



Oslo kommune
Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid

Helse Sør-Øst RHF
Postboks 404
2303 HAMAR

Dato: 30.10.2018

Deres ref:
18/17427-1

Vår ref (saksnr):
201805132-71

Saksbeh:
Johan Torper, 23461588

Arkivkode:
202

OSLO KOMMUNES HØRINGSSVAR TIL REGIONAL UTVIKLINGSPLAN 2035 FOR HELSE SØR-ØST

Vi viser til invitasjon fra Helse Sør-Øst RHF til å avgi høringsuttalelse til utkast til utviklingsplan.

Bystyret har behandlet saken i møtet 24.10.2018 sak 328. Dette er bystyrets vedtak:

Oslo kommune avgir følgende høringsuttalelse til *Regional utviklingsplan 2035* for Helse Sør-Øst RHF (HSØ):

1.

Innledning

Sykehusstrukturen i Oslo er kompleks og innbyggerne og kommunens helse- og omsorgstjenester forholder seg til flere sykehus på flere nivåer. Tilhørigheten er ikke alltid tydelig. Oslo kommune er vertskommune for Oslo Universitetssykehus HF (OUS) med Aker, Gaustad, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål. Diakonhjemmet og Lovisenberg sammen med Ullevål dekker lokalsykehustilbud for 12 av Oslos 15 bydeler. De resterende tre bydelene mottar tjenester fra Akershus universitetssykehus HF (Ahus). Rikshospitalet og Radiumhospitalet har regionssykehusfunksjoner og landsdekkende funksjoner. Oslo kommune vil ha et særlig fokus på lokalsykehustilbudet i saken.

Innledningsvis vil Oslo kommune bemerke at utviklingsplanen veksler mellom referanser og eksempler fra enkeltsykehus, til strategiske føringer fra det regionale helseforetaket. Det kan derfor i noen tilfeller være vanskelig å se hva som er konkrete føringer og hva som er erfaringer. I tillegg er det på noen punkter uklart hvor forpliktende strategiene er og hva som er tidfestede mål, med tanke på at perspektivet er år 2035.

Oppsummering

- Oslo kommune er svært bekymret for at HSØ undervurderer kapasitetsbehovet spesielt for lokalsykehus i Oslo sykehusområde. Dette medfører stor risiko for kommunen og innbyggerne både når det gjelder kapasitet og kostnader. Det er ikke synliggjort i planen.

Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid Postadresse:

Rådhuset, 0037 Oslo

E-post: postmottak@byr.oslo.kommune.no
Org.nr.: 876 819 872

- Oslo kommune vil understreke viktigheten av at fremdriftsplanen for bygging av Aker sykehus opprettholdes, og at ved en endring av det omforente prinsippet om parallellitet i planene, så skal Aker sykehus prioriteres.
- Gevinstrealiseringen HSØ forutsetter, fordrer en reduksjon av behovet for sykehussenger med 15%. Det er ikke sannsynliggjort hvordan dette målet skal nås, noe som medfører en altfor høy risiko både for innbyggerne, sykehusene og kommunen.
- Oslo kommune foreslår en endring i opptaksområdene for lokalsykehusfunksjonene der sektorene i Oslo kommune, hhv. nord, sør, vest og sentrum, holdes samlet og sokner til samme lokalsykehus. Forslaget bidrar til å sikre godt samarbeid mellom bydeler på tvers og lokalsykehus. I tillegg oppnås større grad av kapasitets fleksibilitet fordi Aker med dette får fire bydeler mot opprinnelig seks og dermed en betydelig restkapasitet. Oslo kommune mener at planen også bør peke på at det i overskuelig framtid kan være aktuelt å bygge lokalsykehus for den raskt økende befolkningen i Oslo sør og Follo.
- Erfaring viser at spesielt for multisyke pasienter er det viktig at de i størst mulig grad mottar spesialisthelsetjenester fra ett og samme lokalsykehus, inkludert tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) og psykisk helsevern. Organiseringen det legges opp til i planutkastet, bør i langt sterkere grad styrke samarbeidsrelasjoner mellom bydeler og sykehus og bidra til å skape gode og sammenhengende pasientforløp, også på kort og mellomlang sikt.
- Oslo kommune vil understreke at overføring av oppgaver og kostnader fra helseforetaket til kommunen ikke må skje uten full-finansiering. Oslo kommune vil påpeke at de økonomiske konsekvensene for kommunen ikke er belyst i planen og dette er en stor risiko.
- Avtaler mellom kommunen og sykehusene om oppgavefordeling forutsetter også bilateral overføring/ oppbygging av tilstrekkelig kompetanse. At kommunen har et godt tilfang av breddekompetansen som er nødvendig for å vurdere multisyke pasienter helhetlig, er avgjørende. Økt grad av spesialisering og utdanningsløp som ikke understøtter generalistkompetanse, utfordrer helsetjenestens evne til å yte gode tjenester i fremtiden.
- Strategier for å møte de store folkehelseutfordringene knyttet til ikke-smittsomme sykdommer er for lite konkrete og planen er uklar med tanke på hvordan kommuner og spesialisthelsetjeneste i fellesskap skal møte disse utfordringene.
- Det er gjennomgående lite nytenkning i hvordan samarbeidet med kommunen kan bedres, og handlingsrommet i den eksisterende foretaksmodellen er ikke tilstrekkelig utforsket. For at pasientene skal få en forsvarlig behandling i fremtiden, bør utviklingsplanen i større grad vektlegge at kommunehelsetjenesten er en viktig del av hele reisen som pasientene gjør.
- Utviklingsplanen fremhever at tverrfaglighet og samarbeid mellom ulike aktører er sentralt, men det er lite konkretisert hvordan dette tenkes i praksis i planen. Det er skuffende at HSØ på den ene siden er opptatt av samhandling og integrerte tjenester,

mens de på den andre siden ikke omtaler kommunene som aktuelle samarbeidspartnere innen kapittelet forskning og innovasjon.

- Betydningen av reell og løpende informasjonsdeling på tvers av virksomheter kan ikke understrekes sterkt nok og dette må videreutvikles i planen. Forutsetningen for at spesialisthelsetjenesten skal yte gode og riktige tjenester er godt samarbeid med kommunen, herunder utvikling av god og kommuniserende informasjons- og velferdsteknologi.
- Planen synliggjør ikke utfordringene HSØ har med å sørge for større vekst innen rus og psykiatrifeltet enn somatikken, i motsetning til hva regjeringen legger til grunn. Oslo kommune forventer at planen her blir tydeligere.

Kapasitetsutfordringer og samarbeid om de som trenger det mest

Oslo kommune støtter forslaget om at endringsfaktoren «overføring til kommunene» fjernes. Vi ser positivt på strategien om å utvikle integrerte helsetjenester, og vurderer det som hensiktsmessig å starte med fokus på pasientgruppene som har stort forbruk av helsetjenester.

Kommunen er imidlertid sterkt kritisk til gevinstrealiseringen HSØ forutsetter med reduksjon av behovet for senger med 15% for alle pasienter. Erfaring viser at mange sykehusprosjekter har endt med underkapasitet. Tallgrunnlaget som er presentert for Oslo kommune synes svært usikkert og har en rekke iboende risiko- og sårbarhetsmomenter som ikke er kommentert eller analysert. Det er krevende å få god oversikt over beslutningsgrunnlaget og prosessene, når det fremstår som mangelfullt og lite tilgjengelig. Konsekvensene av beslutninger fattet i foretaksmøter og forslag som fremmes i planen, har store konsekvenser på kort og lang sikt.

Dersom sykehusene i Oslo dimensjoneres som her foreslått, overføres det betydelig risiko til kommunen, i tillegg til den oppgaveøkningen kommunen må håndtere uavhengig av sykehusenes utvikling. Kommunen vurderer at det fremdeles er svært høy risiko for utilstrekkelig kapasitet i Oslo. Hvordan denne risikoen skal møtes, er ikke utforsket i stor nok grad. Kommunen stiller seg til disposisjon for drøfting og videre samarbeid om hvordan dette kan møtes, og forventer å være en likeverdig part i videre planlegging.

Opptaksområder i Oslo og målbildet for Oslo sykehusområde

Oslo kommune står i en særstilling som den eneste kommunen i Norge med lokalsykehusstilbud fra mange sykehus: OUS (Ullevål, senere Gaustad og Aker), Diakonhjemmet, Lovisenberg og Ahus. Bydelene samarbeider i dag sektorvis på mange fagområder, og det er ønskelig at inndeling av opptaksområdene til lokalsykehusene så langt som mulig samsvarer med eksisterende sektorsamarbeid i Oslo kommune. Bydelene og Helseetaten er i sine høringsinnspill samstemte om at dette er et viktig prinsipp. Dette prinsippet støtter Oslo kommune. Virksomhetene er opptatt av at det er uheldig å skille tjenestetilbud innen TSB og psykiatri fra somatikk.

Oslos sektorer er:

1. Sentrum (Gamlebyen, Grünerløkka, Sagene, St. Hanshaugen)
2. Nord (Alna, Bjerke, Grorud, Stovner)
3. Sør (Nordstrand, Søndre Nordstrand, Østensjø)
4. Vest (Frogner, Nordre Aker, Ullern, Vestre Aker)

HSØ foreslår følgende målbilde for lokalsykehus tilhørighet:

Sykehus	Aker	Diakonhjemmet	Gaustad	Lovisenberg
Bydel	Alna Grorud Stovner Nordstrand S.Nordstrand Østensjø	Frogner Vestre Aker Ullem	Bjerke Nordre Aker Sagene	Gamle Oslo Grünerløkka St.Hanshaugen

Forslaget ivaretar ikke sektorprinsippet, og i noen grad ikke nærhetsprinsippet. Det er også kritisk med tanke på mulighet for skalering.

Oslo kommune foreslår derfor følgende lokalsykehus tilhørighet:

Sykehus	Aker	Diakonhjemmet	Gaustad	Lovisenberg
Bydel	Alna Bjerke Grorud Stovner	Frogner Nordre Aker Vestre Aker Ullem	Nordstrand S.Nordstrand Østensjø	Gamle Oslo Grünerløkka Sagene St.Hanshaugen

Prinsippet i forslaget er i tråd med de bydelene som har avgitt høring og Helseetatens innspill i høringen.

For Alna, Grorud og Stovner er det vesentlig å avklare overføringstidspunktene for de forskjellige bydelene og tjenestene fra Ahus til Aker. Av hensyn til samarbeidet som er etablert mellom bydelene, er det hensiktsmessig med størst mulig grad av felles tilbakeføring.

Oslo bydelene i sektor sør får på denne måten tilbud fra samme lokalsykehus. Reisevei for disse bydelene til Gaustad vil være noe lenger enn til Aker, men forskjellen er ikke av vesentlig karakter.

HSØ sitt forslag lar Gaustad betjene tre bydeler fra tre forskjellige sektorer. Gaustad som lokalsykehus har fra før en vesentlig svakhet ved at det her ikke er planlagt å samlokalisere psykisk helsevern og TSB, uavhengig av hvilke bydeler som skal motta lokalsykehus tilbud fra sykehuset. Oslo kommune ber om at det vurderes nøye hvordan Gaustad kan sikre gode, helhetlige og sammenhengende tjenester. Utviklingen på Gaustad bør følges tett, slik at lokalsykehusfunksjonene ikke nedprioriteres, herunder samhandling mellom somatikk, psykisk helsevern og rustilbud.

Med Oslo kommunes forslag vil OUS, bestående av Gaustad og Aker sykehus, beholde lokalsykehusfunksjoner overfor 7 bydeler, herunder Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand, Bjerke, Stovner, Alna og Grorud. Det kvitterer ut forutsetningen fra HSØ og OUS om at Gaustad trenger et befolkningsgrunnlag tilsvarende tre bydeler for å kunne ivareta sin funksjon som lokalsykehus.

Oslo kommune vil understreke viktigheten av at fremdriftsplanen for bygging av Aker sykehus opprettholdes, og at ved en endring av det omforente prinsippet om parallellitet i planene, så skal Aker sykehus prioriteres. I en potensiell uenighet om fremdrift i utbyggingsplaner, vil Oslo kommune minne om nedfelte helsepolitiske føringer og viktigheten av forutsigbarhet i planleggingen, først og fremst av hensyn til behandlingsskapasitet og pasientsikkerhet.

Reguleringsprosessene for utbygging av Aker og Gaustad er under behandling i Oslo kommune og behandlingen er gitt prioritet.

Økonomiske og administrative konsekvenser for kommunen

Oslo kommune vil påpeke at de økonomiske konsekvensene for kommunen i svært liten grad er belyst i planen. Avtaler mellom kommunen og sykehusene om oppgavefordeling forutsetter også overføring/ oppbygging av tilstrekkelig kompetanse i kommunen. Dette vil få både økonomiske og administrative konsekvenser som ikke kan forutsies med utgangspunkt i forelagte utviklingsplan.

Bedre bruk av teknologi og nye arbeidsformer

Strategiene som legges frem er spennende og nødvendige å utforske. Dersom spesialisthelsetjenesten gjennom brukerstyring etablerer en mer direkte kontakt med pasienten, er det viktig å sikre kommunehelsetjenestens, herunder fastlegens rolle i oppfølgingen, for å lykkes bedre med brukermedvirkning, sømløse overganger og helhetlige pasientforløp. For å lykkes med en integrert helsetjeneste vil endringer i IKT-organisering være avgjørende. Betydningen av reell og løpende informasjonsdeling på tvers av virksomheter kan ikke understrekes sterkt nok. Kommunen må samarbeide med helseforetaket om nye og bedre teknologiske løsninger og økt digitalisering både for å kunne sikre tilstrekkelig kapasitet i helsetjenestene framover, for å kunne samarbeide bedre og for å kunne tilby bedre helsetjenester. De mange utfordringene som har vært rundt nye digitale løsninger, som «én innbygger én journal», understreker behovet for godt samarbeid på området.

Brukerstyrte poliklinikker er også ønsket fra Oslo kommunes hold. En viktig begrunnelse er målet om at pasienter skal få time og hjelp på tidspunkt som passer hverdagen deres. I tillegg bør sykehusene i regionen i større grad vurdere i hvilken grad det dagkirurgiske tilbudet kan utvides, slik at pasienter kommer raskere tilbake til hverdagen.

Mulighetsrommet innenfor foretaksmodellen

Dagens finansieringsordninger stimulerer ikke i tilstrekkelig grad til samhandling på tvers av forvaltningsnivåene. Samtidig vil Oslo kommune utfordre HSØ til å utforske mulighetsrommet innenfor foretaksmodellen i langt større grad. Modellene fra Spania, USA og Danmark som det vises til er spennende, men fordrer en helt annen type samarbeid enn det som er prøvet ut i Norge i dag.

Oslo kommune mener planen kunne pekt på nye måter å finansiere investeringer på, eksempelvis ved å utvide rammene for nye investeringslån ved å oppjustere låneandelen fra dagens 70 % til 80 %. Da kan nye sykehusbygg, medisinsk teknisk utstyr og IKT-investeringer realiseres raskere enn i dag, samtidig som bindingen av egne midler ikke blir for stor.

Planen forutsetter at vesentlig flere pasienter tas hånd om i kommunene, også ved utvikling av integrerte tjenester. Dette må fullfinansieres.

Oslo kommune har erfaring med samarbeidsformer som kan sikre finansiering av tilbud i kommunal regi. Eksempler på dette er observasjonsposten på legevakten, overgrepsmottaket og KAD. I årene fremover må spesialisthelsetjenesten og Oslo kommune samarbeide om å synliggjøre samhandlingsreformens effekter. Det er åpenbart behov for mer gjennomgripende endringer i finansiering av tjenestene som i praksis oppleves som halvannenlinjetjenester. Det må foreligge mye større grad av økonomiske incentiver for begge forvaltningsnivåene, for at oppgaver skal løses på en integrert måte. At kommunen får flere oppgaver må også synliggjøres ved økonomiske

overføringer. Endrede muligheter for behandling utenfor sykehus som følge av teknologi er en sterk driver.

Da Oslo er en stor kommune, med flere forvaltningsnivåer og en stor populasjon, ligger det til rette for utprøving av nye samarbeidsmodeller og utprøving av oppgaveglidning mellom helsetjenestens to nivåer. Oslo kommune vil spesielt trekke frem området psykisk helse og rus, der behovet for nytenkning er stort, og mulighetene ikke er omtalt i utstrakt grad i den forelagte planen.

Risiko- og mulighetsanalyser mangler

I høringen til OUS utviklingsplan sa byrådet: *Talleksemlene illustrerer at selv moderate feil i aktivitetsframskrivningen kan få meget store følger. Det er derfor svært viktig at planen videreutvikles med risiko- og mulighetsanalyser. Det er behov for å involvere både andre deler av spesialisthelsetjenestene og kommunen i dette arbeidet. Likeverd mellom samarbeidspartnere og avtalte overføringer og deling av oppgaver vil være sentralt. Det er viktig å planlegge spesialisthelsetjenestene på en slik måte at dette blir ivaretatt på en god måte både for pasienter, bydeler og sykehus, og at løsningene er skalerbare.*

Oslo kommune mener at også HSØ bør vie risiko- og mulighetsanalyser langt større oppmerksomhet.

Likeverdige helsetjenester

HSØ har som mål å fremme:

- Kvalitet i pasientbehandlingen
- Bedret helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Godt arbeidsmiljø for ansatte og mer tid til pasientbehandling
- Helsetjenester som er bærekraftige for samfunnet

Helse Sør-Øst viser i pkt. 3.2 til sin visjon: «*Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi*». Oslo kommune mener dette må løftes fram som et mål slik at man sikrer at det arbeides konkret og proaktivt for å nå målet om likeverdige helsetjenester. Dette er en stor utfordring for spesialisthelsetjenesten. Det er grunnleggende for tilliten til den offentlige helsetjenesten, at dette møtes med aktive grep.

Målbildet for sykehusene i Oslo-området

Styret i Helse Sør-Øst RHF besluttet 16 juni 2016 (sak 053-2016) følgende fremtidige målbilde for Oslo universitetssykehus HF:

- Et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad
- Et lokalsykehus på Aker
- Et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet

Dette målbildet ble stadfestet av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøtet for HSØ 24.06.16. Oslo kommune tar dette til orientering. Oslo kommune stiller samtidig spørsmål ved premisene som er lagt til grunn for beslutningen som ble fattet i 2016. Det har siden den gang blitt foretatt budsjettprioriteringer som har flyttet bygging av kreftsykehus på Radiumhospitalet opp på HSØ sin prioriteringsliste, og Oslo kommune er fortsatt usikre på fremdriften til Aker sykehus, i lys av av store økonomiske forpliktelser, spesielt for OUS, men og i regionen som

helhet. Det er en reell bekymring, da finansieringen må være sikret og stadfestet i Prop 1 S HOD og videre i prioriteringsprosesser i HSO og OUS. Oslo kommune har merket seg at nedleggelse av Ullevål sykehus på sikt er et premiss for realiseringen av hele målbildet.

Det forutsettes at alle alternativer knyttet til tomtevalg og areal kan redegjøres for og at beslutningen er forankret og kan ettergås også i ettertiden. For byrådet er lokalisering underordnet kapasitet og kompetanse, men det forutsettes at alternativet som har fått statsråden og HSØ sin tilslutning gjennom foretaksmøtet er velfundert, økonomisk bærekraftig og har rom for nødvendig kapasitetsøkning.

Byrådet forutsetter at beslutningen om eksisterende tomtevalg er tilstrekkelig for å dekke befolkningen i Oslos behov, og vil understreke viktigheten av dette for at vi skal være trygge på at behovet for økt kapasitet er dekket. Oslo kommune ber HSØ og statsråden om å være tydelige på hvorvidt de arealene som nå er forespeilet å dekke sykehuskapasiteten i Oslo er tilstrekkelige, eller om det allerede nå vil være behov for utredning av flere lokasjoner. Byrådet er opptatt av å komme i gang med arbeidet med å realisere sårt tiltrengte sykehusbygg i Oslo.

Oslo kommune forutsetter at det etableres nytt lokalsykehus på Aker som en del av første fase, for å løse kapasitetsproblemene i hovedstadsområdet. Det er spesielt viktig for Oslo kommune at den løsningen som velges, støtter opp under arbeidet med å etablere en ny Storbylegevakt og et nytt lokalsykehus på Aker så raskt som mulig.

Det understrekes at målbildet forutsetter at HSØ sørger for et godt lokalsykehusstilbud som er innrettet slik at det legges til rette for gode pasientforløp, god samhandling med de enkelte bydelssektorer, gode integrerte tjenester til pasientens beste og sist men ikke minst peker på muligheten for kapasitetsmessig fleksibilitet ved behov. Dette innebærer god egendekning for lokalsykehusene, som vil si at pasienten får den hjelpen som trengs ved ett sykehus, og ikke må sendes til andre sykehus i regionen.

Planutkastet har her vesentlige mangler og Oslo kommune vil i det videre peke på konkrete områder som kan og må videreutvikles for at målbildet skal kunne opprettholdes.

Forebygging

Hovedansvaret for arbeidet med å «fremme folkehelse, herunder utjevne sosiale helseforskjeller» er lagt til landets kommuner og fylkeskommuner.

Samtidig skal det regionale helseforetaket i følge spesialisthelsetjenesteloven sørge for at alle helseinstitusjonene «bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade». Det gjelder ikke minst for store folkesykdommer som muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser, rusavhengighet og sykkelig overvekt.

Her må spesialisthelsetjenesten bidra i langt sterkere grad i samarbeid med kommunen, ikke minst innen forskning og utvikling av gode tilbud. Muskel- og skjelettlidelser utpeker seg spesielt med et sterkt gap mellom antall rammede, samfunnsmessig kostnad og manglende kunnskap om årsaker og effekt av primær, sekundær og tertiærforebyggende tiltak.

Planutkastet er lite konkret på dette området og planen må bli langt tydeligere.

Antibiotikaresistens

Kun fire av ni helseforetak og et av de private ideelle sykehusene har omtalt antibiotikaresistens i sin utviklingsplan. Det er derfor viktig at foretaket løfter dette temaet i planen og vil prioritere arbeidet med å redusere bruken av bredspektrede antibiotika. Oslo

kommune arbeider målrettet innenfor egne virksomheter med dette alvorlige spørsmålet og ønsker samarbeid på feltet med spesialisthelsetjenesten.

Folkehelsesykdommene

De store folkehelsesykdommene vies for liten oppmerksomhet og gjenfinnes, med unntak for psykisk helsevern, ikke i kapitteloverskriftene. Sykdommene omtales under forebygging og en felles overskrift. Her heter det: «Hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske lungesykdommer og diabetes er de fire største ikke smittsomme sykdommene. De utgjør en økende andel av alle tapte leveår og liv med redusert livskvalitet». Oslo kommune vil i tillegg peke på at psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer representerer ca. 50 % av årsaken til alle sykemeldinger og 65 % av begrunnelsen for mottak av uføretrygd. Innbyggerne, arbeidsgivere, trygde- og velferdsordninger og kommunen ivaretar og har de største kostnadene knyttet til de store folkehelsesykdommene. Strategier for å møte de store folkehelseutfordringene er altfor lite konkrete og planen er uklar med tanke på hvordan kommuner og spesialisthelsetjeneste i fellesskap skal møte disse utfordringene både når det gjelder helsefremmende tiltak, forebygging og behandling.

Forholdet mellom generell og spesialisert kompetanse

OUS peker i sitt utkast til utviklingsplan at det internasjonalt er en økende erkjennelse av at det er behov for å justere balansen mellom generell og spesialisert kompetanse, med en kombinasjon av bredde- og dybdekompetanse. Oslo kommune er enig i det, ikke minst vil flere eldre med mange sykdommer og andre multisyke øke behovet for mer breddekompetanse. Høy spesialisering og funksjonsdeling har en innebygget risiko for dårlig samhandling. Oslo kommune vil oppfordre HSØ til å utvikle strategier for å sikre nødvendig breddekompetanse i sin plan, eksempelvis innen medisinske fag, helsetjenester for eldre, barn og unge, rus og psykiatri og sist men ikke minst pasienter med sammensatte lidelser. Den nye legeutdanningen er med å forsterke denne trenden, noe som kan være svært uheldig på sikt.

Diakonhjemmets foreslår i sitt planutkast delte stillinger innenfor ulike fagområder mellom sykehus og kommune. Det kan være et godt virkemiddel både for å støtte balanse mellom generell og spesialisert kompetanse, bedre samarbeid samt bidra til bedre rekruttering til helse- og omsorgsynter der kommune og spesialisthelsetjeneste er gjensidig avhengig av hverandre. Når begge forvaltningsnivåer er avhengig av at den andre lykkes, blir samarbeidet likeverdig og konstruktivt.

Flere nye arbeidsformer og modeller er beskrevet

Helseforetakenes ønsker å etablere flere helsetjenester utenfor sykehus og det fins gode erfaringer og eksempler på dette.

Oslo kommune mener at «arenafleksible tilbud» ofte vil være det beste for pasienten, som med et slikt tilbud kan motta behandling i sitt hjemmemiljø. Tilrettelegging for bruk av teknologi for god samhandling med pasientene, tjenester på tvers av nivåer horisontalt og vertikalt kan knyttes opp mot arenafleksible løsninger. Dette betyr samtidig at pasienter med større og mer kompliserte behov for behandling, pleie og omsorg vil oppholde seg i hjemmet. Da er det nødvendig med gode prosesser og avtaler, nødvendig kompetanseoverføring og ressurser til kommunene, slik at oppgavedelingen blir best mulig for pasienten.

Oslo kommune vil understreke at finansieringen av denne type tiltak må gjennomgås. Det er nødvendig med incentiver som gjør at sykehusene prioriterer tilstedeværelse der dette er påkrevd. Samtidig må systemet sikre at kommunen finansieres for nye oppgaver.

Barn og unge

Utviklingsplanen mangler et eget kapittel om barn og unge, selv om barn og unge er omtalt i planens tekst forøvrig og det beskrives at flere helseforetak har dette med i sine utviklingsplaner. Spesialisthelsetjenester til barn og unge bør vies større oppmerksomhet i et eget kapittel, for å synliggjøre hvilke samlede grep og prioriteringer HSØ vil foreta for denne gruppen.

Vold og overgrep

Oslo kommune anser vold og seksuelle overgrep som et betydelig folkehelseproblem som trenger større oppmerksomhet og økt kunnskap i alle deler av samfunnet. Temaet er ikke omtalt i planen og det er en svakhet. Byrådet har satt i gang en rekke ulike tiltak for at Oslo kommune skal bli bedre til å forebygge, oppdage og gi adekvat hjelp og støtte til volds- og overgrepsutsatte. HSØ oppfordres til å gjøre det samme. Når bare en av ti oppgir at de anmelder voldtekt og bare en av ti sier de har søkt helsehjelp i ukene etter overgrepet (NKVTS 2014), så tyder dette på mye frykt og skam. Oslo kommune er stolte av overgrepsmottaket vårt som kommunen har drevet i over 30 år. Barn og unge under 14 år skal i Oslo ivaretas av spesialisthelsetjenesten. Her mangler et døgnåpent tilbud. De store mørketallene blant ungdom er bekymringsfulle og Oslo kommune krever at HSØ tar grep både for å gi barn og unge et døgnåpent akutttilbud i tillegg til at arbeidet med å synliggjøre at vold og overgrep kan ligge bak en rekke sykdommer og lidelser, både psykiske og somatiske. Det er behov for en gjennomgående traumebevisst tilnærming til hele tjenesten.

Tilbud til fødende

Oslo kommune konstaterer at fødetilbudet gjennomgår kritiske endringer med store krav til samhandling, og derfor bør tilbud til fødende omtales eksplisitt i planen. Oslo kommune er bekymret over det sterke fokuset på tidlig utskrivning for fødende i nasjonale føringer. Dette kan utfordre individuelle behov og ut i fra dette likeverdige tilbud. Denne bekymringen deles av mange fagfolk. Et fødetilbud på Aker må bygges ut for å sikre et tilstrekkelig tilbud. Videre må ansvarsdelingen med kommunen tydeliggjøres, slik at oppfølgingen av mor, barn og familie ivaretas. Det vil si at oppgaver ikke kan flyttes ut av spesialisthelsetjenesten uten at de er finansiert.

Tilbud til kreftpasienter og pårørende

I planutkastet omtales kun kreftkirurgi i regionen. Det blir altfor snevert. Kreft er en av de store folkesykdommene, og stadig flere vil bli rammet i årene som kommer både fordi vi blir stadig eldre og fordi flere overlever kreft og mange får senskader. Fire av ti vil i løpet av livet få kreft. Det er viktig for Oslo kommune at de som rammes får god behandling både i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten, samtidig som oppmerksomheten rundt livssituasjonen til pasienter og pårørende under og etter behandling økes. Derfor mener kommunen at det bør etableres omsorgssentre for mennesker, som direkte eller indirekte er rammet av kreft, i nærheten av aktuelle sykehus. Dette er også i tråd med Stortingskomitemerknaden i Innst. 11 S (2017-2018) og Innst 11 S (2016-2017).

Oppgavedeling

Som følge av samhandlingsreformen er det flere multisyke og flere med kompliserte sykdomsbilder i kommunens heldøgnsinstitusjoner, omsorgsboliger og som er hjemmeboende. Eldre pasienter som skrives ut fra sykehus til kommunen, har mer omfattende behov for medisinsk diagnostikk, behandling og avansert pleie. Dette vil føre til krav om økt kompetanse og tverrfaglighet i tjenestene og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Planen bør bli tydeligere på at nye roller for begge linjer må utformes i likeverdig dialog mellom

spesialisthelsetjenesten og kommunene. Utvikling av sykehustjenester må utvikles i tett samarbeid med kommunene. I avsnittene som følger om kommunale tjenester, herunder kommunale legetjenester, kommunale pleie- og omsorgstjenester hjemme og på institusjon og rehabilitering og habilitering, er utfordringsbildet og status nærmere beskrevet.

Kommunale legetjenester

I Oslo kommune er det ca. 730 allmennleger som utfører kommunale arbeidsoppgaver. Oslos 525 fastleger er fordelt på ca. 160 adresser og utfører ca. 1 500 000 pasientkonsultasjoner pr år. I tillegg til fastlegene har Oslo kommune ca. 200 leger med 140 legeårsverk i kurativ virksomhet i helsehus, på sykehjem, legevaktene med 136 000 konsultasjoner, overgrepsmottak og Kommunal Akutt Døgnet (KAD) med 5 400 innleggelser. Når fastlegeordningen nå er under sterkt press, grunnet stort tilsig av oppgaver fra mange ulike aktører, herunder spesialisthelsetjenesten, er det en risiko for helsetjenesten. Både for kommunen og sykehusene er det avgjørende at allmennlegetjenestene fungerer godt for å ivareta befolkningens behov for helsetjenester på et lavest mulig effektivt nivå. I dag ferdigbehandles 90 % av pasientene på kommunalt nivå, så kommer denne tjenesten ut av balanse, vil det kunne ha store konsekvenser. Dersom kommunen ikke lykkes med det, vil også spesialisthelsetjenesten bli sterkt berørt av dette. Framtida krever styrket samhandling på tvers av nivåer med gjensidig kompetanseoverføring og vesentlig bedre digital samhandling. Oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunale legetjenester, herunder fastleger, skjer i dag i altfor stor grad ensidig og uten statlige føringer. HSØ må sikre at oppgaveoverføring til kommunen er omforent, og understøttet av god informasjonsflyt.

Rehabilitering og habilitering

Oslo kommune har allerede omfattende rehabiliteringstjenester, herunder hjemmerehabilitering i bydelene, fire helsehus med rehabiliteringsansvar og forsterket rehabiliteringsavdeling på Aker. HSØ ser for seg en oppgaveglidning fra sykehus til primærhelsetjenesten i tråd med intensjonen i Samhandlingsreformen. Oslo kommune vil understreke at spesialisthelsetjenestens rehabiliteringstilbud ikke må bygges ned for raskt, og spesielt ikke før endring i oppgaver er avklart med kommunene.

I tråd med Opptrappingsplanen for rehabilitering presiserer Oslo kommune at en forutsetning for et godt fremtidig tilbud for brukerne er endrede arbeidsformer og innretning av tilbudet både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Selv om rehabiliteringsfeltet i kommunen styrkes, vil det fremover være et behov for tilbud på nasjonalt og regionalt nivå for pasientgrupper med lavfrekvente og komplekse problemstillinger.

Habiliteringsfeltet og spesielt overgangen fra barn til voksen, er et område der pasientene faller ut av et viktig sikkerhetsnett og kommunene har behov for kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Planer for samhandling på dette området framgår i svært liten grad. Styrking av ambulant virksomhet innen habiliteringsfeltet både når det gjelder tjenester til pasienter og veiledning til ansatte i kommunen, er et viktig mål.

Det er generelt vesentlig at utvikling av voksenhabilitering settes tydeligere på dagsorden enn det som fremkommer i planutkastet. Pasientene er utsatte og krever til dels høy kompetanse og tverrfaglighet. Tjenesten må i større grad underbygger bærekraftige løsninger i kommune- og bydelssektoren.

Kommunale pleie- og omsorgstjenester på institusjon

Oslo kommune sørger for i underkant av 4286 heldøgns plasser. Av dette var 3633 langtids sykehjems plasser, 46 aldershjems plasser, 452 korttids plasser og 60 trygghets plasser,

Kommunal akutt døgnenhet (KAD) har 72 plasser og Forsterket rehabiliteringsavdeling Aker 23 plasser. Kommunen drifter eller inngår avtale om drift av 40 sykehjem og fire helsehus med bare korttids- og rehabiliteringsplasser der primæroppgaven er å bidra til at pasientene skal kunne bo i eget hjem. Kommunene tilbyr flere typer spesialplasser som skjermede plasser for personer med demens, forsterkede plasser for psykiske lidelser, rusplasser og hospice/lindrende plasser.

Etterspørselen etter ordinære langtidsplasser har gått nedover mens behovet for plasser til mennesker med langt-kommet demens, mennesker med nevrologiske lidelser og mennesker med utfordringer knyttet til rus og psykiatri har økt.

I forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse og samhandlingsreformen, har mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser blitt overført fra langtidsenheter i spesialisthelsetjenesten til kommunen. Dette er en ønsket utvikling fra nasjonale myndigheter og det er forventet at antall pasienter ut til kommunen vil øke med den varslede innføringen av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innenfor psykiatri og rus. Mange av disse har fortsatt et behov for heldøgns pleie og omsorg. Det må lages tydelige planer for sterkere gjensidig veiledning og samarbeid, omforente strategiske grep må tas for å lykkes.

Kommunale pleie- og omsorgstjenester hjemme

I Oslo kommune er bydelene delegert ansvar for hjemmebaserte tjenester. Ved utgangen av 2017 var det ca. 15 600 innbyggere som mottok hjemmetjenester (hjemmesykepleie og praktisk bistand) fra kommunen inkl. mennesker med funksjonsnedsettelse, og 499 dagsenterplasser er i drift. 11 000 innbyggere hadde hjemmesykepleie, og ca. halvparten av disse mottok også praktisk bistand. Det ble samlet for alle bydelene utført ca. 1,6 mill. timer hjemmesykepleie i 2017.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal bidra til god helse og mestring hos innbyggere uansett alder. «Hva er viktig for deg» og mestringstankegang er utgangspunktet for møter med de som trenger tjenester. Det pågår en dreining av innsatsen fra en institusjonsbasert eldreomsorg til en aktiv alderdom hvor eldre skal kunne bo lenger i eget hjem og være sjef i eget liv. Det satses på 500 nye årsverk i de hjemmebaserte tjenestene, tverrfaglige team rundt den enkelte bruker, på trykghetsskapende teknologi og velferdsteknologiske løsninger for oppfølging av brukernes helse. Kommunen har tatt offensive grep for å lykkes med en slik vridning. Det forventes at god samhandling om hjemmeboende personer utvikles videre. Tjenestene til byens innbyggere må være sammenhengende, derfor er samarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenestene vesentlig for å sikre gode pasientforløp.

Egendekning og utnyttelsesgrad

Oslo sykehusområde som helhet har god egendekning (pasientene tilbys nødvendig behandling av det sykehusområdet de sokner til og henvises ikke til andre sykehus). Egendekningen er på 84 %. For psykisk helsevern (PHV) er egendekning vesentlig dårligere, og ligger på 77%, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ligger på 25% og psykisk helsevern barn og unge (PHV-BU) på 70%.

Oslo kommune vil påpeke at for pasienten og kommunen er det ikke hensiktsmessig å beskrive egendekning for hele sykehusområdet under ett. Det avgjørende er egendekningen på hvert enkelt lokalsykehus, da dette angir muligheten for helhetlige pasientforløp for mennesker med sammensatte lidelser. En forutsetning for god egendekning er at pasientgrunnet er stort nok til å sikre kvalitative gode og effektive tjenester.

Variasjonene i egendekning innen Oslo sykehusområde mellom sykehusene er altfor store og planutkastet er ikke tilstrekkelig tydelig på hvilke strategier og tiltak som kreves for å sikre bedre egendekning og likeverdige tilbud. Dette gjelder somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Oslo sykehusene vil alle være store i norsk målestokk og grunnlaget bør være tilstede for å oppnå høy egendekning for alle sykehusene. Samtidig må et mål om høy egendekning ikke bli til hinder for rasjonell oppgavedeling mellom sykehus som i norsk sammenheng ligger i meget nær geografisk avstand fra hverandre.

Oslo kommune har ved mange anledninger pekt på at å kalkulere med utnyttelsesgrad på 90 %, dvs. at man planlegger for at 90% av alle senger er belagt, er kritisk og det er godt dokumentert at det medfører helserisiko. Oslo kommune setter pris på at dette nå er tatt til følge og justert ned til 85 %.

Avtalespesialistenes rolle i spesialisthelsetjenesten

Det er de regionale helseforetakene som inngår avtaler med og styrer avtalespesialistene innenfor sin region. Avtalespesialistene sto i 2016 for om lag 28 prosent av den polikliniske aktiviteten i regionen og omtrent 26 prosent innen psykisk helsevern for voksne i HSØ. De spiller en viktig rolle for den samlede kapasiteten i regionen, men det er behov for å styre denne tjenesten bedre, slik at ressursene allokeres og prioriteres i tråd med føringer som ligger til grunn for hele helsesektoren.

Helse Sør-Øst RHF forvalter i dag om lag 800 årsverk innen avtalespesialistordningen med mål om en økning til 841 årsverk i 2018.

Samhandlingen mellom avtalespesialistene, primærhelsetjenesten og sykehusene øvrige spesialisthelsetjenesten er meget mangelfull, strategier og tiltak for å bedre dette mangler. Særlig avtalespesialister innen psykisk helsevern prioriterer i praksis inntak, prioritering og utskrivning av pasienter etter eget forgodtbefinnende. Dette går utover de svakeste pasientene. Dette har vært et tema mellom kommuner og HSØ i mange år. Oslo kommune forventer en helt annen og mer proaktiv holdning til styring av disse ressursene. Det foreslås og ligger en forventning om at styring bør skje i samarbeid med kommunen i langt større grad enn det planutkastet beskriver. Det kan være en mulighet at i det Oslo-regionen tillegges HFene å styre denne ressursen i større grad, i samarbeid med kommunen og den aktuelle sektoren.

En fastlege i en bydel sier: «Med 19 år i allmennpraksis i Oslo tror jeg at jeg trenger færre enn 10 fingre for å telle antallet pasienter jeg har greid å skaffe en plass hos en avtalespesialist.» Lignende bekymringer er blitt fremsatt av pasienter, bla. Blant overlevende etter 22. juli.

Ifølge en oversikt over avtalespesialister på hjemmesidene til HSØ er ingen av til sammen 82 psykiatere lokalisert i Groruddalen eller Søndre Nordstrand der 180 000 (27%) av Oslos 670 000 innbyggere bor. Nesten alle er lokalisert i Oslo vest. Tilsvarende gjelder for psykologer der 1 av 121 psykologer har adresse i Groruddalen og Søndre Nordstrand. Det er vanskelig å se noen rasjonell begrunnelse for dette, og kommunen konstaterer at det neppe bidrar til likeverdige helsetjenester. Oslo kommune mener at spesialisthelsetjenesten, i samarbeid med kommunen, må styre denne ressursen helt annerledes for å forsvare en opptrapping. Gjeldende prioriteringer i helsetjenesten må også gjelde avtalespesialistene. HSØ sin formulering om likeverdige tjenester speiles i liten grad under denne delen av sørge-for ansvaret deres.

Psykisk helsevern og rus

HSØ viser til regjeringens «gyldne regel» som legger til grunn at samlet vekst innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn for somatikk, målt på regionnivå. Dette er et styringsmål i HSØ sitt oppdragsbrev og skal rapporteres på. Utviklingsplanens kapittel 2 «Hovedpunkter fra helseforetakenes utviklingsplaner og regionale prioriteringer» er for lite konkret på dette feltet og erfaringen er at helseforetakene velger å se bort fra prinsippet og lar psykisk helsevern og TSB være en salderingspost. Dette styringsmålet i RHFet oppdragsdokument er ikke nådd.

Pakkeforløp nevnes som et middel til å prioritere gruppen. Oslo kommune har i sine høringssvar om pakkeforløp, sist i byrådets sak 9/2018, vært kritiske til om pakkeforløp er riktig måte å løse de store utfordringene knyttet til feltet både for barn og voksne. I høringuttalelsen sier byrådet bl.a.: «Psykiatriske diagnoser sier sjelden noe om det totale hjelpebehovet til den det gjelder. Når vi i tillegg vet at det er høy forekomst av samtidige lidelser som skaper stor variasjon i individuelle behov, kan standardiserte forløp være uegnet.» Kommunen stiller også spørsmål ved verdien av pakkeforløpene for pasientene, så fremt ikke kommunehelsetjenesten er involvert i forløpet. Det bør være en gjennomgående påminnelse at pasienter og innbyggere i liten grad forholder seg til de ulike nivåene i helsetjenesten, noe forløpene også bør reflektere.

Stabilitet i relasjoner er ofte avgjørende for en vellykket rehabilitering. Derfor er det lite heldig for helhetlige pasientforløp at foretaket legger opp til flere, men kortere opphold, særlig innen TSB. Mange og kortvarige relasjoner ivaretar ikke brukerperspektivet. Veksling mellom innleggelse og lokale tilbud vil naturlig medføre at man må forholde seg til mange ulike fagpersoner, noe som ikke er i tråd med forløpets intensjon om bedre ivaretagelse av pasienten.

Tilbudet til barn og unge innen psykisk helsevern er meget sparsomt beskrevet. Det er altfor store forskjeller mellom BUP-tilbudene i Oslo, både når det gjelder tilgjengelighet, ventetider, arbeidsmåte, herunder arenafleksibilitet, og avslag på søknader fra kommunen. Diagnosefokuset på bekostning av funksjon og bakenforliggende årsaker til plagene oppleves ofte for stort. Det har vært og er en klar mangel på døgnplasser spesielt for barn og unge med alvorlige psykiske helse problemer. OUS beskriver i sin utviklingsplan at døgnplassene skal øke, men at oppholdene skal bli kortere. På dette området er det beskrevet konkret økning i antall døgnplasser. Dette er det viktig å få på plass raskt.

Arenafleksible tilbud nevnes også innen psykisk helsevern. For barn og unge i Oslo sykehusområde går utviklingen her feil vei: Oslo kommune erfarer nå at de fleste BUP-ene avviker sine arenafleksible tiltak. Dette bør stoppes, ikke minst fordi arenafleksible tilbud for barn og unge nevnes som et viktig tiltak for å sikre tidligere innsats for barn og unge. Videre mener Oslo kommune at nye praksiser for samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten bør prøves ut. Det kan eksempelvis legges til rette for at fastlegen i dialog med spesialisten kan sette opp vurderingstimer i spesialisthelsetjenesten, for å korte ned ventetid og skape trygghet for pasienten. Dette kan også bidra til færre avviste henvisninger.

BrukerPlan-kartleggingen fra 2017 dokumenterer at Oslo har mer omfattende problemer knyttet til rus enn andre kommuner. Dette fordrer at Oslo kommune videreutvikler et særlig godt, integrert og forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten innen rus og psykisk helse. Avhengighet av rusmidler har betydelige kostnader i form av tapte leveår, tapt livskvalitet, sosiale problemer, dårlig helse og omfattende problemer i kjølvannet av bruken (Rehm 2009). Det anslås at rusmiddelavhengige har 15-20 års lavere levealder på grunn av somatisk sykdom (Lien 2015). Grunnen til dette er manglende forebygging og oppdaging av sykdom, noe som

fører til underbehandling (Helsedirektoratet 2016). Dette medfører behov for nært samarbeid mellom ulike medisinske profesjoner/avdelinger. Det er et mål for Oslo kommune at gapet i dødelighet mellom rus og psykiatrispasienter og resten av befolkningen reduseres.

Ved fordeling av bydeler mellom sykehusene i Oslo må det derfor legges vekt på at samarbeid mellom psykisk helsevern, TSB og somatikk styrkes. Planen legger opp til at i perioden fra Alna bydel tilbakeføres til Oslo universitetssykehus HF, og frem til alle tre bydeler i Groruddalen er tilbakeført, vil det være et brudd i forbindelsene mellom psykisk helsevern og somatikk. Bydelene som får somatiske spesialisthelsetjenester fra Gaustad, vil få tilbud om TSB og psykiske helsetjenester fra Aker. Dette er svært uheldig, ikke minst grunnet sammenhengen mellom rusbruk, psykisk helse og somatisk helse. Oslo kommune mener at innbyggerne må sikres samlokaliserte lokalsykehustjenester i langt større grad.

Statlige føringer innen psykisk helsevern og rus understreker at mer av tjenestene skal gis i kommunen. Det forventes en økning i antall ambulante team som FACT/ACT, og tilskudd har frem til nå vært spisset mot denne type organisering av tjenestetilbudet. Her er det kommunen som må være pådriver, men vi er avhengig av ressurser fra spesialisthelsetjenestene.

Personer med både rus og psykiske problemer/lidelser (ROP) er ikke spesifikt nevnt i planen. Oslo kommune finner det svært uheldig, fordi statlige føringer og strategier peker på at tilbudet innenfor psykisk helse og rus skal prioriteres og ROP pasienter er en målgruppe det er særskilt viktig å nå.

Oslo kommune vil også understreke viktigheten av helhetlige pasientforløp, også når en pasient får behandling utenfor det helseforetaket vedkommende tilhører. Ved innføring av Fritt behandlingsvalg, der pasienten kan velge blant både private og offentlige behandlingssteder, oppstår en større risiko for at pasienten glipper i overgangene mellom de ulike tjenestenivåene. Det er avgjørende at HSØ og de tilhørende foretakene følger opp de private leverandørene sine forpliktelser, i tett samarbeid med HELFO som innvilger godkjenning til ulike leverandører. Fritt behandlingsvalg har også en iboende risiko for å forsterke tendensen om en to-delning av helsetjenesten. Det bekymrer Oslo kommune.

Kjønns- og seksualitetsmangfold

Oslo kommune støtter rådet for kjønns- og seksualitetsmangfold og savner et generelt mangfoldsperspektiv i forslaget til utviklingsplan for Helse Sør-Øst. Det bør utarbeides en beskrivelse av hvordan HSØ vil imøtekomme helsebehovene hos et mangfold av brukere. Særskilt ser vi at det er formålstjenlig med en nærmere beskrivelse av helserelaterte behov hos kjønns- og seksualitetsminoriteter og hvordan behovene skal bli inkludert og ivaretatt. Det påligger også foretakene i regionen et stort ansvar hva gjelder kompetanse hos sine ansatte, knyttet til denne gruppen.

Bemanning, utdanning og kompetanse

I utviklingsplanen omtales kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjeneste til kommunen, men det bør også tas med at det er behov for kompetanseoverføring fra kommunen til spesialisthelsetjenesten, -jfr. felles veiledningsplikt. For både kommunene og spesialisthelsetjenesten er rekruttering av personell en del av utfordringsbildet. Kommunen ønsker også å se på mulighetene for delte stillinger mellom sykehusene og kommunen slik at vi kan sikre god nok kompetanse og gjensidig kompetanseoverføring.

Oslo kommune ønsker en tydeligere beskrivelse av hvordan Helse Sør-Øst ønsker å tilrettelegge for felles veiledningsplikt mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.

Fra 2017 er det krav om at leger i kommunehelsetjenesten må være spesialister i allmenmedisin eller i pågående spesialistutdanning. Et år skal foregå på sykehus i klinisk arbeid. Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å sørge for utdanningsstillinger for allmennleger. Dette fremgår av oppdragsbrev fra departementet. Per i dag omhandler dette anslagsvis 35 utdanningsstillinger de nærmeste årene. Oslo kommune kjenner ikke til at Oslo sykehusområde har reservert egne stillinger for allmennleger. Her trengs forpliktende avtaler.

Forskning og innovasjon

Oslo kommune påpekte i høringen til OUS sin utviklingsplan at det ikke står noe om samarbeid med kommunen om forskning. Dessverre savnes dette også i HSØ sin utviklingsplan. Visjonen for Helse og omsorg 21 er kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse der kommuner og helseforetak med flere er sentrale aktører. Kunnskapsløft for kommunene er et av satsingsområdene i strategien. Oslo kommune beklager at HSØ ikke bedre ivaretar føringene fra HO21, og benytter den muligheten som ligger her til både å ivareta eget forsknings- og innovasjonsmandat, i tillegg til å forsterke primærhelsetjenestens.

Det er skuffende at HSØ på den ene siden er opptatt av samhandling og integrerte tjenester, mens de på den andre siden ikke vurderer kommunene som interessante samarbeidspartnere innen kapitlet forskning og innovasjon. HSØ har fremdeles en vei å gå før vi kan tro at de tar kommunen på alvor som likeverdig samhandlingspartner. Et tettere tre-parts samarbeid mellom helsenæringen, spesialist- og primærhelsetjenesten vil fra Oslo kommunes ståsted sikre det best mulige resultatet for pasienten, næringen og helsetjenesten i stort.

Oslo kommune er overbevist om at det ligger et stort gevinstpotensiale i å samarbeide om innovasjon, tjenesteutvikling og forskning med spesialisthelsetjenesten. Dette er en forutsetning for å utvikle gode og bærekraftige tjenester med pasienten i sentrum.

Fleksibilitet i kapasitet

Utviklingsplanen påpeker at mange faktorer bidrar til at det er vanskelig å vurdere behovet for sykehus i relativt nær framtid, eksempelvis framskrivninger, diagnostikk og nye behandlingsformer. HSØ påpeker at man må sørge for tilstrekkelig fleksibilitet til å håndtere dem og forslaget bidrar til å ivareta denne fleksibiliteten. Imidlertid beskrives det ikke nærmere hvordan fleksibilitet kan sikres.

I planutkastet får OUS i målbildet ansvar for 9 av 15 bydeler, mens Oslo kommune foreslår at de får ansvar for 7 av 15. I tillegg til å gi en «reservekapasitet» på Aker i forhold til dagens planer, ivaretas slik også sektorprinsippet. Dagens forslag der Bjerke, Nordre Aker og Sagene, fra hver sin sektor, har Gaustad som lokalsykehus for somatiske lidelser og mottar psykisk helsevern og TSB fra forskjellige andre sykehus, gir dobbel risiko for dårlige forløp med brudd både mellom bydeler og lokalsykehus.

Oslo kommune er primært opptatt av å sikre innbyggerne gode og tilstrekkelige sykehustjenester samtidig som disse bidrar til god og bærekraftig byutvikling. Med dette som utgangspunkt støttes målbildet om å realisere Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus med protonsentor på Radiumhospitalet.

Samhandling

Brukerundersøkelser gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter for Helsetjenesten viser skåring på samhandling generelt lav over hele landet og for OUS lavere enn landsgjennomsnittet. Dette er spesielt bekymringsfullt i perioden fram til 2035. Det vil være et avgjørende suksesskriterium at samhandlingen med Oslo kommune styrkes. Utvikling av samarbeid med kommunehelsetjenestene, og spesielt lokalsykehusfunksjonene, kan lett bli borte pga. sammensetningen og størrelsen av OUS. Det bør vurderes å prioritere lokalsykehusfunksjonen som et eget samarbeidsområde. Effektiv og omforent oppgavefordeling med et likeverdig samarbeid må tydeliggjøres.

Uansett stiller fordelingen ekstra store krav til sykehuset til å organisere seg slik at bydelene har et tydelig og beslutningsdyktig kontaktpunkt å samhandle med for å utvikle fremtidens sømløse tjeneste. For pasienten er det nødvendig at det legges avgjørende vekt på samarbeid i helsetjenesten om helhetlige pasientforløp, forebygging av sykdom og skader i befolkningen, kompetanseoverføring, kompetanseoppbygging og veiledning og endringer i tilbud som påvirker samarbeidspartenes tilbud og tjenester.

2.

For å sikre fleksibilitet og en bufferkapasitet bør HSØ allerede nå sikre seg tomt og starte reguleringsprosessen for bygging av et lokalsykehus i Oslo-sør eller Follo.

3.

Oslo kommune ønsker at HSØ finner frem til et godt samarbeid for å få bygget et Maggies senter i Oslo.

Med hilsen

Svein Lyngroth
kst. kommunaldirektør

Kari Sletnes
kst. seksjonssjef

Godkjent elektronisk

Vedlegg: 1. Bekreftelse på utsettelse av høringsfrist utviklingsplan Helse Sør-Øst RHF - e-postrekke