

Helse Sør-Øst RHF
Postboks 404
2303 HAMAR

Deres Ref.:	Vår Ref.:	Saksbehandler:	Dato:
	18/00811-3	Pernille Lønne Mørkhagen	26.10.2018

Høringsinnspill til Regional utviklingsplan 2035

Diakonhjemmet Sykehus har gjennomgått Helse Sør-Østs høringsutkast til Regional utviklingsplan. Sykehuset støtter i all hovedsak planen og vil særlig fremheve visjonene for bruk av teknologi/nye arbeidsformer og samarbeidet om de som trenger helsetjenestene mest (storforbruker-perspektivet). Samtidig har vi kritiske innvendinger:

- **Vi er bekymret over at planen ikke er tydelig på føringene fra myndighetene som gjelder de to ideelle sykehusenes (Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus) rolle for å sikre fremtidig sykehuskapasitet til befolkningen i Oslo.**
- **Vi er enig i at de ideelle sykehusene skal øke sin egendekning. Lokalsykehusene bør ha høyest mulig egendekning på fagområder der nærhet og relasjon til kommunehelsetjenesten er vesentlig. Samtidig fraråder vi å bryte lange og gode tradisjoner for funksjonsfordeling på høyspesialiserte og/eller smale fagområder i en by der avstand mellom tjenestene ikke er en problemstilling.**
- **Vi deler syn med Oslo kommune i at Nordre Aker bydel, som hører til i sektor vest, bør ha Diakonhjemmet som sitt lokalsykehus.**
- **Vi etterspør HSØs interesse for sykehusets spesielle forutsetninger for å være utprøvningsarena for samarbeidet om integrerte tjenester med kommunen.**

Vårt høringssvar er konsentrert om tilbakemelding på disse områdene.

Føringer fra myndighetene

De to ideelle sykehusene har i mange år arbeidet for å ta et større ansvar for lokalsykehustjenestene til hovedstadens raskt voksende befolkning. Dette arbeidet er basert på tydelige og gjentatte føringer, illustrert ved noen eksempler:

- **Stortinget:**
Dokument 8:83 S (2014-2015), Innst. 374 S (2014-2015) ... regjeringen er bedt om å vurdere tiltak som på kort og mellomlang sikt sikrer nødvendig trygghet, kapasitet og forutsigbarhet i sykehusstilbudet til Oslos befolkning, herunder bruk av ledig kapasitet ved Aker sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus til lokalsykehusfunksjoner.

- **Helseminister Bent Høie:**
senest i debattinnlegg i Aftenposten 13.9: *Diakonhjemmet og Lovisenberg skal få flere oppgaver og større ansvar.*
- **Oslo kommune:**
HSK/Sak 31/2017: *Komiteen vil berømme de to aktuelle ideelle organisasjonene i denne saken, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus og deres betydning for hovedstadens sykehustjenester. Lovisenberg og Diakonhjemmets tilbud er et viktig supplement til de offentlige sykehusene. Komiteen er også positiv til at de i framtiden kan få tildelt ytterligere oppgaver enn det de har i dag, og ønsker å understreke at Oslo kommune jobber for et godt samarbeid med ideelle aktører innen helse- og sosialsektoren.*
- **Helse Sør-Øst:**
052/16: *Oslo og Akershus sykehusområder står overfor betydelige kapasitetsutfordringer som følge av en sterk befolkningsvekst i årene fremover. Helse Sør-Øst RHF har i løpet av 2013–2014 gjennomført tre utredninger av fremtidig aktivitetsutvikling og kapasitetsbehov. I tre styresaker om kapasitetsutfordringer (094-2013, 042-2014 og 090-2014) er det lagt til grunn at befolkningsveksten de nærmeste årene i Oslo og Akershus sykehusområder, kan møtes ved; optimalisering av drift ved sykehusene, en bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser og utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, og arbeid med endringer i oppgavedelingen i Osloområdet.*
Vi minner om at det i saksfremlegget også ... *legges til grunn at kapasitet bygget opp ved Diakonhjemmet Sykehus som følge av avlastningsavtalen med Akershus universitetssykehus HF, utnyttes også etter at avlastningsavtalen opphører.*

Tross disse føringene møtes de ideelle sykehusene av vekslende styringssignaler for utvidelser fra HSØ og skrinlegging av konkrete planer og tiltak for omfordeling av ansvar. Høringsutkastet til Regional utviklingsplan er et uttrykk for det samme. Den underkommuniserer de ideelle sykehusenes betydning for kvaliteten på lokalsykehustilbudet i storbyen og vår rolle for å løse fremtidige kapasitetsutfordringer. Vi deler Oslo kommunes bekymring for Regional utviklingsplans beskrivelse av kapasitetsutviklingen i byen der det anføres at behovet for sykehussenger vil bli redusert med 15 prosent for alle pasienter. Vi deler kommunens syn på at dette er å overføre en stor risiko til kommunens helsetjenestenivå. Vi mener at de ideelle sykehusene har en tydelig rolle i å sikre gode lokalsykehustjenester til befolkningen. Derfor støtter vi også kommunens anmodning til HSØ om å sikre kvalitet i tjenestene og løse kapasitetsutfordringene ved å utvikle fire mer jevnbyrdige lokalsykehus i Oslo basert på kommunens sektorprinsipp.

Utvikling av Diakonhjemmet Sykehus

Sykehusets utviklingsmål er beskrevet i vår utviklingsplan. De er basert på nevnte føringar og sykehusets egen strategi og utdyper hvordan vi ved å «ta større ansvar og flere oppgaver», jmf. helseminister Bent Høie, kan bli et mer robust lokalsykehus som tar større ansvar for tjenestetilbudet til Oslos befolkning.

Vi støtter oss til definisjonen av begrepene *økt egendekning* som å ta ansvar for flere av spesialisthelsetjenestene til befolkningen i egen sektor og *økt ansvar* som å ta ansvar for spesialisthelsetjenestene til en større andel av befolkningen (utvidet opptaksområde). Sykehuset er beredt til å gjøre begge deler. Derfor ser vi det som uheldig at HSØ ikke benytter mulighetene som finnes hos de ideelle sykehusene for å håndtere kapasitetsutfordringene i Oslo og beskriver disse i Regional utviklingsplan. Den synes tvert imot å vektlegge hva de ideelle sykehusene ikke skal gjøre, fremfor visjoner for hva og hvordan vi skal komme videre i arbeidet med å øke egendekningen og å få et større ansvar for de totale lokalsykehustjenestene i byen. Vi mener det er uheldig å konkludere i spørsmålet om bydelstilthørighet.

Økt egendekning

Vi deler HSØs syn om at egendekningen i de ideelle sykehusenes opptaksområder skal økes. Lokalsykehusene bør ha høyest mulig egendekning på fagområder der nærhet og relasjon til kommunehelsetjenesten er vesentlig (basisfunksjoner). Samtidig fraråder vi å bryte lange og gode tradisjoner for funksjonsfordeling på høyspesialiserte og/eller smale fagområder i en by der avstand mellom tjenestene ikke er en problemstilling.

Her deler vi syn med Oslo kommune i deres utkast til høringsuttalelse:

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)... 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. (Side 17)

De to ideelle sykehusene fikk senest høsten 2017 i oppdrag, sammen, og hver for seg, å se på hvordan vi kan bidra til å oppfylle forutsetningen i Utviklingsplanen (side 40) om *utvidet bruk av Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus*. Våren 2018 ble rapporten levert og en rekke forslag både innen somatikk og psykisk helsevern ble beskrevet.

Rapporten tok utgangspunkt i et utvidet samarbeid mellom de to ideelle sykehusene for å sikre høyere egendekning, men la også vekt på at utvidet opptaksområde er viktig for at sykehusene skal klare å opprettholde en langsiktig økonomisk bærekraft. Sykehuset er bekymret over at Regional utviklingsplan først og fremst tar utgangspunkt i hvilke føringer som gjelder for videre utvikling av Oslo Universitetssykehus og at forslagene fra de ideelle sykehusene ikke er inkludert.

Økt opptaksområde

Utviklingsplanen slår fast at det *ikke* planlegges endringer i opptaksområdene til de ideelle sykehusene (side 41), samt at Sagene bydel skal fortsette å tilhøre OUS også i fremtiden (side 42). Vi er skuffet over at forslagene de to sykehusene har kommet med i sin samarbeidsrapport og med tidligere signaler fra Stortinget, helseministeren og Oslo kommune, ikke er tatt hensyn til.

Vi viser til Oslo kommunes brede politiske behandling av Regional utviklingsplan og til deres høringsuttalelse. Kommunen forventer at opptaksområdene til Oslo-sykehusene skal følge sektorprinsippet for samarbeid mellom bydelene (Side 9). Kommunen ber om at HSØ sikrer fire (med tiden fem) jevnbyrdige lokalsykehus i hovedstaden som samarbeider tett med kommunale helsetjenester i «sine» sektorer.

Oslo kommune foreslår en endring i opptaksområdene for lokalsykehusfunksjoner der sektorene i kommunen, 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.

Sykehuset er ikke enig i HSØs plan om å videreføre dagens opptaksområder. Vi støtter Oslo kommunes forslag til sektorinndeling og lokalsykehustilhørighet slik at innbyggerne i Nordre Aker får Diakonhjemmet som lokalsykehus.

Sykehuset ønsker en avklaring på utsagnet om at *spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i bydel Alna tilbakeføres fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF* (side 41). Som kjent har vårt sykehus siden 2013 avhjulpet AHUS med ti ø-hjelpspasienter per døgn fra Groruddalen. Alna-pasientene utgjør nesten 45 prosent av disse. Ved en fremtidig tilbakeføring er det ikke beskrevet hva som vil skje med dagens avtale om avlastning av ø-hjelps-pasienter fra Groruddalsbydelene eller hvilken rolle sykehuset vil spille i forhold til disse. I følge sykehusets avtale med HSØ skal opphør av avtalen ikke endre kapasiteten ved sykehuset. Utviklingsplanen tydeliggjør ikke hvilket nytt ansvar sykehuset skal få i stedet.

Integrerte tjenester

Vi støtter Utviklingsplanen i visjonen om å styrke utviklingen av integrerte helsetjenester. I tråd med forslaget til Oslo kommunes høringsuttalelse (side 8), støtter vi hensiktsmessigheten i dette arbeidet av å fokusere på pasientgrupper som har stort forbruk av helsetjenester. Vi etterlyser imidlertid forslag og modeller om bedre incentivordninger som kan understøtte slik integrasjon.

På tross av manglende økonomiske incentiver har sykehuset, i samarbeid med våre bydeler, de senere årene utviklet flere samhandlingsarenaer og integrerte tjenester til stor nytte for befolkningen. Tre eksempler:

- Fast tilstedeværelse av spesialisthelsetjenester innen barne- og ungdomspsykiatri på skolene (Skoleprosjektet)
- FACT-team både i voksen- og alderspsykiatrien
- Månedlig veiledning på fastlegekontorene av psykiater og psykologspesialister

Et annet område er delt ansvar for spesialkompetanse. Tre eksempler:

- Kliniske ernæringsfysiologer jobber delt i to av våre bydeler
- Alderspsykiater deles med sykehjemsetaten
- Geriater deles mellom Kirurgisk avdeling og Sagenehjemmet

Dette er eksempler på tett, tillitsfullt og forpliktende samarbeid om helhetlige helsetjenester med våre bydeler og kommunens etater.

I tillegg har sykehuset et nært og fruktbart samarbeid med de andre virksomhetsområdene innen Diakonhjemmet med VID diakonale høyskole, Diakonhjemmet Sykehusapotek og de ulike tjenestene innen Diakonhjemmet Omsorg. Sykehuset var det første i landet som tok i bruk farmasøyter på alle relevante poster innen somatikk og psykisk helse.

Fremover vil området rundt sykehuset videreutvikles ytterligere til en dynamisk utprøvningsarena for sammenhengende helsetjenester, godt understøttet av forskningsmiljøene både på sykehuset og høyskolen og etter hvert også med en videregående skole på området. Senest i oktober leverte Diakonhjemmet, på invitasjon fra kommunen, en mulighetsstudie for hvordan en ny kommunal legevakt vil kunne inkluderes i utviklingsplanene for området. Dette viser kommunens tillit til og interesse for å inkludere Diakonhjemmets kvaliteter og muligheter for å sikre best mulig og sammenhengende helsetjenester til befolkningen.

Med disse samarbeidsarenaene og vårt hovedfokus rettet mot basisfunksjoner på lokalsykehusnivå, mener vi å ha særlige forutsetninger som utprøvningsarena innen integrerte tjenester og samhandling på tvers av forvaltningsnivåene også fremover. Vi savner dette perspektivet i Regional utviklingsplan.

Igjen støtter vi oss på Oslo kommune synspunkter i deres høringsuttalelse om behov for økt kompetanse og tverrfaglighet i tjenestene på tvers av helsetjenestenivåene (side 15).

Andre innspill til Regional utviklingsplan

Sykehuset gir her noen ytterligere innspill til utviklingsplanen:

- **Avtalespesialister:** Vi slutter oss til HSØs oppmerksomhet på tettere samarbeid mellom helseforetakene og avtalespesialistene. For økt samstemthet og bedre utnyttelse av avtalespesialistene må det sterkere føringer inn i avtalene. HSØ/helseforetakene må i større grad kunne styre/kontrollere avtalespesialistene på kapasitet, inkludert krav til forholdet mellom nye pasienter og kontroller.

- **Kreftkirurgi:** Kravet om minstevolum for kreftkirurgi er basert på nødvendig fagkompetanse og støttefunksjoner (robusthetskrav). Dette bør ikke være til hinder for at sykehus som de to ideelle sykehusene i Oslo kan gå sammen om volum i sine opptaksområder og funksjonsfordele disipliner innen kreftkirurgi. Prinsippet kan også gjelde innen akutt kirurgi og psykisk helsevern.
- **Antibiotikaresistens:** Sykehuset støtter fokuset i Regional utviklingsplan på arbeidet med antibiotikaresistens. Vi er klare for å møte ytterligere krav til helseforetakene om å nå målbildet om å redusere bruken av bredspektrede antibiotika.
- **Samvalg og pasient- og pårørendeopplæring:** I kapitlet *Samvalg kan bidra til å redusere uønsket variasjon* står det at *Utviklingen av samvalgsverktøy er sporadisk og knyttet til fagmiljø med spesiell interesse for arbeidsmåten*. Her bør det tilføyes at *«Opplæring er en forutsetning for reelt samvalg, og det er naturlig å knytte en mer systematisk satsing på samvalg til det helsepedagogiske fagmiljøet ved sykehusene/foretakene.» (side 71)*

Utviklingsplanen bør også tydeliggjøre at pasient- og pårørendeopplæring er del av alle relevante pasient- og pakkeforløp og at fagpersoners kompetanse innen helsepedagogikk skal ivaretas av helseforetakene. Lærings- og mestringssentrene bør brukes aktivt i kompetansebygging og veiledning innen pasient- og pårørendeopplæring og helsepedagogikk. Planen bør også uttrykke krav til at eHelse mer aktivt og innovativt brukes i fremtidig pasient- og pårørendeopplæringen.

Med vennlig hilsen

Idar Magne Holme
Styreleder

Diakonhjemmet Sykehus

Anders Mohn Frafjord
Administrerende direktør

Diakonhjemmet Sykehus

Dokumentet er elektronisk godkjent.

