



Møteinnkalling

Utvalg: BYDELSUTVALGET
Møtedato: 25.09.2008
Møtested: Sagene samfunnshus, Frysja
Tidspunkt: 18:30

Til behandling foreligger:

Saksnr	Tittel
1.	Åpent halvtime
2.	Godkjenning av innkalling og saksliste
3.	Godkjenning av protokoll fra møte 28.08.2008
4. BU-sak 08/69	Økonomioppfølging pr. juli 2008.
5. BU-sak 08/70	Hovedstadprosessen – Høring – Program for omstilling og utvikling i Helse Sør-Øst
6. BU-sak 08/71	Pålegg fra arbeidstilsynet – hjemmetjenesten og boliger i Bydel Sagene
7. BU-sak 08/72	Brukernes vurdering av hjemmetjenesten 2007
8.	Spørretimen.
9.	Orienteringssaker
10.	Eventuelt

BYDEL SAGENE

Bydelsutvalget

Per Overrein
Leder (sign.)



Bydel Sagene

Besøksadresse:
Postadresse:
Postboks 4200 Nydalen
0401 Oslo

Telefon: 02180
Telefaks:
Giro: 6004 06 04092
Org nr.: 974 778 726

Internett:
www.bsa.oslo.kommune.no
E-post:
postmottak@bsa.oslo.kommune.no

Bydel Sagene
Bydelsutvalget 25.09.2008
Saker til behandling i komiteene og BU

Saker til behandling	KNK 17.09.08	HOS 18.09.08	BUK 18.09.08	AU 23.09.08	BU 25.09.08
BU-sak 08/69. Økonomioppfølging pr. juli 2008.	X	X	X	X	X
BU-sak 08/70. Hovedstadprosessen – Høring – Program for omstilling og utvikling i Helse Sør-Øst		X			X
BU-sak 08/71. Pålegg fra arbeidstilsynet – hjemmetjenesten og boliger i Bydel Sagene		X			X
BU-sak 08/72 Brukernes vurdering av hjemmetjenesten 2007		X			X

Innhold:

Protokoll fra møte 28.08.2008	1
BU-sak 08/69 Økonomioppfølging pr. juli 2008	20
BU-sak 08/70 Hovedstadsprosessen – Høring – Program for omstilling og utvikling i Helse Sør-Øst	21
BU-sak 08/71 Pålegg fra arbeidstilsynet – hjemmetjenesten og boliger i Bydel Sagene	26
BU-sak 08/72 Brukernes vurdering av hjemmetjenesten 2007	28



Møtebok

Utvalg: BYDELSUTVALGET
Møtedato: 28.08.2008
Tidspunkt: 18:30
Møtested: Sagene samfunnshus, Frysja

Følgende medlemmer møtte:

Navn	Funksjon	Repr	Vara for
Per Overrein	Leder	AP	
Kjell Omdal Erichsen	Nestleder	H	
Anne-Lise Henriette Rolland	Medlem	AP	
Helge Stoltenberg	Medlem	AP	
Anne Cathrine Berger	Vara	AP	Kristina Aas Fure
Jørgen Foss	Medlem	AP	
Gry Bruland Larsen	Medlem	SV	
Reza Rezaee	Medlem	SV	
Mari Lund Arnem	Medlem	SV	
Eldar Aldernæs Hanson	Medlem	R	
Anita Sundal Skjøstad	Medlem	H	
Paul Aage Aasheim	Vara	H	Beate Mikalsen
Inge Carlén	Medlem	V	
Guro Svenkerud Fresvik	Medlem	V	
Wenche Smeby	Vara	FRP	Roy Sørensen

Følgende medlemmer hadde forfall:

Kristina Aas Fure	Medlem	AP
Roy Sørensen	Medlem	FRP
Beate Mikalsen	Medlem	H

Følgende fra administrasjonen møtte:

Knut Egger – Bydelsdirektør
Atle Hillestad – Økonomisjef
Frank Johan Gudevold – Kontorsjef
Morten Nordlie – Kultur- og nærmiljøsjeff

Møteleder: Per Overrein

Møtesekretær: Marianne Skants



Til behandling foreligger:

Saksnr	Tittel
1.	Åpent halvtime
2.	Godkjenning av innkalling og saksliste
3.	Godkjenning av protokoll fra møte 19.06.2008
4. BU-sak 08/57	Resultatrapport pr. 1. halvår 2008
5. BU-sak 08/58	Prøveordning med stemmerett for 16-åringer – Utsatt sak fra juni
6. BU-sak 08/59	Tilsynsbesøk ved Kingosgate bo- og rehabiliteringssenter 14.5.2008
7. BU-sak 08/60	Tilsynsbesøk ved Sagenehjemmet 19.6.2008
8. BU-sak 08/61	Tilsynsbesøk ved Akerselva sykehjem 20.6.2008
9. BU-sak 08/62	Søknad om fritak fra politiske verv – Kristina Aas Fure
10. BU-sak 08/63	Søknad om fritak fra politiske verv – Hilde Jordal Myrset
11. BU-sak 08/64	Søknad om fritak fra politiske verv – Beate Mikalsen
12. BU-sak 08/65	Møteplan for 2. halvår 2008 – Avklaring av møtedato for desember 2008
13. BU-sak 08/66	Rullering av Oslo kommunes strategiske plan for universell utforming
14. BU-sak 08/67	Nytt varamedlem i Helse- og sosialkomiteen
15. BU-sak 08/68	Husleieregulering
16.	Spørretimen.
17.	Orienteringssaker
18.	Eventuelt

1. Åpent kvarter***Kim Sidenius, leder av Barne- og ungdomsrådet:***

Sidenius viser til BU-sak 08/55 og mener at en prøveordning med stemmerett for 16-åringer vil være positivt for bydelen. Han mener at 16-åringer er mer sosialt knyttet til bydelen enn eldre ettersom de i større grad benytter seg av bydelens kafeer og fritidstilbud.

Tilrettelegging av og tilpasset informasjon for ungdom vil imidlertid være viktig hvis Sagene bydel skal delta i et prøveprosjektet med stemmerett for 16-åringer.

Birthe Fallet, beboer i River'n:

I forbindelse med BU-sak 08/68 vedrørende husleiereguleringen og seksjonering av de kommunale leilighetene i borettslaget River'n ønsker Fallet å meddele at takseringen av leilighetene er for høye. Flere av beboerne har av den grunn ikke anledning til å kjøpe egen bolig. Noen av beboerne kan søke om startlån/ boligtilskudd, men fordi River'n seksjoneres i samme år som kvartal 6 frykter Fallet at summen som er satt av til startlån/ boligtilskudd blir mindre per søker. Fallet spør Bydelsutvalgets medlemmer om de kan forhindre at dette skjer.

Merete Hannestad, beboer i River'n:

I forbindelse med BU-sak 08/68 vedrørende husleieregulering og seksjonering av de kommunale leilighetene i River'n har beboerne fått tilbud om å kjøpe den leiligheten de bor i. Hannestad viser til at "tilbudet" de har fått ikke er tilfredsstillende eller i samsvar med leilighetens verdi, ettersom bygården også må oppgraderes. I tillegg gjelder tilbudet om å kjøpe leiligheten kun for tre måneder. Denne tidsfristen er alt for kort. Videre viser Hannestad til at det finnes alt for få offentlige boliger. Dette vil resultere i at de som ikke har råd, eller ikke får lån, kommer til å stå uten et botilbud. Hannestad ber politikerne være mer aktive og viser til at følgende kan hjelpe:

- Ta i bruk bytterett for de av beboerne som ikke kan kjøpe boligen de bor i innen fristen på tre måneder.
- Gi beboerne kjøpsrett så lenge de blir boende i leiligheten.
- Undersøke hva vanlig tomtpris er i bydelen.

Per Madsen, beboer i bydelen:

Madsen refererer til BU-sak 06/68 og mener at det er viktig å bevare den sosiale infrastrukturen i River'n. Han ber Bydelsutvalgets medlemmer om hjelp til å oppnevne og betale for en offentlig takstmann som kan gi en uavhengig vurdering. Tilbudet om å kjøpe leiligheten for 80 % av takstsummen er et sjenerøst tilbud, men da må det være rett takst.

Toril Knatterød, leder i Rådet for funksjonshemmede:

I forbindelse med BU-sak 08/66 vedrørende tilgjengelighet for funksjonshemmede og eldre ønsket Knatterød, på vegne av Rådet for funksjonshemmede og Eldrerådet, å meddele at de stiller seg positive til Bydelsadministrasjonens forslag. Rådet for funksjonshemmede oppfordrer imidlertid Bydelsutvalget til å stryke: "... eller en underliggende etat." under punkt 3.

Videre viser Knatterød til punkt 7 og informerer om at det er misforhold mellom det som står i reglene og hvordan private parkeringsselskaper praktiserer. Rådet for funksjonshemmede gjør oppmerksom på at § 5 i Oslo kommune sine regler for parkeringsplasser ikke er i samsvar med EØS- reglementet.

2. Godkjenning av innkalling og saksliste

Reza Rezaee (SV) foreslo å flytte BU-sak 08/68 til punkt 6 på sakslisten. Dette ble enstemmig vedtatt.

Det ble meldt saker til orientering. Innkalling og saksliste ble deretter enstemmig godkjent.

3. Godkjenning av protokoll fra møte 19.06.2008

Protokoll fra møte 19.06.2008 ble enstemmig godkjent.

4. BU-sak 08/57 Resultatrapport pr. 1. halvår 2008

Bydelsdirektørens forslag til vedtak:

1. Resultatrapporten pr. 1. halvår 2008 tas til etterretning
2. Bydelsutvalget tar til etterretning at bydelsdirektør har styrket budsjettet for økonomisk sosialhjelp med 2,513 mill avsatt i balansen pr. 31.12.07 til aktive tiltak

Barne- og ungekomiteens behandling:

Bydelsdirektørens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Kultur- og nærmiljøkomiteens behandling:

Bydelsdirektørens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Helse- og sosialkomiteens behandling:

Bydelsdirektørens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Arbeidsutvalgets behandling:

Bydelsdirektørens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Bydelsutvalgets behandling:

Knut Egger, Helge Stoltenberg (AP), Wenche Smeby (FRP), Eldar Aldernæs Hanson (R) og Kjell Omdal Erichsen (H) hadde ordet i saken.

VOTERING:

Bydelsdirektørens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

VEDTAK (enstemmig):

1. Resultatrapporten pr. 1. halvår 2008 tas til etterretning
2. Bydelsutvalget tar til etterretning at bydelsdirektør har styrket budsjettet for økonomisk sosialhjelp med 2,513 mill avsatt i balansen pr. 31.12.07 til aktive tiltak

5. BU-sak 08/58 Prøveordning med stemmerett for 16-åringer – Utsatt sak juni

Venstre sitt forslag til vedtak:

Bydelsutvalget søker Oslo Bystyre om å få være prøvebydel i en forsøksordning med å gi 16-åringer stemmerett ved neste bydelsvalg i 2011.

Barne- og ungekomiteens behandling:

Venstre sitt forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Arbeidsutvalgets behandling:

Venstre sitt forslag til vedtak falt med 3 stemmer (2AP/1H) mot 2 stemmer (1SV/1V).

Bydelsutvalgets behandling:

Guro Svenkerud Fresvik (V), Mari Lund Arnem (SV), Anne-Lise Rolland (AP), Inge Carlèn (V), Eldar Aldernæs Hanson, Reza Rezaee (SV) og Anita Sundal Skjøstad (H) hadde ordet i saken.

VOTERING:

Venstres forslag til vedtak falt med 9 stemmer mot (5AP/3H/1FRP) og 6 stemmer for (3SV/2V/1R).

6. BU-sak 08/68 Husleieregulering

Bydelsutvalget behandling:

Knut Egger, Reza Rezaee (SV), Wenche Smeby (FRP), Per Overrein (AP), Jørgen Foss (AP), Mari Lund Arnem (SV), Inge Carlèn (V), Paul AageAasheim (H), Kjell Omdal Erichsen (H), Anita Sundal Skjøstad (H), Eldar Aldernæs Hanson (R) og Anne Cathrine Berger (AP) hadde ordet i saken.

Per Overrein (AP) fremmet følgende forslag til uttalelse:

Situasjonen i de husleieregulerte boligene

Sagene bydelsutvalg viser til rapporten om forslag til bostøtteordning for de som bor i de husleieregulerte boligene i Oslo. (Botrygghet ved avvikling av husleiereguleringen i Oslo 01.01.2010 Innspill fra en administrativ arbeidsgruppe til Kommunal- og regionaldepartementet). Bydelsutvalget mener at flere enn de som får hjelp gjennom de tiltak som foreslås i denne rapporten bør få hjelp til å håndtere sin boligsituasjon når husleiereguleringen oppheves. Bystyret bør snarest sette i gang en kartlegging av de som bor i slike boliger og drøfte hva slags hjelp kommunene/bydelene kan yte, eventuelt utover det som staten kan bidra med. Foruten å sikre seg at boretten opprettholdes og at de som har særlig behov for støtte (også grupper under 70 år) kan klare å bli boende, bør tiltakene også omfatte beskyttelse mot urimelig husleieøkning. Leierboerforeningen bør også gis en rolle i

den sammenheng. Bydelsutvalget har forståelse for at beboerne i River'n mener at den situasjonen de er kommet i med svært høye tilbud om kjøp av boligene, er uholdbar.

Inge Carlén (V) fremmet følgende endringsforslag til Per Overrein (AP) sitt forslag til uttalelse:

Følgende setning strykes: ” Foruten å sikre seg at boretten opprettholdes og at de som har særlig behov (også for grupper under 70 år) for støtte kan klare å bli boende, bør tiltakene også omfatte beskyttelse mot urimelig husleieøkning.”

Reza Rezaee (SV) fremmet følgende tilleggsforslag til Per Overrein (AP) sitt forslag til uttalelse:

1. En ordning med regulering av de gjenværende leieforhold så lenge de eldre leietakerne helsemessig fortsatt er i stand til å bli boende.
2. De gjenværende regulerte boligene gjøres om til seniorboliger.
3. Beboerne gis kjøperett til boligen så lenge de bor der.
4. Sikring av beboernes bytterett

VOTERING:

Inge Carlén (V) sitt endringsforslag falt med 10 stemmer (5AP/3SV/1FRP/1R) mot 5 stemmer (3H/2V).

Per Overrein (AP) sitt forslag ble vedtatt med 10 stemmer (5AP/3SV/1FRP/1R) mot 5 stemmer (3H/2V).

Reza Rezaee (SV) sitt tilleggsforslag ble vedtatt med 10 stemmer (5AP/3SV/1FRP/1R) mot 5 stemmer (3H/2V).

VEDTAK:

Situasjonen i de husleieregulerte boligene

Sagene bydelsutvalg viser til rapporten om forslag til bostøtteordning for de som bor i de husleieregulerte boligene i Oslo. (Botrygghet ved avvikling av husleiereguleringen i Oslo 01.01.2010 Innspill fra en administrativ arbeidsgruppe til Kommunal- og regionaldepartementet). Bydelsutvalget mener at flere enn de som får hjelp gjennom de tiltak som foreslås i denne rapporten bør få hjelp til å håndtere sin boligsituasjon når husleiereguleringen oppheves. Bystyret bør snarest sette i gang en kartlegging av de som bor i slike boliger og drøfte hva slags hjelp kommunene/bydelene kan yte, eventuelt utover det som staten kan bidra med. Foruten å sikre seg at boretten opprettholdes og at de som har særlig behov for støtte (også grupper under 70 år) kan klare å bli boende, bør tiltakene også omfatte beskyttelse mot urimelig husleieøkning. Leierboerforeningen bør også gis en rolle i den sammenheng. Bydelsutvalget har forståelse for at beboerne i River'n mener at den situasjonen de er kommet i med svært høye tilbud om kjøp av boligene er uholdbar.

Bydelsutvalget ønsker følgende:

1. En ordning med regulering av de gjenværende leieforhold så lenge de eldre leietakerne helsemessig fortsatt er i stand til å bli boende.
2. De gjenværende regulerte boligene gjøres om til seniorboliger.
3. Beboerne gis kjøperett til boligen så lenge de bor der.
4. Sikring av beboernes bytterett

7. BU-sak 08/59 Tilsynsbesøk ved Kingosgate bo- og rehabiliteringssenter 14.05.2008

Bydelsdirektørens forslag til vedtak:

Protokoll fra tilsynsbesøk 14.5.2008 ved Kingosgate bo- og rehabiliteringssenter tas til orientering.

Helse- og sosialkomiteens behandling:

Bydelsdirektørens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Bydelsutvalgets behandling:

Helge Stoltenberg (AP) hadde ordet i saken.

VOTERING:

Bydelsdirektørens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

VEDTAK (enstemmig):

Protokoll fra tilsynsbesøk 14.5.2008 ved Kingosgate bo- og rehabiliteringssenter tas til orientering.

8. BU-sak 08/60 Tilsynsbesøk ved Sagenehjemmet 19.06.2008

Bydelsdirektørens forslag til vedtak:

Protokoll fra uanmeldt tilsynsbesøk ved Sagenehjemmet den 19.6.2008 tas til orientering.

Helse- og sosialkomiteens behandling:

Bydelsdirektørens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Bydelsutvalgets behandling:

VOTERING:

Bydelsdirektørens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

VEDTAK (enstemmig):

Protokoll fra tilsynsbesøk ved Sagenehjemmet 19.6.2008 tas til orientering.

**9. BU-sak 08/61 Tilsynsbesøk ved Akerselva bo- og rehabiliteringssenter
20.6.2008**

Bydelsdirektørens forslag til vedtak:

Protokoll fra uanmeldt tilsynsbesøk ved Akerselva sykehjem 20.6.2008 tas til orientering.

Helse- og sosialkomiteens behandling:

Bydelsdirektørens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Bydelsutvalgets behandling:

Wenche Smeby (FRP) hadde ordet i saken.

VOTERING:

Bydelsdirektørens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

VEDTAK (enstemmig):

Protokoll fra uanmeldt tilsynsbesøk ved Akerselva sykehjem 20.6.2008 tas til orientering.

10. BU-sak 08/62 Søknad om fritak fra politisk verv – Kristina Fure

Bydelsdirektørens forslag til vedtak:

1. Kristina Aas Fure (AP) fritas fra sine verv i Kultur- og nærmiljøkomiteen og Arbeidsutvalget for resten av inneværende valgperiode.
2. Valg av nytt medlem til Kultur- og nærmiljøkomiteen og varamedlem til Arbeidsutvalget. Bydelsdirektøren legger ikke fram noe forslag til vedtak.

Arbeidsutvalgets behandling:

Per Overrein (AP) fremmet følgende forslag til vedtak, punkt 2 og 3:

2. Forslag til nytt medlem i Kultur- og nærmiljøkomiteen og ny leder av komiteen fremmes under Bydelsutvalgets møte 28.08.2008.
3. Nytt varamedlem til Arbeidsutvalget: Helge Stoltenberg (AP).

VOTERING:

Bydelsdirektørens forslag til vedtak punkt 1 ble enstemmig vedtatt.

Per Overrein (AP) sine forslag til vedtak punkt 2 og 3 ble enstemmig vedtatt.

VEDTAK (enstemmig):

Arbeidsutvalget tilrår Bydelsutvalget å fatte følgende vedtak;

1. Kristina Aas Fure (AP) fritas fra sine verv i Kultur- og nærmiljøkomiteen og Arbeidsutvalget for resten av inneværende valgperiode.
2. Forslag til nytt medlem i Kultur- og nærmiljøkomiteen fremmes under Bydelsutvalgets møte 28.08.2008.
3. Nytt varamedlem til Arbeidsutvalget: Helge Stoltenberg (AP).

Bydelsutvalgets behandling:

Per Overrein (AP), Knut Egger og Guro Svenkerud Fresvik (V) hadde ordet i saken.

Per Overrein fremmet følgende forslag til vedtak punkt 2-12:

2. Thore Pettersen (AP) fritas fra sitt verv som medlem i Kultur- og nærmiljøkomiteen for resten av valgperioden, jf. kommunelovens § 15, nr. 2.
3. Marit Aasen Heggdal (AP) velges som medlem av Kultur- og nærmiljøkomiteen, og fratrer følgende vervet som 1.varamedlem i samme komite.
4. Thore Pettersen (AP) velges som 1. varamedlem av Kultur- og nærmiljøkomiteen.
5. Jørgen Foss (AP) fritas fra sitt verv som medlem i Barn og unge-komiteen for resten av valgperioden, jf. kommunelovens § 15, nr.2.
6. Jørgen Foss (AP) velges som medlem av Kultur- og nærmiljøkomiteen
7. Jørgen Foss (AP) velges som leder for Kultur- og nærmiljøkomiteen
8. Siw-Bente Ellefsen (AP) velges som medlem av Barn og unge-komiteen, og fratrer følgende vervet som 1. varamedlem i samme komite.
9. Eli Eriksen Sveen (AP) velges som 1. varamedlem av Barn og unge-komiteen, og fratrer følgende vervet som 2. varamedlem i samme komite.
10. Tarjei Mosebekk (AP) velges som 2. varamedlem av Barn og unge-komiteen, og fratrer følgende vervet som 3. i samme komite.
11. Rune Vetthe (AP) velges som 3. varamedlem av Barn og unge-komiteen.
12. Helge Stoltenberg (AP) velges som 1. varamedlem av Arbeidsutvalget

VOTERING:

Bydelsdirektørens forslag til vedtak punkt 1 ble enstemmig vedtatt.

Per Overrein (AP) sine forslag til vedtak punkt 2 -12 ble enstemmig vedtatt.

VEDTAK (enstemmig):

1. Kristina Aas Fure (AP) fritas fra sine verv i Kultur- og nærmiljøkomiteen og Arbeidsutvalget for resten av inneværende valgperiode.
2. Thore Pettersen (AP) fritas fra sitt verv som medlem i Kultur- og nærmiljøkomiteen for resten av valgperioden, jf. kommunelovens § 15, nr. 2.
3. Marit Aasen Heggdal (AP) velges som medlem av Kultur- og nærmiljøkomiteen, og fratrer følgelig vervet som 1.varamedlem i samme komite.
4. Thore Pettersen (AP) velges som 1. varamedlem av Kultur- og nærmiljøkomiteen.
5. Jørgen Foss (AP) fritas fra sitt verv som medlem i Barn og unge-komiteen for resten av valgperioden, jf. kommunelovens § 15, nr.2.
6. Jørgen Foss (AP) velges som medlem av Kultur- og nærmiljøkomiteen
7. Jørgen Foss (AP) velges som leder for Kultur- og nærmiljøkomiteen
8. Siw-Bente Ellefsen (AP) velges som medlem av Barn og unge-komiteen, og fratrer følgelig vervet som 1. varamedlem i samme komite.
9. Eli Eriksen Sveen (AP) velges som 1. varamedlem av Barn og unge-komiteen, og fratrer følgelig vervet som 2. varamedlem i samme komite.
10. Tarjei Mosebekk (AP) velges som 2. varamedlem av Barn og unge-komiteen, og fratrer følgelig vervet som 3. i samme komite.
11. Rune Vethe (AP) velges som 3. varamedlem av Barn og unge-komiteen.
12. Helge Stoltenberg (AP) velges som 1. varamedlem av Arbeidsutvalget

11. BU-sak 08/63 Søknad om fritak fra politisk verv – Hilde Jordal Myrset

Bydelsdirektørens forslag til vedtak:

1. Hilde Jordal Myrset (FRP) fritas fra sitt verv i Barne- og ungekomiteen for resten av inneværende valgperiode.
2. Valg av nytt medlem til Barne- og ungekomiteen. Bydelsdirektøren legger ikke fram noe forslag til vedtak.

Arbeidsutvalgets behandling:

Forslag til vedtak punkt 2 fremmes i Bydelsutvalgets møte 28.08.2008.

VOTERING:

Bydelsdirektørens forslag til vedtak punkt 1 ble enstemmig vedtatt.

VEDTAK (enstemmig):

Arbeidsutvalget tilrår Bydelsutvalget å fatte følgende vedtak;

1. Hilde Jordal Myrset (FRP) fritas fra sitt verv i Barne- og ungekomiteen for resten av inneværende valgperiode.
2. Forslag til vedtak fremmes i Bydelsutvalgets møte 28.08.2008.

Bydelsutvalgets behandling:

Wenche Smeby (FRP) hadde ordet i saken.

Wenche Smeby (FRP) fremmet følgende forslag til vedtak punkt 2:

Odd Østtveit (FRP) går ut av sitt verv som 1. varamedlem i Barne- og ungekomiteen og oppnevnes som medlem.

VOTERING:

Bydelsdirektørens forslag til vedtak punkt 1 ble enstemmig vedtatt.

Wenche Smeby (FRP) sitt forslag til vedtak punkt 2 ble enstemmig vedtatt.

VEDTAK (enstemmig):

1. Hilde Jordal Myrset (FRP) fritas fra sitt verv i Barne- og ungekomiteen for resten av inneværende valgperiode.
2. Odd Østtveit (FRP) går ut av sitt verv som 1. varamedlem i Barne- og ungekomiteen og oppnevnes som medlem.

12. BU-sak 08/64 Søknad om fritak fra politisk verv – Beate Mikalsen

Saken ble trukket.

13. BU-sak 08/65 Møteplan for 2. halvår 2008 – Avklaring av møtedato for desember 2008

Saken ble trukket.

14. BU-sak 08/66 Rullering av Oslo kommunes strategiske plan for universell utforming

Bydelsdirektørens forslag til vedtak:

1. Bydel Sagene ser meget positivt på en økt kommunal innsats innenfor temaet universell utforming, og slutter seg til Oslo kommunes visjon og hovedmål for universell utforming.
2. Overordnet mål 1: Bydelen tar kravet om egen strategisk plan for universell utforming til etterretning, og at plan for gjennomføring arbeides videre med på ledelsesnivå da dette berører alle bydelens virksomheter.
3. Overordnet mål 3: Bydelen mener at det administrative ansvaret for et kommunalt forum for universell utforming må plasseres i en virksomhet, for eksempel Byrådsavdeling for byutvikling eller en underliggende etat. Faglig innhold defineres av deltakerne i forumet. Ansvar for oppfølging av temaet må plasseres internt i bydelen.
4. Mål S 1: Bydelen mener at temaet reklamebukker må behandles i planen. Disse har vist seg å ofte være til hinder for allmenn ferdsel, særlig for bevegelseshemmede og svaksynte. Bestemmelser som skal sikre tilgjengelighet har vist seg å være svært vanskelige å kontrollere og følge opp.
5. Det har vært en praksis i flere bydeler hvor det i noen tilfeller gis dispensasjon til kravet om 2 meters fri bredde mellom uteservering og fortauskant. Strategiplanen bør vurdere om dette kravet heretter skal være ufravikelig som følge av strengere krav til universell utforming.
6. I en situasjon hvor private parkeringsselskaper i økende grad tar over forvaltningen av byens parkeringsplasser er forslaget om at kommunale regler om utforming av plasser for bevegelseshemmede også skal gjelde disse svært positivt.
7. Det vises til at bydelen i samarbeid med Sagene avdeling av Norges Handikapforbund fremmer en sak for byrådet vedrørende utvidete parkeringsrettigheter for funksjonshemmede. Saken dreier seg om at bevegelseshemmede som får tilskudd til bil og er avhengig av denne som teknisk hjelpemiddel skal kunne parkere i områder hvor det i utgangspunktet er parkering forbudt, etter nærmere retningslinjer. Dette tiltaket bør også legges til under mål S1 i strategiplanen. Det foreslås følgende ordlyd: "Det skal vurderes en egen ordning for utvidete parkeringsrettigheter for bevegelseshemmede som får tilskudd til bilhold. En slik ordning vil øke tilgjengeligheten til byens funksjoner og tilbud for denne gruppen. Det vurderes et prøveprosjekt som evalueres etter en periode."
8. Mål PBA 2: Bydelen vil påpeke forskjellen i å vurdere universell utforming og å kreve det. Det forventes fra bydelens side at det legges sterke føringer om universell utforming også på private utbyggere og eiendomsutviklere. Dette har ikke vært tilfredsstillende gjennomført i den senere tid. Bydel Sagene mener at Oslo kommune bør tilstrebe å stille krav til universell utforming ut over de formelle krav i tekniske forskrifter.
9. Mål PBA 3: Bydelen vil vise til det problematiske ved å tilpasse tilgjengelighetstiltak til verneverdig bebyggelse. Det oppleves ofte at det blir en interessekonflikt mellom vernemyndighetene og ivaretagelse av tilgjengelighetstiltak. Dette gjelder ikke bare uttalte kulturminner, men også annen bebyggelse og anlegg som har verneinteresse.

Bydelen mener at Byantikvaren bør få ansvar for å utarbeide en kommunal standard for behandling av tilgjengelighetstiltak i verneverdig bebyggelse.

10. Mål FB 1: Bydel Sagene har søkt om midler fra Direktoratet for naturforvaltning til kartlegging av hindringer for tilgjengelighet i sine forvaltningsområder med henblikk på å oppgradere og tilrettelegge for økt tilgjengelighet i bydelsparkene. Kartleggingen vil skje i tråd med kartleggingsskjema og veiledning fra Friluftsrådernes Landsforbund og Norges Handikapforbund. Det foreslås at strategisk plan viser til at det eksisterer en slik veileder.
11. Mål FB 3: Bydelen vil påpeke at enkelte definerte møteplasser kan være av en karakter som ikke oppfyller disse kravene. Det må skilles mellom torg og møteplasser, da definerte møteplasser kan ha en uformell karakter hvor tilrettelegging ikke er mulig eller ønskelig.
12. Kunnskap og kompetanse: Bydelen foreslår at Utviklings- og kompetanseetaten får i oppdrag å informere virksomhetene om tilgjengelig opplæring innen temaet universell utforming (internt og eksternt), gjerne via egne temasider på internett.

Kultur- og nærmiljøkomiteens behandling:

Lars Olav Fosse (V) fremmet følgende forslag til nytt punkt 13 og 14:

13. Byrådet bes gjennomføre et estimat på kostnadene ved kartlegging og utforming av strategiske planer.
14. Byrådet bes oppnevne en kontaktperson for universell utforming i bydelen. Planmessig vedlikehold av opparbeidet standard for universell utforming må følges opp med finansielle midler for å gjennomføre vedlikeholdet. Oslo kommune bør ha en egen sentral kontaktperson med ansvar for kunnskapsdeling om universell utforming på tvers av etater, virksomheter og bydeler.

VOTERING:

Bydelsdirektørens forslag til punktene 1-7 ble enstemmig vedtatt.

Bydelsdirektørens forslag til punkt 8 ble vedtatt med 6 stemmer (2AP/1SV/1H/1V/1R) mot 1 stemme (1FRP).

Bydelsdirektørens forslag til punktene 9-12 ble enstemmig vedtatt.

Lars Olav Fosse (V) sitt forslag til nytt punkt 13 ble enstemmig vedtatt.

Lars Olav Fosse (V) sitt forslag til nytt punkt 14 ble vedtatt med 6 stemmer (2AP/1SV/1H/1V/1R) mot 1 stemme (1FRP).

VEDTAK:

Kultur- og nærmiljøkomiteen tilrår Bydelsutvalget å fatte følgende vedtak:

1. Bydel Sagene ser meget positivt på en økt kommunal innsats innenfor temaet universell utforming, og slutter seg til Oslo kommunes visjon og hovedmål for universell utforming.
2. Overordnet mål 1: Bydelen tar kravet om egen strategisk plan for universell utforming til etterretning, og at plan for gjennomføring arbeides videre med på ledelsesnivå da dette berører alle bydelens virksomheter.
3. Overordnet mål 3: Bydelen mener at det administrative ansvaret for et kommunalt forum for universell utforming må plasseres i en virksomhet, for eksempel Byrådsavdeling for byutvikling eller en underliggende etat. Faglig innhold defineres av deltakerne i forumet. Ansvar for oppfølging av temaet må plasseres internt i bydelen.
4. Mål S 1: Bydelen mener at temaet reklamebukker må behandles i planen. Disse har vist seg å ofte være til hinder for allmenn ferdsel, særlig for bevegelseshemmede og svaksynte. Bestemmelser som skal sikre tilgjengelighet har vist seg å være svært vanskelige å kontrollere og følge opp.
5. Det har vært en praksis i flere bydeler hvor det i noen tilfeller gis dispensasjon til kravet om 2 meters fri bredde mellom uteservering og fortauskant. Strategiplanen bør vurdere om dette kravet heretter skal være ufravikelig som følge av strengere krav til universell utforming.
6. I en situasjon hvor private parkeringsselskaper i økende grad tar over forvaltningen av byens parkeringsplasser er forslaget om at kommunale regler om utforming av plasser for bevegelseshemmede også skal gjelde disse svært positivt.
7. Det vises til at bydelen i samarbeid med Sagene avdeling av Norges Handikapforbund fremmer en sak for byrådet vedrørende utvidete parkeringsrettigheter for funksjonshemmede. Saken dreier seg om at bevegelseshemmede som får tilskudd til bil og er avhengig av denne som teknisk hjelpemiddel skal kunne parkere i områder hvor det i utgangspunktet er parkering forbudt, etter nærmere retningslinjer. Dette tiltaket bør også legges til under mål S1 i strategiplanen. Det foreslås følgende ordlyd: "Det skal vurderes en egen ordning for utvidete parkeringsrettigheter for bevegelseshemmede som får tilskudd til bilhold. En slik ordning vil øke tilgjengeligheten til byens funksjoner og tilbud for denne gruppen. Det vurderes et prøveprosjekt som evalueres etter en periode."
8. Mål PBA 2: Bydelen vil påpeke forskjellen i å vurdere universell utforming og å kreve det. Det forventes fra bydelens side at det legges sterke føringer om universell utforming også på private utbyggere og eiendomsutviklere. Dette har ikke vært tilfredsstillende gjennomført i den senere tid. Bydel Sagene mener at Oslo kommune bør tilstrebe å stille krav til universell utforming ut over de formelle krav i tekniske forskrifter.
9. Mål PBA 3: Bydelen vil vise til det problematiske ved å tilpasse tilgjengelighetstiltak til verneverdig bebyggelse. Det oppleves ofte at det blir en interessekonflikt mellom vernemyndighetene og ivaretagelse av tilgjengelighetstiltak. Dette gjelder ikke bare uttalte kulturminner, men også annen bebyggelse og anlegg som har verneinteresse. Bydelen mener at Byantikvaren bør få ansvar for å utarbeide en kommunal standard for behandling av tilgjengelighetstiltak i verneverdig bebyggelse.
10. Mål FB 1: Bydel Sagene har søkt om midler fra Direktoratet for naturforvaltning til kartlegging av hindringer for tilgjengelighet i sine forvaltningsområder med henblikk på å oppgradere og tilrettelegge for økt tilgjengelighet i bydelsparkene. Kartleggingen vil skje i tråd med kartleggingsskjema og veiledning fra

Friluftsrådernes Landsforbund og Norges Handikapforbund. Det foreslås at strategisk plan viser til at det eksisterer en slik veileder.

11. Mål FB 3: Bydelen vil påpeke at enkelte definerte møteplasser kan være av en karakter som ikke oppfyller disse kravene. Det må skilles mellom torg og møteplasser, da definerte møteplasser kan ha en uformell karakter hvor tilrettelegging ikke er mulig eller ønskelig.
12. Kunnskap og kompetanse: Bydelen foreslår at Utviklings- og kompetanseetaten får i oppdrag å informere virksomhetene om tilgjengelig opplæring innen temaet universell utforming (internt og eksternt), gjerne via egne temasider på internett.
13. Byrådet bes gjennomføre et estimat på kostnadene ved kartlegging og utforming av strategiske planer.
14. Byrådet bes oppnevne en kontaktperson for universell utforming i bydelen. Planmessig vedlikehold av opparbeidet standard for universell utforming må følges opp med finansielle midler for å gjennomføre vedlikeholdet. Oslo kommune bør ha en egen sentral kontaktperson med ansvar for kunnskapsdeling om universell utforming på tvers av etater, virksomheter og bydeler.

Bydelsutvalgets behandling:

Helge Stoltenberg (AP), Guro Svenkerud Fresvik (V) og Anita Sundal Skjøstad (H) hadde ordet i saken.

Bydelsutvalget la Kultur- og nærmiljøkomiteens behandling til grunn for sin behandling.

Helge Stoltenberg (AP) fremmet følgende endringsforslag til punkt 3:

Følgende setning strykes: "...eller en underliggende etat."

VOTERING:

Bydelsdirektørens forslag til punkt 1 og 2 ble enstemmig vedtatt.

Kultur- og nærmiljøkomiteens forslag til punkt 3 med Helge Stoltenberg (AP) sitt endringsforslag ble vedtatt med 9 stemmer (5AP/3SV/1R) mot 6 stemmer (3H/2V/1FRP).

Kultur- og nærmiljøkomiteens forslag til punkt 4-7 ble enstemmig vedtatt.

Kultur- og nærmiljøkomiteens forslag til punkt 8 ble vedtatt med 14 stemmer (5AP/3SV/3H/2V/1R) mot 1 stemme (1FRP).

Kultur- og nærmiljøkomiteens forslag til punkt 9-12 ble enstemmig vedtatt.

Kultur- og nærmiljøkomiteens forslag til punkt 13 og 14 ble vedtatt med 14 stemmer (5AP/3SV/3H/2V/1R) mot 1 stemme (1FRP).

VEDTAK:

1. Bydel Sagene ser meget positivt på en økt kommunal innsats innenfor temaet universell utforming, og slutter seg til Oslo kommunes visjon og hovedmål for universell utforming.
2. Overordnet mål 1: Bydelen tar kravet om egen strategisk plan for universell utforming til etterretning, og at plan for gjennomføring arbeides videre med på ledelsesnivå da dette berører alle bydelens virksomheter.
3. Overordnet mål 3: Bydelen mener at det administrative ansvaret for et kommunalt forum for universell utforming må plasseres i en virksomhet, for eksempel Byrådsavdeling for byutvikling. Faglig innhold defineres av deltakerne i forumet. Ansvar for oppfølging av temaet må plasseres internt i bydelen.
4. Mål S 1: Bydelen mener at temaet reklamebukker må behandles i planen. Disse har vist seg å ofte være til hinder for allmenn ferdsel, særlig for bevegelseshemmede og svaksynte. Bestemmelser som skal sikre tilgjengelighet har vist seg å være svært vanskelige å kontrollere og følge opp.
5. Det har vært en praksis i flere bydeler hvor det i noen tilfeller gis dispensasjon til kravet om 2 meters fri bredde mellom uteservering og fortauskant. Strategiplanen bør vurdere om dette kravet heretter skal være ufravikelig som følge av strengere krav til universell utforming.
6. I en situasjon hvor private parkeringsselskaper i økende grad tar over forvaltningen av byens parkeringsplasser er forslaget om at kommunale regler om utforming av plasser for bevegelseshemmede også skal gjelde disse svært positivt.
7. Det vises til at bydelen i samarbeid med Sagene avdeling av Norges Handikapforbund fremmer en sak for byrådet vedrørende utvidete parkeringsrettigheter for funksjonshemmede. Saken dreier seg om at bevegelseshemmede som får tilskudd til bil og er avhengig av denne som teknisk hjelpemiddel skal kunne parkere i områder hvor det i utgangspunktet er parkering forbudt, etter nærmere retningslinjer. Dette tiltaket bør også legges til under mål S1 i strategiplanen. Det foreslås følgende ordlyd: "Det skal vurderes en egen ordning for utvidete parkeringsrettigheter for bevegelseshemmede som får tilskudd til bilhold. En slik ordning vil øke tilgjengeligheten til byens funksjoner og tilbud for denne gruppen. Det vurderes et prøveprosjekt som evalueres etter en periode."
8. Mål PBA 2: Bydelen vil påpeke forskjellen i å vurdere universell utforming og å kreve det. Det forventes fra bydelens side at det legges sterke føringer om universell utforming også på private utbyggere og eiendomsutviklere. Dette har ikke vært tilfredsstillende gjennomført i den senere tid. Bydel Sagene mener at Oslo kommune bør tilstrebe å stille krav til universell utforming ut over de formelle krav i tekniske forskrifter.
9. Mål PBA 3: Bydelen vil vise til det problematiske ved å tilpasse tilgjengelighetstiltak til verneverdig bebyggelse. Det oppleves ofte at det blir en interessekonflikt mellom vernemyndighetene og ivaretagelse av tilgjengelighetstiltak. Dette gjelder ikke bare uttalte kulturminner, men også annen bebyggelse og anlegg som har verneinteresse. Bydelen mener at

- Byantikvaren bør få ansvar for å utarbeide en kommunal standard for behandling av tilgjengelighetstiltak i verneverdig bebyggelse.
10. Mål FB 1: Bydel Sagene har søkt om midler fra Direktoratet for naturforvaltning til kartlegging av hindringer for tilgjengelighet i sine forvaltningsområder med henblikk på å oppgradere og tilrettelegge for økt tilgjengelighet i bydelsparkene. Kartleggingen vil skje i tråd med kartleggingsskjema og veiledning fra Friluftsrådernes Landsforbund og Norges Handikapforbund. Det foreslås at strategisk plan viser til at det eksisterer en slik veileder.
 11. Mål FB 3: Bydelen vil påpeke at enkelte definerte møteplasser kan være av en karakter som ikke oppfyller disse kravene. Det må skilles mellom torg og møteplasser, da definerte møteplasser kan ha en uformell karakter hvor tilrettelegging ikke er mulig eller ønskelig.
 12. Kunnskap og kompetanse: Bydelen foreslår at Utviklings- og kompetanseetaten får i oppdrag å informere virksomhetene om tilgjengelig opplæring innen temaet universell utforming (internt og eksternt), gjerne via egne temasider på internett.
 13. Byrådet bes gjennomføre et estimat på kostnadene ved kartlegging og utforming av strategiske planer.
 14. Byrådet bes oppnevne en kontaktperson for universell utforming i bydelen. Planmessig vedlikehold av opparbeidet standard for universell utforming må følges opp med finansielle midler for å gjennomføre vedlikeholdet. Oslo kommune bør ha en egen sentral kontaktperson med ansvar for kunnskapsdeling om universell utforming på tvers av etater, virksomheter og bydeler.

15. BU-sak 08/67 Nytt varamedlem i Helse- og sosialkomiteen

Arbeidsutvalgets behandling:

Per Overrein (AP) fremmer følgende forslag til vedtak:

Nytt varamedlem av Helse- og sosialkomiteen: Mia Gerhardsen (AP).

VOTERING:

Per Overreins forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

VEDTAK (enstemmig):

Arbeidsutvalget tilrår Bydelsutvalget å fatte følgende vedtak;

Nytt varamedlem av Helse- og sosialkomiteen: Mia Gerhardsen (AP).

Bydelsutvalgets behandling:

Bydelsutvalget la arbeidsutvalgets behandling til grunn for sin behandling.

VOTERING:

Arbeidsutvalgets forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

VEDTAK (enstemmig):

Nytt varamedlem av Helse- og sosialkomiteen: Mia Gerhardsen (AP).

16. Spørretimen

Det var ingen spørsmål til spørretimen.

17. Orienteringssaker

Knut Egger orienterte om følgende saker som lå i rødt omslag:

- Budsjett 2008 – Fremdriftsplan. Arbeidsutvalget vedtok enstemmig å sette opp budsjettkonferansen med Bydelsutvalget, avdelingssjefer og enhetsledere 01.11.2008.
- Økonomioppfølging per juli 2008-09-02.
- Program for omstilling og utvikling i Helse Sør-Øst – Hovedstadsporsessen – HØRING.
- Oppsummering av regnskapsrevisjonen for 2007 for Bydel Sagene – Avslutning av revisjonssak.
- Byrådssak 144/08 – Styrking og samordning av tilsyn av sykehjem.
- Sikring av at NAV-kontorene bestiller alle gode virkemidler til beste for brukerne.
- Bydelsutvalgets høringsuttalelse til bystyremelding nr. 1/2008, nr. 2/2008 og sykehjemsbehovsplan.

Knut Egger benyttet også anledningen til å presentere den nye økonomisjefen Atle Hillestad.

Per Overrein (AP) informerte om at Arbeidsutvalget har besluttet at administrasjonen skal utrede muligheten for en grafittivegg i bydelen.

Reza Rezaee (SV) etterlyste planene for opprustningen av Torshovparken (jf. protokoll fra Kultur- og nærmiljøkomiteen 20.08.2008).

Morten Nordlie svarte at administrasjonen vil legge fram en orientering om dette.

18. Eventuelt

Det var ingen saker til eventuelt.

BYDEL SAGENE

Bydelsutvalget

Per Overrein

Leder

Marianne Skants

Møtesekretær



BU-sak 08/69

Saksframlegg

Saksmappe:
2008/165

Saksbeh:
Knut Egger,

Dato: 08.09.2008
Arkivkode:
121.0

Saksgang

Utvalg	Møtedato
ELDRERÅDET	15.09.2008
RÅDET FOR FUNKSJONSHEMMEDE	15.09.2008
BARNE- OG UNGDOMSRÅDET	16.09.2008
KULTUR- OG NÆRMILJØKOMITEEN	17.09.2008
HELSE- OG SOSIALKOMITEEN	18.09.2008
BARNE- OG UNGEKOMITEEN	18.09.2008
ARBEIDSUTVALGET	23.09.2008
BYDELSUTVALGET	25.09.2008

Økonomioppfølging per juli 2008

Saksframstilling:

Vedlagt følger dokument om økonomioppfølging per juli 2008, som ble sendt byrådsavdelingen for Velferd og sosiale tjenester 26.08.2008.

Forslag til vedtak:

Økonomioppfølging per juli 2008 tas til orientering.

BYDEL SAGENE

Knut Egger
bydelsdirektør

Godkjent og ekspedert elektronisk uten underskrift

Trykte vedlegg: Økonomioppfølging pr. juli 2008



Oslo kommune
Bydel Sagene

Thorvald Meyersgate 7

BU-sak 08/70

Saksframlegg

Saksmappe:
2008/833

Saksbeh:
Inger Lise Myklebust,

Dato: 04.09.2008
Arkivkode:
222.0

Saksgang

Utvalg	Møtedato
ELDRERÅDET	15.09.2008
RÅDET FOR FUNKSJONSHEMMEDE	15.09.2008
HELSE- OG SOSIALKOMITEEN	18.09.2008
BYDELSUTVALGET	25.09.2008

Hovedstadsprosessen - Høring - Program for omstilling og utvikling i Helse Sør- Øst

Det vises til høringsbrev av 20.06.2008 hvor Helse Sør-Øst ber om innspill til høringsnotat vedrørende Hovedstadsprosessen.

Høringssvaret fra bydelen blir lagt frem for de berørte instanser og parter i bydelen, d.v.s. bydelsutvalget, komiteer og utvalg (representert med brukerorganisasjoner) som gis anledning til å lage egen uttalelse eller komme med vedlegg til denne uttalelsen. Bydelsdirektør har angitt følgende administrative høring;

Forslagene fra styret i Helse Sør-Øst vedrørende omlegging av sykehusgrenser, ansvarsendringer i forhold til diagnoser og behandling, flytting av lokalsykehusfunksjoner m.v. krever en til dels god innsikt i hele Helse Sør-Øst regionen. Det foreslås til dels store og omfattende endringer som vil være avhengig av utbygging, ombygging og ikke minst ta lang tid før alle eventuelle endringer blir gjennomført.

Bydel Sagene har valgt å komme med et høringssvar som i all hovedsak knyttes opp mot prinsipielle problemstillinger og hva som måtte få konsekvenser for vår bydel spesielt. For Bydel Sagene er det aktuelt å gi kommentarer i forhold til bydelens ansvars- og arbeidsområde, med fokus på samhandling og samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten:

Når det gjelder de overordnede planer og føringer finner en det riktigst at kommunen sentralt uttaler seg om disse. Det kan også påpekes at det har vært kommunen ved Byrådsavdelingen som har vært avtalepart med tidligere Helse Øst når det gjelder overordnede samarbeidsavtaler mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten

Det reises konkrete spørsmål til høringsinstansene, og bydelens høringssvar er knyttet til disse. Styret i Helse Sør-Øst oppfordrer også til medvirkning fra brukere og tillitsvalgte, og bydelen vil vedlegge de innspill som kommer fra bydelsutvalget og berørte utvalg.

"Det bes om synspunkter på ønsket utviklingsretning og styrende prinsipper for utvikling og omstilling av tjenestestrukturen"

To prinsipper tas opp:

- *En bærekraftig utvikling som sikrer god ressursutnyttelse*
- *At pasientenes behov settes i sentrum og befolkningens behov for tjenester av høy kvalitet sikres.*

Med økende antall eldre og økt levetid vil dette resultere i stadig flere mennesker med sammensatte problemer, og med behov for varierte og spesialiserte helsetjenester. Innstillingen legger til rette for et enklere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, noe som anses positivt.

Utviklingen av et definert lokalsykehusnivå med generelle spesialisthelsetjenester i Oslo støttes slik det fremgår i notatet. Det foreslås at behandling skal foregå etter LEON-prinsippet, (laveste effektive omsorgsnivå), noe som synes veldig positivt sett fra bydelens ståsted. I forhold til mange pasienter vil det trolig være et mer effektivt omsorgsnivå enn en mer spesialisert avdeling, og dette er også mer kostnadseffektivt.

Dette vil danne et godt grunnlag for *"en bærekraftig utvikling for å sikre god ressursutnyttelse"* i skjæringspunktet mellom kommune- og spesialisthelsetjenestenivå. Et annet prinsipp som er nevnt i høringsdokumentet er at god kompetanse forutsetter tilstrekkelig pasientvolum. Av dette følger at sjeldne tilstander bør samles i landsdekkende avdelinger.

Ved overføring av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten har det i de senere årene vært en tendens til å erklære ganske kompliserte pasienter som ferdigbehandlet på spesialisthelsetjenestenivå for overføring til f.eks. sykehjem. Resultatet av dette blir at de ansatte i kommunehelsetjenesten stadig må forholde seg til sykdomstilstander og oppgaver som de ikke har kompetanse på. Her kan en tettere samhandling mellom 1.linje og 2.linje gi bedre løsninger både med hensyn til behandling, kompetanse, "svingdørsproblematikk" og ikke minst kostnader rent menneskelig og økonomisk.

"Formålet med organisering i større sykehusområder er å gi pasientene et mer helhetlig tilbud. I lys av dette bes det om synspunkter på inndelingen i sykehusområder og de foreslåtte grensene for disse".

Inndelingen i sykehusområder og de foreslåtte grensene virker gjennomtenkt og fornuftig. Det gjenstår en del uavklarte spørsmål knyttet til lokalsykehusfunksjoner til enkelte av bydelene, noe som vil være viktig å få avklart med hensyn til dagens samhandling og forberedelse til evt. nye samarbeidsrelasjoner. Prinsippet om at somatiske lidelser og psykiatri bør følge de samme lokalsykehusgrenser bør følges. Dette må inkludere barn og ungdomspsykiatri.

"Hva er det viktig at Helse Sør-Øst legger vekt på ved valg av styringsmodell innenfor sykehusområdene? Herunder:

- a) Hvilke styringsmodeller legger best til rette for å oppnå målene om å styrke lokalbaserte og spesialiserte tjenester, samhandling mellom sykehus og med kommunene, samt brukermedvirkning og pasientopplæring?*
- b) Hva er fordeler og ulemper ved eventuell fusjon i sykehusområdene?"*

Det synes riktig å ha en enhetlig overordnet ledelse for hvert sykehusområde, framfor å ha flere ulike HF-er innen området.

"I høringsnotatet beskrives to modeller for sykehusområde Sentrum. I modell 1 beskrives et samlet somatisk region- og områdesykehus (Ullevål og Rikshospitalet fusjoneres). I modell 2 beskrives ett somatisk regionsykehus med landsfunksjoner og hoveddelen av regionfunksjonene (Rikshospitalet) og ett områdesykehus med multitraume og tilhørende regionfunksjoner (Ullevål). I begge modeller legges opp til tre robuste lokalsykehus.

- a) Hvilken modell vil høringsinstansene anbefale?*
- b) Hvordan kan valgt løsning best realiseres?*
- c) Hvilke konsekvenser vil valgt løsning ha for utvikling av tilbudet i sykehusområdet?*
- d) Finnes det andre modeller som bør legges til grunn for organisering av sykehustilbudet i sykehusområde Sentrum?"*

Det synes mest logisk, faglig og praktisk, å jobbe videre mot å realisere modell 1. Hvis man skulle ha planlagt en helsetjeneste i Oslo i dag, uten å ha noen eksisterende bygningsmasse, ville man trolig valgt denne modellen framfor modell 2.

Det viktigste for bydelen er imidlertid etablering av tre robuste lokalsykehus.

"Hvilke tiltak vil best kunne bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet i regionen? Har høringsinstansene synspunkter på forslaget om å samle alle regionale funksjoner i ett rehabiliteringsforetak?"

Inndelingen av de spesialiserte rehabiliteringstjenestene i et lokalsykehusnivå og et nivå for regionsfunksjoner synes praktisk.

"I hvilken grad kan de ulike forslagene til endringer påvirke utvikling og ivaretagelse av kompetanse, fagmiljø, medarbeidernes arbeidssituasjon og arbeidet med å utvikle et godt arbeidsmiljø?"

Høringsnotatet vektlegger styrking og tydeliggjøring av lokalsykehusnivå. For de aller fleste pasienter vil lokalsykehuset være den naturlige innfallsporten mot spesialisthelsetjenesten, og lokalsykehuset vil være den naturlige samhandlingsarenaen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Justering av opptaksområder gjør at enkelte bydeler får nye sykehus å forholde seg til, og dette krever oppdatering av samarbeidsavtalene. Prinsippet med samling av somatikk, psykiatri inkl. barne- og ungdomspsykiatri og rus på samme lokalsykehus vil også være en klar fordel i forhold til samhandling og koordinering av tjenester.

Forslagene med utvikling av et lokalsykehusnivå vil trolig bidra til et tettere samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og legge til rette for en bedre kompetanseoverføring begge veier. Mest sannsynlig også dermed bedre fagmiljø begge steder og bedre arbeidsmiljø. Forslagene om å samle spisskompetansen innen hvert fagfelt på regionnivå er trolig også riktig i denne sammenheng. Man vil få samlet det fagmiljøet man har, og i og med utvikling av lokalsykehusnivå vil man kun arbeide med sterkt selekterte pasienter som primært har behov for nettopp den kompetansen som avdelingen innehar.

” Har høringsinstansene forslag til tiltak og løsninger som kan bidra til å styrke brukerperspektivet i omstillingsprosessen?”

Styrking av brukerperspektivet kan synes vanskelig i dette overordnede perspektiv, utover å la de berørte utvalg og brukerorganisasjoner komme med innspill til høringsforslagene. Senere bør det utvikles bedre rutiner for brukerundersøkelser, klagebehandling m.v.

”God samhandling med kommunehelsetjenesten er avgjørende for å sikre helhetlig tilbud og god ressursutnyttelse. Det bes om synspunkter på foreslåtte innretning av tjenestene og særskilte tiltak for å styrke samhandlingen mellom nivåene.”

Det forutsettes god samhandling på alle nivå i organisasjonene i 1. og 2. linjen.

Distriktpsykiatrisk senter (DPS) og barne- og ungdomspsykiatri (BUP) befinner seg sentralt mellom kommunehelsetjenesten og den psykiatriske sykehustjenesten, med kunnskap om begges kompetanse og kapasitet. Det vil være naturlig at de får en styrket rolle når det gjelder pasientstrømmen, inntak, utskrivninger, prioritering av begrensede spesialressurser. De private aktørene, som privatpraktiserende psykiatere og psykologer, burde knyttes nærmere til DPS og BUP. For kommunehelsetjenesten ville det være en ubetinget fordel om man kunne ha ett sted å forholde seg til. Det må bli en bedre samordning og forpliktende samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri.

Det er viktig og riktig at rus integreres tettere i psykisk helsevern, ettersom vi vet at det er så mange pasienter som har både rusproblemer og psykiske problemer. Faglig sett er det åpenbart at rusproblemer ofte kan være en følge av underliggende psykiske problemer.

I hovedsak vurderes prinsippene og forslagene i hovedstadsprosessen som hensiktsmessige i forhold til samhandlingsaspektet mellom tjenestenivåene. Imidlertid er samarbeid og samhandling ikke bare avhengige av gode strukturelle systemer og formelle avtaler, men vel så viktige er etablerte relasjoner og personlige kontakter. Stadige forandringer som endring av opptaksområder, funksjonsfordeling samt kommunale omorganiseringer som bydelsreformen har ikke lagt forholdene godt til rette de senere år.

”Er det andre problemstillinger eller løsninger høringsinstansene ønsker å påpeke? Alternative løsningsforslag for å nå målene?”

Det er viktig at det ikke trekkes forhastede konklusjoner, men foretas grundige vurderinger slik at endringer som vedtas gjennomført er godt fundert og at det foreligger et tidsperspektiv som tilsier at nye endringer ikke må foretas om få år. Videre må det forventes at selve omstillingen vil kreve betydelig tid og ressurser.

"For å skape god forankring og legitimitet for de løsninger som fremmes til beslutning etter høringsrunden, er det ønskelig at innspillene fra høringsinstansene er basert på brede drøftinger som skaper forankring. Høringsinstansene bes gi en kort beskrivelse av hvilken prosess som ligger bak høringssvaret."

Høringssvaret fra bydelen blir lagt frem for de berørte instanser og parter i bydelen, d.v.s. bydelsutvalget, fastlegene, komiteer og utvalg (representert med brukerorganisasjoner) som gis anledning til å lage egen uttalelse eller komme med vedlegg til denne uttalelsen.

Forslag til vedtak:

Bydelsutvalget slutter seg til bydelsdirektørens høringsuttalelse.

BYDEL SAGENE

Knut Egger
bydelsdirektør

Godkjent og ekspedert elektronisk uten underskrift

Trykte vedlegg:

Høringsbrev fra Helse Sør - Øst

Høringsnotat fra Helse Sør - Øst



BU-sak 08/71

Saksframlegg

Saksmappe:
2008/235

Saksbeh:
Dagny Meltvik,

Dato: 03.09.2008
Arkivkode:
217.2

Saksgang

Utvalg	Møtedato
ELDRERÅDET	15.09.2008
RÅDET FOR FUNKSJONSHEMMEDE	15.09.2008
HELSE- OG SOSIALKOMITEEN	18.09.2008
BYDELSUTVALGET	25.09.2008

Pålegg fra arbeidstilsynet - hjemmetjenesten og boliger i Bydel Sagene

Viser til BU-sak 08/30 om arbeidet med oppfylning av pålegg fra arbeidstilsynet etter tilsynsrunde med bydelens hjemmetjeneste og boliger for psykisk utviklingshemmede.

Bydelen mottok 27.6.2008 tilbakemelding fra arbeidstilsynet om at de siste 10 påleggene nå anses som oppfylt (vedlegg 1). Arbeidstilsynet påpeker at bydelen viser til en rekke hensiktsmessige og gode tiltak. Bydelen jobber aktivt videre med tiltakene for å bedre arbeidsmiljøet.

I forbindelse med tilsynene fikk også Oslo kommune v/byrådsavdelingen for velferd og sosiale tjenester tre pålegg fra arbeidstilsynet. I forbindelse med pålegg nr 2: "Gjennomgå og iverksette nødvendige tiltak for å ivareta arbeidsgivers ansvar for å vurdere og forebygge arbeidsmiljøkonsekvenser," Har byrådsavdelinga engasjert SINTEF Helse for å foreta en kartlegging og risikovurdering av HMS i hjemmetjenestene i bydelene. SINTEF har skissert følgende mål for oppdraget:

- Kartlegge hvilke modeller for bestiller-/utførerorganisering som finnes i bydelene med hensyn til HMS-forhold for ansatte som arbeider i brukers hjem
- Vurdere i hvilken grad de ulike modellene oppfyller arbeidsgivers HMS-ansvar
- Foreslå tiltak innen de ulike modellene som kan iverksettes for å sikre at HMS-ansvaret blir forsvarlig ivaretatt

Oppdraget skal gjennomføres ved

- en forberedende studie som omfatter dokumentstudier og telefonintervju med representanter for bestillerenheten i alle bydeler, og
- en hovedstudie der alle bydeler besøkes og det gjennomføres intervju med representant for bestillerenheten, for utførerensheten, for tillitsvalgte samt bydelens hovedverneombud.

Resultatene vil bli oppsummert i en sluttrapport som skal ferdigstilles innen 30. september 2008.

Forslag til vedtak:

Saksframlegget om pålegg fra arbeidstilsynet tas til orientering.

BYDEL SAGENE

Knut Egger
bydelsdirektør

Godkjent og ekspedert elektronisk uten underskrift

Trykte vedlegg:

1. Brev fra Arbeidstilsynet, ad. 25.06.2008: *Tilbakemelding på pålegg*
2. Brev fra byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, ad. 25.06.2008: *Kartlegging og risikovurdering av HMS i hjemmetjenesten i bydelen*



BU-Sak 08/72

Saksframlegg

Saksmappe:
2008/576

Saksbeh:
Bård Hjelde,

Dato: 02.09.2008
Arkivkode:
061.4

Saksgang

Utvalg	Møtedato
ELDRERÅDET	15.09.2008
RÅDET FOR FUNKSJONSHEMMEDE	15.09.2008
MEDBESTEMMELSEsutvalget	16.09.2008
HELSE- OG SOSIALKOMITEEN	18.09.2008
BYDELSUTVALGET	25.09.2008

Brukernes vurdering av hjemmetjenesten 2007

På oppdrag fra Helse- og velferdsetaten i Oslo kommune har TNS Gallup gjennomført en brukerundersøkelse blant brukere av hjemmetjenester. Undersøkelsen er gjennomført i november 2007. Spørreskjemaet som er brukt i undersøkelsen består dels av spørsmål som er utviklet i regi av Kommunenes sentralforbund (KS) og dels av spørsmål vedtatt av Oslo kommune.

Helhetsinntrykket av hjemmetjenesten i Oslo 2007

Undersøkelsen viser at brukernes helhetlige vurdering av tilbudet til hjemmetjenesten er høy. Resultatene for Oslo i 2007 avviker lite fra tilsvarende resultater i 2006. For Oslo er gjennomsnittelig score i 2007 i alt 76 mot 78 i 2006. For Sagene er score tilsvarende 74 og 75 poeng. Som i fjor er brukere som bare mottar hjemmesykepleie mer tilfredse enn gjennomsnittet, mens brukere som har både hjemmehjelp og hjemmesykepleie er mindre fornøyd enn gjennomsnittet.

Flertallet av brukerne er fornøyd, men det store variasjoner mellom bydelene. Som i fjor toppe Bydel Grünerløkka statistikken med 82 poeng (87 i 2006) i gjennomsnittscore, mens Bydel Grorud ligger har laveste score.

Metode, utvalg og spørreskjema

Målgruppen for undersøkelsen er brukere av kommunens hjemmetjenester, både knyttet til praktisk bistand i hjemmet (hjemmehjelp) og hjemmesykepleie.

Datainnsamlingen er gjennomført som postal undersøkelse, spørreskjemaer er distribuert per post, med en frankert svarkonvolutt. I 2007 var Svarprosenten i Oslo 30,2 i 2007 (29 % i 2006). Svarprosenten i Sagene var 26,1 i 2007 (24 % i 2006). To bydeler – Gamle Oslo og St. Hanshaugen hadde lavere svarprosent i 2007. I 2006 hadde Sagene laveste svarprosent.

Undersøkelsen er lagt opp som en tilfredshetsundersøkelse, det vil si at en ønsker å finne ut hvor fornøyd eller misfornøyd brukerne er med ulike forhold knyttet til tjenesten. Det er brukernes subjektive opplevelse og vurdering som måles i denne typen undersøkelser.

En tilfredshetsundersøkelse tar først og fremst sikte på å kartlegge den subjektive kvalitetsdimensjonen, dvs. opplevd kvalitet, gjennom å spørre så mange av aktørene at det danner seg et helhetsbilde. Det resultatet man får uttrykkes gjerne gjennom en indeks (kvalitetsindeks), for eksempel langs en skala fra 0-100 poeng. Svarene i undersøkelsen er gitt på en firedelt skala fra 1-4. En gjennomsnittsverdi på 2 på den firedelta skalaen tilsvarer en "indeks" på 33,3 i gjennomsnittsverdi på 2,5 tilsvarer indeksverdi 50 mens gjennomsnittsverdi 3 tilsvarer 66,7. Dersom alle hadde svart kategori 4 (svært fornøyd) på et spørsmål ville indeksverdien blitt 100.

Brukerne har svart på 33 spørsmål knyttet til hjemmetjenestene de mottar. 20 av spørsmålene er hentet fra Kommunenes sentralforbunds spørreskjema for vurdering av hjemmetjenester. De resterende spørsmålene er utviklet av Oslo kommune. Spørsmålsrekkefølgen og flere enkeltspørsmål er noe endret i forhold til forrige gjennomføring i 2006. Spørsmålene i denne undersøkelsen kartlegger brukernes vurderinger på syv enkeltområder:

- Resultat for brukeren
- Brukermedvirkning
- Individuell plan
- Tilgjengelighet
- Trygghet og respektfull behandling
- Trygghetsalarm
- Informasjon

Brukerne er også spurt om hvordan de vurderer det tjenestetilbudet de mottar generelt sett

Sammenligninger av resultater mellom 2006 og 2007 er problematisk idet resultatområdene og enkeltspørsmålene er ulike. Det bør allikevel være grunnlag for å kunne sammenligne gjennomsnittresultater for den samlede tjenesten for undersøkelser i 2006 og 2007.

Resultater

Generell vurdering

84 % av brukerne i Oslo er generelt sett fornøyd (svært eller litt fornøyd) med tjenestene og 16 % er misfornøyd (svært eller litt misfornøyd). I Sagene er 83 % generelt sett fornøyd og 17 % er misfornøyd.

Undersøkelsen viser at brukernes helhetlige tilfredshet med tilbudet til hjemmetjenesten er høy. Brukere som bare mottar hjemmesykepleie er mer tilfreds enn gjennomsnittet, mens brukere som har både hjemmehjelp og hjemmesykepleie er mindre fornøyde enn gjennomsnittet. Dette gjelder også i Sagene bortsett fra når det gjelder brukermedvirkning hvor brukere av kun hjemmehjelp har lavest skåre.

Brukerne er mest fornøyd med kvaliteten på området *Trygghetsalarm* (86 poeng i Oslo, 87 poeng i Sagene), og område *Trygghet og respektfull behandling* (76 poeng i Oslo og 74 i Sagene).

Brukerne er minst fornøyd med individuell plan og brukermedvirkning (59 og 60 poeng i Oslo, 59 og 59 poeng i Sagene).

De som bruker privat hjemmehjelp er signifikant mer fornøyd med tjenestene enn de som benytter et offentlig tilbud.

Spennvidden mellom bydelen med høyeste og laveste tilfredshet er lavere enn i 2006. For 2007 varierer helhetsvurderingene av hjemmetjenesten fra 67 poeng på Grorud til 82 poeng på Grünerløkka.

Privat vs. offentlig hjemmehjelp

Private tjenesteleverandører av hjemmehjelp vurderes som bedre enn offentlige på alle målte områder i Oslo. I Sagene vurderes allikevel tilgjengeligheten til tjenesten bedre for brukerne av bydelens hjemmetjeneste. I 2006 var vurderingen i Oslo at private tjenesteleverandører av hjemmehjelp var noe bedre på fleksibilitet, samarbeid og pålitelighet, men noe svakere på ressurser og tilrettelegging. Utenom dette var forskjellene mellom privat og offentlig ubetydelige i 2006.

Forskjellen mellom private og offentlige leverandører er størst på området informasjon. I Oslo utgjør forskjellen 15 indekspoeng (75 vs 61 poeng), og i Sagene hele 18 indekspoeng (78 vs 60 poeng).

Detaljerte vurderinger etter temaområde

Resultater for brukeren (KS- og Oslospørsmål samlet)

Brukerne i Oslo og Sagene er mest fornøyd med at tjenesten gir en bedre hverdag ved at de kan bo hjemme. De er minst fornøyd med hjelpen de får til å tilrettelegge måltider, men her er det imidlertid lav svarprosent.

Brukermedvirkning

Brukerne både i Oslo og bydelen er mest fornøyd i forhold til medbestemmelse med hensyn til hvilken type hjelp man ønsker, mens de er minst fornøyd med hensyn til tidspunkt for når de skal motta hjelp.

Individuell plan

19 % av brukerne i Oslo og 20 % av brukerne i Sagene oppgir at de har en individuell plan. Av de som oppgir å ha en individuell plan oppgir 62 % i Oslo at denne i stor grad er utformet i samarbeid med dem, i Sagene oppgir 52 % at de har deltatt i utarbeidelsen av planen. Andelen som har svart på dette spørsmålet er svært liten – mellom 20 og 25 % i Oslo og Sagene. Resultatet synes urealistisk og kan tyde på at mange ikke har forstått hva en individuell plan er.

Tilgjengelighet

Brukerne både i Oslo og i bydelen er mest fornøyd med den mottakelsen de fikk da de søkte hjelp. 90 % oppgir at de er fornøyd i Oslo, i Sagene 88 %. Dette representerer en nedgang i andel fornøyde brukere både i Oslo og bydel sammenlignet med resultatene for 2006. Brukerne både i Oslo og Sagene er minst fornøyd med muligheten til å få hjelp utover det som er avtalt.

Trygghet og respektfull behandling

Brukerne både i Oslo og Sagene er mest fornøyde med hjelpernes evne til å overholde taushetsplikten. Dette spørsmålet er også det som også total sett oppnår den høyeste skåren. Brukerne er minst fornøyd med informasjonen de får i forbindelse med forsinkelser.

Tilfredsheten med hovedområdet trygghet og respektfull behandling er den nest høyeste blant alle områdene både i Oslo og Sagene med snittskåre på hhv 76 og 74 poeng.

Trygghetsalarm

66 % av brukerne i Oslo og 72 % av brukerne i Sagene oppgir at de har trygghetsalarm. Av de som svarte at de har trygghetsalarm oppgir 91 % i Oslo og 92 % i Sagene at denne i stor grad ivaretar deres behov. Snittskåren på dette området er den høyeste av alle hovedområdene både i Oslo og Sagene.

Informasjon

Tilfredsheten på dette området er relativt lav både i Oslo og i Sagene med score på hhv – 63 og 62 poeng. Innenfor dette området er tilfredsheten begge steder størst med *mulighetene til å velge eller bytte hjemmehjelpsleverandør*. Spørsmålet om i hvilken grad brukerne er fornøyd med *antallet forskjellige hjelpere* skiller seg klart ut i negativt retning med en snittskåre på 47 poeng i Oslo og 44 i Sagene. For Sagene representerer det imidlertid en stor nedgang fra tilsvarende skåre i 2006 med 55 poeng.

Brukervalg

På spørsmål om brukerne synes tjenesten var blitt bedre etter at man hadde fått mulighet til å velge mellom privat eller kommunal tilbyder av hjemmehjelp svarte 17 % ja og 13 % nei av brukerne i Oslo. I Sagene svarte 15 % av brukerne ja og 15 % nei. En høy andel av brukerne svarte dermed ikke på spørsmålet.

Konklusjon

Presentasjonen av undersøkelsen og resultatene av denne er ikke uttømmende. Den samlede dokumentasjonen av Osloundersøkelsen og resultater er tilgjengelig på internettsidene til Helse- og velferdsetaten <http://www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/publikasjon/article87966-6513.html>

Enkeltresultatene fra undersøkelsen i Sagene følger vedlagt.

Administrasjonen vurderer at undersøkelsen har flere svakheter som tilsier at det bør utvises stor forsiktighet i tolkningen av resultatene.

Svarprosenten er generelt lav i hele Oslo – og særlig lav i Sagene. Vi kan ikke se at prosjektansvarlige har problematisert dette forholdet. Bydelens hjemmetjeneste kommenterer i forhold til den lave deltakelsen at de har erfaring med at mange brukere ikke ønsker å delta i slike undersøkelser og at tilbud om hjelp til undersøkelsen til dels blir avvist og heller ikke synes å være tilstrekkelig til å øke svarandelen. Hjemmetjenesten opplever også at mange brukere har hatt problemer med å forstå flere av spørsmålene. Det er derfor usikkert i hvilken grad svarene er representative for alle brukerne i bydelen. At mange brukere har vanskeligheter med å forholde seg til det skriftlige spørreskjemaet sannsynliggjør at det vil

være stor usikkerhet knyttet til sammenligning av resultater mellom bydeler med svært ulike levekår.

Bydelsdirektørens forslag til vedtak:

Saksframlegget om brukernes vurdering av hjemmetjenesten 2007 tas til orientering

BYDEL SAGENE

Knut Egger
bydelsdirektør

Godkjent og ekspedert elektronisk uten underskrift

Trykte vedlegg:

Resultater fra Bydel Sagene

Utrykte vedlegg:

Rapport Brukerundersøkelse i hjemmetjenesten 2007 Helse og velferdsetaten april 2007

Vedlegg:

BU-sak 08/69	Økonomioppfølging pr. juli 2008	34
BU-sak 08/70	Hovedstadsprosessen – Høring – Program for omstilling og utvikling i Helse Sør-Øst	44
BU-sak 08/71	Pålegg fra arbeidstilsynet – hjemmetjenesten og boliger i Bydel Sagene	68
BU-sak 08/72	Brukernes vurdering av hjemmetjenesten 2007	74



Vedlegg BU-Sak 08/69

BYRÅDSAVDELING FOR VELFERD OG SOSIALE
TJENESTER

RÅDHUSET
0037 Oslo

Dato: 26.08 2008

Deres ref:

Vår ref (saksnr):
2008/165

Saksbeh:
Knut Egger

Arkivkode:
121.0

ØKONOMIOPPFØLGING PR. JULI 2008

1.SISTE AVLAGTE ÅRS PROGNOSE I AGRESSO

Prognosen er fastsatt på bakgrunn av regnskapet pr. 31.07.08 og bydelens vurderinger pr. 20.08. Regnskapsavvik er korrigert i forhold til innmeldte avvik i Agresso.

Tab 1: Årsprognose pr. 31.07

Hele tusen kroner

	Funksjonsområde	Regnskaps- avvik pr. 31.07	Regnskaps- avvik pr.30.06	Års prognose denne måned	Års prognose forrige måned
Fo1	Helse, sosial og nærmiljø	774	662	1 000	1 000
Fo2a	Barnehager	260	315	0	0
Fo2b	Oppvekst	- 222	1 255	- 3 000	- 1 000
Fo3	Pleie og omsorg	- 2 640	- 685	- 2 000	- 1 000
Fo4	Økonomisk sosialhjelp	- 1 687	- 2 756	- 2 500	- 2 500
	Totalt	- 3 515	- 1 209	- 6 500	- 3 500

Kommentarer:

Avviket etter korrigeringer er pr. 31.07 på minus 3,515 mill.

Regnskapsavviket økte negativt med 1,019 mill. i mai, ble bedret med 1,101 mill. i juni men er i løpet av juli forverret med 2,306 mill.

Bydelen har mottatt 0,839 mill. gjennom kommunaldirektørens sak 28/2008 og kan i tillegg frigjøre ca. 0,7 mill. fra balansen. Disse beløp er ikke medtatt i regnskapet, men er tatt med i prognosen for FO3.



Bydel Sagene

Besøksadresse:
Thorvald Meyers gate 7
Postadresse:
Postboks 4200 Nydalen
0401 Oslo

Telefon: 02180
Telefaks: 23 47 40 01
Giro: 6004 06 04092
Org nr.: 974 778 726

Internett:
www.bsa.oslo.kommune.no
E-post:
postmottak@bsa.oslo.kommune.no

Lønnsoppgjøret i Oslo har en ramme som går ut over det som bydelen er tildelt og også har avsatt til å møte årets lønnsoppgjør. Det forutsettes at merutgiften dekkes opp fra byrådet.

FO1: Merforbruket innen FO1 skyldes kjøp av tiltaksplasser innen rusomsorgen. Sosialavdelingen prognoserer et merforbruk på 0,6 mill. til kjøp av slike plasser, mens regnskapsavviket pr. juni er ca. 1,3 mill. i merforbruk. Merforbruket er ikke øket i juli. HOS – avdelingen kan frigjøre 0,6 mill. til å dekke merforbruket. I tillegg kan 0,466 mill frigjøres i ledige midler fra 2007.

Prognosen for drift av tiltak innen FO1 settes til null avvik.

P.g.a. at bydelen ikke hadde fratrasket øremerkede midler ved beregning av overførbart merforbruk har bydelen avsatt 1 mill. for mye i år til å dekke tidligere års merforbruk. Bydelens ramme for 2008 er etter dette redusert med 16,6 mill for dekning av tidligere års merforbruk. Beløpet tilbakeføres rammen fra neste år.

Prognosen settes til + 1 mill. i avvik

FO2a: I beregningen har bydelen bundet opp 2 mill gitt til opprustning av barnehagene. Bydelen er tildelt 0,765 mill mer i statstilskudd til funksjonshemmede barn enn budsjettet. Midlene avsettes til formålet. Bydelen har nå mottatt kompensasjon for byrådet for utgifter knyttet til plasser opprettet i 2007. Tildelingen stemmer med våre budsjettforutsetninger. Vi har imidlertid overfor byrådet tatt et forbehold knyttet til at vi pr. d.d. ikke har mottatt endelig husleie fra Omsorgsbygg for en av de nye barnehagene.

BOU – avdelingen har gitt en prognose på 0,861 mill i mindre forbruk, primært knyttet til ansvarsendringen mellom Undervisningsetaten og bydelene for barn med tiltak etter opplæringsloven.

Bydelsdirektør vil avvente 2. tertial før dette eventuelt tas inn som et positivt avvik, og omdisponeres til barnevernet (FO2b).

Prognosen settes til null i avvik

FO2b: Barnevernets egen prognose ut fra kjente og forventede tiltak pr. 05.08 gir et merforbruk på 3 mill. i institusjonsplasseringer, som er en økning på 2 mill i forhold til forrige måneds prognose.

Årsaken er forholdsvis mange nye barn med forventet behov for plassering fra august til november.

P.g.a. ferie har ikke bydelsdirektør fått gjennomgått endringene med barnevernssjefen. Dette vil bli gjort i forbindelse med 2. tertial prognose.

Det er ikke tatt hensyn til følgende:

En forventning om 0,3 mill. av bystyrets bevilgning på 5 mill. til bydelenes barnevern.

En forventning om noe mer enn ca. 0,9 mill i kompensasjon for dyre plasseringer av den sentrale avsetning på 15 mill.

En mulig overføring på ca. 0,8 mill fra FO2a.

Prognosen settes til – 3 mill

FO3: Hjembaserte tjenester prognoserer et merforbruk på 1,4 mill. Bydelsdirektør viser til at tjenesten er tilført nær 3 mill. i løpet av våren, og forutsetter at tjenesten tilpasser seg den nye ramme. Tjenesten har iverksatt innsparingstiltak bl.a. omlegging av turnus. HOS sjef vil rett over sommeren få gjennomgått omfang av vedtak og vedtakspraksis.

Bydelsdirektør har imidlertid valgt å innarbeide en prognose på minus 1 mill.

Siden 01.06.07 har vi redusert med 61 sykehjemsplasser, hittil i år med 27 plasser.

Antall sykehjemsplasser kjøpt fra SYE skal reduseres fra 306 til 245 i løpet av året. Pr. 01.08 er antallet 279 plasser dvs. 14 plasser over plantallet for samme periode. Gjennomsnittlig har vi hatt 10 dødsfall (ledige plasser) pr. måned hittil i år, og pr. 01.08 har vi ingen på venteliste til fast plass. Gitt samme døds rate ut året, og fem tildelinger pr. måned vil vi ende på 254 plasser ved utgangen av året og et merforbruk på 2,5 – 3,0 mill.

Dersom vi ikke klarer å nedtrappe noen flere plasser resten av året vil merforbruket kunne bli ca. 5 mill.

Bydelsdirektør har lagt til grunn en prognose på 2,5 mill. (netto utgifter) hvorav 1,6 mill. kan dekkes opp av andre midler (0,8 mill fra kommunal direktørens sak 28/2008 og 0,7 mill i andre reserver.)

Prognosen settes til – 1 mill. i avvik.

FO4: Sosialhjelpen (brutto utbetalinger) etter syv måneder er 52,8 mill. mot 53,0 mill for samme periode i fjor. Korrigert for økningen i basis beløpene (5 %) og øvrig prisstigning ligger vi ca. 2 mill under fjorårets utbetalinger.

Vi ligger imidlertid 1,7 mill over budsjettet hittil i år, hvorav 1,2 mill i utbetalinger og 0,5 mill i mindre refusjoner enn forventet.

Budsjettet ble i juni styrket med 2,5 mill fra balansen.

Antall klienter med sosialhjelp i juni var 789 og er det laveste hittil i år. Juli er nest lavest med 806 klienter. Fra 872 klienter i snitt pr. måned i fjor er dette nå redusert til 845 for i år, og er i tråd med årets plantall. Det er utbetaling pr. klient som ligger over plantallet og medfører merforbruk, samtidig som rammen for økonomisk sosialhjelp er redusert med ca. 5 mill i forhold til 2007.

Vi har i tillegg til disposisjon ca. 10 mill i statlig kvalifiseringsstønad. Byrådet har i brev av 26.06 gitt oss et plantall på 252 deltagere i år. Dette er urealistisk ut fra den økonomiske ramme. Vi beregner å overføre 100 brukere til kvalifiseringsstønad i løpet av året. Dette beregnes å gi 1,6 mill. i besparelse på sosialhjelp.

Selv om regnskapet reelt er bedret i juli videreføres prognosen fra forrige måned.

Prognosen settes etter dette til – 2,5 mill. i avvik.

2. BEREGNET OMSTILLINGSBEHOV OG SALDERINGSFORUTSETNINGER FOR 2008

Konklusjon: Ingen endringer siden forrige måned

Etter bystyrets budsjettvedtak for 2008 er bydelens omstillingsbehov for 2008 beregnet til 24,3 mill. inkl. inndekning av 12,6 mill. i merforbruk fra 2006 og 5 mill. fra 2007.

Etter bystyrets vedtak i sak om disponering av regnskapsmessig overskudd må bydelen dekke opp 4 mill. og ikke 5 mill i merforbruk fra 2007. Tabellen nedenfor er ikke justert i.h.t denne endring, men 1 mill. er tatt med som besparelse i prognosen for FO1.

Tabell 2 Beregning av omstillingsbehov 2008-2009

hele tusen kroner

			Omstillings- behov 2008 revurdert	Omstillings- behov 2009 - revurdert
	1	Regnskapsprognosen for 2007 (2008)	- 12 300	0
+	2	Herav merforbruk fra tidligere år	6 800	17 600
+	3	Effekt av tiltak iverksatt 2007 (2008)	9 400	12 000
-	4	Annet	- 2 900	- 2 000
-	5	Nye tiltak	- 4 000	0
-	6	Innfasing av handlingsplanen	- 4 400	0
=		AVVIK I AKTIVITETSNIVÅ VED INNGANGEN TIL 2008 (2009)	- 7 400	27 600
-	7	Realendring i byrådets forslag til driftsbudsjett for 2008 og 2009	- 3 100	- 12 400
-	8	Ikke kompenserte merutgifter ("skjulte kutt")	- 3 700	
+	9	Forventet andel av sentrale avsetninger	7 500	0
=		OMSTILLINGSBEHOV FOR INNDEKNING AV MERFORBRUK FRA TIDLIGERE ÅR	- 6 700	15 200
-	10	Inndekning av merforbruk fra 2006	- 12 600	0
-	10	Inndekning av merforbruk fra 2007	- 5 000	0
-	10	Inndekning av merforbruk fra 2008	0	0
=		TIDLIGERE ÅRS MERFORBRUK	- 17 600	0
		OMSTILLINGSBEHOV INKL. INN- DEKNING AV MERFORBRUK	- 24 300	15 200
+	11	Salderingstiltak	24 300	6 000
=		SALDERINGSGAP	0	21 200

Andel av sentrale avsetninger

Salderinger forutsette følgende andeler av sentralt avsatte midler:

Tabell 3: Forventede andeler av sentrale avsetninger

Kostra	Område	Sentral avsetning	Vår andel	Merknad
254	Sentrale psykiatrimidler *	45 011	1 600	Mottatt 2,457 mill.
211	Barnehager – statstilskudd til tiltak for funksjonshemmede barn		3 900	Mottatt 4, 665 mill.
221	Barnehager – husleier *		1 372	Mottatt 1,372 mill.
221	Barnehager – nye plasser		6 283	= avsatte utgifter
241	Turnus leger	5 400	600	
242	Aktiviseringsmidler *	20 000	1 400	Mottatt 1,757 mill
252	Barnevern – dyre plasseringer	30 000	958	Mottok ca. 1,2 mill i 2007
242	Sosialhjelp og introduksjonsordning *	42 000	3 087	Mottatt 3,329 mill.

- : Disse poster inngår i tabell 1 – punkt 9

Siden rapport pr. april har bydelen mottatt følgende tildelinger:

- 1,372 mill. kompensasjon for husleier barnehager (Byrådets sak 15/2008). Forutsatt i salderingen
- 4,665 mill. i statstilskudd til tiltak for barn med nedsatt funksjonsevne (Byrådets sak 14/2008). 0,765 mill. mer enn forutsatt. Beløpet avsettes til formålet.
- 2,351 mill i rammekutt av tildelte midler til spesialpedagogisk hjelp til barn under opplæringspliktig alder p.g.a. at ansvaret for ordningen først overføres 01.08 fra Utdanningsetaten (byrådsak 1068/08). Ingen konsekvens.
- 5,820 mill. i kompensasjon for kommunale barnehageplasser etablert i 2007 (byrådets sak 20/2008). Beløpet stemmer med budsjett forutsetningen forutsatt at endelige husleier fra OBY stemmer med våre forutsetninger. Byrådsavdelingen er informert og har meddelt bydelene at vi kan få dekket slike dokumenterte merutgifter.

Siden rapport pr. juli har vi mottatt:

- 0,839 mill i ikke innvilgede kompensasjon for nye kostnadskrevenne brukere som bydelene søkte om i fjor (kommunaldirektørens sak 28/2008). Bør avsettes som buffer for nedtrapping av sykehjemsplasser.

Som følge av bystyrets behandling av kommunens regnskap for 2007 antas følgende tildelinger som ikke er forutsatt i årets saldering:

- 0,317 mill. i kompensasjon for forventet økt tilskudd til private barnehager. Beløpet avsettes til formålet.
- 0,320 mill i ramme til barnevernet. Midlene bør tilføres barnevernet

Konklusjon: Budsjettforutsetningene holder, jfr. forutsetningen knyttet til husleier for nye barnehager.

Kostnadskrevende brukere og statlig refusjon

Dette følges opp gjennom et eget rapporteringssystem. Det er 25 brukere som kommer inn under refusjonsordningen. Beregnet refusjon er kr. 15,706 i 2007-priser. Budsjettet er satt til 16,210 mill som tilsvarer 3,2 % lønnsvekst i 2008.

Siste beregning tyder på en merinntekt på ca. 0,345 mill. Denne er ikke medtatt i prognosen før det er klarlagt om denne merinntekt må dekke tilsvarende merutgifter.

Konklusjon: Budsjettforutsetningen bør holde.

Bydelsutvalgets salderingsvedtak

Bydelsutvalget vedtok 13.12.07 salderingsvedtak på samlet 24,3 mill. i.h.t. tabell 3 nedenfor:

Tabell 4: Vedtatte salderinger

	Tiltak	Risiko	Beløp	Merknader
1	54 færre sykehjemsplasser	H	- 16 200	Se egen oversikt
2	Øke Møllehjulet med 2 rehab og 6 aldershjemsplasser	L	2 200	Etablert pr. 01.05.
3	Samordning natt tjenesten boliger psykisk helsevern	L	- 700	Gjennomført
4	Samordning bemanning i boliger - aktivitetssenter	L	- 200	Gjennomført
5	Redusert kjøp av legetjenester	L	- 100	Gjennomført
6	Brann reduserer husleier m.m for ungdomssektoren i 2008	L	- 320	Godkjent av Oslo Forsikring
7	Avvikling av/alternativ finans. tilbud til 70 utviklingshemmede ved UngMetro	L	- 650	Barn.fam.dep gitt: 200.000 Andre bydelers tilsagn: 350.000 Tiltaket videreføres i år.
8	Lønns- og regnskapsmedarb. Inndratt i 2007 (2 stillinger)	L	- 500	Gjennomført
9	Bu leder fri kjøpes ikke	L	- 70	Gjennomført
10	Serviceavtaler avviklet	L	- 190	Gjennomført
11	Ett årsverk til barnevernet	L	500	Gjennomført
12	Redusert institusjonskjøp barnevern	H	- 4 670	Se egen oversikt
13	Elektrisitet effektivisering	M	- 200	
14	UKE' s tilbud til IKT aksepteres ikke av BU	M/H	- 500	Pr.01.04: stor uklarhet vedr IKT kostnader
15	Parkvedlikehold	L	- 600	Kuttet erstattes av overførte midler fra 2007
16	Redusert avsetning til aktive tiltak i forhold til byrådets "grønt hefte" (5,1 mill.)	L	- 700	Gjennomført
17	Bruk av rimeligere tilbud innen rusomsorgen	H	- 1 000	Risikoen oppgradert fra M/H til H

18	Avvikling av utleievirksomhet i Torshovgata 33	M	- 400	Husleiekontrakt med OBY sagt opp pr. d.d.
	SUM		- 24 300	

Siden rapporten pr. mai har vi øket risikoen for tiltak nr. 1 (sykehjemsplasser) fra M til M/H, og vi har nå øket risikoen for tiltak 12 fra M/H til H.

Samtidig tilsier regnskapet at vi ikke vil klare å nå målet for tiltak 17. – jfr. innledning av denne rapporten.

3. MÅNEDLIG UTVIKLING I KJØP AV SYKEHJEMSPLASSER, INSTITUSJONS- PLASSER I BARNEVERNEN OG ØKONOMISK SOSIALHJELP

Sykehjemsplasser kjøpt fra sykehjemsetaten

Dette anses som den mest kritiske faktor i budsjettet for 2008. Tabell 4 viser forutsatt nedtrappingsplan.

Tabell 5: Nedtrapping av sykehjemsplasser kjøpt fra sykehjemsetaten

Dato	Antall budsjetterte plasser 1)	Antall reelle plasser	Månedlig merforbruk (brutto)	Akkumulert merforbruk (brutto)
01.01	300	306	- 252	- 252
01.02	296	295	42	- 210
01.03	292	294	- 84	- 294
01.04 1)	287	286	42	- 252
01.05 1)	279	282	- 126	- 378
01.06	275	280	- 210	- 588
01.07	270	281	- 462	- 1 050
01.08	265	279	- 588	- 1 554
01.09	262			
01.11	252			
31.12	245			

1: Plantallet pr. 01.04 (og budsjett) er redusert med en plass som er overført til Enhet for utviklingshemmede. Pr. 01.05 er justert ned med ytterligere 4 plasser for å finansiere driften av 8 nye plasser ved Møllehullet, som er etablert ultimo april.

Budsjettavviket regnes som: avvik plasser pr. måned x 42.000-, (månedspris pr. plass).

Det understrekes at regnskapsprognosen for kostra funksjonen vil avvike fra disse tallene idet denne funksjon omfatter andre tjenestetilbud enn kjøpte sykehjemsplasser, samt at vi får inntekter fra plasser som ikke er avviklet.

Nedtrappingen i løpet av ett år (siden 01.06.07) har vært 61 plasser, hvorav 27 plasser i år. Siden mai har nedtrappingen gått saktere enn planlagt. Forutsetningen om 245 plasser ved slutten av året krever en netto reduksjon på 7 plasser pr. måned, mot et måltall på 4-5 plasser pr. måned.

Gitt samme døds rate pr. måned som hittil i år (10 plasser pr måned) må vi ikke tildele mer enn 3 nye plasser pr. måned resten av året. Pr. 01.08 har vi ingen på venteliste til fast plass.

Legger vi til grunn følgende alternativ får vi følgende merforbruk:

Netto 5 plasser pr. måned gir 254 plasser pr. 31.12 og ca. 2,5 – 3,0 mill. i netto merforbruk

Netto 4 plasser pr. måned gir 259 plasser pr. 31.12 og ca. 3,0 – 3,5 mill. i netto merforbruk

Netto 0 plasser pr. måned gir 279 plasser pr. 31.12 og ca. 5,0 – 6,0 mill. i netto merforbruk

Det siste alternativ synes lite realistisk. I sin prognose har bydelsdirektør lagt til grunn det første alternativ med netto 5 færre plasser pr. måned.

Institusjonsplasser i barnevernet

Budsjettet for institusjonsplasser er for 2008 videreført med prognosert forbruk 2007, deretter justert ned med 4,670 mill. og prisjustert med 4 %. Det er avsatt 33,080 mill til kjøp av institusjonsplasser.

Tabell 6 viser omfang av institusjonsplasseringer – dvs. vedtak pr. d.d. og samlet kostnad for vedtaksperioden.

Tabell 6: Barnevernets budsjett til institusjonsplasseringer

Dato	Budsjett for 2008 (hele tusen kr)	Budsjetterte oppholds-døgn for 2008	Budsjettert døgnpris 1)	Vedtatt for 2008 pr.d.d 2) (hele tusen kr.)	Vedtatte døgn pr.d.d.	Reell døgnpris	Udisponert budsjett pr.d.d.
01.01	33 080	9 050	3 655	23 400	6 402	3 655	9 680
01.03	33 080	9 050	3 655	27 733	7 721	3 592	5 346
01.04	33 080	9 050	3 655	28 362	7 812	3 631	4 717
01.05	33 080	9 050	3 655	28 784	7 980	3 607	4 296
01.06	31 050	8 495	3 655	28 701	7 941	3 614	2 349
01.07	30 723	8 405	3 655	31 667	8 638	3 666	- 944
01.08	30 655	8 387	3 655	33 603	9 050	3 713	- 2 938
01.09							
01.11							
31.12							

1) Budsjettert døgnpris er pris pr. plass pr. 31.12.07 justert med 4 % prisvekst

2) Vedtatt er vedtatte og forventede plasseringer i løpet av året som vi har oversikt over pr. d.d.

Barnevernets totale budsjett er ikke endret i løpet av året. Endringene i kolonne 2 ovenfor skyldes at midler fra posten "kjøp av institusjonsplasser" er overført til postene "fosterhjem m.m.", som følge av vedtatt policy.

Vi har pr. 01.03 redusert det disponible beløp med 4,3 mill til 5,3 mill., herav 1 mill. som allerede skulle vært innarbeidet pr.01.01 (2 beredskapshjem). Den reelle endring er derfor 3,3 mill. og skyldes:

- Utvidelse av vedtaket for tre beredskapshjem: ca. 0,7 mill
- Økt pris utover prisvekst for en ungdomsplassering: ca. 0,5 mill
- Tre nye plasseringer, hvorav 2 hele året og 1 i 3 måneder: ca. 3 mill.
- Noen reduksjoner i andre vedtak reduserer økningen til ca. 3,3 mill.

Vi har pr. 01.04 redusert det disponible beløp med ytterligere 0,629 mill. Årsaken er:

- To opphold i familiesenter/beredskapshjem er redusert: ca. - 0,55 mill
- En ny plassering av en ungdom gir en økning: ca. 1,1 mill.

Vi har pr. 01.05 redusert det disponible beløp med ytterligere 0,421 mill. Årsaken er:

- Plassering av et søsken par.

Vi har pr. 01.06 redusert det disponible beløp med ytterligere 0,279 mill. Årsaken er:

- Plassering av to nye barn (0,854 mill)
- 3 barn er overført andre tiltak (-0,575 mill)

Vi har pr. 01.07 redusert budsjettet med 0,331 mill som er overført til andre barnevernsutgifter. Selve utgiftsprognosen er siden 01.06 økt med 0,136 mill som skyldes:

- Redusert oppholdstid for en bruker, økt for en annen (- 0,210 mill)
- Økt pris på vår mest kostnadskreven plass (nå: kr.13.800-, pr. døgn) (+0,346 mill).

Vi har pr. 01.08 økt utgiftsprognosen med 1,994 mill som skyldes:

- 12 nye barn med en kostnad på ca. 3,5 mill, herav et barn med en kostnad på ca. 0,5 mill hvor vi vil søke statsrefusjon (mindreårig flyktning)
- 4 barn som ble lagt inn i oversikten i forrige måned er tatt ut, med en kostnad på ca. 1,7 mill.

NB! P.g.a. ferieavvikling har bydelsdirektør ikke hatt anledning til å gjennomgå klient oversikten med barnevernssjef. Dette vil bli gjort i forbindelse med 2. tertial rapporteringen

Prognosen settes foreløpig til 3 mill. i merforbruk, men det arbeides med å frigjøre midler for å dekke opp deler av et slikt merforbruk.

Sosialhjelp og andre stønader

BU har innarbeidet 4,4 mill. til aktive tiltak og introduksjons stønad i driframmen, hvorav 1,433 mill vedr nyankommede flyktninger er omdisponert fra sosialhjelpsrammen. Rammen ble i BU-sak 28/2008 øket med 0,451 mill som følge av omregning av bydelenes tildelinger etter regnskapsavslutningen for 2007. Netto ramme er etter dette: 74,196 mill. og brutto ramme 85,996 mill.

Rammen er i juli styrket med 2,513 mill. fra balansen.

Tabell 7: Brutto utgifter økonomisk sosialhjelp

hele tusen kroner

Dato	Årsbudsjett	Gjennomsnittlig antall klienter pr. mnd hittil i år	Gjennomsnittlig månedlig brutto utbetalt pr. klient hittil i år	Prognose ut fra klienter x mndl. utbetaling	Mulig budsjettavvik
01.01 1)	85 397	867	8 551	88 964	- 3 567
01.03 2)	85 397	861	8 884	91 789	- 6 392
01.04	85 996	848	8 753	89 070	- 3 074
01.05	85 996	857	8 920	91 733	- 5 737
01.06	85 996	863	8 941	92 592	- 6 596
01.07	88 509	848	9 081	92 408	- 3 899
01.08	88 509	845	8 930	90 550	- 2 041
01.09					
01.11					
31.12					

1) Prognosen pr. 01.01 var lik antall brukere pr. 31.12.07 x gjennomsnittlig utbetalt brutto ultimo 2007.

2) Ved en inkurie var det ført inn et for lavt brutto tall i mars (kr. 8.719 pr. klient)

Sosialhjelpens inntektsside (refundert bostøtte, trygd m.m.) på 11,8 mill. antas å holde i år, selv om den pr. 31.07 ligger ca. 0,5 mill under budsjettet.

Sosialhjelpens utgiftsside, som er de tall som fremgår av tabell 7, har et merforbruk på 1,2 mill etter syv måneder etter tilførsel av midler fra balansen. I forhold til tilsvarende periode i fjor er antall klienter redusert fra 872 til 845, mens utbetalingene pr. klient er øket. Utbetalingen brutto er på 52,3 mill. etter 7 måneder mot 53,0 mill for samme periode i fjor.

Gjennomsnitt utbetalt sosialhjelp pr. måned hittil i år er på kr. 8 930 -, pr. klient og er ca. 4,4 % over hva vi utbetalte i fjorårets to siste måneder. Korrigerer vi for en økning i satsene for basisbeløpene på 5 % og en generell prisvekst på 1,5 % så tilsvarer dette at ca. 3,5 % av veksten på 4,4 % skyldes prisvekst.

Byrådets tertialstatistikk (pr. 31.04.d.å) viser at vi har en noe høyere utgiftsvekst pr. mottager enn Oslo samlet i forhold til 2007 (4,2 % mot 3,5%).

Merforbruket kan derfor primært knyttet til en reduksjon på ca. 5 mill. i tidelt ramme for 2008.

Konklusjon: Prognosen på minus 2,5 mill fra forrige måned videreføres.

Med hilsen
BYDEL SAGENE

Knut Egger
Bydelsdirektør

Godkjent og ekspedert uten underskrift

Vedlegg BU-Sak 08/70

Adressater iht. vedlagt liste

Vår referanse:

08/00175-175/321

Saksbehandler:

Ida-Anette Kalrud,

Deres referanse:

Dato:

20.06.2008

Program for omstilling og utvikling i Helse Sør-Øst - Hovedstadsprosessen - HØRING

Styret i Helse Sør-Øst RHF har i møte 19. juni 2008 behandlet sak om Hovedstadsprosessen (sak 67/2008 nr. 1).

Med bakgrunn i dette oversendes høringsnotat med henvisning til underliggende rapporter til høring.

Helse Sør-Øst RHF imøteser høringsinstansenes innspill.

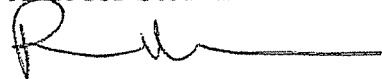
For å skape god forankring og legitimitet for de løsninger som fremmes til beslutning etter høringsrunden oppfordres høringsinstansene til bred intern drøfting. Det oppfordres også til medvirkning fra brukere og tillitsvalgte.

Helse Sør-Øst RHF vil i høringsperioden gjennomføre møter for nærmere dialog og drøfting. Dette vil bli bekjentgjort særskilt.

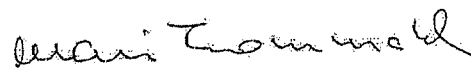
Siste frist for å sende inn skriftlige innspill er **mandag 20. oktober 2008**. Innspillene kan sendes elektronisk til følgende e-postadresse: postmottak@helse-sorost.no

Med vennlig hilsen

Helse Sør-Øst RHF



Bente Mikkelsen
adm. direktør



Mari Trommald
viseadm. direktør

Vedlegg:

- Høringsnotat

Underliggende rapporter finnes på www.helse-sorost.no

- Omstillingsprogrammet, innsatsområde 1 – Hovedstadsprosessen - Samlet sluttrapport
- Omstillingsprogrammet område 1 – Hovedstadsprosessen - Rapport område Sentrum (12. juni, 2008)

Adresseliste – høringsinstanser, ref. høringsbrev, omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst hovedstadsprosessen

Likelydende brev til
adm.direktør/daglig leder v/

Helseforetakene i Helse Sør-Øst
Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF
Lovisenberg Diakonale Sykehus
Martina Hansens hospital
Diakonhjemmets sykehus
Revmatismesykehuset AS
Betanien hospital
Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF
(Brukerutvalgene ved helseforetakene trekkes inn i høringsarbeidet av helseforetakene)
Konserntillitsvalgte i Helse Sør-Øst RHF
Fylkeskommunene v/fylkesordfører i Hedmark, Oppland, Østfold, Akershus, Oslo, Vestfold, Buskerud, Telemark, Aust-Agder, Vest-Agder
Kommuner i Helse Sør-Øst
KS
Oslo Kommune v/ Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester
Fylkesmennene v/helseavdelingen
Helsetilsynet

Akademikerne, herunder:

Den norske Legeforening herunder:
Privatpraktiserende Spesialisters Landsforbund (PSL)
Norsk Psykologforening

Unio, herunder:

Norsk Sykepleierforbund (NSF)
Norsk ergoterapeutforbund
Norsk fysioterapeutforbund
Forskerforbundet

SAN, herunder:

Jordmorforeningen

Delta, herunder:

Ambulansepersonellets Yrkesorganisasjon
Norsk Helsesekretærforbund
Sykehusportørenes yrkesorganisasjon

Fagforbundet

LO

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere

Norsk Tjenestemannslag (NTL)
Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon
Privatsykehusenes fellesorganisasjon
Røntgeninstituttene fellesorganisasjon
NITO
Arbeidsgiverforeningen Spekter

Kreftforeningen
Pensjonistforbundet
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) sentralt
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon sørøst
LHL sentralt
Norges diabetesforbund sentralt
Norges Astma og allergiforbund sentralt
Norsk revmatikerforbund sentralt
Hørselshemmedes landsforbund sentralt
Samarbeidsforum for Funksjonshemmedes Organisasjoner (SAFO) sentralt
Samarbeidsforum for Funksjonshemmedes Organisasjoner sørøst
Norsk Forening for Utviklingshemmede Sentralt
Blindedeforbundet sentralt
Handicapforbundet sentralt
Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
Landsforeningen mot stoffmisbruk sentralt

Pasientombudene i helseregion sør-øst
Samarbeidsorganet for høghskolene og helseforetakene Helse Sør-Øst
Samarbeidsorganet med Universitetet i Oslo
Universitetet i Oslo v/dekanus medisinsk fakultet
Helsedirektoratet

Private avtalepartnere innen psykisk helsevern
Private avtalepartnere innen rusomsorgen
Rehabiliteringsinstitusjoner med avtale med Helse Sør-Øst
Opptreningsinstitusjoner og spesielle helseinstitusjoner
Norske rehabiliteringsinstitusjoner - NRI
Nettverk for private rehabiliteringsinstitusjoner - NEPH
HelseRehab
Feiringklinikken
Glittreklinikken

Denne lista omfatter alle som får tilsendt høringsnotatet. Helse Sør-Øst understreker at alle er velkomne til å gi sine synspunkter. Innspill kan sendes per e-post til postmottak@helse-sorost.no Skriv "Innspill" i emnefeltet.

Omstillingsprogrammet - Innsatsområde 1

Hovedstadsprosessen

Høringsnotat

Hamar 20.06.2008

Side 1 av 20

Innhold

1	Innledning.....	3
2	Visjon og mål for Helse Sør-Øst.....	4
3	Hovedstadsprosessen.....	5
3.1	Utfordringsbildet.....	5
3.2	Ønsket utviklingsretning	5
3.3	Arbeid i tre faser	6
4	Tema for høringen.....	7
4.1	Utviklingslinjer for hele Helse Sør-Øst.....	7
4.1.1	Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus – etablering av sykehusområder	7
4.1.2	Forpliktende samhandling med kommunene	10
4.1.3	Lokalsykehus skal ha tilbud til flertallet av pasientene.....	10
4.1.4	Prinsipper for pasientopplæring og læring- og mestringstilbud.....	11
4.1.5	Prinsipper for organisering av akuttfunksjoner.....	11
4.1.6	Prinsipper for organisering av spesialiserte funksjoner.....	12
4.1.7	Prinsipper for organisering av regionale funksjoner.....	12
4.1.8	Rikshospitalets rolle.....	13
4.1.9	Prinsipper for organisering av rehabilitering.....	13
4.1.10	Prinsipper for rus og psykisk helsevern.....	13
4.1.11	Overkapasitet må reelt tas ned, både i form av arealer og bemanning	14
4.1.12	Forutsigbare relasjoner til de private aktørene.....	14
4.1.13	Gevinstrealisering	14
4.2	Utviklingslinjer for sykehusområde Sentrum	16
4.2.1	Utfordringene i Oslo.....	16
4.2.2	To ulike modeller for organisering i sykehusområde Sentrum	16
4.2.3	Felles for modellene	17
4.2.4	Modell 1:	17
4.2.5	Modell 2:	17
4.3	Øvrige sykehusområder	18
5	Konkrete spørsmål til høringsinstansene.....	19

1 Innledning

Helse Sør-Øst skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som bor i regionen. I Helse Sør-Øst er det 69 000 helsearbeidere som hver dag gjør sitt ytterste for at pasientene skal få god behandling.

Virksomheten til Helse Sør-Øst er tuftet på lovverket, med særlig vekt på helseforetaksloven og loven om spesialisthelsetjenester. Rammene for virksomheten er bl.a. nærmere definert i vedtekter, oppdragsdokument og foretaksmøter.

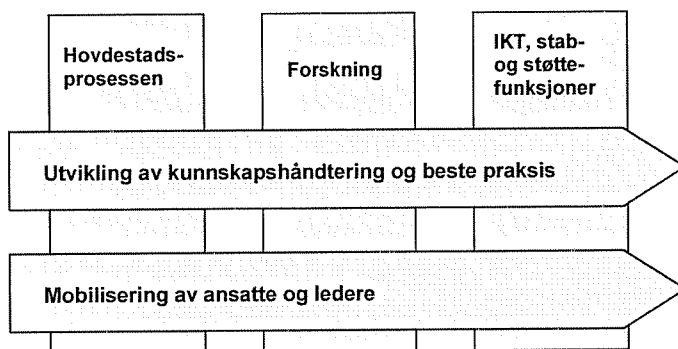
Hovedintensjonene bak sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF er bl.a. formulert i St.prp. nr. 44 (2006-2007):

"Bedre ressursutnyttelse og koordinering i hovedstadsområdet og mellom Helse Sør RHF og Helse Øst RHF, vil være et gode for spesialisthelsetjenesten i hele landet – og komme pasientene til gode. Eksempelvis vil bedre ressursutnyttelse og samordning av sykehusene i hovedstadsområdet gi grunnlag for bedre muligheter for rekruttering av helsepersonell og spesialister andre steder i landet, både i og utenfor den nye regionen. Det er identifisert betydelige gevinstpotensialer på ulike områder – både faglig og økonomisk. Sammenslåingen vil gi langt bedre muligheter for samordning av fag- og forskningsmiljøer."

I protokollen fra foretaksmøte 30. mai 2007 konkluderes det med at det er avgjørende for det nye Helse Sør-Øst sitt framtidige handlingsrom og økonomiske stilling at resultatkrav nås, og at nødvendig omstilling og effektivisering finner sted. Det blir samtidig uttrykt at eier er innforstått med at det vil kunne innebære betydelige omstillinger.

På bakgrunn av oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helse Sør-Øst RHF iverksatt et omstillingsprogram for langsiktig utvikling av helseforetaksgruppen bestående av fem satsingsområder:

Innsatsområder i omstillingsprogrammet



Dette høringsdokumentet og de underliggende rapporter omhandler Hovedstadsprosessen. Som det vil fremgå berører arbeidet likevel hele regionen, men med et særskilt fokus på hovedstadsområdet. Omstillingene angår således 2,6 millioner mennesker fra Flekkefjord til Tynset. Det er derfor viktig at alle meninger kommer frem. Gjennom et bredt tilfang av synspunkter på den framtidige utviklingen og organiseringen av sykehustjenestene ønsker Helse Sør-Øst RHF å treffe de beste beslutningene for pasientene.

2 Visjon og mål for Helse Sør-Øst

Formålet med utviklings- og omstillingsarbeidet i Helse Sør-Øst er å sikre en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten i regionen. Programmet skal bidra til å møte pasientenes behov, nå og i fremtiden, og sikre kvalitet i tjenestene.

Arbeidet skal som helhet bidra til en bedre helsetjeneste, ved å gjennomføre nasjonal politikk, uttrykt blant annet i Soria Moria-erklæringen, Nasjonal helseplan 2007-2010 og i Revidert nasjonalbudsjett for 2008. Dette er fanget opp i Helse Sør-Øst sin visjon om:

Slettet: e

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, kjønn, økonomi og etnisk bakgrunn.

Målene for utviklings og – omstillingsarbeidet er at tjenestene skal:

- Være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

For arbeidet med omstillingsarbeidet og videreutviklingen av tjenestetilbudet legges det til grunn at pasientenes behov skal være førende for struktur av og innhold i tjenestene.

Det skal sikres bred forankring og medvirkning på alle nivåer hos brukere, tillitsvalgte, verneombud og kommuner i gjennomføringen av programmet. For å sikre trygghet og forutsigbarhet er det utarbeidet en omstillingsavtale for alle ansatte i Helse Sør-Øst. Det er et mål å sikre de ansattes kompetanse og at arbeidsplassene utvikles som en konsekvens av omstillingsprosessen.

Det må gjennomføres betydelige omstillinger av dagens tjenestetilbud i Helse Sør-Øst. Ressurser som frigjøres ved omstrukturering og omstilling skal brukes til å utvikle tjenestetilbudet videre med riktig innretning og tilstrekkelig kapasitet i forhold til å løse prioriterte oppgaver og møte behovene skapt av endringer i demografi og medisinsk teknologi i årene fremover.

Virksomheten planlegges med utgangspunkt i dagens inntektsnivå. Det legges opp til en langsiktig strategi med omstillinger som gjennomføres på kort og lengre sikt.

Omstillingene skal sikre en helhetlig utvikling for befolkningen i hele regionen i tråd med god kvalitet og god ressursutnyttelse. Dette innebærer at det planlegges et sett av strategiske hovedgrep.

1. Sykehusområder som robuste planleggingsenheter vil styrke kvalitet og helhetlig desentralisert tilbud for befolkningen.
2. Vi samler det vi må og desentraliserer det vi kan. Dette for å sikre en fortsatt desentralisert spesialisthelsetjeneste av god kvalitet.
3. Faglig myndiggjøring ved å sikre faglig koordinering både innad i sykehusområdene og regionalt.

3 Hovedstadsprosessen

3.1 Utfordringsbildet

Til tross for at de aller fleste pasienter er fornøyd med behandlingen de får i norske sykehus, er det behov for å gjøre omstillinger for å møte morgendagens behov. Det blir flere eldre, og selv om flertallet av de eldre er friske, bidrar flere eldre til at blir flere syke totalt sett. Det blir blant annet flere med kroniske og sammensatte lidelser og flere får kreft. Mange eldre har behov for helsepersonell og tjenester med en bred tilnærming, slik at helheten i deres lidelser og livssituasjon ivaretas. Samtidig utvikles det nye behandlingsmetoder som øker behovet for spesialisering innenfor flere medisinske fagområder.

Dette kommer i tillegg til at dagens sykehusstruktur og oppgavefordelingen mellom sykehusene ble utviklet i en tid hvor kunnskap og infrastruktur, herunder både veier og informasjonsteknologi, var svært annerledes enn den er i dag. Dette medfører utfordringer både i forhold til likeverdighet og tilgjengelighet i dagens tjenestetilbud.

Alt i alt står helsetjenesten overfor store utfordringer. En er i en situasjon der det er et økende gap mellom behovene og tilgjengelige ressurser. Behovet for omstilling og klare prioriteringer understrekes av et betydelig ressursbehov, både når det gjelder drift og investering, *for å kunne ivareta pasientenes behov både med et økende antall eldre og med et bredt tilbud av nye behandlingsmetoder.* Det blir derfor i årene fremover svært viktig å gjøre de riktige tingene, slik at en kan prioritere ressursene i samsvar med pasientenes behov, til psykisk helsevern, rus, kronikerbehandling og helsetjenesten for eldre, forebygging, nye behandlingsmetoder o.a. Dette krever gode ledere med vilje til å prioritere. I tillegg er det viktig at ansatte er med på og aksepterer behovet for endringer.

En omprioritering av ressursene vil kreve betydelige omstillinger og et godt forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten. Dette gjelder særlig i forhold til mottak og vurdering av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp både i legevakt, akuttmottak og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Kompetansen må kunne nyttegjøres og deles i form av ambulante team (tjenester der spesialisthelsetjenesten reiser ut for å ivareta oppfølging av pasientene), mobile røntgenundersøkelser, opplæring og utveksling av helsepersonell, intermedisæravdelinger og "hospital at home" løsninger og annet. Det er nødvendig med samordnet planlegging og enighet om arbeidsdeling, samt varsomhet i omstillingsfaser, slik at ingen tilbud tas ned før andre bygges opp.

3.2 Ønsket utviklingsretning

Morgendagens tjenester må innrettes slik at den enkelte pasient får et trygt og faglig godt tilbud uten unødig venting, enten det gjelder akutte tilstander, oppfølging av kroniske lidelser, eller diagnostikk, behandling og oppfølging av mer sjeldne og komplekse sykdomstilstander. Samtidig må det være kvalitet i alle ledd i tjenesten. For pasienten er det ikke viktig om det er kommunen eller spesialisthelsetjenesten som er tjenesteleverandør, men pasienten har behov for at alle arbeider sammen for å dekke pasientens behov. Dette betyr at det ikke er nok at den enkelte tjenesteyter eller enhet er god på sine oppgaver. Kvaliteten viser seg gjennom hvordan helheten av tjenester innen somatikk, rus og psykisk helsevern, fra kommunehelsetjenesten, lokalsykehus og spesialiserte sykehus med regions- og landsfunksjoner, evner å trekke samme vei og levere et helhetlig tilbud til pasientene. Helse Sør-Øst har gjennom det pågående arbeidet satt fokus på hvordan sykehusstrukturen, funksjons- og oppgavefordeling, samt koordinering på tvers, skal tilrettelegge for den enkelte tjenesteutøver, slik at tilbudet oppleves som helhetlig for brukeren.

Å etablere en hensiktsmessig struktur og oppgavedeling, som sikrer faglig kvalitet og likeverdig tilgjengelighet, krever endringer i arbeidsdelingen mellom de sykehusene som i

dag eksisterer. Samtidig må en vurdere nye strukturer, både i form av å etablere spesialisthelsetjenester utenfor sykehus, og i form av endringer innenfor dagens sykehusstruktur. Det er i tillegg behov for mer *forpliktende samarbeid* både mellom sykehus og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Hovedstadsprosessen, som i stor grad omhandler hele regionen, søker å gi svar på hvordan en bør utvikle spesialisthelsetjenestens struktur og innhold i et langsiktig perspektiv. Det fremgår her at for å styrke kvaliteten i pasientbehandlingen og møte de fremtidige behov, skal omstillingene bidra til:

- En forståelig og oversiktlig helsetjeneste for brukere og samarbeidspartnere
- Nærhet til og kontinuitet i tjenestene for pasienter med vanlige og kroniske lidelser
- Breddekompetanse tilpasset behovene til pasienter med sammensatte lidelser
- God samhandling som gir helhetlige og koordinerte pasientforløp/behandlingskjeder
- Samling av høyspesialiserte tjenester
- Et styrket tilbud innenfor rus og psykisk helsevern
- Bedre samlet ressursutnyttelse

For omstillingsarbeidet og videreutviklingen av tjenestetilbudet legges det til grunn at pasientenes behov skal være førende for struktur av og innhold i tjenestene. Dette innebærer bl.a. å ivareta de lovfestede pasientrettigheter, herunder pasientenes rett fritt sykehusvalg og rett til nødvendig helsehjelp mv.

Trygghet, forutsigbarhet, økt pasientsikkerhet og samhandling er nødvendig for at befolkningen skal ha fortsatt tillitt til spesialisthelsetjenesten. Gjennom å arbeide med å tilrettelegge og beskrive tilbudet til pasienten i hele pasientforløpet, fra henvisning fra kommunehelsetjenesten til lokalsykehus og mer spesialiserte tjenester, vil det skapes trygghet for pasienten og pårørende. En kan også unngå unødig ventetid og bruke ressursene bedre. Det må samtidig gis trygghet for at tjenestene er utviklet ved bruk av beste tilgjengelige kunnskap.

Ved å samle både regionale funksjoner og funksjoner innen sykehusområder vil det kunne sikres bedre faglig kvalitet og skapes grunnlag for fagutvikling, forskning og rekruttering. Det å samle ulike fagområder som er gjensidig avhengig av hverandre, skaper i tillegg større sikkerhet for pasienten, mindre ventetid og bedre ressursutnyttelse.

Ny medisinsk teknologi og informasjons- og kommunikasjonsteknologi gir nye muligheter for behandling, men krever også nye måter å jobbe på, og derfor behov for endringer i nye bygg. Ny teknologi gjør at tilbud som i dag bare finnes sentralt kan gjøres tilgjengelig nært der pasienten bor. Flere funksjoner kan i sin helhet ivaretas innen et sykehusområde.

Ny teknologi gir også etiske og ressursmessige utfordringer, blant annet fordi mange av de nye metodene er dyre. Fokus på kunnskapsbasert praksis vil gjøre det lettere å ta i bruk nye metoder og ta ut gamle metoder som ikke virker.

Det skal sikres bred forankring og medvirkning på alle nivåer hos brukere, tillitsvalgte, verneombud og kommuner i gjennomføringen av programmet. For å sikre trygghet og forutsigbarhet er det utarbeidet en omstillingsavtale for alle ansatte i Helse Sør-Øst. Det er et mål å sikre de ansattes kompetanse og at arbeidsplassene utvikles som en konsekvens av omstillingsprosessen.

3.3 Arbeid i tre faser

Hovedstadsprosessen er delt i tre hovedfaser, med sentrale styrevedtak i april og juni 2008. Frem til april 2008 har en særlig sett på prinsipper for sykehusområder og helseforetaks-

struktur, samhandling, lokalbaserte spesialisthelsetjenester, akuttfunksjoner, spesialisert tjenester, regiontilbud mv. Prinsippene er utviklet med utgangspunkt i brede prosesser. Mer enn 600 fagpersoner fra hele regionen deltok på dialogseminarer og ca. 100 personer (representanter fra helseforetakene, konserntillitsvalgte, regionale brukerrepresentanter, kommuner, fastleger og avtalespesialister eller private aktører) deltok i arbeidsgrupper. Dette arbeidet ledet frem til prinsippene som ble vedtatt av styret i sak 038/2008. Nærmere redegjørelse om begrunnelsen for prinsippene finnes i delrapportene fra fase I.

I fasen frem til juni 2008 er dette grunnlaget videreutviklet ved at de syv sykehusområdene har gitt sine innspill til regional strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Sør-Øst. I innspillene er lagt til grunn vedtatte rammer og prinsipper, samt supplerende vurderinger i perioden fram til juni. Innspillet fra sykehusområde Sentrum er utarbeidet med utgangspunkt i en prosess ledet av Helse Sør-Øst.

I tillegg har tre arbeidsgrupper levert sine rapporter i denne fasen. En arbeidsgruppe har utredet samlet organisering av spesialisert rehabilitering. Arbeidsgruppa nedsatt for å utrede lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunene har levert sin delrapport II om tiltak knyttet til utdanning, kompetanse, fagutvikling og forskning for å understøtte ønsket omstilling, og arbeidsgruppa nedsatt for å utrede universitetsstruktur og universitetsfunksjoner har levert sin sluttrapport.

Med utgangspunkt i innspillene fra de syv sykehusområdene, inklusive arbeidet med omstrukturering av tjenestetilbudet i sykehusområde Sentrum, som er dokumentert i en egen rapport, samt øvrige rapporter og innspill i fase II, er det utarbeidet en samlet sluttrapport fra Hovedstadsprosessen hvor utfordringer, mål og mulige løsninger for hele regionen beskrives. Denne rapporten danner, sammen med styresak 038/2008, utgangspunktet for høringsnotatet.

Omstilling krever fokus på ansatte, bred medvirkning, godt organiserte stab- og støttefunksjoner og god ledelse. Det er derfor samtidig lagt fram saker for styret om HR strategi og 12 prinsipper for medvirkning samt saker om IKT, eiendom og innkjøp.

På bakgrunn av høringen og den videre oppfølgingen i fase III vil Helse Sør-Øst legge frem en samlet regional strategi for utvikling og omstilling av tjenestetilbudet i Helse Sør-Øst for styret i novembermøtet 2008.

4 Tema for høringen

4.1 Utviklingslinjer for hele Helse Sør-Øst

4.1.1 Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus – etablering av sykehusområder

Begrunnelse for organisering i større sykehusområder:

Organisering av spesialisthelsetjenestene i større opptaksområder/sykehusområder har som formål at flere tjenester skal kunne ytes desentralt. Ved å differensiere tjenestene innenfor større opptaksområder i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester, kan en sikre nærhet til de vanligste spesialisthelsetjenester, både lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester av høy faglig kvalitet og god samlet ressursutnyttelse. Med lokalbaserte spesialisthelsetjenester forstås tjenester for vanlige og sammensatte lidelser der det er behov for nærhet og breddekompetanse. Med spesialiserte tjenester forstås tjenester for sjeldnere lidelser der det er behov for samling for å sikre tilstrekkelig dybdekompetanse. En stor andel av pasientene vil kunne ferdigbehandles på lokalsykehusnivå (laveste effektive omsorgsnivå – LEON-prinsippet), og de fleste pasientene vil kunne ferdigbehandles innenfor opptaksområdet/sykehusområdet.

Organiseringen og fordelingen av tjenestene skal gi bedre oversiktighet og lett tilgjengelighet for brukerne. Det vil også legge til rette for mer helhetlige behandlingsskjeder, samordning mellom somatikk, psykisk helsevern og rus, styrket samarbeid mellom små og store sykehus (om vaktordninger, ambulerende mv) gode pasientforløp og underbygge god samhandling og oppgavefordeling med kommunene.

Det etableres følgende sykehusområder:

Område	HF	Opptaksområder/kommentarer
Innlandet	Sykehuset Innlandet HF	- Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde. - Jevnaker kommunes sykehus tilhørighet til Ringerike sykehus opprettholdes som i dag. - Nes kommunes sykehus tilhørighet til Sykehuset Innlandet opprettholdes som i dag.
Østfold	Sykehuset Østfold HF	Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde.
Øst	Akershus universitetssykehus HF	- Sykehusområdet omfatter bydelene 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna) i Oslo, Rømskog kommune i Østfold samt Akershus fylke med unntak av kommunene Asker og Bærum. - Nes kommunes sykehus tilhørighet til Sykehuset innlandet opprettholdes som i dag. - Innfasing av bydel 12 (Alna), som er forutsatt å inngå fra 2010, samt evt. andre grensejusteringer, vurderes i det videre arbeidet. - Dekning av kapasitetsbehov innen psykisk helse og rus vurderes i det videre arbeid. - Ski sykehus og Folloklinikken inngår som en del av AHUS
Sentrum	Ullevål universitets-sykehus HF, Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF, Diakonhjemmets sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus	Sykehusområdet omfatter Oslo med unntak av bydelene 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna)
Vest	Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Buskerud HF, Blefjell sykehus HF, Ringerike sykehus HF	- Sykehusområdet omfatter helseforetakenes nåværende opptaksområder. - Eksisterende tilbud til befolkningen i Rjukan og Notodden ved sykehuset Telemark videreføres. - Jevnaker kommunes sykehus tilhørighet til Ringerike sykehus opprettholdes som i dag.
Telemark/Vestfold	Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Psykiatrien i Vestfold HF	- Sykehusområdet omfatter helseforetakenes nåværende opptaksområder. - Eksisterende tilbud til befolkningen i Rjukan og Notodden ved sykehuset Telemark videreføres.
Sørlandet	Sørlandet sykehus HF	Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde.
I tillegg kommer Sunnaas sykehus HF, som ikke inngår i noen av de syv sykehusområdene		

Som alternativ til deler av denne inndelingen er det kommet to forslag til alternative løsninger:

- Dele Blefjell sykehus HF, slik at sykehuset i Kongsberg blir en del av sykehusområde Vest, mens Notodden og Rjukan blir en del av sykehusområde Telemark og Vestfold. Dette innebærer at befolkningen hjemmehørende i Telemark får sitt samlede sykehus tilbud i eget fylke.

- Endre opptaksområdet til AHUS, ved at Aker får bydelene i Groruddalen i sitt opptaksområde. Dette skaper imidlertid en utfordring i forhold til en full utnyttelse av kapasiteten på nye AHUS, og som derfor forutsetter utvidelse av opptaksområdet i andre retninger.

Dette er nærmere drøftet i vedlagte rapporter.

For videreutviklingen av tjenestene innen de enkelte sykehusområder og i Helse Sør-Øst samlet, legges følgende til grunn:

- ✓ Spesialisthelsetjenestene innenfor et sykehusområde skal organiseres slik at sykehusene får klare roller som gir helhetlige pasientforløp med rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå - LEON).
- ✓ Tjenestene innenfor et sykehusområde skal differensieres i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester. Normalt skal sykehusområdet dekke 80-90 % av befolkningens behov for tjenester, noe som innebærer at de vanligste spesialiserte tjenester i årene fremover er tilgjengelig i alle sykehusområder.

For å styrke samhandlingen mellom virksomheter/helseforetak innenfor et sykehusområde legges følgende prinsipper til grunn:

- ✓ Sykehus innenfor et sykehusområde skal etablere felles rutiner for innleggelse, behandling, utskriving og faglig konferering, og legge til rette for at oppfølging og kontroll av pasienter i størst mulig grad kan ivaretas av fastlegene. Kommuneadministrasjonen, fastleger, avtalespesialister og sykehusspesialister innenfor et sykehusområde bør i fellesskap utvikle rutiner og faglige retningslinjer som sikrer dette.
- ✓ For å sikre et bredt og faglig godt lokalbasert tilbud i sykehusområdet og for å opprettholde og utvikle kompetanse hos ansatte, etableres ordninger for sykepleiefaglig kompetanseutveksling, ambulerende av spesialister, gjensidig hospitering mellom "søsteravdelinger", og legges til rette for at spesialister kan inngå i vaktordninger ved annet sykehus enn det som er spesialistens hovedtjenestested.

For å sikre koordinering, samarbeid og bedre pasientflyt innad i sykehusområdene kan følgende virkemidler og styringsmodeller benyttes. Disse legger i ulik grad til rette for den ønskede koordinering av rutiner og faglig praksis, samt utveksling av kompetanse/personell:

- ✓ Samsvar mellom sykehusområde og helseforetaksstruktur. Ett helseforetak gir en ledelse som gjennomgående styrer utviklingen både i et langsiktig og et kortsiktig perspektiv. Ett felles helseforetak vil en ha vesentlig flere virkemidler enn ved andre avtalebaserte løsninger, og en har større mulighet til å samle kompetansen i større fagmiljøer. En slik løsning gjør det også mulig for ansatte å arbeide på tvers av enheter innenfor sykehusområdet. Ett helseforetak innebærer en ledelsesmessig endring og ikke nedleggelse av sykehus. Dermed opprettholdes et fortsatt desentralisert tilbud.
- ✓ Samling av tjenestene. Det regionale helseforetaket kan vedta samling av spesialiserte funksjoner og akuttfunksjoner ett sted i et sykehusområde og på tvers av helseforetak. Ved samling oppnås at alle tjenester innenfor ett fagfelt legges under felles linjeledelse. Dette vil gi felles faglige prosedyrer. Samling i en avdeling trenger ikke bety at tjenestene bare ytes ett sted. En avdeling kan være organisert med en hovedavdeling og satellitter, evt. poliklinisk tilbud, på andre lokalisasjoner. Dette må skje på en måte som sikrer entydige ansvarslinjer.

- ✓ Avtalebasert samarbeid. Samhandlingen kan nedfelles i samarbeidsavtaler mellom to eller flere helseforetak. I avtalen fastsettes det hvilke områder en skal samarbeide om. Innenfor en overordnet avtale kan det inngås avtaler også på de enkelte fagfelt, for å sikre felles rutiner og utvikling av faglige prosedyrer. Innenfor sykehusområder som har mer enn ett helseforetak skal det inngås samarbeidsavtaler på overordnet nivå. Avtalene skal legge grunnlaget for underordnede avtaler som regulerer samarbeid om tjenester, koordinering og rutiner. Avtalene vil inngå i driftsavtalene mellom det regionale helseforetaket og det enkelte helseforetak.
- ✓ Frivillig samarbeid. Den minst forpliktende formen for koordinering vil være frivillige samarbeid. Koordinering av denne typen etableres etter initiativ fra ledere på den enkelte avdeling. Modellen baseres på at de resultatansvarlige lederne får ansvaret for samarbeidet innen sine ansvarsområder. Samarbeidet forankres i helseforetakets ledelse.

4.1.2 Forpliktende samhandling med kommunene

Planlegging og utvikling av tjenestetilbudet skal skje i en forpliktende samhandling med kommunene. Forpliktende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tilbudet er avgjørende for å sikre en samlet tjeneste av god kvalitet med gode pasientforløp og behandling på laveste effektive omsorgsnivå. Følgende legges til grunn:

- Helse Sør-Øst RHF skal ta initiativ til en overordnet strategisk samarbeidsavtale med henholdsvis KS og Oslo kommune, i samsvar med den nasjonale rammeavtalen om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS.
- Eksisterende avtaler mellom helseforetakene og kommuner/bydeler videreutvikles. Avtalene skal sikre klar fordeling av ansvar, gjensidig kompetanse- og informasjonsutveksling, mulighet for deltakelse i hverandres planprosesser og plikt til å vurdere konsekvenser for hele behandlingsskjeden ved endringer i egne tjenester.
- Det etableres samarbeidsutvalg med myndighet til å forvalte avtalene og håndtere innhold og eventuelle avvik. Samarbeidsutvalgene skal ha representasjon også fra brukerne, ansatte og praksiskonsulentene.
- Samhandlingen må være målrettet i forhold til forbedring av tjenestene. Målet er best mulige pasientforløp og god planlegging og koordinering av tjenestene, slik at akuttinnleggelser og unødvendige reinnleggelser forebygges.
- Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal organisere sin virksomhet slik at gjensidig utveksling av kompetanse finner sted.
- Helseforetak og kommuner bør samarbeide om å utvikle et differensiert tilbud med lokal tilpasning, eksempelvis intermedieæravdelinger, forsterkede sykehjemsavdelinger, felles akuttinntak mv. Dette forutsetter varig, gjensidig og forpliktende samarbeid.
- Det må etableres IKT-løsninger som tillater effektiv elektronisk informasjonsutveksling innad og mellom ulike nivåer i primær- og spesialisthelsetjenesten.

4.1.3 Lokalsykehus skal ha tilbud til flertallet av pasientene

For å sikre tjenester som er innrettet mot å møte behovene til pasienter med kroniske og sammensatte lidelser, skal lokalsykehus og andre lokalbaserte spesialisthelsetjenester styrkes. Det er behov for en særskilt innretning og kompetanse for å møte behovene disse pasientene har, både i forhold til diagnostikk, behandling og oppfølging. Breddekompetanse og god samhandling med kommunene er vesentlig.

Det legges til grunn følgende prinsipper for videre utforming av lokalbaserte spesialisthelsetjenester:

- Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen ved mer spesialiserte sykehus skal betjene flertallet av pasientene i sykehusets opptaksområde.
- Det skal stilles samme kvalitetskrav til tjenestene ved lokalsykehus som til annen spesialisthelsetjeneste. Helseforetakene skal sikre at volumet på de tjenestene som ytes, er stort nok til å til at det er mulig å sammenligne behandlingsresultat med andre sykehus, for å kunne avdekke og rette opp feil.
- Akuttfunksjoner ved lokalsykehus skal utvikles i samsvar med Regjeringens framlegg om dette i RNB. Behovet for akuttfunksjoner ved lokalsykehus sees i nær sammenheng med det kommunale legevaktstilbudet (se avsnittet om akuttfunksjoner).
- I lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen skal det normalt inngå polikliniske og elektive tjenester.
- Lokale forhold, særlig reisetid til mer spesialisert sykehus, må legges til grunn ved utforming av det enkelte lokalsykehus sine akutte og elektive funksjoner og ved vurdering av behovet for andre lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbud, for eksempel distriktsmedisinske sentra.
- Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner ved mer spesialiserte sykehus må utvikle breddekompetanse. Virksomheten må organiseres på en måte som sikrer en helhetlig og bred faglig tilnærming til pasienter med uavklarte og sammensatte lidelser, herunder psykiske og rusrelaterte lidelser. Lokalsykehusfunksjoner ved mer spesialisert sykehus skal tydeliggjøres.
- Som del av lokalsykehusfunksjonen bør det over tid utvikles et tilbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Med tverrfaglig spesialisert rusbehandling menes den delen av rusbehandling som foregår i spesialisthelsetjenesten og som forutsetter både sosialfaglig og helsefaglig kompetanse.
- Distriktpsikiatriske sentra (DPS) er psykisk helseverns lokalsykehusfunksjon og skal dekke befolkningens allmenne behov for slike tjenester. DPS skal lokalisere sine tjenester så nær befolkningen som mulig, og helst samlokalisert med somatiske lokalsykehusfunksjoner.
- Helseforetakene skal utvikle det lokalbaserte rehabiliteringstilbudet i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Det vil være viktig å etablere et tilbud til ikke-selvhjulpne pasienter og pasienter som trenger et dag- eller døgntilbud i nærheten av hjemmet. Ambulante rehabiliteringstjenester skal inngå som en del av lokalsykehusfunksjonen.
- Lokalsykehus/lokalsykehusfunksjonen skal drive pasientopplæring og etablere lærings- og mestringssentre i et nært samarbeid med kommunene i nedslagsfeltet, brukerorganisasjonene og de mer spesialiserte sykehusene i sykehusområdet.

4.1.4 Prinsipper for pasientopplæring og læring- og mestringstilbud

Det legges til grunn følgende prinsipper for videre utforming av pasientopplærings- og lærings- og mestringstilbud:

- LMS skal inngå som aktiv part i helseforetakets sykdomsforebyggende arbeid.

4.1.5 Prinsipper for organisering av akuttfunksjoner

Det legges til grunn følgende prinsipper for videre utforming av akuttfunksjoner i sykehusområdene:

- I utviklingen av akuttfunksjoner og akuttmedisinske behandlingsskjeder vil Helse Sør-Øst legge til grunn de nasjonale standardene for akuttfunksjoner ved lokalsykehus og Regjeringens ønske om videre utbygging av felles akuttmottak samt faglige anbefalinger om mer samling av funksjoner.
- I tråd med Regjeringens påpekning om at det akuttmedisinske tilbudet ved lokalsykehusene må ses i sammenheng med og tilpasses lokale forhold, og forslag om å etablere lokalt tilpassede behandlingsskjeder, tilrettelagt kompetanse og forpliktende nettverk mellom sykehusene, vil den videre utvikling av helseforetakenes

akuttfunksjoner måtte skje med utgangspunkt i gode lokale prosesser, med bred involvering, innenfor sykehusområdene.

- Det skal normalt kun være en vaktlinje pr. spesialiserte funksjoner.
- Det må etableres forpliktende nettverk mellom helseforetak innenfor et sykehusområde, som sikrer faglig koordinering av akuttfunksjoner og akuttmedisinske behandlingskjeder.
- Akuttfunksjoner for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samordnes innenfor hvert sykehusområde.
- Akuttmottak og akuttmedisinske behandlingskjeder må bemannes og organiseres for å sikre kvalitet i initial sortering/prioritering (triage), diagnostikk, behandling og pasientflyt. Det skal legges til rette for tettere integrering av fastleger/legevakt i det totale akuttmedisinske tilbudet.
- Alle helseforetak skal etablere et system for dokumentasjon og virksomhetsregistrering ved akuttmottak.
- Det skal sikres kvalitative, effektive og trygge prehospitale tjenester med tilstrekkelig kapasitet. Helse Sør-Øst RHF vil nedsette en arbeidsgruppe for å utrede organiseringen av de prehospitale tjenester i regionen.

4.1.6 Prinsipper for organisering av spesialiserte funksjoner

Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra optimalt pasientvolum og faglige avhengigheter:

- Spesialiserte funksjoner skal ha et opptaksområde tilsvarende ett eller, dersom kvalitetsmessige eller kompetansemessige forhold tilsier det flere sykehusområder, basert på optimalt pasientvolum og effektiv utnyttelse av kompetanse og teknologi. Det må ved plassering av spesialiserte funksjoner innenfor sykehusområdet tas hensyn til faglige avhengigheter.
- Sykehusområder som ikke samler spesialiserte funksjoner må sikre faglig koordinering av slike funksjoner. Dersom sykehusområdet består av flere helseforetak må dette forankres i en overordnet forpliktende samarbeidsavtale.
- Oppbygging av nye funksjoner innen et sykehusområde må vurderes ut fra faglige kriterier og økonomiske betraktninger. Oppbygging av funksjoner i sykehusområdene må ikke føre til at etablerte, gode flerregionale fagmiljøer mister sin kvalitet, gir utilsiktet kapasitetsoppbygging i forhold til behovet, eller økt behov for legespesialister som derved reduserer andre regioners mulighet til å bygge opp funksjonene. Helse Sør-Øst RHF vil ta stilling til oppbygging og nyetablering av funksjoner innen sykehusområdene.

4.1.7 Prinsipper for organisering av regionale funksjoner

- ✓ Regionale funksjoner skal ikke dubleres og bare foregå et sted i regionen. De faglige avhengigheter innen høyspesialisert medisin må ivaretas ved en slik samling.
- ✓ Helse Sør-Øst vil fullføre arbeidet som så langt er gjennomført i Hovedstadsprosessen med å avklare hva som skal være regionale funksjoner, flerområdefunksjoner og områdefunksjoner innen somatikk, rus, psykisk helsevern og rehabilitering. Opplegg for og organisering av videre prosess vil avklares i fase III. Når beslutning er fattet vil dette formidles aktuelle helseforetak i driftsavtalen.
- ✓ Regionsavdelingene/-funksjonene innen både somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering skal ivareta en regional rådgivningsfunksjon. Det samlede rådgivningsansvaret for regionsavdelingen skal utøves i et faglig nettverk med fagavdelinger fra områdene og ledes av regionsavdelingen. Sammensetningen av fagnettverkene må sikre tilstrekkelig innflytelse for fagpersoner fra sykehusområder utenfor Sentrum, samt brukerrepresentasjon. Vurderingene må legge til grunn målet om faglig kvalitet og god ressursutnyttelse og politiske føringer om at det som kan desentraliseres, skal

desentraliseres. Rådene må bygge på dokumentert kunnskap, i den grad slik finnes. Fagnettverket må sikre at rådene etableres gjennom gode prosesser der det ivaretas forankring og dialog med det samlede fagmiljøet, slik at det skapes legitimitet for rådene som gis. Fagnettverket er rådgivende overfor Helse Sør-Øst. Innspill skal formidles på avtalt måte, slik at disse kan legges til grunn ved utforming av driftavtaler med helseforetakene. Regionsavdelingene/-funksjonene skal rapportere fra fagnettverket en gang i året. Regionsavdelingene skal sikre likeverdig bruk av funksjonen innenfor helseregionen og rapportere i årlig melding om dette.

- ✓ Nasjonale oppgaver innenfor beredskap og traumeområdet ivaretas og sikres.

4.1.8 Rikshospitalets rolle

- ✓ Mange av de funksjoner som i dag er regulert som lands- og flerregionale funksjoner er lokalisert i Helse Sør-Øst. I det videre arbeid vil en sikre at Rikshospitalets rolle som høyspesialisert universitetssykehus med mange formelle landsfunksjoner blir ivarettatt og videreutviklet.

4.1.9 Prinsipper for organisering av rehabilitering

- ✓ Sykehusområdene skal utforme områdevis planer for hvordan rehabiliteringstilbudet i sykehusområdet skal utvikles, for å dekke behovet for spesialiserte og lokalbaserte rehabiliteringstjenester, enten ved tilbud i egne helseforetak eller ved kjøpsavtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner. Planene må tilpasses når ny regional plan for habilitering og rehabilitering foreligger. Det lokalbaserte rehabiliteringstilbudet må utvikles i samarbeid med kommunene i eget opptaksområde.
- ✓ De mest spesialiserte rehabiliteringsfunksjonene (regionsfunksjonene) skal organiseres i ett foretak. Dette innebærer at de regionale funksjonene ved Sunnaas sykehus HF og Rikshospitalet HF (SSR) samles. Det må utredes hvilke funksjoner som skal inkluderes i foretaket og hvilke som skal overføres til sykehusområdene for å styrke rehabiliteringstilbudet. Det skal også utredes om og evt. hvordan multitraume-rehabiliteringen kan inkluderes i foretaket.
- ✓ Det regionale rehabiliteringsforetaket får i oppdrag å utforme forslag til ny regional plan for habilitering og rehabilitering i samarbeid med øvrige fagmiljøer.

4.1.10 Prinsipper for rus og psykisk helsevern

Følgende prinsipper legges til grunn for utvikling av tilbudet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling:

- Sykehusområdene skal utvikle handlingsplaner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling for sykehusområdet, med spesielt fokus på implementering av veiledere, rapportering på felles kvalitetsindikatorer, brukerundersøkelser, for å samordne arbeidet overfor NAV. Som del av dette arbeidet skal det utvikles samhandlingsarenaer og forpliktende samhandlingsavtaler, etableres fagråd, faglige nettverk og faste dialogseminarer/ møteplasser.
- Helse Sør-Øst vil gjennomføre en regional utredningsprosess knyttet til å avklare hvilke langtidsdøgntilbud som skal regionaliseres innen rusfeltet.
- Helse Sør-Øst skal utpeke enheter i hvert sykehusområde som ivaretar akuttfunksjon etter § 3-1 i lov om spesialisthelsetjenester.
- Døgnbehandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling for tvang etter §§ 6-2 og 6-2 a og tilbud til gravide samles til få steder i helseregionen.
- Helseforetakene skal etablere forpliktende samhandlingsavtaler mellom de ulike nivåene innenfor TSB, mellom TSB og psykisk helse/somatikk og mellom TSB og

kommunene. Slike avtaler må forankres i overordnede samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og mellom helseforetak og kommuner.

- Helseforetakene skal bygge opp ambulante tjenester som kan bidra til lavere terskel inn i TSB for pasientene, være viktig bindeledd mellom poliklinikk og døgneheter og sikre aktiv samhandling med kommunenes tjenester.
- Som del av lokalsykehusfunksjonen bør det over tid utvikles et tilbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (jamfør tidligere).
- Helse Sør-Øst skal samle rustilbudet i sykehusområdet Sentrum ved ett av lokalsykehusene.

✓ Følgende prinsipper legges til grunn for utvikling av tilbudet innen psykisk helsevern:

- Sykehusområdene/helseforetakene skal ved de organisatoriske løsninger som velges bidra til å sikre enhetlig ledelse innenfor psykisk helsevern.
- I sykehusområde Sentrum anbefales at helhetlig ledelse ivaretas ved at DPS, akutt-funksjoner (sentralsykehusfunksjoner) og døgntilbud (sentralsykehusfunksjoner) innen psykisk helsevern på alle tre lokalsykehus. Regionale funksjoner og hoveddelen av forskningen innen psykisk helsevern legges til det offentlige lokalsykehuset i Sentrum for å sikre en faglig spydspiss innen psykisk helsevern og rus.

4.1.11 Overkapasitet må reelt tas ned, både i form av arealer og bemanning

- ✓ Det foretas en omfordeling av liggedøgncapasiteten mellom fagområder i tråd med fremtidig behov.
- ✓ Overkapasitet må reelt tas ned. Kapasiteten i eksisterende og nye lokaliteter må utnyttes optimalt, og det må utvikles strategier for arealeffektivisering. Ressurser må frigjøres og omprioriteres.
- ✓ Opptrappingsplanens intensjoner om mer lik tilgjengelighet til tjenestene innen psykisk helsevern realiseres. Målet innen psykisk helsevern for voksne er mindre variasjon i forbruk mellom helseforetakene og bedre oppgavefordeling mellom sykehus og DPS (med fordeling 50/50 i 2015).
- ✓ Eksisterende bygningsmasse innen psykisk helsevern, særlig innenfor de store driftsenhetene gjennomgås. Eksisterende hensiktsmessige bygg og behandlingsplasser må utnyttes slik at de pasienter som i dag behandles i gamle uhensiktsmessige bygg får bedre behandlingstilbud. Realisering av overflødige arealer planlegges og gjennomføres. Frigjort ressurser brukes til å sikre den foreslåtte omstruktureringen innenfor psykisk helsevern.

4.1.12 Forutsigbare relasjoner til de private aktørene

- ✓ Private aktører er en viktig ressurs i helsetjenesten og skal sikres gode og stabile rammevilkår i sine avtaler med det offentlige. Det er et mål at private aktører inngår i oppgave- og funksjonsdelingen innenfor sine respektive sykehusområder, i tråd med vedtatt strategi i Helse Sør-Øst RHF (styresak 020-2008). Dette skal ivaretas ved at driftsavtalene utformes gjennom gode prosesser der Helse Sør-Øst RHF, aktuelle helseforetak og aktuelle private leverandører deltar og samarbeider.

4.1.13 Gevinstrealisering

Kvalitet

God kvalitet gir som hovedregel god ressursutnyttelse. I tråd med dette er det en forventning om at implementering av prinsippene/målbildet for omstillingene vil gi bedre samlet ressursutnyttelse. Formålet med strukturendringene, herunder endringer i funksjons- og oppgavedeling, er å understøtte kvalitet i tjenestene og god drift. Det forventes for eksempel at

behandling på riktig nivå (laveste effektive omsorgsnivå) og koordinerte behandlingskjeder/pasientforløp gir god ressursutnyttelse til pasientenes beste.

Godt koordinerte behandlingskjeder og god samhandling med kommunene vil blant annet kunne redusere antallet unødige innleggelser, redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser og bedre planlegging for pasient og pårørende. Det vil også sikre raskere tilbakeføring til hjemmet og derigjennom bedre livskvalitet. Videre er det å forvente at samling av spesialiserte funksjoner og samling/faglig koordinering av akuttfunksjoner innen kirurgi og ortopedi både vil gi bedre kvalitet og reduserte kostnader som følge av blant annet færre parallelle vaktlag. Tiltakene vil også overordnet sett, ved å bidra til bedre kvalitet, kunne redusere antallet feil og uheldige hendelser, som påfører helsetjenesten mange unødige kostnader, i tillegg til den lidelse de påfører pasientene.

Til tross for at gevinster er å forvente som følge av de omstillingene som foreslås, kan en ikke ta for gitt at disse oppnås. Tidligere omstillingsprosesser har vist at uten et kontinuerlig fokus på mål, knyttet både til faglig kvalitet og ressursutnyttelse, er det ikke sikkert at de forventede gevinstene oppnås. Evaluering av tidligere fusjoner bekrefter dette.

Det er derfor viktig både å sette klare mål for gevinster som skal realiseres, og å definere tiltak, i form av en implementeringsplan, for å nå disse målene. Ved beregning av gevinster må det også hensyntas nødvendige kostnader, i form av investeringer mv., som påløper for å kunne realisere gevinster. Videre er det nødvendig med kontinuerlig ledelsesoppmerksomhet mot målene og oppfølging av tiltakene/planen.

I tillegg til å ha fastsatte mål, både i form av kvalitative og ressursmessige gevinster, som skal hentes ut av utviklings- og omstillingsarbeidet, og en tydelig implementeringsplan med veldefinerte tiltak for å nå disse, vil det også være nødvendig å gjennomføre en evaluering av om de overordnede målene faktisk oppnås.

Helse Sør-Øst tar sikte på å følge følgende kvalitetsindikatorer:

- 5-års overlevelse for de fire store kreftformene, dvs. prostata-, bryst-, lunge- og tykktarms- og endetarmskreft
- Pasienttilfredshet
- Andel av pasientene som får individuell plan
- Epikriser, jfr. nasjonal kvalitetsindikator
- Korridorpasienter, jfr. nasjonal kvalitetsindikator
- Nifu-poeng (forskningspoeng)

I tillegg til å se på indikatorer for de overordnede kvalitetsmålene vil en etablere indikatorer som forteller om de faktiske endringene som Helse Sør-Øst ønsker i struktur og organisering av tjenestetilbudet, realiseres. Dette vil utvikles nærmere i fase III. Det vil også bli gjort ytterligere kvalitetssikring av det underliggende tallmateriale og konsekvens og risikovurderinger.

Økonomi

Det er iverksatt tiltak for å ta ut stordriftsfordeler innen stab, støtte, innkjøp mv. Det forventes også at en mer effektiv arealutnyttelse gir bedre ressursutnyttelse, herunder mindre vedlikeholdsutgifter og dermed ressurser til nødvendige omstillinger.

I fase 2 av hovedstadsprosessen er det ikke gjort konkrete estimer for økonomiske gevinster. Oppmerksomheten i denne fasen har vært rettet mot å utvikle det langsiktige målbildet for innrettingen av tjenestetilbudet frem mot 2020 og videre.

I den videre prosessen vil det bli gjennomført mer detaljerte estimater knyttet til gevinstpotensialet, både i form av gevinster knyttet til driftsøkonomi og til fremtidige kostnadsunngåelser. I tillegg vil det bli gjort mer omfattende analyser av investeringsbehovet.

4.2 Utviklingslinjer for sykehusområde Sentrum

Det vises til vedlagte rapport fra sykehusområde Sentrum.

4.2.1 Utfordringene i Oslo

Utfordringene med hensyn til samordning og oppgavefordeling er størst i Oslo. For å lykkes med omstillingen i hele Helse Sør-Øst er det derfor avgjørende å lykkes med organiseringen i Oslo. Derfor vies hovedstaden stor oppmerksomhet.

I 2011 blir opptaksområdet for sykehusområde sentrum redusert fra 610 000 til 450 000. En befolkning på 160 000 får et nytt tilbud når det nye Akershus universitetssykehus tas fullt ut i bruk.

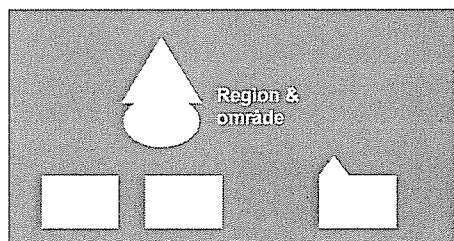
Sykehusområdet sentrum betjenes i dag av tre helseforetak; Ullevål universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF og Aker universitetssykehus HF, i tillegg til de to private sykehusene Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus AS. Sykehusene i sentrum befinner seg alle innenfor korte avstander. Manglende arbeidsdeling og dublering av en rekke tjenester gjør behandlingstilbudet uoversiktlig. Det er i dag et betydelig gap mellom målene som er satt for omstillingen og den reelle situasjon.

I utarbeidelse av ny modell for hovedstaden er det lagt til grunn en rekke prinsipper, og det er tatt utgangspunkt i de spesielle utfordringene som eksisterer i området. Disse omhandler blant annet en klarere rolledeling og differensiering mellom sykehusene, samt en mer rendyrket lokalsykehusfunksjon.

4.2.2 To ulike modeller for organisering i sykehusområde Sentrum

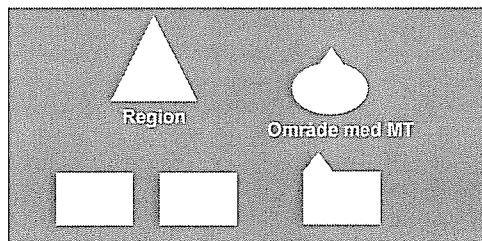
Det er i prosessen vurdert seks alternative målbilder av område- og regionnivået, samt ulike muligheter for innretning av lokalsykehustilbudet. Basert på innspill er to modeller utarbeidet i detalj. Modell 1 fremmes som det foretrukne alternativ, mens modell 2 legges frem som et subsidiært alternativ.

Modell 1



Ett samlet somatisk region- og områdesykehus – et faglig kraftsenter for regionen og landet, og områdesykehus for Hovedstaden Sentrum.

Modell 2



Et somatisk regionsykehus for regionen og landet, med landsfunksjoner og hoveddelen av regionfunksjonene

Et områdesykehus, med Multitraume og tilhørende regionsfunksjoner

4.2.3 Felles for modellene

Felles for begge modeller er at regionsfunksjoner samles i størst mulig grad.

Lokalsykehustilbudet til Oslos befolkning samles til ett helseforetak i tillegg til videreføring av avtalen om kjøp av lokalsykehustjenester fra Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus. Disse tre lokalsykehusene skal sammen dekke byens behov for spesialisthelsetjenester innen akutt indremedisin, tilby en del elektive tjenester og ha tilbud innen rus og psykisk helsevern.

I begge modellene gis Aker universitetssykehus et regionsansvar for psykisk helsevern og rusbehandling.

I samarbeid med Oslo kommune planlegges etablert en storbylegevakt. Storbylegevakten og primærhelsetjenesten utgjør inngangsporten til byens sykehus.

4.2.4 Modell 1:

Region- og områdefunksjoner samles i ett helseforetak med hovedvekt på én lokasjon. Dette vil styrke forskning og fagutvikling innen den spesialiserte medisinen. Samtidig vil lokalsykehusnivået gjennom etablering av robuste og rendyrkede lokalsykehus fremstå tydeligere og med større styrke. Ullevåls lokalsykehusfunksjoner samorganiseres gradvis med Akers.

Å samle Ullevåls og Rikshospitalets område- og regionoppgaver på én lokasjon vil kreve utvidelse av eksisterende bygningsmasse. Dette vil medføre et større investeringsbehov enn i modell 2.

Behovet for investeringer og økonomiske konsekvenser av nybygg vil vurderes nærmere, også vurdert opp mot kostnader ved å forsette drift på flere lokasjoner og vedlikeholds-kostnader i gammel bygningsmasse. Ved vurdering av investeringer legges investeringsrammer til grunn, og prioriteringer foretas i hht de rutiner som tidligere er vedtatt i Helse Sør-Øst. Inntil et nybygg er realisert vil modellen innebære at sykehuset drives videre på to hovedlokasjoner.

Samarbeidorganets utredning om universitetssykehusfunksjoner støtter opp om modell 1, som i særlig grad styrker forskning og utdanning (se Sentrumsrapporten)

4.2.5 Modell 2:

Denne modellen beskriver en todelt struktur med ett regionssykehus med landsfunksjoner og ett områdesykehus med multitraume og tilhørende regionsfunksjoner. I tillegg kommer den samme lokalsykehusstrukturen som er beskrevet i modell 1.

Modellen vil innebære at lands- og regionsfunksjoner i størst mulig grad samles ett sted. For enkelt fag bør de suppleres med områdefunksjoner, siden regionfunksjonene kan ha for lite omfang til å forsvare egen lokalisering. Akuttkirurgi, multitraume med nødvendige regionfunksjoner og områdefunksjoner for sykehusområde Sentrum samles et annet sted. En rekke funksjoner flyttes mellom Rikshospitalet og Ullevål, men med fortsatt mange dublerede fagmiljøer.

Ingen av foretakene i Sentrum har modell 2 som preferert målbilde på lang sikt. Modell 2 innebærer en mindre omfattende omstilling av sykehusstrukturen i Oslo.

I denne høringen bes det om innspill på hva som er ønsket modell for sykehusområdet sentrum. Målet er et helhetlig pasienttilbud for Oslos befolkning.

4.3 Øvrige sykehusområder

For de øvrige sykehusområder er det utarbeidet egne rapporter. Disse er tilgjengelige på www.helse-sorost.no

Basert på innspillene fra de seks sykehusområdene kan det gjøres følgende oppsummering av noen overordnede problemstillinger knyttet til utviklingen i disse sykehusområdene, sett i lys av prinsippene lagt til grunn i styresak 038/2008:

Øst

Den sentrale problemstillingen i innspillet fra sykehusområde Øst er om Akershus universitetssykehus har kapasitet til å ta ansvar for befolkningen i det opptaksområdet som er foreslått lagt til dette sykehusområdet når nye Ahus åpner i 2011. Ahus vil etter de beregninger som er gjort av både AHUS og Helse Sør-Øst være i stand til å overta ansvaret som lokal- og områdesykehus i somatikk for befolkningen i hele det foreslåtte opptaksområdet 1. januar 2011. Når det gjelder psykisk helsevern viser beregningene at dersom Ahus overtar Alna DPS og Folloklinikken utbygges, er trolig DPS-kapasiteten tilstrekkelig. Når det gjelder psykiatriske døgnplasser mangler imidlertid anslagsvis 60 senger, som ikke kan dekkes innenfor vedtatte investeringer på nye Ahus. Før AHUS overtar ansvaret innenfor psykisk helse er det derfor behov for en avklaring om behandlingen skal skje i de lokalene der Aker i dag har sykehusfunksjoner for Follo's befolkning, eller om det er mulig å etablere sykehusfunksjoner for psykisk helse på Nordbyhagen (Lørenskog).

Vest

Det er flere sentrale problemstillinger i innspillet fra sykehusområde Vest. Ett er forslaget om å fusjonere de fire helseforetakene til ett samlet helseforetak. I tillegg foreslås å dele Blefjell sykehus mellom sykehusområdene Vest og Telemark/Vestfold, jamfør tidligere. Forslaget innebærer at driftsstedet Kongsberg blir en del av sykehusområde Vest, mens Notodden og Rjukan blir en del av sykehusområde Telemark og Vestfold. En slik deling vil samsvare med tradisjonell og geografisk tilhørighet for innbyggerne i disse områdene. En slik deling er omstridt, og i rapporten fra sykehusområde Vest understrekes det at dette må utredes nærmere.

Styret ved Ringerike Sykehus har sendt et eget innspill der styret anbefaler at tilbudet ved Ringerike sykehus i all hovedsak opprettholdes som det er i dag.

En annen sentral problemstilling i sykehusområde Vest er knyttet til organiseringen av spesialiserte funksjoner og akutfunksjoner innen kirurgi/ortopedi. I innspillet foreslås på kort sikt å videreføre dagens situasjon der områdefunksjonene er delt på Sykehuset Asker og Bærum og Sykehuset Buskerud. På lengre sikt skisseres ulike løsninger, avhengig av om det bygges nytt sykehus. Det fremmes ingen klare forslag med hensyn til organiseringen av de kirurgiske/ortopediske akutfunksjonene.

Innlandet

Den mest sentrale problemstillingen i innspillet fra sykehusområde Innlandet er knyttet til samling av akutfunksjoner og spesialiserte funksjoner. På grunn av bosettingsmønsteret og store avstander i Hedmark og Oppland ønsker Sykehuset Innlandet å videreføre og videreutvikle den hovedstrukturen som styret for Sykehuset Innlandet HF vedtok i juni 2006. Dette innebærer at det i Sykehuset Innlandet ikke vil finnes noe hovedsykehus eller områdesykehus. I den framtidige utviklingen vil det søkes en balansert utvikling mellom sykehusenhetene. Det anses likevel hensiktsmessig å gradvis søke mer tydelige utviklingsprofiler (funksjonsprofiler) for de ulike sykehusenhetene, slik at de ikke nødvendigvis har de samme funksjonene, men har funksjoner som kompletterer hverandre i en logisk helhet. Det understrekes at en utvikling som beskrevet setter krav til at det utvikles et sterkt nettverk og en god samarbeidskultur mellom de ulike sykehusene i foretaket.

Telemark/Vestfold

De sentrale problemstillingene i innspillet fra sykehusområde Telemark/Vestfold er knyttet til styringsstruktur og fordeling av akuttfunksjoner og spesialiserte funksjoner. I innspillet fra foretaksledelsen ved Psykiatrien i Vestfold, Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark foreslås å opprettholde dagens foretaksstruktur med to fullverdige akuttsykehus som også er selvstendige organisatoriske og juridiske enheter. Dette innebærer at det ikke foreslås endringer i fordelingen av akuttfunksjoner eller spesialiserte funksjoner. Det foreslås at videre samarbeid bygger på frivillighet, drøftinger og vilje til enighet. Fagmiljøene skal selv drive fram det faglige samarbeidet mellom likeartede enheter. Ledelsens oppgave skal være å tilrettelegge for, og stimulere, til slikt samarbeid.

Østfold

I innspillet fra Sykehuset Østfold fremkommer at utviklingen innenfor foretaket i stor grad følger prinsippene styret har lagt til grunn. Sykehuset Østfold ser omstillingsarbeidet i nær sammenheng med planleggingen av nytt sykehus på Kalnes. Helseforetaket er i gang med et forslag til en langsiktig, bærekraftig funksjonsfordeling mellom et nytt sykehus på Kalnes, sykehuset i Moss og de distriktpsikiatriske sentrene. Her vil det inngå et forslag til fordeling av områdefunksjoner og lokalsykehusfunksjoner. Dette forslaget skal være klart i løpet av 2008.

Sørlandet

Sørlandet sykehus har siden helseforetaket ble etablert i 2003 drevet et omstillingsarbeid som i hovedsak er sammenfallende med de prinsipper som ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst i april 2008. Det pågår en revisjon av sykehusets strategiplan som tydeliggjør funksjons- og oppgavefordelingen mellom de ulike lokasjonene. Sluttebehandling av strategiplanen vil skje etter at strategi for Helse Sør-Øst er vedtatt.

5 Konkrete spørsmål til høringsinstansene

I denne fasen av prosessen er det ikke konkludert verken på organisering eller geografiske plasseringer. Det er ikke foretatt beslutninger vedrørende fjerning av avdelinger, sengeposter eller flytting av ansatte. I høringsperioden vil Helse Sør-Øst RHF arbeide videre med kvalitetssikring og konsekvensvurdering av løsningene. Aktuelle dokumenter vil fortløpende bli publisert og dermed være tilgjengelig for høringsinstansene. Helse Sør-Øst RHF vil ta initiativ til møter med fylkeskommuner, kommuner, helseforetak og andre interessenter.

1. Det bes om synspunkter på ønsket utviklingsretning og styrende prinsipper for utvikling og omstilling av tjenestestrukturen. Det vises til kapittel 4 og den punktvisse fremstillingen av prinsipper og alternativer. Vil en utvikling i den retningen Helse Sør-Øst presenterer bidra til:
 - En bærekraftig utvikling som sikrer god ressursutnyttelse.
 - At pasientenes behov settes i sentrum og befolkningens behov for tjenester av høy kvalitet sikres?
2. Formålet med organisering i større sykehusområder er å gi pasientene et mer helhetlig tilbud. I lys av dette bes det om synspunkter på inndelingen i sykehusområder og de foreslåtte grensene for disse.
3. Hva er det viktig at Helse Sør-Øst legger vekt på ved valg av styringsmodell innenfor sykehusområdene? Herunder:

- a) Hvilke styringsmodeller legger best til rette for å oppnå målene om å styrke lokal-baserte og spesialiserte tjenester, samhandling mellom sykehus og med kommunene, samt brukervedvirkning og pasientopplæring?
 - b) Hva er fordeler og ulemper ved eventuell fusjon i sykehusområdene?
4. I høringsnotatet beskrives to modeller for sykehusområde Sentrum. I modell 1 beskrives et samlet somatisk region- og områdesykehus (Ullevål og Rikshospitalet fusjoneres). I modell 2 beskrives ett somatisk regionsykehus med landsfunksjoner og hoveddelen av regionfunksjonene (Rikshospitalet) og ett områdesykehus med multitraume og tilhørende regionfunksjoner (Ullevål). I begge modeller legges opp til tre robuste lokalsykehus.
- a) Hvilken modell vil høringsinstansene anbefale?
 - b) Hvordan kan valgt løsning best realiseres?
 - c) Hvilke konsekvenser vil valgt løsning ha for utvikling av tilbudet i sykehusområdet?
 - d) Finnes det andre modeller som bør legges til grunn for organisering av sykehus-tilbudet i sykehusområde Sentrum?
5. Hvilke tiltak vil best kunne bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet i regionen? Har høringsinstansene synspunkter på forslaget om å samle alle regionale funksjoner i ett rehabiliteringsforetak?
6. I hvilken grad kan de ulike forslagene til endringer påvirke utvikling og ivaretagelse av kompetanse, fagmiljø, medarbeidernes arbeidssituasjon og arbeidet med å utvikle et godt arbeidsmiljø?
7. Har høringsinstansene forslag til tiltak og løsninger som kan bidra til å styrke bruker-perspektivet i omstillingsprosessen?
8. God samhandling med kommunehelsetjenesten er avgjørende for å sikre helhetlig tilbud og god ressursutnyttelse. Det bes om synspunkter på foreslåtte innretning av tjenestene og særskilte tiltak for å styrke samhandlingen mellom nivåene.
9. Er det andre problemstillinger eller løsninger høringsinstansene ønsker å påpeke? Alternative løsningsforslag for å nå målene?
10. For å skape god forankring og legitimitet for de løsninger som fremmes til beslutning etter høringsrunden, er det ønskelig at innspillene fra høringsinstansene er basert på brede drøftinger som skaper forankring. Høringsinstansene bes gi en kort beskrivelse av hvilken prosess som ligger bak høringsvaret.

Det vises til vedlagte prosjektrapporter:

- Omstillingsprogrammet, innsatsområde 1 – Hovedstadsprosessen - Samlet sluttrapport
- Omstillingsprogrammet innsatsområde 1 – Hovedstadsprosessen - Rapport område Sentrum (15. juni, 2008)

Siste frist for å sende inn skriftlige innspill er **mandag 20. oktober 2008**.

Innspillene sendes elektronisk til følgende e-postadresse: postmottak@helse-sorost.no



Arbeidstilsynet

VAR DATO
25.06.2008

DERES DATO
01.04.2008

VAR SAKSBEHANDLER
Turid Brattset tlf 90948755

VAR REFERANSE
2006/18093 57844/2008
DERES REFERANSE

1 av 4

Vedlegg 1.

Bydel Sagene
Postboks 4200 Nydalen
0401 OSLO

27 JUN 2008

Vedlegg 08/71 BU-sak

TILBAKEMELDING PÅ PÅLEGG

Arbeidstilsynet Oslo viser til brev 1.4.2008, samt til øvrig korrespondanse i saken.

Tilbakemeldingen gjelder de resterende pålegg:

Pålegg 1:

Tiltak for å iverksette og gjennomføre rutiner om at melding av avvik angående eget arbeidsmiljø tas i bruk. AML § 3-1 (2) bokstav c og e og internkontrollforskriften § 5 2. ledd nr 6 og 7.

Bydelen viser i sin tilbakemelding til at det er utarbeidet nye rutiner for å synliggjøre at avvik også skal rapporteres i HMS sammenheng. Avviksrapportering gjennomgås av avdelingslederne og enhetsleder for hjemmetjenesten fire ganger i året for å sjekke ut at alle avvik er lukket. I tillegg skal Helse- og sosialsjef og personalsjef, verneombudene og enhetslederne i felleskap gjennomgå blant annet avviksmeldinger og rutiner to ganger i året.

Pålegg 1 anses oppfylt.

Pålegg 2:

Avdelingsleder og verneombud skal ha nødvendige kunnskaper og ferdigheter i HMS arbeid slik at de har tilstrekkelig kompetanse til å føre kontroll med at arbeidet blir utført forsvarlig. AML § 3-2 bokstav b, § 6-5 (1) og internkontrollforskriften § 5, 2. ledd nr 2.

Bydelen viser i sin tilbakemelding til at det er laget en ny rutine for opplæringen som innebærer at 40 timers kurs skal avholdes innen tre måneder etter tiltredelse. I tillegg arrangeres 1 dags oppfriskningskurs innen fire måneder etter tiltredelse for dem som allerede har 40 timers kurset.

Pålegg 2 anses oppfylt.

Pålegg 4:

Iverksette tiltak slik at pålagte arbeidsoppgaver berunder rapportskriving kan utføres innenfor planlagt arbeidstid. AML § 3-1 bokstav c, og § 4-1 (2).

Bydelen viser i sin tilbakemelding til at de fysiske forhold for rapportskriving nå er tilfredsstillende og at all rapportskriving foregår innenfor normalarbeidstiden. Bydelen vil i tillegg tilby datakurs for ansatte som måtte trenge dette. Bydelen har ikke fått tilbakemeldinger fra ansatte eller verneombud om at arbeidsoppgaver ikke kan utføres innenfor normert arbeidstid.

Pålegg 4 anses oppfylt.

Pålegg 5:

68

POSTADRESSE
Postboks 8174 Dep.
0034 Oslo
Norae

E-POST
oslo@atil.no
INTERNETT
www.arbeidstilsynet.no

TELEFON
81 54 82 22
TELEFAKS
22 17 78 10

ORGANISASJONSNR
974771640



Tiltak som skal sikre at brukernes hjem blir tilrettelagt for brukerne i hjemmetjenesten. AML § 3-1(2), § 4-4 (2), og forskrift om tungt og ensformig arbeid § 6.

Bydelen viser i sin tilbakemelding til en rekke hensiktsmessige og gode tiltak. Blant annet er det utarbeidet nye rutiner hvor det fremgår at hjelpemidler og tilrettelegging skal så fremt det er mulig være på plass før bruker skrives ut til hjemmet. Ved behov skal det gå to på hjemmebesøk. Det er videre positivt at bedriftshelsetjenesten og bydelsoverlegen trekkes inn der hvor bruker motsetter seg vilkår i vedtaket.

Pålegg 5 anses oppfylt.

Pålegg 6:

Kartlegge samarbeidet mellom hjemmetjenesten/boliger, og Søknadskontoret og Hjelpemiddelsentralen og iverksette og gjennomføre tiltak for å forebygge helsebelastende konsekvenser for de ansatte. AML § 3-1 (2) bokstav c, og § 4-4 (2).

Bydelen viser i sin tilbakemelding til at der det er behov for hjelpemidler raskt, skal saken gå til bydelens innstasteam som prioriterer saken. I tilfeller hvor tilstrekkelige hjelpemidler ikke er på plass skal det om nødvendig fattes vedtak om at to ansatte skal utføre hjemmebesøket. Rutiner for tilgang til hjelpemidler tas opp som fast post i møter mellom Søknadskontoret og Hjemmetjenesten hver 14. dag.

Pålegg 6 anses oppfylt.

Pålegg 7:

Tiltak for å sikre etterlevelse av egne rutiner om å være to ved utførelse av tunge oppgaver. AML § 3-1 (2) bokstav e.

Bydelen viser i sin tilbakemelding til at rutinene for avviksmelding er endret slik at det alltid skal meldes avvik der vedtak sier at det skal gå to på hjemmebesøk og dette ikke skjer. Alle som melder avvik skal ha samtale med leder for avklaring av grunnlaget for avviket.

Pålegg 7 anses oppfylt.

Pålegg 8:

Tiltak for å sikre at alle ansatte regelmessig gjennomgår opplæring i hensiktsmessig arbeidsteknikk/forflytning. Forskrift om tungt og ensformig arbeid § 8.

Bydelen viser i sin tilbakemelding til at kurs har vært avholdt i slutten av april og at kurs har vært avholdt i månedsskiftet mai/juni (ved behov). Det vil bli holdt kurs jevnlig for å sikre at ekstravakter og vikarer får opplæring. Kurs skal dokumenteres i personalmappen.

Pålegg 8 anses oppfylt.

Pålegg 9:

Tiltak for å sikre at arbeidstakerne ikke utsettes for psykiske og fysiske belastninger, blant annet ved klare rutiner for hvordan utilbørlig adferd, vold og trusler om vold skal forebygges, håndteres og følges opp. AML §§ 3-1 (2) e, jf 4-1(2) og 4-3 (3) og (4)



Bydelen viser i sin tilbakemelding til en rekke hensiktsmessige og gode tiltak, vi vil trekke frem obligatoriske kurs i takling av vanskelig og truende adferd og at ansatte har jevnlig veiledning av psykiatrisk sykepleier, og ved behov av habiliteringstjenesten ved Ullevål sykehus. De ansatte er utstyrt med mobiltelefoner for rask kontakt. Videre anses det som særlig positivt at det ved behov går to sammen på hjemmebesøk. Vi vil også trekke frem rutinen som på en god måte beskriver hvordan den ansatte skal forholde seg i ulike situasjoner. Videre er det positivt at bydelen har gode oppfølgingsrutiner der de ansatte har vært utsatt for uhendige episoder.

Pålegg 9 anses oppfylt.

Pålegg 10:

Bydelen skal umiddelbart iverksette og gjennomføre tiltak for å verne ansatte mot krenkende, utilbørlig adferd og konsekvensen av denne. AML § 3-1 (2) bokstav c, 4-3 (3) og (4).

Bydelen viser i sin tilbakemelding til de tiltak som er nevnt under pålegg 9. I tillegg vises til at oppfølging av vedta er fast punkt på møtet mellom Hjemmetjenesten og Søknadskontoret hver 14. dag.

Pålegg 10 anses oppfylt.

Pålegg 11:

Tiltak for å sikre at det gjennomføres tilstrekkelig systematisk opplæring i hvordan truende eller belastende situasjoner knyttet til beboeres/brukeres adferd kan forebygges, korrigeres og håndteres. AML § 3-2 (1) a og § 4-3 (4).

Bydelen viser i sin tilbakemelding til at brukers vedtak har detaljerte vilkår som må være oppfylt for å få tjenester hjemme hos seg. Det arrangeres obligatoriske kurs i tematikken, for øvrig er tiltakene de samme som under pålegg 9 og 10.

Pålegg 11 anses oppfylt.

Alle pålegg som ble gitt bydel Sagene er med dette oppfylt.

Dette har vært et omfattende prosjekt og Arbeidstilsynet Oslo vil takke for samarbeidet så langt, og ønsker bydelen lykke til med HMS-arbeidet fremover.

Med hilsen
Arbeidstilsynet Oslo

Pål H. Lund
avdelingsleder
(sign.)

Turid Brattset
seniorrådgiver
(sign.)

Dette brevet er godkjent elektronisk i Arbeidstilsynet og har derfor ingen signatur.

Kopi: Oslo kommune Sagene bydel, Hjemmetjenesten avdeling Lilleborg, Postboks 4200 Nydalen, 0401 Oslo

70



Oslo kommune Sagene bydel, Hjemmetjenesten avdeling Nordpolen, samme adresse
Oslo kommune Sagene bydel, Biermannsgate bolig, samme adresse
Oslo kommune Sagene bydel, verneombud i Hjemmetjenesten avdeling Lilleborg, samme adresse
Oslo kommune Sagene bydel, verneombud i Hjemmetjenesten avdeling Nordpolen, samme adresse,
Oslo kommune Sagene bydel, verneombud i Biermannsgate boliger, samme adresse
Hovedverneombud Sagene bydel, samme adresse
Bydelsutvalget Sagene bydel, samme adresse
Oslo kommune, Byrådet, Rådhuset, 0037 Oslo
Oslo kommune, Sentralt hovedverneombud, Rådhuset, 0037 Oslo
Oslo kommune, Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester, Rådhuset, 0037 Oslo
Oslo kommune, Sentralt arbeidsmiljøutvalg, Rådhuset, 0037 Oslo
Fylkesmannen i Oslo og Akershus, Pb 8111 Dep, 0032 OSLO



Oslo kommune
Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester

vedlegg 2

Bydel 1 – 15
v/bydelsdirektøren

Dato: 25.06.2008

Deres ref:

Vår ref (saksnr):
200604239-167

Saksbeh:
Eli Filseth, 23461556

Arkivkode:
225

**KARTLEGGING OG RISIKOVURDERING AV HMS I HJEMMETJENESTENE I
BYDELEN – INVITASJON TIL MØTE, MM**

SINTEF Helse er engasjert av byrådsavdelingen for å foreta en kartlegging og risikovurdering av HMS i hjemmetjenestene i bydelene.

Vi har skissert følgende mål for oppdraget:

- Kartlegge hvilke modeller for bestiller-/utføretrorganisering som finnes i bydelene med hensyn til HMS-forhold for ansatte som arbeider i brukers hjem
- Vurdere i hvilken grad de ulike modellene oppfyller arbeidsgivers HMS-ansvar
- Foreslå tiltak innen de ulike modellene som kan iverksettes for å sikre at HMS-ansvaret blir forsvarlig ivaretatt

Oppdraget skal gjennomføres ved

- en forberedende studie som omfatter dokumentstudier og telefonintervju med representanter for bestillerenheten i alle bydeler, og
- en hovedstudie der alle bydeler besøkes og det gjennomføres intervju med representant for bestillerenheten, for utførerenheten, for tillitsvalgte samt bydelenes hovedverneombud.

Resultatene vil bli oppsummert i en sluttrapport som skal ferdigstilles innen 30. september 2008.

Prosjektleder er seniorforsker, dr. med Sissel Steihaug, SINTEF Helse, tlf. 95 24 89 09.

Samtlige bydelsdirektører inviteres herved til et møte med SINTEF Helse
mandag 11. august kl 12.00 i Strangerrommet i Rådhusets 11. etasje, østre tårn.

For at SINTEF Helse skal klare å utføre oppdraget på den relativt korte tiden de har til rådighet, ber vi bydelene om så snart som mulig, og **innen 01.07.2008** å sende **navn på kontaktperson** i bydelens bestillerenhet for hjemmetjenester til følgende e-postadresse:
sissel.steihaug@sintef.no.

72

Byrådsavdeling for velferd og
sosiale tjenester

Postadresse:

Rådhuset, 0037 Oslo

E-post: postmottak@byr.oslo.kommune.no

SINTEF Helse skal besøke hver bydel en dag. Det vil bli gjennomført fire individuelle intervjuer i hver bydel. av leder for bestillerenheten, leder for utførerenheten (hjemmetjenesten), en representant for tillitsvalgte i hjemmetjenesten (Sykepleierforbundet i noen bydeler, Fagforbundet i andre) samt hovedverneombud.

Intervjuene med bestillerenhetene vil dreie seg om hva som er deres arbeidsoppgaver og hvordan de arbeider. Intervjuene med lederne for hjemmetjenesten vil dreie seg om hjemmetjenestens arbeid. Tillitsvalgte og hovedverneombud vil bli spurt om HMS-arbeid.

SINTEF Helse vil besøke bydelene på følgende dager:

Gruppe 1:

Bydel Grorud:	mandag 18.08.2008
Bydel Stovner:	tirsdag 19.08.2008
Bydel Alna:	torsdag 21.08.2008
Bydel Bjerke:	fredag 22.08.2008

Gruppe 2:

Bydel Østensjø:	mandag 18.08.2008
Bydel Grünerløkka:	tirsdag 19.08.2008
Bydel Nordre Aker:	onsdag 27.08.2008
Bydel St.Hanshaugen:	torsdag 28.08.2008
Bydel Gamle Oslo:	fredag 29.08.2008

Gruppe 3:

Bydel Søndre Nordstrand:	mandag 18.08.2008
Bydel Sagene:	tirsdag 19.08.2008
Bydel Ullern:	torsdag 21.08.2008
Bydel Nordstrand	fredag 22.08.2008

Gruppe 4:

Bydel Frogner:	tirsdag 19.08.2008
Bydel Vestre Aker:	torsdag 21.08.2008

Hvis bydelene har behov for å bytte dag, kan det gjøres ved å bytte seg imellom innen sin gruppe. SINTEF Helse vil ta kontakt med bydelene for å avtale nærmere klokkeslett og sted.

Med vennlig hilsen

Björg Månum Andersson
kommunaldirektør

Åse L. Snåre
helse- og omsorgssjef

Godkjent og ekspedert elektronisk

Kopi: SINTEF Helse v/prosjektleder Sissel Steihaug (sissel.steihaug@sintef.no)

2007		Oslo
74		75



Gjennomsnitt for
temaområdet

Hjemmehjelp - 3 Sagene Generelt

BU-Sak
Vedlegg 08/72

Gjennomsnitt 0-100
referansetall

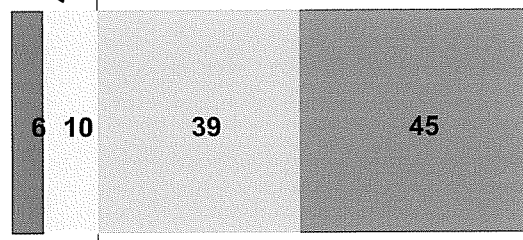
Svarfordeling
i prosent



Alt i alt, tilfredshet med
tjenesten

194

Antall svar på
hvert spørsmål



07 06 H+S H S
74 74 74

Svært liten grad 2

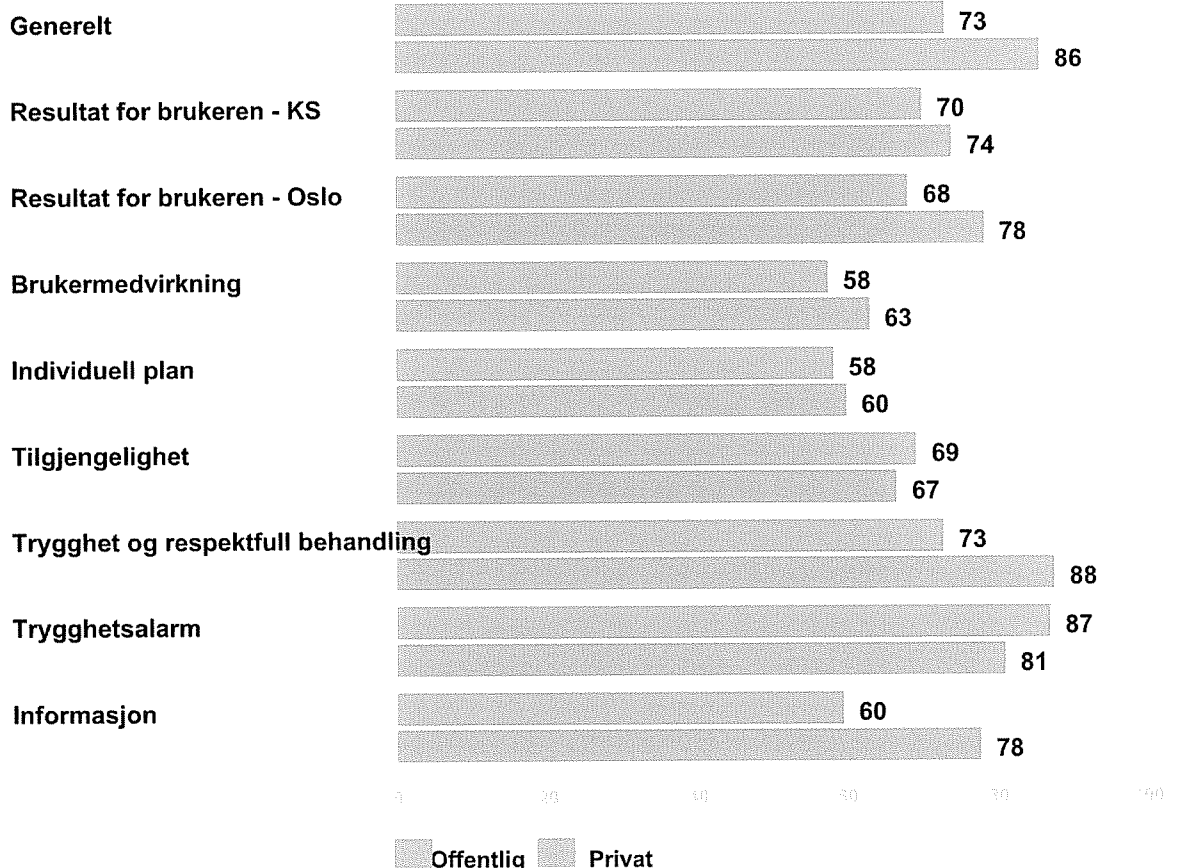
3

Svært stor grad

Hjemmehjelp - 3 Sagene

Ant: 215

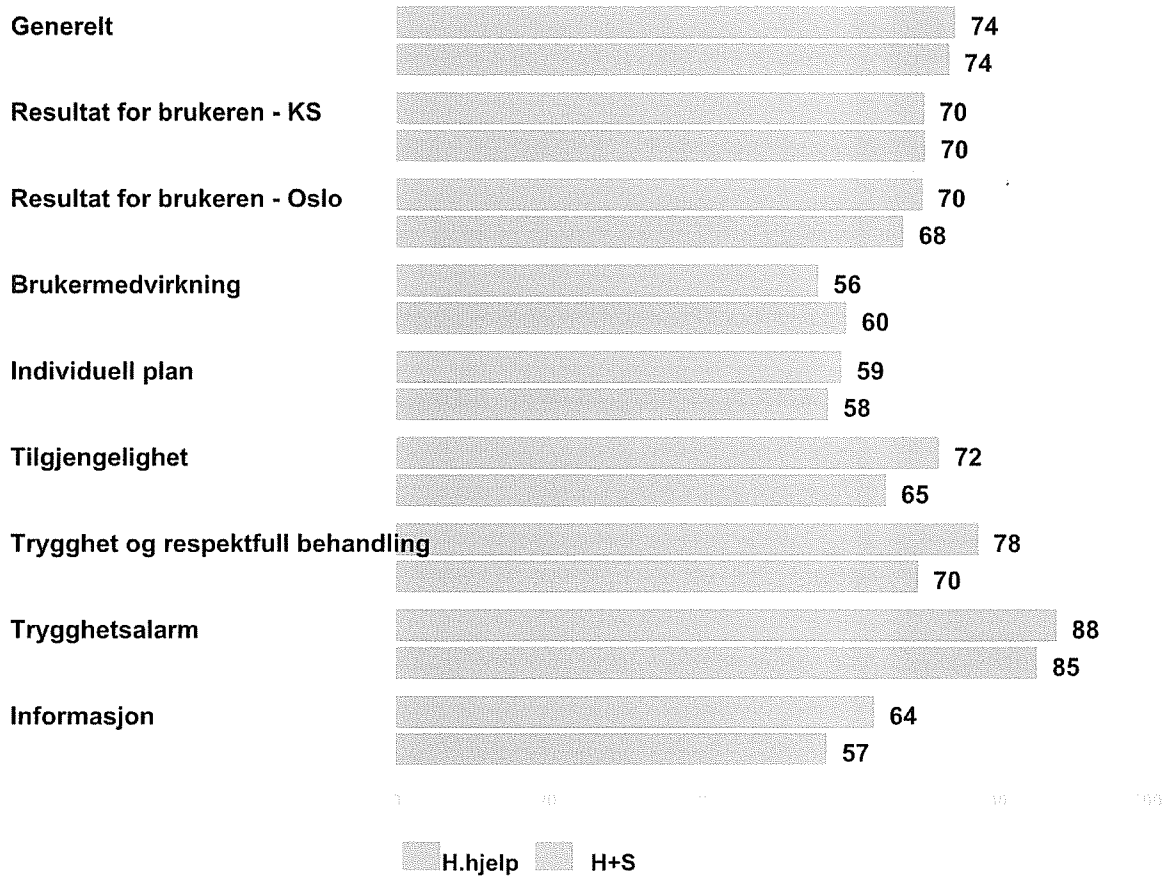
Hjemmehjelp - 3 Sagene



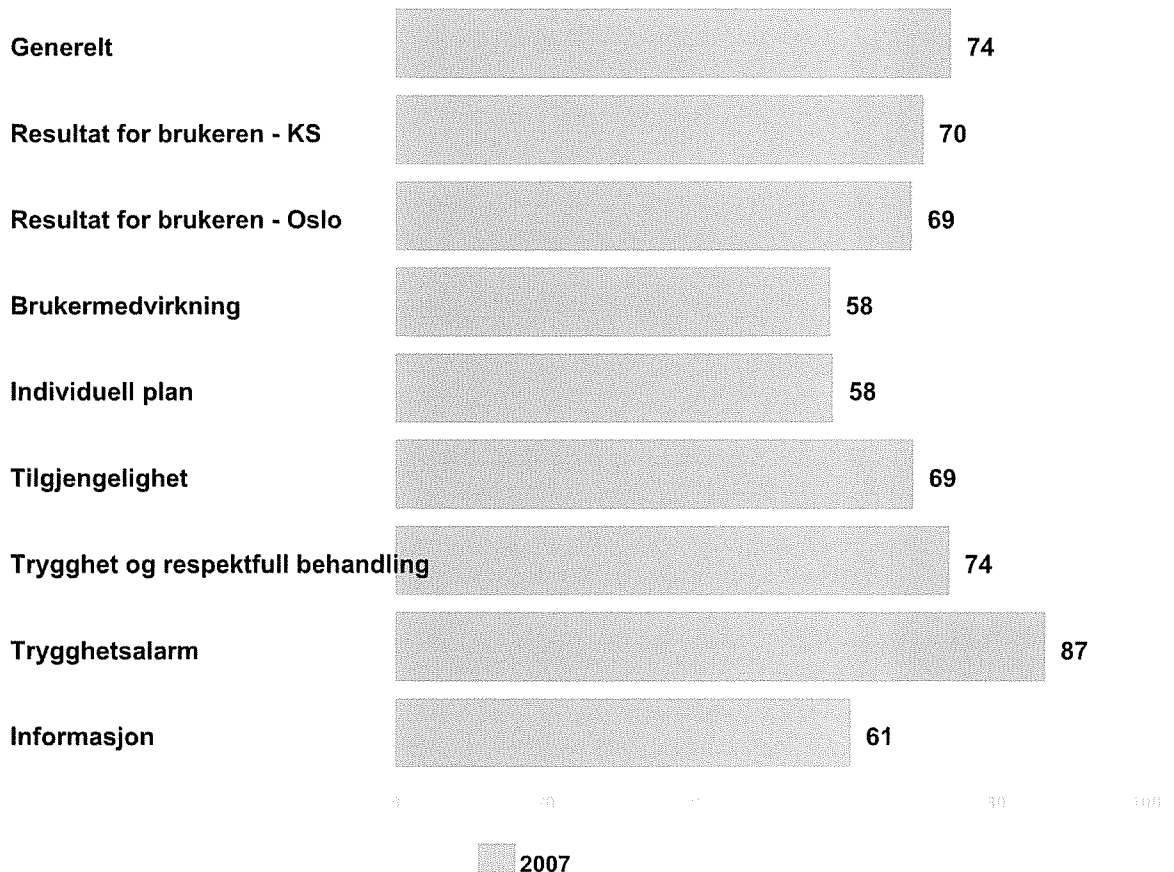
Offentlig Privat

74

Hjemmehjelp - 3 Sagene



Hjemmehjelp - 3 Sagene



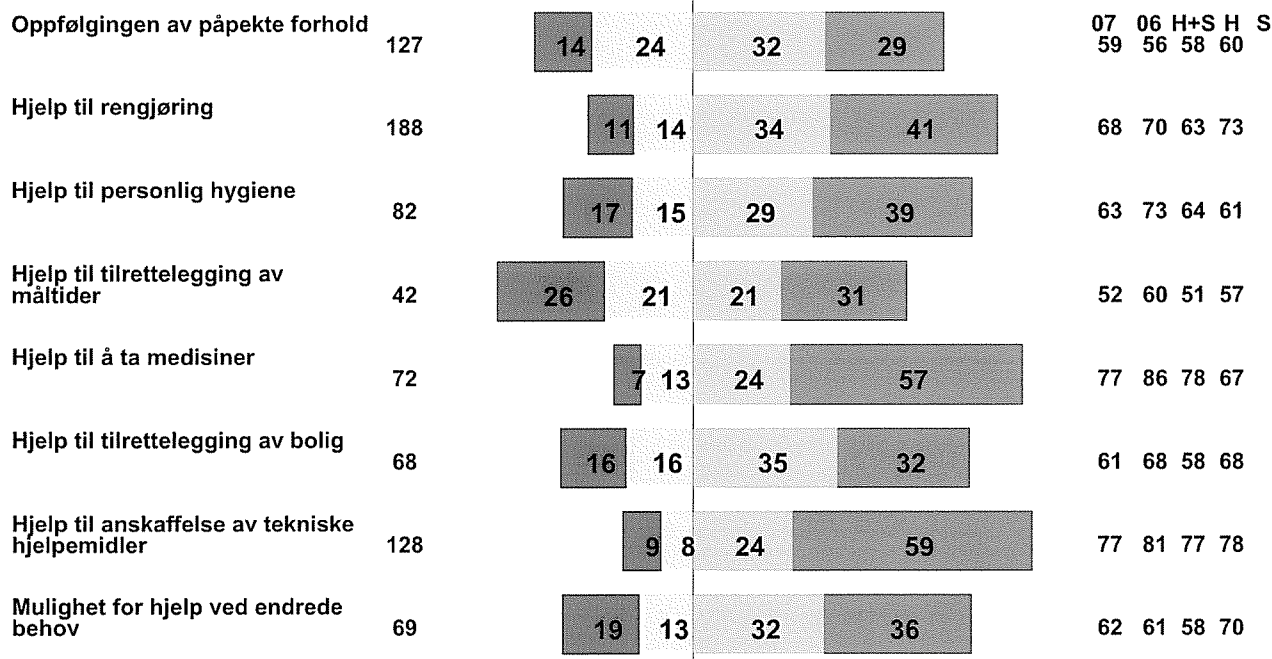
2007

75

Hjemmehjelp - 3 Sagene

Resultat for brukeren - Oslo

2007		Oslo
68		70



■ Svært liten grad 2 ■ 3 ■ Svært stor grad

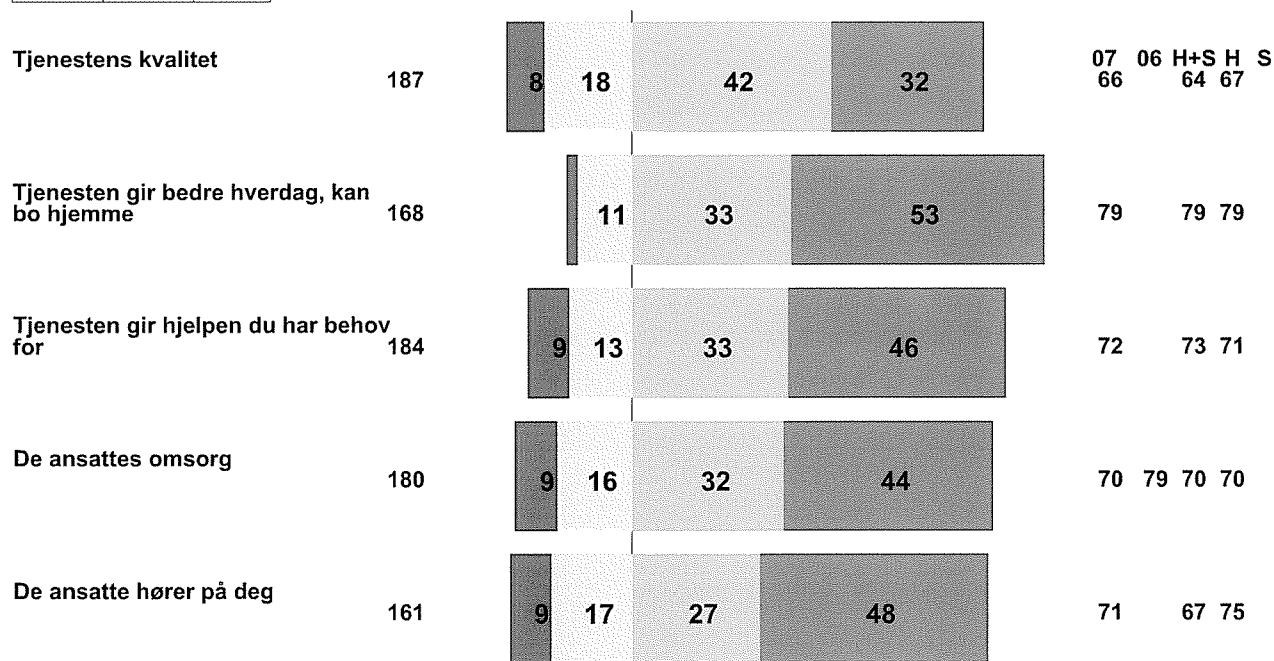
Hjemmehjelp - 3 Sagene

Ant: 215

Hjemmehjelp - 3 Sagene

Resultat for brukeren - KS

2007		Oslo
72		72



■ Svært liten grad 2 ■ 3 ■ Svært stor grad

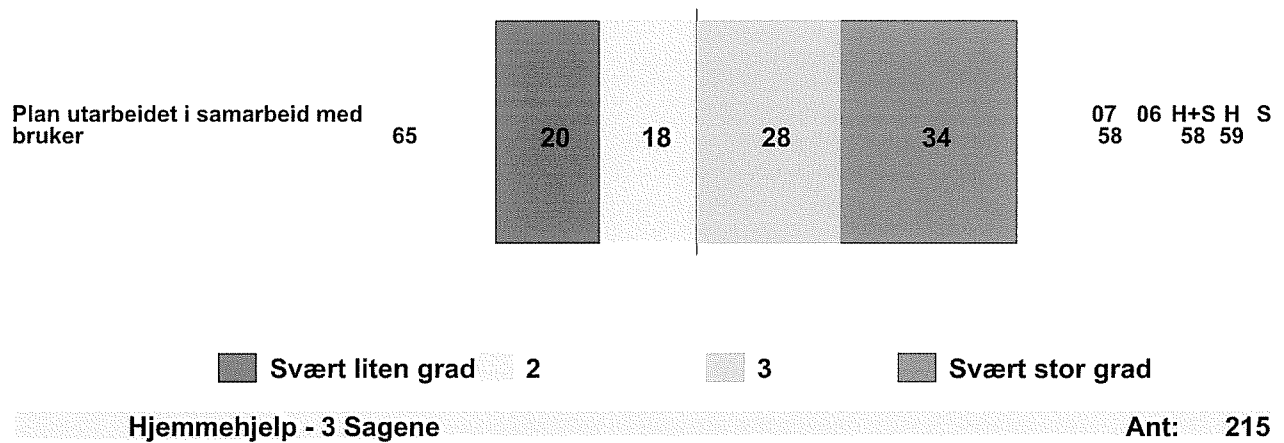
Hjemmehjelp - 3 Sagene

Ant: 215

2007		Oslo
58		58

Hjemmehjelp - 3 Sagene

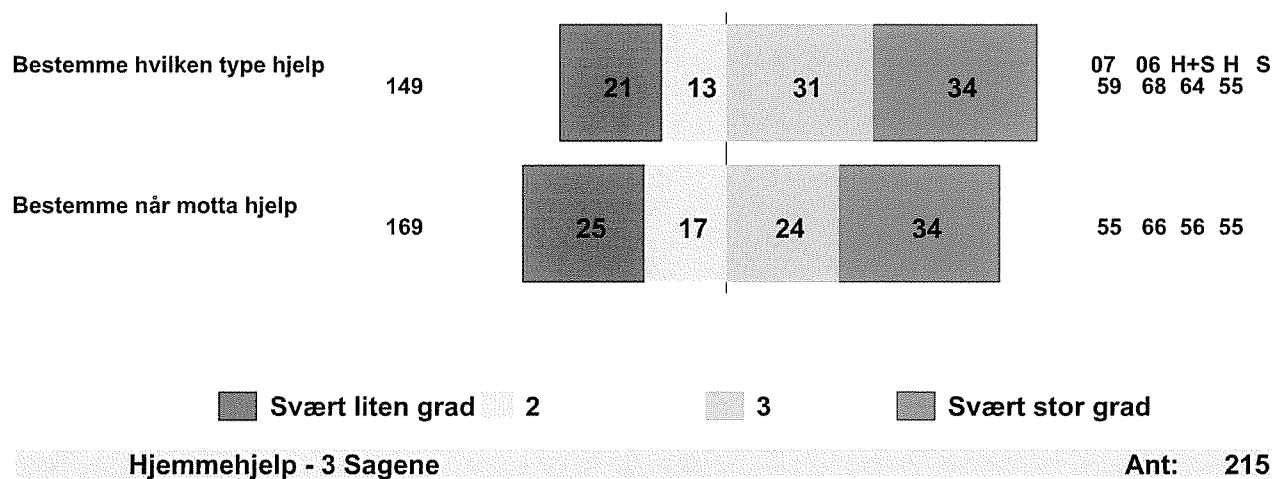
Individuell plan



2007		Oslo
58		59

Hjemmehjelp - 3 Sagene

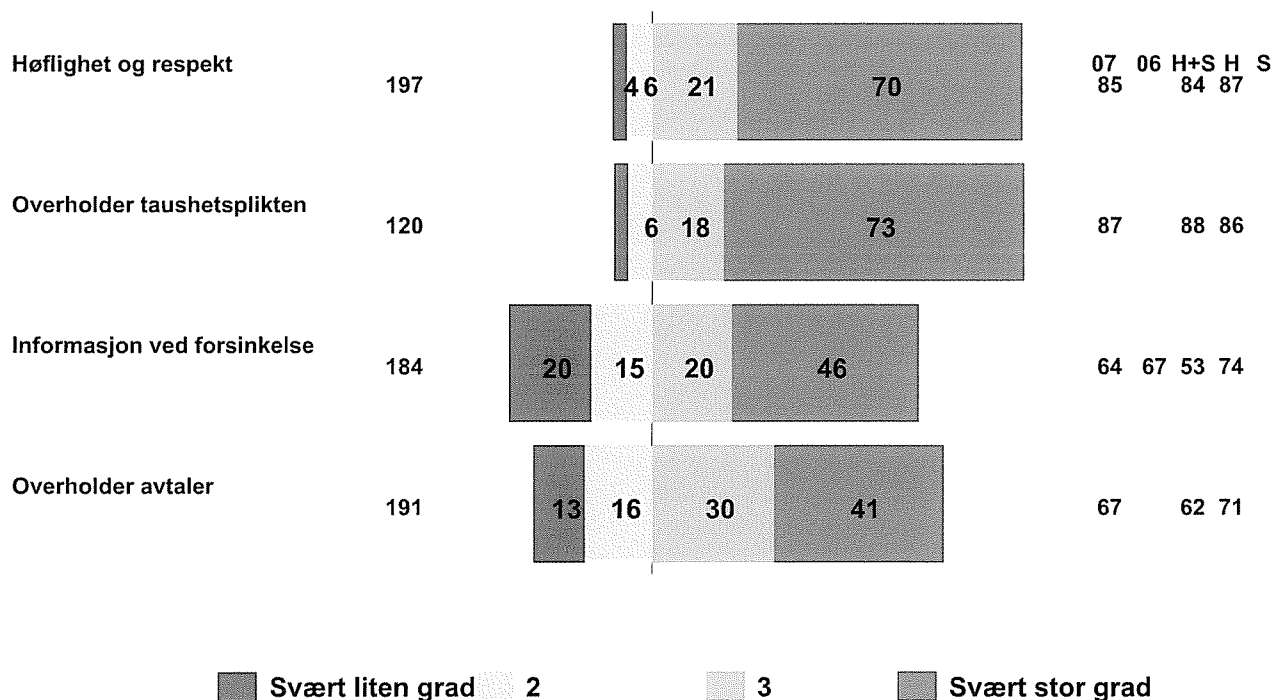
Brukermedvirkning



2007		Oslo
74		77

Hjemmehjelp - 3 Sagene

Trygghet og respektfull behandling

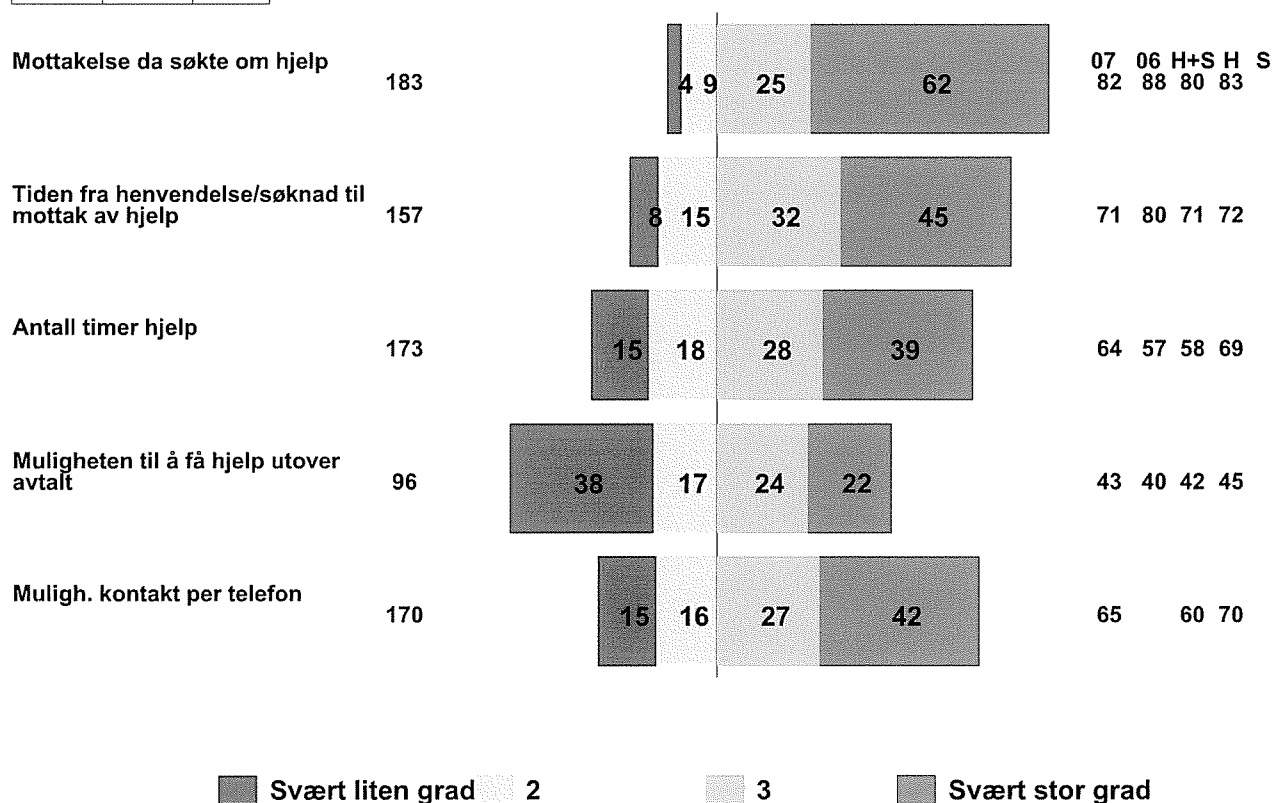


Hjemmehjelp - 3 Sagene Ant: 215

2007		Oslo
69		70

Hjemmehjelp - 3 Sagene

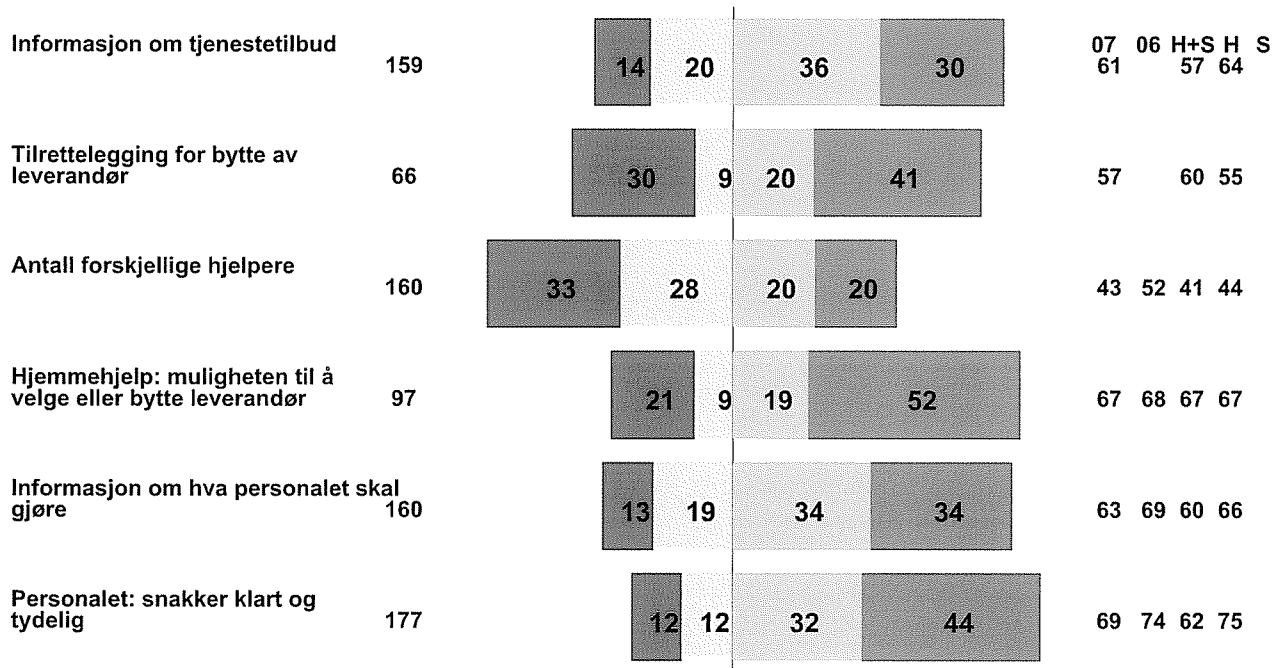
Tilgjengelighet



Hjemmehjelp - 3 Sagene Ant: 215

Hjemmehjelp - 3 Sagene Informasjon

2007		Oslo
61		63



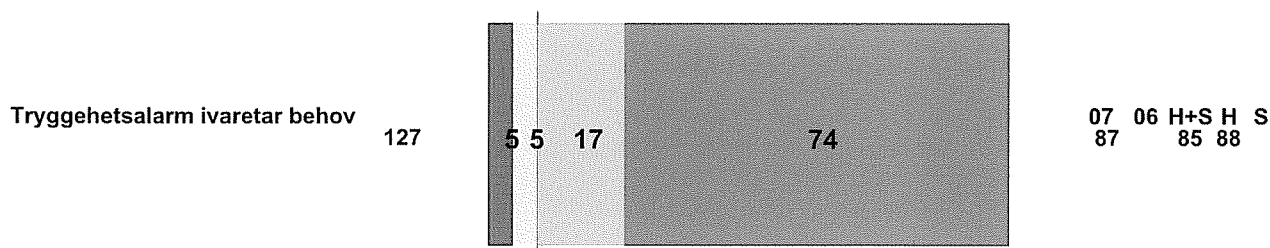
■ Svært liten grad 2 ■ 3 ■ Svært stor grad

Hjemmehjelp - 3 Sagene

Ant: 215

Hjemmehjelp - 3 Sagene Trygghetsalarm

2007		Oslo
87		87

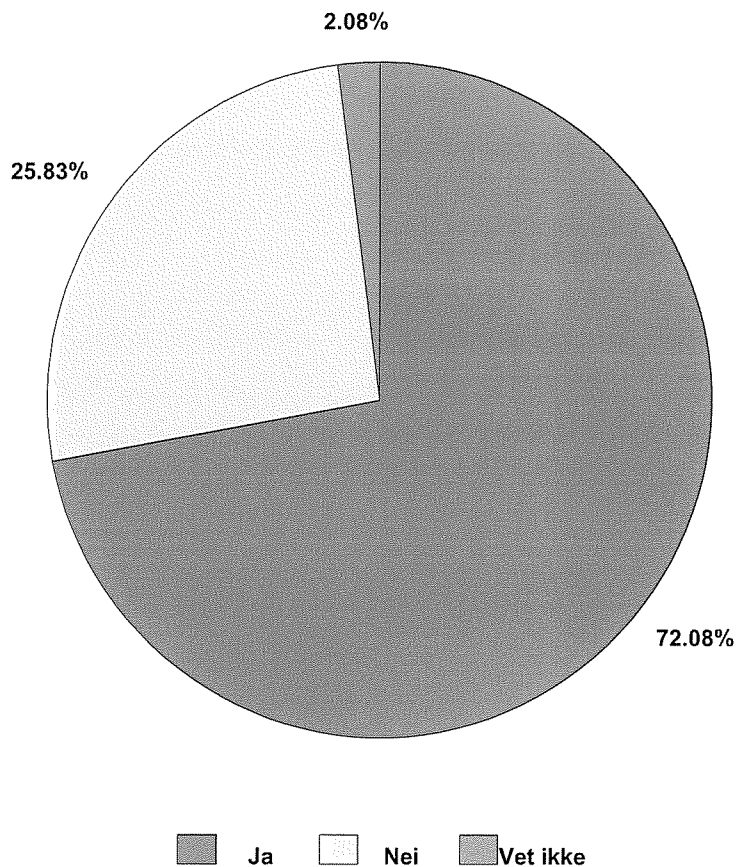


■ Svært liten grad 2 ■ 3 ■ Svært stor grad

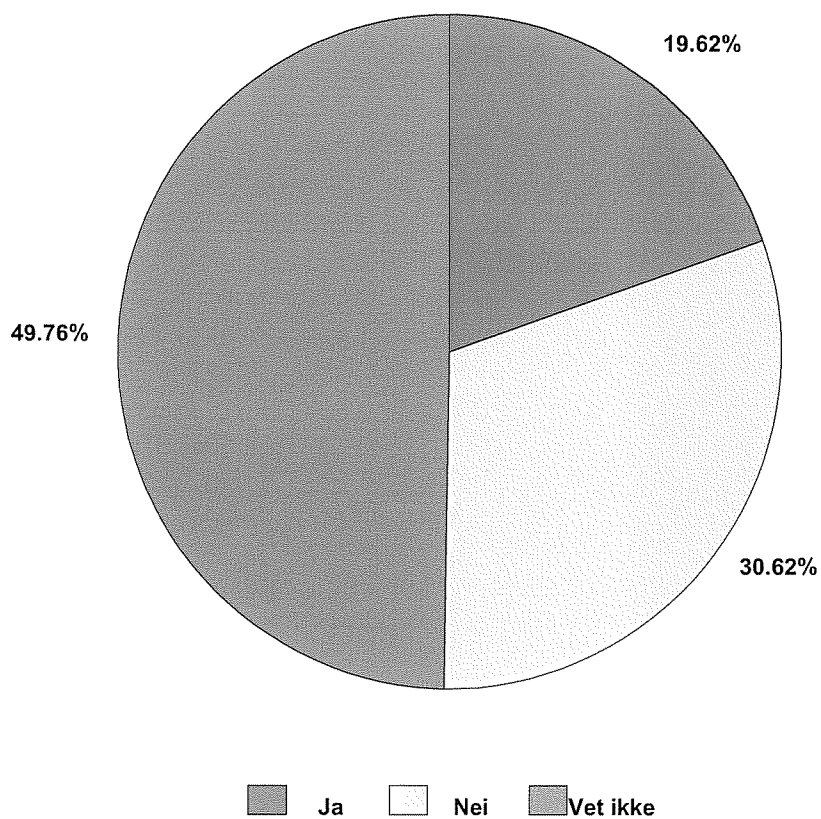
Hjemmehjelp - 3 Sagene

Ant: 215

Hjemmehjelp - 3 Sagene Trygghetsalarm

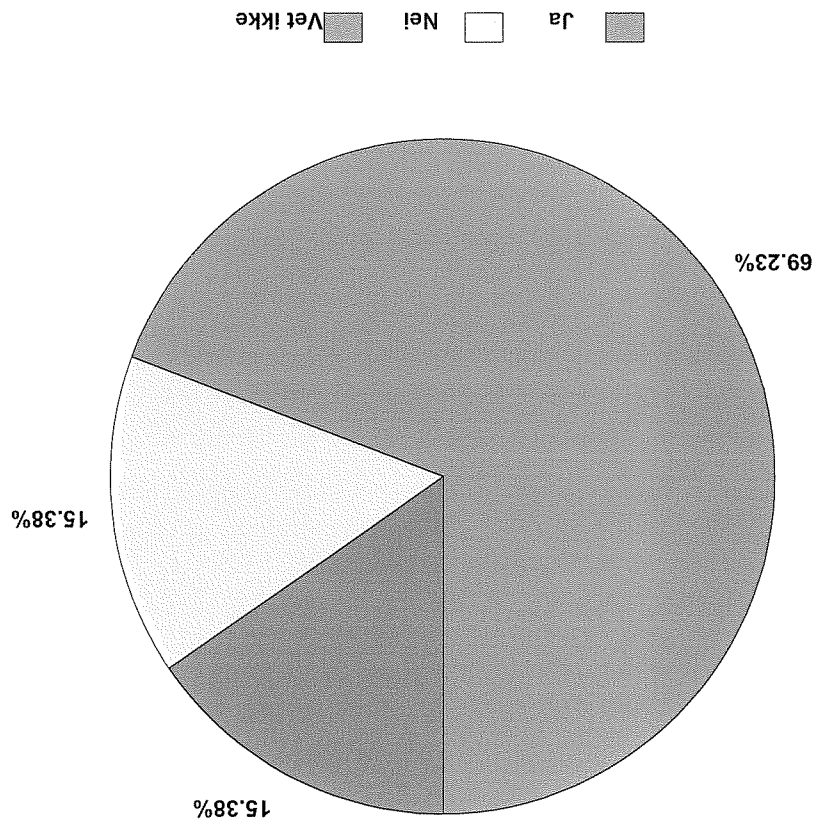


Hjemmehjelp - 3 Sagene Individuell plan

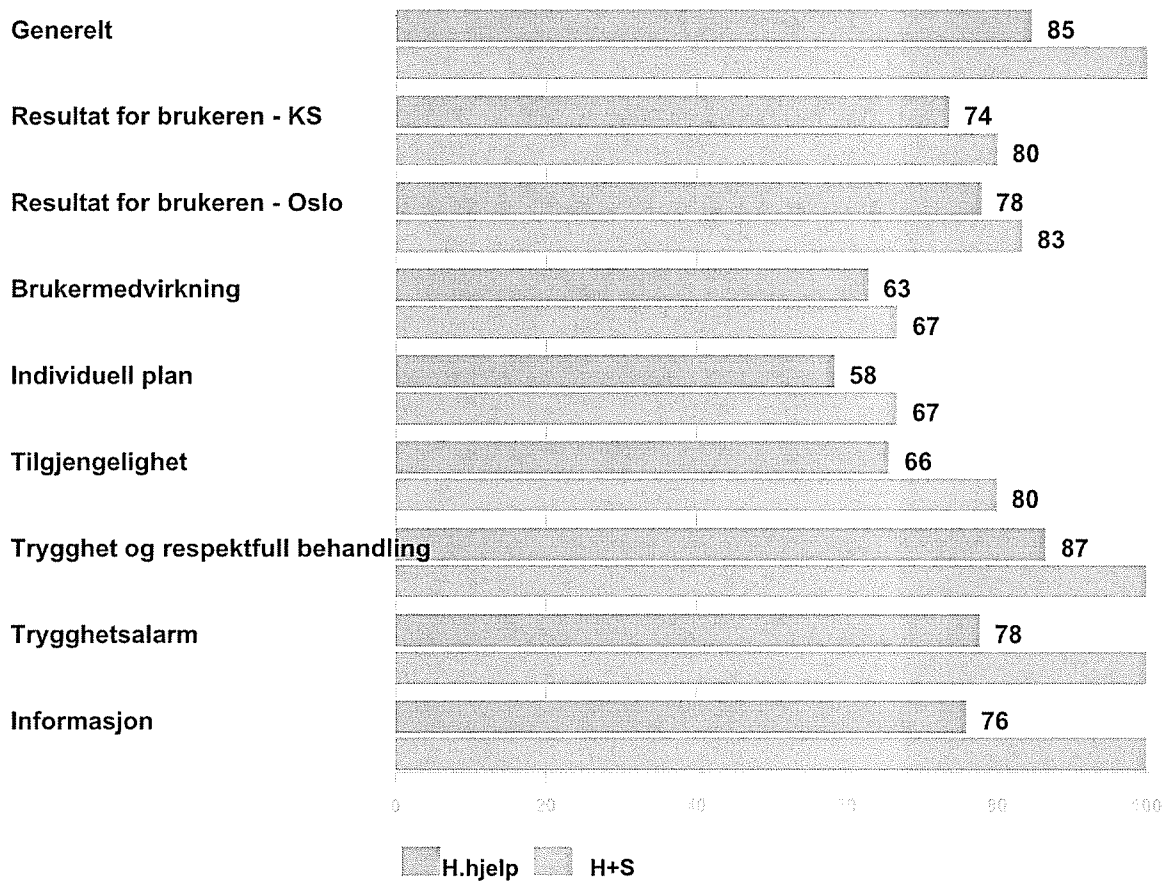


Hjemmehjelp - 3 Sagene

Bedre tj. etter valgmuligh. kom/priv lev.



Hjemmehjelp -3 Sagene - Privat leverandør



Hjemmehjelp -3 Sagene - Privat leverandør

