



Oslo

Kommunerevisjonen

Kvalitet i helsehus 2023

Rapport 16



Kommunerevisjonen – integritet og verdiskaping

Siste publikasjoner fra Kommunerevisjonen i Oslo

Kommunerevisjonens rapporter 2023

Rapport 1/2023	Eierskapskontroll av Oslo Business Region AS
Rapport 2/2023	Personvern i skoler
Rapport 3/2023	Munchmuseets arbeid med habilitet og forebygging av misligheter og korrupsjon
Rapport 4/2023	Oppfølging av barn og unge etter koronapandemien - Ungdomsskole og skolehelsetjenesten
Rapport 5/2023	Eiendomsforvaltning av Oslo kommunes tomme bygg
Rapport 6/2023	Helsehus i Oslo - Bemanning og kompetanse
Rapport 7/2023	Kommunens bruk av innkjøpsmakt – Samkjøpsavtaler
Rapport 8/2023	Regnskapsrevisjonen 2022 – oppsummering av utvalgte undersøkelser
Rapport 9/2023	Lokal medvirkning i plansaker
Rapport 10/2023	Oppfølging av eierskapskontroller
Rapport 11/2023	Rekruttering og oppfølging av fosterhjem
Rapport 12/2023	Konsulentbruk i Oslobygg KF
Rapport 13/2023	Tilbudet til hjemmeboende med demens og deres pårørende
Rapport 14/2023	Eierskapskontroll av Oslo Nye Teater AS
Rapport 15/2023	Fremkommelighet for personer med funksjonsnedsettelse

Kommunerevisjonens rapporter 2022

Rapport 1/2022	Fossil- og utslippsfrie bygge- og anleggsplasser
Rapport 2/2022	Oppsummering av utvalgte undersøkelser gjennomført i regnskapsrevisjonen 2021
Rapport 3/2022	Sykkelsatsingen i Oslo
Rapport 4/2022	Bemanning i barnehager
Rapport 5/2022	Plan- og bygningsetatens arbeid med ulovlighetsoppfølging
Rapport 6/2022	Oppfølging etter rapport 6/2019 Vg3 fagopplæring i skole
Rapport 7/2022	Kostnadsoverskridelser i store og unike investeringsprosjekter
Rapport 8/2022	Eierskapskontroll - Oppfølgingen av Oslomodellen og samfunnsansvar
Rapport 9/2022	Eierskapskontroll av Fjellinjen AS
Rapport 10/2022	Økonomisk stønad til store barnefamilier
Rapport 11/2022	Oppfølging etter rapport 8/2019: Bemanning og kontinuitet i hjemmetjenesten
Rapport 12/2022	Ansettelse av ledere
Rapport 13/2022	Planlegging av anskaffelser
Rapport 14/2022	Arbeidsforberedende trening
Rapport 15/2022	Beredskap ved bortfall av vann

Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonen *Kvalitet i helsehus*.

Undersøkelsen er forankret i kontrollutvalgets vedtak under *Eventuelt* i kontrollutvalgets møte 20. desember 2022 og 31. januar 2023 (sak 7). Forvaltningsrevisjonen tilhører området brukertilpassede tjenester med tilstrekkelig kvalitet, jf. bystyrets vedtak om *Overordnet analyse og plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll 2020–2024* av 21. oktober 2020 (sak 283).

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave for Oslo kommune. Forvaltningsrevisjon er definert slik i kommuneloven § 23-3:

Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.

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

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført av Agnes Eikeland Skodvin, Stig Eliassen, Adrian Munsterhjelm og Roar A. Kristensen (prosjektleder).

Vi vil takke Sykehjemsetatens administrasjon, helsehusene og Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester for nødvendig bistand i løpet av prosjektet.

Vi vil også takke pasienter og pårørende ved helsehusene som har deltatt i undersøkelsen, og organisasjoner, råd og ombud som har bidratt med innspill til undersøkelsen.

14. september 2023

Hilde Ludt (sign.)
avdelingsdirektør

Roar A. Kristensen (sign.)
seniorrådgiver

Innhold

Hovedbudskap.....	5
Sammendrag	5
1. Innledning.....	9
1.1 Bakgrunn	9
1.2 Formål og problemstillinger	10
1.3 Avgrensninger	10
1.4 Revisjonskriterier	10
1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring	10
1.6 Rapportens oppbygging.....	11
2. Tilstrekkelig bemanning og kvalifisert personell, herunder norskkunnskaper	12
2.1 Revisjonskriterier	12
2.2 Breddeundersøkelsen rettet mot alle helsehusene.....	12
2.3 Dybdeundersøkelsen ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus	22
3. Løpende oppfølging av pasientene, herunder ernæringsarbeid.....	32
4. Kommunikasjon med pasienter og pårørende	38
5. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger	42
5.1 Konklusjoner.....	42
5.2 Anbefalinger	43
6. Uttalelser til rapporten og Kommunerevisjonens vurdering av disse	44
6.1 Byråden for helse, eldre og innbyggertjenester	44
6.2 Sykehjemsetaten.....	44
Referanser	48
Tabelloversikt	50
Figuroversikt	50
Vedlegg 1 Revisjonskriterier	51
Vedlegg 2 Metode.....	59
Vedlegg 3 Byrådsavdelingens oppfølging av varsler	66
Vedlegg 4 Uttalelse fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester	68
Vedlegg 5 Uttalelse fra Sykehjemsetaten	71

Hovedbudskap

Kommunerevisjonen har undersøkt om kvaliteten i tilbudet i helsehusene i Sykehjemsetaten er tilfredsstillende. Det var store utfordringer med å sikre tilfredsstillende kvalitet ved helsehusene.

Breddeundersøkelsen rettet mot alle helsehus indikerer at det ikke alltid var sikret tilstrekkelig og kvalifisert bemanning. Dette er viktige faktorer for å sikre tilfredsstillende kvalitet ved helsehusene.

Personalet ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus arbeidet hardt for å oppnå en tilfredsstillende kvalitet i helsehuset. Det var imidlertid flere mangler og svakheter ved arbeidet, blant annet knyttet til

- nødvendige og oppdaterte opplysninger om pasientene
- kartlegging av ernæringsmessig status og vurdering av ernæringsmessig risiko hos pasientene
- mangelfulle individuelle ernæringsplaner og manglende evaluering av disse
- pasientmedvirkning
- informasjon til pårørende

Sammendrag

Det er fire helsehus i Oslo kommune. Disse er Lilleborg helsehus, Solfjellshøgda helsehus, Solvang helsehus og Ullern helsehus. Helsehusene har til sammen over 430 plasser. Hovedoppgavene til helsehusene er å tilby korttidsplasser og rehabiliteringsplasser. Det er Sykehjemsetaten som drifter helsehusene. Bostedsbydelen til pasientene vedtar og bestemmer innleggelse, utskrivelse, lengden på oppholdet og hvilken plasstype som tilbys.

Helsehusene melder om stadig sykere pasienter og mer krevende rekruttering av fagutdannet helsepersonell. Mot slutten av 2022 framkom det en rekke saker i media om pasienter som hadde opplevd manglende behandling ved helsehus i Oslo. Det var særlig Ullern helsehus som ble trukket fram. Kontrollutvalget vedtok i desember 2022 at Kommunerevisjonen skulle gjennomføre undersøkelser av helsehusene.

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å gi oppdatert informasjon om kvaliteten på helsehusene i Oslo kommune på utvalgte områder og bidra til forbedringsarbeidet som foregår ved kommunens helsehus.

Kommunerevisjonen leverte første delrapport om bemanning og kompetanse i helsehusene i mars 2023. Den viste at bemanningen og kompetansen varierte mellom helsehusene, én sykepleier kunne alene ha sykepleieransvar for mange pasienter, den faktiske bemanningen var lavere enn planlagt bemanning, og høy vikarbruk på helsehusene. Undersøkelsen indikerte at sykepleiere ble erstattet av personale med lavere kompetanse. Funn i denne beskrivende rapporten inngår som fakta i denne forvaltningsrevisjonen, som er den andre delrapporten om helsehus. Videre har PriceWaterhouseCoopers AS (PwC), på oppdrag fra Byrådsavdelingen for helse, eldre og innbyggertjenester, utarbeidet en gjennomgang av helsehusene i Oslo som ble publisert juni 2023. Denne er nærmere omtalt i kapittel 2.2.1.

Hovedproblemstillingen for forvaltningsrevisjonen er som følger:

- Er kvaliteten i tilbudet i helsehus tilfredsstillende?

Hovedproblemstillingen belyses blant annet ved å undersøke om helsehusene sikrer forhold som

- tilstrekkelig bemanning og kvalifisert personell i det løpende arbeidet
- løpende oppfølging av pasientene, herunder gjennomføring av ernæringstiltak og oppfølging
- tilfredsstillende kommunikasjon med pasienter og pårørende

Punktene over er alle aspekter som er viktige for kvaliteten i helsehuset. Undersøkelsen er gjennomført som en breddeundersøkelse av bemanningen i alle helsehus (første kulepunkt) kombinert med en dybdeundersøkelse av andre aspekter ved kvaliteten ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus (første-tredje kulepunkt).

Undersøkelsesperioden omfattet i hovedsak året 2022 for breddeundersøkelsen og året 2022 og første tertial i 2023 for dybdeundersøkelsen. Det meste av datainnsamlingen ble gjennomført i perioden januar-mai 2023.

Undersøkelsen er blant annet basert på informasjon fra intervjuer, gjennomgang av pasienters journaler, skriftlige svar fra Sykehjemsetaten og dokumentgjennomgang av blant annet skriftlige rutiner. I tillegg har vi benyttet informasjon fra vaktplan og turnussystemet GAT og statistikk basert på omfattende uttrekk fra GAT-analyse for året 2022. Sistnevnte ble gjennomført for alle helsehusene.

Revisjonskriteriene er blant annet utledet fra helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

Nedenfor følger et sammendrag av rapportens sentrale vurderinger

Sentrale vurderinger

Tilstrekkelig og kvalifisert bemanning – alle helsehusene

Samlet sett indikerer undersøkelsen at helsehusene ikke alltid sikret tilstrekkelig bemanning og kvalifisert personell i tråd med pasientenes bistandsbehov. Det var stor variasjonen i andelen av sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte på de ulike vaktene i og mellom helsehusene. Det var høy vikarbruk, og den faktiske bemanningen var lavere enn den planlagte bemanningen. Undersøkelsen indikerer at sykepleiere ved mangel på personell ble erstattet av lavere kompetanse. Pleiefaktoren var heller ikke oppnådd ved noen av helsehusene.

Tilstrekkelig og kvalifisert bemanning – Lilleborg helsehus og Ullern helsehus

Lilleborg helsehus og Ullern helsehus sikret ikke alltid tilstrekkelig og kvalifisert bemanning. Kommunerevisjonen merker seg at ansatte strakk seg langt for at nødvendige oppgaver skulle bli gjort.

Undersøkelsen viser at lav bemanning gjorde tjenesten særlig sårbar på kvelder, i helger og om natten. Pleiefaktoren som lå til grunn for budsjetterte årsverk, var ikke endret siden 2015. Helsehusene hadde heller ikke fått besatt flere ledige sykepleierstillinger. Kommunerevisjonen merker seg at pasientene synes å ha et generelt mer komplisert

sykdomsbilde enn tidligere. For få personale på jobb medførte at pasientene tidvis måtte vente lenge på hjelp, og at personalet måtte gjøre vanskelige prioriteringer mellom arbeidsoppgavene uten at det var eksplisitt gitt hvordan prioriteringene skulle gjøres. Det var særlig risiko knyttet til sykepleierdekningen på nattevakter ved Ullern helsehus.

Undersøkelsen indikerer at tilstrekkelige norskkunnskaper var en utfordring i tjenesten. Dette gjaldt i særlig grad innleid personell og timelønnede ekstravakter. Utfordringene synes å være større ved Ullern helsehus enn Lilleborg helsehus blant annet fordi de hadde hatt større grad av vikarbruk.

Løpende oppfølging av pasientene – Lilleborg helsehus og Ullern helsehus

Helsehusene hadde iverksatt tiltak for å sikre nødvendig og oppdatert informasjon om pasienten gjennom rapporteringer og risikotavler, men journalføringen var mangelfull. Etter Kommunerevisjonens vurdering medførte mangler i dokumentasjonen at helsehusene ikke i tilstrekkelig grad hadde sikret at personell til enhver tid hadde nødvendige og oppdaterte opplysninger om pasienten. En konsekvens av dette kan være at det medfører tvil om hvorvidt informasjonen om pasientene var oppdatert, og om det var de relevante og nødvendige opplysningene som forelå i journalsystemet.

Lilleborg helsehus hadde iverksatt tiltak for å sørge for kompetanse i ernæringsarbeid, mens Ullern helsehus i liten grad hadde iverksatt slike tiltak. Ved begge helsehusene var det ansatte som opplevde at de ikke hadde mulighet til å sette av tid til å være med på kompetansehevende tiltak. Det var et potensial for forbedring når det gjaldt å sikre god nok kompetanse innen ernæring. Dette gjaldt særlig ved Ullern helsehus.

I praksis hadde ikke de to helsehusene sørget for at alle pasienter ble kartlagt for ernæringsmessig status og vurdert for ernæringsmessig risiko ved oppstart, underveis og ved slutten av oppholdet. Lilleborg helsehus hadde dokumentert flere kartlegginger og vurderinger ved oppstart enn Ullern helsehus i de sakene vi undersøkte.

De to helsehusene hadde ikke utarbeidet tiltaksplaner som fullt ut tilfredsstilte anbefalingene til en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak for pasienter i ernæringsmessig risiko. Ernæringsplanene ble i liten grad evaluert løpende. Mangelfulle individuelle ernæringsplaner gir risiko for at helsehuset ikke gjennomfører målrettede tiltak i tråd med ernæringssituasjonen til hver enkelt pasient. Riktig oppfølging av ernæring kan bidra til å forebygge sykdom som følge av underernæring og ytterligere funksjonsfall samt utsette langvarig innleggelse i institusjon.

Kommunikasjon med pasienter og pårørende – Lilleborg helsehus og Ullern helsehus

Helsehusene hadde rutiner for håndtering av klager og andre former for tilbakemelding på tjenestene fra pasientene og pårørende som var skriftliggjort.

Kommunerevisjonen merker seg at helsehusene oppga å ha fokus på å gi pasientene anledning til å medvirke ved gjennomføringen av tjenestetilbudet. Det var imidlertid en svakhet at medvirkningen ofte ikke var dokumentert, samt at det ikke alltid ble gjennomført oppstartssamtaler som forutsatt, særlig ved Ullern helsehus.

Begge helsehusene hadde tiltak for å legge til rette for informasjonsutveksling og dialog med pårørende. Informasjon fra blant annet pårørendeundersøkelser og intervjuer av

enkelte pasienter viste imidlertid at det i praksis var utfordringer med å gi nødvendig informasjon til pårørende.

Undersøkelsen viser at det var utfordringer ved at pasienter og pårørende ikke alltid visste hvem de skulle ta kontakt med på helsehuset. Ved Ullern helsehus var det blant annet mangelfull informasjon til pasienter og pårørende om hvem som var deres primære kontakt. At pårørende vet hvem man kan kontakte ved helsehuset, er en forutsetning for å skape god informasjonsutveksling og dialog med pårørende.

Anbefalinger

Byrådet fremmet en egen sak til bystyret i april om organiseringen av helsehusene, hvor det ble vist til flere tiltak for å bedre situasjonen ved helsehusene. Bystyret ba i den forbindelse om at byråden sørget for at helsehusene har rett kompetanse og god nok bemanning, og vedtok flere oppfølgingspunkter som er relevant for kvaliteten på helsehusene. Bystyret vedtok også i juni 2023 opprettelse av et kompetansefond for ansatte i helse- og omsorgstjenesten.

Kommunerevisjonen anbefaler at byråden for helse, eldre og innbyggertjenester vurderer om bebudede tiltak er tilstrekkelig for å bedre bemanningssituasjonen ved helsehusene eller om det er behov for ytterligere tiltak for å sikre tilfredsstillende kvalitet på tilbudet i helsehusene, herunder tilstrekkelig bemanning og kvalifisert personell.

Kommunerevisjonen anbefaler Ullern helsehus å vurdere tiltak for å sikre kvalifisert og tilstrekkelig bemanning om natten.

Kommunerevisjonen anbefaler Lilleborg helsehus og Ullern helsehus å iverksette tiltak som sikrer at

- nødvendige og oppdaterte opplysninger om pasientene blir løpende journalført
- pårørende får nødvendig informasjon om, og at pasientene får medvirke til, gjennomføringen av tjenestetilbudet

Kommunerevisjonen anbefaler Lilleborg helsehus og Ullern helsehus å iverksette tiltak for å forbedre arbeidet med ernæringskartlegging og individuelle ernæringsplaner.

Kommunerevisjonen anbefaler at byråden for helse, eldre og innbyggertjenester og Sykehjemsetaten benytter resultatene fra undersøkelsen av Lilleborg helsehus og Ullern helsehus som innspill i forbedringsarbeidet også overfor de to andre helsehusene.

Uttalelser til rapporten

Kommunerevisjonen har mottatt uttalelser til rapporten fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester og en samlet uttalelse fra Sykehjemsetaten. De varslet tiltak som er relevante i lys av Kommunerevisjonens anbefalinger. Uttalelsene er i sin helhet vedlagt rapport i vedlegg 4 og 5.

1. Innledning

Det er fire helsehus i Oslo kommune. Disse er Lilleborg helsehus, Solfjellshøgda helsehus, Solvang helsehus og Ullern helsehus. Helsehusene har til sammen over 430 plasser. Hovedoppgavene til helsehusene er å tilby korttidsplasser og rehabiliteringsplasser. Det er Sykehjemsetaten som drifter helsehusene. Bostedsbydelen til pasientene vedtar og bestemmer innleggelse, utskrivelse, lengden på oppholdet og hvilken plasstype som tilbys.

1.1 Bakgrunn

Helsehusene melder om stadig sykere pasienter og mer krevende rekruttering av fagutdannet helsepersonell. Mot slutten av 2022 framkom det en rekke saker i media om pasienter som hadde opplevd manglende behandling ved helsehus i Oslo. Det var særlig Ullern helsehus som ble trukket fram. Kontrollutvalget vedtok i desember 2022 at Kommunerevisjonen skulle gjennomføre undersøkelser av helsehusene.

Kommunerevisjonen leverte første delrapport om bemanning og kompetanse i helsehusene i mars 2023, jf. rapport 6/2023. Rapporten viste at bemanningen og kompetansen varierte mellom helsehusene, én sykepleier kunne alene ha sykepleieransvar for mange pasienter, den faktiske bemanningen var lavere enn planlagt bemanning, og det var høy vikarbruk på helsehusene. Undersøkelsen indikerte at sykepleiere ble erstattet av personale med lavere kompetanse. Funn i rapport 6/2023 inngår som fakta i denne forvaltningsrevisjonen.

PriceWaterhouseCoopers AS (PwC) har på oppdrag fra Byrådsavdelingen for helse, eldre og innbyggertjenester utarbeidet en gjennomgang av helsehusene i Oslo som ble publisert i juni 2023. Denne er nærmere omtalt i kapittel 2.2.1.

Byrådet fremmet egen sak til bystyret i april 2023 om organiseringen av helsehusene (*Byrådssak 60/23*). I byrådssaken er det beskrevet at det viktigste tiltaket på kort sikt for å forbedre tjenestetilbudet er å tilrettelegge for at pasienter med mer like helse- og omsorgsmessige behov skal få opphold på samme avdeling. Denne endringen vil, ifølge byrådet, bidra til at den enkelte pasient møtes av kompetent helsepersonell og som kan ivareta pasientens helse- og omsorgsbehov på en god måte. Byrådet har bevilget omtrent 20 millioner til nye tiltak ved helsehusene. Ullern helsehus fikk tiltak fra og med januar 2023, mens de tre andre helsehusene vil få flere tiltak fra og med juni 2023. Samtidig skal antallet plasser i helsehus videreføres på samme nivå som i dag. Mottaksfunksjonen på de enkelte helsehusene skal styrkes med mottaksteam som også bydelene skal delta i. Helsehusplasser skal ikke lenger benyttes til avlastningsopphold.

Bystyret tok ovennevnte byrådssak til orientering 19. april 2023 (sak 111). Bystyret fattet samtidig flere vedtakspunkter av betydning for kvaliteten på helsehusene. Byrådet ble blant annet bedt om å sørge for at helsehusene hadde rett kompetanse og god nok bemanning. Bystyret besluttet 21. juni 2023 (sak 241) å opprette et kompetansecfond for ansatte i helse- og omsorgstjenestene på 175 millioner kroner, blant annet for at ufaglærte i tjenesten kunne få anledning til å bli faglærte.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med denne undersøkelsen er å gi oppdatert informasjon om kvaliteten på helsehusene i Oslo kommune på utvalgte områder og bidra til forbedringsarbeidet som foregår i kommunens helsehus.

Hovedproblemstillingen for undersøkelsen er som følger:

- Er kvaliteten i tilbudet i helsehus tilfredsstillende?

Hovedproblemstillingen belyses blant annet ved å undersøke om helsehusene sikrer forhold som

- tilstrekkelig bemanning og kvalifisert personell i det løpende arbeidet
- løpende oppfølging av pasientene, herunder gjennomføring av ernæringstiltak og -oppfølging
- tilfredsstillende kommunikasjon med pasienter og pårørende

Punktene over er alle aspekter som er viktige for kvaliteten i helsehuset. Undersøkelsen gjennomføres som en breddeundersøkelse av bemanningen i alle helsehus (første kulepunkt) kombinert med en dybdeundersøkelse av andre aspekter ved kvaliteten ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus (første-tredje kulepunkt).

1.3 Avgrensninger

Undersøkelsen avgrenses til hjelpen som gis på helsehuset, og som helsehuset har ansvar for, med særlig oppmerksomhet rettet mot pleien rundt sengeplassen. Det vil si den pleien som gis løpende av sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Bydelenes kartleggings- og vurderingsarbeid i forkant av helsehusoppholdet inngår ikke i undersøkelsen.

1.4 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er blant annet utledet fra følgende kilder:

- Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Utleddningen av revisjonskriteriene følger i sin helhet i vedlegg 1.

1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Undersøkelsesperioden i breddeundersøkelsen omfattet i hovedsak året 2022 og i dybdeundersøkelsen året 2022 og første tertial i 2023. Det meste av datainnsamlingen ble gjennomført i perioden januar-mai 2023.

Undersøkelsen er blant annet basert på informasjon fra intervjuer, gjennomgang av pasienters journaler, skriftlige svar fra Sykehjemsetaten og dokumentgjennomgang av blant annet skriftlige rutiner. Videre bygger undersøkelsen på informasjon fra vaktplan og turnussystemet GAT og statistikk basert på omfattende uttrekk fra GAT-analyse for året 2022. Sistnevnte ble gjennomført for alle helsehusene.

Kommunerevisjonen har totalt intervjuet 37 ledere og ansatte i Sykehjemsetaten. Vi har også snakket med 20 pasienter/pårørende ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus. Videre har vi intervjuet sosial- og eldreombudet og Pårørendealliansen og fått innspill fra ulike råd, tilsynsutvalg og pasient- og pårørendeorganisasjoner.

Kommunerevisjonen har undersøkt journalene til 20 pasienter ved hvert av helsehusene Lilleborg og Ullern. Utvalget besto av pasienter med opphold på helsehus første tertial 2023. Brukerne ble trukket ut tilfeldig basert på oversikter over pasientene i det elektroniske pasientjournalssystemet Gerica.

Metoden og undersøkelsesopplegget er nærmere beskrevet i vedlegg 2.

1.6 Rapportens oppbygging

I kapittel 2 redegjør vi for om det er tilstrekkelig bemanning og kvalifisert personell ved de fire helsehusene. Ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus ser vi også på norskkunnskaper i tjenesten. I kapittel 3 beskriver vi og vurderer vi den løpende oppfølgingen av hjelpen ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus, herunder oppfølging av ernæringstiltak. I kapittel 4 beskriver vi og vurderer vi om det er tilfredsstillende kommunikasjon med pasienter og pårørende ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus.

I kapittel 5 følger Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger. I kapittel 6 oppsummerer og vurderer vi vesentlige momenter i uttalelsene fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester og Sykehjemsetaten. Uttalelsene følger i sin helhet i vedlegg 4–5.

I vedlegg 1 følger revisjonskriteriene, i vedlegg 2 gis en utdyping av metoden i undersøkelsen, mens det i vedlegg 3 gis en beskrivelse av Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenesters oppfølging av varsler om helsehus i 2022.

2. Tilstrekkelig bemanning og kvalifisert personell, herunder norskkunnskaper

I dette kapitlet presenterer vi først fakta og vurdering av bemanningen på alle helsehusene i Oslo. Analysene er i hovedsak basert på uttrekk av grunnlagsdata for området «bemanning» i GAT-analyse. Deretter presenterer vi fakta og vurderinger om bemanningen ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus knyttet til bemanning og kvalifisert personell, herunder norskkunnskaper. Kompetanse knyttet til ernæringsarbeid ved helsehusene framkommer i kapittel 3.

2.1 Revisjonskriterier

- Helsehuset skal sikre tilstrekkelig og kvalifisert bemanning. Det innebærer blant annet at helsehuset skal sørge for at den enkelte pasient mottar hjelp fra personale som er kvalifisert til å ivareta bistandsbehovet.
- Helsehuset skal sørge for at personalet har tilstrekkelige norskkunnskaper til å sikre tilfredsstillende kommunikasjon mellom ansatte og pasient/pårørende samt ansatte imellom.

2.2 Breddeundersøkelsen rettet mot alle helsehusene

Ifølge byrådssak 60/23 *Omorganisering av helsehus i Oslo* var det omtrent 5000 pasienter på de fire helsehusene i løpet av et år. I overkant av 70 prosent ble utskrevet fra sykehus, omtrent 20 prosent kom fra eget hjem, og omtrent 10 prosent ble utskrevet fra Kommunal akutt døgnenhet (KAD). Omtrent 65 prosent av pasientene kommer hjem etter endt opphold, mens omtrent 15 prosent får plass i langtidshjem. Omtrent 10 prosent dør på helsehus.

2.2.1 Faktabeskrivelse

I det følgende legger vi fram fakta knyttet til helsehusene om planlagt versus faktisk bemanning, vikarbruk, sykefravær, kompetanse ved helsehusene og oppnådd pleiefaktor. Vi vil også redegjøre for enkelte andre undersøkelser av helsehus og innspill fra ulike råd, ombud og organisasjoner.

Alle helsehusene var delt inn i avdelinger og var bemannet med sykepleiere og helsefagarbeidere tilknyttet hver enkelt avdeling. Det var også enkelte ufaglærte assistenter ved noen av helsehusene. For hver avdeling var det en avdelingsleder med personal-, fag- og økonomiansvar. I tillegg kom ekstravakter og vikarer som blant annet besto av ufaglærte assistenter. Det var som hovedregel én lege tilknyttet hver avdeling, og hver avdeling hadde også tilgang på fysio- og ergoterapeuter ut fra antallet korttids- og rehabiliteringsplasser. For en mer utfyllende beskrivelse av organiseringen av helsehusene, viser vi til Kommunerevisjonens rapport 6/2023 *Helsehus i Oslo – bemanning og kompetanse*.

Solfjellshøgda helsehus planla med omtrent like mange personer på dagvakt og kveldsvakt på hverdager som i helger, mens det ved de tre andre helsehusene ble planlagt med lavere bemanning om kvelden og i helgene. Ved alle helsehusene ble det planlagt med langt færre sykepleiere på kveldsvakter og i helger enn på dagvakt. Om natten hadde alle helsehusene, med unntak av Ullern helsehus, en bemanning som tilsa minst én sykepleier per avdeling på natt, i tillegg til en helsefagarbeider.

a) Planlagt versus faktisk bemanning

I tabellen nedenfor følger en oversikt over det prosentvis forholdet mellom planlagt og faktisk bemanning for de ulike fagbakgrunnene ved helsehusene i 2022. Antallet timeverk mellom faggruppene varierer slik at stor prosentvis forskjell ikke nødvendigvis utgjør et stort antall timeverk.

Tabell 1 Prosentvis differanse av timeverk mellom planlagt og faktisk bemanning i 2022

Fagbakgrunn	Lilleborg	Solfjellshøgda	Solvang	Ullern
Lege	-21,7	-12,2	-25,1	-
Fysioterapeut	-15,8	-8,4	-17,2	-21,1
Ergoterapeut	-14,2	-10,1	-13,3	-19,7
Sykepleier	-11,0	-6,6	-7,8	-9,7
Helsefagarbeider	-2,4	-4,1	-0,3	2,7
Student	26,7	55,5	61,7	19,4
Ufaglært	17,3	37,2	45,9	73,9
Totalt	-12,0	-5,3	-6,5	-2,3

Note: Kilden er Kommunerevisjonens rapport 6/2023 *Helsehus i Oslo – bemanning og kompetanse*. Figuren omfatter ikke leger ved Ullern helsehus, siden leger ved Ullernhjemmet og helsehuset har felles koststed i GAT. Vi har ikke skilt ut legeressursene ved helsehuset. Vakter som var planlagt som vakante og ikke registrert som utført i vaktrapporten, inngår i totalsummen. Ved Lilleborg helsehus ble innleie i en periode registrert i vaktboka i GAT ved å skrive vikarens navn på vaktens merknadsfelt uten å registrere en vikarbyråstilling på den ledige vekten. Noen av vaktene framstår da i vaktboken til Post 1 som ledige på tross av at de faktisk var bemannet med vikarer, noe som kan medføre at det totale avviket mellom planlagt og faktisk bemanning framstår som større i tabellen enn det det reelt sett var. Videre varierte antallet planlagte vakter med ulik fagbakgrunn mellom helsehusene. Fastvakter er ikke med i beregningsgrunnlaget. Helsehusene mottar av og til pasienter som krever en fastvakt, dvs. en person som passer på den aktuelle pasienten hele tiden. Helsehusene er i utgangspunktet ikke bemannet for dette, og fastvakter inngår ikke i planlagt bemanning. Disse er derfor tatt ut av analysen. Fastvaktene dekkes av ekstraordinære midler, og Sykehjemsetaten og bydelene deler på denne utgiften, siden 10 millioner er dekket ved at dette ble tatt ut av bydelenes rammefinansiering. Midlene benyttes til fastvakter som helsehuset tilknytter enkeltpasienter som trenger en fast vakt rundt seg, for eksempel om natten. Tall fra Sykehjemsetaten viser at helsehusene benyttet nærmere 27 millioner kroner på ekstra ressurskrevende beboere på helsehus i 2022. Ullern helsehus benyttet omtrent 13 millioner av disse, dvs. nærmest halvparten av midlene. Fastvakter utgjør 52 611 timer av totalt 760 255 timer. For mer om dette, se Kommunerevisjonens rapport 6/2023.

Vi ser av tabell 1 at for alle helsehusene var den faktiske bemanningen lavere enn planlagt. Differansen mellom planlagte og faktiske timeverk varierte fra totalt 12 prosent ved Lilleborg helsehus til totalt 2,3 prosent færre timeverk ved Ullern helsehus. Studenter og ufaglærte gjennomførte flere timeverk enn planlagt, mens sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og leger gjennomførte færre timeverk enn planlagt.

Ved alle helsehusene var det benyttet færre sykepleiere i den faktiske bemanningen enn det som var planlagt, og flere studenter og ufaglærte enn planlagt. Det indikerer at sykepleiere i et visst omfang ble erstattet av personell med lavere kompetanse.

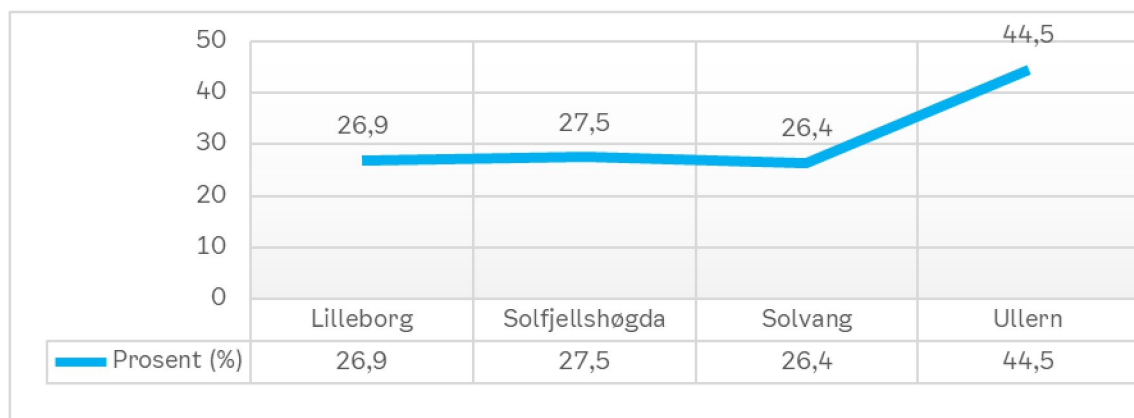
Ved alle helsehusene var det flere ufaglærte i den faktiske bemanningen enn det som var planlagt. Det største negative avviket mellom planlagt og faktisk bemanning var blant fysioterapeuter, ergoterapeuter og leger. Det største avviket blant disse var ved Solvang helsehus der faktisk bemanning av leger kun utgjorde 75 prosent av den planlagte bemanningen.

b) Vikarbruk

Ved ulike typer av fravær eller når helsehusene ikke har nok grunnbemanning til å dekke alle vaktene, benyttes vikarer for å få nok personell til å fylle vaktene. Vikarene kunne være ansatte som tok ekstravakter, timelønnede vikarer eller personell fra vikarbyrå.

Figur 1 nedenfor viser vikarbruken til helsehusene i prosent av samlet timeverk i 2022.

Figur 1 Vikarbruken til helsehusene i prosent av samlet timeverk i 2022



Note: Kilden er Kommunerevisjonens rapport 6/2023 *Helsehus i Oslo – bemanning og kompetanse* (figur 16). Tallene inneholder alle ekstravakter, vakter som fyller vakanser, og personer som ikke har ressursnummer i Oslo kommunes HR-system (vikarer fra vikarbyråer). Figuren omfatter ikke leger ved Ullern helsehus, siden leger ved Ullernhjemmet og helsehuset har felles koststed i GAT. Vi har ikke skilt ut legeressursene ved helsehuset. Figuren inkluderer også fastvakter. Andelen fastvakter var høyest ved Ullern helsehus med 30,7 prosent av vikartimene, mens andelen for de andre helsehusene var 17,8 prosent (Lilleborg), 16,5 prosent (Solfjellshøgda) og 6,6 prosent (Solvang).

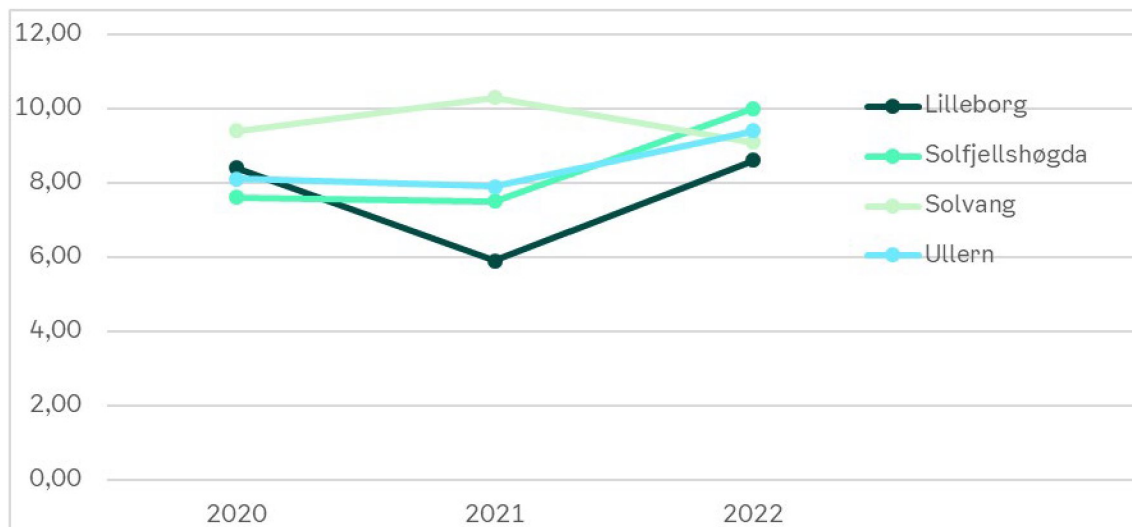
Vi ser av figur 1 at vikarbruken varierte fra 26,4 prosent ved Solvang helsehus til 44,5 prosent ved Ullern helsehus.

Over halvparten av vikarbruken ved alle helsehusene besto av helsefagarbeidere. Dette utgjorde 16 prosent av alle vakter. Vikarer som var sykepleiere, sto for 10 prosent av alle vaktene, mens ufaglærte vikarer sto for 5 prosent av vaktene.

Ullern helsehus hadde den høyeste bruken av ufaglærte vikarer. Ullern helsehus har en høyere andel fastvakter hvor vikarer ofte benyttes.

c) Sykefravær og turnover

Nedenfor følger en figur som viser utviklingen av sykefraværet ved de ulike helsehusene i tredje kvartal de siste tre årene.

Figur 2 Sykefraværet per helsehus i tredje kvartal fra 2020 til 2022

Note: Kilden er Oslo kommune: Byrådens notat 41/2023 til helse- og sosialutvalget.

Vi ser av figur 2 at sykefraværet var jevnt mellom helsehusene i tredje kvartal 2022. Sykefraværet varierte fra 8,6 prosent ved Lilleborg helsehus til 10 prosent ved Solfjellshøgda helsehus, tredje kvartal 2022. Ullern helsehus og Solfjellshøgda helsehus hadde hatt en økning i perioden, mens Solvang helsehus og Lilleborg helsehus var på omtrent samme nivå i tredje kvartal 2022 som i tredje kvartal 2020.

Ifølge en ekstern gjennomgang utført av PwC hadde «turnover» ved helsehusene ligget stabilt rundt 10 prosent de siste tre årene (PwC 2023, s. 25). «Turnover» vil si andel ansatte som hadde sluttet fra ett år til det neste. Solvang hadde hatt lavest «turnover», mens Ullern har hatt høyest «turnover» med over 15 prosent i 2021, men har hatt en nedgang til under 10 prosent i 2022 (PwC 2023, s. 25).

d) Kompetansen ved helsehusene

I tabell 2 nedenfor følger en oversikt over fordelingen av personell med ulike fagbakgrunn på helsehusene. Fordelingen viser oversikt over faktisk gjennomførte timeverk i 2022.

Tabell 2 Andel fagbakgrunn totalt for helsehusene

Fagbakgrunn	Lilleborg	Solfjellshøgda	Solvang	Ullern	Totalsum
Lege	4 %	4 %	3 %	-	3 %
Sykepleier	42 %	41 %	46 %	30 %	40 %
Helsefagarbeider	34 %	39 %	39 %	47 %	40 %
Ergoterapeut	5 %	4 %	2 %	4 %	4 %
Fysioterapeut	10 %	6 %	5 %	6 %	6 %
Student	1 %	3 %	1 %	1 %	2 %
Ufaglært	4 %	5 %	4 %	11 %	6 %

Note: Kilden er Kommunerevisjonens rapport 6/2023 *Helsehus i Oslo – bemanning og kompetanse*. Figuren omfatter ikke leger ved Ullern helsehus, siden leger ved Ullernhjemmet og helsehuset har felles koststed i GAT. Vi har ikke skilt ut legeressursene ved helsehuset. Tabellen omfatter alle pasientavdelingene ved helsehusene, også avdelinger med trygghetsplasser ved Solvang helsehus. Fastvakter er ikke med i beregningsgrunnlaget, jf. note til tabell 1.

Tabell 2 viser at andelen med ulike fagbakgrunn varierte mellom helsehusene. For sykepleiere varierte andelen fra 46 prosent ved Solvang helsehus til 30 prosent ved

Ullern helsehus. For helsefagarbeidere varierte andelen fra 47 prosent ved Ullern helsehus til 34 prosent ved Lilleborg helsehus. Andelen fysioterapeuter varierte fra 10 prosent ved Ullern helsehus til 5 prosent ved Solvang helsehus. Alle helsehusene hadde ufaglærte i den faktiske bemanningen, og andelen varierte fra 4 prosent ved Lilleborg helsehus og Solvang helsehus til 11 prosent ved Ullern helsehus.¹

I tabell 3 nedenfor framkommer fordelingen av fagbakgrunn på gjennomførte vakter på ulike tidspunkter på pasientavdelingene ved hvert av helsehusene. Oversikten viser dem som gir løpende pleie «ved senga». Fagressurser som ergoterapeuter, fysioterapeuter og leger er ikke med her.

Tabell 3 Fordeling av fagbakgrunn på ulike utførte vakter ved alle helsehusene i 2022

Vakt		Hverdag dag	Hverdag kveld	Helg dag	Helg kveld	Natt
Lilleborg	Sykepleier	58 %	50 %	36 %	38 %	48 %
	Helsefagarbeider	35 %	43 %	47 %	49 %	51 %
	Student	1 %	1 %	5 %	5 %	1 %
	Ufaglært	6 %	5 %	12 %	9 %	1 %
	N (Sum vakter*)	7 429	3 226	1 659	1 134	2 084
Solfjellshøgda	Sykepleier	48 %	46 %	37 %	41 %	46 %
	Helsefagarbeider	43 %	44 %	46 %	44 %	52 %
	Student	3 %	4 %	8 %	6 %	0 %
	Ufaglært	6 %	5 %	10 %	9 %	1 %
	N (Sum vakter*)	11 842	8 413	3 756	3 244	4 793
Solvang	Sykepleier	56 %	41 %	37 %	39 %	69 %
	Helsefagarbeider	40 %	53 %	54 %	53 %	30 %
	Student	1 %	1 %	2 %	2 %	0 %
	Ufaglært	3 %	5 %	8 %	6 %	1 %
	N (Sum vakter*)	10 229	6 629	3 033	2 558	2 947
Ullern	Sykepleier	45 %	30 %	24 %	25 %	27 %
	Helsefagarbeider	45 %	59 %	56 %	55 %	60 %
	Student	1 %	0 %	3 %	1 %	2 %
	Ufaglært	10 %	11 %	17 %	20 %	10 %
	N (Sum vakter*)	8 341	5 323	2 799	2 129	2 666

Note: Kilden er Kommunerevisjonens rapport 6/2023 *Helsehus i Oslo – bemanning og kompetanse* (tabell 11)

*Vakter er i tabellen operasjonalisert som personell på jobb på gitte klokkeslett. Dagvakt er operasjonalisert som kl. 11.00, kveldsvakt som kl. 19.00 og nattevakt som kl. 03.00. Fastvakter er tatt ut av analysen, jf. note til tabell 1.

Tabell 3 viser at Solfjellshøgda helsehus hadde den jevneste fordelingen av fagbakgrunn gjennom uken. Sykepleierandelen på dagvaktene på hverdagene varierte mellom helsehusene hvor Lilleborg og Solvang hadde den høyeste sykepleierandelen på henholdsvis 58 og 56 prosent, mens Solfjellshøgda og Ullern hadde henholdsvis 48 og 45 prosent. Solfjellshøgda helsehus hadde omtrent samme sykepleierandelen på kveldsvakter i hverdagene, mens andelen ved de tre andre helsehusene gikk en god del ned, fra 8 prosentpoeng ved Lilleborg helsehus til 15 prosentpoeng ved Ullern helsehus. I helgene var sykepleierandelen ytterligere redusert.

¹ Blant ufaglærte var det ifølge Lilleborg helsehus studenter i helsefag/medisin 1.–3. semester og andre studenter under helsefaglig utdanning og en helsesekretær.

Det var mindre variasjon i personalets fagbakgrunn mellom dagvakter og kveldsvakter i helger enn mellom dagvakter og kveldsvakter på hverdager. På nattevakt varierte sykepleierandelen mellom 27 prosent ved Ullern helsehus og 69 prosent ved Solvang helsehus. Det var også variasjon i andelen ufaglærte mellom helsehusene og mellom vaktene, hvor andelen var størst i helgene. Om kvelden i helgene varierte andelen ufaglærte fra 6 prosent ved Solvang helsehus til 20 prosent ved Ullern helsehus.

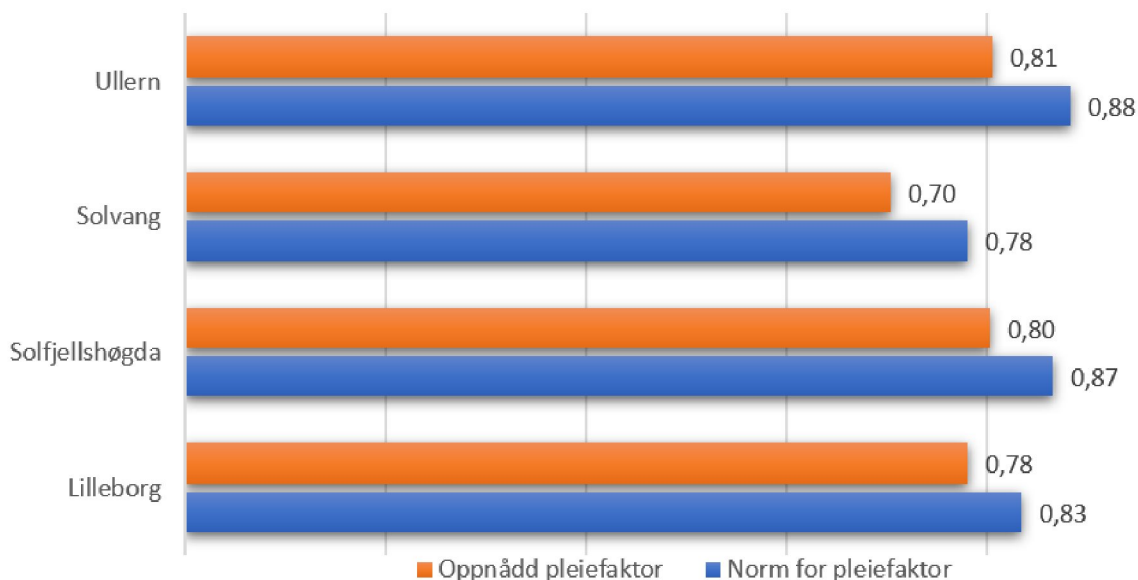
Områdedirektøren for helsehus beskrev at fordi pasientene ble skrevet ut fra sykehus tidligere nå enn før, var det tilstander som tidligere ble behandlet på sykehus, som nå ofte ble behandlet på helsehus. Dette stilte større krav til kompetanse. Direktøren oppga at dagens helsehus ikke hadde den kompetansen som krevdes for å behandle så syke pasienter som helsehusene nå fikk innlagt.

e) Oppnådd pleiefaktor

Som det framkommer av Kommunerevisjonens rapport 6/2023 *Helsehus i Oslo – bemanning og kompetanse*, kan pleiefaktor beregnes på mange måter. Pleiefaktor beskriver her bemanningsforholdet mellom antall sengeplasser og antall pleiere rundt sengeplassen. Normen for pleiefaktor vi har tatt utgangspunkt i, er beregningen som Sykehjemsetaten benytter i sin budsjettering. I normen inngår alle årsverk av sykepleiere og helsefagarbeidere på de ulike avdelingene. I tillegg inngår ufaglærte for noen typer plasser. Kommunerevisjonen beregnet med utgangspunkt i Sykehjemsetatens norm den faktiske, eller oppnådde, pleiefaktoren.

I figur 3 følger en oversikt over den faktisk oppnådde pleiefaktoren ved alle helsehusene opp mot normen for pleiefaktor.

Figur 3 Oppnådd pleiefaktor 2022 – alle helsehus



Note: Kilden er Kommunerevisjonens rapport 6/2023 *Helsehus i Oslo – bemanning og kompetanse* (figur 18). Fastvakter er ikke med i beregningsgrunnlaget, jf. note til tabell 1. Normtallet er beregnet ved å vekte gjeldende norm for ulike typer plasser opp mot totalt antall plasser. Normtallene som er lagt til grunn, er korttid: 0,78; rehabilitering: 0,88; trygghet: 0,5; lindrende: 1,26; forsterket (psykiatri og skjermet demens): 1,38 og avlastning: 0,88.

Figur 3 over viser at den oppnådde pleiefaktoren var lavere enn normen ved alle helsehusene. Differansen var størst ved Solvang helsehus og minst ved Lilleborg helsehus.

Områdedirektøren for helsehus oppga at Sykehjemsetaten anså at bemanningen på helsehusene var forsvarlig ut fra lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, men at en del pasienter trengte mer oppfølging enn det helsehusene var bemannet for i dag, for å sikre god nok kvalitet og godt tilbud til alle pasientene. Direktøren beskrev at pleiefaktoren ikke nødvendigvis gjenspeilet behovet på helsehusene. Utfordringen gjaldt ikke bare antall medarbeidere, men også hvilken kompetanse som var tilgjengelig. Direktøren oppga at god og riktig kompetanse i noen tilfeller kunne redusere behovet for medarbeidere.

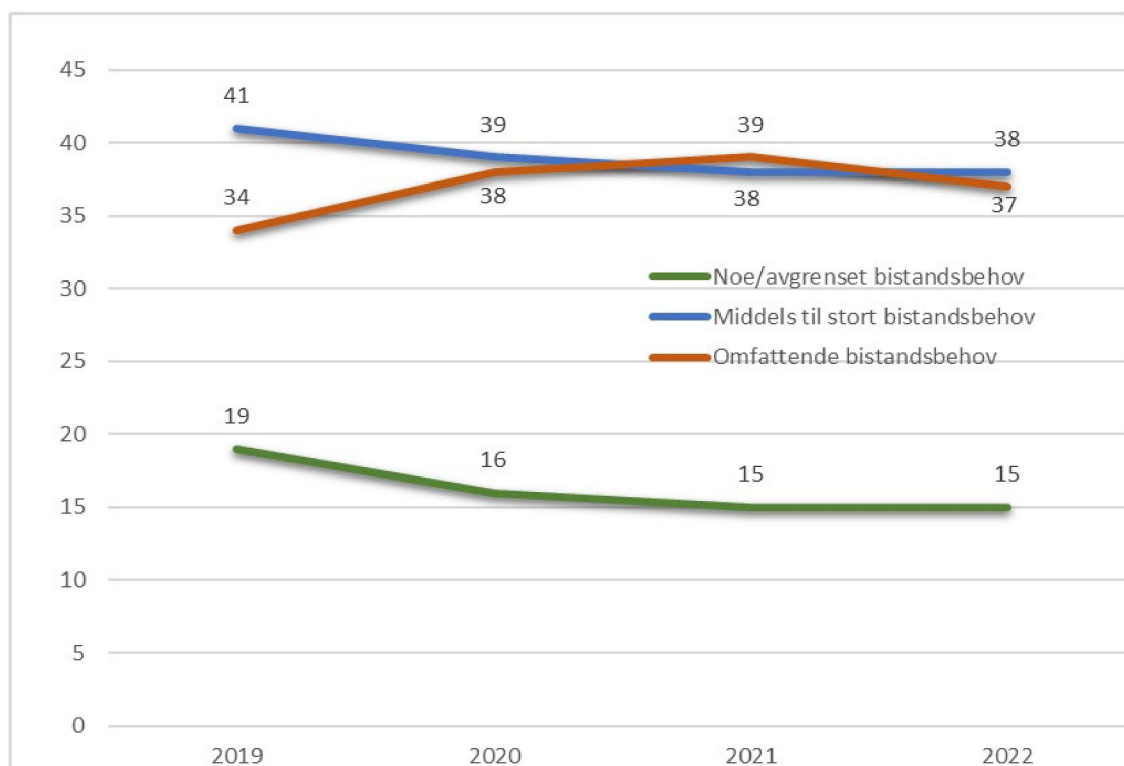
Bistandsbehov ved helsehus

Kommunen er pålagt å registrere Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS). Statistikken inneholder 20 funksjonsvariabler som måler ulike sider ved personens ressurser og funksjoner for aktiviteter i dagliglivet (ADL).² De 20 variablene skal registreres med skår på en skala fra 1–5, eventuelt 9 hvis opplysningen er vurdert som ikke relevant. Personens skår på funksjonsvariablene vil avgjøre om personen har noe/avgrenset bistandsbehov, middels til stort bistandsbehov eller omfattende bistandsbehov.

Nedenfor i figur 4 følger utviklingen i andelen av pasienter etter bistandsbehov i helsehus fra 2019 til 2022.

² IPLOS står for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk og er et register som drives av Helsedirektoratet. ADL står for aktiviteter dagligliv.

Figur 4 Utvikling i pasienters bistandsbehov på alle helsehusene samlet, i prosent



Note: Kilden er notat 361/2023 til helse- og sosialutvalget fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester. Tallene er hentet fra kommunens ledelses- og styringsverktøy LIV. Det enkelte år var det fra 7 til 10 prosent av pasientene hvor bistandsbehovet ikke var fastlagt.

Figuren viser at de aller fleste pasientene på helsehus har et middels til stort eller omfattende bistandsnivå, og at bistandsnivået økte fra 2019 til 2022. For pasienter i helsehus ble andelen av pasienter med noe/avgrenset behov redusert fra 19 prosent i 2019 til 15 prosent i 2022. Andelen med middels til stort behov ble redusert med tre prosentpoeng fra 41 prosent i 2019 til 38 prosent i 2022. Andelen med omfattende bistandsbehov økte med tre prosentpoeng fra 34 prosent i 2019 til 37 prosent i 2022.

f) Andre undersøkelser av helsehus og innspill fra ulike råd, ombud og organisasjoner

Kommunerevisjonens undersøkelser av rehabilitering i helsehus i 2018 og 2020

Kommunerevisjonen undersøkte i 2018 om rehabiliteringstilbudet i helsehusene fungerte etter hensikten, og pekte blant annet på at bemanningen på helsehus ikke fullt ut sikret rehabiliteringen til alle pasienter (Kommunerevisjonens rapport 15/2018).

Undersøkelsen var dels rettet mot Sykehjemsetaten sentralt, dels mot daværende Ryen helsehus, nå Solfjellshøgda helsehus. Kommunerevisjonen anbefalte at etaten vurderte tiltak for å sikre at helsehusene hadde tilstrekkelig og kompetent bemanning for å gi nødvendig rehabilitering.

I kontrollutvalgssak 25/2022 om oppfølging etter Kommunerevisjonens rapport framkom det blant annet at Sykehjemsetaten ikke hadde tilført midler til Ryen helsehus, nå Solfjellshøgda helsehus, for å øke antall terapeuter og pleiere, ut over det som fulgte av omgjøring av flere plasser til rehabiliteringsplasser.

Kommunerevisjonens undersøkelse i 2023 om tjenester til hjemmeboende med demens

Kommunerevisjonens rapport 13/2023 viste blant annet at bydelene, særlig Bydel Ullern, benyttet ordinære korttidsplasser på helsehus til avlastning, til tross for at det ikke var et egnet tilbud.

I undersøkelsen framkommer det blant annet at Sykehjemsetaten viste til at de ansatte på helsehusene var generalister, mens personer med demens hadde behov for å bli møtt med høy kompetanse rundt demens. Pasientene med demens kan ha behov for ro og skjerming og for å beskyttes mot farlige konsekvenser av utferdstrang, og det kunne helsehusene i utgangspunktet ikke tilby.

Ekstern gjennomgang av helsehusene i Oslo

PriceWaterhouseCoopers AS (PwC) har på oppdrag fra Byrådsavdelingen for helse, eldre og innbyggertjenester utarbeidet en gjennomgang av helsehusene i Oslo som ble publisert juni 2023.

Overordnet vurdering

PwCs vurdering var at dagens organisering ikke er hensiktsmessig, og at rammebetingelsene ikke var tilstrekkelige for å møte pasientenes og samfunnets behov i den daglige tjenesteutøvelsen.

Sammenligning med Bergen kommune og Trondheim kommune

PwC gjennomførte en sammenligning med Bergen og Trondheim. Oslo skilte seg ut ved at Oslo kommune i all hovedsak har samlet både korttidsplasser og rehabiliteringsplasser ved hver avdeling ved alle helsehusene. Lærdom fra Bergen og Trondheim var at spesialiserte avdelinger blant annet gir mulighet til å sammenstille de riktige bemanningsgruppene etter pasientbehov, ifølge PwC.

PwCs vurdering var at det var få indikasjoner på at det var vesentlige forskjeller i pleie- og bemanningsfaktorene mellom kommunene. Beregningene av faktorene var basert på planlagte årsverk i tjenesten og ikke på den faktiske bemanningen.

Ledelse

Rapporten peker på at lederstrukturen ved helsehusene var lite kommunisert og forstått. Det gjaldt uklarheter i kvalitetssjefens og administrasjonssjefens ansvarsområder sett opp mot avdelingsledernes ansvarsområder, ifølge PwC. Kontrollspennet på avdelingsnivå var vanskelig å håndtere, og sammensetningen av oppgaver stiller andre krav til kompetanse enn det stillingstypen avdelingsleder er besatt med i dag, ifølge rapporten.

Bemanning og vikarbruk

PwC viser til at Sykehjemsetatens bemanningsnorm hadde lav legitimitet blant medarbeiderne, og at det var avvik mellom planlagt og faktisk bemanning ved alle helsehusene. Dette medførte blant annet at helsehusene hadde utstrakt bruk av vikarer, og vikarene hadde ikke nødvendigvis den samme erfaringen med rutiner og rammevilkår for helsehusenes tjeneste.

Tildelingspraksis og pasientflyt

PwC stiller spørsmål om det var tilstrekkelig tillit til samhandlingen mellom sykehus, helsehus og bydel, og skriver at konsekvensen kan være at pasientflyten ikke ble tilfredsstillende. Rapporten viser til at bestillingssystemet for plasser i helsehus ga forutsigbarhet, men at det ikke var fleksibelt nok. En konsekvens var at Sykehjemsetaten ikke fikk riktige signaler om dimensjonering av helsehusene, samtidig som bydelene måtte kjøpe dyrere plasser «ad hoc», ifølge PwC.

Kvalitet

Ifølge rapporten var de fleste pasientene fornøyde med kvaliteten på behandlingstilbudet. Pasientene ønsket likevel at tjenestene ble forbedret, men innså at ansatte gjorde så godt de kunne innenfor de rammebetingelsene de hadde. Det var avdekket mangelfull forventningsstyring om hva helsehusenes behandlingstilbud var, og dette skapte frustrasjon blant pasientene, pårørende og aktørene i behandlingsskjeden, ifølge PwC. Dette gjorde det vanskelig å skape en omforent forståelse av helsehusenes rolle og ansvar i pasientforløpet, ifølge rapporten.

Byrådssak 60/23 Omorganisering av helsehus i Oslo

Byrådet fremmet som tidligere omtalt en sak om omorganisering av helsehus i Oslo til bystyret for å tilpasse og forbedre tjenestene til dem som trenger opphold ved helsehus, i mars 2023. Tilstrekkelig bemanning og kvalifisert personell er et tema i denne. Byråden for helse, eldre og innbyggertjenester viser i saken til at pasientene i helsehus, både de som kom fra sykehus og fra eget hjem, oppleves som sykere og mer ressurskrevende. De hadde ofte et sammensatt sykdomsbilde, alvorlig demenssykdom og/eller kunne ha utagerende adferd. Byråden skriver at etter pandemien hadde situasjonen på helsehusene vært krevende med høyt sykefravær, lav tilgang på faglært personell og høy innleie fra vikarbyråer.

Innspill fra ulike råd, ombud og organisasjoner

Kommunerevisjonen har i forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen fått innspill fra ulike råd, ombud og organisasjoner. Bemanning og kompetanse på helsehusene var blant temaene som disse tok opp. Nedenfor følger noen innspill og erfaringer knyttet til bemanning og kompetanse på helsehusene i Oslo.

Det sentrale rådet for funksjonshemmede understreket blant annet viktigheten av tilstedeværende ledelse og at det burde settes begrensninger for hvor stort antall ansatte en leder kunne ha ansvar for, for å ha nødvendig oversikt. Rådet pekte på at det synes nødvendig å gjennomgå kompetansen hos ledelsen.

Det sentrale eldrerådet viste blant annet til at pasienter ble skrevet ut av sykehusene tidligere enn før. De hadde ofte et sammensatt sykdomsbilde, alvorlig demenssykdom og/eller kunne ha utagerende adferd. Eldrerådet mente det var behov for å styrke kompetansen i helsehusene og mente også at det burde være ansatte med geriatrisk kompetanse tilknyttet helsehusene.

Sosial- og eldreombudet i Oslo, heretter Ombudet, viste blant annet til at det var kjent med at bemanningen ved helsehusene ikke hadde økt (pleiefaktoren), mens pasientgruppene hadde endret seg drastisk siden helsehusene ble opprettet i 2015. Ombudet hadde forståelse for at det da kunne være utfordrende å opprettholde kvalitet i tjenesten. Det hadde blitt tyngre å jobbe fordi pasientene har blitt dårligere, samt at det

var lite tilgang til nødvendig kvalifisert personell ved fravær. Ombudet satte spørsmålstegn ved kompetansen særlig på kvelder og i helgene i helsehusene. At mange pasienter kom inn på helsehus fredag ettermiddag, var en bekymring med tanke på den lave bemanningen i helgene, ifølge Ombudet. Ombudet mente dette var medvirkende til at pasienter og pårørende opplevde manglende kontinuitet i tjenesten, og at pasienter kunne oppleve manglende trygghet. For de pårørende var det viktig å få informasjon om formålet med pasientens opphold i oppstartssamtalen. Ombudet beskrev at pårørende som hadde vært i kontakt med dem, opplevde manglende kommunikasjon om dette.

Pårørendealliansen var opptatt av at helsehusene måtte ta hånd om mange pasientgrupper, samtidig som de var underbemannet. Dette kunne resultere i manglende informasjon til pårørende blant annet om hva som var planen for pasientens opphold. Den oppga at pårørende ikke fikk en kontaktperson, noe som gjorde det vanskelig å vite hvor man skulle henvende seg. Pårørende opplevde at det var mangel på formaliserte strukturer for å gi eller få tilbakemeldinger på helsehuset, samt at dersom en pasient ble innlagt på kvelden, var det ingen leger ved helsehuset.

2.2.2 Kommunerevisjonens vurderinger

Samlet sett indikerer undersøkelsen at helsehusene ikke alltid sikret tilstrekkelig bemanning og kvalifisert personell i tråd med pasientenes bistandsbehov. Det var stor variasjon i andelen av sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte på de ulike vaktene i og mellom helsehusene. Det var høy vikarbruk, og den faktiske bemanningen var lavere enn planlagt. Undersøkelsen indikerer at sykepleiere ved mangel på personell ble erstattet av lavere kompetanse. Pleiefaktoren var heller ikke oppnådd ved noen av helsehusene. For en nærmere vurdering av bemanningen ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus, herunder en vurdering av norskkunnskaper, se kapittel 2.3.2.

2.3 Dybdeundersøkelsen ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus

Lilleborg helsehus hadde ordinære korttidsplasser og rehabiliteringsplasser. Per januar 2023 hadde helsehuset tre poster med til sammen 75 plasser: 20 ordinære korttidsplasser, 14 korttidsplasser som bestilles utenfor enbloctestilling, og 41 rehabiliteringsplasser.

Ullern helsehus hadde ordinære korttidsplasser, rehabiliteringsplasser og plasser for personer med psykiske lidelser. Helsehuset var organisert i fire avdelinger. Per januar 2023 hadde helsehuset 96 plasser: 30 ordinære korttidsplasser, 7 korttidsplasser som bestilles utenfor enbloctestillinger, 51 rehabiliteringsplasser og 8 plasser for personer med psykiske lidelser.

2.3.1 Faktabeskrivelse

a) Tilstrekkelig og kvalifisert personale

Det var en felles oppfatning blant ledere og ansatte vi intervjuet ved begge helsehusene, at bemanningen var for lav sett opp mot pleiebehovet. Pleiefaktoren som lå til grunn for budsjetterte årsverk, var ikke endret siden 2015, og i tillegg var det stillinger ved helsehusene som ikke var besatt (vakanser). De pekte videre på at pasienter ble raskere skrevet ut fra sykehusene og hadde et generelt mer komplisert sykdomsbilde. Begge helsehusene oppga at de hadde pasienter som ikke fikk et tilstrekkelig godt tilbud grunnet mangel på kompetanse og bemanning samt arealmessig utforming. Dette gjaldt spesielt pasienter med kognitiv svikt og som var svært utagerende.

Helsehusene hadde vært avhengige av å planlegge med personale engasjert som ekstravakter og vikarbyråer for å dekke opp vaktene. Det var utfordringer hele døgnet og ekstra sårbart på kvelder, i helger og om natten. Ledere og ansatte ved begge helsehusene fortalte at de måtte prioritere hardt mellom hvilke oppgaver som skulle gjennomføres. Eksempelvis kunne oppgaver som dusj og personlig stell bli nedprioritert. Det var ikke eksplisitt gitt føringer om hvordan prioriteringene skulle gjøres. Ansatte vi snakket med, oppga at de strakk seg langt for å gjennomføre oppgavene de var satt til, selv om de opplevde at bemanningen ofte var altfor lav. Følgende enkeltutsagn illustrerer hva flere ledere og ansatte uttrykte:

En konsekvens ved for lav bemanning er at pasientene må vente på å få hjelp. Ingen ønsker å prioritere bort noen oppgaver, det som haster mest, blir prioritert. De ansatte strekker seg veldig langt.

En særskilt utfordring som flere trakk fram, var sårbarheten på kveldsvakter når de mottok nye pasienter fra sykehus.

Det var mange ledige stillinger som ikke var besatt ved begge helsehusene. Per april 2023 var det blant annet fem hele ledige sykepleierstillinger ved Lilleborg helsehus og ti ved Ullern helsehus. Det var totalt omtrent 28 sykepleierstillinger som var bemannet ved Lilleborg helsehus og 26,5 sykepleierstillinger ved Ullern helsehus. Mange av de intervjuede trakk fram at det var vanskelig å rekruttere sykepleiere. Helsehusene hadde utlyst stillinger som de ikke hadde klart å besette i undersøkelsesperioden. Områdedirektøren for helsehusene oppga at flere av helsehusene manglet sykepleiere. Dette var et generelt problem i helsevesenet i dag og noe Sykehjemsetaten hadde i fokus, ifølge områdedirektøren.

Ullern helsehus hadde i 2023 satt inn kompenserende tiltak for manglende rekruttering ved at det var avtalt langtidsinnleie av sykepleiere fra vikarbyrå for å sikre forutsigbarhet og nok sykepleiere. Av de ti ledige sykepleierstillingene ved Ullern helsehus manglet det to psykiatriske sykepleiere ved skjermet enhet for psykiatri i avdeling 1. Avdelingslederen fortalte at grunnet manglende rekruttering av ekstra tilførte årsverk på psykiatri hadde flere av de fast ansatte på avdelingen enn det bemanningsplanen tilsa, jobbet på skjermet enhet for psykiatri. Mangelen på fast ansatte førte også til at det ble leid inn pleieassistenter.

Tilsynsutvalget for Lilleborg helsehus oppga at kvaliteten ved helsehuset ikke er god nok på grunn av lav bemanning. Tilsynsutvalget oppga at problemet med personalmangel ikke nødvendigvis måtte løses gjennom å skaffe flere pleiere. Det som imidlertid trengtes, var personell som kunne avlaste, ifølge dem. Ullern helsehus hadde fått en ekstra ressurs på hver avdeling på kvelden samt en servicemedarbeider (måltidsvert) på dagtid på hver avdeling og en besøksvert på kvelden fra januar 2023. Ledere og ansatte opplevde dette som en forbedring, men opplevde fortsatt bemanningen som for lav, jf. beskrivelsen ovenfor. Lilleborg helsehus hadde ikke fått ekstra ressurser i undersøkelsesperioden.

Fordelingen av pasientrom (det vil si plasser) «en bloc» fungerte slik at når bydelene bestilte plasser, «eide» de konkrete plasser på helsehuset. Bydelenes plasser var gjerne plassert i samme avdeling på helsehuset. Det betydde at pasienter med veldig forskjellige tilstander og behov havnet på samme sted, for eksempel utagerende

demenspasienter og pasienter som trengte lindrende pleie. Flere ledere og ansatte fortalte at dette gjorde det vanskeligere å planlegge med rett bemanning og rett kompetanse på avdelingene.

Ifølge byrådssak 60/23 *Omorganisering av helsehus i Oslo* kunne avdelingene ha en blanding av rehabiliteringspasienter, somatisk svært syke pasienter, utagerende pasienter, pasienter med demenssykdom og pasienter i siste del av livet. Byrådet påpekte at det i slike avdelinger derfor var utfordrende å bygge riktig kompetanse og gi god og effektiv behandling.

Ifølge Sykehjemsetaten var det kun bydelene som hadde anledning til å administrere romdelingen på helsehuset i det elektroniske systemet for romfordeling. Områdedirektøren oppga at dette hadde vært en praktisk løsning for bydelene som Sykehjemsetaten forholdt seg til. Ulempen med systemet var at det ga liten fleksibilitet i plassering av pasienter. Med fordeling av pasienter på flere spesialiserte avdelinger håpet Sykehjemsetaten å få tydeligere definerte plasser og dermed tydeligere definert og spesialisert kompetanse.

Kommunerevisjonens gjennomgang av journaler og informasjon om avviksmeldinger ved de to helsehusene hadde flere eksempler på at oppgaver ikke ble utført som kunne skyldes lav bemanning. Eksempelvis viste journalgjennomgangen at det var beskrivelser av mye urin i bleie for flere pasienter og eksempel på at en pasient ble bedt om å gjøre fra seg i bleie når pasienten ønsket å bruke toalettet om natten. Det framgikk eksempelvis følgende ytring fra pasient som var dokumentert i pasientens journal:

Opplever at det er for lite bemanning, venter lenge på hjelp. Misfornøyd med å være på helsehuset. For lite ansatte på alle vakter. Vil ha et sted der det er bedre bemanning, opplever at hen er for syk til å være der.

Pasienter vi snakket med på Lilleborg helsehus og Ullern helsehus, fortalte om lange ventetider ved bruk av ringeklokke. For eksempel ble det oppgitt at det kunne gå halvannen time før personalet kom, eller at personalet ikke kom i det hele tatt. Dette førte til at de ikke fikk hjelp når de trengte det, for eksempel til å gå på toalettet, tømme stomi eller når man lå vondt i sengen. Lilleborg helsehus oppga at den hadde hatt seks meldinger om uønskede hendelser og avvik knyttet til mangelfull bemanning første tertial 2023, mens tilsvarende for Ullern helsehus var 23 meldinger. Av avviksmeldingene var det blant annet trukket fram at pasienter hadde fått hjelp for sent til toalettbesøk, og at de måtte vente på mat og medisiner. Ifølge den eksterne gjennomgangen utført av PwC var fall det avviket som forekommer hyppigst ved helsehusene (PwC 2023, s. 64). Legemiddelhåndtering var også et område som utløste mange avvik i løpet av et år, et alvorlig legemiddelavvik kan for eksempel være knyttet til feil dose eller at det er gitt feil legemiddel. Ifølge rapporten påpekte ansatte at de opplever at de ikke hadde tid til å melde avvik, og at det derfor underrapporteres avvik. Flere nevnte også at selv om de meldte avvik, var det ikke tid til å følge opp registrerte avvik på en hensiktsmessig måte (PwC 2023, s. 64).

I pårørendeundersøkelsen gjennomført av Opinion i januar 2023 ble respondentene gitt mulighet til å svare på et åpent spørsmål på hva helsehusene kunne bli bedre på. Av de som svarte, var det 12 prosent (10 respondenter) ved Lilleborg helsehus og 18 prosent (23 respondenter) ved Ullern helsehus som oppga kommentarer som tilsa at helsehusene

kunne bli bedre på bemanning. Ullern helsehus var helsehuset hvor flest respondenter hadde kommentarer til bemanningen.

Planlagt bemanning Lilleborg helsehus

Post 1 og 2 hadde to fysioterapeuter og to ergoterapeuter hver, mens post 3 hadde fire fysioterapeuter og én ergoterapeut. Disse jobbet hovedsakelig på hverdager, med enkelte vakter på lørdager.

Tabell 4 nedenfor viser en normal planlagt fordeling av sykepleiere og helsefagarbeidere på de ulike postene på dag- og kveldsvakter på hverdager i 2022 og første tertial 2023.

Tabell 4 Planlagt grunnturnus for dag- og kveldsvakter på hverdager, 2022 og første tertial 2023

Fagbakgrunn	Dagvakt			Kveldsvakt		
	Post 1	Post 2	Post 3	Post 1	Post 2	Post 3
Sykepleiere	6	6	5	2	3	2
Helsefagarbeidere	3	3	3	2	2	3
Totalt	9	9	8	4	5	5

Note: Kilden er informasjon fra Sykehjemsetaten. Vaktens varighet kan variere noe (antall timer).

Tabell 4 viser at den planlagte bemanningen på hverdager var relativt lik på de tre avdelingene, både når det gjaldt antall personer og fordeling av fagkompetanse. Vi så også at helsehuset planla med lavere bemanning på kveldsvakter enn på dagvakter.

Tabell 5 nedenfor viser en normalt planlagt fordeling av sykepleiere og helsefagarbeidere på de ulike postene på dag- og kveldsvakter i helger i 2022 og første kvartal 2023.

Tabell 5 Planlagt grunnturnus for dag- og kveldsvakter i helger, 2022 og første tertial 2023

Fagbakgrunn	Dagvakt			Kveldsvakt		
	Post 1	Post 2	Post 3	Post 1	Post 2	Post 3
Sykepleiere	2	2	2	2	1-2	1-2
Helsefagarbeidere	4	4	4	2	2-3	2-3
Totalt	6	6	6	4	4	4

Note: Kilden er informasjon fra Sykehjemsetaten. Vaktens varighet kan variere noe (antall timer).

En sammenligning av tabell 4 og tabell 5 viser at planlagt grunnbemanning var lavere i helger enn på hverdager. Dette gjaldt særlig dagvaktene. Vi ser også at andelen sykepleiere var lavere, og at det ved post 2 og 3 var planlagt med kun én sykepleier på vakt om kvelden i enkelte helger.

Nattbemanning

I den planlagte bemanningen om natten var det på alle de tre postene planlagt med to nattevakter: én sykepleier og én helsefagarbeider, både hverdager og helger.

Planlagt bemanning Ullern helsehus

Det var åtte fysioterapeuter og fem ergoterapeuter som i hovedsak arbeidet på hverdagene, med enkelte vakter på lørdager. Disse var fordelt på de ulike avdelingene etter antall rehabiliteringsplasser i avdelingene.

Tabell 6 nedenfor viser den normale planlagte fordelingen av sykepleiere og helsefagarbeidere ved de ulike avdelingene på dag- og kveldsvakter på hverdager første kvartal 2023.

Tabell 6 Planlagt grunnturnus for dag- og kveldsvakter på hverdager, første tertial 2023

Fagbakgrunn	Dagvakt				Kveldsvakt			
	Avd. 1	Avd. 2	Avd. 3	Avd. 4	Avd. 1	Avd. 2	Avd. 3	Avd. 4
Sykepleiere	5	5-4	5-4	5-4	1-2	1-2	1-2	1-2
Helsefagarbeidere	4	3-4	3-4	3-4	5-4	5-4	5-4	5-4
Totalt	9	8	8	8	6	6	6	6

Note: Kilden er informasjon fra Sykehjemsetaten. Vaktens varighet kan variere noe (antall timer).

Vi ser av tabell 6 at det var lagt opp til en relativt lik bemanning mellom avdelingene, både når det gjaldt antall vakter og fordelingen av fagkompetanse på vaktene. Avdeling 1 hadde også plasser for personer med psykiske lidelser og derfor noe høyere bemanning på dagtid. Helsehuset planla med at én sykepleier kunne ha eneansvar som sykepleier for 24 pasienter på en kveldsvakt på en hverdag.

Tabell 7 nedenfor viser den normale planlagte fordelingen av sykepleiere og helsefagarbeidere på de ulike avdelingene på dag- og kveldsvakter i helger i første kvartal 2023.

Tabell 7 Planlagt grunnturnus for dag- og kveldsvakter i helger, første kvartal 2023

Fagbakgrunn	Dagvakt				Kveldsvakt			
	Avd. 1	Avd. 2	Avd. 3	Avd. 4	Avd. 1	Avd. 2	Avd. 3	Avd. 4
Sykepleiere	3-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2	1-2
Helsefagarbeidere	4-5	6-5	6-5	6-5	5-4	5-4	5-4	5-4
Totalt	7	7	7	7	6	6	6	6

Note: Informasjon fra Sykehjemsetaten. Vaktens varighet kan variere noe (antall timer).

Tabell 7 viser at den planlagte bemanningen i helger var lavere på dagvakt i helger enn hverdager, jf. tabell 6. Vi ser også at andelen sykepleiere var færre på dagvakt i helger, og at det ble planlagt med kun én sykepleier på enkelte vakter på hver avdeling både på dagvakter og kveldsvakter. Ifølge helsehuset gjorde mangelen på sykepleiere at man på flere avdelinger planla med én sykepleier på dag- og kveldsvakt, og ikke to, som man ellers ville ha gjort.

I 2022 var bemanningen ved Ullern helsehus en person mindre per avdeling på kveldsvakter både i helger og på hverdager enn i 2023. Helsehuset fikk tilført 3,8 millioner kroner til ekstra bemanning og kompetansetiltak i første tertial 2023. I tillegg til ekstra personell på kveldsvakter har helsehuset siden januar 2023 hatt en servicevert/matvert på hver avdeling og en besøksvert / bemannet resepsjon om kvelden på hverdagene.

Helsehuset reduserte bemanningen på dagtid i helger fra syv til seks vakter i avdeling 2, 3 og 4 fra august/september 2022 og ut året 2022. Staten begrunnet dette med mål om balanse i budsjettet ved utløp av året. Vår bemanningsanalyse viser at helsehuset i tredje tertial 2022 hadde hatt en faktisk bemanning som besto av 6 prosent færre timeverk enn i første tertial 2022. Det framgikk av referat fra fagsykepleiergruppen i november 2022 at det var en påkjenning å gå ned på bemanning, og at fagsykepleiere måtte jobbe mer operativt på grunn av dette.

Nattbemanning

Bemanningen på natt var den samme i hele 2022 og første tertial 2023.

Det var to sykepleiere på natt, som henholdsvis avdeling 1 og 2 og avdeling 3 og 4 har delt på. Der var også planlagt med én helsefagarbeider på hver avdeling, med unntak av avdeling 1, som har hatt to helsefagarbeidere, hvorav én var dedikert psykiatriplassene.

Flere ledere og ansatte ved Ullern helsehus fortalte at bemanningen om natten var særlig sårbar og utfordrende. To sykepleiere på fire avdelinger om natten innebar at hver sykepleier hadde ansvar for 48 pasienter. Områdedirektøren for helsehus oppga at Ullern helsehus hadde valgt å ha lavere sykepleiebemanning på nattevakter, relativt sett, enn de andre helsehusene.

Deltid

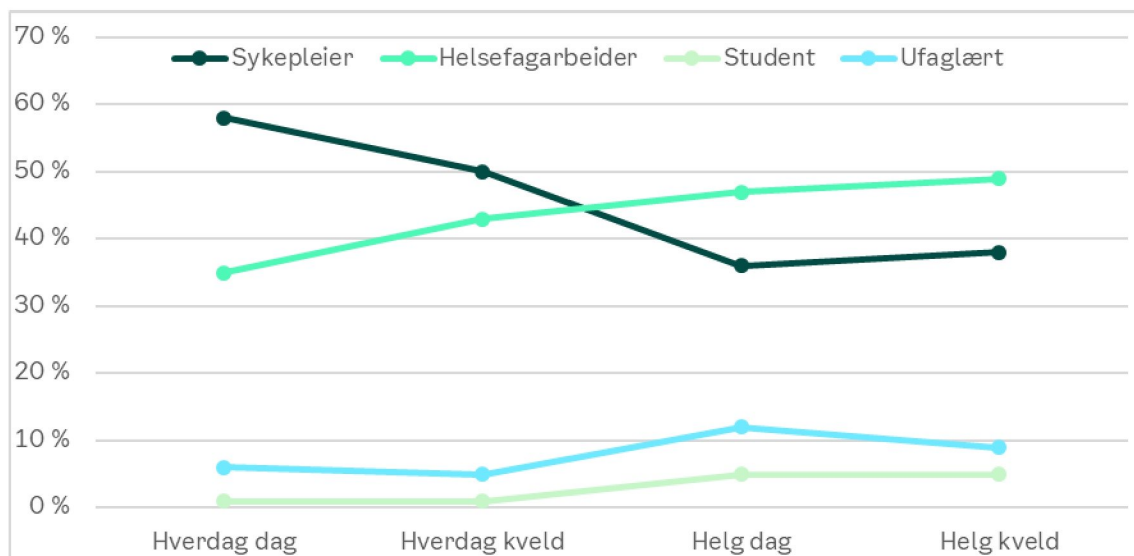
Ved begge helsehusene var det flere som arbeidet deltid. Deltidsandelen av faste ansatte var 43 prosent ved Lilleborg helsehus og 36 prosent ved Ullern helsehus. Blant sykepleiere var deltidandelen høyere. Deltidsandelen blant sykepleiere var 63 prosent ved Lilleborg helsehus og 45 prosent ved Ullern helsehus.

Faktisk bemanning

Det framkommer av tabell 1, i kapittel 2.2.1, at faktisk gjennomførte timeverk ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus var henholdsvis 12 prosent og 2,3 prosent lavere enn planlagt i 2022. Som det framkommer av tabell 1, var også vakanser medregnet, samt at feilregistrering ved en post ved Lilleborg helsehus gjør at avviket i realiteten kan ha vært noe mindre. Studenter og ufaglærte gjennomførte flere timeverk enn planlagt, mens sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og leger gjennomførte færre timeverk enn planlagt. Ved Lilleborg helsehus var gjennomførte sykepleiertimeverk 11 prosent lavere enn planlagt, mens Ullern helsehus hadde benyttet sykepleiere 10 prosent mindre i den faktiske bemanningen enn planlagt.

I figur 5 vises fordelingen av fagbakgrunn på de ulike utførte vaktene ved Lilleborg helsehus i 2022.

Figur 5 Fordeling av fagbakgrunn på de ulike utførte vaktene ved Lilleborg helsehus i 2022

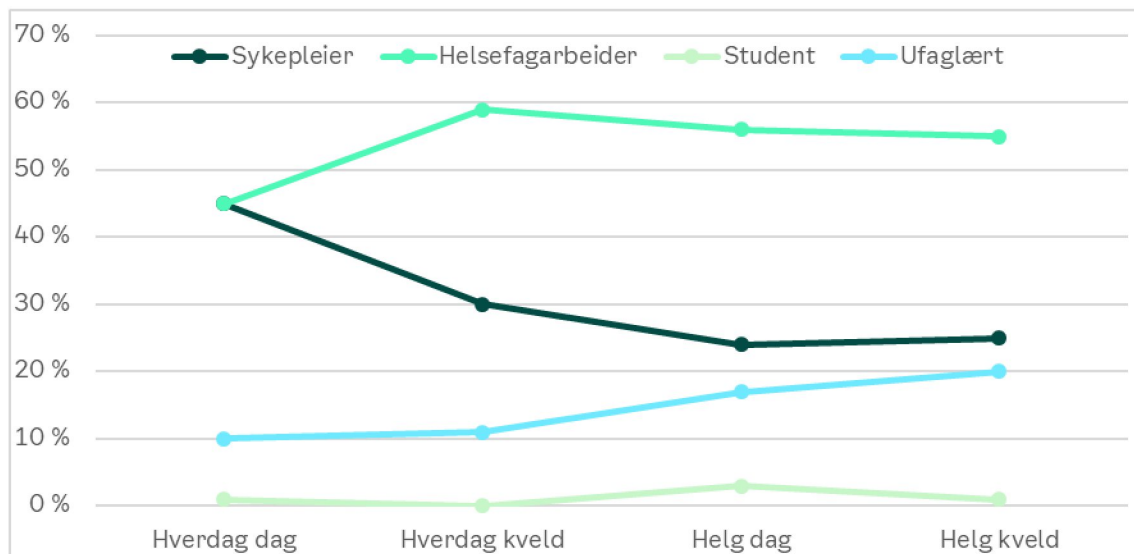


Note: Kilden er Kommunerevisjonens rapport 6/2023 *Helsehus i Oslo – bemanning og kompetanse* (tabell 11). Vakter er operasjonalisert som personell på jobb på gitte klokkeslett. Dagvakt er operasjonalisert som kl. 11.00 og kveldsvakt som kl. 19.00. Fastvakter er tatt ut av analysen.

Vi ser av figur 5 at andelen personell med sykepleierbakgrunn er synkende fra dag til kveld på hverdager og reduseres enda mer i helgevaktene. Trenden for personell med helsefagarbeiderbakgrunn er motsatt. Vi ser også at andelen studenter og ufaglærte er høyere i helgene.

I figur 6 nedenfor vises fordelingen av fagbakgrunn på de ulike utførte vaktene ved Ullern helsehus i 2022.

Figur 6 Fordeling av fagbakgrunn på de ulike utførte vaktene ved Ullern helsehus i 2022



Note: Kilden er Kommunerevisjonens rapport 6/2023 *Helsehus i Oslo – bemanning og kompetanse* (tabell 11). Vakter er operasjonalisert som personell på jobb på gitte klokkeslett. Dagvakt er operasjonalisert som kl. 11.00 og kveldsvakt som kl. 19.00. Fastvakter er tatt ut av analysen.

Figur 6 viser, som ved Lilleborg helsehus i figur 5, at andelen personell med sykepleierbakgrunn er lavere på dagvakt enn på kveldsvakt på hverdager og enda lavere på helgevaktene. Kurven for personell med helsefagarbeiderbakgrunn er motsatt. Vi ser også at andelen studenter og ufaglærte er høyere i helgene.

Som det ble vist i tabell 3 i kapittel 2.2.1, hadde Ullern helsehus en langt lavere andel sykepleiere i den faktiske bemanningen enn de andre helsehusene. Ullern helsehus hadde også en større andel ufaglærte i den faktiske bemanningen enn de øvrige helsehusene.

Oppnådd pleiefaktor

Som det framkommer i kapittel 2.2.1 d) ovenfor, har Kommunerevisjonen med utgangspunkt i Sykehjemsetatens norm beregnet den faktiske pleiefaktoren. Både Lilleborg helsehus og Ullern helsehus ligger lavere enn normen. Lilleborg helsehus ligger omtrent 7 prosent lavere enn normen, mens Ullern helsehus ligger omtrent 9 prosent lavere enn normen. Post 2 ved Lilleborg helsehus var den eneste av postene/avdelingene ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus som hadde oppnådd pleiefaktoren.

Sykefravær

Utvikling av sykefraværet for Lilleborg helsehus og Ullern helsehus sammenlignet med de andre helsehusene framkommer i figur 2 i kapittel 2.2.1. Den viser at sykefraværet tredje kvartal 2022 var ganske likt mellom de to helsehusene.

Sykefraværet for Lilleborg helsehus og Ullern helsehus var per første kvartal 2023 7,5 prosent for begge helsehusene. Korttidsfraværet utgjorde 3,3 prosent ved Lilleborg helsehus og 4,6 prosent ved Ullern helsehus.

Vikarbruk

Behovet for vikarer er en følge av at fast ansatte ikke kan dekke alle vakter (FAFO 2023). Ullern helsehus hadde den høyeste vikarbruken av alle helsehusene – 45 prosent av alle utførte timeverk ble utført av vikarer, jf. figur 1 i kapittel 2.2.1. Ullern helsehus hadde også flest vakante stillinger blant helsehusene. Lilleborg helsehus hadde en vikarbruk på 26,9 prosent, som var på omtrent samme nivå som de to resterende helsehusene.

I vikarbruken inngår også fastvakter som ikke var en del av helsehusenes planlagte bemanning, men som ble tilknyttet enkeltpasienter som trengte en fast vakt rundt seg, for eksempel om natten. Ullern helsehus hadde den høyeste bruken av fastvakter, og disse utgjorde cirka 30 prosent av vikarbruken.

Konsekvenser av vikarbruken er synliggjort ulike steder i rapporten nedenfor blant annet knyttet til kompetanse, norskkunnskaper og journalføring. Ifølge FAFOs rapport 2023:17 om vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester kan vikarbruk skyldes mange ledige stillinger og rekrutteringsproblemer, lav grunnbemanning og trekk ved bemanningsplanene, et høyt sykefravær og mange permisjoner blant de ansatte.³

Oppgaver gitt til personell uten nødvendig opplæring/kompetanse

Enkelte ansatte ved begge helsehusene fortalte at de fikk oppgaver som de ikke hadde

³ Undersøkelsen omfattet Sykehjemsetaten.

kompetanse til å utføre, eksempelvis at ansatte måtte gjennomføre dialyse uten egen opplæring, eller at helsefagarbeidere måtte gjøre sykepleieroppgaver som å gi insulin, sette Fragmin⁴ og foreta avansert sårstell. Noen ansatte fortalte at de kunne lese seg opp eller spørre om hjelp, mens enkelte fortalte om at de måtte gjennomføre oppgaver de var ukomfortable med. Ved Ullern helsehus ble det gitt eksempler på at ufaglært personell (vikarer) hadde fått oppgaver som de ikke hadde kompetanse til, for eksempel sårstell, og at ufaglært personell ikke hadde fanget opp tegn på forverret helsetilstand som førte til uønsket hendelse som ble meldt i kvalitets- og avvikssystemet.

Kompetanseutvikling

Lilleborg helsehus og Ullern helsehus hadde begge utarbeidet kompetanseplaner for virksomheten og gjennomført kompetansekartlegging blant ansatte i 2022 eller 2023. Det kom fram av disse kartleggingene at det var store individuelle forskjeller, slik at tiltak måtte iverksettes på individnivå. Flere ansatte vi snakket med, oppga at de sjelden hadde anledning til å prioritere internkursing og lignende.

Ingen av de to helsehusene hadde en oppdatert samlet oversikt over all kompetanse ved helsehuset. Kommunens HR-system skulle benyttes, men oversikten var ikke oppdatert. Avdelingsledere ved begge helsehusene oppga at de hadde oversikt over ansatte i sin avdeling. Lilleborg helsehus og Ullern helsehus hadde utarbeidet en oversikt over hvem som hadde gjennomført internundervisning i 2023.

Flere ledere og ansatte ved Ullern helsehus mente at det var behov for mer kompetanse innen ulike områder som medisinske prosedyrer, demens og ernæring. Avdelingsledere beskrev at flere hadde hatt behov for mer opplæring, men det kunne være vanskelig å sende personell på kurs fordi de da måtte tas ut av arbeid på avdelingen. Ved Lilleborg helsehus opplevde de fleste at kompetansen på helsehuset var tilstrekkelig. Det var fagsykepleiere som var delegert ansvar for kompetanseutvikling i avdelingene. Ved Ullern helsehus oppga mange at det ikke hadde vært tid for fagsykepleierne til å kunne utøve denne rollen, slik den ble brukt på Lilleborg helsehus. Lilleborg helsehus hadde i tillegg til fagsykepleiere en avansert klinisk sykepleier som ble brukt på tvers av avdelingene.

b) Norsk kunnskaper

Kommunerevisjonen har gjennomgått henholdsvis 12 og 13 stillingsannonser fra 2023 ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus. I samtlige ble det stilt lovkrav som oppfylte de minimumskravene som er satt i Oslo kommune.

Helsehusene skulle stille samme krav til språkkunnskaper hos vikarer. Ved bruk av vikarbyrå skulle dette være ivarettatt gjennom kommunens samkjøpsavtale. Likevel kom det fram i enkelte intervjuer med ledere ved Ullern helsehus at helsehuset i praksis ikke stilte de samme norskkravene til egne timelønnede vikarer, siden de da ikke hadde fått dekket behovet for vikarer. Både ansatte og ledere beskrev at helsehusene kunne få vikarer som ikke hadde tilstrekkelige norskkunnskaper.

Ingen av de to helsehusene hadde gjennomført språkkartlegging av ansatte. Enkelte ledere ved begge helsehusene oppga at det var ansatte som hadde behov for ekstra norskopplæring, men ingen var tilbudt dette.

⁴ Fragmin hemmer blodets koagulasjon (levring) og evne til å danne blodpropper.

Flere ved Ullern helsehus, både ledere, ansatte og pasienter, fortalte om varierende norskkunnskaper blant ansatte og særlig blant vikarer. Dette medførte utfordringer i kommunikasjonen med pasienter, pårørende og mellom ansatte. Journalgjennomgangen viste også at det i cirka halvparten av gjennomgåtte pasientjournaler var enkelte tilfeller av beskrivelser der språkferdighetene gjorde det vanskelig å forstå hva som var ment.

Ved Lilleborg helsehus var det enkelte ledere, ansatte og pasienter som trakk fram utfordringer knyttet til norskkunnskaper, særlig blant vikarer. Dette gjorde eksempelvis at det kunne oppstå misforståelser mellom ansatte. De fleste pasientene vi snakket med, fortalte at de stort sett var fornøyde med personalets norskkunnskaper, men at det var unntak. Gjennomgangen av pasientjournalene viste at det i de fleste tilfeller var forståelig norsk i journalnotatene.

I pårørendeundersøkelsen gjennomført av Opinion i januar 2023 fikk pårørende mulighet til å svare på et åpent spørsmål om hva helsehusene kunne bli bedre på. Enkelte pårørende ved Lilleborg helsehus pekte på at det var behov for å styrke norskferdighetene til de ansatte. Det var noen flere pårørende ved Ullern helsehus som oppga det samme.

2.3.2 Kommunerevisjonens vurderinger

Lilleborg helsehus og Ullern helsehus sikret ikke alltid tilstrekkelig og kvalifisert bemanning, og vi merker oss at ansatte strakk seg langt for at nødvendige arbeidsoppgaver skulle bli gjort.

Undersøkelsen viser at lav bemanning gjorde tjenesten særlig sårbar på kvelder, i helger og om natten. Pleiefaktoren som lå til grunn for budsjetterte årsverk, var ikke endret siden 2015. Helsehusene hadde heller ikke fått besatt flere ledige sykepleierstillinger. Kommunerevisjonen merker seg at pasientene synes å ha et generelt mer komplisert sykdomsbilde enn tidligere. For få personale på jobb medførte at pasientene tidvis måtte vente lenge på hjelp. Personalet måtte gjøre vanskelige prioriteringer mellom arbeidsoppgavene, uten at det var gitt eksplisitte føringer for hvordan prioriteringene skulle gjøres. Vi mener det var særlig risiko knyttet til sykepleierdekningen på nattevakter ved Ullern helsehus.

Vakanser og fravær medførte stort behov for vikarer. Dette ga igjen risiko for mangelfull kontinuitet i oppfølgingen av pasientene. Undersøkelsen tyder også på at det var ansatte som fikk oppgaver som de ikke hadde kompetanse til å utføre, noe som medførte risiko for at enkelte pasienter mottok hjelp fra personale som ikke var kvalifisert til å ivareta bistandsbehovet.

Undersøkelsen indikerer at tilstrekkelige norskkunnskaper var en utfordring i tjenesten. Dette gjaldt i særlig grad innleid personell og timelønnede ekstravakter. Utfordringene syntes å være større ved Ullern helsehus enn Lilleborg helsehus, blant annet fordi de hadde hatt større grad av vikarbruk.

3. Løpende oppfølging av pasientene, herunder ernæringsarbeid

I dette kapitlet gjør vi rede for og vurderer Lilleborg og Ullern helsehus' arbeid med løpende oppfølging av pasientene.

Vi retter spesielt oppmerksomheten mot oppfølgingen av ernæringsarbeidet på helsehusene: Vi ser på om personalet har nødvendig og oppdatert informasjon, på kompetansen innen ernæringsarbeid, rutiner og praksis for å kartlegge ernæringsmessig status og vurdere ernæringsmessig risiko hos pasienten og om det var utarbeidet individuelle ernæringsplaner for pasienter som blir evaluert løpende.

3.1.1 Revisjonskriterier

- Helsehuset skal sikre at personalet har nødvendig og oppdatert informasjon av betydning for tjenesteytingen til den enkelte pasient.
- Helsehuset skal sikre at personell i helsehus har tilstrekkelig kompetanse i ernæring.
- Helsehuset skal ha rutiner for å kartlegge ernæringsmessig status og vurdere ernæringsmessig risiko hos pasienten. Disse bør være skriftlige.
- Pasienten bør kartlegges for ernæringsmessig status og vurderes for ernæringsmessig risiko ved oppstart av oppholdet, underveis i oppholdet og ved slutten av oppholdet.
- Helsehuset bør utarbeide en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak for pasienter i ernæringsmessig risiko. Ernæringsplanen bør evalueres løpende.

3.1.2 Nødvendig og oppdatert informasjon

a) Skriftlige rutiner

Det var skriftlige prosedyrer for dokumentasjon og samhandling for opphold i helsehus. Disse beskrev blant annet at det skulle skrives journalnotater på alle vakter, rutiner knyttet til å etablere tiltaksplaner for alle pasienter ved innkomst og at disse skulle oppdateres i løpet av oppholdet.

b) Rapporteringer og risikotavler

Helsehusene hadde en etablert praksis for rapporteringer ved vaktskifter. Nattevaktene rapporterte til dagvaktene om morgenen, og personalet som skulle arbeide dagvakt, hadde en felles gjennomgang av pasientene og arbeidsoppgavene om morgenen. De fleste avdelingene hadde en muntlig rapportering, mens noen avdelinger hadde en «stille» rapportering der personellet på egen hånd leste seg opp på pasientene ved å lese journalen på nettbrett. Fra dagvakten til kveldsvakten var det som regel koordinerende eller ansvarlig sykepleier som rapporterte, og det var en felles gjennomgang mellom kveldsvaktene lik den om morgenen. Til nattevaktene var det ansvarlig sykepleier om kvelden som rapporterte.

På alle avdelingene/postene var det såkalte risikotavler hvor det var informasjon om hvilke pasienter som var på hvilke rom, og vesentlig overordnet informasjon om pasientene. Det var avdelingsvise forskjeller på hva som ble tatt opp på risikotavlen. Avdelingene/postene hadde egne tavlemøter på dagen der de gjennomgikk pasientene. Det varierte hvilket tidspunkt på dagen disse ble gjennomført.

Flere informanter oppga at det ble gitt muntlig informasjon som ikke ble dokumentert i journalene.

c) Løpende journalføring

Det var vanlig praksis at personalet samlet informasjon i løpet av vekten, for så å skrive en rapport i journalen før vaktskiftet. Stasjonære PC-er ble da benyttet. Helsehusene hadde også nettbrett med eRom som kunne brukes til journalføring. eRom er en applikasjon som gir helsepersonell mulighet til å se hvilke tiltak som skal iverksettes, og å kvittere ut at oppgavene er utført i sanntid. Det varierte om eRom ble benyttet, og i den grad det ble benyttet, var det stort sett for å lese seg opp på pasientens siste journaler. Mange ansatte ved begge helsehusene trakk fram utfordringer med eRom, som at man ikke kunne opprette nye tiltak, og at det var mange tekniske problemer som gjorde at disse ikke ble sett på som et tilstrekkelig egnet verktøy.

Flere ledere ved begge helsehusene fortalte at de ikke fikk nok informasjon om pasientene ved å lese journalen, og at de derfor i tillegg spurte personalet ved behov. Det varierte om journalen ga nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Kvalitetssjefen ved Ullern helsehus fortalte at det var stor forskjell mellom det som ble skrevet i journalen, og det personell fortalte når man spurte direkte: Ved å spørre direkte fikk han/hun ofte mye mer utfyllende og bedre informasjon enn å ved å lese journalen.

Lilleborg helsehus hadde i 2023 innført en fast ledelsesgjennomgang av journalene en gang i uken, noe som hadde medført tettere oppfølging av den enkelte ansattes journalføring. Lederne så at det kunne være tilfeller av manglende informasjon i journalene, og at informasjon ble lagt feil sted i Geric. Ved Ullern helsehus var det ikke en fast rutine for ledelsesgjennomgang. Dette var opp til den enkelte avdelingsleder. På grunn av tidspress ble vi fortalt at journalføring var et av områdene som kunne bli nedprioritert. Ullern helsehus hadde i oktober 2022 hatt en heldagssamling for medarbeidere med temaet dokumentasjon, herunder konkrete og informative tiltaksplaner.

Helsehusene greide ikke alltid å skaffe vikarer og innleid personell, herunder fastvakter, tilgang til journalsystemet før de skulle gjennomføre en vakt. I slike tilfeller skulle vikarene journalføre på papir. Det var utarbeidet skjema for dette. Skjemaene skulle skannes inn og legges ved pasientens journal. I vår gjennomgang så vi tilfeller av papirjournaler som var skannet inn. I noen tilfeller var dette gjort flere dager i etterkant. Det var stor variasjon i hvordan de innleide fastvaktene dokumenterte. Følgende enkeltutsagn illustrerer utfordringen:

Det er en risiko for at de som ikke har tilgang til journalen, ikke journalfører noe i løpet av vekten.

Det var etablert praksis å opprette tiltaksplaner i journalen. Flere oppga imidlertid at tiltaksplanene ikke alltid ble fylt ut med informasjon og oppdatert etter hensikten. Mye informasjon knyttet til oppfølging av ernæringstiltak ble dokumentert gjennom journalnotater heller enn ved å oppdatere tiltaksplanene. Dette observerte vi også i vår journalgjennomgang. Flere oppga at det var usikkert om beskrivelsen i tiltaksplanen var den reelle oppfølgingen pasienten fikk, og om tiltakene i planen fortsatt var gjeldende for pasientens pleie.

3.1.3 Kompetanse i ernæring

Ullern helsehus hadde ikke prioritert kursing innen ernæringsarbeid i 2022 og første tertial 2023. Lilleborg helsehus hadde hatt kursing for personalgruppen innen bruk av kartleggingsverktøyet MST (Malnutrition Screening Tool) og ernæringsdrikke.

Avdelingslederne ved Ullern helsehus opplevde at personalet hadde behov for økt kompetanse innen ernæringsarbeid. Avdelingsledere ved Lilleborg helsehus fortalte at det hadde vært kursing av klinisk ernæringsfysiolog som hadde gitt avdelingene god kompetanse. Ved behov for bistand innen ernæring kunne de ansatte kontakte klinisk ernæringsfysiolog i Sykehjemsetaten. Avdelingsledere ved begge helsehus oppga at ernæringsfysiologen ukentlig var til stede på helsehuset for konsultasjon. I vår journalgjennomgang så vi ingen tilfeller av at ernæringsfysiologen hadde vært involvert.

Kompetansetiltak innen ernæring var ikke en del av kompetanseplanene for helsehusene. Ullern helsehus berørte ikke temaet ernæring i sin kompetanseplan. Lilleborg helsehus nevnte dokumentasjon av MST-kartlegging i sin kompetanseplan, men det var ikke beskrevet noe om hvordan ansatte kunne opparbeide seg mer kompetanse innen ernæring.

Ernæring var et tema i kompetansekartleggingen som ble gjort på helsehusene, jf. kapittel 2.3.1. Kartleggingen viste at det var store individuelle forskjeller, slik at tiltak måtte iverksettes på individnivå. Flere ansatte vi snakket med, oppga at de sjelden hadde anledning til å prioritere internkursing og lignende. Flere fortalte også at for lav bemanning og tidspress førte til at mating og oppfølging av ernæring ble nedprioritert uavhengig av om personalet hadde god kompetanse på området eller ikke. Halvparten av de ansatte vi intervjuet ved Lilleborg helsehus, var enten usikre på eller mente at pasienter med ernæringstiltak ikke fikk god nok oppfølging. Mangel på tid, heller enn mangel på kompetanse, ble framhevet som årsak til manglende oppfølging. Ved Ullern helsehus mente nesten alle enkeltansatte at pasienter med ernæringstiltak ikke fikk god nok oppfølging. Både mangel på tid og kompetanse ble framhevet som årsaker til manglende oppfølging.

3.1.4 Rutiner for å kartlegge og vurdere ernæringsmessig risiko hos pasienten

Det var skriftlige rutiner for kartlegging av risiko for underernæring for helsehusene. Det skulle benyttes MST, og dette skulle gjøres i løpet av første liggedøgn, vekt skulle tas ukentlig. Ut over dette var det ikke beskrevet hvordan ernæringsmessig risiko skulle kartlegges og vurderes underveis og ved avslutning av tjenesten.

3.1.5 Kartlegging og vurdering av ernæringsmessig status

Det framgikk av intervjuene ved Lilleborg helsehus at det var en felles forståelse av at ernæringsmessig risiko skulle vurderes innen et døgn ved bruk av MST-kartlegging. Dersom resultatet av MST viste risiko for underernæring, skulle man gå videre med en individuell kartlegging der årsaker til ernæringsrisiko skulle beskrives og tiltak identifiseres.

Det var ulike oppfatninger blant lederne og ansatte om hvorvidt MST-kartleggingen skulle gjentas flere ganger i løpet av oppholdet, men veiing av pasientene skulle skje ukentlig. Kvalitetssjefen ved Lilleborg helsehus oppga at hvis pasienten ikke var underernært ved innkomst, skulle helsehuset gjennomføre MST annenhver uke videre i oppholdet for å fange det opp dersom underernæring eller risiko for underernæring

oppsto i løpet av oppholdet. Hun oppga videre at MST-kartleggingen skulle ta utgangspunkt i vekten de siste seks månedene, og at helsehuset ikke nødvendigvis har tilgang på denne informasjonen. Ifølge henne hadde det vært noe innkjøringsproblemer ved implementering av MST.

Ved Ullern helsehus oppga enkelte avdelingsledere at MST skulle gjøres innen tre virkedager. Enkelte ledere ved helsehuset oppga at MST ikke alltid ble gjennomført som forutsatt, og at det ble nedprioritert spesielt i tilfeller der pasienter ikke hadde tydelig ernæringsproblematikk.

Vår journalgjennomgang viste at det for nesten alle de undersøkte journalene ved Lilleborg helsehus var gjennomført MST i løpet av første liggedøgn etter innkomst. Dette var i liten grad tilfelle ved Ullern helsehus, hvor det for flesteparten av pasientene vi undersøkte journalene til, ikke var dokumentert at det var gjennomført MST i løpet av oppholdet på helsehuset. I hovedsak var alle pasienter dokumentert veid ved begge helsehusene, men det varierte om det forelå dokumentasjon på at pasientene ble veid ukentlig. Det var i liten grad tatt MST flere ganger i løpet av et opphold. Både opplysninger om vekt og MST var ført flere ulike steder i den enkelte pasients journal og ikke alltid på de forhåndsdefinerte områdene som slik informasjonen skulle føres.

Vi så eksempler på at resultatet av MST ikke viste risiko for underernæring, selv om det framkom andre steder i journalen at pasienten både veide lite og spiste lite.

3.1.6 Individuelle ernæringsplaner og oppfølging

Det framkom av skriftlige rutiner på helsehusene at pasienter i ernæringsmessig risiko skulle få en ernæringsplan med dokumentasjon av ernæringsstatus og tiltak. Dette skulle legges inn i tiltaksplanen i Geric.

Flertallet av pasienter og pårørende vi snakket med, var fornøyd med oppfølgingen av ernæringstiltak, men enkelte nevnte at det ikke alltid var gode middagsalternativer ved allergier eller lignende, og at ikke alt personell hadde oversikt over deres ernæringstilstand. Eksempelvis var det en pasient ved Ullern helsehus med matallergi som oppga at personalet ved helsehuset ikke hadde oversikt over matens ingredienser, og løsningen var at pasienten selv måtte anskaffe mat utenfra og oppbevare denne i et kjøleskap på rommet.

Som vist til i kapittel 3.1.2 c) ovenfor framkom det av intervjuene ved helsehusene at tiltaksplanene ikke alltid ble fylt ut og oppdatert etter hensikten. Mye ble dokumentert gjennom journalnotater heller enn ved å oppdatere tiltaksplanene, og det var usikkert om det som sto i tiltaksplanene, ble gjort, eller om tiltakene var oppdatert. Vår gjennomgang av journaler ved begge helsehusene viste det samme bildet.

Kvalitetssjefen ved Lilleborg helsehus oppga at det varierte om ansatte utarbeidet tiltaksplaner, og om de sjekket om det som sto i tiltaksplanen, ble gjort. Kvalitetssjefen mente at det som ble dokumentert i tiltaksplanen, ikke alltid var like relevant og nødvendig ut fra pasientens situasjon.

Kvalitetssjefen ved Ullern helsehus oppga at hun var usikker på om det var sammenheng mellom kartleggingen og tiltakene som ble satt i verk. Hun var av den oppfatning at de som var i størst ernæringsmessig risiko, så ut til å bli fanget opp. Videre oppga

kvalitetssjefen at helsehuset var for svake på målformuleringene for ernæringstiltakene. Det kunne eksempelvis stå «berikning av mat» eller «risiko for underernæring», men tiltaket inneholdt i liten grad individuell ernæringsplan med oversikt over hvor mye berikning, ernæringsstatus, oversikt over mat og drikke, situasjonsbeskrivelser og lignende. Således kunne heller ikke planen evalueres. Journalføringen av ernæringstiltak var videre lite målrettet inn mot om pasienten var i en ernæringsmessig risiko eller ikke, og det kunne eksempelvis ofte stå «spist og drukket godt» og lignende.

En av de tillitsvalgte ved Ullern helsehus fortalte at ernæringsdrikke hyppig ble brukt for pasienter med risiko for underernæring fordi dette var mest tidseffektivt. Ulempen var imidlertid at det kunne framkalle kvalme hos pasienter. Tiltaket ble likevel benyttet fordi det ikke var ressurser eller tid til å sette seg ned med pasientene og motivere i matsituasjonen. I prioriteringen mellom ulike oppgaver ble matsituasjonen ofte nedprioritert.

Et gitt minimum av tiltak skulle opprettes for alle pasienter, herunder om ernæring. Vår gjennomgang av journaler viste at det var opprettet tiltak knyttet til ernæring for omtrent alle pasientene. Det ble i stor grad opprettet de samme tiltakene for alle pasienter, uavhengig av ernæringsmessig risiko.

Det manglet, eller var i liten grad gitt, beskrivelser av ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak for å bedre ernæringsstatus i de fleste tiltaksplanene ved begge helsehusene. Det forelå journalnotater for alle pasientene der inntak av mat og drikke var beskrevet. En del av disse beskrivelsene ga mye informasjon om mat- og drikkeinntak, men informasjonen var ofte ikke relatert til beskrivelse i tiltaksplanen.

For flertallet av journalene var ikke ernæringstiltakene evaluert underveis i oppholdet. For de fleste forelå de samme tiltakene underveis, og det var ikke foretatt endringer i prosedyre, situasjonsbeskrivelse eller mål. Dette var en utfordring som også flere ansatte ved begge helsehusene tok opp i intervjuene med Kommunerevisjonen.

3.1.7 Kommunerevisjonens vurderinger

De to helsehusene hadde iverksatt tiltak for å sikre nødvendig og oppdatert informasjon om pasienten gjennom rapporteringer og risikotavler. Journalføringen var imidlertid mangelfull. Tiltaksplanene ble ikke alltid fylt ut og oppdatert etter hensikten. Det var variasjoner i hva personalet journalførte, og journalført informasjon var i liten grad tilpasset pasientens situasjon. Helsehusene hadde til hensikt å benytte eRom for å registrere informasjon i journalene og gi oppdatert informasjon til personalet, men systemet ble ikke benyttet som forutsatt. Flere begrunnet dette med mangelfulle funksjonaliteter og tekniske problemer. Det kan tyde på at verktøyet ikke støttet opp under tjenesteutøvelsen. Opplysninger om pasientene var også journalført flere ulike steder i Gerica. Etter vår vurdering medførte mangler i dokumentasjonen at helsehusene ikke i tilstrekkelig grad hadde sikret at personell til enhver tid hadde nødvendige og oppdaterte opplysninger om pasienten. En konsekvens av dette kan være at det medfører tvil om hvorvidt informasjonen om pasientene var oppdatert, og om det var de relevante og nødvendige opplysningene som forelå i journalsystemet.

Lilleborg helsehus hadde iverksatt tiltak for å sørge for kompetanse i ernæringsarbeid, mens Ullern helsehus i liten grad hadde iverksatt slike tiltak. Ved begge helsehusene var det ansatte som opplevde at de ikke hadde mulighet til å sette av tid til å være med på

kompetansehevende tiltak. Det var et potensial for forbedring når det gjaldt å sikre god nok kompetanse innen ernæring. Dette gjaldt særlig ved Ullern helsehus.

Helsehusene hadde skriftliggjort at helsehusene skulle gjennomføre MST innen første døgn og veie pasientene ukentlig. Ut fra svarene som ble gitt til Kommunerevisjonen i enkelte intervjuer, så det ut til at Ullern helsehus forholdt seg til at MST skulle gjøres innen tre virkedager fra innkomst, og ikke innen første liggedøgn slik rutinene for helsehusene beskrev. Det var en svakhet at rutinene ikke ytterligere beskrev hvordan ernæringsmessig risiko skulle kartlegges og vurderes underveis og ved avslutning av tjenesten. Det ga risiko for at pasientenes ernæringssituasjon ikke ble tilstrekkelig fulgt opp i løpet av oppholdet på helsehuset.

I praksis hadde ikke helsehusene sørget for at alle pasienter ble kartlagt for ernæringsmessig status og vurdert for ernæringsmessig risiko ved oppstart, underveis og ved slutten av oppholdet. Lilleborg helsehus hadde dokumentert flere kartlegginger og vurderinger ved oppstart enn Ullern helsehus i de sakene vi undersøkte.

Pasientene ved helsehusene hadde en tiltaksplan hvor ernæringstiltak var en del av planen. Helsehusene hadde ikke utarbeidet tiltaksplaner som fullt ut tilfredsstilte anbefalingene til en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak for pasienter i ernæringsmessig risiko. Ernæringsplanene ble i liten grad evaluert løpende. Mangelfulle individuelle ernæringsplaner gir risiko for at det ikke gjennomføres målrettede tiltak i tråd med ernæringssituasjonen til hver enkelt pasient. Riktig oppfølging av ernæring kan bidra til å forebygge sykdom som følge av underernæring og ytterligere funksjonsfall samt utsette langvarig innleggelse i institusjon.

4. Kommunikasjon med pasienter og pårørende

I dette kapitlet redegjør vi for og vurderer Lilleborg helsehus og Ullern helsehus' kommunikasjon med brukere og pårørende. Vi ser blant annet på om pasienter får medvirke til tjenestetilbudet, om det er lagt til rette for informasjonsutveksling og dialog med pårørende, og om det er skriftlige rutiner for håndtering av klager og andre former for tilbakemeldinger.

4.1.1 Revisjonskriterier

- Helsehuset bør ha skriftlige rutiner for medvirkning fra pasienter og pårørende samt for håndtering av klager og andre former for tilbakemelding på tjenestene fra pasientene og pårørende.
- Helsehuset skal gi pasienten anledning til å medvirke ved gjennomføringen av tjenestetilbudet, herunder gjennomføre oppstartssamtale med pasienten og ha løpende dialog om innholdet i helsehjelpen. Medvirkningen bør dokumenteres.
- Helsehuset skal legge til rette for informasjonsutveksling og dialog med pårørende.

4.1.2 Skriftlige rutiner

Lilleborg helsehus hadde en egen prosedyre for samarbeid og kommunikasjon med pårørende (pårørendemedvirkning) samt et lommekort med en sammenfatning/huskeliste om pårørendemedvirkning for personellet. Helsehuset hadde ikke en egen prosedyre for brukermedvirkning, men temaet var i noen grad berørt i enkelte andre rutiner.

Ullern helsehus hadde verken prosedyre for samarbeid og kommunikasjon med pårørende (pårørendemedvirkning) eller for brukermedvirkning, men bruker- og pårørendeinvolvering var i noen grad tematisert i enkelte andre rutiner.

Sykehjemsetaten hadde utarbeidet rutiner for helsehusenes mottak, registrering og behandling av klager.

Rutinene tilsa, og helsehusene oppga, at praksis var at mishagsyttringer ble rapportert innad til ledelsen ved helsehuset, mens formelle klager ble formidlet linjevei og så opp til områdedirektøren i Sykehjemsetaten. Klagesaker ble drøftet i lokalt kvalitetsråd på helsehusene. Ledere og ansatte fortalte at klager ble brukt til forbedring. Temaer for forbedring ble tatt opp i det månedlige lokale kvalitetsrådet. Områdedirektøren oppga at helsehuset med flest klager i 2022 var Ullern helsehus, og at alle klagene var blitt fulgt opp med tiltak og tilbakemelding til den som klagde.

4.1.3 Pasientens anledning til å medvirke

Ledere og ansatte ved begge helsehusene fortalte at det var stor oppmerksomhet på pasient- og pårørendeinvolvering ved helsehusene.

Flere ved Ullern helsehus fortalte at det var utfordrende å få gjennomført oppstartssamtaler i løpet av de tre første virkedagene slik det var beskrevet i Sykehjemsetatens inntakskriterier. Lilleborg helsehus beskrev at dette tidligere hadde vært et problem, men at de nå hadde fått på plass dette som en fast praksis. Kvalitetssjefen ved Lilleborg helsehus beskrev at hun hadde sett at det ofte manglet brukermedvirkning i journalene. Det var derfor satt fokus på hva som skjedde i oppstartssamtalene, og hvordan dette ble dokumentert i journalen. Mer konkret hadde

oppstartssamtalen vært tema i helsehusets tre årlige internkontrollmøter i 2022. Ullern helsehus hadde i november 2022 og januar 2023 også gjennomført egenrevisjoner av om det var gjennomført oppstartssamtaler. Disse viste at det for mange pasienter ikke var gjennomført oppstartssamtaler, men at det hadde vært en forbedring i perioden.

Vår gjennomgang av journaler viste at det var dokumentert gjennomførte oppstartssamtaler innen tre virkedager for et flertall av pasientene ved Lilleborg helsehus (14 av 20 undersøkte). I tre av de undersøkte journalene var det dokumentert oppstartsmøte senere enn tre virkedager fra innkomst, mens det i tre journaler ikke var dokumentert oppstartssamtale. Pasient, pårørende og bydel deltok i hovedsak i møtene. For noen møter deltok ikke pasienten, av ulike grunner, herunder helsetilstand. I seks journaler framgikk det tydelig at helsehuset hadde spurt om hva som var viktig for pasienten under oppholdet.

På Ullern helsehus var det gjennomført oppstartssamtale innen tre virkedager for et mindretall av de undersøkte journalene (8 av 20). I seks av de undersøkte journalene ble det gjennomført oppstartsmøte senere enn tre virkedager fra innkomst. I de resterende seks journalene så vi ikke spor av at det var gjennomført oppstartssamtaler. I to av de gjennomgåtte journalene framgikk det tydelig at det var spurt om hva som var viktig for pasienten under oppholdet.

Ved begge helsehusene var det noen tilfeller av at oppstartssamtaler ikke var avholdt, uten at årsaken framkom av journalen.

I gjennomgangen av journaler så vi få spor av «brukerstemmen», i form av at det framgikk eksplisitt hva som var viktig for pasienten. Det var eksempelvis få spor av dokumentasjon av medvirkning ved planlegging og gjennomføring av ernæringstiltak. I noen tilfeller framkom det likevel hva pasienten likte av mat.

Intervjuene med pasienter viste at det ved begge helsehusene var noen pasienter som ikke var fornøyde med kommunikasjonen med helsehuset, og enkelte som oppga at de ikke hadde fått medvirke.

4.1.4 Informasjonsutveksling og dialog med pårørende

Journalgjennomgangen viste at Lilleborg helsehus hadde praksis for å informere pårørende om at pasienten hadde ankommet helsehuset. Dette ble gjort av mottakskoordinatoren. Ved Ullern helsehus så vi ikke samme type systematiske dokumentasjon på dette. Ved begge helsehusene var det journaler som beskrev løpende dialog med pårørende. Lilleborg helsehus hadde utarbeidet en velkomstbrosjyre som var rettet mot pasienter og pårørende, og det ble informert om hvem som var tjenesteanvarlig og primærkontakt. Ullern helsehus hadde ikke tilsvarende brosjyre.

Ullern helsehus hadde rutiner for at alle pasienter skulle ha en primærkontakt. Avdelingsledere oppga at pasienter ofte ikke visste hvem sin primærkontakt var. Det var ikke dokumentert i journalene vi gjennomgikk, at det var gitt informasjon om primærkontakt til pasientene eller pårørende. Kvalitetssjefen beskrev også at pårørende tidvis ikke fant personale å ta kontakt med fordi alle ansatte var opptatt inne hos pasientene.

Ved Lilleborg helsehus skulle personalet ved innkommst gi beskjed til pasienter og pårørende om hvem deres primærkontakt og tjenesteansvarlige sykepleier var. Vi så mange tilfeller i journalen på at det var dokumentert at det var gjort.

Institusjonslederen ved Lilleborg helsehus oppga at pasient- og pårørendekommunikasjon hadde vært tema i samlinger som var holdt for ansatte ved alle poster i løpet av 2022. Det var planlagt å fortsette med dette i 2023.

Begge helsehusene beskrev at personalet ga løpende informasjon til pårørende ved endringer i pasientens helsetilstand for pasientene som hadde samtykket til dette. Helsehusene beskrev at avdelingsledere og ansatte tok tak i klager og mishagsyttringer med en gang ved å sette opp samtaler med de pårørende det gjaldt, så raskt som mulig. Det var eksempler på dette i de gjennomgåtte journalene.

Enkelte pårørende vi snakket med, opplevde det som krevende å få med seg hva som skjedde på helsehuset, og at det var tilfeller av at de ikke hadde fått informasjon om hendelser hos pasienten som de opplevde at de burde fått.

I Sykehjemsetatens pasientundersøkelse fra januar 2023 var gjennomsnittsskår for Ullern helsehus 2,1 av 5 poeng på spørsmål om i hvilken grad pasienten var enig i at han eller hun visste hvem som var sin primærkontakt på helsehuset. Tilsvarende gjennomsnittsskår for Lilleborg helsehus var 3,2 av 5 poeng.

I Sykehjemsetatens pårørendeundersøkelse fra januar 2023 oppga 32 prosent som hadde besvart ved Ullern helsehus, at de var uenige i at de hadde fått den informasjonen de hadde behov for under oppholdet. Ved Lilleborg helsehus var tilsvarende andel 52 prosent. Omtrent 40 prosent av pårørende ved Lilleborg helsehus, og i overkant av 30 prosent av pårørende ved Ullern helsehus, svarte at de ikke fikk tilbud om å delta i oppstartssamtalen.

Flere ledere og ansatte fortalte at de la stor vekt på å følge opp dersom pårørende var misfornøyde. Enkelte pasienter vi snakket med, hadde ikke opplevd at det hadde vært løpende dialog om hjelpen og informasjon om hjelpen til pasienten og pårørende. Flesteparten opplevde at det hadde vært løpende dialog.

I pårørendeundersøkelsen gjennomført av Opinion i januar 2023 oppga 50 prosent av respondentene ved Lilleborg helsehus at de var enige i at de hadde et godt samarbeid med personalet på helsehuset, mens tilsvarende resultat for Ullern helsehus var 27 prosent.

Pårørende fikk mulighet til å svare på et åpent spørsmål om hva helsehusene kunne bli bedre på. Kommunikasjonen var det flest svarte som forbedringsområde. Av de som svarte, var det 22 prosent ved Lilleborg helsehus og 27 prosent ved Ullern helsehus som oppga kommentarer som tilsa at helsehusene kunne bli bedre på kommunikasjon.

4.1.5 Kommunerevisjonens vurderinger

Helsehusene hadde skriftliggjorte rutiner for håndtering av klager og andre former for tilbakemeldinger på tjenestene fra pasientene og pårørende.

Lilleborg helsehus hadde skriftlige rutiner for medvirkning fra pårørende, men ikke for pasientmedvirkning. Ullern helsehus hadde ikke skriftlige rutiner for medvirkning fra pasienter og pårørende, men pasient- og pårørendeinvolvering var i noen grad tematisert i enkelte andre skriftlige rutiner. Skriftliggjøring av rutiner er viktig for å sikre at personell har informasjon om hvordan de skal gi pasienter og pårørende mulighet til å medvirke, at det er lik praksis, og at kunnskap om tjenesten ikke er avhengig av enkeltpersonell.

Kommunerevisjonen merker seg at helsehusene oppga å ha fokus på å gi pasientene anledning til å medvirke ved gjennomføringen av tjenestetilbudet. Det var imidlertid en svakhet at medvirkningen ofte ikke var dokumentert, samt at det ikke alltid ble gjennomført oppstartssamtaler som forutsatt. Dette gjaldt særlig ved Ullern helsehus.

Begge helsehusene hadde tiltak for å legge til rette for informasjonsutveksling og dialog med pårørende. Informasjon fra blant annet pårørendeundersøkelser og intervjuer med enkelte pasienter viser imidlertid at det i praksis var utfordringer med å gi nødvendig informasjon til pårørende. Lilleborg helsehus ga informasjon til pårørende om pasientenes ankomst på helsehuset, mens Ullern helsehus ikke hadde dokumentert dette på samme måte. Undersøkelsen viser at det var utfordringer ved at pasienter og pårørende ikke alltid visste hvem de skulle ta kontakt med på helsehuset. Ved Ullern helsehus var det blant annet mangelfull informasjon til pasienter og pårørende om hvem som var deres primære kontakt. At pårørende vet hvem man kan kontakte ved helsehuset, er en forutsetning for å skape god informasjonsutveksling og dialog med pårørende.

5. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger

5.1 Konklusjoner

Kommunerevisjonen har undersøkt om kvaliteten i tilbudet i helsehusene i Sykehjemsetaten er tilfredsstillende.

Ved alle helsehusene er det undersøkt om det er tilstrekkelig bemanning og kvalifisert personell, som er viktige aspekter ved kvaliteten i tilbudet. Ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus er også løpende oppfølging av pasientene med hensyn til gjennomføring av ernæringstiltak og -oppfølging samt helsehusenes kommunikasjon med pasienter og pårørende undersøkt.

Samlet sett viser undersøkelsen at det var store utfordringer med å sikre tilfredsstillende kvalitet ved helsehusene i Oslo.

5.1.1 Alle helsehusene

Breddeundersøkelsen rettet mot alle helsehus indikerer at det ikke alltid var sikret tilstrekkelig og kvalifisert bemanning. Dette er viktige faktorer for å sikre tilfredsstillende kvalitet ved helsehusene.

Ved alle helsehusene var den faktiske bemanningen lavere enn den planlagte bemanningen, og pleiefaktoren var ikke oppnådd ved noen av helsehusene. Vikarbruken var høy ved alle helsehusene, og undersøkelsen indikerer at sykepleiere ved mangel på personell ble erstattet av lavere kompetanse. Det var videre stor variasjon i andelen ansatte med ulik fagbakgrunn på de ulike vaktene i og mellom helsehusene.

5.1.2 Lilleborg helsehus og Ullern helsehus

Personalet ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus arbeidet hardt for å oppnå en tilfredsstillende kvalitet i helsehuset. Det var imidlertid flere mangler og svakheter ved arbeidet.

Lilleborg helsehus og Ullern helsehus sikret ikke alltid tilstrekkelig og kvalifisert bemanning. Undersøkelsen viser at bemanningen var særlig sårbar på kvelder, i helger og om natten. For få personale på jobb medførte at pasientene kunne måtte vente lenge på hjelp, og at personalet måtte gjøre vanskelige prioriteringer mellom arbeidsoppgavene, uten at det var eksplisitt gitt hvordan prioriteringene skulle gjøres. Problemet synes å være aller størst om natten ved Ullern helsehus, hvor en person alene hadde sykepleieransvar for 48 pasienter. Stort behov for vikarer ga risiko for mangelfull kontinuitet i oppfølgingen av pasientene. Undersøkelsen tyder også på at det var ansatte som fikk oppgaver som de ikke hadde kompetanse til å utføre.

Helsehusene hadde iverksatt tiltak for å sikre nødvendige og oppdaterte opplysninger om pasienten gjennom rapporteringer og risikotavler, men journalføringen var mangelfull. I praksis hadde ingen av helsehusene sørget for at alle pasienter ble kartlagt for ernæringsmessig status og vurdert for ernæringsmessig risiko ved oppstart, underveis og ved slutten av oppholdet. Helsehusene hadde ikke utarbeidet tiltaksplaner som fullt ut tilfredsstilte anbefalingene til en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak for pasienter i ernæringsmessig risiko. Ernæringsplanene ble i liten grad evaluert løpende. Mangelfulle

individuelle ernæringsplaner gir risiko for at helsehuset ikke gjennomfører målrettede tiltak i tråd med ernærings situasjonen til hver enkelt pasient. Riktig oppfølging av ernæring kan bidra til å forebygge sykdom som følge av underernæring og ytterligere funksjonsfall samt utsette langvarig innleggelse i institusjon.

Helsehusene hadde gjennomført tiltak for å legge til rette for informasjonsutveksling og dialog med pasienter og pårørende. Pasientenes medvirkning var ofte ikke dokumentert, og det ble ikke alltid gjennomført oppstartssamtaler som forutsatt, særlig ved Ullern helsehus. Informasjon fra blant annet pårørendeundersøkelser og intervjuer av enkelte pasienter viser imidlertid at det i praksis var utfordringer med å gi nødvendig informasjon til pårørende, herunder om hvem pårørende kunne henvende seg til på helsehusene.

5.2 Anbefalinger

Byrådet fremmet som tidligere omtalt en egen sak til bystyret i april om organiseringen av helsehusene, hvor det ble vist til flere tiltak for å bedre situasjonen ved helsehusene. Bystyret ba i den forbindelse om at byråden sørget for at helsehusene har rett kompetanse og god nok bemanning, og vedtok flere oppfølgingspunkter som er relevante for kvaliteten på helsehusene. Bystyret vedtok også i juni 2023 opprettelse av et kompetansefond for ansatte i helse- og omsorgstjenesten.

Kommunerevisjonen anbefaler at byråden for helse, eldre og innbyggertjenester vurderer om bebudede tiltak er tilstrekkelig for å bedre bemanningssituasjonen ved helsehusene, eller om det er behov for ytterligere tiltak for å sikre tilfredsstillende kvalitet på tilbudet i helsehusene, herunder tilstrekkelig bemanning og kvalifisert personell.

Kommunerevisjonen anbefaler Ullern helsehus å vurdere tiltak for å sikre kvalifisert og tilstrekkelig bemanning om natten.

Kommunerevisjonen anbefaler Lilleborg helsehus og Ullern helsehus å iverksette tiltak som sikrer at

- nødvendige og oppdaterte opplysninger om pasientene blir løpende journalført
- pårørende får nødvendig informasjon om, og at pasientene får medvirke til, gjennomføringen av tjenestetilbudet

Kommunerevisjonen anbefaler Lilleborg helsehus og Ullern helsehus å iverksette tiltak for å forbedre arbeidet med ernæringskartlegging og individuelle ernæringsplaner.

Kommunerevisjonen anbefaler at byråden for helse, eldre og innbyggertjenester og Sykehjemsetaten benytter resultatene fra undersøkelsen av Lilleborg helsehus og Ullern helsehus som innspill i forbedringsarbeidet også overfor de to andre helsehusene.

6. Uttalelser til rapporten og Kommunerevisjonens vurdering av disse

Kommunerevisjonen har mottatt uttalelser til rapporten fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester og en samlet uttalelse fra Sykehjemsetaten. I dette kapitlet presenterer og vurderer Kommunerevisjonen sentrale momenter i uttalelsene. Uttalelsene er i sin helhet vedlagt rapport i vedlegg 4 og 5.

6.1 Byråden for helse, eldre og innbyggertjenester

Byråden avga uttalelse 11. september 2023. Uttalelsen følger i sin helhet i rapportens vedlegg 4. Nedenfor følger en kort oppsummering av de viktigste punktene.

6.1.1 Byrådets uttalelse

Byråden vurderer at Kommunerevisjonens vurderinger og konklusjoner er solid og godt underbygget. Byråden mener rapporten gir et godt grunnlag for det videre arbeidet med kvalitetsutvikling i helsehusene.

Byråden viser til at det allerede er igangsatt omfattende tiltak ved helsehusene, og at flere av disse treffer rapportens konklusjoner og anbefalinger. De viktigste grepene er, slik det fremgår av byrådssaken om omorganisering av helsehusene i Oslo, spesialisering av plassene, styrket samhandling med bydelene og kompetanseheving, ifølge byråden.

Byråden viser til spesialisering av plasser med rehabiliteringsplasser, avklaringsplasser og skjermede plasser og at antall avlastningsplasser økes betraktelig når det etableres en egen avlastningsavdeling ved Madserudhjemmet, og avlastningstilbudet ved Solvang helsehus videreføres. Byråden viser videre til at bemanningen er styrket med servicemedarbeidere og besøksverter ved alle helsehusene og at byrådet i revidert budsjett har avsatt 175 millioner kroner til kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene i Oslo gjennom et kompetansefond.

Byråden melder at rapporten konklusjoner og anbefalinger vil bli fulgt opp av byrådsavdelingen i styringsdialogen med Sykehjemsetaten.

6.1.2 Kommunerevisjonens vurderinger

Kommunerevisjonen anser at byråden for helse, eldre og innbyggertjenester har meldt relevante tiltak i lys av rapportens anbefalinger, og har for øvrig ingen kommentarer til uttalelsen.

6.2 Sykehjemsetaten

Sykehjemsetaten og helsehusene avga en samlet uttalelse til rapporten. Uttalelsen er datert 21. august 2023, og følger i sin helhet i rapportens vedlegg 5. Nedenfor følger en kort oppsummering av de viktigste punktene.

6.2.1 Etatens uttalelse

Etaten oppgir at rapporten jevnt over gir et riktig bilde av status på de reviderte områdene, og anser anbefalingene som nyttige og relevante. Etaten opplever at revisjonskriteriene synliggjør viktige områder som må vies høyt fokus.

Etaten har noen kommentarer til prosjektets metode og data. Sykehjemsetaten ønsket at utvalget av gjennomgåtte journaler var noe større for å sikre enda større validitet i funnene.

Etaten stiller videre spørsmål om samhandlingskoordinatorene på helsehusene var med i Kommunerevisjonens beregninger vedrørende pleiefaktor. Etaten mener at det gir et feil bilde når spesialplasser og trygghetsplasser tas med i gjennomsnittsberegningene og at dette gir et stort utslag på Solvang helsehus. Solvang helsehus oppgir at det bør fremkomme i rapporten at lege, fysioterapi og ergoterapi ikke tilbys på trygghetsplasser, og påpeker også en feil i en figurnote angående pleiefaktor for avlastningsplass. Ullern helsehus stiller spørsmål om hvorfor ikke legeressursene framkom av tabellene over fagbakgrunn i rapporten.

Etaten kan heller ikke se at det er gjort vurderinger av bemanning sammenlignet med reelt pasientbelegg, og legger ved en oversikt over beleggsprosenten. I perioder kan helsehusene ha ledige plasser, og dette kan etter vurdering føre til at det ikke leies inn ved sykdom eller vakans, ifølge Sykehjemsetaten. Sykehjemsetaten mener at det elektroniske pasientjournalssystemet som blir benyttet, Gerica, ikke er særlig godt egnet for helsehusenes bruk og at dette bør fremkomme i rapporten.

Sykehjemsetaten har for øvrig noen utdypinger av hovedpunktene som framkommer i rapporten. Disse fremgår av etatens uttalelse.

Sykehjemsetaten oppgir at den tar konklusjonene på alvor og vil jobbe med tiltak for å sikre ivaretagelsen av alle de reviderte områdene. Nye og pågående tiltak følger nedenfor.

Tiltak for å sikre tilstrekkelig bemanning og kvalifisert personell:

- Undervisning, egenrevisjoner og internkontroll innen forbedringsområdene som beskrives i etatens årshjul vil skje fortløpende.
- Ved fravær av personell på natt ved Ullern helsehus vil helsehuset alltid tilstrebe å dekke vekten med sykepleier, slik at sykepleierdekningen blir høyere. Ved ledighet i faste stillinger, vil det søkes etter sykepleiere.
- Kontroll av vikarbyråenes etterlevelse av om etatens språkkrav oppfylles ved innleie, vil gjennomføres innen utgangen av 2023.
- Nye stillinger som servicepersonell ved alle helsehusene som vil bidra til å frigj tid for helsepersonellet, slik at de kan jobbe enda mer pasientnært.

Tiltak for å sikre løpende oppfølging av pasientene, herunder ernæringsarbeid:

- Fokus på dokumentasjon lokalt på institusjonen for å sikre ivaretagelsen av pasientsikkerheten, og nødvendig informasjonsoverføring i tjenesteutøvelsen.
- Klinisk ernæringsfysiolog vil gjennomføre to samlinger i høst for servicepersonellet for å bidra til økt forståelse og kunnskap om viktigheten av måltidet og situasjonen rundt måltidet.
- Utvikle en indikator for om ernæringskartlegging og -vurdering er gjennomført, med påfølgende tiltaksplan for pasienter med risiko for underernæring. Tiltaket vil iverksettes i løpet høsten 2023.
- Indikator for ernæringscreening (kartlegging og vurdering) vil omfattes i Sykehjemsetatens oppdragsbrev til helsehusene i 2024.

- Egenrevisjon av kvaliteten på tiltakene i tiltaksplaner vil gjennomføres i alle helsehusene i løpet av andre kvartal 2024. Funnene vil benyttes til læring på tvers for å sikre god kvalitet på dette området.
- Samhandlingen mellom bydel og helsehus skal forsterkes.

Tiltak for å sikre kommunikasjon med pasienter og pårørende:

- Pasientenes behov/medvirkning vil være førende for tilbudet som gis.
- Fokuset på gjennomføring av oppstartssamtaler vil videreføres inn i ny organisasjonsmodell med etableringen av mottaksteam ved helsehusene.
- Oppstartssamtale og nettverksmøter vil fortsatt ta utgangspunkt i spørsmålet om hva som er viktig for pasienten, og hva som skal til for å bidra til oppnåelse av dette.
- Etaten vil vurdere tilbud for pårørende om digital deltakelse i oppstartssamtaler via Join.
- Etaten vil i løpet av fjerde kvartal 2024 vurdere integrasjon av DigiHelse i Gerica, hvor kommunikasjon med pårørende kan gjennomføres i tråd med gjeldende regelverk på området.
- Resultater fra løpende pårørendeundersøkelser benyttes i etatens systematiske arbeid med kvalitetsutvikling i tjenestene på helsehusene.

6.2.2 Kommunerevisjonens vurdering

Når det gjelder Sykehjemsetatens kommentar om antall journaler, er journalgjennomgangen bare en av flere kilder til data som undersøkelsen bygger på. Det medfører at vesentlige punkter for våre vurderinger og konklusjoner bygger på dokumentasjon og/eller en kombinasjon av data fra flere kilder. Vi viser for øvrig til vedlegg 2 for en utdypning av våre vurderinger av undersøkelsens gyldighet og pålitelighet.

Samhandlingskoordinatorerne inngår i våre beregninger av pleiefaktor. Når det gjelder spesialplasser og trygghetsplasser ved Solvang helsehus er både normen for pleiefaktor og den beregnede oppnådde pleiefaktoren vektet etter type plass, slik det fremkommer i note til figur 3. Det er riktig at Solvang helsehus skiller seg noe ut med flere andre typer plasser enn ordinær korttidsplass og rehabiliteringsplass, som utgjør størsteparten av plassene ved de andre helsehusene. I kapittel 2.2.1 gjør vi en henvisning til delrapport 1 (Kommunerevisjonens rapport 6/2023) der vi har gitt en mer utfyllende beskrivelse av organiseringen av helsehusene. Her fremkommer også en detaljert beskrivelse av trygghetsplassenes innhold og hvilken bemanning som inngår i disse i kapittel 3.5. Dette er derfor ikke beskrevet i denne delrapporten. Oversikt over beleggsprosent som Sykehjemsetaten savnet en beskrivelse av, foreligger også i denne rapporten, i figur 4. Beleggsprosenten på de to helsehusene vi gjorde dybdeundersøkelser i var høy, med omtrent 90 prosent belegg i 2022. Som det står beskrevet i kapittel 2.3.1 a) var det en felles oppfatning i de undersøkte helsehusene at bemanningen ved helsehusene var for lav sett opp mot pleiebehovet.

Solvang helsehus viser til en feil i note til figur 3, vedrørende vekting av avlastningsopphold i pleiefaktoren. Kommunerevisjonen har fått noe ulik informasjon om hvordan denne type plass skal vektas. I forbindelse med faktaverifisering oppga Solvang helsehus og Sykehjemsetaten at avlastningsopphold skulle vektas 0,88. Vi merker oss at de nå mener 0,78 er det riktige tallet. Den gjennomsnittlige beregnede normen for pleiefaktor vil uansett ikke bli påvirket nevneverdig. Vi har lagt til noe informasjon om dette i rapportens metodevedlegg.

Til spørsmålet fra Ullern helsehus om tall over legeressurser, viser vi til noter til de relevante tabellene i kapitel 2.2.1 hvor vi skriver at tabellen ikke omfatter leger ved Ullern helsehus. Dette er fordi leger ved Ullernhjemmet og helsehuset har felles koststed i GAT, og vi har ikke skilt ut legeressursene ved Ullern helsehus.

Videre mener vi at utfordringene knyttet til bruken av Gericar er belyst i rapporten. Kommunerevisjonen merker seg etatens uttalelse om at Gericar ikke er særlig godt egnet for helsehusene.

Kommunerevisjonen anser at Sykehjemsetaten har meldt relevante tiltak i lys av rapportens anbefalinger.

Referanser

Referanser fra Oslo kommune

Byrådssak 1070/15 Instruks for virksomhetsstyring i Oslo kommune

Byrådssak 1036/22 Instruks for virksomhetsstyring i Oslo kommune

Bystyresak 244/15 Byrådssak 114/15 Satsing på rehabilitering i Helse- og omsorgstjenesten i Oslo kommune

Bystyresak 258/21 Byrådssak 109/21 Tilbud ved helsehusene

Bystyresak 375/22 Byrådssak 209/22 Strategisk rekrutterings- og kompetanseplan for bærekraftige helse- og omsorgstjenester i Oslo kommune

Bystyresak 111/23 Byrådssak 60/23 Omorganisering av helsehus i Oslo

Bystyrets verbalvedtak H32/2022: Krav om at søkere til stillinger innenfor helse og omsorg i Oslo kommune skal beherske norsk språk skriftlig og muntlig

Kommunerevisjonen (2018) Rapport 15/2018 Rehabilitering i helsehus

Kommunerevisjonen (2023) Rapport 6/2023 Helsehus i Oslo – bemanning og kompetanse

Kommunerevisjonen (2023) Rapport 13/2023 Tilbudet til hjemmeboende med demens og deres pårørende

Kontrollutvalgets sak 25/2022 Oppfølging etter rapport 15/2018 Rehabilitering i Helsehus

Notat 41/23 til helse- og sosialutvalget fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester. Svar: Spørsmål til byrådet fra Hassan Nawaz (H) – Spørsmål 609/2022 Ullern Helsehus

Notat 361/23 til helse- og sosialutvalget fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester. Svar på spørsmål til byrådet fra Hallstein Bjerke (V) – Spørsmål 93/2023 Økt pleietyngde

Oslo kommune (2017) Overordnet strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene 2017–2021

Oslo kommune (2020) Oslostandard for pårørendesamarbeid

Sykehjemsetaten (2015) Inntakskriterier og innhold i Oslosykehjemmene

Eksterne referanser

Helsedirektoratet (2021) Forebygging og behandling av underernæring. Nasjonal faglig retningslinje

- Helsedirektoratet (2017) *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Nasjonal veileder
- Helsedirektoratet (2016) *Ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten*.
Nasjonale faglige råd
- Helsedirektoratet (2012) *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse-
omsorgstjenesten* (IS-1972). Sist endret september 2016
- FAFO (2023) *Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester*
- FOR 2016-10-28 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- FOR 2003-6-27 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv.
- FOR 2019-03-01 nr. 168 om pasientjournal (pasientjournalforskriften)
- LOV 2017-12-15 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)
- LOV 2011-06-24 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- LOV 1999-07-02 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- LOV 1999-07-02 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)
- PWC (2023) *Ekstern gjennomgang av helsehusene i Oslo*

Tabelloversikt

Tabell 1 Prosentvis differanse av timeverk mellom planlagt og faktisk bemanning i 2022.....	13
Tabell 2 Andel fagbakgrunn totalt for helsehusene.....	15
Tabell 3 Fordeling av fagbakgrunn på ulike utførte vakter ved alle helsehusene i 2022	16
Tabell 4 Planlagt grunnturnus for dag- og kveldsvakter på hverdager, 2022 og første tertial 2023.....	25
Tabell 5 Planlagt grunnturnus for dag- og kveldsvakter i helger, 2022 og første tertial 2023	25
Tabell 6 Planlagt grunnturnus for dag- og kveldsvakter på hverdager, første tertial 2023	26
Tabell 7 Planlagt grunnturnus for dag- og kveldsvakter i helger, første kvartal 2023.....	26

Figuroversikt

Figur 1 Vikarbruken til helsehusene i prosent av samlet timeverk i 2022	14
Figur 2 Sykefraværet per helsehus i tredje kvartal fra 2020–2022	15
Figur 3 Oppnådd pleiefaktor 2022 – alle helsehus.....	17
Figur 4 Utvikling i pasienters bistandsbehov på alle helsehusene samlet, i prosent.	19
Figur 5 Fordeling av fagbakgrunn på de ulike utførte vaktene ved Lilleborg helsehus i 2022	28
Figur 6 Fordeling av fagbakgrunn på de ulike utførte vaktene ved Ullern helsehus i 2022	28
Figur 7 Sammenheng mellom uttrekk av timeverk fastvakter og faktiske kostnader til fastvakter ved helsehusene i 2022.	63

Vedlegg 1 Revisjonskriterier

1.1 Tilstrekkelig bemanning og kvalifisert personell

1.1.1 Revisjonskriterier

- Helsehuset skal sikre tilstrekkelig og kvalifisert bemanning. Det innebærer blant annet at helsehuset skal sørge for at den enkelte pasient mottar hjelp fra personale som er kvalifisert til å ivareta bistandsbehovet.
- Helsehuset skal sørge for at personalet har tilstrekkelige norskkunnskaper til å sikre tilfredsstillende kommunikasjon mellom ansatte og pasient/pårørende, samt ansatte imellom.

1.1.2 Utledning av revisjonskriteriene

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

§ 3-1 første, annet og tredje ledd:

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c:

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:

c. plass i institusjon, herunder sykehjem.

§ 4-1 første ledd bokstav b, c og d:

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige.

Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- b. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- c. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene

Lov 02. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) § 16 første ledd første punktum:

Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

§ 3:

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

§ 6 bokstav f:

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

f. ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring

§ 7 bokstav b:

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

b. sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet.

Bystyrets verbalvedtak H32/2022: Krav om at søkere til stillinger innenfor helse og omsorg i Oslo kommune skal beherske norsk språk skriftlig og muntlig:

Økt fokus på pasientsikkerhet og krav om å ha en kunnskapsbasert tjeneste krever kompetanse, også på språk. Alle helsepersonellgrupper med utdanning fra andre land enn Norge, Sverige eller Danmark skal ha bestått en godkjent norsk språkprøve på B2-nivå på Europarådets nivåskala for språk (CEFR) for å få ansettelse i Oslo kommune. Godkjente språkprøver som kan måle språkferdigheter på B2-nivå er «Test i norsk – høyere nivå», også kalt Bergenstesten (bestått både muntlig og skriftlig), og norskprøven til Kompetanse Norge (tidligere VOX) med B2 på alle delprøver. Ved ansettelser av ufaglærte i helse- og omsorgstjenestene skal det for søkere som har opplæring i andre land enn Norge, Sverige eller Danmark stilles krav om fremvisning av språkprøve som viser at søker behersker norsk på minimum nivå B1 på alle delprøvene.

I byrådssak 1070/15 Instruks for virksomhetsstyring i Oslo kommune er følgende beskrevet:

5.8.7 Organisering av virksomheten skal skje ut fra hensyn til kvalitet for brukerne, effektiv oppgaveløsning, og klar fordeling av roller og ansvar.

5.8.8 Virksomheten skal til enhver tid sørge for å ha tilstrekkelig kompetanse for å ivareta sine oppgaver. Kompetanseutvikling skal rettes mot strategisk viktige kompetanseområder.

I byrådssak 1036/22 Instruks for virksomhetsstyring i Oslo kommune framgår følgende:

3.9.7 Organisering og bemanning av virksomheten skal skje ut fra hensyn til kvalitet for brukerne, de ansattes helse, miljø og sikkerhet, effektiv oppgaveløsning og klar fordeling av roller og ansvar.

3.9.8 Virksomheten skal til enhver tid sørge for å ha tilstrekkelig kompetanse for å ivareta sine oppgaver. Kompetanseutvikling skal rettes mot strategisk viktige områder og ivareta behov for omstilling, samhandling og innovasjon.

I Oslo kommunes Overordnet strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenestene 2017–2021 er det vist til at

[k]ommunen skal ha oversikt, gjennomføre, evaluere og korrigere medarbeidernes kompetanse, behov for opplæring og kvaliteten på gjennomføring av oppgavene.

I bystyresak 375/22 Byrådssak 209/22 Strategisk rekrutterings- og kompetanseplan for bærekraftige helse- og omsorgstjenester i Oslo kommune er det på s. 15 beskrevet at

[l]eder må kartlegge ansattes kompetanse for å ha oversikt over kompetansebeholdning og kompetansebehov. Kompetanseutvikling omhandler kurs, seminarer og lignende, men også kompetanseutviklingen i å løse daglige oppgaver. Det er et lederansvar å legge til rette for at

medarbeiderne utvikler seg, gjennom blant annet fordeling av oppgaver, oppfordring til nytenkning og samhandling.

Det er i strategien også beskrevet på s. 16 at

[b]yrådet er opptatt av heltidskultur og det arbeides kontinuerlig for å få til hele og faste stillinger i kommunen. Forskning viser at hele stillinger gir bedre kvalitet i tjenestene, bedre arbeidsmiljø og bedre personaloppfølging. I tillegg er hele stillinger den viktigste faktoren i arbeidet med likestilling og for å bekjempe fattigdom.

Det framgår videre på s. 22 at

[a]nsatte som jobber i tjenestene må ha kompetanse til å gjøre jobben som er nødvendig for å løse oppgavene. Gode samhandlingsarenaer og kjennskap til de ulike faggruppenes kompetanse er viktig. En slik bevissthet omkring fordeling av oppgaver vil også komme brukerne til gode, fordi det vil kunne bidra til at riktig kompetanse vil finnes på rett sted og til riktig tid.

Det framgår videre på s. 23 at

[d]et er konkurranse om ressursene i helse- og omsorgstjenestene. Det er utfordringer med å rekruttere sykepleiere, helsesykepleiere, helsefagarbeidere og andre yrkesgrupper med formell helsefaglig kompetanse. Mange kommuner opplever at de konkurrerer med sykehusene om sykepleierressursene, og særlig nyutdannede ønsker å jobbe i spesialisthelsetjenesten. Noen kommuner har på bakgrunn av dette gjennomgått sykepleierens arbeidsoppgaver for å se hvilke som kan flyttes over til helsefagarbeidere og andre yrkesgrupper med formell helsefaglig kompetanse. Dette reduserer presset på sykepleierressursene, sykepleierne får i større grad praktisert faget sitt, og andre yrkesgrupper får økt ansvar og mulighet til å utvikle egen faglighet. Dette styrker fagmiljøene, og oppleves som positivt med tanke på rekruttering og det å skape arbeidsplasser hvor medarbeiderne ønsker å bli værende.

En viktig suksessfaktor når oppgaver flyttes fra én yrkesgruppe til en annen, er at mottakerne av de nye oppgavene har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å oppleve trygghet og faglighet i utøvelsen av dem. Kravet om faglig forsvarlighet er absolutt og setter rammene for mulighetsrommet i oppgavedeling

Det er i bystyresak 244/15 Byrådssak 114/15 *Satsing på rehabilitering i Helse- og omsorgstjenesten i Oslo kommune*, beskrevet at

[k]orttidssykehjemmene er blitt kalt helsehus siden de arbeider systematisk med rehabilitering og fokuserer på det som kan bli friskt eller friskere. Med dette vil byrådet styrke kvalitet og innsats i døgnbasert rehabilitering og øke både kunnskap og kompetanse. Omleggingen gir også mulighet til å utvikle gode helhetlige brukerreiser i samarbeid med bydelene, slik at borgerne ikke opplever unødvendige flyttinger i systemet.

For helsehusene vil det være behov for relevant medisinsk utstyr og kompetanse for å være bedre rustet både til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus og ulike målgrupper som trenger tilrettelagt rehabilitering.

1.2 Løpende oppfølging av pasientene, herunder gjennomføring av ernæringstiltak

1.2.1 Revisjonskriterier

- Helsehuset skal sikre at personalet har nødvendig og oppdatert informasjon av betydning for tjenesteytingen til den enkelte pasient.
- Helsehuset skal sikre at personell i helsehus har tilstrekkelig kompetanse i ernæring.

- Helsehuset skal ha rutiner for å kartlegge ernæringsmessig status og vurdere ernæringsmessig risiko hos pasienten. Disse bør være skriftlige.
- Pasienten bør kartlegges for ernæringsmessig status og vurderes for ernæringsmessig risiko ved oppstart av oppholdet, underveis i oppholdet og ved slutten av oppholdet.
- Helsehuset bør utarbeide en individuell ernæringsplan med dokumentasjon om ernæringsstatus, behov, inntak og tiltak for pasienter i ernæringsmessig risiko. Ernæringsplanen bør evalueres løpende.

1.2.2 Utledning av revisjonskriteriene

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1 første og tredje ledd:

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester

Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

Lov 15. desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven) § 5 første ledd:

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester, skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 7 bokstav c:

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

c. utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. § 3 første ledd og annet ledd strekpunktene 3, 10 og 13:

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten
- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise

Lov 02. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) § 40 første ledd:

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Forskrift 01. mars 2019 nr. 168 om pasientjournal (pasientjournalforskriften)

§ 4 første ledd:

Pasientjournalen skal inneholde opplysninger som er relevante og nødvendige for å yte helsehjelp til den enkelte pasient, jf. helsepersonelloven § 40. Dette inkluderer opplysninger for å kunne identifisere og kontakte pasienten og virksomheten der helsehjelpen gis. Journalen skal gi en oversiktlig og samlet fremstilling av pasientens helsetilstand slik at det er lett for helsepersonell å sette seg inn i pasientens helsetilstand og eventuelt videre planlagt helsehjelp.

§ 10:

Pasientjournalen skal som hovedregel skrives på norsk. Dansk og svensk kan likevel benyttes i den utstrekning det er forsvarlig. I særlige tilfeller kan Statens helsetilsyn gi tillatelse til å benytte annet språk.

Nedtegning i journalen skal skje uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt.

Nedtegningen skal dateres og signeres av den som har gitt helsehjelpen.

I den nasjonale faglige retningslinjen *Forebygging og behandling av underernæring* (2021) er det beskrevet at

[a]lle pasienter skal vurderes for risiko for underernæring ved innleggelse i helse- og omsorgsinstitusjon og ved oppstart av helse- og omsorgstjenester, og deretter etter en gitt frekvens, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg.

Det skal gjøres risikovurdering innen ett døgn etter innleggelse på sykehus eller annen institusjon i spesialisthelsetjenesten og korttids plass i sykehjem.

Videre beskriver retningslinjen at

[p]ersoner i risiko for underernæring skal kartlegges videre og det skal utarbeides en individuell ernæringsplan med formål å sikre tilpasset og tilstrekkelig ernæring.

En individuell ernæringsplan bygger på resultatet av risikovurderingen og kartleggingen, og skal inneholde:

- mål
- tiltak
- tidspunkt for evaluering

Planen kontrolleres, evalueres og justeres

- minimum ukentlig på sykehus og korttids plass i sykehjem

Det framgår videre at

[i]nformasjon om risiko for underernæring, individuell kartlegging og plan for å sikre tilpasset og tilstrekkelig ernæring skal dokumenteres i pasientjournalen og videreformidles når pasienten flytter mellom tjenestenivå. Informasjonen skal meddeles mellom ulike ledd av helse- og omsorgstjenesten for å sikre kontinuitet i behandling og oppfølging.

Det er viktig å sørge for at den enkelte og eventuelt pårørende er tilstrekkelig informert om og involvert i oppfølgingen, slik at de også kan være en nyttig kilde til informasjon og en samarbeidspart for neste ledd i informasjonsflyten.

I *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten* (IS-1972), s. 78, framgår følgende:

Vurdering av ernæringsstatus

Vektendring over tid, KMI (kroppsmasseindeks), eller en kombinasjon av disse er de enkleste metodene for å vurdere kroppens energibalanse. Opplysninger om ernæringsstatus kan fås gjennom klinisk undersøkelse (inkl. veiing og måling), anamnese og laboratorieprøver. En strukturert samtale med pasienten og eventuelt pårørende er grunnleggende i kartlegging av matlyst og matvaner. Supplerende opplysninger om ernæringssituasjonen kan finnes i pasientjournalen eller hentes fra behandlende lege, ansvarlig sykepleier eller andre fagpersoner. Opplysningene sorteres og vurderes før videre utredning og tiltak (1).

I de nasjonale faglige rådene om *Ernæring, kosthold og måltider i helse- og omsorgstjenesten* (2016) er følgende beskrevet:

God ernæringspraksis innebærer kartlegging, vurdering og dokumentasjon av pasientens ernæringsstatus, vurdering av matinntak i forhold til behov, igangsetting av målrettede ernæringstiltak samt oppfølging og evaluering.

Når det gjelder kriteriet om tilstrekkelig kompetanse, viser vi også til utledningen i kapittel 1.1.2.

1.3 Tilfredsstillende kommunikasjon med brukere og pårørende

1.3.1 Revisjonskriterier

- Helsehuset bør ha skriftlige rutiner for brukermedvirkning fra pasienter og pårørende samt for håndtering av klager og andre former for tilbakemelding på tjenestene fra pasientene og pårørende.
- Helsehuset skal gi pasienten anledning til å medvirke ved gjennomføringen av tjenestetilbudet, herunder gjennomføre oppstartssamtale med pasienten og ha løpende dialog om innholdet i helsehjelpen. Medvirkningen bør dokumenteres.
- Helsehuset skal legge til rette for informasjonsutveksling og dialog med pårørende.

1.3.2 Utledning av revisjonskriteriene

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

§ 3-1 første ledd andre punktum:

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

§ 3-1 andre ledd:

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8

§ 3-2 første og åttende ledd:

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

§ 3-3 første ledd:

Dersom pasienten eller brukeren samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens eller brukerens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens eller brukerens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 4-2 a første ledd:

Kommunen skal sørge for at det gis slik informasjon som pasient og bruker har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Tilsvarende gjelder for informasjon til pasientens og brukerens nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 tredje ledd.

Lov 02. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) § 40 første ledd:

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Det er i bystyresak 244/15 Byrådssak 114/15 *Satsing på rehabilitering i Helse- og omsorgstjenesten i Oslo kommune* beskrevet at

[a]vgjørende for en god rehabiliteringsprosess er at det skal tilrettelegges, slik at den enkeltes evne og vilje til å mestre sin hverdag ivaretas. Dette innebærer brukermedvirkning ved målformuleringer og planlegging av tiltak, samt evaluering av tiltak. Også familiemedlemmer, nettverk mm kan involveres i rehabiliteringsprosessen. I mange tilfeller er det ønskelig og nødvendig. Dette er også beskrevet i byrådssak 249/14 *Handlingsplan for mennesker med funksjonsnedsettelse* der det fremkommer at «Virksomhetene skal legge til rette for brukermedvirkning, samarbeid med hjemmet og bidra til å sikre medvirkning fra foreldre/pårørende/foresatte».

Det er i bystyresak 258/21 Byrådssak 109/21 *Tilbud ved helsehusene* beskrevet at

[h]elsehusenes tjenestetilbud skal være kunnskapsbasert. Dette betyr at faglige avgjørelser baseres på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap, og ta utgangspunkt i pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon

I bystyresak 375/22 Byrådssak 209/22 *Strategisk rekrutterings- og kompetanseplan for bærekraftige helse- og omsorgstjenester i Oslo kommune* er det beskrevet at

[i]nformasjonsflyten er viktig og utfordrende, da det ofte er mange ansatte som er involvert i pasientforløpet. Brukere og pårørende etterlyser mer informasjon, og det er avgjørende med tidlig involvering. Ansatte må ha kompetanse, tid og mulighet til å snakke med pasienten og til å ta hensyn til den informasjonen som kommer. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» bør stilles tidlig og være førende for hvordan tjenestene innrettes og hvilke aktører som deltar.

For å kunne ivareta pasienters og pårørendes behov er det nødvendig med en tverrfaglig tilnærming som utnytter personell og kompetanse på bedre og nye måter, med mer integrerte tjenester i kommunene og en helsetjeneste som støtter omsorgstjenesten.

I *Oslostandard for pårørendesamarbeid* (2020) er det beskrevet at

Oslo kommunes helse-, omsorgs- og velferdstjenester har et overordnet og selvstendig ansvar for å involvere pårørende og gi dem støtte. Disse tjenestene skal ha systemer og rutiner for å kunne gi informasjon, og for å ha samtaler og dialog med pårørende [...]

Ansatte i Oslo kommunes helse-, omsorgs- og velferdstjenester skal følge den nasjonale pårørendeveilederen utgitt av Helsedirektoratet.

I den nasjonale veilederen fra Helsedirektoratet (2017) *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten* framgår følgende:

Helse- og omsorgstjenesten skal ha systemer og rutiner som legger til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende. Dette gjelder enten pårørende har rollen som informasjonskilde, representant for pasienten/brukeren, omsorgsgiver eller støtte for pasienten/brukeren eller pårørende er berørt og har egne behov for støtte. Rammer og muligheter for dialog med den enkelte pårørende er ledelsens ansvar og må kommuniseres til pasienter, brukere og pårørende.

I Sykehjemsetatens dokument *Inntakskriterier og innhold i Oslo sykehjemmene* er det beskrevet i kapittel om tidsbegrenset opphold (korttidsopphold) at det skal gjennomføres en målsamtale/oppstartssamtale innen tredje virkedag. Denne skal være utgangspunkt for tjenestene til pasienten.

Når det gjelder kriteriet om skriftlige rutiner for brukermedvirkning, viser vi til utledningen i kapittel 1.2.2.

Vedlegg 2 Metode

Dette vedlegget gis som et utfyllende tillegg til underkapittel 1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring.

Generelt om forvaltningsrevisjon

De sentrale elementene i prosjektets metode er gjennomført i henhold til *Standard for forvaltningsrevisjon* (RSK 001). Standarden angir god kommunal revisjonsskikk i forvaltningsrevisjon. Med utgangspunkt i tema og problemstillinger som ligger i oppdraget fra kontrollutvalget, utleder vi relevante revisjonskriterier. Deretter kartlegger og beskriver vi undersøkte virksomheters systemer, praksis eller resultater på aktuelle områder. Faktabeskrivelsen blir så vurdert med utgangspunkt i revisjonskriteriene. Dette leder fram til vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger.

Beskrivelse av prosjektgjennomføring

Undersøkelsen ble formelt startet opp ved utsendelse av oppstartsbrev til byråden for helse, eldre og innbyggertjenester, Sykehjemsetaten, Lilleborg helsehus og Ullern helsehus 3. februar 2023. Byrådsavdelingen og Sykehjemsetaten ble bedt om å oppnevne kontaktpersoner for forvaltningsrevisjonen. Det ble avholdt oppstartsmøte med Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester 7. mars 2023 og oppstartsmøte med Sykehjemsetaten, herunder Lilleborg helsehus og Ullern helsehus, 10. mars 2023.

Et utkast til revisjonskriterier ble sendt byråden for helse, eldre og innbyggertjenester, Sykehjemsetaten, Lilleborg helsehus og Ullern helsehus 23. mars 2023. Vi mottok enkelte tilbakemeldinger til disse og sendte ut oppdaterte revisjonskriterier 30. mars 2023.

Sykehjemsetaten har fått oversendt et utkast til fakta som er gjennomgått av etaten, og vi mottok tilbakemeldinger 22. juni 2023.

Vi ga en presentasjon av Kommunerevisjonens foreløpige vurderinger, konklusjoner og anbefalinger i møte med Sykehjemsetaten og Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester 8. august 2023. Rapport til uttalelse ble sendt til byråden for helse, eldre og innbyggertjenester, Sykehjemsetaten, Lilleborg helsehus og Ullern helsehus 14. august. Kommunerevisjonen har mottatt uttalelser til rapporten fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester og samlet uttalelse fra Sykehjemsetaten. Uttalelsene er i sin helhet vedlagt rapport i vedlegg 4 og 5.

Undersøkelsesperioden omfattet i hovedsak året 2022 for breddeundersøkelsen og året 2022 og første tertial i 2023 for dybdeundersøkelsen. Det meste av datainnsamlingen ble gjennomført i perioden januar–mai 2023.

Metode for datainnhenting og -analyse

Problemstillingene er besvart gjennom en breddeundersøkelse av alle helsehusene og en dybdeundersøkelse i Lilleborg helsehus og Ullern helsehus. Lilleborg helsehus og Ullern helsehus ble valgt basert på en samlet vurdering der det blant annet ble tatt hensyn til hvilke helsehus vi tidligere har gjennomført forvaltningsrevisjoner i.

Undersøkelsen er blant annet basert på informasjon fra intervjuer, gjennomgang av pasienters journaler, skriftlige svar fra Sykehjemsetaten og dokumentgjennomgang av blant annet skriftlige rutiner. Videre er undersøkelsen basert på informasjon fra vaktplan og turnussystemet GAT og statistikk basert på omfattende uttrekk fra GAT-analyse for året 2022. Sistnevnte ble gjennomført for alle helsehusene og ble også rapportert i Kommunerevisjonens rapport 6/2023 *Helsehus i Oslo – bemanning og kompetanse*.

Vi har benyttet Nvivo, R og Excel i analysearbeidet til å gjøre systematiske analyser av datamaterialet.

Intervjuer

Kommunerevisjonen har gjennomført semistrukturerte intervjuer med områdedirektør for helsehus i Sykehjemsetaten, institusjonsleder, kvalitetssjef og avdelingsledelsen ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus samt tillitsvalgte for sykepleiere og helsefagarbeidere. Spørsmålene til lederne og de tillitsvalgte omhandlet i stor utstrekning de samme temaene. I tillegg fikk de vi intervjuet, anledning til å ta opp eventuelle temaer som de mente var relevante. Intervjuene var individuelle og varte i omtrent 45 minutter. Det ble skrevet referater fra intervjuer der informanter har fått anledning til å kommentere og oppklare eventuelle misforståelser.

Det ble også gjennomført mer strukturerte, individuelle intervjuer med 20 enkeltansatte. Disse var av kortere varighet enn de øvrige intervjuene. Vi hadde utarbeidet standardiserte spørsmål på forhånd, og svarene fylte vi ut på stedet. Den enkelte verifiserte intervjuet på stedet. Vi ønsket å snakke med ansatte som var nærmest pasientene i pleie, ut fra kriterier om at både sykepleiere og helsefagarbeidere på alle avdelinger ble representert, og at de hadde vakt, og var tilgjengelige, den dagen vi var på helsehuset. Vi snakket også med en lege ved hvert helsehus og en assistent.

Det ble også gjennomført mer strukturerte, individuelle intervjuer med 20 pasienter/pårørende, 12 ved Ullern helsehus og 8 ved Lilleborg helsehus. Vi var til stede på avdelingene og snakket med pasienter og pårørende som var tilgjengelige, og det var avklart fra helsehuset at disse ville prate med oss. Vi hadde utarbeidet standardiserte spørsmål på forhånd, og svarene fylte vi ut på stedet. Den enkelte verifiserte intervjuet på stedet. Intervjuene ble gjennomført inne på alle pasientavdelingene ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus.

I forkant av at vi skulle gjennomføre intervjuer ved helsehusene, utarbeidet Kommunerevisjonen informasjonsoppslag om undersøkelsen slik at ansatte og pasienter/pårørende ved helsehusene som ønsket, hadde mulighet til å kontakte oss dersom de hadde informasjon om forhold ved helsehuset de ønsket å dele med Kommunerevisjonen. Det ble utarbeidet et oppslag for ansatte som ble hengt opp i personalområder, og et oppslag for pasienter og pårørende som ble hengt opp i fellesområder. Kommunerevisjonen mottok to henvendelser som følge av dette.

I oppstarten av undersøkelsen gjennomførte vi også intervjuer/samtaler med Sosial- og eldreombudet i Oslo og Pårørendealliansen. Også informasjon fra disse intervjuene som er benyttet i rapporten, er verifisert.

Vi har tatt kontakt med flere organisasjoner, råd og utvalg og har fått innspill og informasjon fra Rådet for funksjonshemmede, det sentrale eldrerådet, PIO-pårørendesenteret i Oslo og eldrerådet i Bydel Grünerløkka og Bydel Ullern. Gjennom eldrerådene har vi også mottatt informasjon fra tilsynsutvalgene ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus.

Observasjoner

For å danne oss et inntrykk av hvordan informasjonsutvekslingen foregikk gjennom dagen, var vi til stede på rapporteringer/tavlemøter i løpet av en dagvakt på alle postene og avdelingene på Lilleborg helsehus og Ullern helsehus. Informasjonen herfra ble benyttet som grunnlag for spørsmål i intervjuer og som supplement til gjennomgangen av journaler som vist til nedenfor.

Gjennomgang av journaler

Kommunerevisjonen har gjennomgått journaler til 40 pasienter ved Lilleborg helsehus og Ullern helsehus, 20 journaler ved hvert helsehus. Vi undersøkte journaler til pasienter som var på helsehusene første tertial 2023. Journalene ble valgt tilfeldig basert på oversikt over pasienter i det elektroniske pasientjournalssystemet Gerica.

Kommunerevisjonen utarbeidet et kontrollskjema som ble benyttet under journalgjennomgangen. Skjemaet inneholdt kontrollpunkter basert på undersøkelsens fokusområder, herunder dokumentasjon av oppfølgingen av pasienter som ernæringsarbeid, pasientmedvirkning, pårørendeinvolvering og informasjonsutveksling.

Dokumenter

Sykehjemsetaten og Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester har oversendt relevant dokumentasjon på bestilling fra Kommunerevisjonen. Avdelingsvise bemanningsplaner og oversikt over Sykehjemsetatens beregning av pleiefaktor er blant dokumentene som er oversendt tidligere i forbindelse med den første delrapporten.

Dokumentasjonen som er innhentet, er strukturert og analysert med hensyn til å framvise det som er aktuelt med tanke på problemstillingen.

Registerdata/statistikk

Beskrivelsen nedenfor er gjengitt fra Kommunerevisjonens rapport 6/2023 *Helsehus i Oslo – bemanning og kompetanse*, hvor det er beskrevet hvordan statistikken er utarbeidet. Vi har i hovedsak benyttet oss av de samme analysene i denne rapporten, da et av formålet med rapport 6/2023 var å framskaffe fakta som vi kunne benytte inn i forvaltningsrevisjonen av kvalitet i helsehus.

Perioden vi har utarbeidet analyser for, er året 2022. Kommunerevisjonen har foretatt uttrekk fra alle fire helsehusene for hele 2022. Uttrekket er grunnlagsdata for området «bemanning» i GAT-analyse for pasientavdelingene i helsehusene (slik de framkommer av figur 7–10 i kapittel 3) og fellesavdelingene:

55331 Lilleborg Felles
55331 Lilleborg Felles korttid og rehab
55408 Solvang Natt-tjenesten
55411 Solvang Kvalitet
55761 Solfjellshøgda Kvalitet og utvikling

Dagrehabilitering på Solvang helsehus og Post 4 på Lilleborg helsehus, som ble lagt ned i februar 2022, inngår ikke i bemanningsanalysene.

Solvang helsehus hadde fortsatt funksjoner knyttet til covidhåndtering i januar og februar 2022, men vi har vurdert at dette ikke påvirker resultatene hos Solvang helsehus vesentlig for dette analyseformålet.

For å sikre korrekt informasjon om ansattes fagbakgrunn har Kommunerevisjonen hentet ut stillingstitler fra GAT og Agresso HR (Unit4, Oslo kommunes lønns- og personalsystem). I enkelte tilfeller har vi gjort oppslag i helsepersonellregisteret, og i andre tilfeller har vi innhentet informasjon fra helsehusene. I kategorien sykepleiere inngår vernepleiere. I kategorien helsefagarbeidere inngår hjelpepleiere. I kategorien studenter inngår sykepleierstudenter og medisinstudenter som er registrert som student i GAT. I kategorien ufaglært inngår i hovedsak assistenter. Blant assistenter var det ifølge etaten studenter i helsefag/medisin 1.-3. semester.

Dataene er i hovedsak tilrettelagt i statistikkprogrammet R og analysert ved hjelp av Excel. Dette arbeidet er kvalitetssikret underveis internt i prosjektgruppen. I tillegg har arbeidet generelt vært underlagt annen kvalitetssikring i Kommunerevisjonen.

Det er noe usikkerhet knyttet til tallgrunnlaget for beregning av planlagte og gjennomførte timeverk. Kommunerevisjonen fant i en tidligere undersøkelse (av andre virksomheter som benytter GAT) noen forskjeller mellom beregninger av vaktdata i ledelsesrapporter i GAT og beregninger gjort på bakgrunn av uttrekk fra GAT Analyse, (jf. metodekapittel i rapport 08/2018 *Barnevernsinstitusjoner – kompetanse og bemanning m.m.*). Usikkerheten vurderes ikke å være av vesentlig betydning.

Når det gjelder registrering av fylte vakanser, har Kommunerevisjonen fått opplysninger om at det i tilfeller der en vakanse er fylt, kan variere om dette framgår av vaktrapporten for den aktuelle vekten, eller om utført arbeid er registrert som en ny ekstravakt. Dette er hensyntatt i analyser der dette er relevant.

Videre kan det være noe ulik praksis med tanke på registrering av fastvakter mellom helsehusene. Vi har i flere tabeller trukket ut fastvakter fordi disse ikke er en del av den planlagte bemanningen, men er «1-til-1-bemanning» som går ut over ordinær bemanning, og som finansieres særskilt. Dette er gjort ved å trekke ut vakter med årsakskode 19 *ressurskrevende aktivitet* eller vaktkode med verdiene FASTV*, FV* eller NFAST. Vi har gjort enkelte manuelle kontroller for å se om vaktene vi har trukket ut, faktisk var fastvakter og ikke for eksempel forskjøvede vakter. Vi har videre sammenlignet fordelingen av fastvaktene vi har trukket ut fra helsehusene, med fordelingen av kostnadene til fastvaktene ved helsehusene i 2022.

Figur 7 nedenfor viser sammenhengen mellom vårt uttrekk av timeverk fastvakter og kostnader til fastvakter. Kostnader og timeverk er framstilt som prosentandeler av henholdsvis totale kostnader til fastvakter og timeverk til fastvakter for helsehusene samlet.

Figur 7 Sammenheng mellom uttrekk av timeverk fastvakter og faktiske kostnader til fastvakter ved helsehusene i 2022



Note: Figuren er beregnet ut fra prosentandel av kostnadene til fastvakter fordelt på ca. 12,8 millioner kroner hos Ullern helsehus, ca. 5,7 millioner kroner ved Lilleborg helsehus, ca. 1,5 millioner kroner ved Solvang helsehus, ca. 6,9 millioner kroner ved Solfjellshøgda helsehus og totalt ca. 26,8 millioner kroner, samt prosentandelen av timeverk til fastvakter fordelt på ca. 28 800 timer ved Ullern helsehus, ca. 7200 timer ved Lilleborg helsehus, ca. 3700 timer ved Solvang helsehus og ca. 13 000 timer ved Solfjellshøgda helsehus, totalt ca. 53 000 timeverk. Kommunerevisjonens rapport 6/2023 *Helsehus i Oslo – bemanning og kompetanse* (figur 23).

Vi ser av figur 7 at «kostnadene til fastvakter» og «faktiske timeverk fastvakter» følger omtrent samme kurve. Årsaker til at det er noe mindre sammenheng mellom kostnader og timeverk hos Ullern helsehus og Lilleborg helsehus enn hos de to andre helsehusene, kan være at Ullern helsehus er helsehuset som har størst andel ufaglærte timeverk blant fastvaktene, mens Lilleborg helsehus har færrest andel ufaglærte timeverk blant fastvaktene. Vi har da lagt til grunn at kostnader til ufaglært arbeidskraft er lavere enn til helsefagarbeidere og sykepleiere.

Vi kan fortsatt ikke være sikre på at det ikke er feilkilder i materialet, men mener at de undersøkelsene vi har gjort, viser at vi kan være rimelig trygge på at feilkildene ikke påvirker resultatene på en slik måte at det gir et vesentlig feilaktig bilde av helsehusenes bemanning.

I uttalelse til rapport oppga Solvang helsehus at pleiefaktoren for avlastningsopphold skulle være 0,78 og ikke 0,88 slik Kommunerevisjonen har lagt til grunn i tabell 3. Kommunerevisjonen har fått noe ulik informasjon om hvordan denne type plass skal vektas i løpet av undersøkelsen. Tallet ble etter faktaverifisering endret til 0,88 etter en konkret tilbakemelding fra Solvang helsehus og Sykehjemsetaten. Tabellen speiler tallgrunnlaget som også er gjengitt i Kommunerevisjonens rapport 6/2023. Legger vi 0,78 til grunn vil beregnet norm for Solvang helsehus reduseres fra 0,78 til 0,77. Dette utgjør en marginal endring i analysen.

Behandling av personopplysninger

Formålet med Kommunerevisjonens innhenting, behandling og oppbevaring av personopplysninger er å utføre den lovbestemte revisjonen av Oslo kommune. Hvilke personopplysninger vi samler inn og behandler, avhenger av hvilken informasjon vi

trengte for å gjennomføre undersøkelsen. Personopplysningene vil kunne være opplysninger som kommunen er pålagt å innhente, som av andre grunner er i kommunens systemer, som ansatte plikter å oppgi til Kommunerevisjonen, eller som er gitt frivillig.

Kommunerevisjonen følger bestemmelsene i personopplysningsloven og legger vekt på å begrense lagringen av personopplysninger. Vi legger vekt på bare å innhente data som er relevante for formålet med undersøkelsen. Vi tar bare vare på personopplysninger som er nødvendige for dokumentasjon av arbeidet vi utfører. Personopplysninger lagres utilgjengelig for uvedkommende.

Retten til å få slettet personopplysninger er bl.a. styrt av at Kommunerevisjonen har ti års lagringsplikt for dokumentasjon av revisjonene.

For ytterligere informasjon om Kommunerevisjonens ansvar for og behandling av personopplysninger, se vår [personvernerklæring](#)⁵.

IT-rettede kontroller

Undersøkelsen har omfattet enkelte kontrollpunkter belyst i intervjuer knyttet til bruken av Gerica og eRom, for eksempel om personell

- hadde tilgang til Gerica hos pasienten
- var komfortable med bruken av Gerica og eRom
- registrerte at de hadde gjennomført tiltak, og journalførte fortløpende

Disse forholdene er belyst i den grad det har vært aktuelt i faktaframstillingen.

Gyldighet og pålitelighet

For å sikre at datagrunnlaget har tilfredsstillende kvalitet, har vi vurdert dataenes gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet). Gyldighet brukes gjerne som et uttrykk for om vi har målt det vi ønsker å måle. Pålitelighet er et uttrykk for hvor nøyaktig innsamlingen av data har vært, og for at det ikke er skjedd systematiske feil underveis i innsamlingen.

Undersøkelsen bygger på data fra flere kilder som er innsamlet ved hjelp av ulike metoder: intervjuer, dokumentgjennomgang, gjennomgang av journaler, statistikk og bemanningsdata. Det medfører at vesentlige punkter for våre vurderinger og konklusjoner bygger på solid dokumentasjon og/eller en kombinasjon av data fra flere kilder.

For å forsikre oss om at vi gjengir informasjon fra intervjuer på korrekt måte, har det blitt skrevet referater fra intervjuer der informanter har fått anledning til å kommentere og oppklare eventuelle misforståelser. Undersøkelsen bygger også på journalgjennomgang i Gerica. En metodisk utfordring med journalgjennomgang kan være at informasjon om gjennomførte aktiviteter ikke er dokumentert i journalen. For å kompensere for denne utfordringen har gjennomføringen av slike aktiviteter også vært temaer i intervjuer og i gjennomgang av andre dokumenter. Vi har også i bruken av slike

⁵ <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13292652-1535640780/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Etater%2C%20foretak%20og%20ombud/Kommunerevisjonen/Personvernerkl%C3%A6ring%20for%20Kommunerevisjonen.pdf>

data brukt formuleringer som viser til kilden, som at vi ikke har «sett spor i journalen» eller «ikke dokumentert gjennomført» og lignende.

Vi har også benyttet informasjon fra undersøkelser gjennomført av andre som eksempelvis pasient- og pårørendeundersøkelser. Vi har imidlertid ikke ved noen anledninger benyttet data samlet inn av andre enn Kommunerevisjonen alene som grunnlag for våre vurderinger.

Når det gjelder bemanningsdataene, er det, som beskrevet tidligere i kapitlet, noe usikkerhet knyttet til tallgrunnlaget for beregning av planlagte og gjennomførte timeverk samt ulikhet i bruken av GAT. Vi har gjort kompensierende kontroller, jf. beskrivelsen ovenfor om registerdata, og mener at vi med rimelig sikkerhet kan si at det ikke er feilkilder som gir vesentlig påvirkning på resultatet.

Undersøkelsen har vært underlagt intern kvalitetssikring i Kommunerevisjonen. Informasjon som er fra muntlige kilder, er verifisert, og Sykehjemsetaten har gjennomgått et utkast til samlet fakta for verifisering.

Samlet vurdering

Kommunerevisjonens beskrivelser, vurderinger og konklusjoner er avpasset de muligheter og begrensninger som ligger i datagrunnlaget. Som grunnlag for våre vurderinger og konklusjoner mener vi derfor at de innsamlede dataene har tilstrekkelig gyldighet og pålitelighet.

Vedlegg 3 Byrådsavdelingens oppfølging av varsler

I dette kapitlet gir vi en kort beskrivelse av om Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester mottok varsler om kritikkverdige forhold ved helsehusene i 2022, og hvordan disse ble fulgt opp.

6.2.3 Varsler om kritikkverdige forhold

Med varsler om kritikkverdige forhold mener vi alle henvendelser fra innbyggere, pasienter, pårørende, ansatte eller andre som gir uttrykk for kritikkverdige forhold ved helsehus. Vi ser at byrådsavdelingen mottok i overkant av ti henvendelser av slik art i 2022. Henvendelsene gjaldt i hovedsak negative opplevelser ved Ullern helsehus, og det var særlig pårørende som tok kontakt. Det var i hovedsak kommet klager på kommunikasjon, ventetid for å få hjelp, matsituasjonen, trivsel og medisinsk oppfølging.

6.2.4 Oppfølging av varsler

Vi har mottatt dokumentasjon på varsler og oppfølging av disse samt referat fra styringsdialogmøter mellom byrådsavdelingen og Sykehjemsetaten. Vi har også mottatt e-postkorrespondanse mellom byrådsavdelingen og etaten som viser oppfølging av varsler i helsehus i 2022.

Vi ser av dokumentasjonen at byrådsavdelingen som oftest ga en kort besvarelse på henvendelsene og sendte kopi av henvendelsen til Sykehjemsetaten for deres oppfølging. Det hendte at byrådsavdelingen fikk gjentakende tilbakemeldinger. I slike tilfeller oppga byrådsavdelingen at dette ble tatt opp i styringsdialogen med helsehuset og i egne møter. Oppfølgingen av helsehus var tema både i fagmøter internt i byrådsavdelingen og i kontaktmøter med Sykehjemsetaten i løpet av året, senest 19. desember 2022.

I mars 2022 avholdt byrådsavdelingen møte med Sykehjemsetaten på bakgrunn av varslene. Byrådsavdelingen sendte senere samme måned en e-post med en rekke spørsmål til Sykehjemsetaten på bakgrunn av varsler om kritikkverdige forhold på Ullern helsehus. Det ble stilt spørsmål til Sykehjemsetaten om etaten kunne gjennomføre tiltak som rotårsaksanalyse med tiltaksplan. Sykehjemsetaten ga informasjon om at etaten allerede hadde igangsatt tiltak. Tiltakene omhandlet blant annet en pågående vurdering av hvordan helsehuset skulle styrke kommunikasjonen med pasientene, herunder at holdninger og kommunikasjon skulle bli tematisert i helsehusets lokale kvalitetsråd.

I oktober 2022 var det igjen møte mellom byrådsavdelingen og Sykehjemsetaten hvor varsler om kritikkverdige forhold ved Ullern helsehus var utgangspunktet for møtet. I etterkant av møtet utarbeidet etaten et notat med oversikt over tiltak. Der kom det blant annet fram at ledelsen ved Ullern helsehus hadde gått gjennom, behandlet og svart ut alle formelle klager som var kommet. Videre framgikk det at det var satt inn tiltak for å bedre oppfølgingen av pasienter ved helsehuset. Det ble påpekt at det var forbedringspotensial vedrørende tilberedning og servering av mat, da dette fortsatt ble gjort av helsepersonell på Ullern helsehus. I desember 2022 ble det avsatt midler fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester blant annet til serviceverter som skulle ta seg av tilberedning og servering av mat som ikke trengte faglig oppfølging.

I november 2022 var det tilsvarende møte mellom byrådsavdelingen og Sykehjemsetaten. I etterkant av møtet mottok byrådsavdelingen en ny redegjørelse fra Sykehjemsetaten med oversikt over tiltak ved Ullern helsehus. Disse var i hovedsak

rettet mot økt trivsel for pasientene, kommunikasjon med pasienter og pårørende og kompetanse- og kvalitetsfremmende tiltak.

Byrådsavdelingen fulgte opp svaret med å presisere at dette ikke var nye tiltak, ut over det som ble iverksatt tidligere våren og høsten 2022. Fagsjef i byrådsavdelingen stilte blant annet spørsmål om tiltakene skulle evalueres, og om etaten nå hadde en tett oppfølging av helsehusene. Sykehjemsetaten oversendte byrådsavdelingen en oversikt over tiltakene og status for disse 23. november 2022.

Vedlegg 4 Uttalelse fra byråden for helse, eldre og innbyggertjenester

Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester



Kommunerevisjonen
Fredrik Selmers vei 3
0663 OSLO

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):
22/5171 - 32

Saksbeh.:
Eva Graziano

Dato:
11.09.2023

Rapport til uttalelse - Kvalitet i helsehus

Det vises til rapport om kvalitet i helsehus av 14.08.2023 til uttalelse.

1. Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?

Svar:

Informasjon om prosjektets hensikt har vært klar. Det ble også gjennomført oppstartsmøte med byrådsavdelingen i mars 2023.

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

Svar:

Det er benyttet forskjellige kilder og ulike metoder for innsamling av data, bla. gjennomgang av journaler og styrende dokumenter, statistikk og registerdata. Det er gjennomført intervju både med ledere, medarbeider, pasienter/pårørende og tilstedeværelse ved helsehus. Det er gjennomført breddeundersøkelse av alle helsehus og dybdeundersøkelse ved de to helsehusene Lilleborg og Ulleren. Jeg vurderer at Kommunerevisjonens vurderinger og konklusjoner er solid og godt underbygget.

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

Svar:

Jeg har ingen kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for Kommunerevisjonens konklusjoner.

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

Oslo kommune
Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester

Besøksadresse:
Olav V gate 4
Postadresse:
Rådhuset, 0037 OSLO

Telefon: 21 80 21 80
postmottak@byr.oslo.kommune.no
Org. Nr.: 876818872
oslo.kommune.no

Svar:

Som det fremgår av svar på spørsmål 2 over, vurderes rapportens konklusjoner og anbefalinger solide og godt underbygget, og gir et godt grunnlag for det videre arbeidet med kvalitetsutvikling i helsehusene.

5. Vil byråden vurdere og eventuelt iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefaling? I tilfelle hvilke?

Svar:

Det er allerede igangsatt omfattende tiltak ved våre helsehus, og flere av disse treffer rapportens konklusjoner og anbefalinger. De viktigste grepene er, slik det fremgår av byrådsaken om omorganisering av helsehusene i Oslo, spesialisering av plassene, styrket samhandling med bydelene og kompetanseheving.

Gjennom spesialisering av plasser med rehabiliteringsplasser, avklaringsplasser og skjermede plasser, vil pasientene få riktig plass ut fra sine helse- og omsorgsmessige behov og følges opp av medarbeidere med riktig kompetanse. Fra 2024 vil antall avlastningsplasser økes betraktelig når det etableres en egen avlastningsavdeling ved Madserudhjemmet, og avlastningstilbudet ved Solvang helsehus videreføres.

Bemanningen er styrket med servicemedarbeidere og besøksverter ved alle helsehusene. Dette bidrar til at helsepersonell får bedre tid til helse- og omsorgsmessig oppfølging av pasientene, inkludert oppfølging av ernæring.

Byrådet har i revidert budsjett avsatt 175 mill. kr. til kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene i Oslo gjennom et kompetansefond.

Rapporten konklusjoner og anbefalinger vil bli fulgt opp av byrådsavdelingen i styringsdialog med Sykehjemsetaten.

6. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltak/ene?

Svar:

Tiltak knyttet til oppfølging av byrådsaken om omorganisering pågår i samarbeid mellom Sykehjemsetaten og bydelene i arbeidsgrupper, og følges opp av byrådsavdelingen. Spesialisering av plasser er gjennomført fra 1.september, og arbeidet med de nye avlastningsplassene ved Madserudhjemmet pågår.

Servicemedarbeidere og besøksverter er allerede ansatt og kompetanseheving pågår. Flere kompetansehevende tiltak rettet mot ansatt i helsehus vil inkluderes i disponering av kompetansefondet, dette er i prosess.

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

Svar:

Jeg mener rapporten er nyttig, og den viser at tiltakene slik det fremgår av byrådsaken om omorganisering av helsehusene i Oslo har vært et viktig grep. Rapporten vil være viktig i det videre kvalitetsarbeidet ved alle helsehusene.

8. Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?

Svar:

Rapportens oppbygging vurderes god med klart språk.

Vennlig hilsen

Marthe Schaming Lund

byråd

Vedlegg 5 Uttalelse fra Sykehjemsetaten

Sykehjemsetaten



Kommunerevisjonen
Fredrik Selmers vei 3
0663 OSLO

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):
22/4273 - 47

Saksbehandler:
Mona Kjekshus

Dato: 21.08.2023

Oppstart av undersøkelse helsehus- tilbakemelding og svar på spørsmål på rapport etter undersøkelse av helsehus

Sykehjemsetaten viser til utkast til rapport etter undersøkelse av helsehus, og har følgende tilbakemeldinger. Tilbakemeldingene omfatter innspill fra helsehusene, og det vil spesifiseres over hver enkelt tilbakemelding hvilket helsehus dette gjelder.

Generelle kommentarer fremkommer i dette dokumentet, da det ikke var mulig å redigere via spor endring i selve rapporten grunnet pdf format.

Fra Solfjellshøgda helsehus påpekes det hvor tidkrevende og lite tilpasset Gerica er som journalsystem for helsehusene, og at dette kan være noe av forklaringen på hvorfor planer ikke oppdateres, og dokumentasjonen er mangelfull. Når det gjelder for eksempel ernæringsplaner og tiltaksplaner, må disse ofte oppdateres 1-2 ganger per uke, fordi pasientens tilstand endres raskt, og oppdaterte planer er viktig for å sikre tjenester i tråd med pasientens behov. I og med at dette er tungvint, og tidkrevende, kan det medføre at andre oppgaver som er enda viktigere blir prioritert.

Fra Solvang helsehus påpekes følgende:

1. Siden Trygghetsplassene er tatt med i beregningene i rapporten bør det fremkomme at lege, fysio og ergo ikke tilbys på disse plassene. Dette gir utslag i blant annet planlagt og faktisk bemanning for disse funksjonene.
2. Feil i note til figur 3- Avlastning er vektet med 0,78 som korttidsplass, ikke 0,88 som det står i noten.

 Oslo kommune
Sykehjemsetaten
Avdeling kvalitet og utvikling

Besøksadresse:
Nedre Slottsgate 3
Postadresse:
Postboks 435 Sentrum, 0103 OSLO

Telefon: 21 80 21 80
postmottak@syke.oslo.kommune.no
Org. nr.: 990612498
oslo.kommune.no

Fra Ullern helsehus påpekes følgende:

Ad 2.2.1-a tabell 1 og 2.2.1-d tabell 2- hvorfor fremkommer det ikke at Ullern har lege timeverk og lege fagbakgrunn? Dette er tall vi skal ha. Det samme ble påpekt ved delrapporten side 8 som ble utarbeidet av Kommunerevisjonen i mars 2023, samt rapport utarbeidet av PWC juni 2023.

Lilleborg helsehus har ingen tilbakemeldinger på selve rapporten, og opplever at den er nyttig og i tråd med deres allerede identifiserte forbedringsområder. De er allerede i gang med ulike tiltak for å forbedre dokumentasjon og oppfølging av ernæringsområdet.

I tillegg er SYE bedt om å besvare spørsmålene nedenfor:

1. Har informasjonen om prosjektets hensikt vært tilstrekkelig klar?

Svar: Ja

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

Svar: Se tilbakemelding om Gerica som pasientjournalssystem- ikke særlig godt egnet for helsehusenes bruk. Bør fremkomme i rapporten.

Det ble i møtet den 08.08.2023, hvor presentasjon av funn var tema, stilt spørsmål ved omfanget av pasientjournaler som ble gjennomgått, og om dette var tilstrekkelig til å gi et korrekt bilde av situasjonen på de reviderte områdene ved hhv Lilleborg helsehus og Ullern helsehus. Revisjonsteamet bekreftet da at dette var tilstrekkelig grunnlag for konklusjon. SYE hadde ønsket at utvalget var noe større, for å sikre enda større validitet i funnene. Konklusjonene tas uansett på alvor, og vi vil jobbe med ytterligere tiltak for å sikre ivaretagelse av områdene på en enda bedre måte.

Figur 3- Sykehjemsetaten påpeker at samhandlingskoordinatorene på helsehusene er en del av normen for pleiebemanningen, og derfor skal tas med i beregningen av denne. Vi kan ikke se at dette er gjort.

Det gir også et feil bilde når spesialplasser og trygghetsplassene tas med i gjennomsnittsberegningen. Spesielt gir dette store utslag på Solvang helsehus der trygghetsplassene trekker kraftig ned. Dette er fordi pleiefaktoren er lav på disse plassene, og antallet plasser er høyt.

Vi kan heller ikke se at det er gjort vurderinger av bemanning ift. reelt pasientbelegg. I perioder kan helsehusene ha ledige plasser, og dette kan etter vurdering føre til at det ikke leies inn ved sykdom eller vakans. Det ble i forbindelse med høringen i mars -23 lagt frem data som viser cirka 10 % ledige plasser i 2022. Se vedlagt tabell.

Institusjon	Liggedøgn	Sengedøgn	Beleggsprosent
Solfjellshøgda helsehus	49 748	52 342	95,0 %
Solvang helsehus	30 790	37 841	81,4 %
Ullern helsehus	31 887	35 062	90,9 %
Lilleborg helsehus	25 737	28 809	89,3 %
Totalt	138 162	154 054	89,7 %

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

Svar: Ingen kommentarer. Viktige områder som må vies høyt fokus.

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

Svar: Rapporten gir jevnt over et riktig bilde av status på de reviderte områdene, og anbefalingene oppleves som nyttige og relevante. Vi ønsker allikevel å utdype dette noe på punktene som fremstår som hovedområder i rapporten.

Kommunerevisjonen: «Breddeundersøkelsen rettet mot alle helsehus indikerer at det ikke alltid var sikre tilstrekkelig og kvalifisert bemanning».

SYE sin kommentar: Det tilstrebes hele tiden å sikre tilstrekkelig og kvalifisert bemanning i våre helsehus. Utfordringen rundt rekruttering av sykepleiere er en nasjonal utfordring, og SYE har iverksatt mange tiltak for å tiltrekke seg søkere til ledige stillinger. Det er gjennomført en egen kampanje ved Ullern helsehus, som var det helsehuset med flest vakante stillinger, og det er skrevet arbeidskontrakt med noen nye. Når det gjelder sykepleierdekningen på natt, vil det ved fravær alltid tilstrebes å dekke vekten med sykepleier, slik at sykepleierdekningen totalt på helsehuset blir høyere. Ved ledighet i faste stillinger, vil det søkes etter sykepleiere.

Side 27 i rapporten beskrives følgende: «Helsehuset (Ullern) reduserte bemanningen på dagtid i helger fra syv til seks vakter i avdeling 2, 3 og 4 fra august/september og ut året 2022.»

SYE sin presisering: Endringen i bemanningen denne perioden ble løpende vurdert opp mot pasientgrunnet i de berørte avdelingene, samt opp mot faktisk belegg/pleietyngde på inneliggende pasienter. Ved fravær av en medarbeider ble det vurdert ikke å leie inn vikar dersom dette var mulig mtp forsvarlig drift i avdelingen.

Det påpekes videre i rapporten at tilstrekkelig norskkunnskaper var en utfordring i tjenesten, særlig blant innleid personell og timelønnede ekstravakter.

Svar: SYE har de siste 5-6 årene hatt høyt fokus på språknivå blant våre faste medarbeidere, og de som er ansatt i løpet av disse årene har bestått testene som er beskrevet i våre krav. Vi har fortsatt noen medarbeidere som er fast ansatt fra før denne tiden, som i varierende grad oppfyller kravene. Disse følges individuelt. For vikarer fra vikarbyrå er det satt krav til nivå på språk ved innleie.

Når det gjelder løpende oppfølging av pasientene ved hhv Lilleborg og Ullern helsehus, beskrives det i rapporten «Etter Kommunerevisjonens vurdering medførte mangler i dokumentasjonen at helsehusene ikke i tilstrekkelig grad hadde sikret at personellet hadde nødvendige og oppdaterte opplysninger om pasienten.»

Svar: Tiltak som allerede var igangsatt før revisjonstidspunktet omhandler blant annet opprettelse av nye stillinger som servicemedarbeidere ved helsehusene. Disse skal bidra til gode måltidsituasjoner og måltidsopplevelser for våre pasienter, og frigi tid for helsepersonellet slik at de kan jobbe enda mere pasientnært. Klinisk ernæringsfysiolog har gjennomført to samlinger for opplæring av disse medarbeiderne, og vil gjenta dette med to samlinger nå i høst for å bidra til økt forståelse og kunnskap om viktigheten av måltid- og måltidsituasjoner. Helsepersonellens oppgaver omfatter opprettelse av ernæringsplaner, der behovet for dette er identifisert, oppfølging av tiltak i tiltaksplanen, og dokumentasjon av disse, samt sikre gjennomføring av ernæringscreening i tråd med gjeldende prosedyre.

SYE har i tillegg klinisk ernæringsfysiolog, som er ute på helsehusene jevnlig, både i klinisk arbeid, opplæring og veiledning opp mot enkeltpasienter.

På side 33 i rapporten kommenteres det av kvalitetssjef at «det var stor forskjell mellom det som ble skrevet i journalen, og det personell fortalte når man spurte direkte. Ved å spørre direkte opplevde vedkommende ofte mer utfyllende og bedre informasjon enn ved å lese journalen.»

SYE sin kommentar: For å styrke fokuset på kvaliteten i våre tjenester ble det i 2019-2020 etablert stillinger som kvalitetssjef i våre institusjoner. Hovedoppgaven til denne rollen var, sammen med institusjonssjef, å arbeide systematisk med forbedring og kvalitetsutvikling av våre tjenester i institusjonen på et overordnet nivå. Ved avdelingene ble det i tillegg opprettet stillinger for fagsykepleiere, som sammen med kvalitetssjef, skulle jobbe målrettet med utvikling av kvalitet i den respektive avdeling. Dokumentasjon har vært et fokusområde på overordnet nivå i noen år, og det forventes at dette gjenspeiles som fokus også lokalt i institusjonene da dette er viktig både for å sikre ivaretagelse av pasientsikkerheten, og for å sikre nødvendig informasjonsoverføring i tjenesteutøvelsen.

Kommunikasjon med pasienter og pårørende- «Kommunerevisjonen merker seg at helsehusene oppga å ha fokus på gi pasientene anledning til å medvirke ved gjennomføringen av tjenestetilbudet. Det var imidlertid en svakhet at medvirkningen ofte

 Oslo kommune
Sykehjemsetaten
Avdeling kvalitet og utvikling

Besøksadresse:
Nedre Slottsgate 3
Postadresse:
Postboks 435 Sentrum, 0103 OSLO

Telefon: 21 80 21 80
postmottak@syke.oslo.kommune.no
Org. nr.: 990612498
oslo.kommune.no

ikke var dokumentert, samt at det ikke alltid ble gjennomført oppstartssamtaler som forutsatt, særlig ved Ullern helsehus.»

Svar: SYE har de siste 3-4 årene gjennomført løpende pasientundersøkelser hvor noen av spørsmålene omhandler pasientens opplevelse av medvirkning. Fra og med våren 2023 er det gjennomført løpende pårørendeundersøkelser. Resultatene i disse viser jevnt over en forbedring av pårørendes opplevelse av kvaliteten i deres samhandling med helsehusene. Sammen med annen tilgjengelig data, benyttes disse tilbakemeldingene i vårt systematiske arbeid med kvalitetsutvikling av våre tjenester i helsehusene. Resultatene i de siste pårørendeundersøkelsene viser en forbedring av fornøydhet med våre tjenester, og antall klager er så langt i 2023 redusert.

5. Vil Sykehjemsetaten vurdere og eventuelt iverksette tiltak på bakgrunn av rapportens konklusjoner og anbefaling? I tilfelle hvilke?

Svar: Områdene er allerede identifisert som forbedringsområder via uønskede hendelser, klager, egenrevisjoner mm, og SYE vil fortsette å ha fokus på disse i vårt pågående forbedringsarbeid. Tiltak som undervisning, egenrevisjoner, interkontroll innen definerte områder beskrevet i årshjul vil fortsatt være en viktig del av dette arbeidet.

Det vil gjennomføres en kontroll av vikarbyråenes etterlevelse av at SYE sine språkkrav oppfylles ved innleie, i løpet av inneværende år.

Gjennomført ernæringscreening, i tråd med gjeldene prosedyre, vil utvikles som en indikator i løpet av høsten 2023. Helsehusene vil da måles på gjennomført ernæringscreening, med påfølgende opprettelse av tiltaksplan der dette er begrunnet med risiko for underernæring.

Oppstartssamtaler, og viktigheten rundt gjennomføringen av disse, har hatt et høyt fokus gjennom hele 2023, og vil videreføres inn i ny organisasjonsmodell med etableringen av mottaksteam ved helsehusene. Samhandlingen mellom bydel og helsehus vil forsterkes, og pasientens behov/medvirkning vil være førende for tilbudet som gis. Oppstartssamtale og nettverksmøter vil fortsatt ta utgangspunkt i spørsmålet om hva som er viktig for pasienten, og hva som skal til for å bidra til oppnåelse av dette.

6. Hvilket tidsperspektiv gjelder for iverksettelse og gjennomføring av tiltak/ene?

Svar: Indikator for ernæringscreening vil omfattes i SYE sitt oppdragsbrev til helsehusene i 2024, og det vil gjennomføres en egenrevisjon av kvaliteten på tiltakene beskrevet i tiltaksplanen i løpet av Q2-2024. Eventuelle ulikheter i funn her vil benyttes for læring på tvers, slik at det sikres en ens praksis av god kvalitet på dette område.

For å sikre enda større grad av tilrettelegging for brukermedvirkning blant pasienter og deres pårørende, vil SYE vurdere om det skal gis tilbud om deltakelse i oppstartsmøter digitalt via Join. I tillegg vil det vurderes integrasjon av DigiHelse i Gerica i løpet av Q4-2024. Her kan kommunikasjonen med pårørende gjennomføres i tråd med gjeldende regelverk for området.

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

Svar: SYE vurderer at rapporten er nyttig mtp videre arbeid rundt disse områdene, og evaluering av allerede igangsatte tiltak hvor vi ikke er kommet helt i mål.

8. Hvordan vurderes rapportens oppbygning og språkbruk?

Svar: Ingen kommentarer.

Vennlig hilsen

Helge Jagmann
etatsdirektør

Johnny Jakobsen
direktør helsehus

 Oslo kommune
Sykehjemsetaten
Avdeling kvalitet og utvikling

Besøksadresse:
Nedre Slottsgate 3
Postadresse:
Postboks 435 Sentrum, 0103 OSLO

Telefon: 21 80 21 80
postmottak@syk.oslo.kommune.no
Org. nr.: 990612498
oslo.kommune.no



Oslo

Oslo Kommune
Kommunerevisjonen
Fredrik Selmers vei 3
0663 Oslo

Tel. +21 80 21 80

Rapport 16/2023

**Du finner mer informasjon om
Kommunerevisjonen og våre rapporter på:**
www.krv.oslo.kommune.no