

Oslo Kommune
Byrådsavdelingen for helse

Vår ref.:	Deres ref.:	Saksbeh.:	Dato:
24/05634	23/5459-17	Margit Vånar	11.04.24

Høringsinnspill fra Oslo Universitetssykehus HF til «Utredning av oppgavefordeling mellom bydelene og kommunen sentralt»

Oslo Universitetssykehus HF (OUS) takker for muligheten for å komme med innspill.

Det bes om innspill til følgende spørsmål:

- Hva er styrker og svakheter ved dagens organisering av bydelene og etatene når det kommer til samhandling med spesialisthelsetjenesten? Det bes særlig om innspill innen områdene psykisk helse (barn/unge og voksne), eldre med skrøpeligheit, rehabilitering, fødsels- og barselstilbudet, akutttilbudet, digital utvikling og helse/velferdsteknologi der det er relevant for det enkelte sykehus.*
- 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.*

Det vurderes som særlig relevant å trekke inn i besvarelsen av spørsmålene; Likeverdige tjenester, sterkere fagmiljø, færre overganger og redusert risiko for svikt i pasientforløp, tydeligere rolle- og ansvarsforståelse og styrket samhandling/samordning mellom bydeler og flere etater.

Vi har valgt å strukturere våre innspill i noen tematiske områder først, og deretter valgt å ta inn innspill for områdene

- eldre med skrøpeligheit, rehabilitering og akutttilbudet
- Svangerskap og barsel
- Psykisk helse

Restrukturering og konformitet

Oslo kommune er en stor og svært kompleks organisasjon. Vi opplever at bydelene stadig tar et større ansvar for sine innbyggere, og at samarbeidet med bydelene i lokale helsefelleskap fungerer bedre.

Likevel skaper bydelenes «selvråderett» med hensyn til ulik organisering, ulike prioriteringer, variasjon i implementeringsfart, forskjellige tjenestedesign og variasjon i navn på samme tjeneste en heterogenitet i tjenestetilbudet, lengre og uforutsigbare pasientforløp, vanskelig å finne fram for pasienter/brukere og samarbeidsutfordring for spesialisthelsetjenesten. Et eksempel er bydelenes ulike ønsker for deltakelse i FACT-team; hvordan teamene organiseres, fordeling av kostnader og aktivitetsbasert inntekt mv. Forsøk på digital kontakt med saksbehandler i bydel besvares da også gjerne med henvisning til andre tjenester. Spesielt er organiseringen av bydelstjenester med separate team for psykisk helse, ruslidelser, samtidig psykisk helse og rus og somatikk krevende- særlig med tanke på bosetting. Vi opplever derfor at likebehandlingsprinsippet og pasientrettigheter utfordres med dagens kommunemodell.

Overordnet vurdert vil en gjennomgang av bydelsstrukturen med mål om større enheter og konformitet være positivt for samhandlingen med både brukere, pårørende og spesialisthelsetjenesten. Større sammenslutninger av bydelene vil igjen kunne åpne for økt autonomi sett opp mot etatenes innretning og ansvar. Uavhengig av struktur må framtidige innretninger opprettholde noen definerte og etablerte samarbeidsrutiner på tvers i hele kommunen slik at for eksempel ubenyttede institusjonsplasser gjøres tilgjengelige til pasienter med slike behov, uavhengig av bostedsadresse.

Hovedstadovergripende tilbud

OUS mener også at det bør etableres hovedstadovergripende tilbud/kompetanse til spesielle pasientgrupper med behov for høy faglig kompetanse. Sykehus og kommune bør i fellesskap ha økt fokus på etablering av intermedieære tilbud som «step-down» institusjonsplasser fra høyspesialiserte sykehussenger. Intermedieære enheter med forsterket kompetanse kan proaktivt benyttet også forebygge eventuelle forverringer av pasientens helsetilstand. Intermedieære tjenestetilbud bør bemannes i et samarbeid om personell fra både sykehus, fastleger og kommune. Et annet eksempel kan være pasienter med behov for langtidsmekanisk ventilasjon (LTMV) som bor spredt rundt i ulike bydeler. Erfaringene tilsier at det er tilnærmet umulig å bygge opp nødvendig kompetanse i hver enkelt bydel som dekker pasientens/ pårørendes behov. En bedre løsning vil være at kommunen og spesialisthelsetjenesten bygger opp hovedstadovergripende ambulante fagteam som ivaretar denne og tilsvarende pasientgruppers helse- og omsorgsbehov i hjemmet. Overnevnte samarbeidsløsninger i pasientbehandling vil øke både fag- og samhandlingskompetanse hos de involverte.

Mangel på botilbud er særlig krevende for pasienter med psykisk helse- og rus/avhengighetsproblemer. Det gjelder både de som mangler bolig ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten og de som mister sitt botilbud under sykehusbehandlingen noe som leder til at kommunen må starte ny boliganskaffelse ved utskrivelsen. Situasjonen er særlig prekær for boliger med personalbase tilrettelagt for pasienter med vedvarende lavt funksjonsnivå på grunn av psykoselidelser og samtidige rusproblemer. Dagens praksis med å avslå boligsøknader grunnet mangel på boliger, hvilket ikke innfrir pasientrettighetene, fører til unødvendig lange innleggelser

og dårlig utgangspunkt for samarbeid/samhandling. Hovedstadsovergrepene samordning av botilbud med psykiske uhelse og rusproblem ville trolig gitt pasientene raskere riktig tilbud og bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Likeverdig tjenestetilbud til pasienter og brukere

Oslo kommune har som målsetting å tilby likeverdige helsetjenester for alle innbyggere, men i dialog med bydelene om enkeltpasienter fremstår kommunen tidvis som 15 ulike bydeler, med ulike tilbud og forutsetninger for å ivareta sine innbyggere. De fleste behandlings- og omsorgstrengende pasienter får i hovedsak et godt og helhetlig helsetilbud i kommunen. Likevel vil enkelte bydelers marginale kapasitet ramme pasienter med særlig krevende omsorgsbehov. Ansvarsdelingen (inkl. drift og økonomi) mellom bydeler og etater kan medvirke til ulikheter og dermed samhandlingsutfordringer. Med bydelenes ulike organisering har OUS sine ansatte også vansker med å få oversikt over bydelenes tilbud og tjenester etter endt sykehusopphold. En stor utfordring er også at bydelene synes autonome i valg av navn på sine tjenester. Relativt like tjenester har ulike navn og benevnelser. Dette skaper utfordringer i kommunikasjonen, og i forutsigbarheten til inneliggende pasienter og deres pårørende.

«En dør inn» og lik tilgang helse- og omsorgstjenester uavhengig av tidspunkt, adresse og tjenestenivå

Kommunen bør se på muligheten for «en dør inn» til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. OUS etterspør et lett tilgjengelig sentralt kontaktpunkt som kan bistå med tjenester for både bruker/pasient, pårørende og ansatte i sykehus, fastleger og kommune. Vi er kjent med at noen kommuner legger ansvaret til kommunens helsehus. Tilbudet bør være mest mulig åpent, helst 24/7/365, slik at åpningstidene blir likt for behandlings- og omsorgsnivåene innen kommunal- og spesialisthelsetjeneste. En felles døgnåpen tilbud vil bidra til bedre pasientflyt og styrke opplevelsen av sammenheng mellom fastlege, kommunale helse- og omsorgstjenester og behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten. Det er også variasjon i praksis blant bydelene når det gjelder vurdering av pasientens behov for tiltak og tilbud, inkludert korttids- og langtidsplasser på institusjon og behov for spesialplasser.

Finansiering

Dagens innretning hvor hver bydel må reservere og finansiere langtidsplasser, helsehus- eller andre spesialplasser på forhånd oppleves som en svakhet. Bydelenes ulike prioriteringer gir ulik praksis og fører ikke til likeverdige helsetjenester i hovedstadsområdet. Tidvis oppstår det situasjoner hvor bydelene ikke har reservert/kjøpt nok mange eller riktige plasser. Styrende økonomiske hensyn og lange interne beslutningsprosesser oppleves som forsinkende ledd for overføringer av pasienter som er ferdigbehandlet. Resultatet er unødvendig liggedøgn i sykehusseng i påvente av bydelenes tilbud, noe som igjen får konsekvenser for den samlede beredskapskapasiteten i OUS. I 2023 genererte 648 pasienter 3687 overliggedøgn, en relativt stor økning fra foregående år.

Helsefellesskap Oslo

Helsefellesskapet ble innført i 2021, og videreføres nå i henhold til Nasjonal helse- og samhandlingsplan fram til 2027. Både fastleger og brukere deltar på alle nivå i helsefellesskapsstrukturen, fra faglige samarbeidsutvalg til partnerskapsmøtet. Den fastlagte

strukturen er avgjørende for å få gode pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene for de prioriterte pasientgruppene. Lokalt samarbeidsutvalg OUS sektor har etterspurt representasjon fra byrådsavdelingen, noe som ville styrket forankring av felles beslutninger. Barn og unge er et svært viktig område som er trukket fram i flere nasjonale utredninger. OUS ser det er behov for noe mer koordinering mellom barne- og familieetaten og øvrige etater og bydeler i helsefellesskapsstrukturen.

OUS etterspør også et tettere samarbeid mellom fastleger og kommunens tjenesteapparat. Det er en utfordring at fastleger ikke kjenner sine samhandlingspartnere, ei heller nødvendigvis er oppdatert på helse- og omsorgstjenestetilbudet i bydelen/ kommunen.

Det anbefales at Møteplass Oslo (en samhandlingsarena mellom fastleger, sykehusleger og andre helseprofesjoner, forankret i Helsefellesskap Oslo) videreutvikles til å jobbe med oppgavedeling på tvers av forvaltningsnivåene i tråd med kapittel 8 i NOU 2023:4 Tid for handling. Oslo bør se til hvordan dette er organisert i Østfold hvor Samhandlingsutvalg for fastleger (SUFF) gir råd i samhandlingssaker/endringsforslag som påvirker fastlegene i Østfolds arbeid.

Sett fra sykehusets ståsted kan det være vanskelig å rekruttere fastleger inn i ad hoc-grupper og samarbeidsfora. Dette kan ha sammenheng med avlønning av fastleger fordi den økonomiske byrden blir ujevnt fordelt på de ulike bydelene. Det anbefales en mer smidig honoreringsordning for fastleger – sentralt organisert på tvers av bydelen- hvor alle bydelene bidrar inn med lik andel.

Informasjonsflyt

Overføring av pasienter med omfattende, sammensatte og langvarige behov er vanskelig, og særlig krevende er overføringen av tilstrekkelig kunnskap når det er snakk om håndtering av aggresjon og vold. Dagens samhandlingsverktøy er dialogmeldinger, videokonsultasjoner/videomøter og/eller telefon. Bruk av elektroniske PLO- og dialogmeldinger innen de kommunale tjenestetilbudene som har tilgang til slikt, gir vanligvis rask kontakt og bedret daglig dialog og samhandling. Men det er vanskelig å få alle til å bruke disse verktøyene og bruke dem riktig. Men manglende helhetlig, felles IKT system er en svakhet som påvirker både samhandling og pasientsikkerhet. For at helsefellesskapet skal videreutvikles må deltagerne (også brukere) i større grad involveres i helsetjenestens planverksarbeid og tjenesteutvikling for felles forankring. Videre kan det være utfordrende å få tak i rett person. Dette er trolig en opplevelse bydelene også deler når de ønsker kontakt med spesialisthelsetjenesten.

OUS erfarer svakheter i informasjonsflyten, og vedtak som er gjort i helsefellesskapet. Dette svekker oppfølgingen av beslutninger tatt i helsefellesskapsstrukturen både i sykehus og kommune. Tilgang på styringsinformasjon på tvers av forvaltningsnivåene er essensielt når sykehus og kommune i fellesskap skal planlegge og utvikle tjenester. Det anbefales å se til utviklingsarbeid mellom Helse Sør-Øst, Oslo kommune og OUS innenfor fagområdet psykisk helse barn og unge hvor det utvikles en egen applikasjon med styringsinformasjon. Dette kan ha overføringsverdi til andre fagområder.

Digital utvikling og helse/velferdsteknologi

For OUS er det innenfor digital hjemme-oppfølging vesentlig at kommunen organiserer seg på en måte som gjør det enkelt å utvikle tjenester sammen. Tjenesteutvikling på tvers av etater og

bydeler med smidige samarbeidsformer og tydelige beslutningslinjer er avgjørende for fremtidens gode pasientforløp. OUS anbefaler at arbeidet som gjøres i arbeidsgruppen «Portefølje digital samhandling Helsefelleskap Oslo» kontinueres.

Samhandling om eldre med skrøpeligheit, rehabilitering og akutttilbudet

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

Helsehus- og langtidsplasser på sykehjem:

Det er vesentlig at Oslo kommune sikrer tilstrekkelig kapasitet i forhold til helsehus og sykehjemsplasser. Fra 2018 til 2022 har Oslo kommune redusert antall plasser fra 4260 til 3326. Dette til tross for at det stadig blir flere eldre med skrøpeligheit. Reduksjonen i plasser fører noen ganger til at marginale pasienter blir sendt mellom hjem, institusjon, sykehus og KAD uten at de blir ivaretatt på rett omsorgsnivå.

OUS etterspør også en større fleksibilitet i bruk av institusjonsplasser, for både korttids- og langtidsplasser. I perioder opplyses det om ledige langtidsplasser, og disse bør i større grad kunne brukes til korttidsplasser for mer optimaliserte pasientforløp.

Rehabilitering:

OUS er kjent med at det pågår revisjon av inntakskriteriene til Forsterket rehabilitering Aker (FRA). Vår erfaring er at flere pasienter med behov for rehabilitering ikke får dette i kommunen. Gjeldende inntaksvurderingstidspunkt tre dager i uka begrenser sykehusenes utskrivelsesmulighet til rehabilitering. Dersom pasienten er utskrivningsklar på fredag blir søknad om rehabilitering ikke behandles før tidligst mandag, ei heller blir pasienten tatt imot på helsehus i påvente av FRA-vurderingen. Dette resulterer i at pasienten blir liggende på sykehus gjennom helgen. OUS etterlyser beslutning om endringen av inntaksrutiner ved FRA. [Nesten ingenting har blitt bedre siden 2012 \(riksrevisjonen.no\)](https://www.riksrevisjonen.no) Det bemerkes videre at Helse Sør-Øst nå utvikler en ny modell for behovsvurdering av rehabiliteringsplasser i regi av spesialisthelsetjenesten. [behovsvurdering.pdf \(helse-sorost.no\)](#) Dette kan få betydning for det kommunale rehabiliteringstilbudet.

Akutt behov for økt omsorgsnivå og pleie:

OUS ser et økt antall innleggelser på sykehus fra bydeler hvor hjemmesykepleien ikke klarer å ivareta pasienten hjemme. OUS reagerer på denne praksisen. Typiske årsaker er forverring av fysisk funksjonsnivå eller hvor aldersdemente ikke lenger kan bo hjemme (forlater boligen midt på natten, utslitte pårørende, aggresjon osv.). Pasientene har ikke nødvendigvis behov for behandling i spesialisthelsetjenesten, men trenger forsterket plass i kommunen. Et kommunalt akutttilbud med forsterket døgnomsorg som ivaretar slike pasienter er fraværende i dag og Kommunal akutt døgnenhet (KAD) har slik OUS ser det etablert kriterier for inntak av pasienter som forhindrer at pasienter i denne målgruppen får tilbud om plass. OUS ser nødvendigheten for at KAD i større grad tilpasser sitt akutttilbud til ulike behandlings- og/eller omsorgskrevende pasienters behov inntil en permanent institusjonsplass i kommunen foreligger. Utfordringen er formidlet byrådsavdelingen senest i inneværende år.

Samhandling om svangerskap, fødsel og barsel

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

Samhandling/kommunikasjon:

IKT-løsninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten snakker ikke godt nok sammen. Dette kan få følger for pasientsikkerhet, spesielt for sårbare pasienter og gravide/ barselkvinner som kan ha utfordringer med å gjøre seg forstått.

Samhandlingen med fastleger bør også forbedres. Det er viktig å forhindre mangelfulle og unødvendige henvisninger samt sikre tidlig nok henvisning på tilstander som skal vurderes raskt (som ved tidlig ultralyd). Videre er det viktig å sikre at viktig informasjon når alle fastleger, og at endringer/tiltak følges opp.

Bydelene oppleves som "selvstendige organisasjoner"

OUS opplever at dagens organisering legger lite til rette for effektiv samhandling, og ivaretar ikke målsetting om likeverdig helsetilbud

Det oppleves krevende å få til en felles forståelse av benyttelse/utnyttelse av ressurser:

- Hva er det pasienten trenger og av hvem?
- Hvordan skal helsekronene fordeles?

Organisering av tjenestetilbudet gjør det vanskelig å gjennomføre endringer. Videre er det ikke et likeverdig tilbud. I forhold til jordmortjenesten, har de forskjellige bydelene prioritert jordmortjenesten ulikt. Det er ulik fordeling i forhold til antall jordmødre pr. gravide kvinne, og tilbudet varierer mellom de forskjellige bydelene, både i forhold til svangerskapsoppfølgingen og oppfølging etter fødsel. Dette innebærer at kvinner og familier er ulikt forberedt før fødsel og barseltid, og at tilbudet varierer etter hvilken bydel man er bosatt i.

Diskusjoner og gjennomføring av endringer i forhold til oppgavedeling er vanskelig da ingen vil ta på seg nye oppgaver uten ressurser. Beslutninger om ny oppgavedeling blir ikke tatt på riktig nivå. Og om man skulle klare å komme til enighet om ny oppgavefordeling, er OUS usikre på om det ville være mulig å implementere i alle bydelene. OUS opplever at dagens organisering gjør det vanskelig å komme videre i prosesser. Helsefelleskapet er en viktig plattform for samarbeidet, og OUS håper denne kan bidra mer i fremtidig samhandling.

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

Det er utfordrende å ha en objektiv dialog i forhold til hvilket nivå helsehjelp og oppfølging i svangerskap og barseltid skal ligge på. Det er begrensninger som setter stopper for gode prosesser og gjennomføring. Åpningstiden på helsestasjonene er ikke fleksible nok. Kvinner skrives ut fra barselavdelingene syv dager i uken. Åpningstiden på helsestasjonene bør derfor være minst seks dager i uken, noe som vil medføre arbeid på lørdager for ansatte i bydelene. Dagens åpningstider i

bydel betyr at sykehuset bare kan snakke med samhandlingspartnerne (bydelene) mellom 8-16 på hverdager. Dette er ikke tilstrekkelig for å sikre sammenhengende tjenester og oppfølging. OUS anbefaler også at bydelene må anskaffe nødvendig medisinskteknisk utstyr, slik at man kan gjennomføre hørselstest av nyfødte hjemme under hjemmebesøk. Friske barselkvinner bør kunne følges opp hjemme og det bør også kunne tas vekt og PKU (screening på Føllings sykdom) i tillegg til hørselstest hjemme. Gravide bør kunne komme til "kontroller" ved helsestasjonen uten fastsatte svangerskapsoppfølginger ("drop in"), slik at enkelte tilstander, som for eksempel spørsmål om vannavgang, kan avklares. Det samme gjelder etter fødsel dersom det er noe med mor eller barn der det er lite sannsynlig at henvendelsens årsak krever sykehusinnleggelse eller tilsyn av spesialist. Det er ingen grunn til at slike henvendelser skal ivaretas av spesialisthelsetjenesten.

OUS stiller spørsmål om det kunne vurderes å ansette barnepleiere til hjemmebesøk. Pr. nå har OUS inntrykk av at hjemmebesøk ikke gjennomføres til alle på grunn av mangel på ressurser. Hjemmebesøk prioriteres kun til førstegangsfødende. Fødeavdelingene ønsker å innføre tidlig hjemreise, men da hjemmebesøk prioriteres kun hos noen grupper og ikke alle, er det vanskelig å gjennomføre dette.

OUS mener at delte jordmorstillinger mellom kommunale helse og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten burde være et mål for de fleste jordmødre som jobber i primærhelsetjenesten. Det er en forutsetning at ansatte med delte stillinger har en arbeidsgiver (og det bør være spesialisthelsetjenesten). Dette vil gi økt kompetanse for jordmødrene, og bedre pasientoppfølging. Spesielt sårbare pasienter vil trolig ha god nytte av en mer helhetlig oppfølging. I tillegg vil man i større grad sikre ansattressurser der behovet er størst.

Sårbare gravide:

Oppfølging av sårbare gravide bør styrkes i bydelene. I dag har OUS et tilbud ved fødeavdelingen (Ullevålteam). Dette tilbudet skal være til de som trenger det mest. Fødeavdelingen har en stadig økning av henvisninger til Ullevålteam, og OUS mener bydelene selv bør kunne ha egen kompetanse på psykisk sykdom, sosiale utfordringer og rus. Det meste av oppfølgingen skjer i bydelene og det er der pasientene følges opp lengst. Kanskje det burde opprettes et kommunalt team som bisto bydelene? Deler av oppfølgingen som tilbys fra Ullevålteam i dag kan overføres bydelene såfremt de har den nødvendige kompetanse.

Hjemmebehandling:

På mer generelt grunnlag mener OUS at det i fremtiden må bli mer oppfølging av pasienter hjemme som nå ligger på sykehus, og at denne oppfølgingen må være sømløs. Ved gynekologisk avdeling har OUS startet et prosjekt der OUS ønsker å se på hjemmebehandling (antibiotikabehandling iv) av pasienter med brystbetennelse. På grunn av bydelenes organisering og ulik tilgang på ressurser og kompetanse, antar OUS at det kan være vanskelig å få laget et helhetlig pasientforløp som er uavhengig av hvilken bydel pasienten tilhører. OUS mener at likeverdige helsetjenester og sømløse pasientforløp må være et mål for alle uavhengig av bydelstilthørighet.

Oppfølging etter abort

OUS mener at oppfølging av kvinner som har gjennomgått en abort bør utføres i primærhelsetjenesten. Dette gjelder alle typer aborter.

Samhandling i den akuttmedisinske kjeden med innspill knyttet til prehospitale tjenester

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

Grensedragningen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er en utfordring for den norske helse- og omsorgstjenesten, men prehospitale tjenester i særdeleshet. Måten helse- og omsorgstjenestene samlet sett er strukturert, koordinert og ansvar er tydeliggjort, vil påvirke risikoen for at feil kan skje. Helsepersonell i den akuttmedisinske kjeden samarbeider med begge tjenestenivåene og møter risikosituasjoner hver eneste dag hvor kommunikasjon og logistikk på tvers av nivåene kan være både frustrerende og ressurskrevende. Prehospital klinikk sin tjenesteutøvelse mellom de to forvaltningsnivåene, påvirkes direkte av måten kommunen organiserer sine tjenester med hensyn til hvordan oppdragene må løses. Etablering av et Akuttmedisinsk nettverk gjennom Helsefellesskap Oslo vil kunne bidra til bedre planlegging og videreutvikling av den akuttmedisinske kjede.

Et pasientforløp er et sammensatt system med mange aktører som alle skal bidra til innsats i pasientens forløp. For pasienter vil det være mange mulige forløp gjennom systemet som involverer ulike aktører, og som kan ende på ulike steder (fra å bli hjemme i egenomsorg, via legevakts-konsultasjon til innleggelse i spesialisert akuttstusykehus). Selv om mange aktører bidrar til pasientforløpet, skal den akuttmedisinske kjeden være sammenhengende og helhetlig. Organisering av bydelene og arbeidsdelingen mellom etatene er derfor av stor betydning for de prehospitale tjenestene og tilsier at endringer som gjennomføres ett sted, kan påvirke arbeidsmåter, arbeidsbelastning og effektivitet i andre deler av systemet.

En effektiv og godt koordinert helhetlig kommunehelsetjeneste kan bidra til bedre samhandling og informasjonsdeling. Dette kan føre til raskere og mer nøyaktig vurdering av pasientens behov og bedre oppfølging. På den andre siden kan manglende ressurser og utfordringer med koordinering i den kommunale helsetjenesten føre til forsinkelser eller mangelfull behandling i den prehospitale fasen. Måten bydelene i dag er organisert kan føre til ulik tilnærming og tilbud til samme pasientkategori, men det kan også oppleves utfordrende for en samhandlende part å vite hvem som har ansvar for hva og hvilken instans som er riktig å kontakte når man har behov for dialog rundt problemstillinger både på systemnivå og operativt nivå.

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

For akuttmedisinsk samhandling er det u hensiktsmessig med organisering av helseressurser i bydeler. Oslo kommune bør se sine tjenester mer helhetlig, og dette bør reflekteres i organiseringen. Ambulansetjenesten opplever at det er mangelfull dekning av helse relaterte tjenester for pasienter innen områdene psykisk helse og eldre med skrøpeligheit. Konkret dreier dette seg om legebeseøk i hjemmet (både fastlege og legevakt), manglende legedekning på

helsehus og langtidshjem (særlig kveld, helg og helligdager), strenge inntakskriterier på KAD og generelt manglende akutt kommunalt tjenestetilbud for de som ennå ikke har fått noen avtale med kommunen. Bergen kommune har en egen legevaktjeneste for sykehjem, bofellesskap og hjemmeboende palliative pasienter. Det anbefales at Oslo kommune ser på muligheten for å innføre en slik tjeneste i Oslo.

Samhandling om pasienter med rus- og avhengighetslidelser

Styrker ved dagens organisering

Bydelene er tilgjengelige for dialog og samarbeid og særlig grunnet bedret elektronisk dialog med bydelene gjennom bruk av PLO-meldinger og dialogmeldinger, og at rask kontakt kan opprettes (men alle tjenestetilbud i bydelene har ikke mulighet for PLO-meldinger, det er et savn).

Bydelene sitter med kunnskap om lokale tilbud som kan være en styrke og kan bidra til mer individuell tilpasset oppfølging.

Svakheter ved dagens organisering

Ulikheter i tjenestetilbud og organisering i hver bydel gjør det vanskelig å finne frem både for brukere og samarbeidspartnere. Dette gjør det også vanskelig å planlegge forløpene i og med at en ikke vet hva bydel har av tjenester og hva en kan forvente av oppfølging og tiltak i bydelene. Det igjen bidrar til lengre og mer uforutsigbare pasientforløp.

Likebehandlingsprinsippet og pasientrettigheter utfordres med dagens kommunemodell/organisering. Også stadige omorganiseringer (endring av navn på tjenester, skifter ut/bytter om ansatte osv.) skaper lite forutsigbarhet og opprettholder svakhetene.

Mangler «en dør inn» til kommune og bydel. Det oppleves manglende kommunikasjon og manglende samarbeid mellom ulike tjenester i bydelen, som boligkontor, psykisk helse og NAV.

Mangel på botilbud er en stor utfordring innen psykisk helse og rus/avhengighet. Mange pasienter har utfordringer med bolig, og opptil 50% mangler bolig ved sykehusinnleggelse. Under sykehusinnleggelse opplever mange å miste boligtilbudet. Dette er pasienter som i utgangspunktet har bolig gjennom bydel, men bydel velger å ikke opprettholde botilbudet under innleggelsen. Dette fører til at bosettingsprosessen/boliganskaffelse må starte på nytt ved utskrivelse. Bydelenes praksis med å avslå boligsøknader grunnet mangel på bolig og dermed ikke innfrir pasientrettigheter fører til unødvendig lange innleggelsestider og er et dårlig utgangspunkt for samarbeid og samhandling. Bydelene mangler boligtilbud for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Det er mangel på boliger med personalbase som tilbyr tilstrekkelig oppfølging for pasienter med vedvarende lavt funksjonsnivå på grunn av psykoselidelser og samtidige rusproblemer. Bydelenes organisering og ansvarsfordeling av søknader om bemannede boliger vs kommunale boliger fører ofte til uenighet innad i bydel og lang saksbehandlingstid. Bedre samhandling ville vært mulig dersom botilbud for pasienter med psykiske helseutfordringer og rusproblematikk hadde en samordnet enhet.

Overføring av pasienter med omfattende og sammensatte behov mellom

spesialisthelsetjenesten og bydelene er vanskelig. Det er utfordrende å overføre tilstrekkelig kunnskap om den enkelte pasient, spesielt når det gjelder håndtering av aggresjon og vold. Dagens organisering fungerer hvis pasientene har et tydelig og avgrenset behov hvor spesialisthelsetjenesten kan komme med tydelige og konkrete bestillinger. Når pasientene har behov for mer langvarige, koordinerte, sammensatte tjenester som krever bred og spesialisert kompetanse fra bydel, opplever vi at det kan være krevende å komme

frem til en felles forståelse og en plan for oppfølging av pasienten. For eksempel har mange alderspsykiatriske pasienter sammensatte behov og vi opplever at bydelene ikke i tilstrekkelig grad er rigget for dette, men andre sårbare grupper som barn og unge, pasienter med sammensatt rus- og psykiatriproblematikk og ivaretagelse av sikkerhetspasienter, vil ha tilsvarende sammensatte tjenestebehov, tett samarbeid og særskilt kompetanse. Det er variasjon i praksis blant bydelene når det gjelder vurdering av behov og tiltak, inkludert korttids- og langtidsplasser på institusjoner og behov for spesialplasser. Økonomiske hensyn er ofte styrende, og lange interne prosesser/anskaffelsesprosesser kan forsinke nødvendige beslutninger. Pasienter ender ofte opp med langvarige, unødvendige opphold på sengeavdelinger på grunn av manglende tilbud på riktig omsorgsnivå eller det som oppleves som lange og omfattende beslutningsprosesser internt i bydelene. Organiseringen av bydelstjenester med separate team for psykisk helse, ruslidelser, samtidig psykisk helse og rus og somatisk helse skaper utfordringer, spesielt når det gjelder vurdering av behov bosetting. Bydelene har ulike ønsker vedrørende deltakelse i FACT team og hvordan teamene organiseres mht fordeling av kostnader og aktivitetsbasert inntekt. Vi opplever at det er vanskelig å vite hvilken instans i bydel vi skal samarbeide med, hvem som skal innkalles til samarbeidsmøter for å beslutningsdyktige møter. Av denne grunn opplever vi at digitale meldinger til saksbehandlere i bydelen besvares med henvisning til andre tjenester: Dette mener vi er indikasjon på manglende intern samhandling og samarbeid i den enkelte bydel.

Bydelene mangler akutttilbud til pasienter med psykiske plager. Det finnes "Rask psykisk helsehjelp" og lavterskeltilbud mange steder, men ikke døgntilbud for pasienter som trenger døgntkontinuerlig omsorg og oppfølging over kortere perioder. Disse henvises i all hovedsak til spesialisthelsetjenesten, selv om de dette gjelder ikke har et klart utrednings- eller behandlingsbehov.

Spørsmål 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.*

Det er behov for en **styrket samordning og samorganisering av psykisk helsehjelp**. For pasienter med omfattende behov for hjelp gjennom døgnet og behov for spesialisert kompetanse, bør det koordineres tjenester på tvers av bydeler, slik at de får et mest mulig likeverdig tjenestetilbud enn de får når den enkelte bydel står for tjenestene alene. Dette vil kunne gi færre overganger (som vi vet er sårbart) og redusert risiko for svikt i brukerreiser. Dersom oppfølging av søknad om kommunale tjenester gjøres mer sentralt og ikke fordelt utfra tjeneste vil det bidra til en mer effektiv saksbehandling. Psykisk helse har ikke tilgang til sykehjem, helsehus, KAD slik tjenestene i somatikken er rustet opp. En organisering av den psykiske helsehjelpen kunne vært tilsvarende løftet opp/samlet på etatsnivå. Dette tror vi vil styrke tjenestene og ivareta og styrke fagkompetanse. Generelt vil en mer ensartet organisering av bydelene være til stor hjelp i samhandling med spesialisthelsetjenesten. Mange av våre pasienter har dårlig boevne og nyttiggjør seg ikke bosetting alene i egen bolig. Det foreslås å **samle boligjenestene på tvers av bydelene for bedre og raskere hjelp** for de mest krevende brukerne. Særlig bør bemannede boliger for brukere med dårlig boevne og behov for langvarige, koordinerte tjenester samorganiseres for å kunne yte et likeverdig helsetilbud og sikre et mer robust fagmiljø. Dette vil også være hensiktsmessig i forhold til overføring av kompetanse og mer tid til veiledning fra spesialisthelsetjenesten til bydel. Dagens organisering av kompetanse og tilbud til pasienter med komplekse behov er særlig

utfordrende. Det er behov for en **mer helhetlig strategi på overordnet nivå i Oslo** for å møte disse utfordringene. Pasienter med komplekse behov krever kontinuitet i oppfølging og kompetanse. Å bygge og opprettholde kompetanse tar tid, og en samlet organisering av spesialkompetanse i førstelinjen kan bidra til mer robuste fagmiljøer og bedre kontinuitet. Vi ønsker oss **én felles søknad om alle bydelstjenester**. Dette bør foreligge som et elektronisk søknadsskjema (ikke PLO) hvor spesialisthelsetjenesten kan skissere pasientens behov og som inkluderer både boligbehov og behov for andre bydelstjenester/kommunale tjenester. Dette skjemaet bør inneholde oversikt over alle bydelens/kommunens tjenester. Spesialisthelsetjenesten må forplikte seg til en faktisk/realistisk behovsbeskrivelse, og i søknaden ta hensyn til at disse tjenestene er et knapphetsgode. Vi ønsker at et slikt skjema skal inneholde mulighet for at pasienten kan gi sitt samtykke til at videre kommunikasjon deles med spesialisthelsetjenesten (kopi), for å sikre at pasientens interesser blir ivaretatt. Det gjelder ofte pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern, og dermed ikke nødvendigvis samtykkekompetente.

Pasienter innlagt i sykehus som mottar svar på søknad om tjenester fra kommunen/bydel i mange tilfeller ikke samtykkekompetente eller har tilstrekkelig kompetanse til å håndtere svarbrev enten det er digitalt eller pr. brev. **Kommune/bydel bør ha en rutine om å orientere inneliggende instans**. Det er i de aller fleste tilfelles inneliggende instans som har bistått pasienten med søknader. det er behov for at informasjon er tilpasset, slik at pasientene kan nyttiggjøre seg tilbudet på en bedre måte. Kommunens tjenesteytere kunne ha vurderingsbesøk mens pas er innlagt kan være en mulig kanal til bedre kommunikasjon. For enkelte avdelinger i klinikken kan det være gunstig med **årlig/halvårlig møtepunkt direkte med bydelene** for bedre samhandling og gjensidig oppfølging. Ønskelig med en kontaktperson, gjerne med en sentral aktør som har et samlet ansvar for psykisk helse i kommunen

Barn og unge er viktig å løfte frem som en egen gruppe med særskilt omfattende tjenestebehov og mange aktører som skal samhandle.

Helsefellesskapet ønskes løftet frem som en viktig samhandlingsarena på systemnivå.