



Oslo

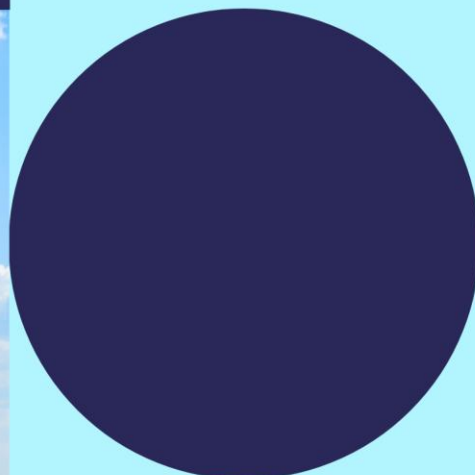
Utviklings- og kompetanseetaten



Kartlegging arbeidsmiljø, kompetanse og bemanning ved helsehusene

Utført av Utviklings- og
kompetanseetaten og
Arbeidsmiljøhuset AS

Januar 2025



Forord

Vi ønsker å takke alle som har bidratt med verdifull kunnskap i dette kartleggingsprosjektet av arbeidsmiljø, bemanning og kompetanse ved helsehusene i Oslo. Trepertssamarbeidet har stått sentralt i prosjektet. En spesiell takk rettes til alle ansatte som har deltatt i spørreundersøkelsen om nettopp arbeidsmiljø, bemanning og kompetanse. Deres innsikt er avgjørende for arbeidet med å utvikle gode og bærekraftige tjenester for innbyggerne i Oslo.

Vi takker også bydelene som har bidratt med viktig kunnskap om overgangene mellom sykehus, helsehus og bydelsnivå. Deres bidrag har styrket forståelsen av samhandlingen i helsetjenestene.

Kartleggingsarbeidet har blitt ledet av avdeling for organisasjonsutvikling i Utviklings- og kompetanseetaten (UKE), i samarbeid med bedriftshelsetjenesten Amhuset AS.

Denne rapporten sammenfatter innsikten fra prosjektet og presenterer konkrete tiltak og anbefalinger for videre utvikling av helsehusene i Oslo kommune. Vi håper den kan bidra til forbedringer som gagnar både ansatte og pasienter.

Oslo, 8. januar 2025

Hege Kristin Sunde

Utviklings- og kompetanseetaten

Silia Malen Schumacher

Amhuset AS

Innhold

1	Sammendrag	5
2	Innledning	8
2.1	Bakgrunn	8
2.2	Formålet med kartleggingen	9
2.3	Metodikk.....	9
3	Om helsehusene i Oslo kommune	10
3.1	Generell beskrivelse av helsehusene	10
3.2	Detaljert beskrivelse av hvert helsehus.....	10
3.3	Oversikt over helsehusene	11
4	Iverksatte tiltak april 2023 – august 2024	12
4.1	Spesialisering av helsehusene.....	12
4.2	Økt bemanning på kveldsvakter	12
4.3	Innføring av servicemedarbeidere	12
4.4	Besøksverter.....	13
4.5	Mottaksteam og styrket samhandling med bydelene.....	13
4.6	Månedlig internkontroll	14
4.7	Ernæringskartlegging og tiltak for bedre pasienternæring.....	14
4.8	Forbedring av dokumentasjon og tiltaksplanlegging.....	14
5	Tiltak iverksatt høsten 2024	15
5.1	Tiltakene er så nye at de ikke har fått effekt	15
5.2	Kompetanseprogram for helsehusene	15
5.3	Pasientvarsling og digitalt tilsyn.....	15
6	Pasientenes behov	16
6.1	Mer komplekse og sammensatte behov hos pasientene	16
6.2	Multimorbiditet og medisinske behov	16
6.3	Psykatri og rusrelaterte utfordringer.....	16
6.4	Yngre pasienter med spesialiserte behov.....	17

6.5	Atferds- og psykologiske symptomer ved demens (APSD)	17
6.6	Endringer i avlastningsplasser	18
6.7	Sosiale og psykologiske utfordringer	19
6.8	Høyere forventninger fra pårørende.....	19
6.9	Pasientoverganger.....	20
6.10	Sykehusenes forventninger til helsehusene	21
7	Ansattes behov	22
7.1	Sykefravær	22
7.2	Kartlegging av arbeidsmiljøet på helsehusene	23
7.2.1	Hvordan lese resultatene i arbeidsmiljøundersøkelsen	23
7.2.2	Resultatene i arbeidsmiljøundersøkelsen	25
7.2.3	Ledere er støttende og engasjerte	27
7.2.4	Meningsfullt arbeid og tydelige roller	27
7.2.5	Engasjement blant de ansatte	27
7.2.6	Krav til læring	28
7.2.7	Høy arbeidsbelastning og unødvendige arbeidsoppgaver	28
7.3	Bemanning og kompetanse.....	29
7.3.1	Hvordan utnytte kompetansen best mulig.....	29
7.3.2	Oppgavedeling – effektivisering og overføring av oppgaver til riktig kompetansenivå	30
7.3.3	Ledige vakter i helgene skaper mye ekstraarbeid og påvirker/truer pasientsikkerheten	32
7.3.4	Mye som skal læres uten at det settes av tid	34
7.3.5	Kompetanseheving og opplæring.....	37
7.3.6	Utfordringer med økonomiske ressurser til opplæring og kompetanseheving	37
8	Foreslåtte tiltak og forbedringer.....	37
9	Oppsummering.....	41
10	Vedlegg	42

1 Sammendrag

Denne rapporten presenterer resultatene fra en omfattende kartlegging av arbeidsforhold, bemanning og kompetanse ved helsehusene i Oslo kommune. Kartleggingen er en oppfølging av bystyrets vedtak i sak 60/2023, "Omorganisering av helsehus i Oslo", og er gjennomført ved hjelp av spørreundersøkelser, fokusgruppeintervjuer og workshops. Rapporten gir et innblikk i de utfordringene helsehusene står overfor, og foreslår tiltak for å forbedre tjenestekvaliteten, arbeidsmiljøet og driftsgrunnlaget.

Sentral utfordringer og løsningsforslag:

- **Økende pasientkompleksitet:** Pasientene som ankommer helsehusene er stadig sykere og har mer sammensatte behov, inkludert multimorbiditet (flere kroniske sykdommer samtidig), psykiatriske lidelser og rusrelaterte utfordringer. Mange pasienter krever avansert medisinsk behandling og oppfølging, noe som stiller store krav til bemanning og kompetanse.
- **Bemanningsutfordringer:** Helsehusene mangler tilstrekkelig bemanning, spesielt på kveldsvakter og i helgene. Dette skaper høy arbeidsbelastning for de faste ansatte og øker avhengigheten av vikarer. Stor gjennomtrekk av ekstravakter og vikarer skaper utfordringer knyttet til kontinuitet og kvalitet.
- **Kompetansegap:** Behovet for videreutdanning og opplæring av de ansatte er stort. Spesielt etterspørres kompetanse innen psykiatri, rusomsorg og bruk av digitale verktøy. Selv om Helsehusskolen har gitt positive resultater, er det behov for langsiktig finansiering for å sikre kontinuerlig kompetanseheving.
- **Administrative byrder:** Dobbeltarbeid, tungvinte systemer og ineffektiv ressursbruk påvirker de ansattes tid til pasientrettede oppgaver. Datasystemer som ikke kan "snakke sammen" og utveksle informasjon automatisk, fører til unødvendige kartlegginger og dokumentasjon.
- **Samhandling og forventningsstyring:** Overgangene mellom sykehus, helsehus og bydelene er kritiske og ressurskrevende. Manglende kapasitet og variasjon i tilbudet hos bydelene skaper flaskehals og kan føre til unødvendige forsinkelser. I tillegg har pårørende høye forventninger til helsehusene, som ofte ikke samsvarer med det reelle tilbudet.

Tiltak som allerede er iverksatt:

- **Spesialisering:** Helsehusene har innført spesialiserte plasser for rehabilitering, avklaring og skjermede pasientgrupper. Dette styrker fagmiljøene og forbedrer pasientflyten.
- **Mottaksteam** bemannet med mottakskoordinator, sykepleiere og lege. Dette sikrer god dialog med bydel og spesialisthelsetjeneste og riktig tilbud til den enkelte pasient.
- **Servicemedarbeidere:** Ansettelse av servicemedarbeidere har frigjort tid for helsepersonell ved å overta oppgaver som ikke krever helsefaglig kompetanse.
- **Helsehusskolen:** Et modulbasert opplæringsprogram gir ansatte styrket fagkompetanse og bedre forutsetninger for å håndtere krevende pasientgrupper.
- **Pasientvarslings og digitalt tilsyn:** Ny teknologi testes og gjennomføres for å redusere arbeidsbelastningen og øke pasientsikkerheten.

Foreslåtte tiltak og anbefalinger:

1. **Økt bemanning:** For å møte behovene og sikre kontinuitet i tjenestene foreslås det å ansette flere faste medarbeidere, spesielt på helgevakter. Alternativer som 12-timers vakter bør vurderes.
2. **Kompetanseheving:** Kompetanseprogrammet med helsehusskolen bør videreføres og utvides til å inkludere flere fagområder. Det er avgjørende å sette av midler til løpende opplæring og etterutdanning, særlig innen psykiatri og rusomsorg.
3. **Effektivisering:** Administrative prosesser må strømlinjeformes, inkludert bedre bruk av digitale verktøy, redusert dobbeltarbeid og tydeligere rutiner for pasientoverganger.
4. **Styrket samhandling:** Bedre koordinering mellom helsehusene, bydelene og spesialisthelsetjenesten er nødvendig for å sikre gode pasientforløp. Dette inkluderer standardisering av informasjonsoverføring og forventningsstyring overfor pasienter og pårørende.

5. **Teknologiinvesteringer:** Ytterligere digitalisering, som bruk av mobile enheter for dokumentasjon, kan frigjøre tid og forbedre arbeidsflyten. Det foreslås også å utforske bruk av kunstig intelligens i bemanningsplanlegging.

Konklusjon: Helsehusene i Oslo har tatt betydelige skritt for å møte fremtidens utfordringer, men det gjenstår fortsatt mye arbeid for å sikre bærekraftige og kvalitetsorienterte tjenester. Rapporten legger frem konkrete anbefalinger som vil styrke pasientsikkerheten, redusere arbeidsbelastningen for de ansatte og fremme et bedre samspill mellom helsehusene, bydelene og spesialisthelsetjenesten. Ved å bygge videre på allerede igangsatte tiltak og sikre tilstrekkelige ressurser, kan Oslo kommune skape en robust og fremtidsrettet helsehusmodell.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn

I 2022 rettet flere medieoppslag søkelyset mot alvorlige utfordringer ved helsehusene i Oslo, spesielt Ullern helsehus. Disse utfordringene inkluderte underbemanning, høyt vikarbruk og manglende kompetanse, noe som påvirket tjenestekvaliteten og pasientsikkerheten. Kontrollutvalget ba som følge av dette Kommunerevisjonen undersøke arbeidsforholdene ved helsehusene. Deres rapport i 2023 bekreftet en rekke utfordringer.

En ekstern gjennomgang fra PwC påpekte også behovet for systematiske tiltak for å sikre tilstrekkelig bemanning, kompetanse og arbeidsmiljø. På bakgrunn av disse rapportene vedtok Oslo bystyre i 2023 (bystyresak 60/2023) en rekke tiltak. Denne rapporten fokuserer på to av bystyrets sentrale vedtak:

1. Kartlegging av arbeidsforholdene ved helsehusene for å sikre at de oppfyller kravene i arbeidsmiljøloven (AML §§ 3-1 og 4-1).
2. Kartlegging av bemanning og kompetanse ved helsehusene for å vurdere hvor mange ansatte som trengs og hvilke kvalifikasjoner de må ha for å sikre forsvarlige tjenester.

(1) «Bystyret ber byrådet igangsette en kartlegging av arbeidsforholdene i helsehusene med medvirkning fra representanter for de ansatte, tillitsvalgte og verneombud for å finne ut om forholdene er forsvarlige. Jf. AML §§ 3-1 og 4-1.

Bystyret ber byrådet gjennomføre kartleggingen i løpet av høsten 2024 og legges fram for bystyret i løpet av 1. kvartal 2025.»

(2) «Bystyret ber byrådet sørge for at helsehusene har rett kompetanse og god nok bemanning. Bystyret ber byrådet gjennomføre en kartlegging om helsehusene har riktig bemanning og kompetanse etter hvilke behov pasientene har. Som et ledd i kartleggingen skal lokale ledere i samarbeid med tillitsvalgte og verneombud drøfte behovet for flere ansatte.

Kartleggingen skal konkludere med hvor mange flere ansatte som trengs og hvilke kvalifikasjoner disse bør ha, for å kunne gi forsvarlige tjenester til brukerne. Jf. AML §§ 3-1 og 4-1.»

Bystyresak 60/2023

2.2 Formålet med kartleggingen

Formålet med kartleggingen er å vurdere hvordan bemanning, kompetanse og arbeidsmiljø påvirker tjenestene ved helsehusene. Disse faktorene er svært viktig å undersøke for å tilegne oss kunnskap for å kunne sikre trygge og gode tjenester for pasientene og samtidig opprettholde et forsvarlig arbeidsmiljø for de ansatte.

Rapporten gir en helhetlig gjennomgang av helsehusenes situasjon, identifiserer områder som krever tiltak, og presenterer anbefalinger som legger grunnlag for fremtidige forbedringer.

2.3 Metodikk

For å redusere belastningen på helsehusene under datainnsamlingen, ble de ulike kartleggingsprosjektene om arbeidsmiljø, bemanning og kompetanse samordnet til én helhetlig kartlegging. Dette valget ble gjort fordi disse faktorene er tett sammenknyttet og påvirker hverandre.

De valgte metodene sikrer en bred innsikt fra både ansatte og ledelse og gir et solid grunnlag for å identifisere utfordringer og foreslå løsninger. Kartleggingen ble gjennomført i tre hovedfaser:

- **Spørreundersøkelse:**

Med verktøyet MTM Medarbeiderundersøkelse ble det gjennomført en omfattende kartlegging av arbeidsmiljøet. Undersøkelsen ble supplert med spørsmål om bemanning og kompetanse for å ivareta spesifikke behov.

- **Fokusgruppeintervjuer:**

Fokusgruppeintervjuer ble gjennomført ved hvert helsehus, med deltakelse fra ansatte, tillitsvalgte, verneombud, ledere og representanter fra bydelene. Disse intervjuene ga verdifull innsikt i arbeidsmiljøet, bemanning og pasientbehov.

- **Workshop:**

Ledelsen fra helsehusene, hovedtillitsvalgte og hovedverneombud deltok i en halv dags workshop der funn og innspill ble gjennomgått. Det var bred enighet om utfordringsbildet og foreslåtte tiltak.

Denne tilnærmingen har gitt en helhetlig forståelse av helsehusenes situasjon og danner grunnlaget for tiltakene som foreslås i rapporten.

3 Om helsehusene i Oslo kommune

3.1 Generell beskrivelse av helsehusene

Helsehusene i Oslo kommune – Solfjellshøgda, Solvang, Ullern og Lilleborg – tilbyr korttidsplasser for avklaring, rehabilitering og skjerming. Hovedmålet er å gi pasientene trygghet, mestring og selvstendighet gjennom målrettet medisinsk behandling og opptrening, slik at de kan bo lengst mulig i eget hjem.

Helsehusene er organisert i tverrfaglige team som består av sykepleiere, helsefagarbeidere, leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Teamene arbeider for å gi individuelt tilpassede tjenester, og moderne velferdsteknologi brukes aktivt for å øke pasientsikkerheten og styrke pasientenes mestringsevne.

3.2 Detaljert beskrivelse av hvert helsehus

- **Solfjellshøgda helsehus:**

Solfjellshøgda har 142 pasientrom og tilbyr avklarings- og rehabiliteringsplasser, samt skjermede plasser for pasienter med særlig omsorgsbehov. Treningsfasiliteter er tilgjengelige i hver etasje, inkludert et større treningsrom for spesialiserte behov. Videokommunikasjon brukes for enkel samhandling mellom pasienter, bydeler og sykehus.

- **Solvang helsehus:**

Solvang helsehus har 141 pasientrom og tilbyr et bredt spekter av tjenester, inkludert avklaring, rehabilitering og skjermede plasser, trygghetsavdeling og lindrende enhet for pasienter med behov for avansert omsorg ved livets slutt.

Helsehuset har også dagrehabilitering for personer over 18 år som har behov for tverrfaglig oppfølging etter skade eller funksjonsfall. Dette tilbudet legges ned fra 01.01.2025 på grunn av lav etterspørsel i bydelene. I tillegg tilbys det 28 avlastningsplasser som støtter pårørende med omsorgsoppgaver, og bidrar til å redusere belastningen for pårørende med omsorgsansvar.

- **Ullern helsehus:**

Ullern helsehus har 96 pasientrom og har avklarings- og rehabiliteringsplasser, skjermede plasser og korttids psykiatriplasser. Med godt utstyrte treningsfasiliteter og fellesarealer for sosialt samvær er dette helsehuset tilrettelagt for pasienter med sammensatte behov.

- **Lilleborg helsehus:**

Lilleborg er det minste helsehuset, med kun 75 plasser. Det tilbyr rehabiliterings-, avklarings- og skjermede plasser. Fasilitetene inkluderer treningshall, fellesarealer og avdelingsvis tilgang til treningsutstyr.

Helsehusene tilbyr samlet sett høy fagkompetanse, tverrfaglig samarbeid og pasientmedvirkning for å sikre pasientenes trygghet og best mulige helseutfall.

3.3 Oversikt over helsehusene

Helsehus	Antall plasser	Antall ansatte	Typer plasser
Solfjellshøgda	142		Avklaring Rehabilitering Skjermede
Solvang	141		Avklaring Rehabilitering Skjermede Trygghetsavdeling Lindrende enhet Dagrehabilitering (Grorud, Stovner og Alna) Avlastningsplasser
Ullern	96		Avklaring Rehabilitering Skjermede Psykiatriske korttid
Lilleborg	75		Avklaring Rehabilitering Skjermede

4 Iverksatte tiltak april 2023 – august 2024

Oslo kommune har gjennomført en rekke tiltak for å forbedre arbeidsforholdene og kvaliteten på tjenestene ved helsehusene. Disse tiltakene er basert på funn fra tidligere rapporter og kartlegginger og har som mål å styrke pasientomsorgen, sikre et forsvarlig arbeidsmiljø og forbedre samarbeidet mellom helsehusene og bydelene.

4.1 Spesialisering av helsehusene

Helsehusene har gjennomgått en omorganisering for å tilpasse tjenestene de tilbyr til ulike typer pasientbehov. Spesialiseringen innebærer at helsehusene nå har tre hovedtyper plasser: rehabiliteringsplasser, avklaringsplasser og skjermede plasser. I tillegg videreføres spesialenheter som lindrende enhet ved Solvang helsehus og korttid psykiatri ved Ullern helsehus.

Formålet med spesialiseringen er å sikre bedre tilpassede tjenester, styrke fagmiljøene ved avdelingene og redusere kompleksiteten i arbeidshverdagen for medarbeiderne. Pasientene skal møtes av kompetent helsepersonell tilpasset deres behov, og mottaksfunksjonene ved helsehusene er styrket for å sikre riktig plassering. Dette inkluderer etablering av mottaksteam med sykepleier- og legekompentanse som samarbeider med bydelene for å sikre en koordinert og effektiv pasientflyt.

4.2 Økt bemanning på kveldsvakter

For å styrke pasientsikkerheten og redusere belastningen på ansatte, har bemanningen på kveldsvakter blitt økt ved Ullern og Solfjellshøgda helsehus. Dette tiltaket er spesielt rettet mot perioder med høy arbeidsbelastning og bidrar til å bedre arbeidsmiljøet for ansatte.

4.3 Innføring av servicemedarbeidere

For å frigjøre helsepersonell fra måltidsrelaterte oppgaver og dermed gi dem mer tid til helsefaglige oppgaver, har helsehusene ansatt servicemedarbeidere. Servicemedarbeiderne håndterer alle praktiske aspekter rundt måltidene, noe som avlaster helsepersonell og bidrar til mer fokusert pasientomsorg.

4.4 Besøksverter

Alle helsehusene fikk våren 2023 tildelt midler til å opprette stillinger som besøksverter, og alle helsehusene fikk dette på plass raskt. Det vil si at helsehusene har en besøksvert som har tilhold i resepsjonen på helsehuset hver dag mellom kl. 14 og 20. Besøksvertene bidrar til et mer imøtekommende miljø for pasienter og pårørende.

4.5 Mottaksteam og styrket samhandling med bydelene

Mottaksteamene ved helsehusene i Oslo er opprettet for å sikre en trygg og sømløs overgang for pasientene fra sykehus eller hjem til helsehusene. Disse teamene består mottakskoordinator på helsehus, mottakskoordinator i bydel og lege. Mottaksteamet gjør en gjennomgang av relevant informasjon om pasientene tilgjengeliggjort fra sykehus, bydel og tidligere journal i SYEs elektroniske journalsystem Gerica, når bydel vurderer at et helsehusopphold er aktuelt, men før vedtak er fattet.

Mottaksteamet beslutter deretter samlet hva slags plass pasienten skal tildeles i helsehuset (rehabilitering, avklaring eller skjermet demens). Det gjøres grundige faglige vurderinger som sikrer at pasientene får plass i avdeling som har riktig kompetanse til å dekke pasientenes behov og mål med oppholdet.

Når vedtak om plass er fattet, mottar mottakssykepleier rapport fra sykehus eller hjemmetjeneste med gjennomgang av legemiddelliste, behandlingshjelpemidler og relevant medisinsk informasjon for å sikre at alt pasienten trenger følger med pasienten til helsehuset.

Denne prosessen styrker informasjonsflyten mellom helsehusene og bydelene, og legger til rette for bedre ressursutnyttelse og høyere kvalitet i tjenestetilbudet. Et viktig element i dette arbeidet er intensjonen om bydelenes deltakelse i mottaksteamene, noe som skal bidra til å sikre helhetlige vurderinger og god oppfølging av pasientene gjennom hele forløpet.

Ved å inkludere bydelene som faste deltakere i mottaksprosessen, fremmes en mer koordinert og strukturert overgang, som bidrar til å redusere unødvendige overganger og sikre pasientene et helhetlig og målrettet omsorgstilbud. Dette er en sentral del av arbeidet med å styrke samhandlingen mellom helsehusene og bydelene, og møte behovene til en stadig mer kompleks pasientgruppe.

4.6 Månedlig internkontroll

For å styrke kvaliteten på pasientbehandlingen gjennomføres det månedlig internkontroll ved helsehusene. Områder som vurderes ved gjennomgang av journaler er at:

- tiltaksplan er opprettet
- dokumentasjon i tiltaksplanen er konkret og forståelig
- tjenesteansvarlig/ primærkontakt er registrert slik at dialog er ivarettatt
- oppstartsamtalen er gjennomført innen 3 dager i tråd med prosedyre
- pasientens ønske om pårørendes rolle er avklart og gjenfinnes i dokumentasjonen
- MST (ernæringskartlegging) er gjennomført i tråd med prosedyre
- ernæringsplaner er opprettet der det er identifisert risiko for underernæring

Dette innebærer gjennomgang av 3–6 journaler per avdeling for å sikre at dokumentasjonen er korrekt og at oppfølgingen av pasientene er forsvarlig og standardisert. Dette tiltaket er et resultat av funn i Kommunerevisjonens gjennomgang av helsehusene våren 2023, og er foreløpig planlagt videreført til og med juni 2025.

4.7 Ernæringskartlegging og tiltak for bedre pasienternæring

Helsehusene har iverksatt systematisk ernæringskartlegging for å overvåke pasientenes ernæringsstatus. Dette gir grunnlag for målrettede tiltak som bidrar til bedre ernæring og økt livskvalitet for pasientene.

4.8 Forbedring av dokumentasjon og tiltaksplanlegging

Dokumentasjonsprosedyrer ved helsehusene er standardisert for å sikre at alle pasienter får en enhetlig og nøyaktig oppfølging. Tiltaksplaner for hver pasient utarbeides og oppdateres regelmessig for å sikre at pasientenes individuelle behov ivaretas på en strukturert måte.

5 Tiltak iverksatt høsten 2024

5.1 Tiltakene er så nye at de ikke har fått effekt

I løpet av høsten 2024 har SYE startet implementeringen av flere nye tiltak ved helsehusene. Disse tiltakene er i en tidlig fase og har derfor ikke hatt målbare effekter ennå. Tiltakene er rettet mot å styrke kompetanse, teknologi og støtteordninger for ansatte og pasienter.

5.2 Kompetanseprogram for helsehusene

Et helhetlig kompetanseprogram for helsehusene ble lansert høsten 2024 etter at SYE mottok 25 millioner kroner fra Oslo kommunes sentrale kompetansepotte. En sentral del av dette programmet er Helsehuskolen, et modulbasert opplæringsprogram som skal styrke kompetansen til ansatte.

Helsehuskolen ble først gjennomført for helsefagarbeidere ved Solfjellshøgda og Solvang helsehus, med Ullern og Lilleborg planlagt inkludert i løpet av januar/februar 2025. Programmet gir helsefagarbeidere utvidet faglig kompetanse som gjør dem i stand til å utføre oppgaver som tradisjonelt har krevd sykepleierkompetanse.

Selv om programmet er i en tidlig fase, forventes det å bidra til bedre oppgavedeling og økt effektivitet i helsehusenes drift. Helsehuskolen for sykepleiere er i gang med pilotering på Solfjellshøgda helsehus fra desember 2024.

5.3 Pasientvarslings og digitalt tilsyn

Nye pasientvarslingsanlegg installeres ved alle helsehusene høsten/ vinteren 2024. Samtidig piloteres digitalt tilsyn på Solfjellshøgda, med planlagt utrulling til de øvrige helsehusene innen våren 2025.

Dette tiltaket er spesielt rettet mot å redusere arbeidsbelastningen for ansatte, særlig på natt, og å øke pasientsikkerheten. Arbeidet med å identifisere gevinster og optimalisere bruken av teknologien pågår parallelt med implementeringen.

Midler til pasientvarslings og digitalt tilsyn var en del av tiltakspakken helsehusene fikk i forbindelse med kartlegging og bystyrets behandling.

Pasientvarsling og digitalt tilsyn er et eget prosjekt i SYE, og vil også involvere langtidshjemmene utover i 2025 og 2026.

6 Pasientenes behov

I fokusgruppeintervjuene ble det lagt vekt på hvordan ansatte ved helsehusene og representanter fra bydelene vurderer pasientenes behov, både i dag og i fremtiden. Helsehusene møter et stadig mer komplekst pasientgrunnlag, som øker kravene til kompetanse, bemanning og effektiv samhandling.

6.1 Mer komplekse og sammensatte behov hos pasientene

Pasientene som kommer til helsehusene, blir skrevet ut tidligere fra sykehuset enn før, i tråd med nasjonale føringer. Dette resulterer i at pasientene er sykere og har mer komplekse behov ved ankomst.

6.2 Multimorbiditet og medisinske behov

Majoriteten av pasientene er multimorbide, det vil si at de har to eller flere kroniske sykdommer eller tilstander samtidig. Eksempler på slike sykdommer er diabetes, hjerte- og karsykdommer, kroniske lungesykdommer, depresjon og demens. Disse tilstandene påvirker ofte hverandre og krever en helhetlig tilnærming for å ivareta pasientenes samlede helsebehov.

I tillegg til multimorbiditet har mange pasienter behov for avansert sykepleie. Dette inkluderer bruk av stadig mer avansert medisinsk utstyr og prosedyrer som tidligere ble håndtert i spesialisthelsetjenesten. For eksempel kan store, komplekse sårstell kreve to sykepleiere kontinuerlig i 2–3 timer. Slike tilfeller er svært ressurskrevende og illustrerer behovet for både økt bemanning og spesialisert kompetanse blant helsehuspersonalet.

6.3 Psykiatri og rusrelaterte utfordringer

En økende andel pasienter har psykiatriske lidelser eller rusrelaterte problemstillinger, som stiller høye krav til helsehusenes kompetanse. Pasienter som både trenger rehabilitering og er under rusbehandling, har ofte behov som krever spesialkompetanse og omfattende oppfølging. Mange helsehus mangler kapasitet eller tilstrekkelig kompetanse til å møte disse utfordringene, noe som øker kompleksiteten i tjenestene.

6.4 Yngre pasienter med spesialiserte behov

Det har vært en økning i andelen yngre pasienter med komplekse tilstander på helsehusene. Disse pasientene krever spesialisert kompetanse og har ofte langvarige opphold, noe som stiller høye krav til helsehusenes ressurser. I noen tilfeller er dette pasienter som ikke har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten, men som heller ikke omfattes av eksisterende tilbud i bydelene.

Eksempler på slike pasienter inkluderer personer med ALS, ME eller skader etter trafikkulykker som har etterlatt store følgetilstander (sequelae) uten klart rehabiliteringspotensial. Dette innebærer at selv om pasientene har omfattende behov for omsorg og støtte, er det lite sannsynlig at behandling vil føre til vesentlig forbedring av funksjonsevnen.

I tillegg mottar helsehusene komplekse rehabiliteringspasienter fra Sunnaas sykehus. Disse pasientene er ofte under aktiv rehabilitering, men venter på plass til videre behandling i spesialisthelsetjenesten på grunn av kapasitetsutfordringer. Gruppen inkluderer yngre multitraumepasienter og slagpasienter med store og sammensatte medisinske behov.

Multitraumepasienter er personer som har pådratt seg alvorlige skader i flere kroppsområder eller organsystemer, ofte som følge av store ulykker. For eksempel kan dette inkludere kombinasjoner av hodeskader, brudd, indre blødninger og organskader. Disse pasientene krever omfattende behandling og oppfølging av tverrfaglige team, med fokus på både medisinsk stabilisering og langvarig rehabilitering.

Helsehusene opplever at mange av disse pasientene har behov for rehabilitering som går utover det som normalt tilbys på helsehusene, noe som forsterker behovet for både økt kompetanse og tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

6.5 Atferds- og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

Noen demenspasienter har tilleggssymptomer som betegnes APSD. Dette omfatter symptomer som agitasjon, som kan innebære uro, rastløshet og repeterende handlinger, samt mer alvorlige uttrykk som roping, aggressivitet og voldelig adferd. I tillegg kan APSD inkludere psykologiske symptomer som depresjon, angst, hallusinasjoner og vrangforestillinger. Disse symptomene er

krevene både for pasienten og for helsepersonalet, da de ofte krever spesialtilpassede tiltak og høy grad av kompetanse.

Helsehusene har verken egne fysiske lokaler eller nødvendig kompetanse til å ivareta denne svært krevende pasientgruppen med demens og alvorlig grad av APSD. Det betyr at helsehusene, etter grundig vurdering av mottaksteam, ikke kan tildele plass i helsehus. Når mottaksteam i helsehus avslår å ta imot en pasient skrives en egen journal (journal 174) i Gerica hvor avslag begrunnes.

Det ble i perioden januar-september 2024 skrevet 174-journaler på 115 unike pasienter, men det ble kun funnet 4 pasienter hvor avslaget medførte at bydel måtte kjøpe plass hos privat leverandør utenfor Sykehjemsetaten.

For denne pasientgruppen har bydelene vanligvis bestilt plasser ad hoc fra private leverandører, noe som har ført til uforutsigbare og ofte kostbare løsninger. For å sikre et mer strukturert og forutsigbart tilbud er det igangsatt en anskaffelse av spesialiserte plasser. Dette vil gi helsehusene og bydelene bedre muligheter til å imøtekomme behovene på en kostnadseffektiv måte, samtidig som kvaliteten ivaretas. Den nye avtalen forventes å tre i kraft våren 2025.

Pasienter med mild til moderat grad av APSD tas imot i helsehusene, men det krever ofte tid, og grundig dialog mellom fagpersoner i sykehus og helsehusets mottaksteam, for å sikre at overføring til helsehus er riktig og det beste for pasienten.

6.6 Endringer i avlastningsplasser

Som en del av tiltakene for helsehusene ble avlastningsplassene våren 2023 overført til Madserudhjemmet og Solvang helsehus. Denne sentraliseringen har ført til et mer likeverdig tilbud og en heving av kvaliteten, blant annet gjennom tilførsel av ekstra ressurser. Evalueringer fra pårørende har vist stor tilfredshet med tilbudet.

Noen bydeler benytter fortsatt sine «en bloc-plasser» på helsehusene til avlastning, men omfanget er betydelig redusert sammenlignet med tidligere. Dette gjelder hovedsakelig pasienter med akutte og ikke-planlagte avlastningsbehov. Eksempler kan være situasjoner der omsorgspersonen selv blir innlagt på sykehus, må reise bort på kort varsel, eller når uforutsette hendelser som vannlekkasje gjør boligen midlertidig ubeboelig.

6.7 Sosiale og psykologiske utfordringer

Pasientene ved helsehusene opplever ofte sosiale og psykologiske utfordringer som forverres av deres helsetilstand og rehabiliteringsbehov. Mange, spesielt de som bor alene eller mangler støtte fra familie, føler seg ensomme og isolerte. Dette kan påvirke deres mentale helse negativt.

Sykdom og funksjonsnedsettelse fører ofte til angst og usikkerhet, særlig når pasientene ikke vet om de vil kunne klare seg alene. Helsehusene har ikke egne sosionomer eller psykologer, noe som fører til at leger og pleiepersonale må ta på seg oppgaver som går utover deres helsefaglige kompetanse.

Det er et økende behov for et robust tilbud innen psykologisk og sosial støtte for å øke livskvaliteten og sikre en trygg rehabilitering for pasientene.

6.8 Høyere forventninger fra pårørende

Pårørende spiller en avgjørende rolle i pasientenes omsorgsforløp, men kan samtidig stille høye krav til tjenestetilbudet ved helsehusene. Det er en tydelig trend at forventningene fra pårørende øker, noe som delvis skyldes at helsehusene ofte tar imot pasienter som er betydelig sykere og har mer komplekse behov enn tidligere. Pårørende forventer i mange tilfeller tjenester og aktiviteter utover det helsehusene faktisk kan tilby.

I fokusgruppeintervjuene ble det fremhevet at flere helsehus har innført tiltak for å tydeliggjøre hva pasienter og pårørende kan forvente. Dette inkluderer standardisering av kommunikasjonen rundt tilbudet ved helsehusene, samt en mer enhetlig informasjon ved innkøst. Likevel er det fortsatt et behov for ytterligere forbedring på dette området, da ulik praksis mellom helsehusene og varierende informasjon fra sykehus og bydeler kan skape forvirring og frustrasjon.

En helhetlig og strukturert tilnærming til kommunikasjon med pårørende kan bidra til bedre forståelse av helsehusenes kapasitet og begrensninger. Dette kan også gi økt trygghet og tilfredshet blant pårørende, samtidig som det reduserer risikoen for misforståelser som kan oppstå når forventningene ikke samsvarer med det faktiske tilbudet. Et tydeligere fokus på forventningsstyring vil ikke bare være positivt for de pårørende, men også lette arbeidsbyrden for de ansatte ved å minimere konflikter og misnøye. I regi av kompetanseprogrammet har alle

helsehusene deltatt på kurs i klinisk kommunikasjon høsten 2024. Dette vil bli gjentatt i 2025, og helsehusene utdanner nå instruktører på dette området.

6.9 Pasientoverganger

Overgangene i pasientforløpene, spesielt fra sykehus til helsehus og fra helsehus til hjemmet, er kritiske faser for sårbare pasienter med komplekse behov. Disse overgangene er ressurskrevende for helsehusene, da de involverer omfattende koordinering mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Det krever tett samarbeid og god informasjonsflyt mellom sykehus, helsehus og bydeler for å sikre pasientenes trygghet og kontinuitet i omsorgen.

For å styrke disse overgangene er det opprettet mottaksteam ved helsehusene. Teamene, som inkluderer mottakskoordinatorer fra både bydel og helsehus samt leger, sikrer at pasientene legges inn på riktig avdeling basert på deres medisinske behov og mål for oppholdet. Dette tiltaket har allerede bidratt til bedre informasjonsflyt og økt kvalitet i pasientbehandlingen.

Fokusgruppeintervjuer avdekket imidlertid flere områder som fortsatt kan forbedres. En utfordring er at bydelene ikke alltid har kapasitet til å delta i oppstartsmøter med pasienter. Dette kan føre til at informasjon som kunne vært avklart tidligere, må innhentes på et senere tidspunkt. Det er derfor behov for mer fleksible løsninger for å sikre at nødvendig informasjon deles, også når bydelene ikke kan delta fysisk.

En annen utfordring er dobbeltarbeid ved innkomst. Ofte registrerer både leger og sykepleiere de samme opplysningene, inkludert observasjoner og vurderinger. Dette medfører unødvendig ressursbruk og tidspress. Det er derfor viktig å utvikle løsninger som gjør det mulig å gjenbruke eksisterende opplysninger fra tidligere vurderinger. Der det er nødvendig med en ny og oppdatert vurdering, må dette komme frem tydelig i dokumentasjonen for å unngå forvirring og overflødige prosesser.

I tillegg er det utfordringer knyttet til gjentatte kartlegginger og tester gjennom pasientforløpet. Både sykehus, helsehus og bydeler kan gjennomføre de samme vurderingene, noe som fører til ineffektiv ressursbruk. For eksempel må helsehusene noen ganger gjenta kartlegginger som allerede er gjennomført på sykehuset, fordi de må dokumentere at testene er utført lokalt for å oppfylle

interne måleparametere. Dette kan skape unødvendig belastning for både pasienter og ansatte.

For å adressere dette bør det utvikles tydelige retningslinjer for hvilke kartlegginger som må gjennomføres på nytt, og hvilke som kan gjenbrukes. Det er også viktig å etablere bedre deling av oppdatert informasjon mellom sykehus, helsehus og bydeler. Dette kan bidra til å redusere dobbeltarbeid og sikre et mer sømløst pasientforløp.

Et annet tiltak er å justere måleparametrene slik at helsehusene vurderes basert på helhetlige resultater og effektive pasientforløp, snarere enn kun antallet utførte kartlegginger. En slik endring vil frigjøre tid for de ansatte og redusere belastningen på pasientene, samtidig som kvaliteten i tjenestene opprettholdes.

Standardisering av prosessene og tettere samarbeid mellom de ulike nivåene i helsetjenesten er nødvendig for å styrke pasientsikkerheten og effektiviteten i omsorgen.

6.10 Sykehusenes forventninger til helsehusene

Omtrent 70 % av pasientene som legges inn på helsehusene, kommer direkte fra sykehusene. Dette skaper en forventningssetting som ikke alltid er i tråd med hva helsehusene faktisk kan tilby. Sykehuspersonalet, som ikke nødvendigvis kjenner detaljene i helsehusenes kapasitet og begrensninger, kommuniserer ofte forventninger til pasienter og pårørende om tjenester og oppfølging som helsehusene ikke har ressurser eller personell til å levere. Dette kan inkludere løfter om aktiviteter, behandling eller bemanning som ligger utenfor helsehusenes ansvarsområde.

Denne praksisen fører til frustrasjon blant pasienter og pårørende, som opplever at helsehusenes tilbud ikke samsvarer med det de har blitt forespeilet. Resultatet kan bli misnøye og økte klager, som igjen påvirker arbeidsmiljøet og belastningen for de ansatte.

Fokusgruppeintervjuer og observasjoner viser at helsehusene ser et stort behov for en mer enhetlig og realistisk dialog mellom sykehus og helsehus. Det bør etableres standardiserte rutiner for informasjonsoverføring og forventningsstyring. Dette kan inkludere:

- Klar kommunikasjon fra sykehusene om hva helsehusene faktisk kan tilby.

- Bruk av informasjonsmateriell til pasienter og pårørende som beskriver helsehusenes tjenester og begrensninger.
- Samarbeid om forventningsavklaring, slik at pasienter og pårørende får en felles forståelse av tilbudet ved helsehusene før overføring.

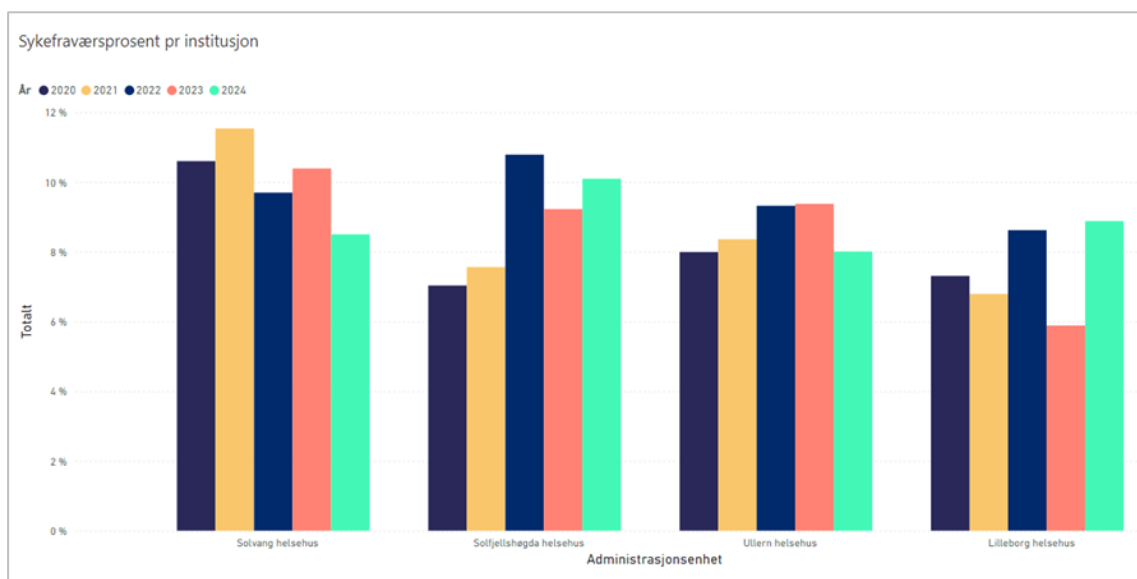
Ved å etablere en felles forståelse av helsehusenes rolle og muligheter kan overføringsprosessen bli smidigere, og misforståelser reduseres. Dette vil ikke bare øke tilfredsheten blant pasienter og pårørende, men også bidra til å lette arbeidsbelastningen for de ansatte og gi helsehusene bedre arbeidsvilkår for å levere kvalitetstjenester.

7 Ansattes behov

De ansatte ved helsehusene spiller en avgjørende rolle i å sikre at pasientene mottar forsvarlige og kvalitetssikrede tjenester. Arbeidsmiljøundersøkelsen og fokusgruppeintervjuer har avdekket både styrker og utfordringer ved arbeidsmiljøet, bemanningen og kompetansenivået. Det er tydelig at ansatte ønsker å gjøre sitt beste for pasientene, men at de står overfor betydelige belastninger som kan påvirke både trivsel og kvaliteten på tjenestene.

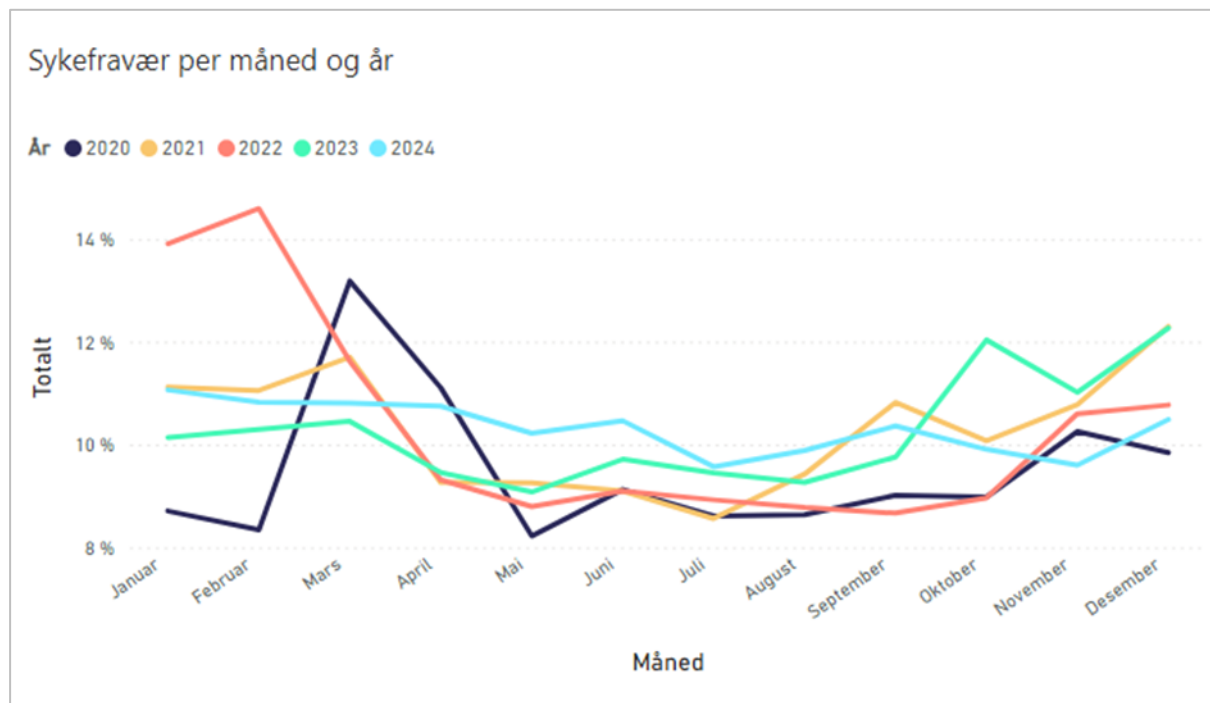
7.1 Sykefravær

Sykefraværet på helsehusene har de siste fem årene ligget mellom ca. 6-12 %. Langtidshjemmene har i samme periode et sykefravær mellom ca. 5-15 %.



Figur 7.1 - Sykefravær på helsehusene pr. helsehus pr. år 2020-2024 (Kilde: Power BI 8/1-25)

Det er ingen entydige trender på oppgang eller nedgang i sykefraværet på helsehusene.



Figur 7.2 - Sykefravær på helsehusene pr. helsehus pr. måned i årene 2020-2024 (Kilde: Power BI 8/1-25)

7.2 Kartlegging av arbeidsmiljøet på helsehusene

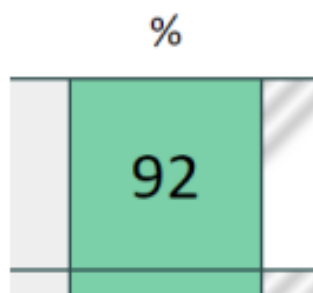
Arbeidsmiljøet ved helsehusene er en sentral faktor for å sikre at ansatte kan utføre sine oppgaver på en trygg og effektiv måte. Høsten 2024 ble det foretatt en omfattende arbeidsmiljøundersøkelse blant ansatte på helsehusene. Det ble utført en kvantitativ kartlegging, etterfulgt av fokusgruppeintervjuer på hvert enkelt helsehus, og en fokusgruppe med deltagere fra alle fire helsehusene sammen. Medarbeiderrepresentanter deltok i alle fokusgruppene.

Den kvantitative kartleggingen gir en oversikt over faktorer som forskningen har vist er sentrale for opplevelsen av arbeidsmiljøet. Den gir et bilde av både organisatoriske, relasjonelle og den praktiske organiseringen av arbeidet og hvordan disse faktorene påvirker medarbeidernes opplevelse av arbeidsglede, engasjement, organisasjonstilhørigheten og utmattelse.

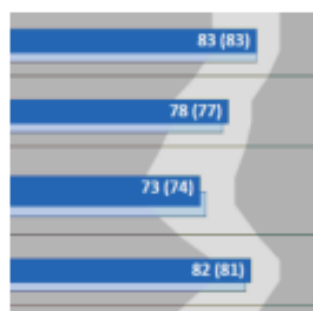
7.2.1 Hvordan lese resultatene i arbeidsmiljøundersøkelsen

Resultatene vedlagt viser både resultatene for de fire helsehusene samlet sett, og de fire helsehusene hver for seg. Helsehusene viste mange fellestrekk, noe som gir et godt grunnlag for å utvikle felles tiltak.

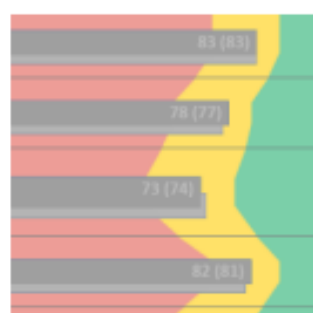
Veiledning for hvordan resultatene kan leses følges nedenfor:



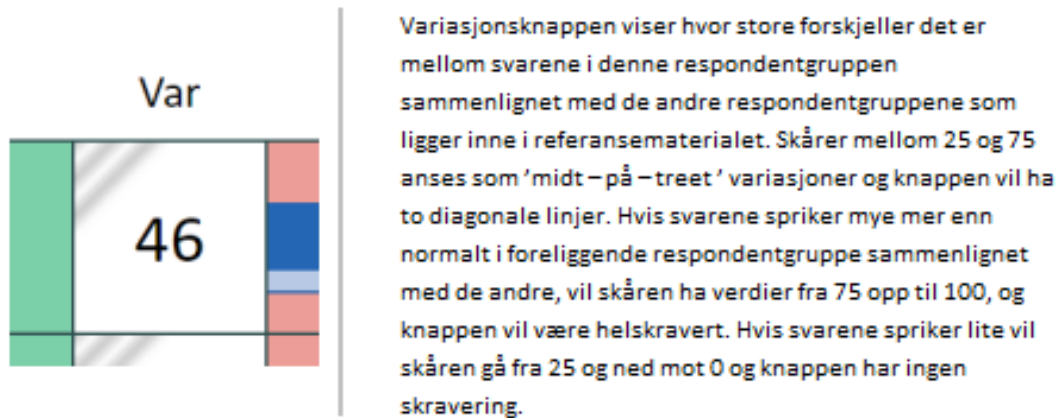
Svarprosenten på det enkelte spørsmål er utregnet på basis av det antall respondenter som undersøkelsen har gått ut til. Ved interne medarbeiderundersøkelser vil en svarprosent på mellom 70 og 90% være tilfredsstillende, mens en svarprosent over 90 vil være meget tilfredsstillende. Derfor vises en svarprosent på 90 eller mer på en grønn bakgrunn, mens en svarprosent mellom 70 og 90 vises på en gul bakgrunn. En svarprosent under 70 blir vurdert som lite tilfredsstillende og vises på en rød bakgrunn.



Gjennomsnittskåren for respondentgruppen (de som har besvart) vises med en blå liggende søyle. Gjennomsnittskåren vises på en skala fra 0 til 100. Positiv skåre er alltid til høyre i grafen, - jo lengre til høyre, jo bedre er skåren. Hvis et spørsmål er negativt betont (spør om noe som er negativt) vil positiv skåre fortsatt være til høyre i grafen, men spørsmålet vil da være merket med et inverterings-ikon. Hvis man rapporterer med historikk fra forrige undersøkelse vil denne vises med en lysere søyle forskjøvet litt nedover, og historisk skåre vil stå i parentes etter årets skåre.



De tre fargefeltene (rødt, gult og grønt) som ligger bak søylene viser hvordan de øvrige respondentgruppene i referansematerialet har svart (benchmarking). Dersom respondentgruppens søyle står på det røde feltet ligger en betydelig under gjennomsnittet for de gruppene en har sammenlignet seg med. Dersom en kommer på det grønne feltet, ligger en betydelig over gjennomsnittet. Kommer søylen på det gule feltet ligger respondentgruppen 'midt - på - treet'. Gjennomsnittet for gruppene i referansematerialet ligger midt i det gule feltet.



7.2.2 Resultatene i arbeidsmiljøundersøkelsen

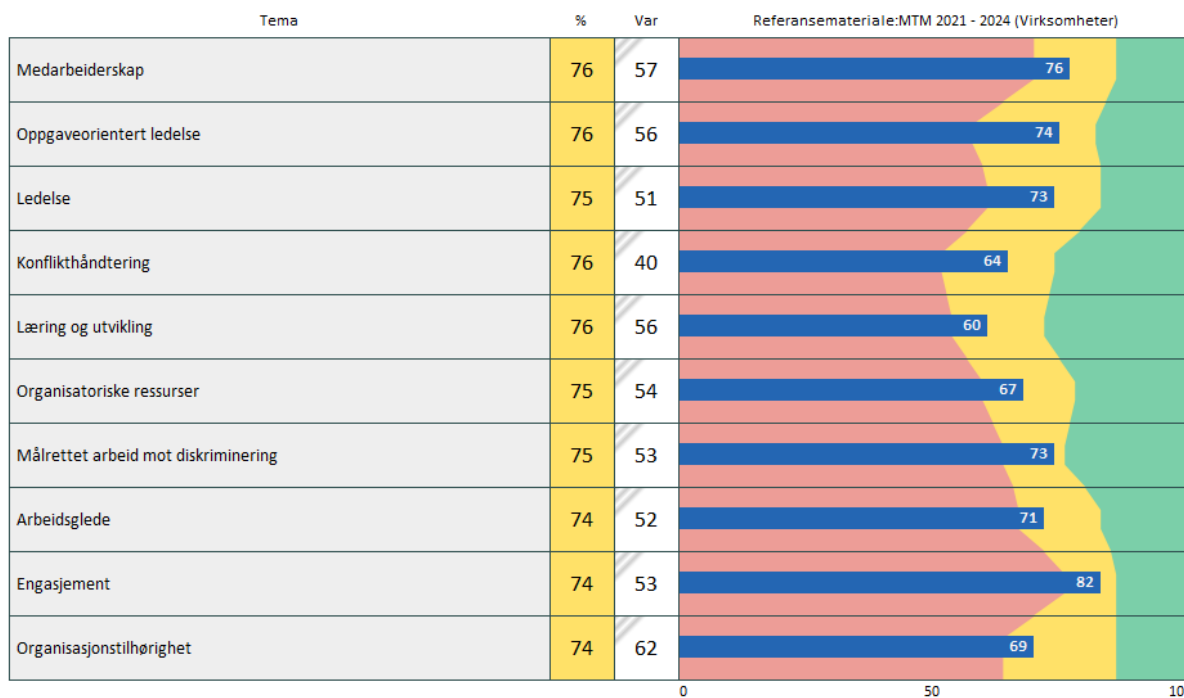
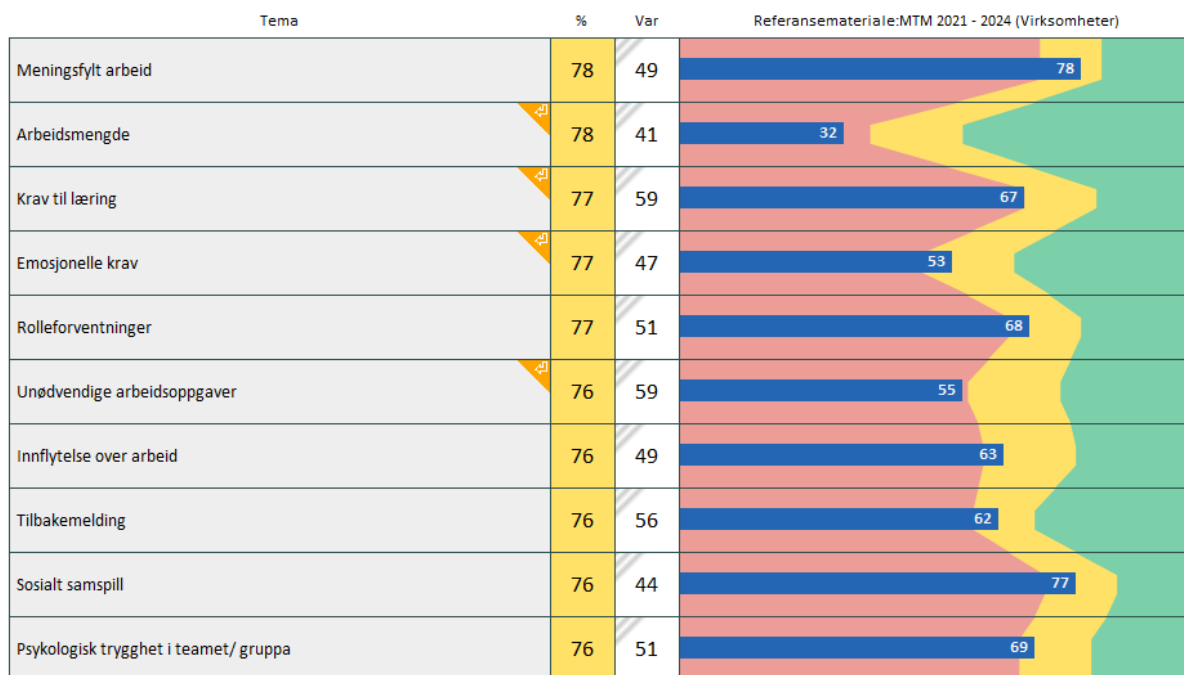
Resultatene framkommer i form av gjennomsnittsskårer på de enkelte faktorer og enkeltpørsmål, samt et uttrykk for hvorvidt det er en vanlig spredning i besvarelsene, eller om det er en uvanlig variasjon. Gjennomsnittsskårene blir sammenlignet med et referansegrunnlag som kan benyttes til å se hvorvidt skåren er innenfor normalområdet. Dette referansegrunnlaget inneholder om lag 40 000 unike respondenter fra små og store, private og offentlige virksomheter fra de tre siste år. Dette grunnlaget kan betraktes som forholdsvis representativt for norsk arbeidsliv.

Arbeidsmiljøundersøkelsen viser at helsehusene ligger innenfor normalområdet på de fleste arbeidsmiljøfaktorene som er målt. Det er flere positive trekk ved arbeidsmiljøet på helsehusene.

Arbeidsmiljøkartleggingen viser ikke store forskjeller mellom helsehusene. De skårer relativt likt. Fokusgruppene har avdekket noen forskjeller i opplevde utfordringer, men det er stort sett de samme utfordringene som fremheves. Organiseringen av helsehusene fremstår som veldig lik, med unntak av spesialavdelinger på enkelte helsehus. Dette gjør at helsehusene kan jobbe med tiltak på tvers av helsehusene.

#1

Oppsummering av tema



7.2.3 Ledere er støttende og engasjerte

Ledere ved helsehusene vurderes som støttende og engasjerte, og medarbeidentilfredsheten med ledelsen ligger litt over landsgjennomsnittet for lignende virksomheter. Dette er en positiv indikasjon, særlig med tanke på de høye kravene til lederspenntet og utfordringene med høyt arbeidspress. Til tross for store ansvarsområder og begrensede ressurser, rapporterer de ansatte at lederne er tilgjengelige, synlige og jobber aktivt med å opprettholde kvaliteten i tjenestene.

Lederspenntet ved helsehusene er stort. En klinisk helsehusavdeling vil ha ca. 21 faste årsverk, fordelt på ca. 27 medarbeidere. Mange medarbeidere med forskjellig fagbakgrunn, turnusarbeid og et bredt spekter av oppgaver kompliserer personaloppfølging. I tillegg kommer ekstravakter, som utgjør et betydelig antall. Avdelingsledere har ansvar for både bemanning, administrasjon, sykefraværsoppfølging, opplæring og koordinering av ekstravakter. Dette kan gjøre det utfordrende å balansere tid mellom administrasjon og direkte støtte til de ansatte i det daglige arbeidet. Likevel klarer lederne i stor grad å opprettholde et høyt engasjement og støtte sine medarbeidere.

7.2.4 Meningsfullt arbeid og tydelige roller

De ansatte på helsehusene rapporterer en sterk opplevelse av meningsfullt arbeid, og at de ser på eget arbeid som viktig og verdifullt i møte med pasientene. Rolleklarhet er også et positivt trekk, der ansatte føler at de har klart definerte oppgaver og mål. Denne klarheten i roller er spesielt viktig i komplekse organisasjoner som helsehusene, der ansatte med ulike bakgrunn og fagkompetanse arbeider tett sammen om pasientomsorgen. En klar rolleforståelse bidrar også til at man bedre kan prioritere egne arbeidsoppgaver.

7.2.5 Engasjement blant de ansatte

Ansatte rapporterer høy grad av engasjement og stolthet over arbeidet sitt. Mange opplever at de utgjør en forskjell for pasientene og at arbeidet deres er meningsfullt. De ser verdien av å være en del av et team som arbeider målrettet for å sikre pasientenes trygghet og livskvalitet, og mange opplever å ha kvalitetsbevisste og profesjonelle kollegaer. Høyt engasjement på en arbeidsplass er en viktig faktor for å kunne trives i en jobb med høyt arbeidspress.

7.2.6 Krav til læring

De ansatte ved helsehusene opplever et stort press på å lære seg nye oppgaver. De opplever også til en viss grad at oppgavene deres er for vanskelige for dem. I fokusgruppene fremkommer det at de ansatte er motiverte til å lære nytt, men har opplevd at det har vært for lite tid til kompetanseheving. Dette har ført til at de har opplevd hastverk under opplæring, som kan føre til at man ikke føler seg helt trygg på oppgavene sine.

Det generelle tidspresset bidrar også til dette. De ansatte uttrykket at de setter pris på at det nå settes av tid og ressurser i forbindelse med Helsehuskolen, og at de skal lære både teori og ha praktisk øvelse. I undersøkelsen ble det også spurt om hvilke kompetanser det er behov for opplæring i. Svarene de ansatte ga er helt i tråd med de planlagte temaene i helsehuskolen.

7.2.7 Høy arbeidsbelastning og unødvendige arbeidsoppgaver

Undersøkelsen viser at arbeidsmengden oppleves som svært stor for de ansatte på helsehusene. Det oppleves at man har for mye å gjøre, og i fokusgruppene forteller de ansatte om frustrasjon over å ikke alltid strekke til og bli ferdige med det de hadde planlagt. De forteller om et sterkt ønske om å levere tjenester av høy kvalitet og å gi omsorg til pasientene, men de blir utfordret av mangel på tid.

De ansatte forteller at de opplever å ha for mange oppgaver, og når dette er tilfellet blir frustrasjon over det som oppleves som unødvendige oppgaver eller oppgaver som er tungvinte ekstra stor. De ansatte identifiserer flere oppgaver som de gjennomfører daglig som ikke krever helsefaglig utdanning. Dette er blant annet skift av sengetøy og å ta ut søppel.

Journalssystemet Gerica omtales som et tungvint system som stjeler mye tid og skaper frustrasjon.

Å gi nye ansatte tilgang til alle systemer de trenger for å kunne jobbe er blant tidstyvene de ansatte på helsehusene opplever. De forteller at det er en lang prosess så tilgangene er sjeldent på plass når den ansatte starter. De digitale systemene blir en større og større del av driften på helsehusene og det er avgjørende at alle ansatte har tilgang til systemene for å kunne gjøre jobben sin.

I tillegg til oppgavemengden og tidspresset fra det daglige arbeidet, er det verdt også å peke på oppgaver som kommer utenifra. Omtrent til samme tid som

denne arbeidsmiljøkartleggingen ble gjennomført ble det også gjennomført flere andre større aktiviteter som berører helsehusene. F.eks. så gjennomfører Kommunerevisjonen (KRV) en oppfølging av rapporten som kom i 2023, Agenda Kaupang er i gang med evaluering av omorganiseringen av helsehusene og helsehusene er i startfasen av å bygge opp et større kompetanseprogram. Samtidig jobbes det ved alle helsehusene for å iverksette nye pasientvarslingsanlegg med digitalt tilsyn. Kartlegginger og prosjekter er oppgaver som tar tid for både ledelse og ansatte ved helsehusene.

Terapeutene som gruppe utmerker seg i arbeidsmiljøundersøkelsen. Det fremkommer i fokusgruppene at det har vært langvarige uenigheter om arbeidstid og oppgaver, noe som har ført til at rollen som terapeut ikke alltid er klar og tydelig for alle. Dette fører til frustrasjon både blant ansatte og ledere på helsehusene. Helsehusene har blitt rådet til å sette ned en arbeidsgruppe på tvers av helsehusene for å avklare rollen og tydeliggjøre hva som menes med medarbeiderskap for å bedre samarbeidet både mellom de forskjellige faggruppene, fysioterapeutene og ledelsen ved helsehusene. Dette arbeidet starter våren 2025.

Arbeidsmiljøundersøkelsen er gjennomgått overordnet i fokusgruppene og gjennomgås i november, desember og januar på helsehusene og avdelingene med deres lokale resultater. Resultatene fra helsehusene hver for seg og samlet ligger som vedlegg til rapporten.

7.3 Bemanning og kompetanse

7.3.1 Hvordan utnytte kompetansen best mulig

Bemanning og kompetanseutvikling er avgjørende faktorer for helsehusene i Oslo, som står overfor komplekse pasientbehov og et høyt krav til spesialisert behandling. Helsehusene opplever at det er lettere å rekruttere sykepleiere etter at omdømmet er bedret. Dette påvirker både pasienter og ansatte på en svært positiv måte.

Helsehusene følger opp fagdekningen fortløpende og har en pleiefaktor som grunnlag for bemanningsrammen når det gjelder alt helsepersonell. Pleiefaktoren er noe forskjellig, avhengig av type plass. I tillegg jobbes det med oppgavedeling, blant annet ved å ansette ufaglærte servicemedarbeidere som utfører oppgaver helsefagarbeiderne tidligere gjorde. Helsehuskolen vil bidra

til tydeligere oppgavedeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere ved at helsefagarbeidere får dokumentert kompetanse på oppgaver sykepleiere tradisjonelt sett utfører.

Ved denne dreiningen av hvem som gjør de ulike oppgavene vil helsehusene kunne tilpasse bemanningen opp mot pasientenes behov på en helt ny måte, og det legger til rette for å møte fremtiden med flere pasienter og mindre tilgang på ressurser.

Oppgavedeling skjer ikke bare mellom mennesker, men også fra mennesker til teknologi. Det nye pasientvarslingsystemet og digitalt tilsyn på institusjonene i SYE er et eksempel på dette.

Helsepersonellkommissjonen, i sin rapport «Tid for handling» (NOU 2023: 4), trekker frem oppgaveglidning som en nøkkelstrategi for å møte de fremtidige utfordringene innen helse- og omsorgstjenester. Oppgaveglidning innebærer at oppgaver som tradisjonelt har vært utført av høyt utdannet helsepersonell, som sykepleiere og leger, kan delegeres til andre grupper, som helsefagarbeidere eller assistenter, der det vurderes som forsvarlig.

Ved å flytte disse oppgavene til andre grupper kan helsepersonell frigjøres til å fokusere på mer komplekse, fagspesifikke oppgaver. Videre bør teknologiske løsninger utforskes i samarbeid med pasienter og pårørende for å effektivisere arbeidet. Dette er spesielt viktig i lys av den forventede mangelen på helsepersonell i fremtiden. For å lykkes med oppgaveglidning må det være tydelig ledelsesforankring, systematisk kartlegging av oppgaver, ansvarsfordeling og kompetanse, samt kontinuerlig opplæring og kvalitetskontroll (NOU 2023: 4).

Like viktig som å måle fagdekning ved sammenligninger fremover, vil det være å måle graden av velferdsteknologi som avlaster ansatte og ansatte med ikke helsefaglig bakgrunn som utfører oppgavene ansatte med helsefaglig bakgrunn gjorde tidligere.

7.3.2 Oppgavedeling – effektivisering og overføring av oppgaver til riktig kompetansenivå

Som nevnt har helsehusene allerede kommet godt i gang med systematisk oppgaveglidning i tråd med nasjonale føringer. Likevel rapporterer mange ansatte i arbeidsmiljøundersøkelsen, spesielt avdelingsledere, sykepleiere og

terapeuter, at det fortsatt er unødvendige oppgaver eller oppgaver som kunne vært utført på en annen måte eller av andre. Det mest merkbare tiltaket så langt har vært overføringen av oppgaver fra helsefagarbeidere til servicemedarbeidere, som nå håndterer oppgaver som kjøkkenarbeid og enkle ryddeoppgaver på dagtid i hverdager. Helsehusene har standardisert disse rollene, og har mål om at pasientene får likeverdige tjenester.

Oppgaver som kan frigjøre helsefaglig personell

Fokusgruppene fremhever flere oppgaver som i dag utføres av sykepleiere og helsefagarbeidere, men som med fordel kunne overføres til ansatte uten helsefaglig utdanning:

- **Renholdsoppgaver:** Når sykepleiere og helsefagarbeidere steller pasienter på rommene går det mye tid med til rydding av rommet, tømming av søppel og skifte av sengetøy. Dersom denne oppgaven hadde vært utført av andre enn helsefagarbeidere, ville helsefaglig utdannet personell kunne fokusere mer på kjerneoppgavene sine under stellet.
- **Eksempler på forefallende oppgaver:** Påfyll tekstiler, kjøre rundt varer til avdelingene, oppgaver relatert til mat og måltider, bestilling av varer, skylleromsarbeid og lignende oppgaver kan med fordel overføres til ansatte uten helsefaglig bakgrunn. Dette vil frigjøre tid for helsepersonell til mer direkte pasientarbeid. Ved å tilknytte ansatte med relevant praktisk kompetanse, kan mange oppgaver løses på en god måte, mer kostnadseffektivt.

Frigjøring av tid for leger og annet helsepersonell

Selv om leger i undersøkelsen rapporterer om "unødvendige oppgaver" på linje med gjennomsnittet, peker de på behovet for tiltak som kan øke legekapasiteten. Mange leger bruker betydelig tid på oppgaver som rådgivning om bosituasjon, stønader, rettigheter og NAV-relaterte saker. Enkelte bydeler har allerede tilknyttet sosionomer som besøker helsehusene, noe som avlaster legene og gir pasientene kontinuerlig oppfølging etter utskrivelse. For å sikre kontinuitet foreslås det enten å ha en fast sosionom knyttet til hvert helsehus eller å ansette sosionomer direkte på helsehuset. Dette vil ikke bare frigjøre tid for legene, men også sikre bedre pasientomsorg.

Effektivisering av medisinfordeling

Fordeling av medisiner, en oppgave som i dag hovedsakelig utføres av sykepleiere, er et annet område som kan effektiviseres. Fokusgruppene og

workshopene peker på muligheten for å overføre dette ansvaret til farmasøyter eller ta i bruk teknologi som automatiserer medisinhåndteringen. Sykepleiere opplever ofte avbrudd i arbeidet med medisinfordeling, noe som påvirker arbeidsflyt og presisjon. Å bruke farmasøyter eller teknologiske løsninger kan sikre mer effektive prosesser og frigjøre sykepleiernes tid til pasientrettet omsorg.

Samfunnsmessige og organisatoriske gevinster

Implementering av tiltak som fremmer oppgaveglidning og sosial inkludering kan styrke helsehusenes drift, samtidig som det bidrar til viktige samfunnsmessige gevinster. Ved å tilpasse arbeidsoppgaver til riktig kompetansenivå og inkludere nye ansattgrupper, kan helsehusene både effektivisere tjenestene og skape et mer inkluderende og bærekraftig arbeidsmiljø.

7.3.3 Ledige vakter i helgene skaper mye ekstraarbeid og påvirker/truer pasientsikkerheten

Selv om det er noe lettere å rekruttere sykepleiere nå, står Helsehusene i Oslo likevel overfor bemanningsutfordringer. En tilleggsutfordring er lav dekning av fast personale i helgene, og mange vakter må dekkes av ekstravakter og ukjente vikarer fra vikarbyrå. Helgemønster med arbeid hver tredje helg er en kjent utfordring for tjenestene, og dette fører til at helsehusene får mange små stillinger som skal dekke opp helgene. Stillingene er lite attraktive og vanskelige å besette og står oftest ubesatt.

Fravær og turnover skaper flere vakante stillinger og forsterker utfordringene. Dersom alle medarbeiderne skulle jobbe tilnærmet 100% stilling, og det skal være økonomisk forsvarlig må andel arbeidstid i helg for medarbeidere i turnus økes betydelig. Dagens turnusordning med arbeid 3. hver helg for de fleste bidrar til at mange stillinger må deles for å få turnus til å gå opp. Dette kompliserer rekruttering, og gir faste småstillinger i helg. For helsehus er det spesielt utfordrende at aktiviteten i helgene vil være bortimot lik hverdagene, og at det derfor er stort behov for faste, kjente medarbeidere i helgene.

Det er viktig å kjenne til hvilke utfordringer dette medfører, så vi velger å forklare utfordringsbildet litt mer detaljert her. På ett helsehus vil det i helgene være et betydelig antall vakter som i utgangspunktet står ledig og må dekkes med ekstravakter, vikarbyrå eller fast personale. Dette er en situasjon som

gjentar seg hver uke på alle helsehusene, og det brukes mye tid og energi for lederne på å sikre bemanning i helgene.

På grunn av den høye gjennomtrekken blant ekstravakter, blir det ofte utskiftninger av personale i helgene. Dette kan føre til lavere kvalitet på tjenestene. Opplæringsprosessen for ekstravakter er i tillegg repetitiv og tidkrevende. Ekstravaktene er ofte studenter i helsefaglige studieretninger, og har derfor en begrenset tid på institusjonene før de er ferdig utdannet.

Det kommer også frem at det oppleves lønnsforskjeller mellom helsehusene og hjemmetjenestene i bydelene som fører til at ekstravakter ofte søker seg til høyere lønnede stillinger i hjemmetjenesten i en bydel. Dette skaper en kontinuerlig syklus av rekruttering og opplæring, som belaster både budsjetter, arbeidsmiljø og kvalitet.

Den høye gjennomtrekken av ekstravakter, samt hyppig bruk av vikarer, fører til betydelig mer administrativt arbeid for avdelingslederne på helsehusene. De bruker mye tid på å rekruttere og ansette nye ekstravakter. Dette innebærer en rekke tidkrevende oppgaver, som å innhente og gjennomgå dokumentasjon på tidligere arbeidsforhold for å beregne ansiennitet, utlyse stillinger, gjennomføre intervjuer, sjekke referanser, skrive ansettelseskontrakter og ordne nødvendige tilganger.

Tilganger for ekstravaktene bestilles gjennom systemet Kompass, der noen henvendelser går til SYE, noen til Utviklings- og kompetanseetaten (UKE) og andre til Helseetaten (HEL). Avdelingslederne opplever ofte at henvendelsene går i sirkel, og det hender at nyansatte ikke får de nødvendige tilgangene til systemene i tide til oppstart.

Dette fører til forsinkelser i opplæringen og skaper frustrasjon både for lederne og de ansatte. Manglende tilgang til systemene fra første arbeidsdag hindrer de nyansatte i å sette seg inn i arbeidsoppgavene og få en effektiv start. Ideelt sett burde de nyansatte fått tilgang til systemene 2-4 uker før oppstart, slik at de kunne begynne opplæringen på forhånd. Mange av de nyansatte er ivrige etter å komme i gang og bli kjent med den nye jobben før de starter, og ansatte som tidligere har jobbet i helseforetak forteller at dette var mulig der.

Lederne opplever en stadig økning i administrative oppgaver. Når kommuneøkonomien strammes inn, rettes fokuset ofte mot å redusere antall administrative stillinger. Oppgavene forsvinner imidlertid ikke, og mange av dem

overføres til lederne. For helsehusene er dette i direkte motsetning til Helsepersonellkommissjonens anbefalinger om å frigjøre helsepersonell fra ikke-pasientnære oppgaver. I en tid hvor det kreves omfattende endringer i arbeidsmetoder, er behovet for effektiv endringsledelse stort. Den nåværende situasjonen gjør det imidlertid utfordrende å ivareta dette på en tilfredsstillende måte.

Sammenfattende kan det konkluderes med at manglende dekning av fast personale i helgene svekker både kontinuiteten og kvaliteten i pasientbehandlingen. Samtidig øker det arbeidsbelastningen for det faste personalet og avdelingslederne. For å møte disse utfordringene kan det være hensiktsmessig å øke antall arbeidstimer i helgene og opprette flere større stillinger. Dette vil bidra til å redusere behovet for å leie inn eksternt og mindre kjent personell, samtidig som det demper de betydelige utfordringene helsehusene i dag opplever med å dekke ledige stillinger i helgene.

7.3.4 Mye som skal læres uten at det settes av tid

I arbeidsmiljøundersøkelsen fremkommer det at presset for å tilegne seg nye kompetanser er høyt. I fokusgruppene på helsehusene forteller de ansatte at de gjerne vil lære nytt, men at de opplever at det er for lite tid tilgjengelig for kompetanseheving. Dette har blitt tatt hensyn til i planleggingen av helsehuskolen, og tildelte ressurser brukes blant annet til å leie inn ekstravakter slik at ansatte får frigjort tid til undervisning.

Det uttrykkes imidlertid en bekymring for hvordan dette vil bli når den toårige tilskuddsperioden for kompetanseutvikling er over. Deltakerne i fokusgruppene uttrykker et klart behov for varige ressurser til løpende kompetanseutvikling. I helsehuskolen settes det av tid til både teoretisk og praktisk undervisning, og de planlagte temaene samsvarer med kompetansebehovene som de ansatte etterspør i medarbeiderundersøkelsen.

Et funn i arbeidsmiljøundersøkelsen er at omtrent 30 % av de ansatte ikke kjenner til rutinene for håndtering av trusler og vold på arbeidsplassen, og omtrent 50 % ikke kjenner til rutinene for håndtering av mobbing og diskriminering. Dette til tross for at det i mange år har vært gjennomført årlig opplæring på alle helsehusene. I fokusgruppene fremsetter deltakerne en hypotese om at dette kan skyldes at de mange obligatoriske opplæringsvideoene oppleves som overveldende og lite effektive. Det kan derfor være

hensiktsmessig å gjennomgå innholdet og formatet på disse videoene, samt vurdere om de gir den læringseffekten de skal ha. I tillegg bør man vurdere å implementere simuleringstrening, i tråd med anbefalinger fra Arbeidstilsynet, som et supplement eller alternativ til videoene.

Økt behov for opplæring i bruk av digitale verktøy

I tillegg til behovet for opplæring innen håndtering av vold og mobbing, er bruk av digitale verktøy et område der mange ansatte opplever behov for både tid og støtte til å lære seg nødvendige ferdigheter. Som et resultat av pasientenes komplekse behov og kravene om å effektivisere tjenestene, er helsehusene avhengige av godt integrerte og brukervennlige digitale verktøy for å sikre effektiv behandling, dokumentasjon og kommunikasjon på tvers av helsetjenester.

Mange ansatte opplever imidlertid at dagens systemer er tidkrevende og utfordrende å bruke, noe som understreker behovet for målrettet opplæring. Dårlig integrasjon mellom datasystemer fører ofte til gjentatte kartlegginger og dobbeldokumentasjon, som ikke bare frustrerer personalet, men også reduserer tiden til direkte pasientkontakt.

For å redusere administrativ belastning og forbedre pasientopplevelsen er det avgjørende å gi de ansatte grundig opplæring i effektiv bruk av teknologiske verktøy. Mange opplever at det er vanskelig å finne tid til dette i en hektisk arbeidshverdag, noe som gjør at teknologien ofte bare blir delvis utnyttet. Når ansatte ikke er fullt fortrolige med systemene, uteblir gevinster, og arbeidsprosesser forblir unødvendig ressurskrevende.

For eksempel kan manuell dokumentasjon som senere må overføres til digitale systemer, som Elise, føre til dobbeltarbeid og oppfatningen av teknologien som kompliserende snarere enn et godt hjelpemiddel. Å bryte med etablerte arbeidsmetoder er krevende, men med riktig støtte og opplæring kan teknologiske løsninger bli et viktig verktøy for å forbedre både arbeidsflyten og kvaliteten på helsetjenestene.

Pleie- og omsorgstjenestene i Oslo har per i dag Geric som elektronisk pasientjournal (EPJ). Geric ble utviklet og tatt i bruk tidlig på 90-tallet og er svært lite modernisert fra da og frem til i dag. Geric er lite intuitiv, krever mye tid til opplæring, har ingen integrert brukerstøtte, gir svært begrenset mulighet

til utveksling av dokumenter på tvers av virksomheter og medfører unødvendig mye tid til dokumentasjon, inkludert dobbeltføring. Dette er vist i egen undersøkelse utført av avdeling for Kvalitet Innovasjon og Digitalisering (KID) i SYE i forbindelse med oppdraget om å vurdere å bytte Gerica med ny moderne EPJ.

Helsehusene har i dag mulighet til å dokumentere på nettbrett, men opplever at dette er for stort og lite praktisk å ta med rundt på pasientrommene. Dersom ansatte kunne dokumentert på mobile enheter, som Lineære nettbrett med penn (LMP) eller mobiler slik hjemmetjenesten i bydelene gjør, kunne de ha dokumentert direkte under interaksjonen med pasientene.

Dette ville spart tid og redusert behovet for å gå tilbake til dokumentasjonsrommet for å registrere informasjon i Gerica, noe som i dag skaper unødvendig arbeidsbelastning og forsinkelser. En slik løsning vil ikke bare effektivisere arbeidsprosesser, men også forbedre både ansattes arbeidsforhold og kvaliteten på pasientomsorgen.

Kompetanseutvikling for ledelsen

Lederne ved helsehusene står også overfor økte krav og behov for kompetanseheving, særlig når det gjelder bruk av digitale verktøy og turnusplanlegging. Effektiv turnusplanlegging er kritisk for å dekke bemanningsbehovene, spesielt i helger og ferier når det er mange ledige vakter. Lederne har uttrykt behov for opplæring i de digitale verktøy de har tilgang til, for å sikre at turnusplanlegging og andre administrative oppgaver kan håndteres effektivt og på en måte som støtter både de ansatte og pasientene. En grundig forståelse av de tilgjengelige verktøyene kan gjøre det enklere å planlegge og tilpasse bemanningen til helsehusenes varierende behov og bidra til en jevnere arbeidsflyt for det øvrige personalet.

Fordeler ved utvidet opplæring og videreutdanning

En styrking av opplæringen og etterutdanningstilbudet vil ikke bare gi ansatte den faglige tryggheten de trenger for å håndtere de komplekse pasientforløpene, men også bidra til å øke motivasjon og trivsel i arbeidsmiljøet. Bedre kompetanseheving i både fagspesifikke områder og digitale ferdigheter vil hjelpe personalet med å bruke dokumentasjonssystemer og kommunikasjonsverktøy mer effektivt, noe som kan frigjøre tid til direkte pasientpleie. Ved å gi de ansatte mulighet til faglig utvikling kan helsehusene

også øke muligheten for å beholde sine ansatte over tid, noe som vil redusere turnover og bidra til en stabil arbeidsstyrke.

7.3.5 Kompetanseheving og opplæring

Ansatte viser stor interesse for å holde seg oppdatert og tilegne seg ny kunnskap. Helsehusskolen har blitt godt mottatt, og i fokusgruppene fremheves det som positivt at det er satt av midler til å leie inn ekstravakter under opplæring de neste to årene. Med stadig mer multimorbide pasienter med flere komplekse medisinske tilstander, og en rask utvikling av digitale verktøy har behovet for kompetanseheving på tvers av hele personalgruppen aldri vært større.

7.3.6 Utfordringer med økonomiske ressurser til opplæring og kompetanseheving

Helsehusene står overfor en ressursbegrensning når det gjelder å gi de ansatte tilstrekkelig opplæring og støtte. Mye av kompetansehevingen skjer i dag i form av e-læring eller på internopplæring uten faste ressurser til videreutdanning og kursing. Dette er en utfordring da mange av de ansatte uttrykker behov for mer omfattende kompetanse, spesielt på områder som rusomsorg og psykiatri, for å kunne håndtere en stadig mer kompleks pasientgruppe. Kompetanseheving gjennom sertifisering og kurs, samt muligheten til å utvikle seg faglig, er ikke bare viktig for kvaliteten på omsorgen, men kan også være en motivasjonsfaktor for å beholde ansatte i faste stillinger.

8 Foreslåtte tiltak og forbedringer

For å møte utfordringene knyttet til arbeidsmiljø og oppgavefordeling har ansatte og ledelse identifisert flere konkrete tiltak som kan forbedre situasjonen, prioritert rekkefølge:

- **Servicemedarbeidere kveld og i helg:** Erfaringene med servicemedarbeidere er svært positive, og det er et ønske om å utvide deres tilstedeværelse til også å dekke kveldsvakter og helger. Støtterollene bidrar til å frigjøre helsefaglig personell fra oppgaver som ikke krever deres kompetanse og gir dermed mer tid til pasientrettede oppgaver. I helgene er det spesielt utfordrende med å ha nok helsepersonell tilgjengelig, og det vil styrke kvaliteten om disse får frigjort tid fra eksempelvis kjøkkenarbeid til å jobbe med sine primære oppgaver.

Tiltaket er allerede utprøvd og så sterkt ønsket at det ikke foreslås pilotering, men full skalering fra start.

- **Tiltak for økt bemanning i helgene:** Det er et uttalt behov for økt bemanning, særlig helg, hvor helsehusene ofte opplever et betydelig antall ledige vakter. Dette påvirker både arbeidsmiljøet og kontinuiteten i pasientomsorgen. En vurdering av alternative vaktssystemer som 12-timers vakter i helgene kan være et tiltak for å tiltrekke seg flere faste ansatte til disse skiftene. Helsehusene opplever at medarbeidere er positive til langvakter. Det har tidligere vært satt i gang et prosjekt på Solfjellshøgda, men på daværende tidspunkt ble det ikke enighet mellom ledelsen og tillitsvalgte.
- **Faste ansatte utover grunnturnus; uten økt kostnad:** Det foreslås at helsehusene vurderer hvor mye som normalt leies inn av vikarer og ekstravakter som følge av velferdspermisjoner og sykefravær. Antallet som normalt sett leies inn ansettes fast, og det erstattes ikke ansatte ved fravær før antallet på jobb er under grunnbemanning. Dette vil skape en mer stabil arbeidsstokk som er godt opplært, og avlaste både ansatte som unngår løpende opplæring av ekstravakter og avdelingsledere som må bruke mye av tiden til å ansette og organisere ekstravakter. Det antas at dette **ikke** har en kostnad utover det som allerede er i dag, da disse faste ansatte skal erstatte ansatte som leies inn i dag. Helsehusene må da budsjettere med en lønnsrefusjon slik at rammene ikke økes utover grunnturnus.
- **Kompetanseheving og strukturert opplæring:** I dag får alle nyansatte tre opplæringsvakter. Dersom antall ansatte på opplæringsvakten ikke er som planlagt, kan det være så travelt at opplæringsansvarlig ikke har rukket å lære den nyansatte opp godt nok. Da må det være en standard at opplæringsvakten gjentas, dvs. gjennomføres på en annen vakt. Ideelt sett burde den som lærer opp gå i tillegg til ordinær bemanning, men alternativt tiltak foreslås for å ikke øke utgiftene på helsehusene. Opplæringen bør gjennomføres strukturert etter standard prosedyrer. Kompetansem modul bør brukes for å dokumentere hva man er opplært i. Det antas at dette tiltaket ikke har en kostnad utover å lage et system for standardisert opplæring med dokumentasjon i kompetansemodule.

- **Avsatt tid til opplæring:** Helsehusene opplever et økende press og behov for opplæring, uten at det er satt av midler til å erstatte bemanningen som gjennomfører obligatoriske oppfriskningskurs eller læres opp i nye prosedyrer som følge av økt kompleksitet hos pasientene. Det samme gjelder når ny teknologi skal læres og tas i bruk. Unntaket er innføring av nytt pasientvarslingssystem, hvor implementeringen har tatt høyde for dette. På Helsehuskolen er det i en toårsperiode avsatt midler som gjør det mulig å leie inn ekstravakter for å sikre tilstrekkelig bemanning under opplæring. Dette bør vurderes som en fast praksis for all opplæring.
- **Effektivisering av administrative prosesser:** For å redusere tidsbruk på administrative oppgaver har ansatte foreslått at systemtilganger til digitale systemer gis i god tid før oppstart. Dette vil gi nyansatte en mer effektiv oppstart og redusere behovet for opplæring i grunnleggende administrative rutiner. I tillegg sikrer det at ansatte har tilgang til alle systemer den dagen de begynner. Det er et ønske om bedre koordinering av tilgangsforespørsler og intern kommunikasjon med de aktuelle etatene som tildeler systemtilganger.
- **Hjelpemidler:** Hjelpemidler er tidkrevende å få tak i, og man må bruke av bemanningsbudsjettet for å kjøpe inn hjelpemidler som mangler. Det foreslås å utrede en bedre ordning rundt hjelpemidler; finansiering, reparasjon og lokal vs. sentral løsning.
- **Støtte i ansettelse:** For å redusere avdelingsledernes bruk av administrativ tid i ansettelse og frigjøre tid til ledelse, etterlyses det økning i bistand fra HR-ressurser samt forenkling av prosessen.
- **Redusert dobbeltarbeid og forbedret pasientflyt:** Fokusgruppeintervjuer avdekket behovet for å redusere dobbeltarbeid i kartlegging og vurdering av pasientene. Eksempelvis utføres mange tester både ved sykehus, helsehus og i bydelene. En bedre informasjonsflyt mellom nivåene i helsetjenestene kan spare tid og ressurser for både ansatte og pasienter. Dette kan også bidra til økt pasienttilfredshet, da pasientene slipper å gjennomgå gjentatte tester og kartlegginger. Vurdere best mulig bruk av elektroniske støttesystemer som Elise eller andre rutiner.

- **Sosionom-ressurser til avlastning:** Leger og andre helsefaglige ansatte gir uttrykk for at de bruker mye tid på såkalte "sosionom-oppgaver" som bolig, stønad og rettigheter. Noen bydeler har sosionomer som samarbeider godt med helsehusene, men det er behov for at alle bydelene har ressurser på dette området for å sikre kontinuitet og avlaste helsepersonell fra oppgaver som ikke nødvendigvis krever medisinsk kompetanse. Pasientene har rett på likeverdige tjenester, og tilbudet i bydelene er svært ulike. Dersom bydelene ikke prioriterer en primærkontakt som kan bistå pasientene fysisk på helsehuset, så bør det ansettes sosionom eller annen med lignende kompetanse på helsehusene som kan være bindeleddet ut til bydelen.
- **Klargjøring medisiner:** Å gjøre klar medisiner og dele dem ut beskrives som en oppgave som krever konsentrasjon, og hvor man ofte blir forstyrret. På langtidshjemmene brukes det multidose, men dette er vanskelig på helsehusene pga. stor utskiftning av pasienter og hyppige endringer av medikasjonen. Det bør undersøkes om det er mulig å forenkle prosessen også på helsehusene. Det kan også vurderes å ta i bruk farmasøyter for å gjøre deler av denne jobben. Dette er prøvd ut noe steder, blant annet på en del sykehus.
- **Teknologi:** Alt som kan digitaliseres, bør digitaliseres. Samtidig er det viktig med god opplæring i verktøyene; både de vi allerede har, og de nye vi tar i bruk.
 - Gjennomgang av arbeidsprosessene til avdelingsledere for å standardisere og å hjelpe de å utnytte teknologien i arbeidsprosessene; vurdere hvilke oppgaver det er hensiktsmessig at andre støtteressurser gjør.
 - Vurdere integrasjon mellom kompetansemødel og GAT bemanningsplanlegging.
 - Starte med å bruke kunstig intelligens i bemanningsplanleggingen.

Det må settes av prosjektmidler å utvikle og ta i bruk teknologi, som på sikt skal redusere arbeidsbelastningen til avdelingslederne.

- **Avlastningsopphold:** Det er utfordrende at pårørende og pasienter som skal på avlastningsopphold har forventinger til innhold på oppholdet som er utover det tilbudet som finnes. Det foreslås at vedtakene som sendes ut

til innbyggerne gjennomgås i et samarbeid mellom bydel og helsehus med fokus på klart språk og en beskrivelse av oppholdet slik at forventningene fra pasientene møter det reelle tilbudet.

- **Målgruppe avlastning bør revurderes:** Avlastningsplassene gjelder kun innbyggere som har pårørende som har behov for avlastning. En utviding av målgruppen bør vurderes. Innbyggere uten pårørende bør også ha anledning til å søkes inn på avlastningsopphold, da det kan være behov for at innbyggeren i perioder har behov for mer omsorg enn hjemmetjenesten kan gi, og avklarings- og rehabiliteringsplassene ikke er riktig tilbud. Dette kan også utsette søknad om langtids plass. For å gi mer fleksibilitet til pårørende vil det være vesentlig om det kunne tilbys avlastningsplasser utover en-bloc. Dette vil i så fall måtte medføre en endring av finansieringsordningen for avlastningsplassene.
- **Bemanning på avklaringsplasser:** Det er noe lavere pleiefaktor på avklaringsplasser sammenlignet med rehabiliteringsplasser. Det er et stort spenn i hvilke pasienter som legges inn på avklaringsplasser, og svært mange av dem som legges inn på disse plassene har stort hjelpebehov. Det er nødvendig å øke pleiefaktoren på disse plassene, f.eks. til samme nivå som rehabiliteringsplassene.

9 Oppsummering

Denne rapporten viser at helsehusene i Oslo kommune har tatt betydelige skritt for å møte stadig mer komplekse pasientbehov og for å sikre et bærekraftig arbeidsmiljø for de ansatte. Med et bedret omdømme tiltrekker helsehusene seg flere dyktige medarbeidere, noe som styrker tjenestene og legger grunnlaget for videre utvikling.

Helsehusene har allerede implementert tiltak som spesialisering av tjenester, oppgavedeling og styrking av samhandling. Dette har gitt positive resultater, men rapporten identifiserer også områder som fortsatt krever oppmerksomhet for å møte fremtidens utfordringer:

- **Bemanning og arbeidsmiljø:**
Helsehusene trenger en mer stabil bemanningssituasjon, særlig på kvelder og i helger, for å sikre kontinuitet i tjenestene og redusere belastningen på de ansatte. Tiltak som økt grunnbemanning, bedre utnyttelse av

ekstravakter og utvidelse av servicemedarbeidernes rolle kan bidra til å lette arbeidsbyrden for helsepersonell.

- **Kompetanseheving:**

Helsehuskolen har vært en suksess, og langsiktig finansiering er nødvendig for å sikre kontinuerlig opplæring og videreutvikling. Behovet for løpende opplæring og etterutdanning er stort, særlig med tanke på økt pasientkompleksitet og innføring av ny teknologi. Dette er avgjørende for å møte pasientenes behov og for å håndtere den raske utviklingen av nye prosedyrer og teknologi.

- **Effektivisering av prosesser:**

Reduksjon av dobbeltarbeid og bedre informasjonsflyt mellom sykehus, helsehus og bydeler er avgjørende for å frigjøre tid og ressurser. Dette krever investeringer i teknologi og bedre integrasjon mellom systemer.

- **Samhandling og forventningsstyring:**

Det er behov for tettere samarbeid mellom helsehusene, bydelene og spesialisthelsetjenesten. Bedre kommunikasjon med pasienter og pårørende kan bidra til å avstemme forventninger og redusere misnøye.

- **Pasientsentrert tilnærming:**

Pasientenes økte behov for spesialisert omsorg, inkludert for psykiatri og rus, krever en styrking av både bemanning og kompetanse. Tiltak for bedre pasientoverganger og inkludering av sosionomressurser vil kunne sikre et helhetlig og kvalitetsorientert tilbud.

Helsehusene har et stort potensial for videre utvikling og er godt i gang med å tilpasse seg innbyggernes behov og skape et mer bærekraftig arbeidsmiljø. Det bedre omdømmet gir et sterkt fundament for å bygge videre på fagmiljøene og tiltrekke seg flere flinke folk.

Pasientovergangene, som er sårbare, krever kontinuerlig oppmerksomhet, særlig i lys av endringer i spesialisthelsetjenesten og presset på kommuneøkonomien. Dersom det for eksempel blir endringer i bydelsstrukturen, er det viktig å standardisere overgangene så snart som mulig.

10 Vedlegg

Resultatene fra arbeidsmiljøundersøkelsen

