



Oslo Kommune
Byrådsavdeling for helse

Saksbehandler:
Kristine Engen
Andreassen
Telefon saksbehandler:
(+47) 91622530

Deres ref 23/5459-17

Vår ref 2024/655

Dato 12.04.2024

Oppgavefordelingen mellom bydelene og kommunen sentralt – Innspill fra Lovisenberg Diakonale Sykehus

Vi viser til henvendelsen datert 01.03.24, og takker for muligheten til å bidra med innspill til Byrådets arbeid med å vurdere oppgavefordelingen mellom bydelene og kommunen sentralt, med målsetting om bedre og mer tilgjengelige tjenester for brukerne. Våre innspill er basert på Lovisenberg Diakonale Sykehus' mangeårige og nære samarbeid med bydeler og etater om å gi likeverdige og kvalitativt gode helsetjenester til innbyggerne i de fire sentrumsbydelene.

Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) er lokalsykehus innen indremedisin, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for befolkningen i sentrumsbydelene Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen. Sykehuset har siden 2007 dessuten forvaltet det indremedisinske lokalsykehusansvaret for Sagene bydel, basert på en avlastningsavtale med Oslo universitetssykehus.

Det oppleves som en utfordring for både bydel og sykehus at Sagene-pasienter med sammensatte utfordringer må forholde seg til to lokalsykehus: LDS innen indremedisin og Oslo universitetssykehus inne psykisk helsevern/TSB. Det er positivt at Helse Sør-Øst prosjektet «Oppgavedeling og bydelsfordeling mellom sykehusene i Oslo» nå vurderer om Sagene skal bli en permanent LDS-bydel innen BÅDE indremedisin og psykisk helsevern/TSB. En slik løsning vil gagne den enkelte pasient, samtidig som den gir bydelene i Sentrum sektor ett lokalsykehus å forholde seg til.

Vi ser på de fire bydelene i opptaksområdet som våre nærmeste og likeverdige partnere i pasientbehandlingen. Det gode samarbeidet om enkeltpasienter og pasienttilbud har resultert i nyskapende samhandlingsløsninger der begge parter er involvert, som FACT-team, «inntak ute i bydel» for vurdering av søknader til BUP, delte ernæringsfysiolog og spesialsykepleier-stillinger og samarbeid mellom Lovisenberg lindring og livshjelp (tidligere Hospice Lovisenberg), sykehjem og bydeler om palliasjon.

Det er synergier i samarbeidet med og mellom de fire sentrumsbydelene siden storbyens karaktertrekk er en felles faktor. For LDS som lokalsykehus innebærer dette et særskilt fokus på befolkningens helseutfordringer i et «inner-city-hospital»-perspektiv:

- Mange med en kombinasjon av somatisk sykdom og psykisk lidelse og/eller rusproblem
- Lavere levealder enn ellers i byen og landet for øvrig
- Dobbelt så mange aleneboende, mange nettverksløse
- Sosioøkonomiske utfordringer, som fattigdomsproblematikk og lav helsekompetanse

For disse pasientgruppene er et helhetlig og tverrfaglig samarbeid mellom de ulike hjelpeaktørene ekstra viktig. Byrådets arbeid med en gjennomgang av oppgavefordelingen mellom kommunen sentralt og bydelene, og samarbeidet mellom bydelene, kan bidra til mer tilgjengelige og effektive tjenester fra både kommune og sykehus.

Innspill fra Lovisenberg Diakonale Sykehus til Helsebyrådets spørsmål

Vår overordnede vurdering er at samarbeidet med Sentrum sektor ville kunne styrkes ytterligere dersom de fire bydelene våre hadde hatt et enda tettere og mer strukturert samarbeid, eller om de sågar utgjorde *en* organisatorisk enhet. Innbyggerne innenfor samme sektor ville få likere tjenestetilbud, og dermed også mer likeverdige helsetjenester. Dessuten ville lokalsykehuset slippe å planlegge og forhandle fram nye samarbeidsløsninger med flere enn *en* bydel!

Dagens oppgavedeling der helsehus, sykehjem og velferdsinstitusjoner er sentralisert i etater, og der de 15 bydelene kjøper tjenester fra disse etatene, synes etter vår erfaring ikke alltid å fungere optimalt. Det kan tenkes at dimensjonering, kostnader og innhold i de sentraliserte tilbudene ville kunne tilpasses bedre til de lokale behov dersom hver sektor hadde ansvar for sitt Helsehus, sine sykehjem, omsorgsboliger og velferdsinstitusjoner? Det kan være interessant å utrede et slikt alternativ nærmere.

Nedenfor følger detaljerte innspill basert på erfaringene fra områdene psykisk helsevern (barn/unge og voksne), eldre med skrøpeligheit, rehabilitering, digital utvikling og helse/velferdsteknologi. Som det fremgår av teksten er et fellestrekk innenfor flere områder er ønske om økt harmonisering eller styrket samarbeid mellom bydelene.

Psykisk helsevern barn og ungdom (PHBU)

Generelt

Vi opplever generelt å ha et godt samarbeid med bydelene. Blant annet har vi felles inntaksmøte med bydel, der vi sammen vurderer hvor henviste barn og unge skal få helsehjelp.

På den positive siden: Det at bydelene ikke er så store gjør at man lett blir kjent og kan finne gode løsninger sammen. Det gir også mulighet for læring på tvers mellom bydelene, når vi får til noe bra sammen med en bydel som de andre kan inspireres av.

Utfordringen med at tilbud til barn og unge er organisert per bydel, er at vi for eksempel må ha tre ulike inntaksmøter, og at vi nå har tre små FACT-ung team. Større team ville vært mer robuste og lettere for oss å rekruttere spesialister til, men pasientgrunnlaget per bydel er ikke stort nok til dette. Dersom man slår sammen team fra flere bydeler, blir det en utfordring med enhetlig ledelse, siden det blir mange lederlinjer involvert. Det er allerede

relativt krevende med to lederlinjer i teamene. Enhetlig ledelse er viktig for pasientsikkerheten.

Rask psykisk helsehjelp

Rask psykisk helsehjelp kunne med fordel vært organisert felles for bydelene. Dette ville gitt et mer robust 1. linjetilbud til barn og unge med lette til moderate psykiske vansker.

Samarbeid mellom ulike instanser i kommune/bydeler

For de barna og ungdommene som har de største utfordringene er det viktig med økt innsats fra mange instanser samtidig. Vi opplever at det ofte kan være «siloer» internt i bydel/kommune som gjør dette vanskelig. For eksempel ser at barneverntjenesten ofte ikke har involvert helsetjenesten i 1. linjen før de henviser til PHBU. Det er også svært vanskelig å få skoletilbud til barn og unge som ikke klarer å benytte seg av ordinær skole eller spesialskole/-gruppe. De blir ofte sittende hjemme med svært lite skoletilbud.

Samarbeid mellom kommune og sykehusene i Oslo

En annen utfordring er at den formelle organiseringen av helsetilbudet i spesialisthelsetjenesten får utilsiktet effekt på hvilken oppfølging barnet/ungdommen får i kommunen. Et eksempel på dette er oppfølging fra akuttambulansetjeneste i PHBU. I Oslo universitetssykehus (OUS) er denne funksjonen (*Front-team*) organisert som en enhet under døgnavdelingen. I LDS er funksjonen, som er områdefunksjon for LDS og Diakonhjemmet sykehus (DS), organisert som en enhet under poliklinikk (*Akuttambulansetjeneste ved NWI*). Dette medfører at når barn og unge fra de seks sektorbydelene til OUS får behandling i hjemmesykehus, får de samtidig bistand fra pedagoger ved sykehuskolen (*Nordre Aker skole*). Når barn og unge i de seks sektorbydelene til LDS og DS får behandling i hjemmesykehus, får de ingen bistand fra sykehuskolen, som ikke er tilpasset utviklingen med mer bruk av hjemmesykehus framfor fysiske døgninnleggelses.

Samarbeid omkring ungdom som bor på barneverninstitusjoner

En del av ungdommene med størst utfordringer har forløp der de flyttes ut og inn av ulike barnevernsinstitusjoner og ulike behandlingstilbud innen PHBU. Dette medfører svært mange brudd for sårbare ungdommer. Når ungdommene flyttes ut av sektor medfører det ofte også brudd i helseoppfølgingen. Vi ønsker å kunne følge disse ungdommene tettere, men er da avhengig av at de ikke flyttes ut av vår sektor. Vi ønsker å utvide vår satsning på hjemmesykehus, og mener vi da vil kunne bidra til at det blir mindre behov for gjentatte innleggelses i PHBU døgn for denne gruppen. Hvis kommunen samtidig kan samle sitt barnevernstilbud, i samsvar med sektorinndelingen til Helsefellesskapet, kunne vi skape stabilitet for denne gruppen ungdommer.

Psykisk helsevern voksne

Kommunal bolig – sentralisering?

Det er bydelene som har ansvar for å skaffe omsorgsbolig til innbyggerne som har behov for det. Dette lykkes Oslo kommune dårligere med enn de fleste andre kommuner, og vi spør oss om organiseringen av kommunen gjør det vanskeligere eller lettere for bydelene å ivareta dette ansvaret. Vi har inntrykk av at det er vanskelig for bydelene alene å etablere kommunalt eide/drevne omsorgsboliger, fordi dette krever en samtidig og koordinert innsats fra bydeler, velferdsetaten, boligbygg, PBE og kanskje flere aktører i kommunen.

Resultatet er en kombinasjon av at bydelene løser dette hver for seg, ofte ved bruk av svært dyre private aktører, eller at det ikke blir løst og at dette tjenestetilbudet blir dårligere til denne gruppen i Oslo enn andre steder i landet.

Antall individer i oppfølging i PHV/TSB og med omsorgsbolig per 100 000 18-65 år; andel kommuner som har vurdert bosituasjon som god			
	Individer i PHV/TSB og omsorgsbolig	Individer med psykose og omsorgsbolig	Andel kommuner som har vurdert bosituasjon som god*
Agder	238,6	73,1	59,0 %
Innlandet	222,4	54,6	56,0 %
Oslo	125,0	62,7	14,0 %
Vestfold og Telemark	265,1	69,4	67,0 %
Viken	218,3	58,1	43,0 %
Total	203,5	61,8	42,0 %

*Kilde: SINTEF kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022

Om lag 53% av kommunene i Norge vurderer boligsituasjonen for pasienter med psykiske lidelser å være god, mens 38% av kommunene vurderer bosituasjonen innen rusfeltet å være god.

I Oslo vurderes ikke bosituasjon som god for noen av tjenesteområdene: PHV 14% av bydeler vurderer situasjonen som god; 0% for rusrelaterte lidelser.

Rask psykisk helsehjelp – harmonisering/større enheter

Rask psykisk helsehjelp er et tilbud til innbyggere over 16/18 år med lettere former for angst og depresjon, der man skal kunne få rask hjelp uten henvisning og egenandel. Dette er organisert bydelsvis, der noen har nedre aldersgrense 16 år, mens andre bydeler bruker 18 år. Vi vil tro at man med fordel kunne sentralisere denne virksomheten, for eksempel tilsvarende sykehusenes opptaksområder, for å sikre store nok fagmiljøer, effektiv samhandling med spesialisthelsetjenesten i lokalsykehusene, og redusere variasjon i tilgjengelighet internt i kommunen. Man kan f. eks. se til SiO psykisk helse og veiledning som dekker et medlemsantall tilsvarende 3-4 bydeler i Oslo.

Eldre med skrøpeligheit, rehabilitering og akutttilbud

Harmonisering av prosedyrer og oversikt over kompetanse – økt samarbeid

Det er viktig at det ikke er for stor variasjon mellom bydelene i hvordan de er organisert og hvilke tjenester som tilbys, for eksempel gjelder dette innen kompetanseutvikling på ulike prosedyrer. Flere pasienter utskrives med medisinske behandlingshjelpemidler, og det varierer hvilke prosedyrer kommunen/bydelene kan håndtere, og hva som finnes av tilgjengelig kompetanse i den enkelte bydel og institusjon. Det er ønskelig med en oversikt over og harmonisering av hvilke prosedyrer kommunen kan håndtere, og hvor det er tilgjengelig kompetanse. Organisering i større enheter eller økt samarbeid mellom enhetene kan bidra til lettere samarbeid mellom kommune/bydeler og sykehus om å bevare og utvikle kompetanse utfra befolkningens behov.

Kjøp og fordeling av plasser på helsehus – økt samarbeid

- Det er en styrke at det er en overordnet etat som har oversikt og som forvalter plasser, men samtidig er det en utfordring at informasjon i et pasientforløp som skal gjennom flere ledd kan bli endret slik at det oppstår unødvendige misforståelser.
- Vi tror det vil være hensiktsmessig med mer samarbeid og fleksibilitet mellom bydelene i hver sektor, i hele Oslo og mellom bydelene og SYE, slik at ledig kapasitet kan utnyttes bedre.
- Det er ønskelig med en tydeliggjøring av dialogen mellom bydel og SYE i saker hvor pasienter med langtidsplass på sykehjem ikke kan flyttes tilbake til samme

sykehjemsplass etter sykehusopphold. Dette er få, men komplekse saker hvor det kan være uklart hvem sykehuset skal forholde seg til.

Kommunal bolig – økt samarbeid

Vi ser behov for styrking og tydeliggjøring av samarbeidet mellom Velferdsetaten og bydelene om tjenester til brukere hvor det er utfordrende å skaffe egnet bolig. Samarbeidet og dialogen mellom NAV, bydelene og velferdsetaten er varierende ivaretatt. Det ville være nyttig at disse hadde en felles arena for dialog om felles brukere.

Eldre med skrøpelighet og/eller kognitiv svikt - ansvarsfordeling

Vi ser behov for en diskusjon omkring ansvarsfordeling for eldre med skrøpelighet og/eller kognitiv svikt. Her er det oppgaver man kunne diskutere for en annen ansvarsfordeling, fra bydel til kommunen sentralt, eller omvendt. For eldre med kognitiv svikt er det behov for en gjennomgang av hvilke pasienter som bør utredes på sykehus og hvem som kan utredes i kommunen, og også av hvordan samarbeidet mellom fastlege og demensteam/demenskoordinator fungerer.

Rehabilitering - ansvarsfordeling

Også for rehabilitering mener vi det er oppgaver hvor man bør diskutere ny ansvarsfordeling, fra bydel til kommunen sentralt, eller omvendt. Vi mener at det er viktig å opprettholde det byomfattende rehabiliterings tilbudet til FRA. Oslo kommune trenger disse spesialplassene i tillegg til rehabilitering på helsehus, dagtilbud og i hjemmet.

KAD

Vedrørende akutttilbudet vil vi spille inn behov for en klargjøring av hvordan plassene på KAD skal benyttes. Her må man legge til grunn behovene for Oslo kommune, fastlegene og sykehusene.

Digital utvikling og helse/velferdsteknologi - økt samarbeid

Koordineringen som Oslo Kommune gjennomfører sentralt gjennom «Portefølje digital samhandling Helsefelleskap Oslo» oppfatter vi som et velfungerende og veldig positivt initiativ. Dette er en arena hvor sykehusene og kommunen regelmessig kommer sammen, deler erfaring og legger felles planer innenfor digitalisering, med fokus på samhandling, for eksempel deling av journaldokumenter via kjernejournal. Tidligere har vi hatt mer bydelsfokustert samarbeid/planlegging, for eksempel deling av data via velferdsteknologi. Digital samhandling vil bli stadig viktigere både for samarbeidet om enkeltpasienter og for etableringen av nye, kvalitativt gode og bemanningsparende tilbud.

Vennlig hilsen

for Lovisenberg Diakonale Sykehus AS



Tone Ikdahl

Administrerende direktør