

Notat

Til: Byrådsavdeling for helse (HLS)/byråd for helse
Fra: Helseetaten

Saksbehandler: Kristine W. Johansen

Deres referanse: 23/5459-3

Dato: 22.03.2024

Utredning av oppgavefordelingen mellom bydelene og kommunen sentralt – innspill fra Helseetaten

Det vises til brev mottatt 14.02.24, hvor Helseetaten inviteres til å gi innspill til arbeidet med å vurdere oppgavefordelingen mellom bydelene og kommunen sentralt. I dette notatet svarer Helseetaten ut spørsmål som er stilt. Byråden ønsker tilbakemelding på forhold som særskilt kan bidra til mer likeverdige og sammenhengende tjenester, bedre ressursbruk og sterkere fagmiljøer. Videre er det ønskelig å belyse forhold som reduserer risiko for svikt i brukerreiser, tydeligere rolle- og ansvarsforståelse, bedre innbyggerinvolvering og styrket samarbeid/samordning mellom bydeler og etater i Oslo kommune.

Helseetaten er bedt om å svare ut følgende spørsmål:

1. *Er det oppgaver som i dag ligger til etatene, foretakene eller kommunen sentralt som kunne vært løst bedre dersom de lå på bydelsnivå? Hvorfor?*
2. *Er det oppgaver som i dag ligger til bydelene som kunne vært løst bedre dersom de lå hos etatene, foretakene eller kommunen sentralt? Hvorfor?*
3. *På hvilke områder kan samarbeidet mellom bydelene og etaten/foretakene styrkes, og hvordan?*

I dette notatet belyses spørsmålene samlet gjennom generelle betraktninger og enkeltvis. Tannhelsetjenesten har nylig gjennomført et større planarbeid som svarer på spørsmålene som stilles sett fra tannhelsetjenestens ståsted. Dette er samlet i et eget avsnitt.

Om Helseetaten

Helseetaten er Oslo kommunes fagetat på helseområdet. Etatens ansvarsområder er allmennlegevakt, tannhelsetjenester, kommuneoverlegefunksjon og smittevern, utvikling av helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid, kunnskapsproduksjon og analyse, ulike forvaltningsoppgaver delegert fra byrådsavdelinger og oppgaver knyttet til omsorgstjenester og psykososiale tjenester, samt beredskap. Etaten driver 72 senger ved kommunal akutt døgnenhet (KAD), 25 senger ved forsterket rehabilitering Aker (KAD) og har årlig over 160 000 pasienter på legevakt, over 200 000 henvendelser til legevaktsentralen og om lag 140 000 personer under tilsyn hos tannhelsetjenesten. Videre innehar etaten kommuneoverlegefunksjonen inkludert smittevern. Helseetaten har ansvar for å fremskaffe oppdatert kunnskapsgrunnlag og analyser i utviklingen av helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid samt inneha ulike forvaltningsoppgaver delegert fra byrådsavdelinger og oppgaver knyttet til omsorgstjenester og psykososiale tjenester, samt beredskap. Etaten driver kompetanseutvikling, klinisk forskning på egen praksis og deltar i flere forskningsprosjekter. Etaten har ansvar for drift og utvikling av kommunens fagsystemer på helse- og omsorgsområdet og er ansvarlig for å drifte sekretariatet for Helsefellesskap Oslo på strategisk nivå.

Innledning

De neste ti til tjue årene vil Oslo kommune stå overfor en rekke utfordringer. Antallet i eldrebefolkningen øker, befolkningens sammensetning endrer seg, vi blir stadig flere innbyggere og etterspørselen etter arbeidskraft på flere kommunale tjenesteområder er stigende. I tillegg vil mange stå utenfor arbeidslivet som følge av helseproblemer, de økonomiske forutsetninger vil endre seg, og klimautfordringer vil gjøre seg enda mer gjeldende. Teknologisk utvikling, i og utenfor kommunale helse- og omsorgstjenester, vil også være en viktig del av endringer og utvikling fremover. Det vil påvirke fremtidens helse- og omsorgstjenester, hvilke kompetansebehov og personell som er nødvendig, og hva som må gjøres for å sikre bærekraftige tjenester.

De siste par årene har flere nasjonale utredninger og planer stadfestet et stadig mer krevende utfordringsbilde mot fremtiden. Både helsepersonellkommisjonens rapport og den nasjonale helse- og samhandlingsplanen som nylig ble lagt fram beskriver forhold som gjør at også Oslo kommune må tenke nytt i forhold til hvordan vi planlegger, organiserer og gjennomfører arbeidet i helse- og omsorgssektoren, ikke minst med tanke på å styrke forebygging og tidlig intervensjon, samt bedre digitale tjenester, bruk av velferdsteknologi og rekruttering og bibehold av helsepersonell.

Det er viktig at bydeler og etater i Oslo kommune har en effektiv ressursbruk tilpasset utfordringsbildet i Oslo, tydelige rolleavklaringer slik at alle vet hvem som har ansvar for hva, og egnet arbeidsfordeling mellom bydeler, etater og andre virksomheter i kommunen. Det er viktig at oppgaver innen helse- og omsorgssektoren som berører hele befolkningen ivaretas og koordineres helhetlig på best mulig vis. Oppgavefordeling mellom bydeler og kommunen sentralt bør derfor også sees i sammenheng med byrådsavdelingenes rolle og oppgaver.

Oslo kommune har både et parlamentarisk styresett og en bydelsordning. Kommunen er Norges største arbeidsplass, og ca 1/3 av befolkningen har opprinnelse fra andre land og verdensdeler. Kommunen har stor og bred kompetanse, og stort mangfold som skal forvaltes og utvikles. Samtidig er flere utfordringer på trappene. Utenforskap og sosial ulikhet er økende, og eldrebølgen slår innover oss. Forekomst av demens og sansetap samt behov for rehabilitering vil øke. Det samme vil klima- og miljøutfordringer. Tilliten i befolkningen og demokratiet utfordres også i Norge og i Oslo.

Erfaringer fra pandemien viste hvor spisst og målrettet det må jobbes og kommunisere med flere målgrupper for å nå frem med helseinformasjon. Likeverdige tjenester, digitalisering og god ressursstyring tilsier standardisering og effektmåling og at det som ikke gir effekt, opphører. Utjevning av sosial ulikhet, ulik helsekompetanse og sosial ulikhet i helse, krever også skreddersøm for utvalgte grupper og arenaflexible løsninger. Forutsigbar finansiering er viktig for å få kontinuitet i tjenestene. Høy turnover, rekrutteringsutfordringer, sykefravær gir utfordringer for ledelse, styring, det å ta nye løsninger i bruk – og å sikre likeverdige tjenester i praksis. Det må derfor jobbes bredt og ledelse, styring, rekruttering og kompetanse er viktige forutsetninger for å lykkes

Helseetaten mener at helsetjenester i bydel bør regionaliseres ut fra hvilke sykehus de sogner til. Helsefelleskap Oslo har utviklet en portefølje og oppgavedelingsvurderingene må også se hen til denne og til bydelenes behov. Regionalisering kan gi mer robuste fagmiljøer, herunder tjenesteproduksjon, vedtak og saksbehandling og samling av noen spesialiserte områder som i dag ligger spredt i alle 15 bydeler. Helseetaten ser for seg at en regionløsning også samler ansvar og økonomi i tillegg til fag så langt det går. Organisering og oppgavedeling må også ses i forhold til lokaldemokrati og bydelsutvalgenes rolle. Eksempelvis kan en akse for organisering der det på den ene siden har full integrering (fusjon), til ulike samarbeidsformer på den andre siden.

Noen prinsipper for organisering er å samle oppgaver som hører sammen slik at prioriterte områder gis tilstrekkelig ledelse og gjennomføringskraft. På den måten organiseres oppgaver i tråd med tillitsbasert ledelse og styring. Det vil være viktig å tilrettelegge for utvikling og innovasjon i tjenestene og kompetansemiljøer, jevnt fordelt portefølje for lederne så langt det går.

Helseetaten har bred erfaring med ulike samhandlingsmodeller for samskaping med aktører i og utenfor kommunen gjennom eksempelvis pandemien, utvikling av ny legevakt, ELISE, digital hjemmeoppfølging og Helsedata og oppvekstfeltet. Gjennom arbeidet med velferdsteknologi har bydelene identifisert en rekke barrierer for å ta nye løsninger i bruk. Det er viktig å løse disse behovene og bruke erfaringer videre. Det er viktig at tjenestene involveres reelt i utvikling og ikke bare konsulteres – det må legges opp til samhandling og utviklingsløp som gjør at tjenestene kan få støtte og forsterkning sentralt fra, men de bør ha en viss endringskapasitet. Dette vil en regionalisering kunne gi bedre forutsetninger for slik at livsyklusperspektivet inngår i tjenesteutvikling og digitalisering.

En forutsetning for tjeneste- og brukernær utvikling er endringskapasitet og robuste utviklingsmiljøer i bydelsregionene. Videre er det en forutsetning at etater og bydelene skal ha tilgang til egne data og jobbe kunnskapsbasert med tjenesteutvikling. Helseetaten jobber for å få det til på stadig flere områder. Felles samhandling om analyse og utvikling av styringsparametre på tvers, er et annet område Helseetaten fasiliteter. Det pågår samarbeid og diskusjon med bydelene hvordan etatene kan tilrettelegge for smidig stegvis og tjenesteutvikling lokalt, samtidig som vi må ha kriterier og felles forståelse og tydelig ansvar for hvem som har ansvar for drift, utvikling og forvaltning når løsninger skaleres, og ikke minst hva som skal prioriteres. Porteføljetilnærming, tydelig ansvar og prioritering og finansiering er viktig for tjenestenær utvikling og at vi har et livssyklusperspektiv på det som utvikles og prioriteres. Innenfor informasjonsforvaltning har UKE og Helseetaten et godt samarbeid, der man bygger opp plattformer for deling av data, som dekker ulike behov. UKEs plattform spesialiserer seg mot å kunne håndtere personopplysninger, mens Helseetatens plattform er utviklet for å kunne håndtere særlige kategorier personopplysninger (eksempelvis helse, sosiale).

Styring og tilrettelegging for strukturert samhandling for å utvikle og ta nye løsninger i bruk må involvere byrådsavdelingene. I dag er det en forutsetning at etater og bydeler samarbeider, og det gjøres. Helseetaten samarbeider særlig med Sykehjemsetaten, Velferdsetaten, Barne- og familieetaten, Utdanningsetaten, UKE og Origo og bydelene. Flere etater og bydeler har inngått partnerskapsavtaler for ulike områder, ref Utdanningsetaten og gamle Oslo og Helseetaten og Origo hva angår Helsedata. Formalisering av samarbeid og samskaping gir tydelig ansvar rammer og gjensidig forpliktelse. Spørsmålet er om det er tilstrekkelige rammer for ressurstilgang og økonomi. Det er en del mål- og interessekonflikter som skyldes føringer i tildelingsbrev, ulike forretningsmodeller og hva etatene måles på, som kan gjøre samhandlingen unødige komplisert og ineffektiv.

Helseetaten ser det hensiktsmessig å samorganisere produktområdene Helsedata og “Bo hjemme lenger” i Origo, med kompetansemiljøene i Helseetaten. Det er aktuelt å se flere fagområder i sammenheng med Helseetatens fagmiljøer.

Helseetaten gjør også en intern gjennomgang av oppgavedeling mellom egne kompetansemiljøer for digitalisering, helse, folkehelse og samfunnsmedisin for å unngå overlapp og sikre at vi er organisert for å møte behov. Tilsvarende mellom overgrepsmottak og psykososial akuttjeneste (PSA) og IKT miljøene for drift og service. Helseetaten har avtaler med OUS/HSØ på blant annet observasjonspost, rusmiddelforgiftninger og overgrepsmottak som ikke gir fullfinansiering. Det er behov for å se på grep som ivaretar behov og organisere på en smartere måte. Det er tett sammenheng mellom legevakten og KAD – og det kan vurderes å bruke KAD i større omfang og bygge ned observasjonspost.

Helseetaten har siden 2012 vært organisert med en portefølje med innbyggertjenester på den ene siden og kompetansemiljøene innen analyse, helse, folkehelse, samfunnsmedisin og digitalisering og systemforvaltning på den andre. Dette er en god kombinasjon, som kan ha mange gode synergier. Samtidig ser vi at de store utfordringene i turnustjenestene med rekrutteringsutfordringer, dyr vikarbruk, HELFO - refusjonenes innretning, redusert

pasientgrunnlag, økte forventninger, komplekse pasienter og store økonomiske utfordringer kannibalisierer på øvrige fagområder i etaten.

Gitt at det er mer å hente på bedre koordinering og samhandling, og at regionalisering muliggjør et mer robust og faglig sterkt miljø på vedtak og saksbehandling blant annet, bør de midlertidige innbyggertjenestene ligge i etat som i dag.

Det kan vurderes å samle alle midlertidige innbyggertjenester (Kommunal akutt døgnenhet (KAD), Forsterket rehabilitering (FRA), Legevakten, Helsehus) i en etat enten i Helseetaten eller som egen etat. Det kan også vurderes å slå sammen langtidsinstitusjonene i Sykehjemsetaten og Velferdsetaten i en etat hvis det gir stordriftsfordeler og synergier. Tannhelsetjenesten kan muligens organiseres med både langtidsinstitusjoner og med midlertidige innbyggertjenester, som i dag, men dersom oppsplitting på flere etater eller annet, bør organiseringen helst følge de byomfattende kompetansemiljøene i Helseetaten på helse, folkehelse, samfunnsmedisin og digitalisering.

Når vi ser organiseringen fra et pasientflyt-perspektiv, ser vi at KAD har fått til god samhandling om inntak og behov i jevnlige kapasitetsmøter med bydeler, etater og spesialisthelsetjenesten. FRA har hatt på høring ny samhandlingsrutine som er i tråd med bydelsreglementet. Begge eksempler viser at vi kan få til mye gjennom strukturert samhandling. Det er noen utfordringer knyttet til adgang til å skrive ut ferdigbehandlede pasienter. I FRA og KAD kan pasienter bli liggende i påvente av mottak i bydel, noe som går på bekostning av andre som trenger spesialisert hjelp. Større robuste fagmiljøer i bydelsregionene og videre digitalisering kan avhjelpe dette. Etatene bør kunne skrive ut når pasienten er ferdigbehandlet. Det kan også være effektivt med sentrale inntak som det i dag ikke er adgang til i bydelsreglementet fordi det er bydel som fatter vedtak om hvilket tilbud innbygger skal ha.

Også andre områder enn helsefeltet i dagens 15 bydeler kan vurderes regionaliseres slik som NAV-kontorene, samferdsel, saksbehandling av høringsuttalelser til regulerings og skjenkebevilgning og parkutvikling. Hovedandel av budsjettene i bydel er relatert til helsetjenester, mens vanligvis er bydelsutvalgets interesser knyttet særlig byutvikling, samferdsel, klima og miljø, park og grønt, folkehelse og om tjenestene på institusjon og i hjemmet virker som forutsatt. Bymiljøetaten og plan og bygningsetaten er viktige samarbeidspartnere for bydelene. Det bør ses nærmere på hvordan organisere byromforvaltning og utvikling slik at det blir kortere vei og enkel samhandling mellom etater og bydeler og opplevd reell innbyggerinvolvering.

Det er et dilemma knyttet til regionalisering av oppgaver som i dag løses i 15 bydeler hva angår bydelsutvalgenes rolle og oppgaver. Ut fra et tillits- og demokratiperspektiv er det en risiko for både mindre rekruttering til politikken, innbyggerinvolvering og ikke-nær-nok innbyggerne og deres behov dersom antall bydelsutvalg skulle blitt redusert betraktelig. Bydelsreglementet og bydelsutvalgenes rolle bør vurderes å bli justert både i tråd med regionaliseringsgrepet som foreslås, men også grunnet endringer i teknologi, behov og samfunn.

I og med at det flere ganger har vært igangsatt noe oppgavegjennomganger, som ikke er realisert, mener Helseetaten at det nå blir viktig å finne løsninger som gjør at kommunen får til en organisering og samhandlingsstruktur generelt og spesielt for helse, som møter morgendagens utfordringer.

Regionalisering enten det er formell organisering eller en mer forpliktende strukturert samhandling, er ønskelig for å sikre likeverdige tjenester og mer effektiv pasientflyt. Det gjelder også arbeidsflyt og saksbehandling tilpasset dagens behov, forventninger og teknologiske muligheter.

Hvilke oppgaver som eventuelt kan legges i bydelsregionene som i dag utføres av etater, avhenger av utfordringer og behov som skal løses. I Oslo er mange mennesker samlet på et forholdsvis lite geografisk område. Selv om hver bydel er som en middels stor kommune, har ikke Oslo de geografiske avstandene som i landet for øvrig. Noen bydeler har utviklet god innovasjonskompetanse og arbeidsmetodikk, andre er gode på eksempelvis bosetting av personer med utfordret boevne. En løsning kan muligens være å legge sentrale fagmiljøer ut til bydelsregionen.

Utfordringen med å regionalisere oppgaver som i dag utføres i etat, vil kunne være at det samtidig er behov for å samle og samkjøre fagmiljøene i de ulike etatene. Et forhold som også må vurderes når vi ser på mulig fordeling av etatsoppgaver på bydelsregioner er behovet for politisk styring og kontroll fordi etatene jobber tett med byrådsavdelingene.

Hva gjelder kommunens ansvar på boligområdet kan muligens oppgaver som i dag er organisert i Velferdsetaten og Boligbygg legges til bydel. Tilknytningsformen til Boligbygg kan revurderes og om den gir den fleksibiliteten og politiske styringen som trengs i forhold til behovene bydelene opplever i dag. Boligbygg kunne også vurderes inn i byrådsavdeling for sosiale tjenester uavhengig av tilknytningsform.

Generelle betraktninger

Fra begynnelsen av 2024 ble den nasjonale helseforvaltningen omorganisert. Omorganiseringens hensikt har vært å avklare roller og fordele ansvar mellom de ulike aktørene i forvaltningen, inkludert kunnskapsprodusenter som Folkehelseinstituttet og Kreftregisteret. Det viktigste i denne sammenhengen, sett fra Helseetatens ståsted, er at Direktoratet for e-helse ble slått sammen med Helsedirektoratet, hvor målet er en bedre utnyttelse av helsedata og en tettere kobling mellom digitaliseringsarbeidet og tjenesteutviklingen. For å løse de store og komplekse samfunnsutfordringene innen helse- og omsorgssektoren er det nødvendig med robuste fagmiljøer innen blant annet helsefag, teknologi og jus, og som jobber tverrfaglig og i nært samarbeid med brukere, pårørende og frivillige- og private organisasjoner for å videreutvikle framtidens helse- og omsorgstjeneste.

Som på nasjonalt nivå, bør Oslo sikre en helhetlig samordning og felles retning for digitaliseringsarbeidet innen helse. Erfaringer i Oslo viser at det er barrierer for å ta nye

løsninger i bruk i tjenestene, herunder digitale løsninger og velferdsteknologi. Dette underbygger viktigheten av en mer robust og sentral kapasitet på dette området.

Helse- og samhandlingsplanen legger til grunn nasjonalt prioriterte områder innen helse, hvor det er identifisert noen områder hvor det er særlig aktuelt å prøve ut nye måter å arbeide og strukturere arbeidet på for å skape mer sammenhengende tjenester og bedre bruk av personell, eldre med skrøpelighet, psykisk helsevern, svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Dette er områder som Oslo kommune også kan vurdere gjennom å styrke samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Det er eksempelvis blitt gjort flere gjennomganger av lavterskeltilbudet for psykisk helse i Oslo de siste årene, som peker både på manglende innsikt om de ulike tilbudene og effekt av dem. Tilgang på relevante styringsdata samt ulike tilbud i bydelene, er blant annet noe av utfordringen. Oslo kommune må fremover i større grad støtte seg på det samlede oversiktsarbeidet i kommunen for å sikre en helhetlig og systematisk tilnærming til dette. Kvalifiserte analyser som har kunnskap om hele kommunen samtidig det foreligger korrekt data for å kunne se bydeler/ sektorer for seg, vil det kunne identifisere lokale utfordringer i ulike sektorer og utfra en slik kunnskap gjøre en bedre målrettet innsats der det er nødvendig.

Pandemien viste hvor viktig det var at kommunen hadde et godt grep på informasjonsforvaltningen og et sentralt og kompetent analysemiljø, inkludert et fundament av analysemetoder og kunnskap. Det bidro til kunnskap om og muligheten for å motvirke pandemiens konsekvenser. Erfaringen viser hvor viktig det er å ha en samlet oversikt over helsetilstanden til Oslos innbyggere.

Spørsmål 1: Er det oppgaver som i dag ligger til etatene, foretakene eller kommunen sentralt som kunne vært løst bedre dersom de lå på bydelsnivå?

De byomfattende avtaleterapeutene i spesialistfysioterapi forvaltes i dag av Helseetaten. Ved å samle alle avtaleterapeutene i bydelene vil det gi en mer helhetlig oversikt over avtaleterapeutene for brukerne, og bydelene. Det vil bidra til at bydelene kan lage en mer helhetlig plan for fysioterapitilbudet som gis av avtaleterapeutene. Faglig kan dette gi bydelene et bedre handlingsrom for å styre og tilby fysioterapitjenestene, til det beste for innbyggerne.

Spørsmål 2: Er det oppgaver som i dag ligger til bydelene som kunne vært løst bedre dersom de lå hos etatene, foretakene eller kommunen sentralt?

Helseetaten vil under nevne noen eksempler der det vil kunne være hensiktsmessig å samle fagmiljøer som idag er spredt på bydelene– ikke nødvendigvis fra bydel helt opp til sentralt kommunalt nivå/etater, men også gjennom regionalisering.

Hjelpemiddelformidlingen Oslo kommune er i dag organisert i Bydel Bjerke. Denne kan med fordel organiseres sammen med visningscenter for hjelpemidler og velferdsteknologi (Almas hus) og

fagmiljø for velferdsteknologi. Her er det potensiale for synergieffekter man med dagens organisering ikke får nyttiggjort seg.

Eldre personer med hørsel- og synstap er økende og behov for hjelpemidler/ høreapparater og opplæring knyttet til dette og annet som følger med hørseltap sent i livet. En styrking ved å sentralisere til Rådgivningskontoret for syn og hørsel, vil skape sterkere fagmiljø og tydeliggjøre ansvarsforhold og roller. Rådgivningskontoret for syn og hørsel er både et kompetansemiljø, utøver tjenester i hjemmet for målgruppen og rådgir befolkning og bydeler. Hver bydel har en fagkonsulent på området. Ved å samle kompetansen i et utvidet rådgivningskontor som kan være organisert i Helseetaten som idag men også vurderes organisert i en bydelsregion. Rådgivningskontoret bidrar med kompetanse inn i rehabiliteringsforløp. En sentralisering vil kunne bidra til et mer likeverdig tilbud til innbyggerne, og bli mer effektivt da tjenesten blir mer profesjonalisert gjennom mer robust tjeneste med økt kompetanse og erfaring. I tillegg vil man sannsynligvis også redusere turnover og bygge rekrutteringstyrken til kommunen ved at felles byomfattende fagmiljø etableres.

Helsestasjon for ungdom er i dag et tilbud som ligger organisert bydelsvis og i tilknytning til helsestasjon/skolehelsetjenesten. Ungdommene benytter seg imidlertid av tjenesten i større grad som et byomfattende tilbud fremfor et bostedsnært tilbud. Den bydelsvise organiseringen gir også et smalere tilbud når det gjelder åpningstider og mange små fagmiljøer. Det kan med fordel ses på mulighet for mer sentral koordinering, herunder utarbeidelse av sentrale føringer for å sikre et enhetlig tilbud. Dette inkluderer å utrede om fordelene ved å samle tjenesten for eksempel regionsvis for bedre tilgjengelighet jf. åpningstider og mer robuste fagmiljøer er større enn ulempen ved lenger reisevei for en ungdomsgruppe som i utgangspunktet er mobile relatert til andre aktiviteter i sin hverdag. En utredning må ta inn i vurderingen hvilke muligheter og begrensninger som ligger i dagens EPJ-løsning for helsestasjon for ungdom.

For gruppen fattige tilreisende anbefales det at kommunen sentralt samarbeider om å styrke beredskapen med Røde Kors og Kirkens bymisjon, slik at disse sikrer informasjonsplan, overnatting og bevertning til målgruppen ved en krisesituasjon som trenger ivaretagelse, uansett tid på døgnet.

For Migrasjonshelse ligger ansvaret for å tilby helseundersøkelse for asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente til hver bydel. Nyankomne som er bosatt i Oslo skal få dette tilbudet i løpet av de tre første månedene etter ankomst til Norge. Tilbudet er tilgjengelig på helsestasjoner i de fleste bydeler i Oslo og på enkelte fastlegekontorer. Det er ofte ett helsepersonell som er ansvarlig for gjennomføring av helseundersøkelsen i hver bydel. Helseetaten har erfart at eksisterende organisering og drift kan være sårbar. Det kan være hensiktsmessig at Helseetaten har ansvar for den samlede fagkompetansen på området mens de utøvende oppgavene beholdes i bydel.

Byomfattende rutiner og kompetansegrunnlag

Pandemierfaringer viser behov for miljøer som utarbeider felles rutiner, standarder og etterlevelse. Det er stadig behov for standardisering av eksempelvis ikke-lovpålagte tjenester som lavterskeltilbudet og å prioritere og spisse det som gir effekt. Det bør vurderes om fagetatene bør få et ytterligere ansvar for å utarbeide byomfattende rutiner for helse- og omsorgstjenester, eksempelvis innen legemiddelhåndtering i tjenestene (eksempel på rutiner: Kompetansekrav, opplæring og fullmakt, Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og Direkte observert terapi (DOT)). Byomfattende rutiner bidrar til felles standard og likeverdighet i tjenestene.

Anskaffelser og fellesfunksjoner

Det gjøres ulike anskaffelser innen blant annen kompetansetiltak, kurs, treningsteknologi, kartleggingsverktøy og andre produkter med lisens for området helse. Det kan med fordel være ett kompetansemiljø på anskaffelser, personvernkonsekvensvurderinger og lignende. Å samle kompetansen på anskaffelser kan bidra til å øke kvalitet og redusere tidsbruk og gi mulighet for å få rimeligere avtaler. Dette bør ligge til etat.

UKE har i dag en rekke fellesfunksjoner, i tillegg pågår et samarbeid om etablering av en ressurspool med helsearbeidere. Slike fellestjenester burde kunne utvikles videre i form av videreutvikling av fellestjenester som driftsform. Helseetaten har i dag en organisasjon på om lag 60 personer som etaten omtaler som "ikke-medisinske" tjenester. Dette omfatter renhold, servicefunksjoner, eiendomsdrift og sikkerhet. Helseetaten antar at både bydeler og etater innenfor sektor har behov for likeartede tjenester på slike områder. En felles tjeneste for helseforvaltningen, eller et utvidet UKE med ansvar for alle slike tjenester.

Det er naturlig å tenke seg at byen samlet kunne finne gode synergier dersom man hadde et profesjonisert eiendomsdriftsselskap, og ikke som i dag at etater og bydeler har egne driftsorganisasjoner eller kjøper tjenester på dette området hver for seg.

Digitalisering og tjenesteutvikling

Det er flere oppgaver innen (helse)analyse og digitalisering som bør vurderes å samles for å utnytte bredden i kompetansen på tvers av bydeler og etater.

Helseetaten har i dag forvaltningsansvaret for en rekke fagsystemer og digitale løsninger innen helse-, omsorgs- og velferdssektoren i kommunen. I dette ligger også ansvar og deltagelse i flere utviklingsprosjekter. Oppgavene treffer både innbyggere, ansatte og samarbeidspartnere i kommunen. Visjonen er å være "en brobygger mellom behov, fag og teknologi". Målet er å legge til rette for tjenesteutvikling og trygg informasjonsforvaltning gjennom behovsdrevne digitale løsninger. Etaten mener det bør vurderes å se på noen områder som i dag ligger til spredt til bydeler sentraliseres.

Lager og logistikk knyttet til velferdsteknologi innen digital medisinerings- Digitalt tilsyn og digital hjemmeoppfølging for hjemmeboende – ansvaret for dette ligger hos bydeler i dag og medfører

at leieutgifter til lagervarer er høyere enn de kunne ha vært dersom Oslo hadde hatt et sentralt lager.

Alarmoppfølging knyttet til velferdsteknologi innen digital medisiner og digitalt tilsyn – ansvaret for dette ligger i hver enkelt bydel i dag. Alarmer fra teknologien som er plassert ute hos innbyggere går direkte til ansatte i hjemmetjenesten i bydelene (direkte respons) som på denne måten må håndtere både planlagte og uplanlagte oppgaver i løpet av en vakt. Et sentralt responscenter for dette vil kunne avlaste tjenestene ute i bydel, og kan filtrere hvilke alarmer som trenger videre oppfølging og hvilket som ikke trenger det. Tiltaket vil kunne øke skalering av velferdsteknologi og bidra til likeverdige tjenester, bedre ressursbruk og sterkere fagmiljøer.

Ansvaret for digital hjemmeoppfølging ligger idag i hver bydel som hver på sin kant oppretter et oppfølgingscenter bemannet av en sykepleier som vil ha kapasitet til å følge opp ca. 80 innbyggere hver (+/-) ut fra helsetilstand og diagnoser. Her er det synergier å hente på å slå sammen oppfølgingscenter for flere bydeler, evt. en sentral enhet, kanskje i samarbeid med sentralt responscenter tjenester. Dette vil kunne bidra til å øke skalering av velferdsteknologi, bidra til likeverdige tjenester, bedre ressursbruk, særlig tanke på spesialisert helsepersonell (sykepleiere) og et sterkere fagmiljø.

Digital hjemmeoppfølging er en helsetjeneste som passer for personer med kronisk sykdom, for eksempel kols, hjertesvikt eller diabetes. Gjennom oppfølging fra bydel kan innbygger få økt innsikt og mer kunnskap om sykdommen og helsetilstanden din. Innbygger får tildelt måleutstyr etter behov og et nettbrett som er enkelt å bruke. Målinger utføres selv, i eget hjem, og svarer på spørsmål om helse. En sykepleier på oppfølgingscenteret i bydelen mottar målingene og svarene og gir støtte og veiledning om tilstanden blir dårligere. Videre arbeid med dette forutsetter samarbeid mellom bydel, fastlege og sykehuset.

Forvaltningsansvaret for CGM Journal Fengsel ligger hos bydelene Bjerke og Gamle Oslo i dag noe de opplever som svært krevende. Bydelene har ønsket at Helseetaten tar over forvaltningen, og har løftet dette til HLS. En overføring vil gi et sterkere fagmiljø, bedret ressursbruk i bydel og redusert risiko for svikt i brukerreiser dersom denne forvaltningen legges til Helseetaten.

Saksbehandling og vedtak

Mange bydeler har nå en organisatorisk modell hvor helse- og omsorgsforvaltningen er delt mellom ulike enheter eller tjenester. Dagens situasjon medfører at det kan være flere seksjoner som saksbehandler søknader. Det gir utfordringer både med å nå ut med informasjon, med å opprettholde et fagmiljø, og det øker risikoen for ulik praksis også internt i bydelene.

Selv om Oslo kommune har som mål å tilby helhetlige og likeverdige tjenester til sine innbyggere, vil det alltid være utfordrende å få til lik praksis i saksbehandlingen. Valg av organisatoriske løsninger, standardisering og rett kompetanse med videre kan imidlertid bidra til å fremme en mer lik praksis. På denne bakgrunn er det nærliggende å se på om regionalisering av saksbehandling og vedtak kan gi mer kvalitet på forvaltningen og tildelingen av vedtak.

Brukerstyrt personlig assistent (BPA) skal testes ut med sentral vedtaksordning. Dersom denne endringen i organisering viser seg å bidra til likeverdige tjenester på tvers av bydelene, så kan det legges til rette for å teste ut tilsvarende på andre tjenesteområder.

Tiltak på systemnivå som har vært drøftet er å etablere et ressursteam i en fagetat som inkludert jurist med helserett for å koordinere tiltak som øker likebehandling og forsvarlig saksbehandling. I tillegg til å etablere tjeneste samhandlingsarenaer for saksbehandlere.

Sentralisering av myndighetsoppgaver miljørettet helsevern

Myndighet innen miljørettet helsevern er delegert til bydelene og Helseetaten ved bydelsovergripende problemstillinger. Tjenesten ivaretas av 1-2 konsulenter i hver bydel og Helseetaten. Miljørettet helsevern forvalter et omfattende regelverk og saksbehandlingen stiller store krav til faglig skjønn. Mange av konsulentene har kort erfaring og det tar tid å bygge seg opp kompetanse på hele fagområdet. Det er i dag ingen utdanning som er fullt ut dekkende.

Fagnettverket innen miljørettet helsevern er derfor avgjørende for å oppnå stor grad av enhetlig behandling gjennom diskusjoner av problemstillinger, kompetansetiltak, felles systemer, rutiner, maler og veiledninger. Helseetaten har ansvar for samordning og koordinering. Det er godt samarbeid i nettverket der alle deltakere bidrar til utvikling og forbedring. Samlet innehar nettverket betydelig faglig kompetanse.

Beregning av egenandel ved langtidsopphold i institusjon

I dag ligger beregning av egenandel ved langtidsopphold for institusjon i den enkelte bydel. Dette blir sårbart, og vil kunne effektiviseres vesentlig, samt sikre enhetlig praksis i kommunen.

Spørsmål 3: På hvilke områder kan samarbeidet mellom bydelene og etaten/foretakene styrkes, og hvordan?

Bydelene og etatene bør samlet sett se på hvilken kompetanse kommunen har som helhet innen helse- og omsorg, og hvilke behov kommunen har i årene fremover, for å sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell. Behov bør sees i sammenheng med sykehusenes kompetanse og behov for personell og det bør utarbeides retningslinjer for delte stillinger.

Brukerreisen

Det er et økende behov for bruk av tverrfaglig team og samhandlingsmodeller som jobber på tvers av bydeler, etater og med sykehusene i opptaksområdet og samarbeidet om utskrivningsklare pasienter. Dette vil bidra til å forbedre koordineringen rundt hver enkelt, fremme kompetanseutveksling og sikre bedre helhetlige og samordnede tjenester. Tverrfaglige team vil også være med på å sikre sømløse overganger mellom ulike tjenester.

Det bør legges til rette for felles avtaler/retningslinjer med Oslo kommune som helhet og de fire sykehusene i opptaksområde i tilknytting til innleggelse, utskrivning, habilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre en mer helhetlig og sammengende helsetjeneste og sikre gode overganger mellom tjenestene. Det bør vurderes en formell organisering eller en mer

forpliktende strukturert samhandling for å sikre likeverdige tjenester. Dette kan sikre mer effektiv pasientflyt og arbeidsflyt. Saksbehandling er i dag lagt på bydelsnivå og ikke tilpasset dagens behov, forventninger og teknologiske muligheter. Eksempelvis kan å samle saksbehandling av inntak til FRA og tydeligere samhandling bedre pasientflyten. Felles krav til vedtakskompetanse i bydelene kan gi mer robuste fagmiljøer og dermed både få et bedre tiltaks- og mottaksapparat for rettidige tjenester til innbyggerne når de skal til eller fra andre midlertidige tilbud og tjenester.

Det gjelder både pasienter som skrives ut fra sykehus, og de som har hatt opphold på Kommunal akutt døgnenhet (KAD) der det vurderes at pasienten har behov for tiltak i forbindelse med hjemkomst. Det vil være individuelle behov knyttet til hver utskrivelse, og erfaringsmessig er det stor variasjon i bydelenes vurdering av styrkede tiltak som behov for korttidsopphold.

Tilgangen på plass til korttidsopphold kan være utfordret til tider, noe som kan gjøre at liggetid på sykehus eller KAD forlenges eller bydelene må iverksette større tiltak i hjemmet. Videre er det erfart at tilgangen på andre tiltak, for eksempel hjelpemidler også er varierende. Oslos hjelpemiddellager kan benyttes av byens borgere, og det er med dagens ordning ikke registreringssystem for uttak eller innlevering. Dersom det ikke er tilgang på hjelpemidler for pasienter som er i behov av det ved utskrivelse har utskrivelse fra KAD blitt forsinket.

Det er nødvendig å ha særlig fokus på og understøtte innbyggerens behov i den helhetlige tjenesteporteføljen i pasientforløpet, og derav vurdere hva som i størst mulig grad sikrer et godt helhetlig tilbud. En helhetlig tilnærming som prioriterer tydelig, kan bidra til bedre koordinering og samarbeid mellom de ulike aktørene i pasientforløpet, og dermed forbedre kvaliteten på tjenestene som tilbys.

Kommunen har sentralisert legevakt og midlertidige tjenester som korttidsplasser (KAD) og Helsehus (Helseetaten og Sykehjemsetaten), langtidsplasser (Sykehjemsetaten) og en korttidsenhet til spesialisert forsterket rehabilitering i ulike etater. Denne organiseringen bidrar til mange overganger i tjenestetilbudet og pasientforløpet, noe som er særlig krevende for sårbare pasientgrupper. Det kan være hensiktsmessig å slå sammen disse tjenestene i en egen etat. I henhold til samarbeidet med spesialisthelsetjenesten bør følgende pasientforløp særlig kvalitetssikres og sikres helhetlig tilbud;

Personer med akutt oppståtte somatiske og psykiske problemstillinger

Personer med sammensatte problemstillinger og som i stor grad har behov for enten midlertidige eller varige og helhetlige og koordinerte tjenester fra flere aktører både kommunale og spesialisthelsetjenesten;

- Eldre med skrøpeligheit
- Voksne og barn med psykisk helse- og rusutfordringer
- Personer med kroniske lidelser
- Personer med behov for rehabilitering

- Personer med behov for øyeblikkelig hjelp i legevakt og kommunens sentrale kriseteam ved hendelser, ulykker og katastrofer

For å sikre likeverdige tjenester på tvers i byen kan standardiserte forløp med tilhørende rutiner og prosedyrer som følger av de lovpålagte og reviderte samarbeidsavtalene med sykehusene særlig vektlegges:

- Fødsel- svangerskaps- og barselomsorgen
- Eldre med skrøpelighet
- Psykisk helse og rus
- Kroniske lidelser
- Rehabilitering

Digitalisering og tjenesteutvikling

Som på nasjonalt nivå, bør vi i Oslo sikre en helhetlig samordning og felles retning for digitaliseringsarbeidet innen helse. Vi erfarer i Oslo at det er barrierer for å ta nye løsninger i bruk i tjenestene, herunder digitale løsninger og velferdsteknologi. Dette underbygger viktigheten av mer robust og sentral kapasitet på dette området. Slik som det nå er organisert ved at både Origo og Helseetaten har oppgaver knyttet til både helsedata og informasjonsforvaltningen, så er det nærliggende å tenke seg at Origos produktområder *Helsedata* og *Bo hjemme lenger*, bør slås sammen med kompetansemiljøene på digitalisering, folkehelse og samfunnsmedisin i Helseetaten som jobber med dette.

Styringsdata, analyse og kunnskapsgrunnlag

Bruk av data blir stadig viktigere i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene og til styring av ressurser og kompetanse i tjenesteutøvelsen. Bruk av styringsdata kommer også innbyggerne til gode ved at det gir grunnlag for bedre og riktigere prioriteringer knyttet til behov. Noen få bydeler har bygget opp egne analysemiljøer som tar i bruk data i tjenesteutviklingen. Skiftende informasjonsbehov, store datamengder og mange interesser tilsier imidlertid at vi må fortsette arbeidet med å samordne og koordinere produksjon av statistikk, og behov og tilgang til (styrings)data. Samarbeidet mellom bydeler og etater om bruk og tilgang til styringsdata bør framover formaliseres og struktureres. Uformalisert samarbeid gir ikke tilstrekkelig framdrift, siden framdrift og innovasjon på dette området i stor grad henger sammen med prioritering av ressurser hos interessentene, dvs. i bydelene og etatene.

Pandemien viste hvor viktig det var at kommunen hadde løpende oppdatert styringsdata, og tverrfaglig kommunikasjon for å målrettet nå sårbare grupper og overvåke helsetilstanden. Dette fordret et sentralt og kompetent analysemiljø, inkludert et fundament av analysemetoder og kunnskap, som bidro til å forstå og motvirke pandemiens konsekvenser.

Pandemierfaringer viser videre behov for miljøer som utarbeider felles rutiner, standarder og etterlevelse. Det er stadig behov for standardisering av eksempelvis ikke-lovpålagte tjenester som lavterskeltilbudet og å prioritere og spisse det som gir effekt.

Det er behov for en mer målrettet og helhetlig kunnskaps- og kompetanseutvikling, inkludert bedre prioritering og målretting av forskningsarbeidet i kommunehelsetjenesten. Sentrale grep er å tydeliggjøre prioriteringen av forskningsinnsatsen i kommunehelsetjenesten og synliggjøre for forskningsmiljøene hvilke behov tjenesten har for FoU.

Beredskapsplaner

Det er behov for en helhetlig oversikt og tilgjengeliggjøring av beredskapsplaner i kommunen. Tilgjengelige beredskapsplaner for samarbeidende etater og foretak er nødvendig for å kunne lede og koordinere ved beredskapssituasjoner. Dette mangler i dag, men vil ved samarbeid kunne være et raskt tiltak som vil gi mye effekt.

Skalerbare planer som viser opp- og nedskalering for alle risikoområdene/scenarioene i Kommunalt risikobilde, vil gi kommunen en økt krisehåndteringsevne.

Allmennlegetjenesten i Oslo

Styring og ledelse av allmennlegetjenestene i bydelene utføres av enkeltpersoner eller et fåtall personer i hver bydel. For å kunne imøtekomme økte krav til kommunen hva gjelder ansvar og oppfølging av allmennlegetjenestene samt å kunne jobbe mot et likeverdig tjenestetilbud vil en styrking av samarbeidet mellom bydelene være hensiktsmessig. Det bør utredes om en regionalisering av disse oppgavene vil kunne gi bedre forutsetninger for å kunne tilrettelegge for helhetlige spesialiseringssløp, følge opp kvaliteten i tjenesten og sikre god kapasitet og tilgjengelighet til tjenestene på en bedre måte enn det gjøres i dag.

Helseetaten ønsker at det vurderes en *annen form for/ eller en endring av ansvar og beslutningsmyndighet* som sikrer at det kan opprettes tjenestetilbud ved en beredskapshendelse som sikrer en god klinisk kapasitet på tvers av bydeler og etater. Dette innebærer å få med fastlegetjenesten, gjennom en sentralisert styring, i en beredskapssituasjon. I dag har man ikke myndighet til dette sentralt da fastlegene ligger under bydelene.

Bydelsoverlegefunksjonen

Bydelsoverlegefunksjonen er organisert ulikt i bydelene, både når det gjelder plassering på bydelens organisasjonskart, antall årsverk og hvilke samarbeidspartnere bydelsoverlegen har i det samfunnsmedisinske arbeidet. Et prøveprosjekt med sentralisering av bydelsfunksjonen i etaten ga verdifull innsikt i rammene i kommunen for utøvelsen av det samfunnsmedisinske ansvarsområde oppsummert i rapporten "Evaluering av prøveordning med bydelsoverleger ansatt i Helseetaten" fra 2018. Det bør utredes om dagens kapasitet og ressursutnyttelse er optimal for å kunne styrke samarbeidet i det samfunnsmedisinske arbeidet på tvers av bydeler, etater og forvaltningsnivåer.

Rekruttering og bibehold av ansatte

Rekruttering er et område som bør ses på i et mer helhetlig perspektiv i kommunen. Felles rekruttering og delte stillinger utover egne bydeler, sektorer eller etater innenfor kommunens egne helsetjenester kan være fordelaktig. Dette gjelder både i dagtidstjenester og i turnusvirksomheter, og kan bidra til større fleksibilitet for helsepersonellet og kan mulig gi økte

stillinger hvis ønsket samt gi større robusthet i forbindelse med sykefravær. Delte stillinger internt i kommunen kan muligens i større grad også bidra til å dekke helgestillinger som er ofte er krevende å rekruttere til. Eksempel felles ansettelse i bydel/ sektorer og til de sentraliserte funksjonene som for eksempel Sykehjemsetaten og Helseetaten.

Å samle rekruttering på helseområdet i kommunen kan også lettere oppfylle veiledningsplikten, dele og overføre kompetanse mellom omsorgsnivåene. Dette vil bidra i større grad til de helhetlige standardiserte forløpene. Det vil også i større grad kunne bidra til at kommune og sykehus forbereder eventuell oppgaveoverføring samtidig som kompetanse kan beholdes.

Det er i dag ulike arbeids- og lønnsbetingelser for stillinger i ulike bydeler og etater. En helhetlig og lik tilnærming kan forebygge høy turnover og sykefravær og gi fleksibilitet i stillinger og arbeidsmåter.

Fremtidens smittevern

Basert på erfaringene fra smittevernarbeid før og under pandemien utarbeidet Helseetaten rapporten "Fremtidens smittevern" i 2022. Det ble identifisert følgende områder og tiltak som kan styrke fremtidens ordinære smitteverntjeneste:

- Modell for bydelenes smittevernfunksjon bør i større grad være formaliserte rutiner for samhandling i sektor med lokal tilstedeværelse i bydel.
- Bydelens smitteverntjeneste skal alltid ha tilgjengelighet for henvendelser innenfor ordinær arbeidstid. Dette er operasjonalisering av smittevernlovens krav.
- Samfunnsmedisinsk beredskapsvakt bør vurderes styrket
- Arbeidsmåter og læring fra pandemien bør videreføres i sentralt fasiliterte smittevernnettverk.
- Oslo kommune må ha digitale verktøy som tilrettelegger for samhandling i smittevernarbeidet på tvers av bydeler og etater. De bør også sikre ivaretagelse av lovpålagte oppgaver.
- Oslo kommune bør definere overordnede føringer for yrkesvaksinerings.
- Det bør defineres hvilket reisevaksinasjonstilbud Oslo kommune skal gi innbyggere.

Tannhelsetjenesten

Når det gjelder tannhelsetjenesten er det nærliggende å vise til arbeidet som er gjort i arbeidet med å utvikle ny strukturell klinikkplan for perioden 2022–2030. I samråd med byrådsavdelingen HLS og helsebyråden ble det utarbeidet et prinsippnotat som skulle ligge til grunn for etablering av nye tannklinikker.

Helseetaten har utarbeidet prinsipper for framtidig tannklinikstruktur i Oslo. Prinsippene skal inngå i Tannklinikplan for Oslo mot 2030. Disse er som følger:

- Dagens antall tannklinikker reduseres til fordel for en struktur med større klinikker. Dette for å sikre effektiv ledelse, økt kvalitet og god ressursutnyttelse. I tillegg skapes basis for gode faglige og sosiale miljøer, noe som kommer både ansatte og brukere til gode.

- Lokalisering av nye tannklinikker skal være slik at klinikkene er lett tilgjengelige for innbyggerne ved trafikk-knutepunkt, og der demografisk utvikling medfører et behov for økt kapasitet.
- Nye klinikker skal møte krav/ønske om samhandling/samlokalisering med andre offentlige aktører, eksempelvis barneverntjenesten, helsestasjon og pleie- og omsorgstjenesten. Samhandling lettes betydelig ved samlokalisering. Økonomiske gevinster oppnås ved felles arealutnyttelse. I tillegg vil en reduksjon i antall reiser mellom aktørene være en fordel for både innbyggere og miljø.
- Utløp av leieavtaler. Helseetaten prioriterer å samlokalisere og leie lokaler av Oslobygg. Dersom Helseetaten ikke finner løsninger med bydelene for samlokalisering eller finner egnet lokale hos Oslobygg, er det nødvendig å leie lokaler i det private markedet.

Helseetaten foreslår i klinikkplanen 10–11 klinikker. Klinikken vil måtte ha mellom 10 og 20 behandlingsrom. Nye oppgaver som tillegges den offentlige tannhelsetjenesten krever flere behandlingsrom. For økt kapasitet må det også fokuseres på organisasjonsutvikling, digitalisering og universell utforming. Ingen av dagens eldre klinikker er egnet for ombygging, eller utvidelse som sikrer tilfredsstillende pasientlogistikk.

Prioriteringsrekkefølgen av byggingen/etablering av nye tannklinikker vil være en følge av husleiekontrakter som utgår, muligheten for en forlengelse, og boligutviklingen i Oslo. Klinikken skal være universelt utformet med god tilgjengelighet for de ulike brukergruppene.

Punktene over understreker behovet for bedre samhandling, felles forståelse og behov for at de ulike fagmiljøene har noen felles holdepunkter/samlingssteder for å kunne se hverandre i hverdagen og utvikle et samlet faglig strekt tjenestetilbudet rundt den enkelte innbygger. Dette ligger også til grunn når bydelene har jobbet frem Bydelshusene.

Helseetaten har et godt samarbeid med Sykehjemsetaten. Her utveksles erfaringer, behov og utfordringsbildet på den enkelte institusjon og sett i et helhetsperspektiv.

Helseetaten har utarbeidet en byomfattende rutine for munnhelse og munnstell som gjelder for helse- og omsorgstjenestene i bydelene. I 2022/2023 ble det gjennomført et prosjekt hvor Helseetaten har jobbet sammen med bydelene for å kartlegge kompetanse, rutiner og forståelse for lovverk. Erfaringene fra dette arbeidet er at det er betydelig behov for opplæring. Det er derfor utviklet et e-læringsprogram som etableres som et kompetansehevende tiltak i alle bydeler. Prosjektet har fått nasjonal oppmerksomhet og Helsedirektoratet har sett på dette som retningsgivende for samhandling mellom den fylkeskommunale offentlige tannhelsetjenesten og kommunene.

Tannhelsetjenesten i Oslo er en aktør i nasjonalt forløp for barnevern. Erfaringene til nå er at hver enkelt bydel jobber fram egne rutiner for hvordan dette skal gjennomføres. Klinikken får henvendelser hver for seg for å bistå inn i dette arbeidet i de 15 bydelene. Det er betydelig ressurskrevende, og virker både som en tungvint og uhensiktsmessig metodikk. Det ville vært

mer hensiktsmessig å jobbe frem en samlende byomfattende rutine også på dette området. Tannhelsetjenesten i Oslo er avhengig av å kunne bygge større faglige kompetansemiljøer. Derfor mener Helseetaten at det trengs større klinikker. Helseetaten ønsker å jobbe frem en modell hvor tannhelse samlokaliseres med de bydelstjenestene for å samordne et godt og trygt tjenestetilbud for innbyggerne. Klinikstrukturplanen konkluderte med at det verken er hensiktsmessig, eller økonomisk forsvarlig, å etablere en offentlig tannklinikk i hver bydel.

Helseetaten mener at det er store fordeler ved at tannhelsetjenestens tilbud er en del av et større tverrfaglig, fagmiljø i en etat, slik som Helseetaten. Å overføre tannhelsetjenesten til bydelene vil kunne medføre mindre robuste fagmiljøer, og en lite hensiktsmessig ressurskonkurranse bydelene imellom. Erfaringene er at å rette tjenestetilbudet på tvers av bydelene vil bidra til å utjevne sosiale ulikheter i helse, som er en stor utfordring i Oslo, sammenliknet med andre kommuner. Et annet moment er at ved å være samlet i en tverrfaglig etat, hvor kompetansemiljøer som jobber med forebygging, kunnskapsproduksjon og tjenesteutvikling, jobber side om side med tannhelsetjenesten, vil vi kunne skape en rød tråd fra kunnskap til tjenesteutøvelse, som samlet sett bidrar til at vi tilbyr en kunnskapsbasert tannhelsetjeneste til befolkningen.

Med vennlig hilsen

Hilde Terese Hamre
direktør
Helseetaten