

Byrådsavdeling for helse  
Att.: Rachel Elisabeth Myhr Williksen  
Oslo kommune

**Deres Ref.:**  
23/5459 - 17

**Vår Ref.:**

**Saksbehandler:**  
Kirsten Syvertsen

**Dato:**  
12.04.2024

## **Utredning av oppgavefordelingen mellom bydelene og kommunen sentralt - anmodning om innspill fra sykehusene**

Vi viser til anmodning om innspill fra sykehusene i forbindelse med utredning av oppgavefordelingen mellom bydelene og kommunen sentralt (deres ref. 23/5459 – 17):

«Sykehusene inviteres til å komme innspill til følgende spørsmål:

1. *Hva er styrker og svakheter ved dagens organisering av bydelene og etatene når det kommer til samhandling med spesialisthelsetjenesten? Jeg ber særlig om innspill innen områdene psykisk helse (barn/unge og voksne), eldre med skrøpelighet, rehabilitering, fødsels- og barselstilbudet, akutttilbudet, digital utvikling og helse/velferdsteknologi der det er relevant for det enkelte sykehus.*
2. *Er det oppgaver innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kunne vært løst bedre om de var organisert annerledes enn i dag? Hvordan? Eksempelvis om det er oppgaver som kunne ligget på bydelsnivå fremfor etats/foretaksnivå og omvendt.*

*Forhold som kan være særlig relevant å trekke inn i besvarelsen av spørsmålene er mer likeverdige tjenester, sterkere fagmiljøer, færre overganger og redusert risiko for svikt i brukerreiser, tydeligere rolle- og ansvarsforståelse og styrket samarbeid/samordning mellom bydeler og etater.»*

### **Diakonhjemmet sykehus**

Diakonhjemmet sykehus er lokalsykehus for om lag 150 000 innbyggere i bydelene Vestre Aker, Frogner og Ullern, samt regionsykehus for Helse Sør-Øst innenfor revmatiske

leddsykdommer. Diakonhjemmet sykehus er gjennom oppdraget fra Helse Sør-Øst RHF underlagt den samme styring og nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet som andre helseforetak. Sykehuset har ansvar for behandling av pasienter med hoftebrudd fra åtte bydeler og innen alderspsykiatri for seks bydeler. Sykehuset har en ledende rolle nasjonalt innen klinisk psykofarmakologi.

Diakonhjemmet sykehus forholder seg primært til de tre bydelene Ullern (35 425 innbyggere), Vestre Aker (51 869 innbyggere) og Frogner (60 646 innbyggere) gjennom et lokalt samarbeidsutvalg som er en underliggende struktur i helsefellesskapet. Samtidig er etatene viktige medspillere som ansvarlige for viktige tjenestetilbud som helsehus, rehabiliteringstilbud, sykehjem og hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester. Etatene er også representert i det lokale samarbeidsutvalget.

Sykehuset samhandler i praksis med alle Oslos 15 bydeler. Sykehuset mottar pasienter fra øvrige bydeler i Oslo (alderspsykiatri og revmatologi) og bydelene i opptaksområdet til Akershus universitetssykehus (Grorud, Stovner og Alna) som ledd i sykehusets avtale om å avlaste Akershus universitetssykehus HF med pasienter som innlegges for øyeblikkelig hjelp. Grunnet fritt sykehusvalg vil det være pasienter fra alle bydeler som får sin elektive behandling ved sykehuset, men dette vil i hovedsak være lettere pasienter uten store og sammensatte behov.

Sykehuset forholder seg til mangfoldet av aktører i den kommunale helse- og omsorgstjenesten; Sykehjemsetaten, Helseetaten, Velferdsetaten, barne- og familieetaten, Utdanningsetaten, NAV. I tillegg til fastlegene og ulike driftere av sykehjem og leverandører av hjemmebaserte tjenester.

### ***1) Hva er styrker og svakheter ved dagens organisering av bydelene og etatene når det kommer til samhandling med spesialisthelsetjenesten?***

Oslo kommune er som kommune og samtidig fylkeskommune ulik de aller fleste kommuner i Norge. Kommunen har dessuten et vesentlig større antall innbyggere enn alle andre kommuner i landet. Oslo ivaretar også fylkeskommunale ansvarsområder. Størrelsen har gjort det mulig å etablere en matriseorganisering innen helse- og omsorgsfeltet med en bestiller-ufører-modell, hvor 15 bydeler som er definert ved et geografisk område, bestiller og mottar tjenester fra sentrale etater som betjener samtlige bydeler. Oslo har valgt å ha en stor og felles kommunal legevakt.

Styrken med en slik sentralisert modell er at det kan være mulig å realisere stordriftsfordeler og utnytte fleksibilitet på tvers av bydeler. Svakheten med modellen er at organiseringen gir opphav til betydelig arbeid med koordinering på tvers av bydeler og etater, men også i samhandlingsflatene mellom kommunens aktører og andre aktører som sykehus og andre tjenesteleverandører. Gode pasientforløp forutsetter god felles

planlegging og tydelighet om oppgaver og ansvar. Modellen er kompleks, noe som kan gjøre det utfordrende å legge til rette for god samhandling på tvers av aktører og nivåer.

Det som taler for en sentralisering er den faglige utviklingen og økende krav til tjenestene, men samtidig må sentraliserte løsninger veies mot betraktninger om hva som er «stort nok for at det blir godt og robust nok» og det faktum at mye av tjenesteleveranser og samhandling skjer innen rammen av den enkelte sektor, mellom bydeler og sykehus. Med sektor menes her de bydeler som et sykehus har i sitt primære opptaksområde.

Et argument for sentraliseringen var suboptimalisering med hensyn til drift av tjenester i små bydeler. Antall bydeler er siden blitt noe redusert og det har samtidig vært en betydelig befolkningsvekst i Oslo. Er tiden moden for en bydels- og desentraliseringsreform?

I en slik reform kunne kommunen valgt en organisering hvor mer av ansvaret for tjenestene ble lagt til bydelene. Kommunen kunne i den forbindelse vurdert om det ville være hensiktsmessig med en ytterligere sammenslåing av bydeler slik at bydelene ble mer jevnbyrdige i størrelsen og mer robuste. Man ville med et slikt grep ha helt andre forutsetninger for å desentralisere helse- og omsorgstjenester til bydelsnivået i Oslo.

I opptaksområdet til Diakonhjemmet sykehus er denne problemstillingen relevant særlig for bydel Ullern: Kunne denne bydelen inkorporeres i en annen eller flere andre bydeler? Kunne man sett for seg en bydel for hele Diakonhjemmet sektor? En mindre komplisert kommunal organisering og matrise ville kunne lette samhandlingen, men også felles planlegging, utvikling av lokale rutiner og samarbeid om utdanning og kompetanseutvikling, sett fra sykehusets ståsted.

Det pågår en prosess i regi av Helse Sør-Øst RHF hvor fordelingen av bydeler i Oslo vil avklares og det er planlagt en høringsrunde våre 2024 og endelig beslutning i styret i Helse Sør-Øst RHF september 2024. I 2026 overføres bydel Alna fra Akershus universitetssykehus til Oslo universitetssykehus, og bydel Grorud og Stovner planlegges overført til Oslo universitetssykehus med ferdigstillingen av Aker sykehus i 2031/2032. Man vil følgelig om få år ha fire sektorer i Oslo definert gjennom fire lokalsykehus med hvert sitt primære opptaksområde.

Det faktum at de private ideelle sykehusene har et begrenset tjenestetilbud (ikke fødsler, barn, en del kirurgi og andre spesialiserte fag) gjør at det vil måtte skje en samhandling mellom Oslo universitetssykehus og bydelene i de private ideelle sykehusenes opptaksområder. Dette kompliserer samhandlingen mellom nivåene i Oslo. Også disse samarbeidsaksene ville kunne bedres hvis kommunen var organisert i færre bydeler med økt vekt på bydeler/sektorene.

## ***2) Er det oppgaver innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kunne vært løst bedre om de var organisert annerledes enn i dag?***

Arbeid med digitale løsninger mv. kan med fordel sentraliseres da det ikke er hensiktsmessig at de enkelte bydeler eller sykehus utvikler egne løsninger. Spesialisthelsetjenestens løsninger vil være regionale/nasjonale. De løsninger man utvikler bør være felles for Oslo på tvers av sektorene. De kommunale løsninger vil da på sikt kunne utveksle informasjon som er relevant for samhandlingen med sykehusene på en ensartet måte.

Det er fire pasientgrupper som skal vies særskilt oppmerksomhet i helsefellesskapene er 1) barn og unge, 2) personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, 3) skrøpelige eldre og 4) personer med flere kroniske lidelser. Det store volumet av tjenester til disse gruppene vil ivaretas av lokalsykehuset, hvor en vektlegging av samhandlingen mellom tjenester og aktører i den enkelte sektor vil være viktig for gode og sømløse forløp.

Det ville i en slik modell fortsatt være behov for en overgripende struktur i helsefellesskapet, men det vil være naturlig at tyngdepunktet for arbeidet innen helsefellesskapet var innen rammen av den enkelte sektor. Et sentralt utviklingspunkt bør være å vurdere hvorvidt og hvordan de som skal løse pasientenes utfordringer, inkl. fastleger, kan være representert.

Man kunne vurdert om helsehusene og sykehjem (og alt som likner på institusjonstilbud) kunne forankres i bydeler, evt. sektor, noe som ville legge til rette for bedre samhandling mellom tjenester både internt i bydel/sektor og med sykehuset. Innen en desentralisert organisering vil det kunne være mulig å legge spesialiserte funksjoner til enkelte bydeler/sektorer. Eksempelvis kunne man i Diakonhjemmet sektor utviklet et spesialisert rehabiliteringstilbud for eldre pasienter med hoftebrudd for flere bydeler.

Innen psykisk helse for barn og unge (BUP) har Diakonhjemmet sykehus organisert en felles BUP (Huseby) for samtlige bydeler i opptaksområdet. Det ligger til rette for å videreutvikle samarbeidet mellom BUP og de ulike kommunale tjenestene til barn og unge internt i den enkelte sektor, med bedre bruk av ressurser, økt samarbeid og bedre forløp.

Kan det være relevant å utvikle enkelte lokale legevaktfunksjoner knyttet til sektor? Diakonhjemmet er klar over at Oslo kommune har legevaktfunksjoner til vurdering. I 2021 varslet kommunen å utrede etableringen av større, lokale helsesentre med legevaktfunksjoner på kveld og helg flere steder i byen, jfr [PM](#) 16.12.2021. Diakonhjemmet er usikre på hvor langt dette arbeidet er kommet. Et aktuelt område å starte utviklingen av slike lokale funksjoner med, kunne være helsestasjon for eldre. Diakonhjemmet deltar gjerne i et slikt utviklings samarbeid med Oslo kommune.

Der kommunen velger å benytte private tjenesteleverandører innenfor sykehjems-, hjemmebaserte tjenester, Omsorg+ eller andre tilbud, burde man i størst mulig grad avgrense tilbudet til en gitt sektor, for å legge til rette for samhandling med lokalsykehuset. Skrøpelige eldre skal i større grad bo hjemme og selv kunne velge

leverandør, kommune eller privat. Omsorgstjenester i hjemmet bør understøttes av en god digital samhandlingslinje og gode IKT-verktøy som gjør det mulig å utveksle informasjon og henge sammen digitalt, også mellom den private aktørens leveranse og kommunens leveranse. På denne måten vil både sykehus, privat omsorgsleverandør og kommunal omsorg i Oslo ha *ett* samhandlingsmønster.

Når det gjelder videre organisering av oppgaver innen helse- og omsorgstjenester i Oslo kunne en ledestjerne være å sentralisere det man må (til etater og andre sentraliserte strukturer), men desentralisert det man kan (til bydel/sector).

## **Andre betraktninger**

### **Økonomiske incitament må ledsage en strukturreform**

Flere forskningsrapporter og evalueringer av ulike sider ved samhandlingsreformen dokumenterer virkningene av økonomiske virkemidler og incitament knyttet til den forandringen en myndighet vil oppnå. *«Jo kortere avstand det er mellom virkemiddelet og den beslutningstaker som kan påvirke virksomhetens innretning eller grad av effektivitet, desto mer sannsynlig er det at virkemiddelet får den ønskede virkning»* (jfr f eks Forskningsrådet 2016, s 25 – Evaluering av samhandlingsreformen- [Sluttrapport](#) fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM).

Ulike måter å finansiere sykehusene og kommunene på påvirker forskyvninger i oppgaver fra et nivå til et annet, den daglige samhandlingen mellom sykehusene og kommunene, evnen/motivasjonen til å igangsette forebyggende tiltak, og andre aktørers rolle i samhandlingen mellom disse.

Valg av økonomiske virkemidler er vesentlig for den videre organiseringen av oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenester i Oslo. Kommunen bør vurdere å forsterke og lage nye økonomiske incitament som premierer samarbeidet om tjenesteleveranse til ulike målgrupper på tvers av nivåene og som stimulerer til et forpliktende samarbeid på tvers av etatene.

Diakonhjemmet antar at en eventuell endring av bydelsstrukturen vil måtte ta noe tid å gjennomføre. Utviklingen i befolkningens behov innenfor sårbare grupper fordrer endringer i samhandlingen mellom tjenesteleverandører. (Jfr også NOU 4 & 8 2023). Organiseringen som skal gi en ønsket effekt på tjenestetilbudet bør gradvis understøttes av flere elementer.

En premiering av samhandling ved innføring av en tydelig kommunal opptrappingsplan for finansiering knyttet til de prioriterte tjenesteområdene, hvor de sektorvise helsefelleskapene inkludert de private / ideelle omsorgsleverandørene inngår, kan sette retning ganske umiddelbart og for eksempel fra 2025.

En felles by-overgripende standardisering av digitale løsninger kan forsterke samhandlingen i ønsket retning.

En finansieringsmodell som understøtter en klar styrking av de lokale sektorenes tjenesteutvikling innenfor de aktuelle områdene kan også gå parallelt med de pågående vurderinger av bydelsorganiseringen.

### **Kan potensialet som ligger i Diakonhjemmets organisering komme til nytte i bydelsreformen?**

En bydelsreform antas å være kompleks og kunne møte mange hindringer og barrierer som det ikke finnes åpenbare og gode svar på hvordan løse.

En modell eller tilnærming kunne være inspirert av utviklingen av introduksjonsordningen for flyktninger, som er beskrevet i flere nasjonale rapporter. I korte trekk: før Introduksjonsloven for nyankomne til Norge trådte i kraft for alle kommuner i hele landet, ble det gjennomført forsøksprosjekter i ulike kommuner. Målet var å prøve ut de virkemidlene og arbeidsmetodene som skulle inngå i et introduksjonsprogram. Forsøksprosjektene ble deretter evaluert og ordningene ble justert i flere omganger før myndighetene vedtok permanente ordninger som nå er forankret i norsk lovverk. Dette utviklingsarbeidet startet med de første forsøksprosjektene ca i 1996. Den første Introduksjonsloven trådte i kraft i 2003 og er siden blitt revidert flere ganger, parallelt med videreutviklingen av praktiske forsøk med følgeevaluering.

Metodikken kunne anvendes til Helsefelleskapets fire målgrupper.

Diakonhjemmets oppgaveportefølje omfatter spesialisthelsetjenester, primærhelsetjenester, høyere utdanning, yrkesfaglig utdanning og forskning. Diakonhjemmet kunne tenke seg å være med på å utforme et utviklingsarbeid ledsaget av følgeforskning innenfor sykehusets sektor, i samarbeid med Oslo kommune.

Med vennlig hilsen

Ingunn Moser  
Styreleder Diakonhjemmet sykehus og  
Administrerende direktør Stiftelsen Diakonhjemmet

Kopi: Jan Frich, direktør Diakonhjemmet sykehus