

Deres ref.:
24/7483 - 2

Vår ref. (saksnr.):
24/7483 - 2

Saksbeh.:
Johnny Advocaat

Dato:
22.03.2024

Vurdering av oppgavefordelingen mellom bydelene og kommunen sentralt - ønske om innspill fra bydelene

Etatsdirektørs forslag - oppsummert

Sykehjemsetatens forslag tar utgangspunkt i å forbedre kvaliteten og effektiviteten i tjenestene til innbyggerne. Det er mer 12 år siden samhandlingsreformen ble gjennomført og det er på tide å se på om valgene som ble gjort for organisering den gang fortsatt er de beste. Vi har derfor foreslått tiltak som reduserer overganger for innbyggerne. Vi foreslår at tjenester i liknende tiltakskjeder henger sammen, som å samle de mest spesialiserte tjenestene i samme linje. Men også ta utgangspunkt at så lenge man bor i egen bolig bør bydel ha størst mulig kontroll over virkemidlene. Vi tro også det er lurt å kople sammen tilbudene når innbyggerne ikke lenger kan bo i egen bolig.

Vi har derfor tre konkrete forslag til endringer vi mener vil trekke Oslo kommunes tjenester i riktig retning mot målsettingen om *innbyggernes helsetjeneste*.

I tabellen under følger en oversikt over foreslåtte tiltak, og forventet effekt. Under tabellen følger en mer utdypende beskrivelse av tiltakene.

	Tiltak	Vil bidra til...						
		... mer likeverdige tjenester	... bedre ressursbruk	... sterkere fagmiljøer	... færre overganger og ned. risiko for svikt i disse	... tydeligere rolle- og ansvarsforståelse	... bedre innbyggerinvolvering	... styrket samordning mellom bydeler og etater
1	a) Organisere KAD, FRA og helsehus i samme linje. b) Samlokalisere KAD, FRA og helsehus	X	X	X	X	(X)		
2	Overføre ansvar for avlastning og dagsenter til bydelene		X		X	X	X	
3	Flytte ansvaret for Omsorg+ fra bydelene til Sykehjemsetaten	X	X	X		X		X

Utdypning av forslagene

Forslag 1: Organisere KAD, FRA og helsehus i samme styringslinje.

Bakgrunn

Helsehus og Kommunal akutt døgnenhet (KAD)/Forsterket rehabilitering Aker (FRA) er i forskjellige etater, og med det forskjellig styringslinje. Helsehus er organisert i Sykehjemsetaten, men KAD og FRA er organisert i Helseetaten. Dette erfares som lite hensiktsmessig, både i et faglig og kvalitetsmessig perspektiv.

Konkretisering av forslaget

Vi tenker dette som en prosess i to trinn:

Første trinn er å bygge KAD, FRA og Helsehusene inn i samme styringslinje. Det vil gi gevinster på pasientflyt og på hvordan vi utnytter kompetanse.

Andre trinn er samlokalisering av disse organisasjonene.

Trinn 1: Samme styringslinje

KAD og helsehus:

KAD og helsehus har mye de samme pasientene, men på litt forskjellig sted i forløpet. KAD er et tilbud for pasienter >18 år som trenger innleggelse for behandling, observasjon og pleie, og som kan behandles av allmennleger og sykepleiere i primærhelsetjenesten. KAD behandler pasienter med forverring av avklarte diagnoser. En vesentlig andel av pasientene er eldre mennesker. Helsehus behandler i hovedsak eldre over 67 år, men har også en andel yngre mennesker. KAD har lege 24/7. I utgangspunktet er oppholdstid på KAD 3 døgn, men oppholdet forlenges dersom pasienten ikke er ferdigbehandlet. Helsehusene sin oppgave i Oslo er å bidra til at eldre mennesker kan bo hjemme lengst mulig. Tilbudet omfatter rehabilitering, avklaring, pleie og behandling. Helsehusene har ikke legetjeneste på natt og ikke på søndager. Helsehusene har bred kompetanse og kun faglærte medarbeidere i direkte pasientkontakt. Pasientene bor hjemme, og ca 70% av pasientene som legges inn på helsehus kommer fra spesialisthelsetjenesten. Helsehusene har bred kompetanse på de vanligste tilstander og diagnoser hos eldre mennesker.

Tettere samarbeid og kortere linjer mellom helsehus og KAD vil gi raskere avklaring for pasientene både i mottakssituasjon og i forløpet. F.eks. kan pasienter som trenger noe lenger forløp rutes fra KAD til helsehus uten mye byråkrati, og det kan lages skreddersydde forløp med større fleksibilitet. Det vil også være mulig å få stordriftsfordeler på legedekning og administrative funksjoner. Med KAD som støttefunksjon vil også helsehus i større grad kunne gi et tilbud til yngre mennesker som kommer fra spesialisthelsetjenesten på helsehus, og på den måten bidra til tidligere utskrivning fra sykehus. Helsehusene kan også kunne ta enklere utredninger, gjøre avklaring og stabilisering på pasienter som kommer hjemmefra.

Vi mener at en slik type organisering vil gi større og enda bedre fagmiljøer, og dermed gjøre det enklere å rekruttere og beholde fagutdannet helsepersonell med høy kompetanse.

Vi mener Oslo vil få et mer helhetlig og kvalitativt bedre tilbud til sine innbyggere ved å kople sammen disse enhetene. På mange områder er de på samme sted i omsorgstrappen, og ved å organisere dem sammen vil vi løse en del "gråson utfordringer" som kompliserer samhandlingen i dag. Samtidig er det viktig at man kan beholde bredden i tilbudet.

Elektronisk pasientjournal (EPJ): Pr i dag har KAD og helsehus ulike EPJ. Dette kompliserer overganger mellom enhetene da de eksisterende EPJ ikke kommuniserer eller gir mulighet for deling av relevant informasjon. Helsepersonell må skrive og sende med relevante helseopplysninger ved alle overganger med risiko for at vesentlig pasientopplysninger ikke følger med ved overganger (legemiddelinformasjon, kritisk informasjon som smitte og CAVE). Ved felles organisering og felles EPJ, vil pasientsikkerheten øke ved at behandlere og annet helsepersonell vil ha full tilgang til relevante journalopplysninger på tvers av enhetene.

FRA og helsehus:

Både helsehus og FRA driver tverrfaglig rehabilitering, og tar imot pasienter fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Helsehus tar imot pasienter som legges via vedtak fra bydelene, mens FRA tar imot henvisninger fra både kommunehelsetjenesten og direkte fra spesialisthelsetjenesten. Med relativt få plasser tilgjengelig, er det en stor andel av de som henvises til FRA som ikke får plass. FRA har inntak av nye pasienter kun 3 dager pr uke, og pga. begrenset antall plasser er ofte begrunnelsen for avslag mangel på plass og ikke relatert til pasientens behov. Mange med stort rehabiliteringsbehov og -potensiale vil derfor i stedet rutes videre til helsehus. Søknader til FRA skal i ny organisering fremover gå via bydel med risiko for ytterligere forsinkelse i pasientflyten. FRA og helsehus har medarbeidere med samme type grunnkompetanse, men FRA har mer spesialisert kompetanse på spisset rehabilitering.

Helsehus og FRA har lite samhandling i dag. Det vil være enklere, bedre vil gi mer helhetlige og strømlinjeformede forløp på rehabilitering dersom de to enhetene var i samme styringslinje.

Pasienter kan flyttes tidligere fra FRA til helsehus og videreføre forløpet der. Dette vil frigjøre plasser til de med størst potensiale og behov for spesialisert rehabilitering på FRA. Pr. I dag er det få pasienter som kommer til helsehus fra FRA. Andre gevinster man kan se for seg er at det vil være enklere å etablere en helhetlig "Oslostandard" for rehabilitering med felles metodikk, standardisering og målinger.

I tillegg vil man kunne etablere utdanningspakker for terapeuter, og bli mer attraktive også for denne faggruppen.

FRA og helsehusene har i dag samme EPJ og terapeuter og behandlere har allerede fortløpende full tilgang til all relevant informasjon om pasientene. Dette betyr at det ligger godt til rette for sømløs samhandling mellom enhetene allerede pr dags dato.

Trinn 2: Samlokalisering

Samlokalisering av KAD, FRA og helsehus vil forsterke effektene og gevinstene som er beskrevet i trinn 1.

Ved å ha disse enhetene i samme styringslinje og samme bygg vil fleksibiliteten bli større og overgangen mellom tjenestene enklere.

Ved samlokalisering vil kommune kunne tilby helhetlig behandlingsforløp både etter utskrivning fra sykehus og ved behov for behandling/stabilisering av forverring av kjente lidelser hos hjemmeboende uten å måtte veien om sykehus i flere tilfeller enn i dag. KAD har 24/7 legedekning, laboratorietjenester tilgjengelig hver dag og også tilgang til bildediagnostikk (Rtg/CT). Disse tjenestene vil da også bli tilgjengelige for helsehuspasientene. Dette vil

sannsynligvis forhindre flere sykehusinnleggelse ved lokal avklaring og dermed lette trykket på sykehusene.

Det vil gi gevinst ved at pasienten ikke trenger å flyttes for å få tjenestene, men at tjenestene i større grad kommer til pasienten. Med tverrfaglige vurderingsteam, fleksible romløsninger og tilpassede arbeidstidsordninger kunne man få til en mer dynamisk effektiv organisasjon enn i dag.

Med ett stort helsebygg som rommer både KAD, FRA og helsehus, vil man kunne behandle både flere pasienter og flere pasientkategorier enn i dag med samme antall plasser.

Forslag 2: Flytte dagsentrene og avlastningsplassene for pårørende fra Sykehjemsetaten til bydelene

Bakgrunn (situasjonsforståelse)

Å tilrettelegge for å kunne bo lengst mulig hjemme er et bærende prinsipp for kommunen. Den henger sammen med den demografiske utvikling der andel eldre øker samtidig som det blir knapphet på tilgjengelig arbeidskraft.

Denne målsetningen er avhengig av at det kan tilbys tilrettelagte tjenester som understøtter målsetningen. Dagsenter og avlastningsplasser er tilbud som i dag tildeles av bydel og utføres av Sykehjemsetaten for at innbygger kan bo lengst mulig hjemme. Tjenestene gir en mulighet for avlastning både for de som trenger omsorg og deres pårørende.

Konkretisering av forslaget

Vi foreslår at tjenestene både tildeles og utføres av bydelen. Det er bydelen som kjenner sin innbygger best og på den måten kan sikre et best mulig tilbud ut fra behov.

Transporttjenesten til dagsentrene er det bydel som har ansvar for. Vi erfarer at det til tider er utfordrende og allokere ressurser mellom dagsenteret sine ansatte og bydelen som må følge med under transport.

Brukerne som tilhører de skjermete dagsenter plassene har ofte behov for hjelp til medisintaking, bydelen sine ansatte må komme å bistå med utdeling da ansatte på dagsenter ikke er godkjent i legemiddelhåndteringen.

Forventet effekt av forslaget og hvordan håndtere ev. uønsket effekt

Ved at bydel selv drifter så vil de kunne øke sitt handlingsrom ved å i større grad kunne tilrettelegge for mer fleksible tjenester som umiddelbare og akutte behov, sikre overganger og bruke ansatte på tvers av tjenestene, illustrerer med et eksempel, bydelen ser et økende behov for avlastningsplasser i hjemmet. En kan i større grad se på avlastningsplasser som et helhetlig tilbud som er fordelt på avlastning på institusjon og i eget hjem.

Det er et større potensiale rundt dagsentrene både når det gjelder kompetansesammensetning, hva skal dagsenteret tilby, fleksible åpningstider. Vi tror at bydelen som kjenner innbyggeren sin best kan optimalisere dagsentrene utfra behov.

Forslag 3: Flytte ansvaret for å drifte og videreutvikle Omsorg+ fra bydelene til Sykehjemsetaten

Bakgrunn (situasjonsforståelse)

[Evalueringen](#) av Omsorg+ fremhever flere punkter som taler for en sentralisering av omsorgstilbudet i Oslo, blant annet utfordringene knyttet til finansiering og økte utgifter for bydelene, varierende praksis i tildeling av leiekontrakter som fører til forskjeller i beboersammensetningen, og behovet for bedre koordinering mellom forskjellige aktører.

Evalueringen understreker også viktigheten av å differensiere Omsorg+-tilbudet for å møte behovene til en voksende gruppe eldre med økte behov for hjelp og bistand. Dette innebærer en tilpasning av Omsorg+-konseptet til å inkludere flere eldre med omfattende behov for praktisk og helsefaglig bistand. Bydelene er tydelige i sine kommentarer at Omsorg+ ikke lenger er tilpasset det behovet som finnes ute i bydelene. Sykehjemsetaten har derfor i arbeidet med boligplan for eldre spilt opp at det bør etableres et Omsorg++ med et høyere omsorgsnivå. Dette er omtalt i Boligbehovsplanen.

Konkretisering av forslaget

Forslaget innebærer å flytte ansvaret for å drifte, standardisere og videreutvikle et bærekraftig og differensiert botilbud i Omsorg+ fra bydelene til Sykehjemsetaten. Bydelene vil slik ansvar og lovverk er i dag (et sørge for ansvar) fremdeles ha ansvaret for å beslutte tildeling av Omsorg+ og langtidsplass.

Forventet effekt av forslaget og hvordan håndtere ev. uønsket effekt

Sentralisering kan bidra til mer enhetlige rammer og praksis for tildeling, samt redusere økonomisk risiko for bydelene. Rapporten peker også på at det store antallet aktører i Oslo kan føre til manglende samordning og effektivitet, hvor en sentralisering kan forenkle strukturen og styrke samarbeidet. Ved å samle ansvar og ressurser under én etat kan man oppnå en mer helhetlig og sammenhengende tilnærming til utviklingen og forvaltningen av Omsorg+-tilbudet, noe som kan forbedre både kvaliteten og tilgjengeligheten av tjenester for eldre med behov for omsorg. Dette kan gi Oslos innbyggere et mer likeverdig tjenestetilbud uavhengig av bydelstilhørighet

Erfaringer fra Asker kommune viser at en differensiering av tjenestetilbudet ved Omsorg+ kan bidra til mer målrettet og effektiv omsorg, hvor ressurser og tjenester bedre matcher individuelle behov, og understøtter en mer bærekraftig omsorgsmodell. Erfaringene Sykehjemsetaten har med å definere, standardisere og videreutvikle botilbud, vil sikre en effektiv bruk av Oslo kommunes ansatte og erfaringer.