

Ekstern gjennomgang av helsehusene i Oslo

Rapport utarbeidet For Oslo kommune
Juni 2023



Forord

PriceWaterhouseCoopers AS (PwC) har på oppdrag fra Byrådsavdelingen for helse, eldre og innbyggertjenester gjennomført en ekstern gjennomgang av helsehusene i Oslo. Det overordnede målet med gjennomgangen er å få bedre innsikt i tilbudet ved helsehusene og hva som kan gjøres for å forbedre situasjonen for beboere og pårørende. Gjennomgangen har et systemperspektiv, der hensikten er å belyse eventuelle sammenhenger mellom sentrale områder ved helsehusenes virksomhet, og gjøre en vurdering av helsehusenes rolle og evne til å møte behovene til ulike interessenter. Gjennomgangen inkluderer kartlegging, analyse og vurdering av organisering, ledelse, bemanning, kompetanse, tildelingspraksis, pasientflyt og kvalitet. Sentralt i dette er også å studere samhandlingen i triangelet mellom sykehusene som skriver ut pasientene, bydelene som har ansvar for pasientene og helsehusene som gir helsefaglig behandling til pasientene.

Den 19. april 2023 fremmet byrådet i Oslo en sak om omorganisering ved helsehusene for å tilpasse og forbedre tjenestene. Dette skjedde i etterkant av PwC sin kartlegging, men i forkant av ferdigstillingen av denne rapporten. I rapporten kommenteres tiltakene slik de fremstår opp mot hovedutfordringene som er identifisert i denne gjennomgangen. PwC understreker at dette gjøres basert på den generelle innsikten fra denne gjennomgangen, og ikke spesifikke observasjoner knyttet til disse tiltakene som er under implementering.

Ansvarlig partner er Roger Mortensen og prosjektleder har vært Helge Dønnum. Kjerneteamet har bestått av Magnus Johansen, Erik Sundet, Colin Jayesh Brustad og Pernille Engebretsen. I tillegg har Henrik Toft Sørensen og Jon-Andreas Lunde Solberg bistått. PwC vil rette en takk til alle som har stilt opp i intervjuer og bidratt med informasjon. PwC vil understreke at vurderinger og anbefalinger i rapporten står fullt og helt for PwCs regning. Vi takker Oslo kommune for oppdraget og god samhandling underveis i prosjektet.

Oslo, juni 2023

PricewaterhouseCoopers AS



Roger Mortensen
Partner

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
Bakgrunn og mandat	4
Våre viktigste vurderinger	4
Tiltak under implementering	5
Anbefalinger	5
1. Innledning	6
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Mandat	7
1.3 Avgrensninger, presiseringer og forbehold	7
1.4 Oppbygging av rapport	8
2. Design og gjennomføring	9
2.1 Undersøkellesdesign	9
3. Beskrivelse av helsehusene	16
3.1 Tidslinje	16
3.2 Formål og tilbud	19
3.3 Dagens helsehus - samlet	20
3.4 Nærmere om de fire helsehusene	26
3.5 Helsehusene i Bergen og Trondheim, og sammenligning med Oslo	35
4. Observasjoner og vurderinger	37
4.1 Organisering	37
4.2 Ledelse	43
4.3 Bemanning og kompetanse	49
4.4 Tildelingspraksis og pasientflyt	54
4.5 Kvalitet	63
5. Konklusjon, oppsummering og anbefaling	67
5.1 Konklusjon	67
5.2 Tematisk oppsummering av PwCs vurderinger	67
5.3 Tiltak under implementering	70
5.4 Anbefalinger	71
Disclaimer	73
Vedlegg	74
Vedlegg A: PwCs metodikk for eksterne gjennomganger	74
Vedlegg B: Metode for kvalitative og kvantitative analyser	76
Vedlegg C: Eldre og sykdomstrend	82

Sammendrag

Bakgrunn og mandat

I 2022 fremkom det gjennom media at flere pasienter og deres pårørende hadde negative opplevelser ved helsehusene i Oslo. Størst oppmerksomhet var det rundt hendelsene ved Ullern helsehus. Hendelsene førte til at pasientene opplevde utrygghet, ensomhet, omsorgssvikt, smerte og angst under oppholdet. Pårørende opplevde også uro og usikkerhet knyttet til om deres nærmeste fikk et verdig tilbud ved helsehusene. Dette er hendelser som rammer pasienter som er sårbare midt i et behandlingsløp.

Det overordnede formålet med denne eksterne gjennomgangen av helsehusene i Oslo er å gi Byrådsavdelingen for helse, eldre og innbyggertjenester kunnskap om i hvilken grad tilbudet ved helsehusene fungerer etter intensjonen og samsvarer med samfunnsbehovet. PwC har sett på fem områder: Organisering, ledelse, bemanning og kompetanse, tildelingspraksis og pasientflyt, samt kvalitet. I tillegg er det gjort en sammenligning av helsehusene i Oslo, Bergen og Trondheim.

Våre viktigste vurderinger

PwC vil understreke at ansatte ved helsehusene i Oslo har et stort engasjement for daglig å utøve tjenestene på en best mulig måte innenfor de rammer som er gitt.

PwC sin samlede vurdering er imidlertid at dagens organisering ikke er hensiktsmessig og at rammebetingelsene ikke er tilstrekkelige for å møte pasientenes og samfunnets behov i den daglige tjenesteutøvelsen. Det er avdekket forbedringspotensial knyttet til alle områdene for gjennomgangen.

Organisering

Gjennomgangen viser at Oslo kommune i all hovedsak har samlet både korttidsplasser og rehabiliteringsplasser ved hver avdeling ved alle helsehusene. Dette skiller seg fra Bergen og Trondheim, der hver avdeling primært består av én type plasser. Organisering av helsehusene i Oslo har både styrker og svakheter. På den ene siden gir organiseringen mulighet for en geografisk nærhet, noe som verdsettes høyt av pasienter og pårørende. På den andre siden er det vanskelig for helsehusene å gi god behandling siden pasienter med ulikt behandlingsbehov er samlet på samme avdeling.

Ledelse

Lederstrukturen ved helsehusene er lite kommunisert og forstått. Kvalitetssjefer og administrasjonssjefer har ikke en felles forståelse av deres ansvarsområder, spesielt sett opp mot avdelingsledernes ansvarsområder. Kontrollspennet på avdelingsnivå er vanskelig å håndtere. Sammensetningen av oppgaver stiller andre krav til kompetanse enn det stillingstype avdelingsleder er besatt med i dag.

Bemanning og kompetanse

Gjennomgangen viser at faktisk bemanning i helgene konsekvent er ulik planlagt bemanning ved samtlige helsehus. Bemanningsnormen til Sykehjemsetaten har lav legitimitet blant medarbeidere. Ansatte opplever at helsehusene er organisert og bemannet som langtidshjem, men at de har oppgaver som et sykehus. Avvik mellom faktisk og planlagt bemanning på helsehusene medfører blant annet at

helsehusene har utstrakt bruk av vikarer. Vikarene har ikke nødvendigvis den samme erfaringen med rutiner og rammevilkår for helsehusenes tjeneste.

Tildelingspraksis og pasientflyt

Dagens bestillingssystem for plasser i helsehus gir forutsigbarhet, men det er ikke fleksibelt nok. En konsekvens er at Sykehjemsetaten ikke får riktige signaler om dimensjonering av helsehusene, samtidig som bydelene må kjøpe dyrere plasser ad hoc. Pasientflyten kan periodevis ha flaskehalser. Årsaken er sammensatt og skyldes hvordan hele behandlingsskjeden brukes av aktørene. Det er grunnlag for å stille spørsmål om det er tilstrekkelig tillit til samhandlingen mellom sykehus, helsehus og bydel. Konsekvensen kan være at pasientflyten ikke fungerer hensiktsmessig.

Kvalitet

De fleste pasientene er fornøyd med kvaliteten på behandlingstilbudet. Intervjuene har avdekket at pasientene ønsker at tjenestene forbedres, men de innser at ansatte gjør så godt de kan innenfor de rammebetingelsene de har. Både brukerundersøkelser og intervjuer med pårørende viser at de har større forventninger til behandlingstilbudet og er av den grunn mindre fornøyd. Det er avdekket mangelfull forventningsstyring om hva helsehusenes behandlingstilbud er. Dette skaper frustrasjon blant pasientene, pårørende og aktørene i behandlingsskjeden. Dette fører til at det er vanskelig å skape en omforent forståelse av helsehusenes rolle og ansvar i pasientforløpet.

Tiltak under implementering

Den 19. april 2023 fremmet byrådet i Oslo en sak om omorganisering ved helsehusene for å tilpasse og forbedre tjenestene. Dette skjedde i etterkant av PwC sin kartlegging, men i forkant av ferdigstillingen av denne rapporten.

Overordnet er forslaget til Byrådet å innføre lokal spesialisering ved hvert helsehus med tre hovedtiltak:

1. En spesialisering av tilbudene ved hvert helsehus med plasser for rehabilitering, avklaring og skjerming.
2. Mottaksfunksjonen på det enkelte helsehus styrkes, og det etableres mottaksteam med sykepleie og legekompetanse på hvert helsehus. Bydelene skal delta i mottaksteamet.
3. Helsehusplasser eller langtidsplasser skal ikke lenger brukes til avlastningsopphold.

I tillegg besluttet Bystyret 21. juni 2023 å avsette 175 millioner til et kompetansefond for ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

PwC ser flere positive sider ved tiltakene, men stiller spørsmål om hvorvidt de vil løse utfordringer identifisert i denne gjennomgangen. Det gjelder særlig utfordringer knyttet til en lite forstått ledelsesstruktur, utstrakt vikarbruk med påfølgende problemer, samt utfordringene knyttet til bestillingssystemet og samhandlingen i behandlingsskjeden.

Anbefalinger

Gjennomgangen viser at årsakene til hendelsene ved helsehusene er sammensatt. Samtidig viser gjennomgangen at det ikke kan pekes på noen enkeltfaktorer som har bidratt til hendelsene, men et sett

med flere faktorer som hver for seg og samlet bidrar til at tilbudet ved helsehusene ikke har den kvaliteten som forventes. Det samlede utfordringsbildet peker på noen konkrete anbefalinger:

- Det bør etableres tiltak som tilrettelegger for økt mulighet for kompetansebygging for de ansatte. Dette vil bidra til å skape robuste fagmiljøer og styrke rekrutteringen.
- Dialogen mellom sykehusene, Sykehjemsetaten, helsehusene og bydelene bør styrkes, slik at samhandlingen blir bedre og at det legges til rette for et mer systematisk arbeid om tilpasning til den fremtidige utviklingen, herunder veksten i antall pasienter og deres behandlingsbehov.
- Dagens bestillingssystem påvirker tildelingen av plasser på en uheldig måte. Gjennomgangen viser også at bestillingssystemet kan ha negativ innvirkning på hvordan pasientene opplever tilbudet. Bestillingssystemet bør derfor revideres med sikte på å kompensere for disse negative konsekvensene.
- Kommunikasjonen rundt helsehusenes funksjon og innretning bør styrkes siden gjennomgangen avdekker at det er ulik forståelse av helsehusene rolle i behandlingsskjeden i Oslo. Det bør utvikles og etableres en beste praksis for helsehusene for mottak av pasienter. Dette inkluderer mottakssamtaler og forventningsavklaring med pasienter, men også tydelig kommunikasjon overfor pårørende. Helsehusene har allerede mye kunnskap og erfaring som kan benyttes.

Funnene i denne gjennomgangen viser at utfordringsbildet for helsehusene er sammensatt. Det er behov for at det gjøres flere grep både når det gjelder organisering, ledelse, bemanning og kompetanse, tildelingspraksis, pasientflyt og kvalitetsutvikling. Videre viser gjennomgangen at samhandlingen mellom sykehusene, helsehusene og bydelene bør forbedres. PwC anbefaler derfor å revidere organiseringen og rammebetingelsene til helsehusene for å møte dagens og fremtidige behov.

Siden det er gjensidig avhengighet mellom helsehusene og de øvrige aktørene innenfor helse- og omsorgstjenestene i kommunen, bør en slik revisjon ha et helhetlig perspektiv. Den bør ta for seg alle sider av helsehusene, herunder også hvilken rolle og funksjon helsehusene skal ha som en del av Oslo kommunes samlede behandlingstilbud.

Dette krever en helhetlig og involverende prosess der sykehusene, Sykehjemsetaten, bydelene og helsehusene, samt andre som yter helse- og omsorgstjenester i kommunen deltar. En slik prosess har stor verdi for å sikre en felles forståelse av dagens utfordringer, og mulighetsrommet for å etablere et robust behandlingstilbud for en pasientgruppe som er i et sårbart pasientforløp. En slik tilnærming vil være i tråd med Oslo kommunes prinsipper for tillitsbasert styring og ledelse, der man utnytter kunnskapen på ulikt nivå mellom ulike parter for å komme frem til den beste løsningen.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Helsehusene i Oslo utgjør en sentral del av innbyggernes samlede helsetilbud. Helsehusene, sammen med langtidshjemmene, er blant kommunens viktigste ansvarsområder og er avgjørende for innbyggernes opplevelse av kommunens samlede tjenestetilbud. Av den grunn er også tilbudet ved helsehusene gjenstand for stor oppmerksomhet fra blant annet media, brukerorganisasjoner og politikere.

Gjennom 2022 og vinteren 2023 har det i flere sammenhenger vært fremmet kritikk om tilbudet ved de fire helsehusene i Oslo kommune. Det er blant annet stilt spørsmål ved om helsehusene fyller den rollen i det samlede helsetilbudet som de var tiltenkt, samt om kvaliteten på tjenestene er god nok. Det har vært flere saker i media om alvorlige hendelser ved helsehusene.

1.2 Mandat

Det overordnede formålet med gjennomgangen er å gi Byrådsavdelingen for helse, eldre og innbyggertjenester (HEI) kunnskap om i hvilken grad tilbudet ved helsehusene fungerer etter intensjonen og samsvarer med samfunnsbehovet. Funnene fra gjennomgangen vil danne en del av kunnskapsgrunnlaget for utarbeidelse av eventuelle tiltak i kommunen.

Gjennomgangen skal inkludere kartlegging, analyse og vurdering innenfor følgende fem områder:

- **Organisering**, dvs. aspekter ved helsehusenes interne organisering, deriblant dimensjonering av tilbud og avdelinger.
- **Ledelse**, dvs. helsehusenes ledelsesstrukturer, herunder størrelsen på den enkelte lederens kontrollspenn og fordelingen av ansvarsområder
- **Bemanning og kompetanse**, dvs. hvorvidt den reelle bemanningen og kompetansen ved helsehusene sammenfaller med planlagt bemanning og er tilpasset tjenestene som skal ytes til brukerne. Med kompetanse menes her helsefaglig utdanning og evt. gjennomgått opplæring knyttet til arbeidsoppgavene i helsehuset
- **Tildelingspraksis og pasientflyt**, dvs. samspillet mellom bydelene, helsehusene og sykehusene, herunder en vurdering av pasientflyten mellom sykehus, helsehus og bydeler, og om tilbudet ved helsehusene samsvarer med dagens behov.

Videre gjøres det også en vurdering av kvaliteten ved helsehusene, herunder den tekniske og opplevde **kvaliteten**. Teknisk kvalitet henspiller til kvalitet som kan måles, veies og telles ut fra objektive kriterier. Opplevd kvalitet viser til den kvalitet om den enkelte brukers opplevelse av tjenestene.

I tillegg skal det gjennomføres en egen separat sammenligning av tilsvarende tilbud i Bergen og Trondheim, med fokus på bemanningsfaktor/pleiefaktor og kompetanse.

1.3 Avgrensninger, presiseringer og forbehold

PwCs undersøkelser er begrenset til mandatet beskrevet i kapittel 1.2. Oslo kommune har bedt om en ekstern gjennomgang av helsehusene. PwC forstår mandatet slik at det ikke skal være en formell gransking, men en ekstern gjennomgang av utvalgte problemstillinger. Gransking handler i stor grad om å

identifisere ansvar, mens en ekstern gjennomgang eller evaluering handler om å finne svakheter eller utfordringer med rammebetingelsene og systemet rundt helsehusene i Oslo. Dette innebærer at det ikke legges opp til notoritet og kontradiksjon for informantene, som er et krav ved gjennomføring av gransking.

Enkeltpersoner er ikke sitert i rapporten med navn eller funksjon. Spesifikke avdelinger og enkelte steder helsehus er heller ikke referert til. Dette er fordi PwC vil etterstrebe at informasjon som er gitt i intervjuene ikke skal kunne føres tilbake til den intervjuede. All informasjon som har fremkommet i intervjuene har kun vært delt med evalueringsteamet. Oslo kommune har ikke fått tilgang til informasjonen som er gitt i intervjuene.

PwCs erfaring at metoder og metodikk som benyttes i forbindelse med evalueringer er godt egnet for å sikre robuste observasjoner og dermed vurderinger for gjennomgangens problemstillinger. I PwC har man utviklet et rammeverk for god evalueringspraksis som er benyttet i forbindelse med en rekke eksterne gjennomganger av hendelser, tjenester og prosjekter i offentlig sektor.

PwC fraskriver seg ethvert ansvar for mulige feil eller utelatelser som følge av at de har mottatt uriktige eller ufullstendige opplysninger og dokumentasjon. PwCs vurderinger bygger på informasjon som har fremkommet i intervjuer og i dokumentasjon som ble gjort tilgjengelig for oss.

PwC har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har fremkommet, og innestår derfor ikke for at den er fullstendig, korrekt og presis.

Rapporten er skrevet for oppdragsgiver, som er Byrådsavdelingen for helse, eldre og innbyggertjenester (HEI). PwC kan ikke gjøres ansvarlig overfor en eventuell tredjepart. Enhver handling som gjennomføres på bakgrunn av PwCs rapport foretas på eget ansvar.

1.4 Oppbygging av rapport

I kapittel 2 beskrives design og gjennomføring av prosjektet. Kapittel 3 beskriver utviklingen av helsehusene siden planlegging av etablering i 2015, samt vedtatte tiltak under implementering per juni 2023. I tillegg gis en beskrivelse av dagens helsehus, herunder formål og innretningen av tjenestetilbudet på helsehusene. Det gis også en beskrivelse av dagens pasientsammensetning og fremtidig utvikling. I kapittel 4 beskrives observasjoner og vurderinger for hvert tematiske hovedområde. Kapittel 5 gir en samlet vurdering og anbefalinger og tiltak.

2. Design og gjennomføring

Nedenfor gis en beskrivelse av PwCs teoretiske og metodiske tilnærming for denne eksterne gjennomgangen. Denne metodikken bygger på PwCs erfaringer fra tidligere oppdrag i skjæringspunktet mellom granskingsoppdrag og evalueringer. Gitt oppdragets problemstillinger har PwC derfor vektlagt å kartlegge data, kunnskap og erfaringer gjennom flere metoder som vil sikre at man får et tilstrekkelig datagrunnlag å basere vurderinger og anbefalinger på.

HEI som oppdragsgiver har ikke lagt noen begrensninger på PwCs gjennomgang. PwC har foretatt en selvstendig og uavhengig evaluering av observasjoner og funn. Endelig rapport, slik den fremstår her, har ikke vært tilgjengelig for noen av aktørene før endelig publisering.

2.1 Undersøkellesdesign

Undersøkellesdesignet for denne gjennomgangen tar utgangspunkt i PwCs rammeverk for eksterne gjennomganger, se vedlegg A. Nedenfor redegjøres kort de ulike stegene i dette rammeverket.

Formålet med evalueringen og de problemstillinger som skal evalueres følger av mandatet og er beskrevet i kapittel 1.2. Gjennomgangen belyser problemstillinger knyttet til fem tematiske områder, herunder organisering, ledelse, bemanning, kompetanse, tildelingspraksis og pasientflyt. Med bakgrunn i disse fem områdene gis det en vurdering av kvaliteten i tjenestetilbudet på helsehusene, herunder styrker og svakheter ved de fire helsehusenes tilbud.

For hvert av de fem områdene er det definert evalueringskriterier som bidrar til å svare på gjennomgangens problemstillinger. Evalueringskriteriene utgjør referansepunktet for gjennomgangen og det normative grunnlaget for å vurdere tjenestetilbudet ved helsehusene, herunder i hvilken grad de løser samfunnsoppdraget. De fleste av de utarbeidede evalueringskriteriene er kvalitative kriterier, mens enkelte er kvantitative. Kvantitative kriterier har den fordelen at de ofte er enkle å forstå, mens kvalitative kriterier krever en bredere beskrivelse og tilnærming.

Tabell 2.1: Evalueringskriterier

Organisering	
E1	Fordelingen av korttidsplasser, avlastningsplasser, rehabiliteringsplasser og spesialplasser ved det enkelte helsehus oppleves som hensiktsmessig.
E2	Bygningsmessige planløsninger (f.eks antall og typer rom, beliggenhet og avstander) er tilpasset brukernes (pasienter og ansatte) behov.
E3	Relevant teknologi og medisinsk teknisk utstyr er tatt i bruk, og er tilpasset helsehusenes behov (pasienter og ansatte).
Ledelse	
E4	Ledelsesstrukturen ved helsehusene er hensiktsmessig. Kontrollspennet er håndterbart.
E5	Ledelsen har riktig kompetanse for å utføre sine oppgaver og oppgavene er delegert på en hensiktsmessig måte.
E6	Mestrings- og samarbeidsklimaet ved helsehusene fungerer godt.

Bemanning og kompetanse	
E7	Pleie- og bemanningsfaktor er på nivå med sammenlignbare institusjoner og avdelinger i andre kommuner (Bergen og Trondheim).
E8	Faktisk bemanning og kompetanse er sammenfallende med planlagt nivå.
E9	Faktisk bemanning og kompetanse er sammenfallende med behovet.
Tildelingspraksis og pasientflyt	
E10	Tilbudet på helsehusene er i henhold til bydelens behov.
E11	Korttidsplassene benyttes i tråd med sitt formål.
E12	Pasientflyten mellom sykehus, bydel og helsehus kjennetegnes av effektiv samhandling og tydelig oppgavefordeling.

For å tydeliggjøre hvilke momenter som vurderes under hvert evalueringskriterie, følger en kort omtale av hvert kriterium under.

Organisering

E1: Fordelingen av korttidsplasser, avlastningsplasser, rehabiliteringsplasser og spesialplasser ved det enkelte helsehus oppleves som hensiktsmessig.

En hensiktsmessig fordeling av plassene ved helsehusene er en subjektiv vurdering om fordelingen bidrar til å sikre at helsehusene har tilstrekkelig kapasitet til å tilby helsefaglige tjenester innenfor de ulike områdene bydelene har behov. For å få oversikt over korttidsplasser, avlastningsplasser, rehabiliteringsplasser og spesialplasser ved det enkelte helsehus, har PwC innhentet styringsdata fra Sykehjemsetaten (SYE). Disse presenteres i kapittel 3 som gir en beskrivelse av helsehusene.

For å vurdere dette har PwC innhentet erfaringene til ledelsen og medarbeidere ved helsehusene. Like viktig er bydelenes erfaringer siden det er bydelene som tildeler de fleste plassene på vegne av pasientene. PwC har også innhentet erfaring fra SYE¹ som plasserer enkelte pasienter, og fra utvalgte pasienter og pårørende gjennom intervjuer.

E2: Bygningsmessige planløsninger (f.eks. antall og typer rom, beliggenhet og avstander) er tilpasset brukernes behov.

Helsehusenes bygningsmessige planløsninger kan på flere måter påvirke brukernes opplevelser av helsehusene og de helsefaglige tjenestene. Helsehusene er svært forskjellige, der Solfjellhøgda er det mest moderne, mens Lilleborg har en eldre standard. Planløsningene og avstander vil kunne påvirke ansattes mulighet til å holde oversikt på avdelingen. Her er det interessant å avdekke om enkelte planløsninger fungerer bedre eller dårligere, både for de ansatte og pasientene.

For å vurdere dette evalueringskriteriet, har PwC kartlagt oppfatninger og erfaringer hos ledere og medarbeidere ved helsehusene, tillitsvalgte og representanter fra bydelene. PwC har også kartlagt erfaringene fra utvalgte pasienter og pårørende gjennom intervjuer. Kriteriet har vært tema i intervjuet

¹ For dette kriteriet og de øvrige kriteriene nedenfor er erfaringene fra SYE basert på intervjuer med ledelsen og representanter fra de ansatte ved avdeling for helsehus.

med SYE, og det har blitt gjennomført besøk på hvert enkelte helsehus for å få et inntrykk av hvordan det bygningsmessige virker inn på organisering og drift.

E3: Relevant teknologi og medisinsk teknisk utstyr er tatt i bruk, og er tilpasset helsehusenes behov (pasienter og ansatte)

Velferdsteknologi (eksempelvis teknologi for alarmering og digitale hjelpemidler) og andre hjelpemidler vil kunne avlaste ansatte og gjøre oppholdet på helsehusene tryggere. For å vurdere dette kriteriet har PwC kartlagt hvordan helsehusene tar i bruk teknologi og hvor egnet teknologien er for dagens pasientgrupper, herunder hvor relevant teknologien oppleves og hvor sikker den er i bruk.

Medisinsk teknisk utstyr omfatter apparater og instrumenter til blant annet behandling og oppfølging av pasienter. Medisinsk teknisk utstyr kan også være hjelpemidler for pasientene til å trene og mestre hverdagen.

For å vurdere dette evalueringskriteriet, har PwC kartlagt oppfatninger og erfaringer hos ledere og medarbeidere ved helsehusene, tillitsvalgte og representanter fra bydelene. PwC har også innhentet erfaring fra utvalgte pasienter og pårørende gjennom intervjuer.

Ledelse

E4: Ledelsesstrukturen ved helsehusene er hensiktsmessig. Kontrollspenn og ansvarsområde er håndterbart

Hvert helsehus har overordnet sett samme ledelsesstruktur, og det er definert roller og ansvar for de ulike lederne. For å vurdere dette kriteriet har PwC sett på i hvilken grad denne strukturen er kommunisert og oppfattet for medarbeidere, og om rolle- og ansvarsfordelingen, altså kontrollspennet, for den enkelte lederstillingstype er håndterbart. Kontrollspenn omfatter både lederens personalansvar og omfanget av arbeidsoppgaver som knyttes til lederrollen, herunder oppgaver som er tilknyttet administrasjon og virksomhetsstyring. Det er i tillegg viktig for lederne å ha tilstrekkelig kapasitet for å utøve rollen. Derfor er det viktig å kartlegge balansen mellom administrative oppgaver og lederoppgavene og muligheten for personaloppfølging.

PwC har kartlagt oppfatninger og erfaringer hos ledere og medarbeidere ved helsehusene. I tillegg er representanter fra SYE intervjuet, og det er gjort en gjennomgang av SYEs stillingsbeskrivelser for de ulike lederrollene.

E5: Ledelsen har riktig kompetanse for å utføre sine oppgaver og oppgavene er delegert på en hensiktsmessig måte

God ledelse er en kombinasjon av lederkompetanse og kompetanse innenfor det fagområdet som ledelsen utøves for. For denne gjennomgangen er helsefaglig kompetanse dominerende. For å vurdere dette kriteriet har PwC kartlagt i hvilken grad lederne opplever at de har tilstrekkelig kompetanse, og om det legges til rette for kompetansebygging og nettverk for utveksling av erfaringer. I arbeidet med vurderingene har ulike stillingers kompetansekrav og profil vært viktig.

PwC har kartlagt oppfatninger og erfaringer hos ledere og medarbeidere ved helsehusene. I tillegg er representanter fra SYE intervjuet, og de formelle kompetansekravene for de ulike stillingene innhentet.

E6: Mestrings- og samarbeidsklimaet ved helsehusene fungerer godt

Et godt mestrings- og samarbeidsklima er et viktig utgangspunkt for å kunne levere tjenester på høyt nivå. Samarbeidsklimaet gjelder mellom ansatte uavhengig av faglig bakgrunn og på tvers av helsehusenes avdelinger. Et godt samarbeidsklima vil gjøre det lettere å avlaste hverandre i den daglige driften eller til å utvikle og tilpasse tjenestene pasientenes behov.

PwC har kartlagt kulturen for samarbeid, herunder om potensialet for samarbeid er utnyttet tilstrekkelig. Dette innebærer å studere barrierer og muligheter for samarbeid mellom yrkesgrupper og avdelinger ved helsehusene, basert på medarbeidernes opplevelser.

For å vurdere dette evalueringskriteriet, har PwC kartlagt oppfatninger og erfaringer hos ledere og medarbeidere ved helsehusene, tillitsvalgte og representanter fra bydelene. I tillegg er representanter fra SYE og utvalgte representanter fra pårørende og pasienter intervjuet.

Bemanning og kompetanse

E7: Pleie- og bemanningsfaktor er på nivå med sammenlignbare institusjoner og avdelinger i andre kommuner (Bergen og Trondheim)

Pleie- og bemanningsfaktor er vanskelig å sammenligne på tvers av kommuner, siden helsetjenestene innenfor helsehus er organisert og innrettet forskjellig. Imidlertid gir en sammenligning mellom Bergen, Trondheim og Oslo indikasjoner på prioriteringer og retningsvalg som danner grunnlag for en vurdering.

For å vurdere dette har PwC gjennomført en kvantitativ analyse som belyser likheter og forskjeller. Det er også gjennomført oppfølgende arbeidsmøter med relevante aktører i Bergen og Trondheim for å avdekke og diskutere årsakene til resultatene av analysen.

E8: Faktisk bemanning og kompetanse er sammenfallende med planlagt nivå

Bemanningsplanleggingen ved helsehusene er basert på estimerte behov ut fra erfaringstall og bestillinger fra bydelene. Ut ifra dette kan SYE og helsehusene kartlegge behovene og planlegge bemanningen. Dette gjelder både antall ansatte innenfor en kategori, og hvilke typer kompetansepersoner som må være til stede til enhver tid på de ulike helsehusene og deres avdelinger.

For å vurdere dette kriteriet har PwC gjort en egen kvantitativ analyse av styringsdata som belyser planlagt og faktisk bemanning og kompetansesammensetning. Her har PwC sammenlignet bemanningsplaner med faktisk utførte vakter for perioden 29. august til 30. oktober 2022 for alle helsehusene. Det er også gjennomført intervjuer for å kartlegge oppfatninger og erfaringer hos ledere og medarbeidere ved helsehusene, og representanter fra SYE. Hensikten er å kartlegge årsaker til eventuelle avvik og hvilke konsekvenser dette har som grunnlag for vurderingene.

E9: Faktisk bemanning og kompetanse er sammenfallende med behovet

Bemanningsplanlegging er prinsipielt basert på det behovet som er kjent på planleggingstidspunktet. Eventuelle avvik fra dette bør bety at behovet endres, det være seg behov for kapasitet eller type kompetanse. Avvik mellom planlagt og faktisk bemanning uten at behovet endres betyr enten en

underdekning eller overdekning av kapasitet eller kompetanse. Ideelt sett skal den faktiske bemanningen derfor sammenfalle med behovet.

For å vurdere dette har PwC gjort en kartlegging av opplevelsene til medarbeidere og ledere ved helsehusene, herunder deres opplevelse av bemanning og kompetanse opp mot behovet. I tillegg er representanter fra SYE og utvalgte representanter for pårørende og pasienter intervjuet. Hensikten har vært å kartlegge årsaker til eventuelle avvik fra behovet og hvilke konsekvenser dette gir. Som en del av arbeidet har PwC også nærmet seg hvordan helsehusene kan styrke eventuelle mangler ved dagens arbeid knyttet til bemanning og kompetanse.

Tildelingspraksis og pasientflyt

E10: Tilbudet på helsehusene er i henhold til bydelens behov

Bydelene bestiller plasser på helsehusene to ganger i året for en seks måneders periode fram i tid. Bestillingene er bindene og kalles en bloc-bestillinger, og gjelder for korttids- og rehabiliteringsplasser. Bydelene kan også bestille plasser utenfor denne ordningen. Disse plassene er dyrere, og det gjelder ordinære korttidsplasser og spesialplasser. Bydelene kjøper plassene som ikke bestilles en bloc, gjennom en egen formidlingsenhet i SYE. Sentralt i kartleggingen har vært å avdekke hvordan kommunens finansieringsmodell og bestillingssystem for langtids- og korttidsopphold påvirker bydelenes bestilling av plasser og bruken av dem.

For å vurdere dette kriteriet har PwC gjennomført intervjuer for å kartlegge oppfatninger og erfaringer hos bydelene, ledere og medarbeidere ved helsehusene, i tillegg til representanter fra SYE. Hensikten har vært å kartlegge årsaker til eventuelle avvik og hvilke konsekvenser modellen for å bestille pasientplasser har for helsehusene, bydelene og pasientene.

E11: Korttidsplassene benyttes i tråd med sitt formål

Et korttidsopphold på helsehus er tidsbegrenset, og kan vare fra én dag til inntil 12 uker. Tilbudet kan også være rullerende, det vil si at pasientene vekselvis bor hjemme og på helsehus. Målet med korttidsoppholdet er å kartlegge helsetilstand, hjelpebehov, samt gi behandling og opptrening, slik at pasienten kan komme tilbake til sitt eget hjem. Oppholdet planlegges med utgangspunkt i pasientens helsetilstand, ressurser og behov. Bydelene fattar vedtak om opphold, og pasientens hjelpebehov og målsettingen for oppholdet avklares i samarbeid mellom bydel, helsehus og pasient. Et sentralt spørsmål er om disse plassene benyttes slik som de er tiltenkt, samt årsakene og hvilke konsekvenser dette har for helsehusenes muligheter til å gi behandling og for pasientenes behandlingsbehov.

For å vurdere dette har PwC gjennomført intervjuer for å kartlegge oppfatninger og erfaringer hos bydelene, ledere og medarbeidere ved helsehusene. I tillegg er representanter fra ledelsen i SYE og avdeling for helsehus i SYE intervjuet samt representanter fra Kommunal akutt døgnenhet (KAD). PwC har også innhentet erfaringer og oppfatninger fra utvalgte representanter for pårørende og pasienter.

E12: Pasientflyten mellom sykehus, bydel og helsehus kjennetegnes av effektiv samhandling og tydelig oppgavefordeling

Pasientflyten mellom sykehus, bydel og helsehus utgjør en triangel hvor det er stor grad av gjensidig avhengighet mellom partene. Kartleggingen omfatter en gjennomgang av kriterier for tildeling av plasser,

herunder dialogen mellom sykehusene og bydelene ved utskrivning av pasienter og mellom bydelene og helsehusene ved tildeling og bestilling av plasser. Et sentralt spørsmål er om roller og ansvar mellom partene er klart definert og likt forstått, og i hvilken grad disse etterleves for å sikre at pasientene opplever at de blir ivaretatt. I tillegg har PwC kartlagt i hvilken grad bydelene opplever å ha tilstrekkelig grunnlag for å kunne gjennomføre gode prioriteringer. En viktig årsak har vært å kartlegge årsaker til eventuelle avvik og hvilke konsekvenser avvikene har for bydelene og pasientene.

For å vurdere dette har PwC gjennomført intervjuer for å kartlegge oppfatninger og erfaringer hos bydelene, ledere og medarbeidere ved helsehusene. I tillegg er representanter fra SYE og sykehusene intervjuet samt representanter fra Kommunal akutt døgnetenhet (KAD). PwC har også kartlagt erfaringer og oppfatninger fra representanter for pårørende og pasienter.

Kvalitet

I denne gjennomgangen gjøres det en vurdering av kvaliteten ved helsehusene, herunder den tekniske og opplevde kvaliteten. Teknisk kvalitet henspiller til kvalitet som kan måles, veies og telles ut fra objektive kriterier. Opplevd kvalitet viser til den kvalitet om den enkelte brukers opplevelse av tjenestene.

Analysebevis og metode

Evalueringskriteriene har vært førende for valg av metode. PwC har valgt datainnsamlingsmetoder som er ansett å kunne gi de mest dekkende svar på kriteriene. I gjennomgangen har PwC benyttet en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder.

Kvalitativ analyse

Datagrunnlaget for den kvalitative analysen bygger på en dokumentstudie av styrende dokumenter og tidligere rapporter fra kommunerevisjonen og bestillinger fra kommunen. Datagrunnlaget bygger videre på intervjuer med representanter fra interessenter og aktører som er berørt av den eksterne gjennomgangen. Til sammen er det gjennomført i underkant av 40 intervjuer med til sammen 140 deltakere (se vedlegg B).

Kvantitativ analyse

Datagrunnlaget for den kvantitative analysen bygger på styringsinformasjon innhentet for denne eksterne gjennomgangen. For sammenligningen mellom Oslo, Trondheim og Bergen kommune har innhentet data fra kommunene om pleie- og bemanningsfaktor, kompetansesammensetning og oppholdstid. Dataene er rapportert i mars 2023. Dataene inkluderer ikke den ytterligere styrkingen av årsverk i Oslo som kom i vår. For å belyse utvalgte temaer har PwC innhentet informasjon om den enkelte ansatte, dvs stillingsstørrelse, ansettelsessted, utdanning og rolle, samt resultater fra 10-faktorundersøkelsene på helsehusene.

10-faktorundersøkelsen er et anerkjent digitalt utviklingsverktøy som brukes av både kommunale og private virksomheter. De ti faktorene er viktige innsatsfaktorer for å oppnå organisasjonens mål og kvalitet på tjenestene². Svarskalaen er femdelt, fra «svært uenig» til «svært enig» (1-5). I tabell 2.2 er de ulike faktorene i undersøkelsen beskrevet nærmere.

² For mer informasjon, se <https://10faktor.no/>

Tabell 2.2: Faktorer i 10-faktorundersøkelsen

Faktor	Forklaring
Indre motivasjon	Motivasjonen for oppgavene i seg selv, det vil si om oppgavene oppleves som en drivkraft og som spennende og stimulerende.
Mestringstro	Mestringstroen gjenspeiler hver enkelt medarbeiders tiltro til egen kompetanse og mulighet til å mestre utfordringer i jobbsammenheng.
Autonomi	Medarbeidernes opplevelse av å ha mulighet til å jobbe selvstendig og gjøre egne vurderinger i jobben sin, basert på egen kompetanse, og innen en definert jobbrolle.
Kompetansemobilisering	Medarbeidernes opplevelse av å få brukt egen jobbrelevante kompetanse på en god måte i sin nåværende jobb.
Mestringsorientert ledelse	Ledelse som vektlegger at den enkelte medarbeider skal få utvikle seg og bli best mulig ut fra sine egne forutsetninger, slik at medarbeideren opplever mestring og yter sitt beste.
Rolleklarhet	Høy rolleklarhet innebærer at forventningene til den jobben medarbeideren skal gjøre er tydelig definert og kommunisert. Medarbeideren vet hvilke oppgaver han eller hun har ansvaret for og hva som forventes for å gjøre en god jobb.
Relevant kompetanseutvikling	Relevant kompetanseutvikling er avgjørende for at medarbeiderne til enhver tid er best mulig rustet til å utføre sine oppgaver med høy kvalitet.
Fleksibilitetsvilje	Medarbeiderens villighet til å være fleksibel på jobb og tilpasse sin måte å jobbe på til nye behov og krav.
Mestringsklima	I et mestringsklima motiveres medarbeiderne av å lære, utvikle seg og gjøre hverandre gode, fremfor å rivalisere om å bli best.
Prososial motivasjon	Motivasjon for å gjøre noe nyttig og verdifullt for andre, også kalt nytteorientert motivasjon, er en viktig drivkraft for mange og har en rekke godt dokumenterte, positive effekter.

For å belyse planlagt og utført turnus er det i tillegg innhentet informasjon om alle turnuser i helsehusene, samt data som viser antall vakter som er gått som planlagt, eller dekket inn gjennom vikarinneleie for perioden september-oktober 2022. Ved å sammenstille disse dataene har PwC fått oversikt over forskjellen mellom planlagt og faktisk bemannings ved helsehusene. Denne perioden er valgt fordi den strekker seg over noe tid, uten at bemanningsnivået blir påvirket av helligdager eller andre andre forhold som skulle påvirke generelt bemanningsnivå eller bruk av vikarer³. Videre har PwC innhentet informasjon om sykefravær og turnover på helsehusene.

For å beskrive innretningen av de enkelte helsehusene er det innhentet informasjon om antall plasser per avdeling, etter type plass, og antall langtidsplasser i Oslo kommune samlet, fordelt på lang- og korttidsplass. For å beskrive kvaliteten i tjenestene har PwC innhentet informasjon fra avviksmeldinger og brukerundersøkelser.

³ Ekstrabevilgninger for ivaretagelse av ressurskrevende brukere er ikke inkludert i den kartlagte bemanningen.

3. Beskrivelse av helsehusene

3.1 Tidslinje

2012-2015 Planlegging av helsehus

Bakgrunnen for etableringen av helsehusene var at byrådet så behov for å utvikle mer differensierte rehabiliterings- og mestringstilbud tilpasset ulike målgrupper som er innom langtidshjem for kortere perioder. I Kommunerevisjonens rapport fra 2018 om helsehusene⁴ står det nærmere om bakgrunnen for etableringen av helsehusene:

Byrådet ville med helsehusene styrke kvaliteten og innsatsen i døgnbasert rehabilitering samt øke kunnskap og kompetanse. I tillegg skulle de bidra til at innbyggerne ikke opplever unødvendige flyttinger i systemet. Det var forventet at en mer intens rehabilitering over et kortere tidsrom ville gi bedre resultater og raskere hjemkomst etter opphold i sykehus eller helsehus og mindre eller utsatt behov for hjemmetjenester. Rehabiliteringen skal bidra til at pasienten oppnår best mulig funksjons- og mestringsevne og selvstendighet.

Opprettelsen av helsehus var også en del av kommunens svar på Samhandlingsreformens krav om kortere liggetid på sykehusene. Intensjonen var blant annet at helsehusets pasientrettede arbeid skulle ha samme målsetting som det pasientrettede arbeidet i bydelene – at det var best for den eldre å bo hjemme, og at det dermed måtte satses på hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering.

Arbeidet med å etablere helsehus startet i 2012 med oppstart i 2015. I verbalvedtak H36/2012 beskriver bystyret følgende:

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

2015-2023 Etablering og drift av helsehus

Helsehus i Oslo ble opprettet i 2015, da Sykehjemsetaten samlet alle korttidsavdelinger i fire helsehus. De fire helsehusene var Solvang i nord, Tåsen i vest, Lilleborg i sentrum og Ryen i sør. Helsehusene skulle dekke behovet i ulike områder av byen. Tåsen helsehus er i dag Ullern helsehus, og Ryen helsehus er i dag Solfjellshøgda helsehus. Ullern helsehus var privat drevet fram til en rekommunalisering i desember 2019. De andre helsehusene har vært drevet av kommunen siden de ble etablert.

En viktig endring som har hatt innvirkning på bruk av helsehusene er bystyrets vedtak om å styrke kapasiteten og kompetansen til bydelene for de hjemmebaserte tjenestene. Tiltaket har medført at bydelene i dag har 500 årsverk mer enn da helsehusene ble etablert i 2015.

⁴ Oslo kommune. Kommunerevisjonen. Rapport 15/2018. [Rehabilitering i helsehus](#).

I 2016 anbefalte sosial- og eldreombudet i Oslo en evaluering av hvordan helsehusene fungerte, ettersom det ikke var etablert en ordning med kvalitetsrevisjoner i helsehusene. Sosial- og eldreombudet hadde mottatt henvendelser om språkkompetansen til ansatte, dårlig tilrettelegging for sosial omgang, samt lite oppholdsrom og plass til besøk.⁵ Et tilskudd på 10 millioner kroner ble bevilget for drift av helsehusene.

I 2017 ble det utviklet en ny organisasjonsmodell for helsehus for å heve fag og kvalitet. En modell for samarbeid med bydelene ble beskrevet, hvor Sykehjemsetaten stilte med en basispakke bestående av leger, sykepleiere og annet helsepersonell. Flere av bydelene uttrykte i høringsuttalelser at man burde utforske om helsehusene kunne være en del av bydelenes organisering.⁶

Den nye organisasjonsmodellen ble innført for helsehus i 2018, der det ble tilsatt kvalitetssjefer, administrasjonssjefer og fagsykepleiere ved helsehusene. Byrådet argumenterte for at dette resulterte i systematisk arbeid med kompetanse, rutiner og prosedyrer. Sykehjemsetaten oppga at det medførte at faglig ledelse og personalledelse var adskilt, og at den faglige ledelsen skulle være ivaretatt av kvalitetssjefen.⁷ Det var lik pris på rehabiliteringsplasser og korttidsplasser.

Kommunerevisjonen undersøkte i 2018 om rehabiliteringstilbudet i helsehusene fungerte etter hensikten. Funn som ble presentert inkluderte at det ikke var tilstrekkelig kapasitet på rehabiliteringsplasser, samt at det ikke var gjennomført systematiske tiltak for å heve tverrfaglig rehabiliteringskompetanse. Ved Ryen (nå Solfjellshøgda) helsehus var det ikke tilstrekkelig hjelpemidler og bemanning, mangelfull journalføring og et behov for samarbeid med bydelene for utskrivelser. Kommunerevisjonen anbefalte at Sykehjemsetaten vurderer tiltak for å sikre tilstrekkelig og kompetent bemanning, samt vurderer behov for tiltak om samhandling med bydelene. Kommunerevisjonen anbefalte i tillegg at Ryen (nå Solfjellshøgda) helsehus iverksetter tiltak for å sikre tilstrekkelig hjelpemidler til rehabilitering av pasienter og tilfredsstillende dokumentasjon i pasientjournaler.⁸ Byrådsavdelingen og sykehjemsetaten varslet og gjennomførte tiltak i henhold til de fleste anbefalingene.

I 2018/2019 gjennomførte Helseetaten en kvalitetsrevisjon på Lilleborg, Solvang og Ullern helsehus. Gjennomgangen viste avvik ved samtlige helsehus på sikring av at pasientoverganger er i tråd med gjeldende krav, herunder gjennomføring av oppstartssamtale, legevurdering, tilgjengelige legemidler, informasjonsutveksling og dokumentasjon. Det ble avdekket merknader knyttet til styring og arbeid for Solvang og Lilleborg helsehus. I etterkant (februar 2023) har Sykehjemsetaten iverksatt flere tiltak for å sikre gode pasientoverganger, inkludert oppstartssamtale innen tre virkedager, prosedyre for vurdering av lege så raskt som mulig etter innkomst og tilstrekkelig dokumentasjon i journaler blant ved at E-rom skulle innføres.⁹

I 2019 ble halvparten av korttidsplassene omgjort til rehabiliteringsplasser ved helsehusene, en endring som resulterte i 60 flere rehabiliteringsplasser. Sykehjemsetaten opprettet også flere sesongbaserte korttidsplasser i vinterhalvåret 2020. Helsehusene fikk tilgang på farmasøyt.¹⁰

⁵ Oslo kommune. Kommunerevisjonen. Rapport 6/2023, side 12. [Helsehus i Oslo - bemanning og kompetanse](#).

⁶ Høring - *Plan for trygg og mangfoldig eldreomsorg*. 2017.

⁷ Oslo kommune. Byrådssak 109/21 om tilbud ved helsehusene. Kommunerevisjonen. Rapport 6/2023, side 16. [Helsehus i Oslo - bemanning og kompetanse](#).

⁸ Oslo kommune. Kommunerevisjonen. Rapport 15/2018. [Rehabilitering i helsehus](#).

⁹ Helseetatens kvalitetsrevisjon 2018/2019 - Fra Oslo kommune. Kommunerevisjonen. Rapport 6/2023, side 15. [Helsehus i Oslo - bemanning og kompetanse](#).

¹⁰ Byrådssak 109/21 om tilbud ved helsehusene - Fra Oslo kommune. Kommunerevisjonen. Rapport 6/2023, side 16. [Helsehus i Oslo - bemanning og kompetanse](#).

I en rapport som ble levert av Sykehjemsetaten i juni 2020 viser de blant annet til mulige fordeler ved å slå sammen rehabiliteringstilbudene i Oslo. Rapporten var en del av forarbeidet til byrådssaken om tilbud i helsehus. I 2020 ble det videre opprettet en kommunal Covid-19 enhet ved Solvang helsehus, budsjetttrammen ble styrket med 12 millioner kroner til økt andel rehabiliteringsplasser, samt at det ble gitt et tilskudd på 6 millioner kroner for en økning av leger, med 4 årsverk fordelt på helsehusene. Det var også en nedgang i bestilte og benyttede plasser fra 2013 til 2020. Dette kan ha hatt en sammenheng med styrking av bydelenes hjemmetjeneste og økt fokus på mestring og rehabilitering.

I 2021 fremmet byrådet en egen sak om tilbudet ved helsehusene (byrådssak 109/21). Det ble vurdert at rehabilitering i helsehus i større grad må sees i sammenheng med andre rehabiliteringstilbud i kommunen. Byrådet besluttet at det skulle utarbeides en handlingsplan for rehabilitering for voksne med somatiske helseutfordringer. Byrådet beskrev også at mange pasienter som ble behandlet på helsehus, hadde behov for mer omfattende medisinsk og helsefaglig oppfølging og krevde ressurser langt ut over den bemanningsfaktoren som lå til grunn for en ordinær helsehusplass¹¹. Ved behandling av saken ba bystyret om at byrådet skulle sikre et mer skjermet avlastningstilbud for demente, herunder vurdere om slike plasser burde legges til egne korttidsavdelinger i langtidshjem. "Helhetlig rehabilitering til voksne og eldre i Oslo - Temaplan 2023-2033" ble vedtatt i bystyret 19. april 2023. Vedtaket inkluderte også at det ble lagt til grunn en Oslostandard for pårørendesamarbeid, en økt budsjetttramme på 20 millioner kroner til kostnadskrevende brukere, samt 7,5 millioner til en pilot for oppgavedeling på Solfjellshøgda.

I 2022 ble flere negative opplevelser fra pasienter og pårørende ved Ullern helsehus omtalt i media. Som følge av dette økte byrådet for helse, eldre og innbyggertjenester budsjettet for Ullern helsehus i første halvår av 2023. Dette inkluderte økt bemanning på kveldsvakt (3 millioner kroner), kompetansehevende tiltak herunder om kommunikasjon og håndtering av vold og trusler (300 000 kroner) og matverter for å frigjøre tid for øvrig personell til helsefaglige oppgaver (500 000 kroner).¹²

Tiltak under implementering

I byrådssak 60/23, lagt frem 19. april 2023, fremmet Byrådet i Oslo sak om omorganisering ved helsehusene i Oslo for å tilpasse og forbedre tjenestene til de som trenger opphold ved helsehus.¹³

I denne saken la Byrådet frem at det viktigste tiltaket, for å forbedre tjenestetilbudet på kort sikt, er å tilrettelegge for at pasienter med mer like helse- og omsorgsmessige behov skal få opphold på samme avdeling. Byrådet begrunner at denne endringen vil bidra til at den enkelte pasient møtes av kompetent helsepersonell som kan ivareta pasientens helse- og omsorgsbehov på en god måte. Byrådet har derfor valgt å innføre spesialisering på hvert helsehus. Denne saken handler i stort om tre hovedtiltak.

Ved hvert helsehus skal det etableres særskilte enheter med plasser for henholdsvis rehabilitering, avklaring og skjerming. For å sikre at den enkelte pasient får plass på riktig avdeling, skal mottaksfunksjonen ved hvert helsehus styrkes i nært samarbeid med bydelene og flere velferdsteknologiske løsninger skal implementeres.

¹¹ Oslo kommune. Byrådssak 109/21 om tilbud ved helsehusene.

¹² Oslo kommune. Kommunerevisjonen. Rapport 6/2023, side 28. [Helsehus i Oslo - bemanning og kompetanse](#).

¹³ Byrådssak 60/23 om omorganisering av helsehus.

Hvis aktuelt helsehus ikke har ledig den type plass som pasienten har behov for, skal mottaksteamet ha oversikt over ledige plasser ved de andre helsehusene, og pasienten får tildelt slik plass ved et annet helsehus. Antall plasser i helsehus skal videreføres.

Videre skal helsehusplasser eller langtidsplasser ikke lenger benyttes til avlastningsopphold. Avlastningsplassene ved Solvang helsehus videreføres, men ikke som en del av helsehusets korttidsplasser. Tilsvarende avlastningsavdeling etableres ved Madserud langtids hjem. For yngre personer med demenssykdom vil avlastningsopphold kunne gis når dette tilbudet flyttes til Furuset hagelandsby. Bydelene må fortsatt forhåndskjøpe plasser på helsehus og avlastningsplasser, noe som er et resultat av en prosess hvor bydelene også var sterkt involvert.

Bystyret besluttet 21. juni å avsette 175 millioner til et kompetansefond for ansatte i helse- og omsorgstjenestene. De ulike kompetansehevende tiltakene vil være formelle utdanninger for sykepleiere og helsefagarbeidere som kommunen har behov for, etter- og videreutdanning for ulike grupper helsepersonell, veier til fagbrev for ufaglærte samt andre relevante kurs. Byrådet vil lage en modell for kompetanseheving i helse- og omsorgssektoren, og dette skal drøftes med blant annet fagforeningene, ansatte og utdanningsstedene. Byrådet ønsker at etater og bydeler melder inn sine behov slik at fondet benyttes på en best mulig måte. Midlene må ikke låses fra start, involvering og dialog med aktuelle parter er nødvendig for at fondet skal benyttes til beste for innbyggere og ansatte. Det er ikke lagt til grunn at det settes av midler per virksomhet. Det er foreløpig lagt få konkrete planer for hvordan fondet skal forvaltes. Dette skal bystyret jobbe videre med høsten 2023.

3.2 Formål og tilbud

Et viktig formål med helsehusene er å bidra til at pasienter skal kunne bo lengst mulig i egne hjem.¹⁴ Kommunerevisjonen skriver i sin rapport at formålet med opphold i helsehus er blant annet å utsette eller minske behov for helse- og omsorgstjenester og å redusere omfanget av sykehusinnleggelser.¹⁵

Helsehusenes hovedoppgave er å ta imot pasienter fra sykehus og Kommunal Akutt Døgnetenhet (KAD) for å videreføre oppstartet behandling, rehabilitere, kartlegge funksjonsnivå med hjelpebehov og for mange avklare fremtidig omsorgsnivå. Behovet skal møtes ved å tilby korttidsplasser og rehabiliteringsplasser. Det er SYE som har ansvaret for å drifte de fire helsehusene i Oslo kommune. Det er bydelen som er ansvarlig for pasientene, både i henhold til lov og budsjettmessige forhold. Bydelene fatter vedtak om opphold og varigheten av opphold fordi dette ses i sammenheng med bydelens tjenestetilbud for øvrig. Opphold i helsehus er tidsbegrenset med varighet fra én dag til inntil tolv uker.¹⁶

Tilbudet på korttids- og rehabiliteringsplasser inkluderer medisinsk utredning, oppfølging og behandling, tverrfaglig kartlegging og utredning av funksjonsnivå og behov samt vurdering av omsorgsbehov. Ved korttidsplassene er det også et tilbud om trening i daglige aktiviteter (ADL), henvisning og samarbeid med andre instanser samt pleie og omsorg ved livets slutt. Ved rehabiliteringsplassene er det tilbud om individuell tilpasset trening med fysioterapeut og/eller ergoterapeut samt plan med målsetting og konkrete tiltak med involvering av flere faggrupper.

¹⁴ Oslo kommune. [Lilleborg helsehus](#).

¹⁵ Oslo kommune. Kommunerevisjonen. Rapport 6/2023, side 9. [Helsehus i Oslo - bemanning og kompetanse](#).

¹⁶ Byrådssak 109/21 om tilbud ved helsehusene.

Flere av helsehusene tilbyr også spesialplasser. Avlastningsopphold har som formål å gi avlastning for pårørende i deres omsorgsoppgaver. Lindrende plasser er et tilbud til alvorlig syke pasienter med behov for lindrende behandling. Trygghetsplassene er et lavterskeltilbud for eldre som har kommet i en vanskelig hjemmesituasjon, og som i en kortere periode har behov for hjelp og omsorg i trygge omgivelser. Ved disse plassene kan pasientene selv be om opphold uten henvisning fra bydelen. I tillegg har Solfjellshøgda helsehus noen tilpassede plasser for personer med demens, og Ullern helsehus har noen tilpassede plasser for personer med psykiske lidelser.¹⁷

3.3 Dagens helsehus - samlet

Helsehusene er en del av den samlede porteføljen for heldøgns omsorgsplasser i Oslo kommune. Med heldøgns omsorgsplasser menes helse- og omsorgsplasser med tilknyttet bemanning hele døgnet. I Oslo kommune omfatter dette primært langtidsplasser, helsehusplasser og Omsorg+.¹⁸ Totalt utgjorde helsehusplassene ca. 10 prosent av heldøgnsomsorgsplassene i Oslo kommune i 2022. Dette tilsvarte en dekningsgrad på like i underkant av 2 prosent, målt i antall plasser per innbygger over 80 år. Oslo kommune har i tillegg om lag 60 korttids langtidsplasser utenom helsehustilbudene. Dette er primært tidsavgrensede avlastningsplasser, og flere av disse ligger i tilknytning til helsehusene.

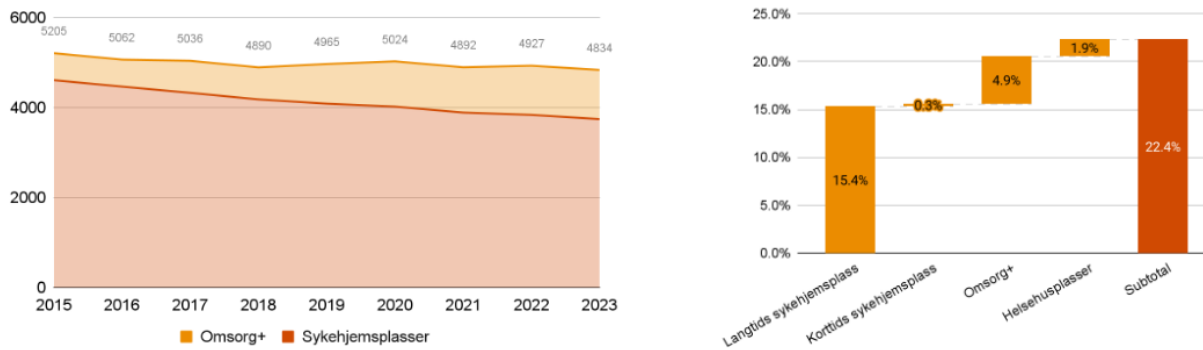
Totalt har antall heldøgnsomsorgsplasser i Oslo kommune gått ned de siste ti årene, fra 5200 plasser i 2015, til 4800 plasser i 2023. Det er særlig en reduksjon i antall langtidshjemplasser på om lag 850 plasser som har ført til denne nedgangen. En økning i antall plasser i Omsorg+¹⁸ har kompensert noe for reduksjonen i langtidsplasser, samtidig som hjemmetjenesten har blitt styrket med 500 årsverk. Antall eldre over 80 år har ligget ganske stabilt i Oslo kommune de siste årene, så en reduksjon i antall heldøgns omsorgsplasser har gitt en tilsvarende reduksjon i dekningsgrad.

Færre langtidshjemplasser vil også kunne påvirke bruken av helsehusene, da enkelte brukere som tidligere ville fått et annet tilbud i kommunen, i dag vil få tilbud om helsehusplass. Som en del av denne gjennomgangen er helsehusene i Oslo sammenlignet med tilsvarende plasser i Bergen og Trondheim. Både Bergen og Trondheim kommune har en høyere dekningsgrad av langtidsplasser, på henholdsvis 24 prosent i Bergen og 26 prosent i Trondheim.

Figur 3.1 gir oversikt.

¹⁷ Byrådssak 109/21 om tilbud ved helsehusene - Fra Oslo kommune. Kommunerevisjonen. Rapport 6/2023, side 20. [Helsehus i Oslo - bemanning og kompetanse](#).

¹⁸ Omsorg+ er boliger for de over 67 år som stort sett klarer seg selv, men kan føle at det er utrygt, upraktisk eller ensomt å bo i eget hjem. Tilbudet inkluderer blant annet tilpassede leiligheter, bemanning hele døgnet, forskjellige aktivitetstilbud og mulighet for måltidshjelp. Oslo kommune 2023, hentet fra <https://www.oslo.kommune.no/bolig-og-sosiale-tjenester/bolig/omsorg/#gref>



Figur 3.1: Utvikling og fordeling av heldøgns plasser i Oslo

Lokasjon

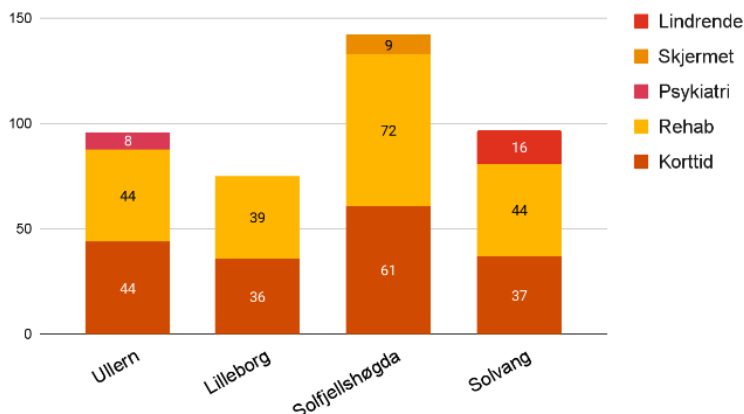
Helsehusene har en spredt beliggenhet i Oslo kommune. Ullern helsehus er i vest, Lilleborg helsehus i nord, Solvang helsehus i øst, og Solfjellshøgda helsehus i sørøst. Kartet under viser lokasjonen til de fire helsehusene. Figur 3.2 gir oversikt



Figur 3.2: Geografisk lokalisering av de fire Helsehusene i Oslo

Antall plasser

Oslo kommune har fire helsehus med totalt 410 plasser. Figur 3.3 gir en oversikt



Figur 3.3: Antall plasser per helsehus

Helsehusene består primært av korttids- og rehabiliteringsplasser. I tillegg er det noen skjermede plasser ved Solfjellshøgda, og noen plasser for psykiatri ved Ullern. Ved Solvang helsehus er det også trygghetsplasser og plasser for dagrehabilitering, men disse er holdt utenfor undersøkelsen, da innretningen på disse plassene er vesentlig forskjellig fra de øvrige helsehusplassene. Selv om dimensjoneringen av antall plasser varierer mellom helsehusene, er typen plasser relativt lik. Dette lar helsehusene dekke ulike geografiske områder, og gir mulighet til å justere innretningen av plassene ettersom behovet for henholdsvis korttids- og rehabiliteringsopphold varierer gjennom året.

Pasientgrupper

Dagens situasjon

Som det vises til i Byrådssak 60/23¹⁹, er det færre eldre som flytter til langtidshjem enn tidligere. Dette skyldes i stor grad at flere bor hjemme lenger. Siden 2018 har antall hjemmetjenestemottakere i Oslo kommune økt med seks prosent, tilsvarende 1000 nye brukere. Dette er basert på tall fra Statistisk sentralbyrå, og omfatter også beboere i Omsorg+. Sykdomsbildet viser at pasientgrupper har blitt sykere enn tidligere, og at flere har hatt innleggelser på helsehus, kommunalt akutt døgnopphold (KAD) og sykehus i forkant av ankomst på langtidshjem.

Blant pasientene som ankommer helsehus, har flere et mer krevende og sammensatt sykdomsbilde enn da helsehusene ble opprettet. Dette inkluderer for eksempel større andel av pasienter med alvorlig demenssykdom. Denne utviklingen gjelder både pasientene som kommer fra eget hjem og sykehus.

¹⁹ Byrådssak 60/23, se

https://einnsyn-fillager-api.api.oslo.kommune.no/fil?virksomhet=976819837&filnavn=3191a7108aee4ebb9a6640944366af98_b33ceea25c48dd62df8de8deb6c44343.pdf

I tabell 3.1 vises antall beboere i helsehus etter bistandsbehov i perioden 2019-2022, som vist i Byrådssak 60/23.

Tabell 3.1: Utvikling i gjennomsnittlig antall pasienter per måned, og andel pasienter etter omsorgsbehov ved helsehusene

Antall pasienter ved helsehus	2019	2020	2021	2022
Bistandsbehov i alt	502	452	811	888
Avgrenset bistandsbehov	96	72	123	132
Middels til stort bistandsbehov	205	177	309	339
Omfattende bistandsbehov	168	170	315	327
Uoppgitt bistandsbehov	33	34	64	89
Andel pasienter etter bistandsbehov	2019	2020	2021	2022
Avgrenset bistandsbehov	19%	16%	15%	15%
Middels til stort bistandsbehov	41%	39%	38%	38%
Omfattende bistandsbehov	34%	38%	39%	37%
Uoppgitt bistandsbehov	7%	7%	8%	10%

Kilde: Byrådssak 60/23, Liv, kommunens ledelses- og informasjonssystem

Tabellen viser ikke utviklingen helt tilbake til helsehusenes opprettelse i 2015. Likevel viser tabellen at det totale antallet pasienter ved helsehusene også har gått opp i løpet av fireårsperioden, samtidig som andelen innenfor de ulike behovsgruppene har holdt seg relativt stabil. Selv om den prosentvise andelen av pasienter med middels til stort og omfattende bistandsbehov har utviklet seg relativt stabilt, viser tallene at det totale antallet har gått betydelig opp i løpet av fireårsperioden. Sammenlignet med tallene for 2019, har andelen pasienter med middels eller stort bistandsbehov i 2022 økt med 65 prosent. Antall pasienter med omfattende bistandsbehov har økt med 95 prosent sammenlignet med 2019.

En mulig forklaring på denne økningen er at pasientene har kortere opphold i 2022 sammenlignet med 2019, siden kapasiteten ikke er økt vesentlig. Dette har vært mulig siden hjemmebaserte tjenester er styrket med 500 årsverk. Bydelene opplever at deres kapasitet og kompetanse har økt vesentlig som følge av dette, dermed er de også relativt trygge på utviklingen i antall pasienter.

Fremtidig utvikling

Det er også mulig å estimere den fremtidige utviklingen av pasientantall og behov (se vedlegg C). Basert på den demografiske utviklingen vet man med sikkerhet at antallet eldre vil øke betydelig i årene som kommer. Imidlertid tilsier ikke denne økningen i levealder en 1-1-økning i sykdomsfrie leveår.²⁰ Den globale økningen i forventet levealder mellom 2000 og 2015, viser at levealderen økte med 5 år, mens

²⁰ Med utgangspunkt i data vet man at 10-20 % av livet leves med kronisk sykdom.

kun 4,6 år av disse var uten kronisk sykdom. Det vil si at gjennomsnittlig 16–20 % av livets siste fase tilbringes med sykdom.

En konsekvens av denne utviklingen i levealder er altså at det blir flere eldre med kroniske sykdommer, også kalt multimorbiditet. Pasienter med multimorbiditet behandles med mange medisiner (kalt polyfarmasi) og har dermed risiko for alvorlige bivirkninger. Høyere voksen alder er derfor den viktigste risikofaktoren for alvorlig kronisk sykdom, inkludert kreft og kardiovaskulær og nevrodegenerativ sykdom, som for eksempel demens.

De viktigste risikofaktorene for kroniske sykdommer er alder, lav sosial status, helseskadelig alkoholforbruk, dårlig kosthold, mangel på fysisk aktivitet og røyking. Nyere forskning har også vist at sosial isolasjon og ensomhet er sterke risikofaktorer for sykdom. I dag skrives mange pasienter ut fra sykehus og helsehus til sine hjem, hvor det kan være økt risiko for sosial isolasjon. Dermed tilsier også utviklingen at det vil bli flere sykehusinnleggelser og reinnleggelser.

Ved hjelp av matematiske formler, er det mulig å beregne det fremtidige behov. En av de viktigste matematiske ligningene i helseplanlegging er:

$$\text{Prevalens (Antall personer i helsehusene)} = \text{antall nye pasienter} \times \text{varigheten av opphold}$$

Dette kan oversettes til at antall pasienter i helsehusene er lik antall nye pasienter per tidsenhet ganger oppholdets varighet i helsestasjonene.

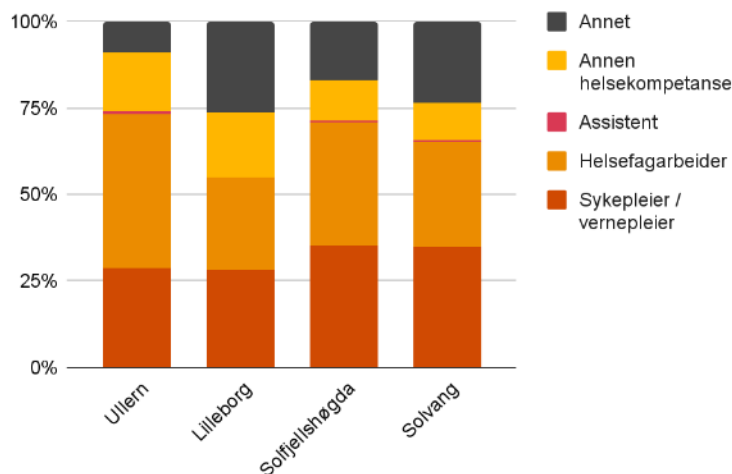
Konklusjonen er altså at ettersom forekomsten av eldre med kroniske sykdommer vil øke de neste årene, vil også forekomsten av personer på helsehus øke betydelig. PwC har ikke gjort en beregning av Oslo kommunes framtidige behov, men estimerer er altså mulig å utarbeide gitt dagens situasjon. Sikkert er det likevel, at behovet for omsorg, enten på helsehus eller gjennom andre tilbud, vil øke fremover.

Bemanning, pleiefaktor og turnover

For å undersøke bemanningsnivået ved helsehusene har PwC gjort undersøkelser av **pleie- og bemanningsfaktor** ved hver avdeling ved hvert helsehus. **Pleiefaktor** viser antall årsverk, fordelt på sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter som går i turnus, inkludert nattevakter. Pleiefaktoren er et uttrykk for antall årsverk per plass i helsehuset som er dedikert til omsorg og pasientbehandling. **Bemanningsfaktor** inkluderer helsepersonell og assistenter, men inkluderer også alle andre årsverk ved helsehuset, som ledere, administrative roller, merkantilt ansatte, samt helsepersonell som ligger utenfor turnus. Eksempler på det siste er lege, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Bemanningsfaktoren gir et bilde på den samlede ressursinnsatsen som kreves for å yte de tjenestene som ligger til helsehuset.

Bemanningssammensetningen varierer noe mellom helsehusene. Med bemanningssammensetning har PwC telt alle ansatte årsverk ved helsehuset, både helsefaglig, administrativt, lærlinger, konsulenter og andre. Solfjellshøgda og Solvang har tilnærmet lik bemanningssammensetning, med en tredeling mellom sykepleiere, helsefagarbeidere og andre ansatte. Ullern helsehus har noe færre sykepleierårsverk, men noe flere helsefagarbeiderårsverk, mens Lilleborg helsehus ligger lavest i bemanning av sykepleiere og helsefagarbeidere. Lilleborg har imidlertid høyere andel ansatte med annen helsefaglig kompetanse, primært ergo- og fysioterapeuter og leger.

I tillegg til årsverkene som kommer frem i bemanningssammensetningen, har alle helsehusene tilgjengelige tilkallingsvikarer uten noen avtalt stillingsprosent. Her inngår det blant annet assistenter, som ikke kommer frem i bemanningsoversikten, men som i praksis brukes for å dekke inn fravær og vakanser ved det enkelte helsehuset. Figur 3.4 gir en oversikt.



Figur 3.4: Bemanningssammensetning, antall ansatte årsverk

Ullern og Solvang helsehus har høyest **pleiefaktor** av helsehusene, men lavere samlet bemanningsfaktor enn Lilleborg og Solfjellshøgda. Ved Ullern skyldes dette at bemanningsfaktoren ikke inkluderer servicepersonell og renholdere, noe den gjør i de øvrige helsehusene, mens Solvang har færre ressurser til administrasjon og ledelse per plass enn de øvrige helsehusene. Tabell 3.2 gir oversikt

Tabell 3.2: Pleiefaktor og bemanningsfaktor ved helsehusene

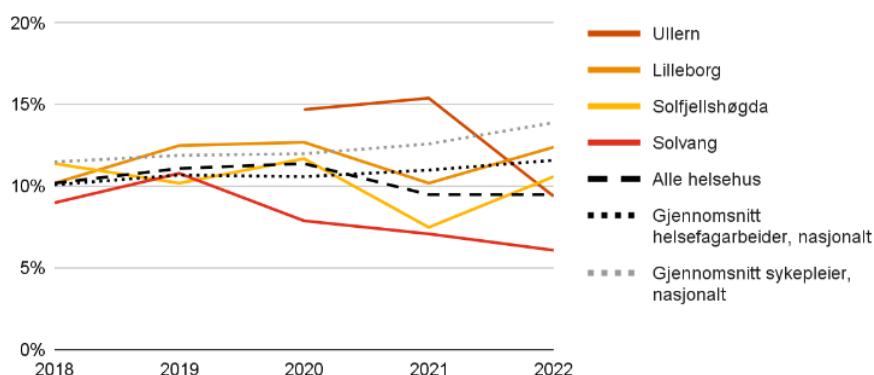
Helsehus	Pleiefaktor	Bemanningsfaktor
Ullern	0,93	1,23
Solfjellhøgda	0,86	1,33
Solvang*	0,93	1,26
Lilleborg	0,89	1,18

*Ved Solvang er dagposten og trygghetsplassene holdt utenfor

Helsehusene har hatt en relativt stabil **turnover**, altså andel ansatte som har sluttet fra ett år til det neste, de siste fem årene. Turnoveren ved helsehusene har ligget stabilt rundt 10 prosent de siste fem årene, selv om det har vært variasjoner fra år til år for det enkelte helsehus. Solvang ligger lavest i turnover, og har hatt en nedgang de siste tre årene, mens turnoveren har ligget høyest ved Ullern. Her er det kun data for perioden etter at kommunen overtok driften. Også ved Ullern har turnoveren gått ned det siste året.

Vi har også sammenlignet turnoveren ved helsehusene i Oslo med nasjonale tall for turnover for helsefagarbeidere og sykepleiere. Her viser de nasjonale tallene en økning i turnover for begge kompetansegruppene i femårsperioden som er undersøkt. Som følge av dette har helsehusene i Oslo hatt en lavere turnover enn nasjonale tall de siste to årene.

Figur 3.5 gir en oversikt over hvor stor andel av samlet antall årsverk som har sluttet det siste året, i tillegg til gjennomsnittlig turnover for helsefagarbeidere og sykepleiere nasjonalt.



Figur 3.5: Turnover ved ulike helsehusene

Styrking av helsehusene etter vår datainnsamling

Etter vår kartlegging av pleie- og bemanningsfaktor ved helsehusene i Oslo, fremmet Byrådet i Oslo sak om omorganisering ved helsehusene i Oslo for å tilpasse og forbedre tjenestene til de som trenger opphold ved helsehus. Byrådssaken innebar blant annet en økonomisk styrking av helsehusene for å etablere enkelte funksjoner, og styrke bemanningen på utvalgte områder. Dette har primært gitt en styrking på fire områder:

1. Tre årsverk ved hvert helsehus til etablering av mottaksfunksjon
2. Styrking av skjermede plasser ved økning av antall helsefagarbeidere ved én avdeling ved hvert helsehus
3. Flere årsverk til servicefunksjoner, med mål om å avlaste helsepersonell så disse får frigjort kapasitet til å utføre helseoppgaver
4. Generell styrking av bemanningen ved Solfjellshøgda og Ullern helsehus da disse har en bygningsutforming som svekker muligheten for ressurseffektiv drift

Økningen i årsverk som følge av denne styrkingen er ikke synliggjort i analysene i denne rapporten.

3.4 Nærmere om de fire helsehusene

Lilleborg helsehus

Lilleborg helsehus er inndelt i tre avdelinger, med 25 plasser per avdeling. Alle tre avdelingene har lik fordeling av korttidsplasser og rehabiliteringsplasser. Formålet med denne fordelingen av typen plasser er at hver avdeling skal kunne tilpasse innretningen på plasser etter behovet til den enkelte bruker. Bemanningen er imidlertid noe ulik mellom de tre avdelingene. I perioden som er undersøkt har bemanningen vært høyere ved avdeling 2, enn i avdeling 1 og 3. Dette skyldes primært høyere pleiefaktor som følge av økt sykepleierdekning i perioden. Bemanningen ved den enkelte avdelingen vil variere noe over tid, ettersom faktisk bemanningsnivå justeres etter brukernes bistandsbehov. Høyere pleiefaktor ved

én avdeling kan forklares med at det har vært flere ressurskrevende brukere ved denne avdelingen i den undersøkte perioden.

Lilleborg helsehus har relativt lik fordeling av ansatte med henholdsvis sykepleier- og helsefagarbeiderkompetanse, og noe færre årsverk med annen helsekompetanse. Lilleborg har færrest årsverk av helsehusene i Oslo, men ligger likevel på nivå med de andre helsehusene i bemanning av ressurser med annen helsekompetanse. I tillegg er helsehuset bemannet med 34,8 årsverk med annen kompetanse - primært ledere, administrativt ansatte, servicepersonell som renholdere og kjøkkenassistenter.

Ved Lilleborg helsehus er det lagt opp til noe lavere bemanning i helgene enn på hverdagene. Samtidig er planlagt og faktisk utført bemanning relativt likt på hverdagene, mens faktisk bemanning er om lag 15 prosent lavere enn planlagt i helgene for den undersøkte perioden. Det er særlig bemanning av helsefagarbeidere som var lavere enn planlagt i nevnt periode.

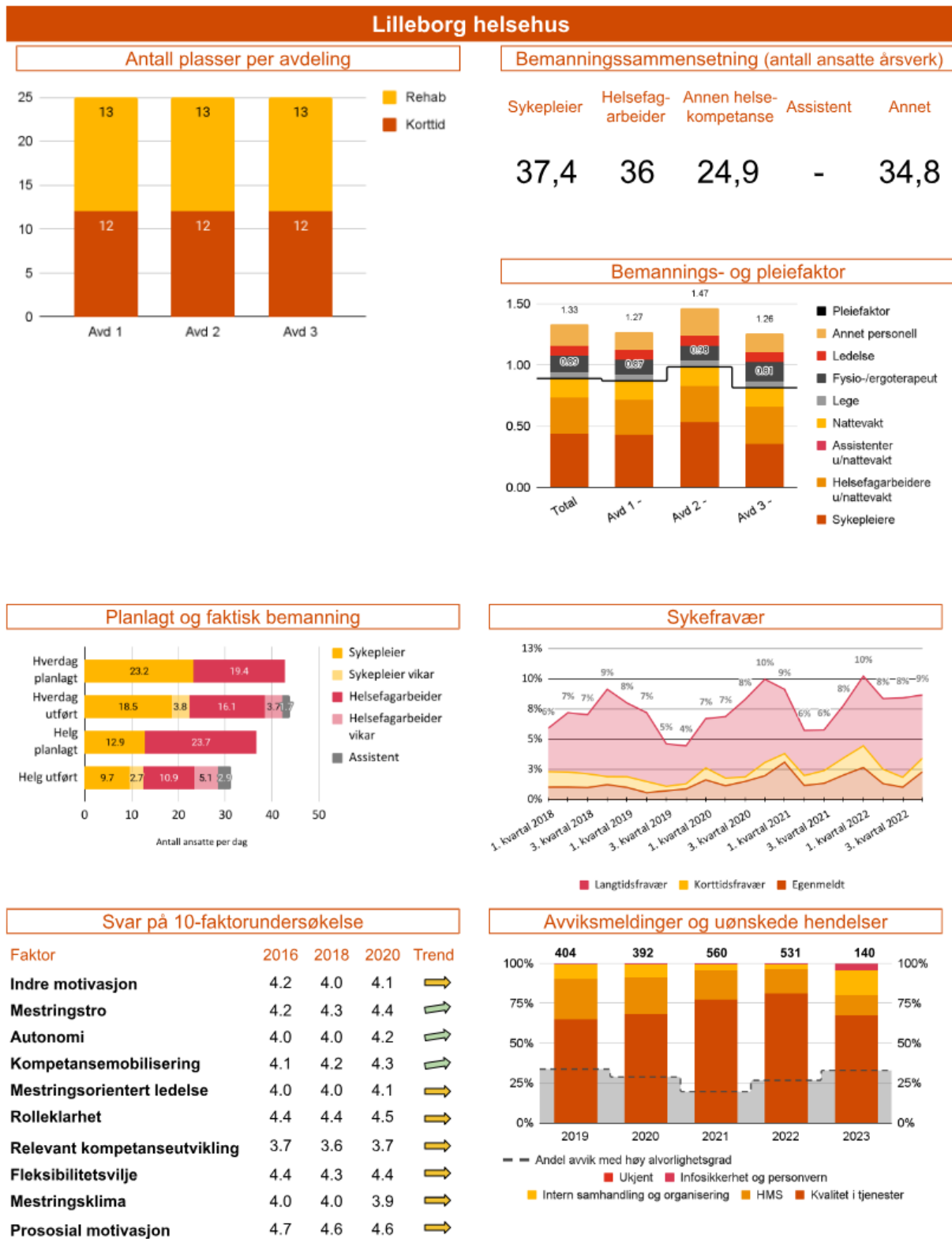
Sykefraværet ved Lilleborg helsehus viser en trend som er svakt økende, med varierende sykefravær gjennom perioden, som har ligget stabilt like i underkant av 10 prosent det siste året. Under pandemien lå det egenmeldte sykefraværet høyt, men dette har sunket den siste halvdel av 2022. Videre har det vært store variasjoner i omfanget av sykemeldt langtidsfravær, som i stor grad er det som er førende for det samlede sykefraværet.

Lilleborg helsehus har gjennomført 10-faktorundersøkelse i 2016, 2018 og 2020. Resultatene fra denne undersøkelsen er stabile gjennom alle tre undersøkelsene. Helsehuset scorer svært godt på rolleklarhet og prososial motivasjon (motivasjon til å bidra til andres måloppnåelse, for eksempel gjennom å yte god behandling). De områdene helsehuset scorer dårligst på er relevant kompetanseutvikling (både på og utenfor arbeidsplassen, og mestringssklima (motivasjon for å lære av andre, utvikle seg og gjøre hverandre gode). Helsehuset scorer imidlertid gjennomgående høyt på alle faktorer, og scoren på de ulike faktorene ligger på nivå med de andre helsehusene.

Avviksmeldingene ved Lilleborg helsehus dreier seg i stor grad om avvik i tjenestekvaliteten. Her er det særlig fall, legemiddelhåndtering og tilgang på utstyr som utløser avvikene. Avvikene på de samme områdene går igjen fra år til år.²¹

Figur 3.6 gir en samlet oversikt over Lilleborg helsehus

²¹ Avviksmeldinger og registrering av uønskede hendelser kan gi en indikasjon på hvilke områder helsehusene har forbedringspotensial. PwC er imidlertid forsiktige med å se avviksmeldinger og utfordringsområder i sammenheng, for det er ikke nødvendigvis noen sammenheng mellom meldte avvik, og faktisk oppståtte avvik. Melding av avvik blir påvirket av blant annet kulturen for å melde avvik på enheten. I tillegg vil en travel arbeidshverdag føre til at avviksmelding blir nedprioritert til fordel for pasientbehandling.



Figur 3.6: Samlet oversikt over Lilleborg helsehus

Solfjellshøgda helsehus

Solfjellshøgda helsehus er inndelt i seks avdelinger, med 23-25 plasser per avdeling. Fem av avdelingene har lik fordeling av korttidsplasser og rehabiliteringsplasser, mens avdeling 1B også har noen skjermede plasser. Formålet med lik fordeling av korttids- og rehabiliteringsplasser er at hver avdeling skal kunne tilpasse innretningen på plasser etter behovet til den enkelte bruker. Bemanningen er imidlertid noe ulik mellom de seks avdelingene. I den undersøkte perioden har bemanningen vært høyest ved avdelingen med skjermede plasser. Dette er ofte brukere som krever tettere oppfølging, noe som kan forklare høyere bemanning. I tillegg har det vært noe høyere helsebemanning ved avdeling 1A, mens bemanningen ved de øvrige avdelingene har vært lik.

Solfjellshøgda helsehus har relativt lik fordeling av ansatte med henholdsvis sykepleier- og helsefag-arbeiderkompetanse, mens kapasiteten på annen helsekompetanse har vært vesentlig lavere. I tillegg er helsehuset bemannet med 44,6 årsverk med annen kompetanse. Disse årsverkene omfatter primært ledere, administrativt ansatte, servicepersonell som renholdere og kjøkkenassistenter.

Ved Solfjellshøgda helsehus var bemanningen relativt lik på hverdag og i helgene. Samtidig var faktisk utført bemanning noe høyere enn planlagt både på hverdagene og i helgene. På hverdagene var det høyere dekning av fagkompetanse enn det som ligger i bemanningsplanen, som følge av vikarinneleie. Vikarer brukes for å dekke inn ressursbehovet til særlig ressurskrevende brukere. Denne ressursbruken legges ikke inn i bemanningsplanen, men det er likevel tatt høyde for et slikt behov i budsjettene til det enkelte helsehuset. I helgene dekkes en større andel av behovet for fagkompetanse av vikarer, mens bemanningsbehovet også i større grad dekkes av assistenter.

Sykefraværet ved Solfjellshøgda helsehus har ligget stabilt rundt 10 prosent de siste fem årene. Det er noen svingninger med lavere fravær om sommeren, og høyere fravær om vinteren som følge av høyere egenmeldt sykefravær. Dette kan henge sammen med influensasesongen, og gir naturlige svingninger.

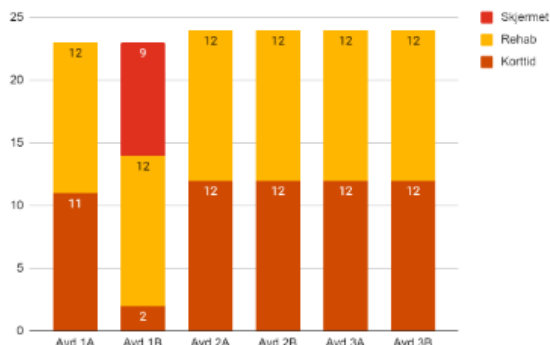
Solfjellshøgda helsehus gjennomførte 10-faktorundersøkelse i 2016, 2018 og 2020. Resultatene viser en nedgang, særlig fra 2018 til 2020. I 2016 og 2018 var det kun ledere og administrasjonen som svarte på undersøkelsen, mens denne også ble gjennomført av øvrige ansatte ved helsehuset i 2020. Årsaken til nedgangen i score skyldes i all hovedsak at øvrige ansatte scorer helsehuset dårligere enn ledelsen og administrasjonen. Det er særlig innenfor mestringsorientert ledelse, relevant kompetanseutvikling og mestringsklima helsehuset scorer lavt.

Avviksmeldingene ved Solfjellshøgda helsehus dreier seg både om avvik i tjenestekvalitet og HMS. Avvikene i tjenestekvalitet skyldes primært brudd på prosedyrer og pasient-/brukerforløp, samt manglende utstyr. Innenfor HMS skyldes avvikene faktiske arbeidsmiljøhendelser. Avvikene på de samme områdene går igjen fra år til år. Sammen med Solvang helsehus har Solfjellshøgda høyest andel avvik med høy alvorlighetsgrad.²² Figur 3.7 gir en samlet oversikt over Solfjellshøgda helsehus.

²² Avviksmeldinger og registrering av uønskede hendelser kan gi en indikasjon på hvilke områder helsehusene har forbedringspotensial. PwC er imidlertid forsiktige med å se avviksmeldinger og utfordringsområder i sammenheng, for det er ikke nødvendigvis noen sammenheng mellom meldte avvik, og faktisk oppståtte avvik. Melding av avvik blir påvirket av blant annet kulturen for å melde avvik på enheten. I tillegg vil en travel arbeidshverdag føre til at avviksmelding blir nedprioritert til fordel for pasientbehandling.

Solfjellshøgda helsehus

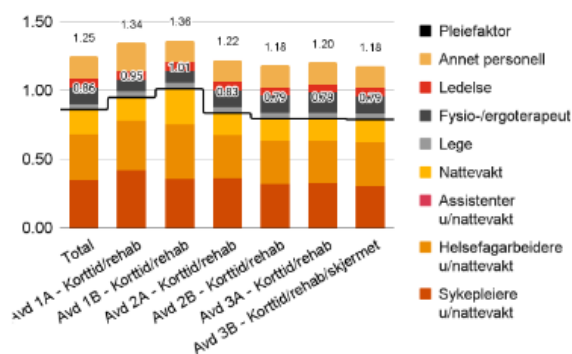
Antall plasser per avdeling



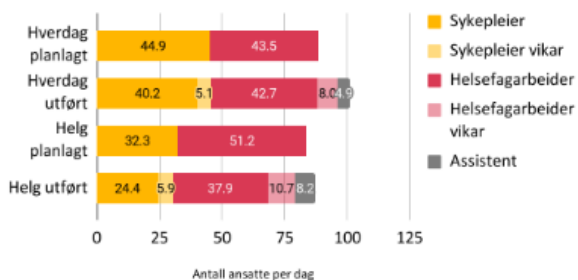
Bemanningssammensetning (antall ansatte årsverk)

Sykepleier	Helsefagarbeider	Annen helsekompetanse	Assistent	Annet
92,9	93,8	30,3	1,8	44,6

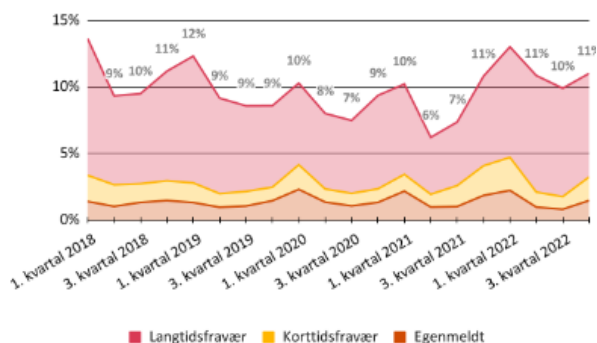
Bemannings- og pleiefaktor



Planlagt og faktisk bemanning



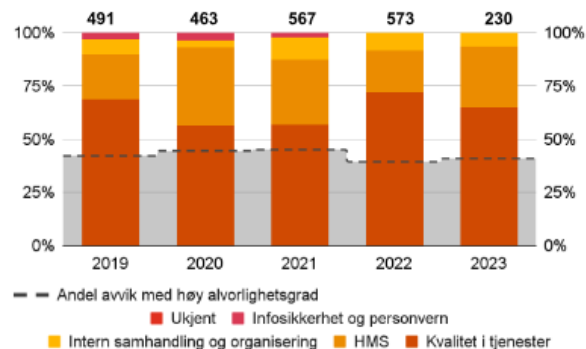
Sykefravær



Svar på 10-faktorundersøkelse

Faktor	2016	2018	2020	Trend
Indre motivasjon	4.5	4.6	4.2	↘
Mestringstro	4.6	4.7	4.4	↘
Autonomi	4.5	4.6	4.2	↘
Kompetansemobilisering	4.3	4.6	4.1	↘
Mestringsorientert ledelse	4.4	4.9	3.8	↘
Rolleklarhet	4.3	4.0	4.2	↔
Relevant kompetanseutvikling	3.9	4.3	3.4	↘
Fleksibilitetsvilje	4.7	4.9	4.4	↘
Mestringsklima	4.5	4.8	3.9	↘
Prososial motivasjon	4.4	4.3	4.7	↗

Avviksmeldinger og uønskede hendelser



Figur 3.7: Samlet oversikt over Solfjellshøgda helsehus

Solvang helsehus

Solvang helsehus er inndelt i seks avdelinger, med ulik innretning. Det er primært én type plass per avdeling, med 16-20 plasser per avdeling, med unntak av rehabiliteringsavdelingen og trygghetsavdelingen, med henholdsvis 39 og 44 plasser. Pleie- og bemanningsfaktoren varierer også stort mellom avdelingene i den undersøkte perioden. Det er størst pleiefaktor ved den lindrende avdelingen, mens både pleie- og bemanningsfaktoren ved dagposten og trygghetsplassene ligger lavt. Dette er plasser med et annet formål, og annen innretning enn de øvrige plassene ved helsehuset, noe som forklarer den lave pleie- og bemanningsfaktoren. Rehabiliteringsavdelingen, mottaksposten og korttidsplassene har tilsvarende pleie- og bemanningsfaktor som lignende plasser ved de andre helsehusene.

Solvang helsehus har relativt lik fordeling av ansatte med henholdsvis sykepleier- og helsefagarbeiderkompetanse, og noe færre årsverk med annen helsekompetanse. Kompetansefordelingen er relativt lik som på Solfjellshøgda og Ullern helsehus. I tillegg er helsehuset bemannet med 46,7 årsverk med annen kompetanse - primært ledere, administrativt ansatte, servicepersonell som renholdere og kjøkkenassistenter.

Ved Solvang helsehus var det lagt opp til noe lavere bemanning i helgene enn på hverdagene. Samtidig var planlagt og faktisk utført bemanning relativt likt på hverdagene, mens faktisk bemanning var noe lavere enn planlagt i helgene for den undersøkte perioden. Det var særlig bemanning av sykepleiere som var lavere enn planlagt. Solvang helsehus gjennomførte 10-faktorundersøkelse i 2016, 2018 og 2020. Resultatene fra denne undersøkelsen viser en svak nedgang på enkelte områder, mens andre har ligget stabilt høyt. Helsehuset scorer godt på flere faktorer, mens soren på relevant kompetanseutvikling skiller seg negativt ut alle tre årene. Sammenlignet med de andre helsehusene scorer Solvang dårligere på autonomi, som handler om ansattes opplevelse av å ha mulighet til å jobbe selvstendig og gjøre egne vurderinger i jobben sin, basert på egen kompetanse, og innen en definert jobbrolle.

Sykefraværet ved Solvang helsehus har vært relativt stabilt rundt 10 prosent de siste fem årene, men med noen store toppe. Første kvartal 2021 skiller seg ut med svært høyt egenmeldt sykefravær. Utbrudd av covid 19 kan være én av forklaringene til høyt antall egenmeldinger i denne perioden.

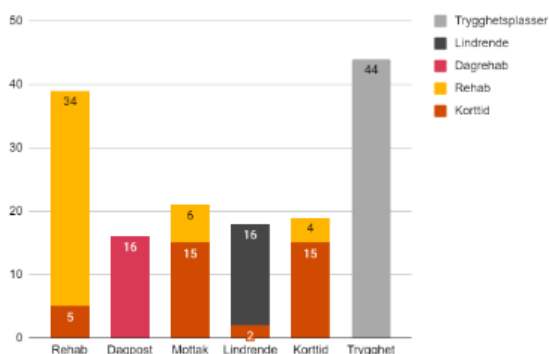
Avviksmeldingene ved Solvang helsehus dreier seg i stor grad om avvik i tjenestekvaliteten. Her er det særlig brudd på prosedyrer og pasient-/brukerforløp, samt manglende utstyr som utløser avvikene. Avvikene på de samme områdene går igjen fra år til år. Sammen med Solfjellshøgda helsehus har Solvang høyest andel avvik med høy alvorlighetsgrad.²³

Figur 3.8 gir en samlet oversikt over Solvang helsehus.

²³ Avviksmeldinger og registrering av uønskede hendelser kan gi en indikasjon på hvilke områder helsehusene har forbedringspotensial. PwC er imidlertid forsiktige med å se avviksmeldinger og utfordringsområder i sammenheng, for det er ikke nødvendigvis noen sammenheng mellom meldte avvik, og faktisk oppståtte avvik. Melding av avvik blir påvirket av blant annet kulturen for å melde avvik på enheten. I tillegg vil en travel arbeidshverdag føre til at avviksmelding blir nedprioritert til fordel for pasientbehandling.

Solvang helsehus

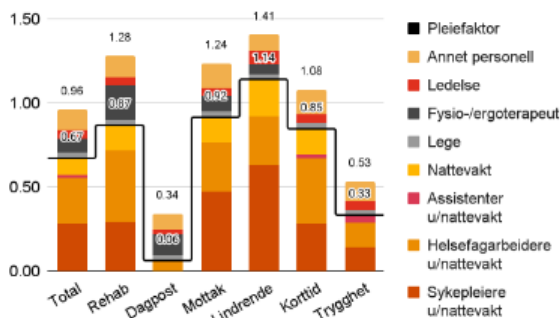
Antall plasser per avdeling



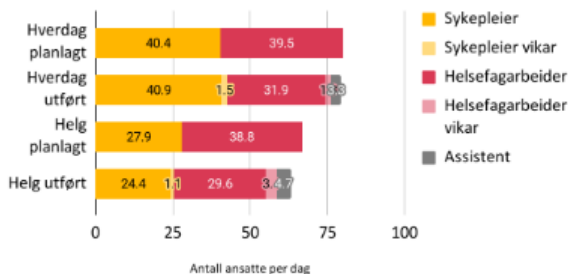
Bemanningssammensetning (antall ansatte årsverk)

Sykepleier	Helsefagarbeider	Annen helsekompetanse	Assistent	Annet
74.5	70.5	23.7	1	46.7

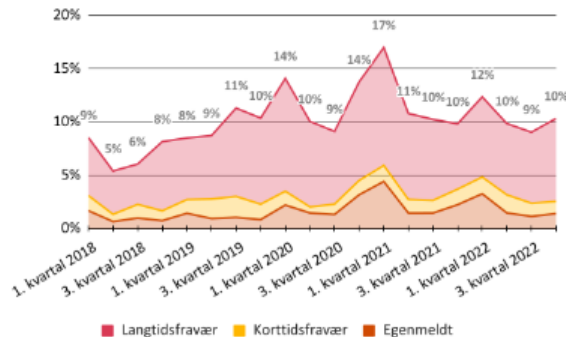
Bemannings- og pleiefaktor



Planlagt og faktisk bemanning



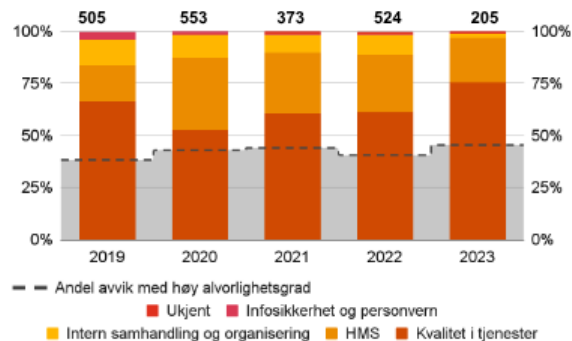
Sykefravær



Svar på 10-faktorundersøkelse

Faktor	2016	2018	2020	Trend
Indre motivasjon	4.1	4.0	4.0	→
Mestringstro	4.3	4.2	4.3	→
Autonomi	4.1	3.9	3.8	→
Kompetansemobilisering	4.1	4.0	4.1	→
Mestringsorientert ledelse	3.9	3.6	3.3	→
Rolleklarhet	4.3	4.1	4.2	→
Relevant kompetanseutvikling	3.4	3.2	3.4	→
Fleksibilitetsvilje	4.3	4.1	4.3	→
Mestringsklima	4.2	3.8	3.9	→
Prososial motivasjon	4.7	4.6	4.5	→

Avviksmeldinger og uønskede hendelser



Figur 3.8: Samlet oversikt over Solvang helsehus

Ullern helsehus

Oslo kommune tok over driften av Ullern helsehus i desember 2019. Det innebærer at PwC ikke har hatt tilgang til data om helsehuset før kommunen overtok driften. Overgangen til kommunal drift ble også påvirket av alle tiltakene som måtte innføres for å møte covid-19 pandemien, som inntraff kun måneder etter at kommunen overtok driften. Ullern helsehus er inndelt i fire avdelinger, med 24 plasser per avdeling. Tre av avdelingene har lik fordeling av korttidsplasser og rehabiliteringsplasser, mens avdeling 1 i tillegg har åtte psykiatrisplasser. Formålet med denne fordelingen av type plasser er at hver avdeling skal kunne tilpasse innretningen på plasser etter behovet til den enkelte bruker. Pleie- og bemanningsfaktor er relativt lik mellom avdelingene, men post 1 har noe flere sykepleierårsverk enn de tre andre. Post 4 skiller seg ut ved å ha større bemanning på natt, men nattevakten her bistår også de øvrige avdelingene om natten ved behov.

Ullern helsehus har noe høyere dekning av helsefagarbeidere enn sykepleiere, og noe færre årsverk med annen helsekompetanse. I tillegg er helsehuset bemannet med 13,5 årsverk med annen kompetanse - primært ledere og administrativt ansatte. Dette er vesentlig lavere dekning av "annen kompetanse" enn de øvrige helsehusene. Det skyldes primært at renholdere og kjøkkenpersonell ikke inngår i bemanningsoversikten fra Ullern Helsehus. Ved Ullern helsehus var det lagt opp til lik bemanning på hverdag og i helgene. Samtidig lå den faktiske bemanningen om lag 40 prosent høyere enn planlagt bemanning på hverdager, og 25 prosent høyere i helgene. Dette kan i stor grad forklares av at Ullern helsehus har mange ressurskrevende brukere. Vikarer brukes for å dekke inn ressursbehovet til særlig ressurskrevende brukere. Denne ressursbruken legges ikke inn i bemanningsplanen, men det er likevel tatt høyde for et slikt behov i budsjettene til det enkelte helsehus.

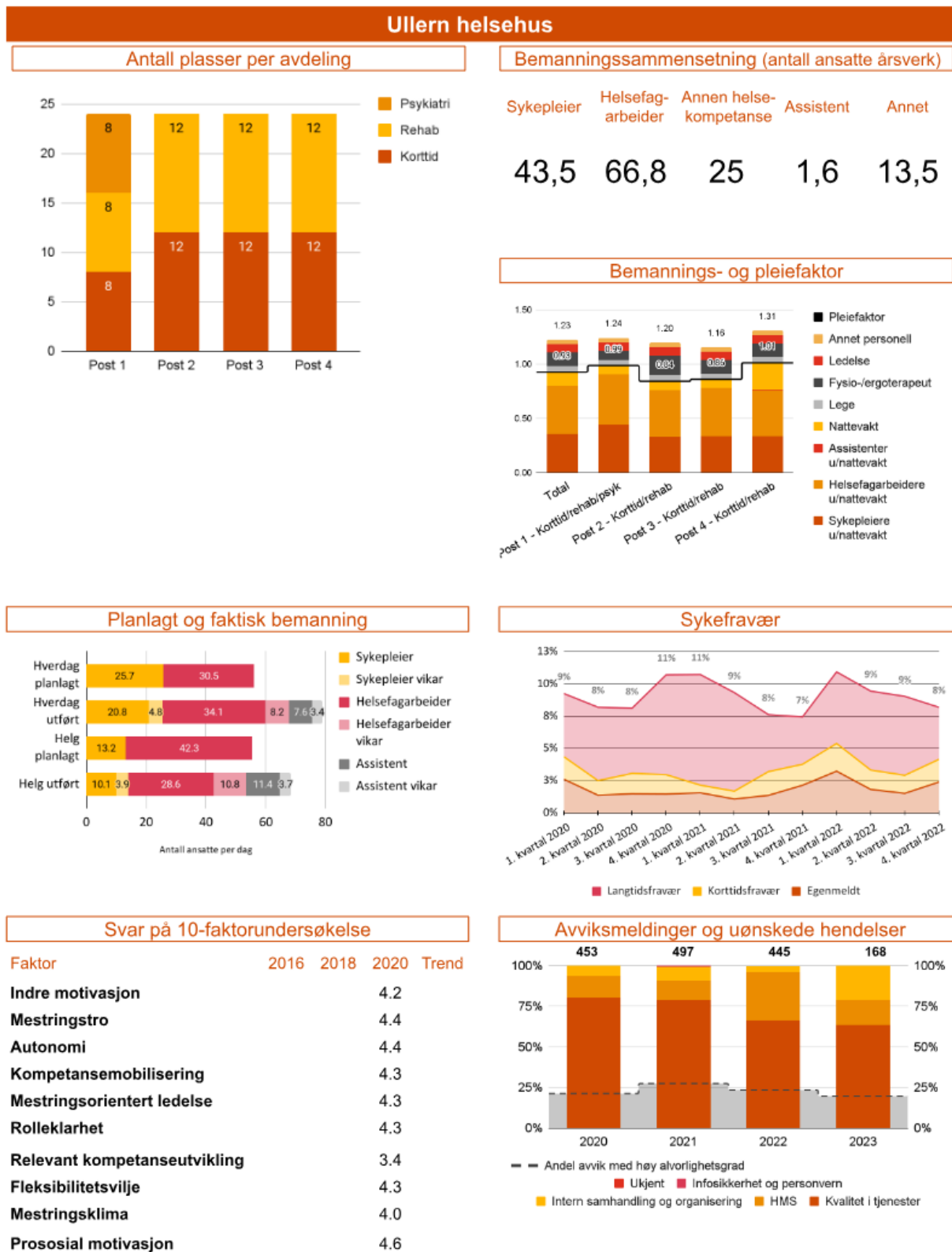
Sykefraværet ved Ullern helsehus har vært relativt stabilt rundt 9 prosent de siste tre årene som med tilgjengelig data. Første kvartal 2021 skiller seg ut med svært høyt egenmeldt sykefravær. Dette sammenfaller med et større covid-19 utbrudd nasjonalt, og det er naturlig å anta at sykefraværet henger sammen med dette. Utover dette ligger det egenmeldte sykefraværet ved Ullern Helsehus noe høyere enn de andre helsehusene, mens langtidsfraværet ligger lavere.

Ullern helsehus har kun gjennomført 10-faktorundersøkelse i 2020. Det er dermed ikke mulig å vise noen trend i svarene. Ullern helsehus scorer relativt likt som de øvrige helsehusene på de fleste faktorene, men skiller seg ut med noe bedre score på autonomi og mestringsorientert ledelse.

Avviksmeldingene ved Ullern helsehus dreier seg i stor grad om avvik i tjenestekvaliteten. Her er det særlig fall, prosedyrebrudd og legemiddelhåndtering som utløser avvikene. Avvikene på de samme områdene går igjen fra år til år. Det har vært en økning i avviksmeldinger på samhandling og organisering, knyttet til kommunikasjon, til og med mars 2023. Her er imidlertid omfanget av meldinger lite, slik at enkelthendelser kan gi stort utslag på prosentfordelingen.²⁴

Figur 3.9 gir en samlet oversikt over Ullern helsehus.

²⁴ Avviksmeldinger og registrering av uønskede hendelser kan gi en indikasjon på hvilke områder helsehusene har forbedringspotensial. PwC er imidlertid forsiktige med å se avviksmeldinger og utfordringsområder i sammenheng, for det er ikke nødvendigvis noen sammenheng mellom meldte avvik, og faktisk oppståtte avvik. Melding av avvik blir påvirket av blant annet kulturen for å melde avvik på enheten. I tillegg vil en travel arbeidshverdag føre til at avviksmelding blir nedprioritert til fordel for pasientbehandling



Figur 3.9: Samlet oversikt over Ullern helsehus

3.5 Helsehusene i Bergen og Trondheim, og sammenligning med Oslo

Helsehusene i Bergen

Bergen kommune har fem behandlingssentre, som er sammenlignbare med helsehusene i Oslo kommune. Et sjette behandlingssenter, Åsaheimen, ble åpnet 1. mars 2023, og er ikke inkludert i analysen.

Alle behandlingssentrene i Bergen kommune tilbyr somatiske korttidsplasser. Disse er innrettet for å ivareta utskrivningsklare pasienter, utredning og observasjon eller andre opphold som følge av sykdom. Tre av behandlingssentrene tilbyr også rehabiliteringsplasser der målet er å bedre brukers funksjonsnivå, og legge til rette for selvstendighet. Til forskjell fra Oslo kommune har behandlingssentrene i Bergen om lag ti ganger så mange korttids demensplasser ved helsehusene.

I tillegg til plassene som inngår i sammenligningen har Bergen kommune ØHD²⁵-plasser, rusplasser og langtidsplasser for demens ved enkelte av sine helsehus.

Helsehusene i Trondheim

Trondheim kommune har tre helsehus som er sammenlignbare med helsehusene i Oslo kommune. Til forskjell fra Oslo er det imidlertid mindre differensiering i type plass i helsehusene i Trondheim.

Nidarvoll helsehus har kun rehabiliteringsplasser, mens de somatiske korttidsplassene er lagt til Øya helsehus. Ved Øya helsehus ligger det også ØHD-plasser, i tillegg til en egen smittevern avdeling. Disse to helsehusene ligner helsehusene i Oslo, ved at de primært består av spesialiserte korttidsplasser. Ved Søbstad helsehus er det rehabiliteringsplasser, men helsehuset skiller seg noe fra de øvrige ved at helsehuset også har langtidsplasser og avlastningsplasser, som Oslo kommune har organisert i andre heldøgns omsorgstilbud.

Sammenligning mellom kommunene

Hvert av helsehusene i **Bergen kommune** har noe færre plasser enn helsehusene i Oslo. I gjennomsnitt er det ca 65 plasser per helsehus i Bergen, mot nær 118 plasser i Oslo. Innretningen av helsehusene i Bergen er også noe ulik innretningen i Oslo, der helsehusene i Bergen har et større innslag av korttidsplasser for demens. Denne typen plasser utgjør like over 25 prosent av helsehusplassene i Bergen, mot to prosent av plassene i Oslo.

Totalt har Bergen kommune 316 helsehusplasser, der om lag halvparten av plassene er somatiske korttidsplasser, 18 prosent rehabiliteringsplasser og 27 prosent korttidsplasser for demens.



Figur 3.10 Bemanning av helsehusene i Oslo, Bergen og Trondheim

²⁵ Øyeblikkelig hjelp døgnplasser (ØHD).

Helsehusene **Trondheim kommune** har relativt lik bemanning av syke- og vernepleiere, med om lag 25 prosent av bemanningen ved hvert enkelt helsehus som helsehusene i Oslo. Øya helsehus skiller seg imidlertid noe ut, med høy sykepleierbemanning, til fordel for helsefagarbeidere og ansatte med annen helsekompetanse. Dette henger sammen med innretningen av plassene, som i stor grad er overgangsplasser fra sykehus til kommunale helse- og omsorgstjenester på lavere nivå. I tillegg har Trondheim kommune også noen avlastningsplasser og langtidsplasser ved enkelte av sine helsehus.

Det er enkelte ulikheter i bemanningssammensetningen, både mellom helsehusene i den enkelte kommune, og mellom kommunene.

I **Oslo kommune** skiller Lilleborg helsehus seg fra de andre helsehusene med lavere andel helsefagarbeidere, til fordel for flere ansatte med andre roller. "Annet"- kategorien består blant annet av stabsroller, ledere, renhold og kjøkkenpersonell, i tillegg til studenter som studerer helsefag, men ikke har autorisasjon.

Sammenlignet med helsehusene i Trondheim og Bergen skiller helsehusene i Oslo seg ut med svært få assistentårsverk. Som tidligere nevnt kan dette henge sammen med at de oppgavene assistentene ved helsehusene i Bergen og Trondheim ivaretar, er skilt ut av pleien og lagt til egne ressurser ved helsehusene i Oslo kommune.

Helsehusene i Bergen skiller seg ut ved at de i svært liten grad er bemannet med annen helsekompetanse ved det enkelte helsehuset. Dette er leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter. En forklaring på dette kan være at disse ressursene for enkelte avdelinger er organisert utenom helsehusenes ordinære bemanning.

Når det gjelder pleie- og bemanningsfaktor viser den kvantitative analysen at det er noe variasjon mellom kommunene. Oslo kommune har tilnærmet lik bemanning per plass ved helsehusene, som helsehusene i Trondheim, mens antall årsverk per helsehusplass i Oslo er høyere enn i Bergen.

Oslo kommune har flyttet flere servicefunksjoner og merkanlige oppgaver ut av oppgavene til pleiepersonell. Kommunen har også få assistenter som del av pleien. Disse er erstattet av serviceverter, som ligger utenfor pleien. Bergen og Trondheim har flere assistenter i pleien, som ivaretar ulike servicefunksjoner som en del av sine oppgaver.

Oslo og Trondheim har like stor dekning av ledere, med 16 plasser per lederårsverk. Det er ikke grunnlag for å sammenligne Bergen her, da administrative årsverk også er inkludert i Bergens rapportering på lederårsverk. Trondheim og Oslo har rapportert disse årsverkene under "Annet personell".

Helsehusene i Oslo		
	Pleiefaktor	Bemanningsfaktor
Ullem	0,93	1,23
Lilleborg	0,89	1,33
Solfjellshøgda	0,86	1,25
Solvang*	0,93	1,26
*Ved Solvang er dagposten og trygghetssjessene holdt utenfor		
Helsehusene i Bergen		
	Pleiefaktor	Bemanningsfaktor
Skjoldtunet	0,87	1,08
Kolstihagen	0,84	1,04
Fyllingsdalen	0,84	1,06
Frieda Fasmer	0,79	1,00
Engen	0,83	1,04
Helsehusene i Trondheim		
	Pleiefaktor	Bemanningsfaktor
Nidarvoll	0,77	1,20
Søbstad	0,77	0,99
Øya	1,06	1,28

Figur 3.11 Bemannings- og pleiefaktor ved helsehusene i Oslo, Bergen og Trondheim

4. Observasjoner og vurderinger

I dette kapittelet beskrives observasjoner for de fem utvalgte områdene: organisering, ledelse, bemanning og kompetanse, bydelenes tildelingspraksis og pasientflyt samt kvalitet.

For hvert av de fem utvalgte områdene gjøres det vurderinger som bygger på PwC sine observasjoner innenfor hvert område. Vurderingene gjøres systematisk for hvert av evalueringskriteriene.

4.1 Organisering

Observasjoner

Fordelingen av plasser på de ulike helsehusene

I kapittel 3.3 og 3.4 beskrives dagens fordeling av korttidsplasser, avlastningsplasser, rehabiliteringsplasser og spesialplasser ved de ulike helsehusene. Gjennomgangen av de ulike helsehusene viser at dimensjoneringen av antall plasser varierer mellom helsehusene, men at typen plasser er relativt lik. Oslo kommune har i all hovedsak samlet både korttidsplasser og rehabiliteringsplasser ved hver avdeling ved alle helsehusene, utenom Solvang helsehus. Formålet med dette er at det lar helsehusene dekke ulike geografiske områder, og gir mulighet til å justere innretningen av plassene ettersom behovet for henholdsvis korttids- og rehabiliteringsopphold varierer gjennom året. Dette skiller seg fra Bergen og Trondheim, der hver avdeling primært består av én type plasser. I Oslo har man kun organisert Solvang helsehus slik. Forskjellen er mest synlig mellom Oslo og Trondheim. Trondheim har bemannet rehabiliteringsplassene med flere fysioterapeuter, mens de somatiske korttidsplassene har høyere sykepleierdekning.

Som nevnt i kapittel 3.4, har Oslo kommune utarbeidet en finansieringsmodell for helsehusene. Finansieringsmodellen for helsehusene i dag er sammensatt av en basisramme som gis gjennom subsidier til korttidsplasser og rehabiliteringsplasser, faste inntekter gjennom en bloc-bestillinger og salg utover en bloc-plassene. Fordelingen av korttidsplasser og rehabiliteringsplasser gjøres for seks måneder frem i tid, og disse bestillingene er bindende. Bydelene kan også bestille plasser utenfor denne ordningen, men disse plassene er dyrere. Plasser som ikke blir bestilt kan kjøpes gjennom en egen formidlingsenhet i Sykehjemsetaten. Den økonomiske risikoen for driften av disse plassene tas dermed av Sykehjemsetaten, siden etaten ikke vet om plassene blir bestilt.

I intervju med både bydeler og ansatte ved de ulike helsehusene, kommer det frem at flere opplever at det er for få spesialplasser og at ventetiden ved dagens plassfordelingssystem er for lang. Bydelene opplever at i tillegg opplever flere at spesialiserte avdelinger ekskluderer "vanskelige" pasienter (for eksempel pasienter med diagnoser som demens, psykiatri og tung rus), fordi de ikke oppfyller kriteriene som er satt for plassen. Konsekvensen er at disse pasientene må på ordinære avdelinger, eller at bydelene må kjøpe plasser hos private leverandører. I tillegg opplever bydelene at mangel på spesialplasser fører til økt antall overliggerdøgn på sykehus.

Blant pasienter og pårørende er det flere som bemerker at de opplever dette som uheldig, og de kan referere til flere uønskede situasjoner. I intervjuer med ansatte blir det stilt spørsmål om ikke flere helsehus burde vært organisert annerledes, med mer spesialisering fremfor rehabilitering og korttidsplasser - altså flere spesialister blant dagens generalister.

Det fremkommer også at man har prøvd å spesialisere seg ved enkelte helsehus, for eksempel Lilleborg. Erfaringene fra ansatte er at denne løsningen ikke fungerer hensiktsmessig. Helsehusene peker på at bydelene ikke klarer å fordele pasienter rettet mot de ulike spesialplassene. Medarbeidere ved helsehusene opplever også at man ikke nødvendigvis har hatt den riktige kompetansen, og at det reelt sett derfor ikke har vært innført spesialisering.

I tillegg uttrykker ledere, uavhengig av helsehus, frustrasjon rundt dagens modell og forklarer at uavhengig av hvilke plasser de disponerer, opplever de at det er bydelen som til slutt bestemmer hvilke pasienter som skal hvor. Ledelsen ved helsehusene kaller det et statisk og lite fleksibelt system og mener organiseringen av helsehusene gjør det krevende for pårørende og ansatte.

Imidlertid påpeker bydelene at det er de som har ansvar for at det gis nødvendig helsehjelp til pasientene og at det er bydelene som fatter vedtak. De uttrykker at vedtak og ansvar må henge sammen. Samtidig opplever heller ikke bydelene at spesialisering ved enkelte helsehus fungerer hensiktsmessig. Bydelene legger vekt på at SYE sier nei til pasienter som bydelene mener trenger spesialplass fordi pasientene er for syke eller «vanskelige». Bydelene hevder at SYE skylder på de økonomiske rammene og at SYE må forholde seg til sine budsjetter.

I intervjuer kommer det også frem at det er ulik oppfattelse av dagens bestillingssystem av plasser. Bydelene nevner at bestillingssystemet på den ene siden fungerer godt, fordi man kan forhåndsbestille og bruke de plassene man disponerer. Samtidig uttrykker flere at betalingssystemet ikke er fleksibelt nok. Bydelene ytrer at ordningen gir insentiv for å kjøpe ordinære plasser fremfor spesialplasser, fordi disse plassene gir mest for pengene. Bydelene nevner også at det oppleves som vanskelig å bestille konkrete tjenester 6 måneder frem i tid, siden det i forkant er vanskelig å forutse hvilke plasser det er behov for. Slik sett opplever bydelene at enkelte ganger kan være hensiktsmessig å utsette bestillingen av plasser til behovet er kjent, selv om kostnadene pr plass er høyere ved beslutningstidspunktet. Bydelene opplever at bestillingssystemet på denne måten bidrar til å skape en suboptimal løsning. Bydelene har derfor tatt opp med SYE om det kan gjøres et arbeid for å endre bestillingssystemet.

Bygningsmessige planløsninger

Gjennom både besøk på de enkelte helsehusene og intervjuer kommer det frem at det er svært ulik standard og innretning på de ulike helsehusene.

Lilleborg helsehus er av eldre standard og er det helsehuset med færrest plasser blant de fire i Oslo (75 plasser av totalt 470 plasser). Lilleborg er bygget med små rom på 15 kvm. Det er kort vei mellom hvert rom, med et vaktrom i midten av bygget. Det er ingen private bad på helsehuset. Man har to felles bad på hver avdeling. Alle etasjene er bygd og innrettet likt.

I intervjuer med medarbeidere og ledere ved helsehuset løftes det frem flere positive sider ved den bygningsmessige planløsningen. Det at rommene og avstandene er små oppleves som en styrke fordi det resulterer i kort vei mellom poster for de ansatte. Videre opplever man at pasienter finner de ansatte enkelt, og at personal på vaktrommet i midten av bygget befinner seg nære pasienter til enhver tid. Rommet i midten beskrives som et naturlig samlingspunkt.

Medarbeidere og ledere opplever imidlertid også flere svakheter med den bygningsmessige planløsningen. Det blir løftet frem at små rom også byr på problemer. Mange av pasientene benytter

utstyr som rullator og har utfordringer med å bevege seg inne på eget rom. Flere pasienter har også medisinsk utstyr som rullestol og takheis, og det blir derfor trangt på rommene, det er heller ikke alltid plass til store hjelpemidler inne på selve rommet. Dette byr på utfordringer for de ansatte når pasienter må ha hjelp av flere på samme tid. Man er nødt til å flytte på møblement for å få plass.

Solfjellshøgda helsehus er det nest største helsehuset, målt i antall plasser (142 plasser av totalt 470 plasser). Helsehuset stod ferdigstilt i 2020, er det nyeste helsehuset i Oslo, og blir beskrevet som et flaggskip. Rundt 20-30% av bygget er plassbygget, resten (pasientetasjer med beboerrom) er bygget som moduler. Hvert pasientrom består av to moduler, en rommodul og en teknisk modul med sjakt, sykeromskanal og bad. Et rom er 25-30 kvm stort.

Medarbeidere og ledere ved helsehuset uttrykker at det er et nytt bygg av god standard, men at det ikke er hensiktsmessig innrettet. Avstandene i bygget oppleves som for store, med lange ganger og uoversiktlige bygg. Bygget beskrives som svært personellintensivt slik det er innrettet og ansatte opplever at helsehuset ikke har bemanning til et slikt stort bygg. Dette oppleves som særlig utfordrende på kveld og natt. Flere ansatte kommenterer at bygget ikke er laget som et helsehus, men heller utformet som et tradisjonelt langtidshjem. De poengterer at det ikke finnes en egen norm for bygging av helsehus, og at bygget er et resultat av Husbankens strenge føringer for investeringstilskudd i kombinasjon med naboenes krav.

Solvang helsehus er det største helsehuset i Oslo kommune målt i antall plasser (157 av totalt 470 plasser). Bygget er fra 1962, men er renovert og bygget ut i nyere tid. Bygget består i dag av bygg A og B, som er sammenkoblet med en bro/midtgang. Rommene er store, med egne private bad. På noen rom bor pasienter sammen (kun vinterplasser og trygghetsplasser).

I intervju med medarbeidere og ledere ved helsehuset påpekes det at bygget har lange korridorer som er lite egnet for eldre. Flere mener at det er liten mulighet for å skjerme pasienter eller mulighet for å "holde pasienter tilbake". Flere opplever at bygget ikke er egnet som helsehus fordi det er vanskelig å lage mindre enheter og at man ikke har noe naturlig mottak. Dermed blandes pasientgrupper, og ansatte opplever at man ikke får rendyrket behandlingen av pasientene.

Videre utgjør Solvang helsehus to bygg, som er koblet sammen med en midtgang. I intervjuene fremkommer det at det er utfordrende å være leder på tvers av bygg innenfor én og samme etasje. Ansatte uttrykker at midtgangen mellom byggene gjør det vanskelig å samarbeide på tvers av avdelinger. Bygningene oppleves som adskilte, med mange dører man må igjennom. Likeledes sier medarbeidere sier selv at de beveger seg lite mellom avdelinger.

Ullern helsehus er det nest minste helsehuset, målt i antall plasser (96 plasser av totalt 470 plasser). Bygget består av de tre fløyene A, B og C, og helsehuset ble totalrenovert i 2017. Bygget står på riksantikvarens liste og man har derfor også lagt administrasjon hit, i tillegg til kantine og dagsenter. Fløy A har høyere pleiefaktor og ligger lengre unna de to andre fløyene B og C. B og C ligger nærmere hverandre og kan derfor ha lavere pleiefaktor. Det er 8 rom på hver fløy.

Gjennom intervjuer med medarbeidere og ledere kommer det frem at flere opplever at det er lange avstander i bygget. Ansatte opplever at dette fører til at det er en kultur for å holde seg i egen avdeling. Det påpekes at helsehuset har store og gode pasientrom, men at en åttedeling (tre fløyer med 8 rom på hver fløy) gjør det uoversiktlig, spesielt under nattevakt. I intervjuene med de pårørende blir dette delvis

bekreftet gjennom at de pårørende uttrykker at deler av helsehuset fremstår som noe uoversiktlig. Blant annet påpeker de at de ikke ser de ansatte når de er opptatt andre steder. Videre har flere ansatte den oppfatningen at helsehuset er bygget som et langtidshjem, ikke et helsehus, noe også SYE bekrefter.

Helsehusets bygningsmessige planløsning er også innrettet slik at ledelsen sitter langt unna avdelingene. For ledelsen oppleves dette som utfordrende, da de selv mener at de blir lite synlige. Avdelingslederne og fagsykepleierne sitter imidlertid tett på den daglige driften og er plassert ute i avdelingene.

Bruk av relevant teknologi og medisinsk utstyr

Det er ulik praksis blant de fire helsehusene når de kommer til bruk av relevant teknologi og medisinsk utstyr.

Solfjellshøgda helsehus skiller seg ut blant de fire helsehusene i Oslo når det kommer til bruk av teknologi. Som det nyeste helsehuset i kommunen, har de også egen teknologi. Medarbeidere og ledere påpeker imidlertid flere utfordringer med det teknologiske systemet, som at dører ikke åpner seg og alarmklokker og telefoner som faller ut. De påpeker at de føler seg sårbare, og veldig avhengige av at det tekniske utstyret skal fungere. Ansatte på Solfjellshøgda helsehus forteller også at det er snakk om å innføre såkalt digitalt tilsyn i tiden fremover,²⁶ hvor man benytter kamera som en del av tilsynet av pasientene. Flere medarbeidere er imidlertid skeptiske til dette og opplever at planene skal erstatte personell fremfor å avlaste dem. Ledelsen på sin side påpeker imidlertid at det vil kunne gi flere gevinster, som for eksempel mer treffsikre tjenester, effektiviseringsmuligheter og hindre smitte. Digitalt tilsyn blir også trukket frem av ansatte på andre helsehus. Det blir blant annet påpekt at digitalt tilsyn kan forbedre nattevaktsrutiner, ved at man slipper å føre fysisk tilsyn på rom eller at man kan kobles på kjapt ved uheldige hendelser, som for eksempel fall.

Videre benytter man også nøkkelbrikker på Solfjellshøgda helsehus. Nøkkelbrikker til rom gjør at uvedkommende ikke kommer inn, i tillegg til at det også er en varslingsmulighet i nøkkelbrikkene som kan sende signal til de ansatte. På Solfjellshøgda skjer alle oppdateringene på det tekniske utstyret i løpet av natten. Det er også da det er færrest på jobb, men noen medarbeidere opplever dette som en risikofyllt og sårbar del av driften.

Solfjellshøgda et av de helsehusene som benytter varsling ved hjelp av trykk på skjerm/knapp. Medarbeidere og ledere ved helsehuset opplever at dette fungerer for en del av brukergruppene, og at styrkene ved en slik løsning er at man kan varsle uavhengig av hvor man befinner seg - i motsetning til for eksempel tradisjonell varsling via snor. Likevel påpekes det at systemet har sine utfordringer og at det til enhver tid kun er rundt halvparten av pasientgruppen som forstår hvordan de skal benytte seg av varslingssystemet. Det fremheves at svært syke pasienter har problemer med dette og at dette særskilt gjelder kognitiv svikt, ikke teknologien i seg selv. Samtidig skal man ikke undervurdere at eldre pasienter ikke har den samme erfaringen med moderne teknologiske løsninger, som for eksempel smartklokker. Slike utfordringer knyttet til teknologibruk på tvers av pasientgrupper påpekes av flere utenom Solfjellshøgda helsehus. Generelt ytrer både medarbeidere og ledere at de er positive til ny teknologi, men poengterer at det må tilpasses de pasientgruppene og behov som eksisterer.

I motsetning til Solfjellshøgda helsehus, benytter **Solvang, Lilleborg** og **Ullern helsehus** tradisjonelle ringeanlegg ved hjelp av snor. På Lilleborg helsehus valgte man å gå tilbake til snor fra et helelektronisk system. Ansatte uttrykker at det fungerer bedre med det gamle systemet da både ansatte og pasienter er

²⁶ Digitalt tilsyn testes foreløpig ut på Ahus.

vant med det. I intervju med ledelsen ved SYE påpekes det imidlertid at anlegg både på Solvang, Lilleborg og Ullern skal oppgraderes, siden dagens løsning ikke er god nok.

I intervjuene blir det fortalt at hos samtlige helsehus finnes det ikke skriftlige rutiner på responstid. Imidlertid påpekes det at ansatte skal følge opp pasienter raskest mulig, og at situasjoner hvor responstiden er lang i stor grad skyldes pasientgrupper og kapasitet, ikke valg av teknologiske løsninger.

Når det gjelder bruk av medisinsk teknisk utstyr opplever ansatte ved flere av helsehusene at det tar tid å få nytt utstyr. Medarbeidere påpeker at det i flere tilfeller er underskudd på medisinsk utstyr og at man i noen tilfeller ikke har utstyr til å ta imot pasienter med spesifikke behov. Medarbeidere nevner også at man kjøper utstyr som ikke er kompatibelt, for eksempel madrasser og senger, og at man da må skrive avvik for å få det rettet opp. Noen beskriver at de "føler det må gå galt før en får det man trenger" og at det i noen tilfeller at følte ut "som en kamp" å få tilrettelagt utstyr som for eksempel trykkavlastende madrasser til sårpasienter.

I kapittel 3.4 beskrives avvikene ved de ulike helsehusene. Som det fremkommer av datagrunnlaget er tilgang på utstyr en av de vanligste grunnene til avvik ved tre av fire helsehus. På Ullern helsehus kommer det også frem fra intervjuene at man har fem år gamle takheiser hvor batteriene er dårlige. Helsehuset fikk byttet halvparten før jul, men må vente til sommeren for å bytte resten da man ikke har råd til å bytte alle batteriene samtidig. Av avdelingslederne forklares ventetid blant annet ved at man budsjetterer ett år i forveien, og når behov oppstår underveis i budsjettåret lar det seg ikke løse fortløpende. Det blir også trukket frem at det kun er satt av én ressurs i hele Sykehjemsetaten som reparerer utstyr og dette oppleves som lite hensiktsmessig.

Vurderinger

E1: Fordelingen av korttidsplasser, avlastningsplasser, rehabiliteringsplasser og spesialplasser ved det enkelte helsehus oppleves som hensiktsmessig

Gjennomgangen viser at Oslo kommune i all hovedsak har samlet både korttidsplasser og rehabiliteringsplasser ved hver avdeling ved alle helsehusene. Dette skiller seg fra Bergen og Trondheim, der hver avdeling primært består av én type plasser (se kap 3.5). Lærdom fra Bergen og Trondheim er at spesialiserte avdelinger blant annet gir mulighet til å sammenstille de riktige bemanningsgruppene etter pasientbehov. I Oslo blir det vanskelig å justere bemanning og kompetansegrupper på hver avdeling, i og med at både korttid- og rehabiliteringsplasser for det meste er lagt til samme avdeling ved alle helsehusene. Styrken ved dagens system i Oslo er imidlertid at det gir mulighet for en geografisk nærhet, noe som verdsettes høyt av pasienter og pårørende.

Grunnen til at plassene ved helsehusene i liten grad er differensierte skyldes delvis dagens bestillingssystem. Både ansatte ved helsehusene og representanter fra bydelene opplever at bestillingssystemet ikke er fleksibelt nok, og at det gir insentiv for ordinære forhåndsbestilte plasser fremfor spesialplasser da dette gir mest for pengene. Dette gir en liten mulighet til endring etter faktiske pasientbehov underveis i året. Videre uttrykker medarbeidere ved helsehusene at spesialiserte avdelinger tilsynelatende ekskluderer mer krevende pasientgrupper fordi de ikke oppfyller kriteriene som er blitt satt for spesialplassene. Dette resulterer i at disse pasientgruppene flyttes på ordinære plasser, noe som kan føre til et utfordrende miljø med en uheldig pasientsammensetning på de ulike avdelingene/helsehusene. For pasienter og pårørende er feilplassering en ekstra belastning i en usikker situasjon, i en overgang fra behandling på sykehus til de for eksempel skal hjem igjen. Dette forsterker inntrykket av at kravene for

spesialplasser er vanskelig å imøtekomme og at systemet fremmer ordinære plasser.

Oppsummert er det PwC sin vurdering at dagens fordeling av korttidsplasser, avlastningsplasser, rehabiliteringsplasser og spesialplasser ved det enkelte helsehus fremstår som lite differensiert og oppleves som lite hensiktsmessig på tvers av behandlingsskjeden. Det er grunnlag for å hevde at bestillingssystemet er lite fleksibelt og at kravene for spesialplasser fremstår rigide.

E2: Bygningsmessige planløsninger (f.eks antall og typer rom, beliggenhet og avstander) er tilpasset pasientenes og de ansattes behov

Observasjoner av den bygningsmessige planløsningen viser at Lilleborg skiller seg ut som et mindre helsehus med små rom og sentralisert vaktrom. For de andre helsehusene vektlegges lange avstander og lite hensiktsmessig innretning som en utfordring i hverdagen. For enkelte pasientgrupper og pårørende, slik som pasienter med kognitiv svikt, vil slike bygg kunne oppleves lite oversiktlige. Spesielt blir det trukket frem at fysisk innretning ved Solfjellshøgda og Ullern helsehus i mindre grad er egnet for pasientgruppen. Den bygningsmessige planløsningen ved disse helsehusene virker å være innrettet for langtidsopphold. Dette har sammenheng med at Husbanken stiller krav til den bygningsmessige innretningen (rom og funksjon) i forbindelse med investeringstilskudd som Husbanken forvalter.

For de ansatte er konsekvensen av Husbankens innretning at det blir vanskeligere å jobbe på tvers, blant annet på grunn av dårligere oversikt over pasienter og avstand mellom løpende aktiviteter og oppgaver. For små rom, slik som på Lilleborg helsehus, skaper også utfordringer for de ansatte og pasientene. Utfordringene er særlig knyttet til at bruk av sentrale hjelpemidler, som for eksempel passiv og aktiv heis, rullestoler etc, vanskelig lar seg gjennomføre på rommene.

Samlet sett er det PwC sin vurdering at de bygningsmessige planløsningene på de ulike helsehusene i liten grad er tilpasset brukernes (både pasientenes og de ansattes) behov. Slik sett er det grunn til å stille spørsmål om hvor hensiktsmessig Husbanken krav til den bygningsmessige innretningen er. PwCs vurdering er at det uheldig at det ikke finnes egne krav til en brukervennlig (pasienter og ansatte) bygningsmessig innretning av institusjoner som skal benyttes til korttidsopphold.

E3: Relevant teknologi og medisinsk teknisk utstyr er tatt i bruk, og er tilpasset helsehusenes behov (pasienter og ansatte)

PwC sin gjennomgang viser at flere av helsehusene benytter seg av teknologi, men i varierende grad. Solfjellshøgda ligger i front hva gjelder teknisk bruk.

Observasjoner viser også at teknologiske løsninger vil kunne gi gevinster i form av fleksibilitet og effektivisering. Samtidig er PwC sin vurdering at implementeringen av teknologiske løsninger på helsehusene i dag i mindre grad har tatt høyde for pasientenes og de ansattes behov. Sett i lys av observasjonene, kan det virke som om man har vært teknologioptimistisk i forbindelse med implementeringen av blant annet signalanlegg og ringesystem. Dette skyldes at en stor andel av pasientene ikke klarer å benytte seg av teknologien. Pasientgruppen har endret seg, og man har i større grad pasienter med kognitiv svikt eller andre utfordringer som vanskeliggjør bruken av enkle tekniske hjelpemidler. Ved Lilleborg helsehus har man for eksempel gått fra et moderne anlegg tilbake til et tradisjonelt ringeanlegg med snor. Ansatte opplever at dette byr på færre utfordringer og at det i større grad kan benyttes av pasientgruppen. Årsaken er at de ansatte opplever at det tradisjonelle ringeanlegget er synligere og dermed enklere å håndtere når pasientene har behov for bistand.

Videre viser gjennomgangen at bestillingssystemet for medisinsk teknisk utstyr er tidkrevende. I tillegg er medisinsk teknisk utstyr kostbart for helsehusene. Avdelingsledere forklarer at det er lite fleksibilitet i løpet av et budsjettår til å løse løpende behov. Resultatet er at man i flere tilfeller opplever å ha underskudd på medisinsk teknisk utstyr. PwCs vurdering er derfor at det kan være en risiko for at helsehusene ikke har tilstrekkelig medisinsk teknisk utstyr til å utøve pasientbehandlinger på en tilfredsstillende måte.

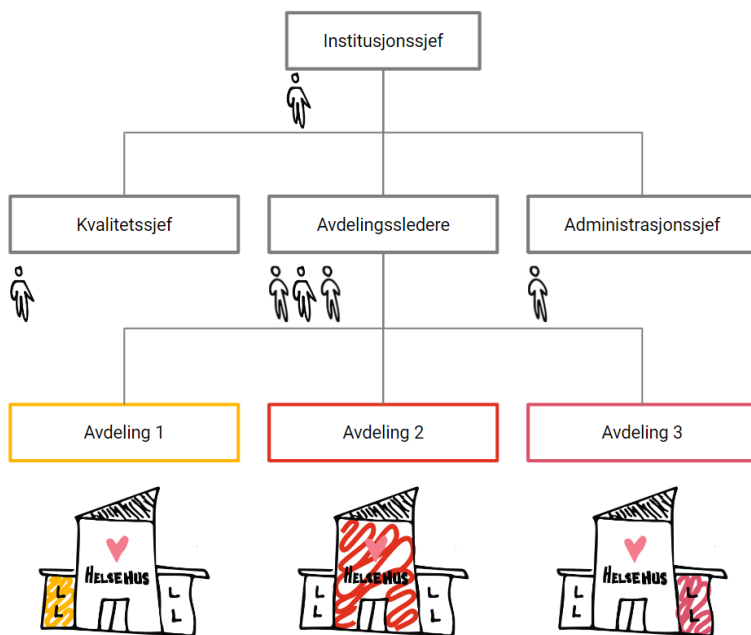
4.2 Ledelse

Observasjoner

Ledernes roller og ansvar

God ledelse er en kombinasjon av lederkompetanse og kompetanse innenfor det fagområdet som ledelsen utøves for.

Ledelsen på helsehusene består i dag av institusjonssjef, administrasjonssjef, kvalitetssjef og avdelingsledere.



Figur 4.1: Ledelseshierarkiet ved helsehusene

Institusjonssjef er helsehusets øverste leder og har overordnet personal- og budsjettansvar for helsehuset.²⁷ Vedkommende er ansvarlig for å fremme og gjennomføre kontinuerlige forbedringer, og at kvalitetsarbeidet utøves i overensstemmelse med etatens strategier og mål.

Kvalitetssjef, administrasjonssjef og avdelingslederne sitter i institusjonssjefens ledergruppe. Stillingstypene administrasjonssjef og kvalitetssjef ble innført i 2018 i forbindelse med etablering av ny

²⁷ Stillingsbeskrivelse Institusjonssjef

organisasjonsmodell for helsehusene. Formålet med å innføre stillingene var å heve fag og kvalitet ved helsehusene.²⁸

Kvalitetssjefen ivaretar den faglige ledelsen på helsehusene, og er institusjonsleders forlengede arm i arbeidet med kvalitet.²⁹ Vedkommende er ansvarlig for å gjennomføre og planlegge kvalitetsforbedring ved helsehusene.³⁰ Dette innebærer å iverksette forbedringsarbeid lokalt ved å blant annet implementere, koordinere og styre prosesser. I tillegg har kvalitetssjefen ansvar for at faggruppene arbeider tverrfaglig, samt å støtte fagansvarlig i arbeidet med systematisk kompetanseutvikling og kvalitetsforbedring.

Administrasjonssjef er ansvarlig for å lede og utvikle driften av administrasjonen.³¹ Dette innebærer blant annet ansvar for bygningsmessige forhold og medansvar for institusjonens plan- og utviklingsarbeid, samt budsjettarbeid og økonomioppfølging.

Avdelingslederne er ansvarlig for fag-, økonomi- og personaloppfølging innenfor sine avdelinger.³² Avdelingslederne rapporterer direkte til institusjonssjef og er sidestilling kvalitetssjef og administrasjonssjef. Til stillingen ligger blant annet et ansvar for å utarbeide og videreutvikle kvalitetsarbeidet på helsehusene, utarbeide kompetanseplaner for medarbeidere for å sikre riktig kompetansebeholdning og ressursutnyttelse samt utarbeide, forvalte og videreutvikle systemer for å sikre beboernes og pårørendes rettigheter og interesser blir ivarettatt. Avdelingslederne skal veilede og informere pasienter, pårørende, kolleger og medarbeidere.

Hvordan oppleves fordelingen av roller og ansvar?

Ansatte på helsehusene har i intervju med PwC påpekt at det mangler en felles forståelse av kvalitetssjef og administrasjonssjef sitt ansvar sett i sammenheng med avdelingslederne. Ved flere helsehus har det eksistert ulike forståelser av rollene, med én forståelse blant institusjonssjef, kvalitetssjef og administrasjonssjef på den ene siden, og en annen blant avdelingsledere og medarbeidere.

Kontrollspenn omfatter både lederens personalansvar og omfanget av arbeidsoppgaver som knyttes til lederrollen, herunder oppgaver som er tilknyttet administrasjon og virksomhetsstyring. Lederne ved helsehusene opplever kontrollspennet sitt ulikt. Institusjonssjefene, kvalitetssjefene og administrasjonssjefene på helsehusene beskriver at deres kontrollspenn er håndterbart. Deres personalansvar er også avgrenset til relativt få medarbeidere. Avdelingslederne opplever at de har et for stort kontrollspenn. Avdelingslederne beskriver en arbeidshverdag med mange administrative/merkantile oppgaver, som går på bekostning av tid til fag- og personaloppfølging i avdelingene. Avdelingslederne oppgir selv også at de har såpass mange oppgaver at de kun kan utføre reaktiv ledelse, og at det er vanskelig å være proaktiv når oppgavene oppleves større enn tilgjengelig tid.

Avdelingslederne skal blant annet utarbeide ansettelseskontrakter, vurdere ansiennitet, lage inntektsmeldinger til NAV, avslutte ansatteforhold, leie inn personell, gi tilgang til digitale systemer mv. Avdelingslederne deler også en opplevelse av at andel merkantile oppgaver har økt over tid, samtidig

²⁸ Oslo kommune. Byrådssak 109/21 om tilbud ved helsehusene. Kommunerevisjonen. Rapport 6/2023. [Helsehus i Oslo - bemanning og kompetanse](#).

²⁹ Oslo kommune. Byrådssak 109/21 om tilbud ved helsehusene. Kommunerevisjonen. Rapport 6/2023. [Helsehus i Oslo - bemanning og kompetanse](#).

³⁰ Stillingsbeskrivelse Kvalitetssjef

³¹ Stillingsbeskrivelse Administrasjonssjef

³² Hver avdelingsleder har i gjennomsnitt ansvar for 40-45 medarbeidere, fordelt på rundt 30 årsverk.

som en mer kompleks pasientgruppe stiller høyere krav til faglig oppfølging. Institusjonssjef, kvalitetssjef og administrasjonssjef på samtlige helsehus har i intervju stilt seg bak avdelingsledernes opplevelser.

Kompetansekrav blant ledere på helsehusene

Kvalifikasjons- og utdanningskrav for ledelsen ved helsehusene fremgår av den enkeltes stillingsbeskrivelse. Det er for alle lederstillinger, bortsett fra kvalitetssjef, stilt krav til formalkompetanse innen “administrasjon og økonomi” eller “ledelse og økonomi”. For stillingen kvalitetssjef er det stilt krav om sykepleierfaglig eller medisinskfaglig utdanning. Tabellen nedenfor oppsummerer vesentlige kvalifikasjonskrav og utdanningskrav.

Tabell 4.1: Oversikt over stilling, kvalifikasjonskrav og utdanningskrav

Stilling	Kvalifikasjonskrav	Utdanningskrav
Institusjonssjef	Minimum 2-5 års erfaring fra stilling som leder Kunnskap om budsjettprosesser og økonomisk styring Kunnskap om og erfaring fra endrings- og omstillingsarbeid Kunnskap og erfaring om beboergruppen	Relevant utdanning på høyskole- eller universitetsnivå Minimum 60 studiepoeng i ledelse og økonomi
Kvalitetssjef	Innsikt i endrings- og omstillingsarbeid Erfaring fra kvalitetsledelse Inneha høy digital kompetanse og erfaring med velferdsteknologi og e-helse	Sykepleierfaglig eller medisinskfaglig utdanning på høyskole/universitetsnivå (master)
Administrasjonssjef	Solid erfaring og dokumenterbare resultater fra administrasjon og drift Inneha digital kompetanse og erfaring fra utvikling og digitalisering av drifts- og administrasjonsoppgaver God økonomi- og regnskapsforståelse Dokumenterbare resultater som leder med gjennomføringsevne	Høyere utdanning innen administrasjon og økonomi (fortrinnsvis master)
Avdelingsleder	Fortrinnsvis erfaring fra tilsvarende stilling Erfaring fra endrings- og omstillingsarbeid God kjennskap til lov- og avtaleverk – herunder arbeidstid og ansettelse i arbeidsmiljøloven Evne til god økonomisk styring og kunnskap om budsjettprosesser	Norsk autorisasjon som sykepleier, minimum 60 studiepoeng videreutdanning i ledelse og økonomi

Ansatte i lederrollene institusjonssjef, kvalitetssjef og administrasjonssjef har i intervju fortalt at de opplever at de har tilstrekkelig kompetanse til å utøve sin rolle. Disse lederrollene er i dag besatt av ansatte med mastergrad innenfor relevante fagdisipliner. Flere i nevnte lederroller påpeker imidlertid at de ikke er gitt opplæring i sin rolle, og at det er krevende å legge til rette for egen kompetansebygging. Det er satt i gang flere initiativ til faglige grupper og nettverk for ledere på tvers av helsehusene.

Avdelingslederne er mer delt i sine tilbakemeldinger. De fleste opplever at de er kvalifisert for å utøve fag- og personaloppfølging, men at de mangler tilstrekkelig kompetanse til å utføre en del av de merkantile oppgavene. Avdelingsledere opplever, som de øvrige lederrollene, at det i liten grad er lagt til rette for at de får utviklet sin kompetanse.

Mestrings- og samarbeidsklimaet ved helsehusene

Et godt mestrings- og samarbeidsklima er et viktig utgangspunkt for å kunne levere tjenester på høyt nivå. Samarbeidsklimaet gjelder mellom ansatte uavhengig av faglig bakgrunn og på tvers av helsehusenes avdelinger. Et godt samarbeidsklima vil gjøre det lettere å avlaste hverandre i den daglige driften eller til å utvikle og tilpasse tjenestene pasientenes behov.

Som nevnt i kapittel 3.3 har Solfjellshøgda og Solvang tilnærmet lik bemanningssammensetning, med en tredeling mellom sykepleiere, helsefagarbeidere og andre medarbeidere. Ullern helsehus har noe færre sykepleierårsverk, men noe flere helsefagarbeiderårsverk, mens Lilleborg helsehus ligger lavest i bemanning av sykepleiere og helsefagarbeidere. Lilleborg har imidlertid høyere andel medarbeidere med annen helsefaglig kompetanse, primært ergo- og fysioterapeuter og leger.

På 10-faktorundersøkelsen avdekkes blant annet kompetansemobilisering, rolleklarhet, fleksibilitetsvilje, mestringsklima og prososial motivasjon.³³ Disse faktorene kan gi indikasjoner på generelle trekk ved mestrings- og samarbeidsklimaet ved helsehusene. Tabell 4.2 gir en oversikt over disse utvalgte faktorene og hvordan de ulike helsehusene scoret i 2020.

Tabell 4.2: Oversikt over utvalgte faktorer og score for 2020

Faktor	Lilleborg	Solfjellshøgda	Solvang	Ullern
Kompetansemobilisering	4.3	4.1	4.1	4.3
Mestringsorientert ledelse	4,1	3,8	3,3	4,3
Rolleklarhet	4.5	4.2	4.2	4.3
Fleksibilitetsvilje	4.4	4.4	4.3	4.3
Mestringsklima	3.9	3.9	3.9	4.0
Prososial motivasjon	4.6	4.7	4.5	4.6

Som vist i tabellen, scorer alle helsehusene relativt godt på samtlige av de ovennevnte faktorene i undersøkelsen. Generelt scorer samtlige helsehus best på rolleklarhet, fleksibilitetsvilje, og prososial motivasjon. Samtlige helsehus scorer faktoren mestringsklima dårligst av de 5 faktorene, mens Solfjellshøgda og Solvang har en noe lavere score på faktoren Mestringsorientert ledelse enn de to andre helsehusene.

I intervju med medarbeidere og ledere ved de ulike helsehusene kommer det frem at de fleste setter pris på samhold og samarbeid, også på tvers av fagmiljø, men at det er ulik oppfattelse av dagens situasjon.

³³ For nærmere beskrivelse, se kapittel 2.1.

Noen medarbeidere påpeker at de opplever et godt samarbeid mellom fagmiljøer og at hverdagen preges av et trygt og stabilt arbeidsmiljø. En gruppe faste medarbeidere som har jobbet lenge sammen, løftes frem som en av grunnene til det gode arbeidsmiljøet. Videre påpeker noen avdelingslederne at man har en god arbeidskultur med tydelig rolle- og ansvarsfordeling. Det er kultur for å etterleve rutiner og det er åpenhet for å be om hjelp.

Flere medarbeidere og avdelingsledere løfter imidlertid frem at det er vanskeligere å samarbeide på tvers av avdelinger, og at tverrfaglig samarbeid først og fremst skjer innad i egen avdeling. De beskriver at det er liten vilje til å flytte mellom avdelinger. Flere løfter frem at dette i større grad løses når det er behov for ressurser på tvers av avdelinger, som for eksempel ved en hektisk sommeravvikling eller på kveldstid. Avdelingsledere løfter også frem at man under ekstra press, slik som covid-pandemien, ble nødt til å jobbe på kryss og tvers i større grad enn før. Erfaringen fra dette var at organisasjonen har evne og vilje til å jobbe på nye og andre måter når det trengs.

Noen medarbeidere påpeker også at det i tilfeller kan være utfordrende å samarbeide tverrfaglig og at det i enkelte tilfeller oppstår uenigheter om hvilke oppgaver som tilfaller hvem. Enkelte opplever også at det oppstår grupperinger på grunnlag av kompetanse, og at det skapes en sterk gruppekultur med de man deler fagfelt med. Grunnene til at slike grupperinger oppstår forklares blant annet med at noen kompetansegrupper er i mindretall og dermed også holder tettere sammen.

Vurderinger

E4: Ledelsesstrukturen ved helsehusene er hensiktsmessig. Kontrollspennet er håndterbart.

Gjennomgangen av observasjoner viser at hvert helsehus overordnet sett har samme ledelsesstruktur, med en institusjonssjef, administrasjonssjef, kvalitetssjef og avdelingsledere.

Kvalitetssjef, administrasjonssjef og avdelingslederne sitter i institusjonssjefens ledergruppe. Stillingstypene administrasjonssjef og kvalitetssjef ble innført i 2018 i forbindelse med etablering av ny organisasjonsmodell for helsehusene. Formålet med å innføre stillingene var å heve fag og kvalitet ved helsehusene. Selv om det er fem år siden innføringen av de to nye stillingstypene, viser PwCs observasjoner at de ansatte ikke har en felles forståelse av deres ansvarsområder, spesielt sett sammen med avdelingsledernes ansvarsområder. Ved flere helsehus har det eksistert ulike forståelser av rollene. Det registreres at det gjennomgående er en egen forståelse blant institusjonssjef, kvalitetssjef og administrasjonssjef, og en annen blant avdelingsledere og medarbeidere. At de ansatte ikke forstår hva de ulike lederrollene har for ansvar, gir grunn til å stille spørsmål ved hvorvidt ledelsesstrukturen har lyktes i å løse de utfordringer de var tiltenkt. Selv om strukturen muligens ivaretar de oppgaver som var tiltenkt, er det en svakhet ved strukturen når de ansatte ikke deler denne forståelsen. Dette kan svekke tilliten til ledelsen.

PwC sin vurdering er at roller og ansvar mellom de ulike lederstillingene synes å være uavklarte. Videre er PwCs vurdering at kontrollspennet på avdelingsnivå er for stort, noe både avdelingslederne selv, men også medarbeidere forteller. Slik sett fremstår kontrollspennet som ikke-håndterbart. Avdelingslederne har ansvar for en rekke ulike fagområder som skal løse mer komplekse oppgaver enn tidligere. Fagansvaret har derfor blitt mer krevende. I tillegg har de også blitt tildelt flere administrative oppgaver. Og de erfarer selv at disse øker i mengde. Samtidig opplever stort sett institusjonssjefene, kvalitetssjefene og administrasjonssjefene på helsehusene at deres kontrollspenn er håndterbart.

E5: Ledelsen har riktig kompetanse for å utføre sine oppgaver på en god måte og oppgavene er hensiktsmessig delegert.

Gjennomgangen viser at ansatte i lederrollene institusjonssjef, kvalitetssjef og administrasjonssjef i stor grad opplever at de har tilstrekkelig kompetanse til å utøve sin rolle. Samtidig viser PwCs observasjoner at det ikke er lagt til rette for opplæring for nye i disse lederstillingene. Dette oppleves som utfordrende for enkelte ledere. PwC sin vurdering er at dette kan øke risikoen for at nye ledere bruker tid og ressurser på å tilegne seg Oslo kommunes krav, systemer og oppgaver på eget initiativ. Videre tyder funn på at det er krevende å prioritere kompetanseutvikling for disse stillingstypene. Det finnes flere initiativ for ledere på tvers av helsehusene som har som formål å bygge nettverk og fagmiljø. Det er imidlertid ikke sikkert at lederne opplever at det er rom for å prioritere slike initiativ i hverdagen, eller at mulighetene for å benytte seg av slike tilbud er godt nok kommunisert. Samtidig er det grunn til å tro at det forventes at ledere på dette nivået også tar eget initiativ til egen kompetanseutvikling.

Som det kommer fram i kompetansekravene, krever man minimum 2-5 års erfaring for institusjonslederne. Selv om det ikke er tilgjengelig data på den faktiske kompetansen de ulike lederne innehar, er PwCs vurdering at disse kravene fremstår som lave sett i lys av kompleksiteten til virksomhetene de skal lede. Imidlertid kan dette være et strategisk krav for å sikre at søkermengden har tilstrekkelig størrelse. Kompetansekravene indikerer at det kan være hensiktsmessig å prioritere opplæring og kompetansebygging blant ledere på kort og mellomlang sikt.

Som PwCs observasjoner viser, er ansvaret for personale, fag og økonomi i stor grad lagt på avdelingslederne ved helsehusene. Basert på avdelingsledernes opplevelser, ser de merkantile oppgavene ut til å utgjøre en større andel av arbeidsoppgavene enn tidligere. De fleste avdelingslederne opplever at de er kvalifisert for å utøve fag- og personaloppfølging, men at de mangler tilstrekkelig kompetanse til å utføre en del av disse merkantile oppgavene. Når en ser dette i sammenheng med at pasientgruppen har blitt mer sammensatt og kompleks, har kontrollspennet de siste årene vokst. I sum betyr dette at det er blitt mer krevende for avdelingslederne å utføre sine oppgaver enn tidligere. Opplevelsene til avdelingslederne bekreftes i stor grad av den øvrige ledelse og av de medarbeiderne som avdelingslederne har ansvar for. Slik sett er det grunn til å anta at utfordringene knyttet til avdelingsledernes lederspenn stemmer.

Samlet sett er det PwC sin vurdering at enkelte oppgaver er fordelt på en lite hensiktsmessig måte. Denne utfordringen gjelder i stor grad for avdelingsledere, som ifølge PwCs funn har en krevende arbeidshverdag med høyt arbeidspress og et stort spenn i sine oppgaver. Datagrunnlaget PwC har tilgjengelig muliggjør imidlertid ikke analyser av den faktiske arbeidsbelastningen til de ulike avdelingslederne.

PwCs inntrykk er at sammensetningen av oppgaver stiller andre krav til kompetanse enn det stillingstypen avdelingsleder er besatt med i dag. Dette betyr ikke at avdelingslederne innehar feil kompetanse. Slik PwC vurderer, er helsefaglig kompetanse tvert imot svært viktig i disse stillingstypene. Spørsmålet er heller hvorvidt man kan fordele oppgaver blant lederstillingene på en bedre måte. Spesielt er det muligheter for at de merkantile oppgavene kan delegeres til andre, eller at det opprettes egne stillinger som kan ta over disse og således avlaste avdelingslederne.

Basert på PwC sine observasjoner bør man gjøre en ny vurdering av oppgavefordelingen gitt kompetanse og arbeidsbelastning for de ulike lederstillingene. Gitt at helsehusene tar i mot en mer kompleks og

krevende pasientgruppe enn tidligere, og at denne utviklingen trolig vil gjelde for tiden fremover (jf. kapittel 3.3), blir dette enda viktigere for at helsehusene skal kunne ivareta sine oppgaver på best mulig måte også i tiden som kommer.

E7: Mestrings- og samarbeidsklimaet ved helsehusene fungerer godt.

Gjennomgangen viser at mestrings- og samarbeidsklimaet i stor grad fungerer godt mellom medarbeidere innad på avdelingene, ved helsehusene. Dette gjelder også samarbeid mellom ulike faggrupper. Flere opplever imidlertid at noen faggrupper bygger en sterk gruppekultur som i mindre grad inkluderer de andre fagområdene. Dette bidrar til å skape en avstand mellom enkelte faggrupper.

Funnene tilsier videre at det er mindre attraktivt å arbeide på tvers av avdelinger enn innad i egen avdeling. Samtidig viser gjennomgangen at dette i større grad lar seg gjøre når det er krevende å få ressursallokeringen til å gå opp, som for eksempel under pandemien. Dette viser at det er et potensial for økt samarbeid på tvers av avdelinger enn det som observasjonene tilsier at gjøres i dag. I dag observeres en kultur der medarbeidere i større grad trives på egen avdeling. Det er grunn til å anta at dette skyldes trygghet i arbeidsprosessene, både fordi kollegaene og pasientgruppene er kjente. Kontinuitet og trygghet skaper trivsel og tilhørighet, men ser også ut til å gjøre samarbeid enklere å gjennomføre. Dette skaper også forutsigbarhet for pasientene. Det er grunn til å tro at enkelte pasientgrupper har større behov for trygghet og forutsigbarhet, som for eksempel pasienter med kognitiv svikt. Til sammen styrker dette derfor kvaliteten i tilbudet. Imidlertid er det viktig at helsehusene ivaretar en viss mulighet for å jobbe på tvers siden dette vil øke fleksibiliteten til å styrke bemanningen ved behov.

Ifølge 10-faktor undersøkelsen opplever ansatte ved helsehusene i mindre grad et sterkt mestringsklima på arbeidsplassen, sammenlignet med de andre utvalgte faktorene. Som vist, scorer samtlige helsehus faktoren mestringsklima dårligst av de 5 faktorene. Solfjellshøgda og Solvang har videre en noe lavere score på faktoren Mestringsorientert ledelse enn de to andre helsehusene. I et mestringsklima motiveres medarbeiderne av å lære, utvikle seg og gjøre hverandre gode, fremfor å rivalisere om å bli best. De kvalitative dataene avdekker ikke hvorfor dette scores lavere, men 10-faktorundersøkelsen avdekker at det er et forbedringspotensial.

PwC sin vurdering er at helsehusene bør arbeide systematisk med å etablere innsikt og kunnskap om mestringsklimaet og ansattes behov, for på den måten å utnytte potensialet på best mulig måte.

4.3 Bemanning og kompetanse

Observasjoner

Pleie- og bemanningsfaktor sammenlignet med Bergen og Trondheim

Den kvantitative analysen i kapittel 3.5 viser at det er noe variasjon i pleie- og bemanningsfaktorer mellom kommunene. Oslo kommune har tilnærmet lik bemanning per plass ved helsehusene, som helsehusene i Trondheim, og fordelingen av ansatte med ulik kompetanse er også relativt lik. Antall årsverk per helsehusplass i Oslo er høyere enn i Bergen, som blant annet skyldes lavere dekning av fysio- og ergoteraputer per helsehusplass i Bergen. Oslo kommune har flyttet flere servicefunksjoner og merkantile oppgaver ut av oppgavene til pleiepersonell. Kommunen har også få assistenter som del av pleien. Disse er erstattet av serviceverter, som er ansatte uten helsefaglig kompetanse.

Faktisk bemanning og kompetanse sammenlignet med planlagt nivå

Den kvantitative analysen som er beskrevet i kapittel 3.3 viser at alle de fire helsehusene planlegger for lavere bemanning i helgene enn på hverdagene. Forskjellen er størst for Lilleborg Helsehus og Solvang Helsehus. I helgene planlegges det for at andelen helsefagarbeidere er større i helgene enn i hverdagen.

Ved **Lilleborg** helsehus var faktisk bemanning om lag 15 prosent lavere enn planlagt i helgene for den undersøkte perioden. Det var særlig bemanning av helsefagarbeidere som var lavere enn planlagt.

Ved **Solfjellshøgda** helsehus var faktisk utført bemanning noe høyere enn planlagt både på hverdagene og i helgene. På hverdagene var det høyere dekning av fagkompetanse enn det som ligger i bemanningsplanen, som følge av vikarinnleie.

Ved **Solvang** helsehus var faktisk bemanning var noe lavere enn planlagt i helgene for den undersøkte perioden. Det var særlig bemanning av sykepleiere som var lavere enn planlagt. I helgene ser dette fraværet ut til å bli delvis erstattet av assistenter.

Ved **Ullern** helsehus var faktisk bemanning om lag 40 prosent høyere enn planlagt bemanning på hverdager, og 25 prosent høyere i helgene. Vikarer brukes for å dekke inn ressursbehovet til særlig ressurskrevende brukere.

For den analyserte perioden viser datagrunnlaget at planlagt og faktisk bemanning er lik for sykepleiere på hverdager for samtlige helsehus. Dette gjøres ved bruk av vikarer med sykepleiefaglig kompetanse. For helsefagarbeidere er det tilsvarende, men på Lilleborg og Solvang helsehus benyttes også assistenter som vikarer. Dette er som regel personer med kompetanse innen helse i den form at de er studenter (leger, sykepleiere etc).

For Solfjellshøgda og Ullern helsehus er faktisk bemanning for helsefagarbeidere høyere enn planlagt. Økningen gjøres med bruk av vikarer og assistenter. En forklaring som det pekes på i intervjuene til at faktisk bemanning er større enn planlagt bemanning er at helsehusene tilpasser seg pasientgruppen for den perioden som datagrunnlaget bygger på. For eksempel opplevde Ullern helsehus at bemanningen måtte økes for å kunne møte behandlingsbehovet til pasientene. Pasientene hadde i den perioden mer komplekse og sammensatte helseutfordringer enn det planlagt bemanning var innrettet for. Det er satt av egne midler i helsehusenes budsjetter for å finansiere ekstra bemanning for ressurskrevende brukere. Denne bemanningen er imidlertid ikke en del av grunnbemanningen, men helsehusene leier inn vikarer for å ivareta ressurskrevende brukere ved behov. Dette kan forklare hvorfor den faktiske bemanningen er høyere enn den planlagte.

Hvordan oppleves planlagt bemanning og kompetansesammensetning ved helsehusene?

I intervjuene med medarbeiderne og dels avdelingslederne ved helsehusene gis det uttrykk for at helsehusene bemannes som et tradisjonelt langtidshjem, og ikke et helsehus med de pasientgruppene som er på helsehusene i dag. Bemanningsfaktoren oppleves ikke relevant for sammensetningen av pasientene, noe flere opplever bidrar til å svekke tilbudet ved sitt helsehus. Enkelte opplever at dette forsterker seg når vikarene ikke har den tilsvarende kompetansen som fast ansatte eller kjennskapet til arbeidsplassen som de skal være vikarer på.

I intervjuene med ledelsen og representanter fra avdeling for helsehus ved SYE, uttrykkes det også bekymring for bruken av vikarer. En av utfordringene SYE peker på er språkutfordringer. Dette gjelder både faste medarbeidere og vikarer. Språk kan være en barriere som svekker den viktige kommunikasjonen mellom personell og pasienter. I intervjuene med pasienter og pårørende er det mange som trekker frem at norskferdighetene er mangelfulle blant medarbeiderne. Per i dag har ikke SYE tilbud om språkkurs eller språkopplæring til medarbeidere og vikarer.

Når det gjelder bruken av vikarer henger det blant annet sammen med sykefraværet. I kapittel 3.3 omtales sykefraværet. Felles for de fire helsehusene er at sykefraværet holder seg relativt stabilt på rundt 10 prosent, med perioder med topper opp mot 15 prosent. Til sammenligning er sykefraværet på nasjonalt nivå i kommunene også på rundt 10 prosent innen helse- og omsorgstjenester.³⁴ Dette er tre prosentpoeng høyere enn landsgjennomsnittet for alle sektorer.

I intervjuene med helsehusene er det få av de ansatte som er bekymret for at vikarene ikke har rett helsefaglig kompetanse. Bekymringen dreier seg mer om at det er konkurranse om vikarene, og særlig etter covid-19 er dette blitt et mer synlig problem. Flere peker på sommeren med ferieavvikling som en utfordring siden ferieavviklingen løses blant annet med bruk av vikarer.

Et annet problem med utstrakt vikarbruk som trekkes frem i intervjuene er at selv om vikarene har rett faglig kompetanse, så svekkes den kulturelle og strukturelle forståelsen av hvordan behandlingen av pasientene skal utføres. Mange av de ansatte opplever at vikarene ikke har den samme erfaring med rutiner og rammevilkår for helsehusenes tjenester. I intervjuene kommer det frem at de ansatte opplever at vikarbruken legger beslag på ressurser som må drive med oppfølging og opplæring.

I intervjuene med avdelingslederne blir medarbeidernes opplevelser langt på vei bekreftet. Avdelingslederne er i tillegg opptatt av sammenhengen mellom bemanning og ankomst til helsehusene. Det finnes etablerte rutiner for ankomst ved de ulike helsehusene. Pasienter som ankommer helsehus skal bli mottatt av en sykepleier. Ved enkelte helsehus er det egen mottaksavdeling med mottakssykepleiere som står ansvarlig for dette. Deretter blir det tatt flere målinger og sammen med pasienten går man igjennom og fyller ut nødvendige rapporter.³⁵ Pasienter får også en velkomstbrosjyre og pårørende blir informert om at pasienten er kommet på plass.

Flere avdelingsledere opplever at det kommer relativt mange nye pasienter utenom kjernetid. Ankomst fredag ettermiddag/kveld er et eksempel på dette. Ifølge avdelingslederne er dette utfordrende. Siden bemanningen er lavere på kvelder og i helgene, og vikarbruken større, blir det vanskelig å ivareta pasientene i ankomstfasen. Dette blir bekreftet i intervjuene med medarbeidere og pårørende. Enkelte har opplevd at ankomstsamtalen som setter rammer for oppholdet først blir avholdt etter helgen.

Ved flertallet av helsehusavdelingene reduseres den planlagte bemanningen med 30 til 40 prosent fra dagvakt til helg, og antall sykepleiere på vakt reduseres de fleste steder med mellom 40 og 50 prosent. Reduksjonen forklares med at sykepleiere har flere oppgaver som ikke er direkte pasientrettede, og derfor er det ikke behov for like mange sykepleiere utenom kjernetiden. Imidlertid opplever ansatte denne innretningen som uheldig, og de påpeker at det er en arvet løsning fra langtidshjem.

³⁴ Se

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utfordringsbildet-og-mulighetsrommet-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/mulighetsrommet/hoyt-sykefravaer-i-tjenestene>

³⁵ Dette gjelder for eksempel målinger av vitale tegn, behov for medisinsk utstyr, gjennomgang av epikriser mm.

Felles for alle som er intervjuet, er at de opplever at det litt for ofte er utfordringer knyttet til for lav bemanning. Særlig i helgene er dette problematisk. Utfordringene her må sees i sammenheng med at helsehusene får en mer krevende pasientgruppe enn tidligere, som beskrevet i kapittel 3.3. Uavhengig av hvilken rolle man har, stiller man spørsmål om det er hensiktsmessig med å nedbemanne i helgene. Det stilles spørsmål om dette henger fra tidligere tider, da slik praksis fungerte bedre.

Ledelsen³⁶ ved helsehusene legger vekt på at de må styre innenfor de rammene de har. Dette innebærer å styre etter budsjett. Også ledelsen beskriver en situasjon hvor dette er utfordrende. Ved enkelte helsehus er det for eksempel periodevis for store avvik mellom planlagt og faktisk bemanning. Samtidig tas det grep når det er nødvendig. Dette innebærer å tilpasse bemanningen etter det løpende pleiebehovet. Dette innebærer å ha flere sykepleiere når det behov for det og færre når pleiebehovet er lavere.

Hvordan oppleves muligheten for å bygge fagmiljøer og kompetanse?

I intervjuene med ledelsen og medarbeidere i helsehusene pekes det på at turnoveren ved helsehusene gjør det vanskelig å bygge fagmiljø. Blant annet kommer det frem at helsehusene opplever at de mister de beste medarbeiderne. I kapittel 3.3. kommer det frem at helsehusene i snitt har en turnover på rundt 10 prosent for perioden 2018-2022, og fallende de siste årene. Gjennomsnittlig turnover i norske kommuner er 13 %.³⁷ For sykepleiere i kommunene på nasjonalt nivå er gjennomsnittlig turnover 13 prosent, mens for helsefagarbeidere er det noe lavere (rundt 11 prosent). Felles for både sykepleiere og helsefagarbeidere på nasjonalt nivå, er at turnover stiger, og da særlig gjennom covid.

En annen utfordring som kommer frem i intervjuene er rekruttering av fagpersonell. Et generelt inntrykk er at det er lave søkertall, og man er usikker på om man får de beste søkerne. Flere av avdelingslederne har opplevd at de kan innstille gode søkere, men så velger disse andre tilbud. Slik sett er det flere som kommenterer at helsehusene har sterk konkurranse med attraktive arbeidssteder som for eksempel helseforetakene.

Presentasjonene fra helsehusene under høringen 30. januar 2023 viser at de ansatte ved helsehusene har mulighet til å drive med kompetansebygging. Eksempel på dette er Lilleborg helsehus hvor flere tar masterutdanning innenfor sitt fag eller videreutdanning innen ledelse. For de andre helsehusene viser presentasjonen at det arbeides systematisk med kompetansebygging, men det varierer hvordan det løses.

I intervjuene med de ansatte er det imidlertid flere som etterspør bedre muligheter for kompetansebygging gjennom videreutdanning og etterutdanning. I intervjuene bekrefter ledelsen ved helsehusene at kompetansebygging er en utfordring, siden etterutdanning, kurs og lignende trekker ansatte ut av bemanningen. Slik sett opplever ledelsen at de må se kompetansebygging i sammenheng med en bemanning som allerede er strukket. Imidlertid jobber helsehusene systematisk med intern kompetansebygging og undervisning gjennom gruppeopplæring og individuell opplæring.

Som nevnt i kapittel 3.1, har bystyret vedtatt å avsette 175 millioner til et kompetansefond for ansatte i helse- og omsorgstjenestene. De ulike kompetansehevede tiltakene vil være formelle utdanninger for

³⁶ I intervjuene skilte vi mellom Institusjonssjef, kvalitetssjef og administrasjonssjef som en gruppe og avdelingsledere som en annen gruppe

³⁷ Kilde: <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/turnover/turnover-i-kommuner-og-fylkeskommuner/>

sykepleiere og helsefagarbeidere som kommunen har behov for, etter- og videreutdanning for ulike grupper helsepersonell, veier til fagbrev for ufaglærte samt andre relevante kurs.

Vurderinger

E8: Pleie- og bemanningsfaktor er på nivå med sammenlignbare institusjoner og avdelinger i andre kommuner (Bergen og Trondheim)

Sammenligningen av pleie- og bemanningsfaktor med Trondheim og Bergen kommuner viser at bemanning på helsehusene Oslo er på nivå med Trondheim, men noe høyere enn Bergen. Helsehusene i Oslo skiller seg mest fra de andre kommunene ved at en større del av bemanningen ligger utenfor pleien. Våren 2023 har flere av helsehusene innført serviceverter som skal ivareta oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse, og slik frigjøre kapasitet til helserelaterte arbeidsoppgaver for sykepleiere og helsefagarbeidere. Rapporteringen PwC har mottatt indikerer at disse rollene allerede var innført ved kartleggingstidspunktet i denne gjennomgangen. Både Oslo, Bergen og Trondheim har tilnærmet likt bemanningsnivå av sykepleiere og helsefagarbeidere, samt fysio- og ergoterapeuter utenfor pleien.

Samlet sett er PwCs vurdering at forskjellene i pleie- og bemanningsfaktoren på helsehusene har naturlige forklaringer gjennom ulik innretning av bemanningen. Dette gjør det vanskelig å lage en-til-en sammenligninger mellom de utvalgte kommunene. Imidlertid er det etter PwC sin vurdering få indikasjoner på at det er vesentlige forskjeller i pleie- og bemanningsfaktoren mellom kommunene i et overordnet perspektiv.

E9: Faktisk bemanning og kompetanse er sammenfallende med planlagt nivå

Gjennomgangen viser at faktisk bemanning og kompetanse, spesielt i helgene, ikke er sammenfallende med planlagt nivå. I helgene er faktisk bemanning enten lavere eller høyere enn planlagt bemanning.

Lavere faktisk bemanning enn planlagt bemanning kan føre til mangel på nødvendig kompetanse og et kapasitetspress på arbeidsplassen. Særlig i helgene kan dette være problematisk, særlig når nye pasienter ankommer helsehusene rett i forkant av helgene. Samtidig vil en reduksjon i antall tilgjengelige sykepleiere på jobb i helgene øke sårbarheten dersom det oppstår flere situasjoner samtidig som krever sykepleierkompetanse. PwCs vurdering er at risikoen for dette er økende i korrelasjon med at pasientene har et mer sammensatt og komplekst sykdomsbilde, og dermed økt behandlingsbehov, enn tidligere. For pasientene kan dette være uheldig, og sårbarheten ser ut til å være størst utenom kjernetid.

Selv om det på enkelte helsehus ofte planlegges for vikarinneleie i budsjettene, fører utstrakt bruk av vikarer til lite kontinuitet. En observert utfordring er at konkurransen om vikarene er blitt mer synlig etter covid-pandemien. I tillegg har helsehusene problemer med rekruttering. Konsekvensen av dette kan være suboptimal kompetansesammensetning i forhold til pasientbehovet fordi det eksisterer en risiko for at nødvendige ressurser ikke er tilgjengelige på det tidspunktet behovet oppstår.

En av forklaringene til at den faktiske bemanningen er høyere enn planlagt, er at pasientgruppen er mer komplekse og krevende enn tidligere, som nevnt i kapittel 3.3. At det er rom i budsjettene viser at det er en viss fleksibilitet i systemet, siden helsehusene har anledning til å justere bemanningen og kompetansen etter løpende behov.

Videre opplever ansatte flere utfordringer knyttet til den utstrakte vikarbruken. Vikarene har ikke den samme erfaringen med rutiner og rammevilkår for helsehusenes tjeneste, eller den kulturelle og strukturelle forståelsen av hvordan behandlingen av pasientene skal utføres. Pasienter og pårørende peker også på språkutfordringer. SYE bekrefter dette og peker selv på at språk kan være en barriere som svekker den viktige kommunikasjonen mellom personell og pasienter. PwCs vurdering er at disse utfordringene påvirker pasienttilbudet og i ytterste konsekvens svekker pasientsikkerheten.

E10: Faktisk bemanning og kompetanse er sammenfallende med behovet

Gjennomgangen viser at bemanningsnormen til SYE har lav legitimitet blant medarbeidere. Dette skyldes at medarbeidere ved helsehusene opplever at SYEs bemanningsnorm ikke gir tilstrekkelig budsjettmessige grunnlag, slik at den daglige pleie- og bemanningsfaktoren oppleves som lite relevant for deres arbeidshverdag. Medarbeiderne opplever at helsehusene er organisert og bemannet som et langtidshjem, men at de har oppgaver som et sykehus. Det er et faktum at pasientgruppen er blitt mer kompleks og krevende. Som beskrevet i kapittel 3.3 om pasientgrupper, har antall pasienter med omfattende bistandsbehov på helsehus økt fra rundt 170 i 2019 til rundt 330 pasienter i 2022. Et vesentlig spørsmål er hvorvidt helsehusenes kompetansesammensetning og bemanning er sammenfallende med denne endrede pasientgruppens behov.

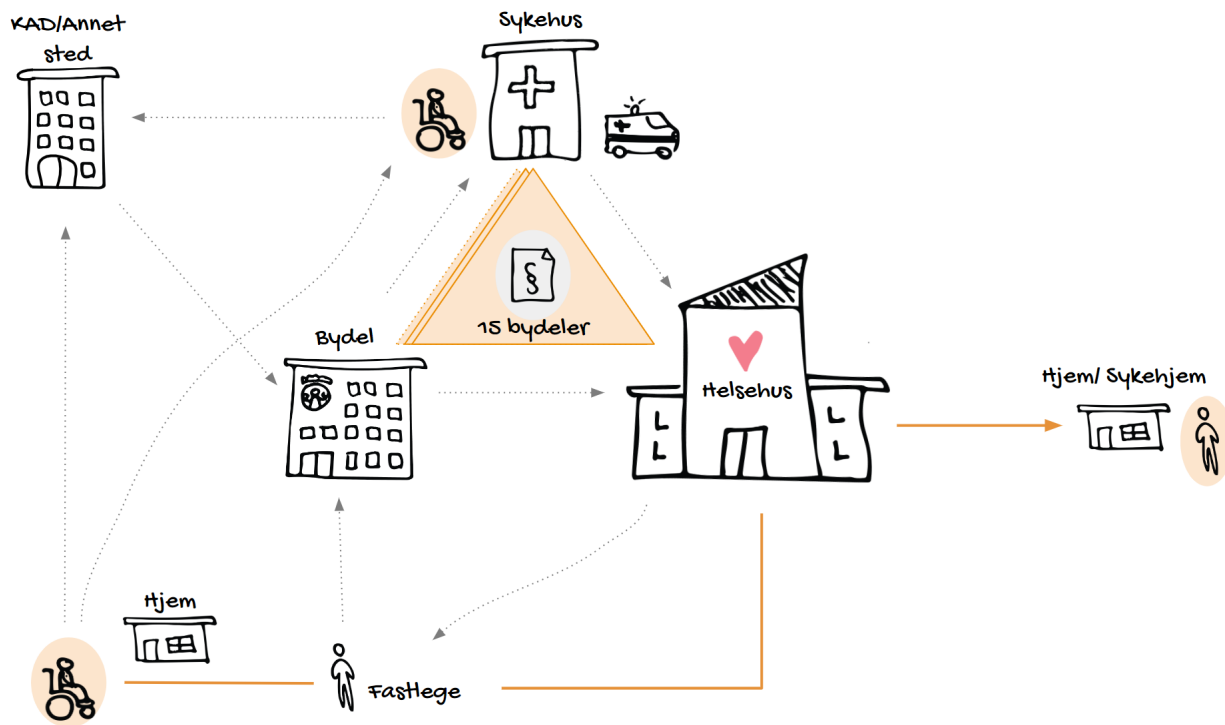
Gjennomgangen viser også at helsehusene opplever at det er vanskelig å beholde og rekruttere kompetent personell. Selv om helsehusene opplever at de har høy turnover og sykefravær, skiller de seg imidlertid ikke ut sammenlignet med nasjonale tall for kommunene. Basert på datagrunnlaget, kan PwC derfor ikke konkludere med at helsehusene har unike utfordringer innenfor dette området. At det er vanskelig å tiltrekke seg kompetent personell kan blant annet henge sammen med konkurransen mot andre attraktive arbeidsplasser. PwCs vurdering er at denne utfordringen svekker muligheten til å møte et endret kompetansebehov som følge av mer krevende pasientgrupper.

Tatt i betraktning medarbeidernes og ledernes opplevelser, virker faktisk bemanning og kompetanse å være lite sammenfallende med behov. PwC sin vurdering er at helsehusene bør bygge sterke fagmiljøer og gi økt mulighet for kompetansebygging for de ansatte. Dette kan gjøre helsehusene til en mer attraktiv arbeidsplass. Imidlertid anerkjenner PwC at dette er krevende innenfor dagens budsjettammer. Slik sett kan det også være hensiktsmessig å se på andre tiltak som kan bidra til at faktisk bemanning og kompetanse blir mer sammenfallende med behov. Eksempel på et slikt tiltak kan være å se på muligheten for mer spesialisering ved hvert helsehus.

4.4 Tildelingspraksis og pasientflyt

Observasjoner

Tildelingspraksis og pasientflyt omfatter samspillet mellom sykehusene, bydelene og helsehusene. Til sammen utgjør disse aktørene et triangel. Utgangspunktet er at pasienten skrives ut fra sykehuset, og bydelene overtar ansvaret for å tildele rett behandling, enten på helsehus eller hjemme. Helsehusene mottar pasientene fra sykehusene etter at bydelene har tildelt plass. Figur 4.2 illustrerer denne samhandlingen på et overordnet nivå.



Figur 4.2: Samhandlingen mellom sykehusene, bydelene og helsehuset

Sykehusene

I Oslo "tilhører" Lovisenberg sykehus, Diakonhjemmet, Ahus og Oslo universitetssykehus hver sine bydeler. Tabell 4.3 under gir en oversikt.

Tabell 4.3: Oversikt over hvilke bydeler som tilhører hvilke sykehus

Sykehus	Bydel
Lovisenberg sykehus	Bydel Gamle Oslo, St Hanshaugen og Grünerløkka
Diakonhjemmet	Ullern, Vestre Aker og Frogner
Ahus	Alna, Grorud og Stovner
Oslo universitetssykehus	Østensjø, Søndre Nordstrand, Nordstrand, Sagene, Nordre Aker og Bjerke

Inndelingen beskrevet i tabell 4.3 er hovedregelen. Imidlertid vil enkelte pasienter for eksempel få behandling på andre sykehus enn det sykehuset som bydelen man bor i tilhører. Slik sett må bydelene forholde seg til mer enn ett sykehus.

Hvert **sykehus** har etablert en egen enhet som har ansvar for samhandlingen eller koordineringen med bydelene. En viktig arena for utviklingen av samhandlingen mellom sykehusene og Oslo kommune er Helsefelleskap Oslo. Helsefelleskap Oslo planlegger og utvikler en bedre og mer sammenhengende

helse- og omsorgstjeneste for dem som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsefellesskap Oslo favner alle bydeler og sentrale etater i Oslo kommune, samt Oslo universitetssykehus, Ahus, Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus. I intervjuet med sykehusene kommer det frem at helsefellesskapene er et tiltak som fungerer bra. Samarbeidsavtalen med Helsefellesskap Oslo vil om kort tid revideres.

Selve utskrivningen fra sykehusene skjer på hver enkelt avdeling hvor pasienten er innlagt. I denne fasen er det kontakt mellom ansvarlig lege og bydelen. I intervjuene med sykehusene kommer det frem at de opplever at de fleste utskrivningene gjennomføres uten vesentlige problemer. Dersom utskrivningene ikke fungerer etter hensikten, løftes dette opp til avdeling for samhandling.

Bydelene

Hver bydel er som hovedregel knyttet til ett helsehus. Selv om bydelene er knyttet til ett helsehus, vil pasienter kunne innlegges på et annet helsehus, for eksempel på plassene som forvaltes av SYE. Tabell 4.4 under gir oversikt.

Tabell 4.4: Oversikt over hvilke bydeler som tilhører hvilke helsehus

Helehus	Bydel
Ullern	Ullern, Vestre Aker og Nordre Aker
Solvang	Bjerke, Grorud og Stovner
Solfjellshøgda	Søndre Nordstrand, Nordstrand og Østensjø og Alna ³⁸
Lilleborg	St.Hanshaugen, Sagene, Grünerløkka, Gamle Oslo og Frogner

I **bydelene** organiseres koordineringsarbeidet med sykehusene og helsehusene på ulike måter. Noen bydeler har egne enheter (innsatsteam, mottak og forvaltning, mottak og service etc) der helsefaglig personell (sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter) følger opp pasientene når de er på sykehus og ved helsehusene. I intervjuene med bydelene legges det vekt på at dialogen med sykehusene er viktig. I bydel Alna blir alle nye pasienter oppsøkt på sykehuset før de skrives ut. Hensikten er å starte en dialog om behandlingsløpet. En positiv effekt som bydel Alna merker seg er at pasienten får et "ansikt" å forholde seg til. Bydelen opplever at det bidrar til å skape trygghet for pasienten.

Under behandlingsoppholdet på helsehuset deltar en representant fra bydelen i oppstartsmøtet, som helsehuset arrangerer. Her settes mål for behandlingen for pasienten, Videre har bydelen ukentlige møter med helsehuset for å følge opp bydelens pasienter. Her settes mål for pasienten. I forkant av at pasienten skrives ut fra helsehuset reiser bydelen sammen med pasienten til hjemmet for å kartlegge forholdene i hjemmet og avklare tiltak som å bestille hjelpemidler, slik at det blir enklere å bo hjemme.

Andre bydeler har valgt å ikke etablere en egen enhet, og det vil si at pasientene følges opp av enhetene som har ansvar for de hjemmebaserte tjenestene. Dette innebærer en mer geografisk fordelt oppfølging, siden de hjemmebaserte tjenestene har en soneinndeling. Det fremkommer i intervjuene at bydelene ser

³⁸ Bydel Alna har kun rullerende korttidsplasser på Solvang helsehus. Alnas ordinære korttidsplasser ble flyttet til Solfjellshøgda som følge av pandemien. Bydel Alna kjøper plasser utover en bloc på Solvang

fordeler og ulemper med å etablere en egen enhet eller integrere oppfølgingen av pasientene med de hjemmebaserte tjenestene, men intervjuene avdekker ikke hvilken løsning som er best.

Oslo kommune har som tidligere nevnt utarbeidet en **finansieringsmodell** med tilhørende bestillingssystem av **en bloc-plasser**. Dette har betydning for hvordan bydelene bestiller plasser for sine pasienter. Hovedregelen er at det er bydelene som betaler for plassene.

Fra 2021 ble Sykehjemsetaten innvilget 20 millioner kroner årlig for å dekke utgifter knyttet til sykere pasienter som har behov for ekstra ressurser som følge av Samhandlingsreformen. Sykehjemsetaten og bydelene deler på denne utgiften, siden 10 millioner er dekket ved at det ble tatt ut av bydelenes rammefinansiering. Midlene benyttes til fastvakter som helsehuset tilknytter enkeltpasienter.³⁹ Intensjonen med disse midlene er å dekke opphold ved helsehus for pasienter med krevende sykdom, som for eksempel demens.

I intervjuene med bydelene om **tildelingskriterier** kommer det frem at det ikke er etablert et sett med felles tildelingskriterier utover at pasientene skal til helsehus når det ikke er mulig å gjennomføre behandlingen hjemme, eller andre helhetsvurderinger av pasientens beste ved beslutningstidspunktet. Ifølge bydelene vurderes dette skjønnsmessig for hver enkelt pasient. Bydelen begrunner dette med at selv om pasientene har lik diagnose, så vil mulighetene for å gjøre behandlingen hjemme variere. Dette kan for eksempel skyldes forhold i hjemmet, om pasienten bor alene, om pasienten har andre diagnoser som svekker evnen til å gjennomføre behandlingen hjemme eller om det finnes noen praktiske kriterier hos enkelte bydeler. Eksempel på dette er at dersom pasienten trenger mer enn fire hjemmebesøk i døgnet etter at han er utskrevet fra sykehuset.

Helsehusene

Hvert **helsehus** har en samhandlingskoordinator ved hver avdeling. Dette er en egen stilling som har som oppgave å sikre sømløse pasientforløp, samt være hovedkontaktledd mot eksterne samarbeidspartnere, spesielt bydel. Samhandlingskoordinator har også ansvar for treffsikkert mottak, og en trygg og god overgang fra helsehus til hjem. Ifølge stillingsbeskrivelsen til SYE skal samhandlingskoordinatoren være autorisert sykepleier, og ha erfaring med å samhandle på tvers av tjenestenivå og lede og koordinere tverrfaglige prosesser. Stillingen innebærer blant annet å planlegge mottak av pasienter i samarbeid med mottaksteam i helsehuset, koordinere tverrfaglig og tverrtjenstlig oppstartsmøte med bydel og koordinere pasientens rehabilitering og behandlingsprosess.

Er tilbudet på helsehusene i henhold til bydelens behov?

I intervjuene med bydelene er det få som fremhever at tilbudet på helsehusene ikke er tilpasset deres behov. I følge bydelene opplever de at helsehusenes tjenestetilbud er tilpasset de fleste pasientene bydelene sender på helsehus. Imidlertid opplever bydelene noen forhold som kompliserer tilbudet og dermed skaper utfordringer for dem. Disse forholdene blir bemerket både av enhets- og seksjonsledere, ledere for forvaltning og saksbehandlere i bydelene. I intervjuene med bydelene kommer det blant annet frem at de opplever flere negative sider ved dagens bestillingssystem av plasser. Modellen forutsetter at bydelene skal bestille plasser for 6 måneder frem i tid. Dette opplever flere bydeler som vanskelig. Flere bydeler hevder at de holder igjen bestillingen for å unngå å ha perioder med ledige plasser. Dersom bydelene i perioder har for få plasser, benytter de mulighetene med å bestille plassen utenom en

³⁹ Oslo kommune. Kommunerevisjonen. Rapport 6/2023, side 21. [Helsehus i Oslo - bemanning og kompetanse](#).

bloc-plassene. Selv om disse er dyrere opplever bydelene at den risikoen er lettere å ta enn å sitte med ledige plasser. Enkelte bydeler forteller at de også vurderer å la pasientene forbli på sykehuset, siden prisen for et såkalt overliggerdøgn i enkelte tilfeller ikke er avskrekkende for bydelene.

I intervjuene erkjenner samtidig bydelene at når enkelte bydeler bestiller for få plasser, kan dette bidra til at SYE ikke får rett signaler og dermed i verste fall redusere tilbudet på helsehusene. Dette har de opplevd før, gjennom reduksjonen av tilbudet på Lilleborg helsehus.

Også helsehusene opplever at bydelenes bestilling som følge av dagens system av en bloc-plasser på enkelte områder er utfordrende. Et eksempel på dette er at når bydelene har ledige en bloc-plasser og de har behov for en plass til krevende pasienter (rus og psykiatri eller demente). Som følge av dette opplever helsehusene at de får pasienter som ikke bør være på avdelingen de kommer til. Helsehusene opplever at kvaliteten på tjenestene går ned for de andre pasientene. Både fordi de binder medarbeidere som er på vakt, samtidig som man opplever at de krevende pasientene kan forstyrre og svekke miljøet for de andre pasientene ved at de for eksempel går inn på tilfeldige rom og legger seg i sengen.

I kapittel 3.3 om pasientgrupper kommer det fram at antall pasienter med omfattende bistandsbehov på helsehus har økt fra rundt 170 i 2019 til rundt 330 pasienter i 2022. Denne endringen bekreftes i tilnærmet alle intervjuer, hvor det fremheves at pasientene er blitt mer kompliserte og at pleietyngden øker. Sykehusene erkjenner også at behandlingsbehovet for pasientene som skrives ut har økt de siste årene.

I intervjuene med bydelene og helsehusene er det få som opplever at helsehusene ikke tilbyr riktige plasser, med unntak av utfordringer knyttet til rus/psykiatri i kombinasjon med geriatrike utfordringene. På Ullern helsehus er det etablert åtte plasser med tung korttidspsykiatri, men det er sjeldent pasienter som opptar alle de 8 plassene. I intervjuene med bydelene blir det bemerkt at det kan være utfordrende å få plass for deres pasienter på disse plassene. Grunnen er at pasientene ikke tilstrekkelig møter de kravene som er satt for slike plasser. Dette er pasienter som egentlig ikke passer noen steder dersom de blir lagt inn sammen med de andre pasientene. Slike pasienter faller altså mellom to stoler i systemet. Videre påpeker bydelene at en kilde til utfordringene med korttidspsykiatri kan være at tilbudet ble opprettet uten at behovet ble kartlagt sammen med bydelene. Bydelene opplever også at helsehusene i for liten grad har forståelse for bydelens mål med helsehusoppholdet. I tillegg beskriver bydelene at behandlingen ikke er tilstrekkelig eller for sakte med tanke på opptrening, selvstendiggjøring, bestilling av hjelpemidler og annet nødvendig utstyr. Konsekvensen blir ofte at pasientene blir værende på helsehus lenger enn hva som er hensiktsmessig for videre opptrening med tanke på å komme hjem. Bydelene opplever at risiko for at pasientene trenger langtidsplass øker for hver dag.

Alle bydeler som inngår i intervjuene og helsehusene har etablert rutiner for å følge opp pasientene som er på helsehusene. Enkelte bydeler har personell som har tilstedeværelse på helsehusene på alle hverdager, mens andre har valgt 1-2 dager i uken. Dette er rutiner som har fokus på pasientene som til enhver tid er på helsehusene. I intervjuene med bydelene er det enkelte bydeler som trekker frem at pasientgruppen som er tilhørende helsehusene har endret seg og endres i stadig raskere takt. Bydelene etterspør derfor en bedre dialog mellom SYE, helsehusene og bydelene, hvor man sammen kan jobbe systematisk om pasientutviklingen.

Hvordan benyttes korttidsplassene?

I intervjuene med bydelene om korttidsplasser, kommer det frem at de opplever at korttidsplassene i all hovedsak benyttes etter intensjonen. Bydelene bestiller en bloc-plasser og benytter korttidsplassene basert på et løpende behov. Imidlertid er det perioder hvor behovet overskrider antall korttidsplasser. Ifølge bydelene blir pasientene da liggende på sykehuset, dersom SYE ikke kan tildele plass. Dette koster bydelene rundt 5 500 kr døgnet.

Intervjuene avdekker også at dagens bestillingssystem av plasser gir uønskede incentiver for bydelene. For eksempel opplever helsehusene at bydelene lar pasientene ligge på korttidsplasser til tross for at pasienten burde være beboer på et langtidshjem. Økonomisk lønner dette seg for bydelene siden korttidsplassene allerede er betalt. Alternativet for bydelen er å benytte budsjettet for langtidsplasser, noe man unngår på kort sikt når pasientene blir værende på bydelenes ledige korttidsplasser. Samtidig påpeker bydelene at for enkelte pasienter kan det være hensiktsmessig å la de bli værende på helsehusene, siden bydelene mener at pasientene har et potensial til å bli bedre på sikt og med det kunne reise hjem.

Bydelene opplever samtidig at manglende tilbud på plasser ved langtidshjem gjør at pasientene opptar korttidsplasser som skulle vært frigjort ved overflytting til langtidshjem. Dette var særlig et problem i Oslo kommune høsten 2022/vinteren 2023. Mange bydeler opplever å ha pasienter som omtales "langtid på korttid" siden de har vedtak om langtidsplass, men det tar tid å få de overflyttet. Dette er gjerne de som skal ha kontraktplasser som SYE krever, eller de skal på skjermet eller andre spesialplasser det er for få av.

Helsehusene påpeker derfor i intervjuene at de av og til har pasienter som er feilplassert. Dette gjelder særlig pasienter på rehabilitering. På Lilleborg helsehus har de hatt rehabiliteringsavdelinger hvor kun 5 av 25 er rehabiliteringspasienter. I følge bydelene er dette blitt en utfordring som vokser etterhvert som pasientene som skrives ut er dårligere og pleietyngden øker.

Etter at man i 2021 fikk en økning på 20 millioner kroner årlig for å dekke utgifter knyttet til sykere pasienter for en kortere periode, har utfordringene som er beskrevet over blitt forbedret, ifølge både bydelene og helsehusene. Til tross for dette blir utfordringene trukket frem i intervjuene. De opplever at problemet ikke er løst fullstendig. En av årsakene som blir trukket frem i intervjuene med bydelene er at SYE tilpasser antall korttidsplasser basert på bydelenes bestillinger av en bloc-plasser. Når bydelene reduserer bestillingen av antall korttidsplasser over tid, har SYE valgt å redusere antall korttidsplasser på helsehusene.

En annen utfordring som kommer frem i intervjuene med bydelene, er at de møter motstand med de mer kompliserte pasientene. Eksempler på dette er som tidligere beskrevet sammensatte pasienter med rus/psykiatri i kombinasjon med geriatiske utfordringene. Det kan også være demente med utagerende atferd. I intervjuene med helsehusene påpeker de at disse pasientene krever mye oppfølging og i mange tilfeller er det behov for å skjerme dem. I intervjuer med helsehusene hevdes det at dette er et uttrykk for at det er for få skjermede plasser for demente og spesialplasser for eksempel innen rus/psykiatri på helsehus.

Videre benytter SYE PLO-meldinger fra sykehus for å fordele pasienter. Ofte opplever SYE at de får feilinformasjon eller ikke tilstrekkelig informasjon fra PLO-meldingene. Konsekvensen av dette er at det blir flere overliggedøgn i pasientflyten enn SYE har som målsetting.

Hvordan oppleves pasientflyten?

Pasientflyten **fra sykehus til helsehus** starter med at sykehusene skriver ut pasientene. Dette skjer i dialog med bydelene. Pasientenes helsetilstand skal dokumenteres i PLO-meldinger. I intervjuene med representanter fra sykehusenes koordineringsenheter hevdes det at legene i for liten grad benytter PLO-meldinger i kommunikasjonen med bydelene. Bydelene henvender seg derfor ofte til den koordinerende enheten ved sykehusene om medisinske diagnoser. En annen utfordring som bydelene peker på er at legene ved sykehusene ikke gir tilstrekkelig informasjon om blant annet pasientenes funksjonsnivå. I intervjuene sier bydelene at de opplever at legene ved sykehusene ikke har tilstrekkelig tillit til bydelenes kompetanse. Bydelene mener at de i de fleste tilfeller har god kunnskap om pasientens helhetlige helsetilstand, og dermed i stand til å avgjøre om pasienten skal hjem eller helsehus. I dialogen med sykehusene opplever de at legene har behov for å definere det videre behandlingsløpet, og at de for liten grad hører på bydelene, selv om det er bydelene som overtar ansvaret for pasienten.

Ved flere tilfeller får bydelene telefoner fra leger som motsetter seg at pasienter skal sendes hjem. Sykehuset overprøver bydelenes vurderinger, selv om de kjenner pasienten fra hjemmetjenestene. Bydelenes erfaringer er at pasientene i økende grad kan rehabiliteres hjemme. I tillegg registrerer bydelene at pasientene i økende grad ønsker å tilbringe siste fase av livet i sitt eget hjem.

En annen utfordring som kommer frem i intervjuene med sykehusene er at man i dialogen med bydelene bruker ulikt begrepsapparat, og at det som følge av dette kan oppstå misoppfatninger og at beslutninger som må gjøres om. Sykehusene etterspør derfor at det blir enighet om begrepsbruken slik at kommunikasjonen styres.

I intervjuene vises det derfor at bydelene opplever at kommunikasjon med sykehusene og legene om pasientene bør gjennomføres med møter på sykehusene. Bydelene har etablert rutiner der helsefaglig personell følger opp pasientene som skal skrives ut, jf. beskrivelse over. I intervjuene kommer det frem at dette er en løsning som bydelene mener fungerer fordi denne dialogen bidrar til at pasienten blir kjent med bydelenes tjenester, enten hen skal på helsehus, eller reise hjem for å motta hjemmebaserte tjenester.

For bydelene kommer det frem i intervjuene at de synes det kan være vanskelig å vurdere om pasienten skal på korttidsplass på helsehus eller hjem. Dette skyldes at bydelene opplever at PLO-meldingene ikke har tilstrekkelig informasjon. Bydelene velger derfor å tildele korttidsplass for å være trygg og pasienten kan utredes. Bydelene opplever at om informasjonen hadde vært bedre kunne flere bli sendt hjem enn på korttidsplass

En utfordring som sykehusene, helsehusene og bydelene trekker frem er pasientflyten frem mot helgen på fredager og i helgene. Sykehusene opplever at de må ha ferdigbehandlede pasienter på sykehusene, siden helsehusene ikke har tilstrekkelig kapasitet til å motta pasientene. Samtidig forteller helsehusene at de ofte får pasienter fredag ettermiddag. Dette opplever helsehusene som utfordrende siden det er mer utfordrende å få til en tilfredsstillende mottakelse av pasienten. Dette skyldes at helsehusenes helgevakt

begynner fredag ettermiddag. For ansatte ved helsehusene oppleves dette som uheldig siden de ikke har mulighet til å gi pasienten mottakelse på helsehuset etter pasientenes behov.

I intervjuer med pasienter og pårørende kommer det frem at mottaket er veldig viktig for dem for å sikre en god opplevelse. Flere av pasientene viste til gode mottak som gjorde at pasienten ble tryggere og oppholdet på helsehuset mer forutsigbart. Det er også pasienter som har opplevd at det tok tid før de fikk den informasjonen de hadde behov for. Når den kom ble *“alt mye lettere”*. Intervjuene avdekker tydelig at pasientene er opptatt av hvordan de blir tatt imot av personalet og blir kjent med dem.

I intervjuene med helsehusene og bydelene vektlegger både helsehusene og bydelene betydningen av at pasientene opplever et godt mottak. Dette innebærer at det gjennomføres en “mottakssamtale” der bydelene og helsehusene deltar. I disse samtalene er det vanlig at mål for oppholdet avklares. I tillegg følges pasienten opp jevnlig ved at helsehusene og bydelene møtes ukentlig. Imidlertid løses dette noe ulikt, men felles for alle helsehus er at samhandlingskoordinatoren ved avdelingene har ansvar, se beskrivelse over.

I intervjuene med medarbeiderne og avdelingssykepleierne på helsehuset er det flere som påpeker at det kan være krevende å planlegge inn- og utskrivning av pasientene. De opplever for eksempel at en pasient skal flyttes (for eksempel hjem) fordi plassen skal benyttes av en annen pasient med et større behov. Samtidig hender det at det kommer pasienter på en bloc-plass som er lite egnet for helsehus. Når det skjer, må helsehusene bruke ressurser på pasienten, noe som bidrar til å redusere den totale kapasiteten. Etter at byrådet vedtok en økning i budsjetttrammen på 20 millioner kr i 2021, opplever helsehusene at det er blitt bedre.

Når pasientene skrives ut fra helsehusene, skilles det mellom pasienter som er kjent for bydelen og nye pasienter. Pasienter som er kjent for bydelen blir ivaretatt av de hjemmebaserte tjenestene, dersom de skal hjem etter opphold på helsehuset. For nye pasienter må bydelene innhente kunnskap om pasientens muligheter til å bo hjemme, herunder kartlegge tiltak for at det skal bli mulig å bo hjemme etter behandlingsoppholdet på helsehuset. Alna bydel kartlegger pasientene ved at utskrivningen fra helsehuset planlegges i god tid. For eksempel reiser bydelen sammen med pasienten til pasientens hjem og undersøker forholdene. Hensikten er å kartlegge behovet for hjelpemidler og bestille disse og planlegge hjemkomsten, inkludert eventuelt behov for hjemmesykepleie.

Vurderinger

E11: Tilbudet på helsehusene er i henhold til bydelens behov

Gjennomgangen av hvordan bydelene bestiller plasser ved helsehusene viser at selv om tilbudet på helsehusene i stort er i henhold til bydelenes behov, er det noen utfordringer knyttet til de etablerte rammebetingelsene. Dette gjelder blant annet dagens bestillingssystem av plasser som er ment for å sikre forutsigbarhet for bydelene og SYE. PwCs vurdering er at en av nedsidene med dagens bestillingssystem er at det gir bydelene insentiver til å bestille en bloc-plasser konservativt. Årsaken er at bydelene risikerer å binde opp unødvendige budsjettmidler dersom de bestiller for mange plasser. Konsekvensen er at SYE ikke får rett informasjon til å planlegge kapasiteten på helsehusene.

En annen nedside når en bloc-plassene er forhåndsbetalt av bydelene, er at ledige plasser fremstår som billige når det tas beslutning om å benytte dem. Dette skyldes at bydelene har insentiver til å benytte plassene istedenfor at de står tomme. Gjennomgangen viser at det har oppstått situasjoner hvor

pasienter med sammensatte behandlingsbehov har kommet på avdelinger som ikke er egnet for pasientenes behov. Dette skyldes at de egentlig skulle vært på skjermet avdeling eller lignende, men at dette er plasser som bydelene må kjøpe dyrere fra SYE.

En annen utfordring som ikke ivaretas tilstrekkelig ved dagens helsehus er hvordan pasientgruppen utvikler seg med hensyn til behov for bistandsbehov. Antall pasienter som har omfattende bistandsbehov ved helsehusene har økt fra 170 til 330 pasienter på fire år. I tillegg avdekkes det i intervjuene at pasientene har et mer sammensatt behandlingsbehov når de skrives ut fra sykehusene enn tidligere. Denne utviklingen har akselerert etter covid-19. Bydelene som har ansvar for pasientene etterspør mer dialog mellom SYE, helsehusene og bydelene. Hensikten er at man sammen kan jobbe systematisk om tilpasning til pasientutviklingen. PwCs vurdering er at en slik dialog er hensiktsmessig. Hvis man i for stor grad har fokus på den daglige driften, blir det vanskelig å tilpasse seg en usikker fremtid der pasientgruppen er noe annet enn den som eksisterer i dag.

PwC sin samlede vurdering er at dagens bestillingssystem har flere negative konsekvenser som påvirker tildelingen av plasser på en uheldig måte. Gjennomgangen viser også at bestillingssystemet kan ha negativ innvirkning på hvordan pasientene opplever tilbudet.

E12: Korttidsplassene benyttes i tråd med sitt formål

Gjennomgangen av bruken av korttidsplassene viser at korttidsplassene i de fleste tilfeller benyttes i tråd med sitt formål. Imidlertid har gjennomgangen avdekket at dagens bestillingssystem av plasser kan bidra til at pasientene blir værende på helsehusene lenger enn nødvendig. Dersom bydelene har ledige plasser og de har pasienter som skal videre til langtidshjem, kan det på kort sikt være budsjettmessig lønnsomt for bydelene å utsette flyttingen til et langtidshjem. Årsaken er at plassen på helsehuset allerede er betalt. Slik sett forsterkes behovet for å revidere dagens bestillingssystem av plasser, se E11.

Bydelene opplever at det er for få langtidsplasser og at dette skaper flaskehalser i pasientflyten. Dette fordi pasienter som skulle vært overført til langtidshjem opptar korttidsplasser ved helsehusene. PwC sin vurdering er at det er behov for økt kapasitet. Dette er særlig knyttet til pasienter som trenger skjermede plasser og spesialplasser. Imidlertid må dette sees i sammenheng med både helsehusenes og Oslo kommunes øvrige tilbud. Det er ikke gitt at et økt behov kun skal løses av økt kapasitet på helsehusene alene.

Gjennomgangen gir ikke grunnlag for å si noe om hvor stor økningen bør være. Imidlertid viser befolkningsprognosene at levealderen vil øke og at det er en korrelasjon mellom alder og alvorlige kroniske sykdommer, blant annet demens (jf. kapittel 3.3). Slik sett burde det være mulig å utarbeide relativt gode anslag om veksten i behovet.

E13: Pasientflyten mellom sykehus, bydel og helsehus kjennetegnes av effektiv samhandling og tydelig oppgavefordeling

Gjennomgangen viser at det er etablert arenaer for samhandling mellom sykehusene og bydelene. Helsefellesskap Oslo favner alle bydeler og sentrale etater i Oslo kommune, samt Oslo universitetssykehus, Ahus, Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus. Imidlertid opplever bydelene at dialogen mellom bydelen og sykehusene (ansvarlig lege på avdelingene) kunne vært bedre. PwCs vurdering er at det er uheldig at bydelene opplever at deres kompetanse ikke anerkjennes med hensyn til hvordan pasientenes behandlingsbehov skal innrettes. Slik sett er det behov

for å arbeide systematisk slik at utskrivningen fra sykehusene blir bedre og mer tillitsbasert, herunder gjensidig anerkjennelse av ansvar og kunnskap.

Et annet forhold er at PLO-meldingene bør bli bedre og være hovedkanalen for kommunikasjon om pasientenes funksjonsnivå og behandlingsbehov. Dersom det stemmer at PLO-meldinger benyttes i for liten grad, er dette uheldig. Konsekvensen kan være at pasientene ikke tildeles rett plass, enten de skal til helsehus eller hjem. Behovet for å styrke kommunikasjonen mellom sykehusene og bydelene vurderes derfor som stort. Dette innebærer også å ivareta de positive sidene med dagens samhandling, som for eksempel at helsefaglig personell fra bydelene følger opp pasientene på sykehusene når de skal skrives ut.

Gjennomgangen av hvordan pasientmottaket på helsehusene gjennomføres, viser at selve mottaket er starten på en god eller dårlig opplevelse av det å være pasient ved et helsehus. Et viktig virkemiddel er aktiv forventningsavklaring der pasientene gis kunnskap og informasjon om behandlingen og selve oppholdet på helsehuset. I tillegg vil aktiv forventningsavklaring gi grunnlag for at de ansatte forstår pasientens behov, og hvilke forventninger helsehuset har til pasientene under behandlingen. Gjennomgangen viser videre at helsehusene har noe ulik tilnærming til mottaket og selve mottakssamtalen.

PwC sine observasjoner om pasientflyten avdekker flere gode aktiviteter og tiltak som gir god verdi for pasientene, men også for helsehusene, bydelene og sykehusene. Eksempel på dette er hvordan bydel Alna arbeider for å innhente kunnskap og innsikt om nye pasienter som kommer fra sykehus, eller hvordan de sammen med pasienten avdekker behovet for bistand hjemme etter endt behandling på helsehuset. Ulempen er at erfaring og innsikt om den gode pasientflyten skjer i uformelle fora.

PwC sin vurdering er at pasientflyten mellom sykehus, bydel og helsehus kan bli mer effektiv og at rolleforståelsen i behandlingskjeden kan bli bedre. På den måten vil det være mulig å utvikle tjenestene slik at de fremstår som helhetlige og forutsigbare for alle parter, ved at rutiner og aktiviteter knyttet til pasientflyten er kjent mellom partene.

4.5 Kvalitet

I dette kapittelet gis det en beskrivelse av kvaliteten ved helsehusene. Det skilles mellom teknisk kvalitet og opplevd kvalitet. Teknisk kvalitet henspeiler til kvalitet som kan måles, veies og telles ut fra objektive kriterier. I denne gjennomgangen baseres dette på data om kvalitetsavvik. Opplevd kvalitet viser til den kvalitet om den enkelte brukers opplevelse av tjenestene. For å vurdere opplevd kvalitet benyttes derfor resultater fra bruker- og pårørendeundersøkelser samt observasjoner fra de kvalitative undersøkelsene.

Observasjoner

Hvilke kvalitetsavvik meldes oftest

Avviksmeldinger kan gi en indikasjon på hvilke områder som skaper flest utfordringer for helsehusene. Alle meldte avvik skal følges opp, og lukkes. Samtidig er avviksmeldinger en viktig kilde til forbedringsarbeid ved helsehusene nettopp fordi de peker på i hvilke deler av pasientbehandlingen det oppstår feil. PwC er imidlertid forsiktige med å sette antall avviksmeldinger i sammenheng med lavere kvalitet på bestemte områder. Det er flere årsaker til dette.

Melding av avvik kan bli nedprioritert i en hektisk hverdag. I hektiske arbeidsperioder har avviksmeldinger lett for å bli nedprioritert til fordel for viktigere oppgaver knyttet til pasientoppfølging. Det behøver derfor ikke å være sammenheng mellom antall meldte avvik, og omfanget av faktiske avvik.

Oppfølgingen av avvikene påvirker motivasjonen for å melde. Dersom organisasjonen følger opp avvik aktivt med tiltak som gir forbedringer, vil antall meldte avvik ofte gå opp, og registreres oftere enn andre avvik som forekommer like ofte, men som organisasjonen har mindre fokus på.

Høy oppmerksomhet kan gi flere avviksmeldinger på bestemte tema. Dersom organisasjonen har høy oppmerksomhet på kvalitetsutfordringer på bestemte tema, vil dette i seg selv kunne bidra til at det blir meldt flere avvik på dette temaet. Variasjon i hvilke tema det blir meldt avvik på over tid kan dermed også være et uttrykk for hvilke kvalitetsområder som har høyt fokus i den aktuelle perioden.

Fra avviksmeldingene i helsehusene er det noen områder som utgjør størst andel av de meldte avvikene, både over tid, og mellom helsehusene.

Fall er det avviket som forekommer hyppigst ved helsehusene, med totalt 1324 registrerte avvik i perioden januar 2019 - mars 2023. Det var kun en begrenset andel av fallene som ble kategorisert med høy alvorlighetsgrad, så selv om fall er det avviket som forekommer hyppigst, er det ikke den kategorien med flest alvorlige hendelser. Både brudd på prosedyrer og avvik fra bruker- og pasientforløp har skapt flere avvik med høy alvorlighetsgrad over de fire årene som er undersøkt. Nær halvparten av disse avvikene er kategorisert som alvorlige. Brudd på prosedyrer og avvik fra bruker- og pasientforløp er en type avvik som forekommer i tilnærmet likt omfang ved alle de fire helsehusene.

Legemiddelhåndtering er et område som utløser mange avvik i løpet av et år. Det er en rekke avvikskoder for ulike former for legemiddelavvik. Det vanligste avviket er at legemidler ikke blir gitt. Samtidig er dette en av de avvikskodene med lavest andel avvik med høy alvorlighetsgrad. De legemiddelavvikene med høyest andel alvorlige avvik er enten knyttet til feil dose, eller at det er gitt feil legemiddel. Slike avvik forekommer imidlertid sjelden, med 15 avvik som det høyeste registrerte ved ett helsehus innenfor samme år.

Til slutt er det flere av helsehusene som registrerer avvik knyttet til utstyr. Utstyrsavvik har utløst 409 avviksmeldinger ved helsehusene siden 2019, og her peker særlig Solfjellshøgda og Solvang seg ut med mange avvik gjennom hele perioden som er undersøkt. Om lag hvert tredje avvik knyttet til manglende utstyr var kategorisert med høy alvorlighetsgrad.

For flere av helsehusene er omfanget av meldte avvik stabilt over tid for de store avvikskategoriene. Det ønskelige er at systematisk endringsarbeid skal bidra til å redusere antall avvik over tid. Samtidig kan oppmerksomhet rundt ulike former for avvik bidra til at antall avviksmeldinger opprettholdes, selv om det faktiske antall avvik går ned. Det er ingen klar nedgang i meldte avvik over tid innenfor de vesentlige avvikskategoriene ved noen av helsehusene.

I intervjuer kommer det fram at samtlige helsehus har god avvikskultur. Det oppfordres til å skrive avvik. Imidlertid påpekes det at de ansatte opplever at de ikke har tid til å melde avvik og at det derfor underrapporteres. Videre nevner også flere at selv om de melder avvik, er det ikke tid til å følge opp registrerte avvik på en hensiktsmessig måte.

Hva brukerundersøkelsene sier om kvaliteten ved helsehusene

PwC har fått tilgang til tre ulike brukerundersøkelser fra helsehusene:

- Pasientundersøkelser fra helsehusene gjennomført fra helsehusene fra våren 2020 til september
- Pasientundersøkelser fra helsehusene gjennomført fra helsehusene fra oktober 2022 til 8 februar 2023.
- Pårørendeundersøkelse gjennomført av Sykehjemsetaten i perioden 1.1.2023 til 5.2.2023.

To av pasientundersøkelsene er blitt besvart av pasientene ved helsehuset. Mange av pasientene har imidlertid fått hjelp av de ansatte ved helsehuset til å besvare pasientundersøkelsen, noe som kan påvirke svarene. Pårørendeundersøkelsen ble gjennomført i en periode der det var mye negativ omtale av helsehusene, og særlig Ullern helsehus. Dette kan ha ført til mer negativ oppfatning av helsehusene.

De to pasientundersøkelsene viser gjennomgående høy brukertilfredshet med helsehusene. I begge undersøkelsene oppgir nær 90 prosent av pasientene at de er fornøyd eller svært fornøyd med oppholdet ved helsehuset. De fleste pasientene oppgir at de er fornøyd med både aktivitetstilbud og måltider ved helsehusene. I tillegg oppgir om lag 85 prosent av brukerne at de ansatte har vært opptatt av hva som har vært viktig for pasienten i løpet av oppholdet. Dette blir bekreftet i intervjuene som er gjennomført med pasientene. De oppgir at de er svært fornøyd med behandlingen og at de er blitt ivaretatt på en god måte.

Fra pasientundersøkelsene er det først og fremst informasjon om pasientens primærkontakt, og mulighet til å påvirke målene med oppholdet som scorer lavt. I 2020 var det 54 prosent av pasientene som ikke visste hvem deres primærkontakt var. Denne andelen sank til 47 prosent i 2023, men andelen var fremdeles høy. I 2020 trakk om lag 30 prosent av pasientene frem at de ikke hadde fått påvirke målene med oppholdet, mens 20 prosent av pasientene oppga at de i liten eller svært liten grad hadde fått denne muligheten i 2023.

I pårørendeundersøkelsen fra 2023 oppgir hver tredje pårørende at de er ganske eller svært misfornøyd med helsehuset dens nærstående har vært på. Her skiller særlig Ullern helsehus seg ut med misfornøyde pårørende. Her oppgir over halvparten av de pårørende at de er ganske eller svært misfornøyd med oppholdet. Det er viktig å understreke at pårørendeundersøkelsen ble gjennomført i en periode med mye negativ medieoppmerksomhet rundt Ullern helsehus, og det er derfor mulig at dette har påvirket svarene fra de pårørende. Om lag 30 prosent av de pårørende oppgir at de er helt eller delvis uenig i at deres nærstående har vært trygg på helsehuset, og blitt godt ivaretatt.

Fra pårørendeundersøkelsen blir det særlig trukket frem at helsehusene kan bli bedre på kommunikasjon, tid til pasientene, og bemanning. Samtidig blir både kommunikasjon og tid til pasientene trukket frem av andre pårørende som forhold helsehusene er gode på i dag.

PwC har kun mottatt oppsummeringene av pasient- og pårørendeundersøkelsene. Det har derfor ikke vært en mulighet til å analysere sammenhenger i svarene som kunne gitt mer informasjon om hvilke pårørende som ikke var fornøyd med helsehuset, eller identifisere eventuelle forskjeller i pasienttilfredshet mellom de ulike helsehusene.

Kommunikasjon og forventninger til helsehus

En gjennomgående observasjon på tvers av samtlige intervjuer, er at det er ulik oppfatning om hva et helsehus er. Mange gir beskrivelser som ligger tett opp til tjenestene og bistand som gis ved langtidshjem. De ansatte ved helsehusene uttrykker frustrasjon over den generelle mangelfulle kunnskapen om helsehusenes tjenestetilbud. De opplever at helsehusene er organisert og bemannet som et langtidshjem. Samtidig opplever de at i kommunikasjonen om helsehusene at politikere og ledelsen i SYE benytter sykehjem når de omtaler helsehusene. De ansatte opplever også at mange pasienter ikke har riktig forståelse av helsehusenes rolle og ansvar i pasientforløpet, og peker på at det er mangelfull kommunikasjon rundt dette.

Vurdering

Gjennomgangen av kvalitetsavvikene viser at det er særlig avvik på helsehusene innenfor fall, legemiddelhåndtering og utstyr. Imidlertid gir ikke den eksterne gjennomgangen grunnlag for å kunne si om nivået på antall avviksmeldinger er lavt eller høyt. Det er naturlig at avvik vil forekomme. Derfor er det viktig at man har god avvikskultur. Dette innebærer at man har gode rutiner for å melde avvik og følge dem opp. PwC sin vurdering er imidlertid at det eksisterer et forbedringspotensial for å rapportere avvik. Siden helsehusene i stor grad opplever at det er krevende å sette av tid til å rapportere avvik. Som en konsekvens av dette er det mest sannsynlig en underrapportering av avvik.

Videre er PwCs vurdering at helsehusene kan bli bedre på oppfølging av avvik. For å få en bedre forståelse av avvik, bør det gjennomføres en helhetlig gjennomgang av avvikene og hvordan disse håndteres på helsehusene. Gjennom dette kan man få avdekket styrker og svakheter ved dagens avvikskultur, og hvordan denne kan forbedres.

Resultatene fra brukerundersøkelsen er i samsvar med tilsvarende brukerundersøkelser som er gjennomført i offentlig sektor. Erfaringer fra disse undersøkelsene viser at de som mottar og er nærmest tjenestene er mest fornøyd. Imidlertid registreres det at pårørende i mindre grad er fornøyd med tjenestene ved helsehusene. PwCs erfaringer fra ulike kartlegginger av kommunale tjenesteproduksjon, tilsier at pårørende har andre forventninger og behov enn pasientene. Slik PwC vurderer det, kan en av årsakene til dette være at det generelt er uklar forståelse av hva helsehusenes roller og ansvar er i pasientforløpet. Dette viser hvor viktig det er å styrke og forbedre kommunikasjonen rundt helsehusenes funksjon og innretning. Her vises det også til vurderingen i kapittel 4.5 om mottakssamtaler. Disse samtalene er et viktig virkemiddel for aktiv forventningsavklaring, fordi pasientene gis kunnskap og informasjon om behandlingen og selve oppholdet på helsehuset.

Samlet sett er PwC sin vurdering at den primære brukergruppen, altså pasientene, er fornøyd med tjenesten de mottar på helsehusene. Samtidig er PwC sin vurdering at pasientene ønsker at tjenestene forbedres, men pasientene innser at de ansatte gjør så godt de kan innenfor de rammebetingelsene de har. Imidlertid viser de uønskede hendelsene ved helsehusene gjennom 2022 og vinteren 2023 at det oppstår episoder som rammer pasientene og deres pårørende på uheldig vis. Dette viser hvor vanskelig det er å innhente balansert informasjon om hvordan den objektive kvaliteten på tjenestene egentlig er.

5. Konklusjon, oppsummering og anbefaling

I 2015 ble helsehusene i Oslo etablert. Bakgrunnen for etableringen var at byrådet så behov for å utvikle mer differensierte rehabiliterings- og mestringstilbud tilpasset ulike målgrupper som er innom langtidshjem for kortere perioder. Sykehjemsetaten samlet alle korttidsavdelinger i fire helsehus, i dag Ullern, Solvang, Solfjellshøgda og Lilleborg helsehus.

Helsehusene, sammen med langtidshjemmene, er blant kommunens viktigste ansvarsområder - og er en sentral del av innbyggernes samlede tjenestetilbud. Et viktig formål med helsehusene er å bidra til at brukere skal kunne bo lengst mulig i egne hjem.

5.1 Konklusjon

Helsehusene er en tilpasning til samhandlingsreformen, hvor samspillet mellom sykehusene, bydelene og helsehusene spiller en vesentlig rolle for hvordan det helhetlige tjenestetilbudet til befolkningen sikres. Helsehusenes hovedoppgave er å ta imot pasienter fra sykehus og Kommunal Akutt Døgnetenhet (KAD) for å videreføre oppstartet behandling, rehabilitere, kartlegge funksjonsnivå med hjelpebehov og for mange avklare fremtidig omsorgsnivå. I tillegg tar helsehusene imot pasienter som kommer direkte fra eget hjem.

Siden etableringen i 2015 har helsehusene i Oslo vært gjennom flere enkeltstående gjennomganger og revisjoner. Tiltakene gjennom de 8 årene helsehusene har vært i drift har blant annet inkludert økte tilskudd til driften av helsehusene, nye stillinger som kvalitetssjef, administrasjonssjef og fagsykepleier, økt budsjettramme for kostnadskrevende brukere, korttidsplasser omgjort til rehabiliteringsplasser, pilotordning for matverter, ambulerende team, økt legedekning samt tilskudd til en pilot for oppgavedeling på Solfjellshøgda helsehus.

Dette viser at man har vært opptatt av å utvikle og forbedre behandlingstilbudet på helsehusene, herunder å innrette det på en best mulig måte for pasientgruppene. Slik sett har det ikke vært mangel på vilje til å innføre tiltak. PwCs vurdering er likevel at det kan stilles spørsmål om kunnskapsgrunnlaget, og dermed treffsikkerheten for tiltakene, har vært god nok. Dette bygger blant annet på at gjennomgangen avdekker at ansatte ved helsehusene opplever at man er rask til å gjennomføre tiltak uten at de nødvendigvis har et helhetlig perspektiv. Videre er de ansatte usikre på om de tiltakene som blir innført faktisk er besluttet ut ifra et reelt behov hos helsehusene. Derfor etterspør de ansatte en bredere involvering mellom SYE og helsehusene i den løpende utviklingen av tjenestetilbudet. Tilsvarende involvering er også etterspurt av bydelene.

PwC sin samlede vurdering er imidlertid at dagens organisering ikke er hensiktsmessig og at rammebetingelsene ikke er tilstrekkelige for å møte pasientenes og samfunnets behov i den daglige tjenesteutøvelsen.

5.2 Tematisk oppsummering av PwCs vurderinger

PwC har sett på fem områder: Organisering, ledelse, bemanning og kompetanse, tildelingspraksis og pasientflyt, samt kvalitet. Nedenfor redegjøres det for PwCs viktigste vurderinger for hvert område.

Organisering: Organisering av helsehusene er en tilpasning under usikkerhet

Gjennomgangen viser at Oslo kommune i all hovedsak har samlet både korttidsplasser og rehabiliteringsplasser ved hver avdeling ved alle helsehusene. Dette skiller seg fra Bergen og Trondheim, der hver avdeling primært består av én type plasser. Organiseringen av helsehusene i Oslo har styrker og svakheter. På den ene siden gir organiseringen mulighet for en geografisk nærhet, noe som verdsettes høyt av pasienter og pårørende. På den andre siden er det vanskelig for helsehusene å gi god behandling siden pasienter med ulikt behandlingsbehov er samlet på samme avdeling.

Grunnen til at plassene ved helsehusene i liten grad er differensierte skyldes delvis dagens bestillingssystem. Bestillingssystemet for plasser ved helsehusene gir forutsigbarhet, men er ikke fleksibel nok. Bydelene har intensiv for å kjøpe ordinære plasser fremfor spesialplasser, fordi disse plassene gir mest for pengene. Dette gir liten mulighet for endring etter faktiske pasientbehov underveis i året.

Ledelse: Lederstrukturen ved helsehusene er lite kommunisert og forstått

Ledelsesstrukturen på helsehusene med institusjonssjef, kvalitetssjef, administrasjonssjef og er lite kommunisert og forstått blant medarbeiderne. Kvalitetssjefer og administrasjonssjefer har ikke en felles forståelse av deres ansvarsområder, spesielt sett opp mot avdelingsledernes ansvarsområder.

Kontrollspennet på avdelingsnivå er vanskelig å håndtere. Avdelingslederne skal løse mer faglige komplekse oppgaver enn tidligere, samtidig som at mengden administrative oppgaver har økt. Sammensetningen av oppgaver stiller andre krav til kompetanse enn det stillingstype avdelingsleder er besatt med i dag.

Bemanning og kompetanse: Konsekvent underdekning gir høy vikarbruk

Gjennomgangen viser at faktisk bemanning i helgene konsekvent er ulik planlagt bemanning ved samtlige helsehus. Faktisk bemanning er enten lavere eller høyere enn planlagt bemanning. Når bemanningen er høyere enn planlagt, skyldes det at helsehusene har mer komplekse og krevende pasienter enn i en normalsituasjon. Avvik mellom faktisk og planlagt bemanning på helsehusene er særlig stor i helgene. I tillegg skriver sykehusene ut pasienter med store behov fredag ettermiddag som gjør bemanningssituasjonen enda mer prekær i helgene.

Bemanningsnormen til SYE har lav legitimitet blant medarbeidere. Ansatte opplever at helsehusene er organisert og bemannet som et langtidshjem, men at de har oppgaver som et sykehus.

Avvik mellom faktisk og planlagt bemanning på helsehusene medfører blant annet at helsehusene har utstrakt bruk av vikarer. Vikarene har ikke nødvendigvis den samme erfaringen med rutiner og rammevilkår for helsehusenes tjeneste. Videre har helsehusene utfordringer med å beholde og rekruttere kompetent personell.

Utfordringene beskrevet over vil i sum påvirke pasienttilbudet og i ytterste konsekvens svekke pasientsikkerheten.

Tildelingspraksis og pasientflyt: Dagens bestillingssystem fungerer ikke etter hensikten

Slik som bestillingssystemet er innrettet med "en bloc-bestillinger" seks måneder i forveien, er det en risiko for at SYE ikke får riktige signaler om behovet for dimensjonering av behandlingstilbudet på helsehusene. Dette skyldes dels at det er vanskelig å planlegge for behov flere måneder i forveien når bydelene ser at pasientgruppen øker i kompleksitet og antall. I perioder benytter bydelene derfor muligheten til å bestille plassen utenom "en bloc-plassene". Dette reduserer risikoen for å sitte med ledige plasser som de periodevis ikke har behov for.

Dagens bestillingssystem er for lite fleksibelt når det gjelder spesialplasser. Konsekvensen er at bydelene enten kjøper plasser ved behov eller at pasientene opptar korttidsplasser som ikke er tilpasset pasientenes sykdomsbilde. I tillegg er PwC sin vurdering at pasientflyten påvirkes av balansen mellom ulike type plasser, inkludert antall plasser på langtidshjem. Dette får konsekvenser ved at pasienter opptar korttidsplasser på helsehusene eller at det blir uønskede overliggerdøgn på sykehus.

Samhandlingen i pasientflyten der sykehusene skriver ut pasientene, bydelene har ansvar for pasientene og helsehusene gir helsefaglig behandling til pasientene, er mangelfull. Det er grunnlag for å stille spørsmål om det er tilstrekkelig tillit i denne samhandlingen. Konsekvensen kan være at pasientflyten ikke fungerer hensiktsmessig.

Kvalitet: Mangelfull forventningsstyring og forbedringspotensial knyttet til avviksoppfølging

Det er ulike oppfatninger om hva et helsehus er. Mangelfull forventningsstyring om helsehusenes behandlingstilbud skaper frustrasjon blant pasientene, pårørende og aktørene i behandlingsskjeden. Det fører også til at det er vanskelig å skape en omforent forståelse av helsehusenes rolle og ansvar i pasientforløpet. Kommunikasjonen rundt helsehusenes behandlingstilbud fremstår derfor som mangelfull.

De uønskede hendelsene ved helsehusene i Oslo viser at det har vært kvalitetsavvik. Disse har rammet pasientene og deres pårørende. Brukerundersøkelsene viser at de fleste pasientene er fornøyd med behandlingen de får ved helsehusene (opplevd kvalitet). Intervjuer med et utvalg pasienter viser at disse ønsker at tjenestene forbedres. Samtidig innser pasientene at ansatte gjør så godt de kan innenfor de rammebetingelsene de har. Både brukerundersøkelser og intervjuer viser at pårørende har større forventninger til behandlingstilbudet og er av den grunn mindre fornøyd. PwC vil understreke at ansatte ved helsehusene i Oslo har et stort engasjement for daglig å utøve tjenestene på en best mulig måte innenfor de rammene som er gitt.

I tillegg viser gjennomgangen at helsehusene har et forbedringspotensial når det gjelder teknisk kvalitet, herunder rapportering og oppfølging av avvik.

Sammenligning med Bergen og Trondheim kommune

Den eksterne gjennomgangen har også sammenlignet behandlingstilbudet ved helsehusene i Oslo med tilsvarende tilbud i Bergen og Trondheim. Sammenligningen viser at Trondheim har valgt en spesialisering av behandlingstilbudet ved at de har samlet én type behandlingstilbud på ett sted, for eksempel ved at det er et eget helsehus for rehabilitering og et eget for mottak og avklaring av utskrivningsklare pasienter. I Bergen er tjenestetilbudet noe mer delt enn i Oslo, men de har rendyrkede avdelinger ved hvert helsehus. Oslo kommune har færre helsehusplasser per innbygger over 80 år enn Bergen og Trondheim. Oslo kommune har i tillegg få korttidsplasser utenom helsehusene, sammenlignet

med de to andre kommunene. Dette tilsier at Oslo kommune har lavere dekningsgrad enn Bergen og Trondheim.

Oslo har en lavere pleiefaktor, men en høyere bemanningsfaktor enn Trondheim og Bergen. Hensikten med å ha en større andel av årsverk uten helsefaglig kompetanse ved helsehusene i Oslo, er at disse ansatte skal ta unna en del serviceoppgaver. Slik får ansatte med helsefaglig kompetanse frigjort tid til helsefaglige oppgaver.

Siden bydelene i Oslo har disponert «sine plasser» og fordelt pasienter uavhengig av diagnoser og behov, har dette ført til en uheldig blanding av pasienter. Dette vil også bli påvirket av at Oslo kommune har få andre korttidsplasser ved langtidshjem, slik at helsehusene må dekke en større andel av pasientene som har behov for et tidsbegrenset opphold ved langtidshjem. Blandingen av pasienter gjør det krevende for de ansatte å gi et godt faglig tilbud til en pasientgruppe med sammensatt behandlingsbehov. Dette ser ut til å ha medført en mer krevende driftssituasjon for helsehusene i Oslo, sammenlignet med tilsvarende tilbud i Bergen og Trondheim.

5.3 Tiltak under implementering

Den 19. april 2023 fremmet byrådet i Oslo en sak om omorganisering ved helsehusene for å tilpasse og forbedre tjenestene (jfr. kap 3.1). Dette skjedde i etterkant av PwC sin kartlegging, men i forkant av ferdigstillingen av denne rapporten. PwC har valgt å kommentere tiltakene slik de fremstår opp mot hovedutfordringene som er identifisert i denne gjennomgangen. PwC understreker at dette gjøres basert på den generelle innsikten fra denne gjennomgangen, og ikke spesifikke observasjoner knyttet til disse tiltakene som er under implementering.

Overordnet er forslaget til Byrådet å innføre lokal spesialisering ved hvert helsehus med tre hovedtiltak:

1. En spesialisering av tilbudene ved hvert helsehus med plasser for rehabilitering, avklaring og skjerming.
2. Mottaksfunksjonen på den enkelte helsehus styrkes, og det etableres mottaksteam med sykepleie og legekompetanse på hvert helsehus. Bydelene skal delta i mottaksteamet.
3. Helsehusplasser eller langtidsplasser skal ikke lenger brukes til avlastningsopphold.

En spesialisering av plasser vil kunne bidra til at pasienter med mer like helse- og omsorgsmessige behov får opphold på samme avdeling. Dette vil potensielt gjøre det lettere å spisse kompetansen ved hver avdeling inn mot pasientenes behov, forutsatt at det gjøres bemanningsmessige tilpasninger. Et styrket mottaksteam hvor også bydelene deltar vil kunne gi bedre vurderinger av pasientens behov, hvilken type plass som er best egnet for pasienten og målet for oppholdet. Et styrket mottaksteam med oversikt og mandat til å tildele plasser på tvers av helsehusene vil muligens også virke positivt for å se bemanning og kompetanse på helsehusene mer på tvers opp mot den enkelte pasients behandlingsbehov. At helsehusplasser og langtidsplasser ikke skal brukes til avlastningsopphold lenger vil sannsynligvis virke positivt inn mot den faktiske tilgjengelige kapasiteten ved helsehusene. Dette sett i sammenheng med mer fordeling av pasienter på tvers, vil sannsynligvis virke positivt.

I tillegg til saken av 19.april, besluttet bystyret 21. juni å avsette 175 millioner kroner til et kompetansefond for ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Avhengig av innretning og operasjonalisering, kan dette tiltaket ha en positiv virkning opp mot enkelte av de identifiserte utfordringene. Avdelingsledere har fått en mer

kompleks oppgaveportefølje, og målrettede kompetansehevende tiltak kan virke positivt for å løse dette på en bedre måte. Det vil imidlertid ikke virke avlastende med tanke på de økende administrative oppgavene.

Kompetansefondet kan også ha en positiv varig virkning for utfordringen med å beholde og rekruttere kompetent personell. Tilgang til kompetansehevende tiltak kan virke attraktivt i en jobbsituasjon hvor helsehusene konkurrerer med andre arbeidsplasser. Tiltaket kan også ha en varig positiv virkning med tanke på økt kompetansebehov som en følge av mer sammensatte og komplekse behandlingsbehov, samt for å bygge økt tillit mellom aktørene i behandlingsskjeden.

Imidlertid stiller PwC spørsmål om tiltakene under implementering vil løse utfordringene knyttet til en lite forstått ledelsesstruktur, utstrakt vikarbruk med påfølgende problemer, samt utfordringene knyttet til bestillingssystemet og samhandlingen i behandlingsskjeden.

5.4 Anbefalinger

Gjennomgangen viser at årsakene til hendelsene ved helsehusene er sammensatt. Samtidig viser gjennomgangen at det ikke kan pekes på noen enkeltfaktorer som har bidratt til hendelsene, men et sett med flere faktorer som hver for seg og samlet bidrar til at tilbudet ved helsehusene ikke har den kvaliteten som forventes. Det samlede utfordringsbildet peker på noen konkrete anbefalinger:

- Det bør etableres tiltak som tilrettelegger for økt mulighet for kompetansebygging for de ansatte. Dette vil bidra til å skape robuste fagmiljøer og styrke rekrutteringen.
- Dialogen mellom sykehusene, SYE, helsehusene og bydelene bør styrkes, slik at samhandlingen blir bedre og at det legges til rette for et mer systematisk arbeid om tilpasning til den fremtidige utviklingen, herunder veksten i antall pasienter og deres behandlingsbehov.
- Dagens bestillingssystem påvirker tildelingen av plasser på en uheldig måte. Gjennomgangen viser også at bestillingssystemet kan ha negativ innvirkning på hvordan pasientene opplever tilbudet. Bestillingssystemet bør derfor revideres med sikte på å kompensere for disse negative konsekvensene.
- Kommunikasjonen rundt helsehusenes funksjon og innretning bør styrkes siden gjennomgangen avdekker at det er ulik forståelse av helsehusenes rolle i behandlingsskjeden i Oslo. Det bør utvikles og etableres en beste praksis for helsehusene for mottak av pasienter. Dette inkluderer mottakssamtaler og forventningsavklaring med pasienter, men også tydelig kommunikasjon overfor pårørende. Helsehusene har allerede mye kunnskap og erfaring som kan benyttes.

Funnene i denne gjennomgangen viser at utfordringsbildet for helsehusene er sammensatt. Det er behov for at det gjøres flere grep både når det gjelder organisering, ledelse, bemanning og kompetanse, tildelingspraksis, pasientflyt og kvalitetsutvikling. Videre viser gjennomgangen at samhandlingen mellom sykehusene, helsehusene og bydelene bør forbedres. PwC anbefaler derfor å revidere organiseringen og rammebetingelsene til helsehusene for å møte dagens og fremtidige behov, og at tiltakene beskrevet over inngår i arbeidet. Siden det er gjensidig avhengighet mellom helsehusene og de øvrige aktørene innenfor helse- og omsorgstjenestene i kommunen, bør utredningen ha et helhetlig perspektiv. Den bør ta for seg

alle sider av helsehusene, herunder også hvilken rolle og funksjon helsehusene skal ha som en del av Oslo kommunes samlede behandlingstilbud.

Dette krever en helhetlig og involverende prosess der sykehusene, Sykehjemsetaten, bydelene og helsehusene, samt andre som yter helse- og omsorgstjenester i kommunen deltar. En slik prosess har stor verdi for å sikre en felles forståelse av kunnskapsgrunnlaget som beskriver dagens utfordringer, og mulighetsrommet for å etablere et robust behandlingstilbud for en pasientgruppe som er i et sårbart pasientforløp. En slik tilnærming vil være i tråd med Oslo kommunes prinsipper for tillitsbasert styring og ledelse, der man utnytter kunnskapen på ulikt nivå mellom ulike parter for å komme frem til den beste løsningen.

Disclaimer

Denne rapporten er utarbeidet for Oslo kommune ved Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester (HEI) i forbindelse med en ekstern gjennomgang av helsehusene i Oslo i samsvar med avtale datert 17.02.2023.

PwCs vurderinger bygger på faktainformasjon som har fremkommet i intervjuer med medarbeidere og ledere ved helsehusene, i bydelene, i Sykehjemsetaten, hos relevante aktører i Bergen og Trondheim, og representanter for pårørende og pasienter, samt dokumentasjon som er gjort tilgjengelig for oss. PricewaterhouseCoopers (PwC) har ikke foretatt noen selvstendig verifisering av informasjonen som har fremkommet, og vi innestår ikke for at den er fullstendig, korrekt og presis.

Et tydelig premiss i alle intervjuer PwC har gjort i forbindelse med denne gjennomgangen har vært at ingen informasjon som blir gitt skal kunne tilskrives en spesifikk person eller rolle. Dette premisset ligger også til grunn for hvordan vi har viderebrakt og tilgjengeliggjort innsikt i denne rapporten. Ingen person skal være identifiserbar og derfor vil det i enkelte tilfeller være umulig å presisere opphavet til informasjonen. Vi har imidlertid forsøkt så langt det er mulig å være presis i beskrivelse for å tydeliggjøre omfanget av en eventuell utfordring.

HEI som oppdragsgiver har ikke lagt noen begrensninger på PwCs gjennomgang. PwC har foretatt en selvstendig og uavhengig evaluering av observasjoner og funn. Endelig rapport, slik den fremstår her, har ikke vært tilgjengelig for noen av aktørene før endelig publisering.

HEI har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med avtalen mellom HEI og PwC. PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er lidd av HEI eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet i strid med disse bestemmelsene eller avtalen. Ved deling av hele eller deler av rapporten skal HEI sikre at enhver ansvarsfraskrivelse PwC har inkludert eller senere ønsker å inkludere i rapporten, blir gjengitt i sin helhet i alle eksemplarer som deles.

HEI får rettighetene til resultatet av oppdraget når betaling har skjedd, mens PwC beholder opphavsrett og alle andre immaterielle rettigheter til alt bakgrunnsmateriale, herunder, men ikke begrenset til, ideer, konsepter, modeller, informasjon og know-how som er utviklet i forbindelse med vårt arbeid. HEI kan ikke videreutvikle resultatet under PwC logo.

Enhver handling som gjennomføres på bakgrunn av vår rapport foretas på eget ansvar.

Vedlegg

Vedlegg A: PwCs metodikk for eksterne gjennomganger

Nedenfor gis en beskrivelse av god evalueringspraksis, dvs. hvilke overordnede rammer og krav som må tilfredsstilles i arbeidet med oppdraget. Dette er utarbeidet av PwC på bakgrunn av betydelig erfaring fra gjennomganger og evalueringer i offentlig sektor.

Integritet og uavhengighet i gjennomføringen av gjennomgangen

Denne gjennomgangen er en ekstern evaluering hvor det er viktig å sikre uavhengighet og objektivitet til evaluator. I gjennomføringen av evalueringen har PwC vært opptatt av å beholde vår integritet, og at vurderingene i arbeidsnotater og sluttrapporten er uavhengige. Dette innebærer blant annet å skille tydelig mellom observasjoner, vurderinger og anbefalinger - dette gjør det tydelig for leseren hva som er empiri og hva som er konsulentenes vurderinger. Det er imidlertid også avgjørende å involvere oppdragsgiver, sentrale aktører og interessenter, og skape engasjement gjennom gode og inkluderende prosesser - dette skaper forståelse av hvorfor arbeidet som gjøres er viktig samt betydningen av svar fra respondenter.

Evalueringspraksis

PwC har gjennomført en rekke gjennomganger av ulik art i offentlig sektor, og har bygget opp en solid kompetanse rundt gjeldende regelverk, metodikk for evalueringer, samt kvantitativ og kvalitativ metode. Vi benytter som tidligere beskrevet anerkjent evalueringsmetodikk og har over tid utviklet et eget rammeverk og standarder for god evalueringspraksis, som illustrert i Figur A1.

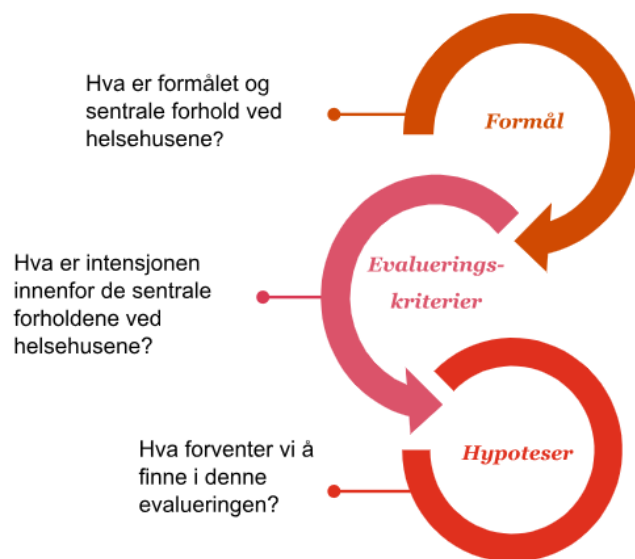
Formål	Hva ønsker vi å oppnå med evalueringen? • Avgrensning – angi forhold og område som skal undersøkes • Overordnet, kort og lettfattelig
Problemstillinger	Hva ønsker vi å finne ut? • Systematikk og struktur, dekker formålet, samlet, fullstendig • Entydige og klare
Evalueringskriterier	Hva skal målestokken være? • Samsvar med vedtak og forutsetninger • Behøver ikke være fullstendige
Analysebevis	Hvilken informasjon trenger vi? • Nødvendig og tilstrekkelig informasjon for å svare på problemstillingene
Metode	Hvor finnes informasjon, hvordan kan den innhentes, bearbeides og analyseres? • Den systematiske fremgangsmåten, tydelig på kilder og utvalg
Forventede funn	Formulere tidlighypoteser om hva man kan forvente å finne • Hvilke konklusjoner forventer man å kunne trekke? Forkaste/bekreftede hypotesene
Gjennomførbarhet	Hvilken usikkerhet finnes i design og prosjektplan? • Er risiko akseptabel og håndterbar?

Figur A1: God evalueringspraksis

Nærmere om evalueringsdesignet

Et velfundert og gjennomarbeidet design sikrer at vurderingene og anbefalingene blir tilgjengelig,

forståelige og etterprøvbare. PwC har lang erfaring med å gjennomføre tilsvarende gjennomganger, og vi har utviklet en praksis som er benyttet i dette oppdraget. Et godt design for gjennomgangen sikrer blant annet at det er en omforent forståelse av hva vi har funnet ut (formål, problemstillinger og hypoteser), hvordan vi har innhentet informasjon om dette (metoder) og hvilke kilder som har egnet seg til å besvare hvilke spørsmål (respondenter, intervjuobjekter).



Å utvikle gode evalueringskriterier og hypoteser er en viktig del av evalueringsdesignet. Figur A2 illustrerer prosessen, fra formålet med helsehusene via evalueringskriterier til hypotesene som vi har testet gjennom informasjonsinnhenting.

Figur A2: Overordnet evalueringsdesign

Problemstillingene som har blitt belyst i gjennomgangen omfatter følgende områder: organisering, ledelse, bemanning, kompetanse, kvalitet og tildelingspraksis og pasientflyt. PwC har etablert et sett med evalueringskriterier som har bidratt til å svare ut problemstillingene. Som Figur A2 illustrerer, må intensjonen innenfor de sentrale forholdene ved helsehusene ligge til grunn for evalueringskriteriene som defineres. Kriteriene utgjør referansepunktet og det normative grunnlaget for å vurdere måloppnåelse.

Vedlegg B: Metode for kvalitative og kvantitative analyser

Kvalitative analyser

Datagrunnlaget for den kvalitative analysen bygger på en dokumentstudie av styrende dokumenter og tidligere rapporter fra kommunerevisjonen og bestillinger fra kommunen. De mest sentrale er følgende

- Rehabilitering i helsehus, Kommunerevisjonens rapport 15/2018
- Helsehus i Oslo - Bemanning og kompetanse, Kommunerevisjonens rapport 6/2023
- Helhetlig rehabilitering til voksne og eldre i Oslo, Temaplan 2023-2033 - Oslo kommune
- Samhandlingsreformen - Meld St nr 47 (2008-2009)
- Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre Meld St nr 15 (2017-2018)
- IS 2651 Nasjonal veileder for rehabilitering
- Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (2018)
- Kommunerevisjonens rapport 5/2018. Sykehjemsetaten - kvalitetsutvikling og helsehus
- Aker Helsearena. Beskrivelse og benchmarking av tjenestetilbudet ved forsterket rehabilitering Aker - Deloitte
- Dokumentasjon i forbindelse med høringene i bystyret februar 2023
- Byrådssak 60/23

Datagrunnlaget bygger også på intervjuer med aktører/interessenter som inngår i den eksterne gjennomgangen av helsehusene. Tabell B1 gir oversikt

Tabell B1: Oversikt over intervjuer

Aktør/interessent	Type intervjuer	Gjennomføring/deltakere
Ledelsen i Sykehjemsetaten, herunder avdeling for helsehus	Enkeltintervju Fokusgruppeintervju	Ledelse (Adm dir SYE, direktør helsehus, direktør kvalitet og utvikling, og etatsoverlege helsehus.) Ansatte avdeling helsehus
Ledelsen ved helsehusene	Fokusgruppeintervju	Lilleborg helsehus, Solfjellshøgda helsehus Solvang helsehus, Ullern helsehus
Ansatte ved helsehusene	Fokusgruppeintervju	Lilleborg helsehus, Solfjellshøgda helsehus Solvang helsehus, Ullern helsehus
Pasienter / pårørende	Telefonintervju	2-3 pasienter og pårørende med fra hvert helsehus
Tillitsvalgte Sentralt i Oslo og ved helsehusene	Fokusgruppeintervju	Sentralt i Oslo og Lilleborg helsehus, Solfjellshøgda helsehus Solvang helsehus, Ullern helsehus

Utvalgte bydeler (8)	Fokusgruppeintervju	Bjerke og Alna bydeler knyttet til Solvang helsehus, Frogner og Sagene bydeler knyttet til Lilleborg helsehus, Østensjø og Søndre Nordstrand bydeler knyttet til Solfjellshøgda helsehus Ullern og Vestre Aker bydeler knyttet til Ullern helsehus
Sykehusene	Fokusgruppeintervju	Lovisenberg, Diakonhjemmet, OUS og Ahus
Det sentrale eldreråd	I forbindelse med rådsmøte	Deltakere i rådsmøte
Rådet for personer med funksjonsnedsettelse	I forbindelse med rådsmøte	Deltakere i rådsmøte
Byrådsavdelingen (HEI)	Fokusgruppeintervju	Kommunaldirektør,
Helseetaten	Fokusgruppeintervju	FRA, KAD og Legevakten
Bergen kommune	Fokusgruppeintervju	
Trondheim kommune	Fokusgruppeintervju	

Nærmere om intervjumetodikk

Som oversikten i tabell B1 viser har vi benyttet både enkelt intervjuer og fokusgruppeintervjuer.

Styrken med individuelle intervjuer er at samtalen blir mer fortrolig og det kan være lettere å fullføre et resonnement. Disse er derfor gjennomført for utvalgte informanter

Fokusgruppemetodikk synliggjør merverdien av å samle mennesker i grupper for å utveksle erfaringer ved at felles innspill bekrefter betydningen av fellesskap og ulikhet. Dette gjør at fokusgrupper har en egen dynamikk som man ikke får i individuelle intervjuer. En fokusgruppe er et strukturert gruppeintervju, hvor en to personer leder et intervju med opptil åtte deltakere.

Ved at deltakerne har samtaler om sine erfaringer kan man få mer informasjon enn ved å intervju et og ett gruppemedlem. Et trygt gruppemiljø og åpenhet i gruppen er vesentlig for å skape en fri diskusjon mellom deltakerne.

Alle intervjuer har vært avtalt i god tid i forveien. Sammen med invitasjonen ble det redegjort for evalueringens formål og hvordan deres innspill ble brukt, tema for intervjuet og hvordan intervjuet ville bli gjennomført. Hensikten er at deltakerne skal være tilstrekkelig informert og ha tid til forberede seg.

De intervjuede ble informert om følgende som en del av oppstarten av intervjuet:

- Det har blitt skrevet referat fra intervjuene. Referatet har dannet grunnlag for evalueringsteamets observasjoner, vurderinger og konklusjoner. Referatet slettes etter avsluttet oppdrag.

- Enkeltpersoner er ikke sitert i rapporten med navn eller funksjon. Om PwC ønsker å bruke direkte sitat i rapport vil vi innhente godkjenning fra personen det gjelder. Sitatet vil da være anonymisert. Vi vil etterstrebe at informasjon som blir gitt i intervjuene ikke skal kunne føres tilbake til den intervjuede.
- All informasjon som fremkommer i intervjuene har kun vært delt med evalueringsteamet. Oslo kommune har ikke fått tilgang til informasjonen som er gitt i intervjuene.
- En orientering om at intervjuene inngår som et av flere kilder for gjennomgangen. Intervjuene har hatt en åpen tilnærming der informantene har fortalt eller beskrevet sine opplevelser og vurderinger.

Kvantitative analyser

Sammenligning Oslo med Trondheim og Bergen kommune

Sammenligningen har belyst:

- Pleie- og bemanningsfaktor
- Kompetansesammensetning
- Oppholdstid

I datainnsamlingen har vi fått utpekt egne kontaktpersoner i både Oslo, Bergen og Trondheim som har hentet ut data basert på bestilling fra PwC. Datainnsamlingen har foregått i perioden 1.-14. mars, og blitt avsluttet med et møte mellom PwC og kontaktpersonene fra kommunene. I dette møtet gikk vi gjennom oversendte data for å avklare forskjeller og likheter i innretning av plasser, for å sørge for at vi kun tar med de plassene i Bergen og Trondheim som er sammenlignbare med de plassene Oslo kommune har lagt til sine helsehus.

- Fra alle kommunene har vi hentet inn data om:
- Antall plasser, fordelt etter innretning
- Antall ansatte, etter kompetanse
- Pleie- og bemanningsfaktor

Vi har også hentet inn data om heldøgns omsorgsplasser i kommunene forøvrig. Dette består av langtidsplasser og heldøgns omsorgsboliger.⁴⁰ Heldøgns omsorgsboliger er definert som omsorgsboliger med tilknyttet bemanning hele døgnet. I Oslo kommune omfatter dette boliger i Omsorg+.

Det har ikke vært mulig å hente ut likeartede data om brukerne i helsehusene fra de tre kommunene. Det har heller ikke vært mulig å hente ut data om liggetid i helsehusene med tilstrekkelig kvalitet fra alle tre kommunene. Vi har derfor ikke hatt mulighet til å ta inn disse to forholdene i sammenligningen.

Som en del av sammenligningen har vi hentet inn pleie- og bemanningsfaktor for hver avdeling ved alle helsehusene i Oslo, Bergen og Trondheim. Disse dataene er innhentet ved at representanter for hvert helsehus har fylt ut et standardisert kartleggings skjema der vi har bedt om at det blir skilt mellom ansatte med og uten helsefaglig kompetanse.

⁴⁰ Det er kun plasser som er organisert som helsehus som er inkludert i beregningen. Ved Solvang helsehus er det for eksempel to avdelinger med korttidsplasser som ikke er helsehusplasser. Disse er holdt utenfor analysen.

Ressursene som inngår i pleiefaktoren er ansatte som går turnus, inkludert nattevakter. De ressursene som inngår i bemanningsfaktoren, men ikke pleiefaktoren er:

- Ledelse
- Helsepersonell utenfor turnus (lege, fysioterapeut og ergoterapeut)
- Annet personell (renholdere, matverter og annet servicepersonell)

I enkelte tilfeller ivaretar samme ansattgruppe flere avdelinger. Dette gjelder blant annet nattevakter ved enkelte helsehus. I slike tilfeller har vi fordelt ressursene likt på hver avdeling etter antall plasser på avdelingen, uavhengig av om disse avdelingene er innrettet med ulike plasser. Dette har vi gjort etter dialog med kontaktpersonene i Oslo, Bergen og Trondheim.

Alle analyser av pleie- og bemanningsfaktor baserer seg på planlagt bemanningsnivå. Vi har ikke lagt til grunn den faktiske bemanningen i sammenligningen, men det vil være naturlig å anta at det vil være avvik mellom planlagt og faktisk bemanning.

Vi har også gjort beregninger av dekningsgrad for både helsehusplasser og heldøgns omsorgsplasser totalt. Dekningsgrad viser antall plasser per innbygger over 80 år.

Bruk av statistikk for å belyse utvalgte temaer

Under har vi satt opp en oversikt over hvilke data som er benyttet, og hvilke vurderingspunkter vi har ønsket å besvare med de ulike dataene.

Tabell B2: Oversikt over bruk av data

Informasjon om den enkelte ansatte	
• Stillingsstørrelse • Ansettelsessted • Utdanning • Rolle 10-faktorundersøkelse	Gjennom informasjon om ansatte i helsehusene vil vi kunne svare ut punktene som handler om kontrollspenn samt bemanningsfaktor (kombinert med antall plasser). Som en del av denne analysen vil vi også be om tall fra helsehusenes 10-faktorundersøkelser over tid for å vise utvikling i arbeidsmiljø.
Planlagt og utført turnus	
Alle turnuser i helsehuset 2022 Data som viser avvik mellom planlagt og faktisk bemanning per vakt 2022 Data om overtid og vikarinnleie Antall timeverk ekstravakter-overtid og vikar eller alternativ regnskap for variable lønnsarter per avdeling	Planlagt turnus for 2022 vil brukes til å vurdere pleiefaktor, samt tilgang til bemannings gjennom døgnet og uka for ulike kompetansegrupper. Vi vil be helsehusene hente ut oversikter fra turnussystemene for å finne avvik mellom planlagt og utført turnus. I forlengelsen av disse analysene vil det også være naturlig å vurdere bruk av overtid og vikarinnleie ved hvert av helsehusene.
Innretningen av det enkelte helsehuset	
Antall plasser per avdeling, etter type plass Antall langtidsplasser i Oslo kommune	Ved å hente inn informasjon om antall plasser per helsehus etter type plass vil vi kunne si noe om dimensjoneringen av tilbudet ved helsehuset. Dette vil blant annet være nødvendig for å beregne pleiefaktor.

samlet, fordelt på lang- og korttidsplass	Ved å hente data om antall langtidsplasser i Oslo kommune vil vi kunne vurdere den samlede kapasiteten på heldøgns omsorgstilbud i kommunen, og vurdere dimensjoneringen av helsehusene mot andre langtidstilbud.
Overordnet informasjon om ansatte	
• Sykefravær • Turnover	Informasjon om sykefravær og turnover vil være relevant for vurderingen av bemanningen av tjenestene. Vi vil be om statistikk ned på avdelingsnivå, og fordelt på yrkesgrupper dersom det er mulig.
Kvalitet i tjenestene	
Avviksmeldinger • Type avvik • Pasientsikkerhetsrisiko Brukerundersøkelser	Vi vil bruke avviksstatistikken til å besvare spørsmålene om utvikling i meldte avvik innenfor ulike kategorier, og betydningen for pasientsikkerheten. Her tar vi forbehold om at avviksmeldingene belyser pasientsikkerhet. Brukerundersøkelsene vil brukes til å belyse opplevd kvalitet i tilbudet ved helsehusene.

Nærmere om analyse av turnus

For å analysere turnus har vi bedt om uttrekk av turnus for en representativ periode (dette kan være alt fra 6 uker til 1 år) for hvert enkelt helsehus. Her har vi hatt hver enkelt turnuslinje, oversikt over alle vaktkoder, og hvilken kompetanse som ligger på den enkelte turnuslinjen. Dette er brukt for å skaffe en oversikt over gjennomsnittsbemanning gjennom døgnet og gjennom uka i hvert enkelt helsehus.

I tillegg til planlagt turnus har vi også bedt om en tilsvarende sammenstilling av utført turnus. Dette har gitt oss muligheten til å sammenligne planlagt og gjennomført turnus, identifisere antall vakter som er blitt utført med annen kompetanse enn opprinnelig planlagt, og eventuelt om fravær ikke er blitt dekket opp.

Nærmere om analyse av avviksmeldinger

Formålet med analysen av avviksmeldingene har vært å vurdere utviklingen i meldte avvik. Vi har lagt til grunn meldte avvik siden oppstarten av helsehusene i 2015. Her har vi sett på utviklingen innenfor ulike avvikskategorier, samt utvikling i avvik som har utgjort en pasientsikkerhetsrisiko. Vi har brukt utviklingen i avvikene som en kvalitetsindikator. Samtidig må en analyse av meldte avvik tolkes med varsomhet. Erfaringsmessig går antall avviksmeldinger ned når arbeidsbelastningen øker. Dersom ansatte har opplevd større arbeidspress de senere årene, vil det påvirke meldingen av avvik, noe har måttet hensynta i analysen.

Kvalitetssikring av analysene

En sammenligning av helsehusene i Oslo, Bergen og Trondheim har noen hindringer, som prosjektet har tatt høyde for, og som har krevd flere runder med kvalitetssikring, for å sikre at vi sammenligner plasser

med lik innretning i alle tre kommunene. Det er vårt vurdering at de plassene som inngår i denne sammenligningen er sammenlignbare, og ivaretar de samme tjenestene i alle tre kommunene.

Datainnsamling:

Innledningsvis i prosjektet har vi hatt en dialog med både Oslo, Bergen og Trondheim kommuner for å avklare hvilke tilbud og plasser som skal inngå i sammenligningen. Her har vi tatt utgangspunkt i de tilbudene som ligger til helsehusene i Oslo, og bedt om tilbakemelding på hvilke plasser i Bergen og Trondheim som er sammenlignbare med disse.

Representanter for hver av kommunene har fylt ut et kartleggingsskjema der de har registrert antall plasser, og bemannings per avdeling. Utfyllelsen av dette skjemaet danner grunnlaget for analysene i sammenligningen. En problemstilling som har kommet opp i datainnsamlingen er om innføringen av serviceverter ved helsehusene i Oslo kommune, som ble vedtatt før vår datainnsamling, er omfattet av analysen. Fra Sykehjemsetaten i Oslo kommune er det stilt spørsmål ved om helsehusene hadde rukket å øke bemanningen med serviceverter innen vi hentet inn data fra helsehusene. Vi har ikke informasjon om når bemanningsøkningen i praksis har trådt i kraft, men legger til grunn at det bemanningsnivået som er oppgitt i kartleggingen samsvarer med det faktiske bemanningsnivået på kartleggingstidspunktet som var i perioden 9.-15. mars.

Kvalitetssikring

Etter datainnsamlingen har vi kvalitetssikret dataene i to omganger. Vi hadde en gjennomgang av analyser med representanter fra Oslo, Bergen og Trondheim samlet 23. mars. Formålet med møtet var å presentere innledende analyser, samt diskutere uklarheter og justere analysene. Basert på denne gjennomgangen endte vi med å ta ut enkelte av avdelingene ved behandlingssentrene i Bergen fra analysen, slik at analysen kun omfattet samme type plasser som ved helsehusene i Oslo. Vi har også kvalitetssikret grunnlagsdataene med Oslo, Trondheim og Bergen hver for seg, for å sikre at dataene rapportert til oss er korrekt. Avslutningsvis har vi presentert våre analyser og vurderinger for alle tre kommunene samlet, og invitert til innspill på våre analyser og vurderinger.

Vurdering av data og sammenlignbarhet

Det vil alltid være ulikheter i hvordan helsehusene er innrettet, som vil påvirke sammenlignbarheten. Vi mener imidlertid prosessen med kvalitetssikring og forankring underveis i arbeidet har sikret at de plassene som er inkludert i analysen er sammenlignbare. Det er noen forhold vi ønsker å kommentere særskilt.

I Oslo og Bergen har vi hentet inn informasjon om plasser i helsehusene, mens Bergen har etablert behandlingssentre som inneholder den samme typen plasser. Ved behandlingssentrene er det også noen langtidsplasser. Disse er holdt utenfor i vår analyse. For fellesfunksjoner utenfor avdelingene er årsverkene fordelt per plass, slik at avdelinger med mange plasser får tildelt en større andel av årsverkene enn avdelinger med få plasser. Dette er gjort gjennomgående, og i samråd med kontaktpersonene i de tre kommunene.

Fysio- og ergoterapiårsverk er organisert utenom bemanningen ved helsehusene i Bergen. Her har vi lagt antall årsverk basert på fordelingsmodellen Bergen kommune benytter for å synliggjøre antall fysio- og ergoterapiårsverk ved helsehusplassene i Bergen kommune.

Vedlegg C: Eldre og sykdomstrend

Notat fra Henrik Toft Sørensen (Clinical professor and chair, MD, PhD, DMSc, DSc. ved Universitetet i Aarhus)

How Will Disease Occurrence Develop in the Future

During the last 200 years, average human life expectancy has doubled in most developed countries. Better quality of water, food, hygiene, housing and lifestyle, immunization against infectious disease, antibiotics and improved medical care first reduced mortality in early life and, after about 1950, in people of 70 years of age or older.

Due to survival rates in the elderly, mean life expectancy are generally projected to continue to increase.

Recent increases in human life expectancy have been much too rapid for genetic change to have had more than a minor role. The environment and lifestyle, including social networks, seem to have important roles in the healthy aging of the elderly. Factors such as diet, education and physical activity throughout postnatal life have a cumulative effect on mortality, and conditions during early life and parental health also have a large influence. Improved health of people of all ages, including older people, and the consequent increase in life expectancy, are to be celebrated as achievements of civilization. However, healthy, disease-free lifespan (healthspan) has not increased as much as lifespan. A global increase of five years in total life expectancy between 2000 and 2015 has been accompanied by only 4.6 years of healthy life expectancy (see <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXR EGv?lang=en>). An average 16–20% of life is now spent in late-life morbidity, longer in females than in males, and in individuals with a lower socio-economic status or obesity. Advancing adult age is therefore the major risk factor for chronic killer diseases, including cancer and cardiovascular and neurodegenerative disease like dementia.

Burden of Chronic Noncommunicable Diseases

Noncommunicable diseases (NCDs) (diseases not caused by infections) are responsible for the greatest disease burden worldwide, killing more people than all other causes of death combined and resulting in a devastating impact on health and enormous human suffering. The prevalence and disease burden of chronic NCDs are steadily increasing worldwide, driven by population growth, ageing, changes in lifestyles and risk factors, alongside achievements in communicable disease control and progress in reducing maternal and child mortality.

Over 80% of deaths due to NCDs are caused by cardiovascular diseases, diabetes, cancer, and chronic respiratory diseases. High levels of common, preventable risk factors are driving much of the increase in NCDs. Four behavioral risk factors are causally linked to CVD, cancers, diabetes and chronic respiratory diseases. These are tobacco use, harmful use of alcohol, physical inactivity, and unhealthy diet. In turn, these behaviours lead to four key metabolic changes: elevated blood pressure, overweight / obesity, elevated blood glucose, and elevated cholesterol.

Multimorbidity

Multimorbidity, defined as the presence of two or more coexisting chronic conditions, is highly prevalent worldwide. Its prevalence is estimated to further increase dramatically due to ageing populations, increased exposure to risk factors mentioned on page 4, and improvements in medical technology and is a key challenge for the society. Multimorbidity has been associated with worse physical and mental health outcomes, and poor quality of life. The management of people morbidity poses complex challenges for healthcare systems worldwide, considering that people with multimorbidity have increased healthcare use and are at greater risk of unplanned hospital admissions.

Improving outcomes for individuals with multimorbidity in Europe is therefore challenging. In the majority of European Health Systems, clinical guidelines and chronic disease management programmes are still organised following a single-disease approach and might not be suitable for treating people with multiple chronic conditions who often require a multidisciplinary approach.

Social Isolation

Ageing and multimorbidity are closely related to social isolation and loneliness, which, among older people are growing public health and public policy concerns. This has been made more salient by the COVID-19 pandemic. Social isolation and loneliness among older people are widespread. For instance, 20–34% of older people in China, Europe, Latin America, and the United States of America are lonely. Social isolation and loneliness are harmful. They shorten older people's lives, and damage their mental and physical health and quality of life.

Therefore, strategies for reducing social isolation and loneliness among the elderly should be developed, since there is strong evidence that social isolation and loneliness increase the risks of older adults for physical health conditions such as cardiovascular disease and stroke and for mental health conditions such as cognitive decline, dementia, depression, anxiety, suicidal ideation and suicide. There is also evidence, although it is not as strong, that social isolation and loneliness increase the risks of other health conditions (e.g. type-2 diabetes mellitus, high cholesterol) and limit mobility and activities of daily living. Social isolation and loneliness are also risk factors for violence.

Data Sources for Health Planning

The Nordic countries including Norway, provide unique opportunities for registry based healthcare planning due and research with a long and complete follow-up to the tax-funded and public healthcare system.

Key Norwegian registries provide population-based, routine, and prospective data on individual lives and health with virtually complete follow-up exact censoring information. People in the Nordic countries have universal access to the healthcare systems, which are mainly publicly financed through taxes with minor private healthcare sectors and limited private medical insurances.

The Norwegian healthcare system is universal with almost free access, though some patient fees exist when visiting GPs or outpatient hospital clinics. In 2019, Norway spent 10.5% of their GDP on healthcare

expenditures. Tax incomes cover approximately 85% of all health care expenses, including access to GPs, hospitals, outpatient hospital clinics, and partial reimbursement of prescribed medications.

Established in 2008, the Norwegian Patient Registry is administrative and contains electronically submitted information from hospitals, including information on out-patient and in-patient hospital care. The primary aim of this registry is monitoring of hospital and health service utilization to provide a tool for healthcare planning. The Patient Registry does not capture information from general practitioners, but the Norwegian Registry for Primary Health, established in 2017, captures such information.

Norway also has a nation-wide Prescription Registry containing electronically submitted information on prescription dispensed by pharmacies since 2005.

The unique personal identification number assigned to all residents in Norway upon birth or immigration, makes the Norwegian population a cohort that is followed its entire lifespan with exact date of death or censoring information. The population-based Patient Registry, the Registry for Primary Care, and Prescription Registry will provide an excellent tool for registry-based healthcare planning in Norway and of course for research.

Frequency of Diseases

Definition and Calculation of Measures of Frequency in Epidemiology and Health Care Planning.

A. Prevalence

1. *Definition.* The prevalence of a disease in a population is the proportion of that population having the disorder at a given point in time.
 - a. Prevalence is defined in terms of a single point in time even though the actual process of data collection may take place over days, weeks, or years.
 - b. Thus, prevalence provides a static measure of disease frequency, analogous to a single frame of a motion picture.
2. *Calculation*
 - a. Prevalence is calculated using the formula

$$\text{Prevalence} = \frac{\text{total number of diseased individuals at given time}}{\text{total population}}$$

- b. The numerator encompasses both new and ongoing cases of the disease. The prevalence can also be used as a proportion of people being in a hospital or nursing home at a specific time.

- B. **Incidence** of a disease refers to the number of new cases (or for example new cases in a nursing home/helsehus) that develop in a population at risk for the disease over a specified period of time. Incidence may be measured in one of two ways.

1. *Cumulative incidence (CI)*
 - a. *Definition.* Cumulative incidence is the proportion of people in a predefined group of fixed size (fixed cohort) who develop the disease during a specified time period. The observation period must be included in any report of cumulative incidence.

b. Application

(1) Cumulative incidence can be used to measure risk - that is, the probability that a "healthy individual" will develop the disease in question during the specified period of time.

(2) Inherent in this application is the assumption that all members of the population at risk are followed until they develop the disease or the observation period ends.

c. Calculation

(1) Cumulative incidence is calculated using the formula

$$CI = \frac{\text{number of new cases during specified time period}}{\text{total number of people at risk}}$$

(2) Only new cases of the disease are included in the numerator; ongoing cases present at the beginning of the period referent are excluded.

2. Incidence rate

a. Definition. Incidence rate refers to the rate at which new cases of a disease occur in a population given that the population is both studied and at risk for varying lengths of time.

(1) The variations in number of people studied and the length of time they are observed result from real-life study conditions. For example, patients continuously enrolled in an epidemiological study over a long period of time may either complete the study, drop out for various reasons, or die of other causes.

(2) Incidence rate is an estimate of the average rate at which a disease develops in a population over a specified time period.

b. Calculation

(1) Incidence rate is calculated using the formula:

$$CI = \frac{\text{number of new cases of disease during specified time period}}{\text{person - time at risk for disease}}$$

C. Relationship between incidence and prevalence

a. The prevalence of a disease (or the number of patients in a nursing home / helsehus) depends upon its incidence rate and its duration. Assuming that the values for prevalence, incidence rate, and duration are stable over time, this relationship can be written

Prevalence = incidence × average duration of disease

Interpretation:

(1) A high prevalence may be due to a high incidence, a protracted duration, or both.

(a) Successful treatment of an illness, which prolongs life without effecting a cure, may paradoxically increase its prevalence.

(b) For example, the availability of increasingly effective chemotherapeutic regimens for many types of cancer and the use of insulin in the treatment of diabetes have increased the prevalence of these diseases.

(2) A low prevalence may be due to a low incidence, a short duration (i.e., rapid recovery or death), or both.

b. Example

The number of patients in the helsethusene (prevalence) = the number of new patients X average duration of how long they stay in helsethusene.

D. Variations in incidence and prevalence

a. Because incidence depends on the occurrence of new cases of a disease, a decrease in incidence may be due to:

- i. (1) Enhanced resistance to the disease
- ii. (2) A change in disease etiology
- iii. (3) An effective prevention program that reduces exposure to a known risk factor for the disease

b. A decrease in prevalence may be due to:

(1) A decrease in incidence

(2) A shorter duration of the disease due to either improved treatment methods leading to more rapid recovery or an increase in virulence leading to more rapid death.

Planning and evaluating health care needs and services. Frequency measures are often used to predict health care needs (particularly for chronic diseases) and to evaluate public health programs.

1. Prevalence is useful in estimating the need for facilities and personnel. It is also a measure of the "burden" of a particular disease to the health care system.
2. Incidence provides information on the effectiveness of disease prevention or control programs.

