



Diakonhjemmet  
Sykehus

## UTVIKLINGSPLAN 2018 - 2035



## Innholdsfortegnelse

1	Høringsuttalelser.....	6
2	Bakgrunn og historikk .....	7
2.1	Historikk for sykehuset .....	7
2.2	Gjennomføring av prosjektet .....	8
3	Nåsituasjonen pasientens helsetjeneste – brukerinvolvering og brukertilfredshet .....	9
3.1	Pasientens helsetjeneste – brukerinvolvering og brukertilfredshet .....	10
3.2	Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring .....	11
3.2.1	Faglige prioriteringer .....	11
3.2.2	Kvalitet og pasientsikkerhet .....	18
3.2.3	Pasient- og pårørendeopplæring .....	19
3.3	Oppgavedeling og samhandling .....	20
3.4	Organisering, ledelse, visjon og verdigrunnlag .....	22
3.5	Bemanning, kompetanse og utdanning .....	23
3.6	Forskning og innovasjon .....	24
3.7	Økonomi.....	26
3.8	Teknologi og utstyr .....	26
3.8.1	IKT.....	26
3.8.2	Medisinskteknisk utstyr – MTU .....	27
3.9	Radiologi .....	27
3.10	Medisinsk biokjemi .....	27
3.11	Dagens bygg – tilstand og muligheter .....	28
4	Overordnede strategier og føringer.....	32
5	Utviklingstrekk og framskrivning .....	33
5.1	Demografi og sykdomsutvikling .....	33
5.2	Endringsfaktorer .....	38
5.3	Kapasitetsberegning.....	42
6	Analyse og veivalg.....	43
6.1	Alternative veivalg for sykehuset.....	44
6.2	Risiko- og mulighetsanalyser.....	44
7	Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste .....	46
7.1	Pasientens helsetjeneste – brukerinvolvering og brukertilfredshet .....	46
7.2	Fremtidig strategi – Et mer robust lokalsykehus .....	48
7.2.1	Tiltak for økt egendekning.....	48
7.2.2	Andre fagområder som kan vurderes for økt egendekning .....	51
7.2.3	Samarbeid med primærhelsetjenesten.....	51
7.2.4	Legevakt .....	52
7.2.5	Senterorganisering .....	52
7.2.6	Aktivitetsmedisinsk senter .....	53
7.2.7	Demensvennlig sykehus .....	54

7.2.8	Utvidet opptaksområde .....	54
7.2.9	Nye bygg.....	58
7.3	Oppgavedeling og samhandling.....	60
7.3.1	Fokus på storforbrukere av helsetjenester .....	60
7.3.2	Ambulante tjenester .....	61
7.3.3	Delte fagstillinger .....	61
7.3.4	Brukerstyrte poliklinikker .....	62
7.3.5	Bruk av pasientrapporterte data.....	62
7.3.6	Forløpsfinansiering.....	62
7.3.7	Andre tiltak i samarbeid med primærhelsetjenesten .....	62
7.4	Psykisk helse .....	63
7.5	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) .....	66
7.6	Rehabilitering.....	66
7.7	Samarbeid med virksomhetene i Det norske Diakonhjem .....	67
7.8	Pasient – og pårørendeopplæring .....	67
7.9	Bemanning, kompetanse og utdanning.....	68
7.10	Forskning og innovasjon .....	70
7.11	Økonomi .....	72
7.12	Teknologi og utstyr .....	72
7.13	Bygg: Fremtidige behov og muligheter .....	73
7.14	Risiko- og sårbarhetsanalyser .....	74
8	Videre bruk av utviklingsplanen.....	75
9	Vedlegg .....	76

## **SAMMENDRAG**

Sykehusets utviklingsplan gjelder for perioden 2018-2035, og skal sammen med utviklingsplanene fra de andre helseforetakene danne grunnlaget for en regional utviklingsplan, samt ny Nasjonal helse- og sykehusplan for samme tidsperiode.

Sykehuset har et mål om å bevare og utvikle sin identitet og egenart som diakonalt lokalsykehus i en vekstperiode. Særlig ønsker sykehuset å vektlegge visjonen om å være til tjeneste overfor særlig sårbare pasientgrupper og overfor alle pasienter i sårbare faser av livet.

Det utfordrer sykehuset å skulle leve opp til ambisjonen om å se pasientens helhetlige behov i komplekse sykdomsfaser, samtidig som liggetiden stadig blir kortere og store deler av helsetilbudet gis i primærhelsetjenesten. Sykehuset ser en særlig oppgave i å videreutvikle gode pasientforløp på tvers av behandlingsnivåene.

Sykehuset utviklet en strategi for vekst i 2012 i forbindelse med ny strategiplan. Sykehuset engasjerte seg i Oslo-prosessens ulike stadier som hadde som formål å sikre fordeling av opptaksområder og funksjoner mellom Oslo-sykehusene.

For å vurdere mulighetene for utbygging på Steinerud har sykehuset utarbeidet to mulighetsstudier (Mulighetsstudie I og II) for å vise potensialet for omfattende utbygging og mer begrenset utvidelse av dagens bygningsmasse.

Sykehusets eier, Det norske Diakonhjem, har omfattende utviklingsplaner for Steinerud-området med fokus på spesialist- og primærhelsetjenestetilbud, utdanning og byutvikling. Dette gir sykehuset særlige forutsetninger for å kunne bli en utprøvingsarena for nye samarbeidsstrukturer.

De siste par årene har sykehuset arbeidet med oppfølging av strategiplanen, særlig gjennom omstrukturering og fortetting innen eksisterende bygningsmasse, og sett på muligheten for økt egendekning gjennom nye funksjoner (Konseptfase nytt sykehus).

Utviklingsplanen bygger på sykehusets strategi om et mer robust lokalsykehus som tar et større ansvar for tjenestetilbud til Oslos befolkning på kort, mellomlang og lang sikt.

Kort sikt:	Sykehuset skal utvide sin egendekning gjennom mer fokus på lokalsykehusfunksjoner.
Mellomlang sikt:	Sykehuset skal utvide sin egendekning gjennom et tettere samarbeid med Lovisenberg Diakonale Sykehus og Oslo Universitetssykehus.
Lang sikt:	Sykehuset skal utvide sin egendekning gjennom et utvidet opptaksområde.

Sykehuset startet arbeidet med sin utviklingsplan sommeren 2017. I perioden fra september 2017 til februar 2018 har sykehuset gjennomført en rekke møter med sine samarbeidspartnere for å få innspill til utviklingsplanen. Møtene inkluderte blant annet Helse Sør-Øst, Oslo Universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Sunnaas sykehus, sektorbydelene, Helseetaten, Velferdsetaten, Sykehjemetaten, Det norske Diakonhjem, VID vitenskapelige høgskole, Diakonhjemmet Omsorg, Brukerutvalget, tillitsvalgte og vernetjeneste. Utviklingsplanen har i tillegg vært fast punkt på sykehusledermøtene i denne perioden, samt på flere av sykehusets styremøter.

Helse Sør-Øst ga høsten 2017 sykehuset i oppgave å beskrive hvordan Diakonhjemmet kan utvikles videre som lokalsykehus, utrede hvilke muligheter Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus ser for økt faglig samarbeid seg imellom, samt beskrive hvordan sykehusene hver for seg og samlet kan oppnå en høyere egendeckning. Samarbeidet skal inkluderes i de respektive sykehusenes utviklingsplaner.

Innspillene fra sykehusets ulike samarbeidspartnere er samlet og resultatet har blitt 6 mulige veivalg, hvorav to er 0-alternativer:

- 0 Sykehuset kan fortsette som i dag (0-alternativet)
- 0 Sykehuset kan fortsette som i dag, men uten dagens avtale om avlastning av 10 ø-hjelps-pasienter per døgn fra Ahus
- 1) Sykehuset kan øke sin egendeckning gjennom vekst i eget opptaksområde
- 2) Sykehuset kan øke sin egendeckning gjennom et tettere samarbeid med andre aktører (som Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo Universitetssykehus og primærhelsetjenesten).
- 3) Sykehuset kan øke sin egendeckning gjennom et utvidet opptaksområde
- 4) Sykehuset kan utvide sin egendeckning gjennom en kombinasjon av punkt 1, 2 og 3

Sykehuset har valgt veivalg nummer 4 som best ivaretar de innspillene som har kommet i prosessen med utviklingsplanen.

Sykehusets utviklingsplan beskriver hvordan den valgte strategien skal nås, blant annet gjennom å:

- Starte opp tilbud om nye oppgaver enten alene eller sammen med Lovisenberg diakonale sykehus (urologi, dialyse, kreftkirurgi, avansert hjerneslagbehandling og nevrologi)
- Overta oppgaver fra Oslo Universitetssykehus (medikamentell onkologi og palliasjon for eget opptaksområde)
- Fortsette arbeidet med å få besluttet de planlagte oppgavene fra Oslo-prosessen (områdefunksjon for alderspsykiatri døgnplasser, områdefunksjon for eldre med hoftebrudd, overføring av Vestre Aker bydel for Barne- og ungdomspsykiatri)
- Fortsette arbeidet for å få overført et større opptaksområde i tråd med Oslo kommunes anbefaling om at sektorprinsippet skal veie tyngre enn nærhetsprinsippet for opptaksområder i hovedstaden
- Utvide samarbeidet med primærhelsetjenesten, blant annet gjennom å se på nye tilbud på tvers av forvaltningsnivåene og jobbe for ny legevakt for Oslo vest
- Styrke brukermedvirkning, mulighetene for reelt samvalg og etablere tydeligere brukerstyrte behandlingstilbud
- Styrket samhandling med primærhelsetjenesten om pasienter med kroniske- og/eller sammensatte lidelser med et stort behov for helsetjenester

Sykehusets visjon er å bli et reelt 'pasientens sykehus'. Brukerinvolveringen innebærer at man benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten og kunne yte best mulig hjelp. Aktiv brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen mestring og livskvalitet. Brukerinvolveringen skal foregå gjennom blant annet brukerundersøkelser og ulike brukermedvirkningskanaler.

Inspirert av sykehusets diakonale tradisjon definerer sykehuset 'pasientens sykehus', som vår måte å yte tjenester ut fra pasientens helhetlige behov, og at vi strekker oss etter å se særlig pasientgrupper som helsevesenet ikke har tradisjon for å prioritere.

Funksjonsfordelingen i Oslo og intensjonene i Samhandlingsreformen er førende for oppgavedeling og samhandling mellom Diakonhjemmet Sykehus, andre helseforetak og primærhelsetjenesten. Ambisjonen er å se pasientens forløp gjennom alle helsetjenestenivåene under ett og bidra til at pasientene opplever trygghet i alle overganger. Dette forutsetter samarbeid om pasientforløp, kunnskapsdeling og gode kommunikasjonsstrukturer.

I arbeidet med utviklingsplanen har sykehuset mottatt høringsuttalelser fra viktige samarbeidspartnere. Tilbakemeldingene er overveiende positive.

Konkrete innspill til tiltak er innarbeidet i utviklingsplanen, samt oppsummert i kapittel 1.0.

Sykehusets utviklingsplan viser store muligheter for utvikling av et mer robust lokalsykehus til beste for byens økende befolkning. Diakonhjemmet Sykehus ser frem til samarbeid med kommunen, Helse Sør-Øst og omkringliggende sykehus om den videre utvikling.

## 1 Høringsuttalelser

Diakonhjemmet Sykehus har mottatt høringsuttalelser fra:

- Oslo kommune
- Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Sunnaas sykehus
- Diakonhjemmet Omsorg
- Det norske Diakonhjem
- Sykehusets brukerutvalg
- Diakonhjemmet Sykehusapotek

Sykehuset takker for positive tilbakemeldinger og konstruktive forbedringsforslag. Mange av innspillene er innarbeidet i utviklingsplanen.

Sykehuset trekker her frem enkelte synspunkter fra høringsuttalelsene:

Oslo kommune:

- er opptatt av å utvide opptaksområdet til sykehuset. De kommenterer forholdet mellom nærhets- og sektorprinsippet knyttet til opptaksområde, og slår fast kommunens holdning om at sektorprinsippet skal gjelde, og at Nordre Aker bydel dermed bør overføres til Diakonhjemmets opptaksområde.
- påpeker en svakhet ved utviklingsplanen ved at ikke alle tiltakene er risiko- og sårbarhetsvurdert.
- ønsker at faglige vurderinger skal ligge til grunn for fordeling av fagområder for å øke egedekningen
- etterspør spesialisthelsetjenestens ansvar for utdanning av leger i kommunehelsetjenesten
- ønsker mer felles forskning og innovasjon på tvers av forvaltningsnivåene

Lovisenberg Diakonale Sykehus:

- trekker særlig frem sykehusets arbeid med psykiske helsetjenester i somatikken, og påpeker behovet for et tilsvarende perspektiv for somatiske helsetjenester innen psykisk helsevern.

Sunnaas sykehus:

- savner mer konkrete tiltak i forhold til rehabiliteringsutfordringene i hovedstaden, og ønsker å samarbeide tettere om de totale rehabiliteringstjenestene for befolkningen i Oslo. De vil ta initiativ til å formalisere dette samarbeidet.

Det norske Diakonhjem, Diakonhjemmet Omsorg og Diakonhjemmet Sykehusapotek:

- savner en nærmere beskrivelse av sykehusets strategi for å opprettholde kvalitet og kompetanse på områder sykehuset allerede er gode
- savner en tydeligere beskrivelse av muligheter for samarbeid og synergier på tvers av virksomhetene i stiftelsen

Sykehusets brukerutvalg:

- er opptatt av å presisere betydningen av tverrfaglig samarbeid på sykehuset, palliasjonstilbudet og brukerstyrte poliklinikker.

## 2 Bakgrunn og historikk

### BAKGRUNN FOR ARBEIDET MED UTVIKLINGSPLANEN

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt de regionale helseforetakene om å utarbeide regionale utviklingsplaner. Disse planene skal danne grunnlaget for Nasjonal helse- og sykehusplan 2035. Helse Sør-Øst RFH (HSØ) har bedt alle helseforetak/sykehus i regionen om å utarbeide lokale utviklingsplaner etter samme mal som de vil bruke i arbeidet med den regionale planen.

Målet med å lage utviklingsplanen er å ramme inn utviklingen i helseforetakenes/sykehusenes kjernevirksomhet. Kvalitet og pasientsikkerhet skal være basis for alt utviklingsarbeid - med utgangspunkt i HSØs strategi for kvalitet og pasientsikkerhet. En rekke andre strategier og overordnede føringer skal også legges til grunn for arbeidet med de lokale utviklingsplanene. (se kap. 3)

Denne utviklingsplanen fra Diakonhjemmet Sykehus samler og beskriver pågående planer og visjoner for sykehusets utvikling. Sykehuset har de siste årene blant annet utarbeidet en mulighetsstudie for utvidelse av eksisterende bygningsmasse på Steinerud og gjennomført prosjektet Konseptfase Nytt sykehus for å vurdere utviklingsmuligheter innenfor rammene av dagens bygningsmasse. Det pågår for øyeblikket både en omfattende omstrukturingsprosess internt og en samordningsprosess mellom Oslo-sykehusene om fordeling av fremtidige oppgaver og ansvar. Sykehuset arbeider i 2018 også med ny strategi for neste fem-årsperiode koordinert med Diakonhjemmets øvrige virksomheter.

### 2.1 Historikk for sykehuset

Diakonhjemmet ble etablert i 1890 for å utdanne menn til diakonal gjerning. Sykehusdriften startet for å kunne gi diakonielevene praksis innen sykepleie. De første årene ble Diakonhjemmet drevet i lokalene til Magdalenahjemmet på Lindern. I realiteten var sykehuset et pleiehjem for eldre menn. I 1893 kjøpte Diakonhjemmet eiendommen Steinerud på 130 mål, en utskilt gård fra Vinderen hovedgård.

I 1900 flyttet institusjonen til nybygg på Steinerud. I de to hvite bygningene med tårn og spir drev man fra 1900 til 1926 kirurgisk, medisinsk og psykiatrisk avdeling. Den psykiatriske avdelingen ble nedlagt i 1926 da kommunen valgte å bruke nyetablerte Vinderen psykiatriske klinikk i stedet for Diakonhjemmet for disse pasientene. En opprustning, med blant annet ny røntgenavdeling, la grunnlaget for mange års drift med kirurgisk og medisinsk virksomhet.

I 1980 ble det etablert revmatologisk avdeling og poliklinikk ved sykehuset. Ny postoperativ- og intensivavdeling ble bygget, og likedan nye lokaler for ergoterapi, fysioterapi og bassengtrening.

I 1998 fikk sykehuset igjen ansvaret for psykisk helsevern i Diakonhjemmets sektor. Tidligere Psykiatrisk klinikk Vinderen og Alderspsykiatrisk avdeling Søndre Borgen i Asker ble da avdelinger ved Diakonhjemmet Sykehus. Nå er BUP Vest (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk), Voksenpsykiatrisk avdeling og Senter for Psykofarmakologi samlet på Vinderen, mens Alderspsykiatrisk avdeling ligger på Tåsen.

Sykehuset inngår i en lang tradisjon fra den gang Oslo kommune var sykehuseier med funksjonsfordeling mellom sykehusene i Oslo. Nærheten mellom sykehusene i hovedstaden har gitt mulighet for å utvikle robuste fagmiljøer med stort pasientgrunnlag og høy kompetanse for ulike funksjoner fordelt mellom Oslo-sykehusene.

Fra 1. januar 2001 ble sykehuset et eget aksjeselskap heleid av stiftelsen Det norske Diakonhjemmet.



## Sykehusets ansvar

Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt sykehus. Sykehuset tilbyr spesialisthelsetjenester innenfor rammen av den offentlige helsetjenesten og har langsiktig avtale med HSØ om opptaksansvaret for befolkningen i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker, med til sammen ca. 136.000 innbyggere. Sykehuset er praksisplass for leger, sykepleiere, diakoner og annet helsepersonell i utdanning. Sykehuset har siden 2014 hatt avtale med HSØ om å avlaste AHUS med øyeblikkelig hjelp til pasienter for bydelene Grorud, Alna og Stovner. Det norske Diakonhjem er også eier i VID vitenskapelige høgskole og er i ferd med å bygge opp en bred virksomhet innen omsorg, gjennom Diakonhjemmet Omsorg. Dette vil gi sykehuset en unik posisjon til å utvikle sømløse tilbud på tvers av omsorgsnivåer. Gjennom utbyggingsprosjektet Diakonhjemmet Hage vil området rundt sykehuset i utviklingsplanperioden få institusjoner som sykehjem, omsorgsboliger, utdanningsinstitusjoner, velferdsteknologiske næringsmiljøer og livsløpstilpassede boliger. Det er også tomt og planer for å møte betydelig vekst i sykehusets fremtidige tilbud til befolkningen.

## 2.2 Gjennomføring av prosjektet

Arbeidet med sykehusets utviklingsplan startet før sommeren 2017. Det ble etablert en styringsgruppe med fagdirektør, avdelingssjef i avdeling for fag, kvalitet og IKT og koordinator for utviklingsplanen. Sykehusledelsen – som består av alle avdelingssjefer i stab og klinikk - ble involvert i arbeidet i tråd med en ansvarfordelingsplan.

I perioden oktober – februar ble det gjennomført flere seminarer og møter med eksterne interessenter blant annet:

- Kickoff-seminar med representanter for sykehusets sektorbydelene, samarbeidende sykehus, brukere, VID vitenskapelige høgskole, Diakonhjemmet Omsorg, HSØ og ansatte i sykehuset. Temaer for seminaret var hvilke tilbud Diakonhjemmet Sykehus er gode på, hva mangler vi, samarbeid om delte fagstillinger, rehabilitering, ambulante tjenester og hjemmesykehus.
- Workshop i Samarbeidsforum somatikk
- Samarbeidsmøter med Oslo Universitetssykehus (OUS), Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) og Sunnaas Sykehus
- Styreseminar over to dager med sykehusets styre og stabsledelse
- Samhandlingsseminar over to dager med direktører og andre ledere i sektorbydelene, tre etater, ledere i sykehuset, praksiskonsulent og sykehusets brukerutvalg
- Møte med Diakonhjemmet Sykehusapotek
- Møte med Brukerutvalget ved sykehuset

I tillegg er tillitsvalgte og hovedverneombud involvert.

Rammen for utviklingsplanen ble presentert for sykehusstyret 20. desember. Planen ble behandlet i styret 28. februar og deretter sendt på høring til eksterne interessenter og samarbeidspartene. Planen ble justert med utgangspunkt i styrets kommentarer og høringsuttalelser og oversendt HSØ 02.05.18.

September	Oktober	November	Desember	Januar	Februar
Informasjon Lederforum Forberede kick-off Forarbeid	Utfordringsbilde Prinsipper Prioriteringer Kick-off utviklingsplan Bestilling til avdelingene	Innhenting av informasjon Beregninger Framskrivninger	Innhenting av informasjon Beregninger Framskrivninger Sammenstilling Skriving Tegning Samarbeidsmøte Lovisenberg	Sammenstilling Skriving Tegning Samarbeidsmøte bydelene og etater	Korrigerende Behandling sykehusledelsen Behandling sykehusstyret Koordinering med Lovisenberg Utsendelsehøringer

### 3 Nåsituasjonen pasientens helsetjeneste – brukerinvolvering og brukertilfredshet

#### SYKEHUSETS FUNKSJONER

Sykehuset ivaretar både øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling innen indremedisin, kirurgi, revmatologi og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Sykehuset har i tillegg noen spesialfunksjoner, samt kliniske støttefunksjoner innen radiologi, medisinsk biokjemi og psykofarmakologi. Avdeling for medisinsk biokjemi er, i likhet med Senter for psykofarmakologi, akkreditert. Sykehuset har også et Lærings- og mestringssenter.

Sykehuset leverer spesialisthelsetjenester i indremedisin på områdene geriatri, onkologi, fordøyelsessykdommer, lunge-, hjerte-, og infeksjonssykdommer og innen endokrinologi, blodsykdommer og intensivmedisin. En del spesialistfunksjoner er i Oslo funksjonsfordelt til OUS og LDS.

Innen kirurgi yter sykehuset spesialisthelsetjenester innen områdene generell kirurgi, gastrokirurgi, ortopedi og revmakirurgi. Protesekirurgi utføres på et bredt spekter av ledd, og på noen områder er Diakonhjemmet Sykehus blant de som utfører flest slike operasjoner i landet. Sykehuset har også et funksjonsfordelt behandlingsansvar for bruddskader hos personer over 65 år fra bydelene Nordre Aker, Nordstrand, St. Hanshaugen, Grünerløkka og Gamle Oslo i tillegg til egen sektor.

Revmatologisk avdeling har status som Centre of Excellence, og sykehuset har regionfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi, sammen med OUS Rikshospitalet. Avdelingene Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering (NBRR) og Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR) står for kompleks rehabilitering og kompetanseutvikling på nasjonalt nivå.

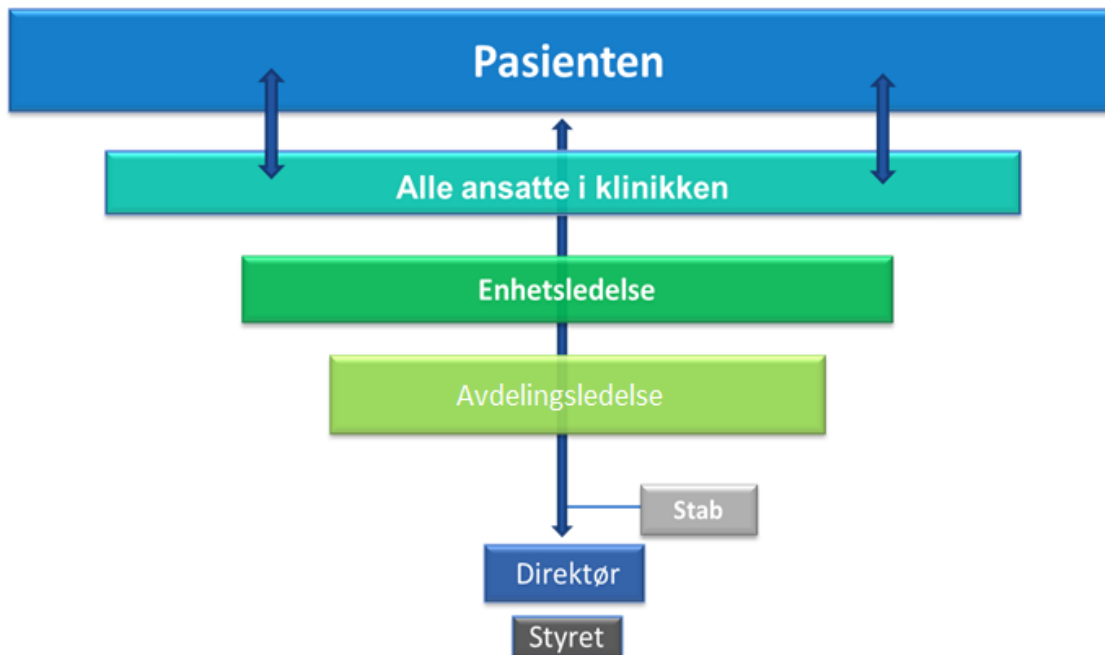
Sykehuset leverer også et bredt spekter av spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og TSB. Alderspsykiatrisk avdeling tilbyr et integrert behandlingstilbud innen døgnet og poliklinisk behandling for egne bydeler samt for bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen. Innen psykisk helsevern og TSB for voksne har sykehuset akutt- og allmenn døgnplasser, og et betydelig poliklinisk tilbud som også inkluderer ambulante team. Innen barne- og ungdomspsykiatri har sykehuset pt. et poliklinisk tilbud til bydelene Frogner og Ullern.

Senter for Psykofarmakologi er akkreditert etter ISO 15189, og har omfattende virksomhet innen analyse, tolkning, rådgivning, poliklinisk utredning, forskning og undervisning. Avdelingen tilbyr analyser og tjenester til sykehusene i hele Helse Sør-Øst.

Sykehuset har en betydelig forskningsvirksomhet spesielt innen revmatologi, psykofarmakologi og psykiatri og har professorater i revmatologi, psykiatri og helsefag. Diakonhjemmet Sykehus tar imot pasienter fra hele landet som benytter seg av fritt sykehusvalg for planlagt behandling.

### 3.1 Pasientens helsetjeneste – brukerinvolvering og brukertilfredshet

#### BRUKERINVOLVERING



Illustrasjonen benyttes av ledelsen for å presentere sykehusets pasientperspektiv og visjon om å bli et reelt 'pasientens sykehus'. Brukerinvolvering innebærer at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen mestring og livskvalitet. Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratas sitt faglige ansvar.

Diakonhjemmet Sykehus legger til rette for at brukerne blir hørt og involvert, og at brukerkompetansen anvendes aktivt i planlegging og kvalitetsutviklingsarbeid.

Brukerinvolvering foregår gjennom blant annet brukerundersøkelser og ulike brukermedvirkningskanaler.

Inspirert av sykehusets diakonale tradisjon definerer sykehuset 'pasientens sykehus', som vår måte å yte tjenester ut fra pasientens helhetlige behov og at vi strekker oss etter å se særlig pasientgrupper som helsevesenet ikke har tradisjon for å prioritere, for eksempel: Eldre pasienter med sammensatte lidelser, barn-, voksne- og eldre med psykiske lidelser (skoleprosjektet, enhet for psykiske helsetjenester i somatikken og geriater i kirurgisk avdeling).

Brukerinvolvering på sykehuset er strukturert i hovedsakelig fire kanaler:

**Brukerutvalget** – særlig knyttet til kvalitetsarbeid, sykehusovergrepene spørsmål og strukturelle forhold.

**Likepersonsoordningen** – aktive i utviklingen og drift ved Lærings- og mestringscenterets omfattende kursvirksomhet.

**Pasientråd** – pt. har sykehuset ett pasientråd, Revma Pasientråd, som særlig involveres i utvikling av forskning i Revmatologisk avdeling.

**Erfaringskonsulenter** – i Voksenpsykiatrisk avdeling og Revmatologisk avdeling som særlig arbeider for å kvalitetssikre behandlingstjenestene og kommunikasjonen mellom behandlere og pasient/pårørende og i driften av Revma Pasientråd.

I tillegg har BUP Vest engasjert seg i et innovativt flerårig forbedringsarbeid i samarbeid med Forandringsfabrikken og dens HelseProffer.

## **BRUKERTILFREDSHET**

Sykehuset har et gjennomgående godt omdømme og skårer høyt på kvalitetsmål og pasienttilfredshetsundersøkelser. Sykehuset følger nøye utviklingen i kvalitetsindikatorer og de nasjonale pasienttilfredshetsmålingene og arbeider kontinuerlig for forbedring der målingene tidvis viser en nedadgående tendens.

I tillegg gjennomfører sykehuset pasienttilfredshetsmålinger i avdelinger og enheter som ledd i det kontinuerlige kvalitetsarbeidet og når man ønsker å gå i dybden i forhold til konkrete problemstillinger og utfordringer klinikken erfarer. I disse undersøkelsene er sykehusets brukermedvirkningskanaler aktivt med i design og gjennomføring.

Sykehuset har utviklet en egen verktøykasse for gjennomføring av lokale kvalitative og kvantitative brukerundersøkelser som fortløpende deles internt og eksternt

### ***3.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring***

#### ***3.2.1 Faglige prioriteringer***

Sykehuset gir tilbud innen indremedisin, kirurgi, revmatologi og psykisk helsevern.

#### **Indremedisin**

Medisinsk avdeling er en akuttmedisinsk avdeling som gir et indremedisinsk tilbud til innbyggerne i de vestlige bydelene. Avdelingen avlaster også Akershus universitetssykehus med pasienter fra Alna, Grorud og Stovner.

Det legges stor vekt på tverrfaglig samarbeid. Avdelingen samarbeider tett med ernæringsfysiologer, logopeder, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre faggrupper, samt god samhandling med helse- og omsorgstjenesten i tilhørende bydeler. Det er ansatt en praksiskonsulent (fastlege) i 20 % stilling som skal være bindeleddet mellom fastlegene i sektoren og avdelingen.

Avdelingen har nært samarbeid med Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken (PHT) som gir tilbud til pasienter og pårørende som trenger hjelp til å mestre sykdom og/eller som har psykiske plager i tillegg til somatisk sykdom.

Avdelingen driver aktiv forskning både innenfor sykepleie- og legetjenesten.

Avdelingen har utdanningsansvar for en rekke helsepersonellgrupper, herunder sykepleiere og leger som de mest fremtredende. I samarbeid med UiO er det ansatt lektor i 20 % stilling for å ivareta medisinstudenter fra universitetet. I tillegg til generell utdanning av leger i indremedisinsk spesialisering har avdelingen B-grenstillinger for leger innenfor gastroenterologi, kardiologi og geriatri.

Over 95 % av avdelingens pasienter legges inn som øyeblikkelig hjelp.

Sykehuset behandler pasienter med akutt slag som ikke skal ha trombolysebehandling. Slagenheten har videreutviklet sine tilbud i tråd med gjeldende retningslinjer.

Medisinsk avdeling har en egen akuttgeriatrisk døgnenhet og geriatrisk poliklinikk. Her utredes og behandles pasienter med akutt funksjonssvikt etter standardiserte prosedyrer. Poliklinikken gjør også systematisk fallutredning og utredning for kognitiv svikt.

Sykehuset har utviklet en egen behandlingslinje i kardiologi som et samarbeid mellom Akuttmottaket og kardiologene. Pasienter som kommer til Akuttmottaket med mistanke om en kardiologisk problemstilling får raskt tilgang til kardiolog og kardiologiske tester i akuttmottakets lokaler. De av pasientene som har behov for videre utredning som øyeblikkelig hjelp innlegges på sykehusets kardiologiske enhet, mens pasienter som ikke har behov for øyeblikkelig hjelp får tildelt time på kardiologisk poliklinikk. Noen av pasientene blir i tillegg sluttbehandlet i Akuttmottaket og poliklinisert der.

## **Kirurgi**

Kirurgisk avdeling ivaretar akuttkirurgi innen ortopedi, gastro- og generell kirurgi for beboere i sykehusets sektor. Avdelingen ivaretar også behandlingstilbud til personer over 65 år med hoftebrudd i fem bydeler utover sykehusets eget opptaksområde.

I tillegg til akuttkirurgi driver avdelingen utstrakt elektiv virksomhet for pasienter fra hele landet gjennom Fritt behandlingsvalg, og den har regionfunksjon for hele Helse Sør-Øst innen revmatologi/revmakirurgi i nært samarbeid med sykehusets revmatologiske avdeling.

Ortopedisk/revmakirurgisk seksjon driver en utstrakt og avansert protesekirurgi i hofte- og kneledd, ankelled, skulderledd og albueledd, hånd og fot, samt proteserevisjoner.

Gastrokirurgisk seksjon har kikkhullskirurgi som satsningsområde og er størst i landet på brokkoperasjoner. Seksjonen har et effektivt behandlingsforløp for pasienter med tykktarmskreft.

Kirurgisk avdeling har omfattende dagkirurgisk og poliklinisk virksomhet med en av landets største gastrolaber, som utfører gastro- og koloskopier.

Sykehuset har etablert et strømlinjeformet tilbud til eldre pasienter med hoftebrudd. Dette gjør at sykehuset har kort preoperativ liggetid for disse pasientene, tidlig oppstart av postoperativ rehabilitering og godt samarbeid med kommunen og rehabiliteringsinstitusjoner. Dette bidrar til at pasientene raskt oppnår optimalt funksjonsnivå. Kirurgisk avdeling har ansatt geriater for å bistå kirurgene i behandlingen av eldre pasienter med brudd.

## Revmatologi

Revmatologisk avdeling er ansvarlig for behandlingstilbudet innenfor revmatologi for hele Oslo by og har regionsykehusansvar (3. linje-ansvar) for Helse Sør-Øst. Gjennom Fritt behandlingsvalg tar avdelingen også imot pasienter fra andre steder i landet.

Oppgavene innen revmatologi er funksjonsdelt med revmatologisk avdeling på OUS/Rikshospitalet. Voksne pasienter med revmatiske leddsykdommer behandles på Diakonhjemmet Sykehus, mens voksne med bindevevs- og vaskulittsykdommer behandles på OUS/Rikshospitalet, som også er ansvarlig for behandlingstilbudet for alle barn med revmatiske sykdommer. Kirurgisk avdeling ved Diakonhjemmet Sykehus er ansvarlig for revmakirurgi i hele Oslo og regionen Helse Sør-Øst. Unntak er inngrep i nakkevirvelsøylen og revmakirurgiske inngrep hos barn. Denne type operasjoner foretas på OUS/Rikshospitalet.

Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR) har nasjonalt ansvar for kompetanseutvikling og formidling innen revmatologisk rehabilitering, mens Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering (NBRR) tilbyr kompleks rehabilitering for pasienter fra alle helseregioner.

## Anestesi- og intensivavdeling

Somatisk akuttmottak tar imot 45-65 pasienter daglig (70 % med og 30 % kir) og har medisinsk OBS-post med fire senger. For perioden kort og mellomlang sikt arbeider sykehuset videre med å organisere drift, klinisk virksomhet og kompetanse i henhold til faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak (IS-2236 Helsedirektoratet). Et robust akuttmottak er en forutsetning for økt egendekning.

Postoperativ/Intensiv-enheten er en moderne intensiv- og overvåkingsenhet med 18 senger, og inkluderer respiratorbehandling og dialyse (hemofiltrasjon). Enheten har intensivlege og anestesilog til stede hele døgnet.

Anestesi-enheten har ansvar for anestesi til alle operasjonspasientene i tillegg til pasienter som er til forskjellige intervensjoner og til ECT. Våre anestesiloger er blant de ledende i landet innenfor regionalanestesi.

## Psykisk hele og rus

Sykehuset tilbyr spesialisthelsetjenester til barn, ungdom, voksne og eldre innen fagområdene psykisk helsevern og TSB. Personer med psykiske lidelser og ruslidelser utgjør en sårbar pasientgruppe og fagområdene er prioriterte satsingsområder. Sykehuset har en ambisjon om å tilby sammenhengende og helhetlige tjenester av høy kvalitet, til aldersgruppen 0-100 år.

Tjenestene er i dag organisert i tre avdelinger:

- **BUP Vest** har hovedansvaret for polikliniske tjenester til barn, ungdom og familier bosatt i bydelene Frogner og Ullern. Avdelingen er organisert i fagspesifikke team og har utstrakt samarbeid med bydelene og skolene i sektor.
- **Voksenpsykiatrisk avdeling** har hovedansvaret for polikliniske, ambulante og døgnbaserte tjenester til personer over 18 år, bosatt i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Avdelingen har både sykehusfunksjoner og alle DPS-funksjoner og er organisert med to døgnenheter og fem polikliniske enheter, samt en forsknings- og fagutviklingsenhet. Innen fagområdet TSB har avdelingen ansvar for det polikliniske tilbudet til pasienter over 18 år i sektor, men ingen eget døgntilbud.

- **Alderspsykiatrisk avdeling** har hovedansvar for utredning og behandling av personer over 65 år bosatt i de seks bydelene Frogner, Ullern, Vestre Aker, Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen. Avdelingen er organisert med to døgnenheter (18 sengeplasser) med integrert poliklinikk, samt en egen enhet for forskning og fagutvikling.

Sykehuset har de siste årene hatt en betydelig aktivitetsvekst innen psykisk helsevern og TSB, med økende antall elektive henvisninger og behandling av flere unike pasienter. På grunn av sentral beliggenhet og mulig godt omdømme, mottar også sykehuset et betydelig antall gjestepasienter.

De siste årene har det foregått en kontinuerlig dreining mot i større grad å tilby behandling ambulant og arenafleksibelt. Sykehuset har flere typer arenafleksible team for brukere i alle aldersgrupper.

Avdelingene har i senere år gjennomgått betydelige omstillingstiltak for å kunne håndtere den økte andelen henvisninger. De polikliniske og ambulante tjenestene er styrket, mens døgnkapasiteten er redusert i tråd med føringene. Det er i dag ikke fristbrudd eller ventetid utover faglig fastsatte frister for oppstart av behandling ved rettighetsvurdering.

#### *Aktivitet*

Innrapportert samlet aktivitet for 2017 gir et bilde på aktivitetsutviklingen innen psykisk helsevern og TSB ved Diakonhjemmet sykehus.

- **BUP Vest:** 12.922 polikliniske konsultasjoner, hvorav 1.562 ambulante.
- **Voksenpsykiatrisk avdeling:** 56.569 polikliniske konsultasjoner årlig, hvorav 3.002 ambulante. 508 døgnopphold.
- **Alderspsykiatrisk avdeling:** 9.505 polikliniske konsultasjoner, herav 833 ambulante. Konsultasjon. 221 døgnopphold.

Tall fra Samdata 2016 underbygger bildet om høy aktivitet og effektiv drift innen disse fagområdene. Sammenliknet med andre sykehus har sykehuset her lavest kostnad per pasient på landsbasis. Samtidig er antall pasienter per fagårsverk og antall konsultasjoner per fagårsverk høyest i landet.

#### *Faglig prioritering*

Avdelingene vurderer alle henviste pasienter i henhold til prioriteringsforskriften og – veiledere innen de respektive fagområdene. Samtidig har den største veksten i nye henvisninger kommet innen diagnosegruppene moderat til alvorlig depresjon og angst, særlig blant ungdom og unge voksne. Sykehuset har nedlagt betydelig innsats for å komme tidligere i posisjon med endringsfremmende tiltak for innbyggere i risiko.

**Arbeid og psykisk helse** er et prioritert satsingsområde innen psykisk helsevern for voksne. Sykehuset har en aktiv rolle i implementering av arbeidsrettede tiltak til pasienter med alvorlige psykiske lidelser gjennom prosjektene «Jobbmestrende oppfølging» (JMO) og «Individuell jobbstøtte» (IPS).

**Poliklinikken Raskere** tilbake har i samarbeid med nederlandske forskere utviklet og etablert en evidensbasert metode rettet mot behandling av angst og depresjon og tilbakeføring til arbeid; Jobbfokusert kognitiv terapi.

**Enhet for psykiske helsetjenester** i somatikken gir tilbud til pasienter og pårørende som trenger hjelp til å mestre sykdom og/eller som har psykiske plager i tillegg til somatisk sykdom. Enheten har både en akutfunksjon for

Sykehuset har, sammen med de tre bydelene i sektor, etablert strategiske råd for unge, voksne og eldre. Hensikten er å identifisere felles utfordringer og mangler i tjenestetilbudet. Flere pågående prosjekter sikter mot å styrke arbeidet med tidlig oppdagelse, intervensjon og forebygging på tvers av fagområder og tjenestelinjer:

- **Skoleprosjektet (SKOP)** samarbeider BUP Vest og Voksenpsykiatrisk avdeling tett med, lærere, rådgivere og helsetjeneste ved barne-, ungdoms- og videregående skoler i sektor. Resultatene tilsier at samhandlingsmodellen med spesialisthelsetjenesten til stede på fast deltid i skolene bidrar til å styrke skolens forebyggingskompetanse, samtidig som samtidig som unge i behov for spesialisthelsetjeneste fanges opp.
- **Spedbarn og småbarn som pårørende og barneperspektivet ved graviditet** ivaretas gjennom tette samhandlingsstrukturer mellom Voksenpsykiatrisk avdeling, BUP Vest, jordmor, helsestasjon og øvrige primærhelsetjeneste.
- **Familie Vest** er et samhandlingsprosjekt mellom bydelene og BUP Vest og Voksenpsykiatrisk avdeling med sikte på å tilby familier i krise rask avklaring av deres samlede hjelpebehov
- **Fastelegesamarbeidet** tilbyr månedlige veiledningsavtaler med 11 fastlegekontorer i sektor.
- **Alderspsykiatrisk avdeling** har et utstrakt samarbeid med bydelene og sykehjemsetaten med stor aktivitet knyttet til erfaringsutveksling, veiledning og undervisning.
- **Drop-out prosjektet** i TSB utvikler metoder som kan bidra til å forebygge kjent frafallsproblematikk i rusfeltet.

## Radiologi

Radiologisk avdeling gjennomførte i 2017 i underkant av 52.000 radiologiske undersøkelser.

Omsorgsnivå	Antall undersøkelser	Andel %
Innlagt pasient	33 185	56 %
Poliklinikk	25 460	44 %
Totalt	58 645	

Kapasiteten ved avdelingen er fullt utnyttet i forhold til CT- og MR-undersøkelser. For å kunne opprettholde nødvendige undersøkelser for sykehusets forskningsvirksomhet må man per i dag kjøpe deler av de radiologiske undersøkelsene eksternt.



## Medisinsk biokjemi

Oversikt over aktivitet i Medisinsk biokjemi i 2017:

Medisinsk biokjemi	2017
Antall analyser	1 620 000
Prøver av inneliggende pasienter	83 500
Prøver av polikliniske pasienter	38 000
Prøver tilsendt fra fastlegene	11 500

Trenden fremover viser en stadig økning av analyser på inneliggende pasienter, de er dårligere og har mer komplekse blodbilder enn tidligere. Det betyr at avdelingen bruker lengre tid og mer ressurser på kvalitetssikring og tolking av patologiske prøvesvar. Dette gjelder spesielt innen hematologiske diagnoser.

Det er en nedadgående trend på tilsendte prøver fra fastlegene i sektoren. Dette skyldes konkurranse fra Først medisinsk laboratorium, som har fullelektroniske løsninger, eget chatteforum mellom lege og spesialist, samt elektronisk tolkning av EKG.

Bruk av PCR-metoder innen mikrobiologi øker langsomt, og her er det et stort potensiale. Det er dyre analyser, men kvalitetsmessig gode i diagnostisk bruk.

Nyeste tilbud på sykehuset er Calprotectin i plasma, som er en parameter kanskje spesielt tilpasset pasienter med artritt. På dette området er vi det første sykehuset som har denne analysen som rutineanalyse.

### Senter for Psykofarmakologi

Senter for Psykofarmakologi analyserer legemidler i serum og gjør genanalyser for gener som er viktige i nedbrytning av legemidler. Avdelingen mottar prøver fra eget opptaksområde, andre helseforetak, DPS-er og spesialist- og primærhelsetjenesten. Prøvesvarene tolkes i forhold til aktuell og tidligere behandling. Avdelingen har i tillegg en vakttelefon, bemannet av leger og farmasøyter.

	2017	2016	2015
Legemidler i serum	107 052	109 016	103 501
Farmakogenetiske prøver	70 947	54 374	43 047
Andre analyser	35	1 746	1 604
<b>Totalt analyser</b>	<b>178 034</b>	<b>165 136</b>	<b>148 152</b>

Legemidler i serum analyseres i LC-MS-maskiner. Avdelingen har i dag 6 eldre LC-MS-er innkjøpt i 2001-2003 og 3 som er innkjøpt i 2015-2016. I tillegg er en MS planlagt innkjøpt i 2019. Avdelingen har 2 nyere pipetteringsroboter.

Genanalyser gjøres i PCR-instrumenter. Avdelingen har ett nytt (2015) og ett gammelt (2009) instrument. DNA-ekstraktor (henter ut DNA for analyse): Avdelingen har to instrumenter fra 2018 og 2010.

### **Klinisk aktivitetsavdeling**

Avdelingen organiserer ergoterapeuter, fysioterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer og logopeder.

Sykehusets Lærings- og mestringssenteret (LMS) er også tilknyttet KLA.

Det tverrfaglige teamet i KLA yter tjenester til alle de somatiske og psykiatriske avdelingene i sykehuset og bidrar til helhetlig utredning og behandling av inneliggende og polikliniske pasienter. Ved LMS samarbeider helsepersonell og brukerorganisasjoner likeverdig om å formidle kunnskap om kroniske sykdommer og funksjonshemminger til pasienter og pårørende på en måte som kan føre til endring i praksis og opplevelse av mestring. Avdelingen har fokus på forskning og fagutvikling.

### **Eldre pasienter**

Sykehuset har etablert samarbeidsstrukturen 'Helsetjenester til eldre' (HTE). I HTE inngår medisinske og helsefaglige profesjoner og avdelinger innen både somatikk og alderspsykiatri. HTEs målsetting er å være pådriver for nyskaping, utvikling og kvalitet i helsetjenester til eldre gjennom utdanning, forskning, kunnskapsutvikling, kunnskapsdeling og klinisk arbeid. HTE bidrar til eldrerelatert tverrfaglig forskning og fagutvikling.

### **Rådgivning og veiledning**

Sykehuset ivaretar sin veiledningsplikt innen alle fagområder. Sykehuset er blant annet lett tilgjengelig på telefon for leger og helsefaglig personell i primærhelsetjenesten, gir ambulant veiledning og samarbeider med bydelenes allmennlegeutvalg om kurs. Fastleger i sektor inviteres også til hospitering og til kontaktmøtene for sykehusets leger. Fagmøter og tilbud om hospitering tilrettelegges også for ergoterapeuter og fysioterapeuter i primærhelsetjenesten.

### **Tverrfaglig samarbeid**

Sykehuset har et velutviklet internt tverrfaglig samarbeid. I dette samarbeidet inngår leger, sykepleiere, kliniske farmasøyer, fysio- og ergoterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer, logopeder og sosionomer. Det er også etablert et tett samarbeid med psykiatere og psykologer om psykiske helsetjenester i somatikken. Sykehusets støttefunksjoner innen medisinsk biokjemi, radiologi og psykofarmakologi bidrar også i det helhetlige og tverrfaglige behandlingstilbudet. Sykehuset har et godt samarbeid med Diakonhjemmet Sykehusapotek og alle kliniske farmasøyer har signert innleieavtale med sykehuset.

### **Samarbeid med OUS, LDS og primærhelsetjenesten**

For å lykkes med helhetlige pasientforløp er Diakonhjemmet Sykehus avhengig av å samarbeide tett med de andre sykehusene i Oslo. Sykehuset har strukturert samarbeid med OUS vedrørende for eksempel pakkeforløp for kreft, strålebehandling, PCI-behandling og trombolysebehandling. Sykehuset samarbeider med LDS innen for eksempel palliasjon/hospicetilbud og gjennomføring av LIS-reformen.

Sykehuset har tett samarbeid med primærhelsetjenesten gjennom avtalefestede samarbeidsfora, direkte kontakt med hjemmesykepleien og samarbeid mellom sykehusets leger, praksiskonsulenter og fastleger. (se for øvrig pkt. 2.3)

### **Andre faglige prioriteringer**

I tråd med sykehusets diakonale profil er det etablert en velfungerende preste- og diakontjeneste som brukes aktivt inn i det pasientrettede arbeidet og til klinisk og etisk refleksjon blant ansatte.

Sykehuset legger vekt på at adgangen til fri religionsutøvelse blir ivaretatt både for pasienter og ansatte, og sykehuset har full religionsfrihet. Sykehusets preste- og diakonitjeneste samarbeider tett med ledere for andre trossamfunn, og har en avtale om tilkalling ved behov.

#### **Frivillighet**

....er et område sykehuset har fokus på og som skal utvikles ytterligere framover. Pr i dag er det 74 frivillige ved sykehuset. Disse utfører blant annet oppgaver som sykehusverter, våketjeneste, besøksvenner, hjemtransport for pasienter og som interne «bibliotekarer». Sykehuset prøver også ut lunsjservering til pasienter med skoleelever (valgfang) og mentorordning med pensjonerte ledere for sykehusets ledere.

#### **Klinisk kommunikasjon**

Sykehuset har utviklet et todagers klinisk kommunikasjonskurs for leger etter modellen *Fire gode vaner* som alle leger skal gjennomføre. Kurset er også tilpasset for andre faggrupper. Denne *Diakonhjemmet-modellen*, der sykehusets egne legeressurser kurser sine kolleger, er prøvd ut på andre sykehus takket være innovasjonsmidler fra HSØ.

### **3.2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet**

Diakonhjemmet Sykehus prioriterer styrket pasientrolle, kvalitetsorientert ledelse og å redusere uønsket variasjon i pasientbehandlingen i tråd med HSØs strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten understreker ledelsens ansvar for systematisk styring av virksomhetens aktiviteter og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Diakonhjemmets styringssystemer danner grunnlaget for oppfølging av kvalitet, pasientsikkerhet og HMS, og systemene videreutvikles kontinuerlig for at ledere på alle nivåer kan benytte dem i sitt forbedringsarbeid.

Dagens kvalitetsstyringssystem består, på overordnet nivå, av dokumentstyringssystemet EK, avvikssystemet Synergi og ledelses- og informasjonssystemet DIALIS. Systemene benyttes som styringsverktøy i sykehusets lærings- og forbedringsarbeid. Nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre benyttes for å overvåke og forbedre kvaliteten på tjenestene.

For å redusere uønsket variasjon, og skille det fra den variasjon som er hensiktsmessig og ønsket, er det behov for kunnskap om anbefalte behandlingsmetoder og resultater av behandlingen. Kunnskapsbasert praksis skal være grunnlag for diagnostisering og behandling. Uønsket variasjon skal reduseres ved å videreutvikle standardisering av pasientforløp, fortsette arbeidet med å utvikle nødvendige prosedyrer og sjekklister, samt systematisk arbeid med relevante kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer. Sykehuset tar i bruk NOKUP (Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser) for å sikre bedre klassifisering av avvik og systematisk læring av disse.

Sykehuset har deltatt aktivt i Pasientsikkerhetsprogrammet og følger helsemyndighetenes krav til måloppnåelse i dette programmet. Kartlegging og identifisering av risikopasienter og risiko-områder synliggjøres blant annet gjennom sjekklister og tavlemøter slik at forbedringstiltak lettere settes i verk. Risikoverktøyet NEWS skal innføres på alle somatiske avdelinger for å sikre tidlig og korrekt intervensjon ved forverring av pasientens tilstand.

I de psykiatriske avdelingene er det et spesielt fokus på legemiddelutfordringer. Dessuten vektlegges systematisk og god innføring av pakkeforløp for psykisk helse og TSB, retningslinjer og tilbakemeldinger fra helsemyndigheter og oppdragsgivere. Tilbudet til pasienter med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer (ROP-lidelser) skal være kunnskapsbasert og fleksibelt og det er behov for fortsatt arbeid for å sikre dette.

Sykehuset har i en periode ligget over ønsket nivå for sykehusinfeksjoner og arbeider nå intensivt for å redusere andelen sykehusinfeksjoner til under 3 %.

Et mer integrert fokus på pasientsikkerhet og HMS vil framover innebære at pasientrapporterte resultater i enda større grad benyttes til forbedringsarbeid. Gjennom prosjekt *Trygg utskrivelse*, brukerundersøkelser, samarbeid med Brukerutvalget, Forandringsfabrikken og andre brukerorganisasjoner blir det også arbeidet med dette.

### **3.2.3 Pasient- og pårørendeopplæring**

Pasient- og pårørendeopplæring (PPO) er en av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver. PPO omfatter informasjon, veiledning, rådgivning og opplæring og foregår i alle deler av pasientbehandlingen. Pasientopplæring er beskrevet i en del av sykehusets behandlingslinjer, og spesielt der de kliniske avdelingene tilbyr gruppeopplæring i samarbeid med Lærings- og mestringssenteret (LMS).

God opplæring av pasienter og pårørende kan legge grunnlag for bedre samarbeid mellom pasient og behandlere om behandlingen, bedre etterlevelse av behandlingsstrategier og øke pasientens trygghet og mestring i hverdagen. PPO fungerer slik som sekundærforebygging ved å redusere forverring av sykdom og bidra til å styrke pasientsikkerheten.

De kliniske avdelingene gir i dag via LMS tilbud om gruppeopplæring til personer med ulike somatiske diagnoser. Det tilbys også enkelte diagnoseuavhengige kurs som retter seg mot mestring av plager og symptomer ved langvarig sykdom. Sykehusets PPO er primært diagnosespesifikk opplæring til de gruppene som sykehuset behandler, med intensjon om å formidle kunnskap om diagnose, behandling og hvordan leve best mulig med langvarige helseutfordringer.

Innen døgnenhetene i psykisk helsevern og TSB gjennomføres ukentlig tematisert pasientundervisning, mens det i poliklinikkene er tilbud om psykoedukative kurs. Individuelt tilpasset psykoedukasjon er en sentral del av de fleste behandlingsforløp både for barn, unge, voksne og eldre.

Det benyttes i noen grad e-helseprogrammer og opplæringsvideoer i pasientopplæringen, men sykehuset har foreløpig i liten grad tatt i bruk IKT-løsninger til dette. Tilgang til Læringsportalen vil åpne for flere muligheter, og digitale løsninger vil spille en stadig viktigere rolle innen informasjon og opplæring i tiden framover.

Brukermedvirkning på system- og individnivå bidrar til bedre helsetjenester. Ved å benytte erfaringskunnskapen i utarbeiding av informasjonsmateriell og i PPO øker kvaliteten på tjenestene. Sykehuset har involvert erfarne brukere i mye av dette arbeidet, blant annet i planlegging, gjennomføring og evaluering av gruppetilbud til pasienter og pårørende. Dette samarbeidet og brukerinvolveringen utvikles videre. Sykehuset ser at det fortsatt er mange pasienter og pårørende som har behov for opplæring og at det i for stor grad er tilfeldig hvem som blir henvist. Det er et potensiale for tettere samarbeid med andre sykehus og med primærhelsetjenesten for å nå flere, ikke minst personer med annen språk- og kulturbakgrunn.

### 3.3 Oppgavedeling og samhandling

Funksjonsfordelingen i Oslo og intensjonene i Samhandlingsreformen er førende for oppgavedeling og samhandling mellom sykehuset, andre helseforetak og primærhelsetjenesten. Ambisjonen er å se pasientens forløp gjennom alle helsetjenestenivåene under ett og bidra til at pasientene opplever trygghet i alle overganger. Dette forutsetter samarbeid om pasientforløp, kunnskapsdeling og gode kommunikasjonsstrukturer.

#### **Oppgavedeling innen spesialisthelsetjenesten**

Det er en klart definert oppgavedeling/funksjonsfordeling i Oslo når det gjelder innleggelser og polikliniske behandlinger. Dette er beskrevet i *Veiviseren* som er basert på et forpliktende samarbeid mellom Oslo kommune og de fire sykehusene som betjener befolkningen i Oslo.

I tråd med funksjonsfordelingen er det etablert tett samarbeid med OUS innen fagområder sykehuset selv ikke har ansvaret for. (se pkt. 2.2)

Sykehuset har avtale med HSØ om å ta i mot 10 øyeblikkelig hjelp-pasienter daglig fra Groruddalsbydelene som sogner til Akershus universitetssykehus. Dette omfatter både medisinske og kirurgiske pasienter.

#### **Samarbeid med primærhelsetjenesten**

*Samarbeidsavtaler og avtalefestede samarbeidsfora*

Sykehuset samarbeider med Oslo kommune/sectorbydelene i tråd med inngåtte samarbeidsavtaler.

I overordnet samarbeidsavtale mellom Oslo kommune og Oslo-sykehusene er det beskrevet tre avtalefestede fora som alle parter er forpliktet til å ha/være representert i:

- Samarbeidsutvalget i Oslo (SU)
- Direktørmøtet
- Samarbeidsforum somatikk og samarbeidsforum psykisk helse og rusavhengighet

I tillegg gjennomføres ulike formelle og uformelle samarbeidsmøter.

#### *Trygg utskrivning*

Med utgangspunkt i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet og regionale føringer og på bakgrunn av resultater av PasOpp-undersøkelser og interne kartlegginger, har sykehuset spesielt fokus på trygg utskrivning. I dette arbeidet tar man i bruk tiltakspakken som er anbefalt i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.

#### *Praksiskonsulenter (PKO)*

Sykehuset har praksiskonsulentressurser tilsvarende 100 % stilling, knyttet til medisinsk, kirurgisk, revmatologisk og voksenpsykiatrisk avdeling. PKO-ene arrangerer kurs og organiserer hospitering for allmennleger, sender nyhetsbrev til allmennleger i Oslo og bidrar i relevante arbeidsgrupper og prosjekter. Praksiskonsulentordningen bidrar i vesentlig grad til å bedre samarbeidet og samarbeidsklimaet mellom leger i spesialist- og primærhelsetjenesten.

### *'Møteplass Oslo'*

'Møteplass Oslo' er en arena for utvikling av medisinsk samhandling i Hovedstadsområdet. Målgrupper er fastleger og kommunalt ansatte allmennleger i Oslo, samt leger i Oslosykehusene. Møteplassen har utarbeidet felles anbefalinger om arbeids- og ansvarsdeling, og tilstreber konsensus og likeartet praksis innen feltet medisinsk samhandling. Møteplassen skal bidra til å sikre et godt og tillitsfullt samarbeidsklima og til deling av klinisk kunnskap og erfaring mellom leger i og utenfor sykehus. (vedlegg 1)

### *Rehabilitering*

Sykehuset opplever store utfordringer knyttet til oppgavedeling innenfor rehabiliteringsfeltet. Det er uklare grenseoppganger mellom spesialisthelsetjenestens og primærhelsetjenestens ansvar og mellom bydeler og etater i Oslo. Avklaring av oppgavedeling innen rehabiliteringsfeltet vil være et viktig utviklingsområde.

### *Reinnleggelser*

Sykehuset har utfordringer knyttet til reinnleggelser. Det er behov for å sette i gang et systematisk arbeid med å analysere reinnleggelsestallene og knytte dem til samhandlingsutfordringer.

### *Styringsdata internt og til kommunen*

Sykehuset benytter styringsdata fra HSØ og har også egne gode styringsdata for blant annet utskrivningsklare pasienter, liggetid og reinnleggelser. Rapportene er i liten grad brukt i systematisk forbedringsarbeid sammen med primærhelsetjenesten. Her ligger det er potensial for forbedringer av helsetjenestene på tvers av nivåene.

Det er behov for å videreutvikle rapporter som viser i hvilken grad *Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter* og *Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan (IP) og koordinerende enhet* etterleves i sykehuset.

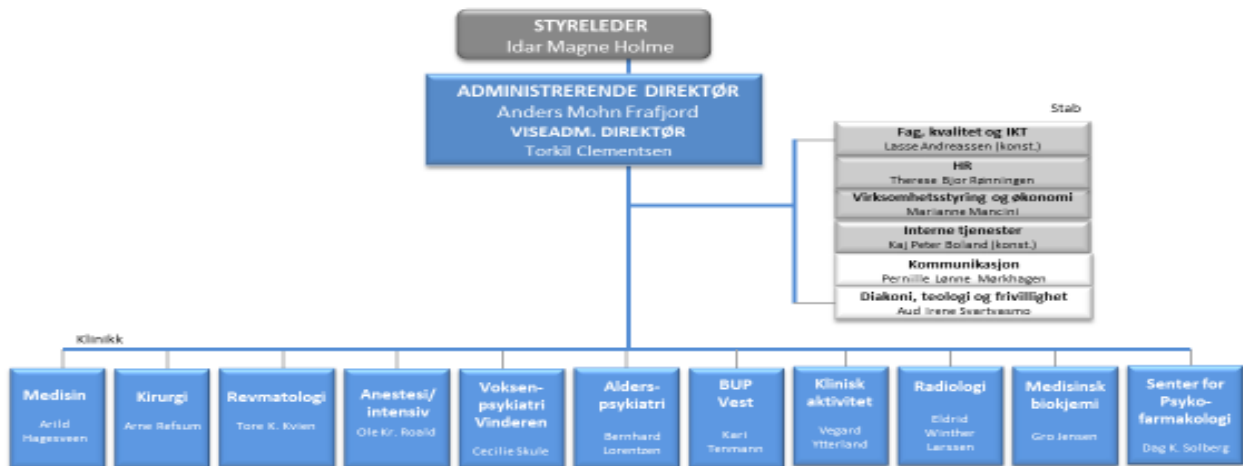
### *Samhandlingskontakttelefon og mail*

Sykehuset har egen kontakttelefon for samhandling og en samhandlingsmail som betjenes daglig. Her bistås klinikk og samarbeidsparter i komplekse pasientcase og ulike samhandlingsutfordringer.

### *Avtalespesialister*

Sykehuset samarbeider i hovedsak med avtalespesialister innen psykisk helsevern. Det er en utfordring å etablere avtalespesialistene som en integrert del av og en ressurs inn i spesialisthelsetjenesten. I 2014 ble alle fastleger i Oslo inndelt i clusterne med mål om å gjøre det enklere for pasienter å komme i kontakt med psykologspesialist og for å redusere ventetider. Arbeidet med clusterne har vært krevende og fungerer bare delvis.

### 3.4 Organisering, ledelse, visjon og verdigrunnlag



#### Organisering og ledelse

Sykehuset har syv somatiske avdelinger, fire avdelinger innen psykisk helsevern og fire stabsavdelinger. Det er gjennomgående tre ledernivåer: administrerende direktør, avdelingsjef og enhetsleder.

Sykehusets ledergruppe består av administrerende direktør, viseadministrerende direktør og avdelingsjefene i klinikk og stab.

I 2016 hadde sykehuset 1.412 faste årsverk og i gjennomsnitt 1.699 fast ansatte.

Det er et godt samarbeid med Sykehusapoteket som er lokalisert i tilknytning til sykehuset.

#### Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Sykehuset er tuftet på vedtektene til Det norske Diakonhjem og på selskapets egne vedtekter, norsk helselovgivning og de avtaler som er inngått med Helse Sør-Øst RHF. Sykehuset er bærer av en sterk diakonal tradisjon.

**Kjerneverdier:** Respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet

**Visjon:** Nyskaper i tjeneste for vår neste

**Virksomhetsidé:** Diakonhjemmet Sykehus skal yte spesialisthelsetjenester av høy kvalitet til pasienter ut fra et helhetlig perspektiv. Pasienten skal få riktig behandling, til rett tid, på riktig måte, hver gang, og vi skal vise helhetlig omsorg for pasienter og pårørende.

**Motto:** Engasjert for mennesket



Sykehuset har et mål om å bevare og utvikle sin identitet og egenart som diakonalt lokalsykehus i en vekstperiode. Særlig ønsker sykehuset å vektlegge visjonen om å være til tjeneste overfor særlig sårbare pasientgrupper og overfor alle pasienter i sårbare faser av livet. Det utfordrer sykehuset å skulle leve opp til ambisjonen om å se pasientens helhetlige behov i komplekse sykdomsfaser, men der liggetiden stadig blir kortere. Sykehuset ser en særlig oppgave i å videreutvikle gode pasientforløp på tvers av behandlingsnivåene.

Et av delprosjektene i Prosjektet Konseptfase Nytt sykehus omhandler hvordan sykehusets diakonale forankring kan videreutvikles i en vekstperiode. Prosjektrapporten er et godt grunnlag når sykehuset skal konkretisere prioriteringer for neste strategiperiode.

### 3.5 Bemanning, kompetanse og utdanning

#### Utdanning – samarbeid med utdanningsinstitusjoner

Medarbeiderne og deres kompetanse er sykehusets viktigste ressurs.

Utdanningsaktiviteten ved sykehuset skal bidra til at sykehuset til enhver tid har den kompetanse som det er behov for.

Utdanning av helsepersonell er en av sykehusets lovpålagte oppgaver og dessuten viktig for rekrutteringen. I tillegg til leger og psykologer i spesialisering har sykehuset i løpet av året ca. 380 elever, lærlinger og studenter i praksis, både i grunn-, videre-, master- og etterutdanninger.

For å sikre nok praksisplasser til fremtidig fagpersonell, jobbes det kontinuerlig med å opprettholde de praksisplassene vi har, og det jobbes med å finne nye egnede praksisarenaer. Flere poliklinikker, dagenheter og spesialenheter har nå studenter i praksis fra flere utdanningsnivåer. Dette er også hensiktsmessig med tanke på fremtidig rekruttering. Det er et tydelig og økende press på å opprette flere praksisplasser innen bachelorutdanningen i sykepleie, spesielt innen kirurgi. Sykehuset har med god margin oppfylt pålagte krav og vil fortsatt jobbe for å opprettholde dette nivået. Det jobbes med å sikre kvalitet i praksis gjennom økt veilederkompetanse og gjennom samarbeid med utdanningsinstitusjonene.

Sykehuset har inngått forpliktende samarbeidsavtaler med videregående skoler, Fagskolen, høyskoler og universiteter. Sykehuset deltar på formelle samarbeidsmøter der vi evaluerer eksisterende og utvikler nye studieplaner. Vi samarbeider også med utdanningsinstitusjonene om utviklings-/innovasjonsprosjekter og forskning.



## **Kompetanseplaner**

Sykehuset jobber med en overordnet strategisk plan for utdanning- og kompetanseutvikling. Mange yrkesgrupper har egne strategiske kompetanseutviklingsplaner for å møte dagens og fremtidens krav til kompetanse.

Gjennom LIS-reformen arbeides det systematisk med å implementere overgripende kompetanseplaner utarbeidet av Helsedirektoratet. Nye medarbeidere følger sykehusets oppdaterte og obligatoriske opplæringsprogram.

## **Simulering**

Simulering og trening på realistiske modeller og situasjoner lik det virkelige liv får stadig større plass i undervisningstilbudet. Dette skyldes både den teknologiske utviklingen som gjør slik trening mulig, og økte krav til ferdigheter før helsepersonell møter pasienter. I tillegg er det en rekke sjeldne og farlige situasjoner der simulering er eneste mulighet for å trene på individuelle ferdigheter og samspill i team.

Utover innlæringen er det også økende fokus på å verifisere og dokumentere kunnskaper og ferdigheter med realistiske testsituasjoner. Dette gjelder både undervisning til studenter og etterutdanning for helsepersonell.

Sykehuset har lenge samarbeidet med VID vitenskapelige høyskole om simulering i VIDs simuleringssenter på Steinerud. I årene fremover planlegger man å videreutvikle og utvide dette samarbeidet slik at simulering får en enda mer sentral plass i opplæringen og videreutdanningen av helsepersonell ved sykehuset.

## **3.6 *Forskning og innovasjon***

### **Forskning og innovasjon**

Sykehuset har i flere år vært det sykehus i landet som forsker mest utenom universitetssykehusene. Sykehuset får relativt sett stor uttelling ved tildeling av forskningsmidler fra aktuelle kilder.

Forskningen ved sykehuset er i all hovedsak pasientnær forskning, for å bygge kunnskap som kan forbedre pasientbehandlingen. Sykehuset har en høy andel publikasjoner på nivå 2. De siste årene har sykehusets forskere publisert i anerkjente tidsskrifter som for eksempel The BMJ, Lancet og American Journal of Psychiatry.

Det største forskningsfagmiljøet er knyttet til Revmatologisk avdeling, men også andre fagområder har økende forskningsaktivitet. Innen psykisk helsevern og psykofarmakologi er det etablert gode forskningsmiljøer de senere årene. Innen rammen av Helsetjenester til eldre (HTE) er det aktiv tverrfaglig forskning innen geriatri og eldres helse.

Det er knyttet 10 professorater til sykehuset, og de siste årene har antallet doktorgrader utgått fra sykehuset vært betydelig: (2015:10, 2016:6, 2017:7). I 2017 har det blitt implementert nye prosedyrer for organisering av forskningen for å sikre at planlegging, godkjenning og gjennomføring av medisinsk og helsefaglig forskning ved sykehuset skjer i samsvar med krav i lov og forskrifter.

### ***Revmatologisk avdeling***

Revmatologisk avdeling er tilknyttet Universitetet i Oslo gjennom professorater i revmatologi og helsefag. Revmatologisk avdeling er anerkjent som EULAR Centre of Excellence siden 2008, som betyr at den er en av de omtrent 20 førsteklasses og ledende revmatologiske forskingssentra for aktive forskere i Europa.

#### *Voksenpsykiatrisk avdeling*

Avdelingen samarbeider om forskningsprosjekter med blant annet Medisinsk fakultet og Psykologisk institutt. Avdelingen har etablert en godt dokumentert, evidensbasert modell for arbeidsrettet kognitiv terapi. Modellen er evaluert og pasienter og fastleger har beskrevet gode erfaringer med tiltaket.

#### *Alderspsykiatrisk avdeling*

Avdelingen driver forskning innen temaene depresjon, ECT, psykose og legemidler og har for tiden seks pågående forskningsprosjekter. Forskningen utføres av avdelingens egne klinikere og er i hovedsak knyttet til avdelingens egne pasienter. Det gjøres også registerstudier.

#### *Forskningsbiobank*

Sykehuset har fått REK-godkjenning til å drive generell forskningsbiobank. Avdeling for medisinsk biokjemi og Medisinsk avdeling lagt grunnlaget for biobankvirksomheten. Det gjenstår en del arbeid for å etablere rutiner for blant annet innsamling av biologisk materiale og prosedyrer for bruk av biobankens materiale og registerdata.

#### *Forskningslaboratorium*

Forskningslaboratoriet er også et samarbeidsprosjekt mellom Avdeling for medisinsk biokjemi og Medisinsk avdeling, og er sykehusovergripende. Pr. 2017 utført oppdragsforskning for eksterne institusjoner, og flere prosjekter kommer stadig til. Analysene som utføres på forskningslaboratoriet er også åpne til bruk for sykehusets interne forskningsprosjekter i likhet med oppdragsforskning.

#### *Senter for Psykofarmakologi*

Avdelingen har omfattende forskningsaktivitet med fokus på å identifisere årsaker til individuell variasjon i klinisk effekt og bivirkninger av psykofarmaka. Kunnskapen fra avdelingens forskning gir mulighet for individuelt tilpasset behandling basert på faktorer som for eksempel alder, genotype, kjønn, røykevaner og bruk av andre legemidler. Den kliniske nytteverdien er minsket risiko for bivirkninger og økt sannsynlighet for god behandlingseffekt.

#### *Styrket innovasjonsorganisering*

I 2017 organiserte sykehuset innovasjonsvirksomheten tydeligere for å systematisere den innovative satsingen. Sykehuset har nå eget innovasjonsutvalg med representasjon til alle avdelinger og innovasjonsrådgiver som følger opp ansatte i idéutvikling og søknadsprosesser. Målet er å styrke behovsdreven innovasjon innen pasientbehandling og effektivisere arbeidsprosesser. Sykehuset har allerede fått god uttelling for satsingen gjennom tildeling av innovasjonsmidler fra HSØ. Nå utforskes andre private og offentlige samarbeidspartnere for å styrke innovasjonssatsingen ytterligere

### 3.7 Økonomi

Sykehuset har frem til 2017 hatt et positivt økonomisk resultat, egenkapitalen er de siste årene styrket og likviditeten er tilfredsstillende. De siste 6 årene har man tatt igjen noe vedlikeholdsetterslep på arealer og hatt en tilfredsstillende utskifting av utstyr og oppgradering av IKT-strukturen. På tross av dette har sykehuset en sårbar økonomi. I 2017 har vi sett en kraftig vekst av kostnader særlig knyttet til legemidler. Dette, kombinert med redusert kirurgisk aktivitet innen ortopedi og økte avskrivningskostnader, har medført at sykehuset ikke lenger går med positivt økonomisk resultatet.

Økte kostnader til infrastruktur, økt spesialiseringen innen profesjonene og økte oppgaver knyttet til opptaksansvar medfører at smådriftsulemper øker.

Sykehuset har en høyere kostnadsindeks innen somatikk enn andre lokalsykehus. Vår pasientmiks er i stor grad eldre pasienter med sammensatte lidelser samt pasienter med revmatiske sykdommer der vi har regionale og nasjonale spesialfunksjoner.

Sykehuset erfarer at dagens funksjonsfordeling mellom sykehusene i hovedstadsområdet og sykehusets nåværende størrelse gjør sykehuset sårbart overfor endringer i finansieringsmodellen for spesialisthelsetjenesten. I tillegg varierer sykehusets pensjonskostnader og medfører økonomisk uforutsigbarhet.

Omstillingsbehovet de kommende årene er anslått til 200 millioner kroner for å kunne sikre økonomisk bærekraft. En stor del av omstillingen må skje gjennom kostnadskutt – en prosess sykehuset allerede arbeider intensivt med.

### 3.8 Teknologi og utstyr

#### 3.8.1 IKT

##### **Infrastruktur/drift**

Sykehuset outsourcet IKT-drift til EVRY i 2012. I perioden 2012-2018 har det pågått en større modernisering av IKT-infrastruktur. Som en naturlig del av leverandørens modernisering vil sykehusets systemer i løpet av våren 2018 være flyttet over på helt ny hardware i nytt datasenter. Fokus nå og fremover vil være å jobbe med kontinuerlig vedlikehold av IKT-infrastrukturen og å unngå å opparbeide teknisk gjeld.

##### **Applikasjoner/systemer**

- Systemene som brukes på sykehuset er i stor grad oppgradert til nyere versjoner
- Det er 2017 implementert et nytt system som lagrer bilder/video fra gastroscopiske undersøkelser samt stillbilder fra f.eks. sårpoliklinikk
- Det er innført to- og tre-strøms videokonferanserom
- Som første sykehus har Diakonhjemmet vedtatt å implementere DIPS ARENA i fullskala
- Nytt system for EKG planlegges
- Sykehusets laboratorier benytter et laboratoriedatasystem som trenger utskifting innen få år

##### **Dagens digitale løsninger rettet mot pasienter**

Epikriser og polikliniske notater sendes via Digipost. Pasientene kan avbestille timer via MinJournal. Det arbeides med å se på ulike selvrapporteringsløsninger for pasienter, slik at de i større grad kan monitoreres hjemmefra. Foreløpig har det kommet opp et testprosjekt for hjemmebasert rapportering for personer med enkelte revmatiske sykdommer.

### 3.8.2 Medisinskteknisk utstyr – MTU

MTU innen anestesi, operasjon, poliklinikk og sengeposter består stort sett av enkeltstående apparater. Enkelte av disse har mulighet for lokal lagring, eventuelt overføring til CD/USB. I tillegg har sykehuset små isolerte nettverk som benyttes til sentralovervåking, telemetri og videostrømming fra operasjonsstuene.

Data overføres i dag til sentral lagring fra PC-baserte EKG-apparater og fra endoskopiske undersøkelser i kirurgisk poliklinikk. EKG og endoskopibilder kan deretter bli tilgjengelig fra pasientjournalen.

Sykehuset kan per i dag dele radiologiske bilder med enkelte andre helseforetak i Oslo. Denne overføringen krever mye manuelt arbeid og kvalitetssikring. Det er behov for økt fokus på elektronisk samhandling.

Det er et ønske om å etablere brokobling mellom isolerte nettverk og resten av sykehusets nettverk.

### 3.9 Radiologi

Dagens utstyrspark er blitt skiftet ut de siste årene og med en gjennomsnittsalder på ca 4 år. Det etterspørres nå stadig mer og flere spesialiserte undersøkelser, i tillegg til stor etterspørsel etter bidrag inn i forskningsprosjekter.

Kapasiteten er allerede utnyttet, og vekst i sykehuset vil kreve investeringer i mer utstyr.

Vi har 3-strøms videokonferansemulighet for å ha felles møter og felles faglige vurderinger med OUS, dette for å effektiviserer pasientforløpet.

Utviklingen innen radiologi går rask, for eksempel vil kunstig intelligens og utvikling av CAD-programmer (computer assistert deteksjon) bidra til å lette diagnostiseringen.

### 3.10 Medisinsk biokjemi

Sykehuset investerte i 2016 i nytt totalautomatisert analysesystem, som et ledd i bedre analyseflyt og raskere prøvesvar.



*Systemet er et båndsystem fra Roche Diagnostics. Det består av Cobas 8100 som er den preanalytiske delen, 2 analysemaskiner Cobas 8000 for analyse av klinisk kjemi og immunkjemi og til slutt Cobas p501 som er kjøleskapet som arkiverer prøver automatisk før de kastes 7. dag.*

Mye er i dag på plass, men avdelingen satser på mer fullautomasjon i fremtiden. Infrastrukturen utvikles kontinuerlig for å tillate større utnyttelse av pasientmateriale og pasientdata, inkludert utstyr og registerverktøy. For å sikre enda raskere prøvesvar og bedre pasientsikkerhet, bør flere analysemaskiner kobles på båndløsningen.

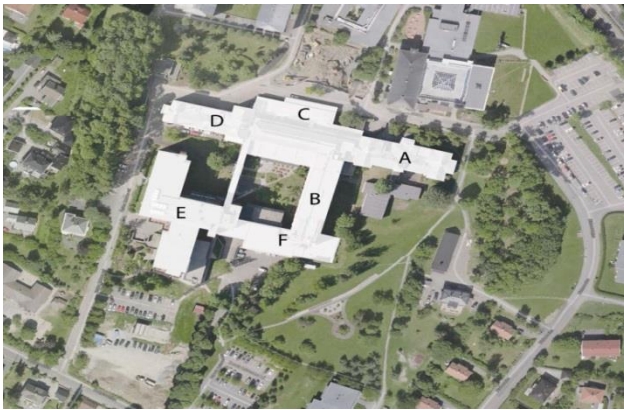
Analyseparken må oppgraderes ca. hvert 8. år for å til enhver tid ha analyseutstyr som fungerer og som er i tråd med tiden.

### 3.11 Dagens bygg – tilstand og muligheter

#### Areal og tilstand



*Bygningsmassen sykehuset disponerer er eid av Stiftelsen Det norske Diakonhjem, Helse Sør-Øst og Stiftelsen Diakonissehuset, hhv Steinerud, Vinderen og Tåsen.*



*Bildet viser eksisterende bygningsmasse på Steinerud*

Avtalene med hjemmelshavere er løpende og basert på at den somatiske og/eller psykiatriske virksomheten opprettholdes.

Høsten 2015 vedtok Oslo kommune en kommunedelplan som i praksis hindrer sykehuset i å omregulere, bygge ut eller bygge nytt på Steinerud de nærmeste 5–10 årene. Sykehusets fokus er derfor de nærmeste årene å optimalisere bruken av arealene innenfor eksisterende bygningsmasse.

Sykehusets bygninger og tekniske infrastruktur har i de senere årene blitt forbedret. Etterslepet er betydelig redusert og løpende vedlikeholdsplan tilsier at bygninger og teknisk infrastruktur i løpet av 3–5 år vil være tilfredsstillende. Men med den relativt store variasjonen i byggetidspunkter vil det kreve at fokus og ressurser til et jevnt vedlikehold opprettholdes. Pt er de årlige bevilgningene til bygningsmessig vedlikehold, oppgraderinger og ombygginger i størrelsesorden 30–40 millioner kroner pr. år. Summen av vedlikehold, oppgradering, utskifting og ombygginger de neste 10 år antas å være i størrelsesorden 250–300 millioner forutsatt tilnærmet samme aktivitet i bygningsmassen.

Steinerud: Somatikk	A-fløy	B-fløy	C-fløy	D-fløy	E-fløy	F-fløy	V-fløy	Totalt
Totalt BRA-areal	3.361	4.924	5.870	2.739	16.225	3.155	1.023	37.297
Byggeår	1900	1965/1996	1965/1992	1900	1982/2009/ 2013	1980	1985	
Teknisk tilstand								
Funksjonell tilstand/egnethet								
Universell utforming								

Vinderen: Psykiatri (VPS/akutt psyk., DPS, BUP og SFP/lab)	Bygg A	Bygg B	Bygg C	Bygg D	Totalt
Totalt BRA-areal	9.387	1.355	2.675	3.452	16.869
Byggeår	1925	(1970)/2000	2007	2012	
Teknisk tilstand					
Funksjonell tilstand/egnethet					
Universell utforming					

Tåsen: Alderspsykiatri	Sydfløy	Vestfløy	Nordfløy	Totalt
Totalt BRA-areal	1.611	1.793	549	3.953
Byggeår	1960/2009	1960/2009	1980	
Teknisk tilstand				
Funksjonell tilstand/egnethet				
Universell utforming				

**Totalt areal**  
58.119

#### Teknisk tilstand

Kommentar	Farge
Nybygg	
Akseptabel standard	
Begynnende forfall, rehab. nødvendig og planlagt	
Ikke tilfredsstillende. Kondemnabelt / tot.rahab nødv.	

#### Funksjonell tilstand/Egnethet

Kommentar	Farge
Meget godt	
Tilfredsstillende	
Brukbart, men tilpasninger nødvendig	
Ikke hensiktsmessig / ikke regningssvarende å endre	

#### Universell utforming

Kommentar	Farge
Full universell utforming	
Tilfredsstillende tilgjengelighet	
Begrenset tilgjengelighet, behov for bistand	
Ikke universelt tilpasset	

Tabellen over viser at arealene er i tilfredsstillende teknisk stand, universell utforming er i hovedsak ivaretatt og egnet til den aktivitet som foregår. Unntaket på Steinerud er i A- og D-fløy og til dels Bygg A på Vinderen som alle er gamle bygg.

På grunn av mange forskjellige byggetrinn opp gjennom historien er logistikken ikke optimal. Poliklinikkene har én samlet resepsjon, men de forskjellige aktivitetene pasientene skal gjennom ligger relativt spredt rundt på Steinerud. For tiden arbeides det med å etablere sentra for diverse pasientforløp for å forenkle pasientens vei gjennom sykehuset. Plasseringen av blant annet akuttmottak, bildediagnostikk, laboratorium, operasjon og sengeposter er heller ikke optimal, og det arbeides også her med hvilke mulige omrokkeringer som er realistiske innenfor dagens bygningsmasse. Dagens lokaler til operasjonsvirksomhet i B-fløy vil ha et behov for oppgradering/nybygg i løpet av få år. Også dagens laboratorielokaler på Steinerud er gamle og ligger langt fra den sentrale kliniske virksomheten.

### Steinerud A-fløy

- 1. etasje A-fløy benyttes i dag til Dagkirurgisk overvåking og Fastende venteseone. Arealene er tilfredsstillende, men ikke optimale.
- 2. etasje ble pusset opp til medisinsk sengepost i 2013 for å møte HSØs ønske om å avlaste Ahus med 10 pasienter pr. dag. Planløsningen er lite hensiktsmessig og ikke tilstrekkelig fleksibel med tanke på moderne sengepostdrift, med mindre arealet bygges helt om. Sykehuset arbeider nå med en plan for å integrere denne sengeposten i våre øvrige sengeposter i E-fløy. Det vil totalt sett gi mer effektive, robuste og pasientmessig bedre sengepostarealer.
- 3. etasje A-fløy benyttes til kontorer og skal rehabiliteres.

### Steinerud D-fløy

D-fløy er den fløy på Steinerud som er minst egnet og har dårligst teknisk standard og vil bli totalrehabilitert dersom ikke bygget blir besluttet revet.

- 1. etasje benyttes til bildediagnostikk og Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken. Arealene er tilfredsstillende i dag, men tilfredsstillende ikke krav til fremtidens radiologiske virksomhet.
- 2. etasje benyttes til geriatrisk poliklinikk og ble rehabilitert i 2013.
- 3. etasje benyttes til kontorer.

### Øvrig bygningsmasse på Steinerud

Med tanke på teknisk tilstand, egnethet og universell utforming tilfredsstillende resten av arealene i all hovedsak den funksjon de for tiden skal ivareta, men det gjenstår 3–5 år med videre utskifting før vedlikeholdsetterslepet er helt tatt igjen. Lokalene til operasjonsvirksomhet anses som de mest sårbare og trenger oppgradering/nybygg innen få år.

De forskjellige pasientnære arealer har vært gjenstand for diverse ombygginger og rehabilitering.

### Vinderen Bygg A



*Hovedbygget på Vinderen (Bygg A) er fra 1930 og fasaden er vernet.*

Aktiviteten er i all hovedsak rettet mot voksenpsykiatrien og enhetene for allmennpsykiatrisk døgnenhet og poliklinikk, akuttpsykiatrisk døgnenhet og rus og psykiatri holder til her.

På grunn av byggets struktur og alder er det ikke full universell tilgjengelighet i bygget, men kompensierende tiltak imøtekommer mangelen.

- Underetasje ble totalrehabilitert i 2014
- 1. etasje Akuttpsykiatrisk mottak ble rehabilitert i 2006 og øvrige arealer i 2010
- 2. etasje ble totalrehabilitert i 2014
- 3. etasje benyttes til kontorer og skal rehabiliteres



## Øvrig bygningsmasse på Vinderen og Tåsen



*Bygg B, C og D på Vinderen ansees som tilfredsstillende sett ut fra et teknisk perspektiv, deres egnethet og universelle tilstand.*



*Alderspsykiatrisk enhet på Tåsen ble rehabilitert i 2009 da Diakonhjemmet overtok bygget. Bygningsmassen er godt egnet og den tekniske og universelle tilpasningen er tilfredsstillende for den aktivitet som foregår i bygget.*

### Vurderinger av ulike funksjoner i sykehuset

Dagens kapasitet i bildediagnostikk er en utfordring. De nærmeste år har også operasjonsavdelingen behov for oppgradering og behov for flere innledningsrom for å øke effektiviteten. Ny organisering av poliklinikkene planlegges. Sykehusets forsyningstjeneste/ støttelogistikk må effektiviseres. Økte krav til smittevern og bygging av isolater er helt nødvendig. Det stilles nye krav til effektive behandlingsforløp samtidig som nye teknologiske muligheter skaper nye behov. Parallelt med nye føringer og krav fra myndighetene skaper dette behov for kontinuerlige omdisponeringer i sykehuset.

Ettersom vi i de neste 5–10 år ikke kan bygge ut pga. gjeldende kommunedelplan må vi effektiviseres og samhandle/finne synergier slik at vi får frigjort areal til ovennevnte behov.

Sett i lys av de forventede, kjente og ukjente endringene vi vet kommer er en av Diakonhjemmets styrker at vår organisasjon hele tiden har måttet endre drift/oppgaver og utfordringer i takt med denne utviklingen.



#### 4 Overordnede strategier og føringer

Følgende dokumenter er lagt til grunn for arbeidet med utviklingsplanen:

<b>Nasjonale og regionale strategier og plandokumenter</b>
Nasjonal Helse- og sykehusplan 2016–2019, St.meld. nr. 11 (2016)
Samhandlingsreformen (2012)
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten 2016
Primærhelsemeldingen (2014 - 2015)
Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2012)
Utviklingsplaner for helseforetakene – strategier, planer og regionale føringer
Helse Sør-Øst Plan for strategisk utvikling 2013–2020
SMITTERVERRNPLAN – Regional plan for Helse Sør-Øst 2015 - 2018
Oppdrag – og bestilling 2018 for Diakonhjemmet Sykehus fra Helse Sør-Øst
Veileder for arbeidet med utviklingsplaner
Økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst, 2017–2020
Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018–2020
Regional strategi for forskning og innovasjon 2013–2016
IKT-strategi 2015 (fra hvem?) HSØ
Brev fra HSØ datert 06.12.17 om økt samarbeid med LDS m.m.
<b>Lokale føringer</b>
Strategiplan Det norske Diakonhjem 2014–2018
Strategi Diakonhjemmet Sykehus 2014–2018
Tidligere utredninger og pågående endringsarbeid i Diakonhjemmet Sykehuset og Det norske Diakonhjem

## 5 Utviklingstrekk og framskrivning

### 5.1 Demografi og sykdomsutvikling



Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for tre bydeler i Oslo: Ullern, Frogner og Vestre Aker. Til sammen hadde de tre bydelene en befolkning i 2016 på 136.000.

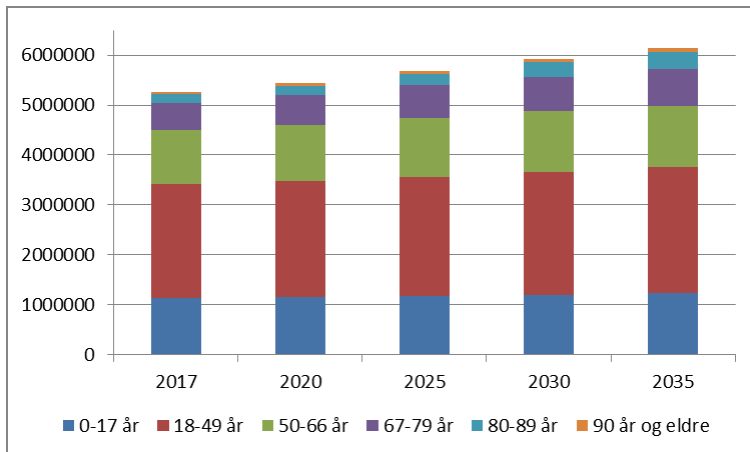
Frem mot 2030 er befolkningsgrunnlaget i sykehusets nåværende opptaksområde forventet å øke til rundt 168.000 innbyggere, noe som tilsvarer en økning på 31.000 innbyggere, eller rundt 24 %.

Befolkningsutvikling i Diakonhjemmets sektorbydeler:			
	2016	2030	Endring
Frogner	56 055	70 619	14 564
Ullern	32 517	39 639	7 092
Vestre Aker	47 738	57 585	9 847
<b>Totalt</b>	<b>136 310</b>	<b>167 843</b>	<b>31 503</b>

Tabellen viser forventet befolkningsvekst i Diakonhjemmets opptaksområde. Den forventede veksten vil først og fremst være i aldersgruppen 67 år og eldre.

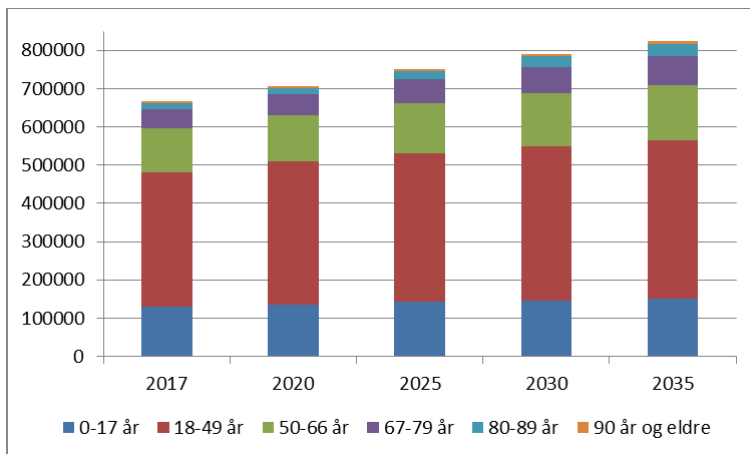
Alder	2017	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	Endring 2017
0 år	1.741	1.735	1.757	1.782	1.808	1.837	1.864	1.890	1.913	1.936	11,2 %
1-5 år	7.914	7.669	7.629	7.671	7.756	7.868	7.981	8.089	8.193	8.282	4,6 %
6-12 år	9.896	10.132	10.144	10.116	10.065	10.050	10.051	10.052	10.113	10.142	2,5 %
13-15 år	3.489	4.008	4.139	4.239	4.343	4.348	4.359	4.349	4.327	4.333	24,2 %
16-18 år	3.521	3.716	3.880	4.052	4.193	4.318	4.420	4.520	4.530	4.533	28,7 %
19-29 år	25.011	24.714	24.850	25.154	25.538	25.965	26.358	26.695	27.047	27.334	9,3 %
30-39 år	23.319	23.793	23.977	24.181	24.390	24.626	24.860	25.087	25.306	25.483	9,3 %
40-49 år	18.750	19.259	19.512	19.671	19.882	20.093	20.286	20.501	20.731	20.976	11,9 %
50-66 år	26.328	27.041	27.355	27.689	28.134	28.500	28.914	29.307	29.707	30.036	14,1 %
67-79 år	14.358	15.587	15.946	16.416	16.702	16.840	16.889	16.933	16.824	16.907	17,8 %
80-89 år	4.109	4.426	4.568	4.642	4.841	5.251	5.754	6.240	6.834	7.244	76,3 %
90+ år	1.298	1.231	1.228	1.234	1.216	1.185	1.162	1.161	1.169	1.197	-7,8 %
Alder i alt	139.735	143.315	144.982	146.845	148.870	150.881	152.899	154.821	156.695	158.405	13,4 %
Herav 18 år +	113.174	116.055	117.433	118.985	120.705	122.460	124.224	125.921	127.619	129.179	14,1 %

Tabellen viser befolkningsutviklingen i opptaksområdet til Diakonhjemmet Sykehus frem mot 2028 fordelt på alder.



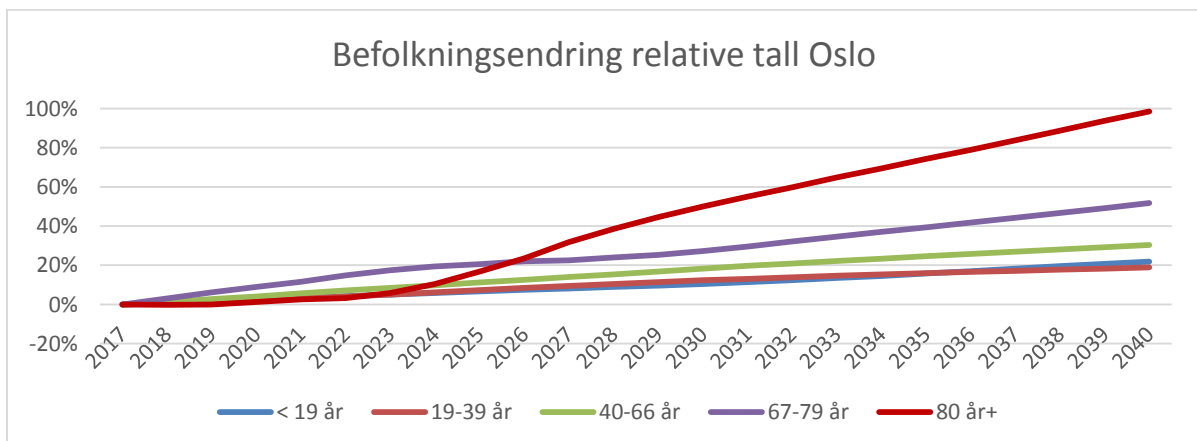
Tabellen over viser befolkningsveksten i Norge frem mot 2035. Metode: MMMM\*. Kilde: SSB.

Befolkningen i Norge vil passere 6 millioner innbyggere i 2030, og 6,13 millioner i 2035. Dette tilsvarer en vekst på over 16 %. Veksten vil bli størst i aldersgruppen 80 – 90 år hvor det forventes nesten dobbelt så mange innbyggere i 2035 enn i 2017.



Tabellen over viser befolkningsveksten i Oslo frem mot 2035. Metode: MMMM\*. Kilde: SSB.

\*Befolkningsframskrivning utført av Statistisk sentralbyrå der MMMM legger til grunn middels utvikling i fruktbarhet, levealder, innenlandske flyttinger og innvandring og MMMH angir utvikling med høy innvandring.



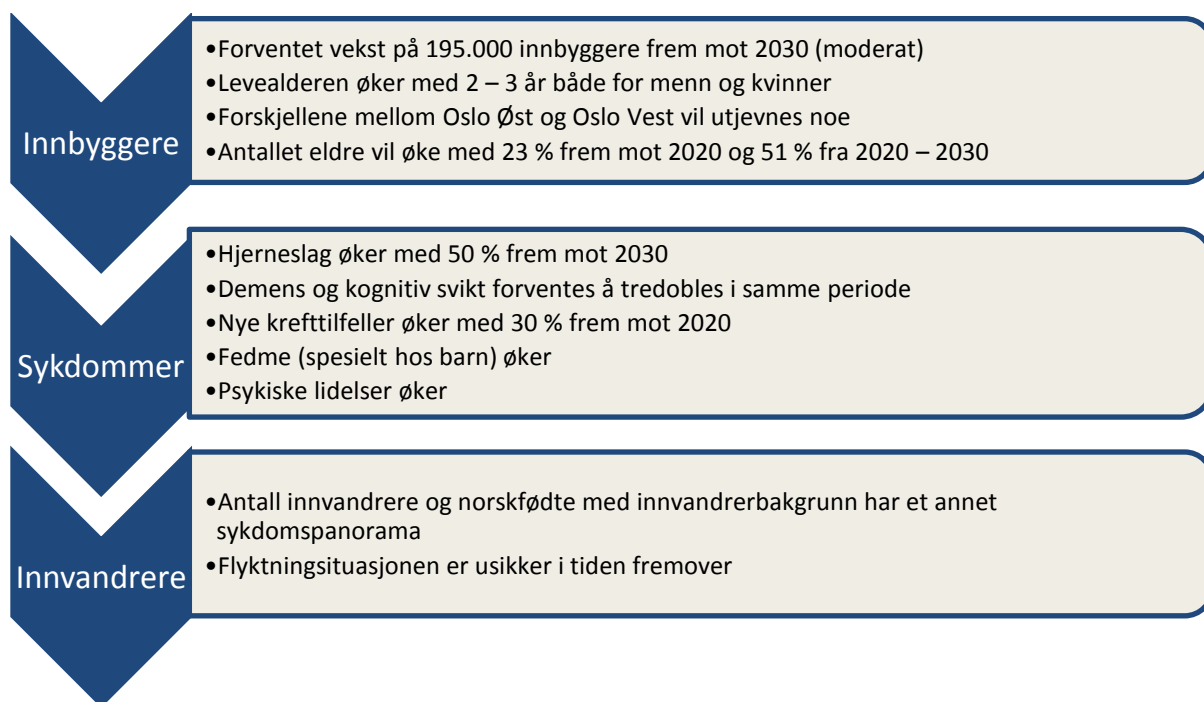
Tabellen viser befolkningsutviklingen i Oslo frem mot 2040 etter alder.

Befolkningsutviklingen i Oslo vil preges av en høyere befolkningsvekst enn landsgjennomsnittet grunnet innvandring fra resten av landet og fra utlandet, men også på grunn av høy fertilitet og sosioøkonomiske forskjeller i levetid.

Veksten i aldersgruppen 80–90 år vil også i Oslo være høyest, men her også høyere enn veksten i Norge. Det vil være mer enn dobbelt så mange innbyggere i denne aldersgruppen i Oslo i 2035 enn det er i dag.

Det er forventet flere friske eldre, men samtidig en høyere prevalens av livsstilssykdommer knyttet til fedme, alkohol, diabetes og kols.

Illustrasjonen under viser noen av de viktigste utfordringene i Oslo kommune frem mot 2030.



I løpet av samme periode står man ovenfor en endring som kan føre til følgende økning i etterspørsel etter helsetilbud i Oslo:

- Somatikk: + 30 %
- Psykisk helsevern: + 20 %

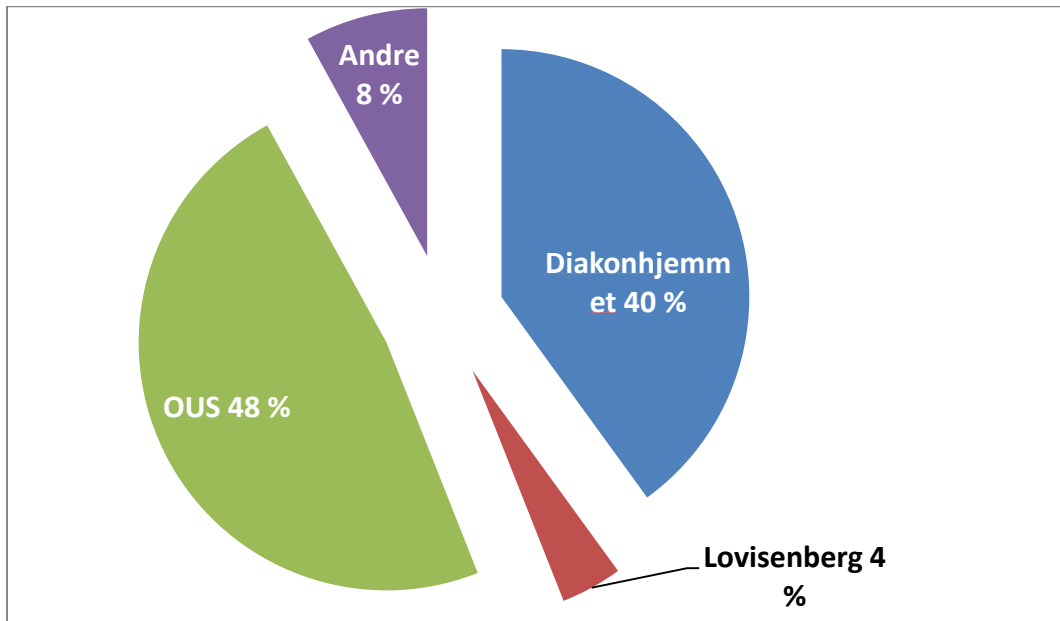
	MMMM*	MMMH*
Psykiske lidelser	39.474	55.382
Ondartede svulster	26.624	27.284
Unormale kliniske funn	20.561	22.564
Svangerskap og barsel	12.442	18.193
Fordøyelsessystemet	20.520	22.001

Tallene er moderate og har tatt utgangspunkt i MMMM

Tabellen over viser konsekvensen av en endring av framskrivning fra MMMM til MMMH for diagnoser det er forventninger til at vil øke i årene fremover. Tabellen viser at man er spesielt sårbar innenfor psykisk helsevern hvor en endring fra M til H vil øke antallet med nesten 40 %.

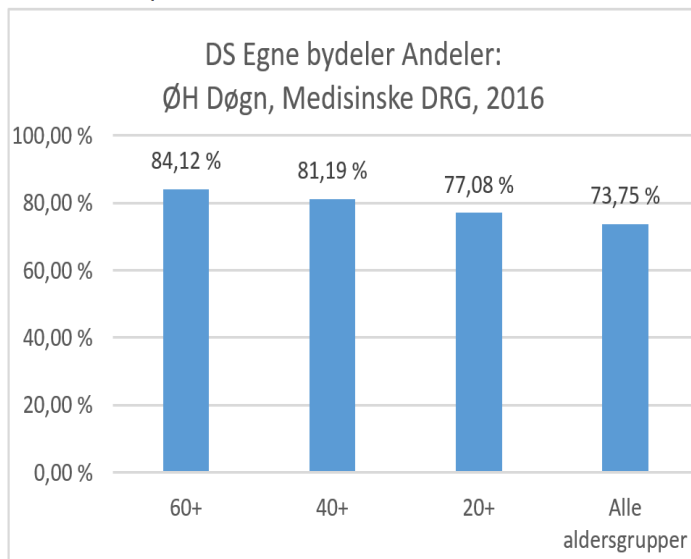
## Dekningsgrad ved Diakonhjemmet Sykehus

Hvem behandler pasientene i Diakonhjemmets opptaksområde i dag?



Tabellen over viser fordelingen av pasienter i Diakonhjemmets opptaksområde. Sykehusets egendekning på rundt 40 % er innenfor akutte og elektive tilbud innen indremedisin, kirurgi, psykisk helse og rus og revmatologi. Aktuell egendekningen kan i stor grad tilskrives funksjonsfordelingen i Oslo sykehusområde.

Innenfor de områdene det er forventninger om en høy egendekning (blant annet generell indremedisin) har sykehuset allerede høy egendekning - spesielt når det gjelder eldre pasienter.



Tabellen over viser at sykehuset i 2016 hadde en egendekning innenfor generell indremedisin for pasienter over 60 år på 84,12 %.

Andel opphold	Alle DRG				
	2014	2015	2016	2017	Endring
Diakonhjemmet	22,67 %	22,49 %	23,85 %	23,95 %	6 %
OUS	68,21 %	68,24 %	66,27 %	66,59 %	-2 %
Andre	9,12 %	9,27 %	9,88 %	9,46 %	4 %
<b>Totalt</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>0 %</b>

Tabellen viser at sykehuset har hatt en liten økning i antall somatiske opphold i eget opptaksområde fra 2014, blant annet fordi man har overtatt noen oppgaver fra Oslo Universitetssykehus. Økningen er innenfor øyeblikkelig hjelp, mens det er en liten reduksjon i elektiv virksomhet.

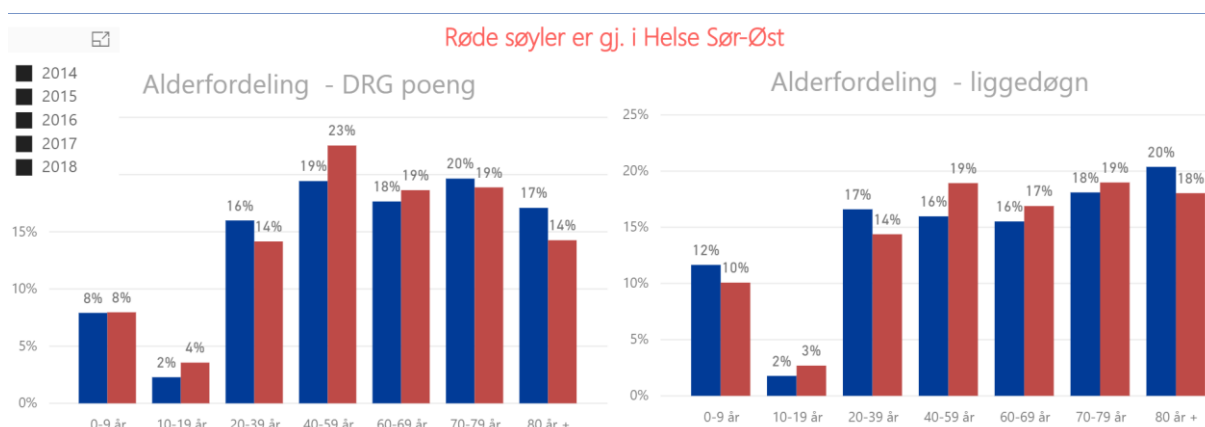
#### Dekningsgrad

	Somatikk 2017				Kirurgiske DRG 2017				Medisinske DRG 2017				Øvrige DRG 2017			
	DRG	Opphold	Liggedøgn	Senger	DRG	Opphold	Liggedøgn	Senger	DRG	Opphold	Liggedøgn	Senger	DRG	Opphold	Liggedøgn	Senger
OUS	18 388	116 951	34 365	104	7 677	5 444	11 501	35	4 213	7 285	16 551	50	6 498	104 222	6 313	19
DS	11 788	42 070	30 992	93	3 376	2 077	6 741	20	6 812	6 563	24 057	73	1 601	33 430	194	1
LDS	1 292	6 631	2 234	7	806	761	916	3	276	194	1 316	4	211	5 676	2	0
VV	462	2 394	876	3	180	180	148	0	140	186	516	2	142	2 028	212	1
Sunnaas	358	596	2 622	8				-	343	158	2 622	8				-
Oslo legevakt	239	610	381	1				-	202	359	378	1	37	251	3	0
Martina Hansen	227	944	234	1	196	142	231	1				-				-
Ahus	216	1 339	308	1	71	73	70	0	48	47	144	0	97	1 219	94	0
Andre	1 002	4 090	1 773	5	495	401	588	2	326	439	1 030	3	225	4 490	158	0
Sum	33 972	175 625	73 785	222	12 801	9 078	20 195	61	12 360	15 231	46 614	140	8 811	151 316	6 976	21

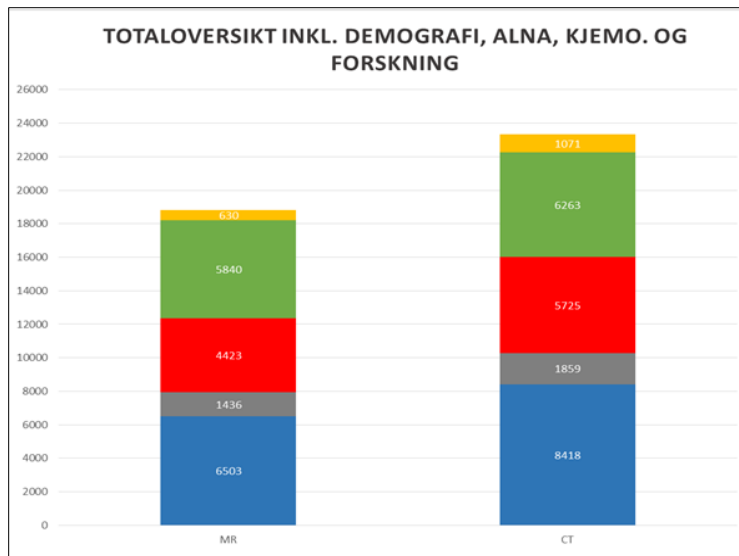
Tabellen over er en detaljert oversikt over dekningsgrad presentert etter DRG-poeng

- Etter antall opphold (elektiv, øyeblikkelig hjelp, poliklinikk og døgn)
- Etter antall liggedøgn
- Senger i eget opptaksområde etter beregningsmetodikken i kapasitetsberegningene i Norge (høy ressursutnyttelse 90 %)

For informasjon om mer spesifisert dekningsgrad presentert etter DRG-poeng – se vedlegg 2



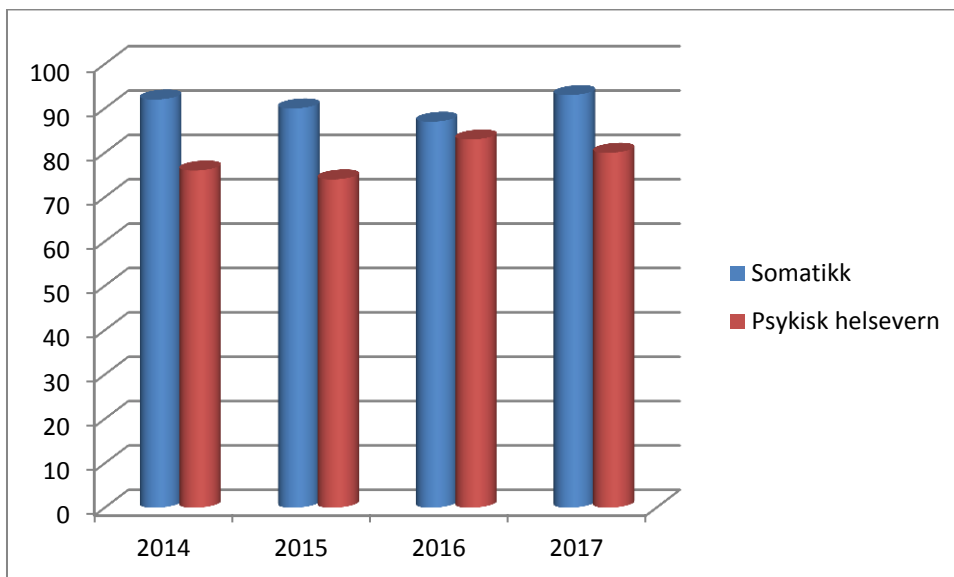
Tabellen viser aldersfordeling når det gjelder liggedøgn og DRG-poeng for Diakonhjemmet Sykehus. De røde søylene viser gjennomsnittet for Helse Sør-Øst.



Tabellen viser antallet MR-undersøkelser og antallet CT-undersøkelser per år på dagens to maskiner. Man antar at man ved full drift av en CT-maskin kan gjøre rundt 8.000 undersøkelser per år. Som illustrasjonen viser er dette antallet allerede overskredet, og ved innføring av medikamentell onkologi vil man få behov for å utvide kapasiteten for å opprettholde et tilstrekkelig radiologisk tilbud.

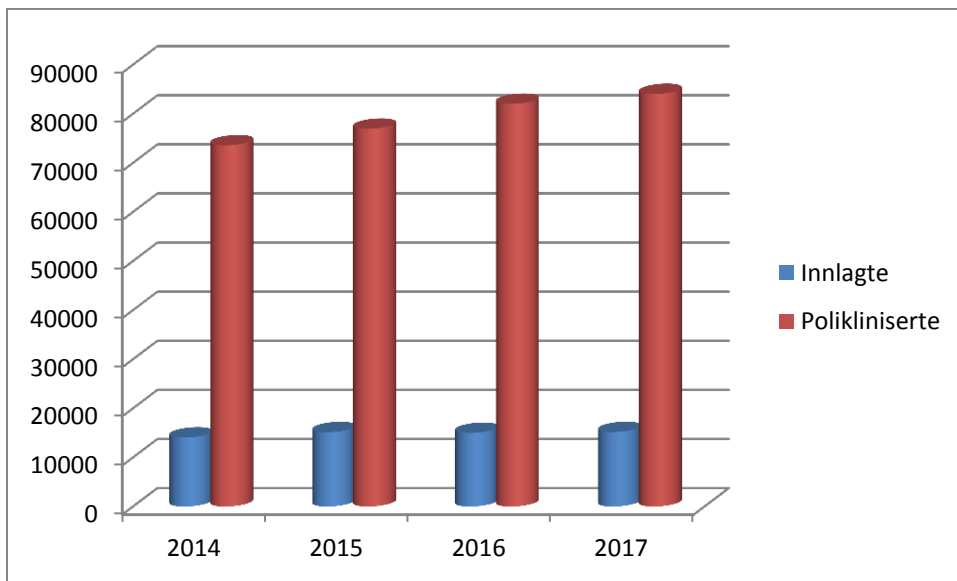
## 5.2 Endringsfaktorer

### Beleggsprosent

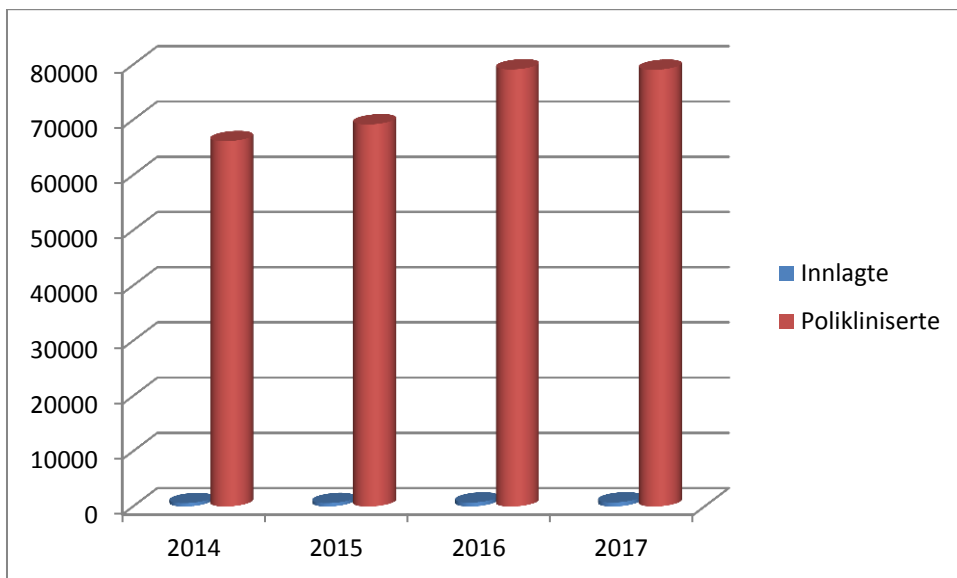


Tabellen over viser utviklingen i beleggsprosenten ved sykehuset de siste fire årene fordelt på somatikk og psykisk helsevern. Vi forventer at tallene vil være stabilt voksende både på kort og lang sikt. I tråd med prioriteringsregelen vil veksten innen psykisk helsevern bli noe høyere enn innen somatikken.

### Fordeling innlagte og polikliniserte pasienter



Tabellen over viser fordelingen av innlagte og polikliniserte pasienter ved sykehuset de siste fire årene for pasienter innen somatikken.

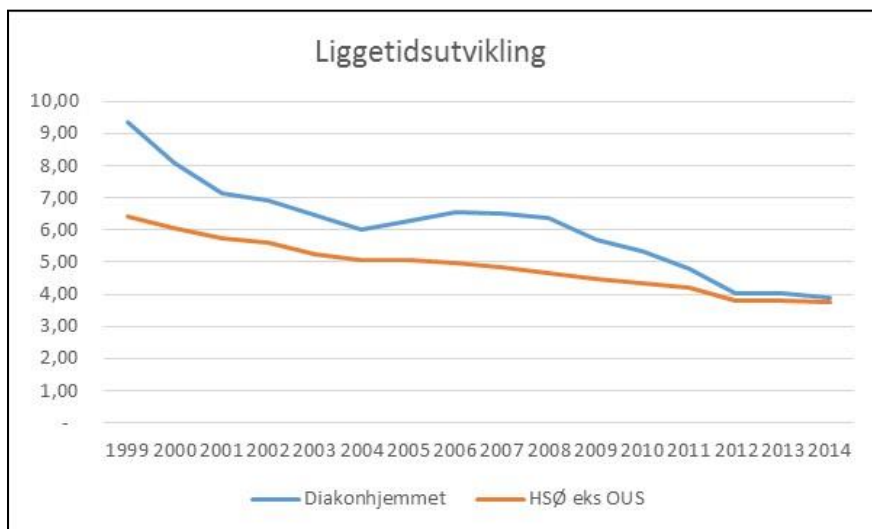


Tabellen over viser fordelingen av innlagte og polikliniserte pasienter ved sykehuset de siste fire årene for pasienter innen psykisk helsevern.

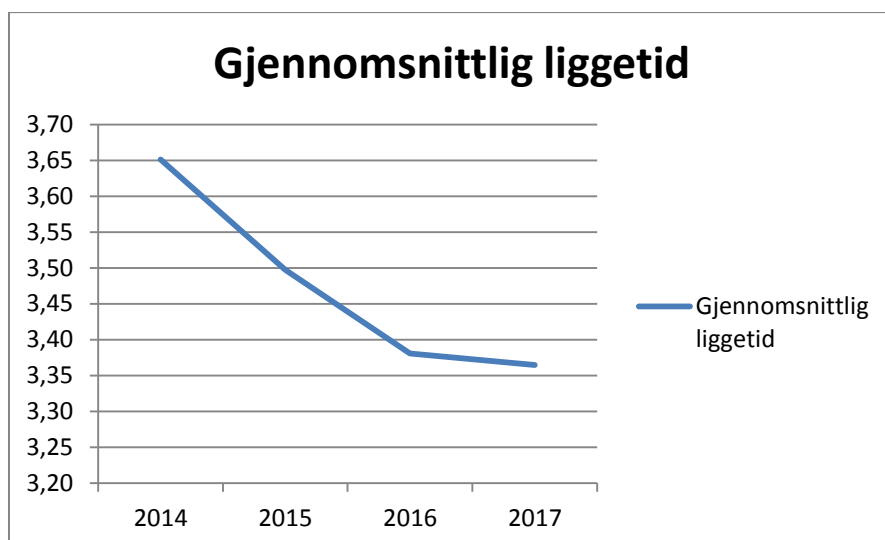
Det er forventninger om at veksten innen poliklinisk behandling og dagbehandling vil fortsette i årene fremover, mens døgnbehandlingen initialt vil øke noe for deretter å stabilisere seg og avta.



## Liggetider



Tabellen viser utviklingen av liggetider ved sykehuset fra 1999 og frem til 2015.



Tabellen viser gjennomsnittlig liggetid på somatiske avdelinger på sykehuset i perioden 2014 – 2017.

Liggetiden i spesialisthelsetjenesten er stadig redusert siden begynnelsen av 2000-tallet. De siste årene har vi imidlertid sett at liggetiden er blitt såpass lav for flere av de store pasientgruppene at det vil være lite sannsynlig med ytterligere reduksjon i tiden fremover. Enkelte pasientgrupper vil imidlertid gå fra å bli innlagt til å bli behandlet på dag, poliklinisk eller i eget hjem.

## Sykdomsutvikling

Demografisk utvikling og sykdomsendringen i befolkningen tilsier at andelen med kroniske sykdommer øker, og det blir flere eldre med sammensatte problemstillinger. Den medisinske utviklingen vil gi stadig flere mennesker mulighet til å leve videre med sykdom og/eller med ettervirkning av behandling. Tilstander som tidligere ble behandlet kirurgisk blir anbefalt å behandles konservativt og med egeninnsats fra pasienten. Disse gruppene vil ha behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten for opplæring om den aktuelle tilstanden og egnede mestringsstrategier.

### **Pasientrollen**

Pasientrollen er i endring, og det skal legges til rette for 'pasientens helsetjeneste' med stor grad av medvirkning og samvalg. Pasienter og pårørende vil ha behov for relevant informasjon og opplæring som grunnlag for å ta kunnskapsbaserte valg i samarbeid med behandlere, for å følge opp behandlingen og for å kunne ta sitt ansvar for å ivareta helsen.

### **Utbyggingsmuligheter**

Sykehusets strategi handler om vekst, og for å håndtere denne veksten vil sykehuset ha behov for større lokaler både til døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk behandling.

I tillegg har sykehuset fått klare signaler fra HSØ om å ta et større ansvar for helsetilbudet til Oslos befolkning. Til tross for nye behandlingsmetoder, ny teknologi og nye behandlingsarenaer vil det likevel være behov for noe utvidet kapasitet når det gjelder sykehusbygg.

Diakonhjemmet har pr i dag ikke mulighet til å bygge nytt på eiendommen på Steinerud. Det er sannsynlig at det i planperioden vil åpne seg nye muligheter vedr utbygging. Dette vil ha stor betydning for videre utvikling av sykehuset.

### **Utvidet opptaksområde**

For å sikre best mulig kvalitet i pasientbehandlingen trenger sykehuset å styrke sin posisjon som lokalsykehus. Sykehuset har behov for et tilstrekkelig stort opptaksområde for å ha et solid pasientgrunnlag for sine grenspesialiteter. Dette vil sikre sykehuset bærekraftig økonomi som tåler svingninger i etterspørsel etter helsetjenester og endringer i finansieringsmodellene.

Av denne grunn har sykehuset meldt at de ønsker å få utvidet sitt opptaksområde, et mål som er nærmere beskrevet i kapittel 6.

### **Teknologisk utvikling**

Tilgang på store datamengder av helsedata vil muliggjøre kunstig intelligens og maskinlæring til bruk innen beslutningsstøtte.

Telemedisin, velferdsteknologi og selvrapportering er i rask utvikling. Ved hjelp av teknologi vil sykehuset i større grad kunne følge opp pasienten hjemmefra. Nye tjenester vil kunne utvikles.

Samarbeid på tvers av spesialist- og primærhelsetjenester vil kreve enkel tilgang til pasientdata på tvers.

Behov for høyt fokus rundt informasjonssikkerhet vil bli sentralt.

Nye oppgaver til sykehuset vil kreve oppgradering av radiologisk utstyr og utvikling av kommunikasjonssystemer med andre sykehus.

Det er behov for å videreutvikle integrasjonsløsninger mellom fastleger og Avdeling for medisinsk biokjemi for å oppnå optimal kommunikasjon med legekontorer og institusjoner i primærhelsetjenesten.

### 5.3 Kapasitetsberegning

#### Demografisk utvikling og sengebehov

Diakonhjemmet	2015	2020	2030	2040	Vekst 15-40
<b>Barn</b>	25.222	26.485	27.892	28.745	14 %
0 år	1.712	1.810	1.908	1.895	11 %
1-5 år	7.695	7.565	8.176	8.127	6 %
6-12 år	9.055	9.545	9.780	10.091	11 %
13-15 år	3.302	3.837	3.845	4.191	27 %
16-18 år	3.458	3.728	4.183	4.441	28 %
<b>Voksen</b>	<b>108.854</b>	115.973	128.049	136.344	25 %
19-44 år	56.048	58.236	61.710	62.435	11 %
45-66 år	34.125	36.077	39.053	41.155	21 %
67-79 år	13.155	15.769	17.173	19.959	52 %
80-89 år	4.164	4.525	8.539	9.586	130 %
90 år eller eldre	1.362	1.366	1.574	3.209	136 %
<b>Totalsum</b>	<b>134.076</b>	<b>142.458</b>	<b>155.941</b>	<b>165.089</b>	<b>23 %</b>
Andel > 67 år	18.681	21.660	27.286	32.754	<b>75 %</b>
Andel > 67 år	<b>14 %</b>	15 %	17 %	<b>20 %</b>	

Tabellen over viser at det er spesielt aldersgruppen 67 år og eldre som vil vokse i årene fremover.

Kilde: HSØ

Differanse sengekapasitet og - behov	2014	2018	2020	2025	2030
<b>OUS</b>					
Sengekapasitet uten investeringer	1 704	1 695	1 423	1 065	1 065
Omstilt sengebehov	1 454	1 525	1 533	1 555	1 616
Differanse	250	170	-110	-490	-551
<b>Ahus</b>					
Sengekapasitet uten investeringer	657	657	657	657	657
Omstilt sengebehov totalt	754	804	814	844	905
Differanse	-97	-147	-157	-187	-248
<b>DS</b>					
Sengekapasitet uten investeringer	206	184	184	184	184
Omstilt sengebehov	143*	141	141	145	158
Differanse	63	43	43	39	26
<b>LDS</b>					
Sengekapasitet uten investeringer	155	155	155	155	155
Omstilt sengebehov	140	141	142	147	159
Differanse	15	14	13	8	-4
<b>SUM</b>					
Sum differanse sengekapasitet og omstilt sengebehov	231	80	-211	-630	-777

Tabellen over ble utarbeidet i forbindelse med beregning av kapasitetsbehovet i Oslo sykehusområde. Tabellen viser at det i perioden frem mot 2030 vil bli mangel på kapasitet både ved Ahus og Oslo Universitetssykehus, men Diakonhjemmet Sykehus vil ha noe ledig kapasitet for avlastning.

## 6 Analyse og veivalg

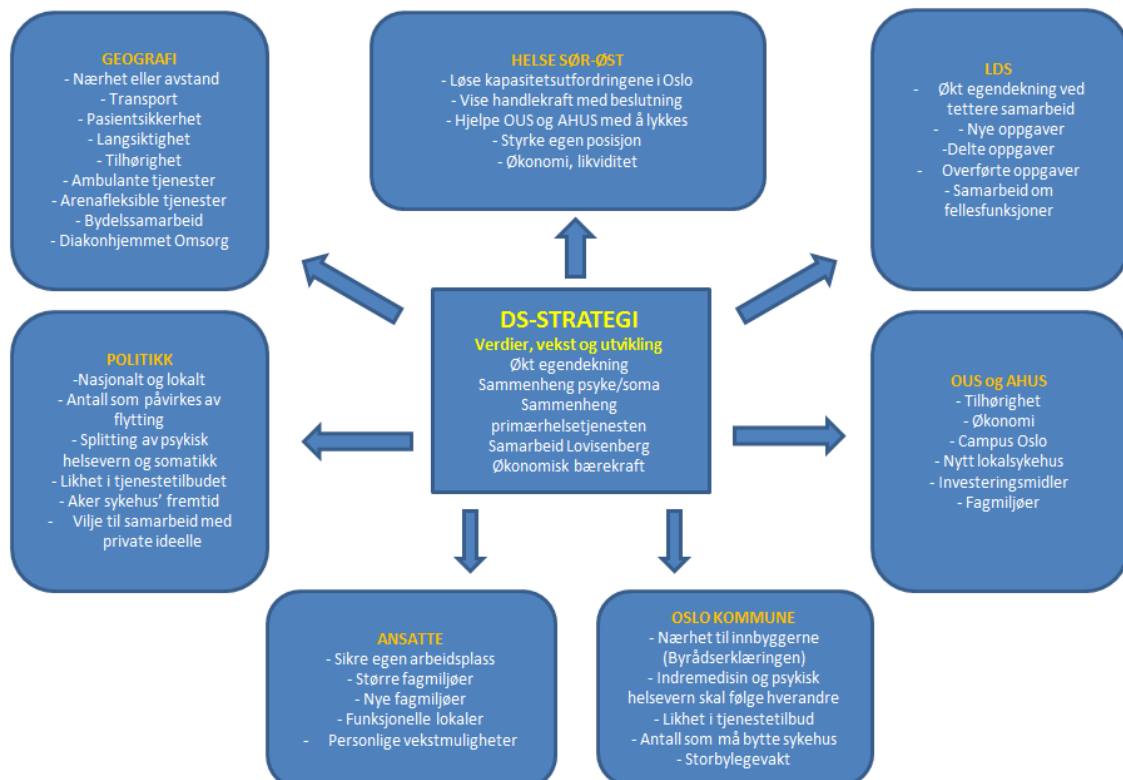
### Sykehusets fremtidige rolle i Oslo sykehusområde

Bruken av Diakonhjemmet Sykehus er forankret i Stortinget gjennom følgende vedtak: «Regjeringen er bedt om å vurdere tiltak som på kort og mellomlang sikt sikrer nødvendig trygghet, kapasitet og forutsigbarhet i sykehus tilbudet til Oslos befolkning, herunder bruk av ledig kapasitet ved Aker sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet Sykehus til lokalsykehusfunksjoner.» *Dokument 8:83 S, Innstilling 374 S*

I tillegg har Helse Sør-Øst besluttet at sykehuset skal spille en sentral rolle i forhold til å bidra med å løse kapasitetsutfordringen i Oslo både på kort og lang sikt: «På kort og mellomlang sikt skal kapasitetsutfordringene i hovedstaden møtes med en kombinasjon av endringer i opptaksområder/ansvar for geografiske områder og endret fordeling av oppgaver/pasientstrømmer. Oppgavedeling bør kombineres med definerte geografiske opptaksområder for basisfunksjoner. Basisfunksjoner ved alle fire sykehusene må som et minimum være utvalgte funksjoner innen indremedisin, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet for de opptaksområder sykehusene har ansvar for. I basisfunksjoner inngår fagområdene med stort behov for samhandling og samarbeid med kommunehelsetjenesten. En bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser og utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus.»

Oslo Universitetssykehus har i sin utviklingsplan lagt til grunn en overføring av enkelte funksjoner fra OUS til de to ideelle sykehusene de neste årene. Blant annet beskrives det at inntil 70 % av medikamentell kreftbehandling og palliasjon skal gradvis overføres for pasienter tilhørende de to lokalsykehus.

Tabellen under er en analyse utført av sykehuset. Den vurderer både sykehusets samarbeidspartnere, samt politiske og geografiske forutsetninger.



## 6.1 Alternative veivalg for sykehuset

Basert på tidligere strategiføringer fra sykehusstyret, vurderte sykehusledelsen den 23.01.18 følgende fem strategialternativer for vekst i årene fremover:

<b>Alternativ 0</b>	Ingen endring i forhold til dagens drift og organisering
<b>Alternativ I</b>	Økt egendekning gjennom vekst i eget opptaksområde
<b>Alternativ II</b>	Økt egendekning gjennom samarbeid med andre aktører (Lovisenberg diakonale sykehus)
<b>Alternativ III</b>	Økt egendekning gjennom utvidet opptaksområde
<b>Alternativ IV</b>	Økt egendekning gjennom kombinasjoner av alternativ I, II og III

Med utgangspunkt i føringer fra HSØ om økt egendekning og tettere samarbeid med Lovisenberg diakonale sykehus (LDS), samt sykehusets egen ambisjon om utvidet opptaksområde i planperioden, ble alternativ IV valgt.

Sykehuset har startet arbeidet med å vurdere muligheter for økt egendekning gjennom vekst i eget opptaksområde og initiert et arbeid for å formalisere samarbeidet med LDS om både pasientbehandling, oppgavefordeling, utvikling av LIS-reformen og generell kompetanseutvikling

## 6.2 Risiko- og mulighetsanalyser

Diakonhjemmet Sykehus har gjort en overordnet risiko- og mulighetsanalyse.

	Sikre økt egendekning	Sikre nye tilbud	Sikre faglig forsvarlighet	Sikre økonomisk bærekraft
<b>Alternativ 0</b>				
<b>Alternativ 0 uten Ahus*</b>				
<b>Alternativ I</b>				
<b>Alternativ II</b>				
<b>Alternativ III</b>				
<b>Alternativ IV</b>				

**Alternativ 0:** Ingen endring av dagens drift eller organisering:  
Løsningen vil ikke føre til økt egendekning eller nye pasienttilbud slik Helse Sør-st legger til grunn. Den økonomiske bærekraften vil i tillegg svekkes på grunn av fremtidige krav til innsparinger og økte smådriftsulemper.

**Alternativ 0\*:** Ingen endring av dagens drift eller organisering, med unntak av frafall av dagens A-hus-avtale:  
Løsningen vil skape store utfordringer på alle områder, og da spesielt innenfor faglig forsvarlighet. Ved å fjerne 25 % av sykehusets ø-hjelp svekkes hele fagmiljøet som arbeider med ø-hjelps-pasienter, noe som vil føre til et dårligere tilbud også til sykehusets gjenværende ø-hjelps-pasienter.

**Alternativ I:** Økt egendekning gjennom vekst i eget opptaksområde:  
Løsningen gir sykehuset mulighet til å gjøre mer av det vi allerede er gode på. Løsningen gir også sykehuset mulighet til å påta seg nye oppgaver for å øke sin egendekning, men sannsynligheten for å lykkes med dette vil være mindre om vi gjør dette uten å samarbeide med de andre Oslo-sykehusene.

- Alternativ II: Økt egendekning gjennom samarbeid med andre aktører (LDS):  
Løsningen vil øke egendekningen ved begge sykehusene da egendekningen beregnes ut fra begge sykehusenes tilbud. Det vil i tillegg bli mulig å utvikle nye tilbud, samt ta tjenester tilbake fra Oslo Universitetssykehus med utgangspunkt i et samlet opptaksområde på rundt 280.000 innbyggere fordelt på 6–7 bydeler. Løsningen kan imidlertid by på noen økonomiske utfordringer når det gjelder finansierungsordningen mellom de to sykehusene.
- Alternativ III: Økt egendekning gjennom utvidet opptaksområde:  
Løsningen vil ikke alene føre til økt egendekning eller nye tilbud slik Helse Sør-Øst har gitt føringer om, men vil være med på å styrke de spesialitetene sykehuset allerede innehar. Løsningen vil i tillegg sikre sykehuset bedre økonomisk bærekraft.
- Alternativ IV: Økt egendekning gjennom kombinasjoner av alternativ I, II, III og IV.

### **Valgt løsning**

Alternativ IV vil sikre sykehuset et opptaksområde både alene og sammen med Lovisenberg diakonale sykehus som sikrer tilstrekkelig store pasientgrupper for å kunne drive økonomisk effektivt fremover og opprettholde god kvalitet innenfor de aktuelle spesialitetene. Løsningen vil i tillegg tilrettelegge for utvikling av nye tilbud både alene og sammen med andre sykehus og kommunehelsetjenesten, samtidig som sykehuset i økt grad er sikret en bærekraftig økonomi. Økende smådriftsulempere for begge de diakonale sykehusene vil reduseres betydelig.

## 7 Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste

### 7.1 Pasientens helsetjeneste – brukerinvolvering og brukertilfredshet

Diakonhjemmet Sykehus skal bidra til å utvikle pasientens helsetjeneste og tilby gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen i en hovedstad i sterk vekst. For å lykkes med det vil sykehuset på kort sikt arbeide for å styrke sin lokalsykehusfunksjon og egendekning i et tett samarbeid med Lovisenberg diakonale sykehus. På lengre sikt ønsker sykehuset, i tråd med tidligere planer, også å ta ansvar for en større del av befolkningen.

Vi arbeider for mest mulig funksjonelle forløp som gir pasientene kvalitativt god behandling, korte ventetider, tilstrekkelig liggetid i sykehus, godt planlagt utskrivning og godt samarbeid med omkringliggende sykehus og alle deler av primærhelsetjenesten. Vi ønsker å styrke ytterligere samarbeidet på tvers av omsorgsnivåene. Sykehuset har en særlig forutsetning for innovativ utprøving av nye samarbeidsmodeller gjennom allerede godt etablerte samarbeidsstrukturer til sektorens bydeler og også gjennom nærhet til Diakonhjemmets øvrige virksomheter innen primærhelsetjeneste og utdanning. Sykehuset ønsker å opprettholde og styrke ytterligere den omfattende pasientnære kliniske forskningen, utvide forskningsaktiviteten i alle fagområder og utvikle flere fagmiljøer enn revmatologien til nasjonalt førende standard.

Sykehuset vil i planperioden blant annet øke egendekningen av spesialisthelsetjenester for befolkningen i egen sektor og i samarbeid med Lovisenberg diakonale sykehus. Pr i dag er det bestemt at sykehuset skal overta ansvaret for medikamentell onkologi. Sykehuset ønsker å påta seg flere oppgaver og også få ansvar for et større opptaksområde. Dette vil bidra til mer robuste lokalsykehusfunksjoner og en bedre helsetjeneste for befolkningen.

#### **Brukerinvolvering**

Sykehuset strekker seg mot å bli et reelt 'pasientens sykehus' – der brukernes helhetlige behov møtes og ivaretas på en respektfull måte. Sykehusets brukerutvalg legger vekt på at psykisk og somatisk helse henger sammen og at sykehuset etablerer tilbud som brukerstyrte senger og brukerstyrt poliklinikk. Disse signalene vil bli fulgt opp av sykehuset i planperioden.

Digitalisering av tjenester er også i brukernes interesse og skal prioriteres. Brukerutvalget har meldt mange ønsker i denne sammenheng: Innsyn i egen journal og logg, åpningstider tilpasset innbyggernes behov, utsendelse av digitale brev, avbestilling samt bestilling av time via nettet, egenrapportering, telemedisin og økt bruk av videokonferanser, samarbeid med primærhelsetjenesten om velferdsteknologi og avstandsoppfølging i eget hjem.

Sykehuset piloterer allerede noen av disse forslagene gjennom 'Aktivitetsmedisinsk senter' og i den pågående omstillingsprosessen som gjelder senterorganisering av klinikken.

#### **Samvalg**

Behandlingstilbudet til den enkelte pasient skal preges av at pasienten blir involvert i eget pasientforløp og gis mulighet til å påvirke og velge mellom ulike behandlingsalternativer.

Samvalg er en prosess hvor pasienten sammen med helsepersonellet kommer frem til og tar beslutninger om undersøkelses- og behandlingsmetoder. En forutsetning for å treffe slike valg er kunnskap om egen helse. Dette vil kreve at helsepersonell er i stand til å informere om komplekse temaer på en forståelig måte slik at reelle valg kan tas. Sykehuset arbeider kontinuerlig for å møte pasientens ulike behov best mulig og for at den kliniske kommunikasjonen er optimal. Sykehuset vil styrke fagpersonenes kompetanse i bruk av metoder innen samvalg.

### **Konseptfase Nytt Sykehus**

Som en del av kapasitetsutfordringen i Oslo sykehusområde besluttet Helse Sør-Øst å se på en mulig utvidelse av Diakonhjemmet Sykehus for å håndtere deler av utfordringen i Oslo på kort, mellomlang og lang sikt.

Sykehuset besluttet å posisjonere seg for å kunne være med på å påvirke utfallet av de foreslåtte endringene gjennom aktiv deltakelse i den sentrale styringsgruppen, prosjektgruppen og syv faggrupper, samt gjennom oppstart av konseptfase «Nytt sykehus». Konseptfasen hadde som oppgave å se på hvordan fremtidens sykehus skulle organiseres, samt hvordan man kunne benytte de ressursene man hadde til disposisjon på en mest mulig effektiv måte. I perioden 2015 til 2017 ble det jobbet med ulike løsninger til tiltak gjennom interne arbeidsgrupper.

Prosjektet gikk i 2017 over i en ny fase. Det arbeidet som så langt hadde vært gjort ble samlet og presentert for sykehusledelsen. Sykehusledelsen valgte ut noen anbefalinger og arbeidet frem følgende beslutninger på et bredt sammensatt arbeidsseminar i mars 2017:

- Organisere poliklinikkene etter en sentermodell
- Innføre ny teknologi i poliklinikkene
- Opprette hastepoliklinikk (ø-hjelps-poliklinikk) for Medisinsk avdeling og Kirurgisk avdeling
- Utarbeide nye applikasjoner for pasienter og ansatte

Den polikliniske sentermodellen var den største enkeltbeslutningen, og fra mai 2017 har ulike arbeidsgrupper jobbet med realiseringen (detaljer i kap 6.2.5)

Arbeidet med hastepoliklinikk (ø-hjelps-poliklinikk) for medisinske og kirurgiske pasienter er i gang, og arbeidet med innføring av ny teknologi har så vidt startet.

Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasient – pårørendeopplæring



## 7.2 Fremtidig strategi – Et mer robust lokalsykehus

Sykehuset har vurdert fem ulike alternativer for hvordan man kan bli et mer robust lokalsykehus og øke egedekningen. Sykehuset har valgt å satse på alternativ IV - se begrunnelse i kapittel 5.

<b>Alternativ 0</b>	Ingen endring i forhold til dagens drift og organisering
<b>Alternativ I</b>	Økt egedekning gjennom vekst i eget opptaksområde
<b>Alternativ II</b>	Økt egedekning gjennom samarbeid med andre aktører (Lovisenberg Diakonale Sykehus)
<b>Alternativ III</b>	Økt egedekning gjennom utvidet opptaksområde
<b>Alternativ IV</b>	<b>Økt egedekning gjennom kombinasjoner av alternativ I, II og III</b>

### 7.2.1 Tiltak for økt egedekning

Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus fikk høsten 2017 i oppdrag av Helse Sør-Øst om sammen å beskrive hvordan de to sykehusene kan utvikles ytterligere som lokalsykehus, utrede hvilke muligheter sykehusene ser for økt faglig samarbeid seg i mellom og beskrive hvordan sykehusene hver for seg og samlet kan oppnå en høyere egedekning.

Føringen i oppdraget er at de to sykehusene kan vurdere alle spesialiteter for eget opptaksområde som i dag behandles på Oslo Universitetssykehus, med unntak av regionale funksjoner.

De to sykehusene skal levere sin vurdering av oppdraget til Helse Sør-Øst innen 1. april 2018.

Ledergruppen ved de to sykehusene hadde sitt første møte 23.11 2017 hvor man blant annet la noen premisser for samarbeidet:

- Se på hvordan de to sykehusene kan øke sine egedekninger på egen hånd og sammen
- Utvikle best mulig sammenhengende pasientforløp med fokus på de forløpene som i dag oppleves som «brutte» forløp
- Se på hvordan de to sykehusene kan forsterke hverandre gjennom delte oppgaver, nye oppgaver eller overførte oppgaver for å gi bedre og mer sammenhengende pasientforløp
- Se på løsninger med utgangspunkt i de to sykehusenes geografiske nærhet
- Ta utgangspunkt i det verdigrunlaget de to sykehusene deler

Sykehusene har hatt flere møter gjennom vinteren. Det som så langt er besluttet er å opprette et samarbeidsorgan mellom de to sykehusene. Samarbeidsorganet skal møtes regelmessig for å opprette og vedlikeholde gode løsninger mellom sykehusene når det gjelder alt fra oppgavedeling, bakvaksordninger, forskning, utdanning og andre samarbeidsområder. Sykehusenes bydeler kan være assosierte medlemmer av samarbeidsorganet.

Konkrete oppgaver som har vært diskutert gjelder både fordeling av eksisterende oppgaver og samarbeid om nye oppgaver innenfor psykisk helsevern, tannhelse, onkologi, indremedisin og elektiv og akutt kirurgi. Vurdering av hvilke tiltak som skal etableres må diskuteres nærmere, og erfaring fra andre sykehus og forskning bør legges til grunn for fremtidige beslutninger. De to sykehusene vil i tillegg arbeide proaktivt i forhold til å vurdere andre muligheter for utvidet egedekning innenfor kjernevirksomheten for lokalsykehus.

Muligheter for sykehusovergrepene og tettere samarbeidsflater er for eksempel LIS-1-2-3-utdanningen hvor sykehusene blant annet kan samarbeide om opplæring i veiledning, systematisk kunnskapsinnhenting, kommunikasjonstrening og konvertering fra læringsmål til læringsaktiviteter.

Sykehusene ønsker også et utvidet samarbeid om kompetansebygging innen kontorlag. Andre områder man ønsker å se nærmere på er et utvidet samarbeid om IKT-løsninger (som avvikssystem,

kvalitetssystem, læringsportal og kompetanseportal). Innen økonomi-feltet kan samarbeidet for eksempel utvikles innen gjensidig opplæring, inklusiv benchmarking og innkjøpssamarbeid. I tillegg er felles fagdager et annet mulig samarbeidsområde.

For å lykkes med arbeidet er de to sykehusene avhengige av at Oslo Universitetssykehus er villig til å avlevere de oppgavene som foreslås tilbakeført. For å unngå at det igangsettes unødvendig arbeid har man derfor besluttet at de ulike fagmiljøene ved de to sykehusene først kartlegger hvilke pasientgrupper og hvilke oppgaver man ønsker å ta tilbake behandlingsansvaret for, hvordan dette vil påvirke egendekningen, samt hvordan det økonomiske utfallet vil være. Det vil også være nødvendig å kartlegge fremtidige kompetansebehov.

Når dette er gjort og oppgavene er avklart med Oslo Universitetssykehus og Helse Sør-Øst vil de to sykehusene samarbeide om nye og utvidede oppgaver.

Fagområder som kan være aktuelle for et utvidet samarbeid:

- **Dialyse**

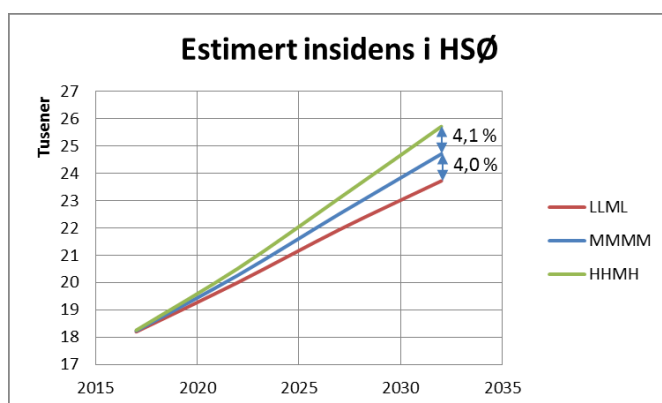
De to lokalsykehusene er blitt bedt om å overta ansvaret for dialysebehandlingen for egne sektorpasienter. Per i dag er det snakk om 38 pasienter i Lovisenberg sektor og 12 pasienter i Diakonhjemmets sektor.

Med tanke på nye behandlingsformer og behandlingssteder for denne pasientgruppen er det usikkert hvordan det fremtidige pasientgrunnlaget vil bli. Av denne grunn diskuterer de to sykehusene å samle dialysetilbudet på ett av sykehusene. For å hindre at pasientene får et fragmentert dialysetilbud og indremedisinsk tilbud er det i tillegg ønskelig at denne pasientgruppen får dekket sitt indremedisinske behandlingstilbud ved det sykehuset som har ansvaret for dialysebehandlingen.

- **Urologi**

Urologi har vært diskutert som et mulig område for overføring til de to lokalsykehusene i forbindelse med arbeidet med oppgavefordeling i Oslo sykehusområde. Diakonhjemmet og Lovisenberg har hatt innledende samtaler om muligheten for å etablere denne spesialiteten enten sammen eller hver for seg. Urologi vil støtte avansert gastrokirurgi/kreftkirurgi og bidra til at man kan gi innbyggerne et helhetlig tilbud sammen med medikamentell onkologi.

- **Kreftkirurgi**



*Kreftinsidensen vil øke for alle kreftformer, i hovedsak som følge av økt folketall og alderssammensetningen i befolkningen. En enkel framskrivning tilsier at kreftinsidensen i HSØ i 2035 vil være i størrelsesorden 26 000, dvs. en økning på omtrent 40 % fra dagens nivå.*

Utviklingen vil variere mellom kreftformene. Andelen kreftpasienter som behandles med kirurgi eller andre invasive prosedyrer, vil mest sannsynlig øke fordi kompetanse og utvikling vil gjøre det mulig å tilby

kirurgi til flere og også i større grad ved tilbakefall. Kombinasjon av intervensjonsprosedyrer og mini-invasiv kirurgi vil gjøre det mulig å redusere antall behandlingssekvenser.

Kreftkirurgi er et område de to sykehusene vil vurdere et tettere samarbeid om i tiden fremover.

- **Medikamentell onkologi og palliasjon:**

I rapporten «Medikamentell kreftbehandling og kontroll etter onkologisk behandling – endringer i oppgavefordeling mellom sykehus i hovedstadsområdet» fra juni 2016 blir Diakonhjemmet og Lovisenberg bedt om å overta den medikamentelle kreftbehandlingen for sine sektorpasienter. Overføringen skal skje gradvis fra 2019, og er planlagt sluttført i løpet av en femårsperiode. I følge utviklingsplanen til OUS planlegger sykehuset å overføre inntil 70 % av sin medikamentelle kreftbehandling til de to lokalsykehusene.

I første omgang er det planlagt å overføre medikamentell kreftbehandling av tykk/endetarmskreft og blodkreft til Diakonhjemmet, samt lungekreft, brystkreft og blodkreft til Lovisenberg.

I forkant av en slik oppgaveoverføring må de to sykehusene kartlegge følgende områder:

- Organisering av onkologi og palliasjon ved de to sykehusene
- Beregning av antall nye infusjonsenheter, poliklinikkrom og palliative senger
- Beregning av økning i behov for radiologiske undersøkelser
- Beregning av behov for onkologer, onkologiske sykepleiere, støttepersonell, både på kort og lang sikt
- Beregning og organisering av cytostatikakurer
- Beregning av pukkelkostnader ved overføring fra OUS

Arbeidet er startet. De to sykehusene vil legge frem sine beregninger i løpet av høsten 2018.

Når det gjelder palliasjon har sykehuset en uttalt målsetting om å styrke sitt palliative tilbud i årene fremover. *NOU-høringsnotat, På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende (2017)*, viser til at det i fremtiden vil være et økende behov for palliasjon, og sykehuset vektlegger derfor en styrking av kunnskaps- og kvalitetsbaserte helseytelser til denne pasientgruppen. NOU (2017) viser videre til at de palliative teamene er mange steder sentrale for å bidra til gode forløp og styrke samhandlingen innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gitt sykehusets helhetlige tilnærming til pasient- og livsløp er det naturlig å intensivere innsatsen rundt lindring og palliasjon til pasienter i livets slutfase inkludert sømløse overganger mellom de ulike behandlingsnivåene. Palliative pasienter presenterer ofte sammensatte problemstillinger og behovet for pasienttilpassede, individualiserte behandlingsforløp må vektlegges sterkere i fremtiden /når Diakonhjemmet overtar ansvar for en økende andel onkologiske pasienter.

Ved siden av opprette et palliativt tilbud til pasienter med onkologiske problemstillinger vil sykehuset også satse på å bygge opp et palliativt tilbud til andre pasientgrupper med behov for palliasjon.

Det er et mål at nasjonale retningslinjer på feltet er styrende for virksomheten. I lys av dette vil sykehusets palliative team få en mer sentral rolle i fremtiden for å sikre et flerfaglig palliasjonsmiljø hvor kartlegging og behandling av pasienter går parallelt med undervisning og opplæring av helsepersonell, pasienter og pårørende.

- **Hjerneslag og nevrologi**

Ingen av sykehusene utfører i dag trombolysebehandling, men samarbeider med OUS om denne behandlingen. I planperioden vil sykehusene se på muligheten for, enkeltvis eller i samarbeid, å utvikle et helhetlig behandlingsforløp for slagpasienter der behandlingen i hovedsak foregår i sykehusets regi, men

også i samarbeid med Sunnaas Sykehus, Oslo kommune og sektorbydelene.

Nevrologien henger tett sammen med slagbehandlingen, og hvis de to sykehusene bestemmer seg for å utvide dagens slagbehandlingstilbud vil det være naturlig at man også vurderer oppstart av nevrologi.

- **Føde/barsel**

Det er forventet et økt behov for føde/barselkapasitet i Oslo sykehusområde i fremtiden. Dette er et område Helse Sør-Øst har bedt spesielt om at de to lokalsykehusene ser på, enten hver for seg eller sammen.

Et eventuelt føde- og barseltilbud må ses i sammenheng med tilbud innen gynekologi og behandling av barn.

Å starte med føde/barsel vil kreve mye av de to sykehusene både når det gjelder kompetanse og lokaler. Fagområdet har vært diskutert. Sykehusene er positivt innstilt til å se på dette på lang sikt (2030), men har ikke kapasitet til å bidra på kort (2020) eller mellomlang (2025) sikt.

### **7.2.2 Andre fagområder som kan vurderes for økt egendekning**

Ut over disse fagområdene ønsker sykehuset å se på muligheten for å utvide egendekningen ved å vurdere nærmere følgende fagområder:

- Ryggkirurgi: Kun det som ikke er nevrokirurgi
- Overvektskirurgi: Arbeidet med dette har startet. Gruppen øker og behandles nå enten på OUS eller hos private tilbydere. Overvektskirurgi vil gi synergi med gastrointestinal kreftkirurgi, men vil også kunne gi grunnlag for fremtidig plastikk-kirurgisk virksomhet.
- Revmakirurgi: Moderne leddgiktsbehandling har redusert behovet for kirurgi på disse pasientene. Sykehuset har et mål om å være den nasjonalt ledende avdelingen for det som er igjen av revmakirurgi.
- Protesekirurgi: I tillegg til «standardrepertoaret» av hofte- og kneproteser kan Kirurgisk avdeling videreutvikle sin protesekirurgi innen skulder, albue og ankelproteser og håndleddsproteser. Utredning av pasienter med slike behov vil skje i det nært forestående Senter for muskel-skjelettsykdommer hvor en multidisiplinær tilnærming vil sørge for at kun de pasientene som ikke kan nyttiggjøre seg trening/livsstilsendring vil være de som opereres.

- 

### **7.2.3 Samarbeid med primærhelsetjenesten**

Det vil i fremtiden være avgjørende med et utvidet samarbeid med primærhelsetjenesten både innen direkte pasientbehandling og nye arbeidsformer. Aktuelle områder kan være rehabilitering, delte fagstillinger, ambulante tjenester, hjemmesykehus, arenafleksible arbeidsformer, «skreddersøm» for pasienter med kroniske sykdommer, brukerstyrte poliklinikker og senger, elektronisk avstandsoppfølging av pasienter, økt bruk av pasientrapporterte data og forløpsfinansiering. For utfyllende beskrivelse – se pkt. 6.3.

### **7.2.4 Legevakt**

Dagens legevakt i Storgaten i Oslo er planlagt sanert i løpet av få år. Dagens legevakt på Aker skal bygges ut, men vil ikke alene kunne erstatte Storgaten. Det vil derfor være behov for en ny legevakt i Oslo ved siden av den planlagte storbylegevakten på Aker.

Sykehuset har, sammen med sine bydeler, vurdert at Oslo bør ha to legevakter – en legevakt i øst og en legevakt i vest.

Diakonhjemmet besitter i dag store områder på Steinerud som vil kunne være egnet for utbygging av en fremtidig legevakt for vestlige bydeler. Den nye legevakten vil da bli liggende tett på et lokalsykehus som kan håndtere mange spesialisthelsetjenester uten at det krever ytterligere pasienttransport. Området har også lett tilgang til offentlig kommunikasjon for pasienter og pårørende som ikke kommer i ambulanse eller bil.

En del av langtidsplanen til sykehuset er derfor å samarbeide med Oslo kommune og de aktuelle bydelene om å opprette legevakt for vestlige bydeler på området.

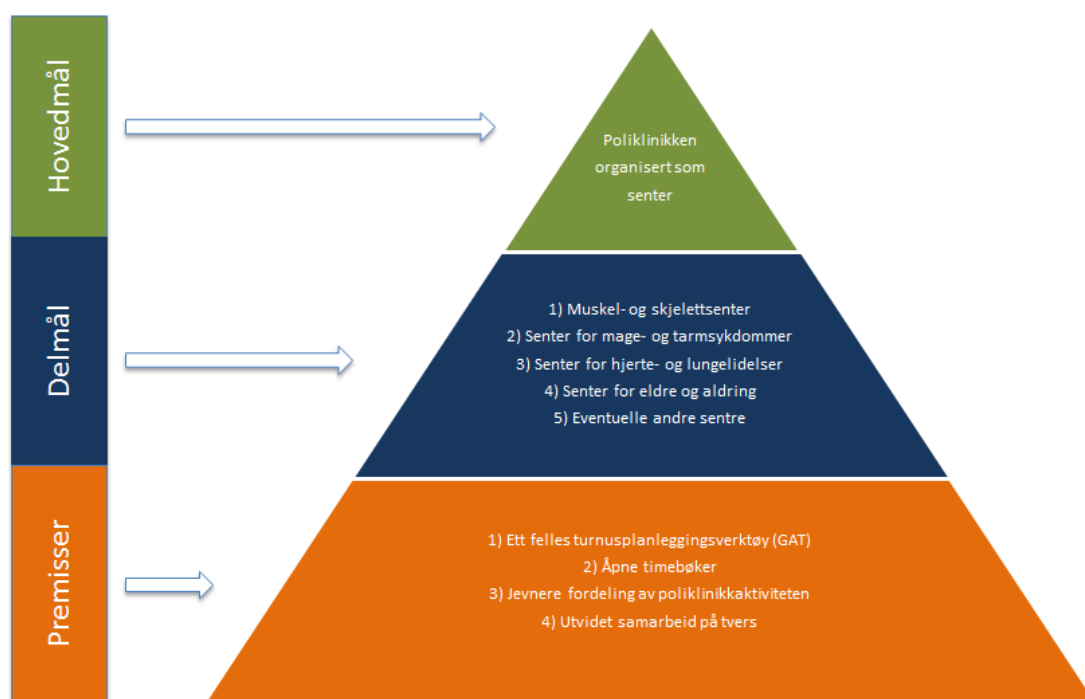
### **7.2.5 Senterorganisering**

Sykehuset besluttet i 2017 å starte arbeidet med senterorganisering av poliklinikkene. Tanken bak senterorganiseringen er å samle fagmiljøene på tvers av sykehusets ulike kliniske avdelinger og støtteavdelinger for å sikre pasientene et enda bedre, mer koordinert og mer sammensatt tilbud. Dette vil gi større og mer sammensatte fagmiljøer som igjen vil kunne bidra til å utvikle nye eller utvidede tjenestetilbud.

Sykehuset har besluttet å senterorganisere følgende fagområder:

- Senter for muskel- og skjelettsykdommer (samorganisering av deler av sykehusets ortopediske virksomhet, Revmatologisk avdeling, aktivitetsmedisinsk senter, Klinisk aktivitetsavdeling og Radiologisk avdeling)
- Senter for mage- og tarmsykdommer (samorganisering av sykehusets gastromedisinske virksomhet, gastrokirurgiske virksomhet, Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken og ernæringsfysiologvirksomhet)
- Senter for hjerte- og lungesykdommer (samorganisering av sykehusets kardiologiske virksomhet, lungevirksomhet og Klinisk aktivitetsavdeling)
- Senter for aldring og eldre (samorganisering av sykehusets geriatriske virksomhet, alderspsykiatriske virksomhet, helsetjenester til eldre, Klinisk aktivitetsavdeling og Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken)

# Beslutninger og premisser



*Første del av senterorganiseringen ble startet våren 2018 og implementeringen av sentrene skal foregå frem mot 2021.*

## 7.2.6 Aktivitetsmedisinsk senter

Diakonhjemmet Sykehus er i gang med å etablere et Aktivitetsmedisinsk senter hvor pasienter med kroniske lidelser skal utredes, monitoreres og tilbys tilrettelagte treningsopplegg som medisin. All forskning viser at trening er «best buy in medicine» for mange kronikergrupper, for eksempel pasienter med muskel- og skjelettlidelser, hjertelidelser, lungesykdommer, psykiske lidelser og andre livsstilssykdommer. Aktivitetsmedisin er billig, lett tilgjengelig og helt uten bivirkninger.

Aktivitetsmedisin er et område hvor potensialet for samarbeid mellom de to forvaltningsnivåene er meget stort. Vi har blant annet diskutert en arbeidsfordeling hvor utredningen skjer i spesialisthelsetjenesten, mens oppfølging, gjennomføring og aktuell trening skjer i regi av primærhelsetjenesten.

Mulige tiltak kan være

- Delte stillinger mellom helsetjenestenivåene for lettere oppfølging av pasientgruppen
- Mulighet for å henvise på tvers av forvaltningsnivåene
- Ny finansieringsordning som belønner innsats for å forebygge sykdom, og i mindre grad for å behandle oppstått sykdom
- Innføre selvrapporteringsverktøy for overføring av data om helsetilstand og utvikling
- Bruk av tilgjengelige treningslokaler uavhengig av eierforhold, for eksempel på helsehus
- Samarbeid med 'Aktiv mot kreft'

### **7.2.7 Demensvennlig sykehus**

Diakonhjemmet sektor har en høy andel eldre, og andelen vil øke i tiden fremover. Sykehuset har et særlig fokus på eldres helse. I 2017 søkte sykehuset Nasjonalforeningen for folkehelse om å bli pilot for Demensvennlig sykehus. I januar 2018 fikk sykehuset prosjektmidler til dette og vil utvikle et konsept med fokus på behandlingstilbud til pasienter med mistenkt eller diagnostisert demenssykdom, kartlegging av delirium ved akuttinnleggelse i sykehus, ivaretagelse av pasienter med kjent demenssykdom som legges inn for andre tilstander, kompetanse innen kommunikasjon med personer med demenssykdom og funksjonell fysisk utforming av sykehuset.

### **7.2.8 Utvidet opptaksområde**

Diakonhjemmet Sykehus har tidligere informert HSØ om at sykehuset er i stand til og ønsker å ta et større ansvar for helsetilbudet til Oslos befolkning. Dette ønsker sykehuset å gjøre gjennom økt egendekning og utvidet opptaksområde.

I konseptfaseutredningen var Oslo kommune opptatt av nærhetsprinsippet, som innebærer at *«en bydel som ligger nært et sykehus/helseforetak bør tilhøre dette sykehuset/helseforetaket, både av hensyn til tilgjengelig for pasienter og pårørende, og for at samarbeid og kontakt mellom sykehus og bydel kan foregå smidig og effektivt»*.

Samtidig er Oslo kommune opptatt av sektorprinsippet som innebærer at *«flere bydeler samarbeider sektorvis på mange fagområder»*.

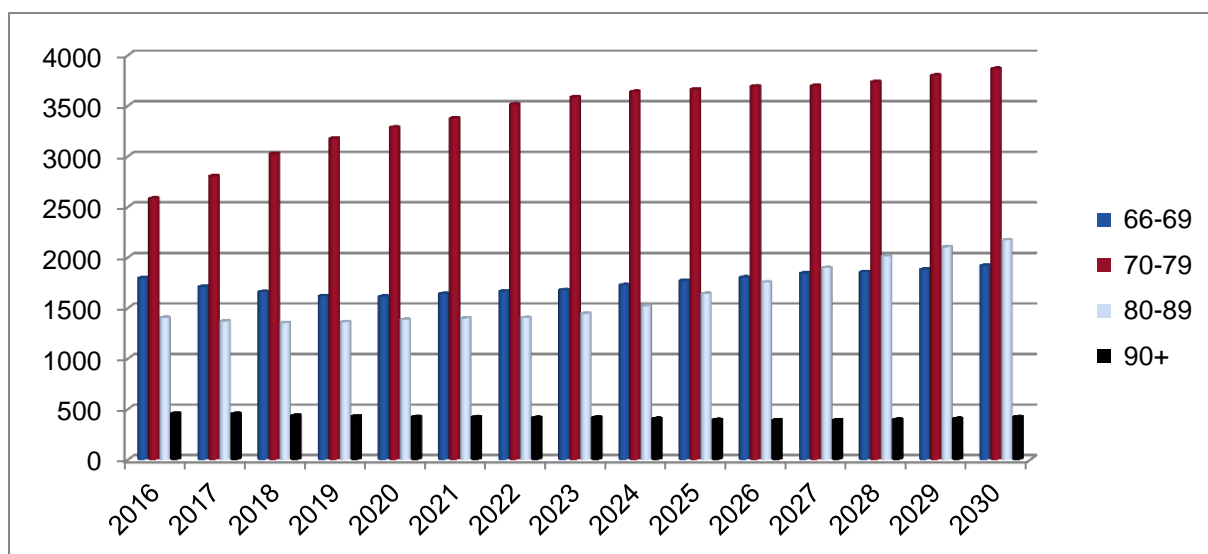
Diakonhjemmets eksisterende tre bydeler, Frogner, Ullern og Vestre Aker, har allerede et sektorsamarbeid med Nordre Aker Bydel. Oslo kommune presiserer i sin høringsuttalelse at sektorprinsippet skal veie tyngre enn nærhetsprinsippet i hovedstaden, og at Diakonhjemmet Sykehus derfor bør få ansvaret for Nordre Aker bydel. Dette har også sykehuset tidligere argumentert for ovenfor HSØ, og Nordre Aker bydel har selv bedt om å bli en del av Diakonhjemmets opptaksområde i høringsprosessen i forbindelse med Oslo-prosessen.

En overføring av bydel Nordre Aker til Diakonhjemmet sektor vil sikre sykehuset den faglige og økonomiske bærekraften man trenger for å kunne opprettholde og videreutvikle et godt lokalsykehusstilbud til befolkningen i Oslo vest.

Demografi	Diakonhjemmets opptaksområde Ullern, Frogner og Vestre Aker bydeler										
	2017	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	Endring '17
Alder	2017	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	Endring '17
0 år	1.741	1.735	1.757	1.782	1.808	1.837	1.864	1.890	1.913	1.936	11,2 %
1-5 år	7.914	7.669	7.629	7.671	7.756	7.868	7.981	8.089	8.193	8.282	4,6 %
6-12 år	9.896	10.132	10.144	10.116	10.065	10.050	10.051	10.052	10.113	10.142	2,5 %
13-15 år	3.489	4.008	4.139	4.239	4.343	4.348	4.359	4.349	4.327	4.333	24,2 %
16-18 år	3.521	3.716	3.880	4.052	4.193	4.318	4.420	4.520	4.530	4.533	28,7 %
19-29 år	25.011	24.714	24.850	25.154	25.538	25.965	26.358	26.695	27.047	27.334	9,3 %
30-39 år	23.319	23.793	23.977	24.181	24.390	24.626	24.860	25.087	25.306	25.483	9,3 %
40-49 år	18.750	19.259	19.512	19.671	19.882	20.093	20.286	20.501	20.731	20.976	11,9 %
50-66 år	26.328	27.041	27.355	27.689	28.134	28.500	28.914	29.307	29.707	30.036	14,1 %
67-79 år	14.358	15.587	15.946	16.416	16.702	16.840	16.889	16.933	16.824	16.907	17,8 %
80-89 år	4.109	4.426	4.568	4.642	4.841	5.251	5.754	6.240	6.834	7.244	76,3 %
90+ år	1.298	1.231	1.228	1.234	1.216	1.185	1.162	1.161	1.169	1.197	-7,8 %
Alder i alt	139.735	143.315	144.982	146.845	148.870	150.881	152.899	154.821	156.695	158.405	13,4 %
<b>Herav 18 år +</b>	<b>113.174</b>	<b>116.055</b>	<b>117.433</b>	<b>118.985</b>	<b>120.705</b>	<b>122.460</b>	<b>124.224</b>	<b>125.921</b>	<b>127.619</b>	<b>129.179</b>	<b>14,1 %</b>
Demografi	Nordre Aker bydel										
	2017	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	Endring '17
Alder	2017	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	Endring '17
0 år	604	645	657	670	685	699	712	724	734	742	22,8 %
1-5 år	3.281	3.253	3.281	3.325	3.378	3.442	3.504	3.560	3.611	3.652	11,3 %
6-12 år	4.716	4.779	4.783	4.786	4.750	4.718	4.724	4.758	4.795	4.828	2,4 %
13-15 år	1.716	1.912	1.949	1.979	2.053	2.102	2.124	2.079	2.040	2.027	18,1 %
16-18 år	1.627	1.752	1.843	1.921	1.949	1.989	2.020	2.090	2.134	2.149	32,1 %
19-29 år	8.596	8.632	8.721	8.887	9.116	9.330	9.521	9.663	9.794	9.884	15,0 %
30-39 år	7.331	7.675	7.791	7.917	8.052	8.195	8.308	8.414	8.501	8.559	16,8 %
40-49 år	7.533	7.649	7.716	7.745	7.791	7.843	7.954	8.047	8.165	8.270	9,8 %
50-66 år	9.136	9.515	9.694	9.887	10.041	10.210	10.325	10.456	10.586	10.682	16,9 %
67-79 år	4.121	4.497	4.615	4.757	4.885	4.961	5.032	5.112	5.116	5.160	25,2 %
80-89 år	1.417	1.424	1.438	1.439	1.473	1.557	1.681	1.781	1.945	2.098	48,1 %
90+ år	424	414	411	412	417	402	384	387	381	383	-9,7 %
Alder i alt	50.503	52.148	52.899	53.725	54.592	55.448	56.289	57.071	57.803	58.433	15,7 %
Totalsum	38.559	39.807	40.386	41.044	41.777	42.498	43.205	43.860	44.489	45.035	16,8 %

Tabellen viser befolkningsutvikling i Diakonhjemmets eksisterende opptaksområde og Nordre Aker bydel.





Tabellen viser Nordre Aker bydel i tall. Det er forventet stabilt antall eldre i kategorien 66 + frem til 2030. Aldersgruppen 70 + er forventet å øke fra 2018, mens aldersgruppen 80 + vil øke fra omkring 2024. Antallet eldre over 90 år er forventet å holde seg noenlunde stabilt i perioden.

	18-65 2016	Totalt 2016	Andel 2016	18-65 2030	Totalt 2030	Andel 2030
Nordre Aker	34092	51371	66 %	42734	64653	66 %
Frogner	42619	55268	77 %	52763	70619	75 %
Ullern	20279	32517	62 %	24357	39639	61 %
Vestre Aker	29603	47738	62 %	34917	57585	61 %

Tabellen viser aldersfordelingen i Diakonhjemmets tre bydeler, Frogner, Ullern og Vestre Aker, samt aldersfordelingen i Nordre Aker i perioden frem til 2030.

## Eldre med brudd

Bydel	2015	2018	2025	2030
Alna	88	95	110	121
Bjerke	47	50	58	65
Frogner	104	113	133	149
Gamle Oslo	44	52	72	86
Grorud	50	52	59	67
Grünerløkka	43	46	57	67
Marka	3	3	5	6
Nordre Aker	87	92	109	123
Nordstrand	106	111	127	143
Sagene	39	43	53	61
Sentrum	0	1	1	1
St. Hanshaugen	39	42	50	56
Stovner	62	66	74	80
Søndre Nordstrand	45	53	75	89
UFB	3	3	5	8
Ullern	79	84	97	107
Vestre Aker	100	109	131	145
Østensjø	101	101	110	123
<b>Totalsum</b>	<b>1.040</b>	<b>1.114</b>	<b>1.326</b>	<b>1.499</b>
<b>Senger</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>21</b>

Sykehuset har satset mye på å bygge opp et godt tilbud til eldre pasienter med brudd. Per i dag har sykehuset ansvaret for eldre med brudd i 7 av Oslos bydeler, og opererte i 2017 rundt 550 lårhalsbrudd. Det antas at denne pasientgruppen vil fortsette å øke i fremtiden, en vekst sykehuset vil kunne håndtere, blant annet gjennom stipulerte kortere liggetider for denne pasientgruppen.

Sykehuset ønsker at diskusjonen rundt det å gjøre sykehuset til et sektorsykehus for pasienter med lårhalsbrudd igjen kommer opp.

	Liggetid eldre med brudd
2015	5,6
2018	5,5
2020	5,4
2025	5,3
2030	5,1

*Diakonhjemmet kan vise til korte liggetider når det gjelder eldre pasienter med lårhalsbrudd.*

## Psykisk helsevern – barn og unge

Sykehuset har i dag kun ansvaret for psykisk helsevern for to av de tre bydelene sykehuset er lokalsykehus for, nemlig Ullern og Frogner.

I sykehusets langtidsplan ønsker sykehuset å overta ansvaret for Vestre Aker bydel, slik at sykehuset får et komplett tilbud til pasientene i eget opptaksområde

Barnepopulasjon	2015	2030
Ullern	6 553	7 531
Frogner	6 128	8 280
Vestre Aker	10 763	12 414

Tabellen viser barne- og ungdomspopulasjonen i dagens to bydeler, samt tilsvarende populasjon i Vestre Aker bydel.

**Psykisk helsevern – alderspsykiatri** Sykehuset har i dag ansvaret for alderspsykiatriske døgnplasser både i eget opptaksområde og i opptaksområdet til Lovisenberg diakonale sykehus.

Sykehuset mener fortsatt det er viktig å samle hele den alderspsykiatriske døgnvirksomheten for Oslo kommune for å sikre et pasientgrunnlag som gjør det mulig å opprettholde alderspsykiatri som et eget fagområde. Dette vil sikre god faglig kvalitet og et volum som gjør fagområdet økonomisk bærekraftig.

	2014	2018	2023	2030
Antall innleggelser	227	246	280	336
Liggedøgn	7 948	8 624	9 814	11 777
Døgnplasser	24	26	30	36
Poliklinisk aktivitet	16 640	18 627	21 265	25 558

Tabellen viser antatt utvikling av alderspsykiatriske sengeplasser fra 2014 og frem til 2030. Både sengetallet og de polikliniske konsultasjonene gjelder for 12 av 15 bydeler (A-hus bydeler er ekskludert fra tallene).

### Andre alternativer til utvidet opptaksområde

Sykehuset forventer at det i planperioden vil bli behov for å vurdere andre alternativer for endringer i opptaksområder. Sykehuset stiller seg positiv til spørsmål om nye oppgaver og utvidet opptaksområde fra HSØ.

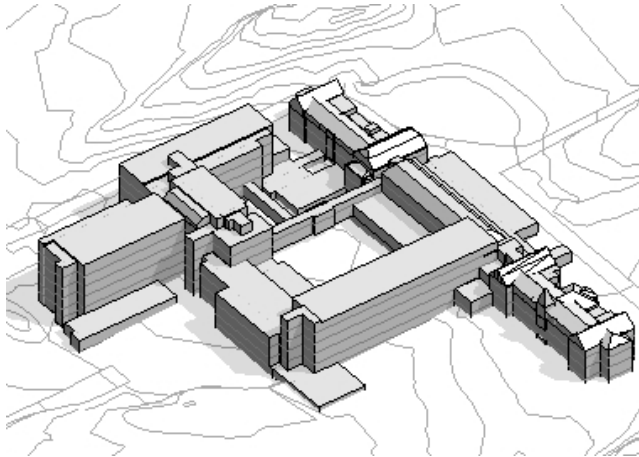
### 7.2.9 Nye bygg

Sykehuset startet i 2015 opp arbeidet med å utvide sykehusbygget på Steinerud med tanke på nye og utvidede funksjoner.

Beskrivelsene av planene fremkommer i prosjektet «Mulighetsstudien I» og «Mulighetsstudien II». Mulighetsstudien I tar utgangspunkt i en mer omfattende utbygging av Steinerud-området, mens Mulighetsstudien II tar utgangspunkt i et mindre tilbygg bestående av en ny fløy.

Begge prosjektene er imidlertid stoppet opp midlertidig da sykehuset etter møter med Plan- og bygningssetaten har fått beskjed om at sykehusområdet nå befinner seg i et utviklingsområde, noe som krever ny områdeplan med påfølgende ny regulering før en eventuell utbygging kan starte. En slik prosess vil ta mellom 7 og 10 år.

*Mulighetsstudie 1:*



*Mulighetsstudie 2:*



Som et resultat av dette startet sykehuset prosjektet 'Konseptfase Nytt sykehus' høsten 2015 og høsten 2016 startet et omfattende arbeid med å kartlegge eksisterende lokaler for å se hvordan ombygging og fortetting i eksisterende bygningsmasse kan ivareta nødvendige behov frem til realisering av nybygg. Arbeidet viste at sykehuset har et stort potensiale for fortetting. Det vil derfor bli gjort interne ombygginger for å løse kapasitetsutfordringer på kort sikt, mens nybygg først vil bli realisert i et langtidsperspektiv.

Som et supplement til eksisterende bygningsmasse har sykehuset innledet samtaler med sykehusets eier, Det norske Diakonhjem, om leie av lokaler i Diakonhjemmet hage. Diakonhjemmet hage er et nytt prosjekt som tar sikte på å bygge ut Steinerud-området (se tegning), med blant annet Omsorg Pluss-boliger, sykehjem og en rekke andre helse- og utdanningstilbud.

Sykehuset er i samtaler om leie av noen av disse lokalene til sykehusets virksomhet for til enhver tid å kunne møte behovet for kapasitetsutvidelser.

*Diakonhjemmet hage:*



### 7.3 Oppgavedeling og samhandling

Stortingsmelding 26 'Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet' beskriver flere konkrete tiltak som anbefales etablert i kommunene og som vil få betydning for samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Sykehuset er i dialog med sektorbydelene om utvikling av noen av disse tiltakene – en dialog som vil bli prioritert og videreført i planperioden.

#### Samarbeid med primærhelsetjenesten

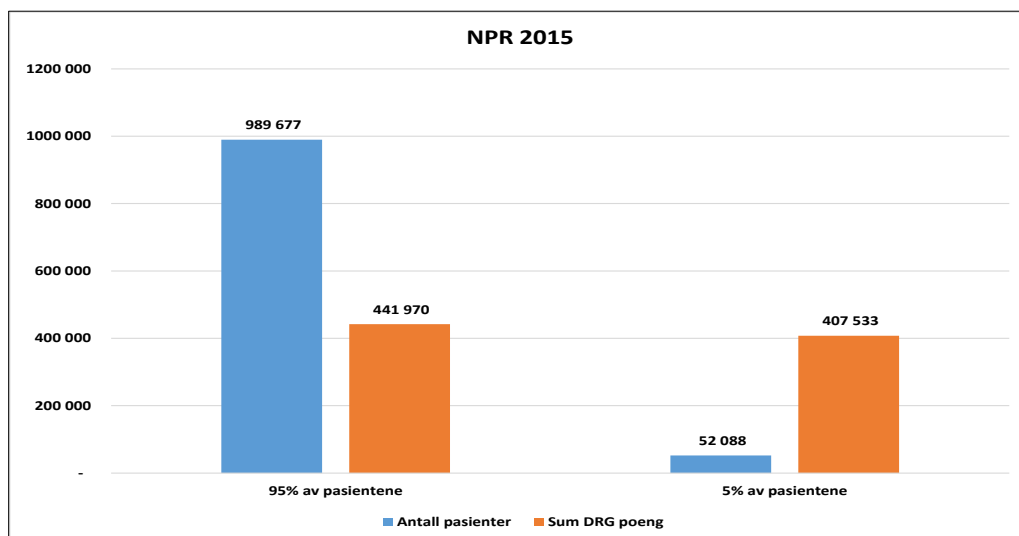
Sykehuset har allerede et tett samarbeid med bydelene i sektor. Sykehuset tar mål av seg til å styrke dette samarbeidet ytterligere best mulig sammenheng og trygghet i helsetjenesten. Det ligger store utviklingsmuligheter for nyskapende samarbeidsformer i årene fremover, og sykehuset ønsker å være en pådriver og utprøvingsarena for slike. Også nærheten til Diakonhjemmets øvrige virksomheter legger særlig til rette for at området og virksomhetene kan utnytte synergier innen utvikling av morgendagens sammenhengende helsetjeneste.

Gjennom vinteren 2017–2018 har sykehuset vært i dialog med kommunale etater, sektorbydeler og sykehusets brukerutvalg for å diskutere mulige samarbeidsflater og samarbeidsformer frem mot 2035. Det er enighet om å vurdere seks forslag:

1. Fokus på storforbrukere av helsetjenester
2. Ambulante tjenester
3. Delte fagstillinger
4. Brukerstyrte poliklinikker
5. Bruk av pasientrapporterte data
6. Forløpsfinansiering

#### 7.3.1 Fokus på storforbrukere av helsetjenester

Både norske og internasjonale undersøkelser viser at 5 % av pasientene forbruker rundt 50 % av helsebudsjettet. Det er grunn til å tro at denne pasientgruppen bruker helsetjenester både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og er derfor et egnet innsatsområde når det gjelder samarbeid mellom de to forvaltningsnivåene.



Tabellen viser at 5 % av pasientene i HSØ (rundt 50.000 pasienter) bruker nesten 50 % av helsebudsjettet (rundt 41 milliarder kroner). Tall fra 2015.

Sykehuset vil, sammen med kommunale etater, sektorbydelene og Brukerutvalget, kartlegge hvem pasientene i 5 %-gruppen er og hva de bruker av helsetjenester. Videre vil partene samarbeide om å utarbeide helhetlige og forutsigbare pasientforløp for de aktuelle pasientgruppene uavhengig av forvaltningsnivå.

I dette arbeidet må det blant annet legges til rette for tilgang til hverandres dokumentasjon. Dette er nødvendig for å oppnå mest mulig sømløse pasientforløp.

Både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten mener det er viktig og riktig å ta utgangspunkt i de såkalt «sirkulære» pasientene for å kartlegge hvem 5 %-gruppen er. Pasientene omtales i dag som «svingdørspasienter» og forbruker tjenester på alle nivåer innen helsesektoren.

### **7.3.2 Ambulante tjenester**

Pasientene lever sine liv hjemme. Det er derfor et mål at flere skal kunne få tilbud om helsehjelp i hjemmet. Primær- og spesialisthelsetjenesten er enige om at man må vurdere flere tjenester levert til hjemmene enn i dag. Dette gjelder både innen somatikk og psykisk helsevern.

I sykehusets sektor ønsker man å videreutvikle samarbeidet om ambulante tjenester. Målet er å utvikle og å ta i bruk systemer som gir tilgang til hverandres journalsystemer (alternativt felles journalsystemer), tilby avstandsoppfølging i hjemmet og digitale konsultasjoner med helsepersonell både i spesialist- og primærhelsetjenesten.

Oslo kommune satser stort på å utvikle velferdsteknologiske løsninger for innbyggerne. Det er naturlig at sykehuset følger med på og deltar i denne utviklingen.

### **7.3.3 Delte fagstillinger**

Delte fagstilling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten vil bidra til kompetanseutveksling, trygge pasientforløp og økt forståelse på tvers av forvaltningsnivåene. Slike stillinger vil være aktuelle å bruke både i døgn-, dag-, poliklinisk og ambulant behandling.

Delte fagstillinger bør legges til sykehuset for å sikre at de som innehar slike stillinger blir en del av et større fagmiljø

Pr i dag har sykehuset og primærhelsetjenesten delt en geriater og en klinisk ernæringsfysiolog. Andre fagprofesjoner vil også være aktuelle for delte stillinger.

Avansert klinisk sykepleier (AKS) er en masterutdanning som kvalifiserer til økt grad av selvstendig klinisk sykepleiefunksjon. De fleste AKS-stillingene så langt vært knyttet til primærhelsetjenesten. Kombinasjonsstillinger mellom sykehus og sektorbydelene bør vurderes.

### **7.3.4 Brukerstyrte poliklinikker**

Det har lenge vært et politisk ønske om at stadig mer av helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten skal foregå poliklinisk. Frem til nå har man i liten grad hatt fokus på brukerstyrte poliklinikker hvor pasientene selv, ut fra sine helsebehov, kan velge når de ønsker poliklinisk time, når de ønsker å avbestille time eller melde fra at man ikke har behov for kontroll

Sykehuset har prøvd ut brukerstyrt poliklinikk ved Revmatologiske avdeling. Dette har så langt vært vellykket, og sykehuset ønsker å gi lignende tilbud også ved de øvrige poliklinikkene.

### **7.3.5 Bruk av pasientrapporterte data**

Bruk av pasientrapporterte data vil øke i fremtiden. Ny pasientrolle, nye behandlingsmetoder og nye teknologiske løsninger vil gjøre det nødvendig at sykehuset legger til rette for selvrapporing for valgte pasientgrupper. Denne utviklingen må sees i sammenheng med Oslo kommunes satsing på velferdsteknologi som for eksempel avstandsoppfølging av hjemmeboende pasienter.

#### **Tango-prosjektet**

- Har fått innovasjonsstøtte fra Helse Sør-Øst i 2017
- Skal ta i bruk, teste og videreutvikle hjemmebasert rapportering for personer som har leddgikt og spondyloartritt
- Rapportering hjemmefra via pc, nettbrett eller mobiltelefon
- Skal bidra til økt kvalitet i behandlingen fordi legene får bedre oversikt over pasientenes sykdomsaktivitet
- Skal bidra til at pasientene opplever økt mestring fordi de selv kan følge med på sin sykdomsaktivitet
- Kan gi økt ressursutnyttelse, kortere ventetider og muliggjøre at sykepleiere kan overta noen av legenes oppgaver
- Ved hjemmerapportering kan man raskt fange opp de som har blitt dårligere ellers som trenger å komme til konsultasjoner av andre grunner
- Tidspunkt for kontroller kan muligens utsettes for de som har stabil sykdomsaktivitet

### **7.3.6 Forløpsfinansiering**

Dagens finansieringsordninger stimulerer ikke til økt samhandling på tvers av forvaltningsnivåene. Det er derfor viktig å samarbeide for å finne nye organisasjonsformer og nye finansieringsordninger som i større grad følger pasientene og i mindre grad følger forvaltningsnivåene.

Med utgangspunkt i samtaler med sektorbydeler og etater i Oslo kommune, ønsker man i Diakonhjemmets sektor å se på muligheter for forløpsfinansiering av utvalgte pasientforløp. Hensikten er å etablere optimale pasientforløp uavhengig av hvem som betaler for tjenestene og vil blant annet inkludere tiltakene nevnt i pkt. 6.3.1 – 6.3.6.

### **7.3.7 Andre tiltak i samarbeid med primærhelsetjenesten**



- **Kompetansedeling/gjensidig veiledningsplikt**

Med endret oppgavedeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten vil det bli økt behov for strukturert kompetansedeling. F.o.m 1.1.2018 er det innført gjensidig veiledningsplikt mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette gir gode muligheter for funksjonell kompetansedeling. Sykehuset har allerede inngått «Avtale om plan for kompetansedeling» med sektorbydelene.

- **Elektronisk kommunikasjon**

Elektronisk kommunikasjon mellom fagpersoner på tvers av nivåene er til en viss grad etablert. Dette er et område med stort utviklingspotensial og vil bli høyt prioritert i utviklingsperioden. Et eksempel på elektronisk kommunikasjon mellom leger i sykehus og fastleger. Et annet er behovet for fulldigitalisering av prøveflyt mellom primærhelsetjenesten og sykehuset.

- **Reinnleggelser**

Det er grunn til å analysere sykehusets reinnleggelsestall nærmere og knytte denne informasjonen til arbeidet med pasientforløp, ambulante tjenester, kompetansedeling, veiledningsplikt, videreutvikling av elektronisk kommunikasjon og velferdsteknologi.

- **Samarbeid med avtalespesialister**

Det er et behov for å se nærmere på samarbeidet med avtalespesialistene. Fagdirektørmøtet i HSØ har tatt initiativ til at det utarbeides nye samarbeidsavtaler lokalt. Sykehuset vil delta i dette arbeidet.

## 7.4 Psykisk helse

Sykehuset vil prioritere videre styrking av tjenestetilbudet til pasienter og familier med psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk.

Utviklingen av de fremtidige tjenestene skal foregå:

- i nært samarbeid med bydelene og andre samarbeidspartnere, gjennom etablerte Strategiske råd
- med mål om å finne rasjonelle løsninger som sikrer sammenhengende tjenester for alle aldersgrupper på tvers av dagens avdelingsstrukturer og på tvers av fagområdene somatikk, psykisk helse og rus
- basert på gode analyser av befolkningens behov og forventninger
- med systematisk brukermedvirkning

Den videre utviklingsplanen for barn, ungdom og voksne og eldre tar utgangspunkt i de tre spesifikke føringene som HSØ har bedt om at legges til grunn for utviklingsplanen og i en vurdering av nåsituasjonen:

### 1. Brukermedvirkning og samvalg

#### a) Individnivå

Kunnskapsbasert behandling av psykiske lidelser og ruslidelser innebærer at pasient og pårørende involveres og tar aktive valg. Blant annet bidrar psykoedukasjon som behandlingsform til at pasient og pårørende får kunnskap og informasjon om egen diagnose. Behandlingsformen gir mulighet til å skape realistiske forventninger til utvikling og prognose og setter pasienter og pårørende i bedre stand til å ta aktive valg og reflektere rundt alternative løsninger.

I et barne- og ungdomsperspektiv, forutsetter medbestemmelse og Samvalg at det gjøres tilpasninger i informasjon og samtykkeinnhenting. Kommunikasjonen må være tilpasset barnets modningsnivå, kontekst og alder. Det må gis trygg foreldreinformasjon i samsvar med ny lovgivning.

#### b) Systemnivå



Sykehuset har etablert et aktivt Brukerutvalg og arbeider aktivt med å sikre representasjon av brukerrepresentant i alle prosjekter og arbeidsgrupper som innebærer omstilling og tjenesteutvikling. Et sentralt prinsipp er at brukerrepresentantene skal medvirke gjennom hele prosessen. Det er i tillegg ansatt to erfaringskonsulenter med henholdsvis bruker- og pårøndererfaring som gir råd og opplæring både til behandlere og brukere i flere enheter.

#### ***Utvikling av tjenestetilbudet:***

Sykehuset skal gjennom ledelse og samarbeid med brukerorganisasjoner og brukere utvikle og tilrettelegge for:

- Kunnskapsbasert familiesamarbeid både for barn, voksne og eldre. Prosjektet Familie Vest videreføres med mål om etablering i ordinær drift.
- Psykoedukasjon og kunnskapsformidling, opplæringstilbudet til pasienter og pårørende utvides og ny teknologi/digitale løsninger tas i bruk i større grad i formidlingen
- Individtilpasset informasjon som muliggjør medvirkning og samvalg til brukere med ulik alder, modning, funksjonsnivå og familiesituasjon
- Styrket kompetanse og bevissthet i bruk av samvalgsmetodikk
- Elektronisk løsning for klient- og resultatstyrte tilbakemeldingssystemer implementeres bredt i poliklinikker og døgnenheter
- Elektronisk løsning for gjennomføring av brukerundersøkelse, som muliggjør større kontinuitet og bedre sammenlikningsgrunnlag
- Alternative former for involvering av brukere på systemnivå, herunder bruk av ny teknologi og digital kommunikasjon

#### ***2. Standardiserte pasientforløp***

Sykehuset har gjennom konsernrevisjon HSØ i 2017 avdekket betydelig variasjon i utrednings- og behandlingstilbudet til pasienter innen samme diagnosegruppe og mellom ulike behandlere. Det er grunn til å tro at en del av denne variasjonen er uønsket og ikke faglig begrunnet.

Sykehuset har en aktiv holdning til implementering av nasjonale pakkeforløp. I tillegg er det allerede utarbeidet flere lokale behandlingsforløp som kan supplere de nasjonale standardforløpene. En viktig målsetning for pakkeforløpene er styrket koordinering og bedre sammenheng mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Fleksible ACT-team (FACT) har sin styrke i at pasienter med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser får sitt samlede helse- og omsorgsbehov dekket i et felles team bemannet av primær- og spesialisthelsetjenesten.

#### ***Utvikling av tjenestene:***

Sykehuset skal gjennom ledelse, analyser av behov og kunnskapsformidling:

- Arbeide systematisk med forankring, implementering og måling av nasjonale pakkeforløp som nå er under utvikling
- Videreutvikle lokalt tilpassede pakkeforløp som inkluderer det kommunale tjenestenivået, herunder:
  - etablere felles FACT-team for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser, med langvarig behov for koordinerte tjenester
  - Videreføre lokalt pakkeforløp for familier i krise
  - Videreføre lokalt pakkeforløp for ungdom i risiko på skolearenaen
  - Videreføre lokalt pakkeforløp for arbeidsrettet kognitiv terapi ved depresjon

- «Trygg utskrivelse» ved å holde tett kontakt med fastlege, aktiv bruk av utskrivingsplan, utreisesamtale og sjekklister ved utskrivelse.
- Utvikle nye lokale pakkeforløp som beskriver gode overganger og samarbeidsformer på tvers av aldersgrupper og fagområder inkludert somatikk, psykisk helse og TSB
- Sikre brukermedvirkning i alt utviklings- og implementeringsarbeid
- Benytte digitale løsninger i kommunikasjon og samhandling mellom involverte aktører.

### 3. Behandlingseffekt

Sykehuset benytter i dag flere ulike scoringsverktøy/psykometriske tester innen psykisk helse og rus, med sikte på å måle behandlingseffekt. I enkelte enheter benytter man også anerkjente klient- og resultatstyrte tilbakemeldingssystemer/metoder.

#### **Utvikling av tjenestetilbudet:**

Sykehuset skal gjennom ledelse analyse av behov og kunnskapsformidling:

- Sikre en enhetlig og gjennomgående praksis og bruk av evidensbaserte metoder
- Sikre at definerte elektroniske scoringsverktøy digitaliseres og inngår fast i konkrete pasientforløp
- Utvikle indikatorer i tilknytning til pasientforløpene
- Sikre at funn og tilbakemeldinger implementeres systematisk i det kontinuerlige forbedringsarbeidet
- Sikre elektronisk tilgang til funn slik at data blir tilgjengelige for flere (inklusive samarbeidspartnere)
- Sikre somatiske tilbud til pasienter med psykiske helseplager

## **7.5 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

Sykehuset har ansvaret for det polikliniske utrednings- og behandlingstilbudet til personer med behov for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i våre bydeler. Sykehuset har også ansvar for rettighetsvurderinger til døgnbehandling og andre sentraliserte tjenester innen TSB.

Sykehuset samarbeider tett med OUS som har områdefunksjoner både innen LAR-behandling, akutt behandling og avrusning (Rus akutt) og døgnbehandling, inkludert koordinering av pasientstrømmer til private tjenestetilbydere innen TSB Døgn.

Den spesifikke beskrivelsen av utviklingsplanen for TSB tar utgangspunkt i de to føringene som HSØ har bedt helseforetakene å legge til grunn for utviklingsplanen. Sykehuset vil videreutvikle fremtidige TSB tjenester som en del av lokalsykehusfunksjonen og forankret i DPS. Tjenestene skal være faglig robuste, tverrfaglige og relevante for brukere med sammensatte behov. Samhandlingen med fagområdene psykisk helsevern og somatikk skal videre styrkes med tanke på felles synergier og bedre tjenester for brukerne.

Organiseringen i Oslo med flere sentraliserte funksjoner og mange private tilbydere i TSB, medfører ressurskrevende koordinering og sårbare overganger for brukerne mellom ulike systemer og behandlingsnivåer. Sykehuset vil jobbe for at det samlede TSB-tjenestetilbudet i Oslo gjennomgås og at muligheten for å innlemme deler av døgntilbudet i lokalsykehusfunksjonen utredes. Dette vil bidra til mer sammenhengende pasientforløp med færre sårbare overganger og mer rasjonell ressursutnyttelse.

Sykehuset vil arbeide med videre styrking av samarbeidet med bydel og Velferdsetaten. I løpet av 2018 planlegges etablering av et Rus-FACT for vestlige bydeler i Oslo, der kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester samles.

## **7.6 Rehabilitering**

Opptrappingsplan for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator' legger føringer for oppgavedelingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Kommunen får et utvidet ansvar for rehabilitering. Primærhelsemeldingen legger også vekt på at en større del av rehabiliteringen bør skje i kommunen.

Det er behov for ansvarsavklaringer, kompetansedeling og nytenkning. Sykehuset vil delta aktivt i arbeidet med å etablere gode og helhetlige rehabiliteringsforløp sammen med både primærhelsetjenesten og andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Det er innledet et samarbeid med Sunnaas sykehus som Diakonhjemmet ønsker å videreutvikle i planperioden.

Områder som vil bli vurdert er for eksempel slagrehabilitering, rehabilitering av eldre pasienter med brudd, rehabilitering etter amputasjoner og kreftbehandling. Det er innledet samtaler med Sunnaas Sykehus om mulige samarbeidsflater. Sykehuset deltar også i et prosjekt ledet av Helseetaten om kommunens rolle i rehabiliteringsforløpet. Et samarbeid mellom kommune, lokalsykehus og spesialisert rehabilitering vil kunne gi optimale rehabiliteringsforløp for store pasientgrupper og enkeltpasienter med spesielle behov.

Det etablerte nettverket mellom koordinerende enheter i sykehuset og sektorbydelene skal videreutvikles. Nettverket vil synliggjøre målene i forskrift og veileder for habilitering, rehabilitering, IP og koordinator og operasjonalisere tiltak i opptrappingsplanen.

## **7.7 Samarbeid med virksomhetene i Det norske Diakonhjem**

Diakonhjemmet Sykehus er eid av Det norske Diakonhjem og har gode samarbeidsstrukturer med alle virksomhetene i stiftelsen. Det er et uttalt mål at den geografiske og organisatoriske nærheten og de ideelle målene for virksomhetene fortsatt skal resultere i innovativ samfunnsnyttig utvikling i tråd med institusjonens over 125-årige diakonale tradisjon.

Det norske Diakonhjem eier nå flere sykehjem i byen, utvikler primærhelsetjenester gjennom Diakonhjemmet Omsorg, er blitt landets nest største private utdanningsinstitusjon gjennom fusjonene i VID vitenskapelige høgskole, har et meget velfungerende sykehusapotek med tett samarbeid med sykehuset og skal utvikle Diakonhjemmet hage i utviklingsperioden.

I planperioden ønsker sykehuset blant annet å se på følgende samarbeidsarenaer:

- Utarbeide en plan for mulig opprettelse av alderspsykiatriske og voksenpsykiatriske døgnplasser i det nye sykehjemmet i Diakonhjemmet Hage. Dette vil gi grunnlag for et stort tverrfaglig miljø innenfor geriatri og psykisk helse, hvor man blant annet kan pilotere ulike prosjekter på tvers av forvaltningsnivåene.
- Bidra til å opprette nye utdanningsløp ved VID vitenskapelige høgskole for å sikre adekvat kompetanse til sykehusets nye satsningsområder.
- Samarbeide med Omsorg om deres planer om å opprette et senter for helse- og velferdsteknologi.
- Utvikle et felles simuleringssenter i samarbeid med VID vitenskapelige høgskole og Omsorg for trening og opplæring av helsepersonell.

Det er et ønske om at hele Diakonhjemmet Hage-området utvikles til en fleksibel og dynamisk utprøvsarena for nye samarbeidsmodeller mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og bidra til å styrke sykehusutviklingen i alt fra forskning, praksisplasser, samarbeid opplæring, delte stillinger, fleksibilitet i bruk av lokaler, samarbeid på tvers av omsorgsnivåene og til bruk av frivillighet i tjenestene.

## **7.8 Pasient – og pårørendeopplæring**

Pasient- og pårørendeopplæringen bidrar til pasientsikkerhet og god kvalitet i behandlingen.

Sykehuset har to hovedmål for pasient- og pårørendeopplæring i planperioden:

- Gi pasienter og pårørende kunnskapsbasert informasjon og opplæring
- Ha tydelig pasient- og pårørendefokus og praktisere god brukerinvolvering på individ- og systemnivå

For å oppnå dette vil sykehuset ha fokus på følgende:

- Sikre lett tilgjengelig og oppdatert informasjon om behandlingstilbud tilpasset målgruppen i språk, form og innhold
- Etablere systemer for systematisk formidling av informasjon som muliggjør at pasienten kan delta aktivt i eget behandlingsforløp
- Pasienter og pårørende med behov for opplæring som styrker helse og livskvalitet tilbys dette. Det tilstrebes at slik opplæring blir en del av alle aktuelle pakke- og behandlingsforløp og at pasientene deltar aktivt i eget behandlingsforløp og tar informerte valg sammen med sin behandler
- Sikre at opplæringstilbudene er kunnskapsbaserte både medisinskfaglig og pedagogisk og at opplæringen videreutvikles i tråd med faglig utvikling i aktuelle fagområder

- LMS som sykehusets helsepedagogiske ressursmiljø bistår avdelingene i planlegging, gjennomføring og evaluering av opplæringstilbud og bidrar med oppdatert kunnskap om læring og pedagogisk tilrettelegging
- Erfaringsbasert kunnskap brukes systematisk i opplæringen gjennom samarbeid med erfarne brukere og likepersoner
- IKT-løsninger og E-læring tas i bruk for å øke tilgjengelighet på kunnskap og bidra til kvalitet på opplæringstilbudet i kombinasjon med eller som supplement til klasseromsopplæring
- Utvikle nye opplæringstilbud i tråd med sykehusets oppdrag, for eksempel overfor kreftpasienter og pasienter med mage- og tarmsykdommer
- Styrke samarbeidet med Lovisenberg diakonale sykehus om tilbud til spesifikke pasientgrupper, for eksempel om kurs for pasienter med annen språk- og kulturbakgrunn
- Videreføre samarbeidet med bydelene gjennom avklart ansvars- og oppgavefordeling og gjensidig kompetanseoverføring
- Sikre at brukerrepresentanter får opplæring, oppfølging og veiledning for å bidra til god brukerinvolvering på system- og individnivå (likepersoner og erfaringskonsulenter)
- Legge til rette for at medarbeidere får opplæring (e-lærings- og klasseromsundervisning) innen kommunikasjon, brukermedvirkning, samvalg og helsepedagogikk ved at kommunikasjon og helsepedagogikk inngår i fagpersoners kompetanseplaner

## 7.9 Bemanning, kompetanse og utdanning

Helsetjenesten konkurrerer om de samme ressursene og må jobbe målrettet for å rekruttere, bibeholde og utvikle sin viktigste ressurs – de ansatte. Sykehuset rekrutterer pr i dag godt, men vil, som andre sykehus, oppleve knapphet på ulike fagprofesjoner i årene fremover.

### Nye oppgaver

Sykehuset får blant annet utvidet ansvar for medisinsk onkologi allerede i løpet av 2018. Dette vil kreve mer kompetanse innen onkologisk sykepleie enn sykehuset har i dag. Vi har kontinuerlig 1–2 sykepleiere som tar videreutdanning innen feltet, men denne utdanningstakten må intensiveres. Det vil også bli behov for mer kompetanse innen palliasjon, smertebehandling og ernæring til denne pasientgruppen. Det vil også være behov for å ansette onkologer.

### Særskilte profesjonsvise behov

**Spesialsykepleiere:** Det er en konstant utfordring å få mange nok intensivsykepleiere. Det er pr i dag en dekning på 50 % og det er et klart mål at 75 % av sykepleiere som jobber i sykehusets intensivavdeling skal ha spesialutdanning. Innen anestesi og operasjon er utfordringen at disse gruppene har høy alder og det arbeides derfor målrettet med rekruttering. Sykehuset har til enhver tid utdanningsstillinger for alle disse spesialretningene.

#### Samarbeid med

#### primærhelsetjenesten – kompetanse

Det er behov for å styrke kompetansen der pasienter behandles både for somatiske og psykiske lidelser og der pasienten utskrives til annet omsorgsnivå. Det arbeides blant annet med å få til delte fagstillinger sammen med kommunen. Vi kan forvente at det i fremtiden vil komme delte fagstillinger innen flere felt. Det bør også vurderes å ansette felles sykepleiere med utdanning innen avansert klinisk sykepleie.

Sykehuset vil i planperioden vurdere å styrke samarbeidet om allmennlegers spesialisering gjennom formalisert sykehuspraksis. Dette må ses i sammenheng med utdanningsløpet for leger i spesialisthelsetjenesten

*Helsesekretærer:* Disse har en viktig rolle med å sikre trygg oppfølging av det pasientadministrative arbeidet, og sykehuset mener det er behov for å styrke denne rollen. Det er gjennomført en utdanning for 30 kontorfaglig ansatte i samarbeid med Høgskolen VID. Det startes et påbyggingsår for denne gruppen høsten 2018.

*Leger i spesialisering:* LIS 1 er implementert. Det jobbes nå med implementering av LIS 2 og 3, for å legge til rette for at så mange læringsmål og aktiviteter som mulig kan gjennomføres ved eget sykehus og i samarbeid med Lovisenberg Diakonale Sykehus.

*Lederopplæring:* Det har pågått et opplæringsprogram i sykehuset siden 2014. Dette videreføres i ulike moduler. Det arbeides aktivt med rekruttering av gode ledere ved nyansettelser. Det planlegges å gjennomføre mobiliseringsprogram for potensielle ledere i samarbeid med HSØ fra 2018.

*Oppgaveglidning:* Sykehuset søker å fordele de ulike oppgavene til riktig kompetansenivå. Gjennom digitalisering av oppgaver vil det være naturlig at kontorfaglig personell tar over noen oppgaver fra leger og sykepleiere. Dette vil trolig kreve kompetanseutvikling i faggruppen.

Videre planlegges ulike behandlingsforløp for eksempel innen muskel/skjelettsykdommer hvor oppgavene flyttes fra lege til fysio- og ergoterapeuter.

Sykehuset vil også vurdere om sykepleiere kan videreutdannes til spesielle oppgaver og avlaste legegruppen og derved korte ned ventelister på spesielle undersøkelser, for eksempel skopier.

### **Behov for fremtidige videreutdanninger**

Sykehuset vil se kritisk på hva behovet for videreutdanninger og mastere innen de ulike fagområdene er fremover. Dette må avveies mot de oppgavene sykehuset vil få ansvar for. Uansett vil det sannsynligvis være behov for sykepleiere med avanserte kliniske mastere for å behandle og følge opp utvalgte pasientgrupper.

Nytt medisinskteknisk utstyr og nye arbeidsprosesser med automatisering av arbeidsoppgaver fører til at bioingeniørene kan få endrede arbeidsoppgaver. Mangel på spesialister innenfor laboratoriefaget fører til økt behov for bioingeniører med mastergrad, og behov for tilstedeværende legespesialist i medisinsk biokjemi. Det er generelt vanskelig å rekruttere både bioingeniører og legespesialist.

Innføring av Kompetanseportalen vil gi et godt verktøy for dokumentasjon av planer og gjennomføring av kompetanse for alle profesjoner og fagfelt. I samsvar med HSØs arbeid innen e-læring vil stadig flere kurs gjennomføres på denne plattformen fremfor tradisjonelle klasseromskurs.

### **Samarbeid med Lovisenberg diakonale sykehus**

Det er per i dag samarbeid mellom våre to sykehus på mange områder for eksempel om gjennomføring av LIS 1. Det planlegges også et samarbeid om felles gjennomføring for LIS 2 og 3.

### **Samarbeid med VID vitenskapelige høgskole**

Sykehuset har i flere år samarbeidet med VID vitenskapelige høgskole om kompetanseutvikling gjennom simulering. Dette samarbeidet vil videreutvikles. Det pågår også et utviklingsarbeid knyttet til videreutdanning for kontorfaglig ansatte i samarbeid med høgskolen.

### **Tiltak på kort sikt (->2021)**

- Ferdigstille og implementere strategisk kompetanseplan for alle faggrupper
- Implementere kompetanseportalen (Dossier) som verktøy for alle faggrupper
- Utarbeide og implementere kompetanseplaner for alle faggrupper

- Øke kompetansen innen digitalisering på systemnivå og hos den enkelte medarbeider
- Videreutvikle, ta i bruk og tilrettelegge for E-læring og simulering
- Jobbe for delte fagstillinger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og mellom sykehuset og VID
- Videreutvikle lederopplæring i tråd med sykehusets organisasjonsutvikling

#### Tiltak på lang sikt (-> 2030)

- Utvikle strategiske kompetanseplaner for å imøtekomme nye oppgaver innen digitalisering
- Vurdere behov for ny kompetanse avhengig av de funksjoner sykehuset får ansvaret for
- Vurdere behov for nye profesjoner

### 7.10 Forskning og innovasjon

Sykehuset har et mål om å opprettholde en høy forskningsproduksjon i utviklingsperioden. I nåværende strategi har sykehuset forskning og innovasjon som et uttalt satsingsområde. Sykehuset skal øke forskningsaktiviteten i alle avdelinger og etablere en langsiktig plan for å heve ytterligere ett forskningsmiljø til en forskningsstandard på internasjonalt nivå.

I nåværende strategi uttrykkes ambisjonen om å forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen gjennom å styrke ytterligere den pasientnære forskningsinnsatsen. Forskningen skal utvikles fra et pasientperspektiv, blant annet gjennom virkemidlene aktiv brukermedvirkning og behovsidentifisert forskning. Sykehusets betydeligste forskningsmiljø er Revmatologisk avdeling med sine to nasjonale tjenester, og ambisjonen er å heve ytterligere ett fagmiljø til internasjonalt nivå innen forskning.

Revmatologisk avdeling har en egen forsknings- og innovasjonsstrategi fram mot 2025 som beskriver fem fokusområder:

- å videreutvikle forskningsmiljøet gjennom tydelig organisering og felles mål, for å sikre langsiktig finansiering og oppnå strategiske gevinster (forskningssenter).
- å gjennomføre intervensjonsstudier av høy kvalitet med potensial til å endre klinisk praksis (fremragende kliniske studier).
- å gjennomføre forskning på helhetlige behandlings- og rehabiliteringsforløp og bedre samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Brukerinvolvering, tverrfaglighet og solid forankring i nasjonale og internasjonale nettverk skal sikre at forskningsspørsmål er pasientnære og klinisk relevante (Helhetlige pasientforløp).
- å drive innovativ forskning som gir ny kunnskap og som kommer til nytte for pasient og samfunn (forskning med innovasjonspotensial).
- å ha en sentral internasjonal rolle, som gjennom samarbeid forbedrer klinisk revmatologisk praksis og skaper en bedre helsetjeneste. Resultatene av forskningen skal komme pasientene raskt til gode gjennom kunnskapsbaserte tiltak (kompetanse og nettverk).

Innen psykisk helse vil sykehuset fremover særlig styrke forskningen innen depresjon, alderspsykiatri og sammenheng helse/arbeid.

Sykehuset har nå organisert innovasjonsarbeidet tydelig (se kap. 2.6) og har dermed lagt grunnlaget for økt innovasjonsvirksomhet og en styrket innovasjonskultur. Ambisjonene er høye, særlig innen

#### Forskningsrekord på Diakonhjemmet Sykehus

I 2017 ble det satt ny rekord for publiserte artikler på Diakonhjemmet Sykehus. Målt i antall publikasjoner har det aldri blitt forsket så mye på sykehuset som det er blitt gjort de siste årene.

Totalt ble 143 artikler godkjent for publisering i 2017. Det er 13 flere enn i 2016, og 35 flere artikler enn i 2013. Flere studier fra sykehuset har vekket internasjonal oppmerksomhet de siste årene.

brukerdreven innovasjon for bedret pasientbehandling og rasjonell bruk av tilgjengelige ressurser. Mottoet er at sykehusets innovasjoner skal være nye, nyttige og nyttiggjorte.

Diakonhjemmet har vært nyskapende innen helse og utdanning i godt over 100 år og tar mål av seg til å være det også de kommende 100 årene.

Sykehuset har i liten grad hatt forskningssamarbeid med Oslo kommunen, men samarbeidet om flere fagutviklingsprosjekter. Sykehuset ønsker imidlertid å se nærmere på muligheten for felles forskningsprosjekter med kommunen i planperioden.

Diakonhjemmet har en ambisjon om å bli en innovativ utprøvingsarena ( gjerne en Helsearena Vest) for utvikling av nyskapende samarbeid på tvers av helsetjenestenivåene innen både finansiering, organisering og oppgavefordeling. Det ligger godt til rette for dette gjennom synergiene knyttet til utbygging av området og det nære samarbeidet om utdanning, omsorgstjenester og sykehusdrift. Sykehuset har allerede et tett samarbeid med primærhelsetjenesten, og dette skal utvikles videre.



### **7.11 Økonomi**

Sykehuset er et aksjeselskap som er avhengig av å gå i overskudd for å kunne sikre fremtidig drift. Sykehuset er avhengig av langsiktige avtaler og forutsigbare rammebetingelser for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen. Sykehusets størrelse og funksjonsfordelingen innad i Oslo medfører større sårbarhet ved finansielle endringer.

For å oppnå økonomisk bærekraft må produktiviteten øke gjennom mer effektive prosesser og reduksjon av smådriftsulemper. Sykehuset må sikre løpende omstilling med vekt på gode ressurseffektive pasientforløp og å utnytte teknologiske endringer. Økt pasientgrunnlag og ellers økt samarbeid med vekt på spesialisering vil også være nødvendig for å sikre økonomisk bærekraft.

### **7.12 Teknologi og utstyr**

Sykehuset vil satse på økt utnyttelse av helseteknologi for å fremme pasientens helsetjeneste, følge utviklingen innen helseteknologien tett, og ta grep der det er naturlig.

Sykehuset vil arbeide for å utnytte digitale muligheter og teknologi, og ta i bruk relevante arbeidsbesparende og velferdsfremmende teknologiske løsninger. Sykehuset har et økt fokus på innovasjon, noe som vil benyttes som en drivkraft i forhold til innovativ utnyttelse av helseteknologi.

Sykehuset vil arbeide for å legge til rette for teknologisk støtte for å forenkle og fremme et tettere klinisk samarbeid med Lovisenberg diakonale sykehus.

Sykehusets senterorganisering av poliklinikkene vil stille nye krav til støttende teknologiske løsninger, og vil også åpne opp for innovative digitale løsninger. Sykehuset har i dag satsninger innen selvrappotering, og dette er en naturlig vei å følge videre.

Sykehuset har intensjon om å være det første sykehuset på tilnærmet full DIPS ARENA, dette for å kunne utnytte de mulighetene som ligger i den nye plattformen til DIPS.

Sykehuset vil i planperioden ha behov for å videreutvikle teknologiske løsninger knyttet til fagområdene radiologi, medisinsk biokjemi og psykofarmakologi.

#### **Radiologi**

Radiologisk diagnostikk vil gjennomgå en stor teknologisk utvikling fram til 2035. Innføring av kunstig intelligens og CDS (clinical decision support) vil bli nødvendig for å kunne håndtere økende informasjonsmengde og bidra til bedret diagnostikk. Vi ser en utvikling mot konvertering av konvensjonelle røntgen-undersøkelser til kostbare modaliteter som CT og MR. Kravet til bruk av ikke strålegivende metoder vil dessuten gjøre at behovet for ultralydundersøkelser også vil øke sterkt.

Lave stråledoser, høyere oppløsning og bedre kvalitet på undersøkelser kommer til å bidra til at flere undersøkelser utføres i forbindelse med kontroll og oppfølging av behandling i sykehuset. Det vil stille store krav til lagring og håndtering av store datamengder. Implementering av beslutningsverktøy som CAD (automatiske deteksjonsverktøy) og CDS vil bli viktig for effektiv drift.

Økt opptaksområde og overtagelse av kreftpasienter vil kreve mye radiologi som sykehuset pr i dag ikke har.

Utviklingen av flere standardiserte pasientforløp vil også kreve mer radiologi. Kapasitetsbehovet vil i stor grad bli styrt av sykdomsutviklingen og økt bruk av medikamentell behandling som krever oppfølging og evaluering. En overordnet problemstilling er at informasjon må kunne deles mellom sykehusene. Dette gjør at behovet for strukturerte svarrapporter vil presse seg frem. Deling av bilder og svar vil kreve gode fleksible IKT-løsninger.

#### **Psykofarmakologi**

Senter for Psykofarmakologi analyserer i dag prøver fra eget opptaksområde. I tillegg mottar avdelingen prøver fra flere helseforetak i Helse Sør-Øst og har i praksis regionsfunksjon for psykofarmakologiske analyser. Gjennom investeringer i en moderne instrumentpark og IKT-løsninger har avdelingen god kapasitet for ytterligere vekst, inkludert samarbeid med andre helseforetak i og utenfor helseregionen. Dette vil i tillegg til å sikre et robust fagmiljø og god helsefaglig service for brukerne, fremme et stabilt forskningsmiljø og gjøre det unødvendig å bygge opp parallelle analysetilbud i helseregionen.

### **7.13 Bygg: Fremtidige behov og muligheter**

#### **Somatiske avdelinger, Steinerud**

Utviklingsplanen har beskrevet sykehusets muligheter for vekst, også arealmessig. Det norske Diakonhjem har tomt på Steinerud som på lang sikt kan dekke behovet for betydelig modernisering og utvidelse av sykehuset. På mellomlang sikt kan behov for ekstra arealer diskuteres som et sambruk med annen institusjonsbygging i Diakonhjemmet hage.

For å dekke arealbehovet på Steinerud på kort sikt, pågår det for øyeblikket et prosjekt i sykehuset for å tilpasse og fortette eksisterende arealer slik at de tilpasses pågående strukturendringer. Det er anskueliggjort muligheter for flere arealeffektiviseringer som vil kunne imøtekomme sykehusets arealbehov:

- Redusere kontorarealbruk ved fellesskapsløsninger og/eller personuavhengige kontorplasser
- Reorganisere poliklinikker
- Felles bruk/kombinasjonsbruk av kliniske arealer

Bygningsmessig fleksibilitet anses å være relativt god så lenge ikke fundamentale/totale omstruktureringer av teknisk infrastruktur skal gjennomføres. Med noen forbehold kan teknisk infrastruktur og bygningsmessige forhold endres og tilpasses nye funksjoner.

For å imøtekomme økt arealbehov til klinisk aktivitet de kommende 1–3 år, uten å utvide, er følgende bufferareal identifisert:

- Kort sikt/i løpet av ett år: 1200–1 400 m<sup>2</sup>
- Kort/mellomlang sikt, 1–3 år: 6–700 m<sup>2</sup>
- Mellomlang sikt, 4–7 år: 3–5 000 m<sup>2</sup>

Det er i de senere årene gjennomført store bygningsmessige endringer i sykehusets bygningsmasse på Steinerud. Alle prosjektene er gjennomført i et «sykehus i drift». Organisasjonens evne og vilje til å endre for å imøtekomme pasientenes behov, til tross for de påkjenningene det er med henhold til støv, støy og ekstraoppgaver forbundet med prosjektene, viser kulturen og viljen vi har på sykehuset. Det er sjelden færre enn fem områder som til en hver tid er under transformasjon.

### **Psykisk helsevern Vinderen**

Den eldre bygningsmassen på Vinderen er eid av HSØ, mens den nye bygningsmassen delvis er eid av sykehuset og delvis eid av HSØ.

Vinderen-området huser per i dag hele Voksenpsykiatrisk avdeling, BUP-Vest og Senter for Psykofarmakologi.

Den eldre bygningsmassen har en fredet fasade. Innvendig holder bygningen en god standard, men er ikke praktisk utformet i forhold til å drive døgnbehandling. På sikt vil det derfor være et mål for sykehuset at døgnbehandlingen flytter ut av den eldre bygningsmassen og inn i nye og mer effektive lokaler. En slik flytting vil kunne frigjøre lokaler til mer dagbehandling og poliklinisk virksomhet i gamlebygget. De nye lokalene på Vinderen holder en god standard, og er godt tilrettelagt både for den polikliniske aktiviteten i disse huset, samt for Senter for Psykofarmakologi.

Som en del av langtidsstrategien ønsker sykehuset på sikt å samlokalisere psykisk helsevern og somatikken. Dette blir først aktuelt når sykehuset har fått regulert og bygd ut sitt område på Steinerud slik at hele sykehusvirksomheten kan samlokaliseres der.

### **Alderspsykiatrisk avdeling Tåsen**

I bygningen på Tåsen er i dag Alderspsykiatrisk avdeling. Bygningen er eid av Diakonissehuset Lovisenberg, og leies ut til Diakonhjemmet Sykehus.

Bygningsmassen er pusset opp de senere årene og holder en god standard. Det er god kapasitet til å huse dagens aktivitet og en eventuell regionfunksjon innen døgnbehandling.

Sykehuset planlegger likevel på sikt en flytting av to grunner:

- Sykehuset eier ikke lokalene selv
- Sykehuset ønsker å samlokalisere sin somatiske virksomhet og sin virksomhet innen psykisk helsevern.

## ***7.14 Risiko- og sårbarhetsanalyser***

Sykehuset har så langt ikke gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser for alle de foreslåtte tiltakene. Dette er et arbeid som vil bli gjennomført i tett dialog med sentrale samarbeidspartnere.

Analysene vil omfatte vurderinger av om de foreslåtte tiltakene er tilstrekkelige for å møte befolkningens behov for helsetjenester, og om de er harmoniserte med øvrige samarbeidspartneres helse- og omsorgstjenesteplaner.

## 8 Videre bruk av utviklingsplanen

Sykehuset anser Utviklingsplanen som et godt verktøy i videre planleggingsprosess.

Sykehuset er både midt i en intern omstrukturingsprosess, og skal i 2018 utvikle ny overordnet strategi som en av Det norske Diakonhjems virksomheter. Diakonhjemmet har omfattende utviklings/utbyggingsplaner hvor byens behov for at sykehuset bygges ut er erkjent og inkludert i planene.

Sykehuset arbeider aktivt for å videreutvikle samarbeidet med primærhelsetjenesten og for å styrke sykehusets robusthet. Sykehuset samarbeider med Lovisenberg diakonale sykehus om vekst gjennom økt egendeckning ved samordning om nye funksjoner. For fremtidig planlegging av spesialisthelsetjenestekapasiteten i en by med stor vekst og en aldrende befolkning, er det avgjørende å få til god fremtidig funksjonsfordeling mellom sykehusene og helsetjenestenivåene i Oslo.

Sykehusets mål er å styrke spesialisthelsetjenesten til byens befolkning gjennom en treleddet vekststrategi – ved å øke egendeckningen alene og i fellesskap med Lovisenberg diakonale sykehus og på lengre sikt utvide sykehuset gjennom et større opptaksområde.

Sykehuset ser frem til en avklaring med Helse Sør-Øst om videre utvikling.

## 9 Vedlegg

VEDLEGG	Dokumentnavn
1	Møteplass Oslo
2	Dekningsgrad etter DRG-poeng

## Vedlegg 1: Anbefalinger fra Møteplass Oslo



# Felles anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus i Hovedstadsområdet

## Møteplass Oslo

er en arena for utvikling av medisinsk samhandling i Hovedstadsområdet.

Målgrupper er fastleger og kommunalt ansatte allmennleger i Oslo, samt leger i OUS, Diakonhjemmet, AHUS og Lovisenberg. Samarbeidsparter inviteres til Møteplassen alt etter hvilke saker som står på agendaen.

Møteplass Oslo skal arbeide fram felles anbefalinger om arbeids- og ansvarsdeling, og tilstrebe konsensus og likeartet praksis innen feltet medisinsk samhandling. Møteplassen skal bidra til å sikre et godt og tillitsfullt samarbeidsklima og bidra til deling av klinisk kunnskap og erfaring mellom leger i og utenfor sykehus.

Møteplass Oslo har et arbeidsforum hvor fastlegers deltagelse er finansiert. Arbeidsforum har i mars 2017 gitt tilslutning til anbefalingene som presenteres her.

### **Områder for felles anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus i Hovedstadsområdet:**

- Henvisning
- Epikrise
- Timebestilling etter sykehusopphold
- Resepter, samstemming og vedlikehold av Legemidler i Bruk (LiB) liste
- Blodprøver
- Sykemelding
- Pasienttransport
- Samarbeid ved kompliserte, sammensatte lidelser
- Parallell henvisning til flere avdelinger
- Rådgivning og gjensidig tilgjengelighet pr telefon
- Tverrfaglig samarbeid

### **Henvisning – fastlegens ansvar**

- Anvende EPJ-mal for god henvisning.
- Tilstrebe å gi god og poengtert informasjon.
  - Dette skal sikre
    - at pasienten får korrekt rettighetsvurdering og prioritet.
    - At pasienten får hensiktsmessig diagnostikk og behandling på sykehuset
- LiB-listen er oppdatert i henvisningen.
- Henvisningen sendes elektronisk.
- Siden det ikke er mulig å sende vedlegg elektronisk, kopieres disse inn i henvisningsdokumentet.
- Nødvendige vedlegg som ikke kan kopieres inn, ettersendes pr post

### **Epikrise – sykehuslegens ansvar**

- Ta utgangspunkt i og tilpasse mal i DIPS for god epikrise
- Tilstrebe god og poengtert oppsummering av sykehusopphold, korrekt legemiddelliste ved utskrivelse og videre plan.
  - Dette skal sikre
    - At pasienter som trenger det, får nødvendig kontroll
    - Hensiktsmessig medisinsk oppfølging hos fastlege
    - Epikrisen sendes elektronisk
- Fastlege får *alltid* epikrise (-kopi) med mindre pasienten motsetter seg det, også etter polikliniske fremmøter
- Tilstrebe epikrise samme dag.

### **Timebestilling etter sykehusopphold**

- Pasienten kan selv få ansvar for å bestille time hos fastlege etter sykehusopphold, men pasienter som trenger det, får hjelp på sykehuset til dette.
- Epikrisen informerer om hvilken løsning som er valgt for timebestilling.
- Fastlegen bør ikke få ansvar for innkalling av pasienter gjennom beskjed i epikrisen. Begrunnelse: Det skaper usikkerhet og forsinker oppfølgingen.
- Ved videre kontroll hos fastlege kan pasienten selv få ansvar for å bestille time, men ved behov gir fastlegen pasienten ny time ved kontroll.
- Fastlegen prioriterer time for hjemmesykepleiens pasienter ved henvendelse fra dem.

### **Resepter, samstemming og vedlikehold av Legemidler i Bruk (=LiB) liste**

- *Felles*
  - Ved skriving av e-resept: Legen sjekker reseptformidleren og fjerner uaktuelle resepter.
  - Spørre pasientene om de bruker naturpreparater eller uregistrerte legemidler
- *Fastlege sørger for*
  - Samstemming av LiB ved mottak av epikriser/informasjon om endring i legemiddelbehandling
  - At pasientene har oppdatert LiB liste.
  - At det er samsvar mellom LiB- og eventuelt ordinasjonskort Multidose.

- For pasienter med hjemmesykepleie: At hjemmesykepleien informeres ved endringer i LiB.
- At pasienten har gyldige resepter på faste medisiner
- *Sykehuslege sørger for*
  - Å etterspørre LiB-listen og samstemme LiB (følge sykehusets prosedyrer), både ved innleggelser og polikliniske kontakter.
  - Å gi korrekte LiB-liste i epikriser, med begrunnelse for endringer i LiB.
  - Å gi resept på nye legemidler eller ved endret dosering/skifte av legemidler.
  - Ved multidose: Endringer skrives i ordinasjonskortet og faxes til multidoseapoteket. Oppfølgingstid bestilles hos fastlege og samstemming/validering av ordinasjonskortet skjer hos fastlegen.

### Blodprøver

- Legen som stiller indikasjonen for blodprøven og skal vurdere svaret, skriver rekvisisjon og avklarer med pasienten hvor prøven skal tas.
- Legen som stiller indikasjon og rekvirerer blodprøven, har ansvaret for oppfølging og informasjon til pasienten når svaret foreligger.
- Blodprøver rekvirert av sykehuslege tas som regel på sykehuset.
- Blodprøver rekvirert av sykehuslege kan tas på fastlegekontoret dersom dette er mest hensiktsmessig for pasienten.
  - Forutsetninger:
    - Pasienten har rekvisisjon med seg.
    - Pasienten kontakter fastlegekontoret i forkant for å avtale tidspunkt for prøven.
- Blodprøver rekvirert av fastlege tas som regel på fastlegekontoret, med mindre prøven krever spesiell ivaretagelse (f. eks. frysing). Fastlege avklarer med pasienten hvor prøven i så fall skal tas.

### Sykemelding

- Legen som stiller indikasjon for sykemelding, skriver sykemeldingen.
- I forbindelse med behandling på sykehus, f. eks. innleggelser og operasjoner, skriver sykehuslegen sykemelding – om nødvendig helt fram til første kontroll hos fastlege. Tidspunkt for kontrollen angis i epikrisen. Pasienten får ansvar for å bestille kontrolltiden.
- For pasienter som behandles langvarig (> 8 uker) på sykehus/poliklinikk og hos fastlege parallelt, bør sykemelding ivaretas av fastlegen når dette er hensiktsmessig for pasienten.
  - Forutsetning:
    - Fastlegen holdes løpende oppdatert om sykdomsutviklingen gjennom epikriser.
    - Fastlege og behandlingsansvarlig lege/kontaktlege rådslår ved behov om sykemeldingens omfang og varighet.

### Pasienttransport

- Ved henvisning til sykehus, vurderer fastlegen pasientens behov for transport og lager eventuelt rekvisisjon
- Ved videre behandling og kontroller i sykehusets regi, vurderer sykehuset behovet for transport og lager eventuelt rekvisisjoner.

Kilde: <http://www.pasientreiser.no/helsepersonell/retningslinjer-for-rekvirering/hvem-kan-rekvirere/>

### Samarbeid ved kompliserte, sammensatte lidelser

- Når pasienten behandles samtidig
  - I flere avdelinger i samme sykehus
  - I mer enn ett sykehus
  - Hos private avtalespesialister
  - Hos fastlege
- For pasienter som har kontaktlege: Kontaktlegen er medisinsk faglig ansvarlig for pasientforløpet og holder oversikt over hvilke behandlingenheter som er involvert i behandlingen av pasienten.
- Epikrise (-kopi) sendes elektronisk til alle involverte behandlingenheter samt til fastlege ved alle spesialistkontakter, med mindre annet er besluttet av faglige/praktiske årsaker.



- Fastlege samstemmer/oppdaterer LiB-liste og gir pasienten kopi av relevante journalnotat som kan fremvises ved oppmøtene hos spesialist.
- Innspill og råd om behandlingen:
  - Rådslagning mellom spesialistene dokumenteres i journal, og konklusjon om videre behandling sendes alle elektronisk som brev.
  - Fastlege kan gi innspill ved å ringe eller sende brev (post) til pasientens behandlingsansvarlige lege/kontaktlege.
  - Behandlingsansvarlig lege/kontaktlege kan kontakte fastlege ved å ringe eller sende brev elektronisk.
  - Ved behov holdes beslutningsmøter hvor fastlege deltar på like fot med øvrige behandlere.
  - Samarbeidet må sikre at pasientens rett til informasjon, medvirkning og samvalg blir ivaretatt.

#### **Parallell henvisning til flere avdelinger**

- Fastlegen bør i hovedsak ha rollen som koordinator av henvisninger til spesialisthelsetjenesten.
- Fastlegen bør opplyse om hvilke avdelinger det er henvist til parallelt, og kan gi eventuelle råd om koordinert oppfølging fra sykehusets side.
- Leger i sykehus har ansvar for å henvise til samarbeidende avdelinger/spesialister når dette er åpenbart nødvendig for medisinsk ivaretagelse av pasienten.
- Ved usikkerhet bør sykehuslegen anmode fastlegen om å vurdere behovet i epikrisen, eventuelt rådså om behovet pr telefon.

#### **Rådgivning og gjensidig tilgjengelighet pr telefon**

- *Når fastleger trenger konferering med leger i sykehus*
  - Ved akuttinnleggelser (=konfereringsplikt)
    - Ring: Akuttmottak til aktuelle sykehus og be om konferering
  - Om felles pasienter, f. eks etter innleggelser
    - Ring: Aktuell ekspedisjon. Hvis du kjenner navn på lege: Be om å få snakke med vedkommende, eventuelt legen som har signert epikrise, eventuelt kontaktlege. Legg igjen mobilnummer.
  - Rådgivning om medisinske spørsmål, f. eks. hjertesviktbehandling:
    - Ring: Hvis det haster med råd: Konfereringsvaktene. Hvis det ikke haster: Ring aktuell ekspedisjon. Avdelinger kan ha ulike ordninger. Noen har telefontid. Be om å få konferere og legg igjen mobilnummer.
- *Når leger i sykehus trenger konferering med fastleger*
  - Råd/informasjon ved akuttinnleggelser eller utskrivelser, eller råd om felles pasienter
    - Ring: Vanlig telefonnummer til fastlegekontoret
    - «Hvis det haster» nummer oppgis av svarere når man ringer vanlig nummer til fastlegekontorene. Dette kan brukes av samarbeidende helsepersonell.

Liste med telefonnummer/faxnummer/e-poster til fastlegene i Oslo oppdateres jevnlig og ligger på Veiviseren

[http://www.oslo-universitetssykehus.no/fagfolk/\\_veiviseren\\_/Sider/telefonliste-fastleger.aspx](http://www.oslo-universitetssykehus.no/fagfolk/_veiviseren_/Sider/telefonliste-fastleger.aspx)

#### **Tverrfaglig samarbeid**

- Den som ser behovet, tar initiativ og involverer andre faggrupper i tverrfaglig samarbeid
- Fastlege i kommunen og behandlingsansvarlig lege/kontaktlege på sykehus har ansvar for å sikre at samarbeidende faggrupper har nødvendig medisinsk informasjon
- Tverrfaglige møter på sykehus:
  - Behandlingsansvarlig lege/kontaktlege foreslår hvilke leger som bør delta i tverrfaglige møter i sykehusets regi, og avklarer om fastlege skal inviteres.
- Tverrfaglige møter i kommunen:
  - Fastlege deltar i møter der medisinsk ivaretagelse er et vesentlig element. Fastlegene bør være faste medlemmer i ansvarsgrupper, få alle innkallinger og møte der det er hensiktsmessig.
  - Fastlege eller øvrig kommunehelsetjeneste kan foreslå deltakere fra sykehus der dette ikke allerede er avklart fra sykehussiden

## Vedlegg 2 – Dekningsgrad presentert etter DRG-poeng:

Andel opphold	Alle DRG				
	2014	2015	2016	2017	Endring
Diakonhjemmet	22,67 %	22,49 %	23,85 %	23,95 %	6 %
OUS	68,21 %	68,24 %	66,27 %	66,59 %	-2 %
Andre	9,12 %	9,27 %	9,88 %	9,46 %	4 %
<b>Totalt</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>0 %</b>
Andel opphold	Elektiv				
Diakonhjemmet	24,01 %	21,61 %	22,35 %	22,48 %	-6 %
OUS	65,35 %	68,38 %	67,33 %	67,52 %	3 %
Andre	10,64 %	10,01 %	10,32 %	10,00 %	-6 %
<b>Totalt</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>0 %</b>
Andel opphold	ØH				
Diakonhjemmet	19,85 %	25,09 %	29,75 %	29,87 %	50 %
OUS	74,21 %	67,84 %	62,09 %	62,87 %	-15 %
Andre	5,94 %	7,07 %	8,16 %	7,26 %	22 %
<b>Totalt</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>0 %</b>
Andel opphold	Kirurgiske DRG totalt				
Diakonhjemmet	24,46 %	24,21 %	22,96 %	22,88 %	-6 %
OUS	57,90 %	58,51 %	58,57 %	59,97 %	4 %
Andre	17,64 %	17,28 %	18,47 %	17,15 %	-3 %
<b>Totalt</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>0 %</b>
Andel opphold	Kirurgiske DRG ØH				
Diakonhjemmet	40,67 %	46,89 %	50,68 %	48,59 %	19 %
OUS	53,14 %	46,41 %	42,37 %	45,64 %	-14 %
Andre	6,19 %	6,70 %	6,95 %	5,77 %	-7 %
<b>Totalt</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>0 %</b>
Andel opphold	Kirurgiske DRG elektiv				
Diakonhjemmet	19,48 %	18,82 %	16,66 %	16,81 %	-14 %
OUS	59,36 %	61,38 %	62,25 %	63,35 %	7 %
Andre	21,16 %	19,80 %	21,09 %	19,84 %	-6 %
<b>Totalt</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>0 %</b>
Andel opphold	Medisinske DRG totalt				
Diakonhjemmet	43,70 %	44,47 %	42,86 %	43,09 %	-1 %
OUS	45,03 %	45,18 %	46,44 %	47,83 %	6 %
Andre	11,27 %	10,35 %	10,70 %	9,08 %	-19 %
<b>Totalt</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>0 %</b>

Andel opphold	Medisinske DRG ØH				
Diakonhjemmet	63,34 %	68,60 %	68,59 %	67,18 %	6 %
OUS	25,78 %	20,48 %	20,28 %	23,44 %	-9 %
Andre	10,88 %	10,92 %	11,13 %	9,38 %	-14 %
<b>Totalt</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>0 %</b>
Andel opphold	Medisinske DRG elektiv				
Diakonhjemmet	5,02 %	4,92 %	5,14 %	5,59 %	11 %
OUS	82,92 %	85,65 %	84,78 %	85,78 %	3 %
Andre	12,06 %	9,43 %	10,08 %	8,63 %	-28 %
<b>Totalt</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>0 %</b>
Andel opphold	Øvrige DRG totalt				
Diakonhjemmet	20,26 %	20,06 %	21,97 %	22,09 %	9 %
OUS	71,41 %	71,29 %	68,76 %	68,88 %	-4 %
Andre	8,33 %	8,65 %	9,27 %	9,03 %	8 %
<b>Totalt</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>0 %</b>
Andel opphold	Øvrige DRG ØH				
Diakonhjemmet	25,31 %	22,65 %	23,54 %	23,60 %	-7 %
OUS	64,86 %	67,95 %	66,78 %	66,90 %	3 %
Andre	9,83 %	9,40 %	9,68 %	9,50 %	-3 %
<b>Totalt</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>0 %</b>
Andel opphold	Øvrige DRG elektiv				
Diakonhjemmet	7,88 %	10,84 %	13,85 %	14,09 %	79 %
OUS	87,43 %	83,21 %	79,01 %	79,36 %	-9 %
Andre	4,69 %	5,95 %	7,14 %	6,55 %	40 %
<b>Totalt</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>100,00 %</b>	<b>0 %</b>