



## Administrasjon - Stab

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep,  
0030 OSLO

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

Att: Statsråd Ingvild Kjerkol

Deres ref 22/2404

Vår ref 2022/1832

Dato 13.09.2022

## Innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan

Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) takker for anledningen til å komme med innspill i denne fasen av arbeidet som skal føre frem til en ny, nasjonal helse- og samhandlingsplan.

### OM VÅR Plass I HELSETJENESTENE

LDS har en sentral plass for å gi gode og forutsigbare spesialisthelsetjenester til innbyggerne i Oslo indre by, i tett samarbeid med de fire bydelene i Sentrum sektor. Vi er lokalsykehus for et opptaksområde på 200 000 innbyggere, og vi har dermed svært mye til felles med helseforetakene, både drifts- og ansvarsmessig. Den sentrale rollen som ideelle sykehus har i helsetjenesten lokalt, bør synliggjøres i nasjonale og regionale planer. Dette fremgår riktignok av de føringene og forpliktelsene som vi har gjennom driftsavtalen med HSØ, noe som også innebærer at vi, på linje med helseforetakene, har konkrete forpliktelser som følges opp bl.a. gjennom de årlige oppdrags- og bestillerdokumentene. Og det er tydelig i samarbeidet innen helsefelleskapene. Det synliggjøres imidlertid ikke tilsvarende i de regionale planene.

Det er påkrevd at en i planarbeidet dekker samarbeidet med kommuner og bydeler, og gjennom det tydeliggjør den faktiske og strategiske betydningen og verdien som de ideelle sykehusene har i dag, og som vi kan og bør ha fremover, ikke minst for å møte de utfordringene som bl.a. demografiendringene vil føre med seg. Dette kan ha avgjørende betydning for våre langsiktige rammer.

### Statsråden har i brevet til oss bedt om innspill på:

1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?
2. Hvilke tiltak er aktuelle?
3. Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

### Ad 1: Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

Det er betydelige sosioøkonomiske forskjeller – og dermed også helseskjevheter, på individ/familienivå, mellom ulike deler av landet, og innen mer konsentrerte områder, som innen Oslo. Noen lokale eksempler på dette er fra Sentrum sektor i Oslo (indre by øst; fire bydeler, 200 000 innbyggere) har f. eks. kortere forventet levetid enn Oslo for øvrig, med hhv. 4,9 og 3,2 år (menn og kvinner). Lavinntektsfamilier og barnefamilier med én forsørger er tydelig overrepresentert (hhv. 30 % og 68 % høyere enn Oslo for øvrig), og det er klart færre som fullfører videregående opplæring (16 % færre enn i Oslo for øvrig). Dette har direkte betydning

for helsetilstanden i dag, egen helsekompetanse, og i neste omgang også helsesituasjonen i kommende generasjoner. En direkte følge av de sosioøkonomiske forskjellene er at også helseforskjeller arves og forsterkes.

Det vil komme betydelige demografiske endringer i hele landet fremover. I utkantdistrikter blir det nedgang i folketallet samtidig med økt antall eldre, mens de større byene venter fortsatt befolkningsvekst. Både kunnskapsmessig og praktisk må helsetjenestene forberedes slik at vi sikrer tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til en voksende og ikke minst aldrende befolkning.

Bevissthet omkring «skrøpelige eldre» er viktig, som en generell tilnærming for å identifisere og møte aldersrelaterte helseproblemer. «Skrøpelige eldre» har ikke bare helseeffekter, men også en rekke ekstra utfordringer, i fysisk funksjonsevne og særlig kognitivt. Demens, dvs. kognitiv svekkelse, må ha en tydelig plass i lokale, regionale og nasjonale planer. I en befolkning som samlet er aldrende, vil vi få en betydelig økning i antall personer som har aldersrelatert demens. Dette gir sterkt økende behov for tilrettelagte botilbud og omsorgs- og hjelpetjenester. De alders- og demensrelaterte utfordringene treffer kommunene langt sterkere enn de treffer sykehusene. Sykehusene må også tilpasse seg dette, og det behøves en overordnet (nasjonal og regional), samlet strategi for å møte disse utfordringene.

Den digitale kompetansen øker generelt i befolkningen, noe som gjør at stadig flere er bedre i stand til å delta i den digitale hverdagen. Men med aldersrelaterte helseutfordringer og særlig ved økende grad av demens, forvitrer dessverre også den digitale kompetansen som man hadde tidligere. Derfor er det avgjørende at vi tidlig fanger opp aldersrelaterte helseproblemer, og gjennom målrettet intervensjon bidrar til forebygging, korrigerende og avlastende tiltak.

## **Ad 2 Hvilke tiltak er aktuelle?**

### **OM Å BRUKE SAMLET KAPASITET, SAMMEN**

Et viktig strategisk, overordnet grep vil være å utnytte den potensielle, samlede kapasiteten best mulig. Dette kan f. eks. være gjennom endret fordeling av spesialisthelsetjenesteoppgaver og opptaksområder (bydeler) til lokalsykehus, for å løse kapasitetsutfordringene bl.a. i Oslo. Nye former for samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten må også prioriteres. Det er gjort erfaringer med lokale løsninger, bl.a. lokalt hos oss med akutt-ambulant team og hjemmesykehus som alternativ til akutte døgnplasser i barne- og ungdomspsykiatri. Liknende løsninger bør prøves ut med en systematisk tilnærming, som potensielle utviklingsområder også for andre deler av helsetjenestene våre.

### **OM SPESIALIST-TANNHELSETJENESTE**

Våre erfaringer gjennom flere år med sykehustannklinikkk som prøveordning; er at vi gir tilbud til enkeltpersoner som ellers ikke ville fått tannbehandling. Dette gjelder særlig mennesker med langvarige ROP-lidelser (kombinert psykiatri og rus), hvor dårlig munn- og tannhelse bidrar til generell sykelighet og til isolasjon. Vi mener helse- og samhandlingsplanen må ha som ambisjon 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. Som lokalsykehus i og for Oslo indre by øst er vår virksomhet preget av hverdagsmedisin, dvs. de mer alminnelige kliniske utfordringene som alt helsepersonell møter – ikke minst i primærhelsetjenesten. Dette danner dessuten også basis for mye av forskningen i LDS. De ulike gruppene av helsefagstudenter (inkl. medisin) bør ha klinisk undervisning og praktisk opplæring nettopp med hverdagsmedisin som utgangspunkt. For LDS er derfor den videre utviklingen som et akademisk sykehus og dermed en rekke kliniske studietilbud, viktig for pasientene våre, og for utdanning og rekruttering av helsepersonell.

Blant de potensielle forsknings- og utviklingsområdene er en systematisk oppfølging av egne medarbeidere, bl.a. med mentorordning overfor og omkring nyutdannede medarbeidere.

**Ad 3 Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?**

#### **OM HJEMMESYKEHUS**

Hjemmesykehus oppleves som tilfredsstillende løsninger 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 ti 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 innleggelse i sykehus, samtidig som det gir pasienter og pårørende trygghet i hverdagen. Det ferskeste tilbudet i LDS er det ambulante hjemmesykehus-tilbudet for akuttoppfølging i barne- og ungdomspsykiatri – et tilbud som viser vei for nytenkning i akutttilbud.

#### **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 FORUTSIGBARHET OG LANGSIKTIGHET**

Lovisenberg Diakonale Sykehus har som ambisjon fortsatt å være en sentral aktør, i en klart fremtidsrettet helsetjeneste i Oslo, og da i tett samspill med kommunen og bydelene. Gjennom aktiv undervisning, rekruttering, fagutvikling, forskning og kunnskapsdeling ønsker vi å bidra til tydelig fokus på hverdagsmedisinen. Under forutsetning av forutsigbare rammebetingelser vil vi utvikle tjenestene til bedre å møte befolkningens fremtidige behov.

Vennlig hilsen  
for Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

Tone Ikdahl  
administrerende direktør, dr. med.

Jan Petter Odden  
fagdirektør, dr. med.

*Dette dokumentet er elektronisk godkjent*

*Kopi: Helse Sør-Øst RHF*