



Oslo kommune
Kommunerevisjonen

Rapport 01/2015

Oslo kommunes organisering av sykehjemstjenester

2015

Tidligere publikasjoner fra Kommunerevisjonen i Oslo

- Rapport 01/2014** Behandling av søknader om sykehjemsplass - Bydel Sagene og Bydel Vestre Aker
- Rapport 02/2014** Saksbehandlingstid i pedagogisk-psykologisk tjeneste
- Rapport 03/2014** Ulike undersøkelser i regnskapsrevisjonen - Samlerapport 2013
- Rapport 04/2014** Kommunale boliger - forebygging av utkastelser
- Rapport 05/2014** Intern kontroll i og rundt enkelte IT-systemer - Samlerapport 2013
- Rapport 06/2014** Eierskapskontroll i Oslo Pensjonsforsikring AS 2011- 2013
- Rapport 07/2014** Oslo kommunes overordnede risiko- og sårbarhetsanalyse
- Rapport 08/2014** Kvalitet og effektivitet i byggesaksbehandlingen
- Rapport 09/2014** Gjennomføring av spesialundervisning - Ammerud skole og Bekkelaget skole
- Rapport 10/2014** Bevaringsverdig på Gul liste – saksbehandling og konsekvenser
- Rapport 11/2014** Planlegging og gjennomføring av investeringer i Oslo Havn KF
- Rapport 12/2014** Eierskapskontroll i Fjellinjen AS 2011 - 2013
- Rapport 13/2014** Kontroll og oppfølging av offentlig-privat samarbeid
- Rapport 14/2014** Bymiljøetatens behandling av drosjeløyvesaker
- Rapport 15/2014** Ivaretagelse av barns rettigheter når barneverntjenesten kjøper hjelpetiltak
- Rapport 16/2014** Kvalitetslosen – en undersøkelse av avviksbehandlingen ved Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet
- Rapport 17/2014** Forebygging og behandling av underernæring hos hjemmeboende eldre i Bydel Frogner
- Rapport 18/2014** Ny driftsavtale IKT - kontroll og oppfølging

For mer informasjon om Kommunerevisjonen og våre rapporter se www.krv.oslo.kommune.no

Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet om kommunens organisering av sykehjemstjenester.

Bystyret vedtok 11.12.2013 (sak 387) i verbalvedtak H 44 å be kontrollutvalget om å gjennomføre en forvaltningsrevisjon med sikte på å kartlegge styrker og svakheter i dagens organisering av sykehjemstjenester og belyse hvilken ansvarsfordeling mellom bydel og etat som gir best kvalitet på tjenestene og mest effektiv ressursutnyttelse.

Kontrollutvalget vedtok undersøkelsen 28.01.2014 (sak 6). Undersøkelsen tilhører fokusområdet *virksomhetsstyring og investeringskontroll*, jf. bystyrets vedtak om *Overordnet analyse og plan for forvaltningsrevisjon 2012–2016* av 13.06.2012 (sak 165).

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave for Oslo kommune. Formålet med forvaltningsrevisjon er nedfelt i kommuneloven § 77 nr. 4 som har følgende ordlyd:

... 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 undersøkelsen er dels gjennomført som forvaltningsrevisjon, dels uten å vurdere fakta opp imot revisjonskriterier.

Prosjektet er gjennomført av seniorrådgiver Frøydis Eidheim (prosjektleder) og revisjonsrådgiver Morten Andreas Engebretsen (prosjektmedarbeider).

Vi vil særlig takke Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, Sykehjemsetaten og bydelene for nødvendig bistand i prosjektet.

13.01.2015


Lars Normann Mikkelsen
avdelingsdirektør


Frøydis Eidheim
seniorrådgiver

Innhold

Forord	1
Hovedbudskap	5
Sammendrag	5
1. Innledning	10
1.1 Formål og problemstillinger.....	10
1.2 Revisjonskriterier	10
1.3 Metodisk tilnærming og gjennomføring	11
1.4 Avgrensninger	11
1.5 Rapportens oppbygning.....	12
2. Om Sykehjemsetaten	13
2.1 Bakgrunn for opprettelsen av Sykehjemsetaten	14
2.2 Bekymringer vedrørende opprettelsen av en sykehjemsetat	14
2.3 Oslo kommune sammenliknet med andre storbykommuner.....	15
2.4 Tidligere forvaltningsrevisjoner	16
2.5 Endringer i perioden 2011–2014	18
3. Kapasitetsutnyttelse	21
3.1 Revisjonskriterier	21
3.2 Sammendrag av faktabeskrivelsen	21
3.3 Kommunerevisjonens vurderinger	23
4. Spesialisering	24
4.1 Revisjonskriterier	24
4.2 Sammendrag av faktabeskrivelse	24
4.3 Kommunerevisjonens vurderinger	25
5. Fritt sykehjemvalg	26
5.1 Revisjonskriterier	26
5.2 Sammendrag av faktabeskrivelse	26
5.3 Kommunerevisjonens vurderinger	26
6. Kvalitetsutvikling	27
6.1 Revisjonskriterier	27
6.2 Sammendrag av faktabeskrivelse	27
6.3 Kommunerevisjonens vurderinger	29
7. Stordriftsfordeler – innkjøp og støttefunksjoner	30
7.1 Revisjonskriterier	30
7.2 Sammendrag av faktabeskrivelse	30
7.3 Kommunerevisjonens vurderinger	30
8. Har bekymringene ved etatsopprettelsen slått til?	31
8.1 Prisen på sykehjemsplassene og byråkratisering	31
8.2 Samarbeid med sykehjem og sammenhengen i tiltakskjeden	32
8.3 Lokaldemokrati og nærhet til brukerne og tjenesteapparatet	32

9. Konklusjoner og drøfting	34
9.1 Hovedtrekk ved modellene.....	34
9.2 Styrker og svakheter ved dagens organisering av sykehjemstjenester.....	36
9.3 Hvilken ansvarsdeling mellom bydel og etat kan gi best kvalitet på tjenestene og mest effektiv ressursutnyttelse?.....	37
9.4 Kommunerevisjonens anbefaling.....	41
10. Uttalelsene til rapporten og Kommunerevisjonens vurderinger	42
10.1 Sykehjemsetatens uttalelse.....	42
10.2 Kommunerevisjonens vurdering.....	43
10.3 Uttalelsen fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester.....	43
10.4 Kommunerevisjonens vurdering.....	43
Referanser	45
Tabelloversikt	47
Figuroversikt	48
Vedlegg 1 Revisjonskriterier	49
Vedlegg 2 Metode	52
Vedlegg 3 Samlet faktaframstilling av kapittel 3–8	57
Kapasitetsutnyttelse	58
Spesialisering	67
Fritt sykehjemvalg	73
Kvalitetsutvikling	75
Stordriftsfordeler – innkjøp og støttefunksjoner	91
Har bekymringene ved etatsopprettelsen slått til?	95
Vedlegg 4 Uttalelsene til rapporten	104

Hovedbudskap

Kommunerevisjonen har vurdert Sykehjemsetatens oppnåelse av målene som ble satt ved opprettelsen av etaten, samt kartlagt om bekymringene ved etatsoppsettelsen har slått til. På det grunnlaget framheves styrker og svakheter ved dagens organisering av sykehjemstjenestene og fordeler og ulemper ved ansvarfordelingen mellom bydel og etat i de to organisasjonsmodellene som har vært benyttet: bydelsmodellen og etatsmodellen.

Dagens organisering av sykehjemstjenester har gitt fordeler blant annet knyttet til kapasitetsutnyttelse, spesialisering og fritt sykehjemvalg. Undersøkelsen viser samtidig at det er færre korttids- og rehabiliteringsplasser enn forutsatt, og at det er utfordringer knyttet blant annet til kvaliteten i rehabiliteringstilbudet samt til etatens samarbeid med bydelene om kvalitetsforhold i sykehjemstilbudet.

Rapporten viser fordeler og ulemper ved både bydelsmodellen og etatsmodellen. Bedre mulighet til å skape sammenheng i tiltakskjeden samt bydelenes selvstyre og lokaldemokrati kan ses som fordeler ved bydelsmodellen. Bedre muligheter til å koordinere bruken av sykehjemsplasser over hele byen, realisere fritt sykehjemvalg samt differensiere og spesialisere sykehjemstilbudet er klare fordeler ved etatsmodellen. Det er grunn til å merke seg at noen utfordringer ser ut til å gjelde for begge modellene, og at bare to bydeler uttalte at de ønsker seg tilbake til bydelsmodellen.

Sammendrag

I denne rapporten presenteres resultatene av Kommunerevisjonens undersøkelse av Oslo kommunes organisering av sykehjemstjenester. Undersøkelsens problemstillinger har vært:

- Hvilke styrker og svakheter er det i dagens organisering av sykehjemstjenestene?
- Hvilken ansvarsdeling mellom bydel og etat kan gi best kvalitet på tjenestene og mest effektiv ressursutnyttelse?

Den første problemstillingen besvares i lys av etatens måloppnåelse knyttet til målene som ble satt ved opprettelsen av Sykehjemsetaten, samt en kartlegging av om bekymringene ved etatsoppsettelsen har slått til, slik ulike aktører ser det. Noen av styrkene og svakhetene som framheves, har ikke nødvendigvis direkte sammenheng med den valgte organiseringen, men kan være forhold som har gjort seg gjeldende på grunn av andre sider ved driften enn de rent organisatoriske. Den andre problemstillingen besvares ved å peke på fordeler og ulemper ved de to organisasjonsmodellene kommunen har erfaring med de siste ti årene, henholdsvis en bydels- og en etatsmodell. Revisjonskriteriene som er anvendt i undersøkelsen, er i hovedsak utledet fra målene/fordelene man så for seg ved etatsoppsettelsen, slik de ble formulert i byråds sak 79/06 *Sykehjem – organisering for bedre kvalitet og valgfrihet*.

Undersøkelsen har vært rettet mot byråden for eldre, Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og Sykehjemsetaten. Undersøkelsesperioden har i hovedsak vært fra 2012 til medio 2014, men der det har vært relevant, har Kommunerevisjonen innhentet informasjon ut over dette. Rapporten er basert på informasjon innhentet fra intervjuer og møter med blant annet ansatte i Sykehjemsetaten og bydelene, dokumentasjon som blant annet belyser etatens resultater, brev med spørsmål til alle bydelsadministrasjonene, bydelsutvalgene og fagforeninger samt spørreundersøkelser som er gått ut til alle bydelenes bestillerkontor, hjemmetjenester og institusjonslederne ved sykehjemmene i Oslo. I det følgende presenteres Kommunerevisjonens viktigste vurderinger og oppsummeringer.

Kapasitetsutnyttelse

Kapasitetsutnyttelsen på Sykehjemsetatens ordinære langtidsplasser har vært relativt høy, og har ligget over måltallene de siste årene.

For andre typer plasser var utnyttelsesgraden noe mer varierende. Bydelens behov for sykehjemsplasser ble i stor grad møtt av Sykehjemsetaten. Sykehjemsetaten hadde etablert hensiktsmessige virkemidler for å sikre høy utnyttelse og effektiv formidling av plasser.

Målene om at andelene korttids- og rehabiliteringsplasser skal være på henholdsvis 15 og 5 prosent, var ikke nådd, og det har heller ikke vært en tydelig utvikling i retning av å nå målene. Mange aktører pekte på at prisingen av ulike typer plasser hadde betydning for bydelenes etterspørsel. Bystyret fastsetter prisene på sykehjemsplassene i de årlige budsjettvedtakene, og Sykehjemsetaten har således ikke selv anledning til å påvirke etterspørselen etter ulike typer sykehjemsplasser gjennom prisjusteringer.

Spesialisering

Det var i perioden 2007–2014 sørget for en økt differensiering og en spesialisering av sykehjemstilbudet i Oslo kommune. Det var en samlet tilvekst på ca. 60 spesialiserte plasser. Samtidig har det vært en ikke ubetydelig reduksjon i antallet skjermede plasser og korttids- og rehabiliteringsplasser i perioden fra 2007. Antallet ordinære langtidsplasser hadde i samme periode økt.

Undersøkelsen tyder på at det fortsatt var noen utfordringer knyttet til at en del pasienter burde hatt vedtak om et mer spesialisert tilbud, ventetid på enkelte spesialplasser og tilbudet til noen kategorier av brukere.

Fritt sykehjemvalg

Brukernes rett til fritt sykehjemvalg ble ivaretatt for de fleste av søkerne til ordinær langtidsplass. De aktørene som uttalte seg om temaet, mente at ordningen med fritt sykehjemvalg stort sett fungerte godt, men at det kunne medføre økt flytting for beboere. Noen søkere måtte vente lenge på å få innfridd førstevalget.

Kvalitetsutvikling

Sykehjemsetaten hadde siden opprettelsen etablert flere relevante tiltak for å styrke kvaliteten i sykehjemstilbudet, blant annet ved etableringen av en felles bemanningsnorm/ pleiefaktor og påfølgende utjevning av ressurser mellom sykehjemmene samt innføringen av helhetlig elektronisk kvalitetssystem, Kvalitetslosen, og opprettelsen av sentralt og lokale kvalitetsutvalg. Det kan samtidig stilles spørsmål ved om Sykehjemsetaten har maktet å implementere aktuelle systemer og rutiner tilfredsstillende.

Det hadde i hovedsak vært en positiv utvikling når det gjaldt resultatene knyttet til andelen årsverk med fagutdanning, fysioterapi- og legefaktoren og andelen ensengsrom, og resultatene var innenfor fastsatte måltall for 2013 på disse områdene. Resultatene fra bruker- og beboerundersøkelsene indikerte høy grad av tilfredshet, men liten eller ingen endring i kvaliteten på sykehjemstilbudet i perioden.

Undersøkelsen tyder på at det var variasjoner i kvaliteten i sykehjemstilbudet, herunder i rehabiliteringstilbudet.

Det kan stilles spørsmål ved om Sykehjemsetatens samarbeid med bydelene har vært godt nok på områder av betydning for tjenestens kvalitet.

Den ferske PwC-rapporten om tilsynsordningen tyder på at bydelenes tilsyn ikke fungerte helt etter intensjonen.

Stordriftsfordeler – innkjøp og støttefunksjoner

Det var etablert tiltak som har medført realisering av stordriftsfordeler, blant annet knyttet til samordning av tjenester og funksjoner knyttet til vaktmester, kjøkken, vaskeri, renhold og innkjøp. Sykehjemsetaten beregnet at kjøkkenomleggingen hadde medført en innsparing på ca. 3,5 mill. kroner i 2009. For øvrige områder var det ikke foretatt slike beregninger.

Når det gjelder stordriftsfordeler i arbeidet med kapasitetsutnyttelse, spesialisering, kvalitetsutvikling og fritt sykehjemvalg, vises det til tidligere avsnitt.

Har bekymringene vedrørende etatsopprettelsen slått til?

I forkant av etatsreformen ble det uttrykt bekymring blant annet for at reformen ville medføre økte kostnader, byråkratisering, dårligere samarbeid og en svekkelse av den helhetlige tiltakskjeden og av bydelssystemet og lokaldemokratiet.

Prisene på sykehjemsplasser som bydelene betaler, hadde på grunn av subsidiering økt lite i perioden 2007–2014. Utgiftene per sykehjemsplass hadde, justert for inflasjon, økt med 21 prosent i perioden 2007–2013. Bydelene uttalte at de hadde fått større forutsigbarhet knyttet til utgifter for sykehjemsplasser. Få tok til orde for at det hadde blitt økt byråkratisering etter etatsopprettelsen.

Bydelene ga uttrykk for at de i liten grad hadde mistet sammenhengen i tiltakskjeden. Flere bydeler uttalte at fleksibiliteten i bruken av sykehjemsplassene var blitt redusert.

De fleste bydelsutvalgene uttalte at overdragelsen av ansvaret for driften av sykehjem til en sentral etat hadde ført til en svekkelse av bydelssystemet og lokaldemokratiet.

Styrker og svakheter ved organiseringen

Under følger et utvalg av styrkene og svakheter ved organiseringen av sykehjemstjenester etter 2007 basert på vurderingene og beskrivelsene i rapportens kapittel 3–8. Alle styrkene og svakheter har ikke nødvendigvis direkte sammenheng med den valgte organiseringen, noen kan skyldes andre forhold:

Styrker: En instans hadde oversikt over og koordinerte sykehjemstilbudet. Det var god utnyttelse av kapasiteten på ordinære

langtidsplasser. Det har vært en differensiering og en viss økning i antallet spesialiserte plasser. Fritt sykehjemvalg ble ivaretatt for de fleste av søkerne til ordinær langtidsplass. Sykehjemsetaten hadde etablert flere tiltak for å styrke kvalitetsarbeidet, noe som synes å tilrettelegge for mer enhetlig kvalitet i sykehjemstilbudet i Oslo. Bydelene oppga å ha fått større forutsigbarhet knyttet til kostnadene til sykehjemsplasser.

Svakheter: Det var ubalanse mellom Sykehjemsetatens tilbud og bydelenes etterspørsel etter visse typer sykehjemsplasser. Det var relativt sett lavere utnyttelse av kapasiteten på korttids- og rehabiliteringsplasser, og antallet slike plasser var redusert siden 2007. En del beboere på ordinær langtidsplass hadde antakelig behov for et mer spesialisert tilbud. Det ble påpekt variasjoner i kvaliteten i sykehjemmenes tjenestetilbud, herunder store kvalitetsforskjeller i rehabiliteringstilbudet. Bydelene synes i liten grad å være involvert i kvalitetsarbeidet knyttet til viktige sider ved sykehjemstilbudet.

Fordeler og ulemper ved henholdsvis bydelsmodellen og etatsmodellen

Under pekes det kort på noen fordeler og ulemper ved henholdsvis bydelsmodellen og etatsmodellen for organisering av sykehjemstjenester.

Fordeler med desentralisert modell / bydelsmodellen

Bydelene kan i prinsippet ha god oversikt og koordinere etterspørselen etter og tilbudet av sykehjemsplasser innad i egen bydel. Bydelene kan ha lettere for å utarbeide et kvalitetssystem som er tilpasset den enkelte bydels lokale forhold, behov og løsninger. Bydelene kan i prinsippet enklere få til sammenheng i tiltakskjeden, da det skjer innad i en organisasjon og ikke på tvers av organisasjoner. Bydelsmodellen støtter opp under bydelenes selvstyre og lokaldemokratiet og nærheten mellom brukerne og tjenesteapparatet.

Ulemper med desentralisert modell / bydelmodellen

- Mindre fleksibilitet når det gjelder å håndtere endringer i etterspørselen/behovet etter sykehjemsplasser.
- Vanskeligere å bygge opp et mer differensiert og spesialisert tilbud med tilstrekkelig kvalitet.
- Forskjeller i kvalitetsarbeidet bydelene imellom kan føre til uønskede kvalitetsforskjeller.
- Retten til fritt sykehjemsvalg kan bli satt til side på grunn av økonomiske interesser av å belegge egne sykehjemsplasser framfor å kjøpe en plass i en annen bydel.
- Bydelene kan ha ulik praksis for når de innvilger sykehjemsplass, og ulikt innhold i sykehjemstilbudet, noe som kan skape risiko for forskjellsbehandling.
- Bydelene som hadde sykehjem, hadde en høyere økonomisk risiko knyttet til ledige sykehjemsplasser.

Fordeler ved en sentralisert modell / etatsmodellen

- Bedre oversikt over sykehjemstilbudet i Oslo og en koordinering av sykehjemsplasser på tvers av alle institusjonene og bydelene.
- Større mulighet for å bygge ut spesialiserte og differensierte tilbud med god kvalitet.
- Lettere å realisere retten til fritt sykehjemsvalg.
- Et kvalitetssystem som er "skreddersydd" for sykehjemssektoren, kan være enklere å innføre, og modellen kan tilrettelegge for et mer helhetlig, samordnet og enhetlig kvalitetsarbeid.
- Tilrettelegger for innkjøp av varer og tjenester i større skala og dermed rimeligere priser.
- Modellen kan i større grad bidra til likebehandling av sykehjemsbeboere i Oslo kommune, gjennom utarbeidelse av felles og standardiserte inntakskriterier på sykehjem.

- Bystyret og byrådet kan i prinsippet lettere styre sykehjemstilbudet gjennom en etat enn gjennom 15 bydeler.

Ulemper ved en sentralisert modell / etatsmodellen

Omfattende kvalitetssystemer kan være krevende å implementere, drifte og etterleve. Ved at en etat forestår innkjøp av varer og tjenester i stor skala, kan det være risiko for at innkjøpene er dårlig tilpasset lokale behov.

Utfordringer i begge modellene

Noen utfordringer ser ut til å gjelde både bydelmodellen og etatsmodellen:

- Utfordringer knyttet til å beholde og rekruttere fagpersonell.
- Utfordringer knyttet til mangelfull kompetanse i norsk blant ansatte.
- Utfordringer knyttet til turnus og brøkstillinger
- Utfordringer knyttet til sykefravær.
- Undersøkelser av ulike kvalitetssystemer viser at det ofte kan være manglende samsvar mellom intensjonene med systemet og den faktiske bruken. Disse utfordringene synes å gjelde for ulike organisasjoner.

Innspill til organisatorisk(e) videreutvikling / løsninger fra bydelene

Noen bydelsutvalg og bydelsadministrasjoner hadde synspunkter på andre organisatoriske løsninger for sykehjemssektoren som kunne gi bedre kvalitet og mer effektiv ressursutnyttelse. Kommunerevisjonen mottok følgende innspill:

- To bydelsutvalg ønsket at bydelene fikk tilbakeført myndigheten over sykehjemmene.
- Ett bydelsutvalg ba om at alternative organisasjonsformer ble utredet på nytt.
- Ett bydelsutvalg luftet muligheten for at Sykehjemsetaten kunne bli delt opp i flere regionale etater, forankret og driftet i bydelene.
- Ett bydelsutvalg tok til orde for at ikke samme etat både drifter og står for innkjøp av sykehjemstjenester.

- Noen bydelsadministrasjoner og bydelsutvalg ga uttrykk for at de var positive til opprettelsen av helsehus.
- En bydelsadministrasjon tok til orde for at korttids- og rehabiliteringsplasser skulle ligge i egen bydel

Det er grunn til å merke seg at bare to bydeler uttalte at de ønsket seg tilbake til bydelsmodellen.

Anbefaling

Det er bebudet ytterligere endringer i sykehjemssektoren, jf. opprettelsen av helsehus og vedtakene om henholdsvis nytt pris- og finansieringssystem og nedlegging av driftsstyrene. Tilsynsordningen er nylig evaluert, og hva som besluttes på bakgrunn av evalueringen, er enda ikke avgjort. Det er forutsatt at flere sykehjemsbygg skal etableres etter en OPS-modell (offentlig privat samarbeid). Disse tiltakene gjør det mindre aktuelt med anbefalinger fra Kommunerevisjonen på grunnlag av forvaltningsrevisjonen. Videre tilsier Kommunerevisjonens rolle som revisor for Oslo kommune at Kommunerevisjonen ikke anbefaler bestemte organisatoriske løsninger for sykehjemmene i kommunen.

Kommunerevisjonen anbefaler at det vurderes tiltak med sikte på å styrke dialogen og samhandlingen mellom Sykehjemsetaten og bydelene om den videre utviklingen av innholdet og kvaliteten i sykehjemstilbudet.

Uttalelsene til rapporten

Sykehjemsetaten uttalte blant annet at rapportens konklusjoner og anbefalinger ga et godt grunnlag for videre arbeid, og etaten redegjorde for pågående arbeid knyttet til rapportens temaer og Kommunerevisjonens anbefaling

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester uttalte blant annet at det er flere endringsprosesser på områdene som er omfattet av revisjonen. Byrådsavdelingen vil i styringsdialogen med Sykehjemsetaten følge opp den videre utviklingen og organiseringen av sykehjemstilbudet i Oslo kommune.

Se for øvrig rapportens kapittel 10 om uttalelsene til rapporten og Kommunerevisjonens vurdering av disse samt vedlegg 4 hvor uttalelsene er vedlagt i sin helhet.

1. Innledning

Bystyret vedtok 21.06.2006 (sak 262) å opprette en etat fra 01.01.2007 som skulle overta bydelenes ansvar for å drive kommunale sykehjem og følge opp private sykehjem. Vedtaket innebar at ansvaret for driften av sykehjemmene i Oslo samt kjøp fra private ble flyttet fra bydelene til Sykehjemsetaten, mens bydelene fortsatt disponerte de økonomiske midlene, vedtaksmyndigheten og tilsynsrollen. Det vil si at bydelene bestiller sykehjems plasser hos Sykehjemsetaten, som på sin side har ansvar for at tilbudet er i tråd med bydelenes behov og bestillinger. Etaten har også ansvar for at tjenestene tilfredsstillende de kravene til kvalitet som følger av lov, forskrift og bystyrevedtak. Sykehjemstilbudet skal være differensiert og tilpasset de ulike brukergruppene behov samt sikre valgfrihet og likebehandling.

Bakgrunnen for at driftsansvaret for sykehjemmene ble overført fra bydelene til Sykehjemsetaten, framgår av byrådssak 79/06 *Sykehjem – organisering for bedre kvalitet og valgfrihet*. I byrådssaken ble det pekt på flere utfordringer ved at kommunens sykehjem ble drevet av bydelene. Etatsmodellen var ment å løse flere av disse, blant annet knyttet til områder som kapasitet, spesialisering, fritt sykehjemsvalg og kvalitet.

1.1 Formål og problemstillinger

Bystyret vedtok 11.12.2013 (sak 387) å be kontrollutvalget om å gjennomføre en forvaltningsrevisjon med sikte på å kartlegge styrker og svakheter i dagens organisering av sykehjemstjenester og belyse hvilken ansvarsfordeling mellom bydel og etat som gir best kvalitet på tjenestene og mest effektiv ressursutnyttelse. Kontrollutvalget vedtok oppstart av undersøkelsen 28.01.2014 (sak 6).

Formålet med undersøkelsen har følgelig vært å kartlegge styrker og svakheter og å belyse ansvarsfordelingen mellom bydel og etat

slik at rapporten kan gi nyttig informasjon til kontrollutvalget og bystyret knyttet til videre tilsyn med og styring av sektoren.

Følgende problemstillinger er belyst:

1. Hvilke styrker og svakheter er det i dagens organisering av sykehjemstjenestene?
2. Hvilken ansvarsfordeling mellom bydel og etat kan gi best kvalitet på tjenestene og mest effektiv ressursutnyttelse?

Problemstillingene er søkt belyst først og fremst ved å ta utgangspunkt i de uttalte målene for etatsopprettelsen. Målene var knyttet til kapasitetsutnyttelse, spesialisering, fritt sykehjemsvalg, arbeidet med kvalitetsutvikling og stordriftsfordeler. Kommunerevisjonen har også undersøkt i hvilken grad uttalte bekymringer ved etatsopprettelsen har slått til, slik ulike aktører ser det. Kommunerevisjonen har undersøkt resultatene på disse områdene drøye sju år etter etatsopprettelsen. I den forbindelse er det blant annet innhentet synspunkter fra Sykehjemsetaten, bydelene, bydelsutvalgene og aktuelle fagforeninger. Kommunerevisjonens rolle som revisor for Oslo kommune tilsier at Kommunerevisjonen ikke anbefaler bestemte organisatoriske løsninger for sykehjemmene i kommunen. Med dette som utgangspunkt besvares problemstillingene så langt det har vært mulig innenfor rammen av denne undersøkelsen.

1.2 Revisjonskriterier

Den første problemstillingen besvares ved hjelp av revisjonskriterier. Revisjonskriteriene er i hovedsak utledet fra målene/fordelene man så for seg ved etatsopprettelsen slik de ble formulert i byrådssak 79/06 *Sykehjem – organisering for bedre kvalitet og valgfrihet* og mål gitt i budsjett dokumenter. Revisjonskriteriene presenteres fortløpende i rapporten. I vedlegg 1 gis en samlet oversikt over kriteriene.

Vi benytter ikke revisjonskriterier når vi behandler den andre problemstillingen.

1.3 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Undersøkelsen har vært rettet mot byråden for eldre, Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og Sykehjemsetaten. Undersøkelsen ble formelt startet opp ved utsendelse av oppstartsbrev 11.04.2014. Undersøkellesperioden har i hovedsak vært fra 2012 til 2014. Der det er relevant, har vi innhentet informasjon ut over dette.

Datainnsamlingen ble i hovedsak gjennomført fra mai til september 2014 og består av

- gjennomgang av relevante dokumenter fra Oslo kommune, herunder Sykehjemsetaten
- innhenting og analyse av kvantitativt materiale, blant annet datamateriale fra Sykehjemsetaten med resultatinformasjon på en rekke områder
- intervjuer med ansatte, blant annet i Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester og Sykehjemsetatens administrasjon
- samtaler med søknadskontor og hjemmetjenesten i et par bydeler, Eldrerådet, Helse-, sosial- og eldreombudet og en fagforeningsrepresentant
- elektronisk spørreundersøkelse til institusjonslederne ved alle sykehjemmene i Oslo samt til alle bydelenes bestillerkontor og hjemmetjenester
- brev med spørsmål til alle bydelsadministrasjonene og bydelsutvalgene i Oslo kommune
- brev med spørsmål til fagforeninger

Kommunerevisjonen sendte brev med spørsmål til bydelsadministrasjonene og bydelsutvalgene 16.05.2014. Vi mottok svar fra alle bydelsadministrasjonene og ti bydelsutvalg. Vi sendte også brev til Norsk Sykepleierforbund, Oslo legeförening, Fagforbundet, Norsk ergoterapeutforbund og Norsk

fysioterapeutforbund 19.08.2014. Vi mottok svar fra alle med unntak av Fagforbundet.

Kommunerevisjonen sendte i august ut et spørreskjema til henholdsvis bydelens bestillerkontor, bydelens hjemmetjenester og Sykehjemsetatens egendrevne og kontraktstyrte sykehjem. Samtlige bestillerkontor og hjemmetjenester og 24 kommunale sykehjem besvarte undersøkelsen, og det samme gjorde 21 av de 24 kontraktstyrte sykehjemmene.

Intervjuene ble i hovedsak gjennomført i juni og august. Alle intervjuene er verifisert. I tillegg ble faktaframstillingen i sin helhet sendt til Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og Sykehjemsetaten til verifikasjon 22.10.2014. Se for øvrig vedlegg 2 for en nærmere beskrivelse av undersøkelsens gjennomføring og metode.

1.4 Avgrensninger

I arbeidet med den første problemstillingen har Kommunerevisjonen tatt utgangspunkt i den situasjonsbeskrivelsen som ble gitt i byrådsak 79/06, de målene som ble satt for opprettelsen av Sykehjemsetaten, og bekymringer som ble uttrykt ved etatsopprettelsen, og undersøkt resultatene etter sju års drift.

I arbeidet med den andre problemstillingen har Kommunerevisjonen blant annet tatt utgangspunkt i tidligere rapporter og saker om fordeler og ulemper ved den desentraliserte bydelsmodellen som ble forlatt 01.01.2007, samt konklusjonene fra vår behandling av den første problemstillingen. Vi har ikke samlet inn nye primærdata om bydelsmodellen.

Opprettelsen av helsehus og forslaget til nytt pris- og finansieringssystem innebærer at det vil bli iverksatt tiltak på flere viktige områder som omfattes av foreliggende undersøkelse. Kommunerevisjonen har blant annet av den grunn få anbefalinger på grunnlag av denne forvaltningsrevisjonen.

1.5 Rapportens oppbygning

I kapittel 2 gis det en kort presentasjon av Sykehjemsetaten og bakgrunnen for opprettelsen av etaten. Det gjøres videre rede for endringer av betydning for sykehjemsdriften, så som økningen i antallet kontraktstyrte sykehjem, samhandlingsreformen, opprettelsen av helsehus samt forslaget til nytt pris- og finansieringssystem. Det gjøres også kort rede for funn i tidligere forvaltningsrevisjoner av Sykehjemsetaten.

I kapittel 3–7 presenteres Sykehjemsetatens resultater for sentrale mål som var satt ved opprettelsen av etaten knyttet til henholdsvis kapasitetsutnyttelse, spesialisering, fritt sykehjemvalg, kvalitetsutvikling samt stordriftsfordeler. I kapittel 8 redegjøres det for om bekymringene som en del aktører fremmet ved etatsopprettelsen, har slått til.

I kapittel 3–8 presenterer vi kun sammendrag av faktabeskrivelsen. Faktabeskrivelsen i sin helhet, inkludert en sammenfatning av tilbakemeldingene fra bydelsutvalgene, bydelsadministrasjonene og sentrale fagforeninger, er lagt i vedlegg 3. Kommunerevisjonens vurderinger er basert på den samlede faktabeskrivelsen som er presentert i vedlegg 3.

I kapittel 9 drøftes styrker og svakheter ved dagens organisering av sykehjemstjenester samt hvilken ansvarsdeling mellom bydel og etat som kan gi best kvalitet på tjenestene og mest effektiv ressursutnyttelse. Til sist presenteres Kommunerevisjonens anbefaling.

I kapittel 10 presenteres uttalelsene til rapporten og Kommunerevisjonens vurderinger av disse. Uttalelsene følger i sin helhet i vedlegg 4.

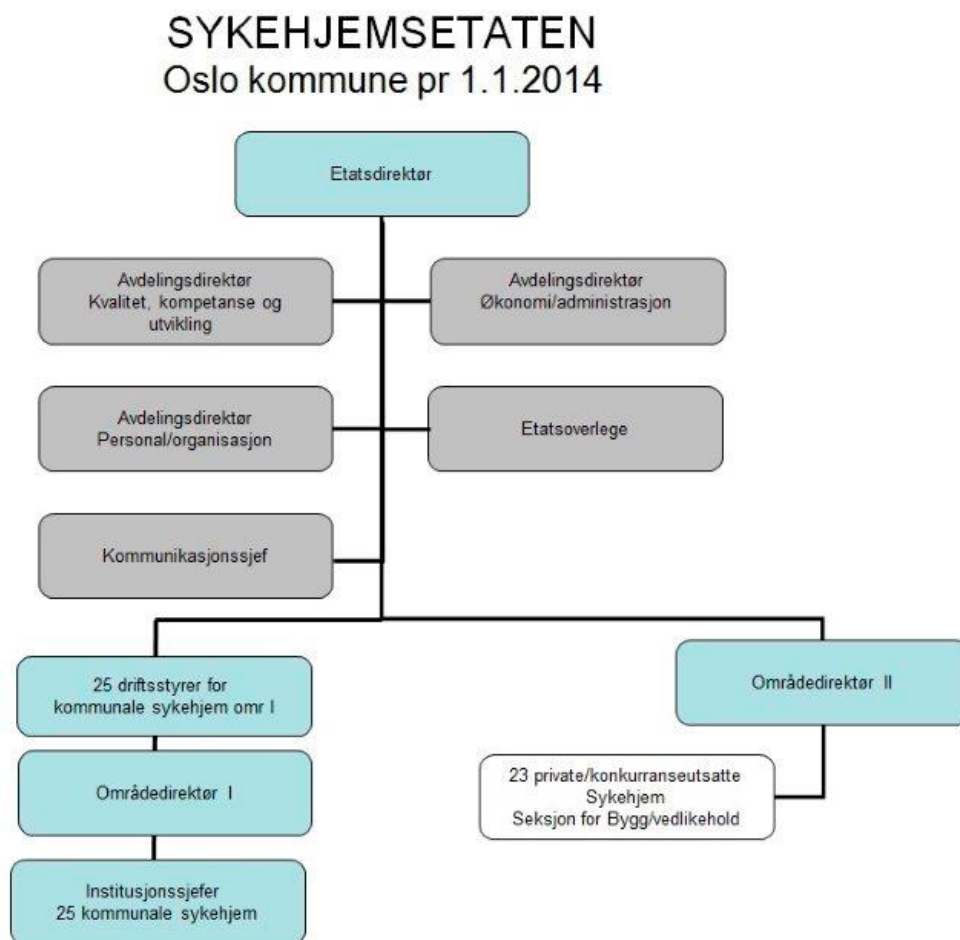
2. Om Sykehjemsetaten

Sykehjemsetaten har fra 01.01.2007 hatt ansvar for sykehjemstilbudet i Oslo kommune. Etaten har ansvar for at innbyggerne får tilbud om sykehjemsplass når de har fått vedtak om dette av bydelen. Etaten skal sørge for at sykehjemstilbudet er tilpasset ulike brukergruppers behov. Etaten har videre et fortløpende ansvar for å tilpasse totalvolumet av sykehjemsplasser, sikre valgfrihet og likebehandling og utvikle differensierte tilbud i tråd med bystyrets vedtak og bydelenes bestillinger (jf. byrådets forslag til budsjett for 2014). Sykehjemsetaten hadde per 01.01.2014 ansvar for driften av 25 kommunale alders-

og sykehjem og kontraktsoppfølging av 23 ikke-kommunale. I tillegg hadde etaten en rammeavtale med fem utenbys sykehjem om kjøp av inntil 110 plasser. Sykehjemsetaten tilbød også korttids- og rehabiliteringsopphold i Spania. Ved utgangen av 2013 var det 5564 ansatte i etaten fordelt på 3388 årsverk. Etaten hadde i 2013 i alt 4702 døgnplasser i drift (inklusive utenbys plasser) samt 638 dagsenterplasser.

I figur 1 presenteres Sykehjemsetaten organisasjonskart per 01.01.2014.

Figur 1 Organisasjonskart for Sykehjemsetaten per 01.01.2014



Kilde: Sykehjemsetatens hjemmeside. (Organisasjonskartet ble endret 01.01.2015 da driftsstyrene ble besluttet nedlagt fra samme dato, jf. bystyrets vedtak av 12.11.2014, sak 305)

Sykehjemsetatens driftsregnskap for årene 2007 og 2008 viste at etaten de to første årene hadde et merforbruk. I årene 2009–2013 hadde etaten et mindreforbruk. I 2013 var mindreforbruket på nær 130 mill. kroner – korrigert for ubrukte øremerkede midler på 14,3 mill. kroner utgjorde dette 2,4 prosent av etatens budsjettamme, ifølge etatens årsberetning for 2013. Etaten forklarte mindreforbruket blant annet med et akkumulert mindreforbruk fra perioden 2009–2012. Andre vesentlige forhold var forsinkelser i fornyelse og anskaffelser av medisinsk utstyr og ekstrainntekter knyttet til bydelenes dekning av ekstra kostnadskrevende brukere.

2.1 Bakgrunn for opprettelsen av Sykehjemsetaten

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

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

Opprettelsen av Sykehjemsetaten var ment å løse utfordringer kommunen hadde på området. Det ble i byrådssak 79/06 blant annet pekt på følgende fordeler og mål ved opprettelsen av etaten:

- Behovene for sykehjemsplasser ville kunne ses under ett og gi bedre kapasitetsstyring. En etatsopprettelse ville blant annet gi anledning til å håndtere svingninger i etterspørselen etter sykehjemsplasser bedre, opprette spesialiserte plasser, foreta langsiktig planlegging samt gi større økonomisk forutsigbarhet for bydelene ved at overkapasitet av sykehjemsplasser ikke lenger ble enkeltbydelers ansvar.
- Retten til fritt sykehjemvalg ville bli reell ved at økonomiske insentiver for bydelene til å fylle egne sykehjemsplasser ville fjernes ved innføringen av ny prismodell.
- Kvalitetsarbeidet ville bli helhetlig og samordnet, blant annet ville rekrutteringen og andelen faglærte bli styrket, det ville bli bygget opp og utviklet større fagmiljøer, det ville bli mulig å tilby flere heltidsstillinger / større stillingsandeler, det ville bli etablert ensartede kvalitetssikringstiltak, og det ville bli en systematisk og lik bruk av kontroll- og tilsynsfunksjoner.
- Etatsopprettelsen skulle også gi stordriftsfordeler på områder som anskaffelser, drifts- og vedlikehold, personal, økonomi, regnskap og administrative støttefunksjoner.

2.2 Bekymringer vedrørende opprettelsen av en sykehjemsetat

13 av Oslos 15 bydelsutvalg var imot opprettelsen av en sykehjemsetat. I høringsuttalelsene til rapporten *Utfordringer for sykehjemssektoren i Oslo – Alternative organisasjonsmodeller for tjenesten* (2005) var det blant høringsinstansene særlig bydelene som stilte seg tvilende til nytten av å opprette en sentral sykehjemsetat. Det var flere forhold ved den gamle ordningen som bydelene

mente fungerte, og som de ga utrykk for at en etatsopprettelse ikke ville ivareta på samme måte. Dette gjaldt blant annet at

- en etatsopprettelse ville gi dyrere sykehjemsplasser, “beslaglegge” midler fra selve sykehjemstilbudet og føre til byråkratisering
- sykehjemmene ville bli drevet mindre kostnadseffektivt og fleksibelt
- bydelene ville miste sammenhengen i tiltakskjeden og det gode samarbeidet i bydelene (mellom bestillerkontor, hjemmetjeneste, korttids-, rehabiliterings- og langtidsplasser på sykehjemmene spesielt). Dette kunne bidra til å hindre realiseringen av LEON-prinsippet – laveste effektive omsorgsnivå
- nærheten til brukere og tjenesteapparatet ville bli svekket og viktige beslutninger

vedrørende tjenestetilbudet sentralisert

- bydelssystemet og lokaldemokratiet ville bli svekket ettersom viktige oppgaver ble tatt fra bydelene

2.3 Oslo kommune sammenliknet med andre storbykommuner

Hvordan er Oslo kommunes resultater når det gjelder sykehjemdrift, sammenliknet med andre, sammenliknbare kommuner i Norge? En viss pekepinn kan man få ved å se nærmere på Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner (ASSS-nettverket¹).

I tabell 1 oppsummeres en del relevante resultater for 2013, der Oslo kommune sammenliknes med alle de ti kommunene i nettverket.

Tabell 1 Utvalgte nøkkeltall for ASSS-nettverket for 2013

Indikator	Oslo	Snitt ASSS	Lavest ASSS	Høyest ASSS
Andel av innbyggere 80 og eldre som bor i institusjon eller bolig med heldøgns omsorg	17,6 %	16,8 %	13,5 %	20,2 %
Andel institusjonsbeboere på tidsbegrenset opphold	15,7 %	23,6 %	15,7 %	32,3 %
Brutto driftsutgifter per institusjonsplass	1 085 762	1 031 431	862 723	1 085 762
Andel institusjonsbeboere på langtidsopphold som har omfattende bistandsbehov	78,4 %	82,4 %	69,1 %	95,4 %
Legetimer per uke per beboer i sykehjem	0,43	0,48	0,25	0,67

Note: Brutto driftsutgifter per plass i institusjon. Beregningsmåte: (Brutto driftsutgifter institusjon, funksjonene 253 + 261) / (plasser institusjon inklusive barne- og avlastningsboliger, korrigert for utleie). Oslo kommune har 31 barne- og avlastningsboliger. Dette påvirker i svært liten grad resultatet for nøkkeltallet. Oslo kommune er inkludert i alle gjennomsnittsberegningene.

Kilde: ASSS kommunerapport Oslo 2014.

¹ ASSS står for Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner. ASSS-nettverket består av de ti største kommunene i landet – Bergen, Bærum, Drammen, Fredrikstad, Kristiansand, Oslo, Sandnes, Stavanger, Trondheim og Tromsø. Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon, KS, er sekretariat for og samarbeidspartner i nettverket. Til sammen bor om lag 1/3 av Norges befolkning i disse kommunene. I nettverkets analyser benyttes primært KOSTRA-tall. Pleie- og omsorgssektoren er ett av de områdene nettverket analyserer.

Tabell 1 viser at Oslo kommune har en noe høyere andel av befolkningen over 80 år som bor på institusjon, sammenliknet med gjennomsnittet i ASSS-nettverket. Andelen institusjonsbeboere som var på tidsbegrenset opphold i 2013, var lavest blant kommunene i nettverket. Oslo kommune hadde i 2013 driftsutgifter per institusjonsplass som lå ca. 54 000 kroner over gjennomsnittet for kommunene i nettverket. Driftsutgiftene var samtidig de høyeste i nettverket. Basert på kommunenes IPLOS-registrering² av beboerne på institusjon hadde Oslo kommunes beboere i gjennomsnitt en noe mindre andel beboere med omfattende bistandsbehov enn gjennomsnittet i nettverket. Vi ser også at antallet legetimer per uke per beboer lå noe lavere enn gjennomsnittet i ASSS-nettverket. Det er noe usikkerhet knyttet til tallene, blant annet fordi kommunene kan ha ulik praksis for å registrere grunnlagstallene for indikatorene.

Oslo er blant de ASSS-kommunene som har best kapasitet av institusjonsplasser. Kommunen har imidlertid et mål om at flere av plassene skal brukes til rehabiliterende korttidsopphold, og vil i 2014 opprette særskilte korttidssykehjem (helsehus) med styrket rehabiliteringstilbud. Bydelene har også bygget opp flere tilbud utenfor institusjon – for eksempel dagrehabilitering, innsatsteam, fysio- og ergoterapitjenester – noe som også bidrar til at behovet for korttidsplasser er noe redusert. Målet er at flere skal rehabiliteres slik at de kan bo i eget hjem dersom de ønsker det, og derved utsette behovet for varig institusjonsopphold (jf. ASSS-nettverk Oslo kommunerapport 2014).

² IPLOS står for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk og omfatter informasjon om alle søkere og mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Registeret har som mål å gi styringsinformasjon for tjenesten og kommuneledelsen og bidra til bedre kvalitet i saksbehandlingen og i tjenesten. IPLOS ble obligatorisk i kommunene fra 1. mars 2006.

2.4 Tidligere forvaltningsrevisjoner

Kommunerevisjonen har i 2009 og i 2012 gjennomført forvaltningsrevisjoner der det ble undersøkt om Sykehjemsetaten hadde oppnådd målene som var satt ved etatens opprettelse. Vi har også gjennomført andre undersøkelser der vi har sett mer inngående på særskilte forhold ved Sykehjemsetaten.

2.4.1 Rapport 18/2009 Sykehjemsetaten – status etter to års drift

I 2009 gjennomført Kommunerevisjonen en forvaltningsrevisjon av Sykehjemsetaten hvor det ble undersøkt om etaten etter to års drift lå an til å nå de målene som ble satt ved opprettelsen. Dette ble belyst ved å undersøke status for tiltak og resultater knyttet til effektiviteten og kvaliteten på sykehjemdriften i Oslo kommune. Under effektivitet ble forhold knyttet til styring av sykehjemskapasiteten og utnyttelsen av stordriftsfordeler undersøkt. Under kvalitet ble forhold som spesialisering, kvalitetssikring, faglig utvikling og fritt sykehjemvalg belyst. Sykehjemsetatens arbeid med å nå bystyrets mål knyttet til lege- og fysioterapidekning og økte stillingsbrøker ble også vurdert. Endelig ble det undersøkt om det var vesentlige utilsiktede konsekvenser av etatsoppsettelsen.

Kommunerevisjonen konkluderte 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 blant annet ikke kommet langt nok i arbeidet med internkontroll- og kvalitetssystemer.

2.4.2 Rapport 20/2012 Oppfølgingsundersøkelse etter rapport 18/2009

I 2012 gjennomførte Kommunerevisjonen en utvidet oppfølgingsundersøkelse etter rapport 18/2009. Det ble undersøkt om Sykehjemsetaten hadde iverksatt tiltak

i tråd med det etaten hadde meldt etter rapport 18/2009, samt i tråd med helse- og sosialkomiteens merknader og bystyrets vedtak. I tillegg så Kommunerevisjonen på objektive kvalitetsindikatorer, resultater fra bruker- og pårørendeundersøkelser samt priser og kostnader knyttet til sykehjemsdriften.

Oppfølgingsundersøkelsen viste at Sykehjemsetaten hadde fulgt opp og iverksatt de fleste varslede tiltakene etter rapport 18/2009. Det var stor variasjon mellom sykehjemmene når det gjaldt rapporterte avvik, og dette kunne bety enten at det var forskjeller i kvaliteten i tjenestene, eller at det var forskjeller i bruken av avvikssystemet i Kvalitetslosen. Undersøkelsen viste videre at etaten ikke hadde iverksatt alle de varslede tiltakene når det gjaldt etableringen 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.

2.4.3 Andre undersøkelser

Kommunerevisjonen har også gjennomført andre forvaltningsrevisjoner av Sykehjemsetaten som er publisert i rapport 9/2011 *Sykehjemsetatens oppfølging av lønns- og arbeidsvilkår i sykehjem driftet av kommersielle aktører* og rapport 15/2012 *Ledelsesforankring av innkjøpsområdet i Sykehjemsetaten*. Videre har Kommunerevisjonen undersøkt aspekter relatert til sykehjem og sykehjemsdrift i rapporter som omhandler blant annet temaer som bydelenes behandling av søknad om fast plass i sykehjem, kvaliteten på pleie- og omsorgstjenesten ved enkeltsykehjem og innføring av Gerica. Resultatene av disse undersøkelsene er presentert i Kommunerevisjonens rapport 01/2014, 16/2011, 20/2010, 15/2009, 9/2008 og 7/2007.

Etter at Sykehjemsetaten ble opprettet i 2007, ble det vektlagt at det raskt skulle etableres et internkontrollsystem, med gode rutiner for avviksrapportering, slik at det ble tilrettelagt for

kontinuerlig kvalitetsforbedring i alle deler av sykehjemstilbudet. Kvalitetslosen ble gradvis innført fra 2009, og er etatens elektroniske internkontroll- og kvalitetssystem. Per mai 2011 skulle alle daværende kommunale sykehjem ha tatt i bruk systemet. Systemet skal blant annet inneholde Sykehjemsetatens prosedyrer, og etatens ansatte skal melde avvik i systemet.

I 2014 har Kommunerevisjonen undersøkt bruken av internkontroll- og kvalitetssystemet Kvalitetslosen i fire avdelinger ved to sykehjem, med hovedvekt på avviksregistrering og -behandling, jf. rapport 16/2014 *Kvalitetslosen – En undersøkelse av avviksbehandlingen ved Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet*.

Undersøkelsen viste at avvik ble meldt og behandlet i Kvalitetslosen ved de to sykehjemmene. Undersøkelsen viste samtidig at det manglet en omforent forståelse av hva som skulle meldes som avvik, og at det var en underrapportering av avvik ved de undersøkte avdelingene i 2013. Det var også svakheter ved ledelsens behandling av avviksmeldingene og når det gjaldt ledelsens systematiske vurdering av mønstre i meldingene. Etter Kommunerevisjonens vurdering gjorde svakheterne at sykehjemmene ikke hadde et tilfredsstillende grunnlag for læring av feil og uønskede hendelser, forebygging av gjentakelser og forbedring av tjenestene. Kommunerevisjonen hadde flere anbefalinger, blant annet at sykehjemmene burde

- sørge for at alle ansatte fikk tilstrekkelig opplæring i Kvalitetslosen
- iverksette tiltak for å etablere en felles forståelse av hva som skal meldes som avvik
- iverksette tiltak for å sikre at alle ansatte bruker og melder avvik i Kvalitetslosen
- dokumentere vurderinger og eventuelle gjennomførte tiltak i avviksbehandlingen

Kommunerevisjonen anbefalte videre at Sykehjemsetaten vurderte om det var behov for ytterligere opplæring i Kvalitetslosen for ledelsen ved sykehjemmene.

2.5 Endringer i perioden 2011–2014

2.5.1 Driftsstyrer

I forbindelse med etableringen av Sykehjemsetaten vedtok bystyret at det skulle fremmes en sak om opprettelsen av driftsstyrer i kommunale sykehjem (jf. bystyrets vedtak i sak 262/06 *Sykehjem – organisering for bedre kvalitet og valgfrihet – byråds sak 79 av 27.04.2006*). Driftsstyrer skulle legge til rette for medvirkning i driften av sykehjemmene for beboerne/pårørende og ansatte samt for andre interessenter som skulle oppnevnes, så som representanter fra frivillige organisasjoner og offentlige oppnevnte representanter for bydelene. Driftsstyret skulle være en samspillpartner for institusjonssjefen om hvordan sykehjemmets oppdrag skulle gjennomføres innenfor gjeldende økonomiske og juridiske rammer. Bystyret vedtok 27.01.2010 (sak 14) blant annet at driftsstyreordningen skulle opprettes som en prøveordning ved alle de kommunalt drevne sykehjemmene. I juni 2011 ble de første driftsstyrene etablert.

PwC evaluerte driftsstyreordningen i 2013, og konkluderte blant annet med at reglementet for driftsstyrene, som var basert på driftsstyreordningen i Oslo-skolen, ikke var tilstrekkelig tilpasset sykehjemdrift og Sykehjemsetatens styringsstruktur. Formål, mandat og roller ble vurdert av alle parter som uklare og lite hensiktsmessige. PwC anbefalte at driftsstyreordningen ble faset ut, men at medvirkningsfunksjonen ble videreført.

Bystyret vedtok 12.11.2014 (sak 305), *Evaluering av ordningen med driftsstyre ved de kommunale sykehjemmene – Forslag om at prøveperioden forlenges med ytterligere to år – Byråds sak 108 av 12.06.2014* å avslutte prøveordningen med driftsstyrer i de kommunale sykehjemmene. Det ble i stedet vedtatt å opprette en ordning med samarbeidsutvalg ved de kommunale

sykehjemmene, og byrådet ble bedt om å fremme en sak om dette.

2.5.2 Større andel kontraktstyrte sykehjem

Bystyret vedtok 21.04.2010 (sak 128) å konkurranseutsette inntil fire sykehjem. I verbalvedtak H 15 til budsjettet 2012 gis byrådet fullmakt til å konkurranseutsette sykehjem (jf. bystyrets vedtak 07.12.2011 (sak 411)). I verbalvedtak H 41 til budsjettet for 2012 ble byrådet bedt om å konkurranseutsette fire nye sykehjem i 2012 samt legge til rette for ytterligere konkurranseutsetting av sykehjem i 2013 og 2014. Byrådets målsetting med å konkurranseutsette driften var å forbedre kvaliteten ytterligere og at gjennomsnittlig pris per sykehjemsplass skulle ned, noe som ville komme bydelene til gode. Det ble lagt til grunn at det var sykehjemmene som ble rangert lavest etter de valgte kriteriene, som skulle konkurranseutsettes, og at det deretter skulle gjennomføres en evaluering av hva kommunen hadde oppnådd ved å konkurranseutsette driften av disse sykehjemmene, jf. byråds sak 91 av 14.05.2009. Konkurransutsettingen av disse sykehjemmene startet først i 2012. Sykehjemsetaten oppga at dette var en følge av et behov for å avklare forhold knyttet til pensjon. Evalueringen av hva kommunen har oppnådd ved å konkurranseutsette driften av de aktuelle sykehjemmene, er ikke gjennomført.

Sykehjemsetaten skrev i sin årsberetning for 2012 at sykehjem som var vedtatt konkurranseutsatt, opplevde at det var krevende å opprettholde tilfredsstillende kvalitet på pasienttilbudet i perioden fra vedtak om konkurranseutsetting var fattet, og fram til ny drifter overtok. Driften ble i mellomperioden preget av uro og usikkerhet og hadde medført at ansatte med god kompetanse sluttet. Særlig kritisk var dette når ledere og sykepleiere gikk over til andre arbeidsgivere. Sykehjemmene erfarte samtidig at det var utfordrende å rekruttere nye medarbeidere. Etaten hadde tett oppfølging av ledere og ansatte med den hensikt

å gjennomføre konkurranseutsettingen slik at medarbeidere kjente seg ivaretatt.

Per august 2014 var det 24 kontraktstyrte og 24 kommunalt drevne sykehjem i Oslo. I 2013 og 2014 ble Uranienborghjemmet, Manglerudhjemmet, Tåsenhjemmet, Kantarellen bo- og rehabiliteringssenter, Smestadhjemmet og Rødtvedt sykehjem konkurranseutsatt. Utviklingen innebærer at en stadig større del av Sykehjemsetatens ansvarsområde var knyttet til anskaffelse og kontraktsoppfølging (jf. Sykehjemsetaten årsberetning 2013).

2.5.3 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen trådte i kraft 01.01.2012. Hensikten med reformen var å få de ulike helsenivåene til å samarbeide bedre. Sykehusdriften skulle bli mer effektiv, og kommunene skulle ha en nøkkelrolle i pasientflyten i form av både rehabilitering og ikke minst forebygging. Samhandlingsreformen innebar nye oppgaver for kommunene, blant annet et utvidet finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter.

Kommunen har det overordnede ansvaret for kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester. Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven (§ 3-1 første ledd) innebærer dette at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester innenfor sitt ansvarsområde.

I Oslo kommune er det Sykehjemsetaten som har ansvar for at innbyggere i Oslo til enhver tid kan få tilbud om heldøgns pleie, rehabilitering og omsorg når de har fått vedtak om dette.

For Sykehjemsetaten medførte samhandlingsreformen større pågang av utskrivningsklare pasienter fra sykehus, og etaten opplevde et til dels høyt press på tildelinger av sykehjemsplasser de første månedene av 2012 (jf. årsberetningen for

Sykehjemsetaten 2012). Etaten utvidet kapasiteten på korttidsplasser for å møte den forventede økte etterspørselen i forbindelse med samhandlingsreformen.

2.5.4 Forslag til nytt pris- og finansieringssystem

Sykehjemsetaten nedsatte i 2012 en arbeidsgruppe for å gjennomgå organiseringen av korttidsplassene, både i lys av bystyrets budsjettvedtak av 05.12.2012 (sak 333, jf. verbalvedtak H 36) og som følge av gjennomføringen av første fase i samhandlingsreformen. I verbalvedtak H 36/2012 fikk byrådet følgende oppdrag:

Byrådet bes legge fram en sak om sykehjemsfinansieringen i Oslo kommune. Saken skal gi en vurdering av finansieringsmodellen, herunder prissetting av de ulike sykehjemsplassene. Saken skal sikre at det blir likeverdige inntakskriterier for de eldre uavhengig av bydelsgrensene, basert på medisinske og sosialfaglige vurderinger. Byrådet bes i saken vurdere effekten av prisreduksjonen på sykehjemsplassene, samt vurdere andre mulige finansieringsmodeller.

Sykehjemsetaten leverte i 2013 tre delrapporter om forslag til ny organisering av etatens tilbud og endring av finansieringen for sykehjem i Oslo. Rapportene hadde vært på høring i bydelene. Som oppfølging av delrapportenes forslag om ny finansieringsmodell og organisasjonsstruktur for Sykehjemsetaten utarbeidet en arbeidsgruppe i Sykehjemsetaten der bydelene var invitert med, flere forslag. I tråd med byrådets forslag til budsjett for 2014 ble følgende endringer gjort gjeldende fra 01.01.2014:

- Prisdifferansen mellom ordinære korttidsplasser og rehabiliteringsplasser opprettholdes på dagens nivå.
- Bestilling av korttidsplasser ut over en bloc, spot-plasser, prises 10 prosent høyere enn en bloc-plassene.
- Enhetspris på langtidsplasser beregnes for alle langtidsplasser med unntak av:

- 26 plasser ved Villa Enerhaugen, for yngre demente
- 11 plasser ved spesialavdeling for nevrologiske lidelser ved Kingosgate bo- og rehabiliteringssenter

For disse plassene betaler bydelene kostnadsdekkende pris.

- For sterkt kostnadskrevende pasienter betaler bydelene ekstra, etter avtale forhandlet fram mellom bostedsbydelene og Sykehjemsetaten. Det gjelder pasienter som krever en del mer enn maksimalt omsorgsnivå i Sykehjemsetaten (faktor 1,7).

29.09.2014 ble byrådets forslag til nytt finansieringssystem framsendt helse- og sosialkomiteen.³ I korte trekk gikk forslaget ut på følgende:

- Prissubsidieringen av blant annet korttidsplasser og rehabiliteringsplasser opprettholdes.
- Prissubsidieringen av langtidsplasser avvikles delvis.
- Bydelene foretar førstegangsvedtaket når en person skal ha plass på langtidssykehjem. Ved senere endringer av omsorgsnivå vil Sykehjemsetaten få ansvar for å tilpasse tilbudet til beboernes behov, uten at det skal koste bydelene noe ekstra.
- Bydelene skal betale en fast enhetspris for langtidsplasser som tilsvarer reelle driftskostnader for en ordinær plass. For forsterkede plasser med høyere omsorgsnivå finansieres driftskostnader ut over fast enhetspris som rammebevilgning til Sykehjemsetaten.

Bystyret behandlet forslaget om nytt finansieringssystem og fattet vedtak i saken 17.12.2014 (sak 346).

2.5.5 Opprettelsen av egne korttidssykehjem – helsehus

I forslaget til ny finansieringsmodell og organisering av etatens tilbud var egne korttidssykehjem, helsehus, ett element. 10 av 13 bydeler ga tilslutning til forslaget i høringsuttalelser. Opprettelsen av egne korttidssykehjem var ifølge byråd for eldre ment å gi et mer spesialisert tilbud der kompetanse, innsats og holdninger hos personalet rettes inn mot at brukerne skal tilbake til eget hjem. Egne korttidssykehjem vil videre kunne gi større rom for utvikling av mer fleksible rehabiliteringsløp tilpasset den enkelte bruker. Det ville ifølge byråd for eldre være høyere grad av kompetanse og aktiviteter innen rehabilitering i et korttidssykehjem enn i ordinære sykehjem (jf. brev fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester til Sykehjemsetaten av 08.08.2013, *Etablering av egne korttidssykehjem i Oslo*, samt notat 22/2014 *Informasjon om etablering av korttidssykehjem* fra byråd for eldre til helse- og sosialkomiteen av 28.01.2014).

Medio 2014 var det besluttet at Solvang skulle bli helsehus for Oslo nord, Tåsen for Oslo vest, Lilleborg for Oslo sentrum og Ryenhjemmet for Oslo sør.

³ *Nytt system for finansiering av sykehjemsplassene – En oppfølging av verbalvedtak H 36/2012*, byråds sak 166.2 av 24.09.2014.

3. Kapasitetsutnyttelse

Ett av målene for opprettelsen av Sykehjemsetaten var ifølge byrådssak 79/06 at behovet for sykehjemsplasser skulle ses for hele byen under ett. En sentral etat skulle blant annet utnytte sykehjemskapasiteten bedre. Bydelene skulle ikke lenger bære den økonomiske risikoen knyttet til ledige sykehjemsplasser. Dette skulle gi større økonomisk forutsigbarhet for bydelene.

Sykehjemsetaten har ansvar for at innbyggerne i Oslo får et tilbud om sykehjemsplass når de har fått vedtak fra bydelene om dette. Sykehjemsetaten skal sørge for at sykehjemstilbudet er tilpasset de ulike brukergruppens behov. Etaten har videre et fortløpende ansvar for å tilpasse totalvolumet av sykehjemsplasser, sikre valgfrihet og likebehandling og utvikle differensierte tilbud i tråd med bystyrets vedtak og bydelenes bestillinger (jf. byrådets forslag til budsjett for 2014).

3.1 Revisjonskriterier

- Det bør sikres god og målrettet utnyttelse av Oslo kommunes sykehjemskapasitet.

Kommunerevisjonen har i den forbindelse undersøkt antallet sykehjemsplasser i drift, virkemidler for å sikre kapasitetsutnyttelse, inntakskriterier, formidlingen av sykehjemsplasser, måloppnåelsen knyttet til iverksettingstid for vedtak om langtidsplasser, bydelenes bruk og andel av korttids- og rehabiliteringsplasser og måloppnåelsen knyttet til andelen slike plasser samt belegget på sykehjemsplasser. I de vedtatte budsjettene for 2012, 2013 og 2014 var følgende måltall fastsatt:

- 15 prosent av døgnplasser i aktiv drift skal være avsatt til tidsbegrenset opphold (eksklusive rehabiliteringsplasser)
- 5 prosent av døgnplasser i aktiv drift skal være avsatt til rehabilitering
- iverksettingstid for vedtak skal være under 14 dager

3.2 Sammendrag av faktabeskrivelsen

For komplett faktabeskrivelse vises det til vedlegg 3.

3.2.1 Oversikt over antallet sykehjemsplasser i drift

Tabell 2 viser en oversikt over det totale antallet sykehjemsplasser i drift i Oslo kommune i perioden 2007–2014.

Tabell 2 Antall sykehjemsplasser i drift i Oslo kommune

	30.04.2007	01.09.2010	31.01.2012	30.04.2014	2007–2014
Totalt antall døgnplasser (eksklusive aldersplasser)	4684	4640	4635	4605	- 79
Ordinære langtidsplasser	2820	2935	2864	2942	122
Plasser i skjermet enhet	943	909	901	843	- 100
Korttidsplasser (inklusive vurderingsopphold og trygghetsopphold)	572	564	480	461	- 111
Rehabiliteringsplasser (inklusive Aker rehabilitering, samhandlingsplasser og SKE-plasser)	180	79	196	137	- 43
Andre spesialiserte plasser (forsterkede, rus, MRSA, lindrende)	169	153	194	222	53

Note: Tallene for 1. tertial 2007 er basert på Sykehjemsetatens årsberetning for 2007 og er noe usikre, jf. etatens kommentarer i årsberetningen. Tallene fra 01.09.2010 er basert på oversikter over plasser i drift fra Sykehjemsetaten. Kjøp av utenbys plasser er ikke omfattet i tabellen. Sykehjemsetaten har siden 2007 hatt avtaler med utenbys sykehjem om kjøp av sykehjemsplasser. I 2013 kjøpte kommunen i overkant av 100 plasser fra utenbys leverandører, hvorav blant annet 59 plasser var ordinære og 26 var i forsterket enhet.

Tabell 2 viser at det har vært en viss nedgang i antallet plasser, blant annet korttidsplasser og plasser i skjermet enhet, i perioden 2007–2014. Det har i samme periode vært en økning i antallet ordinære plasser og spesialplasser. Fra 2007 til 2013 var det en befolkningsnedgang i Oslo kommune i alderssegmentet 80 til 89 år på ca. 2500 personer, mens det var en økning på ca. 800 personer som var over 90 år. Andelen personer i alderen 90+ som var på sykehjem var i 2013 på ca. 33 prosent, mens andelen i alderen 80-89 år som var på sykehjem var på ca. 11 prosent.⁴

3.2.2 Virkemidler for å sikre god kapasitetsutnyttelse

Sykehjemsetaten oppga å ha flere virkemidler for å sikre god kapasitetsutnyttelse og for å sikre at sykehjemstilbudet tilsvarende bydelenes behov for plasser: Etaten kan blant annet flytte på personell ved behov, avdelinger kan bygges opp likt, og etaten har videre en felles bemanningsnorm og struktur. Bygningsmassen består av ulike bygningsmodeller, og Sykehjemsetaten standardiserer tilbudet ut fra det. Etaten kan planlegge på tvers av alle sykehjemmene og opprette/avvikle tilbud etter behov. Per 31.12.2013 hadde etaten for eksempel avviklet en rekke tosengsrom, og ifølge Sykehjemsetaten bidro det til bedre kapasitetsutnyttelse ettersom plassene på tosengsrom tok lengre tid å få belagt.

Sykehjemsetaten hadde utarbeidet dokumentet *Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i Oslosykehjemmene* (revidert november 2013). Gjennom dette dokumentet skulle det bli mer tydelig hva Sykehjemsetaten hadde å tilby, samt hva de ulike tilbudenes innhold og kvalitet var. Kriteriene var blant annet ment å fungere som verktøy for å synliggjøre grensene mellom de ulike typene av institusjonsplasser.

⁴ Befolkingstallene og tallene for antall beboere i sykehjem er hentet fra Statistikkbanken i Oslo kommune. Statistikkbanken inneholder p.t. beboertall i sykehjem fram til 2013.

Sykehjemsetatens formidlingsenhet formidlet alle langtidsplassene til bydelene. Enheten hadde oversikt over alle langtids- og korttidsplassene i kommunale og ikke-kommunale sykehjem. Formidlingen av korttidsplassene skjedde direkte mellom bydelene og sykehjemmene. Bydelene bestilte de typer korttidsplasser de mente å ha behov for en bloc, gjennom en årlig hovedbestilling til Sykehjemsetaten. Deretter kunne bydelene melde inn tertialvise endringer til etaten. Bydelene måtte betale for de bestilte plassene, selv om de ikke ble benyttet. Bydelene kunne også bestille korttidsplasser ut over en bloc. Fra 01.01.2014 ble prisen på plassene i slike tilleggsbestillinger satt 10 prosent høyere enn plassene i de ordinære en bloc-bestillingene.

3.2.3 Iverksettingstid fra vedtak

Oslo kommune har i de senere år hatt et mål om at iverksettingstiden fra bydelens vedtak om langtidsplass til plassering skal være maks 14 dager. Fra 2010 til 2013 var den gjennomsnittlige iverksettingstiden for langtidsplass redusert fra 8,8 dager til 6 dager, ifølge Sykehjemsetatens årsberetninger. Sykehjemsetaten hadde ikke statistikk over eventuelt omfang av brudd på fristen på 14 dager.

3.2.4 Bruk av korttids- og rehabiliteringsplasser

Bydelene hadde over flere år i gjennomsnitt brukt flere korttidsplasser enn de hadde bestilt. I 2013 og 1. tertial 2014 var bydelenes bruk av korttidsplasser ca. 10 prosent over en bloc-bestillingen.

Oslo kommune har over tid hatt et mål om at andelen korttids- og rehabiliteringsplasser av det totale antallet sykehjemsplasser skal være på henholdsvis 15 og 5 prosent. Fra 2010 til 2013 har andelen korttids- og rehabiliteringsplasser ligget under måltallene. I 2013 var andelen korttidsplasser på 8,9 prosent og andelen rehabiliteringsplasser på 2,9 prosent.

I Sykehjemsetatens årsberetning for 2013 forklares nedgangen i korttidsplasser med at bydelene hadde redusert sine bestillinger på dette området.

3.2.5 Belegg

Belegget på Sykehjemsetatens ulike langtidsplasser har fra 2011 til 2013 ligget på rundt 98 prosent. Dette var over etatens fastsatte måltall på 97,3 prosent. Belegget for ulike typer korttidsplasser hadde gått noe ned fra 2011, og var i 2013 på 88,5 prosent. Belegget på etatens spesialiserte plasser var varierende. For enkelte typer spesialiserte plasser var belegget høyt, for eksempel var det 98,9 prosent belegg ved de forsterkede enhetene i 2013. For andre spesialiserte plasser var beleggsprosenten langt lavere. Lindrende enhet og Aker rehabilitering hadde for eksempel en beleggsprosent på i overkant av 70 i 2013.

Bydelen oppga at deres behov for sykehjemsplasser i stor grad ble møtt av Sykehjemsetaten, og at de som regel fikk de sykehjemsplassene som de bestilte.

3.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Kapasitetsutnyttelsen på ordinære langtidsplasser har vært relativt høy og har ligget over måltallene de siste årene. For andre typer plasser var utnyttelsesgraden noe mer varierende. Når det gjaldt noen typer spesialiserte plasser, var beleggsprosenten relativt sett lav. Lindrende enheter og Aker rehabilitering hadde for eksempel en beleggsprosent på i overkant av 70 for 2013.

Bydelens behov for sykehjemsplasser ble i stor grad møtt av Sykehjemsetaten.

Iverksettingstid for plassering etter vedtak har i perioden 2010–2014 i *gjennomsnitt* vært markert kortere enn måltallet på maks 14 dager *per sak*. Sykehjemsetaten hadde ikke informasjon om omfanget overskridelser av 14-dagersfristen. Det gjør det vanskelig å vurdere behovet for tiltak.

Sykehjemsetaten hadde etablert hensiktsmessige virkemidler for å sikre høy utnyttelse og effektiv formidling av plasser.

I byrådets forslag til budsjett i perioden 2012–2014 er det satt mål om at andelene korttids- og rehabiliteringsplasser skal være på henholdsvis 15 og 5 prosent. Disse målene var per 2013 ikke nådd, og det har heller ikke vært en tydelig utvikling i retning av å nå målene. Dette forklares med bydelenes lave etterspørsel etter disse plassene.

Prisingen av ulike typer plasser påvirker bydelenes etterspørsel. Bystyret fastsetter prisene på sykehjemsplassene i de årlige budsjettvedtakene, og Sykehjemsetaten har således ikke selv anledning til å påvirke etterspørselen etter ulike typer sykehjemsplasser gjennom prisjusteringer. For å stimulere til en mer realistisk bestillingspraksis for korttidsplasser fra bydelenes side ble etterbestilling av korttids- og rehabiliteringsplasser, såkalte spot-plasser, 10 prosent dyrere fra 2014 (jf. bykassens vedtatte budsjett (Dok. 3) for 2014).

4. Spesialisering

Økt spesialisering av sykehjemstilbudet var ifølge byrådssak 79/06 en ventet positiv effekt av etatsopprettelsen. En sentral etat ville lettere kunne tilrettelegge tilbud for særskilte brukergrupper med ulike behov enn det 15 bydeler hadde anledning til.

4.1 Revisjonskriterier

- Det bør være sørget for økt spesialisering i sykehjemssektoren, herunder opprettet og tilrettelagt tilbud for ulike brukergrupper med særskilte behov.

Kommunerevisjonen har i den sammenheng undersøkt utviklingen i differensieringen og spesialiseringen i sykehjemstilbudet fra 2007 til 2014, dialogen med bydelene om behovet for spesialiserte plasser samt ulike aktørers vurderinger av kapasiteten og tilbudet av spesialiserte plasser.

4.2 Sammendrag av faktabeskrivelse

For komplett faktabeskrivelse vises det til vedlegg 3.

Avdelingsdirektøren for kvalitet, kompetanse og utvikling opplyste at Sykehjemsetaten de siste sju årene hadde etablert følgende spesialiserte tilbud (jf. også Sykehjemsetatens årsberetninger for 2008–2013). Etaten hadde

- utvidet MRSA-tilbudet med én avdeling
- opprettet to lindrende enheter
- opprettet langtids- og korttidsplasser for rus
- styrket tilbudet til pasienter med nevrologiske lidelser

Litt avhengig av tellemåte og kategorisering av plasser ser det ut til å ha vært en tilvekst på ca. 60 spesialiserte plasser siden etatsopprettelsen i 2007. Samtidig har det siden 2007 blitt 100 færre plasser i skjermede enheter. Korttids- og rehabiliteringsplasser har i perioden blitt redusert med ca. 150, og antallet ordinære langtidsplasser har økt med ca. 120 (jf. tabell 2, kapittel 3.2).

Etaten viste til at den hadde vært i dialog med bydelene om behovet for spesialiserte plasser og for å sikre god kapasitetsutnyttelse. Korttidsplasser for personer med rusproblemer og spesialplasser for pasienter med alvorlige nevrologiske lidelser hadde blitt opprettet blant annet etter tilbakemeldinger fra bydelene.

Sykehjemsetaten hadde utarbeidet en oversikt over sitt totale tilbud (jf. *Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i Oslo sykehjemmene*). I oversikten ga etaten informasjon om hvilke typer plasser de hadde å tilby, hva de ulike tilbudenes innhold og kvalitet var, samt forskjellene mellom de ulike typene av institusjonsplasser, for eksempel langtidsopphold i forsterket enhet, langtidsopphold i skjermet enhet for pasienter med demens, mv.

Enkelte bydeler mente at det var for dårlig informasjon om forhold som innhold, kvalitet og kriterier for inntak. Fem bestillerkontor mente at etaten i liten grad hadde tilrettelagt for dialog om innhold og inntakskriterier for spesialiserte plasser.

Kommunerevisjonens spørreundersøkelse til institusjonslederne viste at et klart flertall av institusjonslederne ga uttrykk for at de spesialiserte plassene ved sykehjemmene i stor grad ble benyttet av pasienter som innfridde kriteriene for plassene. Svarene fra en del av institusjonslederne ga klart uttrykk for at en del pasienter på ordinær langtidsplass burde hatt et mer spesialisert tilbud.

40 prosent av bestillerkontorene svarte at det i stor grad var for lang ventetid på enkelte spesialplasser, og like mange svarte at det til en viss grad var tilfelle. Enkelte av hjemmetjenestene og noen av bydelsadministrasjonene svarte også at det var lang ventetid på enkelte spesialplasser.

I flere av uttalelsene fra bydelsadministrasjonene ble det vist til eksempler på ulike grupper som de mente enten manglet et adekvat tilbud eller der tilbudet var for begrenset. Dette gjaldt blant annet yngre brukere, brukere med rusproblematikk og psykiatrisk problematikk som også hadde behov for somatisk pleie og omsorg, samt psykisk utviklingshemmede.⁵

7 av de 15 hjemmetjenestene oppga at det var grupper med spesielle behov som det ikke var etablert et tilpasset tilbud for. For eksempel yngre brukergrupper, samt rus- og psykiatripasienter.

Flere fagforeninger, ett bydelsutvalg og en del institusjonsledere pekte på at prisforskjellene på de ulike plassene førte til lavere etterspørsel etter spesialiserte og skjermede plasser.

4.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Etter Kommunerevisjonens vurdering var det i perioden 2007–2014 sørget for en økt differensiering og en spesialisering av sykehjemstilbudet i Oslo kommune for særskilte brukergrupper med ulike behov. De ulike sykehjemstilbudene var tydeliggjort, og en del nye tilbud var etablert, med en samlet tilvekst på ca. 60 spesialiserte plasser. Samtidig ser vi at det har vært en ikke ubetydelig reduksjon

i antallet skjermede plasser og korttids- og rehabiliteringsplasser i perioden fra 2007. Ordinære langtidsplasser hadde i samme periode økt.

Kommunerevisjonen ser at det fortsatt var utfordringer på dette området. Sykehjemsetaten skal i utgangspunktet tilpasse sykehjemstilbudet til bydelenes bestillinger. Ordinære langtidsplasser er priset lavere enn for eksempel skjermede plasser. En del institusjonsledere ga klart uttrykk for at en del pasienter på ordinær langtidsplass burde hatt et mer spesialisert tilbud. På den annen side meldte flere bestillerkontor at det var for lang ventetid på enkelte spesialplasser. Dette ble også reflektert i noen av svarene fra bydelsadministrasjonene som viste til eksempler på ulike grupper som de mente enten manglet et adekvat tilbud eller der tilbudet var for begrenset. For noen brukergrupper syntes det ikke å være et tilstrekkelig antall spesialiserte plasser.

Samlet sett kan dette bety at bydelene fatter vedtak om ordinær langtidsplass i en del tilfeller der pasienten kunne hatt behov for et mer spesialisert tilbud (på et høyere omsorgsnivå). Mange aktører mente at prisingen av ulike typer plasser hadde betydning for bydelenes etterspørsel.

⁵ Ikke alle bydelsadministrasjonene berørte temaet.

5. Fritt sykehjemvalg

Før opprettelsen av Sykehjemsetaten var det enkelte utfordringer knyttet til ubalanse mellom tilbud og etterspørsel etter sykehjemsplasser på bydelsnivå. Opprettelsen av Sykehjemsetaten skulle ifølge byrådssak 79/06 bidra til å sikre brukerne fritt sykehjemvalg. Dette fordi bydelene ikke lenger ville ha en økonomisk interesse av å fylle opp egne sykehjemsplasser før de tilbød plasser i andre bydeler.

Fritt sykehjemvalg betyr at personer har rett til å velge det sykehjem de ønsker, etter at bydelen vedkommende hører hjemme i, har fattet vedtak om langtidsplass. Vedkommende har rett til å få en plass i sykehjem innen fire uker etter at vedtaket er fattet, og har også rett til å be om plass ved et annet sykehjem hvis førstevalget ikke blir innfridd. En forutsetning for å få opphold ved ønsket sykehjem er at sykehjemmet har den type plass vedkommende har fått vedtak om. Hvis det ikke er ledig plass ved det sykehjemmet som er ønsket, kan vedkommende få midlertidig plass ved et annet sykehjem, ev. bo hjemme mens de venter på fast plass.

Retten til fritt sykehjemvalg gjelder ikke for korttidsplasser eller rehabiliteringsplasser. Sykehjemsetatens spesialtilbud inngår heller ikke i ordningen med fritt sykehjemvalg, unntatt er Villa Enerhaugen, som er et spesialtilbud for yngre personer med demenssykdom.

5.1 Revisjonskriterier

- Brukernes rett til fritt sykehjemvalg bør være ivaretatt.

Kommunerevisjonen har i den forbindelse undersøkt andelen som får innfridd førstevalget av sykehjem ved søknad om langtidsplass, og ventetiden på førstevalget av sykehjem.

5.2 Sammendrag av faktabeskrivelse

For komplett faktabeskrivelse vises det til vedlegg 3.

I 2010 fikk 82 prosent av søkerne til ordinære langtidsplasser innfridd førstevalget av sykehjem, i 2011 fikk 78 prosent innfridd førstevalget, i 2012 fikk 81 prosent innfridd førstevalget, og i 2013 fikk 80,7 prosent innfridd førstevalget.⁶

Det var i 2013/2014 til enhver tid mellom 200 og 300 søkere med vedtak om langtidsopphold som ventet på å få oppfylt førstevalget (jf. byrådets budsjettforslag for 2014). Søkere måtte i gjennomsnitt vente i overkant av tre måneder på å få plass ved førstevalget av sykehjem. En del personer måtte imidlertid vente betydelig lenger på førstevalget. Ifølge bydelsstatistikken for 1. kvartal 2014 (tabell 3-2-A7) hadde 12 personer ventet over 12 måneder.

Alle aktørene/informantene som kommenterte ordningen med fritt sykehjemvalg, sa at ordningen fungerte bedre etter etatsoppsettelsen. Noen påpekte imidlertid at ordningen med fritt sykehjemvalg førte til at beboere måtte flytte flere ganger, og at dette kunne oppleves belastende for beboere og pårørende.

5.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Brukernes rett til fritt sykehjemvalg ble ivaretatt for de fleste av søkerne til ordinær langtidsplass. De aktørene som uttalte seg om temaet, mente at ordningen med fritt sykehjemvalg stort sett fungerte godt, men at den kunne medføre økt flytting for beboere. Noen søkere måtte vente lenge på å få innfridd førstevalget, og noen valgte ikke å bytte sykehjem når de etter en tid fikk tilbud om førstevalget av sykehjem.

⁶ Jf. Sykehjemsetaten årsberetninger for 2010–2013.

6. Kvalitetsutvikling

Forut for opprettelsen av Sykehjemsetaten var det ifølge byrådssak 79/06 antatt at en sentral etat ville kunne samordne og utvikle kvalitetsarbeidet bedre enn det som var tilfelle da sykehjemmene ble driftet av bydelene, herunder styrke rekrutteringen av personell, øke andelen faglærte, bygge opp og utvikle større fagmiljøer, tilby flere heltidsstillinger / større stillingsandeler, etablere ensartede kvalitetssikringstiltak samt bidra til lik bruk av kontroll- og tilsynsfunksjonene.

6.1 Revisjonskriterier

- Kvalitetsarbeidet i sykehjem bør ha blitt videreutviklet.

Følgende måltall knyttet til kvalitet er fastsatt for Sykehjemsetaten for 2013 (jf. bykassens vedtatte budsjett, Dok. 3, kapittel 313, 2013):

- andelen plasser i enerom av antall døgnplasser i drift totalt: 95 prosent
- fysioterapeuttimer per uke per beboer i institusjon: 0,55
- legetimer per beboer i institusjon: 0,44
- andelen årsverk med fagutdanning: 85 prosent

Kommunerevisjonen har undersøkt sentrale tiltak som er iverksatt med tanke på kvalitetsforbedringer, utviklingen i andelen årsverk med fagutdanning, utviklingen i lege-

og fysioterapifaktoren, stillingsprosent, oppbygning av fagmiljøer, kompetanseutvikling og kvalitetssystemet. Videre har vi sett på resultatene fra kvalitetsmålinger og kvalitetsrevisjoner.

6.2 Sammendrag av faktabeskrivelse

For komplett faktabeskrivelse vises det til vedlegg 3.

6.2.1 Tiltak knyttet til kvalitetsforbedringer

Sykehjemsetatens ledelse viste til at det siden opprettelsen av etaten var etablert flere tiltak for å styrke kvalitetsarbeidet. Etatsledelsen oppga at noen av de viktigste tiltakene var etableringen av en felles bemanningsnorm/ pleiefaktor og påfølgende utjevning av ressurser mellom sykehjemmene samt innføringen av et helhetlig elektronisk kvalitetssystem gjennom Kvalitetslosen og opprettelsen av sentralt og lokale kvalitetsutvalg. Det ble videre vist til implementeringen av flere IKT-verktøy blant annet for koordinering og styring av personalressurser samt tiltak for å bedre ansattes kompetanse i norsk.

6.2.2 Resultatutvikling andelen ansatte med fagutdanning, stillingsprosent mv.

Tabell 3 gir en oversikt over utviklingen i mål- og nøkkeltall for Sykehjemsetaten.

Tabell 3 Rapporterte resultater for måltall og nøkkeltall for Sykehjemsetaten, 2007–2013

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Andel årsverk fagutdanning – fast ansatte / fastlønnede vikarer*	-	82,2%	85,8%	87,9%	88,0 %	87,4%	89,1%
Fysioterapifaktor – timer per uke per beboer i institusjon**	0,48	0,49	0,51	0,55	0,55	0,58	0,57
Legefaktor – timer per uke per beboer i institusjon**	0,29	0,31	0,40	0,44	0,44	0,46	0,46
Fast ansatte med stillingsprosent lik eller over 80			62,3%	57,4%	55,3%	57,4%	56,4%
Fastlønnede med stillingsprosent lik eller over 80 (både fast ansatte og vikarer)			59,8%	55,5%	54,7%	54,9%	54,7%
Andel plasser i enerom av antall døgnplasser i drift – totalt	89,6%	90,9 %	93,5 %	94,7 %	94,7 %	91,3%	95,1%

Note: Tallene er hentet fra Sykehjemsetatens årsberetning for 2009, 2010, 2011 og 2013 og byrådets budsjettforslag for 2015 (Sak 1). * I tabellen i årsberetningen står det *Andel årsverk med fagutdanning*. ** Legefaktor og fysioterapifaktor rapporteres i desimaltall, og ikke i minutter. 0,46 innebærer for eksempel 27 minutter og 36 sekunder.

Tabell 3 viser at *andel årsverk fagutdanning* hadde økt i perioden, og lå i 2013 over byrådets måltall på 85 prosent. Fysioterapifaktoren og legefaktoren hadde også økt fra 2007 til 2013, og var i 2013 henholdsvis 0,57 og 0,46, det vil si over byrådets måltall for 2013 på 0,55 og 0,44. Disse resultatene avviker noe fra tallene i KOSTRA.⁷ Indikatorene for andelen ansatte/fastlønnede med stillingsprosent lik eller over 80 viser at utviklingen var relativt stabil de siste årene, men også at andelen med høy stillingsprosent hadde gått ned siden 2009.⁸ Ifølge Sykehjemsetaten gjenspeilet denne nedgangen blant annet at det var blitt flere fast ansatte i små helgestillinger, der det tidligere var timebetalte.⁹ Andelen ensengsrom økte fra 2007 til 2013, og var i 2013 på 95,1 prosent. Måltallet var i 2013 på 95 prosent.

6.2.3 Fagmiljøer

Sykehjemsetaten hadde etablert en del faglige nettverk. Dette gjaldt nettverk for hygiene, ernæring og tverrfaglig rehabilitering samt nettverk for leger, fagutviklingspsykepleiere og avdelingsledere service. Videre var det etablert egne fora for henholdsvis frivillighet, Gerica og Kvalitetslosen. De fleste av disse var organisert med et arbeidsutvalg som bestemte hvilke temaer som skulle tas opp i de ulike nettverkene/foraene, og de fleste hadde mandat som skulle revideres årlig. Ut fra informasjonen som var lagt ut på Sykehjemsetatens hjemmesider, hadde ikke alle nettverkene/foraene hatt aktivitet per september i 2014. Sykehjemsetaten drev også kompetanseutviklingsprosjekter. I årsberetningen for 2013 nevnes blant annet tiltak innen lindrende behandling, norskopplæring, ernæring og legemiddelhåndtering.

⁷ I henhold til KOSTRA-tallene for 2013 var legefaktoren på 0,43 og fysioterapifaktoren 0,51. Resultatet kan muligens tilskrives at KOSTRA-tallene er beregnet med utgangspunkt i alle institusjoner med heldøgns pleie og omsorg i Oslo kommune, og ikke kun Sykehjemsetatens heldøgnsinstitusjoner.

⁸ Det er ikke fastsatt måltall for denne indikatoren, og det var ikke rapportert tall for 2007 og 2008.

⁹ Jf. rapport 20/2012, kapittel 2.6.

Som vist i kapittel 2.4.1 skrev Sykehjemsetaten i sin årsberetning for 2012 at sykehjem som var vedtatt konkurranseutsatt, opplevde at det var krevende å opprettholde tilfredsstillende kvalitet på pasienttilbudet i perioden fra vedtak om konkurranseutsetting var fattet, og fram til ny drifter overtok. Driften ble i mellomperioden preget av uro og usikkerhet og hadde medført at ansatte med god kompetanse sluttet. Særlig kritisk var dette når ledere og sykepleiere gikk over til andre arbeidsgivere. Sykehjemmene erfarte samtidig at det var utfordrende å rekruttere nye medarbeidere.

Kommunerevisjonen stilte spørsmål til de kommunale institusjonslederne om Sykehjemsetaten hadde bidratt til utviklingen av sterkere fagmiljøer og lagt til rette for nødvendig kompetanseutvikling ved sykehjemmene. Et stort flertall svarte at etaten i stor grad eller i en viss grad hadde bidratt til utvikling av sterkere fagmiljøer og nødvendig kompetanseutvikling.

6.2.4 Resultater fra kvalitetsmålinger og kvalitetsrevisjoner mv.

Resultatene fra kommunens tilfredshetsmålinger og objektive kvalitetsindikatorer indikerte ingen tydelige endringer i kvaliteten på sykehjemmene, verken i positiv eller negativ retning, fra 2007 til 2013. Resultatene i pårørendeundersøkelsen viste at andelen fornøyde / litt fornøyde økte fra 82 prosent til 87 prosent fra 2007 til 2013. Tilfredsheten økte særlig fra 2009 til 2010, noe som for øvrig også kan komme som en konsekvens av at spørsmålet om tilfredshet ble endret noe i 2010. De andre undersøkelsene (brukertilfredshet og objektive kvalitetsindikatorer) viste ingen tydelig positiv eller negativ utvikling samlet sett. Andelen beboere som har svart *fornøyd / litt fornøyd*, har i perioden 2007–2012 variert mellom 83 og 92 prosent. De objektive kvalitetsindikatorer viser blant annet andelen pasienter med trykksår, urininkontinens, alvorlig vekttaap og fall. Andre undersøkelser, som kvalitetsrevisjonene og bydelenes tilsyn, var

ikke innrettet slik at de kunne si noe om den samlede kvalitetsutviklingen i sykehjemmene.

6.2.5 Bydelsutvalgenes tilsyn

I november 2014 forelå evalueringen av tilsynsordningen fra PwC, som blant annet påpekte at tilsynsutvalgenes rolle ikke syntes vesentlig endret ved opprettelsen av Sykehjemsetaten, at deres organisering ikke var tilpasset nye rammevilkår, og at dette kunne ha bidratt til å svekke tilsynenes legitimitet. Det ble blant annet konkludert med at tilsynsutvalgenes rapporter i liten grad så ut til å bidra til kvalitetsoppfølging av sykehjemmenes tjeneste (jf. PwC, november 2014: *Oslo kommune. Evaluering av ordningen med kommunale tilsynsutvalg*).

6.2.6 Bydelenes synspunkter på kvalitet

Noen bydelsadministrasjoner påpekte at det var variasjoner i kvaliteten mellom sykehjemmene, og at det var språkproblemer blant ansatte som førte til misforståelser, sviktende oppfølging av pasientene og redusert kvalitet på pasientdokumentasjonen. 6 av 15 bestillerkontor svarte at det i liten grad hadde skjedd kvalitetsforbedringer i sykehjemstilbudet de siste årene, mens tre bestillerkontor svarte at dette i stor grad hadde skjedd. I kommentarfelt viste enkelte bestillerkontor til at fagkompetansen generelt måtte bedres eller måtte bli mer lik på sykehjemmene, og et par bestillerkontor viste til at språkferdighetene blant de ansatte måtte bedres. På spørsmål til hjemmetjenesten om brukerne fikk tilfredsstillende rehabilitering ved rehabiliteringsopphold, svarte åtte at dette i liten grad var tilfelle.

6.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Kommunerevisjonen ser at Sykehjemsetaten siden opprettelsen hadde etablert flere relevante tiltak for å styrke kvaliteten i sykehjemstilbudet, blant annet ved etableringen av en felles bemanningsnorm/pleiefaktor og påfølgende utjevning av ressurser mellom sykehjemmene samt innføringen av et helhetlig elektronisk

kvalitetssystem, Kvalitetslosen, og opprettelsen av sentralt og lokale kvalitetsutvalg. Det kan samtidig stilles spørsmål ved om Sykehjemsetaten har maktet å implementere aktuelle systemer og rutiner tilfredsstillende.

Det hadde i hovedsak vært en positiv utvikling når det gjaldt resultatene knyttet til andelen årsverk med fagutdanning, fysioterapi- og legefaktoren og andelen ensengsrom, og etaten var innenfor fastsatte måltall for 2013 på disse områdene. Når det gjaldt andelen fast ansatte med stillingsprosent på 80 eller høyere, hadde andelen blitt redusert i perioden 2009 til 2013. Resultatene fra bruker- og beboerundersøkelsene indikerte høy grad av tilfredshet, men liten eller ingen endring i kvaliteten på sykehjemstilbudet i perioden.

I perioden 2012–2014 var sju sykehjem konkurransutsatt. Sykehjemsetaten uttalte at det særlig i omstillingsfasen var utfordringer knyttet til å beholde faglærte ansatte og å rekruttere nye. Det kan redusere kvaliteten på tilbudet i denne fasen.

Kommunerevisjonen merker seg at noen bydelsadministrasjoner påpekte at det var variasjoner i kvaliteten i sykehjemmenes tjenestetilbud, og at språkproblemer blant ansatte kunne redusere kvaliteten på tjenestene. Videre ga 40 prosent av bestillerkontorene uttrykk for at det i liten grad hadde skjedd en kvalitetsforbedring i sykehjemstilbudet. Flere aktører ga uttrykk for at det var store kvalitetsforskjeller i hvordan rehabiliteringen fungerte. Kommunerevisjonen viser for øvrig til at omorganiseringen av korttids- og rehabiliteringstilbudet gjennom opprettelsen av fire–fem helsehus er ment å styrke rehabiliteringstilbudet, jf. kapittel 2.5.4.

Det kan stilles spørsmål ved om samarbeidet med bydelene har vært godt nok på områder som påvirker tjenestens kvalitet. Den ferske rapporten fra PwC tyder på at bydelenes tilsyn ikke fungerte helt etter intensjonen.

7. Stordriftsfordeler – innkjøp og støttefunksjoner

Opprettelsen av en sentral etat skulle ifølge byrådssak 79/06 bidra til stordriftsfordeler på områder som anskaffelser, drift og vedlikehold, personal, økonomi, regnskap og administrative støttefunksjoner.

7.1 Revisjonskriterier

- Det bør kunne vises til resultater når det gjelder stordriftsfordeler, for eksempel på områder som anskaffelser, drift og vedlikehold, personal og økonomi.

Kommunerevisjonen har undersøkt Sykehjemsetatens arbeid med å realisere stordriftsfordelene som er nevnt i byrådssaken, samt i hvilken grad disse eventuelt er beregnet. Når det gjelder stordriftsfordeler i arbeidet med kapasitetsutnyttelse, spesialisering, kvalitetsutvikling og fritt sykehjemvalg, viser vi til kapittel 3–6 samt vedlegg 3.

7.2 Sammendrag av faktabeskrivelse

For komplett faktabeskrivelse vises det til vedlegg 3.

Etatsledelsen mente å ha oppnådd en rekke stordriftsfordeler etter opprettelsen av etaten, blant annet knyttet til innkjøp, overgang til produksjonskjøkken, omorganisering av støttefunksjoner som renhold, vaktmester og vaskeri, anskaffelser og kontraktstyring av ikke-kommunale sykehjem. Etatsledelsen trakk videre fram Sykehjemsetatens system for formidling av sykehjemsplasser og standardiseringen av tjenestetilbudet som eksempler på stordriftsfordeler.

I 2008 satte Sykehjemsetatens administrasjon i gang *Prosjekt mulighetsrom*, der ett av målene var å gjennomføre effektiviseringstiltak og utnytte stordriftsfordeler, blant annet knyttet til samordning av tjenester og funksjoner knyttet til vaktmester, kjøkken, vaskeri, renhold og innkjøp. Sykehjemsetaten beregnet at kjøkkenomleggingen hadde medført en

innsparing på ca. 3,5 mill. kroner i 2009. Sykehjemsetaten hadde i de senere år ikke beregnet gevinstene av stordriftsfordeler etter etatsopprettelsen.

De fleste aktørene Kommunerevisjonen ba om uttalelse fra, hadde ingen særskilte kommentarer til om Sykehjemsetaten hadde bidratt til realiseringen av stordriftsfordeler.

Flere institusjonsledere kommenterte i spørreskjema at det var utfordringer knyttet til vaktmestertjenesten, blant annet vanskelig kommunikasjon, lang ventetid samt uklar oppgavefordeling mellom Sykehjemsetaten og Omsorgsbygg.

Norsk Fysioterapeutforbund og Ergoterapeutene, avdeling Sykehjemsetaten, påpekte imidlertid at innkjøpene av tekniske hjelpemidler i store kvanta ble styrt fra sentralt hold i Sykehjemsetaten, og at pris kunne gå foran funksjonalitet og lokale behov for hjelpemidler.

7.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Etter Kommunerevisjonens vurdering er det etablert tiltak som har medført realisering av stordriftsfordeler, blant annet knyttet til samordning av tjenester og funksjoner knyttet til vaktmester, kjøkken, vaskeri, renhold og innkjøp. Sykehjemsetaten beregnet at kjøkkenomleggingen hadde medført en innsparing på ca. 3,5 mill. kroner i 2009. For øvrige områder var det ikke foretatt slike beregninger.

Ved stordrift kan småskalafordeler gå tapt. Flere aktører pekte på slike effekter, blant annet viste Fysioterapeutforbundet og Ergoterapeutene, avdeling Sykehjemsetaten, til at innkjøp av tekniske hjelpemidler styres fra sentralt hold i Sykehjemsetaten, og at hjelpemidlene ikke alltid var godt nok tilpasset lokale behov. Institusjonslederne viste til utfordringer knyttet til vaktmestertjenesten.

8. Har bekymringene ved etatsopprettelsen slått til?

Som nevnt i kapittel 2.2 var 13 av 15 bydelsutvalg imot opprettelsen av en sykehjemsetat.

I høringsuttalelsene til rapporten *Utfordringer for sykehjemssektoren i Oslo – Alternative organisasjonsmodeller for tjenesten* (2005) var det særlig bydelene som stilte seg tvilende til nytten av å opprette en sentral sykehjemsetat. Det var flere forhold ved den gamle ordningen som bydelene mente fungerte, og som de ga uttrykk for at en etatsopprettelse ikke ville ivareta like godt.

Kommunerevisjonen har i brev spurt bydelsadministrasjonene og bydelsutvalgene om hvordan de vurderte disse forholdene sju år etter etatsopprettelsen. Vi har også stilt spørsmål til institusjonslederne, bydelenes bestillerkontor og hjemmetjenester samt fagforeninger.

8.1 Prisen på sykehjemsplassene og byråkratisering

Prisen bydelene i gjennomsnitt måtte betale for sykehjemsplasser, hadde økt fra 2007 til 2012 med 4,8 prosent, justert for inflasjon. Den nominelle økningen var på 16 prosent i perioden. Den relativt moderate prisøkningen for bydelene skyldes i hovedsak at de ordinære langtidsplassene subsidieres gjennom rammefinansieringen til Sykehjemsetaten.

Utgiftene per sykehjemsplass hadde økt med 21 prosent i perioden 2007–2013, justert for inflasjon. Den nominelle økningen i samme periode var på 37 prosent. Etaten forklarte utgiftsøkningen blant annet med økte pensjonskostnader og kostnader knyttet til økningen i kvaliteten i sykehjemstilbudet.

I 2013 var kommunens utgifter per sykehjemsplass noe høyere enn gjennomsnittet blant de ti største kommunene i landet, og kommunens utgifter var høyest blant storbykommunene. Utgiftsveksten per

sykehjemsplass var også noe høyere i Oslo kommune i perioden 2011–2013 enn i de andre storbykommunene. Oslo kommune hadde en høyere andel innbyggere over 80 år som bodde i institusjon, sammenliknet med gjennomsnittet av de ti største kommunene (ASSS-nettverket). Oslo kommune hadde en lavere andel institusjonsbeboere på tidsbegrenset opphold enn gjennomsnittet i ASSS-nettverket, og Oslo kommunes andel av institusjonsbeboere på langtidsopphold med omfattende bistandsbehov var også lavere enn gjennomsnittet i ASSS-nettverket. Det er noe usikkerhet knyttet til tallene, blant annet fordi kommunene kan ha ulik praksis for å registrere grunnlagstallene for indikatorene.

Bydelsadministrasjonene uttalte at de hadde fått større forutsigbarhet knyttet til utgifter ved sykehjemsplasser etter opprettelsen av Sykehjemsetaten. Bydelene viste til at det fortsatt var økonomiske usikkerhetsmomenter knyttet til at behovet for sykehjemsplasser endret seg, samt at de stadig oftere opplevde å måtte betale for ekstratjenester for enkeltpasienter.

Det var få bydelsadministrasjoner, bydelsutvalg og institusjonsledere som tok til orde for at det hadde blitt økt byråkratisering etter opprettelsen av Sykehjemsetaten.

Flere fagforeninger uttalte at økte krav til dokumentasjon, rapportering mv. gikk på bekostning av tid til pasientene.

Utgiftene til sentraladministrasjonen i etaten hadde økt fra 36,8 mill. kroner i 2008 til 64,6 mill. kroner i 2013. I 2008 utgjorde utgiftene til sentraladministrasjon 0,96 prosent av totale driftsutgifter, mens utgiftene i 2013 var 1,35 prosent av etatens totale driftsutgifter.¹⁰ Etaten

¹⁰ Kommunerevisjonen har valgt å se på utgiftsutviklingen fra 2008, da Sykehjemsetaten i 2007 oppbemannet den nye sentraladministrasjonen og 2007 således er lite representativt for utgiftsnivået til etatens sentraladministrasjon.

hadde i 2013 driftsutgifter på ca. 4,8 mrd. kroner.

Et annet uttrykk for utviklingen i administrasjonens størrelse er antallet ansatte. I 2007 hadde sentraladministrasjonen 42 budsjetterte stillinger, mens tallet var økt til 52,2 stillinger i 2014. I 2012 var antallet budsjetterte stillinger i administrasjonen på sitt høyeste, da var det budsjettert med 57,6 stillinger.¹¹ Forholdstallet mellom antallet institusjonsplasser og budsjetterte stillinger i sentraladministrasjonen viser at etaten hadde 8,7 budsjetterte stillinger i sentraladministrasjonen per 1000. heldøgns plass i 2007 og 11,2 stillinger per 1000. heldøgns plass i 2014.¹²

8.2 Samarbeid med sykehjem og sammenhengen i tiltakskjeden

På spørsmål fra Kommunerevisjonen om bestillerkontorets samarbeid med sykehjemmene svarte fire bestillerkontor at samarbeidet alt i alt i stor grad fungerte tilfredsstillende. De resterende svarte at samarbeidet til en viss grad fungerte tilfredsstillende. Et flertall av hjemmetjenestene svarte at samarbeidet med sykehjemmene om henholdsvis brukere som fikk vedtak om langtidsplass og korttids- og rehabiliteringsopphold til en viss grad fungerte tilfredsstillende. To hjemmetjenester svarte at samarbeidet i begge tilfeller i liten grad fungerte tilfredsstillende, mens de resterende hjemmetjenestene (henholdsvis tre og fire hjemmetjenester) svarte at samarbeidet i stor grad fungerte tilfredsstillende.

På spørsmålet om i hvilken grad Sykehjemsetaten etterspurte bydelens erfaringer med og synspunkter på kvalitetsforhold ved

sykehjemstjenestene, svarte et flertall (9) av bestillerkontorene at dette i liten grad var tilfelle. Ingen av bestillerkontorene oppga at samarbeidet i stor grad fungerte.

Henholdsvis seks og fire bestillerkontor svarte at etaten til en viss grad, eller i liten grad, tilbød spesialiserte sykehjemsplasser med tilstrekkelig fleksibilitet i henhold til brukernes behov. Fire bestillerkontor svarte at Sykehjemsetaten i stor grad tilbød ordinære langtidsplasser med tilstrekkelig fleksibilitet i henhold til brukernes behov. Fire bestillerkontor svarte "i liten grad".

Seks av hjemmetjenestene oppga at de i liten grad mente at sykehjemmene var fleksible i bruken av korttidsplasser, mens to hjemmetjenester svarte "i stor grad" på spørsmålet. Av de ti hjemmetjenestene som svarte på spørsmålet om sykehjemmene tilbød langtidsplasser med tilstrekkelig fleksibilitet, svarte seks hjemmetjenester at dette skjedde "til en viss grad". Tre hjemmetjenester oppga at dette i liten grad skjedde, mens én hjemmetjeneste svarte at dette i stor grad skjedde.

Bydelene som uttalte seg om dette, syntes i liten grad å mene at de hadde mistet sammenhengen i tiltakskjeden: Fem bydelsadministrasjoner uttalte at de ikke hadde mistet sammenhengen i tiltakskjeden, mens to bydelere mente at sammenhengen var redusert. Øvrige bydelsadministrasjoner kommenterte ikke direkte dette forholdet. Flere bydelsadministrasjoner tok til orde for at fleksibiliteten i bruken av sykehjemsplassene var redusert. Videre var det flere som uttalte at sykehjemmene i større grad burde ha fokus på rehabilitering og at brukerne skulle hjem.

8.3 Lokaldemokrati og nærhet til brukerne og tjenesteapparatet

Enkelte bydelsadministrasjoner viste til at etatsopprettelsen hadde medført større avstand mellom tilsynsutvalg/bydelsutvalgene

¹¹ Hovedverneombud og fagforeningsansatte er ikke inkludert i disse tallene.

¹² Beregningen omfatter heldøgns institusjonsplasser inkludert aldersplasser. Utenbys plasser er ikke inkludert, da vi ikke har nøyaktige tall for 2007. Dersom utenbys plasser var inkludert, ville forholdstallet reduseres marginalt med ca. 0,3 for begge år (det vil si til 8,4 og 10,9 for henholdsvis 2007 og 2014).

og sykehjemmene, og at bydelene ikke lenger hadde beslutningsmyndighet over sykehjemmene.

De fleste bydelsutvalgene uttalte at overdragelsen av ansvaret for driften av sykehjem til en sentral etat hadde ført til en svekkelse av bydelssystemet og lokaldemokratiet, eller at det lokalpolitiske handlingsrommet var blitt redusert. Utvalgene pekte på forskjellige forhold i den forbindelse, eksempelvis at

- bydelsutvalgene hadde svekkede muligheter til å følge opp tilsynsrapportene, ettersom de var avhengig av at Sykehjemsetaten rettet opp i mangler påpekt i rapportene
- avstanden mellom brukerne og beslutningsprosessene var blitt lengre; flere ledd og nivåer ga uklare styringsforhold, og ansvarsforholdene hadde blitt mindre synlige

9. Konklusjoner og drøfting

Undersøkelsen har to hovedproblemstillinger:

1. Hvilke styrker og svakheter er det i dagens organisering av sykehjem drift?
2. Hvilken ansvarsfordeling mellom bydel og etat kan gi best kvalitet på tjenestene og mest effektiv ressursutnyttelse?

Kommunerevisjonen vil besvare den første problemstillingen, spørsmålet om styrker og svakheter ved dagens organisering av sykehjemstjenester, i lys av beskrivelsen og vurderingen av etatens måloppnåelse knyttet til målene som ble satt ved opprettelsen av Sykehjemsetaten, samt kartleggingen av om bekymringene ved etatsopprettelsen har slått til.

Når det gjelder den andre problemstillingen, spørsmålet om hvilken ansvarsdeling mellom bydel og etat som kan gi best kvalitet på tjenestene og mest effektiv ressursutnyttelse, vil dette besvares ved å peke på fordeler og ulemper ved de to modellene kommunen har erfaring med de siste ti årene. Kommunerevisjonen redegjør også for noen forhold som synes å være uavhengige av de to modellene og innspill fra bydelene om organisatoriske tiltak. De to modellene er henholdsvis den tidligere desentraliserte modellen, hvor bydelene hadde ansvar for sykehjemstjenestene, og den nåværende sentraliserte modellen, hvor en etat har ansvar for tjenesteproduksjonen. Framstillingen bygger på hovedtrekkene ved de to modellene som skisseres nedenfor, og rapportens behandling av den første problemstillingen. Noen momenter dreier seg i hovedsak om kvalitetsforhold, andre mer om ressursutnyttelse. I noen tilfeller er det vanskelig å skille de to fra hverandre. Kommunerevisjonens rolle som revisor tilsier at Kommunerevisjonen ikke foreslår bestemte organisatoriske løsninger for sykehjemmene i kommunen.

I det følgende vil Kommunerevisjonen først helt kort skissere hovedtrekkene ved den desentraliserte organiseringen av sykehjemstjenestene under bydelene (bydelmodellen) og hovedtrekkene ved dagens sentraliserte organisering i Oslo kommune (etatsmodellen).

9.1 Hovedtrekk ved modellene

Hovedtrekk ved bydelmodellen

Desentralisert ansvar for sykehjemmene

Ved etableringen av bydelsordningen i 1988 ble ansvaret for driften av sykehjemmene lagt til de enkelte bydelene. Sykehjemmene ble fordelt til bydelene, i all hovedsak på grunnlag av geografisk plassering. Dette medførte at noen bydeler fikk forvaltningsansvaret for flere sykehjemsplasser enn de hadde behov for, mens andre bydeler fikk færre plasser enn behovet tilsa.

I bystyresak 253 av 11.06.2002, *Ny organisering av Oslo kommunes eiendomsvirksomhet*, ble det blant annet vedtatt at Omsorgsbygg Oslo KF skulle opprettes. Foretaket skulle ha eier- og forvaltningsansvaret for sykehjemsbyggene. Omsorgsbygg Oslo KF har vært i drift siden 2004. Med denne reformen ble ansvaret for sykehjemsbyggene overdratt fra bydelene til Omsorgsbygg Oslo KF.

Bestiller–utfører-modell

Fra 1999 til 2004 ble bestiller–utfører-modellen gradvis implementert i bydelene. Ved gjennomføringen av Bydelsreform 2004 ble det endelig forutsatt at bydelene skulle organiseres etter bestiller–utfører-modellen. Kjernen i modellen var at bydelene etablerte egne bestillerenheter og utførerledd internt, og at disse var skilt ut som selvstendige resultatenheter.

Fritt sykehjemsvalg

I årene 1994 til 2000 fattet bystyret flere vedtak som skulle understøtte retten til et fritt sykehjemsvalg, og bystyret stadfestet valgfriheten 27.09.2000, sak 533.

Kjøp og salg av sykehjemsplasser mellom bydelene

Fra 1991 ble det innført en ordning med kjøp og salg av sykehjemsplasser mellom bydelene. Fra 2003 ble prisen på sykehjemsplasser fastsatt i egne avtaler mellom bydelene. Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester la til grunn at avtalene skulle forankres i selvkostprinsippet (jf. byrådssak 79/06, vedlegg 1, *Utfordringer for sykehjemssektoren i Oslo. Alternative organisasjonsmodeller for tjenesten, 2005*).

Bydelene hadde i 2005 ikke fullmakt til å legge ned sykehjemsplasser uten at dette var godkjent av Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester. For å redusere kostnadene for bydeler som hadde ledige sykehjemsplasser, var det etablert en kompensasjonsordning som dekket inntil 70 prosent av kostnadene ved de ledige plassene.

Hovedtrekk ved etatsmodellen**Sentralisert ansvar for sykehjemdriften**

I etatsmodellen som ble valgt i Oslo kommune 01.01.2007, fikk en etat ansvar for driften av alle kommunale sykehjem og for anskaffelse, kontroll og oppfølging av sykehjemstjenester fra ikke-kommunale aktører. Ved å opprette en etat ble ansvaret for driften av de kommunale sykehjemmene lagt til byrådets linjeorganisasjon, og driften er ifølge byrådssak 79/06 således direkte underlagt eldrebyrådets politiske styring. Omsorgsbygg Oslo KF har ansvar for bygningsmassen, og er underlagt byråden for kultur og næring.

Opprettelse av driftsstyrer

Ordningen med driftsstyrer ble innført ved de kommunalt drevne sykehjemmene i 2011, og skulle legge til rette for medvirkning i driften

av sykehjemmene for beboerne/pårørende og ansatte samt for andre interessenter som ble oppnevnt, så som representanter fra frivillige organisasjoner og offentlig oppnevnte representanter for bydelene. Driftsstyret skulle være en samspillspartner for institusjonssjefen om hvordan sykehjemets oppdrag skulle gjennomføres innenfor gjeldende økonomiske og juridiske rammer.

PwC evaluerte driftsstyreordningen i 2013, og konkluderte blant annet med at reglementet for driftsstyrene, som var basert på driftsstyreordningen i Oslo-skolen, ikke var tilstrekkelig tilpasset sykehjemdrift og Sykehjemsetatens styringsstruktur. Formål, mandat og roller ble vurdert av alle parter som uklare og lite hensiktsmessige. PwC anbefalte at driftsstyreordningen ble faset ut, men at medvirkningsfunksjonen ble videreført.

Bystyret vedtok 12.11.2014 (sak 305, *Evaluering av ordningen med driftsstyre ved de kommunale sykehjemmene – Forslag om at prøveperioden forlenges med ytterligere to år – Byrådssak 108 av 12.06.2014*) å avslutte prøveordningen med driftsstyrer i de kommunale sykehjemmene. Det ble i stedet vedtatt å opprette en ordning med samarbeidsutvalg ved de kommunale sykehjemmene, og byrådet ble bedt om å fremme en sak om dette.

En tydeligere bestiller–utfører-modell

I dagens organisering har bestiller–utfører-modellen et tydeligere skille mellom bestiller og utfører fordi de to oppgavene er fordelt på to virksomheter. Bydelene er bestillere, Sykehjemsetaten er utfører.

Sykehjemsetaten har ansvar for sykehjemmene, mens bydelene fatter vedtak om sykehjemsplass og betaler for tjenestene. Bydelene har også en tilsynsrolle overfor sykehjemmene beliggende i egen bydel. Bydelene bestiller med andre ord sykehjemsplasser hos Sykehjemsetaten som skal sørge for at sykehjemstilbudet er

differensiert og tilpasset ulike brukergruppers behov, og at det er riktig kapasitet og kvalitet på sykehjemstilbudene i tråd med lov, forskrift og bystyrevedtak.

Sykehjemsetaten står i en monopolsituasjon overfor bydelene som leverandør av heldøgns pleie- og omsorgstjenester i institusjon. Bydelene kan ikke opprette heldøgns pleie- og omsorgstjenester selv, og kan heller ikke selv kjøpe slike tjenester av andre (med unntak av kjøp av enkeltplasser utenbys, ved særskilte behov). Men etaten har samtidig en rekke ulike private aktører som underleverandører.

Ansvar for å utvikle og forbedre kvalitet i tjenestetilbudet ligger både til bestiller og til eier/utfører i en bestiller–utfører-modell.

Trekk ved nåværende prismodell (subsidiert)

Prising av tjenesten er viktige virkemidler for å stimulere til ønsket utvikling i pleie- og omsorgssektoren, og valg av prismodell for sykehjemssektoren måtte ifølge byrådssak 79/06 bygge opp under de målsettingene som ble gjort gjeldene for den organisasjonsmodellen som var valgt. Bystyret har i de senere år fastsatt prisen på sykehjemsplassene i årlige budsjettvedtak, og Sykehjemsetaten kan dermed ikke selv bestemme prisen på de ulike sykehjemstjenestene. De ulike plassene har hatt ulik grad av prissubsidiering for å bidra til å sikre at bydelene også etterspør plasser med relativt høye driftskostnader. De ordinære langtidsplassene har hatt mindre subsidiering enn for eksempel plasser ved skjermede avdelinger og ved ulike forsterkede avdelinger, som har en høyere subsidiering.

9.2 Styrker og svakheter ved dagens organisering av sykehjemstjenester

I det følgende presenterer Kommunerevisjonen styrker og svakheter ved dagens organisering av sykehjemstjenester. Momentene som trekkes fram under, er basert på vurderingene og beskrivelsene i kapittel 3–8. Alle av styrkene

og svakheter har ikke nødvendigvis direkte sammenheng med den valgte organiseringen, noen kan være forhold som har gjort seg gjeldende på grunn av andre sider ved driften enn de rent organisatoriske.

Kapasitetsutnyttelse

Styrker

- En instans har oversikt over og koordinerer sykehjemstilbudet.
- Sykehjemsplasser tilbys over hele byen.
- Det var god utnyttelse av kapasiteten på ordinære langtidsplasser.

Svakheter

- Det var ubalanse mellom Sykehjemsetatens tilbud av og bydelenes etterspørsel etter visse typer sykehjemsplasser. Det betyr for eksempel at etaten hadde et tilbud som bydelene i for liten grad etterspurte.
- Det var relativt sett lavere utnyttelse av kapasiteten på korttids- og rehabiliteringsplasser enn på for eksempel ordinære langtidsplasser og forsterkede plasser.
- Noen typer spesialiserte plasser hadde relativt lav beleggsprosent, for eksempel lindrende enheter og Aker rehabilitering.

Spesialisering og differensiering

Styrker

- Sykehjemstilbudet har blitt mer differensiert, og det har vært en viss økning i antallet spesialiserte plasser.

Svakheter

- Det var en langt lavere andel korttids- og rehabiliteringsplasser enn forutsatt, og antallet var redusert i perioden 2007–2014.
- Det var fortsatt grupper som manglet et egnet tilbud, eller der tilbudet var for begrenset.
- Det var lang ventetid på enkelte spesialplasser.
- En del beboere på ordinær langtidsplass hadde antakelig behov for et mer spesialisert tilbud.

Fritt sykehjemvalg*Styrker*

- Fritt sykehjemvalg ble ivaretatt for de fleste av søkerne til ordinær langtidsplass, en del måtte vente på plass på førstevalget.

Kvalitet*Styrker*

- Sykehjemsetaten hadde etablert flere tiltak for å styrke kvalitetsarbeidet som synes å tilrettelegge for mer enhetlig kvalitet i sykehjemstilbudet i Oslo.
- Andelen ensengsrom hadde økt.
- Andelen ansatte med fagutdanning og fysioterapeut- og legefaktoren hadde økt.

Svakheter

- Bydelene var delt i synet på om det hadde skjedd en kvalitetsutvikling i sykehjemstilbudet. Resultatene fra Oslo kommunes system for å måle kvalitet i sykehjemmene indikerte ingen tydelige endringer i kvaliteten på sykehjemmene.
- Noen bydelsadministrasjoner, bestillerkontor og andre påpekte variasjoner i kvaliteten i sykehjemmenes tjenestetilbud, herunder i rehabiliteringstilbudet.
- Tilsynsrapportene synes ikke å ha fått den betydningen i etatens kvalitetsarbeid som var forutsatt.
- Sykehjemsetaten hadde i liten grad spurt bydelene om deres erfaringer med og synspunkter på kvalitetsforhold ved sykehjemstjenestene.
- Flere bydeler ga tilbakemelding om at mangler og avvik i sykehjemstjenestene meldt av bestillerkontorene til Sykehjemsetaten i liten grad ble fulgt opp.

Stordriftsfordeler – innkjøp og støttefunksjoner*Styrker*

- Sykehjemsetaten hadde over tid iverksatt en del tiltak blant annet knyttet til realisering av stordriftsfordeler på områder som anskaffelser og samordning av støttefunksjoner.

Svakheter

- Ved “stordrift” kan småskalafordeler, som tilrettelegging av tjenester og innkjøp til lokale forhold og behov, gå tapt, for eksempel var ikke innkjøpte tekniske hjelpemidler alltid godt nok tilpasset lokale behov.

Økonomi*Styrker*

- Bydelene oppga å ha fått større forutsigbarhet knyttet til kostnadene til sykehjemsplasser.
- Prisene som bydelene betalte for sykehjemsplasser, hadde på grunn av subsidiering økt lite i perioden 2007–2014.

Svakheter

- Bydelene oppga at de opplevde økonomisk usikkerhet knyttet til endringer i behovet for sykehjemsplasser og tilleggsfakturering fra Sykehjemsetaten for ekstra ressurskrevende pasienter.

Samarbeid mellom bydelene og sykehjemmene og sammenhengen i tiltakskjeden*Styrker*

- Bydelene ga uttrykk for at samarbeidet med Sykehjemsetaten var nokså tilfredsstillende.

Svakheter

- Flere bydeler uttalte at fleksibiliteten i bruken av sykehjemsplassene var redusert.
- Flere bydeler ga tilbakemelding om at sykehjemmene i større grad burde ha fokus på rehabilitering og på at brukerne skulle hjem.

9.3 Hvilken ansvarsdeling mellom bydel og etat kan gi best kvalitet på tjenestene og mest effektiv ressursutnyttelse?

Kommunerevisjonen har valgt å besvare den andre problemstillingen ved å (a) kort peke på fordeler og ulemper ved henholdsvis bydelsmodellen og etatsmodellen, (b) peke på

utfordringer som synes å være uavhengige av de to modellene, og (c) trekke fram innspill fra bydelene om organisatoriske tiltak. Oversikten er ikke uttømmende.

Desentralisert modell / bydelsmodellen

Fordeler

- *Oversikt og koordinering av sykehjemsplasser* – bydelene kan i prinsippet ha god oversikt og koordinere etterspørselen og tilbudet av sykehjemsplasser innad i egen bydel.
- *Kvalitetsarbeid* – bydelene kan ha lettere for å utarbeide et kvalitetssystem som er tilpasset den enkelte bydels lokale forhold, behov og løsninger.
- *Småskalafordeler ved anskaffelser* – bydelene kan lettere tilpasse innkjøp av varer og tjenester til lokale behov.
- *Sammenhengen i tiltakskjeden* – det kan være enklere for bydelene å få til sammenheng i tiltakskjeden, da det skjer innad i en organisasjon og ikke på tvers av organisasjoner.
- *Selvstyre og lokaldemokrati* – bydelene har ansvar for sykehjemstjenestene og tilsynet med disse i egen bydel, noe som støtter opp under bydelenes selvstyre og lokaldemokratiet. Modellen legger også opp til større grad av nærhet mellom brukerne og tjenesteapparatet.

Ulemper

- *Oversikt og koordinering av sykehjemsplasser* – bydelene kan ha lite fleksibilitet når det gjelder å håndtere endringer i etterspørselen etter / behovet for sykehjemsplasser. I den tidligere organiseringen var det slik at noen bydeler hadde ledige sykehjemsplasser, mens andre hadde for få eller ingen, og ordningen med kjøp/salg av plasser mellom bydelene fungerte ikke tilfredsstillende.
- *Spesialiserte tilbud* – den enkelte bydel kan være for liten til å bygge opp et mer spesialisert og differensiert tilbud med tilstrekkelig kvalitet.

- *Fritt sykehjemsvalg* – retten til fritt sykehjemsvalg kan bli satt til side, da bydelene har økonomisk interesse av å belegge egne sykehjemsplasser framfor å kjøpe en plass i en annen bydel.
- *Kvalitetsarbeid* – bydelene hadde ansvar for kvalitetsarbeidet ved sykehjemmene beliggende i egen bydel. Det kan føre til uønskede kvalitetsforskjeller bydelene imellom.
- *Stordriftsfordeler ved anskaffelser* – bydelenes innkjøp av varer og tjenester vil ofte foretas i mindre skala, noe som kan gi høyere priser. Bydelene vil ha et mindre og potensielt mer sårbart anskaffelsesmiljø.
- *Likebehandling* – bydelene kan ha ulik praksis for når de innvilger sykehjemsplass og ulikt innhold i sykehjemstilbudet, noe som kan skape risiko for at sykehjemsbeboere ikke behandles likt i Oslo kommune.
- *Økonomisk risiko* – bydelene som hadde sykehjem, hadde en høyere økonomisk risiko knyttet til ledige sykehjemsplasser.

Sentralisert modell / etatsmodellen

Fordeler

- *Oversikt og koordinering av sykehjemsplasser* – etatsmodellen kan i større grad bidra til helhetlig oversikt over sykehjemstilbudet i Oslo, og en etat kan koordinere bruken av sykehjemsplassene på tvers av alle institusjonene og bydelene i kommunen. Sykehjemsetaten hadde høy kapasitetsutnyttelse på ordinære langtidsplasser, dette forutsetter en god oversikt og koordinering av sykehjemsplasser.
- *Spesialiserte og differensierte tilbud* – etatsmodellen kan gi større mulighet for å bygge ut spesialiserte og differensierte tilbud med god kvalitet. Sykehjemsetaten hadde til en viss grad etablert spesialiserte plasser for brukergrupper med særskilte behov.
- *Fritt sykehjemsvalg* – etatsmodellen gir ikke i seg selv særskilte insentiver til å plassere pasienter i bestemte sykehjem, og

retten til fritt sykehjemvalg kan derfor i større grad realiseres. Etter opprettelsen av Sykehjemsetaten har retten til fritt sykehjemvalg i stor grad blitt ivaretatt for de fleste av søkerne til ordinære langtidsplasser.

- *Rekruttere og beholde* – etatsmodellen gjør det mulig å etablere større spesialiserte fagmiljøer og kan gjøre det enklere å rekruttere og beholde godt kvalifiserte ansatte. Etter opprettelsen av Sykehjemsetaten har andelen årsverk med fagutdanning gradvis økt. Etaten har i en viss grad etablert større spesialiserte fagmiljøer.
- *Kvalitetsarbeid* – etatsmodellen kan gjøre det enklere å innføre et kvalitetssystem som er “skreddersydd” sykehjemssektoren, og en etat kan i prinsippet tilrettelegge for mer lik kvalitet i sykehjemstilbudet. Mulighetene for å få til mer helhetlig, samordnet og enhetlig kvalitetsarbeid er i prinsippet til stede. Sykehjemsetaten har innført et felles kvalitetssystem og iverksatt flere tiltak som kan tilrettelegge for mer lik kvalitet i sykehjemstilbudet.
- *Stordriftsfordeler ved anskaffelser* – etatsmodellen tilrettelegger for innkjøp av varer og tjenester i større skala og dermed rimeligere priser. En etat vil ha mulighet til å bygge opp et mer robust anskaffelsesmiljø. Sykehjemsetaten hadde iverksatt tiltak som medførte realisering av stordriftsfordeler på noen områder.
- *Likebehandling* – etatsmodellen kan lettere bidra til utarbeidelse av felles og standardiserte inntakskriterier på sykehjem og mer likt innhold i sykehjemstilbudet, noe som kan legge til rette for likebehandling av sykehjemsbeboere i Oslo kommune. Sykehjemsetaten hadde blant annet utarbeidet felles kriterier for inntak og for innholdet i sykehjemstjenestene.
- *Økonomisk risiko* – etatsmodellen kan redusere den økonomiske risikoen ved ledige sykehjemsplasser ved blant annet å koordinere bruken av plasser mellom alle institusjoner. Sykehjemsetaten hadde for de

fleste plasstypene et relativt høyt belegg.

- *Politisk styring* – bystyret og byrådet kan i prinsippet lettere styre en etat enn 15 bydeler.

Ulemper

- *Kvalitetsarbeid* – omfattende kvalitetssystemer kan være krevende å implementere, drifte og etterleve. Funn i Kommunerevisjonens rapport 18/2014 viste for eksempel mangler i etterlevelsen av sentrale elementer i etatens kvalitetssystem ved to sykehjem.
- *Tap av småskalafordeler ved anskaffelser* – ved at en etat forestår innkjøp av varer og tjenester i stor skala, kan det være risiko for at innkjøpene er dårlig tilpasset lokale behov. Enkelte fagforeninger ga tilbakemelding om at Sykehjemsetatens innkjøp av hjelpemidler ikke alltid var godt nok tilpasset lokale behov.

Utfordringer i begge modellene

Følgende forhold/utfordringer synes å bestå helt eller delvis uavhengig av om det er en desentralisert modell eller en sentralisert modell som er valgt for organiseringen av sykehjemstjenestene. Noen av forholdene er nevnt som fordeler eller ulemper ovenfor, andre ikke. Listen er ikke uttømmende:

- Det kan være vanskelig å beholde og rekruttere fagpersonell – det er stor konkurranse om faglært arbeidskraft i helsesektoren i Oslo. Både i bydelsmodellen og i etatsmodellen er det forskjeller mellom sykehjemmene når det gjelder rekrutteringssituasjonen.
- Utfordringer knyttet til mangelfull kompetanse i norsk blant ansatte.
- Utfordringer knyttet til turnus og brøkestillinger som for eksempel gir dårligere dekning av personell med fagkompetanse i helger.
- Utfordringer knyttet til sykefravær blant ansatte i sykehjem.
- Kommunerevisjonens undersøkelser av ulike kvalitetssystemer viser at det ofte kan være manglende samsvar mellom

intensjonene med systemet og den faktiske bruken. Disse utfordringene synes å gjelde for ulike organisasjoner.

Innspill til organisatoriske tiltak/løsninger

Kommunerevisjonen stilte spørsmål til bydelsadministrasjonene og bydelsutvalgene om de hadde synspunkter på andre organisatoriske løsninger for sykehjemssektoren som kunne gi bedre kvalitet og mer effektiv ressursutnyttelse. Noen bydelsadministrasjoner og bydelsutvalg uttalte seg om dette. Kun to bydelsutvalg tok til orde for at de ønsket at ansvaret for sykehjemmene skulle tilbakeføres til bydelene. Kommunerevisjonen skal i det følgende kort presentere synspunkter som framkom. Kommunerevisjonen har i den forbindelse kategorisert de ulike momentene.

Tilbake til bydelsmodellen

Bydelsutvalgene i bydelene Frogner og Østensjø ønsket at bydelene fikk tilbakeført myndigheten over sykehjemmene. Bydelsutvalget i Bydel Østensjø mente at også ansvaret for sykehjemsbyggene burde overføres til bydelene, og at Sykehjemsetaten burde gjøres om til et sentralt kompetansesenter for alle sykehjemmene i Oslo.

Vurdere alternative organisasjonsmodeller

Bydelsutvalget i Bydel Ullern ba om at ulike alternativer for organisasjonsformer ble utredet på nytt. Bydelsutvalget i Bydel Vestre Aker tvilte på om den riktige organisasjonsformen hadde blitt funnet, når man så effektivitet og kvalitet opp mot ressursinnsatsen. Utvalget mente Oslo kommune burde være åpen for en annen ansvarsfordeling enn slik den var nå.

Regionale sykehjemsetater

Bydelsutvalget i Bydel Grünerløkka luftet muligheten for at Sykehjemsetaten kunne bli delt opp i flere regionale etater som var forankret eller driftet i bydelene. Utvalget støttet ikke ytterligere konkurranseutsetting av sykehjem.

Skille mellom drifter av kommunens sykehjem og innkjøper av ikke-kommunale sykehjem

Bydelsutvalget i Bydel Nordstrand påpekte at det prinsipielt framsto som uryddig at samme etat satte ut driften av sykehjem til private og samtidig var tilbyder av de samme tjenestene. Utvalget nevnte muligheten for at bydelen var bestiller og Sykehjemsetaten kun var leverandør.

Egne korttidssykehjem/helsehus

Bydelsutvalget i Bydel Nordre Aker og Stovner ga uttrykk for at de imøteså etableringen av helsehus som var forventet å bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet. Bydelsadministrasjonene i bydelene Grorud, Stovner og Østensjø ga uttrykk for at de stilte seg positive til omorganiseringen av korttids- og rehabiliteringstilbudet til egne korttidssykehjem/helsehus. Bydelsadministrasjonen i Bydel Østensjø nevnte at en ulempe ved dette tiltaket kunne være at sykehjemsavdelingene fikk flere bydeler å forholde seg til, og at det dermed kunne bli utfordrende å bli enig om felles mål.

Korttidsplasser i bydelene

Bydelsadministrasjonen i Bydel Grünerløkka tok til orde for at korttidsplassene fortsatt skulle ligge i bydelen. Bydelen uttalte at den planlagte opprettelsen av helsehus ville føre til at flere bydeler ikke fikk korttids- og rehabiliteringsplasser i egen bydel. Bydelen uttalte at en kombinasjon av bydelens tiltak på lokalt nivå og mulighet for anskaffelse av sykehjems plasser hos andre aktører ville skape en mer reell konkurransesituasjon og ville kunne bidra til bedre kvalitet og ressursutnyttelse.

Andre momenter

Bydelsadministrasjonen i Bydel Stovner var positiv til forslaget om at Sykehjemsetaten skulle overta ansvaret for å definere den enkeltes omsorgsnivå etter førstegangsinleggelse på langtids plass uten at dette skulle medføre merutgifter for bydelen. Bydelsadministrasjonene i bydelene Sagene og St. Hanshaugen kommenterte utfordringer ved dagens prismodell og ønsket et enklere prissystem.

9.4 Kommunerevisjonens anbefaling

Sykehjemsetaten har i årene den har eksistert, hatt ansvar for det totale tilbudet av sykehjemstjenester i Oslo kommune, og har i den forbindelse hatt store oppgaver knyttet til blant annet kvalitetsutvikling, omstilling av sykehjem, anskaffelser og kontraktsoppfølging av en stadig større andel konkurranseutsatte sykehjem. Det er bebudet ytterligere endringer i sektoren, jf. opprettelsen av helsehus, forslaget til nytt pris- og finansieringssystem og vedtaket om at driftsstyrene ved de kommunale sykehjemmene skal nedlegges. Tilsynsordningen er nylig evaluert, og hva som besluttes på bakgrunn av evalueringen, er ennå ikke avgjort. Det er forutsatt at flere

sykehjemsbygg skal etableres etter en OPS-modell (offentlig privat samarbeid).

Flere av disse forslagene til endringer innebærer at det vil bli iverksatt tiltak på viktige områder som omfattes av denne forvaltningsrevisjonen, og Kommunerevisjonens rolle som revisor for Oslo kommune tilsier at Kommunerevisjonen ikke anbefaler bestemte organisatoriske løsninger for sykehjemmene i kommunen.

Kommunerevisjonen anbefaler at det vurderes tiltak med sikte på å styrke dialogen og samhandlingen mellom Sykehjemsetaten og bydelene om den videre utviklingen av innholdet og kvaliteten i sykehjemstilbudet.

10. Uttalelsene til rapporten og Kommunerevisjonens vurderinger

Kommunerevisjonen sendte rapporten til byråden for eldre og Sykehjemsetaten til uttalelse 02.12.2014. Sammen med rapporten ble det sendt spørsmål som Kommunerevisjonen ønsket besvart. I tillegg sto det byråden og etaten fritt å fremme synspunkter som de selv anså som viktige, og som ikke ble fanget opp av våre spørsmål.

Sykehjemsetaten kommenterte rapporten i brev av 18.12.2014, og Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester kommenterte den i brev av 09.01.2015. Uttalelsene følger i sin helhet i vedlegg 4. I det følgende oppsummerer og kommenterer Kommunerevisjonen viktige punkter i uttalelsene.

10.1 Sykehjemsetatens uttalelse

Sykehjemsetaten uttalte blant annet at rapportens konklusjoner og anbefaling ga et godt grunnlag for videre arbeid.

Sykehjemsetaten ønsket at det skulle tas inn en presisering om etatens merforbruk i 2013 og om kriterier for å konkurranseutsette sykehjem. Etaten var videre av den oppfatning at en høyere grad av presisering og kvantifisering i rapportens kommentarer og vurderinger kunne bidra til en større bruksverdi. Hvis rapporten hadde tatt sterkere stilling til enkelte av funnene, kunne dette gitt tydeligere retning på tiltakene i etterkant.

Sykehjemsetaten uttalte at den hadde et stort fokus på dialogen og samhandlingen med bydelene om den videre utviklingen av innholdet og kvaliteten i sykehjemstilbudet. Etaten meldte at det arbeides på flere nivåer i organisasjonen, både i sykehjem og i administrasjonen, med ytterligere å utvikle og styrke dialogen med bydelene. Etaten uttalte at den hadde og fortsatt skulle ha, faste

møter med bydelene om innhold og kvalitet i sykehjemstilbudet, samt at etaten involverer og samarbeider med bydelene i ulike prosjekter.

Sykehjemsetaten informerte ellers kort om tiltak knyttet til etatens arbeid med kapasitetsutnyttelse, spesialisering, kvalitetsutvikling og stordriftsfordeler:

- Sykehjemsetaten uttalte at den foretok kontinuerlige vurderinger av plassammensetningen og et hovedmål var å møte bydelenes behov og bestillinger. Etaten hadde eksempelvis omstilt lite etterspurte plasser som vurderingsplasser, intermediære plasser og samhandlingsplasser.
- Alle sykehjem, inkl. ikke-kommunale, skal i løpet av våren 2015 ta i bruk fag- og journalsystemet Geric. Dette for å bidra til å bedre kommunikasjonen mellom bydelene og alle Oslo sykehjemmene.
- Etaten hadde i løpet av 2012-2014 avviklet alle to-sengsrom på etatens langtidssengavdelinger. To-sengsrom skal kun tilbys til personer som selv ønsker det (ektefeller, samboere etc.). Når helsehusene er etablert skal også de fleste av to-sengsrommene ved disse tilbudene avvikles, under forutsetning av at dagens nivå på bestillinger opprettholdes.
- Etaten vil arbeide videre med utvikling av ulike brukermålinger for å få et bedre helhetsbilde av kvaliteten på tjenestene som gis.
- Sykehjemsetaten har påbegynt en viktig strategiprosess der formålet er å utvikle og innføre helhetlige kvalitetsstandarder for tjenesten, og det skal utvikles og tas i bruk ulike indikatorer for å følge utviklingen.
- Sykehjemsetaten vil fortsatt ha fokus på mulige områder som gir stordriftsfordeler.

10.2 Kommunerevisjonens vurdering

Etaten ga blant annet uttrykk for at en høyere grad av presisering og kvantifisering i rapportens kommentarer og vurderinger kunne bidratt til en større bruksverdi. Kommunerevisjonen vil bemerke at det på flere områder ikke forelå beregninger av etatens resultater eller et annet egnet tallmateriale. Fraværet av gode tall har gjort det vanskelig å være mer presis på områder hvor det ville vært ønskelig.

Etter Kommunerevisjonens vurdering redegjør Sykehjemsetaten for videreføring av relevante tiltak på bakgrunn av Kommunerevisjonens anbefaling. Sykehjemsetaten beskrev også tiltak i arbeidet med kapasitetsutnyttelse, spesialisering, kvalitetsutvikling og stordriftsfordeler.

I tråd med kommentarer fra Sykehjemsetaten har Kommunerevisjonen foretatt en justering i teksten i kapittel 2 vedrørende etatens merforbruk i 2013, samt i kapittel 2.5.2 vedrørende hvilke sykehjem som skulle konkurranseutsettes.

10.3 Uttalelsen fra Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester uttalte blant annet at den vurderte rapporten som en grundig og nyttig gjennomgang av Oslo kommunes organisering av sykehjemstjenester.

Byrådsavdelingen uttalte at når man i rapporten bemerker at det har blitt en nedgang i sykehjemsplasser over tid, tabell 2, kapittel 3.2.1, ville det vært hensiktsmessig med en oversikt over nedgangen i antallet innbyggere over 80 år. Byrådsavdelingen opplyste også at Sykehjemsetaten fra 01.01.2015 endret organisasjonskartet etter bystyrets vedtak om å nedlegge driftsstyrene og at bystyret fattet vedtak i sykehjemsfinansieringssaken 17.12.2014, sak 354.

Byrådsavdelingen viste til pågående endringsprosesser på områder som er omfattet av forvaltningsrevisjonen. Byrådsavdelingen viste til at den i styringsdialogen med Sykehjemsetaten løpende ville følge opp utviklingen og organiseringen av sykehjemstilbudet i Oslo kommune, herunder dialogen og samhandlingen mellom Sykehjemsetaten og bydelene om innholdet og kvaliteten i sykehjemstilbudet.

Byrådsavdelingen opplyste at det vil bli foretatt en evaluering av hvordan konkurranseutsettingen i sykehjemssektoren har fungert.

10.4 Kommunerevisjonens vurdering

Etter Kommunerevisjonens vurdering synes det ikke som endringen i befolkningens alderssammensetning i den undersøkte perioden i seg selv kan gi noen forklaring på nedgangen i sykehjemsplasser. Kommunerevisjonen vil i den sammenheng peke på at det fra 2007 til 2013 var en befolkningsnedgang i Oslo kommune i alderssegmentet 80 til 89 år på ca. 2500 personer. Samtidig var det en økning på ca. 800 personer som var over 90 år. Andelen personer i alderen 90+ som var på sykehjem var i 2013 på ca. 33 prosent, mens andelen i alderen 80-89 år som var på sykehjem var på ca. 11 prosent. Bruken av sykehjemsplasser var tydelig høyere blant de over 90 år, og denne befolkningsgruppen har økt i Oslo kommune i perioden 2007 til 2013.¹³ Kommunerevisjonen har presisert dette forholdet i rapportens kapittel 3.2.1 og i korresponderende vedlegg.

I tråd med kommentarer fra byrådsavdelingen har Kommunerevisjonen under kapittel 2 presisert at organisasjonskartet for Sykehjemsetaten er endret fra 01.01.2015 etter bystyrets vedtak om å nedlegge driftsstyrene og under kapittel 2.4 opplyst at bystyret

¹³ Befolkningstallene og tallene for antall beboere i sykehjem er hentet fra Statistikkbanken i Oslo kommune. Statistikkbanken inneholder p.t. beboertall i sykehjem fram til 2013.

fattet vedtak i sykehjemsfinansieringssaken 17.12.2014, sak 354. Vi har også presisert et par andre opplysninger basert på uttalelsen fra byrådsavdelingen.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester meldte at den vil følge opp Sykehjemsetatens samhandling med bydelene om innholdet og kvaliteten i sykehjemstilbudet, jf. Kommunerevisjonens anbefaling.

Referanser

a) Referanser fra Oslo kommune

Bydelsstatistikken.

Bykassens vedtatte budsjett (Dok. 3), for budsjettårene 2012–2014.

Byrådets forslag til budsjett (Sak 1) for årene 2013–2015.

Byrådssak 91/09: *Konkurransetsetting av sykehjemsdrift.*

Bystyresak 305, 12.11.2014: *Evaluering av ordningen med driftsstyre ved de kommunale sykehjemmene – Forslag om at prøveperioden forlenges med ytterligere to år – Byrådssak 108 av 12.06.2014.*

Byrådssak 144/08: *Styrking og samordning av tilsyn av sykehjem.*

Byrådssak 79/06: *Sykehjem – organisering for bedre kvalitet og valgfrihet.*

Bystyresak 411, 07.12.2011: *Byrådets forslag til budsjett for 2012 og økonomiplan 2012–2015 – Byrådssak 214 av 28.09.2011.*

Bystyresak 128, 21.04.2010: *Konkurransetsetting av sykehjemsdrift – Byrådssak 91 av 14.05.2009.*

Bystyresak 14, 27.01.2010: *Opprettelse av driftsstyre for kommunalt drevne sykehjem – Delegasjon av fullmakt til å fastsette vedtekter – Byrådssak 195 av 08.10.2009.*

Bystyresak 432, 11.12.2008: *Styrking og samordning av tilsyn av sykehjem – byrådssak 144 av 07.08.2008.*

Bystyresak 262, 21.06.2006: *Sykehjem – organisering for bedre kvalitet og valgfrihet – byrådssak 79 av 27.04.2006.*

Bystyresak 253, 11.06.2002: *Ny organisering av Oslo kommunes eiendomsvirksomhet.*

Helseetaten (tidligere Helse- og velferdsetaten): *Samlerapport for kvalitetsrevisjonene 2008, 2010, 2012 og 2014.*

Helseetaten (tidligere Helse- og velferdsetaten): *Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem 2007–2013.*

Helseetaten (tidligere Helse- og velferdsetaten): *Brukertilfredshet blant sykehjemsbeboere / beboerundersøkelsen 2007–2013.*

Helseetaten (tidligere Helse- og velferdsetaten): *Brukertilfredshet blant pårørende / pårørendeundersøkelsen 2007–2013.*

Kommunerevisjonens rapport 16/2014: *Kvalitetslosen – En undersøkelse av avviksbehandlingen ved Lilleborg sykehjem og Ryenhjemmet.*

Kommunerevisjonens rapport 01/2014: *Behandling av søknader om sykehjemsplass – Bydel Sagene og Bydel Vestre Aker.*

Kommunerevisjonens rapport 20/2012: *Oppfølgingsundersøkelse etter rapport 18/2009.*

Kommunerevisjonens rapport 16/2011: *Kvalitet i sykehjem – Smestadhjemmet.*

Kommunerevisjonens rapport 20/2010: *Ti år med Gericca.*

Kommunerevisjonens rapport 18/2009: *Sykehjemsetaten – Status etter to års drift.*

Kommunerevisjonens rapport 15/2009: *Intern kontroll i og rundt saksbehandlersystemet for bostøtteordningene i Oslo kommune.*

Kommunerevisjonens rapport 9/2008: *Kvalitet i sykehjem – Nordseterhjemmet.*

Kommunerevisjonens rapport 7/2007: *Bydelenes behandling av søknad om fast plass i sykehjem.*

Notat 22/2014 av 28.01.2014 fra byråd for eldre til helse- og sosialkomiteen: *Informasjon om etablering av korttidssykehjem.*

Notat 216/2013 av 23.09.2013 fra byråd for eldre til helse- og sosialkomiteen: *Nytt system for finansiering av sykehjemsplassene – En oppfølging av verbalvedtak H 36/2012.*

Sykehjemsetatens årsberetninger for 2007–2013.

Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester (2005): *Utfordringer for sykehjemssektoren i Oslo – Alternative organisasjonsmodeller for tjenesten.*

b) Eksterne referanser

KS ASSS Kommunerapport Oslo for rapporteringsårene 2011–2013.

KOSTRA

PwC, november 2014: *Oslo kommune. Evalueringa av ordningen med kommunale tilsynsutvalg.*

PwC, november 2013: *Oslo kommune. Evaluering av ordningen med driftsstyrer i kommunale sykehjem.*

Tabelloversikt

Tabell 1	Utvalgte nøkkeltall for ASSS-nettverket for 2013	15
Tabell 2	Antall sykehjemsplasser i drift i Oslo kommune	21
Tabell 4	Antall sykehjemsplasser i drift i Oslo kommune	59
Tabell 5	Andel innbyggere over 80 år og som er beboere på institusjon – i prosent	59
Tabell 6	Gjennomsnittlig iverksettingstid for vedtak om langtidsplass	60
Tabell 7	Bydelenes faktiske bruk av korttids- og rehabiliteringsplasser ut over en bloc-bestilling – i prosent	60
Tabell 8	Andelen korttids- og rehabiliteringsplasser av det totale antallet sykehjemsplasser 2010–2013 – i prosent	64
Tabell 9	Bruk av sykehjemmets plasser – institusjonsledernes svar – i prosent	69
Tabell 10	Bestillerkontorenes vurdering av informasjon og dialog om spesialiserte plasser – i prosent og antall i parentes (N = 15)	70
Tabell 11	Ventetid på førstevalget av sykehjemsplass	73
Tabell 12	Arbeid med kvalitetsutvikling – institusjonslederens svar – i prosent	76
Tabell 13	Rapporterte resultater for måltall og nøkkeltall for Sykehjemsetaten, 2007–2013	77
Tabell 14	Utvikling av fagmiljøer og kompetanseutvikling – institusjonslederens svar – i prosent	78
Tabell 15	Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem, 2007–2013. Andel beboere og endring – i prosentpoeng	80
Tabell 16	Beboernes vurdering av spørsmål om generell fornøydhet med sykehjemmet i årene 2007–2012 – i prosent	80
Tabell 17	Pårørendes svar på spørsmål om generell trivsel, 2007–2013 – i prosent	82
Tabell 18	Bestillerkontorenes synspunkter på kvalitetsarbeidet i Sykehjemsetaten (N = 15) – i prosent og antall i parentes	85
Tabell 19	Bestillerkontorenes synspunkter om samhandlingen med Sykehjemsetaten om kvalitetsforhold og avvik (N = 15) – i prosent og antall i parentes	86
Tabell 20	Bestillerkontorenes synspunkter om korttids- og rehabiliteringspostene (N = 15) – i prosent og antall i parentes	86
Tabell 21	Hjemmetjenestens vurdering av korttids- og rehabiliteringsopphold (N = 15) – i prosent og antall i parentes	87
Tabell 22	Brutto driftsutgifter per plass i institusjon for Oslo og ASS-nettverket, 2011–2013	97
Tabell 23	Utvikling i utgiftene til sentraladministrasjonen i Sykehjemsetaten	97
Tabell 24	Institusjonslederens vurdering av samarbeidet mellom sykehjemmene og bydelene – i prosent	99
Tabell 25	Bestillerkontorenes vurdering av samhandlingen og dialogen med Sykehjemsetaten (N = 15) – i prosent og antall i parentes	100
Tabell 26	Hjemmetjenestens vurdering av samarbeidet med sykehjemmene (N = 15) – i prosent og antall i parentes	101
Tabell 27	Bestillerkontorenes vurdering av Sykehjemsetatens fleksibilitet i tilbudet av plasser (N = 15) – i prosent og antall i parentes	101
Tabell 28	Hjemmetjenestens vurdering av Sykehjemsetatens fleksibilitet i tilbudet av plasser – i prosent og antall i parentes	102

Figuroversikt

Figur 1 Organisasjonskart for Sykehjemsetaten per 01.01.2014	13
Figur 2 Beleggsprosent for korttids- og langtids plasser 2011–2013	61
Figur 3 Beleggsprosent for noen typer spesialiserte plasser 2013	62
Figur 4 Utgift per sykehjemsplass for bydelene og Sykehjemsetaten, 2007–2013. I 1000 kroner – inflasjonsjusterte tall	96

Vedlegg 1 Revisjonskriterier

Kapasitetsutnyttelse

Ett av målene for opprettelsen av Sykehjemsetaten var ifølge byrådssak 79/06 at behovet for sykehjemsplasser skulle ses for hele byen under ett. En sentral etat skulle blant annet utnytte sykehjemskapasiteten bedre. Bydelene skulle ikke lenger bære den økonomiske risikoen knyttet til ledige sykehjemsplasser. Dette skulle gi større økonomisk forutsigbarhet for bydelene.

Sykehjemsetaten har ansvar for at innbyggere i Oslo får tilbud om sykehjemsplass når de har vedtak om dette fra bydelen. Sykehjemsetaten skal sørge for at sykehjemstilbudet er tilpasset de ulike brukergrupperes behov. Etaten har et fortløpende ansvar for å tilpasse totalvolumet av sykehjemsplasser, sikre valgfrihet og likebehandling og utvikle differensierte tilbud i tråd med bystyrets vedtak og bydelenes bestillinger (jf. byrådets forslag til budsjett for 2014, kapittel 4, s. 7.).

Revisjonskriterium

- Det bør sikres god og målrettet utnyttelse av Oslo kommunes sykehjemskapasitet.

Kommunerevisjonen har i den forbindelse undersøkt antallet sykehjemsplasser i drift, virkemidler for å sikre kapasitetsutnyttelse, inntakskriterier, formidlingen av sykehjemsplasser, måloppnåelsen knyttet til iverksettingstid for vedtak om langtidsplasser, bydelenes bruk og andel av korttids- og rehabiliteringsplasser og måloppnåelsen knyttet til andelen slike plasser samt belegget på sykehjemsplasser. I de vedtatte budsjettene for 2012, 2013 og 2014 var følgende måltall fastsatt:

- 15 prosent av døgnplasser i aktiv drift skal være avsatt til tidsbegrenset opphold (eksklusive rehabiliteringsplasser).
- 5 prosent av døgnplasser i aktiv drift skal være avsatt til rehabilitering.
- Iverksettingstid for vedtak skal være under 14 dager.

Spesialisering

Økt spesialisering av sykehjemstilbudet var ifølge byrådssak 79/06 (s. 1, 7, 13 og 14) en ventet positiv effekt av etatsopprettelsen. En sentral etat ville lettere kunne tilrettelegge tilbud for ulike brukergrupper med særskilte behov enn det 15 bydeler hadde anledning til.

Sykehjemsetaten har ansvar for at innbyggere i Oslo får tilbud om sykehjemsplass når de har vedtak fra bydelen om dette. Sykehjemsetaten skal sørge for at sykehjemstilbudet er tilpasset de ulike brukergrupperes behov. Etaten har et fortløpende ansvar for å tilpasse totalvolumet av sykehjemsplasser, sikre valgfrihet og likebehandling og utvikle differensierte tilbud i tråd med bystyrets vedtak og bydelenes bestillinger (jf. byrådets forslag til budsjett for 2014, kapittel 4, s. 7.).

Sykehjemsetaten skal tilpasse sykehjemstilbudet til beboere som trenger særskilt tilrettelagte tjenester. For enkelte grupper er det nødvendig å organisere virksomheten i egne enheter for å utvikle spisskompetanse overfor målgrupper (jf. byrådets forslag til budsjett for 2014, kapittel 4, s. 8).

Revisjonskriterium

- Det bør være sørget for økt spesialisering i sykehjemssektoren, herunder opprettet og tilrettelagt tilbud for ulike brukergrupper med særskilte behov.

Kommunerevisjonen har i den sammenheng undersøkt utviklingen i etatens differensiering og spesialisering i sykehjemstilbudet fra 2007 til 2014, dialogen med bydelene om behovet for spesialiserte plasser samt ulike aktørers vurderinger av kapasiteten og tilbudet av spesialiserte plasser.

Fritt sykehjemvalg

Fritt sykehjemvalg betyr at personer har rett til å velge det sykehjem de ønsker, etter at bydelen vedkommende hører hjemme i, har fattet vedtak om langtidsplass. Vedkommende har rett til å få en plass i sykehjem innen fire uker etter at vedtaket er fattet, og har også rett til å be om plass ved et annet sykehjem hvis førstevalget ikke ble innfridd. En forutsetning for å få opphold ved ønsket sykehjem, er at sykehjemmet har den type plass vedkommende har fått vedtak om. Hvis det ikke er ledig plass ved det sykehjemmet som er ønsket, kan vedkommende få midlertidig plass ved et annet sykehjem, eventuelt bo hjemme mens de venter på fast plass. Retten til fritt sykehjemvalg gjelder ikke for korttidsplasser eller rehabiliteringsplasser. Sykehjemsetatens spesialtilbud inngår heller ikke i ordningen med fritt sykehjemvalg, unntatt er Villa Enerhaugen, som er et spesialtilbud for yngre personer med demenssykdom.

Før opprettelsen av Sykehjemsetaten var det ifølge byrådssak 79/06 (s. 1, 7 og 14) enkelte utfordringer knyttet til ubalanse mellom tilbud av og etterspørsel etter sykehjemsplasser på bydelsnivå. Opprettelsen av Sykehjemsetaten skulle bidra til å sikre brukerne fritt sykehjemvalg. Dette fordi bydelene ikke lenger ville ha en økonomisk interesse av å fylle opp egne sykehjemsplasser før de tilbød plasser i andre bydeler.

Sykehjemsetaten skal ivareta fritt sykehjemvalg for søkere med vedtak om langtidsopphold. I påvente av ledig plass ved ønsket sykehjem kan det gis midlertidig plass ved annet sykehjem.

Revisjonskriterium

- Brukernes rett til fritt sykehjemvalg bør være ivaretatt.

Kommunerevisjonen har i den forbindelse undersøkt andelen som får innfridd førstevalget av sykehjem ved søknad om langtidsplass, samt ventetiden på førstevalget av sykehjem.

Kvalitetsutvikling

Forut for opprettelsen av Sykehjemsetaten var det ifølge byrådssak 79/06 (s. 1, 6, 7 og 14) antatt at en sentral etat ville kunne samordne og utvikle kvalitetsarbeidet bedre enn det som var tilfelle da sykehjemmene ble driftet av bydelene, herunder styrke rekrutteringen av personell, øke andelen faglærte, bygge opp og utvikle større fagmiljøer, tilby flere heltidsstillinger / større stillingsandeler, etablere ensartede kvalitetssikringstiltak samt bidra til lik bruk av kontroll- og tilsynsfunksjonene.

Oslo kommune har som mål å øke andelen faglærte i pleie- og omsorgstjenestene. Sykehjemsetaten skal videreføre arbeidet med å øke fagkompetansen i sykehjemmene (jf. byrådets forslag til budsjett for 2014, kapittel 4, s. 10).

Oslo kommune har vedtatt et felles kvalitetsmålingssystem for hjemmetjenestene og sykehjem, uavhengig av om tjenesten utføres av kommunen eller private leverandører. Systemet består

av kvalitetsrevisjoner, brukerundersøkelser, pårørendeundersøkelser i sykehjem, registreringer av objektive kvalitetsindikatorer og resultater fra medarbeiderundersøkelser. Helseetaten har i 2013 påbegynt arbeidet med å vurdere kvalitetsmålingssystemet med sikte på å forbedre dette gjennom prosjektet *Løft for bedre kvalitet i pleie og omsorgstjenesten*. Sykehjemsetaten har innført Kvalitetslosen, som er et helhetlig elektronisk avviks- og kvalitetssystem, ved alle kommunale sykehjem. Dette bidrar til å sikre felles rutiner ved sykehjemmene og mer oversiktlig kvalitetsstyring og avvikshåndtering (jf. byrådets forslag til budsjett, kapittel 4, s. 9).

I byrådssak 144/08 *Styrking og samordning av tilsyn av sykehjem* ble det lagt fram forslag til endringer i instruks for kommunale tilsynsutvalg for institusjoner mv. for å styrke og samordne tilsyn av sykehjem. Tilsynet søkes styrket ved å

- gi tilsynsutvalgene mer og bedre informasjon i tilknytning til gjennomføring av tilsyn
- beskrive de ulike sykehjemstjenestenes innhold og omfang, noe som skal tjene som rettleiding for tilsynsutvalgene
- gi tilsynsutvalgene innsyn i kvalitetsmålinger / kvalitetsrevisjoner for sykehjem i sin bydel
- lage felles mal for rapportering etter tilsynsbesøk for å styrke og samordne tilsyn
- lage et system for oppfølging av avvik og merknader / forslag til forbedringer
- gjøre tilsynsrapportene tilgjengelige på Sykehjemsetatens nettside

Revisjonskriterium

- Kvalitetsarbeidet i sykehjem bør ha blitt videreutviklet.

Byrådet hadde vedtatt følgende måltall knyttet til kvalitet for Sykehjemsetaten for 2013 (jf. bykassens vedtatte budsjett for 2013, Dok. 3., kapittel 313):

- andelen plasser i enerom av antall døgnplasser i drift totalt: 95 prosent
- fysioterapeuttimer per uke per beboer i institusjon: 0,55
- legetimer per beboer i institusjon: 0,44
- andelen årsverk med fagutdanning: 85 prosent

Kommunerevisjonen har undersøkt sentrale tiltak som er iverksatt med tanke på kvalitetsforbedringer, utviklingen i andelen årsverk med fagutdanning, utviklingen i lege- og fysioterapifaktoren, stillingsprosenter, oppbygning av fagmiljøer, kompetanseutvikling og kvalitetssystemet. Videre har vi sett på resultatene fra kvalitetsmålinger og kvalitetsrevisjoner.

Stordriftsfordeler – innkjøp og støttefunksjoner

Ifølge byrådssak 79/06 (s. 6, 13 og 14) skulle opprettelsen av en sentral etat bidra til stordriftsfordeler på områder som anskaffelser, drift og vedlikehold, personal, økonomi, regnskap og administrative støttefunksjoner.

Revisjonskriterium

- Det bør kunne vises til resultater når det gjelder stordriftsfordeler, for eksempel på områder som anskaffelser, drift og vedlikehold, personal og økonomi.

Kommunerevisjonen har undersøkt Sykehjemsetatens arbeid med å realisere stordriftsfordeler samt i hvilken grad dette eventuelt er beregnet.

Vedlegg 2 Metode

Generelt om forvaltningsrevisjon

De sentrale elementene i undersøkelsesmetoden er like i alle forvaltningsrevisjoner. Med utgangspunkt i temaene og problemstillingene som ligger i oppdraget fra kontrollutvalget, utleder vi relevante revisjonskriterier. Deretter kartlegger og beskriver vi den undersøkte virksomhetens systemer, praksis eller resultater på de aktuelle områdene. Deretter vurderer vi faktabeskrivelsen opp mot revisjonskriteriene. Disse vurderingene leder fram til Kommunerevisjonens konklusjoner og eventuelle anbefalinger.

Undersøkelsen

Undersøkelsen har vært rettet mot byråden for eldre, herunder Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og Sykehjemsetaten.

Formålet med undersøkelsen har vært å kartlegge styrker og svakheter i dagens organisering av sykehjemstjenester i Oslo kommune og å belyse ansvarsfordelingen mellom bydel og etat med tanke på hva som gir kvalitet på tjenestene og effektiv ressursutnyttelse. Følgende problemstillinger er belyst:

1. Hvilke styrker og svakheter er det i dagens organisering av sykehjemstjenester?
2. Hvilken ansvarsfordeling mellom bydel og etat kan gi best kvalitet på tjenestene og mest effektiv ressursutnyttelse?

I byrådssak 79/06 var det uttalt en rekke mål og forventninger til opprettelsen av en sykehjemsetat. Målene var knyttet til kapasitetsutnyttelse, spesialisering, fritt sykehjemvalg, kvalitetsutvikling og stordriftsfordeler. Kommunerevisjonen har undersøkt resultatene på disse områdene drøye sju år etter opprettelsen av Sykehjemsetaten samt i hvilken grad uttalte bekymringer ved etatsopprettelsen har slått til. Kommunerevisjonen har blant annet innhentet synspunkter fra Sykehjemsetaten, bydelene, bydelsutvalgene og aktuelle fagforeninger. Med dette som utgangspunkt har vi drøftet styrker og svakheter i dagens organisering av sykehjemstjenester i Oslo kommune, og vi har drøftet ansvarsfordelingen mellom bydel og etat med tanke på hva som gir kvalitet på tjenestene og effektiv ressursutnyttelse.

Undersøkelsen ble formelt startet opp ved utsendelse av oppstartsbrev 11.04.2014. Vi hadde oppstartsmøte med Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester 28.04.2014 og med Sykehjemsetaten 06.05.2014. Hensikten med oppstartsmøtene var først og fremst å gi informasjon om undersøkelsen samt å få tilbakemeldinger og synspunkter på problemstillingene, avgrensninger, undersøkelsesopplegget og grunnlaget for revisjonskriteriene.

Undersøkelsesperioden har i hovedsak vært fra 2012 til 2014. Der det er relevant, har vi innhentet informasjon ut over dette. Datainnsamlingen besto i hovedsak av

- gjennomgang av relevante dokumenter fra Oslo kommune, herunder Sykehjemsetaten
- innhenting og analyse av relevant kvantitativt materiale, blant annet datamateriale fra Sykehjemsetaten som belyser resultatinformasjon på en rekke områder
- intervjuer med relevante ansatte blant annet i Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester og Sykehjemsetatens administrasjon
- samtaler med søknadskontor og hjemmetjenesten i et par bydeler samt med Eldrerådet, Helse-, sosial- og eldreombudet og en fagforeningsrepresentant

- elektronisk spørreundersøkelse til institusjonslederne ved alle sykehjemmene i Oslo samt til alle bydelenes bestillerkontor og hjemmetjenester
- brev med spørsmål til alle bydelsadministrasjonene og bydelsutvalgene i Oslo kommune
- brev med spørsmål til relevante fagforeninger

Innhenting av dokumentasjon foregikk i perioden mai–september 2014. Brev med spørsmål til bydelsadministrasjonene og bydelsutvalgene ble sendt ut i mai 2014 og til fagforeningene i august 2014. Intervjuene ble i hovedsak gjennomført i juni og august 2014. Spørreundersøkelsene ble gjennomført i august og september 2014.

Metoder

Dokumentgjennomgang

Kommunerevisjonen har mottatt og gjennomgått en rekke dokumenter, blant annet:

- notater og saker lagt fram for bystyret
- tildelingsbrev til Sykehjemsetaten
- årsberetninger og tertialrapporter fra Sykehjemsetaten
- møterefater fra Sykehjemsetaten
- tilsynsrapporter fra bydelsutvalg
- kvalitetsrevisjoner og pårørende-/beboerundersøkelser fra Helseetaten

En del av dokumentene har sammen med intervjuene og tilbakemeldingene fra bydeler og fagforeninger blitt gjennomgått og analysert ved hjelp av NVIVO 10. Dette er et program som er beregnet på å understøtte analyser av store mengder kvalitative data. Programmet har egnede verktøy for datasøk, sammenstilling og kategorisering av data og dokumentasjon av foretatte analyser.

Analyse av kvantitativt materiale

Kommunerevisjonen har mottatt og gjennomgått en rekke kvantitativt materiale, blant annet

- oversikter over belegg for sykehjemsplasser
- oversikter over plasser i drift i Sykehjemsetaten
- utgifter i Sykehjemsetatens sentrale administrasjon (hentet fra Agresso)
- utgifter til drift av sykehjem og kostnadstall fra bydelen for institusjonsplasser

Ved behov har Kommunerevisjonen foretatt egne beregninger av det kvantitative materialet i Excel.

Intervjuer og møter

Kommunerevisjonen har gjennomført intervjuer med byråden for eldre og pleie- og omsorgssjefen i Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester samt forhenværende kommunaldirektør og forhenværende seksjonssjef for økonomi og forvaltning i Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester. Følgende ansatte i Sykehjemsetaten er blitt intervjuet

- etatsdirektøren
- avdelingsdirektøren for kvalitet, kompetanse og utvikling
- områdedirektør I (kommunale sykehjem)
- områdedirektør II (ikke-kommunale sykehjem)
- avdelingsdirektøren for økonomi og administrasjon

I tillegg hadde Kommunerevisjonen møter med Helse-, sosial- og eldreombudet, representanter for hjemmetjenesten og bestillerkontorene i Bydel Nordstrand og Bydel Nordre Aker, Eldrerådet og en representant for Sykepleierforbundet i Sykehjemsetaten.

Spørreundersøkelse til sykehjemmene og bydelenes bestillerkontor og hjemmetjenester

Kommunerevisjonen sendte ut, ved Questback, separate spørreskjema til henholdsvis bydelenes bestillerkontor, bydelenes hjemmetjenester og Sykehjemsetatens egendrevne og kontraktstyrte sykehjem. Utenbys sykehjem var ikke omfattet av undersøkelsen. Spørsmålene til sykehjemmene og hjemmetjenestene ble sendt ut 26.08.2014, og spørsmålene til bestillerkontorene ble utsendt dagen etter. Respondentene hadde besvart innen 15.09.2014. Totalt var det 24 sykehjem som var drevet av etaten i egenregi, og 24 sykehjem som var kontraktstyrte. Samtlige bestillerkontor, hjemmetjenester og kommunale sykehjem besvarte undersøkelsen, og 21 av de 24 kontraktstyrte sykehjemmene bevarte undersøkelsen.

Det er i hovedsak benyttet en tredelt skala i spørreundersøkelsene. Svaralternativene har vært: “i stor grad”, “til en viss grad” og “i liten grad”. En fordel med å benytte like svaralternativer er at det er lettere å sammenlikne svarene på ulike spørsmål. En ulempe ved bruk av tredelt skala er at midtkategorien gjerne favner svært vidt, og mange vil i så måte svare “på midten”. For eksempel ville en femdelte skala normalt medført at færre benyttet midtkategorien. En fordel med en tredelt skala er at den forenkler utfylling og analyse av spørsmålssettet. I tillegg anså vi at den tredelte skalaen var godt balansert, det vil si at de tre svarkategoriene utfyller hverandre godt.

Alle spørreskjemaene er blitt kvalitetssikret internt i Kommunerevisjonen. I tillegg sendte vi utkast til spørreskjema til utvalgte institusjonsledere og representanter for hjemmetjenesten og bestillerkontorene til kommentering.

Brev med spørsmål

Kommunerevisjonen sendte ut brev med spørsmål til alle bydelsadministrasjonene og bydelsutvalgene 16.05.2014. Vi mottok svar fra alle bydelsadministrasjonene i løpet av juni 2014. 10 av de 15 bydelsutvalgene i Oslo kommune besvarte Kommunerevisjonens spørsmål, og svarene var mottatt i løpet av september 2014. Dette var bydelsutvalgene i bydelene Alna, Frogner, Gamle Oslo, Grünerløkka, Nordre Aker, Nordstrand, Stovner, Ullern, Vestre Aker og Østensjø.

Vi sendte også brev med spørsmål 19.08.2014 til Norsk Sykepleierforbund, Oslo legeförening, Fagforbundet, Norsk Ergoterapeutforbund og Norsk Fysioterapeutforbund. Vi mottok svar fra alle, med unntak av Fagforbundet.

Brevene inneholdt blant annet spørsmål om aktørenes erfaringer med og oppfatninger om Sykehjemsetatens måloppnåelse og om bekymringer som var luftet før opprettelsen av Sykehjemsetaten. Vi ba også enkelte aktører om deres synspunkter på om andre organisatoriske løsninger for sykehjemssektoren kan gi bedre kvalitet og mer effektiv ressursutnyttelse.

Uttalelsene fra de ulike aktørene tar delvis opp ulike forhold, og det er på en del punkter ikke mulig å få fram klare tendenser i svarene.

Dataenes gyldighet og pålitelighet

Kommunerevisjonens kvalitetssikring av datagrunnlaget omfatter at vi vurderer dataenes gyldighet

(validitet) og pålitelighet (reliabilitet). Gyldighet brukes gjerne som et uttrykk for om vi har målt det vi ønsker å måle, altså om vi har de riktige dataene. Pålitelighet er et uttrykk for hvor nøyaktig innsamlingen av data har vært. Systematiske feil underveis i innsamlingen svekker for eksempel dataenes pålitelighet.

Som det går fram av det foregående, bygger undersøkelsen på data innhentet ved hjelp av flere metoder (metodetriangulering) og fra ulike kilder (datatriangulering), blant annet intervjuer, spørreundersøkelser, registerdata, dokumenter som belyser resultater og uttalelser og synspunkter i brevs form fra sentrale aktører.

Alle intervjuene er verifisert av dem som ble intervjuet. En samlet faktabeskrivelse ble sendt til Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester og til Sykehjemsetaten 22.10.2014. Vi mottok tilbakemeldinger på faktabeskrivelsen fra byrådsavdelingen 30.10.2014 og fra Sykehjemsetaten 28.10.2014.

En del informasjon i rapporten er basert på offentlige dokumenter fra Sykehjemsetaten og andre virksomheter i Oslo kommune. I de tilfellene informasjonen fra disse kildene har stått i motstrid eller motsetning til annen informasjon vi har mottatt, er det forsøkt å få klarhet i dette blant annet gjennom kontakt med Sykehjemsetaten.

Det er kjent at det hefter usikkerhet ved en del av de dataene vi har benyttet fra ASSS-nettverket, objektive kvalitetsindikatorer og beboerundersøkelsene i sykehjem. Ingen av disse dataene er benyttet alene som grunnlag for vurderinger. Dataene fra disse kildene inngår dessuten i tidsserier. Det vil si at de samme dataene er samlet inn over flere år og slik enkelt kan sammenliknes med hverandre. Urimelige resultater kan således oppdages og ses bort fra.

Dataenes gyldighet og pålitelighet er vurdert og kvalitetssikret internt i Kommunerevisjonen. Kvalitetssikringen er foretatt av andre personer enn de som har samlet inn og behandlet dataene. Blant annet har vi kvalitetssikret at revisjonskriteriene var relevante for undersøkelsens problemstillinger. Videre har vi kvalitetssikret at det innhentede datagrunnlaget var relevant og dekkende for kriteriene det skulle vurderes opp mot, og for undersøkelsens vurderinger og konklusjoner.

Når det gjelder å besvare undersøkelsens første problemstilling – *Hvilke styrker og svakheter er det i dagens organisering av sykehjemsdrift?* – har vi hatt noe begrenset anledning til å etablere en streng sammenheng mellom egenskaper ved organiseringen og resultater knyttet til sykehjemsdriften. Bakgrunnen for dette er blant annet at organiseringen i en del tilfeller vil påvirke resultatopptakene. Imidlertid er handlinger i form av ulike aktørers vedtak, beslutninger og praksis det som er avgjørende for ulike typer resultater. Bystyret og helse- og sosialkomiteen er en sentral aktør når det gjelder å sette premisser for sykehjemsdriften. Kommunerevisjonen kan i kraft av sitt mandat og rollen som revisor for Oslo kommune i svært liten grad foreta kritiske vurderinger av vedtak som Bystyret og fagkomiteen har fattet.

Undersøkelsens andre problemstilling – *Hvilken ansvarsfordeling mellom bydel og etat kan gi best kvalitet på tjenestene og mest effektiv ressursutnyttelse?* – fordrer en form for kontrafaktisk undersøkelse der vi eventuelt skulle vurdert utviklingen innen sykehjemssektoren gitt andre

organisasjonsmodeller. Det er i prinsippet umulig å vite hva som hadde skjedd i sektoren om ansvaret for sykehjemmene var blitt værende i bydelene, eller dersom det i stedet hadde blitt etablert en annen organisatorisk løsning enn en sentral sykehjemsetat.

En mulig løsning ville vært en form for framskrivning av resultatene knyttet til kvalitet i tjenestene og ressursutnyttelse dersom bydelene hadde beholdt ansvaret for sykehjemmene også fra 2007. Imidlertid er de dataene vi har hatt tilgang til når det gjelder resultater under bydelene, heftet ved svakheter som gjør en slik framstilling lite presis og derfor lite hensiktsmessig.

Kommunerevisjonen er for øvrig heller ikke kjent med at det finnes eksempler på noen organisasjonsform som kan gi best kvalitet på tjenestene og mest effektiv ressursutnyttelse. Alle organisasjonsformer vil ha sine styrker og svakheter. Det blir i så tilfelle et spørsmål for politikerne å avveie og beslutte hvilken organisasjonsform de ønsker.

For å besvare problemstilling 2 har Kommunerevisjonen valgt å peke på fordeler og ulemper ved henholdsvis bydelsmodellen og etatsmodellen, som er de to modellene for organisering av sykehjemstjenester som kommunen har erfaring med de ti siste årene. Vi redegjør også for noen forhold som synes å være uavhengig av de to modellene og innspill fra bydelene om organisatoriske tiltak.

Vedlegg 3 Samlet faktaframstilling av kapittel 3–8

I det følgende presenteres den samlede faktaframstillingen som ligger til grunn for Kommunerevisjonens vurderinger og konklusjoner.

Faktaframstillingen er basert på dokumentasjon, verifiserte intervjuer og spørreundersøkelse til alle bydelenes hjemmetjenester og bestillerkontor samt alle institusjonslederne ved sykehjemmene i Oslo.

Kommunerevisjonen sendte videre brev med spørsmål til bydelsadministrasjonene og bydelsutvalgene 16.05.2014. Vi mottok svar fra alle bydelsadministrasjonene og ti bydelsutvalg. Dette var bydelsutvalgene i bydelene Alna, Frogner, Gamle Oslo, Grünerløkka, Nordre Aker, Nordstrand, Stovner, Ullern, Vestre Aker og Østensjø. Vi sendte også brev til Norsk Sykepleierforbund, Oslo legeforening, Fagforbundet, Norsk Ergoterapeutforbund og Norsk Fysioterapeutforbund 19.08.2014. Vi mottok svar fra alle, med unntak av Fagforbundet.

Uttalelsene fra de ulike aktørene tar delvis opp ulike forhold, og det er på en del punkter ikke mulig å få fram en klar tendens i svarene.

Kapasitetsutnyttelse

Informasjon fra Sykehjemsetaten

Oversikt over sykehjemsplasser

Ansatte vi intervjuet i Sykehjemsetatens administrasjon, ga utrykk for at etaten siden opprettelsen i 2007 hadde jobbet mye med å få en tilstrekkelig oversikt over antallet tilgjengelige sykehjemsplasser samt med å definere innhold og kvalitet i de ulike plasskategoriene.

Tabell 4 viser en oversikt over det totale antallet sykehjemsplasser i drift i Oslo kommune i perioden 2007–2014.

Tabell 4 Antall sykehjemsplasser i drift i Oslo kommune

	30.04. 2007	01.09. 2010	31.01. 2012	30.04. 2014	2007–2014
Totalt antall døgnplasser (eksklusive aldersplasser)	4684	4640	4635	4605	-79
Ordinære langtidsplasser	2820	2935	2864	2942	122
Plasser i skjermet enhet	943	909	901	843	-100
Korttidsplasser (inklusive vurderingsopphold og trygghetsopphold)	572	564	480	461	-111
Rehabiliteringsplasser (inklusive Aker rehabilitering, samhandlingsplasser og SKE-plasser)	180	79	196	137	-43
Andre spesialiserte plasser (forsterkede, rus, MRSA, lindrende)	169	153	194	222	53

Note: Tallene for 1. tertial 2007 er basert på Sykehjemsetatens årsberetning for 2007 og er noe usikre, jf. etatens kommentarer i årsberetningen. Tallene fra 01.09.2010 er basert på oversikter over plasser i drift fra Sykehjemsetaten. Kjøp av utenbys plasser er ikke inkludert i tabellen. Sykehjemsetaten har siden 2007 hatt avtaler med utenbys sykehjem om kjøp av sykehjemsplasser. I 2013 kjøpte kommunen i overkant av 100 plasser fra utenbys leverandører, hvorav blant annet 59 plasser var ordinære og 26 var i forsterket enhet.

Tabell 4 viser at det har vært en viss nedgang i antallet plasser, blant annet korttidsplasser og plasser i skjermet enhet, i perioden 2007–2014. Det har vært en økning i antallet ordinære plasser og spesialplasser i samme periode.

Tabell 5 viser utviklingen i dekningsgrad for personer over 80 år i institusjon fra 2007 til 2013 for Oslo kommune og for landet minus Oslo kommune.

Tabell 5 Andel innbyggere over 80 år og som er beboere på institusjon – i prosent

	Oslo kommune	Landet uten Oslo
2007	17,8	13,9
2010	17,3	13,9
2013	16,8	13,5

Kilde: KOSTRA.

Tabell 5 viser at andelen beboere på institusjon for de over 80 år ligger en del høyere i Oslo kommune enn i resten av landet. Dekningen av institusjonsplasser for personer over 80 år har gått noe ned i perioden 2007–2013.

Innhold, kvalitet og inntakskriterier

Sykehjemsetaten har utarbeidet dokumentet *Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i Oslosykehjemmene* (revidert november 2013). Gjennom dette dokumentet skulle det bli mer tydelig hva Sykehjemsetaten hadde å tilby, samt hva de ulike tilbudenes innhold og kvalitet var. Hensikten med å utarbeide felles inntakskriterier for bydelene var å legge til rette for mest mulig rettferdig og likeartet praksis for tildeling av ulike typer institusjonsopphold i Oslo kommune. Inntakskriteriene var ment å sikre at ulike institusjonstilbud ble rettferdig og riktig fordelt opp mot pasientenes behov, uavhengig av bydelstilhørighet. Kriteriene var videre ment å fungere som verktøy for å synliggjøre grensene mellom de ulike typene av institusjonsplasser.

Formidling av sykehjemsplasser og iverksettingstid for vedtak om langtidsplasser

Sykehjemsetatens formidlingsenhet formidlet alle *langtidsplassene* til bydelene. Enheten hadde gjennom en plassadministrasjonsmodul i Geric oversikt over alle langtids- og korttidsplassene for både kommunale og ikke-kommunale sykehjem. Modulen ga videre oversikt over etatens ulike typer plasser.

Langtidsplasser ble formidlet alle hverdager mellom kl. 09.00 og 15.00. På slutten av dagen ble det lagt ut oppdaterte oversikter over ledige plasser på etatens hjemmeside.

Formidlingen av *korttidsplasser* skjedde direkte mellom bydelene og sykehjemmene. Selv om Sykehjemsetatens administrasjon kun formidlet langtidsplasser, omfattet plassadministrasjonsmodulen også informasjon om korttidsplassene, herunder om de var ledige.

Tabell 6 viser en oversikt over den gjennomsnittlige iverksettingstiden for vedtak om sykehjemsplass i perioden 2010–2013. Måltallet for etaten for tildeling av sykehjemsplass var innen 14 dager. Dette er definert som tiden fra vedtaket var fattet, til tildelingen av plass/innflyttingsdato.

Tabell 6 Gjennomsnittlig iverksettingstid for vedtak om langtidsplass

2010	2011	2012	2013
8,8 dager	8,8 dager	7,4 dager	6 dager

Note: I årsberetningen for 2012 var det opplyst at iverksettingstiden for vedtak var på 10,2 dager. Dette var justert til 8,8 dager i årsberetningen for 2013. Kilde: Sykehjemsetatens årsberetning for 2012 og 2013.

Den gjennomsnittlige iverksettingstiden var redusert over perioden fra 8,8 dager i 2010 til 6 dager i 2013. Sykehjemsetaten rapporterte kun på gjennomsnittlig iverksettingstid, og ikke på omfanget av eventuell iverksettingstid ut over byrådets måltall på 14 dager.

Bydelenes bestilling av korttids- og rehabiliteringsplasser

Bydelene bestilte de typer korttidsplasser de mente å ha behov for en bloc gjennom en årlig hovedbestilling til Sykehjemsetaten. Deretter kunne bydelene melde inn tertialvise endringer i plassbehov til etaten. Bydelene må betale for de bestilte en bloc-plassene, selv om de ikke benyttes. En bloc-bestillingene dekker korttids-, rehabiliterings-, aldershjems- og dagsenterplasser. Avdelingsdirektøren for kvalitet, kompetanse og utvikling opplyste at bydelene over tid hadde benyttet flere korttids- og rehabiliteringsplasser enn de hadde bestilt en bloc. Bystyret økte derfor prisen på tilleggsbestillinger med 10 prosent fra 01.01.2014 i håp om at bydelen skulle øke den ordinære en bloc-bestillingen og redusere omfanget av tilleggsbestillingene.

Tabell 7 viser en oversikt over bydelenes faktiske bruk av korttids- og rehabiliteringsplasser ut over en bloc-bestillingene fra 1. halvår 2013 til 1. tertial 2014.

Tabell 7 Bydelenes faktiske bruk av korttids- og rehabiliteringsplasser ut over en bloc-bestilling – i prosent

	1. halvår 2013	2. halvår 2013	1. tertial 2014
Korttidsplasser	12,2	8,1	10,9
Rehabiliteringsplasser	1,5	-1,7	0

Note: Tabellen viser forskjellene i bydelenes bestilling av korttids- og rehabiliteringsplasser sammenliknet med faktisk bruk av plasser med utgangspunkt i to avregningsperioder i måneden. Negative tall betyr at bydelene hadde brukt færre plasser enn bestilt. Kilde: Sykehjemsetatens oversikt over bestillinger opp mot reell bruk.

Tabell 7 viser at bydelene i gjennomsnitt i 2013 og 1. tertial 2014 benyttet en god del flere korttidsplasser enn de hadde bestilt. Bydelene benyttet om lag så mange rehabiliteringsplasser som de hadde bestilt. I delrapport 3 om ny finansieringsordning for sykehjemsplasser i Oslo kommune (jf. verbalvedtak H 36/2012) vises det til at bydelene hadde en praksis for å benytte flere korttidsplasser enn de bestilte en bloc.

Virkemidler for å sikre god kapasitetsutnyttelse

Avdelingsdirektøren for økonomi og administrasjon uttalte at Sykehjemsetaten hadde flere virkemidler for å sikre god kapasitetsutnyttelse og for å sikre at sykehjemstilbudet tilsvarte bydelenes behov for plasser: Sykehjemsetaten kunne flytte på personell ved behov, avdelinger kunne bygges opp likt, og etaten hadde videre en felles bemanningsnorm og struktur. De ulike avdelingene hadde samme type og omfang på bemanningen. Bygningsmassen besto av ulike bygningsmodeller, og Sykehjemsetaten standardiserte tilbudet ut fra det. Etaten kunne planlegge på tvers av alle sykehjemmene. Dersom det for eksempel var behov for nye rehabiliteringsplasser, vurderte Sykehjemsetaten hvor det var mest hensiktsmessig å etablere plassene, blant annet ut fra bygningsmassens beskaffenhet. Etaten valgte arealer som passet til behovet, vurderte hele bygningsmassen, og la avdelinger der det var mest hensiktsmessig.

Per 31.12.2013 var 77 tosengsrom avviklet. Det gjensto 32 tosengsrom, hvorav 10 i kommunale sykehjem og 22 i ikke-kommunale sykehjem. Alle de 10 tosengsrommene i kommunale sykehjem var etablert for ektefeller/samboere. Av de 22 tosengsrommene i ikke-kommunale sykehjem var 12

rom etablert for ektefeller/samboere. Resterende tosenksom ved ikke-kommunale sykehjem skulle avvikles i 2014 gjennom kontraktsendring. Tilbud om tosenksom til samboere/ektefeller skulle opprettholdes og videreføres i 2014 (jf. Sykehjemsetatens årsberetning for 2013).

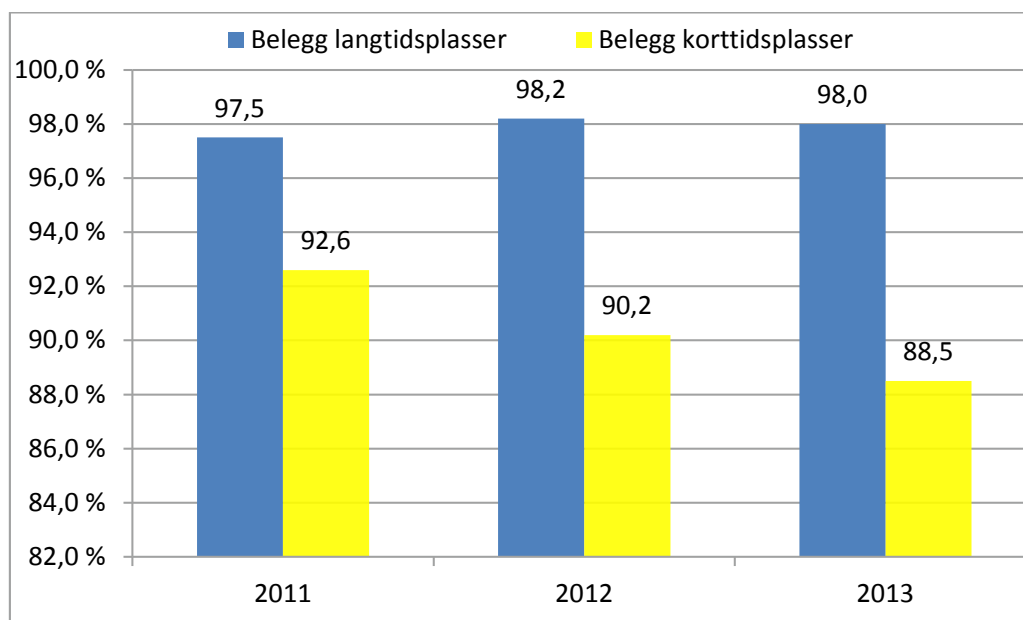
Avdelingsdirektøren for kvalitet, kompetanse og utvikling opplyste at avviklingen av tosenksom bidro til bedre kapasitetsutnyttelse ettersom disse plassene tok lengre tid å få belagt. Omgjøringen av tosenksom til ensenksom innebar en reduksjon i antallet ordinære plasser totalt sett, og det var på undersøkelsestidspunktet få ordinære langtidsplasser ledig. Samtidig var det ikke ventelister på ordinære plasser, og etaten tildelte i gjennomsnitt innenfor målkravet om 14 dager. Avdelingsdirektøren oppga videre at det ikke var for få ordinære plasser. Om det skulle skje at det ble for få ordinære langtidsplasser, måtte etaten omstille og omgjøre andre ledige plasser til ordinære plasser, sa avdelingsdirektøren.

Belegg på sykehjemsplasser

Sykehjemsetaten har ansvar for at sykehjemsplassene brukes effektivt. Fullt belegg ble definert som at 97,33 prosent av antallet tilgjengelige sengeplasser er i bruk (jf. byrådssak 233/08). I definisjonen skal det ifølge forslag til ny finansieringsmodell være gjort fratrukk for ansvar vedrørende forhold som etaten ikke kan påvirke. Det gjelder for eksempel stenging på grunn av nødvendig vedlikehold, utbrudd av MRSA og som følge av at det tar noe tid fra en seng blir ledig, til den igjen blir belagt (jf. notat 216/2013 av 23.09.2013 fra byråd for eldre til helse- og sosialkomiteen, *Nytt system for finansiering av sykehjemsplassene – En oppfølging av verbalvedtak H 36/2012*, delrapport 3).

I figur 2 presenteres beleggsprosenten for korttids- og langtidsplasser i perioden 2011–2013.

Figur 2 Beleggsprosent for korttids- og langtidsplasser 2011–2013



Note: Figuren omfatter alle typer langtids- og korttidsplasser. Kilde: Sykehjemsetatens årsberetning for 2012 og 2013.

Figur 2 viser at belegget for langtidsplasser i perioden 2011–2013 lå på 97,5 prosent eller høyere. Belegget på korttidsplasser var en del lavere og har hatt en nedadgående trend fra 92,6 prosent i 2011 til 88,5 prosent i 2013.¹⁴

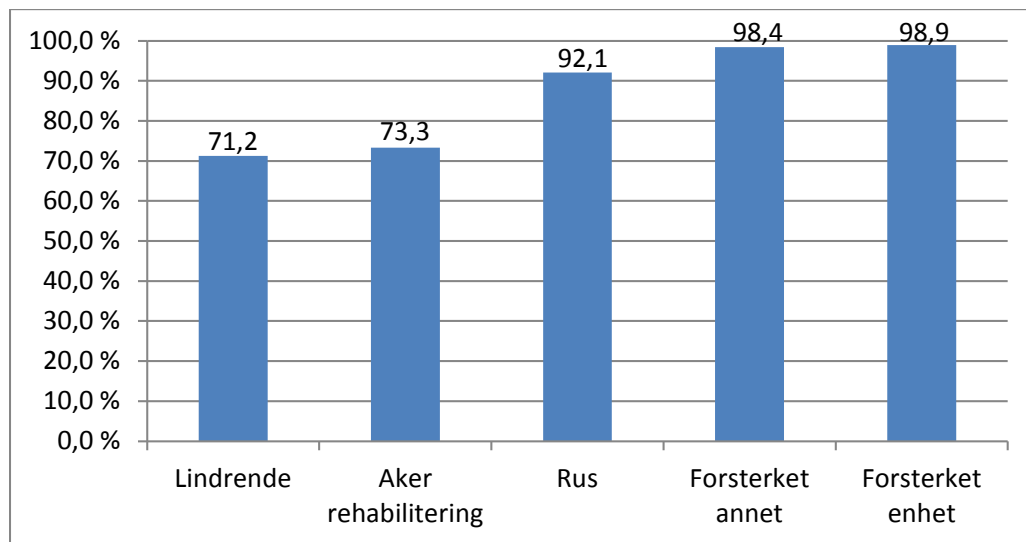
På spørsmål om det var effektiv bruk av korttids- og rehabiliteringsplasser, svarte 15 av de 25

¹⁴ Beleggsprosenten er beregnet ut fra antallet plasser i bruk.

institusjonslederne som besvarte spørsmålet, at dette til en viss grad var tilfelle. Ni mente dette i stor grad var tilfelle, mens én institusjonsleder mente dette i liten grad var tilfelle.

I figur 3 presenteres en oversikt over beleggsprosenten for noen typer spesialiserte korttids- og langtidsplasser i 2013.

Figur 3 Beleggsprosent for noen typer spesialiserte plasser 2013



Note: Figuren er basert på regnearket "Belegg ulike typer plasser" mottatt fra Sykehjemsetaten. Beleggsprosenten for desember 2013 var ikke aggregert for hele Sykehjemsetaten. Vi har regnet et gjennomsnitt for desember med utgangspunkt i beleggsprosentene for hvert av de tre områdene (summert og delt på tre). Videre hadde vi beleggsprosentene for hver måned for hele Sykehjemsetaten. Vi har summert beleggsprosentene for januar til desember (summert og delt på 12). I og med at vi har beregnet et gjennomsnitt med utgangspunkt i prosenter og ikke i absolutte tall, blir gjennomsnittsprosenten for hele året ikke helt riktig, men tilnærmet.

Figur 3 viser at beleggsprosenten mellom ulike typer spesialiserte plasser kunne variere nokså mye. Det er også en liknende variasjon når det gjelder andre plasstyper. For noen spesialiserte plasser (for eksempel forsterket enhet og forsterket annet) var belegget høyt, mens for andre var det en del lavere. For eksempel hadde MRSA-plasser, som ikke er vist i tabellen, i 2013 et belegg på 91,1 prosent.

På spørsmål til alle institusjonslederne i Oslo kommune om de mente det var en effektiv bruk av sykehjemmets spesialiserte langtidsplasser, svarte 20 av 37 institusjonsledere (som besvarte spørsmålet) at dette til en viss grad var tilfelle. 13 av 37 institusjonsledere mente dette i stor grad var tilfelle, mens 4 institusjonsledere mente dette i liten grad var tilfelle.¹⁵

Vi stilte spørsmål til institusjonslederne i Oslo om de opplevde at bydelene tok for mye hensyn til økonomi ved bestilling av plasser. 62 prosent av institusjonslederne var helt enig i påstanden, drøyt 35 prosent var delvis enig, og 2,2 prosent var helt uenig.

Vi ba også bestillerkontorene om å ta stilling til følgende spørsmål: *Dersom det var lik pris på alle typer sykehjemsplasser, ville bydelen i større grad benyttet spesialiserte plasser?* Ca. 2/3 av bestillerkontorene mente at lik pris ikke ville påvirke bydelenes bestillingspraksis vedrørende

¹⁵ 8 institusjonsledere svarte "ikke aktuelt". Totalt ble dermed spørsmålet besvart av 45 personer.

spesialiserte plasser. 27 prosent mente at en lik pris til en viss grad ville føre til mer bruk av spesialiserte plasser. De resterende svarte “vet ikke”.

Det er bestillerkontorene som fatter vedtak om sykehjemsplass og hvilken type sykehjemsplass som skal tilbys den enkelte søker. Bestillerkontorene skal også ved behov vurdere om en pasient trenger en annen type sykehjemsplass. Vi stilte alle institusjonslederne spørsmål om hvordan de vurderte praksisen knyttet til vurdering av omsorgsnivået for langtidspasienter. 62 prosent av institusjonslederne mente bydelene til en viss grad foretok riktige vurderinger av omsorgsnivået for langtidspasienter, ca. 25 prosent mente bydelene i liten grad foretok riktige vurderinger, og 13 prosent mente bydelene i stor grad gjorde riktige vurderinger.

Avdelingsdirektøren for kvalitet, kompetanse og utvikling opplyste at det i hovedsak var spesialiserte plasser som var ledige. Etaten erfarte at bruken av ulike plasser varierte over tid. Når et nytt tilbud var etablert, kunne det ta litt tid før det ble tatt i bruk av bydelene. I tillegg antok etaten at prisingen av plasser hadde betydning for bydelenes etterspørsel. For eksempel betalte bydelene mer for plasser i lindrende enheter. Avdelingen hadde ledige plasser, mens sykehjemmene nok hadde pasienter som ville kunne hatt nytte av lindrende plasser. Sykehjemsetaten trodde at prisingen på plassene fortsatt kunne være utslagsgivende for hvilket tilbud pasienten fikk.

Avdelingsdirektøren for økonomi og administrasjon opplyste at i forkant av innføringen av samhandlingsreformen økte Sykehjemsetaten antallet rehabiliteringsplasser i 2011 i tråd med anslått behov. Det var viktig at det skulle være nok plasser da reformen trådte i kraft fra 01.01.2012. Men bydelene bestilte færre og færre plasser en bloc i 2012, samtidig som bydelene stadig måtte etterbestille plasser ut over en bloc.

Avdelingsdirektøren for økonomi og administrasjon opplyste at da Sykehjemsetaten opprettet Aker rehabilitering i 2012, var det ut fra en forventning om at dette skulle dekke et økt behov for rehabiliteringsplasser blant annet som følge av samhandlingsreformen. Bydelene hadde imidlertid ikke bestilt plasser ved Aker rehabilitering i den utstrekning som var forventet. Plassene var dyrere enn de andre korttids- og rehabiliteringsplassene og hadde også snevrere inntakskriterier.¹⁶

Avdelingsdirektøren opplyste videre at enkelte sykehjem hadde særskilte utfordringer med å fylle plassene. Dette var “prisen” for fritt sykehjemvalg – at noen sykehjem ikke fikk fylt alle plassene fordi få søkte seg til dem. Ifølge avdelingsdirektøren var det mange faktorer som spilte inn på om et sykehjem fikk fylt plassene, blant annet sykehjemmets attraktivitet, bygningsmassens tilstand, kvaliteten i tilbudet, personalet, maten og det generelle omdømmet sykehjemmet hadde.

Når det gjaldt MRSA-plassene, erfarte etaten at etterspørselen etter disse gikk i bølger, og at det ofte var sesong-/årstidsavhengig. Sykehjemsetaten hadde også problemer med å fylle plassene i Spania.

Korttids- og rehabiliteringsplasser i drift

Tabell 8 gir en oversikt over utviklingen knyttet til andelen korttids- og rehabiliteringsplasser av det totale antallet sykehjemsplasser de siste fire årene.

¹⁶ Byråden for eldre orienterte helse- og sosialkomitéen 10.09.2014 om at det var besluttet å prisjustere tilbudet ved Aker rehabilitering slik at det skulle koste det samme som de øvrige rehabiliteringsplassene. Byråden orienterte videre komitéen om at det reduserte belegget ved Aker skyldtes MRSA-utbrudd på avdelingen sommeren 2014.

Tabell 8 Andelen korttids- og rehabiliteringsplasser av det totale antallet sykehjemsplasser 2010–2013 – i prosent

	2010	2011	2012	2013
Andel korttidsplasser	9,8 %	9,8 %	11,4 %	8,9 %
Andel rehabiliteringsplasser	2,0 %	2,1 %	3,0 %	2,9 %
Totalt	11,8 %	11,9 %	14,4 %	11,8 %

Kilde: Sykehjemsetatens årsberetning for 2012 og 2013 (mål for tjenesteproduksjonen, kapittel 313).

Tabell 8 viser at andelen korttidsplasser, inkludert rehabiliteringsplasser, lå en del under byrådets vedtatte måltall for etaten. Målene for etaten var i 2013 på 15 prosent korttidsplasser og 5 prosent rehabiliteringsplasser av det totale antallet sykehjemsplasser. I årsberetningen for 2013 ble nedgangen i korttidsplasser forklart med at bydelene hadde redusert sine bestillinger på dette området.

Uttalelser fra bydelsadministrasjonen

Bydelene oppga at deres behov for sykehjemsplasser i stor grad ble møtt av Sykehjemsetaten, og at de som regel fikk de sykehjemsplassene som de bestilte. Noen bydeler påpekte imidlertid at det kunne være ventetid på enkelte spesialplasser, at det kunne være vanskelig å få et egnet tilbud til enkelte brukere, og at det for en del brukere kunne ta tid å få plass ved førstevalget av sykehjem.

Bydelene oppga at det var positivt å ha én instans å forholde seg til som hadde oversikt over alle typer plasser og ledighet, når de skulle bestille sykehjemsplasser. Flere bydeler kommenterte imidlertid at det av og til kunne være problemer med tilgjengeligheten til formidlingsenheten i Sykehjemsetaten. Formidlingsenheten var kun bemannet hverdager på dagtid, og ved fravær var det ikke alltid vikarer. Bydeler viste til at dette ikke alltid harmonerte med bydelenes behov for kommunikasjon med formidlingsenheten.

Uttalelser fra bestillerkontorene og hjemmetjenestene

Kommunerevisjonen stilte bestillerkontorene følgende spørsmål: *I hvilken grad opplever bestillerkontoret at Sykehjemsetaten tilbyr sykehjemsplasser i et omfang som bydelen etterspør?* 13 bestillerkontor svarte at Sykehjemsetaten i stor grad tilbød sykehjemsplasser i det omfanget som bydelen etterspurte, og 2 bestillerkontor svarte at etaten til en viss grad gjorde dette. 2/3 av bestillerkontorene svarte videre at de i løpet av 2014 hadde meldt behov for sykehjemsplasser som Sykehjemsetaten ikke hadde kunnet tilby.

Vi stilte også bestillerkontorene spørsmål om de opplevde at det var for lang ventetid for enkelte spesialplasser. Seks bestillerkontor svarte at det i stor grad var for lang ventetid, seks bestillerkontor svarte at det til en viss grad var for lang ventetid, mens tre bestillerkontor svarte at det i liten grad var for lang ventetid.

På spørsmål til bydelenes hjemmetjeneste om i hvilken grad sykehjemmene hadde spesialiserte plasser tilgjengelig ved behov, svarte én hjemmetjeneste at etaten i stor grad hadde dette. Ti hjemmetjenester svarte at sykehjemmene til en viss grad hadde spesialiserte plasser tilgjengelig ved behov, mens fire svarte at sykehjemmene i liten grad hadde dette.

Uttalelse fra bydelsutvalgene

Flere bydelsutvalg kommenterte Sykehjemsetatens kapasitetsutnyttelse. Utvalgene i bydelene Frogner, Grünerløkka og Nordstrand viste til at Sykehjemsetaten burde kunne sørge for at kapasitetsutnyttelsen i kommunen ble god, og bydelsutvalgene i bydelene Grünerløkka og Gamle Oslo oppga at det tidligere problemet med at bydeler kunne bli sittende med tomme sykehjemsplasser, var opphørt.

Bydelsutvalgene i Stovner og Nordre Aker pekte på at det var problemer med kapasiteten til spesielle brukergrupper, for eksempel at rehabiliteringskapasiteten var for lav, og at det var vanskelig å få plasser til personer med utagerende atferd. Bydelsutvalget i Stovner mente at fleksibiliteten var mindre enn tidligere, for eksempel var det vanskeligere å få midlertidig sykehjemstilbud ved akutte behov. Bydelsutvalget i Nordre Aker uttalte at terskelen for å få sykehjemsplass hadde blitt høyere de siste årene.

Uttalelser fra fagforeningene

Den norske legeforening, Sykehjemsetatens leger

Sykehjemsetatens legeforening uttalte blant annet at den anså det som en styrke ved dagens organisering av sykehjemstjenestene at en felles sentral etat hadde bedre oversikt og lettere kunne se helheten i kommunen under ett. Som en svakhet ved dagens sykehjemsorganisering trakk Sykehjemsetatens legeforening blant annet fram at det var blitt høyere terskel for å få sykehjemsplass.

Norsk Sykepleierforbund Oslo

Sykepleierforbundet Oslo uttalte blant annet at de anså det som en styrke ved dagens organisering av sykehjemstjenestene at kapasitetsutnyttelsen av sykehjemsplasser var blitt klart bedre. Forbundet fikk tilbakemeldinger om at plassformidlingen via Sykehjemsetaten fungerte bra, og at det var kort ventetid på langtidsplass. Etableringen av Sykehjemsetaten hadde videre medført et tilnærmet likt tilbud til alle pasienter i Oslo kommune.

Som svakhet viste Sykepleierforbundet Oslo blant annet til at det fortsatt var store utfordringer når det gjaldt å sikre at riktige pasienter var på riktige avdelinger. Det opplevdes stadig at korttidsplasser ble belagt med pasienter som var i kategorien «langtidspasienter». Forbundet mente at terskelen for å få sykehjemsplass var for høy. Forbundet uttalte videre at det var grunn til bekymring når de vedtatte systemene med bestilling av plasser en bloc og ikke minst pris hindret at pasienter fikk det tilbudet som var best egnet. Forbundet uttalte at de undret seg over at et flott tilbud som Aker rehabilitering i så liten grad ble benyttet av bydelene. Sykepleierforbundet Oslo mente at det var behov for å avklare hvem som skulle bestemme om en pasient skulle flyttes fra en plass til en plass med mer kompetanse/bemanning grunnet endret helsetilstand etter at personen hadde kommet på sykehjem. Forbundet uttalte også at det kunne være krevende å flytte pasienter fra en korttidsplass til en langtidsplass, særlig hvis det var ventetid på det sykehjemmet pasienten og dennes pårørende ønsket. Dette var uheldig fordi det var viktig å sikre god tilgang på korttidsplasser til pasienter som trengte dette tilbudet.

Ergoterapeutene, avdeling Sykehjemsetaten

Ergoterapeutene uttalte at det var vanskelig for dem å svare utfyllende på om kapasitetsutnyttelsen var blitt bedre etter etableringen av Sykehjemsetaten. Når det gjaldt målet for plassene på korttids-

og rehabiliteringsavdelingene, som var å forvalte dem best mulig til fordel for bydelens befolkning, opplevde foreningen et paradoks. Etter samhandlingsreformen erfarte foreningen at målet i sterkere grad var blitt å få pasientene fortest mulig hjem, og at ivaretagelsen av pasientenes individuelle behov ble mindre tatt hensyn til. Folk ble sendt hjem så snart de knapt klarte selvstendig forflytning ut av seng og toalettbesøk. I mange tilfeller tilsa den faglige vurderingen og etiske perspektiver at de burde fått forlenget opphold. Ergoterapeutene uttalte at det opplevdes slik at økonomiske hensyn og knapphet på korttids- og langtidsplasser styrte denne prosessen. De uttalte videre at en del eldre som ønsket langtidsplass, fikk avslag og ble presset til å bo lenger hjemme enn de var komfortable med. Som fagperson stilte man seg ofte spørsmål rundt etisk og faglig forsvarlighet.

Norsk Fysioterapeutforbund

Fysioterapeutforbundet uttalte at det var vanskelig å svare på om kapasiteten på sykehjem etter opprettelsen av Sykehjemsetaten hadde blitt utnyttet bedre når det gjaldt langtidsplasser.

Når det gjaldt korttidsplasser, hadde målet etter samhandlingsreformen i mye sterkere grad blitt å få pasientene fortest mulig ut og hjem. Ivaretagelsen av pasientenes individuelle behov kom i andre rekke. I enkelte bydeler ble pasienter sendt hjem før de kunne gå eller gjøre selvstendig forflytning. I flere tilfeller tilsa både faglig vurdering og etiske perspektiver at enkelte burde ha fått forlenget opphold.

Fysioterapeutforbundet uttalte videre at korttids- og rehabiliteringsplassene ofte ble en mellomstasjon før pasientene fikk det riktige tilbudet. Dette var med på å forvirre pasientene, som var eldre med flere sammensatte diagnoser, og som taklet hyppig flytting mellom institusjoner dårlig. Trygghet, effektivitet og nærhet til bydel var viktige faktorer for å komme seg hjem, mer enn rene spesialiserte avdelinger som var sentralisert. Forbundet uttalte at det var bedre ikke å skille på korttids- og rehabiliteringsplasser for å unngå hyppig flytting.

Forbundet pekte videre på at korttids- og rehabiliteringsplassene var vektet forskjellig med hensyn til bemanning og innhold. Dette førte til at pasientene ofte måtte flytte for å få riktig behandling. Pasientene måtte forholde seg til nytt personale og nye omgivelser, gjenta sykdomshistorie, m.m. Dette var ikke særlig kostnadseffektivt og slett ikke bra for pasientene, da denne pasientgruppen trengte ro og stabilitet.

Fysioterapeutforbundet uttalte at mange fikk avslag på langtidsplass i sykehjem. Forbundet uttalte at dette var fordi kriteriene for å få langtidsplass var så høye at pasienten ofte ble presset til å bo hjemme i egen bolig langt ut over det pasienten og pårørende var komfortable med. Økonomiske hensyn og knapphet på korttids- og langtidsplasser styrte denne prosessen.

Spesialisering

Informasjon fra Sykehjemsetaten

Sykehjemsetatens spesialiserte tilbud

Avdelingsdirektøren for kvalitet, kompetanse og utvikling opplyste at det hadde blitt flere spesialiserte plasser, og at spesialiseringen hadde blitt mer rendyrket etter opprettelsen av Sykehjemsetaten. Etatens spesialiserte tilbud omfattet følgende per juni 2014 (jf. informasjonsark, Sykehjemsetaten 2014):

- langtidsopphold i forsterket enhet for pasienter med demenssykdom og APSD (atferdsmessige og psykiske tilleggssymptomer), totalt 34 plasser
- langtidsopphold i særskilt forsterket enhet for pasienter med demenssykdom og sterk grad av APSD (atferdsmessige og psykiske tilleggssymptomer), totalt 20 plasser
- langtidsopphold for yngre beboere med demenssykdom, totalt 32 plasser
- langtidsopphold for beboere med psykiske lidelser, totalt 57 plasser innenbys
- langtidsopphold i ordinær enhet for yngre pasienter med et stort pleiebehov, totalt 25 plasser
- langtidsopphold i enhet for døve, totalt 9 plasser
- langtidsopphold i forsterket enhet for personer med rusavhengighet, totalt 16 plasser
- korttidsopphold for personer med rusavhengighet, totalt 7 plasser
- opphold for brukere med MRSA, totalt 12 plasser
- tilbud om opphold i hospice / lindrende enhet, totalt 16 plasser
- heldøgns bo- og omsorgstilbud for eldre jøder i Norge, ikke oppgitt antall plasser
- forsterket rehabiliteringsavdeling, totalt 23 plasser
- korttids-/rehabiliteringsplasser i Spania, ikke oppgitt antall plasser

Avdelingsdirektøren for kvalitet, kompetanse og utvikling opplyste at Sykehjemsetaten de siste sju årene hadde etablert noen spesialiserte tilbud (jf. også Sykehjemsetatens årsberetninger for 2008–2013). Etaten hadde

- utvidet MRSA-tilbudet med én avdeling: 13 plasser
- opprettet to lindrende enheter: 16 plasser
- opprettet langtids- og korttids-plasser for rus: 23 plasser
- styrket tilbudet til pasienter med nevrologiske lidelser, blant annet var det opprettet plasser for pasienter som hadde behov for respirator: 11 plasser

Ved opprettelsen av Sykehjemsetaten i 2007 fantes det en del forsterkede plasser (jf. tabell 2 i kapittel 3.2). I 2014 hadde Villa Enerhaugen 26 heldøgns-plasser for denne pasientgruppen.

Sykehjemsetaten hadde videre utarbeidet en oversikt over sitt totale tilbud (jf. *Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i Oslo sykehjemmene*). I oversikten ga etaten informasjon om hvilke typer plasser de hadde å tilby, hva de ulike tilbudenes innhold og kvalitet var, samt forskjellene mellom de ulike typene av institusjons-plasser, for eksempel langtidsopphold i forsterket enhet, langtidsopphold i skjermet enhet for pasienter med demens, mv.

Dilemmaer knyttet til spesialisering

Avdelingsdirektøren for kvalitet, kompetanse og utvikling pekte på at spesialisering av sykehjemstilbudet i noen tilfeller kunne medføre flere flyttinger for beboerne, som både måtte flytte

inn på spesialiserte enheter og tilbake igjen til en mer ordinær plass dersom vedkommende ble for syk til å ha nytte av det spesialiserte tilbudet. Det burde derfor nøye vurderes hvilke typer og hvor mange spesialiserte plasser som opprettes, uttalte hun.

Dialog med bydelene om behovet for spesialiserte plasser

Områdedirektør I opplyste at bydelene hadde anledning til å komme med innspill til Sykehjemsetaten i årlige møter mellom etaten og bestillerkontorene.¹⁷ I tillegg var det årlige møter mellom etatsdirektøren og bydelsdirektørene. Det var også andre arenaer der bydelene og Sykehjemsetaten møttes, der det var rom for å utveksle informasjon om behov og tjenestetilbud. Dette gjaldt for eksempel samarbeidsmøtene med sykehusene der også bydelene deltok, samt samarbeidsmøtene om somatikk, rus og psykiatri.

Områdedirektør I sa at tilbakemeldingene fra bydelen i all hovedsak gikk til kvalitetsavdelingen. Etter at kvalitetsavdelingen hadde mottatt bydelenes bestilling, hadde administrasjonen i Sykehjemsetaten møter for å se på endringer i bestillingene og hva det eventuelt kunne ha å si for behovet for å endre sykehjemstilbudet, både når det gjaldt spesialisering og for å sikre god kapasitetsutnyttelse.

Områdedirektør I var ikke kjent med at bydelene hadde behov for sykehjemsplasser som ikke var dekket av Sykehjemsetatens tilbud. Tidligere hadde bydelene ytret ønske om korttidsplasser for personer med rusproblemer, og dette var nå opprettet: I referat fra møte mellom Sykehjemsetaten og søknads-/bestillerkontorene i desember 2012 gikk det fram at flere bydeler uttrykte behov for korttidsplasser for personer med rusavhengighet som ikke kunne nyttiggjøre seg / var for dårlige for Velferdsetatens tilbud. Pasientene i denne gruppen var utskrivningsklare fra sykehus, de var ferdigbehandlet medisinsk, men hadde utfordringer knyttet til rusproblematikk. Gruppen ble gitt tilbud i ordinære korttidsavdelinger, noe som kunne oppleves uheldig. Sykehjemsetaten skulle drøfte behovet som var meldt fra bydelene. Det ble i 2013 etablert sju korttidsplasser for pasienter som hadde et aktivt rusmisbruk og hadde behov for heldøgns pleie og omsorg, ved Romsås sykehjem. Avdelingen hadde ulike typer spesialplasser for korttidspasienter (jf. Sykehjemsetatens årsberetning for 2013).

I samme møte ga bydelene innspill om at antallet brukere med behov for respirator opplevdes å være økende. Det ble reist spørsmål om disse pasientene ikke burde samles på bestemte sykehjem for å bygge opp og sikre god kompetanse knyttet til respiratorbruk. Det å samle et tilbud for disse brukerne på ett sted ville også kunne være kostnadseffektivt. Områdedirektør I innkalte bydelene til et møte om dette. Det ble i 2013 etablert elleve spesialplasser for pasienter med alvorlige nevrologiske lidelser ved Kingosgate bo- og rehabiliteringssenter (jf. Sykehjemsetatens årsberetning for 2013).

¹⁷ Vi har mottatt følgende dokumentasjon:

Samarbeidsmøter mellom bydelsdirektørene og Sykehjemsetatens ledelse:

2012: Invitasjon/sakliste

2013: Invitasjon/sakliste, samt referat

2014: Møte ikke avholdt

Samarbeidsmøter med bestillerkontorene og Sykehjemsetatens ledelse:

2012: Invitasjon med oppsummering for møtene vår og høst

2013: Ingen møter ble avholdt

2014: Referat fra møte

Avdelingsdirektøren for kvalitet, kompetanse og utvikling oppga at Sykehjemsetaten i 2012 systematisk hadde spurt bydelene om det var behov for egne plasser for psykisk utviklingshemmede, men bydelene hadde den gangen gitt tilbakemelding til etaten om at det ikke var behov for dette. Avdelingsdirektøren kommenterte også at det var flere yngre pasienter, blant annet med multippel sklerose (MS), myalgisk encefalopati (ME) og Parkinsons sykdom, som det kanskje ville være behov for mer tilrettelagte tilbud for etter hvert. Avdelingsdirektøren opplyste at etaten foreløpig ikke hadde noen konkrete planer om det.

I tabell 9 oppsummeres institusjonsledernes svar på bruken av henholdsvis spesialiserte plasser og langtidsplasser.

Tabell 9 Bruk av sykehjemmets plasser – institusjonsledernes svar – i prosent

Spørsmål	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad
I hvilken grad benyttes spesialiserte plasser av pasienter som innfrir kriteriene for plassene? (N = 34)	58,8	32,4	8,9
I hvilken grad opplever du at bydelen fortar riktige vurderinger av omsorgsnivået for langtidspasienter? (N = 45)	13,3	62,2	24,4

Note: Kilde er Kommunerevisjonens spørreundersøkelse til institusjonslederne. De som har svart "ikke aktuelt" på spørsmålet, er ikke inkludert prosentberegningene.

Tabell 9 viser at et flertall av institusjonslederne svarte at de spesialiserte plassene ved sykehjemmene ble benyttet av pasienter som innfridde kriteriene for slike plasser. Nær 9 prosent av institusjonslederne svarte at de spesialiserte plassene i liten grad ble benyttet av pasienter som innfridde kriteriene. 13 prosent av institusjonslederne svarte at bydelene i stor grad foretok riktige vurderinger av omsorgsnivået for langtidspasienter. 24 prosent svarte at bydelene i liten grad gjorde dette.

Flere institusjonsledere skrev i kommentarfelt i spørreskjemaet at bestillerkontorene i en del tilfeller plasserte pasienter i ordinære somatiske avdelinger når de egentlig hadde behov for en plass ved en skjermet enhet eller ved en annen, mer spesialisert avdeling.

Uttalelser fra bydelsadministrasjonene

De fleste bydelene oppga at de fikk tilstrekkelig informasjon fra Sykehjemsetaten om tilbudet i de ulike sykehjemsplassene, herunder spesialplassene, og hvilke inntakskriterier som gjaldt for de ulike plassene. Enkelte bydeler uttalte imidlertid at det var for dårlig informasjon om innholdet og kvaliteten i de ulike tilbudene, hvilke kriterier som gjaldt for inntak i de forskjellige avdelingene, og hva slags bemanning avdelingene hadde.

Flere bydeler uttalte at det kunne være ulik forståelse av inntakskriteriene og bruken av spesialiserte plasser mellom bydelen og Sykehjemsetaten/sykehjemmene og mellom de ulike sykehjemmene. Det kunne også være ulike vurderinger knyttet til når en pasient krevde ekstra ressurser og ikke. Dette resulterte i diskusjoner om økonomi, fordi det var ulik pris på tilbudene. En bydel påpekte at økt spesialisering ville kunne føre til en økning av ledige sykehjemsplasser hvis inntakskriteriene var for rigide. En bydel uttalte at økt antall spesialplasser medførte at ordinære avdelinger ikke hadde kapasitet/kunnskap til å ta brukere med litt spesielle behov, og at dette medførte dyre spesialavtaler.

Flere bydeler ga utrykk for at Sykehjemsetaten hadde sørget for å bygge opp tilbud om spesialiserte sykehjemsplasser. De fleste bydelene viste imidlertid også til eksempler på ulike grupper som de mente enten manglet et adekvat tilbud eller der tilbudet var for begrenset. Dette gjaldt særlig følgende grupper:

- yngre brukere, herunder pasienter med langtkommen neurologisk sykdom som ALS, MS og Huntington
- brukere med rusproblematikk og psykiatrisk problematikk som også hadde behov for somatisk pleie og omsorg
- psykisk utviklingshemmede

Synspunkter fra bestillerkontorene og hjemmetjenestene

Kommunerevisjonen stilte spørsmål til bestillerkontorene om Sykehjemsetaten tilbød de typer sykehjemsplasser som bydelene etterspurte. To tredjedeler av bestillerkontorene oppga at etaten i stor grad gjorde dette, mens én tredjedel svarte at etaten til en viss grad tilbød sykehjemsplasser som bydelen etterspurte.

Vi stilte bestillerkontorene spørsmål om det var for lang ventetid for enkelte spesialplasser. 40 prosent av bestillerkontorene svarte at det i stor grad var for lang ventetid. 40 prosent svarte at det til en viss grad var for lang ventetid, mens 20 prosent svarte at det i liten grad var for lang ventetid.

Vi ba respondentene utdype hvilke plasser de eventuelt mente at det var for lang ventetid på. Seks av respondentene svarte at det gjaldt ulike typer forsterkede plasser. Det ble av enkelte presisert at dette gjaldt forsterkede psykiatriplasser eller andre forsterkede plasser. En respondent kommenterte at det kunne være noe ventetid på spesialplasser for yngre demente. På spørsmål om bestillerkontoret i løpet av 2014 hadde meldt behov for sykehjemsplasser som Sykehjemsetaten ikke hadde kunnet tilby, svarte to tredjedeler av bestillerkontorene at det var tilfelle.

Kommunerevisjonen stilte videre spørsmål om bestillerkontorenes vurdering av etatens informasjon om de spesialiserte langtidsplassene og om dialogen med etaten om dette temaet, se tabell 10.

Tabell 10 Bestillerkontorenes vurdering av informasjon og dialog om spesialiserte plasser – i prosent og antall i parentes (N = 15)

Spørsmål	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad
I hvilken grad informerer Sykehjemsetaten godt nok om innholdet i og inntakskriteriene for de spesialiserte langtidsplassene og de ulike typene av korttidsplasser?	33,3 (5)	53,3 (8)	13,3 (2)
I hvilken grad opplever bestillerkontoret at Sykehjemsetaten tilrettelegger for dialog med bydelen om innhold og inntakskriterier for spesialiserte plasser?	20,0 (3)	46,7 (7)	33,3 (5)

Note: Det første spørsmålet i tabellen er slått sammen av to spørsmål: "I hvilken grad informerer Sykehjemsetaten godt nok om innholdet i og inntakskriteriene for de spesialiserte langtidsplassene?" og "I hvilken grad informerer Sykehjemsetaten godt nok om innholdet i og inntakskriteriene for de ulike typene av korttidsplasser?". Resultatene for de to spørsmålene var like. Kilde er Kommunerevisjonens spørreundersøkelse til bestillerkontorene.

Tabell 10 viser at en tredjedel av bestillerkontorene svarte at Sykehjemsetaten i stor grad informerte godt nok om innholdet i og inntakskriteriene for spesialiserte plasser og korttidsplasser. 13 prosent benyttet svaralternativet "i liten grad" på dette spørsmålet. 20 prosent, eller 3 bestillerkontor, svarte

at Sykehjemsetaten i stor grad tilrettela for dialog med bydelene om innhold i og inntakskriterier for spesialiserte plasser. En tredjedel av bestillerkontorene svarte at Sykehjemsetaten i liten grad tilrettela for dette.

Vi stilte også spørsmål til hjemmetjenestene om det var grupper med spesielle behov som det ikke var etablert et tilpasset tilbud for. Sju av hjemmetjenestene svarte ja på dette. Flere viste til at enkelte brukergrupper av yngre ikke hadde et tilpasset tilbud. Dette gjaldt yngre demente og yngre funksjonshemmede. Enkelte viste til andre grupper de mente manglet et tilpasset tilbud, som rus- og psykiatripasienter, pasienter i en palliativ fase og beboere som var klare og orienterte.

Vi stilte videre spørsmål til hjemmetjenestene om det var spesialiserte tilbud som hadde for liten kapasitet i forhold til behovet. Drøyt 70 prosent av hjemmetjenesten var enig i dette. Noen viste til at det var for lite kapasitet knyttet til ulike plasser for yngre. For øvrig var det ikke andre fellesgrupper som ble nevnt av hjemmetjenestene som kommenterte spørsmålene.

Uttalelser fra bydelsutvalgene

Noen av bydelsutvalgene kommenterte spesialisering. Bydelsutvalgene i Grünerløkka, Stovner, Vestre Aker, Nordre Aker og Gamle Oslo uttalte at etableringen av Sykehjemsetaten på forskjellige måter hadde vært positivt for de spesialiserte tilbudene. Bydelsutvalget i Bydel Grünerløkka uttalte at Sykehjemsetaten ikke fullt ut hadde lyktes med å løse regionale forskjeller i behovet for sykehjems plasser. Det ble vist til at det i enkelte bydeler var flere eldre med flerkulturell bakgrunn og personer med rus- og psykiatriproblemer. Bydelsutvalget i Bydel Stovner uttalte at det fortsatt var vanskelig å tilby plasser til personer med utagerende atferd. Bydelsutvalget i Bydel Gamle Oslo ga tilbakemelding om at bydelene hadde færre muligheter til å påvirke hvilke plasser som ble opprettet.

Bydelsutvalget i Bydel Østensjø pekte på at en demensplass var dyrere enn en ordinær langtidsplass, og at konsekvensen av denne politikken var som forventet, nemlig at bydelsadministrasjonene først og fremst forsøkte å tildele brukerne ordinære plasser. Utvalget uttalte at flere av dem som hadde fått tildelt ordinære plasser, burde vært på en skjermet enhet. En lik pris for alle langtidsplassene ville i større grad ha sikret at brukernes behov avgjorde omsorgsnivået.

Uttalelser fra fagforeningene

Den norske legeforening, Sykehjemsetatens leger

Sykehjemsetatens legeforening uttalte blant annet at det var etablert flere typer spesialavdelinger som kunne være til nytte for pasientene. Sentraliseringen av spesialplasser vanskeliggjorde imidlertid samarbeidet i primærhelsetjenesten (sykehjem – hjemmetjenesten – fastlegene). Foreningen uttalte videre at det var underforbruk av spesialplasser, da de var for dyre, dette var for eksempel tilfelle ved Aker rehabilitering.

Norsk Sykepleierforbund Oslo

Sykepleierforbundet uttalte blant annet at det i årene etter etableringen av Sykehjemsetaten hadde blitt etablert en rekke spesialavdelinger. Systemet med bestilling av plasser en bloc og ikke minst prisen på plassene hindret imidlertid at pasienter fikk det tilbudet som var best egnet. Et flott tilbud som Aker rehabilitering ble i liten grad benyttet av bydelene på grunn av dette.

Sykepleierforbundet uttalte videre at de fikk hyppige tilbakemeldinger om at pasienter ble tilbudt feil plass fordi bydelene ikke ønsket å betale for spesialplasser. Det burde tilstrebes minst mulig prisforskjell mellom spesialplassene og de ordinære plassene. Forbundet mente at det måtte lages systemer som sikret at faglige argumenter for hvor pasienter skulle tilbys plass, ble tillagt større vekt. Forbundet uttalte også at det var behov for å avklare hvem som skulle bestemme endring i omsorgsnivå til for eksempel en spesialisert plass.

Ergoterapeutene, avdeling Sykehjemsetaten

Ergoterapeutene uttalte blant annet at det var positivt med spesialiserte avdelinger sett fra et faglig ståsted. Spesialiserte avdelinger betød imidlertid ofte flere flyttinger for pasienter, noe som var belastende for sårbare eldre, både fysisk og kognitivt.

Norsk Fysioterapeutforbund

Fysioterapeutforbundet uttalte blant annet at det hadde blitt økt spesialisering i form av tilbud til spesielle brukergrupper, for eksempel palliativ avdeling og avdeling for yngre demente. Det ble pekt på at Aker rehabilitering hadde blitt lite brukt av bydelene.

Fritt sykehjemvalg

Informasjon fra Sykehjemsetaten

I 2010 fikk 82 prosent av søkerne til ordinære langtidsplasser innfridd førstevalget av sykehjem, i 2011 fikk 78 prosent dette, i 2012 fikk 81 prosent dette, og i 2013 fikk 80,7 prosent innfridd førstevalget.¹⁸

Sykehjemsetaten opplyste at pasienter med vedtak om langtidsplass kan sette opp inntil tre ønsker om sykehjem. Når en pasient fikk tildelt sitt førsteønske eller avslo tilbudet om ønsket sykehjem og ble boende der de var, ble ventelisten avsluttet. Dette ble registrert i statistikken som innvilget førstevalg. Pasienter som døde før vedkommende hadde fått innfridd førstevalget sitt, ble ikke talt med.

Det var i 2013/2014 til enhver tid mellom 200 og 300 søkere med vedtak om langtidsopphold som ventet på å få oppfylt førstevalget (jf. byrådets budsjettforslag for 2014). Tabell 11 gir en oversikt over ventetiden på førstevalget av sykehjem.

Tabell 11 Ventetid på førstevalget av sykehjemsplass

Tertial/kvartal	Ventetid over 6 måneder (personer)	Gjennomsnitt ventetid (dager)	Sum personer på venteliste
1. kvartal 2014	37	102	219
3. tertial 2013	59	119	240
2. tertial 2013	48	117	260
1. tertial 2013	42	103	249
3. tertial 2012	33	92	220

Kilde: Bydelsstatistikken (tabell 3-2-A7).

Tabell 11 viser at søkere i gjennomsnitt måtte vente i overkant av tre måneder på å få plass ved førstevalget av sykehjem. En del personer måtte imidlertid vente betydelig lenger på førstevalget. Ifølge bydelsstatistikken for 1. kvartal 2014 hadde 12 personer ventet over 12 måneder.

Pleie- og omsorgssjefen i Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester uttalte at noen sykehjem var mer populære enn andre, og at noen bydeler hadde flere eldre enn det var plass til på sykehjem i nærmiljøet, slik at ikke alle fikk innfridd førstevalget av sykehjem. Alle med vedtak om langtidsplass fikk imidlertid tildelt en sykehjemsplass. De som ikke fikk førstevalget, fikk tildelt en plass et annet sted, og kom på venteliste til førstevalget. Mange var fornøyd med det tilbudet de allerede hadde fått, og ønsket ikke å flytte når de senere fikk tilbud om førstevalget. Det gjennomføres ikke beregninger av antallet flyttinger mellom sykehjem og analyser av utviklingen i dette over tid.

Avdelingsdirektøren for kvalitet, kompetanse og utvikling uttalte at opprettelsen av Sykehjemsetaten hadde gjort det enklere å ønske seg til enkeltsykehjem uavhengig av bydelsgrenser.

¹⁸ Jf. Sykehjemsetaten årsberetninger for 2010–2013.

Uttalelser fra bydelene

Bydelene oppga at brukernes rett til fritt sykehjemvalg i hovedsak ble ivaretatt. Mange bydeler påpekte imidlertid at noen sykehjem var mer populære enn andre, og derfor hadde lange ventelister. For noens vedkommende kunne det føre til at de ikke rakk å få innfridd førstevalget.

Noen bydeler påpekte at ordningen med fritt sykehjemvalg førte til at beboere måtte flytte flere ganger, og at det kunne oppleves belastende for beboere og pårørende. I tilfeller der beboere etter innleggelse måtte endre omsorgsnivået, kunne dette innebære uønsket flytting for beboeren. Enkelte bydeler påpekte også at ordningen førte med seg administrativt arbeid knyttet til hver flytting samt noe større ledighet på aktuelle sykehjemsplasser, noe som var kostnadsdrivende.

Uttalelser fra bydelsutvalgene

Seks bydelsutvalg kommenterte fritt sykehjemvalg i sine uttalelser. Utvalgene uttalte at fritt sykehjemvalg stort sett fungerte bedre etter opprettelsen av Sykehjemsetaten.

Bydelsutvalget i Bydel Stovner pekte på at pasientene ofte kunne være innom både ett og to sykehjem før de fikk plass på det ønskede sykehjemmet. Utvalget påpekte videre at sykehjem som hadde få søkere som førstevalg, lett kunne bli transittsykehjem. Bydelsutvalget i Bydel Gamle Oslo uttalte at fritt sykehjemvalg ikke kunne realiseres for alle pasienter, fordi det var lange ventelister på de mest populære sykehjemmene.

Uttalelser fra fagforeningene

Den norske legeforening, Sykehjemsetatens leger

Sykehjemsetatens legeforening uttalte seg ikke direkte om fritt sykehjemvalg, men påpekte at det var venteplasser på sykehjem over hele byen.

Norsk Sykepleierforbund Oslo

Sykepleierforbundet Oslo uttalte at fritt sykehjemvalg var godt ivaretatt. Samtidig kunne det være krevende å flytte pasienter fra en korttidsplass til en langtids plass, særlig hvis det var ventetid på det sykehjemmet pasienten og dennes pårørende ønsket. Dette var uheldig fordi det var viktig å sikre god tilgang på korttidsplasser til pasienter som skulle ha dette tilbudet. Sykepleierforbundet Oslo stilte seg kritisk til å omtale det som «fritt sykehjemvalg» når ventetiden på plass ved enkelte sykehjem var lenger enn gjennomsnittlig liggetid fra innkomst.

Ergoterapeutene, avdeling Sykehjemsetaten

Ergoterapeutene uttalte at fritt sykehjemvalg fungerte i praksis. Samtidig var ventetiden ofte lang for å få plass på ønsket sykehjem. I mellomtiden måtte de fleste flyttes til en eller flere langtids plasser andre steder i byen i påvente av den ønskede plassen.

Norsk Fysioterapeutforbund

Fysioterapeutforbundet uttalte at fritt sykehjemvalg fungerte i praksis, da én etat hadde oversikt over hvor det var ledige plasser til enhver tid. Ventetiden på ønsket sykehjemsplass kunne imidlertid være lang, og dette førte til at pasienten ofte fikk plass på et annet sykehjem i påvente av ønsket plass.

Kvalitetsutvikling

Informasjon fra Sykehjemsetaten

Etatsdirektøren uttalte at det viktigste området der opprettelsen av Sykehjemsetaten hadde gjort en forskjell, var på kvalitetsarbeidet i sykehjemssektoren. Sykehjemsetaten hadde tilrettelagt for lik kvalitet som gjaldt alle sykehjemmene, både kommunale og ikke-kommunale. Det hadde blitt en felles systematikk i oppfølgingen av kvaliteten. Etatsdirektøren pekte på at da sykehjemmene lå under bydelene, var det stor variasjon i kvaliteten mellom sykehjemmene. I dag hadde kvaliteten kommet opp på et gjennomgående høyere nivå, og det faglige rundt pleie- og omsorgsoppgaver hadde blitt styrket. Ressurssituasjonene mellom sykehjemmene hadde blitt likere. Det var etablert en standard pleiefaktor for alle somatiske langtidsavdelinger, og det var gjort et betydelig arbeid i Sykehjemsetaten fra 2008 knyttet til det å utjevne ressursbruken mellom sykehjemmene. Etatsdirektøren pekte også på at samarbeidet mellom sykehjemmene var mer utstrakt og systematisk i dag. Dette gjaldt særlig for de kommunale sykehjemmene, men også de konkurranseutsatte sykehjemmene hadde blitt trukket inn i det faglige samarbeidet på tvers av sykehjemmene.

Pleie- og omsorgssjefen i Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester uttalte at den største kvalitetsutfordringen i sykehjemstjenesten var at mange ansatte hadde mangelfulle ferdigheter i norsk språk. Dette fikk konsekvenser for kommunikasjonen, kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet. Selv om etaten arbeidet mye med å øke kompetansen i norsk språk blant ansatte og stilte språkkrav ved ansettelse, var det et område det kontinuerlig måtte arbeides med.

Avdelingsdirektøren for kvalitet, kompetanse og utvikling uttalte at etaten var i gang med å implementere såkalt behovsstyrt bemanning (BOB) i de kommunale sykehjemmene. Det innebar at det for en gitt pasientgruppe skulle defineres en tjenesteansvarlig og en primærkontakt for hver enkelt pasient. BOB skulle tilrettelegge for at pasientens hjelpebehov ble møtt med tilstrekkelig kompetanse. En følge av innføringen av BOB kunne være at stillinger måtte omgjøres fra for eksempel hjelpepleier til sykepleier.

Avdelingsdirektøren viste videre til at etaten hadde gjort et stort arbeid når det gjaldt å bidra til å øke de ansattes kompetanse i norsk gjennom ulike språkopplæringstiltak. På dette området hadde Sykehjemsetaten kommet et stykke på vei, blant annet ved at sykehjemmene hadde felles krav til norskkompetanse ved ansettelse.

Avdelingsdirektøren framholdt videre at det at etaten hadde innført felles IKT-verktøy, gjorde det enklere å vurdere kvalitet. Det gjaldt alt fra Gericca for dokumentasjon på pasientnivå (brukes også for å kommunisere med bydelene) til HR/Agresso og GAT/Min-GAT som er et verktøy for planlegging, koordinering og styring av personalressurser (turnus, timelister). I tillegg var det et gode at etaten hadde felles faglige standarder og prosedyrer, samlet i Kvalitetslosen. Kvalitetslosen er et helhetlig, elektronisk kvalitetssystem som skal bidra til å sikre at lovkrav til internkontroll etterlevs, og som brukes 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.

Kommunerevisjonens rapport 20/2012 viste at det var stor variasjon mellom sykehjemmene når det gjaldt rapporterte avvik (se punkt 2.4.2). Kommunerevisjonens rapport 16/2014 viste samtidig at

det ved de undersøkte avdelingene manglet en omforent forståelse av hva som skulle meldes som avvik i Kvalitetslosen, og at det var en underrapportering av avvik ved de undersøkte avdelingene i 2013. Det var også svakheter ved ledelsens behandling av avviksmeldingene. Svakheterne gjorde at sykehjemmene ikke hadde et tilfredsstillende grunnlag for læring av feil og uønskede hendelser, forebygging av gjentakelser og forbedring av tjenestene (se for øvrig punkt 2.4.3)

Kommunerevisjonen stilte spørsmål til alle institusjonslederene ved sykehjemmene i Oslo om forhold knyttet til Sykehjemsetatens arbeid med kvalitetsutvikling. Resultatene er oppsummert i tabell 12:

Tabell 12 Arbeid med kvalitetsutvikling – institusjonslederens svar – i prosent

Spørsmål	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad
I hvilken grad følger Sykehjemsetatens administrasjon opp behovet for kvalitetsutvikling i sykehjemmene? (N = 45)	44,4	53,3	2,2
I hvilken grad oppfatter du Kvalitetslosen som nyttig for sykehjemmets arbeid med kvalitetsutvikling? (N = 24)	70,8	25,0	4,2

Note: Kilde er Kommunerevisjonens spørreundersøkelse til institusjonslederene. Spørsmål to er kun stilt institusjonslederene i kommunale sykehjem, da de ikke-kommunale sykehjemmene ikke er pålagt å benytte Kvalitetslosen.

Tabell 12 viser at nesten halvparten av institusjonslederene svarte at Sykehjemsetatens administrasjon i stor grad fulgte opp behovet for kvalitetsutvikling i sykehjemmene. 2 prosent svarte “i liten grad” på dette spørsmålet. 71 prosent svarte at Kvalitetslosen var nyttig i sykehjemmets arbeid med kvalitetsutvikling. 4 prosent svarte “i liten grad”.

Utviklingen i andelen faglærte og stillingsprosjenter

Avdelingsdirektøren for kvalitet, utvikling og kompetanse uttalte at når det gjaldt rekruttering, ønsket etaten å være førstevalget for dem som ønsker å jobbe for og med eldre, men at etaten hadde hatt en omdømmeutfordring, og at det var mange konkurrerende jobbmuligheter i Oslo.

Avdelingsdirektør personal og organisasjon opplyste at rekrutteringen av sykepleiere var mest krevende for etaten. Nyutdannede sykepleiere begynte i all hovedsak på sykehusene, som ble ansett som mer spennende. Lav sykepleiertetthet på sykehjem gjorde nyutdannede redde for å få for lite faglig støtte i arbeidet. Det var imidlertid stor variasjon mellom sykehjemmene når det gjaldt rekrutteringen av sykepleiere. Avdelingsdirektøren mente at det viktigste grepet for å få flere sykepleiere til å søke seg til sykehjem var opprettelsen av helsehus og langtidssykehjem. Dette ville øke sykepleiertettheten og fagligheten ved institusjonene. Når det gjaldt rekrutteringen av leger, hadde dette tidligere vært svært krevende. I 2013 fikk etaten 7 mill. kroner for å øke legetettheten, og i forbindelse med opprettelsen av helsehusene lyste etaten ut 5 nye legestillinger. Disse stillingene skulle gå i turnus, slik at større deler av døgnet ble dekket med egne legeressurser. 47 personer søkte på stillingene, og mange søkere var svært godt kvalifisert.

Sykehjemsetaten hadde i flere år arbeidet for å omgjøre stillinger til stillinger for faglærte og hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger.¹⁹ Ved ledighet i stillinger ble det til enhver tid vurdert hvilken kompetanse institusjonene hadde behov for. På bakgrunn av dette var flere stillinger

¹⁹ Sykehjemsetaten opplyste at det ikke finnes stillinger for ufaglærte, eventuelt er det ufaglærte som går i fagstillinger.

omgjort til sykepleierstillinger.²⁰ Kommunerevisjonens gjennomgang av protokoller fra MBU i 2013 og første halvår 2014 viste for eksempel at assistentstillinger og hjelpepleierstillinger jevnlig ble inndratt, og sykepleierstillinger ble opprettet.

Avdelingsdirektør personal og organisasjon viste til at Sykehjemsetatens hovedutfordring i de senere år når det gjaldt å få flere ansatte over i en høyere stillingsprosent, var at nåværende turnus innebar at ansatte jobbet tredjehver helg. En slik turnusordning krevde at en del ansatte jobbet deltid for å få turnusen til å gå opp. Avdelingsdirektøren viste til at Oslo kommune i tariffoppgjørene de to siste oppgjørene hadde forsøkt å motivere ansatte til å øke antallet helger man jobbet, men at det var krevende å få til en ønsket effekt med færre ansatte i små stillingsbrøker.

Tabell 13 gir en oversikt over utviklingen i mål- og nøkkeltall knyttet til andelen faglærte og andelen ansatte med en stillingsprosent på 80 eller høyere.

Tabell 13 Rapporterte resultater for måltall og nøkkeltall for Sykehjemsetaten, 2007–2013

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Andel årsverk fagutdanning – fast ansatte / fastlønnede vikarer*	-	82,2%	85,8%	87,9%	88,0 %	87,4%	89,1%
Fysioterapifaktor – timer per uke per beboer i institusjon**	0,48	0,49	0,51	0,55	0,55	0,58	0,57
Legefaktor – timer per uke per beboer i institusjon**	0,29	0,31	0,40	0,44	0,44	0,46	0,46
Fast ansatte med stillingsprosent lik eller over 80			62,3%	57,4%	55,3%	57,4%	56,4%
Fastlønnede med stillingsprosent lik eller over 80 (både fast ansatte og vikarer)			59,8%	55,5%	54,7%	54,9%	54,7%

Note: Tallene er hentet fra Sykehjemsetatens årsberetning for 2009, 2010, 2011 og 2013 og byrårets budsjettforslag for 2015 (Sak 1). * I tabellen i årsberetningen står det *Andel årsverk med fagutdanning*. ** Legefaktor og fysioterapifaktor rapporteres i desimaltall, og ikke i minutter. 0,46 innebærer for eksempel 27 minutter og 36 sekunder.

Tabell 13 viser rapporterte resultater knyttet til måltall og nøkkeltall for Sykehjemsetaten i perioden 2007–2013. Andelen årsverk fagutdanning av fast ansatte / fastlønnede vikarer hadde økt i perioden og lå over måltallet på 85 prosent. Etaten rapporterte fram til 2011 på en tilsvarende indikator, der indikatoren også omfattet vikarer som ikke var fastlønnede. I 2011 var andelen fagutdannede 72,4 prosent dersom vikarer som ikke var fastlønnede, inkluderes.

Tabell 13 viser videre at fysioterapi- og legefaktoren hadde økt fra 2007 til 2013. Fysioterapi- og legefaktoren hadde økt fra 2007 til 2013 og var i 2013 henholdsvis 0,57 og 0,46, det vil si over byrårets måltall for 2013 på 0,55 og 0,44. Legefaktoren økte med nesten 60 prosent fra 2007.²¹ Indikatoren for andelen ansatte med stillingsprosent lik eller over 80 viser at utviklingen var relativt stabil de siste årene, men også at andelen med høy stillingsprosent hadde gått merkbart ned siden 2009. Ifølge Sykehjemsetaten gjenspeilet denne nedgangen blant annet at det var blitt flere fast ansatte i små helgestillinger, der det tidligere var timebetalte.²²

²⁰ Jf. Kommunerevisjonens rapport 20/2012, kapittel 2.5.

²¹ I henhold til KOSTRA-tallene for 2013 var legefaktoren på 0,43 og fysioterapifaktoren på 0,51. Resultatet kan muligens tilskrives at KOSTRA-tallene er beregnet med utgangspunkt i alle institusjoner med heldøgns pleie og omsorg, og ikke kun Sykehjemsetatens heldøgnsinstitusjoner.

²² Jf. rapport 20/2012, kapittel 2.6.

Oppbygning av fagmiljøer

Sykehjemsetaten hadde etablert flere nettverk og faglige fora hvor representanter fra både kommunale og ikke-kommunale sykehjem kunne delta. Dette gjaldt nettverk for hygiene, ernæring og tverrfaglig rehabilitering samt nettverk for leger, fagutviklingssykepleiere og avdelingsledere service. Videre var det etablert egne fora for henholdsvis frivillighet, Gerica og Kvalitetslosen. De fleste av disse var organisert med et arbeidsutvalg som bestemte hvilke temaer som skulle tas opp i de ulike nettverkene/foraene, og de fleste hadde mandat som skulle revideres årlig. Ut fra informasjonen som var lagt ut på Sykehjemsetaten hjemmesider, hadde ikke alle nettverkene/foraene hatt aktivitet per september i 2014.

Avdelingsdirektøren for kvalitet, utvikling og kompetanse oppga at Sykehjemsetaten hadde utviklet et ledernetttverk for både institusjonssjefer og avdelingsledere ved de kommunale sykehjemmene. Kommunale institusjonssjefer møttes hver 14. dag. Institusjonssjefene ved de ikke-kommunale sykehjemmene møttes noe sjeldnere. Avdelingsdirektøren oppga at det i 2014 var avholdt flere felles samlinger for alle institusjonssjefene.

Sykehjemsetaten drev kompetanseutviklingsprosjekter på flere områder. I årsberetningen for 2013 nevnes blant annet tiltak innen lindrende behandling, norskopplæring, ernæring og legemiddelhåndtering.

I tabell 14 presenteres institusjonsledernes svar på spørsmål om utvikling av fagmiljøer og kompetanse.

Tabell 14 Utvikling av fagmiljøer og kompetanseutvikling – institusjonslederens svar – i prosent

Spørsmål	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad
I hvilken grad har Sykehjemsetatens administrasjon bidratt til utvikling av sterkere fagmiljøer? (N = 43)	44,2	44,2	11,6
I hvilken grad tilrettelegger Sykehjemsetatens administrasjon for nødvendig kompetanseutvikling for ansatte ved sykehjemmet? (N = 24)	50,0	45,8	4,2

Note: Kilde er Kommunerevisjonens spørreundersøkelse til institusjonsledere. Spørsmål to er kun stilt de kommunale institusjonslederne. I spørsmål to var det ikke mulig å benytte svaralternativet "ikke aktuelt".

Tabell 14 viser at 44 prosent av alle institusjonslederne svarte at Sykehjemsetaten i stor grad hadde bidratt til utviklingen av sterkere fagmiljøer. 12 prosent svarte at etaten i liten grad bidro til dette. Halvparten av institusjonslederne ved de kommunale sykehjemmene mente at etaten i stor grad tilrettela for nødvendig kompetanseutvikling for de ansatte. Fire prosent svarte "i liten grad" på dette spørsmålet.

Sykehjemsetaten skrev i sin årsberetning for 2012 at sykehjem som var vedtatt konkurranseutsatt, opplevde at det var krevende å opprettholde tilfredsstillende kvalitet på pasienttilbudet i perioden fra vedtak om konkurranseutsetting var fattet, og fram til ny drifter overtok. Driften ble i mellomperioden preget av uro og usikkerhet og hadde medført at ansatte med god kompetanse sluttet. Særlig kritisk var dette når ledere og sykepleiere gikk over til andre arbeidsgivere. Sykehjemmene erfarte samtidig at det var utfordrende å rekruttere nye medarbeidere.

Resultater fra kvalitetsmålinger og kontroll

Et viktig element i Sykehjemsetatens kvalitetsutviklingsarbeid var den informasjonen de fikk fra kvalitetsmålingene i sykehjem. Disse målingene besto av revisjonsbesøk, objektive indikatorer, brukerundersøkelser, pårørendeundersøkelser og medarbeiderundersøkelser. I tillegg førte bydelsutvalgene tilsyn med sykehjemmene. Tilsynsrapportene ble sendt til Sykehjemsetaten.

Avdelingsdirektøren for avdeling for kvalitet, kompetanse og utvikling opplyste at kvalitetsavdelingen i etaten mottok resultatene knyttet til Oslo kommunes kvalitetsmålinger fra Helseetaten. Deretter ble resultatene oversendt til institusjonene som skulle vurdere behovet for tiltak. Institusjonene ble fulgt opp i linjen av områdedirektørene. I noen tilfeller var det etablert resultatterskler for når institusjonen skulle vurdere tiltak. For eksempel gjaldt dette der fornøydhetsscoren i pårørendeundersøkelser var lavere enn 80 prosent.

Sentralt kvalitetsutvalg i etaten hadde siden 2008, på systemnivå, fulgt med på innholdet i og utviklingen av blant annet avvik, klager, resultater fra bruker- og pårørendeundersøkelser, tilsyn og revisjoner.²³ Kvalitetsutvalget behandlet også prosedyrer gjeldende for alle kommunale sykehjem, før disse ble godkjent av etatsdirektøren og lagt i Kvalitetslosen.²⁴

Avdelingsdirektøren for kvalitet, kompetanse og utvikling uttalte at resultatene fra de objektive kvalitetsmålingene, pårørende- og brukerundersøkelsene og kvalitetsrevisjonene ble behandlet av det sentrale kvalitetsutvalget. Utvalget behandlet og gjennomgikk rapporter, sentrale tilsyn og revisjoner om alle forhold som var pasientrettet. Utvalget vurderte om det skulle iverksettes tiltak på systemnivå, for eksempel om rutiner i Kvalitetslosen skulle oppdateres eller nye rutiner burde innføres, eller om det var behov for opplæringstiltak.

Det var i løpet av 2012 etablert lokale kvalitetsutvalg ved alle kommunale sykehjem. Ifølge mandatet skulle utvalgene drøfte alle sykehjemmets klager og avvik og stimulere til at klager og avvik ble meldt og forebygget.

Brukerundersøkelser foretas hvert andre år i samtlige sykehjem. Objektive indikatorer i sykehjem registreres per tertial (fra 2014 gjennomføres dette kun to ganger årlig, jf. føringer fra Helseetaten). Revisjonsbesøk gjennomføres annethvert år i sykehjemmene. Pårørendeundersøkelser gjennomføres årlig i samtlige sykehjem. Kvalitetsrevisjonene skal også omfatte sammenfatning av mottatte avviksmeldinger og eventuelle klager fra beboere/brukere. Analyse av medarbeiderundersøkelser skal presenteres sammen med resultater av kvalitetsmålinger.

I det følgende presenteres resultatene fra kvalitetsmålingsundersøkelsene. I tabell 15 vises utviklingen i de objektive kvalitetsindikatorerne for perioden 2007–2013.

²³ Tar vi med resultatene fra 2005 og sammenlikner med 2013, har Sykehjemsetaten en noe mer positiv utvikling for noen indikatorer. Den positive utviklingen finner for øvrig i hovedsak sted fra 2006 til 2007, noe som i liten grad kan tilskrives endringer på sykehjemmene som etaten har stått for.

²⁴ Jf. Kommunerevisjonens rapport 18/2009.

Tabell 15 Objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem, 2007–2013. Andel beboere og endring – i prosentpoeng

	2007	2008	2009	2011	2012	2013*	Endring 2007–2013
Trykksår lav risiko	6	7	6	5	6	6	0
Trykksår høy risiko	22	23	22	21	24	24	2
Vektreduksjon	11	12	12	12	12	11	0
Fall	12	11	12	9	11	11	- 1
Urininkontinens lav risiko**	35	33	33	31	30	29	- 6
Urininkontinens høy risiko**	76	74	75	73	71	71	- 5

Note: For 2010 er det ikke beregnet gjennomsnittstall. * Tall fra andre tertial 2013, ikke tredje tertial som for de øvrige tallene. ** Inkluderer alternativene hyppig inkontinent og inkontinent. Indikatorene omfatter også kontrakturer. Resultatene for disse indikatorene er ikke inkludert i tabellen da Helseetaten mistenker dårlig datakvalitet. Kilde er Helseetatens (tidligere Helse- og velferdsetaten) rapporter om objektive kvalitetsindikatorer i sykehjem.

Tabell 15 viser at urininkontinens lav og høy risiko var klart lavere i 2013 enn i 2007. For øvrig var det små eller ingen endringer når vi sammenlikner 2013 med 2007.

Tabell 16 viser resultatene fra beboerundersøkelsene ved sykehjemmene for perioden 2007–2012.

Tabell 16 Beboernes vurdering av spørsmål om generell fornøydhet med sykehjemmet i årene 2007–2012 – i prosent

Spørsmål	År	Fornøyd / litt fornøyd	Litt misfornøyd / misfornøyd	Ubesvart / vet ikke
Alt i alt, i hvor stor grad er du fornøyd med sykehjemmet du bor på?	2012	91	6	3
	2011	84	9	7
	2010	83	12	5
	2009	89	10	1
	2008	89	10	1
	2007	92	7	1

Note: Kilde er Helseetatens (tidligere Helse- og velferdsetaten) rapporter om brukertilfredshet blant beboere i sykehjem i Oslo kommune 2007–2012. I 2012 ble 1672 beboere intervjuet. Dette var 35 prosent av beboerne på sykehjem i Oslo. Brukerundersøkelsen 2013 ble gjennomført i form av fokussamtaler med fire til sju pasienter fra hvert sykehjem som deltagere, og er derfor ikke inkludert i tabellen.

Andelen beboere som oppga at de var fornøyd med å bo på sykehjemmet, varierte over perioden mellom 83 og 92 prosent. Sykehjemmet som fikk best resultat, hadde i 2012 et gjennomsnitt på 3,78, mens sykehjemmet med det dårligste resultatet hadde et gjennomsnitt på 2,92. Skalaen gikk fra 1 (svært liten grad av fornøydhet) til 4 (svært stor grad av fornøydhet). Høyere snittverdi betyr derfor mer fornøydhet blant respondentene. Måltallet for beboerundersøkelsen for 2012 var på 85 prosent fornøyde brukere (jf. måltallstabell i Dok. 3, kapittel 313 i bykassens vedtatte budsjett). Beboerundersøkelsen i 2012 viste at menn og kvinner i like stor grad var fornøyd med sykehjemmet de bodde på. Det var imidlertid forskjell på de ulike aldersgruppene, de yngste var i noe mindre grad fornøyde enn de eldre. Samtidig var beboere på enerom i noe større grad fornøyde enn de som delte rom med andre. Det var ingen forskjell i fornøydhet mellom beboere på sykehjem i ulike driftsformer.

Beboerundersøkelsen i 2013 ble gjennomført som 47 fokusgruppeintervjuer og viste i hovedsak følgende:²⁵

- Det var gjennomgående mange fornøyde beboere på sykehjem i Oslo.
- Det var gjennomgående lite misnøye knyttet til fasilitetene og standarden på sykehjemmene. Imidlertid pekte deltakerne på at enkelte sykehjem hadde behov for rehabilitering og modernisering.
- De fleste deltakerne oppga at de følte seg trygge. En del følte likevel utrygghet knyttet til bemannings situasjonen på visse tidspunkter, at de ikke opplevde å få den hjelpen de hadde behov for, spesielt ble leger og sykepleiere etterlyst. Det ble også gitt uttrykk for utrygghet knyttet til andre beboere, og enkelte opplevde at private eiendeler forsvant eller ble borte.
- Deltakerne mente at muligheten til å leve et aktivt og sosialt liv på sykehjemmene varierte. De mente også at det ikke eksisterer tilstrekkelig tilrettelegging for at beboerne kunne møtes og ha samvær med likesinnede. Enkelte av deltakerne hevdet også at deres mistriivsel handlet om opplevelsen av å bli plassert bort, vekk fra sine vante og nære omgivelser.

²⁵ Fokusgruppene besto av minimum tre og maksimum sju deltakere, ingen ansatte fra sykehjemmet var til stede. Samtalene ble holdt på et skjermet rom, og ble gjennomført av to personer fra TNS Gallup.

Tabell 17 viser resultatene fra pårørendeundersøkelsene ved sykehjemmene for perioden 2007–2013.

Tabell 17 Pårørendes svar på spørsmål om generell trivsel, 2007–2013 – i prosent

Spørsmål	År	Fornøyd / litt fornøyd	Litt misfornøyd / misfornøyd	Ubesvart / vet ikke
Alt i alt, i hvor stor grad er du fornøyd med sykehjemmet din nærstående bor på?	2013	87	11	
	2012	88	10	2
	2011	87	12	1
	2010	87	11	2
Alt i alt, i hvor stor grad er du fornøyd med sykehjemmet beboeren bor på?	2009	85	15	-
	2008	85	16	-
	2007	82	18	-

Note: Kilde er Helseetatens (tidligere Helse- og velferdsetaten) rapporter fra pårørendeundersøkelser 2007–2013. Svaralternativene er gradert på en skala fra 4 (i svært stor grad) til 1 (i svært liten grad). Totalt deltok 1965 pårørende i 2013-undersøkelsen, noe som innebar en svarprosent på 50.

Andelen pårørende som oppga at de var fornøyd med sykehjemmet som deres nærstående bodde på, varierte i perioden fra 82 til 88 prosent. Tilfredsheten var noe høyere i 2013 enn i 2007. I 2013-undersøkelsen fikk sykehjemmet med best resultat 4,0, mens sykehjemmet med dårligst resultat fikk 2,6. Måltallet for 2012, 2013 og 2014 var 85 prosent pårørende som var tilfredse (jf. måltallstabell Dok. 3, kapittel 313 i bykassens vedtatte budsjett).

I tabell 13 over presenterte vi utviklingen i Sykehjemsetatens måltall/nøkkeltall, dette med unntak av andelen enerom. Fra 2007 til 2013 har andelen enerom (av antall døgnplasser i drift) økt relativt stabilt fra 89,6 prosent i 2007 til 95,1 prosent i 2013.

Kvalitetsrevisjoner

Kvalitetsrevisjon i sykehjem ble første gang gjennomført i 2008. Deretter ble revisjoner gjennomført i 2010, 2012 og 2014²⁶. Formålet med kvalitetsrevisjoner er å vurdere om tjenestene drives slik at myndighetskrav og overordnet regelverk etterleves. Utgangpunktet er lover, forskrifter, rundskriv, retningslinjer og sykehjemmets egne krav og rutiner innenfor de valgte revisjonsområdene. I tillegg skal kvalitetsrevisjonen fremme kvalitetsutvikling, ved å sette fokus på områder der sykehjemmene har et forbedringspotensial. Temaene for revisjonene i 2008, 2010 og 2012 varierte. Det var derfor ikke mulig å sammenlikne resultatene i disse kvalitetsrevisjonene.

Under kvalitetsrevisjonen for 2012 ble det gitt totalt 53 avvik og 54 merknader fordelt på 53 sykehjem, derav 29 kommunale og 24 ikke-kommunale sykehjem. Områdene som fikk flest avvik og merknader, var dokumentasjon og journalføring, klagehåndtering og avvikshåndtering.

Temaene for kvalitetsrevisjonen for 2014 var overganger mellom sykehus og sykehjem, legemiddelhåndtering og avvikshåndtering. Ti kommunale og åtte ikke-kommunale sykehjem ble revidert. Totalt ble det gitt 23 avvik og 11 merknader. Det var flest avvik knyttet til legemiddelhåndtering, men det var også avvik knyttet til overganger mellom sykehus og sykehjem og avvikshåndtering.

²⁶ Samlerapporten for kvalitetsrevisjonen for 2014 ble publisert i oktober 2014.

Egenrevisjoner i regi av Sykehjemsetaten

Områdedirektør I opplyste at kvalitetsavdelingen i Sykehjemsetaten kunne gjennomføre kontroller dersom de fikk informasjon om at det var særskilte utfordringer ved et bestemt sykehjem. I tillegg hadde hver enkelt institusjon egenkontroller. I 2013 gjennomførte etaten to egenrevisjoner med fokus på kvalitet i behandling, omsorg og pleie rettet mot behandling, pleie og omsorg av alvorlig syke og døende pasienter, og egenkontroll knyttet til svikt i dokumentasjon med fokus på legemiddelhåndtering. Avdelingsdirektøren for kvalitet, utvikling og kompetanse opplyste at etaten i 2014 hadde gjennomført tre egenrevisjoner med fokus på bruk av tvang og to egenkontroller, hvorav én med fokus på legemiddelhåndtering og én med fokus på hvordan sårbare pasienter ble ivaretatt i sommervarmen. 2013-undersøkelsene var lagt ut på etatens intranett, mens undersøkelsene fra 2014 var utført, men ikke ferdigbehandlet av det sentrale kvalitetsutvalget. Etter en samlet behandling av årets egenrevisjoner i kvalitetsutvalget skal revisjonene legges ut på etatens intranett. Det var det sentrale kvalitetsutvalget som bestemte tema for egenrevisjonene, basert på en risikoanalyse.

Bydelsutvalgenes tilsyn

Tilsynsutvalgene skal gjennomføre fire tilsyn hvert år på hvert sykehjem, hvorav to uanmeldte. Tilsynsrapportene skal sendes Sykehjemsetaten. Områdedirektør I opplyste at etaten ofte ikke mottok rapportene før etter flere måneder, og at innholdet da kunne være foreldet. Det var utarbeidet en egen mal for tilsynsrapportene, noe som hadde vært en forbedring.²⁷

I november 2014 forelå evalueringen av tilsynsordningen fra PwC, som blant annet påpekte at tilsynsutvalgenes rolle ikke syntes vesentlig endret ved opprettelsen av Sykehjemsetaten, at utvalgenes organisering ikke var tilpasset nye rammevilkår, og at dette kunne ha bidratt til å svekke tilsynenes legitimitet. Det ble blant annet konkludert med at tilsynsutvalgenes rapporter i liten grad så ut til å bidra til kvalitetsoppfølging av sykehjemmenes tjenester (jf. PwC, november 2014: *Oslo kommune. Evaluering av ordningen med kommunale tilsynsutvalg*).

Kommunerevisjonen stilte spørsmål til alle institusjonslederne ved sykehjemmene i Oslo om i hvilken grad de opplevde rapportene fra bydelenes tilsynsutvalg som nyttige i sykehjemmets arbeid med kvalitetsutvikling. Sju prosent av institusjonslederne svarte at rapportene fra bydelenes tilsynsutvalg i stor grad var nyttige for sykehjemmets kvalitetsarbeid. Litt under halvparten svarte at rapportene i liten grad var nyttige, mens nær halvparten svarte at tilsynsrapportene til en viss grad var nyttige.

Uttalelser fra bydelsadministrasjonene

Kun noen få bydeler svarte direkte på spørsmålet om Sykehjemsetaten hadde lyktes med kvalitetsarbeidet, andre uttalte at de ikke hadde grunnlag for å mene noe om det. Et par bydeler ga uttrykk for at de generelt var fornøyd med etatens kvalitetsarbeid.

Mange bydeler hadde imidlertid kommentarer knyttet til kvalitetsforhold de mente burde forbedres: Flere bydeler påpekte at det var store forskjeller mellom sykehjemmene når det gjaldt kvalitet samt i hvilken grad sykehjemmene var kjent med og benyttet felles prosedyrer. Flere påpekte at det var språkproblemer blant ansatte i sykehjemmene, noe som førte til misforståelser og sviktende

²⁷ I bystyrets vedtak 11.12.2008, sak 432 (jf. byrådsak 144/08 *Styrking og samordning av tilsyn av sykehjem*), ble det vedtatt at det skulle lages en felles mal for rapportering etter tilsynsbesøk.

oppfølging av pasientene. Det ble også vist til at mangelfulle norskferdigheter hadde konsekvenser for kvaliteten på pasientdokumentasjonen.

Enkelte bydeler påpekte at rehabiliteringstilbudet ikke alltid fungerte tilfredsstillende, og at ved fravær ble innholdet i rehabiliteringstilbudet redusert.

Når det gjaldt spørsmålet om etatsopprettelsen hadde påvirket kontroll- og tilsynsfunksjonene i sykehjemmene, var det også flere bydeler som avholdt seg fra å svare, eventuelt kommenterte at de ikke hadde særskilte synspunkter på dette. Noen bydeler ga uttrykk for at etatsopprettelsen innebar få endringer knyttet til kontroll- og tilsynsfunksjonene. En bydel uttalte at da bydelen selv hadde ansvar for sykehjemmene, var ansvaret for tilsyn og kontroll tydelig definert, og det var et tett samarbeid mellom tilsynsutvalgene og bydelen. Denne bydelen og enkelte andre påpekte at opprettelsen av Sykehjemsetaten etablerte et organisatorisk skille mellom tilsynsutvalget og sykehjemmene. Flere bydeler uttalte at det tok for lang tid fra tilsynsrapportene ble sendt til Sykehjemsetaten, til bydelen mottok tilbakemelding. En bydel uttalte at slik ordningen nå hadde blitt, så burde det opprettes en egen tilsynsenhet, hvor det var fagpersoner ansatt. Disse ville ha et helt annet grunnlag for å foreta tilsynsbesøk og skrive relevante tilsynsrapporter.

Synspunkter fra bestillerkontorene og hjemmetjenestene

Kommunerevisjonen stilte spørsmål til alle bestillerkontorene om deres synspunkter på kvalitetsarbeidet i Sykehjemsetaten, se tabell 18:

Tabell 18 Bestillerkontorenes synspunkter på kvalitetsarbeidet i Sykehjemsetaten (N = 15) – i prosent og antall i parentes

Spørsmål	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad	Vet ikke
I hvilken grad har det i løpet av de siste årene skjedd en kvalitetsforbedring i sykehjemstilbudet, etter din vurdering?	20,0 % (3)	26,7 % (4)	40,0 % (6)	13,3 % (2)
I hvilken grad arbeider Sykehjemsetaten godt nok med kompetanseheving i sykehjemmene, etter din vurdering?	20,0 % (3)	33,3 % (5)	26,7 % (4)	20,0 % (3)
I hvilken grad har sykehjemmenene en ensartet praksis på områder som er viktige for samarbeidet med bestillerkontoret?	26,7 % (4)	33,3 % (5)	40,0 % (6)	-*

Note: Kommunerevisjonens spørreundersøkelse til bestillerkontorene. * Svaralternativet “vet ikke” var ikke et alternativ for dette spørsmålet.

Tabell 18 viser at tre bestillerkontor svarte at det i stor grad hadde skjedd en kvalitetsforbedring i sykehjemstilbudet. Seks av bestillerkontorene svarte at dette i liten grad hadde skjedd.

Tre bestillerkontor svarte at Sykehjemsetaten i stor grad hadde arbeidet godt nok med kompetanseheving i sykehjemmene, mens fire bestillerkontor svarte at Sykehjemsetaten i liten grad hadde jobbet godt nok med dette. Fire bestillerkontor svarte at sykehjemmene i stor grad hadde en ensartet praksis på områder som var viktige for samarbeidet med bestillerkontoret. Seks av bestillerkontorene svarte “i liten grad” på spørsmålet.

Vi hadde også et åpent spørsmål der bestillerkontorene kunne kommentere hvilke forbedringsområder som var viktigst for kvaliteten i sykehjemstilbudet. Enkelte bestillerkontor pekte på at fagkompetansen generelt måtte bedres eller måtte bli mer lik på sykehjemmene. Noen av bestillerkontorene mente at legedekningen måtte bedres, og et par bestillerkontor pekte på at språkferdighetene til de ansatte i sykehjemmene måtte bedres. Det var også enkelte kommentarer knyttet til at journalføring og bruken av tiltaksplaner kunne vært bedre.

I tabell 19 ser vi bestillerkontorenes svar vedrørende dialogen med Sykehjemsetaten om kvalitetsforhold og etatens informasjon og oppfølging knyttet til avvik og mangler ved tjenestetilbudet.

Tabell 19 Bestillerkontorenes synspunkter om samhandlingen med Sykehjemsetaten om kvalitetsforhold og avvik (N = 15) – i prosent og antall i parentes

Spørsmål	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad
I hvilken grad etterspør Sykehjemsetaten bestillerkontorets/bydelens erfaringer med og synspunkter på kvalitetsforhold ved sykehjemstjenestene?*	0,0 %	33,3 % (5)	60,0 % (9)
I hvilken grad informerer sykehjemmene bydelen om eventuelle avvik og mangler ved tjenestetilbudet som skulle vært gitt brukere ved korttids- og rehabiliteringsavdelingene?	6,7 % (1)	33,3 % (5)	60,0 % (9)
I hvilken grad følger Sykehjemsetaten/sykehjemmene opp avvik og mangler ved sykehjemstjenestene som bestillerkontoret har informert om?*	13,3 % (2)	40,0 % (6)	40,0 % (6)

Note: Kilde er Kommunerevisjonens spørreundersøkelse til bestillerkontorene. * 6,7 prosent svarte “vet ikke” på spørsmålene.

Tabell 19 viser at ingen bestillerkontor svarte at Sykehjemsetaten i stor grad etterspurte bydelens/bestillerkontorets erfaringer og synspunkter på kvalitetsforhold ved sykehjemstjenestene. Ni bestillerkontor svarte her “i liten grad”. Ett bestillerkontor svarte at sykehjemmene i stor grad informerte om avvik og mangler i tilbudet til korttids- og rehabiliteringsavdelingene, mens ni bestillerkontor benyttet svaralternativet “i liten grad” på dette spørsmålet. To bestillerkontor svarte at etaten/sykehjemmene i stor grad fulgte opp avvik og mangler som bestillerkontoret hadde informert om, mens seks bestillerkontor svarte “i liten grad” på spørsmålet.

Tabell 20 Bestillerkontorenes synspunkter om korttids- og rehabiliteringspostene (N = 15) – i prosent og antall i parentes

Spørsmål	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad	Vet ikke
I hvilken grad har korttids- og rehabiliteringspostene tilstrekkelig kompetanse?	20,0 % (3)	66,7 % (10)	13,3 % (2)	0
I hvilken grad har korttids- og rehabiliteringspostene tilstrekkelig bemanning?	13,3 % (2)	53,3 % (8)	13,3 % (2)	20,0 % (3)
I hvilken grad får bydelens pasienter tilfredsstillende rehabilitering ved sykehjemmene?	33,3 % (5)	33,3 % (5)	33,3 % (5)	0

Kilde: Kommunerevisjonens spørreundersøkelse til bestillerkontorene.

Tabell 20 viser at tre bestillerkontor svarte at korttids- og rehabiliteringspostene i stor grad hadde tilstrekkelig kompetanse. To bestillerkontor svarte “i liten grad” på spørsmålet. To bestillerkontor svarte at korttids- og rehabiliteringsplassene i stor grad hadde tilstrekkelig bemanning, mens to bestillerkontor benyttet svaralternativet “i liten grad” på spørsmålet. Når det gjaldt spørsmålet om bydelens pasienter fikk tilfredsstillende rehabilitering ved sykehjemmene, svarte fem bestillerkontor at de i stor grad fikk dette. Fem bestillerkontor svarte at de i liten grad fikk dette.

Vi stilte videre et åpent spørsmål om bestillerkontorene hadde ytterligere kommentarer til hvordan rehabiliterings- og korttidstilbudet fungerte, og til samspeilet mellom bydelen og sykehjem om tilbudet. Et par bestillerkontor ga uttrykk for at de var fornøyd med disse forholdene. Noen bestillerkontor viste til at de aktuelle sykehjemsavdelingene ikke forholdt seg tilstrekkelig til målene som var satt for oppholdet. To bestillerkontor viste til at sykehjemmene hadde en tendens til å ville holde lenger på pasientene enn det bydelen mente var nødvendig.

Tabell 21 oppsummerer hjemmetjenestens svar knyttet til korttids- og rehabiliteringsopphold.

**Tabell 21 Hjemmetjenestens vurdering av korttids- og rehabiliteringsopphold (N = 15)
– i prosent og antall i parentes**

Spørsmål	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad
I hvilken grad får brukerne tilfredsstillende rehabilitering ved rehabiliteringsopphold?	13,3% (2)	33,3% (5)	53,3% (8)
I hvilken grad er det tilfredsstillende fagkompetanse i korttids-rehabiliteringsenhetene?	13,3% (2)	60,0% (9)	26,7% (4)
I hvilken grad har sykehjemmene tilstrekkelig kapasitet til rehabilitering av brukere, etter din vurdering?	13,3% (2)	33,3% (5)	53,3% (8)

Kilde: Kommunerevisjonens spørreundersøkelse til hjemmetjenestene.

Tabell 21 viser at to hjemmetjenester svarte at deres brukere i stor grad fikk tilfredsstillende rehabilitering ved rehabiliteringsopphold. Åtte hjemmetjenester benyttet svaralternativet “i liten grad”. På spørsmålet om det var tilfredsstillende fagkompetanse i korttids-rehabiliteringsenhetene, svarte to hjemmetjenester at dette i stor grad var tilfelle. Fire hjemmetjenester svarte “i liten grad”. To hjemmetjenester svarte at sykehjemmene i stor grad hadde tilstrekkelig kapasitet til rehabilitering av brukere, mens åtte hjemmetjenester benyttet svaralternativer “i liten grad” på spørsmålet.

Uttalelser fra bydelsutvalgene

De fleste utvalgene hadde kommentarer til kvaliteten på sykehjemstjenesten. Bydelsutvalgene i bydelene Vestre Aker og Østensjø påpekte at det var svakheter ved kommunens kvalitetsmålingssystemer, mens bydelsutvalget i Bydel Frogner etterlyste sammenliknende analyser av kvalitet og effektivitet mellom sykehjem. Bydel Nordstrand uttalte at det burde utarbeides bedre parametere på kvalitet og effektivitet i sykehjemsdriften slik at bydelsutvalget hadde bedre forutsetninger for å vurdere effekten av ulike tiltak, som konkurranseutsetting av sykehjem.

Bydelsutvalget i Bydel Ullern uttalte at det var bedre kvalitet på de lokale sykehjemmene da bydelen hadde ansvaret. Bydelsutvalget i Bydel Frogner uttalte at de hadde fått negative tilbakemeldinger om kvaliteten på maten fra sentralkjøkkenet, og at de hadde fått henvendelser om at beboere på noen sykehjem fikk få muligheter til å komme seg ut i frisk luft. Bydelsutvalget i Bydel Stovner uttalte at kvaliteten på ordinære plasser syntes å være god, men at det var utfordringer ved kvaliteten på vanlige korttidsplasser. Bydelsutvalget i Bydel Nordre Aker uttalte at etatsoppsettelsen hadde gitt et mer likt tilbud til sykehjemsbeboerne, og bemanningsnormen som var innført, sikret noenlunde lik bemanning på sykehjemmene. Noen utvalg påpekte at den nåværende organiseringen hadde vært positiv for fagmiljøet i etaten.

Fem av bydelsutvalgene uttalte at de var misfornøyd eller hadde dårlige erfaringer med hvordan Sykehjemsetaten fulgte opp rapportene fra bydelenes tilsynsutvalg. Flere av utvalgene uttalte at det kunne ta lang tid før Sykehjemsetaten rettet opp i mangler påpekt i rapportene, eller at Sykehjemsetaten i noen tilfeller kunne være lite lydhøre. Sju av utvalgene uttalte at bydelsutvalgene hadde svekkede muligheter til å følge opp tilsynsrapportene, ettersom de var avhengige av at Sykehjemsetaten rettet opp i mangler påpekt i rapportene.

Bydelsutvalgene i bydelene Alna og Ullern pekte på problemer med ansvarsfordelingen mellom Sykehjemsetaten og Omsorgsbygg. Utvalgene opplevde at Sykehjemsetaten ofte hadde lagt ansvaret for utbedring av mangler ved bygningene på sykehjem til Omsorgsbygg. Bydelsutvalget i Bydel Alna skrev at “[for oss i BU (Bydelsutvalget)] og tilsynsutvalgene er det uinteressant hvem som skal utbedre de feil og mangler som tilsynsutvalget påpeker, vi vil bare ha det utført innen rimelig tid.”

Bydelsutvalgene i bydelene Gamle Oslo, Frogner og Nordstrand påpekte at tilsynene ikke ble utført av profesjonelle, og bydelsutvalget i Bydel Nordstrand mente at tilsynsutvalgene burde få mer opplæring. Bydelsutvalget i Bydel Grünerløkka mente det var en fordel at tilsynet ikke ble utført av samme etat som utførte tjenestene.

Uttalelser fra fagforeningene

Den norske legeforening, Sykehjemsetatens leger

Foreningen uttalte blant annet at det var en styrke ved dagens organisering av sykehjemstjenester at det var etablert en felles målsetting og felles krav til innholdet i tjenesten, at tilbudet til sykehjemspasientene hadde blitt likere, og at det hadde blitt mer standardiserte rutiner utarbeidet i en felles kvalitetsavdeling. Videre var det blitt ansatt faste leger i sykehjemmene. Det ble tilstrebet større stillingsstørrelser, og det var etablert et bedre nettverk blant legene med felles møter og kollegialt fellesskap. Det ble også trukket fram at det hadde blitt etablert flere prosjekter og kompetansegivende aktiviteter innen alders- og sykehjemsmedisin.

Som svakhet ved dagens organisering oppga foreningen blant annet at sykehjemsoverlegene ikke lenger var organisert under institusjonssjefen, men under fagsjefene, som kunne ha lite medisinsk kompetanse. Legene opplevde å bli overkjørt, og de klaget over lite handlingsrom knyttet til ansvar. Videre var det en sentralisering av rutiner som var for dårlig faglig gjennomarbeidet, og laveste bemanningsnorm var blitt et mål og fungerte i praksis som en maksimumsnorm.

Foreningen uttalte også at organiseringen i bestiller–tjenesteyter var problematisk når det gjaldt vurderinger av videre behov hos pasienten etter korttidsopphold. Det var for eksempel vanskelig å være medisinskfaglig rådgiver på sykehjemmet, men ikke ha lov til å vurdere om pasienten kunne sendes hjem eller ikke. Mellomfasen i pasientforløpet – mens pasienten ventet på vedtak om langtidsplass – innebar ofte flere flyttinger for pasienten. Dette var meget uheldig.

Norsk Sykepleierforbund Oslo

Sykepleierforbundet i Oslo uttalte blant annet at etableringen av Sykehjemsetaten hadde medført et tilnærmet likt tilbud til alle pasienter i Oslo kommune. Det at sykehjemmene var organisert under ett, gjorde det enklere å fordele kompetanse og bruke hverandres ressurser der det var behov. Etaten hadde medvirket til at det var mer enhetlig kvalitetsarbeid ved sykehjemmene. Fagavdeling

sentralt i etaten og Utviklingssenter for sykehjem ved Abildsø sykehjem opplevedes som viktige aktører for å sikre og utvikle kvaliteten ved sykehjemmene. Det var positivt at det var et sentralt kvalitetsutvalg, og at hver institusjon hadde et lokalt kvalitetsutvalg.

Forbundet uttalte videre at det var positivt at Sykehjemsetaten hadde et stort fokus på språkkrav ved ansettelser samt bidro til at sykepleiere som allerede var ansatt, og som hadde for dårlige norskkunnskaper, fikk styrket sin norskkompetanse. Samtidig ble det pekt på at det var viktig at det ble etablert systemer, i samarbeid med tillitsvalgte, for å ivareta at dette med språkkrav ikke ble diskriminerende / opplevdes som diskriminerende. Her så forbundet et stort forbedringspotensial.

Forbundet uttalte videre at etaten tilstrebet fulle stillinger, men at det var et økende problem med å rekruttere til utøvende sykepleierstillinger. Opprettelsen av Sykehjemsetaten tilrettela for å konkurransesette sykehjem. Sykepleierforbundet opplevde at det ble brukt mye ressurser på dette arbeidet, de så stadig eksempler på forverrede arbeidsvilkår for ansatte i sykehjem drevet av kommersielle aktører. I nær framtid ville det være stor mangel på både sykepleiere og helsefagarbeidere. Sykepleierforbundet uttalte at gode betingelser for ansatte var en viktig del av det å rekruttere og beholde stabilt og kvalifisert personale.

Ergoterapeutene, avdeling Sykehjemsetaten

Ergoterapeutene uttalte blant annet at antallet fagpersoner hadde økt på korttids- og rehabiliteringsavdelinger, og at det hadde bidratt til at det hadde blitt bygget opp større fagmiljøer der. Det var opprettet en rekke kvalitetssikringstiltak i form av føringer for det utøvende arbeidet, prioriteringer og journalføring. Dette bidro til at pasientene/beboerne fikk så lik behandling som mulig. Tilbud om heltid og større stillinger hadde blitt noe gjennomført i forbindelse med opprettelsen av korttids- og rehabiliteringsavdelinger, og til en viss grad ble det tilrettelagt for videreutdanning og spesialisering med permisjoner med og uten lønn. Kurs i Sykehjemsetatens regi ble ofte innvilget, men det manglet midler til å kunne søke på fagspesifikke kurs utenom etatens regi. Personalpolitikk og lønnsforhold bidro lite til å gjøre Sykehjemsetaten til en attraktiv arbeidsgiver.

Ergoterapeutene uttalte videre at det direkte samarbeidet mellom terapeutene og hjemmetjenestene i bydelene knyttet til tilbakeføringer av pasienter til hjemmet hadde blitt svekket. Etter samhandlingsreformen hadde målet i sterkere grad blitt å få pasientene fortest mulig hjem. Folk ble sendt hjem så snart de så vidt klarte selvstendig forflytning ut av seng og toalettbesøk. I mange tilfeller tilsa den faglige vurderingen og etiske perspektiver at de burde fått forlenget opphold. Det opplevdes slik at økonomiske hensyn og knapphet på korttids- og langtidsplasser styrte denne prosessen.

Fagressursene på langtidsplassene opplevdes som knappe (15 minutter per beboer per uke) og ga kun anledning til anskaffelse og tilpasning av hjelpemidler. Når korttids- og rehabiliteringsavdelingene med terapeutressurser skulle flyttes over til helsehus, ville dette bidra til utarming av fagmiljøene på sykehjemmene og gjøre dem mindre attraktive som arbeidsplass.

Norsk Fysioterapeutforbund

Fysioterapeutforbundet uttalte blant annet at ivaretagelsen av pasientenes individuelle behov kom i andre rekke. I enkelte bydeler ble pasienter sendt hjem før de kunne gå eller gjøre selvstendig forflytning. I flere tilfeller tilsa både faglig vurdering og etiske perspektiver at enkelte burde ha fått

forlenget opphold. Ofte ble korttids- og rehabiliteringsplassene en mellomstasjon før pasientene fikk det riktige tilbudet. Dette var med på å forvirre de eldre pasientene, som ofte hadde flere sammensatte diagnoser, og som taklet hyppig flytting mellom institusjoner dårlig. Trygghet, effektivitet og nærhet til bydel var viktige faktorer for å komme seg hjem, mer enn rene spesialiserte avdelinger som var sentralisert. Forbundet utalte at det var bedre ikke å skille på korttids- og rehabiliteringsplasser, for å unngå hyppig flytting.

Fysioterapeutforbundet viste til at korttids- og rehabiliteringsplassene var vektet forskjellig med tanke på bemanning og innhold. Sykehjemsetaten hadde en veiledende bemanning hvor det skulle utøves fysioterapi på korttids-/vurderingsplasser med 1 uketime per pasient og på rehabiliteringsplasser med 5,15 uketimer per pasient. Dette førte til at pasientene ofte måtte flytte for å få riktig behandling. Pasientene måtte forholde seg til nytt personale og nye omgivelser, gjenta sykdomshistorie, m.m. Dette var ikke særlig kostnadseffektivt og slett ikke bra for pasientene. Det var for mange ledd i pasientforløpet.

Ved oppstarten av Sykehjemsetaten var det etablert et nettverk for ergoterapeuter og fysioterapeuter som hadde treff med faglig påfyll, erfaringsdeling mellom sykehjem, ca. fire ganger i året. Etaten prioriterte dette vekk. Det var flere ergoterapeuter og fysioterapeuter som jobbet alene på sykehjem, og som ikke hadde noen av samme yrkesgruppe å diskutere og dele erfaringer med.

Forbundet uttalte videre at Sykehjemsetatens politikk ikke fremmet rekrutteringen av fysioterapeuter, blant annet på grunn av lav lønn. Det virket som om Sykehjemsetaten etterstrebet å tilby flere heltidsstillinger, men lønnspolitikken fremmet ikke det. Når det gjaldt å øke andelen faglærte / øke kompetansen, hadde Sykehjemsetaten hittil ikke etterspurt fysioterapeuter med spesialkompetanse til sine tjenester.

Sykehjemsetaten hadde opprettet en rekke kvalitetssikringstiltak som skulle bidra til føringer og prioriteringer, støtte for arbeidstakere og lik behandling av pasientene. Dette bandt opp mye av arbeidstiden og gikk ut over handlingsrommet for egne vurderinger og faglige prioriteringer. De som utviklet kvalitetssikringstiltak for pasientene, hadde ikke klart å tilpasse dette til pasienten/pasientgruppene. Det ble for mange ledd fra pasienten til dem som utviklet kvalitetstiltakene.

Stordriftsfordeler – innkjøp og støttefunksjoner

Informasjon fra Sykehjemsetaten

Sykehjemsetatens administrasjon mente å ha oppnådd en rekke stordriftsfordeler etter etatsopprettelsen.

I 2008 satte Sykehjemsetaten i gang prosjektet *Mulighetsrom*, der ett av målene var å gjennomføre effektiviseringstiltak og utnytte stordriftsfordeler (jf. Sykehjemsetatens årsberetning for 2008). Dette gjaldt blant annet samordning av tjenester og funksjoner knyttet til vaktmester, kjøkken, vaskeri, renhold og innkjøp. For 2009 anslo Sykehjemsetaten et effektiviseringsuttak knyttet til stordriftsfordeler på følgende områder:

- 5 mill. kroner gjennom effektivisering av kjøkkendriften
- 10 mill. kroner gjennom endringer i avtaler med private og konkurranseutsatte sykehjem
- 0,8 mill. kroner gjennom samordning av vaktmestertjenester o.l.
- 2 mill. kroner gjennom innkjøpseffektivisering
- 0,8 mill. kroner gjennom nye avtaler for nettutleie

I Sykehjemsetatens årsberetning for 2009 gikk det fram at kjøkkenomleggingen hadde medført en innsparing på ca. 3,5 mill. kroner (og ikke 5 mill. kroner som tidligere anslått). Andre effektiviseringsuttak var ikke særskilt kommentert i årsberetningen. I etatens årsberetning for 2011 ble det vist til at GAT arbeidsplansystem hadde gitt en effektiviseringsgevinst, da dette reduserte utgiftene til lønnstjenestene. I etatens årsberetning for 2012 og 2013 var det ingen omtale av konkrete effektiviseringsuttak. Sykehjemsetaten hadde i de senere år ikke beregnet gevinstene av stordriftsfordeler.

Avdelingsdirektøren for økonomi og administrasjon opplyste at Sykehjemsetaten siden opprettelsen hadde strammet opp bruken av Oslo kommunes rammeavtaler samt etablert egne rammeavtaler. Dette hadde vært et langsiktig arbeid, og effekten hadde først kommet etter en tid: Etter hvert som de gamle innkjøpsavtalene gikk ut, fikk Sykehjemsetaten etablert egne rammeavtaler. Ifølge avdelingsdirektøren hadde etaten forhandlet fram felles innkjøpsavtaler knyttet til for eksempel mat, tekstiler, apotekerverer etc., og prisene hadde gått ned.

Avdelingsdirektøren uttalte videre at omorganiseringen av kjøkkendriften ved sykehjem til noen få produksjonskjøkken var et eksempel på mer effektiv drift. Det samme gjaldt omorganiseringen av støttefunksjoner som renhold, vaktmester og vaskeri.

Områdedirektør II uttalte at Sykehjemsetaten hadde bidratt til stordriftsfordeler blant annet når det gjaldt anskaffelser og kontraktstyringen av de private sykehjemmene. Etaten hadde fire personer på heltid som kun jobbet med dette, og etaten hadde gode prosedyrer på alt fra kontraktstrategi og gjennomføring av anskaffelser til oppfølging av kontrakter mv. overfor sykehjem. Områdedirektøren viste også til overgangen til produksjonskjøkken som en stordriftsfordel: Tidligere var det tre–fire ansatte på hvert kjøkken på sykehjemmene. Gjennom etableringen av storkjøkken og kok-og-kjøl-ordningen, hadde antallet ansatte blitt redusert, og etaten hadde spart penger.

Avdelingsdirektøren for kvalitet, kompetanse og utvikling viste til at Sykehjemsetatens system for formidling av sykehjemsplasser og standardiseringen av tjenestetilbudet utgjorde klare

eksempler på stordriftsfordeler, selv om det var vanskelig å måle økonomiske effekter av dette. Kompetansehevingen av ansatte i norsk var også kommet i stand etter etatsopprettelsen. Det var mye motstand mot at etaten satte krav til norskkunnskaper blant ansatte, men siden etaten er stor, hadde både det å sette krav til språkferdigheter og det å etablere målrettede opplæringsaktiviteter vært enklere. Når det gjaldt omorganiseringen av kjøkken- og vaktmesterdriften og effekten av disse tiltakene for kvaliteten, var det vanskelig å dokumentere presist. Det hadde for eksempel kommet få skriftlige klager på maten etter omorganiseringen. Etaten hadde arbeidet mye for å sikre kvaliteten på maten.

Avdelingsdirektøren framholdt videre at etatens store budsjett ga et annet handlingsrom for å iverksette ulike tiltak enn det som var tilfelle tidligere, når driften av sykehjemmene var delt på 15 bydeler. En annen fordel med etatsopprettelsen var at eksterne aktører nå hadde én “inngangsport” til sykehjemmene. Dette gjaldt for eksempel høgskolene som organiserte praksisplasser for 1500 studenter årlig. Det kunne også gjøre at etaten ble mer attraktiv i et forsknings- og utviklingsperspektiv. Det å være en stor aktør, ga i tillegg økt fleksibilitet, blant annet dersom det raskt oppsto behov for å omgjøre plasser, ifølge avdelingsdirektøren.

Vi stilte institusjonslederne ved alle sykehjemmene i Oslo et åpent spørsmål om de hadde synspunkter på hvor vellykket etatens bruk av stordriftsfordeler på områder som vaktmestertjenester, kjøkkendrift, vaskeri og administrative støttesystemer (for eksempel innen HR og økonomi) hadde vært. De fleste ikke-kommunale institusjonslederne som svarte på spørsmålet, kommenterte at dette var lite aktuelt for dem.

Flere institusjonsledere ga uttrykk for at vaktmestertjenesten ikke fungerte godt nok. Enkelte pekte blant annet på at det var uklart hva som var Sykehjemsetatens oppgaver, og hva som var Omsorgsbygg Oslo KFs oppgaver. En respondent svarte for øvrig at vaktmestertjenesten fungerte bra.

Flere institusjonsledere ga også uttrykk for at HR-systemet som var innført, ikke fungerte godt nok. Blant annet ble det vist til at systemet ikke kommuniserte med GAT (turnussystemet), noe som medførte dobbeltarbeid.

Noen få institusjonsledere kommenterte kjøkkentjenester og vaskeri. Et par viste til at det var fordeler med sammenslåing av disse tjenestene, mens et par viste til at mattilbudet med “posemat” var blitt dårligere.

Noen få institusjonsledere kommenterte at opprettelsen av Sykehjemsetaten hadde hatt positive effekter for den sykehjemsfaglige driften av institusjonene.

Uttalelser fra bydelsadministrasjonene

Flere bydeler uttalte at de ikke hadde noen kjennskap til hvorvidt Sykehjemsetaten hadde bidratt til stordriftsfordeler, eller de oppga at de ikke hadde synspunkter på dette. Et par bydeler viste til at det var bygget opp en ny, relativt stor administrasjon i kommunen til å drifte sykehjemmene.

Uttalelser fra bydelsutvalgene

Bydelsutvalgene i bydelene Alna, Frogner og Grünerløkka kommenterte stordriftsfordelene. Utvalget i Bydel Alna var skuffet over at prisen per sykehjemsplass var blitt mye høyere, når

stordriftsfordeler skulle gi lavere kostnader. Utvalget i Bydel Grünerløkka mente at en etat burde ha alle muligheter for å kunne drive effektivt og samtidig gi et godt tilbud til beboerne. Utvalget mente likevel det var en gjennomgående oppfatning blant bydelsutvalgene om at Sykehjemsetaten generelt sett drev mindre effektivt enn bydelene. Utvalget mente dette viste seg tydelig ved at snittprisen på sykehjemsplassene i etatens tidlige driftsår var høyere enn bydelssnittet. Utvalget i Bydel Frogner hadde ikke registrert noen konkrete effektivitetsgevinster i sentrale støtteoppgaver etter omorganiseringen, men var interessert i å få informasjon om slike gevinster.

Uttalelser fra fagforeningene

Den norske legeförening, Sykehjemsetatens leger

Foreningen uttalte blant annet at det hadde blitt mer standardiserte rutiner utarbeidet i en felles kvalitetsavdeling. Det hadde også blitt etablert et bedre nettverk blant legene med felles møter og kollegialt fellesskap.

Norsk Sykepleierforbund Oslo

Sykepleierforbundet i Oslo uttalte blant annet at det var grunn til å anta at det var økonomisk besparende å gjøre innkjøp samlet for hele etaten. Det at sykehjemmene var organisert under ett, gjorde det enklere å fordele kompetanse og å bruke hverandres ressurser der det var behov. Etaten hadde medvirket til at det var mer enhetlig kvalitetsarbeid ved sykehjemmene.

Sykepleierforbundet i Oslo uttalte at ansettelsesprosesser tok lang tid som en følge av sentral ansettelsesmyndighet, og i tilfeller der arbeidsavtaler ble sendt ut for sent, var det en fare for å miste aktuelle kandidater.

En stor organisasjon som Sykehjemsetaten gjorde at forankringen i ytterste ledd kunne bli svak, det opplevdes å være "langt opp til ledelsen".

Ergoterapeutene, avdeling Sykehjemsetaten

Ergoterapeutene uttalte blant annet at det var opprettet en rekke kvalitetssikringstiltak i form av føringer for det utøvende arbeidet, for prioriteringer og for journalføring. Dette bidro til at pasientene/beboerne fikk så lik behandling som mulig.

Når det gjaldt innkjøp av tekniske hjelpemidler til alle sykehjemmene, ble dette styrt og utført sentralt i samråd med fagpersoner. Produktene ble kjøpt inn i store kvanta. Ergoterapeutenes inntrykk var at pris ble vektlagt tungt framfor ergonomisk funksjonalitet for de ansatte. Service var uteblitt, og det førte til at mange hjelpemidler hadde kort levetid og ble stående med mangler. Lokale forhold, som baderomsfasiliteter, kunne føre til ulike krav til hjelpemidlene, og dette ble ikke tatt i betraktning.

Norsk Fysioterapeutforbund

Fysioterapeutforbundet uttalte blant annet at det var vanskelig å peke på fordeler eller ulemper ved stordrift. Når det gjaldt vaktmestertjenesten, ble det ofte mye lengre ventetid, og dette burde effektiviseres.

Fysioterapeutforbundet uttalte også at GAT-systemet ikke utnyttet godt nok. Permisjonssøknader måtte sendes både i papirform og i GAT-systemet. Lederne kunne gi en anbefaling på papirsøknaden, som så måtte sendes til institusjonssjefen, som til slutt tok stilling til det nærmeste leder har anbefalt. Ansatte måtte også dokumentere i etterkant at de virkelig hadde vært på legetimen som det var søkt permisjon for. Dette var en tidstyv.

Fysioterapeutforbundet mente at anskaffelser burde ligge lokalt. Det var blitt investert i tekniske hjelpemidler til alle sykehjemmene. Anskaffelsene hadde blitt styrt og gjennomført sentralt i etaten, i samråd med fagpersoner. Produktene ble kjøpt inn i store kvanta. Det virket som om pris ble vektlagt mer enn ergonomisk funksjonalitet for de ansatte. Ansatte opplevde at flere av hjelpemidlene som kom, ikke var ønsket i utgangspunktet, eller det kunne være at det var noe annet de hadde behov for. Service var utelatt, og det førte til at mange hjelpemidler hadde kort levetid og ble stående med mangler. Lokale forhold førte til ulike behov for hjelpemidler, og det ble ofte ikke tatt med i betraktningen ved anskaffelser av nye hjelpemidler.

Har bekymringene ved etatsopprettelsen slått til?

Prisen på sykehjemsplassene og byråkratisering

I forbindelse med opprettelsen av Sykehjemsetaten ble det uttrykt bekymring for at en etatsopprettelse skulle føre til dyrere sykehjemsplasser, mindre kostnadseffektiv drift av sykehjemmene, “beslagleggelse” av midler fra selve sykehjemstilbudet og byråkratisering.

Bystyret fastsetter årlig prisen på sykehjemsplassene i forbindelse med budsjettbehandlingen. De ulike plassene har ulik grad av prissubsidiering, dette for å bidra til å sikre at bydelene ved behov etterspør plasser med relativt høye driftskostnader. Dette innebærer at prisene bydelene betaler for de ulike typene av sykehjemsplasser, er forskjellige fra kostnadene for plassene.

Som nevnt i kapittel 2.5.3 er det fremmet et forslag om ny pris- og finansieringsmodell. Bakgrunnen for dette var blant annet ønske om full utnyttelse av plassene, gjennom virkemidler som blant annet enhetspris på langtidsplasser og at Sykehjemsetaten overtar ansvaret for å vurdere pasienters omsorgsbehov etter at de har fått fast langtidsplass på sykehjem. I budsjettet for 2014 ble det blant annet vedtatt at bestilling av korttidsplasser ut over en bloc, spot-plasser, skulle prises 10 prosent høyere enn en bloc-plassene. Dette for å bidra til at bydelene i større grad bestiller i henhold til behovet for korttidsplasser i hovedbestillingen.

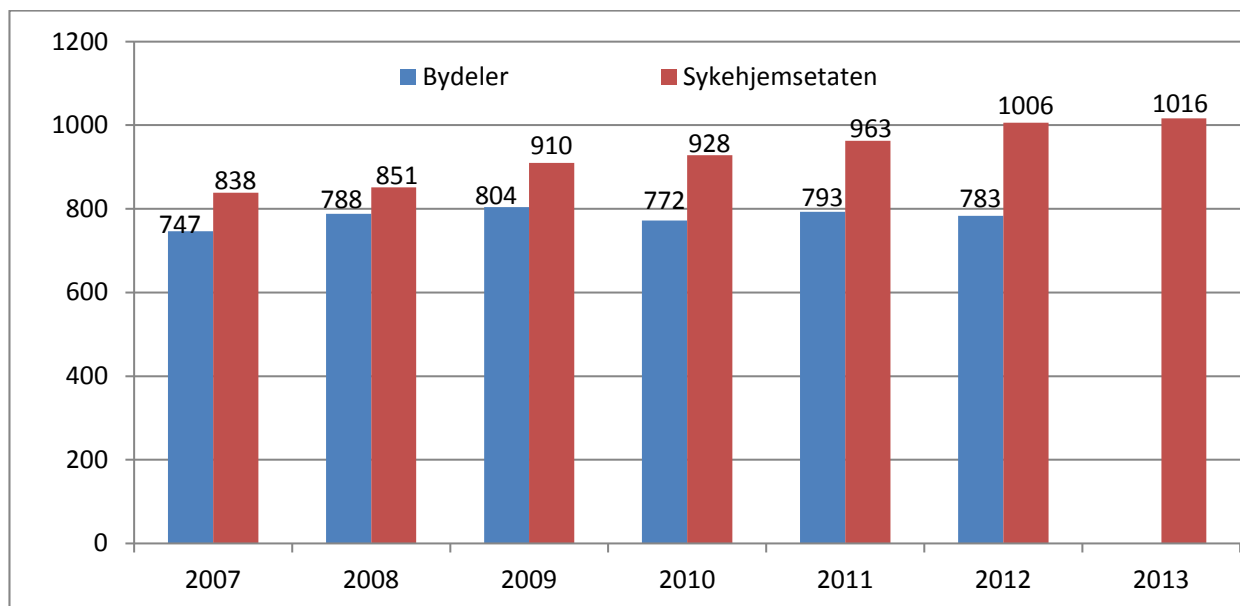
I det følgende skal vi se nærmere på pris- og utgiftsutviklingen på sykehjemsplassene i Oslo kommune i perioden 2007–2013 samt utgiftsutviklingen i Oslo sammenliknet med andre storbykommuner i Norge.

I rapport 20/2012 påpekte Kommunerevisjonen at en sammenlikning av hvordan priser og kostnader per sykehjemsplass hadde utviklet seg før og etter opprettelsen av Sykehjemsetaten i 2007, var komplisert. Dette fordi de tilgjengelige årlige pris- og kostnadsberegningene ikke var direkte sammenliknbare før og etter 2007. Usikkerheten knyttet seg til både FDV-kostnadene (forvaltning, drift og vedlikehold) og kategorisering av type plasser. Et av usikkerhetsmomentene som ble nærmere beskrevet i Kommunerevisjonens rapport 18/2009, var at bydelene før sykehjemsreformen hadde ulik praksis for kategorisering av sykehjemstilbudet, det vil si 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. Kvaliteten på dataene hadde imidlertid bedret seg, ifølge avdelingsdirektøren for økonomi i Sykehjemsetaten.

Figur 4 viser utviklingen i utgifter per sykehjemsplass for bydelene og Sykehjemsetaten for perioden 2007–2013. Utgiftstallene for bydelene for 2013 forelå ikke på undersøkelsestidspunktet. Utgifter per sykehjemsplass for bydelene viser det bydelene i gjennomsnitt betaler for en sykehjemsplass. Denne prisen er politisk bestemt.²⁸ Utgifter per sykehjemsplass for Sykehjemsetaten viser etatens driftsutgifter delt på antallet sykehjemsplasser i drift, eksklusive utenbys sykehjemsplasser. Alle utgiftstallene er prisjustert til 2012-nivå basert på Statistisk sentralbyrås konsumprisindeks.

²⁸ Hvert år bestemmes prisene for de ulike typer sykehjemsplasser av bystyret.

Figur 4 Utgift per sykehjemsplass for bydelene og Sykehjemsetaten, 2007–2013. I 1000 kroner – inflasjonsjusterte tall



Note: Bydelens utgifter er hentet fra Utviklings- og kompetanseetaten (UKE): Bydelsstatistikk: *Nøkkeltall for pleie og omsorg for 2007 til 2012* og Sykehjemsetatens årsberetninger for 2007–2013. Utgiftstallene for Sykehjemsetaten er hentet fra etatens årsberetninger for årene 2007–2013, kapittel 3.1 Driftsregnskap – sum driftsutgifter. Antallet sykehjemsplasser for årene 2009–2013 er hentet fra tabellen over nøkkeltall i årsberetningene. For 2012 og 2013 er antallet utenbys sykehjemsplasser trukket fra det totale antallet plasser i årsberetningene (henholdsvis 134 og 87 plasser). Antallet plasser for 2007 er hentet fra fotnoten i tabell 3, hvor det står at antallet plasser totalt var 4795. Antallet plasser for 2008 er hentet fra tabell 1 i årsberetningen, totalt heldøgns sykehjemsplasser i drift etter 01.01.2007, 4684 plasser. Utgiftstallene er prisjustert til 2012-nivå med Statistisk sentralbyrås konsumprisindeks.

Gjennomsnittsprisen for bydelene hadde økt fra 747 000 kroner per plass i 2007 til 783 000 kroner i 2012, justert for inflasjon. Det tilsvarte en økning på 4,8 prosent. Den nominelle prisøkningen var på 16 prosent i perioden. I samme periode økte gjennomsnittsutgiftene for Sykehjemsetaten per plass fra 838 000 kroner til 1 006 000 kroner, hvilket tilsvarer en økning på 20,1 prosent. Tar vi med tallene for 2013, var økningen på 21 prosent. Utgiftstallene var prisjustert til 2012-tall, det vil si at tallene var sammenliknbare med hverandre. Den nominelle utgiftsøkningen var i perioden 2007–2013 på 37 prosent.

Det vil være mange faktorer som kan forklare utgiftsøkningen i denne seksårsperioden. Ifølge Sykehjemsetaten hadde blant annet følgende forhold vært viktige: økte pensjonsutgifter, flere spesialiserte og dyrere plasser, økning i tjenestens kvalitet i form av for eksempel økt andel beboere i enerom, bedre fysioterapi-, lege- og pleiedekning, økning i bemanningens kompetanse, etc. Disse faktorene er ikke hensyntatt i figur 4, og kan isolert sett ha bidratt til økte driftskostnader per sykehjemsplass.

Tabell 22 gir en oversikt over kostnadsutviklingen for sykehjemsplasser for perioden 2011–2013 for Oslo sammenliknet med ASSS-nettverket inklusive Oslo. ASSS-nettverket består av de ti største kommunene i landet.

Tabell 22 Brutto driftsutgifter per plass i institusjon for Oslo og ASS-nettverket, 2011–2013

	Oslo kommune	Gjennomsnitt	Høyest	Lavest
2011	986 327	943 189	1 062 949	799 741
2012	994 310	1 010 671	1 099 056	830 226
2013	1 085 762	1 031 431	1 085 762	862 723
2011–2013	10,1 %	9,4 %	2,2 %	7,9 %

Note: Beregnet ved hjelp av følgende formel: (Brutto driftsutgifter institusjon funksjonene 253 + 261) / (plasser institusjon inklusive barne- og avlastningsboliger, korrigert for utleie). Kilde er kommunerapporter for Oslo kommune for ASSS-nettverket 2011–2013. Oslo er inkludert i gjennomsnittstallene.

Tabell 22 viser at Oslo kommunes utgifter til institusjonsplasser lå noe over gjennomsnittet i ASSS-nettverket (Oslo inkludert) i perioden 2011–2013. I 2013 hadde Oslo kommune de høyeste utgiftene. Økningen i driftsutgifter per plass var litt høyere i Oslo kommune enn gjennomsnittet i nettverket. Tallene var ikke helt sammenliknbare med kostnadstallene over (jf. tabell 22) blant annet fordi ASSS-tallene også omfattet barne- og avlastningsboliger. Det var noe usikkerhet knyttet til tallene, blant annet fordi kommunene kan ha ulik praksis for å registrere grunnlagstallene for indikatorene.

Tabell 23 gir en oversikt over utgiftsutviklingen i Sykehjemsetatens sentrale administrasjon fra 2007 til 2013. Vi har også sett på forholdstallet mellom utgiftene til etatens sentrale administrasjon og etatens totale driftsutgifter.

Tabell 23 Utvikling i utgiftene til sentraladministrasjonen i Sykehjemsetaten

	Utgifter til sentraladministrasjonen	Administrasjonsutgiftenes andel av driftsutgifter Sykehjemsetaten
2007	25,8 mill.	0,73 %
2008	36,8 mill.	0,96 %
2011	62,2 mill.	1,43 %
2013	64,6 mill.	1,35 %
Endring 2008-2013	+ 27,8 mill.	76 %

Note: Utgiftene til etatens sentrale administrasjon er basert på følgende koststeder: 55000, 55003, 55005, 55008, 55011, 55016, 55020, 55024, 55028, 55029 og 55033. Administrasjonsutgiftenes andel av totale driftsutgifter for Sykehjemsetaten er basert på Sykehjemsetatens totale driftsutgifter som rapportert i etatens årsberetning for 2007, 2008, 2011 og 2013.

Tabell 23 viser at administrasjonsutgiftene, slik vi har beregnet dem, hadde økt fra 36,8 mill. kroner i 2008 til 64,6 mill. kroner i 2013. Administrasjonsutgiftene utgjorde i 2008 0,96 prosent av etatens totale driftsutgifter, i 2013 utgjorde de 1,35 prosent. Etaten hadde i 2013 driftsutgifter på ca. 4,8 mrd. kroner.

Et annet uttrykk for utviklingen i administrasjonens størrelse er antallet ansatte. Sykehjemsetaten hadde ikke en nøyaktig oversikt over antallet hele stillinger i etatens sentrale administrasjon for de første årene etter etatsopprettelsen. Imidlertid hadde etaten en oversikt over budsjetterte stillinger ved årets begynnelse.²⁹ I 2007 hadde sentraladministrasjonen 42 budsjetterte stillinger, mens tallet var økt til 52,2 stillinger i 2014. I 2012 var antallet budsjetterte stillinger i administrasjonen på sitt

²⁹ Hovedverneombud og fagforeningsansatte er ikke inkludert i disse tallene.

høyeste, da var det budsjettert med 57,6 stillinger. Forholdstallet mellom antallet institusjonsplasser og budsjetterte stillinger i sentraladministrasjonen viste at etaten hadde 8,7 budsjetterte stillinger per 1000. heldøgns plass i 2007 og 11,2 stillinger per 1000. heldøgns plass i 2014. Forholdstallet mellom antallet institusjonsplasser og budsjetterte stillinger i sentraladministrasjonen viser at etaten hadde 8,7 budsjetterte stillinger i sentraladministrasjonen per 1000. heldøgns plass i 2007, og 11,2 stillinger per 1000. heldøgns plass i 2014.³⁰

Uttalelser fra bydelsadministrasjonene

Sju bydeler kommenterte prisene på sykehjemsplasser. Seks bydeler ga uttrykk for at plassene var blitt dyrere etter at Sykehjemsetaten overtok driften av dem, og én bydel mente at plassene ikke var blitt dyrere. De øvrige åtte bydelene kommenterte ikke eksplisitt hvorvidt de mente at plassene var blitt dyrere eller ikke.

Bydelene framhevet i sine svar en del temaer knyttet til kostnadene ved sykehjemsplassene. Noen bydeler kommenterte at prisene for sykehjemsplasser var subsidiert, og at det derfor var vanskelig å vurdere om etatsorganiseringen hadde ført til dyrere plasser. Enkelte bydeler kommenterte at Sykehjemsetaten var i en monopolsituasjon, og at bydelene var bundet til å kjøpe sykehjemsplasser av etaten, at bydelene ikke hadde innflytelse på prisen på plassene, samt at bydelen ikke selv kunne anskaffe eller etablere egne tilbud.

Flere bydeler påpekte at praksisen med individbaserte kontrakter for ressurskrevende brukere, med krav om tilleggsbetaling, var uheldig. Det ble pekt på at ordningen var administrativt ressurskrevende og byråkratiserende, samtidig som den nærmest kunne være konfliktskapende. Det ble i den forbindelse også pekt på at Sykehjemsetaten var i en monopolsituasjon, og at bydelene ikke kunne komme i reelle forhandlinger med etaten om tilleggskontraktene.

Bydelene uttalte at de hadde fått større forutsigbarhet knyttet til kostnader ved sykehjemsplasser etter opprettelsen av Sykehjemsetaten. Behovet for sykehjemsplasser kunne imidlertid variere, og dette kunne påføre bydelene kostnader som de ikke hadde budsjettert med. Flere bydeler uttalte at tilbudet som lå i de ulike plassene, var blitt så standardisert at flere brukere hadde behov for mer enn det som lå i standarden. Bydelene pekte på at de stadig oftere måtte betale for ekstratjenester, noe som skapte økonomisk uforutsigbarhet. En bydel uttalte at det nåværende prissystemet var komplekst, og at det stadig var endringer i dette, og at det derfor var vanskelig for bydelen å budsjettere korrekt.

Kun noen få bydeler uttalte seg om hvorvidt opprettelsen av Sykehjemsetaten hadde ført til økt byråkratisering. Enkelte bydeler mente at det hadde blitt økt byråkratisering på noen områder, og at det var redusert på andre områder. To bydeler viste til at det tidligere var en del byråkrati i forbindelse med kjøp og salg av sykehjemsplasser mellom bydelene, og at systemet for kjøp av sykehjemsplasser av etaten var mindre byråkratisk.

Uttalelser fra bydelsutvalgene

Alle utvalgene som kommenterte prisen på sykehjemsplasser, mente at prisen hadde økt. Bydel Ullern uttalte at kostnaden ved plassene hadde økt betydelig ut over pris- og lønnsveksten, uten

³⁰ Beregningen omfatter heldøgns institusjonsplasser inkludert aldersplasser. Utenbys plasser er ikke inkludert, da vi ikke har nøyaktige tall for 2007. Dersom utenbys plasser var inkludert, ville forholdstallet reduseres marginalt med ca. 0,3 for begge år (det vil si til 8,4 og 10,9 for henholdsvis 2007 og 2014).

at de dermed hadde sett tilsvarende økning i kvalitet. På grunn av subsidieringen hadde likevel ikke bydelens kostnader økt tilsvarende mye. Bydelsutvalget i Bydel Grünerløkka uttalte at omorganiseringen hadde vært kostnadsdrivende og hadde ført til et topptungt byråkrati, mens bydelsutvalget i Bydel Vestre Aker uttalte at Sykehjemsetaten syntes å ha vokst langt ut over hva som var forventet ved omorganiseringen. Bydelsutvalget i Bydel Frogner påpekte at antallet administrativt ansatte ikke hadde gått ned siden reformen.

Uttalelser fra fagforeningene

Sykehjemsetatens legeförening uttalte at dagens organisering hadde fordyret sykehjemsplassene. Sykepleierforbundet Oslo uttalte at de mottok hyppige tilbakemeldinger om at pasienter ble tilbudt feil plasser fordi bydelene ikke ønsket å betale for spesialplasser. Forbundet mente det primært burde tilstrebes minst mulig prisforskjell mellom spesialplasser og ordinære plasser. Norsk fysioterapeutforbund mente at terskelen for å få sykehjemsplass var blitt høyere, og at økonomiske hensyn og knapphet på korttids- og langtids plasser styrte denne prosessen.

Sykehjemsetatens legeförening, Fysioterapeutforbundet og Ergoterapeutene ga uttrykk for at økte krav til dokumentasjon, rapportering mv. gikk på bekostning av tid til pasientene. Sykehjemsetatens legeförening uttalte for eksempel at Sykehjemsetaten representerte et ekstra byråkratisk ledd, og at administrasjonen i Sykehjemsetaten stjal mye tid blant annet fra institusjonssjefene og avdelingslederne, og at mye arbeid ikke var direkte pasientrettet. Ergoterapeutene og Fysioterapeutforbundet uttalte at de i økende grad var bundet til å imøtekomme søknadskontorenes krav til informasjon knyttet til å forvalte rehabiliterings- og korttids plassene. Dette var tidkrevende og tok opp deres kapasitet fra pasientene.

Samarbeid og sammenhengen i tiltakskjeden

Ved opprettelsen av Sykehjemsetaten ble det uttrykt bekymring for at bydelene skulle miste sammenhengen i tiltakskjeden og det gode samarbeidet i bydelene (mellom bestillerkontor, hjemmetjeneste, korttids-, rehabiliterings- og langtids plasser på sykehjemmene spesielt). Dette kunne bidra til å hindre realiseringen av LEON-prinsippet – laveste effektive omsorgsnivå. Videre var det bekymring for at sykehjemmene ville få mindre fleksibilitet.

I det følgende vil vi se hvordan samarbeid og sammenhengen i tiltakskjeden ble vurdert av ulike aktører. Vi skal først se på institusjonsledernes oppfatning av samarbeidet med bydelene, se tabell 24.

Tabell 24 Institusjonslederens vurdering av samarbeidet mellom sykehjemmene og bydelene – i prosent

Spørsmål	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad
I hvilken grad opplever du at sykehjemmets samarbeid med bestillerkontorene i bydelene fungerer tilfredsstillende? (N = 45)	35,6	51,1	13,3
I hvilken grad opplever du at sykehjemmets samarbeid med bydelenes hjemmetjenester fungerer tilfredsstillende?* (N = 31)	35	55	10

Note: Kilde er Kommunerevisjonens spørreundersøkelse til institusjonsledere. * 31,1 prosent, det vil si 14 respondenter, oppga at det var for lite samarbeid med hjemmetjenesten til at de kunne vurdere det.

Tabell 24 viser at ca. en tredjedel av institusjonslederne vurderte samarbeidet med bestillerkontorene som i stor grad tilfredsstillende, mens 13 prosenten svarte “i liten grad”. Videre svarte ca. en tredjedel av institusjonslederne at de opplevde samarbeidet med bydelenes hjemmetjenester i stor grad som tilfredsstillende, mens 10 prosenten svarte “i liten grad”.

I spørsmålssettet til alle institusjonslederne i Oslo hadde vi følgende påstand: *Jeg opplever at sykehjemmet får tilfredsstillende dokumentasjon/informasjon fra bydelene om pasientene ved innleggelse.* 20 prosent av respondentene var helt enig i påstanden, og 51,1 prosent var delvis enig, mens 26,7 prosent var delvis uenig, og 2,2 prosent var helt uenig.

Tabell 25 oppsummerer bestillerkontorenes svar på spørsmål knyttet til samhandling og dialog mellom kontorene og Sykehjemsetaten.

Tabell 25 Bestillerkontorenes vurdering av samhandlingen og dialogen med Sykehjemsetaten (N = 15) – i prosent og antall i parentes

Spørsmål	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad
I hvilken grad opplever du at Sykehjemsetaten tilrettelegger for nødvendig dialog og samhandling med bestillerkontoret?	26,7% (4)	66,7% (10)	6,7% (1)
I hvilken grad er dialogen tilfredsstillende mellom Sykehjemsetaten og bydelen/bestillerkontoret om behov for endringer i sykehjemstilbudet generelt?	13,3% (2)	53,3% (8)	33,3% (5)
I hvilken grad etterspør Sykehjemsetaten bestillerkontorets/bydelens erfaringer med og synspunkter på kvalitetsforhold ved sykehjemstjenestene?*	0	33,3% (5)	60,0% (9)
I hvilken grad opplever du at bestillerkontorets samarbeid med sykehjemmene alt i alt fungerer tilfredsstillende?	26,7% (4)	73,3% (11)	0

Note: Kilde er Kommunerevisjonens spørreundersøkelse til bestillerkontorene. * Et svaralternativ var også “vet ikke”. 6,7 prosent svarte dette.

Tabell 25 viser at fire bestillerkontor svarte at Sykehjemsetaten i stor grad tilrettela for nødvendig dialog og samhandling med bestillerkontorene. Ett bestillerkontor svarte “i liten grad”. To bestillerkontor svarte at dialogen med etaten om behov for endringer i sykehjemstilbudet i stor grad var tilfredsstillende. Her svarte fem bestillerkontor at dialogen om dette i liten grad var tilfredsstillende. Ingen bestillerkontor svarte at Sykehjemsetaten i stor grad etterspurte bestillerkontorets/bydelens erfaringer med og synspunkter på kvalitetsforhold ved sykehjemstjenestene. På dette spørsmålet svarte ni bestillerkontor at dette i liten grad var tilfelle. Fire bestillerkontor svarte at samarbeidet med sykehjemmene alt i alt i stor grad fungerte tilfredsstillende. Ingen benyttet svaralternativet “i liten grad” på dette spørsmålet.

Tabell 26 oppsummerer hjemmetjenestenes svar på spørsmål om samarbeidet med sykehjemmene.

Tabell 26 Hjemmetjenestens vurdering av samarbeidet med sykehjemmene (N = 15) – i prosent og antall i parentes

Spørsmål	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad
I hvilken grad fungerer samarbeidet mellom hjemmetjenesten og sykehjemmene om brukere som får vedtak om langtidsplass, tilfredsstillende?	20,0% (3)	66,7% (10)	13,3% (2)
I hvilken grad fungerer samarbeidet mellom hjemmetjenesten og sykehjemmene om brukere som har vedtak om korttids- eller rehabiliteringsopphold, tilfredsstillende?	26,7% (4)	60,0% (9)	13,3% (2)

Kilde: Kommunerevisjonens spørreundersøkelse til hjemmetjenestene.

Tabell 26 viser at tre hjemmetjenester svarte at samarbeidet med sykehjemmene om brukere som fikk langtidsplass, i stor grad fungerte tilfredsstillende. To hjemmetjenester svarte “i liten grad” på spørsmålet. Fire hjemmetjenester svarte at samarbeidet med sykehjemmene om brukere som hadde vedtak om korttids- eller rehabiliteringsopphold, i stor grad fungerte tilfredsstillende. To hjemmetjenester benyttet svaralternativet “i liten grad” på dette spørsmålet.

Kommunerevisjonen stilte også spørsmål til hjemmetjenestene om de opplevde å få tilfredsstillende dokumentasjon/informasjon ved utskrivning fra sykehjem. Fire hjemmetjenester svarte at dette i stor grad var tilfelle, mens fire hjemmetjenester svarte “i liten grad” på spørsmålet. Vi ba også hjemmetjenesten om eventuelt å komme med utdypende kommentarer om samarbeidet. Et par hjemmetjenester ga uttrykk for at de var fornøyd med samarbeidet. Noen hjemmetjenester ga uttrykk for at det enkelte ganger kunne være mangler ved dokumentasjonen fra sykehjemmene, dette gjaldt særlig at medisinlistene ikke var oppdatert.

Vi stilte spørsmål til bestillerkontorene og hjemmetjenestene om Sykehjemsetatens fleksibilitet i tilbudet av ulike plasser. Svarene er oppsummert i tabell 27 og 28.

Tabell 27 Bestillerkontorenes vurdering av Sykehjemsetatens fleksibilitet i tilbudet av plasser (N = 15) – i prosent og antall i parentes

Spørsmål	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad
I hvilken grad tilbyr Sykehjemsetaten spesialiserte sykehjemsplasser med tilstrekkelig fleksibilitet i henhold til brukernes behov?	33,3% (5)	40,0% (6)	26,7% (4)
I hvilken grad tilbyr Sykehjemsetaten ordinære langtidsplasser med tilstrekkelig fleksibilitet i henhold til brukernes behov?	26,7% (4)	46,7% (5)	26,7% (4)

Kilde: Kommunerevisjonens spørreundersøkelse til bestillerkontorene.

Tabell 27 viser at en tredjedel av bestillerkontorene svarte at Sykehjemsetaten i stor grad tilbød spesialiserte sykehjemsplasser med tilstrekkelig fleksibilitet i henhold til brukernes behov. Fire bestillerkontor svarte her at dette i liten grad var tilfelle. Fire bestillerkontor svarte at Sykehjemsetaten i stor grad tilbød Sykehjemsetaten ordinære langtidsplasser med tilstrekkelig fleksibilitet i henhold til brukernes behov. Fire bestillerkontor svarte “i liten grad”.

Tabell 28 Hjemmetjenestens vurdering av Sykehjemsetatens fleksibilitet i tilbudet av plasser – i prosent og antall i parentes

Spørsmål	I stor grad	Til en viss grad	I liten grad
I hvilken grad tilbyr sykehjemmene korttidsplasser med tilstrekkelig fleksibilitet i bruken av plasser, etter din vurdering? (N = 13)	15,4 % (2)	38,5 % (5)	46,2 % (6)
I hvilken grad tilbyr sykehjemmene langtidsplasser med tilstrekkelig fleksibilitet i bruken av plasser, etter din vurdering? (N = 10)	10 % (1)	60 % (6)	30 % (3)

Note: Kilde er Kommunerevisjonens spørreundersøkelse til hjemmetjenestene. De som svarte “vet ikke”, er tatt ut av tabellen.

Tabell 28 viser at to hjemmetjenester svarte at sykehjemmene i stor grad tilbød korttidsplasser med tilstrekkelig fleksibilitet i bruken av plasser. Seks hjemmetjenester svarte “i liten grad”. En hjemmetjeneste svarte at sykehjemmene i stor grad tilbød langtidsplasser med tilstrekkelig fleksibilitet i bruken av plasser. Tre hjemmetjenester svarte “i liten grad” på spørsmålet.

Uttalelser fra bydelsadministrasjonene

Et par bydeler påpekte at bydelene var kundene til Sykehjemsetaten – de kjøper plassene og godkjenner hvem som skal bo i de ulike tilbudene. Bydelen ønsket å bli spurt til råds når det gjaldt kvalitet og innhold i de ulike sykehjemmene. Bydelen pekte i den forbindelse på at søknadskontorene hadde god oversikt over kvaliteten og forbedringsområdene på de ulike avdelingene og institusjonene.

Fem bydeler uttalte at de ikke hadde mistet sammenhengen i tiltakskjeden, mens to bydeler mente at sammenhengen i tiltakskjeden var redusert. Øvrige bydeler kommenterte ikke direkte dette spørsmålet.

Flere bydeler uttalte at korttids- og rehabiliteringsavdelingen “holdt på” brukerne lenger enn nødvendig, og at sykehjemmene manglet insentiver til å få brukerne raskt hjem. En bydel sa det slik: *Bydelen og bestillerkontoret har egne målsettinger og ønsker for hvordan vi vil at sykehjemmet skal utøve pleie og omsorg. Bydelen opplever derimot at det ikke alltid er like enkelt å påvirke hvilken tjeneste bydelens brukere får når vi kjøper en sykehjemsplass. Dette kommer kanskje tydeligst frem ved korttidsavdelingene, hvor bydelen mener at sykehjemmene må ha større fokus på at det er en korttidsavdeling hvor målet er å reise hjem.*

Flere bydeler tok til orde for at fleksibiliteten i bruken av sykehjemsplassene var redusert. Det ble for eksempel framhevet at bydelene tidligere hadde mulighet for å forvalte personalressursene og sykehjemsplassene i perioder med utvidet behov.

Uttalelser fra bydelsutvalgene

Tre bydelsutvalg hadde kommentarer til samarbeid og sammenhengen i tiltakskjeden. Bydelsutvalget i Bydel Grünerløkka uttalte at bydelen hadde mistet det tette samarbeidet mellom hjemmetjenestene og sykehjemmet. Bydelsutvalget i Bydel Nordstrand uttalte at bydelen ikke lenger kunne se hele tiltakskjeden i sammenheng for brukerne, mens bydelsutvalget i Bydel Vestre Aker uttalte at bydelen var fratatt muligheten for effektiv samdrift av bydelens tilbud.

Lokaldemokrati og nærhet til brukerne og tjenesteapparatet

Ved opprettelsen av Sykehjemsetaten ble det uttrykt bekymring for at bydelssystemet og lokaldemokratiet ville bli svekket ettersom viktige oppgaver ble tatt fra bydelene. Det var videre bekymring for at nærheten til brukerne og tjenesteapparatet ville bli svekket ved at viktige beslutninger vedrørende tjenestetilbudet ble sentralisert.

Vi skal i det følgende se hvordan bydelene vurderte dette.

Uttalelser fra bydelsadministrasjonene

Kommunerevisjonen stilte ikke bydelsadministrasjonene direkte spørsmål om opprettelsen av Sykehjemsetaten hadde ført til en svekkelse av bydelssystemet og lokaldemokratiet. Enkelte bydeler viste likevel til at etatsoppsettelsen hadde medført større avstand mellom tilsynsutvalg/bydelsutvalgene og sykehjemmene, og at bydelene ikke lenger hadde beslutningsmyndighet over sykehjemmene.

Uttalelser fra bydelsutvalgene

De fleste bydelsutvalgene uttalte at overdragelsen av ansvaret for driften av sykehjem til en sentral etat hadde ført til en svekkelse av bydelssystemet og lokaldemokratiet, eller at det lokalpolitiske handlingsrommet var blitt redusert. Utvalgene pekte på forskjellige forhold i den forbindelse. Bydelsutvalget i Bydel Nordstrand uttalte at avstanden mellom brukerne og beslutningsprosessene var blitt lengre; flere ledd og nivåer ga uklare styringsforhold, og ansvarsforholdene hadde blitt mindre synlige. Flere av bydelsutvalgene uttalte at utvalgene hadde svekkede muligheter til å følge opp tilsynsrapportene, ettersom de var avhengige av at Sykehjemsetaten rettet opp i mangler påpekt i rapportene.

Bydelsutvalget i Bydel Grünerløkka uttalte at utvalgenes mulighet til å følge opp rapportene fra tilsynene hadde blitt svekket. I stedet for at utvalget kunne fatte vedtak som bydelen var bundet av, var utvalget nå avhengig av Sykehjemsetaten. I mange tilfeller ville Sykehjemsetaten uten videre rette opp mangler rapportert av tilsynsutvalgene. Men om det ikke skjedde, hadde ikke bydelene noen sanksjonsmidler. Da kunne man ende opp med to etater som diskuterte med hverandre, og hvor byrådet eventuelt måtte skjære igjennom ved større uenigheter.

Bydelsutvalget i Bydel Østensjø ga uttrykk for at bydelen før omorganiseringen hadde ansvar både for bygningene og for driften av sykehjemmene. Da kunne bydelen stilles til ansvar for sykehjemmene av innbyggerne. Etter omorganiseringen lå ansvaret hos bystyret, noe som innebar en svekkelse av innbyggernes mulighet til å holde politikerne ansvarlige. I bystyret kunne ikke innbyggerne møte opp til "åpen halvtime" som i bydelsutvalgene. Utvalget påpekte også at rapportene fra tilsynsutvalget ikke gikk til bystyret, som nå hadde ansvar for sykehjemmene, men til bydelsutvalgene.

Vedlegg 4 Uttalelsene til rapporten



Oslo kommune
Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Kommunerevisjonen
Grenseveien 88
0663 OSLO

Dato: 09.01.2015

Deres ref:
14/01134-1

Vår ref (saksnr):
201402051-6

Saksbeh:
Eva Graziano, 23461506

Arkivkode:
126

RAPPORT TIL UTTALELSE - OSLO KOMMUNES ORGANISERING AV SYKEHJEMSTJENESTER

Det vises til rapport om Oslo kommunes organisering av sykehjemstjenester av 02.12.2014, mottatt til uttalelse. Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester (EST) svarer først på de spørsmålene dere har stilt og kommer med ytterligere kommentarer i etterkant.

Byrådsavdeling for eldre og sosial tjenester har følgende svar på spørsmålene:

- 1. Har informasjonen om prosjektets vært tilstrekkelig klar?*
Prosjektets hensikt har vært tilstrekkelig klar.
- 2. Har byråden kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?*
Vi har ingen kommentar til dette.
- 3. Har byråden kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for rapportens vurderinger og konklusjoner? I tilfelle hvilke?*
Vi har ingen kommentar til dette.
- 4. Hva er byrådets samlede vurdering av rapportens vurderinger og konklusjoner?*
Rapporten vurderes som en grundig og nyttig gjennomgang av Oslo kommunes organisering av sykehjemstjenester.
- 5. Vil byråden vurdere eller iverksette tiltak på bakgrunn av rapporten, rapportens vurderinger, konklusjoner og anbefaling? I tilfelle hvilke?*
Det er, slik det også fremgår av rapporten, flere pågående endringsprosesser på områdene som er omfattet av revisjonen. Det videre utvikling og organisering av sykehjemstilbudet i Oslo kommune, herunder dialog og samhandling mellom Sykehjemsetaten og bydelene om innholdet og kvaliteten i sykehjemstilbudet, vil bli fulgt opp av byrådsavdelingen i styringsdialogen med Sykehjemsetaten.
- 6. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av eventuelle tiltak?*

Byrådsavdeling for eldre og
sosiale tjenester

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

Styringsdialogen skjer forløpende.

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

Rapporten oppfattes som nyttig.

8. Hvordan vurderes rapportens oppbygging og språkbruk?

Rapportens oppbygging og språkbruk oppfattes om god.

Byrådsavdelingen har ytterligere kommentarer til rapporten:

EST gjør oppmerksom på at det nå er fattet vedtak i sykehjemsfinansieringssaken, verbalvedtak H36/2012 - Byrådssak 166.2 av 24.09.2014.

Videre vil vi bemerke at OPS-modellen for sykehjem gjelder bygg og ikke drift. Organisasjonskartet til Sykehjemsetaten side 17. vil se annerledes ut nå (etter 01.01.2015) når driftsstyrene er nedlagt.

Når man i rapporten bemerker at det har blitt en nedgang i sykehjems plasser over tid (side 26) ville det hensiktsmessig med en oversikt over nedgang i antallet innbyggere over 80 år. En ytterligere presisering av at Sykehjemsetaten justerer antallet plasser etter behov som meldes fra bydelene kunne vært klargjørende. Bydelenes behov for sykehjems plasser reguleres av innbyggernes helse og alder.

Under avsnittet Sentralisert ansvar for sykehjemsdriften (side 43) kunne det vært klargjort at ansvaret for Omsorgsbygg tilhører byråd for kultur og næring.

Avslutningsvis gjør vi oppmerksom på at det vil bli foretatt en evaluering av hvordan konkurranseutsetting i sykehjemssektoren har fungert.

Med hilsen

Endre Sandvik
kommunaldirektør

Elisabeth Vennevold
pleie- og omsorgssjef

Godkjent og ekspedert elektronisk



Oslo kommune
Sykehjemsetaten
 Administrasjonen

Kommunerevisjonen i Oslo
 Grenseveien 88
 0663 OSLO

Unntatt offentlighet
 Offl §13 nr.1 Komm.l. §78 nr.7

Deres ref:	Vår ref (saksnr):	Saksbeh:	Dato: 18.12.2014
14/01134-2	201400390-3	Heidi Engelund/ Sveinung Lervåg, 23 43 30 74	Arkivkode: 126.2

RAPPORT TIL UTTALELSE: OSLO KOMMUNES ORGANISERING AV SYKEHJEMSTJENESTER

Sykehjemsetaten viser til brev av 02.12.2014 vedlagt rapport til uttalelse fra Kommunerevisjonens forvaltningsrevisjon «Oslo kommunes organisering av sykehjemstjenester».

Sykehjemsetaten vil innledningsvis påpeke følgende konkrete feil/misforståelser i rapporten som beklageligvis ikke ble fanget opp ved vårt første tilsvarende.

Side 17: «Sykehjemsetatens driftsregnskap for årene 2007 og 2008 viste at etaten de to første årene hadde et merforbruk. I årene 2009-2013 hadde etaten mindreforbruk. I 2013 var mindreforbruket på nær 130 mill. kroner, korrigert for ubrukte øremerkede midler på 14,3 mill. kroner utgjorde dette 2,4 prosent av etatens budsjettramme. Etaten forklarte mindreforbruket blant annet med forsinkelser i fornyelse og anskaffelser av medisinsk utstyr på drøyt 64 mill. kroner og ekstrainntekter på drøyt 34 mill. kroner knyttet til bydelenes dekning av ekstra kostnadskrevenende brukere.»

Årsregnskapet for Sykehjemsetaten for 2013 viste et akkumulert mindreforbruk på nær 130 mill. kroner. Korrigert for ubrukte midler på 14,3 mill. kroner utgjorde dette 2,4 % av etatens driftsramme. Etaten forklarer mindreforbruket bl. a. med tre forhold

1. et akkumulert overførbart overskudd fra perioden 2009 til 2012 på 66,586 mill. kroner som ble overført i Regnskapssaken.
2. etaten fikk i 2013 inntektsført ca. kr 20,7 mill. sykepenge- og svangerskaps-refusjoner for 2012 som følge av at nytt HR-system i 2012 ikke hadde ivaretatt alle krav overfor NAV.
3. etaten ble tilført kr 21,55 mill. ut fra en vurdering om at innstramningen ville gå ut over den daglige pleien for beboerne (i forbindelse med Regnskapssaken for regnskapsåret 2012). Etaten måtte imidlertid spare inn dette på neste års budsjett, prosessene var allerede iverksatt og beløpet ble altså nesten ikke brukt.

Dette forklarer knappe 110 mill. kroner av etatens akkumulerte driftsresultat på ca. 115 mill. kroner ved utgangen av 2013.

Pengene skulle bl.a. brukes på fornyelse og anskaffelse av medisinsk utstyr, men dette arbeidet var forsinket.



Sykehjemsetaten
 Administrasjonen

Postadresse:
 Postboks 435, Sentrum
 0103 Oslo

Besøksadresse:
 Nedre Slottsgt. 3

Telefon: 02 180
 Telefaks: 23 43 30 09
 Bankkto.: 1315.01.03295

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

I brevet av 02.12.14 stilles det åtte spørsmål. Disse besvares fortløpende i det videre.

1. Har informasjonen om prosjektet vært tilstrekkelig klar?

Sykehjemsetaten har vært innforstått med forvaltningsprosjektets hensikt. Etaten ble varslet om forvaltningsprosjektet skriftlig, samt at formål, kriterier, metode og framdrift ble gjennomgått i eget møte.

Gjennom revisjonsperioden har det vært jevnlig og god kontakt mellom Kommunerevisjonens prosjektleder og etatens kontaktperson.

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

Sykehjemsetaten mener at valgt metode for revisjonen er relevant. Etaten har bistått med å levere dokumentasjon.

Etaten er av den oppfatning at en høyere grad av presisering, kvantifisering i rapportens kommentarer og vurderinger kunne bidratt til en større bruksverdi. Hvis rapporten hadde tatt sterkere stilling til enkelte av funnene, så kunne dette gitt tydeligere retning på tiltakene i etterkant.

Etter Sykehjemsetatens vurdering har det skjedd en gradvis økning av kvaliteten i Oslo sykehjemmene fra 2007 og fram til i dag. Resultater fra bruker- og pårørendeundersøkelser viser stor grad av fornøydhets. Også tilfredsheten blant etatens medarbeidere er høy. Sykehjemsetaten er i ferd med å bli en synlig aktør og en viktig bidragsyter i fagutvikling innen eldreomsorg og eldremedisin. Vi opplever at vi innfrir og tilfredsstiller de rammebetingelser og måltall som er gitt oss.

Eksempler på en noe upresis formulering er:

Side 22, pkt 2.5.2: «Det ble lagt til grunn at de var de dårligst drevne sykehjemmene som skulle konkurransenutsettes,...»

Sykehjemsetaten mener det er viktig at dette presiseres til «Det ble lagt til grunn at det var sykehjemmene som ble rangert lavest etter de valgte kriteriene som skulle konkurransenutsettes, ...»

Kommunerevisjonen stiller i rapportens pkt 6.3 på side 35, spørsmål om etaten har maktet å implementere aktuelle systemer og rutiner tilfredsstillende. Sykehjemsetaten påpeker at tjenester driftes i tråd med gitte lover, forskrifter og rammebetingelser. Ved innføring av nye systemer og verktøy vektlegges opplæring og forankring i lokal ledelse i det enkelte sykehjem. Tjenestens samlede størrelse og kompleksitet gjør at implementering er krevende. Hvorvidt implementeringen har vært tilstrekkelig har fokus og er under kontinuerlig vurdering.

Sykehjemsetaten vil for øvrig bemerke at Oslo kommunes fag- og journalsystem Gerica ikke primært er utviklet som rapporteringssystem. Etaten opplever systemet som noe mangelfullt på levering av styringsdata på vår produksjon. I denne sammenhengen gir det utslag i at etaten eksempelvis ikke kunne fremskaffe statistikk over eventuelt omfang av brudd på fristen på 14 dager på iverksettingstid fra vedtak (side 27, pkt 3.2.3 og 3.3). Sykehjemsetaten har kontinuerlig dialog med systemeier Helseetaten om videreutvikling av Gerica. For etaten er det svært viktig å ha gode styringsdata fra produksjonen.

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

Sykehjemsetaten mener at revisjonskriteriene er relevante og dekkende og har ingen utdypende kommentarer.

4. Hva er Sykehjemsetatens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefalinger?

Sykehjemsetaten er av den oppfatning av at rapportens konklusjoner og anbefalinger gir et godt grunnlag for videre arbeid.

Sykehjemsetaten merker seg at Kommunerevisjonen anbefaler at det vurderes tiltak med sikte på å styrke dialogen og samhandlingen mellom Sykehjemsetaten og bydelene om den videre utviklingen av innholdet og kvaliteten i sykehjemstilbudet.

Dette er et syn som Sykehjemsetaten deler og det er et område etaten allerede har stort fokus på. Bydelene er etatens kunde i den forstand at bydelene kjøper plassene. Det arbeides på flere nivåer i organisasjonen, både i sykehjem og i administrasjonen, med ytterligere å utvikle og styrke dialogen med bydelene. Sykehjemsetaten vil fortsatt ha høyt fokus på samarbeidet med bydelene.

Etatens planer om å gjøre sykehjem til sterke og selvstendige enheter vil gi økt mulighet til styrket dialog med lokalmiljøet i det enkelte sykehjems geografiske nærhet.

5. Vil Sykehjemsetaten vurdere tiltak, eller iverksette tiltak, på bakgrunn av rapportens vurderinger, konklusjoner og/eller anbefalinger?

Kapasitetsutnyttelse

Bydelene bestiller færre korttids- og rehabiliteringsplasser enn hva det legges opp til i etatens måltall. Sykehjemsetaten er som utfører opptatt av å imøtekomme bydelenes bestillinger og tilpasse seg disse. Dette medfører at måltallene på henholdsvis 15 % og 5 % for korttids- og rehabiliteringsplasser ikke nås.

Samtidig benytter bydelene samlet sett flere plasser enn det som er bestilt. Sykehjemsetaten har i brev henstilt alle bydelene om å bestille et realistisk antall en blocplasser slik at etaten i størst mulig grad kan planlegge og tilpasse kapasiteten til reell etterspørsel, og slik at bruk av plasser utover en bloc reduseres mest mulig. I 2014 ble det politisk vedtatt et 10% påslag på pris for plasser som kjøpes ut over en bloc. Hittil har man imidlertid ikke sett noen effekt i form av færre bestillinger av denne kategori plasser.

Sykehjemsetaten foretar kontinuerlige vurderinger av plass sammensetningen og et hovedmål er å møte bydelenes behov og bestillinger. Etaten har eksempelvis omstilt lite etterspurte plasser som vurderingsplasser, intermediære plasser og samhandlingsplasser til plasser det har vært større behov for.

Spesialisering

Sykehjemsetaten har hatt en tilvekst på flere spesialiserte plasser etter opprettelsen, samtidig som man har redusert på skjermede langtidsplasser og korttids- og rehabiliteringsplasser.

I 2013 etablerte etaten 11 spesialplasser for pasienter med alvorlige nevrologiske lidelser ved Kingosgate bo- og rehabiliteringssenter. Etterspørselen etter disse plassene har vært stor og det er oppnådd høy beleggsprosent. Det er imidlertid ikke gitt at nyetablerte plasser har høy

etterspørsel og at de belegges raskt. Erfaringsvis må nye spesialiserte tilbud innarbeides over tid før bestillingene når ønsket nivå.

Det er et mål at Oslos innbyggere skal være i stand til bo lengst mulig i eget hjem i tråd med prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå. Bydelene satser bl.a. på hverdagsrehabilitering og det er etablert innsatsteam. Enkelte bydeler har bygget ut Omsorg + og dermed etablert tilbud i grenseland mot etatens institusjonstilbud. Bydelenes ulike tjenestetilbud antas å ha bidratt til reduksjon i bestilling av sykehjemsplasser.

Ut over å etablere fire helsehus og rendyrke langtidstilbudene har etaten ingen umiddelbare planer om ytterligere spesialiseringer.

Kvalitetsutvikling

Sykehjemsetaten er opptatt av samarbeid med bydelene om kvalitetsforhold i sykehjemstilbudet, herunder rehabiliteringstilbudet, og sykehjem har, og skal fortsatt ha, faste møter med bydelene hvor dette er tema.

Etaten involverer og samarbeider med bydelene i ulike prosjekter. Prosjektet «Livet leves hjemme #morgendagenseldreomsorg, - utvikling av nytt korttids- og langtidstilbud» er forankret på bydelsnivå ved at bydelsdirektører fra hver geografisk region sitter i styringsgruppen og andre bydelsrepresentanter deltar på workshops og i ulike møtefora.

Alle sykehjem, inkl. *ikke-kommunale*, skal i løpet av våren 2015 ta i bruk fag- og journalsystemet Geric. Dette er et viktig bidrag i å bedre kommunikasjonen mellom bydelene og alle Oslosykehjemmene ved at det bl.a. medfører økt standardisering og kvalitet i flyten av pasientinformasjon.

Etaten har i løpet av 2012-2014 avviklet alle to-sengsrom på etatens langtidsavdelinger. Dette representerer en tydelig kvalitetshevning for den enkelte pasient. To-sengsrom tilbys nå kun til personer som selv ønsker det (ektefeller, samboere etc). Når helsehusene er etablert vil også de fleste av to-sengsrommene ved disse tilbudene avvikles, under forutsetning av at dagens nivå på bestillinger opprettholdes.

Økt bruker- og pårørendeinvolvering er et viktig element i etatens kvalitetsarbeid. Representant fra sentralt eldreråd inngår som fast medlem i etatens sentrale kvalitetsutvalg. Dette oppleves som svært nyttig.

Sykehjemsetaten har fokus på utvikling og implementering av ulike standarder innen sykehjemsdrift. For å lykkes med dette har forankring i fagmiljøene vesentlig betydning. Ved at sykehjem er samlet i en og samme etat gir dette en genuin mulighet til å bygge store fagmiljøer. Det er gode muligheter til å dele beste praksis og å lære av hverandre. For å heve kvaliteten i den behandling, pleie og omsorg som gis har Sykehjemsetaten eksempelvis gjort om over hundre stillinger fra ulike faggrupper til stillinger for sykepleiere. Kontinuerlig oppfølging er nødvendig for å sikre tilstrekkelig fokus og kvalitet. Å måle endring i «opplevd kvalitet» sett opp mot eksempelvis å måle antall en-sengsrom og bemanningsfaktorer er en utfordring. Etaten vil arbeide videre med utvikling av ulike brukermålinger for å få et enda bedre helhetsbilde av kvaliteten på tjenestene som gis.

Sykehjemsetaten har påbegynt en viktig strategiprosess hvor ledere/representanter både fra kommunale og *ikke-kommunale* sykehjem er viktige premissleverandører. I prosessen beskrives

et fremtidsbilde for år 2025. Prinsippet om balansert målstyring ligger til grunn for prosessen. Gjennom dette arbeidet skal det utvikles og innføres kvalitetsstandarder for tjenesten helhetlig, og det skal utvikles og tas i bruk ulike indikatorer for å følge ønsket utvikling.

Stordriftsfordeler

Formidling av sykehjemsplasser må kunne sies å være en av de større stordriftsfordelene ved opprettelsen av Sykehjemsetaten. Det har medført at ordningen med fritt sykehjemvalg gjelder uavhengig av bydelsgrenser, og pasientene tilbys plasser i sykehjem over hele byen. Tildelingstiden fra vedtak er fattet til pasienten tilbys plass ligger i gjennomsnitt langt under måltallet på 14 dager. At en instans koordinerer tildelingen av sykehjemstilbudet i Oslo, har medført bedre kapasitetsutnyttelse av langtids plassene i sykehjem.

Etaten benytter stordriftsfordeler gjennom standardiseringer og utjevninger mellom sykehjem. Etter etatens oppfatning medfører standardiseringer et mer likeverdig tilbud til byens befolkning. Samtidig gir det en styrket pasientsikkerhet. Sykehjemsetaten vil fortsatt ha fokus på mulige områder som gir stordriftsfordeler.

Det er i perioden 2012-2014 vedtatt konkurranseutsetting av åtte navngitte sykehjem. Når disse er virksomhetsoverført vil Sykehjemsetaten ha 20 kommunale sykehjem og 30 ikke-kommunale alders- og sykehjem. Konkurranseutsetting medfører en besparelse og effektivisering, men etaten ser at dette til dels minimaliseres av at en stadig større del av etatens midler er bundet opp i kontrakter.

6. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltak/ene?

Viser til punkt 5 over. Noen av tiltakene har en tydelig frist for oppstart og vil deretter være mer langsiktige og kontinuerlige som ledd i sykehjemmenes ordinære drift. Helsehusene skal være ferdig etablert i 2016.

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

Sykehjemsetaten oppfatter Kommunerevisjons rapport som nyttig og viser til svarene over.

8. Hvordan oppfattes rapportens oppbygging og språkbruk?

Rapporten er strukturert og har som hovedinntrykk god lesbarhet.

Med hilsen

Helge Jørgmann
etatsdirektør


Heidi Engelund
avdelingsdirektør kvalitet,
kompetanse og utvikling



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