



Helse Sør-Øst RHF
Postboks 404
2303 HAMAR

Fagavdelingen

Saksbehandler:
Bjørn Magne Eggen
Telefon saksbehandler:
(+47) 913 79 870

Deres ref Nettbrev 18.05.2022 **Vår ref** 2022/1221

Dato 10.09.2022

Hørings svar - Regional utviklingsplan 2040 - Helse Sør-Øst

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS (LDS) har behandlet utkastet til regional utviklingsplan i mange deler av vår organisasjon, inkl. sykehusets styre. Dette engasjementet viser også hvor viktig den regionale utviklingen er for vårt sykehus, og at vi har en sentral plass for å gi gode og forutsigbare spesialisthelsetjenester først om fremst til innbyggerne i Oslo indre by. Derfor er det tette samarbeidet med de fire bydelene i Sentrum sektor avgjørende for å kunne utvikle gode og robuste helsetjenester for fremtiden. LDS er et lokalsykehus med et opptaksområde (inkl. Sagene) på 200 000 innbyggere. Vi har dermed klart mer til felles med helseforetakene drifts- og ansvarsmessig enn vi har med de fleste ideelle sykehus. Våre oppgaver og vår rolle er vesensforskjellig fra de private, «kommersielle» sykehusene. Vi mener dette burde vært tydeliggjort i de overordnede strategiske planene for HSØ, dvs. gjenspeile de føringene og forpliktelsene som følger av driftsavtalen med HSØ, og som også fremgår ved at vi, på linje med helseforetakene, styres og følges opp gjennom de årlige oppdrags- og bestillerdokumentene.

Utviklingsplan 2040 viser hovedretningen for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i regionen. LDS støtter en videreføring av de fem hovedsatsingsområdene som vi kjenner fra Utviklingsplan 2035, og vi synes det er positivt at helsekompetanse og involvering av brukere løftes opp som et sjette satsingsområde.

Planen er sentrert omkring helseforetakene, dvs. den delen av spesialisthelsetjenesten som er eid av staten gjennom RHF-et. Vi savner refleksjoner over den faktiske og strategiske betydningen og verdien som de ideelle sykehusene har i dag, og som vi kan og bør ha fremover, særlig for å møte de utfordringene som bl.a. demografi vil føre med seg.

OM UTVIKLINGEN I HOVEDSTADSOMRÅDET

Planen slår fast at det kommer betydelige demografiske endringer i hele helseregionen mot 2040. Ute i distriktene vil det bli nedgang i folketallet og stor vekst i andelen eldre, mens det i hovedstadsområdet ventes fortsatt befolkningsvekst i kombinasjon med økende andel eldre (selv om andelen eldre er lavere her enn i utkantdistriktene). For LDS er det av stor betydning at den regionale utviklingsplanen legger tydelige føringer for en utvikling av spesialisthelsetjenestene i hovedstadsområdet som sikrer tilstrekkelig kapasitet til den voksende og aldrende befolkningen.

Utviklingsplanene som de fire Oslo-sykehusene har levert på bestilling fra HSØ, inneholder divergerende målbilder hva gjelder framtidig fordeling av oppgaver og opptaksområder i Oslo sykehusområde. De rene lokalsykehusene, LDS og Diakonhjemmet, ønsker å utvide sine respektive opptaksområder med én bydel hver fra dagens opptaksområde for Oslo universitetssykehus HF (OUS), slik at opptaksområdene blir i overensstemmelse med de sektorene som Oslo kommune har definert. Ved dette vil samtidig de ideelle sykehusene bidra til å løse fremtidige kapasitetsutfordringer i OUS. OUS på sin side forutsetter i sin plan at dagens fordeling av bydeler skal bestå.

Oslo kommune er i en nasjonal særstilling, som hovedstadsområde og som eget fylke. Med sin 700 000 innbyggere har Oslo primæransvar for nesten 13 % av landets befolkning. Innbyggerne mottar lokalsykehustjenester fra to helseforetak og to ideelle sykehus. Det er særdeles tett samarbeid mellom sykehusene og bydelene i Oslo. Ikke bare faglig, men også administrativt, er det også tett samarbeid mellom sykehusene og Oslo kommune. I det lokale helsefellesskapet har Oslo kommune en svært sentral rolle. Dette har også bidratt til å styrke samarbeidet på alle nivåer mellom LDS og bydelene i Sentrum sektor; vi er definitivt samarbeidspartnere og ikke bare samarbeidende parter.

Den regionale utviklingsplanen omtaler ikke endret fordeling av spesialisthelsetjenesteoppgaver og opptaksområder (bydeler) som aktuelle tiltak for å løse kapasitetsutfordringene i Oslo. Dette til tross for at styret i HSØ i juni 2022 (Sak 74-2022) bekreftet intensjonen om økt bruk av de ideelle lokalsykehusene for å møte og håndtere kapasitetsutfordringene i hovedstaden. Styret tok dessuten til orientering at HSØ starter et arbeid med å utrede framtidig fordeling av både bydeler og akuttkirurgi i Oslo sykehusområde. Det kan virke som om disse nye føringene fra HSØ-styret ikke er fanget opp i utkastet til den regionale utviklingsplanen for HSØ.

Erfaringsmessig leder utredninger om framtidig lokalisasjon og antall akuttkirurgiske mottak til heftige faglige og politiske diskusjoner. Med tanke på framtidige diskusjoner om fordelingen av akuttkirurgi spesielt i Oslo, men også i andre sykehusområder i helseregionen, vil det være nyttig at utviklingsplanen gir tydelige føringer for hvilke argumenter som skal vektlegges ved beslutning. Det elektive kirurgiske miljøet ved LDS påpeker at det må vektlegges at kirurgi er vesensforskjellig fra indremedisin og psykisk helse og rusbehandling. Innen kirurgi er det sterke faglige argumenter for oppgavedeling mellom sykehus, og med særlig spesialisering innen kirurgiske fagfelt. Dette gjelder spesielt utvikling av kirurgiske enheter som utelukkende har elektive oppgaver og som derfor kan ha et forutsigbart og svært høyt aktivitetsnivå ettersom en ikke også må ha rom og tid for akutte inngrep og uventede hastesituasjoner.

OM AMBULANTE TILBUD

Hjemmesykehus oppleves som tilfredsstillende løsning for noen pasientgrupper, samtidig som det frigjør sengekapasitet i sykehuset. Tilbudet bør videreutvikles og breddes til nye grupper. Oppfølging av pasienter i eget hjem vil i de fleste tilfeller være avhengig av et tett og gjensidig forpliktende samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten. LDS har gjennom mer enn 10 år opparbeidet gode erfaringer med samarbeid med bydelene om FACT-team for alvorlig psykisk syke, hjemmeboende pasienter. Modellen som kan og bør overføres til somatisk syke pasienter reduserer behovet for konsultasjoner og innleggelser i sykehus, samtidig som det gir pasienter og pårørende trygghet i hverdagen. Det ferskeste tilbudet i LDS er det akuttambulante hjemmesykehus-tilbudet for akuttoppfølging i barne- og ungdomspsykiatri – et tilbud som viser vei for nytenkning i akuttilbud.

OM ALDERSRELATERTE SYKDOMMER, INKL. DEMENS

Den regionale utviklingsplanen omtaler «skrøpelige eldre» som en generell og viktig tilnærming for å identifisere og møte aldersrelaterede helseproblemer. Disse har som kjent ikke bare helseeffekter, men de fører også med seg en rekke ekstra funksjonsutfordringer, i fysisk funksjonsevne og særlig kognitivt. Demens er imidlertid ikke i det hele tatt omtalt spesifikt i planen. Med en aldrende befolkning vil antall personer med aldersrelaterede demens øke drastisk i regionen. Dette gir sterkt økende behov for tilrettelagte botilbud, omsorgs- og hjelpetjenester. De alders- og demensrelaterede utfordringene treffer kommunene langt sterkere enn sykehusene, men også sykehusene må tilpasse seg. Spesialisthelsetjenesten trenger en bevissthet omkring dette, og det behøves en overordnet strategi for å møte disse utfordringene. Den digitale kompetansen øker generelt i befolkningen, noe som gjør alle bedre i stand til å delta i den digitale hverdagen. Men med aldersrelaterede helseutfordringer og særlig økende grad av demens, forvitrer dessverre også den digitale kompetansen som man måtte ha hatt tidligere. Derfor er det avgjørende at vi fanger opp de aldersrelaterede helseproblemene, og gjennom målrettet intervensjon bidrar til å finne korrigerende og avlastende tiltak.

OM SPESIALIST-TANNHELSETJENESTE

Hvilke plass bør og skal tannhelse ha i spesialisthelsetjenesten fremover? LDS har gjennom flere år deltatt i en prøveordning med sykehustannklinikk. Gjennom dette har det vært mulig å gi tilbud til enkeltmennesker som ellers ikke ville fått tannbehandling, dette gjelder særlig mennesker med langvarige ROP-lidelser (kombinert rus og psykiatri), og hvor dårlig munn- og tannhelse bidrar til generell sykелighet og til isolasjon. Tenner og tannhelse er ikke omtalt i den regionale planen. Vi mener planen må uttrykke en klar ambisjon om at spesialisthelsetjenesten skal bidra med spesialisert tannhelsetilbud til svært skrøpelige eldre og til personer med flere kroniske lidelser.

OM REKRUTTERING OG KOMPETANSE

Knapphet på personell vil bli en hovedutfordring fremover. Derfor er utdanning, rekruttering, fagutvikling og forskning avgjørende. Disse må sees i en gjensidig sammenheng, jf. også Satsingsområde 6, Forskning og innovasjon. Som lokalsykehus for indre by øst er vår virksomhet preget av hverdagsmedisin, dvs. alminnelige kliniske utfordringer som alt helsepersonell møter – ikke minst i primærhelsetjenesten. Dette danner basis for mye av forskningen i LDS. De ulike gruppene av helsefagstudenter (inkl. medisin) bør ha klinisk undervisning og praktisk opplæring nettopp med dette som utgangspunkt. For LDS er derfor den videre utviklingen som et akademisk sykehus og dermed en rekke kliniske studietilbud, viktig for pasientene våre, men også for utdanning og rekruttering av helsepersonell.

Blant de potensielle forsknings- og utviklingsområdene er å søke etter alternative løsninger, som hjemmesykehus i barne- og ungdomspsykiatri, og en systematisk oppfølging av egne medarbeidere, bl.a. med mentorordning overfor nyutdannede medarbeidere. Dette er for øvrig i tråd med HSØ's satsingsområde *Ta tiden tilbake*.

OM SYSTEMATISK OG SAMMENHENGENDE FORBEDRINGSARBEID

Systematisk forbedringsarbeid er omtalt i den regionale planen. Dette arbeidet må settes inn i en gjennomgående struktur, fra den lokale lederen som er nær pasienten, via sykehuset lokalt, til regionalt og nasjonalt nivå. Bare gjennom en gjennomgripende struktur, fortrinnsvis med automatisert datafangst, datarapportering, og systematisk

oppfølging av hver enkelt enhet, kan vi oppnå en kultur for samtidig og kontinuerlig utvikling og læring. LDS bruker systemet for melding av uønskede hendelser også til forbedringsforslag og lokale prosjekter. Dette bør være en felles, systematisk tilnærming, fra den lokale lederen nær pasienten, til klinikksjef, administrerende direktør, styreleder – og i siste instans helseministeren. Tenkningen omkring denne bruken av lokale erfaringer og lokale data, bør tydeliggjøres i den regionale planen, og nasjonalt.

OM KONSEKVENSENE AV EN MER KREVENDE ØKONOMISK SITUASJON

Planen peker på at den økonomiske langtidsplanen er avgjørende for hvilke tiltak som kan gjennomføres i regionen. Det er generelt stor usikkerhet knyttet til økonomien framover, og en krevende økonomisk situasjon vil begrense handlingsrommet. Vårt opptaksområde, Sentrum sektor i Oslo (dvs. indre by øst) har på en rekke områder lavere sosioøkonomisk skår – jf. Folkehelseprofiler for Oslo med bydeler – og dermed også særlige helsemessige utfordringer. LDS savner en beskrivelse av hvilke ytterligere utfordringer den økonomiske situasjonen fremover forventes å gi, samt hvilke grep HSØ vurderer som aktuelle for å løse disse utfordringene. De årlige driftsrammene er definerende for LDS på samme måte som for helseforetakene. Investeringsmessig er vi imidlertid svært ulikt stilt. Planen inneholder ingen refleksjoner over hvordan ulikhetene i eierskap mellom statlige HF og ideelle sykehus, som LDS, kan føre til svært ulike muligheter for investeringer og dermed utfordre målsettingen om likeverdige helsetjenester til en særlig utsatt del av befolkningen i regionen.

AVSLUTNINGSVIS

HSØ står foran en rekke store utfordringer. LDS ser frem til å bidra aktivt til å løse disse ved å ta ansvar for en større andel av spesialisthelsetjenestene i Oslo, samtidig som vi samarbeider med pasienter, oslosykehus, bydeler/kommune og utdanningsinstitusjoner om pasientbehandling, forskning, utdanning og fagutvikling som holder høy kvalitet.

Vennlig hilsen
for Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

Tone Ikdahl
administrerende direktør, dr. med.

Jan Petter Odden
fagdirektør, dr. med.

Dette dokumentet er elektronisk godkjent