. Oversiktene over rapporterte avvik i 2011 og 2012 viste at om lag halvparten av avvikene gjaldt tjenesteavvik, det vil si avvik knyttet til arbeidet med beboerne, mens de øvrige var fordelt på HMS-avvik og kategorien organisasjon/internt.

I avviksrapporten for 1. tertial 2012 står det at middels og høy alvorlighetsgrad ble oftere benyttet enn lav. Det var videre kommentert at mange avvik inneholdt svært lite informasjon/dokumentasjon om hva som ble iverksatt av tiltak eller hvordan problemstillingen var drøftet/konkludert i enhet/sykehjem. Det ble også kommentert at få avviksregistreringer kunne skyldes at prosesser fungerte godt, eller det kunne skyldes høy terskel for å melde avvik. Tilsvarende behøvede ikke et høyt antall avviksregistreringer å ha sammenheng med en god avviskultur, dersom forståelsen av hva som var avvik ikke var riktig. Lederkontraktene for 2012 for de kommunale sykehjemmene hadde

punkt om arbeidet knyttet til Kvalitetslosen og avvikshåndtering.

Sykehjemsetaten hadde valgt ut tre fokusområder for kvalitetsutviklingsarbeidet knyttet til avvik i 2012, nærmere bestemt legemiddelhåndtering, manglende epikrise / medisinske opplysninger fra sykehus ved overføring av pasienter på sykehjem, og anvendelse av pasientrettighetsloven kapittel 4A (helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.). Avvik i disse kategoriene skulle etterspørres systematisk i linjen. Rapporten om avvik på de tre fokusområdene for 1. tertial 2012 omfattet bare informasjon fra område 2 og 3. Dette skyldtes at det ikke var innrapportert informasjon fra område 1 til Kvalitetsavdelingen slik det skulle.⁵

Klagehåndtering

Sykehjemsetaten hadde etablert skriftlig prosedyre for klagebehandling. Klager ble behandlet i linjen. Etaten dokumenterte at det ble ført logg sentralt over alle skriftlige klager,

⁵ Sykehjemsetaten oppga at fokusområdene hadde vært tema på områdedirektør 1 sine ledermøter ute på institusjonene. Videre ble det oppgitt at avvik i forhold til manglende epikriser var sendt områdedirektør, som hadde sendt disse videre til aktuelle samarbeidspartnere.

og at informasjon fra denne ble systematisert og gjennomgått i Kvalitetsutvalget hvert tertial. Ifølge direktøren for område 2 var klageleggen et verktøy for å holde oversikt over klageomfanget. Den viktigste delen av klagehåndteringen lå i behandlingen av den enkelte klagesak, og ble registrert i saksbehandlingssystemet Doculive. Områdedirektørene beskrev at de fulgte med på klager og at de ved behov gikk inn i håndteringen av klager på det enkelte sykehjem.

Kommunerevisjonens vurdering:

På bakgrunn av den informasjon vi har mottatt, mener vi at Sykehjemsetaten har iverksatt de meldte tiltak. Arbeidet med implementering av Kvalitetsloven inkluderer de varslede tiltakene om informasjon om viktigheten av å ha et godt internkontroll- og kvalitetssystem, kartlegging av sykehjemmenes forståelse og bruk av internkontroll- og kvalitetssystem, opplæring til ansatte i systemet, samt løpende veiledning til sykehjemmene ved behov.

Kommunerevisjonen merker seg at det var stor variasjon mellom sykehjem når det gjaldt rapporterte avvik, og at dette kunne bety at det enten var forskjeller i kvaliteten i tjenestene, eller at det var forskjeller i bruken av avvikssystemet.

2.2 Informasjon om bestilling av korttidsplasser

Varslede tiltak i 2009:

Etaten varslet at den ville tydeliggjøre informasjonen om hvordan bydelene skulle bestille plasser utover de faste en blocbestillingene gjennom presisering i følgebrev og ved at det fortsatt skulle være tema i samarbeidsmøtene med bydelene.

Status i 2012:

Sykehjemsetaten oppga at bydelene skulle bestille korttidsplasser samlet, en bloc, hvert tertial. Plasser som ikke ble bestilt en bloc, ble omgjort til langtidsplasser. Det var mulig

å bestille plasser utover en blocbestillingene når det var ledige plasser. På Sykehjemsetatens hjemmeside var det oversikt over ledige plasser. Det var oppgitt på hjemmesiden at oversikten ble oppdatert daglig.

I følgebrevene fra Sykehjemsetaten til bydelene i forkant av de faste bestillingene, sto det at korttids- og rehabiliteringsplasser skulle bestilles en bloc. Det sto også i brevene at formidlingsenheten i Sykehjemsetaten hadde oversikt over ledige plasser, og at de kunne kontaktes. Fra høsten 2011, ble bydelene i følgebrevet også oppfordret til å bestille flere korttids- og dagsenterplasser for å møte samhandlingsreformens konsekvenser. Møteinnkallinger og referat fra samarbeidsmøter mellom bydel og Sykehjemsetaten viste at bestillinger av plasser hadde vært tema. Ved årsskiftet 2009/10 ble det gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot bydelenes bestillerkontor. Undersøkelsen viste at rundt 80 prosent av kontorene var fornøyd med:

- samarbeidet med korttids-/og rehabiliteringsavdelingene,
- informasjonen om ulike sykehjemstilbud på Sykehjemsetatens nettside, og
- hvordan bydelen fikk effektivt bestillingen av en blocplasser.

Kommunerevisjonens vurdering:

Sykehjemsetaten har iverksatt de varslede tiltakene om informasjon om bestilling av korttidsplasser.

2.3 Etablering av nye spesialiserte enheter

Etaten varslet at den ville videreutvikle spesialtilbudene og opprette nye tilbud i dialog med bydelene og spesialisthelsetjenesten. Videre ble det varslet konkrete tiltak for de ulike målgruppene, jf avsnittene under om varslede tiltak for de ulike målgruppene.

2.3.1 Korttids- og rehabiliteringstilbud

Varslede tiltak i 2009:

Sykehjemsetaten varslet at behovet for sykehjem for korttids- og rehabiliteringsopphold skulle utredes, og at tilbudet skulle tilpasset behovet.

Status i 2012:

Behovet for korttids- og rehabiliteringsopphold var ikke utredet. Avdelingssjef for økonomi oppga at etaten i planleggingen av tilbudet tok utgangspunkt i langtidsmeldinger og planer i Grønt hefte⁶, samt den faktiske etterspørselen etter plassene. Måltallet på antall rehabiliterings-/korttids plasser var ikke nådd, men bydelenes etterspørsel hadde, ifølge avdelingssjefen, så langt alltid vært lavere enn måltallet. Etaten oppga at etterspørselen etter rehabiliteringsplasser hadde økt etter at prisen på plassene ble satt ned, og at alle bydeler bestilte slike plasser.

2.3.2 Mentalt friske beboere

Varslede tiltak i 2009:

Etaten oppga at den ville gjennomføre en spørreundersøkelse mot institusjonssjefer hvor de skulle gi innspill på behov for egne enheter for mentalt friske beboere, samt muligheten for å tilrettelegge for egne enheter i sitt sykehjem. Etaten oppga at den ville innrette og utvikle sine tilbud videre ut fra hva kartleggingen synliggjorde, for å etterleve bystyrets vedtak.⁷

Status i 2012:

Sykehjemsetaten har gjennomført flere kartlegginger rettet mot institusjonssjefene av tilbudet til mentalt friske beboere i sykehjem. Siste kartlegging ble gjennomført i 2011, og 44 kommunale og ikke-kommunale sykehjem deltok. Kartleggingen omhandlet ikke institusjonssjefenes vurdering av muligheten for å tilrettelegge for egne enheter i sitt sykehjem.

⁶ Bydelenes budsjettforslag med dokumentasjon av budsjettgrunnlaget for bydelene.

⁷ I Sykehjemsetatens tildelingsbrev for 2009 står det blant annet at det forventes at etaten "dokumenterer at mentalt friske sykehjemsbeboere får tilbud i egne enheter", jf Sak 1 Byrådets forslag til budsjett 2009.

Kartleggingen avdekket at:

- 8 sykehjem hadde organisert egen enhet for mentalt friske⁸
- 27 sykehjem oppga at de vurderte at det var behov for å etablere egne enheter i sitt sykehjem
- Et flertall av sykehjemmene oppga at de hadde avskjermet spisesituasjonen for mentalt friske, mens 10 sykehjem oppga at de ikke hadde slik avskjerming
- 12 sykehjem oppga at de hadde mottatt forespørsler fra brukere/pårørende om å flytte grunnet behov for skjerming fra personer med demens

I møte med direktørene for de kommunale sykehjemmene ble det oppgitt at etaten hadde gått bort fra kravet om at mentalt friske beboere skulle ha tilbud om å bo i egne enheter. Nå var kravet at hvert enkelt sykehjem måtte ha egne tilbud til mentalt friske beboere.⁹

2.3.3 Eldre rusmisbrukere

Varslede tiltak i 2009:

Etaten oppga at det var planlagt å etablere en egen enhet for eldre rusmisbrukere.

Status i 2012:

I mai 2011 ble det åpnet en avdeling med ni plasser for eldre beboere med et aktivt rusmisbruk. Avdelingen har hatt fullt belegg helt fra starten, og det var venteliste for disse plassene. Sykehjemsetaten oppga at flere bydeler hadde varslet at de ønsket flere slike plasser.¹⁰

2.3.4 Aggressive og utagerende beboere

Varslede tiltak i 2009:

Etaten oppga at tilbud til denne gruppen kunne gis på avdelinger med forsterket bemanning.

⁸ På undersøkelsestidspunktet var det 9 sykehjem som hadde organisert egne avdelinger for mentalt friske beboere.

⁹ Byrådets forslag til budsjett 2013, Sak 1, pkt. 4 Strategier og tiltak: "- legge til rette for at sykehjemsbeboere både med og uten demensdiagnose får et tilpasset aktivitetstilbud".

¹⁰ Etaten oppga at det var mulighet for å øke med fem plasser ved dagens avdeling, forutsatt finansiering. I Byrådets forslag til budsjett 2013 er det lagt opp til at tilbudet skal utvides med 5 plasser i 2013.

En fremtidig utfordring var å skreddersy en avdeling for denne pasientgruppen.¹¹

Status i 2012:

Sykehjemsetaten oppga at det i 2012 var 116 forsterkede plasser fordelt på ni sykehjem, inkludert utenbys plasser der det var enkeltkjøp av 20 forsterkede plasser ved Villa Skaar. Sykehjemsetaten hadde tidligere ikke rapportert utenbys plasser. I 2009 hadde etaten 92 forsterkede plasser, men i disse tallene inngikk ikke utenbys plasser for denne målgruppen. 21 beboere var registrert på venteliste til forsterket plass. Etaten arbeidet med å kartlegge enheter innad i avdelinger som kunne egne seg til å styrke og utvide tilbudet til denne pasientgruppen.

Sykehjemsetaten oppga at det kunne oppstå situasjoner hvor beboere fremsto som aggressive og utagerende innenfor alle typer plasskategorier. Derfor arbeidet etaten både med å videreutvikle gode prosedyrer for å forebygge og håndtere vold og trusler fra beboere, samt å forbedre rapporteringsverktøy som kunne gi grunnlag for å iverksette systemrettede forebyggende tiltak. Det ble også gjennomført et eget prosjekt for forebygging mot vold og trusler. Fem sykehjem hadde gjennomført forprosjektet, og prosjektet skulle iverksettes ved flere sykehjem.

2.3.5 Rehabilitering av slagpasienter

Varslede tiltak i 2009:

Sykehjemsetaten varslet at det var planlagt et samarbeidsprosjekt med Ullevål Universitetssykehus med tanke på eventuell etablering av et tilbud for rehabilitering av slagpasienter. Det ble også arbeidet for å styrke tilbudet i korttids- og rehabiliteringsavdelingene, slik at disse bedre samsvarte med bydelenes forventninger. I henhold til Strategisk plan skulle det etableres to enheter for personer med nevrologiske lidelser.

¹¹ Dette var plasser for beboere innenfor psykiatri/demens, psykiatri, demens, samt døve beboere.

Status i 2012:

Det var etablert en rehabiliteringsavdeling for beboere som hadde en funksjonssvikt med kognitivt utfall. Avdelingen hadde 21 plasser og var lokalisert ved Aker sykehus. Det var etablert et faglig nettverk, hvor institusjonene som hadde rehabiliteringsavdeling deltok. Nettverket hadde arbeidet med felles standarder for behandlingen, de hadde gjennomført ulike kurs og seminarer, samt hatt fokus på dokumentasjon.

2.3.6 Hospice / lindrende enheter – diagnoseuavhengig

Varslede tiltak i 2009:

Etaten hadde nylig opprettet 16 diagnoseuavhengige hospiceplasser. Det ble oppgitt at dersom etterspørselen etter denne typen plasser økte, ville det være aktuelt å utvide kapasiteten ved etablering av slike enheter i andre sykehjem.

Status i 2012:

Det var på undersøkelsestidspunktet, som i 2009, 16 hospiceplasser fordelt på to sykehjem. Sykehjemsetaten oppga at etterspørselen etter denne type plasser hadde økt, og at plassene i økende grad ble brukt slik det var planlagt og forventet. Hospiceplassene var for pasientene med de største utfordringene, som man ikke kunne forvente at en ordinær avdeling skulle håndtere. Videre ble det oppgitt at det var fullt belegg og ingen på venteliste for denne type plasser. Det var derfor ikke planlagt flere hospiceplasser enn de eksisterende. Etaten gjennomførte et kompetansehevingsprosjekt i lindrende behandling, "*Som ringer i vann*". Formålet med prosjektet var at alle sykehjem skulle beherske grunnleggende lindrende behandling. 20 sykehjem hadde deltatt i prosjektet.

2.3.7 Samlet vurdering av spesialiserte enheter

Sykehjemsetaten hadde iverksatt flere av de varslede tiltakene rettet mot de ulike målgruppene for spesialiserte enheter/tilbud.

Behovet for korttids- og rehabiliteringsplasser var ikke utredet.

Etterspørselen etter hospiceplasser hadde økt siden 2009. Etaten hadde likevel ikke utvidet kapasiteten ved å etablere flere enheter i andre sykehjem. Dette fordi det, ifølge etaten, ikke var venteliste for slike plasser. I tillegg oppga etaten at det kun var pasienter med de største utfordringene som hadde behov for spesialplasser, og at etaten gjennom kompetanseheving ga opplæring i grunnleggende lindrende behandling til øvrige sykehjem.

Når det gjelder de varslede tiltakene rettet mot mentalt friske beboere, har Sykehjemsetaten gjennomført den bebudede kartleggingen rettet mot institusjonssjefene. Kartleggingen hadde imidlertid ikke fokus på muligheten for å etablere egne enheter i eget sykehjem, da bystyret har gått bort fra den løsningen. Basert på informasjonen vi har mottatt, mener vi at Sykehjemsetaten hadde fokus på at sykehjemmene skulle tilrettelegge for at mentalt friske beboere skal ha tilpassede aktivitetstilbud. Kommunerevisjonen merker seg at det var behov for å arbeide videre med dette, spesielt med tanke på at kartleggingen i 2011 avdekket at:

- 10 sykehjem oppga at de ikke hadde avskjermet spisesituasjonen for mentalt friske, og
- 12 sykehjem oppga at de hadde mottatt forespørsler fra brukere/pårørende om å flytte grunnet behov for skjerming fra personer med demens.

2.4 Opplæring i norsk og IKT

Varslede tiltak i 2009:

Sykehjemsetaten varslet at det var planlagt en kartlegging av norsk- og IKT-kompetansen hos etatens medarbeidere. På bakgrunn av denne kartleggingen skulle det utarbeides kompetanse- og handlingsplaner for ytterligere kompetanseheving innenfor områdene IKT og norsk.

Status i 2012:

PriceWaterhouseCoopers (PWC) gjennomførte høsten 2009, på oppdrag fra Sykehjemsetaten, en kompetansekartlegging og utarbeidet en kompetansehevingsplan for norsk og IKT i etaten. 497 ansatte ved 29 sykehjem ble kartlagt.¹² Kartleggingen avdekket at en stor andel av medarbeiderne ikke behersket norsk på det nivå etaten hadde satt som krav, og at det var store mangler ved IKT-kompetansen til medarbeiderne.

Kompetanseheving norsk

Med utgangspunkt i anbefalingene fra kartleggingen iverksatte Sykehjemsetaten prosjektet *Kompetanseheving norsk* i kommunale sykehjem våren 2010. Prosjektet ble avsluttet i juni 2012. Etaten fikk Oslo kommunes opplæringspris for 2010 for sitt arbeid med å heve norskkompetansen til ansatte ved kommunale sykehjem. Per 08.02.2012 hadde totalt 123 faglærte og 122 ufaglærte i pleien vært med i prosjektet, samt 91 fra driftsavdelingen, det vi si personell i kjøkken, renhold og vaskeri. 55 av deltakerne ble i løpet av 2011 testet i norsk språkprøve nivå 3, som var etatens krav for å arbeide i pleien. Resultatene viste at kun én av tre som hadde gjennomført norskopplæring og som ble testet, besto.

Referatet fra ledergruppemøtet den 08.02.2012 viste at kompetansehevingstiltaket i norsk ikke var tilstrekkelig for å ivareta institusjonenes behov. Etter avsluttet prosjekt var det ikke satt av videre midler til formålet.¹³ Det var lagt opp til at det enkelte sykehjem skulle finne lokale løsninger på kompetansehevingen, og

¹² Deltakerne i kartleggingen ble valgt ut av sykehjemmene basert på retningslinjer fastlagt av Sykehjemsetaten. Sykehjemmene identifiserte ansatte som ble vurdert å trenge kompetanseheving i norsk språk, IKT eller på begge områder. Det endelige utvalget var en tilfeldig kombinasjon av de som ble utpekt av sykehjemmene.

¹³ I Sak 1 Byrådets forslag til budsjett 2013 er det foreslått bevilget 0,8 millioner til norskopplæring for 2013. Sykehjemsetaten oppga at den vil videreføre norskopplæring for faglærte og ufaglærte i 2013 som følge av de foreslåtte budsjettmidlene.

at sykehjemmene kunne søke midler til dette eksternt.

Sykehjemsetaten hadde ikke oversikt over hvor mange ansatte som ikke tilfredsstilte etatens språkkrav.

Fra 2012 hadde oppfølging av kompetanseheving norsk vært et eget punkt i lederkontraktene med institusjonssjefene. Direktør for område 1 oppga at det i 11 av de 14 lederkontraktene sto at lederne skulle "implementere norskprosjektet godt på sykehjemmene og sørge for at lederne følger opp".¹⁴ I én lederkontrakt vi så på var det et punkt om at det skulle gjennomføres Vox-prosjekter. Omfanget var ikke nærmere spesifisert. Handlingsplan for område 1 for 2012 inneholdt ingen punkt om kompetanseheving norsk.

En gjennomgang av tre lederkontrakter i område 2, viste at det skulle redegjøres for de ansattes behov for kompetanseheving i norsk, samt tiltak for å imøtekomme behovet. Direktør for område 2 påpekte at utfra tilbakemeldingene fra institusjonssjefene, var det ikke så stort behov for kompetansehevingstiltak i norsk for ansatte i pleien. Utfordringen, ifølge direktøren, var særlig knyttet til ansatte i driftsavdelingen.¹⁵ I Handlingsplan for område 2 for 2012 var det flere punkt som omhandlet norskopplæring.¹⁶

¹⁴ Ved en inkurie hadde punktet falt ut av de øvrige tre kontraktene.

¹⁵ Fra lederkontraktene: "Vi har ført en streng politikk i mange år, og har ikke hatt mange som har vært med på kurset. Alle nyansatte har nivå 3 eller mer. Vi har 2 på norskkurs og fagopplæringsplasser og følger disse opp med diktat og lignende." I den andre kontrakten sto følgende: "Ansatt i vaskeriet på norskkurs i høst. Hver avdeling har oversikt over sine ansatte. Har ellers ingen som har behov for norskopplæring."

¹⁶ "Alle sykepleiere og hjelpepleiere skal ha nivå 3, renholdere og vaskeri nivå 2". Ansvarlig for dette er institusjonssjefene. Det andre punktet var at norskopplæringen skulle videreføres. Ansvarlige for dette punktet var områdedirektørene for de kommunale sykehjemmene, samt institusjonssjefene. Det tredje var å lage felles systematikk for lokal opplæring/utvikling i norsk etter modell av Ryenhjemmet og Manglerudhjemmet. Ansvarlig for dette var institusjonssjefene ved de to nevnte sykehjemmene samt ved Abildsø sykehjem.

Kompetanseheving IKT

PWCs kartlegging viste at det var store mangler ved de ansattes IKT-kompetanse. Ved utgangen av 2011 var det ansatt i overkant av 6 000 personer i Sykehjemsetaten, fordelt på i overkant av 3 800 årsverk. For å nå alle brukerne med opplæring og brukerstøtte hadde Sykehjemsetaten etablert et desentralisert ansvar for IKT gjennom førstelinje brukerstøtte. Brukerstøttene hadde egne møter og særskilt opplæring i løpet av året. Etaten oppga videre at den jevnlig arrangerte kurs i de IKT-systemer som etaten brukte. Både kurs i nye moduler og nye brukere, samt oppfriskingskurs for brukerstøtter som hadde behov for det. Kommunerevisjonen har også sett oversikter over planlagte opplæringsaktiviteter/ rullerende opplæringsplaner regi av Kvalitetsavdelingen for både Kvalitetslosen og Gerica.

Opplæring knyttet til innføring av Tiltaksplan i Gerica besto av ulike elementer: Sentral opplæring av 247 superbrukere, manual for felles forståelse og bruk av tiltaksplanen, opplæringsseminar i ulike fagnettverk og lokale opplæringsplan for gjennomføringen.

Samlet vurdering av opplæring i norsk og IKT
Sykehjemsetaten har, som varslet, gjennomført en kartlegging av *utvalgte* ansattes norsk og IKT-kompetanse, utarbeidet planer og iverksatt kompetanseheving innenfor begge områdene. Etaten hadde ikke oversikt over hvor mange av de ansatte som ikke tilfredsstilte etatens språkkrav. Uten informasjon om omfanget ansatte som ikke tilfredsstillte språkkravene, er det vanskelig å målrette og dimensjonere tiltak.

Sykehjemsetaten har lagt ned et stort arbeid i å heve de ansattes norskkompetanse. Testing i etterkant av kursene viste imidlertid at kun én av tre deltakere besto språktesten. Utfordringene knyttet til å heve de ansattes norskerferdigheter til påkrevd nivå, har vist seg å være krevende, og Sykehjemsetaten oppga at den ikke var i mål med dette.

Sykehjemsetaten har gjennom superbrukerorganisering gjennomført opplæring i bruk av etatens ulike IKT-system.

2.5 Omgjøring av stillinger for ufaglærte til stillinger for faglærte

Varslede tiltak i 2009:

Sykehjemsetaten varslet at den ville arbeide videre med å omgjøre stillinger for ufaglærte til stillinger for faglærte, og hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger.

Status i 2012:

Sykehjemsetaten oppga i sitt svarbrev til Kommunerevisjonen at ved ledighet i stillinger ble det til enhver tid vurdert hvilken kompetanse institusjonene hadde behov for. På bakgrunn av dette, var det omgjort flere stillinger til sykepleierstillinger.¹⁷ Tabell 1 viser at andel årsverk med fagutdanning av fast ansatte/fastlønnede vikarer har økt med rundt 6 prosentpoeng fra 2008 til 2011. Inkluderes timelønnede var økningen på rundt 3 prosentpoeng.

Kommunerevisjonens vurdering:

Ifølge tilgjengelig tallmateriale har andelen årsverk fagutdannede i Sykehjemsetaten økt over flere år. Etaten viste til at det var gjennomført omgjøringer av ledige stillinger til sykepleierstillinger.

2.6 Øke stillingsbrøker

Varslede tiltak i 2009:

Sykehjemsetaten igangsatte i 2008 et arbeid for å øke stillingsbrøkene. Det ble vedtatt en rutine for praktisering av dette i 2008. I Strategisk plan 2008-2012 i kapittel 5.2.5 står følgende: *“Fortsette arbeidet med øking av stillingsbrøker og høyere andel fagkompetanse.”*

Status i 2012:

Sykehjemsetaten oppga i sitt svarbrev at det var en utfordring å oppnå høye stillingsbrøker med dagens arbeidsbetingelser, hvor turnusarbeidere jobbet hver tredje helg. Etaten oppga at de vurderte at for å få dette gjennomført, måtte det komme endringer knyttet til hvor ofte de ansatte arbeidet helg. I forbindelse med Hovedtariffoppgjøret i 2012 hadde partene blitt enige om å arbeide for at deltidsansatte skulle få en høyere stillingsstørrelse gjennom å arbeide flere helger per år, mot en høyere godtgjørelse.

Tabell 1 Utvikling i andel fagutdannede. 2008-2011

	Resultat				Måltall	
	2008	2009	2010	2011	2011	2012/13
Andel årsverk fagutdanning – av fast ansatte og fastlønnede vikarer	82,2 %	85,8 %	87,9 %	88,0 %	80,0%	85,0%
Andel årsverk fagutdanning – av alle ansatte inkl. timelønnede	-	69,2 %	71,2 %	72,4 %	-	-

Kilde: Byrådets forslag til budsjett 2013 og Sykehjemsetatens Årsberetning 2011.

¹⁷ Sykehjemsetaten oppga at når det gjaldt avtalene med de private sykehjemmene, lå det inne et krav om at minimum 80 prosent av pleiebemanningen skulle være faglærte. Disse sykehjemmene hadde også forpliktet seg, i avtalene, på et opplærings- og kompetanseprogram for de ansatte, der utdanning fra ufaglært til faglært og videreutdanning lå inne.

Tabell 2 viser utviklingen i andel ansatte med stillingsprosent lik eller over 80. Som tabellen viser, har både andelen fast ansatte og andelen fastlønnede med stillingsbrøk lik eller over 80 prosent gått ned de siste årene. Ifølge Sykehjemsetaten gjenspeilet denne nedgangen blant annet at det var blitt flere fast ansatte i små helgestillinger der det tidligere var timebetalte.

Tabell 2 Andel ansatte med stillingsprosent lik eller over 80

	2009	2010	2011
Fast ansatte med stillingsprosent lik eller over 80	62,3 %	57,4 %	55,3 %
Fast lønnede med stillingsprosent lik eller over 80 (både fast ansatte og vikarer)	59,8 %	55,5 %	54,7 %

Note: Sykehjemsetatens Årsberetning 2011. Antallet innbefatter ansatte i delvis permisjon/ midlertidige stillinger.

Sykehjemsetaten hadde ikke kartlagt omfanget av uønsket deltid. I Strategisk plan for 2012-2015 var det ikke måltall knyttet til dette, men et nøkkeltall (bystyret gikk bort fra måltallet i 2009). Planen inneholdt ingen konkrete tiltak knyttet til problemstillingen.

Kommunerevisjonens vurdering:

Sykehjemsetaten varslet i hovedundersøkelsen i 2009 at den ville fortsette arbeidet med å øke stillingsbrøker. Kommunerevisjonen konstaterer at andelen ansatte i Sykehjemsetaten med 80-prosent stilling eller mer har gått ned de siste årene, at siste strategiske plan ikke inneholdt tiltak knyttet til dette, og at Sykehjemsetaten ikke har kartlagt omfanget av uønsket deltid. Samtidig ser Kommunerevisjonen at bystyret ikke lenger har måltall for dette.

2.7 Informasjon om kompetansehevingstiltak

Varslede tiltak i 2009:

Etaten oppga at den ville videreføre informasjonsarbeidet i samarbeid med institusjonssjefene, for å sikre at informasjon

om tilbud (kompetanseheving) fra andre aktører når berørte ansatte.

Status i 2012:

Sykehjemsetaten oppga at den benyttet e-post til institusjonssjef/fagutviklingssykepleiere til å formidle informasjon om tilbud som kom fra andre aktører, samt etatens intranett. Etaten oppga at den har lagt vekt på å informere og implementere kunnskap om tilbud innenfor norskopplæring og helsefagarbeiderutdanning som ble gjennomført i regi av Helseetaten.

Kommunerevisjonen vurdering:

Sykehjemsetaten oppga å ha videreført informasjonsarbeidet som varslet i hovedundersøkelsen.

2.8 Videreføre prosjekter innenfor kompetanseheving

Varslede tiltak i 2009:

I høringssvaret viste Sykehjemsetaten til en rekke ulike kompetansehevingstiltak rettet mot både fagutvikling, kvalitetsforbedring og ledelse. Sykehjemsetaten oppga at den ville videreføre arbeidet med lignende prosjekter.

Status i 2012:

Sykehjemsetaten oppga at den hadde gjennomført en rekke kompetansehevingstiltak. Kommunerevisjonen har også fått dokumentasjon som belyste planer og iverksetting av mange av tiltakene. Tiltakene omfattet en videreføring av prosjekter fra 2009, samt nye prosjekter, blant annet kompetansehevingsprosjekter knyttet til lindrende behandling, legemiddelhåndtering, innføring av legemodul og tiltaksplan i Gerica, lederutviklingsprogram, etisk refleksjonsarbeid etc.

Kommunerevisjonens vurdering:

Sykehjemsetaten har videreført arbeidet med ulike kompetansehevingsprosjekter i tråd med det den varslet etter hovedundersøkelsen.

2.9 Bruk av målkart i rapporteringen

Varslede tiltak i 2009:

Etaten oppga at den hadde utviklet og innført et målkart som inneholdt alle mål gitt av bystyret, i tillegg til interne nøkkeltall. Videre oppga etaten i høringssvaret at bruken av målkartet skulle systematiseres og at kortet skulle oppdateres hvert tertial.

Status i 2012:

Sykehjemsetaten oppga at lederteamet vedtok hvilke indikatorer som skulle inngå i målkartet hvert år. Videre at målkartet ble oppdatert tertialvis og behandlet i etatens kvalitetsutvalg. Etaten oppga at den rapporterte blant annet måltall til Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester i etatsoppfølgingen, i tillegg til tertialrapporteringen. Målkartene for de to siste årene inneholdt en rekke nøkkellindikatorer, i tillegg til de måltall bystyret hadde vedtatt.

Kommunerevisjonens vurdering:

Bruken av målkartet var systematisert og oppdatert slik Sykehjemsetaten bebudet i hovedundersøkelsen.

2.10 Samhandling mellom bydel og institusjon

Varslede tiltak i 2009:

Etaten varslet at den ville sikre at samarbeids-møtene mellom bydel og institusjonene var hyppige nok og at de førte til at samarbeidet var av god kvalitet i henhold til målet om å sikre god pasientflyt. Det skulle inngås formelle avtaler der ordinære samarbeidsmøter mellom institusjon og bydel ikke var tilstrekkelige. Sykehjemsetaten meldte videre at den arbeidet med å melde reelt behov for endret vedtak for enkeltbrukere.

Status i 2012:

Sykehjemsetaten oppga at det har vært gjennomført faste møter mellom ulike nivå i bydelene og Sykehjemsetaten. Referat fra flere av disse møtene viste at ulike tema knyttet til

å forbedre tjenestene til beboerne hadde vært diskutert.

Begge områdedirektørene for de kommunale sykehjemmene oppga at det, i tillegg til de faste møtene, også har vært vanlig med ad hoc møter mellom bestillerkontorene og institusjonene når det har oppstått "vanskelige situasjoner". Det ble videre oppgitt at slike situasjoner ble løst løpende med ad-hoc møter når de oppsto, og at det ikke kunne reguleres gjennom formelle avtaler.

I en undersøkelse rettet mot bydelenes bestillerkontor i 2009/10, oppga rundt 80 prosent at de var fornøyde med samarbeidet med korttids- og rehabiliteringsavdelingene og med hvordan bydelen fikk effektivt bestillingen av en blocplasser, jf kapittel 2.2.

Områdedirektøren for de ikke-kommunale sykehjemmene oppga at han hadde ad hoc møter med bestillerkontorene og institusjonene.

Sykehjemsetaten etablerte våren 2011 en ny prosedyre for *Melding om endret omsorgsbehov* for alle langtidsavdelinger i sykehjemmene. Formålet med prosedyren var å sikre enhetlig håndtering av melding om endret omsorgsbehov til bydel. En oversikt over revurderingsjournaler for 1. halvår 2012 viste at til sammen 113 beboere var registrert.

Kommunerevisjonens vurdering:

Det var gjennomført en rekke samarbeidsmøter mellom ulike nivå i bydelene og etaten. Vi hadde ikke informasjon for å vurdere om kvaliteten på møtene var god nok til å sikre god pasientflyt, men merker oss at flesteparten av bestillerkontorene i 2009/10 oppga at de var fornøyde med samarbeidet med korttids- og rehabiliteringsavdelingene, samt med effektiviteten av korttidsplasser. Det var ikke etablert formelle avtaler i tilfeller der de ordinære samarbeidsmøtene ikke hadde vært tilstrekkelig, da dette var blitt håndtert med

ad-hoc møter når situasjoner og behov har oppstått. Sykehjemsetaten hadde tatt i bruk prosedyre for melding av endret omsorgsbehov.

2.11 Gyldige skriftlige avtaler med alle ikke-kommunale driftere av sykehjem

Varslede tiltak i 2009:

Hovedundersøkelsen avdekket at kontrakten med 11 sykehjem drevet av ideelle organisasjoner var utgått. Sykehjemsetaten oppga i høringsbrevet at problemene knyttet til kontrakter var løftet administrativt i kommunen for å vurdere mulige løsninger. Sykehjemsetaten avventet avklaring fra sentralt hold til kommunen.

Status i 2012:

Avtalene for sykehjemsdrift med de ideelle organisasjonene utløp 31.12.2008. Seks av de nye avtalene ble signert i løpet av 2011 og fire i løpet av første halvår 2012. For én av institusjonene var partene kommet til enighet, avtalen var sendt ut for undertegning, men enda ikke signert. Ifølge direktøren for de ikke-kommunale sykehjemmene var det en felles oppfatning blant partene at tidligere avtale gjaldt til ny avtale blir inngått. Dette var også bekreftet av sykehjemmene.¹⁸

Situasjonen med avtaleinngåelse med tre av de ideelle organisasjonene hadde tilspisset seg siden hovedundersøkelsen i 2009.¹⁹ Disse har gått til sak mot Oslo kommune for å få dekket utgifter til reguleringspremier for oppregulering

av pensjonsrettigheter. Oslo kommune ble i Oslo tingrett 18.06.2012 forpliktet til å betale dette. Dommen ble anket av Oslo kommune den 04.09.2012.

Kommunerevisjonens vurdering:

Sykehjemsetaten har oppnådd avtale med alle de ideelle driftene av sykehjem. For én av institusjonene var imidlertid avtalen på undersøkelsestidspunktet sendt ut for undertegning, men enda ikke signert.

2.12 Plassadministrasjonsmodul i Gerica for tildeling av korttids- og rehabiliteringsplasser

Varslede tiltak i 2009:

Sykehjemsetaten meldte at den arbeidet med å utvikle en plassadministrasjonsmodul (PLA) i Gerica for tildeling av korttids- og rehabiliteringsplasser.

Status i 2012:

Sykehjemsetaten innførte PLA for korttidsopphold, inklusive rehabiliteringsplasser og vurderingsplasser høsten 2009. Ifølge Sykehjemsetaten var systemet fullt ut innført på alle etatens korttidsavdelinger og ved bestillerkontor. Statistikk fra PLA per 30.06.2012 viste av etaten hadde 677 korttidsplasser.

Kommunerevisjonens vurdering:

Sykehjemsetaten har iverksatt tiltaket på dette området i tråd med det de varslet etter hovedundersøkelsen.

¹⁸ I domspapirene for de tre organisasjonene som har saksøkt Oslo kommune er dette bekreftet.

¹⁹ To sykehjem som hadde signert avtale i april 2012, samt et sykehjem hvor partene kom til enighet først i begynnelsen av oktober 2012, men hvor avtalen enda ikke var signert.

3. Helse- og sosialkomiteens merknader

Helse- og sosialkomiteen hadde to merknader til hovedrapporten da den ble behandlet møtet i 2009.

3.1 Rehabiliteringsplasser – avvik mellom målsetting og plasser

Merknader i 2009:

En samlet helse- og sosialkomité påpekte at bystyrets målsetting om flere rehabiliteringsplasser ikke samsvarte med antallet av slike plasser som bydelene bestilte. Det ble vist til at det fra 1. tertial 2007 til 2. tertial 2009 var lagt ned hele 136 av 180 rehabiliteringsplasser i kommunen. Komiteen påpekte at det måtte undersøkes om det lå andre årsaker bak det lave antall bestillinger fra bydelens side. Komiteen mente at byrådet måtte gå inn i denne problematikken.

Status i 2012:

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester oppga at bydelene hvert tertial bestilte rehabiliteringsplasser en block fra Sykehjemsetaten. Etaten tilstrebet å etterkomme bydelenes bestilling ved å tilpasse driften til bestillingene.

I andre tertial 2009 ble det bestilt kun 39 rehabiliteringsplasser. Fra 2010 styrket Sykehjemsetaten tilbudet gjennom styrt spesialisering og opptrapping. Tilbudet ble etablert i 7 sykehjem. Det ble i 2010 avsatt 10 millioner (med halvårseffekt) for å øke kvaliteten i korttids- og rehabiliteringstilbudene i sykehjem, inkludert økning i kapasiteten på rehabiliteringsplassene. Fra 2011 ble det satt av 20 millioner, beløpet ble videreført i budsjett 2012 og i budsjettforslag 2013.

Byrådsavdelingen oppga videre at det ikke har vært avvik mellom antall bestilte rehabiliteringsplasser og antall effektuerte rehabiliteringsplasser i 2011 og 2012. Tredje tertial 2012 bestilte bydelene 119 rehabiliteringsplasser.

Måltall for andel rehabiliteringsplasser var 5 prosent, resultatet for Sykehjemsetaten i andre tertial 2012 var 3,14 prosent. Resultatet har hele perioden vært lavere enn ambisjonsnivået i måltallet. Måltallet ble satt hvert år av bystyret.

Kommunerevisjonens vurdering:

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester viste til at den har fulgt opp flertallsmerknaden blant annet gjennom en styrking av tilbudet av rehabiliteringsplasser, med påfølgende økning i bestilte plasser fra 39 i 2009 til 119 i 2012. Byrådsavdelingen viste videre til at det ikke hadde vært avvik mellom antall bestilte rehabiliteringsplasser og antall effektuerte rehabiliteringsplasser i 2011 og 2012.

3.2 Nivå på kvaliteten i sykehjem

Merknader i 2009:

Komiteens flertall, medlemmene fra A, F, SV, V og KrF oppga at det “bør settes et sterkt trykk på arbeidet for å få til felles mål for kvalitet, samt på at man får en vurdering av på hvilket nivå kvaliteten i kommunens sykehjem bør ligge”.

Status i 2012:

Det stilles en rekke krav til kvalitet i tjenester i sykehjem, både gjennom nasjonalt lovverk og bystyrevedtak i kommunen. Sykehjemsetaten oppga at den årlig oppdaterte dokument/retningslinjen om innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i Oslo-sykehjemmene. Dokumentet ble implementert i 2009. Dokumentet skulle tydeliggjøre hva etaten hadde å tilby, samt tilbudenes innhold og kvalitet. Etaten presiserte at beskrivelsen av innhold og kvalitet var retningsgivende, og at det per i dag fortsatt var ulikheter sykehjemmene imellom.

Når det gjaldt status for vurdering av på hvilket nivå kvaliteten i kommunens sykehjem burde ligge, oppga Sykehjemsetaten at den forholdt seg til kommunens system for kvalitetsmålinger

og til etatens definerte mål for resultatene som var synliggjort gjennom mål- og nøkkeltall i etatens målkart, jf kapittel 2.9.

Sykehjemsetaten gjennomførte mange prosjekter og det var etablert ulike nettverksgrupper knyttet til blant annet kvalitet ved ulike sider av tjenesteproduksjonen.

Kommunerevisjonens vurdering:

Sykehjemsetaten viste til at den har fulgt opp flertallsmerknaden blant annet gjennom retningslinjen om kvalitet/innhold i Sykehjem, gjennom etatens kvalitetsmålingssystem, samt gjennom etatens mål- og nøkkeltall.

4. Kvalitetsutvikling i sykehjem

I dette kapitlet tar vi utgangspunkt i kommunens kvalitetsmålingssystem for Sykehjemsetaten og ser på utviklingen i kvalitet i sykehjem over tid.²⁰

4.1 Kvalitetsmålingssystemet

Oslo kommunes kvalitetsmålingssystem for pleie- og omsorgstjenestene besto av fire elementer:

- Kvalitetsrevisjoner (2008 og 2010)
- Registrering av objektive kvalitetsindikatorer (2005-2011)
- Bruker- og pårørendeundersøkelser (2004-2011 og 2007-2011)
- Medarbeiderundersøkelser fra 2007-2010

I det følgende ser vi på om resultater i de fire elementene i kvalitetsmålingssystemet

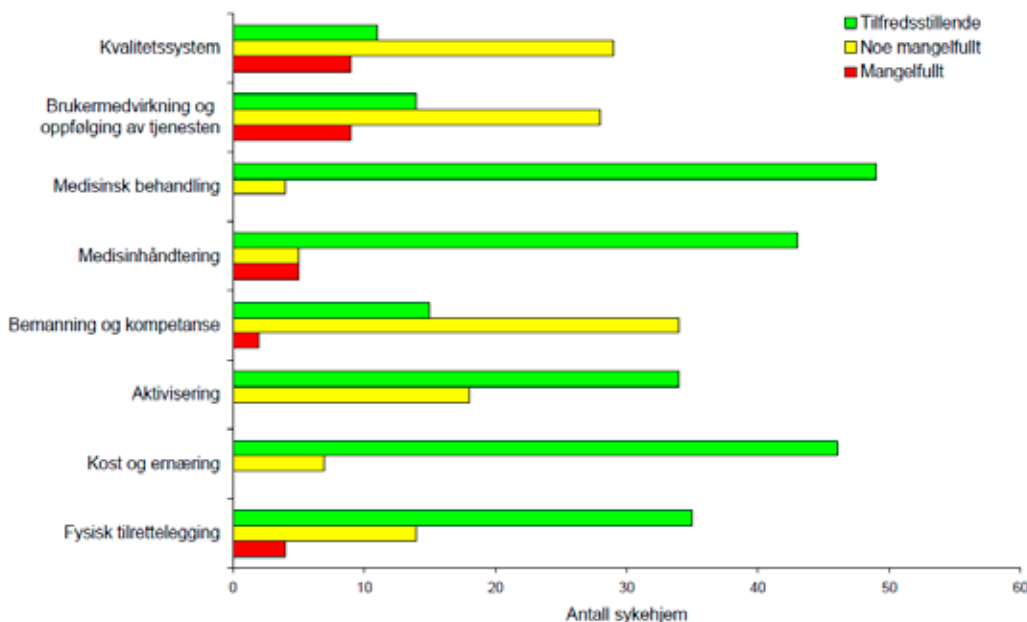
kan sammenlignes over tid for å si noe om kvalitetsutviklingen i sykehjem.

4.2 Kvalitetsrevisjoner

Formålet med kvalitetsrevisjonene var å vurdere sykehjemmene opp mot myndighetskrav, faglige standarder og retningslinjer, dessuten sykehjemmenes egne mål for de valgte revisjonsområdene. Temaene for revisjonene i 2008 og 2010 varierte. Det var derfor ikke mulig å sammenlikne resultatene i disse kvalitetsrevisjonene. Vi gir nedenfor en kort presentasjon av hovedfunnene fra revisjonene.

Det ble gjennomført kvalitetsrevisjoner i samtlige sykehjem både kommunale og ikke-kommunale. Figur 2 viser tilbakemeldingene fra revisjonen til sykehjemmene på de ulike kvalitetsområdene i 2008.

Figur 2 Tilbakemelding til sykehjemmene innen de enkelte kvalitetsområdene



Kilde: Helse- og velferdsetaten Kvalitetsrevisjoner i sykehjem 2008

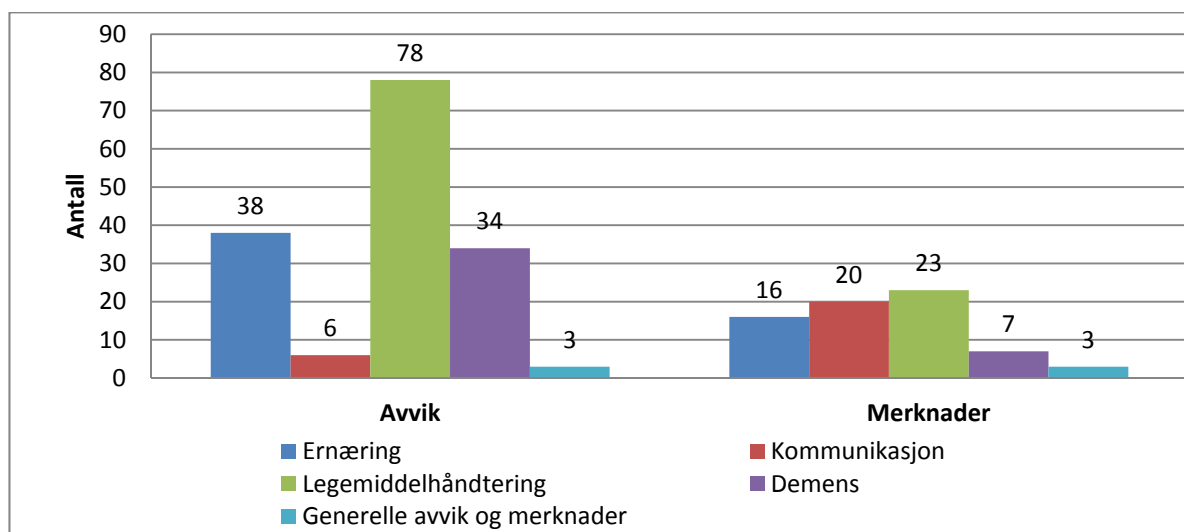
²⁰ Helseetaten, tidligere Helse- og velferdsetaten hadde ansvar for gjennomføringen av kvalitetsmålingene.

Som Figur 2 viser, var områdene med størst andel vurdering innen kategoriene “noe mangelfull/mangelfull” i 2008 følgende:

- Kvalitetssystem: Kvalitetslosen var ikke implementert
- Brukermedvirkning: Det var betydelig mangler i bruk og oppfølging av beboernes tiltaksplaner
- Bemanning og kompetanse: Det var i liten grad mulig å dokumentere faktisk bemanning over tid
- Aktivisering: Man benyttet i for liten grad tiltaksplaner for å sikre individuell tilpasning og oppfølging av aktivitetstilbudet til den enkelte

I revisjonen for 2010 ble det totalt gitt 159 avvik og 69 merknader, se Figur 3 under.

Figur 3 Antall avvik og merknader innenfor revisjonsområdene



Kilde: Helse- og velferdsetaten: Samlingsrapport for kvalitetsrevisjon og medarbeiderundersøkelsen 2010

Som Figur 3 viser, ble det i 2010 gitt flest avvik innenfor områdene:

- Legemiddelhåndtering: Det var variert/manglende dobbeltkontroll av A-preparater og manglende dokumentasjon for effekt av eventuellmedisin.
- Ernæring: Det var mangelfull/ikke enhetlig dokumentasjon for beboerne som var vurdert å være i ernæringsmessig risiko.
- Demens: Det var låst dør/bruk av tvang og makt uten vedtak/dokumentasjon.

4.3 Objektive kvalitetsindikatorer

Det har vært gjennomført objektive kvalitetsmålinger i alle kommunale og ikke-kommunale sykehjem med langtidsplasser i Oslo hvert tertial siden 2005. De objektive kvalitetsindikatorerne skulle reflektere kvaliteten på pleien slik den gjenspeilte seg i den faktiske helsetilstanden hos beboerne. De undersøkte indikatorerne var trykksår, urininkontinens, kontrakturer²¹, fall og vekttap. Det ble fylt ut registreringsskjema for samtlige beboere på sykehjem. Ifølge opplysninger fra Helseetaten og Sykehjemsetaten var det ikke gjort noen systematisk kontroll av at registreringene av objektive kvalitetsindikatorer skjedde på en enhetlig måte i sykehjemmene.²²

De objektive kvalitetsindikatorerne i perioden er vist i Tabell 3.

²¹ Det var en generell tendens til manglende registreringer av kontrakturer og av høyde og vekt/ vektendringer, jf. rapportene fra 2006, 2007 og 2011. Når det gjaldt kontrakturer, opplyste Helse- og velferdsetaten i rapportene om at risikoen for målefeil var til stede, og at det burde tas hensyn til dette ved eventuelle sammenlikninger mellom sykehjem på dette kvalitetsmålet. Kommunerevisjonen har derfor valgt å utelate registrerte tall for kontrakturer i tabellen.

²² Telefonsamtale med spesialrådgiver i Helseetaten 11.09.2012, og intervjuer med sjefen for kvalitetsutvalget og områdedirektørene for de kommunale sykehjemmene september 2012. Det var variasjoner fra sykehjem til sykehjem hvem som gjennomførte registreringene og hvilken kontroll som ble gjort av registreringene.

Tabell 3 Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem. 2005 – 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Trykksår lav risiko	7%	6%	6%	7%	6%	6%	4,6%
Trykksår høy risiko	17%	23%	22%	23%	22%	22%	21,1%
Vektreduksjon	15%	13%	11%	12%	12%	12%	12,1%
Fall	14%	12%	12%	11%	12%	10%	9,3%
Urininkontinens lav risiko		36%	34%	35%	33%	33%	33%
Urininkontinens høy risiko		75%	75%	76%	74%	75%	75%

Note: Kilden er Helse- og velferdsetatens rapporter om objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem. Registrering av indikatorene i uke 49. Det var oppgitt i rapportene at indikatorene ikke burde brukes alene som mål på kvalitet, men at høye verdier kunne være med å identifisere et problemområde.

Tabell 3 viser at tendensen i resultatene var relativt jevn eller svakt positiv i perioden. Andelen med trykksår lav risiko var redusert fra 7 prosent i 2005 til 4,6 prosent i 2011, samtidig har andelen med trykksår høy risiko økt fra 17 prosent til 21 prosent. Vektreduksjon var redusert fra 15 prosent til 12 prosent i perioden, mens fall var redusert fra 14 prosent til 9 prosent. Det var relativt stor spredning i de ulike indikatorene mellom sykehjemmene. I registreringene fra 2011 for trykksår i henholdsvis lav og høy risikogruppen var det for eksempel en spredning mellom sykehjemmene fra 0 til 15 prosent, og fra 50 til 96 prosent. For kategorien fall, var spredningen fra 3 til 19 prosent.

Målgruppen for bruker- og pårørendeundersøkelsene har vært beboere ved Oslos sykehjem, både kommunale og ikke-kommunale, samt sykehjem utenfor Oslo der kommunen kjøpte plasser.

4.4 Brukerundersøkelser

Brukerundersøkelsene varierte mht. gjennomføringsopplegg i perioden 2006 – 2011 både når det gjaldt metode, spørsmål og svarkategorier. Kommunerevisjonens gjennomgang av metode og opplegg for perioden viste blant annet følgende:

- Resultatene på spørsmål om generell trivsel på sykehjemmet kunne sammenliknes i perioden 2007-2011.

- Resultatene fra 2006 kunne ikke uten videre sammenliknes med noen av de senere undersøkelsene.
- Resultatene fra 2007, 2008 og 2009 kunne sammenliknes for alle spørsmål.
- Resultatene fra 2010 og 2011 kunne med visse forbehold sammenliknes med hverandre, men ikke med de tidligere undersøkelsene, med unntak av trivsel.

Målgruppe og utvalgsmetode

Målgruppen for brukerundersøkelsene var den samme alle år, dvs. alle beboere på sykehjem som var i stand til å gjennomføre intervjuet. I samtlige undersøkelser var det ledere/ansatte ved sykehjemmene som hadde pekt ut aktuelle respondenter, dernest var det frivillig om beboeren ville delta i undersøkelsen. Det ble gjort endringer og forenklinger i undersøkelsesopplegget i 2010 for i større grad å være tilpasset målgruppen. Dette medførte at langt flere beboere ble vurdert som i stand til å gjennomføre intervju. For årene 2006-2009 ble det gjennomført intervju med mellom 14 og 20 prosent av beboerne, mens tilsvarende andel for 2010 og 2011 var rundt 50 prosent.

Resultater fra brukerundersøkelsen 2006-2011

Undersøkelsene viste at brukernes generelle tilfredshet med sykehjemmet var høy i hele perioden, se Tabell 4.

Tabell 4 Beboernes vurdering av spørsmål om generell fornøydhhet med sykehjemmet i årene 2006-2011

År	Spørsmål	Fornøyd/litt fornøyd	Litt misfornøyd/misfornøyd	Ubesvart / vet ikke
2011	Alt i alt, i hvor stor grad er du fornøyd med sykehjemmet du bor på?	84 %	9 %	7 %
2010		83 %	12 %	5 %
2009		89 %	10 %	1 %
2008		89 %	10 %	1 %
2007		92 %	7 %	1 %
2006	Hvor fornøyd er du med det syke-/ aldershjemmet du benytter helhetlig sett?	90 %	8 %	3 %

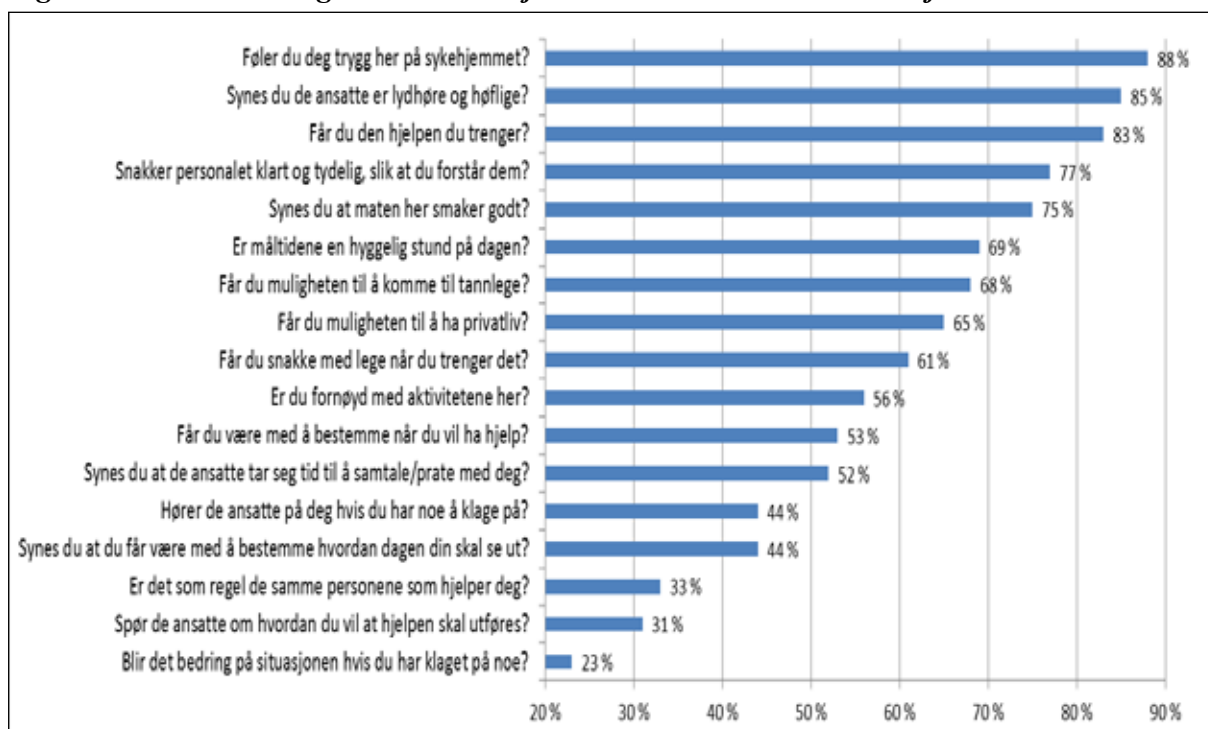
Kilde: Helsestatens (tidligere Helse- og velferdsetaten) rapporter om Brukertilfredshet blant beboere i sykehjem i Oslo kommune 2006-2011.

Andelen fornøyde beboere har vært relativt høy over hele perioden. Usikkerhet knyttet til den lave andelen beboere som deltok i de tidligste undersøkelsene, samt at andelen ubesvart/vet ikke var høyere i 2011, sammenlignet med tidligere, gjør at det er usikkerhet knyttet til om økningen fra 2006 til 2011 var reell. Det var relativt store variasjoner mellom sykehjemmene på hvor fornøyde beboerne var. Ved syke-

hjemmet med laveste skår oppga 50 prosent av beboerne at de var fornøyde/litt fornøyde, mens andelen ved sykehjemmet med høyeste skår var 100 prosent (2011-undersøkelsen).

Resultater fra brukerundersøkelsene i 2010 – 2011
Figur 4 under viser en oversikt over hovedresultater i 2011 rangert etter grad av fornøydhhet på de ulike spørsmålene.

Figur 4 Resultater rangert etter andel ja-svar i brukerundersøkelsen for 2011



Kilde: Helsestatens rapport om brukertilfredshet blant beboere på sykehjem i 2011.

Figuren viser at flere enn 80 prosent av respondentene i stor grad følte seg trygge på sykehjemmet, at de ansatte var lydhøre og høflige, og at beboerne fikk den hjelpen de trengte. Respondentene mente sjeldnere at de

fikk hjelp fra de samme personene, at de ansatte spurte dem om hvordan hjelpen skulle utføres, og under en fjerdedel av respondentene svarte at det ble bedring på situasjonen hvis de hadde klaget på noe.

4.5 Pårørendeundersøkelser

Tabell 5 Pårørendes respons på spørsmål om generell trivsel 2007-2011

År	Spørsmål	Andel fornøyd/ litt fornøyd ²³	Andel litt mis- fornøyd/ mis- fornøyd	Andel ubesvart / vet ikke
2011	Alt i alt, i hvor stor grad er du fornøyd med sykehjemmet din nærstående bor på?	87 %	12 %	1 %
2010		87 %	11 %	2 %
2009	Alt i alt, i hvor stor grad er du fornøyd med sykehjemmet beboeren bor på?	85 %	15 %	-
2008		85 %	16 %	-
2007		82 %	18 %	-

Kilde: Helse- og velferdsetatens rapporter fra pårørendeundersøkelser 2007 – 2011

Tabell 5 viser at andelen fornøyde pårørende var høy, og har økt siden 2007. Som for brukerundersøkelsen, var det spredning mellom sykehjemmene i hvor fornøyde de pårørende var, men spredningen var mindre. Ved sykehjemmet med lavest andel pårørende som oppga at de var fornøyde/litt fornøyde, var andelen 73 prosent, mens ved sykehjemmet med høyest andel var det 100 prosent (2011-undersøkelsen).

Kommunerevisjonens sammenstilling av resultater for bruker- og pårørendeundersøkelsene per sykehjem

En sammenlikning av beboernes skår for hvor fornøyde de var med det enkelte sykehjem, og med pårørendes skår for det samme, viste at det i liten grad var et systematisk samsvar mellom beboernes og pårørendes skårer av ett og samme sykehjem. I noen tilfeller hadde et sykehjem som skåret høyt blant beboerne også skåret høyt av pårørende. Det var også tilfeller

der sykehjem som hadde oppnådd relativt færre fornøyde beboere også hadde relativt lavere skår hos pårørende. Det var imidlertid en rekke andre tilfeller der det ikke var noe samsvar mellom hvor fornøyde beboerne var og hvor fornøyde pårørendes var.

4.6 Medarbeiderundersøkelser

Sykehjemsetaten har gjennomført årlige medarbeiderundersøkelser på kommunale sykehjem siden 2007. Fra og med 2010 var medarbeiderundersøkelsen inkludert som et fjerde element i kommunens kvalitetsmålingssystem for Sykehjemsetaten. Oppslutningen om medarbeiderundersøkelsene har vært stigende i disse årene: i 2007 deltok 61 prosent av fastlønnede ansatte, i 2008 deltok 56 prosent, i 2009 deltok 72 prosent og 2010 deltok 82 prosent.

Tabell 6 under viser hovedresultater fra medarbeiderundersøkelsen for perioden 2007-2010.

²³ I 2007-2011 var svaralternativene gradert på en skala fra 4 (i svært stor grad) til 1 (i svært liten grad).

Tabell 6 Gjennomsnittlig medarbeidertilfredshet. 2007-2010.

Hovedundersøkelsen	2007	2008	2009	2010
Organisering av arbeidet	4,2	4,4	4,4	4,5
Innhold i jobben	4,4	4,8	4,8	4,9
Fysiske arbeidsforhold	3,9	3,9	3,9	4,0
Samarbeid med kollegene	4,7	4,8	4,8	4,8
Mobbing, diskriminering og varsling	Ikke spurt	4,5	4,5	4,5
Nærmeste leder	4,4	4,5	4,5	4,6
Medarbeidersamtale	Ikke spurt	4,7	4,6	4,7
Overordnet ledelse	3,4	3,7	3,7	3,8
Faglig og personlig utvikling	4,0	4,0	4,0	4,2
Systemer for lønns- og arbeidstidsordninger	3,6	3,5	3,6	3,7
Stolthet over egen arbeidsplass	4,5	4,5	4,5	4,6
Helhetsvurdering	4,5	4,3	4,3	4,4
Snitt totalt	4,1	4,3	4,3	4,4
Tilleggsspørsmål Oslo kommune				
Virksomhetens ledelse	3,7	4,0	3,9	4,0
Verdier og etikk	Ikke spurt	4,3	4,2	4,5
Omstillingsprosesser	Ikke spurt	3,2	3,9	4,2

Kilde: Sykehjemsetaten AMU-sak 64/2010 Medarbeiderundersøkelsen 2010. Skala: 1 til 6, hvor 1 var lavest.

Medarbeidernes fornøydhetsnivå har vært stigende på de fleste områder fra 2007 til 2010. Høyest skår hadde spørsmål knyttet til innhold i jobben: Om man hadde nok utfordringer, nødvendig kompetanse og var fornøyd med jobben. Også spørsmål knyttet til samarbeid med kollegaene oppnådde høye skår. Lavest skår hadde områdene systemer for lønns- og arbeidstidsordninger, vurdering av nærmeste leder, samt fysiske arbeidsforhold.

4.7 Sammenstilling av elementene i kvalitetsmålingssystemet

Helse- og velferdsetaten har sammenholdt resultatene fra de fire elementene i kvalitetsmålingssystemet for 2010 med hverandre.²⁴ Formålet med sammenligningen var å få informasjon om det var slik at sykehjem som oppnådde gode resultater fra for eksempel revisjonsbesøkene, også oppnådde tilsvarende

gode resultater fra de andre undersøkelsene.²⁵

Sammenligningen mellom resultatene i medarbeiderundersøkelsen og antall avvik gitt under kvalitetsrevisjoner på sykehjemmet viste at jo færre registrerte avvik mht. legemiddelhåndtering, ernæring og demens, jo flere ansatte opplevde at:

- leder hadde innsikt i jobben som ble gjort,
- de fikk tilstrekkelig informasjon til å gjøre en god jobb,
- de hadde utstyr til å få gjort jobben, og de selv bidro aktivt til at arbeidsplassen nådde sine mål.

Sammenhengen mellom resultater fra medarbeiderundersøkelsen og registrering av objektive indikatorer indikerte blant annet at det ble registrert færre pasienter med trykksår, kontrakturer og vekttap på sykehjem der de

²⁴ Sammenstilling av resultater fra kvalitetsrevisjoner, objektive indikatorer, brukerundersøkelser og medarbeiderundersøkelse i sykehjem 2010.

²⁵ For å måle slik samvariasjonen mellom resultatene i de ulike undersøkelsene, ble det benyttet såkalt korrelasjonsanalyse. Det vil si det ble beregnet et statistisk mål på styrken og retningen i avhengigheten mellom to variable i de ulike undersøkelsene. Kommunerevisjonen har ikke vurdert kvaliteten i beregningene.

ansatte opplevde:

- å ha fått tilstrekkelig informasjon til å gjøre en god jobb,
- at de var fornøyde med hvordan jobben var tilrettelagt,
- at arbeidsplassen tok spørsmål om etikk alvorlig, og

at det ble arbeidet med praktisering av verdier og etikk på arbeidsplassen.

Sammenhengen mellom resultatene i brugerundersøkelsen og medarbeiderundersøkelsen viste at når de ansatte opplevde at de hadde tid til å gjøre jobben sin, opplevde beboerne i større grad at:

- de fikk den hjelpen de trengte,
- de fikk være med på å bestemme når de vil ha hjelp, og
- maten de fikk smakte godt.

Andelen beboere som opplevde at det ble bedring på situasjonen hvis de hadde klaget på noe, var høyere når:

- de ansatte var fornøyde med nærmeste leder,
- de ansatte opplevde at leder hadde innsikt i arbeidet de utførte, og
- når de ansatte fikk tilstrekkelig informasjon til å gjøre en god jobb.

Resultatene pårørende- og medarbeiderundersøkelsene indikerte at ansatte som hadde et positivt arbeidsmiljø, som fikk bidra med ideer og som hadde en engasjerende leder, i større grad ga bedre helsefaglig oppfølging til brukerne. Videre indikerte resultatene at sykehjem som arbeidet med og hadde fokus på etikk og verdier, i større grad hadde fornøyde pårørende. I tillegg indikerte resultatene at lederegenskaper var viktig for pårørendes vurdering av beboerens tilfredshet.

4.8 Utvikling i kvalitative nøkkeltall

I tillegg til kommunens kvalitetsmålingssystem for pleie- og omsorgstjenester presentert over, gir Sykehjemsstatens nøkkeltall også noe informasjon om utviklingen i kvaliteten i sykehjem over tid. Tabellen under viser utviklingen i kvalitative nøkkelindikatorer fra 2007-2011.

Tabellen viser at det har vært en positiv utvikling i alle disse nøkkelindikatorerne. Andel plasser i enerom har økt fra 2007 til 2010, og falt i 2011. Også fysioterapi- og legefaktor har økt i perioden. Andel årsverk fagutdannede i prosent av fast ansatte/fastlønnede vikarer har økt fra med 6 prosentpoeng fra 2008 til 2011.

Tabell 7 Utvikling i kvalitative nøkkeltall 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Andel plasser i enerom	89,6 %	90,9 %	93,5 %	94,7 %	92,3 %
Fysioterapifaktor	0,48	0,49	0,51	0,55	0,56
Legefaktor	0,26	0,31	0,40	0,44	0,44
Andel årsverk fagutdanning – fast ansatte/fastlønnede vikarer	-	82,2 %	85,8 %	87,9 %	88,0 %
Andel årsverk fagutdanning – alle ansatte inkl. timelønnede	-	-	69,2 %	71,2 %	72,4 %

Kilde: Årsberetning Sykehjemsetaten 2009, 2010 og 2011 og Brukerundersøkelser

5. Kostnadsutvikling

I dette kapitlet ser vi på hvordan kostnader knyttet til sykehjemdrift har utviklet før og etter etableringen av Sykehjemsetaten i 2007. Videre ser vi på hvordan enhetsprisen har utviklet seg fra 2006.

5.1 Prismodell

Bystyret har fastsatt prisen på sykehjemsplasser i perioden. Ved oppstart av Sykehjemsetaten i 2007 var pris per plass basert på reelt beregnet kostnadsnivå ved utgangen av 2006, justert for blant annet lønns- og prisstigning. Prismodellen som ble benyttet innebar at salgsprisen til bydelene ble fastsatt ved gjennomsnittsberegninger per sykehjemsplass uansett driftsform. Differensiert prissetting ble oppnådd ved en vektning av prisen på ulike priskategorier. Vektene varierte fra 0,75 for aldershjems plass, 1 for somatisk/ordinær langtids plass og til 1,7 for plass i kategorien forsterket - annet (2010). De ulike plassene hadde ulik grad av prissubsidiering, dette for å bidra til å sikre at bydelene også etterspurte plasser med relativt høye driftskostnader. Det innebar at prisene bydelene betalte for de ulike typer sykehjemsplasser var forskjellige fra kostnadene for plassene.

Prismodellen fra 2007 forutsatte at Sykehjemsetatens inntekter dekker driftskostnadene til kommunale og private institusjoner, samt til etatsadministrasjonen. Kapitalkostnader og kostnader til trykghetsplasser var holdt utenom. I 2007 og 2008 var finansieringsmodellen basert på en forventning om at Sykehjemsetaten skulle operere med 99 prosent belegg. Da prismodellen ble behandlet i byrådssak 233/08, ble det bestemt at modellen skulle videreføres, men at beleggprosenten skulle reduseres fra 99,0 til 97,33 prosent. Denne reduksjonen ble fullfinansiert gjennom økt grunnfinansiering til Sykehjemsetaten.

5.2 Metode

En sammenligning av hvordan priser og kostnader per sykehjemsplass har utviklet seg før og etter opprettelsen av Sykehjemsetaten i 2007 er komplisert. Dette fordi de tilgjengelige årlige pris- og kostnadsberegningene ikke er direkte sammenlignbare før og etter 2007. Usikkerheten knytter seg både til FDV-kostnadene (forvaltning, drift og vedlikehold) og kategorisering av type plasser. Et av usikkerhetsmomentene som ble beskrevet i Kommunerevisjonens rapport 18/2009, var at bydelene før sykehjemsreformen hadde ulik praksis for kategorisering av sykehjemstilbudet, dvs at pleiefaktoren for samme type sykehjemsplasser kunne variere fra institusjon til institusjon. I tillegg var det usikkerhet knyttet til den generelle kvaliteten på registreringene i perioden. Ifølge lederen ved økonomiavdelingen i Sykehjemsetaten, var kvaliteten på dataene blitt markert bedre de to siste årene.

Vi har sett på pris-/kostnadsutviklingen med utgangspunkt i følgende statistikk:

- Utviklingen i enhetsprisen per sykehjemsplass fra 2006 til 2011, (Byrådssak 158 av 16.06.2011 *Utvikling av sykehjemdriften i Oslo*)
- Utvikling i bydelenes brutto driftsutgifter per beboer i institusjon fra 2004 til 2011, (Utviklings- og kompetanseetaten (UKE): Bydelsstatistikken/Statistisk sentralbyrå)
- Utviklingen i netto driftsutgifter (bydelenes og etatens) for sykehjemdrift for 2004 til 2011, (Agresso - KOSTRA funksjonene 253, 2531 og 2532)
- Kostnadstall for eldreomsorgsinstitusjoner 2004-2011, Helse- og velferdsetaten (2004-2005) og Sykehjemsetaten (2007-2011). Tall for 2006 manglet.²⁶

²⁶ Vi har ikke fått tak i rapporten for kostnadstall for 2006, Verken byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, Helseetaten eller Sykehjemsetaten har rapporten.

Som oversikten viser, har vi benyttet til tre ulike tidsserier fra 2004 til 2011, og en fra 2006 til 2011. Vi har ikke gått lenger tilbake i tid enn til 2004. Dette på grunn av at bydelsreformen ble gjennomført det året. For disse tidsseriene har vi altså observasjoner og sammenligner utviklingen tre år før etatsopprettelsen, med alle fem årene etter. Vi vet ikke om det kan være spesielle forhold knyttet til de tre årene før etatsopprettelsen som gjør at disse årene ikke er representative for tiden bydelene hadde ansvaret for sykehjemsdriften. I sammenligningene legger vi imidlertid til grunn at de er det.

Når det gjelder statistikken over enhetsprisen har vi kun én observasjon før opprettelsen av Sykehjemsetaten; 2006. Når det gjelder statistikken over kostnadstall for eldreomsorgsinstitusjoner har vi kun *to* observasjoner før opprettelsen av etaten: 2004 og 2005. På grunn av usikkerheten som dette medfører, vil ikke disse to statistikkene benyttes for å belyse utviklingen før og etter opprettelsen av etaten.

Vi har ikke korrigert for brudd i statistikken fra før og etter etatsopprettelsen. Dette fordi det ville vært meget ressurskrevende, og vi er også usikker på om det faktiske ville latt seg gjøre. Det har også vært brudd i statistikkene fra år til annet, og kvaliteten på registreringene er forbedret over år. Heller ikke disse faktorene har vi korrigert for. Sammenligning av utviklingen i priser og kostnader før og etter 2007 må derfor gjøres med forsiktighet.

På grunn av usikkerheten i tallmaterialet beskrevet over, har vi hovedsakelig foretatt en sammenligning av den **årlige gjennomsnittlige utviklingen i utgifter/kostnader** i perioden før og etter 2007. Vi har sett på om utgifts-/kostnadsøkningen har vært sterkere i perioden etter 2007, sammenlignet med perioden før 2007, samt sett på hvilke faktorer som eventuelt kunne forklare økningen. Dette har gitt oss et bilde av utgifts-/kostnadsutviklingen før og etter innføringen av Sykehjemsetaten.

Alle priser/kostnader i de ovenfor nevnte statistikkene er nominelle tall. Vi har sett på pris-/kostnadsutviklingen over en periode på 5-7 år, og har derfor justert disse tallene med Statistisk sentralbyrås (SSB) konsumprisindeks – med 2011 som basisår.²⁷

SSBs statistikk over utviklingen i lønn i offentlig sektor og utviklingen i konsumprisindeksen, viser at den årlige lønnsøkningen i gjennomsnitt har vært omtrent 3,0 prosentpoeng høyere enn prisøkningen for perioden 2004-2011.²⁸ Dette kan isolert sett bidra til økte kostnader / priser.

Et annet moment, som heller ikke er hensyntatt i sammenligningen av utgifter / kostnader over tid, er utviklingen i tjenestenes kvalitet. Fra 2007 og utover har det vært en økning i lege- og fysioterapifaktor, bemanningens kompetanse, andel beboere i enerom etc, jf Tabell 7. Disse faktorene kan, isolert sett, ha bidratt til økte driftskostnader.

5.3 Utvikling i priser og kostnader

I det følgende vil vi presentere pris-/kostnadsutviklingen med utgangspunkt i de ulike statistikker som forelå.

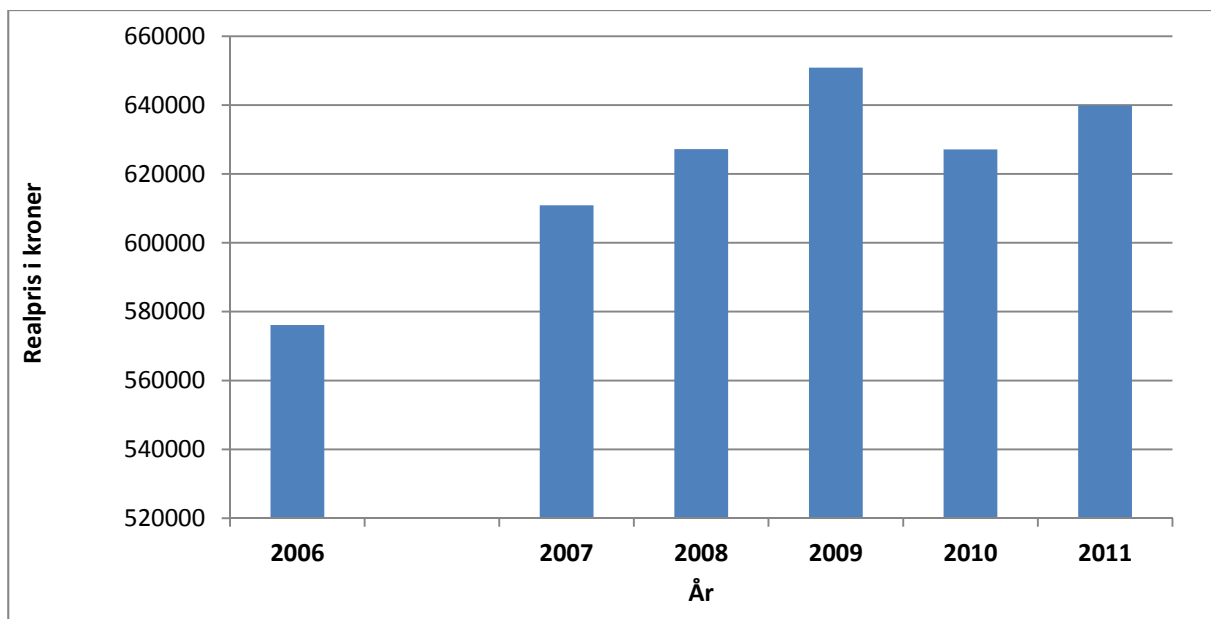
5.3.1 Utvikling i enhetsprisen per sykehjemsplass fra 2006

Enhetsprisen per sykehjemsplass var en gjennomsnittspris som tok utgangspunkt i prisene for de ulike typer sykehjemsplasser, og vektet de med antall ulike plasser. Som nevnt over var enhetsprisen politisk bestemt. Figur 5 viser utvikling i den vektete gjennomsnittlige

²⁷ Realprisen er oppnådd ved å justere den nominelle prisen med SSBs konsumprisindeks. Basisåret er satt til 2011: <http://www.ssb.no/kpi/kpiregn.html>

²⁸ http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/hovedtabellHjem.asp&KortnavnWeb=lonnansatt. Tabell 05607: Gjennomsnittlig, median og kvartil månedsførtjeneste for heltidsansatte, etter næringshovedområde (SN2002) og kjønn (avslutta serie) (1997 - 2008). Tabell: 08054: Gjennomsnittlig månedslønn for heltidsekvivalenter, etter kjønn, sektor og desiler (2008 – 2011). Tabell: 03014: Konsumprisindeks (1979 - 2011)

Figur 5 Utvikling i enhetsprisen per sykehjemsplass. Realprisene er justert til 2011-nivå. 2006-2011



Kilde: Byråds sak 158 av 16.06.2011. SSB: Justert for konsumprisendring. <http://www.ssb.no/kpi/kpiregn.html>

enhetsprisen fra 2006 til 2011 – realpriser med 2011 som basisår. Denne figuren viser kun prisutviklingen fra 2006, og gir derfor ikke grunnlag for å sammenligne prisutviklingen før og etter opprettelsen av Sykehjemsetaten. En slik sammenligning ville krevet en lengre tidsserie før 2007 enn ett år.

Fra 2006 til 2007 økte den gjennomsnittlige realprisen med 6,0 prosent. For perioden 2007 til 2011 økte prisen med totalt 4,7 prosent. Det utgjorde en gjennomsnittlig årlig økning på 1,2 prosent. Ifølge Sykehjemsetaten utgjorde lønns- og prisjusteringer størsteparten av denne økningen. Som figuren viser, var det en reduksjon i prisen fra 2009 til 2010, hovedsakelig på grunn av økt grunnfinansiering på 180 millioner. Fra 2010 til 2011 var det en økning i prisen.

Den sterkeste årlige økningen i realprisen i perioden var fra 2006 til 2007, med 6,0 prosent. Som vi har nevnt tidligere, var ikke disse tallene uten videre sammenlignbare. Sykehjemsetaten hadde imidlertid foretatt en beregning av enhetsprisen for 2007, med utgangspunkt i prisen for 2006, se Tabell 8. Tabellen viser den *nominelle* enhetsprisen for 2006 og 2007, samt hvilke priselementer som forklarte prisøkningen. Fra Sykehjemsetatens beregninger av enhetsprisen for 2006 og 2007, framkom det at lønns- og prisjusteringer utgjorde nærmere 60 prosent av prisøkningen på 6,8 prosent, mens korrigerings for regnskap 2006²⁹ utgjorde nærmere 30 prosent. Lønnsjusteringer inkluderte både økte lønnskostnader som følge av for eksempel økt lege-, fysioterapi og pleiedekning, samt økte kostnader i tilknytning til lønnsoppgjør som økte pensjonskostnader og generell lønnsøkning.

²⁹ I korrigert regnskap for 2006 ligger en overføring på 54,3 millioner som følge av at noen bydeler hadde underbudsjettet kostnadene.

Tabell 8 Beregnet nominell enhetspris for 2006 og 2007 - priselementer

Beregnet enhetspris per plass i 2006: 520 000	Endring i kr	Endring i %
Redusert pensjonspremie	-1 300	-3,7 %
Lønns- og prisjustering	21 200	59,6 %
Egenandel uførepensjon	2 800	7,9 %
Egenandel avtalefestet pensjon (AFP)	500	1,4 %
Sykehjemsetatens effektiviseringsuttak	-3 300	-9,3 %
Kompensasjon for 99 % sykehjemsbelegg	5 400	15,2 %
Korrigerings for regnskap 2006	10 300	28,9 %
Enhetspris per sykehjemsplass i 2007: 555 600	35 600	6,8 %

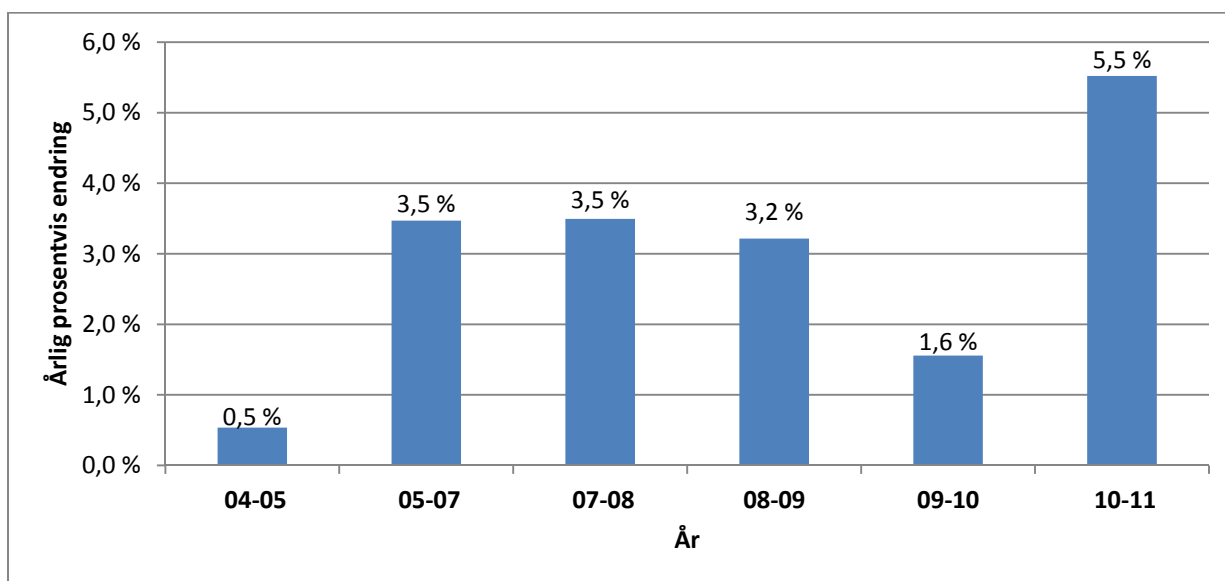
Kilde: Saksframlegg: Byrådssak 158 av 16.06.2011 *Utvikling av sykehjemsdriften i Oslo*

5.3.2 Utvikling i kostnad per vektet plass

Helse- og velferdsetaten utarbeidet før 2007 årlige rapporter over kostnadstall for eldreomsorgsinstitusjoner. Fra 2007 ble disse beregningene utarbeidet av Sykehjemsetaten. Figur 6 viser utviklingen i realkostnader per

sykehjemsplass fra 2004-2005, og fra 2007-2011. Tallene ble ikke utarbeidet for 2006. Siden vi kun har to observasjoner før opprettelsen av etaten i 2007, kan vi ikke benytte tidsserien for å se på kostnadsutviklingen før og etter opprettelsen av Sykehjemsetaten.

Figur 6 Utvikling i kostnad per vektet sykehjemsplass. Realprisene er justert til 2011-nivå. 2004-2005 og 2007-2011.



Kilde: Helse- og velferdsetaten, Sykehjemsetaten og SSB

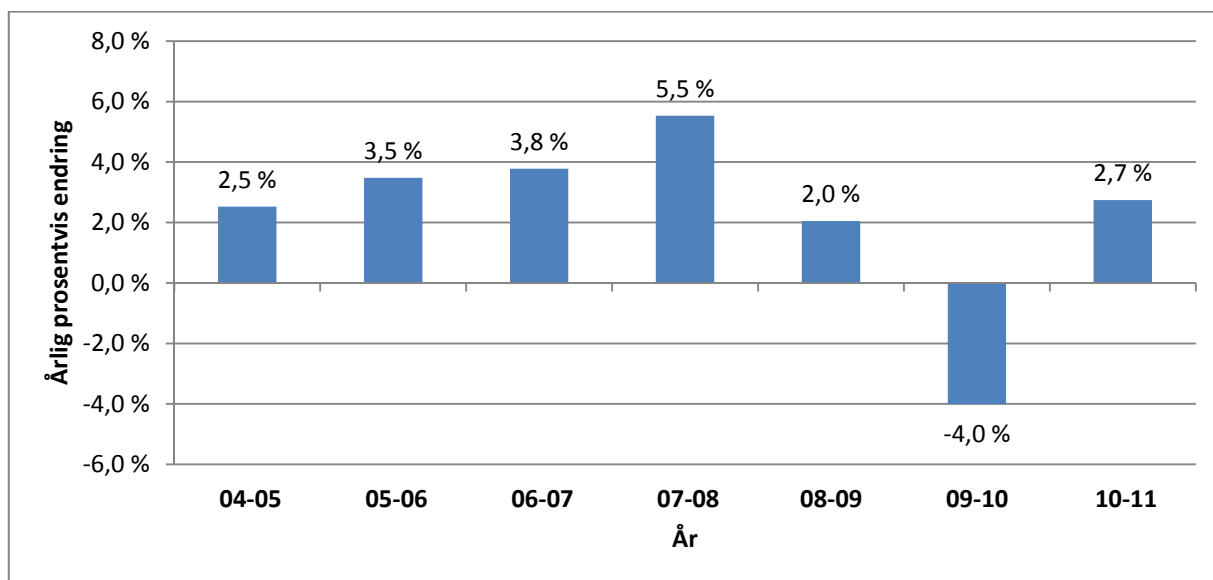
Det var en svak økning på 0,5 prosent i kostnaden fra 2004 til 2005. For perioden 2005-2007 var økningen på 3,5 prosent. Som figuren viser, var det noe variasjon i de årlige kostnadsøkningene i årene etter etatsoppsettelsen; mellom 1,6 prosent og 5,5 prosent. For disse årene var den

årlige gjennomsnittlige kostnadsøkningen på 3,6 prosent. Årsaken til den sterke økningen i kostnaden fra 2010-2011 var, ifølge Sykehjemsetaten, lønnsoppgjøret med påfølgende forpliktelser for økte pensjonskostnader.

5.3.3 Utvikling i bydelenes brutto driftsutgifter per beboer i institusjon

Figur 7 viser utviklingen i bydelenes brutto driftsutgifter (kun utgifter, ikke inntekter) per beboer i institusjon fra 2004 til 2011.

Figur 7 Utvikling i bydelenes brutto driftsutgifter per beboer i institusjon i 1 000 kr (konto 253). 2004-2011



Kilde: UKE: Bydelsstatistikken/Statistisk sentralbyrå (SSB).
 SSB: Justert for konsumprisendring. <http://www.ssb.no/kpi/kpiregn.html>

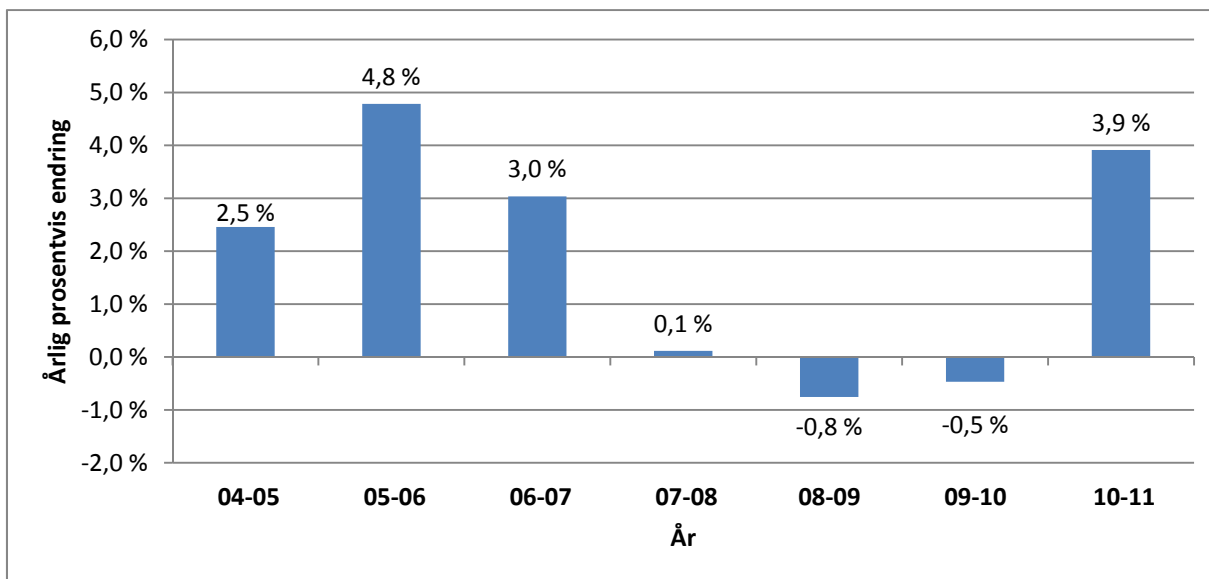
Fra 2004 til 2006 økte de årlige utgiftene med 2,5 og 3,5 prosent. For disse årene var den årlige gjennomsnittlige utgiftsøkningen på 3,6 prosent. Fra 2006 til 2007 økte utgiftene med 3,8 prosent. Som figuren viser, var det variasjon i de årlige utgiftsendringene i årene etter etatsopprettelsen; fra en økning på 5,5 prosent fra 2007-2008,

en reduksjon på 4,0 prosent fra 2009-2010. Denne nedgangen ble hovedsakelig forklart av at etaten fikk økt grunnfinansiering ved å redusere beleggprosenten i prismodelen (reelt tilført 180 mill kroner), noe som la grunnlag for en reduksjon i prisen og dermed i bydelenes utgifter.

5.3.4 Utvikling i netto driftsutgifter for sykehjemdrift

Figur 8 viser utviklingen i netto driftsutgifter (både utgifter og inntekter) for sykehjemdrift, samlet for både Sykehjemsetaten og bydelene, for perioden 2004 til 2011.

Figur 8 *Utvikling i netto driftsutgifter sykehjemdrift for Sykehjemsetaten og bydelene. 2004-2011*



Kilde: Agresso - KOSTRA funksjonene 253 for bydelene og Sykehjemsetaten.

Før opprettelse av Sykehjemsetaten, fra 2004 til 2006, økte netto driftsutgifter årlig mellom 2,5 og 4,8 prosent. For disse årene var den årlige gjennomsnittlige økningen i driftsutgiftene på 3,7 prosent. Fra 2006 til 2007 var økningen 3,0 prosent. Som figuren viser, var det variasjon

i de årlige utgiftsendringene i årene etter etatsopprettelsen; fra en økning på 3,9 prosent fra 2010-2011, til en reduksjon på 0,8 prosent fra 2008-2009. Den gjennomsnittlige årlige økningen i netto driftsutgifter i perioden etter 2007 var på 0,7 prosent.

5.4 Oppsummering

Tabell 9 viser en oppsummering av den gjennomsnittlige årlige veksten utgifter knyttet til sykehjemdrift før opprettelsen av Sykehjemsetaten 2004-2006, fra 2006 til 2007, samt i perioden 2007 til 2011. Vi vil igjen understreke at det var usikkerhet i tallmaterialet som gjorde at en sammenligning over tid må gjøres med varsomhet.

Det har vært en økning i utgifter både før og etter opprettelsen av Sykehjemsetaten. Både

bydelenes brutto driftsutgifter per beboer i institusjon og netto driftsutgifter for bydelene og Sykehjemsetaten for sykehjemdrift, økte i årsgjennomsnitt både før og etter 2007. Økningen var imidlertid svakere *etter* opprettelsen av Sykehjemsetaten, sammenlignet med perioden før.

Utviklingen i kostnader per vektet plass viser et annet forløp, men her har vi så få observasjoner før 2007, at det medfører for stor usikkerhet knyttet til å sammenligne utviklingen før og etter 2007.

Tabell 9 Oppsummering fakta realutgifter

	2004 - 2006	2006 - 2007	2007 - 2011
Gjennomsnittlig årlig økning i bydelenes brutto driftsutgifter per beboer i institusjon	3,0%	3,8%	1,6%
Gjennomsnittlig årlig økning i netto driftsutgifter sykehjemdrift for bydelene og Sykehjemsetaten	3,7%	3,0%	0,7%

Kilde: Kommunerevisjonens beregninger

Referanser

a) Referanser fra Oslo kommune

Byrådets forslag til budsjett 2013 med økonomiplan, Sak 1/2012, Sak 1/2009

Bystyresak 312/09, Rapport 18/2009 - *Sykehjemsetaten - Status etter to års drift*

Byrådssak 91/2009, Rapport 18/2009 - *Sykehjemsetaten - Status etter to års drift*

Tabelloversikt

Tabell 1 Utvikling i andel fagutdannede. 2008-2011	21
Tabell 2 Andel ansatte med stillingsprosent lik eller over 80	22
Tabell 3 Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem. 2005 – 2011	29
Tabell 4 Beboernes vurdering av spørsmål om generell fornøydhet med sykehjemmet i årene 2006-2011	30
Tabell 5 Pårørendes respons på spørsmål om generell trivsel 2007-2011	31
Tabell 6 Gjennomsnittlig medarbeidertilfredshet. 2007-2010.	32
Tabell 7 Utvikling i kvalitative nøkkeltall 2007-2011	33
Tabell 8 Beregnet nominell enhetspris for 2006 og 2007 - priselementer	37
Tabell 9 Oppsummering fakta realutgifter	39

Figuroversikt

Figur 1 Rapporterte avvik 1. tertial 2012 per sykehjem	15
Figur 2 Tilbakemelding til sykehjemmene innen de enkelte kvalitetsområdene	27
Figur 3 Antall avvik og merknader innenfor revisjonsområdene	28
Figur 4 Resultater rangert etter andel ja-svar i brukerundersøkelsen for 2011	30
Figur 5 Utvikling i enhetsprisen per sykehjemsplass. Realprisene er justert til 2011-nivå. 2006-2011	36
Figur 6 Utvikling i kostnad per vektet sykehjemsplass. Realprisene er justert til 2011-nivå. 2004-2005 og 2007-2011	37
Figur 7 Utvikling i bydelenes brutto driftsutgifter per beboer i institusjon i 1 000 kr (konto 253). 2004-2011	38
Figur 8 Utvikling i netto driftsutgifter sykehjemsdrift for Sykehjemsetaten og bydelene. 2004-2011	39



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