Vedlegg 4: Bydelsreformen fase 3

Delutredning 3: Helse og omsorg

Notat: Innbyggereisen for eldre med skrøpelighet

Dato: 8.oktober 2025

Innhold

1 Mandat, problemstilling og metode 4
1.1 Mandat 4
1.2 Problemstilling 4
1.3 Metode 5

2 Føringer 5
2.1 Nasjonale føringer 5
2.2 Føringer i Oslo kommune 6
2.3 Føringer i Bydelsreformen 7

3 Om eldre med skrøpelighet 7
3.1 Definisjon av gruppen eldre med skrøpelighet 7
3.2 Eldre med skrøpelighet – en voksende gruppe med sammensatte behov 8
3.3 Eldre med skrøpelighet og spesialisthelsetjenesten 10

4 Utfordringer med innbyggerreisen for eldre med skrøpelighet 13
4.1 Fragmentert organisering av tjenestene til eldre med skrøpelighet 14
4.2 Bruken av innsatstrappen er lite fleksibel 15
4.3 Bruken av helsehus kan forbedres 18
4.4 KAD og FRA sine tilbud til eldre med skrøpelighet 22
4.5 Hjemmetjenesten er ulikt utformet fra bydel til bydel 22
4.6 Fastlegene er ikke tett nok på eldre med skrøpelighet 23
4.7 Målkonflikter og manglende økonomisk insentiv 24
4.8 Digital tjenesteutvikling og informasjonsflyt kan forbedres 25

5 Forslag til tiltak for eldre med skrøpelighet i Oslo kommune som det kan vurderes å utrede videre 25
5.1 Organisatoriske justeringer for mer helhetlige innbyggerreiser 26
5.2 Digitalisering: Tydeligere teknologiansvar og utvidet bruk av digitale løsninger i forløpene 32
5.3 Fastleger: Tettere på eldre med skrøpelighet 32
5.4 Oppsummering av tiltak som kan vurderes videre utredet 33

Figur 1 Mål og prinsipper for Bydelsreformen 7
Figur 2 Forventet vekst i eldrebefolkningen i Oslo og utvikling i ulike aldersgrupper. N>1000 per år viser til endringen fra nå til 2030. 9
Figur 3 Utvikling i antall eldre med demenssykdom frem mot 2033 10
Figur 4 Utviklingen i antall utskrivningsklare pasienter med behov for samhandling med spesialisthelsetjenesten 11

Figur 5 Antall liggedøgn per 1000 innbygger i de ulike sykehusene i Oslo[9] 12
Figur 6 Pasientflyt utskrivningsklare fra helseforetak 2022 13
Figur 7 Oversikt over aktører som er involvert i tjenesteyting til eldre med skrøpelighet 14
Figur 8 Helhetlig innsatstrapp10[22] 16
Figur 9 Oversikt over helsehusene i Oslo kommune og type plasser 19
Figur 10 Beleggsprosent per helsehus 2022-2024 20
Figur 11 Utvikling i langtidsplasser, interne tall tilsendt fra SYE 20
Figur 12 Illustrasjon av 3 alternativer for ny organisering 27

Tabell 1 Simulering av et eksempel på besparelser av å yte tjenester lavt nede i innsatstrappen. 16
Tabell 2 Oppsummering av forslag til tiltak 33

Utfordringer og tiltak i innbyggerreisen for eldre med skrøpelighet i Oslo kommune

1 Mandat, problemstilling og metode

1.1 Mandat

Med bakgrunn i Hammersborgerklæringens omtale av bydelene og det lokale demokratiet har byrådet tatt initiativ til å vurdere oppgavefordelingen mellom bydelene og kommunen sentralt. Første fase og andre fase av arbeidet ble gjennomført 2024 og er oppsummert i rapporten, *Organisering av bydelssektoren- vurdering av oppgavefordelingen mellom bydelene og kommunen sentralt*.

Fase 3 av arbeidet med Bydelsreformen løper fra mars 2025 til mars 2026 og består av en bredt anlagt utredning, som dette notatet er del av. Anbefalingene fra utredningen vil legges frem for bystyret vinteren 2026. Dersom bystyret beslutter å gjennomføre en bydelsreform, vil eventuelle endringer tre i kraft ved årsskiftet 2027/2028.

I henhold til mandatene for utredningsarbeidet skal delutredningen innenfor helse og omsorg blant annet se på tiltak som bidrar til en mer koordinert og sammenhengende innbyggerreise for eldre med skrøpelighet, herunder en hensiktsmessig oppgavefordeling mellom etater og bydeler. En hensiktsmessig oppgavefordeling vil også handle om hensiktsmessige samhandlingsformer og nye måter å løse oppgavene på. Utredningen skal også se på tiltak som letter overgangene mellom bydeler, etater og spesialisthelsetjenesten, herunder organisering av helsehus, Kommunal akutt døgnenhet (KAD), Forsterket rehabilitering Aker (FRA) og øvrig rehabilitering.

Dette notatet er utarbeidet på bakgrunn av innspill fra utvalgte fagpersoner i Oslo kommune med erfaring fra tjenester for eldre. Notatet bygger også på gjennomgang av dokumentasjon, samt tidligere rapporter og statistikk om denne innbyggergruppen

1.2 Problemstilling

Målet med utredningsarbeidet har vært å identifisere utfordringer og forslag til tiltak som kan forbedre innbyggerreisen for eldre med skrøpelighet. Arbeidet har hatt særlig fokus på å:

- Kartlegge innbyggerreisen for eldre med skrøpelighet
- Identifisere tiltak som reduserer kompleksiteten i innbyggerreisen, herunder tiltak som:
    - styrker organiseringen og samhandlingen mellom bydelsvise og etatsvise tjenester,
    - sikrer tydeligere rolle- og ansvarsfordeling på tvers av nivåer og aktører,
    - legger til rette for bedre bruk av teknologi og digitale verktøy,

- forbedrer ressursutnyttelse og pasientflyt i møte med en økende andel eldre med komplekse behov, samt bidra til tryggere og mer helhetlige forløp for eldre som har behov for koordinert oppfølging fra flere tjenester.

1.3 Metode

Det er etablert en representativ arbeidsgruppe med ni deltakere, inkludert representanter fra byrådsavdeling for helse, Helseetaten, Sykehjemsetaten, og bydelene Grorud, Aker, Sagene og Vestre Aker. De fleste av disse har deltatt i arbeidsgrupper for delutredningene i periode 1 av fase 3. Arbeidsgruppen har gjennom arbeid og diskusjoner kartlagt utfordringsbildet og gitt innspill på konkrete tiltak for å lette innbyggerreisen for eldre med skrøpelighet.

Som en del av forberedelsene til arbeidsmøtene er det gjennomført samtale med en spesialrådgiver i Seksjon for eldre tjenester. Hensikten var å bekrefte dagens situasjonsbilde og innbyggerreise for eldre med skrøpelighet, samt få innsikt i relevante problemstillinger og utfordringer på området.

Arbeidet bygger også på tidligere studier og statistikk for denne gruppen innbyggere og deres kommunale tjenestetilbud.
Til sammen danner aktivitetene hovedgrunnlaget for innholdet i dette notatet.

Dette vedlegget sammenfatter vurderinger og forslag som er gjort innen ett enkelt område og har dermed ikke samme status som rapporten. I vurderingene gjengitt i selve rapporten er det benyttet et mer helhetlig blikk og forslagene fra hvert utredningsområde er vurdert i en større sammenheng mot total måloppnåelse.

2 Føringer

2.1 Nasjonale føringer

Meld. St. 9 (2023–2024) «Fellesskap og mestring – Bu trygt heime» [1] fremhever eldre med skrøpelighet som en særlig prioritert målgruppe i utviklingen av samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten i Helsefellesskapene. Meldingen understreker at helse- og omsorgstjenestene må bygges rundt pasientenes funksjonsnivå og behov, ikke kun diagnose, og peker på viktigheten av å forebygge funksjonstap og opprettholde mestring i hverdagen. Regjeringen har bedt Helsedirektoratet om å utarbeide nasjonale faglige råd for å støtte dette arbeidet, med vekt på tidlig identifisering og tverrfaglig oppfølging.

[1] Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Meld. St. 9 (2023–2024): Fellesskap og mestring – Bu trygt heime*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594

Helsedirektoratets rapport *«Bruk av tjenester i kommunene og somatiske sykehus blant eldre med skrøpelighet»* (2023) [2] viser at eldre med skrøpelighet ofte mottar tjenester fra både kommuner og sykehus, og at det er betydelige utfordringer med samhandling og koordinering. Rapporten peker på behovet for mer sammenhengende og proaktive forløp, særlig i overgangene mellom nivåene, og understreker at dagens tjenester i for liten grad er dimensjonert for å møte kompleksiteten i denne gruppens behov.
Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027[3] er regjeringens overordnede plan for å utvikle en bærekraftig og samordnet helse- og omsorgstjeneste i Norge. Planen tar utgangspunkt i tre hovedutfordringer: mangel på personell, manglende sammenheng i tjenestene og ulik tilgang til helse- og omsorgstjenester. Den beskriver konkrete grep for å sikre gode pasientforløp, styrke det forebyggende arbeidet og sørge for likeverdige tjenester i hele landet. Planen legger særlig vekt på å møte behovene til pasientgrupper med store og sammensatte behov – som eldre med skrøpelighet – gjennom bedre samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, økt kompetanse og mer hensiktsmessig bruk av personell.

2.2 Føringer i Oslo kommune

***Kommuneplanens samfunnsdel (KPS)*[4]** er kommunens øverste styringsdokument og er for inneværende periode er bygget rundt seks identifiserte samfunnsfloker. KPS understreker den demografiske utfordringen med kraftig økning i andelen eldre, flere som kan ha behov for tjenester og færre som kan yte og finansiere tjenestene. For å møte utfordringene legger KPS vekt på at tjenestene skal være innbyggerorienterte, men også sammenhengende, og ikke minst sette innbygger i stand til mest mulig selvstendige liv i eget hjem. For å oppnå dette legges det vekt på tverrfaglig samarbeid, færrest mulig overganger og effektive tjenestetilbud.

Oslo kommune har utarbeidet en rekke planer og strategier som omtaler tjenester for eldre. ***Helhetlig plan for rehabilitering for rehabilitering for voksne og eldre i Oslo kommune-temaplan 2023-2033*[5]** legger vekt på mer samordning i rehabiliteringstilbudet og hvordan rehabilitering kan sees i sammenheng med øvrig tjenestetilbud i enda større grad. **Demensplan for Oslo 2023-2027[6]** tar for seg tiltak og strategier for å støtte personer med demens og deres pårørende. **Strategisk boligplan for eldre med hjelpebehov[7]** synliggjør botilbud og tilrettelegging for eldre. **Folkehelsestrategien[8]** omtaler særlig forebygging og helsefremmende arbeid. Samtlige styringsdokumenter legger vekt på mest mulig selvstendiggjørende og helhetlig

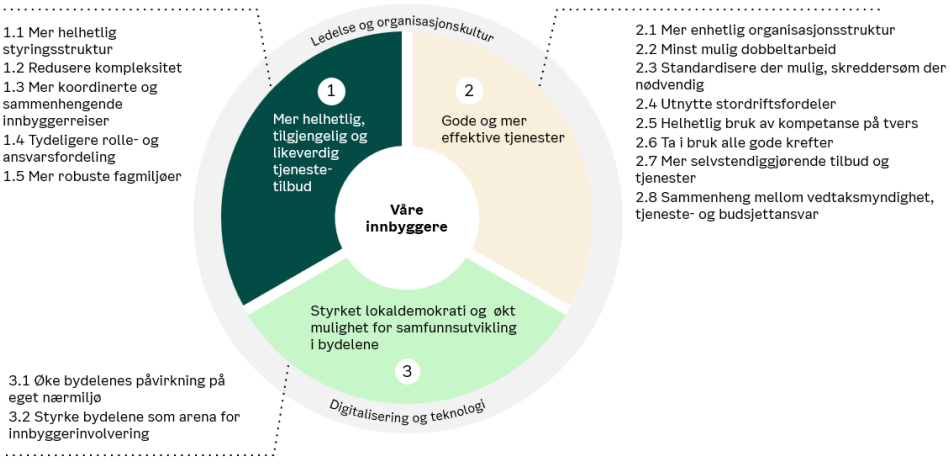
[2] Helsedirektoratet. (2023). *Bruk av tjenester i kommunene og somatiske sykehus blant eldre med skrøpelighet*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/bruk-av-tjenester-i-kommunene-og-somatiske-sykehus-blant-skropelige-eldre
[3] Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 1. mars 2024, godkjent i statsråd samme dag. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/
[4] Kommuneplanens samfunnsdel med byutviklingsstrategi 2025
[5] Helhetlig rehabilitering til voksne og eldre i Oslo.pdf
[6] Demensplan for Oslo 2023-2027
[7] TI 2023 Vedlegg 7 Strategisk boligplan for eldre med hjelpebehov (2023-2032).pdf
[8] Oslo kommune, *Folkehelsestrategi, 2023-2030*. Hentet fra: Folkehelsestrategi for Oslo (2023-2030)

tjenestetilbud som er preget av færrest mulig overganger og mest mulig selvstendiggjøring som et middel for effektiv og målrettet ressursstyring.

Byrådet 2023-2027 har i sin byrådsplattform ***Hammersborgerklæringen***[9] understreket at eldre skal ha en trygg og verdig alderdom med mulighet for å motta sammenhengende tjenester uavhengig av forvaltningsnivå, velge tjeneste uavhengig av leverandør og i størst mulig grad bli møtt av faste team. Tilbudet skal møte fremtidens utfordringer, når det gjelder demensutvikling og mangfold, men også innen teknologi. Det legges vekt på å kunne bo i eget hjem og utvikling av alternative boformer for å møte dette målet.

2.3 Føringer i Bydelsreformen

Tre mål med tilhørende prinsipper er førende for utredningene og anbefalinger om fremtidige løsninger i Bydelsreformen:



Figur 1 Mål og prinsipper for Bydelsreformen.

Her synliggjøres behovet for reduksjon av kompleksitet, mer koordinerte og sammenhengende tjenester, utnyttelse av stordriftsfordeler, helhetlig bruk av kompetanse på tvers og mer selvstendiggjørende tilbud og tjenester. Samtidig skal Bydelsreformen styrke bydelenes mulighet for samfunnsutvikling. I tillegg skal løsningene i sum bidra til økt kostnadseffektivitet og være formålseffektive. Tiltakene skal være gjennomførbare innen gjeldende økonomiske rammer.

3 Om eldre med skrøpelighet

3.1 Definisjon av gruppen eldre med skrøpelighet

Eldre med skrøpelighet utgjør en stadig større andel brukere av helse- og omsorgstjenester i Norge. Skrøpelighet kan beskrives som en tilstand med redusert fysiologisk reserve og økt

[9] Hammersborgerklaeringen 2023-2027.pdf

sårbarhet for sykdom og funksjonstap[10]. Figuren til under viser hvordan innbyggerreisen for eldre utvikler seg. Dette innebærer at kroppen har gradvis mindre kapasitet til å håndtere påkjenninger som infeksjoner, fall eller stress, noe som etter hvert kan føre til alvorlige konsekvenser selv ved mindre belastninger.[2]

Figur 2 Definisjon av Eldre med skrøpelighet - ulike

Ifølge Helsedirektoratet[11] og Samhandlingsbarometeret[12] defineres eldre med skrøpelighet som personer over 75 år som har betydelig nedsatt funksjon på minst ett av ti områder i IPLOS-systemet (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk)[13], som blant annet inkluderer personlig hygiene, mobilitet og ernæring. Disse individene er ofte preget av symptomer som ufrivillig vekttap, muskelsvekkelse, lav ganghastighet, utmattelse og redusert fysisk aktivitetsnivå.

Eldre med skrøpelighet kjennetegnes dermed ved at små endringer i helsetilstand eller ytre faktorer kan gjøre at funksjonsnivået faller raskt og behovet for andre og mer avanserte tjenester øker. Dette betyr også at gruppen er særlig sårbare ved mange overganger mellom ulike tjenestetilbud. Samtidig ligger et mulighetsrom i å øke funksjonsnivået, både ved forebyggende og understøttende hjelp og ved tidlig og målrettet intervensjon når nye hendelser oppstår. Når gruppen samtidig er økende i antall og behovet for kostnadsdrivende tjenester er i vekst, ligger også et stort effektiviserings- og kostnadsreduserende potensiale i tjenestetilbudets innretning.

3.2 Eldre med skrøpelighet – en voksende gruppe med sammensatte behov

Eldre med skrøpelighet vil utgjøre en betydelig og økende andel av innbyggerne i Oslo kommune fremover. Eldrebefolkningen kjennetegnes av sammensatte, svingende og langvarige behov for helse- og omsorgstjenester. Skrøpelighet øker risikoen for komplikasjoner ved sykdom, forverring ved flytting, og for at behovene øker raskt hvis tiltak ikke iverksettes tidlig nok. Mange går hyppig inn og ut av ulike deler av tjenesteapparatet – fra hjemmetjeneste til korttidsopphold,

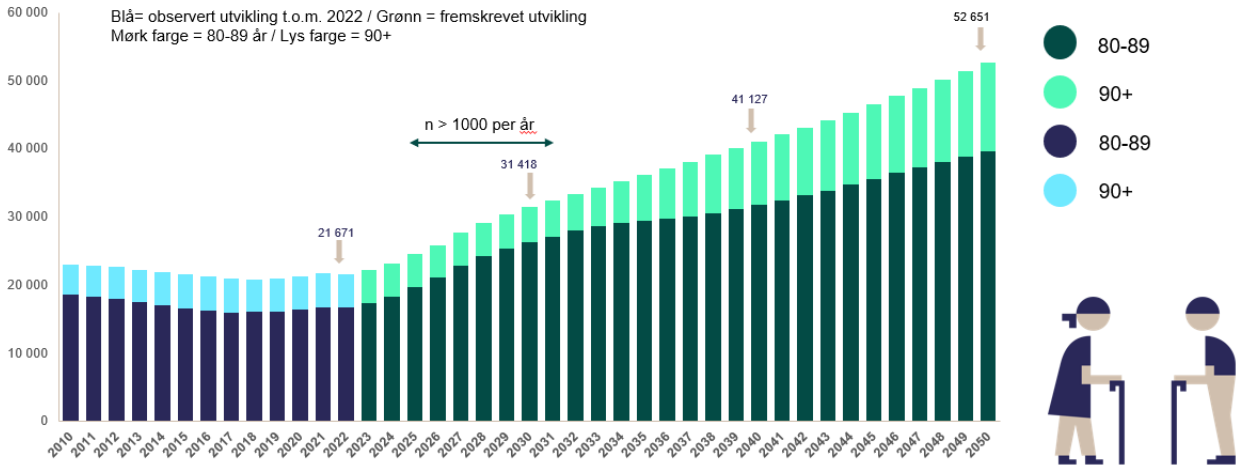
[10] Bildet er hentet fra: https://www.acc.org/education-and-meetings/image-and-slide-gallery/media-detail?id=96729b0a25a3497ea51e1859cc819b96. Ref: Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005:173;489-495.

[11] https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/bruk-av-tjenester-i-kommunene-og-somatiske-sykehus-blant-skropelige-eldre/definisjon-av-skropelige-eldre

[12] Skrøpelege eldre - Samhandlingsbarometeret

[13] Registrering av helse- og omsorgsdata i kommunen - Helsedirektoratet

helsehus, legevakt eller sykehus. Det handler ikke bare om antall, men om en gruppe som krever høy effektivitet, fleksibilitet og samordning for å kunne opprettholde funksjon og bo trygt hjemme – som er et felles nasjonalt mål[1]. Figur 2 illustrerer utviklingen av eldrebefolkningen i Oslo kommune[14].

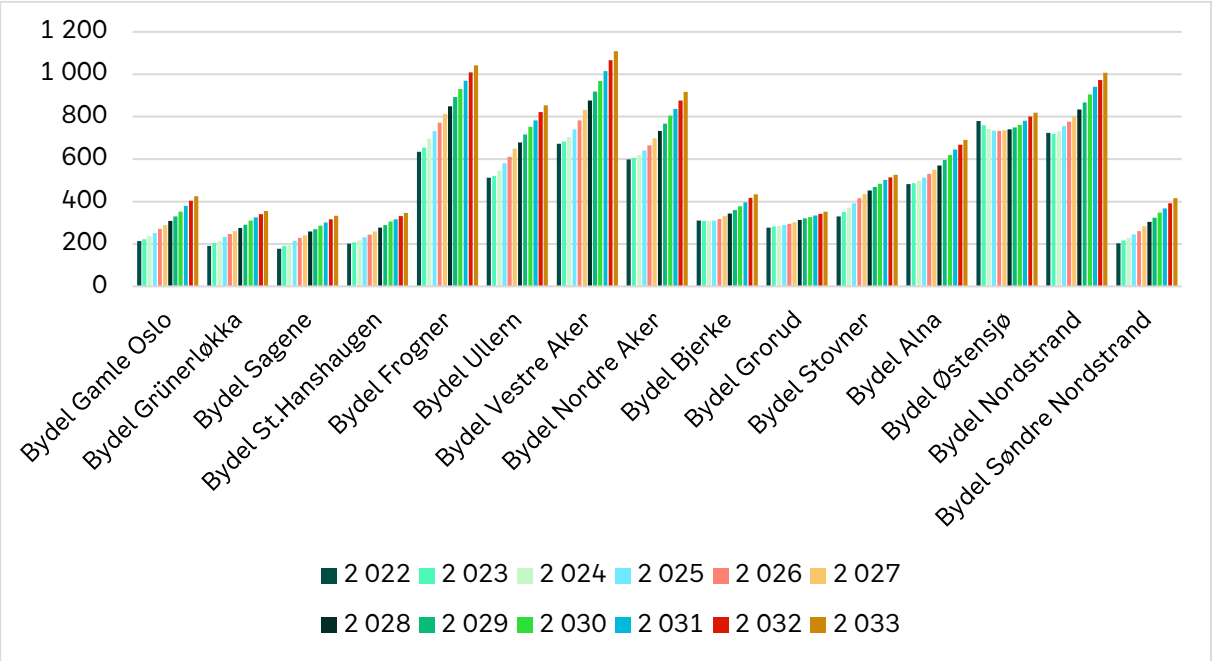


Figur 3 Forventet vekst i eldrebefolkningen i Oslo og utvikling i ulike aldersgrupper. N>1000 per år viser til endringen fra nå til 2030.

For å møte den voksende andelen eldre med tjenestebehov forventer SSB en økning i behov for omsorgspersonell på mellom 33–44 % fram til 2035, med størst vekst i Oslo-regionen. Denne utviklingen gir et tydelig signal om økt tjeneste- og plasseringsbehov.[26] På nasjonalt nivå har Kommunesektorens organisasjon (KS) estimert at det vil være behov for omtrent 45 600 flere årsverk i helse- og omsorgssektoren innen 2031 for å opprettholde dagens tjenestenivå. Dette indikerer ikke bare et økende behov for bemanning**Feil! Bokmerke er ikke definert.**, men også at flere aktører i helse- og omsorgssektoren vil måtte konkurrere om den samme arbeidskraften i årene som kommer[15].

En økning i andelen eldre innbyggere vil også påvirke behovet for helse- og omsorgstjenester innenfor demensområdet. Figur 3 illustrerer antall personer fra 80 år og over som forventes å ha en demenssykdom frem til 2033.

[14] Kilde SSB 2024
[15] Statistisk sentralbyrå. (2022). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*. https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040



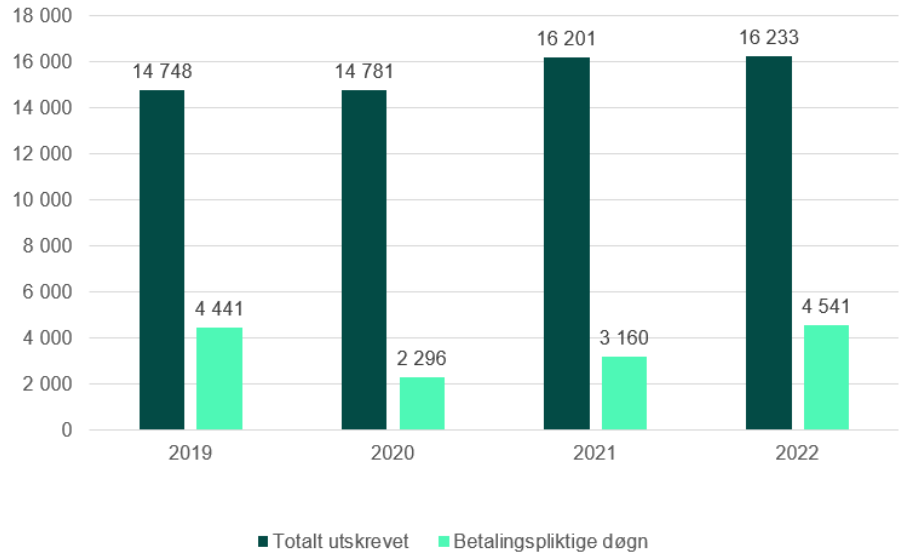
Figur 4 Utvikling i antall eldre med demenssykdom frem mot 2033[16]

Som figuren viser vil antall eldre med en eller annen for demens i Oslo kommune utgjøre omtrent **2 500** flere tilfeller i 2033 enn i 2025.[17] I dag anslås det at rundt 10 000 personer lever med demens i Oslo kommune[18]. Dette tallet er forventet å dobles de neste 20 årene, noe som vil føre til økt press på helse- og omsorgstjenestene.[19]

3.3 Eldre med skrøpelighet og spesialisthelsetjenesten

En voksende andel eldre med skrøpelighet vil bidra til økt belastning også på spesialisthelsetjenesten[26]. Det antas at dette vil medføre en forskyvning av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten over til kommunene. Dette vil utfordre kommunens kapasitet til å legge til rette for at disse gruppene får nødvendige helsetjenester, enten i hjemmet eller på institusjon. Antallet utskrivningsklare pasienter fra sykehusene har i Oslo økt jevnt siden 2022. Utskrivningsklar betyr at det er vurdert et behov etter §7 i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.[20] De vil si at de fortsatt krever helse- og omsorgstjenester, men i regi av kommunehelsetjenestene. Denne gruppen pasienter kan være for friske til å ligge på sykehus, men for syke til å bo hjemme. Gruppen fordrer derfor stor grad av samhandling mellom Oslo kommune og spesialisthelsetjenesten.

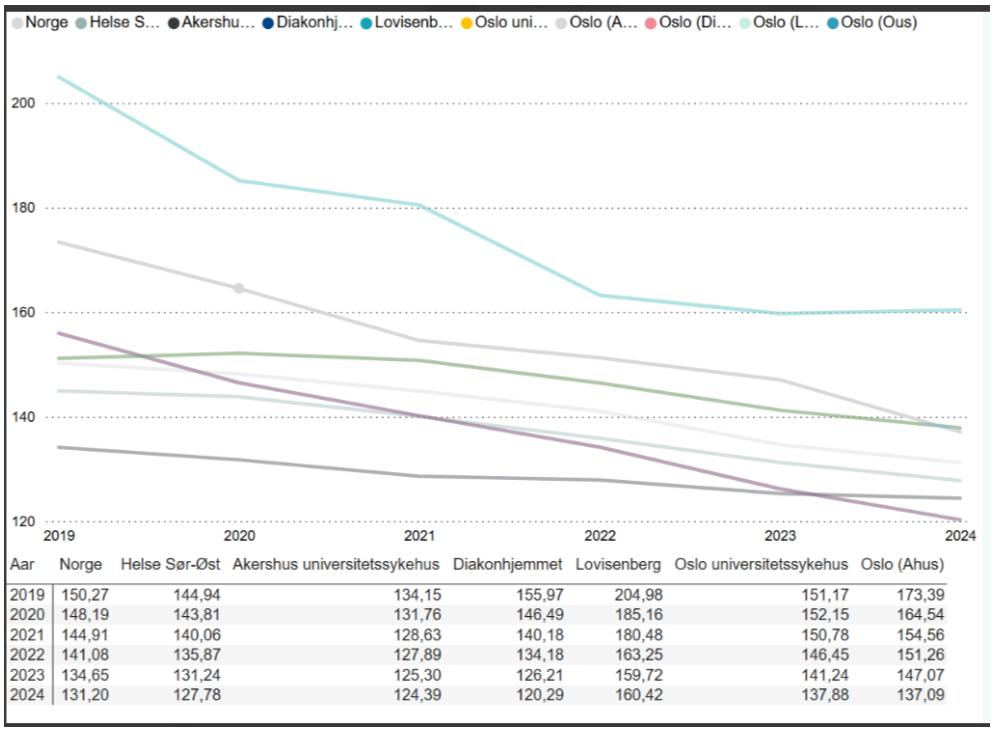
[16] Oslo kommune, Sykehjemsetaten. *Utvikling i antall eldre med demenssykdom frem mot 2033*. Datauttrekk fra Gerica. Intern presentasjon/datagrunnlag
[17] Kilde SSB og Demenskartet
[18] Oslo demensforeningen, 2025. Hentet fra: Nasjonalforeningen Oslo demensforening
[19] Oslo kommune, Kommunerevisjonen. (2023). *Tilbudet til hjemmeboende med demens og deres pårørende* (Rapport 13/2023). Hentet fra: Rapport 6/2023 Helsehus i Oslo - bemanning og kompetanse - Oslo kommune
[20] Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 7 Lovdata: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349



Figur 5 Utviklingen i antall utskrivningsklare pasienter med behov for samhandling med spesialisthelsetjenesten[21]

Figur 5 illustrerer at behovet for samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten rundt utskrivningsklare pasienter er økende. Denne trenden henger også sammen med sykehusenes mål om å redusere antall liggedøgn. Dette illustreres i figur 6, som viser at antall liggedøgn per 1 000 innbygger i de ulike sykehusene for personer over 75 år har vært fallende i perioden 2019-2024.[22] Dette illustrerer et økende press på kommunehelsetjenesten for å motta pasienter som ikke nødvendigvis er ferdig behandlet, men likevel ansees som utskrivningsklare.

[21] Oslo kommune, Sykehjemsetaten. *Utvikling i antall utskrivningsklare pasienter med behov for samhandling med spesialisthelsetjenesten*. Datauttrekk fra Gerica. Intern presentasjon/datagrunnlag
[22] Samhandlingsbarometeret. *Eldre med skrøpelighet – Oslo kommune 2024*. Hentet 4. juni 2025 fra: Eldre med skrøpelighet - Samhandlingsbarometeret



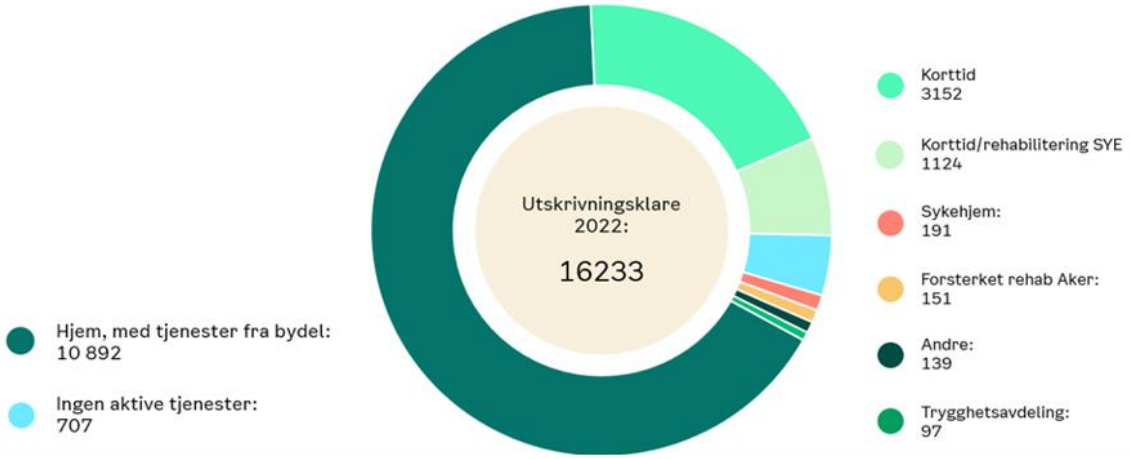
Aar	Norge	Helse Sør-Øst	Akershus universitetssykehus	Diakonhjemmet	Lovisenberg	Oslo universitetssykehus	Oslo (Ahus)
2019	150,27	144,94	134,15	155,97	204,98	151,17	173,39
2020	148,19	143,81	131,76	146,49	185,16	152,15	164,54
2021	144,91	140,06	128,63	140,18	180,48	150,78	154,56
2022	141,08	135,87	127,89	134,18	163,25	146,45	151,26
2023	134,65	131,24	125,30	126,21	159,72	141,24	147,07
2024	131,20	127,78	124,39	120,29	160,42	137,88	137,09

Figur 6 Antall liggedøgn per 1000 innbygger i de ulike sykehusene i Oslo[22]

Nasjonal helse- og samhandlingsplan legger opp til at spesialisthelsetjenesten i økende grad skal byge opp en ordning med hjemmesykehus for sine pasienter fremover. Det betyr at behovet for hjemmetjenester kan øke ved at pasienter under behandling ikke lenger ligger inne på sengepost, men kan ha behov for omsorgstjenester hjemme mens de mottar sykehusbehandling. Det er naturlig at sykehusene i større grad vil se til kommunen i slike tilfeller fremover. Eldre med skrøpelighet vil kunne utgjøre en vesentlig andel av denne pasientkategorien.[3]

Eldre med skrøpelighet utgjør en sårbar gruppe som ofte har økte behov for oppfølging i forbindelse med avslutning av sykehusopphold. Figur 6 viser at majoriteten av pasientene som kan defineres som eldre med skrøpelighet som skrives ut fra sykehus, mottar hjemmebaserte tjenester fra bydelen, eller får tildelt korttids- eller rehabiliteringsplasser i regi av

Sykehjemsetaten.



Figur 7 Pasientflyt utskrivningsklare fra helseforetak 2022[23]

I den grad befolkningsutviklingen følger skisserte trender vil det stille store krav til utvikling av tjenester og måten disse tjenestene leveres til gruppen eldre med skrøpelighet. Veksten i befolkningsgruppen fra 80 til 90 år vil stille store til koordinering, kontinuitet, kompetanse og evne til rask omstilling av tjenestetilbudet i kommunen. Det blir nødvendig å sikre effektivitet i oppfølgingen av den enkelte, både i overgangene mellom tjenestetilbudene, og med tanke på å treffe med riktig omsorgsnivå til enhver tid.

4 Utfordringer med innbyggerreisen for eldre med skrøpelighet

Dette kapittelet tar for seg sentrale utfordringer i innbyggerreisen for eldre med skrøpelighet i Oslo kommune. Beskrivelsene bygger på innspill fra arbeidsgruppen, tilgjengelige rapporter og offentlig statistikk, samt analyser av hvordan dagens tjenester er organisert, styrt og samhandlet.

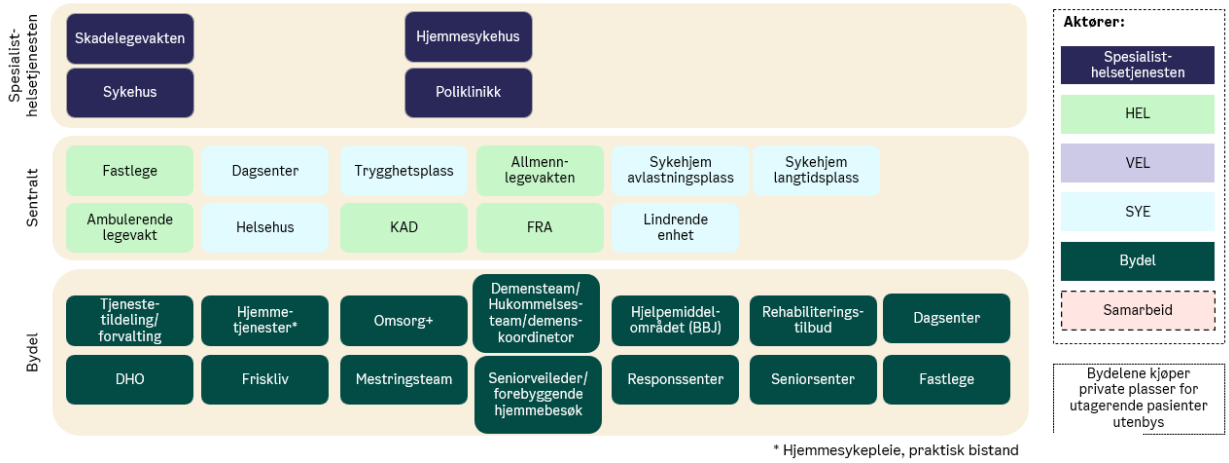
Utredningsarbeidet har identifisert flere strukturelle og praktiske barrierer som kan redusere muligheten til å tilby helhetlige, fleksible og koordinerte tjenester til eldre med sammensatte behov. Det gjelder blant annet fragmentert organisering, lite fleksibel bruk av innsatstrappen og ansatser til målkonflikter. Det er videre et potensial for bedre digital samhandling og bedre integrering av fastlegefunksjonen i kommunale tjenesteforløp.

[23] Oslo kommune, Sykehjemsetaten, *Pasientflyt utskrivningsklare fra helseforetak 2022*, Datauttrekk fra Gerica. Intern presentasjon/datagrunnlag.

Kapittelet gir også eksempler og simuleringer som illustrerer hvordan mer dynamisk bruk av korttidsplasser og forsterket hjemmetjeneste kan redusere behovet for nye langtidsplasser og bidra til bedre utnyttelse av eksisterende kapasitet samt til best mulig funksjonsnivå for den enkelte innbygger. Dette er viktig både for å møte framtidens behov og sikre bærekraftige tjenester.

4.1 Fragmentert organisering av tjenestene til eldre med skrøpelighet

Dagens tjenestetilbud til eldre med skrøpelighet ytes av en rekke aktører både i kommunen sentralt og i bydelene, men også innen spesialisthelsetjenesten. Som del av prosjektet er det utarbeidet et kart[24] over eksisterende aktører som inngår i tjenestetilbudet til denne innbyggergruppen. Oversikten gjengir dagens organisering av tjenester innenfor bydelsorganisering med 15 bydeler.



Figur 8 Oversikt over aktører som er involvert i tjenesteyting til eldre med skrøpelighet

Figur 7 viser at tjenestetilbudet til sårbare eldre består av mange ulike tjenester fra mange ulike virksomheter i kommunen. Fragmenterte organisatoriske strukturer kan skape risiko i overgangene mellom tjenester og utfordringer i samhandlingen mellom ulike aktører og tjenestenivåer. Tjenestene er ofte organisert i parallelle strukturer, noe som stiller krav til koordinering, felles målsetninger og felles fokus på kontinuitet. Eldre med skrøpelighet med ustabile og sammensatte behov må ofte forholde seg til mange aktører, flere vedtaksprosesser og hyppige overganger mellom tjenestenivåer og geografiske områder[25]. Selv om mange ofte beveger seg mellom hjemmetjenester, helsehus, sykehus og korttidsopphold og øvrige tjenester som fastlege, legevakt/KAD, trygghetsplass med flere, er dagens system ikke optimalt rigget for å håndtere denne bevegelsen smidig og koordinert. Utredningen avdekker at ulik praksis mellom bydeler, ulike finansieringsmodeller mellom tjenestetilbudene, ikke fullt ut integrerte digitale løsninger og utfordringer med samhandling med fastleger ytterligere forsterker kompleksiteten

[24] Det tas forbehold om at aktører mangler.
[25] Rapport fra Helsetilsynet 5/2024, *Fragmentert og spesialisert – Hva vet tilsynet om eldre i spesialisthelsetjenesten?* 2024. Hentet fra: Fragmentert og spesialisert – Hva vet tilsynet om eldre i spesialisthelsetjenesten? | Helsetilsynet

i tjenesteforløpene. Dette kan gjøre det utfordrende å sikre helhetlig, fleksibel og trygg oppfølging av denne innbyggergruppen.

Det er forskjeller mellom bydeler i organiseringen av tjenester, tilgjengelige tilbud og vedtaksprosesser. Ulik organisering gjør det utfordrende for sykehus og spesialisthelsetjenester å navigere i forskjellige strukturer og kontaktpunkter ved utskriving og oppfølging av pasienter. Dette påvirker hele forløpet, allerede fra sykehusnivå, hvor vurderingene av hva pasienten skal tilbake til og hvilke tiltak som må være på plass, varierer. For eksempel har noen bydeler ukentlige vedtaksmøter, mens andre har månedlige. Enkelte bydeler har tverrfaglige team med beslutningsmyndighet, mens andre har valgt andre ordninger. Det er også forskjeller i hvordan inntakskrav for helsehusene kommer til anvendelse i de ulike bydelene. Resultatet er at tilgangen til helsehjelp påvirkes av hvilken bydel brukeren bor i, og ikke nødvendigvis av hvor akutt eller sammensatt behovet er.

Når mange aktører er involvert og tjenestene organiseres i parallelle strukturer, øker behovet for koordinering av ulike tjenestetilbud med risiko for at en sammenhengende tjenestekjede splittes opp. Dagens organisering kan skape uklarhet om det helhetlige ansvaret og kontinuiteten i oppfølgingen av eldre med skrøpelighet med sammensatte behov for helsehjelp.

Hjemmetjenesten er beskrevet i eget notat med mer utfyllende informasjon.

4.2 Bruken av innsatstrappen er lite fleksibel

Agenda Kaupang har utviklet en innsatstrapp som vektlegger forebyggende arbeid i kommunene. Den fungerer som en helhetlig modell for kommunal tjenesteplanlegging og prioritering, spesielt innen helse- og omsorgsområdet. Innsatstrappen er utviklet med utgangspunkt i LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgs-Nivå). Prinsippet innebærer at brukere skal få tjenester på det laveste nivået som er effektivt og faglig forsvarlig. Trappen visualiserer en trinnvis tilnærming til tjenesteyting, der forebygging og tidlig innsats prioriteres før mer ressurskrevende tiltak. Dette bidrar til å styrke brukernes mestring og selvstendighet, samtidig som kommunen kan forvalte sine ressurser mer bærekraftig.[26] Helhetlig planlegging av tjenesteområder som styrker de lavere trinnene i innsatstrappen kan bidra til å utsette, og i noen tilfeller redusere, behovet for ressurskrevende kommunale helse- og omsorgstjenester, som langtidsplasser. Innsatstrappen illustrerer en trinnvis struktur fra lavterskeltiltak, som oppsøkende tjenester og aktivitetstilbud, til mer omfattende tiltak som oppfølging i bolig, samlokaliserte botilbud med personalbase og institusjonsplasser. Hensikten med innsatstrappen er å sikre fleksible tjenester som kan tilpasses brukernes behov over tid, både ved opptrapping og nedtrapping.[26]

[26] NOU 2023: 4. *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet, 2023. Hentet fra: NOU 2023: 4 - regjeringen.no

Figur 9 Helhetlig innsatstrapp10[26]

Anvendelsen av innsatstrappen og smidige overganger mellom hjemmebaserte tjenester, helsehus og andre korttidsplasser samt langtids institusjonsplasser fremstår som utfordrende i Oslo kommune. Forløpene er lite fleksible og det er få virkemidler for å justere tjenestene innenfor ett pasientforløp. Utfordringer med flytting mellom tjenestenivåer utgjør en risiko for eldre med skrøpelighet, da det medfører brudd i relasjoner, tap av oversikt, og kan føre til funksjonsfall og behov for ytterligere tiltak. Hver overgang krever ny vurdering, ofte av nye personer, og mekanismer for sømløs overlevering og informasjonsflyt mellom tjenestene er ikke fullt ut utviklet. Mange tiltak forutsetter formelle vedtak, ressurskrevende saksbehandling og møtebaserte beslutningsprosesser.

I det videre illustreres gevinsten av å sette inn tiltak på de lavere nivåene i innsatstrappen.

Den demografiske utviklingen tilsier at behovet for langtidsplasser – og dermed antallet sykehjemsplasser – vil øke i årene fremover. Byggekostnadene for én ny sykehjemsplass er i dag anslått til 6 millioner kroner[27]. Etter fratrekk av husbanktilskudd på 2 millioner kroner per plass, står kommunen igjen med en netto investeringskostnad på 4 millioner kroner per sykehjemsplass.

Tabell 1 viser en simulering av kostnader for ordinære korttidsopphold, og hvordan økt bruk av slike plasser påvirker behovet for langtidsplasser og fremtidige investeringer.

Tabell 1 Simulering av et eksempel på besparelser av å yte tjenester lavt nede i innsatstrappen.

[27] AFRY. *Dronning Ingrids Hage*. Hentet 4. juni 2025, fra https://afry.com/no-no/prosjekt/dronning-ingrids-hage

	Antall plasser	Døgn varighet	Brutto kostnad	Netto kostnad	Antall opphold per år	Antall opphold per bruker	Antall personer	Netto kostnad per opphold	Netto kostnad per person	Utsatt langtidsplass (år)	Gevinst utsatt behov per person	Gevinst utsatt behov alle personer	Mindrebehov antall plasser	Mindrebehov investering
Ordinær korttid	1	30	1 200 000	1 130 000	11,7	5	2,3	96 245	481 226	2	2 000 000	4 696 333	4,7	18 785 333

Simuleringen tar utgangspunkt i en korttidsplass med oppholdslengde på 30 døgn, og en årlig utnyttelse som tilsvarer 11,7 opphold. Dette forutsetter at 2,3 brukere hver har fem opphold i løpet av året. Netto driftskostnad per korttidsplass per år er estimert til 1 130 000 kroner. Faktisk kostnad kan være forskjellig fra estimatet. Årlig kostnad per bruker (2,3 brukere) med oppholdslengde på 30 døgn og antall opphold på 5, vil i dette eksemplet være på om lag 480 000 kroner.

Dersom slike korttidsopphold bidrar til å utsette behovet for langtidsplass med to år per person, vil det gi en estimert brutto besparelse på 2 mill. kroner per innbygger. Samlet brutto gevinst for de 2,3 brukerne blir dermed anslått til 4,7 mill. kroner. Nettogevinst A, per person per år kan beregnes som følger:

A) (kostnader til drift av en langtidsplass + årlig rente og avdrag på lån per plass til nybygg) – (kostander til korttidsopphold per person + kostander til hjemmetjenester) = Netto gevinst

Gitt dette oppsettet kan den økonomiske netto gevinsten for en innbygger som utsetter behovet for langtidsplass estimeres som følger:
(1Mnok + 200 000 Nok) – (480 000 Nok + 150 000Nok) = **570 000,-**[28]

I tillegg til reduserte behov for langtidsplasser, innebærer denne strategien også lavere investeringsbehov. Hvis én langtidsplass koster 4 mill. kroner i investering, kan årlige unngåtte avdrag ved 30 års nedbetalingstid utgjøre ca. 130 000 kroner og renter fra ca. 200 000 kroner avhengig av gjeldende rente. Unngåtte investeringer i langtidsplasser må veies opp mot investeringsbehov for korttidsplasser med premisset om at en korttidsplass kan erstatte ca. 2,3 langtidsplasser som i eksempelet.

Ved å bruke en miks av korttidsplasser og forsterket hjemmetjeneste (f.eks. 150 000 kr i hjemmesykepleie per person per år og 480 000 kr til korttidsopphold), kan kommunen både oppnå driftsbesparelser og utsette investeringer i langtidsplasser. Eksemplet illustrerer hvor viktig det er å vurdere løsninger som reduserer eller utsetter behovet for institusjonsplasser gjennom mer fleksible og tilpassede tilbud i innsatstrappen.

Dette synliggjør hvordan én korttidsplass kan benyttes fleksibelt for å gi flere personer hjelp i løpet av året, og samtidig bidra til utsatt behov for langtidsplass. Beregningen kan enkelt skaleres opp til et ønsket antall plasser for å illustrere større kapasitets- og kostnadseffekter.[29] Økonomisk er det derfor viktig at kommunen tilrettelegger for et bredt spekter av tjenester i den

[28] Regnestykket forutsetter at innbygger har et hensiktsmessig sted å bo.
[29] Bregninger basert på fiktive tall

lavere delen av innsatstrappen slik at behovet for langtidsplass utsettes. Samtidig er det viktig at overgangene mellom tjenestenivåene er så enkle og effektive som mulig, både av hensyn til innbygger og i effektivitetsøyemed.

4.3 Bruken av helsehus kan forbedres

Oslo kommune har i dag fire helsehus: Solfjellshøgda, Solvang, Ullern og Lilleborg. Disse institusjonene tilbyr korttidsopphold for pasienter som trenger avklaring, rehabilitering eller skjerming.[31] I tillegg er det en lindrende enhet ved Solvang helsehus og korttidsplasser for pasienter med psykiske lidelser ved Ullern helsehus.[30]

Helsehusene er organisert under Sykehjemsetaten og har fra august 2024, gjennomgått en omorganisering for å tilpasse tjenestene til ulike pasientbehov. Det er etablert mottaksteam med sykepleier- og legekompetanse som samarbeider med bydelene for å sikre riktig plassering av pasienter. Det er også gjennomført flere tiltak for å heve kvaliteten på tilbudet ved helsehusene, som økt bemanning på kveldsvakter, innføring av servicemedarbeidere og besøksverter.[31]

Helsehusene har en sentral funksjon i helsetjenestene ved å ivareta pasienter som er for syke til å bo hjemme, men samtidig for friske til å ha behov for videre opphold på sykehus. De bidrar til å sikre kontinuitet i behandlingsforløpene og spiller en viktig rolle i kommunens samlede helseberedskap. I tillegg inngår helsehusene i den akuttpsykiatriske kjeden, og er dermed en viktig aktør i håndteringen av pasienter med sammensatte og akutte behov.

Helsehusene har ansvar for tjenester til hver sine bydeler, men ansvarsfordelingen er ikke organisert i tråd med sykehusenes opptaksområder.[31]

Figur 9 viser en oversikt over antall plasser og typer plasser for de fire helsehusene i Oslo kommune.[31]

[30] Oslo kommune, 2025. *Sykehjem, helsehus og dagsentre*. Hentet fra: Sykehjem, helsehus og dagsentre - Sykehjem - Oslo kommune

[31] Oslo kommune, Sykehjemsetaten. *Kartlegging av arbeidsmiljø, kompetanse og bemanning ved helsehusene*. Januar 2025

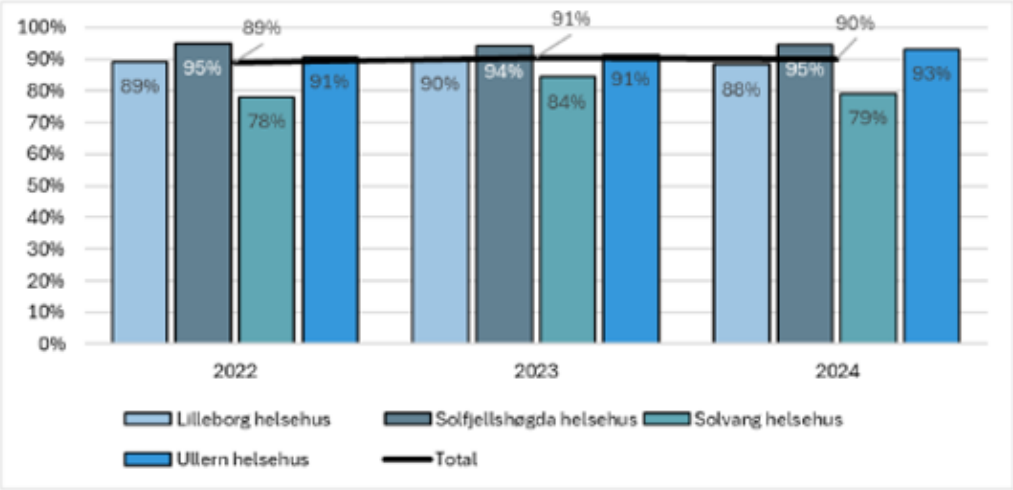
Helsehus	Antall plasser	Antall ansatte	Typer plasser
Solfjellshøgda	142		Avklaring Rehabilitering Skjermede
Solvang	141		Avklaring Rehabilitering Skjermede Trygghetsavdeling Lindrende enhet Dagrehabilitering (Grorud, Stovner og Alna) Avlastningsplasser
Ullern	96		Avklaring Rehabilitering Skjermede Psykiatriske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

Figur 10 Oversikt over helsehusene i Oslo kommune og type plasser

Helsehusene i Oslo betjener disse bydelene:

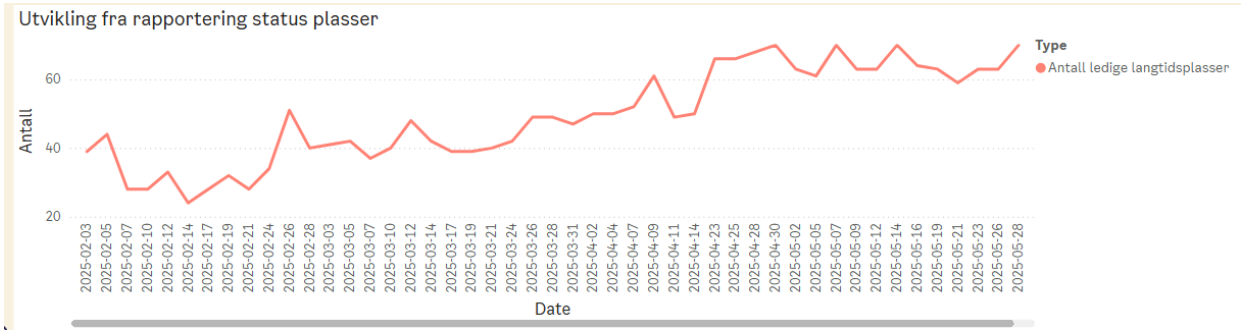
- Solfjellshøgda helsehus betjener Bydel Nordstrand, Østensjø og Søndre Nordstrand
- Solvang helsehus betjener Bydel Alna, Grorud, Stovner
- Ullern helsehus betjener Nordre Aker, Vestre Aker, Frogner og Ullern
- Lilleborg helsehus betjener Bydelene St. Hanshaugen, Sagene, Gamle Oslo, Grünerløkka og Bjerke

Beleggsprosenten på helsehusene indikerer hvor stor andel av helsehusenes kapasitet som er i bruk. Det kan gi innsikt i både etterspørsel etter plass og hvor effektivt kapasiteten blir utnyttet, som et tilbud i den lavere delen av innsatstrappen. Figur 10 viser beleggsprosenten per helsehus i perioden 2022-2024.



Figur 11 Beleggsprosent per helsehus 2022-2024[32]

Totalt har helsehusene i Oslo 448 plasser[30] og et gjennomsnittlig årlig belegg på omtrent 90%[32]. Det betyr at helsehusene teoretisk har en årlig sjablongmessig restkapasitet på ca. 45 plasser. Dette skyldes at bydelene har ledighet på sine kjøpte forhåndskjøpte plasser (en bloc). Utover en bloc-plasser, er det stort sett fullt meste av tiden. Det har imidlertid ikke vært ventelister på helsehusplasser i 2025, så kapasiteten har vært i balanse. Det legges til grunn at tallene inneholder sesongvariasjoner, med noe høyere belegg vinterstid. Overkapasitet kan også være et resultat av planlagt restkapasitet til beredskap. Samtidig er det også overkapasitet på langtidshjemmenes plasser (se figur 11). Basert på at sykehusene har økning i antall utskrivningsklare eldre pasienter og det faktum at det er en økning i antall eldre som dør 7 dager etter utskriving fra sykehus, er spørsmålet om kapasiteten til helsehusene utnyttes godt nok.



Figur 12 Utvikling i langtidsplasser, interne tall tilsendt fra SYE

Arbeidsgruppen som har gitt innspill til innbyggerreisen for eldre med skrøpelighet, peker på utfordringer knyttet til dagens praksis hvor bydelene kjøper helsehusplasser gjennom en bloc-

[32] Oslo kommune, Sykehjemsetaten. *Beleggsprosent per helsehus 2022–2024*. Datauttrekk fra Gerica. Intern presentasjon/datagrunnlag.

plasser. Dette innebærer at bydelen bestiller et fast antall plasser uavhengig av faktisk behov fra uke til uke. En slik plass gir på den ene siden lite fleksibilitet, da plassene ikke kan justeres fortløpende etter pasientflyt, akuttbehov eller endringer i tjenestebehov. Det kan føre til både over- og underutnyttelse av kapasitet, og gjør det vanskeligere å tilpasse tilbudet i takt med den enkelte brukers utvikling og behov. Dette kan løses ved å endre finansieringsordningen for helsehusene, og gå bort fra slike forhåndskjøp. På den annen side skaper denne ordningen også forutsigbarhet, både for SYE og bydelene. Ordningen gir SYE mulighet til å planlegge for drift av sykehjemmene samtidig som det gir SYE forutsigbarhet knyttet til tilgjengelige plasser. Den tar også ned den økonomiske risikoen for bydelene ved at den økonomiske belastningen for uutnyttede plasser faller på SYE dersom plassene ikke er bestilt av bydel via en bloc-bestillingen.

Arbeidsgruppen beskriver at innbyggere ofte skrives ut fra sykehus til helsehus, deretter til hjem med hjemmetjenester og/eller til øvrige rehabiliteringstjenester. Bydelene samarbeider tett med lokalsykehusene gjennom Helsefellesskapet, der samarbeidsstrukturen følger bydelene. Når helsehusene ikke følger samme bydelsvise ansvarsfordeling som sykehusene, kan dette føre til mindre effektive samarbeidsformer og overganger mellom tjenestenivåene.

Dagens finansieringsmodell for helsehusene gir lite insentiv for effektiv utskriving. Helsehusene mottar høyere refusjon jo lengre pasientene oppholder seg der, med økte refusjonssatser etter 40 døgn. Dette kan gjøre det økonomisk mer lønnsomt for helsehusene å beholde pasienter lengre, fremfor å arbeide aktivt for raskere rehabilitering og utskriving. Arbeidsgruppen påpeker at denne modellen står i kontrast til målet om effektiv pasientflyt og tidsriktig overgang til lavere omsorgsnivå. I praksis kan det føre til forlenget opphold uten medisinsk begrunnelse, svekke kapasitetsutnyttelsen og hindre pasientenes mulighet for rask hjemkomst eller videre i forløpet.

Bydelene har ansvar for å fatte vedtak og vurdere den enkelte innbyggers behov for kommunale helse- og omsorgstjenester. I prinsippet fungerer bydelene som bestillere av tjenester fra aktuelle leverandører, som for eksempel helsehusene. Likevel rapporteres det om tilfeller der helsehus avslår bydelenes anmodning om plass. Dette kan føre til en situasjon der en eldre og skrøpelig innbygger vurderes av bydelen som for syk til å bo hjemme, samtidig som helsehusene vurderer vedkommende som for frisk til å få plass. Parallelt viser statistikken at både helsehus (se figur 10) og langtidssykehjem i perioder har ledig kapasitet[33]. Dette kan peke i retning av et misforhold mellom vurderingskriterier, kapasitetsutnyttelse og pasientenes faktiske behov.

Dersom innbyggerreisen for eldre med skrøpelighet skal forbedres er det et potensial i å bruke helsehusenes kapasitet mer fleksibelt enn tilfellet er i dag. Arbeidsgruppen foreslår derfor en gjennomgang av organisatorisk innretning og finansieringsmodell for helsehusene, for å skape

[33] Oslo kommune. (2025). *Ledige plasser, ønskelister og ventelister ved langtidshjem*. Hentet fra: https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/omsorgsbolig-og-sykehjem/sykehjem/ledige-plasser-onskelister-og-ventelister-ved-langtidshjem/

bedre insentiver for mer effektivt inntak basert på behov og intensjon om å bo hjemme lengre. En endret modell bør også legge bedre til rette for riktig lengde på oppholdet og forbedrede pasientforløp i et helhetlig perspektiv.

4.4 KAD og FRA sine tilbud til eldre med skrøpelighet

Kommunal Akutt Døgnplass (KAD) er et viktig tilbud for eldre som har behov for observasjon og behandling, men som ikke krever innleggelse i spesialisthelsetjenesten. KAD bidrar til trygg behandling nær hjemmet og reduserer unødvendige sykehusinnleggelser. Plassene benyttes ofte i en overgangsfase, og er et sentralt ledd i den samlede innbyggerreisen for eldre med skrøpelighet. KAD hadde i 2024 3 433 innleggelser på gjennomsnittlig 4.5 døgn. 57% av pasientene var 80 år og eldre. 79.8% ble innlagt fra hjem, sykebesøk eller fastlege. 69,6% reiste hjem etter oppholdet, 9,4% ble innlagt sykehus og 16% ble overført til sykehjem.[34]
Samtidig er KAD en relativt selvstendig og løsrevet døgnoppholdstjeneste i forhold til øvrige tilbud om døgnopphold for gruppen. Det ansees at det ligger et potensiale om mer effektiv utnyttelse av døgnopphold med tilsvarende innsatsnivå og kompetanse som KAD som forebyggende både for sykehusopphold og med tanke på forsterkning av helsen for å kunne bo hjemme lengre. Et eksempel kan være en hjemmeboende, lett dement eldre som blir økende forvirret som følge av infeksjon. For slike pasienter kan sykehus være unødvendig og skremmende, det vil være bedre med et kortere, tilpasset opphold for infeksjonssanering, rehydrering og ernæring. Ved å raskt kunne henvise til et slikt opphold kan lengre sykehusopphold og unødig forverring av almenntilstand unngås.

Forsterket rehabiliteringsenhet Aker (FRA) tilbyr tverrfaglig oppfølging rettet mot å gjenvinne eller opprettholde funksjon, samt støtte til mestring i hverdagen. Tjenesten omfatter både individuell oppfølging og gruppebaserte tilbud, og retter seg mot både hjemmeboende og pasienter under opphold i institusjon. Fra hadde i 2024 1034 henvisninger og tildelte 261 plasser med gjennomsnittlig liggetid på 27,6 døgn. 664 fikk avslag på søknad om plass. 82% av pasientene reiste hjem etter endt opphold.[35] FRA tilbyr et relativt spesialisert rehabiliteringstilbud og er blitt karakterisert som et mellomnivå mellom første- og andrelinje rehabiliteringstilbud. Innenfor rammen av utredningsarbeidet er det diskutert hvorvidt deler av tilbudet ved FRA heller kunne tilbys som ambulante tjenester og/eller dagtilbud til hjemmeboende. Det er også vurdert om FRA kunne vært tettere knyttet til tilbudene i helsehus, for kompetanseoverføring, stordriftsfordeler og synergier mot flere målgrupper.

4.5 Hjemmetjenesten er ulikt utformet fra bydel til bydel

Bydelene har i dag ansvar for tildeling og utførsel av hjemmetjenestene. Bydelene oppgir å ha ca 2000 ansatte i hjemmetjenesten, fordelt på hjemmesykepleie og praktisk bistand[36]. I 2017 ble

[34] Årsberetning Helseetaten 2024.pdf
[35] Årsberetning Helseetaten 2024.pdf
[36] Egenrapportering fra bydelene. Rapport om tildeling og organisering av hjemmetjenester fra Agenda Kaupang 2025

det etablert en felles tillitsmodell for tjenesteutførsel i Oslo kommune[37] der mål- og resultatstyring ble vektlagt fremfor kontroll, detaljrapportering og måling av aktiviteter, tiltak og virkemidler. På bakgrunn av dette ble hjemmetjenesten organisert i mindre tverrfaglige team som både skulle kartlegge behov, tildele tjenester og utføre tjenestene. For mange bydeler viste modellen seg å øke kostnadsnivået og i dag er hjemmetjenesten organisert svært ulikt på tvers av bydeler. Både tildeling og utførsel av tjenester er organisert ulikt og tjenesten utføres av litt ulike yrkesgrupper fra bydel til bydel, selv om helsefagarbeidere og sykepleiere utgjør majoriteten av bemanningen. Den ulike organiseringen øker risiko for svikt i innbyggerreisene og skaper utfordringer i samhandlingen mellom bydelene og øvrige kommunale og eksterne tjenestetilbud innen helse og omsorg. Samtidig jobber bydelene ulikt med innovasjon og utvikling knyttet til digital hjemmeoppfølging. Området har et stort potensial, både i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og for å avlaste fysiske tjenester i hjemmet.

4.6 Fastlegene er ikke tett nok på eldre med skrøpelighet

Fastlegen er en sentral aktør i oppfølgingen av eldre med skrøpelighet, spesielt når det gjelder medisinsk kontinuitet, vurdering av helsetilstand og forebygging av forverring. Utredningen peker i retning av at for gruppen eldre med skrøpelighet kan fastlegen oppleves som for lite tett på, , noe som påvirker pasientforløp, kvalitet og trygghet.

En hovedutfordring er tilgjengelighet. Tall fra styringsinformasjon i 2019[38] viser at det er de mest skrøpelige og eldste innbyggerne som benytter fastlegen sin minst, noe som er uheldig fordi det er denne gruppen som har størst behov for helhetlig medisinsk oppfølging over tid. Når fastlegen er fraværende i forløpet, svekkes også muligheten for tidlig intervensjon – som kunne forhindret forverring eller innleggelse. Basert på arbeidsgruppens erfaringer opplever mange eldre med sammensatte behov at fastlegen er vanskelig å få tak i, særlig i situasjoner som haster, men som ikke kvalifiserer som akutte. Tjenestene rundt pasienten – som hjemmetjeneste, helsehus eller pårørende – rapporterer også om utfordringer med å komme i kontakt med fastlegen når behovet oppstår. Dette skaper forsinkelser i oppfølgingen og fører til at legevakten ofte brukes som alternativ.

Arbeidsgruppen beskriver også utfordringer knyttet til å integrere fastlegen og øvrige kommunale tjenester. Fastlegen opererer ofte uten tett dialog med hjemmetjenesten, til tross for at disse aktørene sammen skal følge opp samme bruker. Dette fører til situasjoner hvor medisinske vurderinger, medisinlister og observasjoner ikke deles eller avstemmes, og hvor ansvaret for vurdering og handling blir uklart.

Ved utskriving fra sykehus eller helsehus mottar hjemmetjenesten ofte brukere med uklare legemiddellister og uavklarte behandlingsforløp. I slike situasjoner er det hjemmetjenesten som

[37] eInnsyn - Tillitsbasert styring og ledelse i Oslo kommune. Byrådssak 1055/17 – 1 – Byrådsavdelingene
[38] Helsedirektoratet (2019). *Styringsinformasjon til helsefellesskapene – Del I: Eldre med skrøpelighet og personer med flere kroniske sykdommer*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: Hdir_Rapportmal-gjeldende.him 19.06.19

forsøker å nøste opp i dette – gjerne i fravær av direkte dialog med fastlege. Brukergruppen kan komme hjem fra opphold i sykehus eller sykehjem med en pose medisiner, uten at det er klart hvilke som skal videreføres, og uten at fastlegen er informert om hva som har skjedd under innleggelse.

Det er et gap mellom fastlegens formelle rolle, som medisinsk hovedansvarlig i primærhelsetjenesten, og den faktiske tilstedeværelsen og samhandlingen med øvrige tjenester. Dette bidrar til svakere kontinuitet i forløpene for eldre med skrøpelighet, høyere risiko for forverring og unødvendig bruk av akutte helsetjenester.

4.7 Målkonflikter og manglende økonomisk insentiv

Tjenestene til eldre med skrøpelighet i Oslo kommune styres av ulike og tidvis motstridende målsetninger. Ulike aktører i tjenesteforløpet har ulike roller, ansvar og målsettinger. Noen prioriterer kort liggetid og rask utskriving for å sikre flyt og tilgjengelig kapasitet, mens andre legger størst vekt på trygghet, faglig kvalitet, effektiv ressursbruk eller økonomisk kontroll. Disse hensynene er i seg selv legitime og kan i mange tilfeller utfylle hverandre – men i praksis kan de også trekke i ulike retninger. Særlig i overgangene mellom tjenestenivåer og organisasjonsenheter kan det oppstå uklarhet om hva som er det beste målet for brukeren. Uten tydelig samordning og felles forståelse av hva som skal oppnås, øker risikoen for at brukeren opplever brudd i forløpet, forsinkelser eller tiltak som ikke er tilpasset reelle behov.

Denne uklarheten forsterkes av økonomiske styringsmodeller som i praksis ikke alltid understøtter ønsket pasientflyt eller faglig forsvarlige valg. Økonomisk ansvar og beslutningsmyndighet er ikke alltid fordelt på en måte som fremmer helhetlige løsninger. For eksempel har bydelen ansvar for å fatte vedtak og dekke kostnader knyttet til institusjonsopphold, men har ikke nødvendigvis råderett over tilgjengelige plasser. Økonomiske beregninger kan gjøre det mer lønnsomt for bydelen å beholde en bruker i en langtidsplass fremfor å tilby fleksible og ressurskrevende ambulante tjenester i hjemmet. Det finnes i dag få tydelige økonomiske insentiver som fremmer målet om trygg hjemmeboing og sirkulasjon på korttidsplasser. Tvert imot kan enkelte insentiver virke mot sin hensikt, og bidra til unødvendig langvarige opphold i institusjon. Ulike finansieringsmodeller for de ulike tilbudene påvirker også bruken av plassene. Dette svekker ikke bare tjenestenes evne til å prioritere de med størst behov, men blokkerer også for dynamisk bruk av kommunens samlede ressurser.

Arbeidsgruppen beskriver at det er store forskjeller i praksis mellom bydelene, som følge av organisasjonsstruktur og lokal styring, forsterker disse utfordringene. Det varierer hva som anses som faglig forsvarlig, tilstrekkelig hjelp i hjemmet, og vurdering av "klart for hjemreise". Vedtak fattes med ulik hastighet og frekvens, og tiltak prioriteres forskjellig. Mangelen på felles styringsprinsipper eller økonomiske insentiver skaper et utydelig ansvarsbilde og svekket samhandling på tvers.

Samlet sett fører dette til at tjenestene til eldre med skrøpelighet opererer i en situasjon med uklare felles mål og økonomiske rammebetingelser som ikke nødvendigvis støtter pasientens beste eller kommunens målsettinger. Det utfordrer både likebehandling, rettssikkerhet og effektiv ressursbruk – og gjør det vanskeligere å utvikle forløp som er både faglig forsvarlige og økonomisk bærekraftige over tid.

4.8 Digital tjenesteutvikling og informasjonsflyt kan forbedres

Digitalisering og teknologi har et uutnyttet potensial for å forbedre tjenestene til eldre med skrøpelighet. Informasjonsflyten mellom sentrale aktører som fastlege, hjemmetjeneste, helsehus og KAD er under utvikling, med felles verktøy og visningsflater som gir oversikt over pasientstatus og forløp. Både fastlege og hjemmetjeneste etterspør løsninger for å følge utviklingen hos sårbare pasienter mer systematisk. Eksisterende fagsystemer støtter i liten grad deling og samhandling, og planlagte utskiftninger har ennå ikke løst dette behovet. Kommunen har utviklet en løsning for å understøtte pasientoverganger internt i kommunen, mellom tjenester i bydel, og mellom bydel og helsehus. Denne løsningen videreutvikles til også å dekke pasientoverganger til langtidshjem, samt fra Kommunal Akutt Døgnenhet (KAD) til bydel/helsehus, samt pasientoverganger til og fra Forsterket Rehabilitering Aker (FRA). Løsningen benytter også sanntidsdata fra kartlegginger som for eksempel brannrisiko, fallrisiko eller ernæringsstatus, til å tilrettelegge tjenestetilbudet og oppfølgingen av den enkelte innbyggeren. Denne løsningen har også et stort potensial overfor målgruppen eldre med skrøpelighet, og vil kunne ivareta digital samhandling med fastlegene og spesialisthelsetjenesten den dagen disse tjenestene har samhandlingskapabiliteter til å understøtte pasientoverganger på tvers av forvaltningsnivåene.

Digital tjenesteutvikling og forbedret bruk av data på tvers av fagsystemer er krevende. Innsatsen innen velferdsteknologi er samordnet på tvers av bydelene, men det er usikkert om dagens organisering – der behovseierrollene er fordelt mellom flere aktører og utviklingsmiljøer – gir tilstrekkelig fremdrift i utviklingsarbeidet.

Kommunen må i årene fremover forvente et økt antall eldre med skrøpelighet samtidig som antall ansatte innenfor helse og omsorg ikke kommer til å speile denne utviklingen. Digitalisert tilsyn, og fjernoppfølging, er kommunen godt posisjonert til å ta i bruk. Når det gjelder området med beslutningsstøtte som kan redusere og avlaste personalressurser, har kommunen gjennom det overnevnte utviklingsarbeidet et økosystem som skalerer, og kan ta opp i seg beslutningsstøtteløsninger, enten utviklet internt i kommunen, eller av tredje part.

5 Forslag til tiltak for eldre med skrøpelighet i Oslo kommune som det kan vurderes å utrede videre

Utredningsarbeidet peker i retning av at tjenestene til eldre med skrøpelighet har potensiale for forbedringer for å møte fremtidens behov – både for brukere, pårørende og tjenestene selv. Det

er identifisert flere tiltak som kan bidra til å løse utfordringer ved innbyggerreisen for eldre med skrøpelighet, særlig med tanke på å:

- sikre sammenheng i tjenestene og kontinuitet i forløpene (samhandlingsutfordring)
- møte behovsendringer raskt og utnytte de laveste trinnene i innsatstrappen
- rydde i målkonflikter som ikke understøtter brukerens behov
- bruke teknologi for å bedre sammenheng og effektivitet i tjenestene.

Tiltakene omfatter organisatoriske justeringer, tiltak for å redusere behovet for langtidsplasser, endringer i ansvar og finansiering, styrket primærhelsetjeneste og bedre utnyttelse av teknologi og data.

Et felles formål med tiltakene er å videreutvikle en tydeligere felles struktur for tjenesteinnovasjon for målgruppen eldre med skrøpelighet. For å lykkes med tjenesteutvikling kreves det blant annet ledere med sterkere teknologikompetanse. Antakelsen er at økt tjenesteutvikling med bruk av teknologi og data kan både forbedre tilbudet til denne innbyggergruppen, redusere kostnader og skape bedre sammenheng og kvalitet i tjenestene.

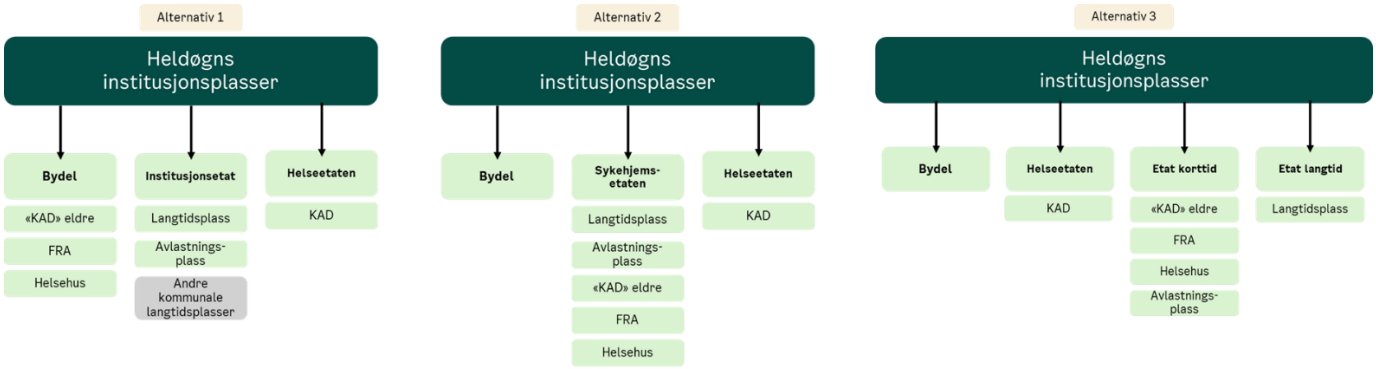
Under følger en oppsummering av foreslåtte tiltak, sortert etter hovedtema.

5.1 Organisatoriske justeringer for mer helhetlige innbyggerreiser

Innbyggerreisen for eldre med skrøpelighet kjennetegnes ofte av raske endringer i funksjonsnivå og helsetilstand og dermed har denne målgruppen også et skiftende behov for tjenester. Overgangene mellom tjenestetilbud er en faktor som ofte forverrer funksjonsnivå og som både bør begrenses og gjennomføres på en god måte. En enkelt innbygger mottar ofte tjenester fra flere aktører, før eventuell langtidsplass tildeles. Når en eldre innbygger først har kommet inn på et langtidshjem, er det svært sjelden at innbyggeren flytter tilbake til egen bolig.

For å forebygge behovet for langtidsplasser, er det avgjørende å tilby fleksible og individuelt tilpassede tjenester i hjemmet og i overgangsfasene mellom hjem og institusjon. Helsehus, KAD og FRA har i hovedsak tjenestetilbud rettet mot innbyggere som bor og har utsikter til å kunne bo hjemme. Beregningene i kapittel 2.2, om *Innsatstrappen,* synliggjør at mulighetene for behovsdreven og fleksibel bruk av korttids døgnopphold, i kombinasjon med skalerbar innsats i hjemmetjenesten, skaper vilkår for å utsette overføring til langtidsopphold i sykehjem. Innsatstrappen bør derfor brukes aktivt til å strukturere tiltak fra lav til høy intensitet – som hjemmebaserte tjenester, ambulant oppfølging, helsehus og samlokaliserte boliger med personalbase. Ved å styrke innsatsen i de nedre trinnene av trappen, kan behovet for heldøgns omsorg utsettes eller unngås, til fordel for både den enkelte innbygger og kommunens økonomi.[26]

For å legge til rette for en mer helhetlig innbyggerreise for eldre med skrøpelighet, er det utarbeidet tre alternativer for organisering av tjenestetilbudet:



Figur 13 Illustrasjon av 3 alternativer for ny organisering

Alternativ 1 legger vekt på å oppnå en mer helhetlig innbyggereise ved å etablere en mer sammenhengene verdikjede for tjenester til eldre innbyggere som bor hjemme med bistand fra hjemmetjenesten. Alternativet samler flere av døgntjenestene med korttidsformål som har som siktemål å sette innbygger i stand til å fortsette å bo hjemme – som helsehus, FRA og akuttplasser for eldre med skrøpelighet– under samme styringslinje som hjemmebaserte tjenester, i bydel. Plassene betegnet som «KAD eldre» er ment som korttidsplasser med forsterket medisinsk behandling på linje med tilbudet i KAD, men plassert i Helsehus med formål om å hindre sykehusinnleggelse.

Alternativet vil overføre flere oppgaver til bydel og samtidig redusere kompleksiteten i det totale tjenestetilbudet for eldre med skrøpelighet. Det legges også bedre til rette for mer smidig bruk av kortere heldøgnsopphold for å stabilisere og styrke funksjonsnivå og for å unngå unødige overganger mellom tjenestetilbydere. Det vil også styrke bydelenes muligheter til å tilby kortvarige døgnopphold som alternativ til sykehjem.

Helsehusene er i dag organisert i Sykehjemsetaten. Helsehusene ansvarsområder følger ikke sykehusenes opptaksområder. Ved reduksjon i antall bydeler, legges det til rette for at bydelene kan etablere større og mer robuste fagmiljøer og ta ansvar for drift av helsehus (ett helsehus i vest/Diakonhjemmet sektor, ett i sentrum/Lovisenberg sektor og to i Nord-Øst-Sør/OUS-sektor). En slik organisering vil styrke bydelenes mulighet for å bruke helsehus aktivt i samspillet med egne tjenester og i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Helsehusene er et virkemiddel for oppfølging i siste ledd av sykehusbehandling før hjemreise, i overgangene mellom sykehus og hjem. Ved å tilføre en relativt stor oppgave som drift av helsehus til bydel, vil bydelene som arena for innbyggermedvirkning og pårørendesamarbeid styrkes.

Samarbeid mellom sykehus og kommune om drift av helsehusene vil bidra til økt kompetanseoverføring mellom sykehus og bydeler. Dette kan eksempelvis dreie seg om konfereringsmulighet eller bakvaktfunksjon fra leger i spesialisthelsetjenesten.

Oppsummert kan bydelsorganiserte helsehus gi større fleksibilitet i innsatstrappen, mer sammenhengende innbyggerreiser, mer helhetlig bruk av kompetanse på tvers og mer selvstendiggjørende tilbud og tjenester.

Ved å legge helsehus til bydel vil det kreve en vertskommunemodell som vil stille krav til samordning på tvers av bydelene.

I alternativ 1 legges drift av døgnbemannede institusjoner som KAD og FRA til bydel. Disse kan inngå som fleksible virkemidler for stabilisering og avlastning i helse- og omsorgsforløpet, og bidra til at flere innbyggere kan bo hjemme over lengre tid.

For FRA, vil en bydelsnær organisering kunne styrke samspillet med øvrige rehabiliteringstjenester. Rehabiliteringstjenestene som leveres i FRA kan i større grad integreres med øvrig rehabiliteringstilbud i bydel og med rehabiliteringstilbud som tilbys ved helsehusene i dag. Det foreslås å gjøre FRA-tilbudet mer ambulerende, med mulighet for å vurdere pasienter der de er – enten fysisk eller digitalt. Dette kan redusere behovet for reinnleggelser og gi bedre kontinuitet for pasienter som er kjent for tjenesten. FRA har i dag kapasitetsutfordringer og mange får avslag på tilbudet. Ved større integrasjon av tilbudet som gis av FRA i bydelenes og helsehusenes rehabiliteringstilbud, skapes vilkår for at kapasiteten innenfor det spesialiserte rehabiliteringstilbudet til FRA kan utnyttes mer hensiktsmessig enn i dag. Ved å overføre FRA til bydel kan mer koordinerte og sammenhengende innbyggerreiser oppnås og kompleksiteten i kommunens totale rehabiliteringstilbud reduseres ved at FRA integreres mer i bydelens øvrige rehabiliteringstilbud. Dette grepet vil legge bedre til rette for utnyttelse av kompetanse innen rehabiliteringsfeltet.

KAD tilbyr i dag kortvarige døgnopphold til pasienter som trenger innleggelse for behandling, observasjon og pleie, i tilfeller der behandling i spesialisthelsetjenesten ikke anses som nødvendig. Mange av dagens pasienter til KAD er eldre med skrøpelighet, men tilbudet er ikke særskilt rettet mot denne brukergruppen. Det foreslås å utvide helsehus-tilbudet til også å gjelde dagens KAD-pasienter som tilhører gruppen eldre med skrøpelighet. Dette øker muligheten for å bruke kortere opphold til stabilisering og medisinsk behandling på kommunehelsetjenestenivå. Det legger også til rette for at funksjonen kan utøves med større grad av støtte fra spesialisthelsetjenesten, noe som vil avlaste sykehusene. Med en overføring av korttidsplasser som har som formål å unngå sykehusinnleggelse til bydel, kan bydelene bruke korttidsopphold mer aktivt som et virkemiddel for å oppnå større grad av selvstendiggjøring og øke muligheten for å bo lengre hjemme. Det legger også til rette for mer sammenheng i tjenestene på bydelsnivå.
En siste type kortere døgnopphold er avlastningsopphold. Mange eldre med skrøpelighet har i dag stor støtte fra pårørende. For å avlaste pårørende ved for eksempel ferie eller egen sykdom tilbyr kommunen kortere avlastningsopphold ved sykehjem. I slike tilfeller har innbyggeren ikke endret helsetilstand eller funksjonsnivå. De fleste av disse oppholdene er planlagte, og det er ikke behov for behandling. Slike opphold tilbys i dag ved kommunens langtidshjem. Ut fra

bemanningsbehov er det hensiktsmessig at tilbudet fortsatt organiseres under langtidshjemmene.

I alternativet etableres en felles styringslinje for hjemmebaserte tjenester og døgntjenester som er innrettet mot kortere stabiliserende behandling og styrking i bydel. Det vil si døgntjenester som helsehus, korttidsopphold for forebygging av sykehusopphold for eldre med skrøpelighet og FRA. En felles styringslinje åpner opp for å øke insentivene for kortere og behovsstyrte opphold, samtidig som det gjør det lettere å velge riktig korttidsbasert tilbud, særlig i situasjoner hvor det er uklart hvilket tilbud som passer. Ved å legge disse tjenestene til bydel vil det raskere kunne gi brukerne rett tjeneste uten å gjennomgå flere separate parallelle vurderinger. Dette kan legge til rette for mer fleksibel bruk av plasser og personell, mer sammenheng i tjenestene og redusere unødvendige flyttinger mellom enheter. Ved å samle tilbud for kortere døgnopphold med bydelenes øvrige tjenestetilbud for målgruppen eldre med skrøpelighet, legges det til rette for mer effektivt og behovsdrevet tilbud der tjenestene i større grad kan fungere i samspill med hverandre med mål om å bo hjemme så lenge som mulig.

Ved at bydelene eier de fleste tjenestene i innsatstrappen, skapes det gode forutsetninger lokalt for å forbedre innbyggerreisen for eldre med skrøpelighet under en enhetlig lokal styringsstruktur. Det vil redusere kompleksitet og forenkle roller, ansvar og myndighet. Ved at bydelene tilføres mer ansvar for tjenestene til eldre med skrøpelighet, legges det også opp til å etablere mer selvstendiggjørende tilbud og tjenester. Innenfor rammen av større bydeler, kan det også utvikles robuste kompetansemiljøer og bedre utnyttede stordriftsfordeler, sammenliknet med dagens modell.

På den annen side kan sentral organisering av disse tjenestene gi bedre ressursutnyttelse og større fleksibilitet på tvers av bydeler.

Utfordringen med alternativ 1 er drift og styring av helsehusene og øvrige døgnbaserte tjenester. Med en bydelsorganisering på 6-9 bydeler og 4 helsehus må 2-3 bydeler tildeles ansvar for helsehusene, med mandat til å drifte dem på vegne av Oslo kommune. Dette innebærer ansvar og myndighet til å samordne behov for andre bydeler og samarbeide med spesialisthelsetjenesten. En overføring av helsehus, akutte korttidsplasser med innhold tilsvarende KAD for eldre med skrøpelighet og FRA til bydel medfører behov for å utvikle en form for vertskommunemodell, der flere bydeler går sammen om drift av ett helsehus.

Bydelene har heller ikke erfaring med institusjonsdrift. Overføring av institusjonsdrift til bydel vil medføre behov for kompetanseoverføring og opplæring og kreve at en ny finansieringsmodell for helsehusene, KAD for eldre med skrøpelighet og FRA vurderes.

Alternativ 2 legger vekt på å samle de døgnbaserte tjenestene for eldre med skrøpelighet i en etat- Sykehjemsetaten. Denne modellen styrker samarbeidet om de døgnbaserte tjenestene, og kan bygge sterke kompetansemiljøer med samlet ansvar for tjenestetilbudet til eldre med skrøpelighet som har behov for slike tjenester. Finansieringsmodellene til tilbudene kan

harmoniseres og forenkles slik at bydelene velger type opphold ut fra behov, frigjort fra andre insentiver. Det betyr at bydelene blir en bestiller av tjenester til en sentral forvalter og drifter av døgnbaserte tjenester.

Felles drift av de døgnbaserte tjenestene kan bidra til økt effektivitet og bedre ressursutnyttelse i institusjonsdriften. En etatsorientert organisering av disse tjenestene legger til rette for mer effektiv drift og styring, målrettet utvikling og systematisk oppfølging av sentrale kvalitetsstandarder. Dette kan sikre en helhetlig og gjennomgående effektivisering av tjenestene, blant annet gjennom bedre bruk av teknologi. Et tilleggsargument for sentralisering av døgnbaserte tjenester er at man i større grad kan utvikle felles prosedyrer og systemer for oppgavedeling og oppgaveglidning.

Helsehusene har opprettet flere spesialiserte tilbud for innbyggere med særskilte behov, eksempelvis innen rus og psykisk helse, demens og adferdsutfordringer [31]. Dette er bydelsovergripende tilbud. En fordel med alternativ 2 er at det i større grad legger til rette for å samordne og styre bydelsovergripende tilbud som er spesialiserte og som griper på tvers av bydelene. Behovet for mer spesialiserte helsehus kan være et argument for sentral organisering. I tillegg vil alternativ 2 legge til rette for en mer helhetlig organisasjonsstruktur, kunne utnytte stordriftsfordeler og bruke kompetanse på tvers.

Alternativ 2 gir ikke samme smidighet i vekslingen mellom ulike tjenestetilbud som en felles styringslinje i bydel kan legge til rette for. Den splitter opp sammenheng mellom vedtaksmyndighet, tjeneste- og budsjettansvar og bidrar dermed til å øke kompleksiteten i innbyggerreisen. Ved at døgnbaserte tjenester som har til hensikt å sette innbyggere i stand til å bo hjemme lengre samles med døgnbaserte tjenester som har til hensikt å ta vare på innbyggere som ikke lengre kan bo hjemme, kan potensielle målkonflikter oppstå.

Det kan også argumenteres for at alternativet i mindre grad følger prinsippet om å legge tjenester til bydel. Alternativ 2 legger i mindre grad til rette for å styrke lokaldemokratiet og bydelenes mulighet til å påvirke utformingen av tjenestene, som er i tråd med mål og prinsipper for Bydelsreformen (se figur 1).

Alternativ 3 legger vekt på å samle døgnbaserte tjenester som har til hensikt å sette innbyggere i stand til å bo hjemme lengre i en etat. Ved å samle disse tjenestene i en etat oppnås en relativ reduksjon i kompleksiteten i innbyggerreisen uten å øke risikoen forbundet med å legge tjenestene ut til bydelene som beskrevet i alternativ 1. Dette er i tråd med Bydelsreformens overordnede mål om mer helhetlige, tilgjengelig og likeverdige tjenestetilbud (mål 1 i figur 1). Alternativet åpner også opp for å styrke fagmiljøene knyttet til habilitering, stabilisering og styrkning av innbyggerens kapasitet til å forbli i hjemmet ved å samle disse i en styringslinje, noe som bidrar til *styrking av fagmiljøer* (prinsipp 1.5), *reduksjon av kompleksitet* (prinsipp 1.2) og støtter prinsippet om *tydeligere rolle- og ansvarsfordeling* (prinsipp 1.4).

I denne modellen er også avlastningsplassene samlet i etaten. Dette kan legge bedre til rette for at innbyggere på avlastningsopphold også kan få hjelp med styrkende tiltak som for eksempel ernæring, fysioterapi og medikamentjustering. Et samlet kompetansemiljø med hovedmål om å øke innbyggeres evne til å bo hjemme bør også ha finansieringsmodeller som skaper insitamenter for utskrivning og for tett samarbeid med hjemmetjenesten i bydel. Dette understøtter mål 2, *gode og mer effektive tjenester*, og prinsipper som *helhetlig bruk av kompetanse på tvers* (2.5) og *mer selvstendiggjørende tilbud og tjenester* (2.7).

På lik linje med alternativ 2 gir ikke alternativ 3 samme smidighet i vekslingen mellom ulike tjenestetilbud, som én felles styringslinje i bydel tilsvarende alternativ 1 kan legge til rette for. Den splitter opp sammenheng mellom vedtaksmyndighet, tjeneste- og budsjettansvar og bidrar dermed til å øke kompleksiteten i innbyggerreisen. En forutsetning for å lykkes med denne modellen er at overganger mellom å bo hjemme og kortere institusjonsopphold kan gjøres smidig, effektivt og på kort varsel etter behov. Både bydelen og etaten må tjene på raskt inntak og rask utskrivning når helsetilstanden tilsier det. En annen forutsetning er at etaten organiseres i tråd med bydelenes organisering, både hva gjelder helsehus, akuttplasser tilsvarende KAD for eldre, FRA og korttidsopphold. Dette legger til rette for et tett samarbeid med bydel. Samtidig kan det legge til rette for samarbeid mellom lokalsykehuset i spesialisthelsetjenesten og etatstilbudet tilknyttet samme sektor. Dette er i tråd med målet om *styrket lokaldemokrati og økt samfunnsutvikling i bydelene* (mål 3) og prinsippet om *styrket samarbeid for innbyggerinvolvering* (3.2).

Alternativ 3 legger opp til en trinnvis utvikling av modellen. Alternativet bygger på at kommunen først etablerer én samlet etat som drifter helsehus, akuttplasser tilsvarende KAD for eldre, avlastningsopphold og FRA effektivt og i tett samarbeid med både bydel og lokalsykehus. Hensikten med dette første trinnet er å bygge opp et robust og spesialisert fagmiljø, samt utvikle mer helhetlige og koordinerte tjenester med fokus på å styrke innbyggerens funksjonsevne og mulighet til å bo hjemme lengst mulig. Ved å samle disse tjenestene i én organisatorisk enhet, kan man redusere fragmentering, sikre kompetansedeling og styrke samhandlingen både internt i kommunen og med eksterne aktører som spesialisthelsetjenesten.

En viktig suksessfaktor i dette første trinnet er tett samarbeid mellom etaten og bydelene, slik at overgangene mellom hjemmebaserte tjenester og døgnbaserte opphold skjer sømløst og med høy grad av fleksibilitet. Etaten må ha kapasitet til raskt inntak og utskrivning, mens bydelene må ha ressurser og rutiner til å følge opp brukere etter utskrivning – til det beste for både innbyggerens behov og effektiv bruk av ressursene. Samhandling med lokalsykehus er også sentralt, da mange av innbyggerne mottar tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. En etat med tydelig struktur og kompetanse kan gjøre det lettere å utvikle felles pasientforløp og sikre god informasjonsflyt.

Dersom dette første trinnet lykkes – målt i kvalitet, effektivitet og innbyggeropplevd nytte – åpner modellen for et *trinn 2*, der døgnbaserte tjenester overføres til bydelene. Dette vil

innebære at hver bydel får ansvar for drift, budsjett og utvikling av disse tjenestene, og at tjenestene integreres tettere i den lokale styringslinjen.

Denne trinnvise tilnærmingen gir mulighet til å bygge opp kompetanse og struktur i et kontrollert tempo, samtidig som den beholder fleksibilitet til å justere underveis. Den gir også rom for læring og forbedring før en eventuell desentralisering, og sikrer at endringene skjer på et solid grunnlag – i tråd med prinsippet *standardiser der mulig, skreddersy der nødvendig* (2.3), og med mål om *mer helhetlige og tilgjengelige tjenester* (mål 1).

På bakgrunn av vurderingene kan det se ut til at alternativ 3 i størst grad fører til at Bydelsreformens mål oppnås for denne brukergruppen. Alternativet må midlertid utredes videre med tanke på reelt gevinstuttak, vurdering av konsekvenser og forutsetninger for å lykkes. En modell for felles drift av helsehus, akutt plasser tilsvarende KAD for eldre, FRA og avlastningsopphold og en ny finansieringsmodell for tjenesten må også utredes nærmere.

5.2 Digitalisering: Tydeligere teknologiansvar og utvidet bruk av digitale løsninger i forløpene

Flere tiltak retter seg mot bedre bruk av teknologi og datadeling i forløpet til eldre med skrøpelighet. Det foreslås å utvikle felles flere digitale visningsflater som gjør informasjon tilgjengelig for alle relevante aktører – inkludert hjemmetjeneste, fastlege, KAD, FRA og helsehus.

Det foreslås å fortsette å satse sterkere på digitale løsninger som allerede er kjent og utbredt: digital hjemmeoppfølging (DHO), digitalt tilsyn, fjernmonitorering og «digiRehab». Disse tiltakene kan bidra til bedre oppfølging og redusert ressursbruk, særlig i møte med fremtidig mangel på helsepersonell.

5.3 Fastleger: Tettere på eldre med skrøpelighet

Det er behov for å styrke fastlegens rolle i forløpene gjennom bedre tilrettelegging for samhandling, avklaring av ansvar og tilgjengelighet – og med særlig vekt på forebygging og tettere medisinsk oppfølging i hjemmet. Det foreslås å etablere et digitalt dashbord som gir oversikt over fastlegens skrøpelige listepasienter. Dette verktøyet kan inneholde relevante helseparametere og varsle avvik. Tiltaket legger til rette for bedre samhandling mellom fastlege og hjemmetjeneste, med felles tilgang til data og oversikt, samt tydelig rollefordeling for hvem som gjør hva i oppfølgingen. Hjemmetjenesten gjør allerede daglige vurderinger av funksjon og helsetilstand; å synliggjøre og tilgjengeliggjøre disse for fastlegen kan øke presisjon og tidlig intervensjon.

Slike løsninger vil kunne redusere belastningen på legevakt og sykehus, gi raskere avklaring der pasienten befinner seg, og styrke kontinuiteten i behandlingen for pasienter som er kjent i systemet. I tillegg vil det kunne bidra til tryggere vurderinger og bedre ressursutnyttelse i primærhelsetjenesten, ved at beslutninger tas på riktig nivå og i dialog med dem som har

kjennskap til pasientens forløp. Samtidig må en slik innretning sees opp mot fastlegers øvrige oppgavebyrde.

5.4 Oppsummering av tiltak som kan vurderes videre utredet

I tabellen under oppsummeres tiltak som vurderes å kunne bidra til bedre innbyggerreiser for eldre med skrøpelighet. Tiltakene retter seg mot å styrke samhandling og sikre en mer helhetlig og forutsigbar innbyggerreise på tvers av tjenestenivåer, bydeler og etater. Utgangspunktet er at eldre med skrøpelighet ofte har sammensatte og varierende behov, og at dagens strukturer i for liten grad legger til rette for fleksibel ressursbruk og tverrfaglig oppfølging. Tiltakene omfatter både organisatoriske og finansielle grep, samt utvidet bruk av teknologi og digitale verktøy. Felles for forslagene er et ønske om å redusere uønsket variasjon, forbedre forløpene og styrke samordningen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

Tabell 2 Oppsummering av forslag til tiltak som kan vurderes videre utredet

Område	**Forslag til tiltak**
Organisering og inntaksstruktur	• Samle helsehus, akuttplasser tilsvarende KAD for eldre og FRA for eldre med skrøpelighet i en etat med tanke på å overføre tjenestene til bydel som et trinn to.
Tjenesteutvikling og forebygging	• Styrke innsats i de laveste trinnene i innsatstrappen. • Etablere og benytte ambulante og samlokaliserte tjenester. • Tilby mer fleksible og tilpassede tjenester for å forebygge langtidsopphold. • Gjøre rehabiliteringstilbud mer ambulerende og integrert i bydelens tjenester.
Digitalisering og teknologi	• Videreutvikle flere felles digitale visningsflater som gjør informasjon tilgjengelig for relevante aktører • Satse på skalering av eksisterende digitale løsninger som digiRehab og DHO.
Fastlege og primærhelsetjenester	• Bedre datadeling og tydelig ansvarsfordeling mellom fastlege og hjemmetjeneste. • Innføre digitale sykehjemsbesøk og strukturert fjernoppfølging. • Utrede digital bakvakt-/KAD-legefunksjon for å unngå unødige innleggelser.