



# Utviklingsplan 2040



## Innhold

<b>Innhold .....</b>	<b>2</b>
<b>Sammendrag .....</b>	<b>3</b>
<b>1.0 Bakgrunn mål og mandat.....</b>	<b>4</b>
1.1 Lovisenberg Diakonale sykehus – En pionér .....	4
1.2 Gjennomføring.....	5
<b>2.0 Nåsituasjon.....</b>	<b>6</b>
2.1 Identitet og kompetanse som «inner city hospital».....	6
2.2 Tilgjengelig og innrettet etter brukernes behov .....	7
2.3 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring.....	8
2.4 Pasientsikkerhet, kvalitet og forbedring .....	11
2.5 Pasient- og pårørendeopplæring, Helsekompetanse .....	12
2.6 Oppgavedeling og samhandling.....	13
2.7 Organisering og ledelse .....	15
2.8 Bemanning og kompetanse .....	15
2.9 Forskning og innovasjon.....	16
2.10 Økonomi.....	18
2.11 Teknologi og utstyr .....	20
2.12 Dagens bygg – tilstand og muligheter .....	21
<b>3.0 Utviklingstrekk og framskrivning .....</b>	<b>25</b>
3.1 Demografi og sykdomsutvikling.....	25
3.2 Kapasitetsberegning.....	29
<b>4.0 Analyse og veivalg.....</b>	<b>31</b>
4.1 Styrke lokalsykehuset: Indremedisin, psykisk helsevern og rusbehandling for hele Sentrum sektor .....	31
4.2 Flere oppgaver innen kirurgi .....	32
4.3 Økonomi.....	33
4.4 Kvalitet.....	34
<b>5.0 Målbilde og tiltak .....</b>	<b>35</b>
5.1 Brukermedvirkning .....	35
5.2 Mer sammenhengende pasientforløp.....	36
5.3 Pasientsikkerhet, kvalitet og forbedring .....	38
5.4 Helsekompetanse, pasient- og pårørendeopplæring .....	38
5.5 Faglig prioritering .....	39
5.6 Oppgavedeling og samhandling.....	42
5.7 Bemanning, kompetanse og ledelse .....	44
5.8 Forskning og innovasjon.....	47
5.9 Økonomi.....	48
5.9 Teknologi og utstyr .....	50
5.10 Arealutvikling.....	52
5.11 Beredskap .....	55

## Sammendrag

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS (LDS), som er eid av de ideelle stiftelsene Diakonissehuset Lovisenberg og Diakonova, har vært en del av Oslos offentlige helsetilbud helt siden 1868. Sykehuset skal bevare sitt diakonale verdigrunnlag i fremtiden, samtidig som det styrker sin identitet og kompetanse som «inner city hospital» med vekt på storbyproblematikk.

En langsiktig rammeavtale med Helse Sør-Øst RHF (HSØ) gjør LDS til lokalsykehus innen indremedisin, psykisk helse og rusbehandling for sentrumsbydelene St Hanshaugen, Grünerløkka og Gamle Oslo. En avlastningsavtale med Oslo universitetssykehus HF (OUS) fra 2008 gir LDS indremedisinsk lokalsykehusansvar også for Sagene, den fjerde og siste bydelen i Sentrum sektor.

LDS har som overordnet målsetting å utvikle seg til et mer fullverdig lokalsykehus ved å utvide bredden i pasienttilbudet samtidig som det overtar det faste lokalsykehusansvaret for Sagene bydel fra OUS. En slik utvikling er i tråd med Oslo kommunes høringsinnspill til HSØ sin utviklingsplan i 2018, og vil gi økt aktivitet og mer robuste fagmiljøer ved LDS. Som større og mer komplett lokalsykehus for hele Sentrum sektor vil LDS dessuten bidra til å løse fremtidige kapasitetsutfordringer i Oslo sykehusområde og redusere arealbehovet ved Nye OUS. En ny reguleringsplan for Lovisenbergområdet gir mulighet for videre utvidelser og nybygg, i takt med at LDS påtar seg nye oppgaver.

Av faglige og økonomiske grunner vil det likevel fortsatt være naturlig og hensiktsmessig med en viss grad av oppgavedeling mellom sykehusene i Oslo. Tilbud som etableres ved LDS skal bidra til:

- Mer fullverdig lokalsykehustilbud
- Kvalitativt gode og mer sammenhengende pasientforløp
- Videreutvikling av kirurgisk tilbud av høy kvalitet
- Å styrke fagmiljøene ved LDS
- Å løse fremtidige kapasitetsutfordringer i Oslo

Utviklingen av tilbudet ved LDS skal skje i gjensidig og forpliktende samarbeid med nabosykehus og kommunal helse- og omsorgstjeneste i Helsefelleskap Oslo. I likeverdig partnerskap med brukere og primærhelsetjeneste vil LDS utvikle og prøve ut nye samarbeidsformer som skal gi kvalitativt gode og mer sammenhengende pasientforløp, slik at pasienter og primærhelsetjeneste får færre behandlere og fagmiljøer å forholde seg til. En slik utvikling skal i særlig grad styrke tilbudet til de sykeste pasientene.

LDS skal utvikle seg videre som et lærende sykehus der helsearbeidere har lyst til å jobbe, lyst til å lære og lyst til å jobbe lenge. Målrettet satsing på pasientnær klinisk forskning, innovasjon og utdanning i samarbeid med utdanningsinstitusjoner, brukere og primærhelsetjeneste, skal bidra til ny og fremtidsrettet kunnskap, samtidig som det øker kompetanse og skape et bedre helsetilbud i sykehuset.

## 1.0 Bakgrunn mål og mandat

### 1.1 Lovisenberg Diakonale sykehus – En pionér

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS (LDS) eies av de diakonale stiftelsene Diakonova og Diakonissehuset Lovisenberg, og har et ideelt, ikke-kommersielt formål. Med et budsjett i 2021 på ca. 2,3 mrd. kr. og omlag 1650 årsverk er det Norges største ideelle sykehus, og samtidig en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten gjennom en langsiktig driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF. LDS har et geografisk opptaksområde som lokalsykehus innen indremedisin, psykisk helse og rus for indre Oslo. Sykehuset har også omfattende tilbud innenfor elektiv kirurgi, og et nasjonalt kompetansesenter for munnhelse.

**Sykepleie-pionéren Cathinka Guldborg** regnes som sykehusets grunnlegger. I 1868 etablerte hun den første sykehusdriften i Kommunalgården i Christiania. Sykehuset har siden den gang vært en integrert del av Oslos offentlige helsetilbud.



1868: Kommunalgården «Asylet» på Grønland.

Dagens LDS er et resultat av fusjonen mellom Menighetssøsterhjemmets sykehus og Lovisenberg sykehus i 1993, etter endringer i sykehusstrukturen i Oslo.

Kommunen la klare føringer, blant annet skulle den akuttkirurgiske aktiviteten overføres til Aker sykehus. Elektiv kirurgi og sektoransvar for indremedisin og psykiatri for bydelene Grünerløkka, Gamle Oslo og St. Hanshaugen skulle videreføres ved LDS.

I årene som fulgte økte oppmerksomheten om de sosioøkonomiske forskjellene mellom ulike deler av hovedstaden, og med det sykehusets identitet som «inner city hospital». Det er dokumentert forhøyet sykkelighet i indre by, blant annet uttrykt som kortere levealder og økt forekomst av livsstilssykdommer, rus og psykiske lidelser, enn i resten av byen og landet.

Vor Frue Hospital og Tøyen distriktpsykiatriske senter (DPS) ble del av LDS i 1998.

I 2004 ble rusbehandling en del av spesialisthelsetjenesten, og sykehusets ruspoliklinikk er nå blant landets største, mens døgntilbudet ivaretas av Oslo Universitetssykehus HF (OUS).



Dagens Grønland, Oslo: Høy andel arbeidsledige og trangbodde. Opphopning av sosiale boliger. Landets høyeste barnefattigdom; en av tre barnefamilier under OECDs fattigdomsgrense. Integreringsutfordringer og høy sykkelighet.

Nic Waals Institutt, psykisk helse for barn og unge, som i tillegg til ansvar for barn og unge fra opptaksområdet til LDS også har ansvar også for bydel Vestre Aker, ble en del av LDS i 2004. Innen psykisk helsevern for voksne, har LDS ansvar for døgntilbud utover akuttfasen for Diakonhjemmets bydeler. Til gjengjeld har Diakonhjemmet Sykehus (DS) ansvar for det alderspsykiatriske tilbudet for Lovisenberg sektor.

Det ble i 2007 inngått en bilateral avlastningsavtale med Ullevål universitetssykehus HF om det indremedisinske lokalsykehusansvaret for bydel Sagene. Befolkningen i Sagene utgjør ca 25% av pasientgrunnet ved Medisinsk klinikk og inngår i dimensjoneringsgrunnet for nye tilbud som medikamentell kreftbehandling og nyremedisin/dialyse. I kommunal sammenheng inngår Sagene i Sentrum sektor, sammen med de tre «Lovisenberg-bydelene», og har i likhet med dem etablert et velfungerende samarbeid med LDS som lokalsykehus.

## 1.2 Gjennomføring

### 1.2.1 Oppdrag

Gjennom oppdragsdokumentet for 2021 ga Helse Sør-Øst RHF (HSØ) LDS i oppdrag å revidere og oppdatere utviklingsplanen for perioden fram mot 2040.

Utviklingsplanen beskriver nåsituasjonen ved sykehuset og ønsket utvikling fram mot 2040. Framskrivninger fra HSØ er lagt til grunn for kapasitetsanalysene i planen.

### 1.2.2 Medvirkning og aktiviteter

Utviklingsplan 2040 har interesse både internt i sykehuset og eksternt, og det har vært gjennomført seminarer og workshops for å sikre bred forankring og åpen prosess i arbeidet med den. Planen har vært utgangspunkt for seminarer i sykehusets ledergruppe og styre, og tema for workshops i samarbeidsutvalget med de tillitsvalgte og vernetjenesten, i brukerutvalget, ungdomsrådet og lokalt samarbeidsutvalg for Lovisenberg sektor i Oslo Helsefellesskap.

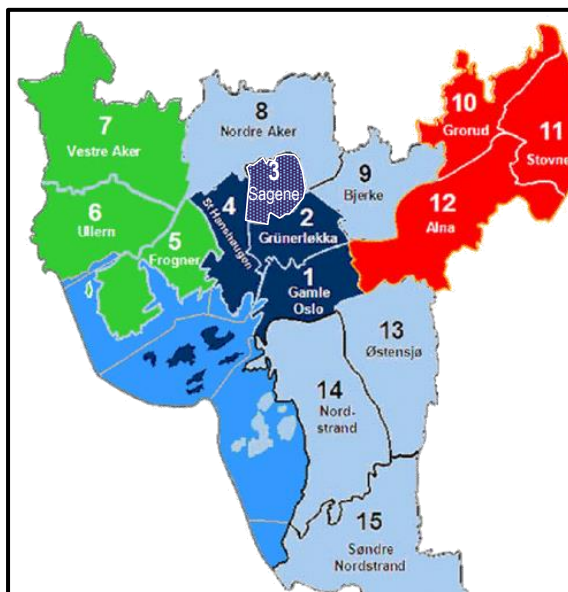
I lokalt samarbeidsutvalg møter sykehuset bydelsdirektørene og en representant for fastlegene i LDS-sektor, direktørene i sykehjems-, velferds- og helseetaten, samt en brukerrepresentant og en representant for de tillitsvalgte. Hovedpunktene i planen er dessuten lagt fram og drøftet opp mot planene fra de andre sykehusene i Strategisk samarbeidsutvalg for Oslo sykehusområde.

Høringsutkast ble sendt på høring 26.1.22. Det er mottatt 12 eksterne høringssvar i tillegg til innspill fra interne fagmiljøer og medarbeidere i sykehuset.

## 2.0 Nåsituasjon

### 2.1 Identitet og kompetanse som «inner city hospital»

LDS er lokalsykehus innen indremedisin og psykisk helse og rus for bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen, og har siden 2007 dessuten hatt det indremedisinske lokalsykehusansvaret for Sagene bydel, basert på en avlastningsavtale med OUS. LDS har derfor akuttmedisinsk ansvar for ca. 206 000 innbyggere i de fire bydelene som utgjør Sentrum sektor.



Opptaksområder for lokalsykehusene i Oslo. Bydel 1,2,(3) og 4 utgjør Sentrum sektor.

Nesten halvparten av Oslos kommunale boliger ligger i opptaksområdet til LDS, og det er spesielt mange innbyggere som har rusproblemer kombinert med psykiske og fysiske lidelser. Levealderen er betydelig lavere enn ellers i byen<sup>1</sup> og landet forøvrig, en stor andel av befolkningen bor alene, og en tredjedel har innvandrerbakgrunn. Forekomsten av pasienter som behandles for akutte rusmiddelforgiftninger er vesentlig høyere i Lovisenbergs opptaksområde enn Oslo forøvrig<sup>2</sup>. Sykehuset er opptatt av å ha et tilbud tilpasset storbyproblematikk, beregnet på pasienter med sammensatte lidelser som har behov for tverrfaglig oppfølging fra flere spesialiteter og tjenestenivåer. Det er et nært samarbeid med bydelene, blant annet om driften av såkalte flexible assertive community treatment team

(FACT-team) som driver ambulant oppsøkende oppfølging av pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Tilbudet egner seg spesielt godt i et geografisk lite opptaksområde med høy befolkningstetthet.

Den historiske funksjonsfordelingen mellom sykehusene i Oslo sykehusområde medfører at omfattende oppgaver innen somatikken, som akuttkirurgi, kvinnesykdommer, fødsler, barnesykdommer, nevrologi, øyesykdommer og kreftkirurgi, ivaretas av OUS.

**Kirurgisk klinikk driver en velrennomert elektiv virksomhet** innen ortopedi, øre-nese-hals-, gastro- og generell kirurgi, der flertallet av pasientene kommer fra andre deler av Oslo og HSØ. Virksomheten er størst i landet på 12 operasjonstyper og bidrar til

<sup>1</sup> Statistikkbanken Oslo kommune, Oslospeilet nr 3/16.

<sup>2</sup> Akopian et al., Tidsskriftet Norske Legeforening 2015; 135: 1943-8.

å redusere ventetidene i hele regionen. Fra 2022 vil også **TAKO-senteret**, et nasjonalt kompetansesenter for munnhelse ved sjeldne tilstander, være organisert i kirurgisk klinikk. TAKO-senteret har dessuten en sykehustannklinik.

**LDS har stor aktivitet som utdanningssykehus.** Årlig får nærmere 800 studenter, lærlinger og hospitanter tilbud om praksis, læreplass, undervisning og hospitering. Pasientsammensetningen gjør sykehuset godt egnet til kliniske praksisformål, og det arbeides for å utvide samarbeidet med universitet og høyskoler ytterligere. NWI er den eneste klinikken innen psykisk helsevern barn og unge (BUP) som har etablert Universitetsklinikk i instituttet. Det er et nært undervisnings-, behandlings- og forskningssamarbeid knyttet til etableringen. Universitetsklinikken og NWI tar imot ca 100 psykologistudenter årlig.

**Forskningsaktiviteten** har økt betydelig de siste ti årene, og er særlig konsentrert om pasientnære kliniske studier som inkluderer pasientgrupper og behandlingsformer hvor LDS har stor aktivitet, og resultatene raskt kan komme pasientene til gode.

## 2.2 Tilgjengelig og innrettet etter brukernes behov

Sykehuset legger vekt på at lokalsykehustjenestene skal være innrettet etter brukernes behov med gode pasientforløp, helhetlig behandling og godt samarbeid med bydeler, fastleger og øvrig spesialisthelsetjeneste. Det arbeides kontinuerlig med pasientsikkerhet- og kvalitetsutvikling, og høsten 2021 vedtok sykehuset en klinikkovergripende handlingsplan for pasientsikkerhet, kvalitet og forbedring. Det legges vekt på å være lydhøre for brukernes behov i forbindelse med tjenesteutvikling og etablering av nye behandlingstilbud, og det er blant annet opprettet eget brukerråd i forbindelse med den nye avdelingen for nyremedisin og dialyse som åpner våren 2022. Brukerrådet ledes av nestleder i brukerutvalget.

Tilgjengelighet i pasienttilbudet innebærer ikke bare fysisk tilgjengelighet, men også tilgjengelighet på kulturelt og språklig nivå. I tillegg til en velfungerende tolketjeneste har sykehuset utarbeidet skriftlig pasientinformasjon på relevante språk. God kommunikasjon og kulturforståelse er viktig for behandlingsresultatet. På menyen finnes det alltid tilbud om halal-mat, noe som skal bidra til kulturell gjenkjennelse og trygghet i måltidsituasjonen, og som inngår som en naturlig del av gode og likeverdige helsetjenester.

Helsekompetansen øker i dagens befolkningen. Det betyr at brukerne har fått bedre kunnskap om egen helse og hvordan de skal forebygge og behandle sykdom. Samtidig er det fortsatt mange, især i grupper med lavt inntekts- og utdanningsnivå, som har dårlig utviklet helsekompetanse. For et lokalsykehus i Oslo indre by stiller dette særlige krav til å sette pasientene i stand til å nyttiggjøre seg informasjon om egen helse, slik at de kan forebygge sykdom og gjøre informerte behandlingsvalg. Samvalg støtter opp om pasientens selvbestemmelsesrett og er viktig for å realisere «pasientens helsetjeneste».

Digitalisering og økt bruk av teknologi er i ferd med å endre helsetjenesten og øke pasientens mulighet til å delta aktivt i egen behandling. Samtidig er det slik at mange pasienter fortsatt ikke er «digitale», og muligheten for samvalg må også inkludere disse.

## 2.3 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

**Medisinsk klinikk** har en generell indremedisinsk lokalsykehusprofil med høy andel øyeblikkelig hjelp-virksomhet. Tidligere har klinikkens tilbud vært begrenset til fagområdene infeksjon, hematologi, geriatri, endokrinologi, hjerte-, lunge-, og gastromedisin, dessuten lindrende behandling.

Våren 2020 etablerte LDS tilbud innen medikamentell kreftbehandling, og åpnet *Poliklinikk for kreft, blodsykdommer og lindring*, som samarbeider tett med Lovisenberg Lindring og Livshjelp. Tilbakemeldingene fra pasientene er gode, men overføringen av pasienter fra OUS har gått langsommere enn forutsatt.

Nyremedisin er den ene indremedisinske spesialiteten som har manglet i medisinsk klinikk. Våren 2022 åpner sykehuset tilbud innen nyremedisin og dialyse for pasienter fra LDS og DS sine opptaksområder. LDS kan med dette tilby et mer komplett behandlingstilbud.

I 2017 – 2018 etablerte klinikken ni observasjonssenger, noe som økte kapasiteten og reduserte liggetiden. Under pandemien har observasjonssengene blitt brukt til avklaring av covid-status hos infeksjøs pasienter, og behovet for større akuttmottak, flere enerom og isolater er blitt tydeliggjort.

Kapasiteten ved Medisinsk intensiv og overvåkning har også vist seg for lav under koronapandemien. Anestesilegene som betjener de medisinske intensivsengene er til daglig i hovedsak engasjert med sykehusets elektive kirurgi. Den kirurgiske aktiviteten har måttet stenge ned i perioder under pandemien for å frigjøre personell og areal til indremedisinske pasienter.

Det er også et underskudd på intensivsykepleiere. Kapasitetsmessig og faglig bistand fra intensivavdelingene i OUS er helt nødvendig for å håndtere perioder med stor pågang av intensiv- og respiratortrengende pasienter, slik som under koronapandemien. Det blir arbeidet videre med å styrke intensivbemanning og kapasitet på Medisinsk intensiv og overvåkning.

Invasiv kardiologi og slagbehandling med trombolyse/trombektomi er eksempler på områder som er og skal være funksjonsfordelt til OUS.

Lovisenberg Lindring og Livshjelp (tidligere Hospice Lovisenberg) gir dag- og døgntilbud for lindrende behandling til pasienter ved langt kommet kreftsykdom og KOLS. På Hamar driver LDS Hospice Sangen, et lindrende dagtilbud for pasienter fra Innlandet sykehusområde.

En betydelig andel av pasientene som kommer til Medisinsk klinikk har sammensatte tilstander med en kombinasjon av somatisk sykdom, rus og psykisk lidelse. Sammenliknet med andre sykehus er en spesielt stor andel av akuttinnleggelsene resultat av overdose/forgiftninger.

**Senter for psykisk helse og rusbehandling.** Fra 2022 har sykehuset slått sammen den polikliniske og ambulante behandlingen ved Lovisenberg DPS med døgntilbudet ved Klinik for psykisk helsevern til Senter for psykisk helse og rusbehandling. Med dette er all aktivitet innen voksenpsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) samlet



under felles ledelse. Målsettingen er å oppnå mer sammenhengende pasientforløp, effektivisering, styrket fagmiljø og bedre arealløsninger.

Avdeling for døgnbehandling tar imot pasienter med alvorlig psykisk lidelse. En betydelig andel av pasientene har samtidig rusproblem. De fleste innleggelsene foregår som øyeblikkelig hjelp, et lite mindretall som er elektive foregår i forbindelse med elektrokonvulsiv terapi (ECT). Klinikken har egen døgnseksjon for pasienter som er innlagt til planlagt behandling.

Noe av døgnbehandlingen for psykiatriske pasienter fra LDS-sektor skjer ved avdelinger med område- eller regionale funksjoner ved OUS eller DS. Dette gjelder i hovedsak sikkerhetspsykiatri (OUS), alderspsykiatri (DS), samt nysyke med psykoselidelser og pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser (OUS). Til gjengjeld har LDS gitt tilbud til voksne pasienter med behov for lengre tids innleggelse fra DS' bydeler. Det foreligger planer om at DS skal overta ansvaret for disse, samtidig som ansvaret for lokal sikkerhetsavdeling for LDS og DS sine opptaksområder overføres fra OUS til LDS.

I november 2021 behandlet LDS 24 pasienter som er *dømt til behandling*. Disse har oftest lange forløp og krever betydelig kapasitet både i døgnavdeling og poliklinisk/ambulant. Klinikken arbeider målrettet med å forebygge vold og trusler mot ansatte, samt å redusere unødig bruk av tvang. Arbeidet følges av forskning gjennom *Lovisenberg Open Acute Door Study (LOADS)*.

Antall ø-hjelpsinnleggelse innen psykisk helsevern har økt gradvis i perioden 2017-2020 (fra 1040 til 1135). Samtidig er antall døgnplasser redusert, og oppholdenes lengde redusert.

Det har vært betydelig pasientpågang til poliklinikkene. Avdeling for poliklinikker består av allmennpoliklinikker, og egne poliklinikker for gruppebehandling og Helse og arbeid. Sistnevnte behandler personer som er helt eller delvis sykmeldt fra lønnet arbeid, eller som står i fare for å bli sykemeldt på grunn av milde til moderate psykiske problemer.

*Internettassistert behandling* er et tilbud til pasienter med moderate angst- og depresjonslidelser, og består av et behandlingsprogram på nett samt oppfølgingsamtaler med behandler, eventuelt i form av videosamtale eller sikker tekstkommunikasjon.

Senter for psykisk helse og rusbehandling er helt i front nasjonalt når det gjelder utvikling av ambulante tjenester. Den ambulante virksomheten er organisert i egen seksjon med *FACT-team*, *APAS* (team for håndtering av pasienter med vedvarende voldsrisiko), *Storby- og flyktningeteam* og *Akutteam*. Seksjonen behandler et høyt antall pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Den ambulante virksomheten er bygget ut de siste årene, blant annet gjennom etablering av *FACT-team* som arbeider i tett og gjensidig forpliktende samarbeid med de tre faste bydelene. Teamene, som gir alvorlig syke pasienter et tilpasset tilbud, muliggjør et liv utenfor institusjon.

Pasientene registrerer symptomtrykk før, under og etter behandling, ved hjelp av det lokalt utviklede systemet *LOVePROM*. Gjennom denne digitale plattformen vil en kunne få systematiske, bedre og hyppigere, individuelle evalueringer fra pasientene på innholdet i - og effekten av - behandlingen. På sikt vil tilnærmingen kunne benyttes til å drive behandlingsforskning. Det er etablert et nasjonalt *LOVePROM*-samarbeid som

ledes av senteret. Vi regner med at alle sykehus i HSØ vil delta i tillegg til deltakelse fra foretak i Helse Vest og Helse Nord.

Senter for psykisk helse og rusbehandling har en av Norges største ruspoliklinikker og etablerte i august 2021 et RusFACT-team sammen med bydelene Gamle Oslo og St. Hanshaugen. Dagens tilbud er underdimensjonert, og det arbeides for en utvidelse. Den polikliniske virksomheten planlegges i nye lokaler på Lovisenbergområdet, noe som gir rom for aktivitetsvekst fra 2023 og som dessuten gir nærhet til somatikken.

**Nic. Waals Institutt (NWI)** er en poliklinikk for psykisk helse for barn og unge (PHBU) som gir utrednings- og behandlingstilbud til barn og ungdom (0-18 år), samt til gravide, fra Gamle Oslo, Grünerløkka, St. Hanshaugen og Vestre Aker. Tilbudet for barn og unges psykiske helse for Vestre Aker bydel vil bli overført til DS, tentativt ila 2022-23.

Antall henvisninger til NWI har økt betydelig det siste året, noe som settes i sammenheng med pandemien, og pasientenes tilstandsbilder er alvorlige.

OUS har områdefunksjon for alvorlig syke barn og unge som har behov for dag- eller døgntilbud. Kapasiteten er i øyeblikket utilstrekkelig. Vinteren 2022 oppretter NWI en ny seksjon for akuttambulans behandling for de seks bydelene i Lovisenberg og Diakonhjemmets opptaksområde, noe som vil bedre krisekapasiteten betydelig.

Helsefellesskapet har innført ukentlige koordineringsmøter der faglige prioriteringer innen barn og unges psykiske helse gjøres sammen med bydelene. For alle pasienter i klinikken er pasientmedvirkning, fokus på pasientenes egne mål og vurdering av behandlingseffekt sentrale prinsipper. Alle behandlere har tilgang til digitale løsninger for pasientkontakt per telefon og/eller video for å sikre kontinuitet dersom pasient eller behandler er forhindret fra å kunne møte hverandre fysisk.

Samarbeidet med bydelene om utviklingen av helsefellesskap for barn og unge synliggjøres gjennom klinikkens etablering av FACT-Ung-team. Medarbeidere fra bydel, brukerkonsulenter og Nic Waals Institutt tilpasser en fleksibel og utstrakt oppfølging for å nå ungdom og familier som har alvorlig psykiske helseproblemer og stort funksjonsfall.

Etablering av nye tilbud ledsages av evaluering og følgeforskning. NWI har etablert behandlings- og kvalitetsregisteret, TellMe More, som skal sikre at pasientene får medvirke aktivt med evaluering av behandlingseffekt og som også gjør det mulig å se systematisk på behandlingsforløp og -effekt for å utvikle og forbedre pasienttilbudet.

**Kirurgisk klinikk** driver planlagt kirurgi, og pasientene kommer i hovedsak fra hele Sør-Øst-regionen. Akuttkirurgien for Lovisenberg sektor er funksjonsfordelt til OUS.

Klinikken gir tilbud innen ortopedi, øre-nese-hals- og generell kirurgi. Operasjonene blir utført i store volumer, og med dokumentert høy kvalitet som kontinuerlig overvåkes gjennom et lokalt kvalitetsregister.

LDS er det sykehuset i landet som utfører flest elektive inngrep innen 12 operasjonsgrupper (hofte-, kne-, skulderprotese-operasjoner, nese- og bihulekirurgi og brokkoperasjoner). Resultatene er blant de beste i landet, og klinikken bidrar til avvikling av ventelistene for hele helseregionen innen disse operasjonsgruppene.

Det er også et stort antall henvisninger til «second opinion», noe som er uttrykk for en anerkjennelse av faglig kompetanse og kvalitet på tilbudet. Disse pasientene er særlig resurskrevende.

Det store operasjonsvolumet gjør klinikken godt egnet til utdanning av leger og legespesialister.

Øre-nese-hals avdelingen er blant de største i landet på nese-/bihulekirurgi og var tidlig ute med bildenaigert kirurgi. I tillegg utfører de en rekke høyspesialiserte prosedyrer innen nese, svelg og ørekirurgi. Omfattende øre-nese-hals-virksomhet på barn, spesielt under tre år, gjør at anesthesiavdelingen har betydelig erfaring med barneanestesi. Avdelingen utfører nær 1000 barneanestasier årlig, som er blant landets høyeste antall. Øre-nese-halsmiljøet har også solid kompetanse innen søvnapné-utredning hos barn.

Anestesi, radiologi, klinisk biokjemi og fysioterapi er organisert i Kirurgisk klinikk, og yter døgnkontinuerlige tjenester til hele sykehuset.

Organiseringen med en stor elektiv kirurgisk avdeling har under korona-pandemien utgjort en viktig beredskapsfunksjon som på kort varsel kan fristille lokaler og personell ved smittetopper med høyt antall innleggelser av covidsyke. I særdeleshet er kirurgens 12 anestesileger en avgjørende ressurs for intensiv- og respiratorbehandling.

**TAKO-senteret** består av en nasjonal kompetansetjeneste for munnhelse ved sjeldne diagnoser og en sykehustannklinik. Den nasjonale tjenesten for oral helse ved sjeldne diagnoser er en del av nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser, som ledes fra OUS. Tjenesten skal bygge og spre kompetanse og mottar henvisninger fra alle deler av helsetjenesten, bl.a. for vurdering av orale manifestasjoner, oral motorikk og oral funksjon hos mennesker med sjeldne diagnoser. Senteret har stor undervisningsaktivitet og driver etterutdanning av både tannleger og andre profesjoner som jobber med munnhelse. Det drives også forskning. Senteret er fra 2022 organisert i Kirurgisk klinikk.



*Sykehustannklinikken* tar imot medisinske risikopasienter og personer med rus-psykiatri-diagnose.

## 2.4 Pasientsikkerhet, kvalitet og forbedring

LDS sin handlingsplan for pasientsikkerhet, kvalitet og forbedring er godt forankret i nasjonale og regionale planer. Sykehusets overordnede mål med planen er å skape gode, likeverdige tjenester med god kvalitet i hele forløpet og reduserer risiko for pasientskader. Dessuten er målet en felles retning på pasientsikkerhet- og forbedringsområdet og å opprettholde og øke ansattes kunnskap på disse områdene.

Pasientsikkerhet, kvalitet og forbedring kobles opp mot felles metoder for forbedring, og sykehuset har fra 2020 hatt internkurs i forbedringsmetodikk. Intern kompetanseheving på dette området er fra 2021 komplementert med kurs i regi av **Lærende sykehus**, et prosjekt for innføring av en tilpasset utgave av den såkalte Magnet-modellen, som også er en del av handlingsplanen for 2021-2024 .

Hovedmål for prosjektet «Et lærende sykehus» er at LDS skal være et sykehus hvor:

- Ansatte trives og psykisk helse ivaretas

- Pasientbehandlingen overvåkes og forbedres, og ny kunnskap utvikles og tas i bruk basert på empiriske målinger
- Organisasjonen har en helhetlig tilnærming til kvalitet, kompetanse og læring
- Læring foregår kontinuerlig på individ-, gruppe- og organisasjonsnivå



### **Varige strukturer for pasientsikkerhet**

Oppfølging av revisjoner og Direktørens

pasientsikkerhetsvisitter har fra 2021 vært gjort via det interne meldesystemet *Melius*. Statistikk hentet fra *Melius* benyttes i forbedringsarbeid. Parametere som sier noe om pasientsikkerhet,

inkludert uønskede hendelser, følges på alle nivåer i sykehuset – også overordnet via handlingsplaner og LGG. Pasientsikkerhetsvisitter setter søkelys på sikkerhetsarbeidet og forbedringsmuligheter.

## **2.5 Pasient- og pårørendeopplæring, Helsekompetanse**

Den medisinske utviklingen og økningen i levealder medfører at stadig flere pasienter lever med varige tilstander. Disse pasientene vil få bedre livskvalitet dersom de kan spille en mer aktiv rolle i oppfølgingen av sin egen helsetilstand. LDS har som mål å legge til rette for at hver enkelt pasient og bruker skal få tilstrekkelig helsekompetanse til å ta kunnskapsbaserte beslutninger knyttet til egen helse. Det gjelder livsstilvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten<sup>3</sup>.

For det økende antallet eldre med degenerative, kroniske sykdommer og/eller demens innebærer sykehusbesøk en ekstra belastning, og det legges til rette for at de skal kunne bli behandlet og fulgt opp i hjemmet, med behovstilpasset frekvens på sykehusbesøkene. LDS har gjennom flere år vært involvert i utprøving av avstandsoppfølging gjennom VIS-prosjektet (velferdsteknologi i Sentrum), et prosjekt i samarbeid med bydelene og Helsedirektoratet. Medisinsk klinikk har også startet et pilotprosjekt med avstandsoppfølging innen gastromedisin. Målsettingen er at frekvensen av polikliniske konsultasjoner skal tilpasses den enkelte pasients sykdomsforløp slik at pasientene slipper unødige sykehusbesøk og undersøkelser, og at sykehuset får frigjort behandlingsskapasitet.

Aktivitetsvekst og faglig utvikling innen ortopedi og øre/nese/hals-kirurgi gir økende behov for opplæring og rehabilitering etter operative inngrep. Klinikken driver en aktiv pasientskole for å møte dette behovet.

<sup>3</sup> Helsedirektoratet. *Strategi for helsekompetanse i befolkningen. 2019.*



I tillegg vektlegger LDS tilpasset oppfølging og behandling av pasienter og brukere med innvandrerbakgrunn for å overkomme kulturelle og språklige barrierer, slik at alle brukere skal få den helsekompetanse de trenger i sin situasjon.

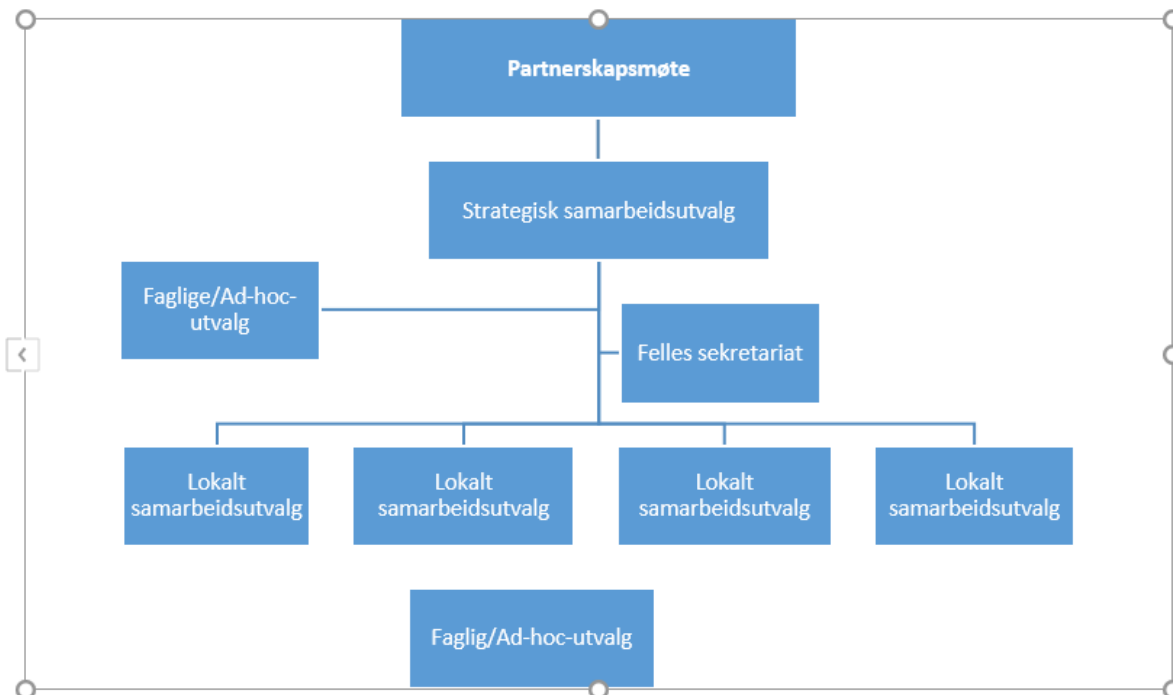
Pasient- og pårørendeopplæring (PPO) med fokus på lærings-, mestrings- og endringsprosesser ved ulike diagnoser vil sikre og legge til rette for pasienters helsekompetanse.

Opplæring av ansatte i ferdigheter og teknikker for å hjelpe pasienter og brukere til mestring og god helsekompetanse, er også et satsingsområde innen prosjektet «Et lærende sykehus» ved LDS.

## 2.6 Oppgavedeling og samhandling

### 2.6.1 Samarbeid med bydelene og fastlegene

Sykehuset har gjennom en årrekke hatt et velfungerende og likeverdig samarbeid med bydelene i opptaksområdet. Ved etableringen av Helsefelleskap Oslo i 2021 ble det etablert nye samarbeidsstrukturer mellom kommunen, brukerne, fastlegene og lokalsykehusene. Det tidligere direktørmøtet for Lovisenbergs opptaksområde ble omdøpt til lokalt samarbeidsutvalg og utvidet med en brukerrepresentant (eldre- og pasientombudet i Oslo) og representanter for hhv fastleger og tillitsvalgte. Ledelsen av lokalt samarbeidsutvalg skal gå på omgang mellom sykehuset og kommunen. Inneværende toårsperiode er det administrerende direktør fra sykehuset som er utvalgets leder. Utvalget møtes fire ganger i året for å diskutere felles utfordringer og mulige samarbeidsprosjekter, Lokalt samarbeidsutvalg rapporterer til Samarbeidsutvalget i Oslo som igjen rapporterer til et årlig såkalt Partnerskapsmøte.



Organisering av Helsefelleskapet i Oslo

Det gode og likeverdige samarbeidet med bydelene synliggjøres gjennom *FACT-teamene* innen psykisk helse for voksne. Disse begynte som prosjekter men har blitt en sentral del av det ordinære tilbudet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser i Lovisenberg sektor. I 2020 deltok NWI i etableringen av tre FACT-ung team, ett i samarbeid med hver av de tre Lovisenberg-bydelene, og høsten 2021 etablerte ruspoliklinikken det første RusFACT-teamet i samarbeid med bydelene Gamle Oslo og St. Hanshaugen. De nye teamene er foreløpig prosjektorganisert, og det må utarbeides en bærekraftig finansieringsmodell for denne typen viktige samarbeid på tvers av nivåene.

Felles koordineringsmøter der faglige prioriteringer og inntak av nye pasienter gjøres sammen med bydelene er blitt et annet viktig verktøy, som blant annet har gitt færre avslag innen psykisk helse barn og unge.



*Det årlige Fastlegeseminaret* der fastleger fra bydelene møter behandlere fra sykehuset anses som et viktig tiltak, som også gjør det lettere å ta kontakt for dialog om enkeltpasienter. I 2021 deltok 68 fastleger på arrangementet. *Møteplass Oslo* er en annen viktig arena for å møte fastlegene.

En gjennomgående elektronisk pasientjournal ville vært en stor fordel for den videre utvikling av mest mulig «sømløst» samarbeid om pasientene i Sentrum sektor. En slik løsning ligger noen år fram i tid, men innføringen av elektronisk meldingsutveksling mellom sykehus og fastleger gjør samarbeidet lettere. PLO-meldinger til alle kommuner er innført, og dialogmeldinger til fastleger innføres fra 2022.

*Lovisenberg Lindring og Livshjelp* har kompetanseformidling som en viktig del av virksomheten. Det blir gitt veiledning angående behandling av enkeltpasienter til både hjemmetjeneste, helsehus og sykehjem. Funksjonen er rådgivende og konsultativ, og har til hensikt å styrke den generelle kompetansen innen lindrende behandling.

LDS samarbeider med bydelene Sagene, Grünerløkka, Gamle Oslo og St. Hanshaugen om avstandsoppfølging av kronisk syke, i prosjektet "*Velferdsteknologi i sentrum*" (*VIS*).



Prosjektet inngår i Nasjonalt Velferdsteknologi-program i regi av KS og Helsedirektoratet. Prosjektet har blant annet gevinster i form av redusert bruk av sykehusinnleggelses og mer tilpasset poliklinikk.

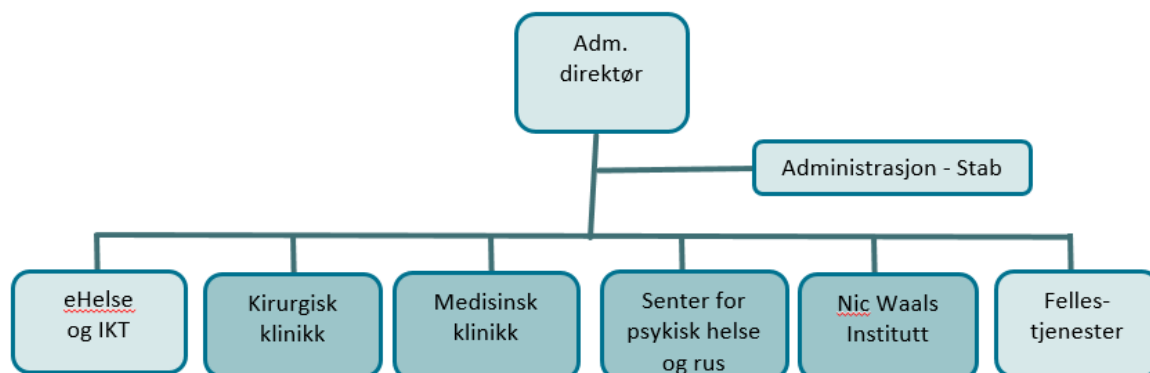
### 2.6.2 Samarbeid med andre deler av tannhelsetjenesten

TAKO-senteret har samarbeid med de regionale odontologiske kompetansesentrene som nå er etablert i alle deler av Norge, og vil kunne bidra til å gi mer likeverdige munnhelsetjenester til mennesker med sjeldne diagnoser. Senteret samarbeider med mange ulike deler av helsetjenesten, som offentlig og privat

tannhelsetjeneste, spesialist- og primærhelsetjenesten. Senteret bidrar i undervisning ved alle læresteder som utdanner tannleger og tannpleiere i Norge, og har et utstrakt samarbeid med Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo om utdanning av tannlegespesialister, forskning og diagnostikk, samt om behandling av pasienter med kompliserte sykdomsbilder i munnhulen.

## 2.7 Organisering og ledelse

Sykehuset har fire klinikker som driver pasientbehandling; to innen somatikk og to innen psykisk helse. Dette gjenspeiler at psykisk helse og tverrfaglig spesialisert



Organisasjonskart 2022.

rusbehandling utgjør en betydelig del av aktiviteten i sykehuset, aktivitetsfordelingen mellom psykisk helse/rus og somatikk er i størrelsesorden 40:60. Til forskjell fra helseforetakene i regionen er drift og utvikling av eHelse og IKT organisert i sykehuset.

Sykehuset gjennomfører årlig arbeidsmiljøundersøkelsen ForBedring og har en historikk med høye svarprosent, på rundt 85%. Resultatene er jevnt over gode, og noe over referansegruppen, samtidig som det er enkelte utfordringsområder. Alle enheter får tilbud om bistand til tilbakelesning av resultater fra HR-avdelingen. Dette er obligatorisk dersom en avdeling har utslag på viktige områder som trakassering, mobbing eller diskriminering. Enheter med svake resultater følges også opp særskilt i samarbeid mellom HR og klinikk. Alle enheter leverer tiltaksplaner, og ForBedring samt tiltak følges opp i Samarbeidsutvalget, Arbeidsmiljøutvalget og sykehusets ledergruppe.

Det er nær sammenheng mellom arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. HMS-hendelser herunder ansattskader følges derfor opp i sykehusets skadeutvalg på lik linje med pasienthendelser.

## 2.8 Bemanning og kompetanse

Ved utgangen av 2021 hadde LDS 1650 årsverk og drøyt 2500 ansatte. Av disse er ca 700 medarbeidere tilknyttet som ekstravakter eller vikarer. Gjennomsnittsalderen på medarbeiderne er 39,5 år. Kjønnfordelingen viser at 69,3% er kvinner og 30,7% menn.

Rekrutteringssituasjonen er på mange områder god, men spesielt innen anestesisykepleie, intensivsykepleie, og enkelte legespesialiteter er rekrutteringen utfordrende. I likhet med de fleste større sykehus er det også en høyere turnover enn

ønskelig på de medisinske sengepostene. LDS tilstreber å ha fleksible bemanningsløsninger som ivaretar ansattes behov for å påvirke egen arbeidstid, samt sykehusets behov for god ressursutnyttelse. Aktivitetsbasert bemanning med periodeplan og avansert oppgaveplanlegging med integrasjon mellom arbeidsplansystem og pasientsystemet er implementert i flere avdelinger.

I tråd med HSØ sin delstrategi for utdanning og kompetanse har alle ansatte i LDS en kompetanseplan i Kompetanseportalen. Det arbeides kontinuerlig med utvikling av klinikkvise og lokale kompetanseplaner. Kompetanseplaner er et egnet verktøy for å kvalitetssikre og distribuere opplæring raskt. Dette var et svært viktig i pandemiens begynnelse da sykehuset tidlig måtte omdisponere store personellgrupper. Som et ledd i å utvikle og beholde medarbeidere pågår det et arbeid med å utvikle et rammeverk for kompetanseutvikling, i første omgang for sykepleiere, fra nyansatt til doktorgrad. Det vil være spesielt fokus på å utvikle så vel bredde- som spesialistkompetanse på sengeposter ved hjelp av strukturerte utdanningsløp i sykehuset, med kortere poenggivende kurs i samarbeid med høyskole eller universitet.



LDS fikk pris som Årets lærlingebedrift 2019 innen helsearbeiderfaget.

### 2.8.1 Sykehuset som utdanningsinstitusjon

I 2021 tar LDS imot nesten 800 studenter, lærlinger, elever og hospitanter innen 26 ulike studieretninger og spesialiseringer. LDS samarbeider med flere enn 15 skoler og studiesteder, men majoriteten av studentene er sykepleiestudenter fra OsloMet – Storbyuniversitetet, Høgskolen VID og Lovisenberg Diakonale Høgskole. LDS har også nær 300 studenter fra 5 ulike fakulteter ved Universitetet i Oslo.

Sykehuset har utstrakt utdanning av leger, både medisinstudenter og leger i spesialisering. Hver studieår tilbyr LDS inntil 62 praksisplasser for medisinstudenter. Av disse er 22 plasser innen psykisk helsevern, 40 i somatikk. LDS tilbyr spesialisering for LIS-leger i 11 spesialiteter. LDS er utdanningsinstitusjon for overleger i kompetanseområdet palliativ medisin.

## 2.9 Forskning og innovasjon

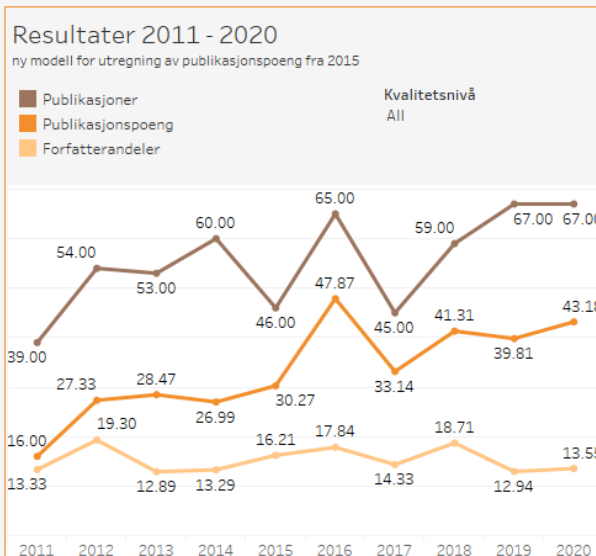
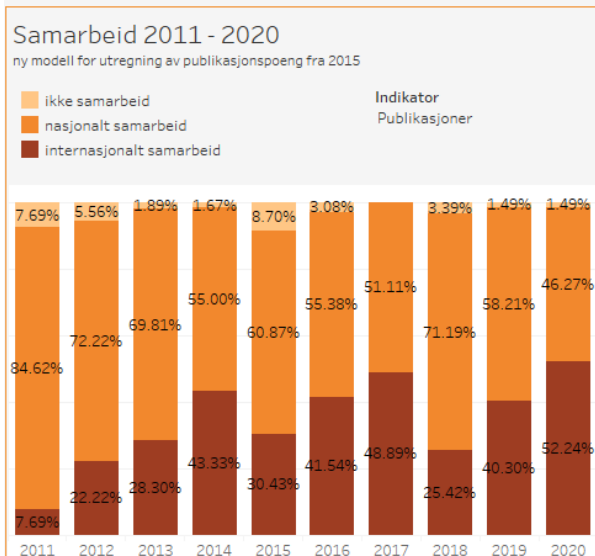
Det utgår mellom 45 og 70 publikasjoner fra sykehuset hvert år (se figur nedenfor). LDS har omlag 20 pågående doktorgrads- og 7-9 postdoktorprosjekter, samt 2-4 doktordisputaser årlig. Totalt har 58 ansatte doktorgrad. Noen av disse har kombinerte stillinger ved Det medisinske fakultet, Psykologisk Institutt eller Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo.

I 2020 innhentet forskere fra LDS om lag 50 MNOK til sine prosjekter fra konkurranseutsatte, eksterne midler fra kilder som HSØ, Stiftelsen DAM og Forskningsrådet, og hadde en uttelling på 41 % av søknadene til HSØ. To av tre søknader til Norges Forskningsråd fikk også tilslag i 2020. De senere år har om lag 2,3 % av sykehusets



totalbudsjettet blitt brukt til forskning. I henhold til avtalen med HSØ skal minst 1,0 % av sykehusets driftsbudsjett brukes til forskningsformål.

Resultater fordelt på publikasjonsform og kvalitetsnivå <sup>2020</sup> ny modell for utregning av publikasjonspoeng fra 2015										
	Monografi			Antologikapittel			Artikkel			Grand Total
	Nivå 1	Nivå 2	Total	Nivå 1	Nivå 2	Total	Nivå 1	Nivå 2	Total	
Publikasjoner							51.00	16.00	67.00	67.00
Publikasjonspoeng							25.31	17.87	43.18	43.18
Forfatterandeler							12.09	1.46	13.55	13.55



Publikasjoner, publikasjonspoeng og forfatterandeler ved LDS i perioden 2011 -2020, fra Cristin.no

### Forskningsgrupper

Forskningen er organisert i tematiske forskningsgrupper som skal bidra til å stimulere til og kvalitetssikre sykehusets forskning innenfor seks tematiske områder.

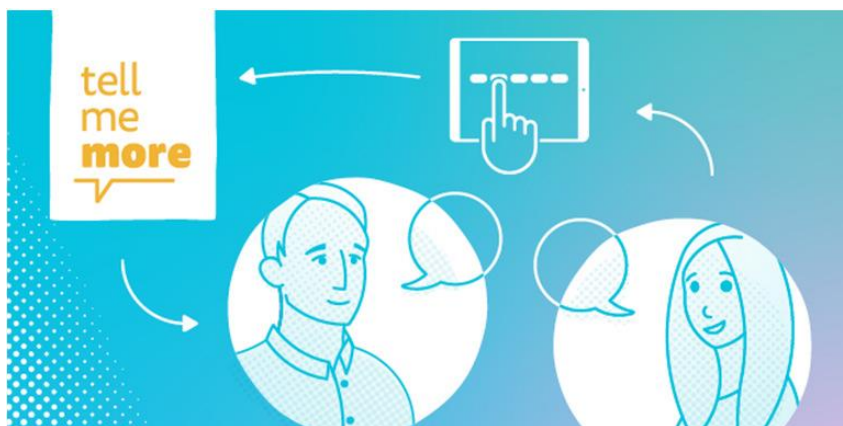
Forskningsgruppene kan ha medlemmer ikke bare fra sykehuset, men også fra samarbeidende institusjoner som høgskoler, universitet, andre helseforetak og kommunehelsetjeneste.

Tematisk har sykehuset konsentrert forskningen innen muskel- og skjelettsykdommer, især relatert til problemstillinger vedrørende protesekirurgi. Det foregår også en god del forskning innen fagområdet gastromedisin. Innenfor psykisk helsevern foregår forskningen særlig i forbindelse med den store MoBa studien (barn og ungdom), og knyttet til Åpen Dør-prosjekt. Sistnevnte prosjektet utvikler og evaluerer en ny modell for brukerorienterte helsetjenester i akutt psykisk helsevern. Prosjektet er et samarbeid med Oslo kommune, Folkehelseinstituttet, Sykehuset innlandet og Norsk institutt for vannforskning. I samarbeidsprosjektet AlcoTail studeres hvilken innvirkning systematisk karlegging av risikofylt alkoholbruk og bruk av vanedannende legemidler har på videre oppfølging i primærhelsetjenesten, behandlingsresultater og helseøkonomi. Prosjektet ledes av LDS som samarbeider med forskere og klinikere ved OUS, St. Olavs Hospital og Velferdsetaten i Oslo kommune. Forskningen ved LDS legger vekt på helhetlig tilnærming, tverrfaglige forskningsteam, forankring i sykehusets forskningsgrupper og brukerinvolvering.

Sykehuset deltar i EU-prosjektet Magnet4Europe sammen med 67 andre sykehus i Europa. Prosjektet har som mål forbedre arbeidsmiljø og bidra til bedre psykisk helse til helsepersonell gjennom å utvikle sykehuset i samsvar med prinsippene fra Magnet-sykehusmodellen fra USA. Denne oversettes til norsk kultur og har fått lokalt prosjektnavn: Lovisenberg – et lærende sykehus.

### Innovasjon

Systematisk måling av behandlingsresultater er innført både innen somatikk og psykisk helsevern. TellMe, TellMeMore og LOVePROM er metoder for digital registrering av tilbakemeldinger fra pasientene og registrer om pasientene blir bedre av behandlingen?



Resultat fra målingene fra TellMeMore og LOVePROM anvendes i planlegging og gjennomføring av pasientenes behandling. Målingene inngår videre i kvalitetssikring av behandlingen og i forskning.

## 2.10 Økonomi

### Økonomisk bærekraft til å realisere investeringer og utvikling av sykehuset

Virksomheten ved LDS er i sin helhet finansiert gjennom en langsiktig rammeavtale med Helse Sør-Øst RHF, og sykehuset skal innrette seg slik at føringer og krav oppfylles innenfor disponible økonomiske rammer. Det er behov for dyktige fagfolk, moderne utstyr og egnede arealer til sykehusdriften, og må planlegges slik at sykehuset er økonomisk bærekraftig over tid.

- LDS hadde i 2020 en omsetning på 2,3 milliarder kroner. Årsresultatene varierte fra 6,4 til 20,2 millioner i perioden 2017-20.
- LDS gjennomførte i 2020-21 en fullstendig rehabilitering av arealene til Nic Waals Institutt i Spångbergveien 25 og samlet døgnvirksomheten til psykisk helsevern for voksne i et nytt bygg i Lovisenberggata 21 i 2018.
- Lovisenberg DPS planlegger utflytting fra leide arealer i Hagegata 32 på Tøyen og i Trondheimsveien 80 til Lovisenberggata 21 og Ullevålsveien 2. På denne måten samlokaliseres store deler av den polikliniske og ambulante virksomheten innen psykisk helsevern for voksne og TSB med døgnvirksomheten på sykehusområdet i 2022-2023.

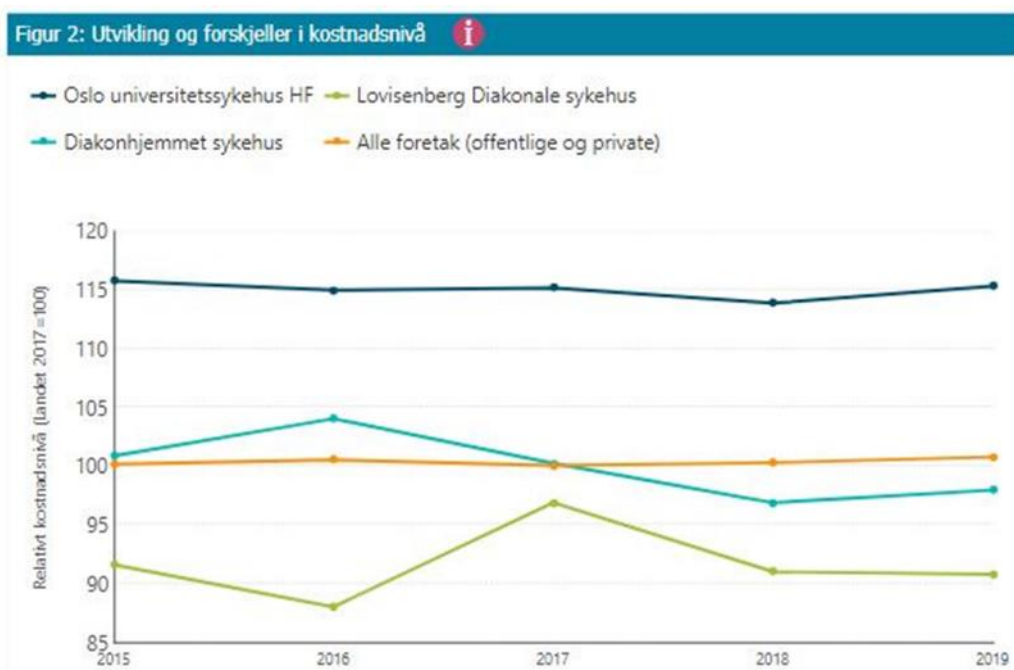
Sykehuset forholder seg til aksjeloven og dens forutsetning om forsvarlig egenkapital som grunnlag for videre drift og har ikke konkursbeskyttelse på samme måte som Helseforetakene. Det er nødvendig for sykehuset å drive med overskudd for å ivareta nødvendig vedlikehold og investeringsbehov til gode og sikre IKT-løsninger, digital fornying, medisinsk-teknisk utstyr og arealutvikling. Virksomheten er ideell, noe som betyr at eiere ikke tar ut utbytte. Overskudd blir i sin helhet brukt til utvikling av pasienttilbudet i sykehuset.

Økonomisk bærekraft er viktig for videreutvikling av Lovisenberg Diakonale Sykehus. Bærekraftig utvikling over tid forutsetter god ressurs- og kapasitetsutnyttelse, god drift og økonomisk styring, og effektive arbeidsprosesser.

#### Kostnadseffektiv drift

Det realiseres store investeringer i perioden 2018 – 2023. En del av investeringene er finansiert av oppsparte midler. Investeringene gir grunnlag for god og effektiv drift, og det tas også ut driftsgevinster gjennom mer effektiv drift og reduserte leiekostnader.

Sykehuset har en dokumentert effektiv drift noe som underbygges av nivå og utvikling i Samdata; Helseinspektorens oversikt over kostnadsnivå for HF/sykehus. LDS hadde en kostnad pr DRG-poeng på 0,91 i 2019, og Oslo sykehusene er tatt med til sammenlikning.



Utvikling kostnadsindeks LDS 2015-2019 (Kilde: SAMDATA)

#### Likebehandling med helseforetakene

Myndighetene stadfestet, senest i protokollen fra foretaksmøtet i januar 2021, pålegget fra oppdragsdokument 2019 om at de regionale helseforetakene skal inkludere ideelle aktører i sitt plan- og utviklingsarbeid. Foretaksmøtet ba også de regionale helseforetakene om å:

- likebehandle de ideelle sykehusene med driftsavtale med de offentlige sykehusene ved fordeling av særskilte midler til merutgifter knyttet til koronautbruddet.
- etablere en arbeidsgruppe for å utarbeide felles retningslinjer for samarbeid med ideelle aktører knyttet til plan- og utviklingsarbeid. Formålet er å sikre mer omforent og ensartet praksis på området. Representanter for de ideelle aktørene og brukerne skal være med i arbeidsgruppen.

En likebehandling med helseforetakene ved tildeling av inntekter, hvor omstillinger og effektivisering av driften, er et avgjørende premiss for LDS.

#### Resultatmål

Årsresultatene for LDS i perioden 2017-2020 var rundt 0,6 % av samlet omsetning. For

blant annet å møte store investeringsbehov til eksisterende og nye areal til den somatiske delen av virksomheten må overskuddene øke til rundt 2-3 % av omsetningen i løpet av økonomisk langtidsplan-perioden 2022-2025.

Sykehuset jobber med en arealstrategi som må ledsages av en finansieringsplan.

## 2.11 Teknologi og utstyr

### *Infrastruktur*

LDS jobber målrettet med standardisering av både brukerterminaler/-utstyr, nettverk og infrastrukturplattform, og til nå er om lag 90 % av et standardiseringsarbeid med innføring av tynnklienter og standard Windows/Windows Server utført. I tillegg til dette har sykehuset en telefoniplattform basert på IP-telefoni og Telenors MBN plattform. Når det gjelder teknisk gjeld, er dette primært knyttet til eldre PCer og deler av tynnklientplattform og mobiltelefonplattform. Sykehuset har etablert en plattform for selvinnsjekk og betaling ila de siste to årene, og jobber med å etablere en mobilplattform for kliniske applikasjoner.



*LDS ble årets DIPS-kunde 2020 for arbeidet med å innføre DIPS Arena.*

### *Fellesplattformer*

De siste årene har det vært gjennomført en omfattende standardisering av kliniske applikasjoner. Alle klinikker benytter nå de samme primærapplikasjonene (DIPS Arena, Sectra RIS/PACS, etc.) og støtte-applikasjonene (GAT, Visma). I tillegg er det tatt i bruk fellesløsninger for digital hjemmeoppfølging både innenfor psykisk helsevern og somatikk.

Å integrere ulike systemer med hverandre, samt integrere med eksterne tjenester og løsninger, er nødvendig for å effektivisere og forbedre pasientbehandlingen ytterligere. Dette er krevende både økonomisk og teknisk, og det er etablert ulike typer integrasjonsplattformer. De siste par årene har LDS fokusert spesielt på innbyggertjenester, blant annet innsyn i journal og ventelistebrev.

Elektronisk utveksling av radiologisk bildemateriale, (Sectra OneConnect) er etablert og forenkler arbeidsflyt internt. Dessuten gjøre det bilder tatt andre steder raskt tilgjengelig for behandler.

En annet fellesplattform er sykehusets ledelses- og informasjonssystem (BI plattform) hvor data sammenstilles for å få et totalbilde av virksomheten i sykehuset til enhver tid. Data hentes fra DIPS og Sectra, samt fra personal- og økonomisystemer.

Sykehuset har forøvrig en felles plattform for automatisk tildeling av roller og rettigheter i sentrale applikasjoner med pasientinformasjon. I tillegg til å ha en betydelig effektiviseringsgevinst, har denne plattformen også gitt sykehuset et løft mht. pasientinformasjonssikkerhet. Når det gjelder IT-teknisk sikkerhet forøvrig, har LDS hatt stor oppmerksomhet på dette de siste årene og implementert ulike tiltak, blant annet en mer avansert overvåkning av all datatrafikk internt. LDS er medlem av Norsk Helsenett og har dermed tilgang til HelseCERT sine tjenester.

### *Medisinsk teknisk utstyr*

Gjennomsnittsalder på medisinsk tekniske utstyr er 6 år (3.100 rapporterte apparater), og det jobbes kontinuerlig med fornying av utstyret. Større prosjekter gjennomført de siste årene er anskaffelse av ny CT, nye respiratorer, nytt røntgenlaboratorium, samt overvåking og telemetri.

Medisinsk teknisk utstyr og IKT er for øvrig organisert under samme avdeling og ledelse, noe som gir et smidig samarbeid mellom fagdisipliner med gjensidig avhengigheter, for eksempel nettverk og integrasjon.

### *Muligheter og utfordringer*

Mange av fremtidens muligheter og utfordringer ligger i pasientens digitale innbygger-tjenester og innsyn på tvers av virksomheter, samt utvikling av ulike tjenester innenfor digital hjemmeoppfølging. Disse områdene har derfor særlig høy prioritet internt i sykehuset, men må samtidig balanseres opp mot mulig konflikt mellom det å være tidlig ute med nye tjenester og det å gå i takt med kommende nasjonale og regionale løsningskrav.

Med en egen IKT-avdeling og tilhørende datasenter har LDS både fleksibilitet og mulighet til å utnytte ny teknologi og nye produkter, og ikke minst bruke smidige arbeidsmetodikker i valg og gjennomføring av leveranser. Sykehuset har en størrelse og kompetanse som gjør det godt egnet som pilotsykehus for utvikling og testing av nye løsninger, også der teknologi spiller en viktig rolle.

Når arbeidsoppgaver effektiviseres i sykehuset ved bruk av IKT medfører dette nye oppgaver og økt ressursbehov. En effektivisering på den ene siden (for sykehuset) vil alltid gi økt kompleksitet i den andre enden (IKT-drift). Selv om sykehuset har en stabil IKT-drift, må mer tid fremover frigjøres til utvikling og nye prosjekter. Digitaliserings-omfanget øker, og prosjektstyring og utviklingskapasiteten er i dag begrenset og må tilpasses fremtidens behov og forventninger.

## **2.12 Dagens bygg – tilstand og muligheter**

### **2.12.1 Areal**

Etter innflytting i nybygg i Lovisenberggt. 21 for henholdsvis undervisning/administrasjon (2016) og psykisk helsevern (2018), disponerer LDS vel 72.000 m<sup>2</sup> (bruttoareal). Virksomheten drives både i eide og leide lokaler:

Adresse	Eid/Leid	Areal	Virksomhet
• Lovisenberggt. 17	Eid	32.650	Hovedsykehuset (somatikk)
• Spångbergv. 25	Eid	4.400	Nic Waals Institutt (BUP)
• Lovisenberggt. 21 F	Leid	14.100	Sengeposter psykisk helsevern
• Lovisenberggt. 21 G	Leid	5.100	Utdanning og administrasjon,

				psykisk helsevern
• Geitmyrsv. 45	Leid	1.750		Lovisenberg Lindring og Livshjelp
• Ullevålsv. 2	Leid <sup>4</sup>	8.000		Psykisk helsevern
• Hagegt. 32	Leid	3.200		Lovisenberg DPS
• Trondheimsv. 80	Leid	1.500		Lovisenberg DPS
• Høiensalgt. 74 (Hamar)	Leid <sup>5</sup>	1.500		Hospice Sangen
		72.200		

*Oversikt over dagens adresser og (brutto)-arealer*

Gjennom de to nye byggene har sykehuset oppnådd å samlokalisere døgnvirksomhet innen psykisk helsevern som tidligere foregikk på tre lokaliteter. Hensikten er å oppnå bedre behandlingskvalitet gjennom å samle fagmiljøet og samtidig få større nærhet til den somatiske virksomheten. Spesialbygde lokaler i nytt bygg for psykisk helsevern har gitt et betydelig løft for denne utsatte pasientgruppen.

De to nybyggene har samtidig frigjort arealer i andre deler av bygningsmassen på Lovisenberg, og har på kort sikt bidratt til aktivitetsvekst innen somatikk. Kulverten som er etablert mellom nybyggene i Lovisenberggt. 21 og sykehusets hovedbygg i Lovisenberggt. 17 gir samtidig økt fleksibilitet og muligheter for omdisponering av areal i fremtiden.

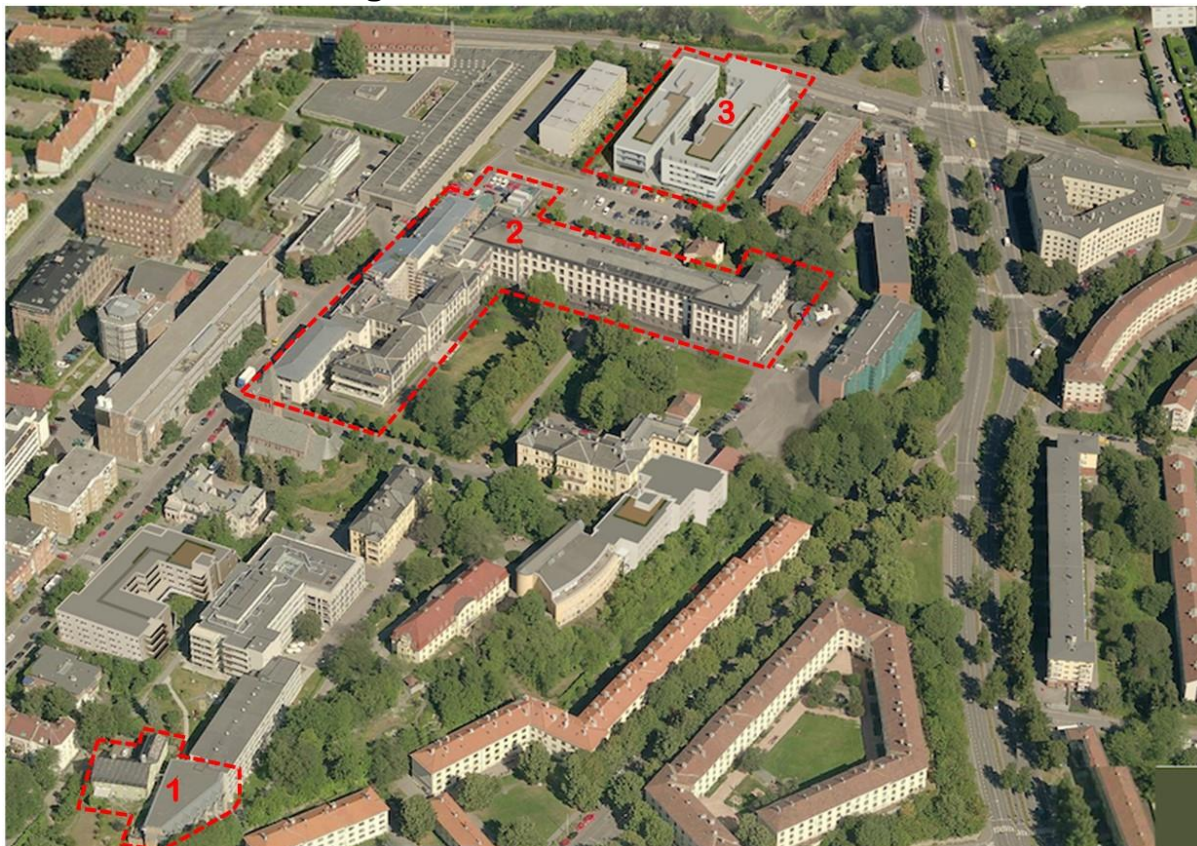
I 2018 åpnet en ny observasjonspost med ni senger i tilknytning til medisinsk akuttmottak og som har forbedret kapasitetssituasjonen både i akuttmottaket og på de medisinske sengepostene. I 2019 åpnet en ny poliklinikk for medikamentell kreftbehandling i frigjorte, rehabiliterte arealer etter psykisk helsevern i sykehusets eldste bygg fra 1890. I 2022 vil andre deler av de frigjorte arealene ferdigstilles for åpning av ny enhet for dialyse og nyremedisin.

I 2021 ble bygningsmassen i Spångbergveien 25 rehabilitert, både for å ivareta forventet aktivitetsvekst for NWI og for å oppgradere lokalene til dagens standard.

<sup>4</sup> Ullevålsv. 2, Oslo (Vor Frue Hospital) leies kostnadsfritt av Oslo kommune, men LDS har fullt driftsansvar

<sup>5</sup> Høiensalgt. 74, Hamar (Hospice Sangen) leies kostnadsfritt av Hamar sanitetsforening, men LDS har vedlikeholdsansvar

### 2.12.2 Tilstandsvurdering



*LDS sin virksomhet på Lovisenberg-området: 1 = Lovisenberg Lindring og Livshjelp (Geitmyrsv. 45), 2 = Hovedsykehuset for somatikk (Lovisenberggt. 17), 3 = Nybygg for PHV sengeposter og undervisning/administrasjon/støttefunksjoner og LDPS poliklinikk (Lovisenberggt. 21 F og G).*

Det er gjennomført tilstandsvurdering av teknisk infrastruktur og bygg, som innbefatter gradering, konsekvens og forventet levetid. Den tekniske tilstanden varierer mellom sykehusets ulike bygg, og historisk har man i stor grad foretatt oppgradering av teknisk infrastruktur i forbindelse med ombygging og/eller utvidelser av sengeposter, operasjonsstuer o.a. tilsvarende prosjekter.

Vurderingen er at alle sykehusets bygg i utgangspunktet er godt egnet til den virksomheten som er planlagt utført i bygget, og at de begrensninger som ligger i deler av bygningsmassens alder og utforming er håndterbare. Det er samtidig begrensninger i fleksibilitet og tilpasningsdyktighet, da bygg utformet for en spesifikk del av virksomheten ikke alltid uten videre kan benyttes av andre deler. Eksempelvis er nybygg i Lovisenberggt. 21F utformet for sengeposter innen psykisk helsevern, og det vil kreve relativt store kostnader å bygge dette om til et bygg for somatiske sengeposter eller til DPS-virksomhet. Samtidig har bygningsmassen på Lovisenberg generelt vist seg å være tilpasningsdyktig, og funksjoner har blitt flyttet til arealer som i utgangspunktet var utformet for annet bruk. Eksempelvis er sykehusets eldste bygg – oppført i 1890 – benyttes til noen av sykehusets mest moderne operasjonsstuer.

### 2.12.3 Tomt og eiendomsforhold

Lovisenbergområdet eies av Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg, den ene av sykehusets eiere. Det er inngått langsiktige festeavtaler for tomtearealet som sykehusets

bygningssmasse står på, og langsiktige leieavtaler for den øvrige bygningssmassen som sykehuset disponerer på området. Spångbergv. 25, der NWI ligger, er tomten festet av Oslo kommune kostnadsfritt, gjennom en avtale som løper i ca. 50 år. HSØ som har en langsiktig, løpende leieavtale med Oslo kommune for Vor Frue Hospital, har gitt LDS kostnadsfri bruksrett, gitt at det drives psykisk helsevern i bygget.

I sum innebærer dette at selv om sykehuset ikke er tomteeier, er det sikret tilgang på arealer på lang sikt. Ved behov for å utvide virksomheten vil ytterligere areal kunne skaffes til veie.



### 3.0 Utviklingstrekk og framskrivning

LDS har mottatt oppdaterte framskrivinger av forventet aktivitetsvekst for perioden 2019-2040. Framskrivingene er utarbeidet av et fagnettverk ledet av HSØ og tar utgangspunktet i aktiviteten i 2019. Denne framskrives iht. forventet demografisk utvikling i opptaksområdet og endringsfaktorer som forventet sykdomsutvikling og dreining i tjenestetilbudet. For LDS innebærer dette to viktige forhold:

1. Sagene bydel er inkludert i tallene for somatikk.
2. Nye oppgaver som er avtalt tillagt sykehuset etter 2019, bl.a. innen kreftbehandling og dialyse er ikke inkludert.

En tilbakeføring av ansvaret for Sagene bydel til OUS vil innebære en vesentlig og uheldig reduksjon i aktivitetsnivået ved LDS mens nye oppgaver vil innebære en økning i aktivitetsnivået i forhold til det som er skissert i tallene fra Sykehusbygg. Tross dette er tallgrunlaget fra Sykehusbygg benyttet i utviklingsplanen, men det er lagt til kvalitative kommentarer der dette er naturlig.

### 3.1 Demografi og sykdomsutvikling

Demografien er en sentral og styrende faktor for fremtidens behov for helsetjenester. Hvor mange innbyggere blir det, og hvordan blir alderssammensetningen?

Demografiske framskrivinger besvarer disse spørsmålene, men med betydelig usikkerhet, da fødselsrater, dødelighet og flyttemønster – og også sykdomsmønster – endrer seg over tid.

#### 3.1.1 Befolkningsutvikling 2019-2040

Oslo kommunes framskrivinger viser at folketallet vil fortsette å stige, selv om usikkerheten er større dess lenger fram i tid man kommer. Pr 1. januar 2021 bodde det 697 010 innbyggere i Oslo. Veksten i 2020 var den laveste siden 2000, og dette tilskrives effekter av korona. Det er utarbeidet estimat for lav, middels og høy vekst:

Ny framskrivning fra Oslo Kommune						Framskrivning brukt i Utviklingsplan 2016-2035				
Oslo	2021	2025	2035	2040	Endring 2021-2040	Oslo	2025	2035	Endring mellom framskrivingene	
									2025	2035
Lav	697 010	702 998	714 079	712 979	2 %	Lav	733 280	709 739	-4 %	1 %
Middel	697 010	716 249	768 954	794 068	14 %	Middel	731 474	814 976	-2 %	-6 %
Høy	697 010	728 849	827 542	880 775	26 %	Høy	694 955	942 556	5 %	-12 %

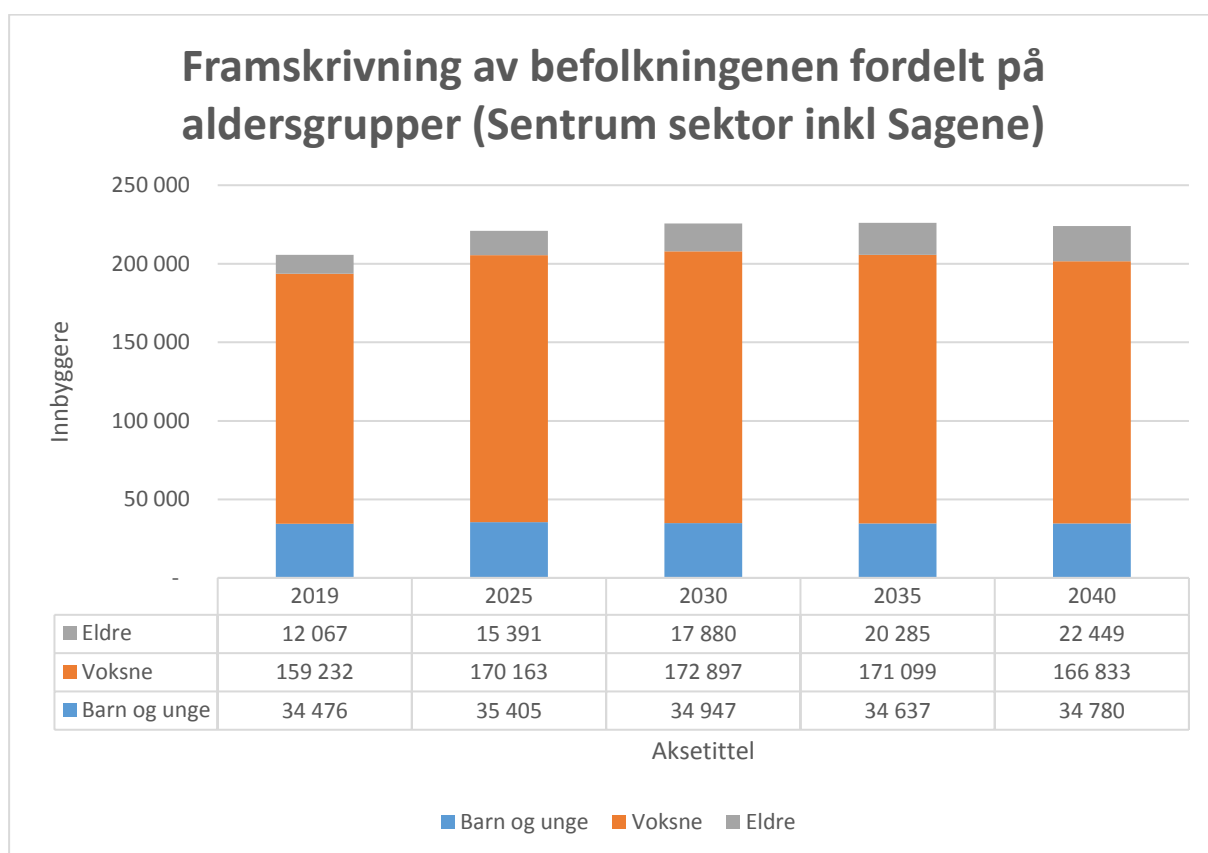
*Befolkningsframskrivinger for Oslo kommune,*

Fordi LDS har lokalsykehusansvar for ulike bydeler innen henholdsvis indremedisin, voksenpsykiatri/TSB og barne- og ungdomspsykiatri, blir forventet befolkningsvekst oppgitt per bydel i tabellen nedenfor, som også viser prosentvis utvikling innen hvert av fagområdene.

Aldersgruppe	Endring 2021 til 2040		
	MED	SPHV	NWI
0-17 år			-1 %
18-39 år	-5 %	-4 %	
40-64 år	11 %	13 %	
65-79 år	45 %		
80+ år	149 %		

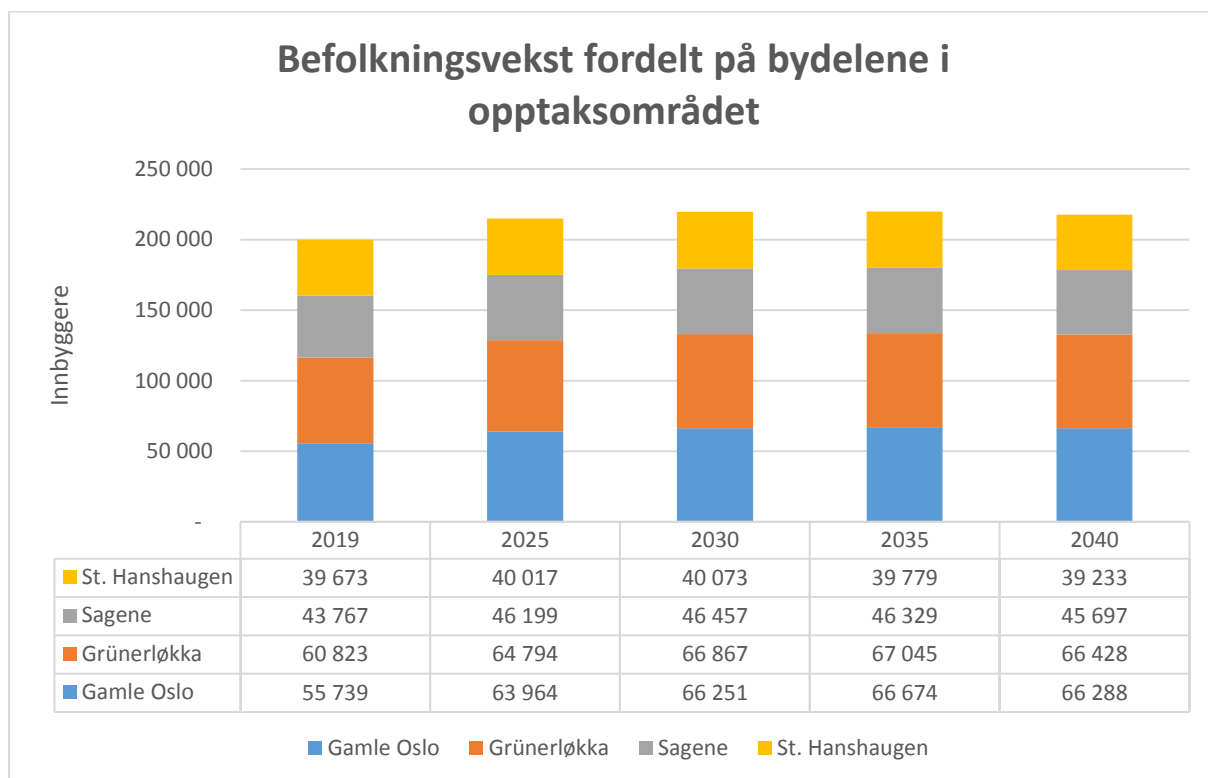
Forventet befolkningsvekst i opptaksområdene til klinikkene fordelt på aldersgrupper.

I perioden frem mot 2040 forventes det en befolkningsvekst på 14 % for Oslo samlet sett (middels anslag). Sterkest relativ vekst forventes blant de eldste. Med økende levealder blir det flere friske leveår, men også flere som lever med kroniske sykdommer.



Forventet befolkningsvekst i Sentrum sektor fordelt på aldersgrupper.

Hvor veksten kommer, avhenger blant annet av boligbyggingen og utvikling i flyttemønster. Det er ganske stor variasjon mellom bydelene, med forventet sterkest vekst i bydel Gamle Oslo og ingen forventet vekst i bydel St. Hanshaugen.

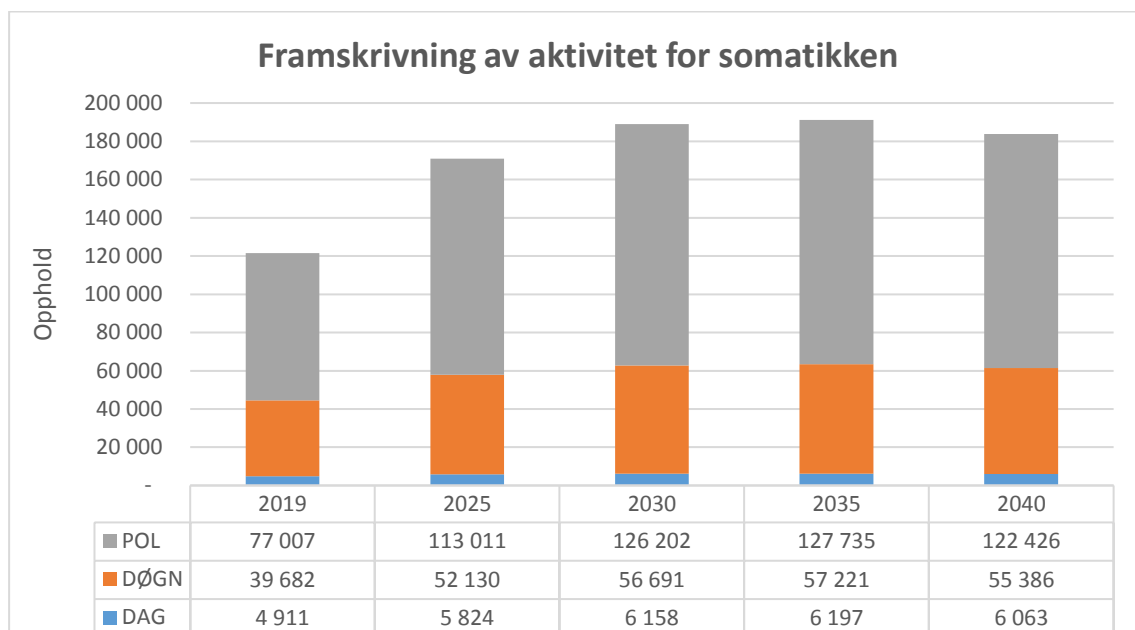


*Forventet befolkningsvekst fordelt på bydeler.*

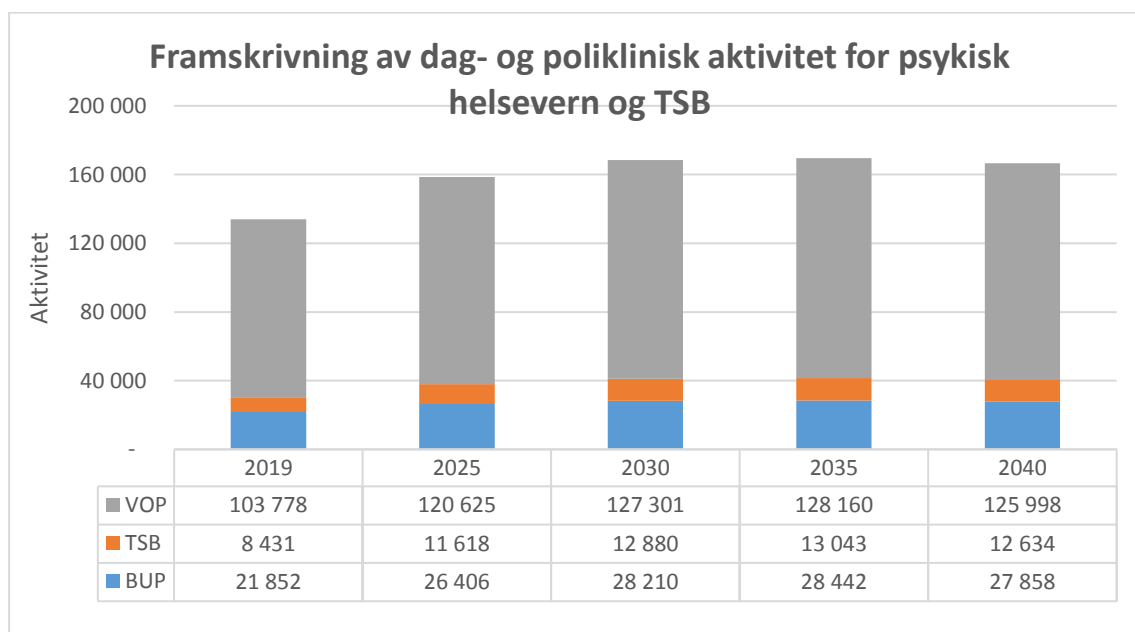
### 3.1.2 Aktivitetsvekst

Befolkningsutvikling er en viktig faktor for framskriving av aktivitet. Imidlertid vil effekt av forebygging, oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, utvikling av teknologi og dreining fra døgn- til dagbehandling være endringsfaktorer som også påvirker aktiviteten. Dette er hensyntatt i aktivitetsframskrivinger. Forventet aktivitetsvekst er betydelig høyere enn forventet befolkningsvekst.

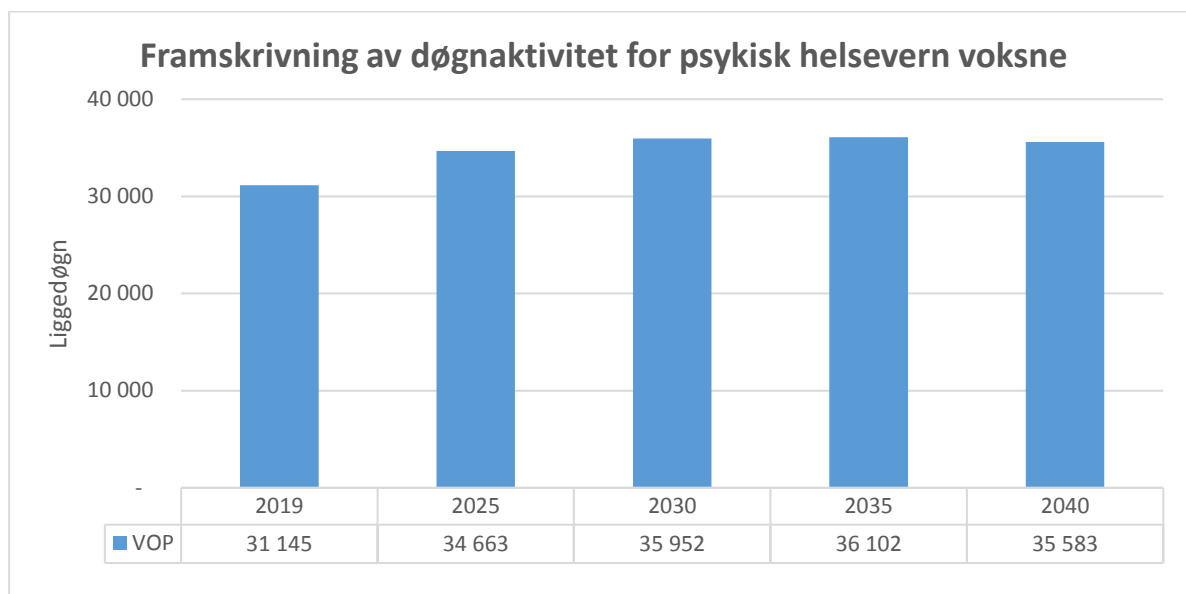
Her vises forventet aktivitetsvekst for hhv somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling:



Forventet aktivitetsvekst er 40% for døgntilrettelagt behandling (tilsvarer ca 50 døgnplasser) og 59% for poliklinisk behandling.



Forventet aktivitetsvekst er 27 % for psykisk helsevern barn og unge, 50 % for tverrfaglig spesialisert rusbehandling og 21 % for psykisk helsevern voksne.



Framskrivningene tilsier 14% økning i døgnaktivitet. Ved 85% belegg tilsier dette en økning i kapasitetsbehov svarende til 14 senger innen psykisk helsevern.

Framskrivningene tar utgangspunkt i aktivitet og oppgavedeling i 2019. Det er planlagt og delvis gjennomført flytting av oppgaver mellom sykehusene i hovedstadsområdet, noe som betyr at LDS vil ha ytterligere aktivitetsvekst på grunn av oppgaver knyttet til medisinsk kreftbehandling, dialyse og lokal sikkerhetsavdeling. Samtidig er det planlagt å flytte noe døgnbehandling innen psykisk helsevern for voksne fra LDS til DS, men også fra OUS til LDS (lokale sikkerhetsplasser).

Ny teknologi og utvikling av helsetjenestene vil gjøre det mulig å dreie mer av pasientbehandlingen fra døgnbehandling til poliklinisk oppfølging og elektronisk oppfølging i hjemmet. Kontakten med pasienten vil i noen grad styres av registrerte parametere (som igjen kan vise hvor godt regulert sykdomsforløpet er), behandling kan justeres gjennom automatiserte prosesser overfor den enkelte pasient (beslutningsstøtte), og polikliniske konsultasjoner vil i økende grad bli gjennomført virtuelt (dvs. gjennom sikret datanettverk).

Fremtiden vil bringe endringer innen legemiddelbehandling i form av mer potente midler som vil gi bedre behandlingsresultater, men samtidig betydelig høyere kostnader. Økonomiske rammer som ikke holder tritt med økte kostnader kan begrense mulighetene for å gi alle pasienter den faglig sett beste behandlingen. Samtidig vil det bli økte muligheter for persontilpasset behandling. Medikamentvalg og dosering vil i større grad bli basert på informasjon om hvordan medikamentomsetningen foregår i den aktuelle pasienten, og basert på opplysning om gen- og ekspresjonsforandringer i det syke vevet. Automatisering gjennom digital kurve, elektronisk forordning og håndtering av legemidler vil gi økt sikkerhet og frigjøre tid. I sum er dette endringsfaktorer som man vanskelig kan spå effektene av 10-15-20 år frem i tid.

### 3.2 Kapasitetsberegning

LDS vil ila 2022-23 samle virksomheten til Senter for psykisk helse og rusbehandling på to lokaliteter; Lovisenberggata 21 og Ullevålsveien 2. De nye arealene sikrer kapasitet til

å møte forventet aktivitetsvekst fram mot 2030. Ved flytting av døgnplasser fra LDS til DS, vil det frigjøres kapasitet til ta imot 8-10 lokale sikkerhetsplasser fra OUS Gaustad.

Lokalene til Nic Waals Institutt i Spångbergveien 25 ble totalrehabilitert i 2020-21. Det er god kapasitet til vekst i arealene der det våren 2022 vil bli etablert et nytt akuttambulanseteam («ambulant hjemmesykehus») for pasienter fra Lovisenberg og Diakonhjemmet sektor. Det øvrige tilbudet til barn og unge fra Vestre Aker er planlagt overført til DS siden bydelen inngår i sykehusets opptaksområde.

Det er ønske om å utvide og oppgradere arealene både for klinikk for medisin og kirurgi. Dette er nærmere omtalt bl.a. i kapittel 5.10

## 4.0 Analyse og veivalg

Sykehuskapasiteten i Oslo må utvides for å dekke befolkningens økende behov for spesialisthelsetjenester. I oppdrags- og bestillings-dokumentet for 2018 har HSØ bedt LDS påta seg et større ansvar for spesialisthelsetjenestetilbudet i Oslo sykehusområde.

Prinsipielt sett kan LDS løse dette på to måter; i) gjennom å utvide bredden i det eksisterende tilbudet og ii) gjennom utvidet opptaksområde.

Det legges til grunn at LDS skal påta seg nye oppgaver i løpet av planperioden. Samtidig vil det av faglige og økonomiske grunner fortsatt være naturlig og hensiktsmessig med en viss grad av oppgavedeling mellom byens sykehus. Begrepet «fullverdig lokalsykehus» innebærer derfor ikke at LDS skal ivareta *alle* spesialisthelsetjenesteoppgaver for befolkningen i sitt opptaksområde. Spørsmålet er *hvilke* nye oppgaver LDS bør ta over fra OUS, og *når* dette bør skje. I disse vurderingene blir følgende ansett som de primære driverne:

- Mer fullverdig lokalsykehusstilbud
- Kvalitativt gode og mer sammenhengende pasientforløp
- Videreutvikling av kirurgisk tilbud av høy kvalitet
- Å styrke fagmiljøene ved LDS
- Å løse fremtidige kapasitetsutfordringer i Oslo

Ved vurdering av oppgaveoverføring, må tiltakets *bærekraft* i form av investeringer og bemanning tillegges vekt.

### 4.1 Styrke lokalsykehuset: Indremedisin, psykisk helsevern og rusbehandling for hele Sentrum sektor

Lovisenberg særpreges både ved å være lokalsykehus for 4 (3 faste) sentrumsbydeler og ved å ha en betydelig elektiv virksomhet for pasienter fra hele regionen. Dette er en profil vi ønsker å forsterke i samarbeid med bydelene og OUS.

Lovisenberg har i snart 15 år hatt det indremedisinske ansvaret for bydel Sagene gjennom en bilateral avlastningsavtale med OUS. Både befolkningen og bydelen gir uttrykk for å være fornøyd med ordningen. Pasienter fra Sagene utgjør ¼ av pasientgrunnet i medisinsk klinikk, og fortsatt lokalsykehusansvar for Sagene bydel er nødvendig for å beholde alle dagens subspecialiteter. LDS ønsker derfor å overta lokalsykehusansvaret for bydel Sagene permanent. Overføring av ansvaret for TSB og psykisk helsevern vil bidra til gode og sammenhengende pasientforløp. LDS vil arbeide for at en slik løsning vurderes nærmere og mener at dette også ville redusere arealbehovene til nye OUS.

Befolkningen i Sagene bydel hører naturlig sammen med, og har i stor grad de samme utfordringene, som befolkningen i de tre andre LDS-bydelene. Et samlet og styrket fokus på pasientgrupper som har rusproblemer kombinert med fysiske og psykiske lidelser, vil være gunstig for alle de fire bydelene i Sentrum sektor. Pasientene det gjelder trenger samordning av tilbud og oppfølging, og at sykehus og bydel har en omforent tilnærming på systemnivå og individuelt.

Det er allerede etablert et velfungerende samarbeid mellom sykehuset og primærhelsetjenesten i Sagene bydel. Dette er forhold som bydelen og Oslo kommune

trakk frem da de i sitt høringsinnspill til HSØ sin forrige utviklingsplan anbefalte at LDS skulle være lokalsykehus for alle de fire bydelene i Sentrum sektor. Det er naturlig å anta at samhandlingen mellom LDS og Sagene bydel vil utvikles ytterligere over de neste årene, og det virker lite hensiktsmessig deretter å skulle bryte opp et langvarig og velfungerende samhandlingsmønster ved å tilbakeføre Sagene til OUS, tentativt i 2030, 23 år etter at avlastningsavtalen ble inngått. Bydel Sagene og byrådsavdelingen gir i sine høringsuttalelser sterk støtte til at LDS får lokalsykehusansvaret for bydelen både innen somatisk og psykisk helse.

Bydelene i Sentrum sektor har landets høyeste forekomst av rusmisbruk, og LDS ønsker å utrede etablering av døgntilbud innen TSB, med hovedvekt på utredning av sammensatte tilstander, rusavhengighet og psykisk helse.

Med en forventet relativt kraftig befolkningsvekst i de eldre aldersgruppene, vil det i planperioden være naturlig å vurdere om hele eller deler av det alderspsykiatriske tilbudet bør gis ved LDS. Eldre pasienter har ofte psykiske og somatiske lidelser i kombinasjon, og et nytt tilbudet ved LDS ville kunne etableres i tett samhandling med geriatrisk avdeling.

I utgangspunktet bør LDS tildeles lokalsykehusansvaret for Sagene bydel, slik at LDS ivaretar både psykisk helse (alle aldersgrupper), TSB og indremedisin/medisinske fagområder (voksne). Det å skulle forholde seg til to eller tre ulike sykehus medfører ekstra utfordringer og krever mer ressurser for bydelen, spesielt ved behov for å koordinere komplekse, sammensatte og langvarige pasientforløp. Prinsippet om at opptaksområdet for psykisk helsevern og TSB skal følge opptaksområdet for indremedisin bør følges.

Alternativet der LDS får et varig lokalsykehusansvar for Sagene vil gi følgende fordeler:

- Forbedrede pasientforløp
- Mer helhetlig tjenestetilbud til befolkningen
- Forenklet samhandling for bydelen
- Avlastning for OUS
- Interne synergier
- Større og mer robuste fagmiljøer i LDS

Det er sterke faglige motargumenter mot å etablere flere fødeavdelinger, barneavdelinger eller gynekologiske avdelinger i et geografisk lite sykehusområde som Oslo. Det er heller ikke aktuelt å overføre høyspesialiserte regionsfunksjoner. Ordningen «fritt behandlingsvalg» gjør at LDS må regne med en viss «lekkasje» til OUS, private sykehus og sykehus i andre regioner.

## 4.2 Flere oppgaver innen kirurgi

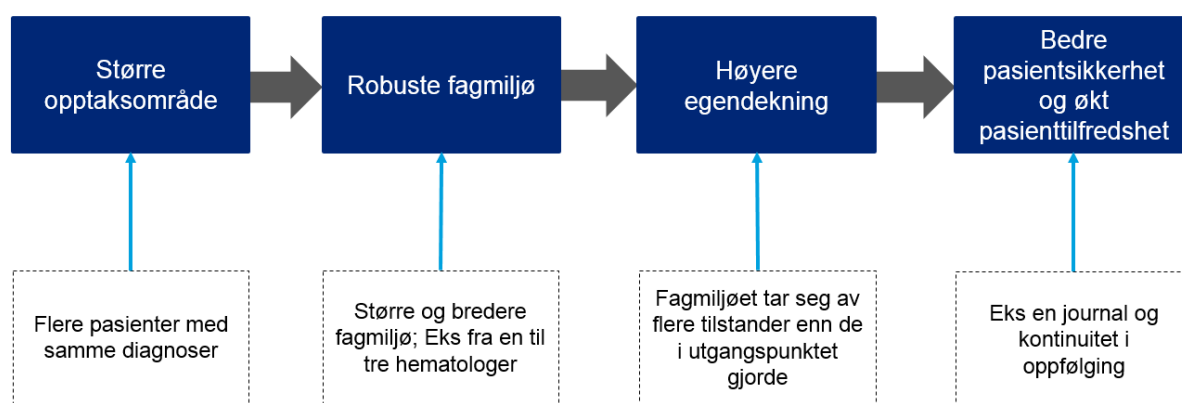
LDS har et kvalitetsmessig godt og driftseffektivt elektivt kirurgisk tilbud med stor pasientpågang, i all hovedsak fra HSØ, men også landet forøvrig. Kirurgisk klinikk ved LDS har flest behandlinger innen 12 kirurgiske behandlingsområder. Virksomheten driver med kontinuerlig kvalitetsovervåkning og forbedringsarbeid og har et godt utgangspunkt for å påta seg nye oppgaver. I dimensjoneringsgrunnlaget for nye OUS er det lagt til grunn at LDS skal overta kirurgisk aktivitet tilsvarende fem operasjonssaler og 56 senger. LDS ser dette som en positiv utfordring, og er villig til å bygge opp



kapasitet til å påta seg oppgaven ved å utvide dagens bygningsmasse. Forutsetningen er at veksten/opp-gaveoverføringen skjer på områder der det er mulig å sikre tilstrekkelig volum og dermed kvalitet. En overføring av oppgaver vil også innebære at LDS kan påta seg flere oppgaver knyttet til spesialisering av leger.

Oppgaveføring bør skje på en trinnvis og kontrollert måte som er bærekraftig både faglig, bemanningsmessig og økonomisk, både for mottakende (LDS) og avgivende sykehus (OUS). Se også kapittel 5.5.3.

Opptaksområdets størrelse har betydning for pasientvolum. Større pasientvolum gir større og mer robuste fagmiljøer, som kan behandle flere og mer kompliserte tilstander innenfor sitt fagområde. Det vil dessuten være gunstig for forskning og fagutvikling.



Illustrasjon fra prosjektrapporten «Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder» (2016) som illustrerer sammenhengen mellom opptaksområdets størrelse og egendekning.

### 4.3 Økonomi

Overføring av oppgaver fordrer en sunn driftsøkonomi. LDS forutsetter at det følger tilstrekkelig finansiering med når sykehuset skal overta nye oppgaver fra OUS og/eller andre sykehus.

Innenfor et geografisk sett lite sykehusområde som Oslo kan det være samfunns-økonomiske grunner til å funksjonsfordele oppgaver som krever spesielt kostbart eller høyspesialisert utstyr, eller døgnberedskap av et bredt sammensatt, tverrfaglig team. Sentrale beslutninger vil ha betydning for hvor mange av sykehusene i Oslo som skal ha kostbart utstyr som operasjonsrobot og PET, eller kontinuerlig vaktberedskap innen funksjoner som PCI, trombectomi og akuttkirurgi.

En utvidelse av det kirurgiske tilbudet innen så vel elektiv som akutt kirurgi vil kreve investeringer og økte driftskostnader. Sykehuset har over en periode på mange år etablert driftseffektive og økonomisk bærekraftige løsninger for elektiv kirurgi for operasjoner som utføres i store volumer for hele regionen, og vil bygge videre på de samme prinsippene ved etablering av nye tilbud.

Etablering av akuttkirurgi vil kreve en betydelig utvidelse og tilpasning av infrastrukturen i sykehuset. Det er dokumentert at sykehus som kombinerer akutt- og elektiv kirurgi har lavere driftseffektivitet enn sykehus som har rendyrket en elektiv kirurgisk modell (se 5.5.3). Det er usikkert i hvilken grad introduksjon av akuttkirurgi

vil redusere driftseffektivitet, kapasitet og kvalitet på den elektive kirurgien ved LDS. En kombinasjon av den elektive virksomheten og en semi-akutt kirurgi kan være hensiktsmessig.

#### 4.4 Kvalitet

Det er en risiko for at oppgaver som ikke har tilstrekkelig pasientvolum ikke holder høy nok kvalitet. Dette må tillegges vekt ved oppgaveoverføringer, slik at stort nok pasientgrunnlag sikres. De oppgavene LDS utfører i dag har i hovedsak store volumer og høy kvalitet. Etablering av nye funksjoner bør ledsages av kvalitetsmålinger helt fra oppstart av, slik at kvaliteten på tilbudene blir systematisk fulgt opp. LDS ligger langt framme når det gjelder systematisk oppfølging av behandlingsresultat etter så vel kirurgi som behandling av psykiske lidelser.

En av mekanismene som ligger til grunn for dagens funksjonsfordeling i Oslo sykehusområde, har vært behovet for å samle behandling som krever et visst volum for å holde høy kvalitet. Det foreligger evidens for at resultatene etter blant annet kreftkirurgi henger sammen med antall pasienter som blir operert ved sykehuset og dessuten av antallet operert av den enkelte operatør. For LDS ville det derfor kun være riktig å etablere tilbud om kreftkirurgi ved hyppige kreftformer, i tråd med nasjonale anbefalinger.

Et lokalsykehus på størrelse med LDS er særlig godt skikket til å behandle og følge opp pasienter med alminnelige, kroniske og ofte sammensatte sykdomsbilder. Et bredere tilbud i lokalsykehuset som har et tett og gjensidig forpliktende samarbeid med bydelene, vil gjøre det mulig å tilby kvalitativt gode pasientforløp med færre vekslinger og bedre kontinuitet på behandlerens side, til pasienter som lever med varige tilstander som hjertesvikt, kronisk lungesykdom, kreft, nyresvikt, alvorlige psykiske lidelser, rusproblemer osv.

## 5.0 Målbilde og tiltak

Basert på styrevedtak og oppdragsdokument fra HSØ legges det til grunn at LDS skal påta seg nye oppgaver i løpet av planperioden. Alle endringer i oppgavedelingen mellom sykehusene i Oslo sykehusområde må gjennomføres på en måte som bidrar til fremtidsrettet pasientbehandling av høy kvalitet og med god utnyttelse av sykehusenes ressurser. Dette krever tydelig ledelse av HSØ, og nært samarbeid mellom sykehusene i Oslo sykehusområde.

LDS har som overordnet målsetting å utvikle seg til et mer fullverdig lokalsykehus ved å utvide bredden i pasienttilbudet og samtidig overta det faste lokalsykehusansvaret for Sagene bydel fra OUS. Byrådsavdelingen slutter seg denne målsettingen. Dette vil gi økt aktivitet og mer robuste fagmiljøer ved LDS. Som større og mer komplett lokalsykehus for hele Sentrum sektor, vil LDS dessuten bidra til å løse fremtidige kapasitetsutfordringer i Oslo sykehusområde og redusere arealbehovet ved Nye OUS. En ny reguleringsplan for Lovisenbergområdet gir mulighet for videre utvidelser og nybygg, i takt med at LDS påtar seg nye oppgaver.

Utviklingen av tilbudet ved LDS skal skje i gjensidig og forpliktende samarbeid med nabosykehus og kommunal helse- og omsorgstjeneste i Helsefelleskap Oslo. I likeverdig partnerskap med brukere og primærhelsetjeneste vil LDS utvikle og prøve ut nye samarbeidsformer som skal gi kvalitativt gode og mer sammenhengende pasientforløp, slik at pasienter og primærhelsetjeneste får færre behandlere og fagmiljøer å forholde seg til. Bydel Grünerløkka og bydel St. Hanshaugen foreslår å bruke FACT-modellen for bedre samhandling om flere sårbare pasientgrupper, og LDS er positive til å se på slike modeller for samhandling.

### 5.1 Brukermedvirkning

LDS skal bidra til å utvikle pasientens helsetjeneste og tilby gode og likeverdige spesialisthelsetjenester tilpasset behovene til befolkningen i indre by.

#### 5.1.1 På individnivå

Pasientene skal medvirke i beslutninger knyttet til egen utredning og behandling. Dette forutsetter god og tilpasset informasjon. Det er viktig å sørge for at pasienter med språklige utfordringer får hjelp til å forstå og til bli forstått.

Dette skal bidra til at brukerne får økt innflytelse på egne behandlingsforløp gjennom aktiv deltakelse og drøfting med behandlerne etter prinsippet om samvalg. God pasientinformasjon må være forståelig tilgjengelig på nettet slik at ulike behandlingalternativ kan forstås og diskuteres.

#### 5.1.2 På systemnivå

Brukerne skal tas med på råd også på systemnivå, og sykehuset skal lytte til forslag fra brukerne som kan bedre pasientsikkerhet og brukeropplevd kvalitet i sykehuset. Brukerutvalget og ungdomsrådet er sentrale medspillere, og det er viktig at brukerne blir tatt med i større og mindre prosesser.

**Brukerutvalget** ser for seg en utvikling i årene fremover hvor brukerutvalget vil ta en stadig mer aktiv rolle i utformingen av tjenestetilbudet på sykehusene. Det er brukerrepresentanter i kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg (KPU), Klinisk etikk-komite

(KEK), skadeutvalg, forsknings- og opplæringsammenheng, og som observatør i styret. Brukerutvalget foreslår å styrke brukermedvirkning ved å satse på likepersonsarbeid. Ved andre sykehus er det etablert «brukertorg» der pasienter i behandling kan møte likepersoner. For brukerutvalget vil et slikt brukertorg være en viktig lyttepost for innhenting av brukererfaringer på sykehuset. En viktig forutsetning for å få implementert brukererfaringer i utviklingen av tjenestene, er å ta brukerne med på et tidlig tidspunkt i alle relevante prosesser. Brukerutvalget vil fremover tilstrebe en enda tettere kontakt med de ulike klinikkene i sykehuset.

Brukerundersøkelser bør brukes i større grad for å utvikle og tilpasse tilbudet til pasientene. Brukerutvalget ønsker å ha en aktiv rolle i planlegging og gjennomføring av brukerundersøkelser og ved evalueringen av dem.

Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende tyder på at erfaringskonsulenter er et positivt supplement til de ordinære sykehustjenestene. Brukerutvalget vil være pådriver for etablering av erfaringskonsulenter på relevante klinikker.



**Ungdomsrådet** legger vekt på at LDS skal være det gode lokalsykehuset for hele familien, med god veiledning av pårørende/foreldre når den unge er i behandling, og med god oppfølging av barn og unge som pårørende.

Ved døgnbehandling er det viktig at det er nok plass til at foreldre/familien kan være sammen med pasienten.

Skifte av behandler bør unngås, men der det er nødvendig er det viktig at

det forberedes så godt som mulig. Det er viktig å sørge for gode overganger mellom tilbud for unge og for unge voksne, slik at unge voksen ikke «faller mellom to stoler». Dette gjelder både i somatikk og psykisk helsevern.

Ungdomsrådet har god erfaring med å medvirke på prosjekter, men ønsker også å være mer tilstede i klinikkene. Ungdomsrådet møter ledelse og tillitsvalgte ved Nic Waals institutt to ganger årlig for å drøfte driften ved klinikken.

Nye digitale tjenester, mestringstilbud, hjemmeoppfølging og oppbygging av helsekompetanse vil gjøre det enklere for den enkelte pasient å medvirke aktivt i egen behandling.

## 5.2 Mer sammenhengende pasientforløp

### 5.2.1 Psykisk helse

Fra inngangen til 2022 er all virksomheten innen TSB og psykisk helsevern for voksne samlet i et Senter for psykisk helse og rus, som i løpet av et par år vil være fysisk samlet på to lokaliteter, Lovisenberggata 21 og Ullevålsveien 2. Sammenslåingen har blant annet til hensikt å styrke samarbeidet om pasienter med sammensatte forløp. I

samarbeid med bydelene vil sykehuset fortsette arbeidet med å utvikle den polikliniske og ambulante oppfølgingen av pasientene, slik at de kan skrives ut til et trygt og godt tilbud. Når det gjelder voksne, er en særlig utfordring bosetting av pasienter med atferdsavvik og rusproblemer. LDS har lang og positiv erfaring med FACT-team for voksne pasienter, og vil kontinuerlig evaluere og utvikle den ambulante virksomheten slik at den er tilpasset pasientenes behov. Høsten 2021 etablerte ruspoliklinikken det første RusFACT-teamet i samarbeid med bydelene Gamle Oslo og St. Hanshaugen.

For barn og unge er også arbeidet med å utvikle et arenaflexibelt tilbud prioritert. Det er nylig etablert tre FACT Ung-team, og LDS har mottatt prosjektmidler for å utvikle akuttambulant team (hjemmesykehus). Dette vil føre til at flere unge med funksjonsfall får behandling hjemme, og en kan unngå døgnbehandling.

Et HSØ-prosjekt har foreslått overføring av lokale sikkerhetsplasser for pasienter fra LDS og DS-bydelene fra OUS Gaustad til LDS. En slik oppgaveoverføring vil gi mer sammenhengende forløp for en pasientgruppe med alvorlige psykiske lidelser. Det har også vært diskutert om tilbudet for unge pasienter med tidlig psykose og eventuelt andre spesialiserte poliklinikker skal overføres fra OUS til LDS, og om det alderspsykiatriske tilbudet for LDS-pasienter som i dag ligger på DS skal overføres til LDS. LDS ønsker en slik utvikling.

Døgntilbud innen barn og unges psykiske helse er definert som en «områdefunksjon» og ligger i OUS. Dette gir oppdelte pasientforløp for de sykeste barna og ungdommene. Døgncapaciteten er underdimensjonert, noe som fører til lange ventetider. LDS etablerer et akuttambulant tilbud som vil avhjelpe situasjonen noe, men ville også ønske å etablere et døgntilbud for pasientgruppen, noe som ville gi en særlig sårbar pasientgruppe kortere ventetid og mer sammenhengende behandlingsforløp. Byrådsavdelingen slutter seg i sin høringsuttalelse til ønsket om å etablere et slikt døgntilbud ved LDS.

### **5.2.2 Somatikk**

LDS ønsker påta seg nye oppgaver innen både indremedisin og kirurgi. Etablering av nye tilbud ved LDS, slik som medikamentell kreftbehandling, nyremedisin og dialyse, er med på å bedre kontinuiteten i langvarige og sammensatte pasientforløp. Teknologisk utvikling kan bidra til at mer av den medisinske oppfølgingen kan foregå hjemme hos pasienten, slik som for eksempel et pågående pilotprosjekt for oppfølging av pasienter ved gastromedisinsk poliklinikk.

### **5.2.3 Sammensatte tilstander**

Pasienter som har sammensatte lidelser med somatisk sykdom i kombinasjon med psykisk lidelse og/eller rusproblemer, utgjør en særlig sårbar gruppe i et helsevesen med lite samvirke mellom somatikk og psykisk helsevern/rusbehandling. LDS ønsker å etablere felles akuttmottak for somatikk, rus og psykisk helsevern, og vil utarbeide en tiltaksplan for å styrke samarbeidet mellom medisinsk klinikk og senter for psykisk helse og rusbehandling.

LDS, som har en særlig høy andel av pasienter med sammensatte lidelser i sitt opptaksområde, vil også i samarbeid med bydelene satse strategisk på å styrke tilbudet til denne gruppen gjennom konkrete tiltak som bidrar til mer helhetlig og sammenhengende tilbud. Sykehuset ser et særskilt behov for å forbedre forløpene for

pasienter bosatt i Sagene bydel, der lokalsykehus-ansvaret er delt mellom LDS og OUS. I dag blir pasienter fra Sagene med rusproblemer og/eller psykiske lidelser innlagt på LDS ved overdose, ernæringssvikt og infeksjoner, mens OUS har ansvar for oppfølgingen av deres psykiske lidelse og rusproblem. Oppgavedelingen fungerer ikke tilfredsstillende, og på sikt er målet å overta også ansvaret for psykisk helse og TSB.

### 5.3 Pasientsikkerhet, kvalitet og forbedring

Høy pasientsikkerhet og kvalitet skal kjennetegne pasientbehandlingen ved LDS i planperioden. Sykehuset fortsetter det systematiske forbedringsarbeid med utgangspunkt i Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring. Det jobbes videre med å bygge en god meldekultur og praksis for håndtering og læring av uønskede hendelser.

Meldesystemet Melius blir utvidet med meldinger om hendelser som er løst på en utmerket måte via #Råbra. LDS ønsker også å lære av alt det som fungerer utmerket og som kan gi gode eksempler til etterfølgelse på tvers.

Fokus på pasientens helsekompetanse og brukermedvirkning, sikkerhetsorientert ledelse, sikker legemiddelhåndtering, pasientsikkerhet- og kvalitetsforbedringskompetanse og lokal oppfølging av nasjonale satsninger vil være viktige tiltak for å styrke pasientsikkerheten i planperioden (Jf. Handlingsplan for pasientsikkerhet, kvalitet og forbedringsarbeid ved Lovisenberg Diakonale Sykehus 2021-2024). Fokusområdene vil sees igjen i de klinikkvise planene. Prinsippene til Lærende sykehus, pasientsikkerhetsvisitter, internrevisjoner og riktig bruk av sykehuset mange kvalitetsmålinger (f. eks PREM og PROM) er andre viktige tiltak for å forbedre pasientsikkerheten.

### 5.4 Helsekompetanse, pasient- og pårørendeopplæring

For at pasienter og brukere skal bli best mulig til å ta vare på egen helse, vil LDS legge til rette for at hver enkelt pasient og bruker får tilstrekkelig helsekompetanse til å mestre egen livssituasjon og følge opp egen behandling

Det forventet at stadig flere vil bli behandlet og fulgt opp poliklinisk og i hjemmet. Dette vil kreve skreddersydd informasjon og oppfølging for den enkelte pasient. LDS har positive erfaringer med å utvikle slike tilbud innen psykisk helsevern (FACT-team av flere slag) og indremedisin (Helsekompetanse KOLS). Vi vil i fremtiden legge til rette for flere slike tilbud.

Pasient- og pårørendeopplæring (PPO) med fokus på lærings-, mestrings- og endringsprosesser innen ulike diagnoser vil sikre og legge til rette for pasienter og brukeres helsekompetanse. Det er også viktig at de ulike tilbudene legges det til rette for godt tverrfaglig samarbeid samt god samhandling med ulike helsetjenestetilbud i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

I utviklingen av tilbud som skal styrke mestringsevne og helsekompetanse, vil det bli lagt opp til utvidet samarbeide med bruker- og ideelle organisasjoner (Kreftforeningen, Aktiv mot kreft, Rådet for psykisk helse, Norsk revmatikerforbund, Landsforeningen for Hjerte og Lungesyke, med flere).

## 5.5 Faglig prioritering

### 5.5.1 Indremedisin

LDS vil utvide det indremedisinske tilbudet slik at flere pasienter får en større del av behandlingen ved lokalsykehuset. Utvidelse av aktivitet krever større arealer, og det foreligger planer for i løpet av noen år å utvide dagens hovedbygning med to fløyer.

Det er behov for å styrke intensivtilbudet for å øke kapasiteten og skape et mer robust fagmiljø. Dette fordrer at sykehuset påtar seg nye, intensivkrevende oppgaver også innenfor det kirurgiske fagområdet, noe som kan gjøres enten ved å etablere akuttkirurgi eller ved å etablere nye tilbud innen tyngre elektiv kirurgi.

Sykehuset har allerede en stor infeksjonsmedisinsk døgnvirksomhet. Den infeksjonsmedisinske aktiviteten kan utvides, blant annet med infeksjonsmedisinsk poliklinikk for grupper som HIV- og hepatitt-pasienter, som det er forholdsvis mange av i pasientpopulasjonen.

En annen oppgave som naturlig hører til lokalsykehuset er kontroll og oppfølging av pasienter med pacemaker.

Medisinsk klinikk har en faglig aktiv gastromedisinsk seksjon, et tilbud som etter planen vil bli utvidet med tarmscreening ila 2025, som skissert i det nasjonale programmet for tarmscreening. Seksjonen har etablert et pilotprosjekt for hjemmemonitorering av pasienter, og det er naturlig å se etter muligheter innenfor andre fagfelt, for eksempel innen kreftbehandling og lunge- og hjertemedisin. I tillegg til elektronisk oppfølging, vil det være hensiktsmessig å utvikle ambulante tilbud i samarbeid med bydelene.

Lovisenberg Lindring og Livshjelp (LLL), som har en solid og anerkjent kompetanse innen palliativ behandling, vil i samarbeid med primærhelsetjenesten videreutvikle tilbudet til pasienter som bor hjemme i livets siste fase.

LDS har gjennom flere år samarbeidet med bydelene og Helseetaten om bruk av velferdsteknologi til medisinsk avstandsoppfølging i de såkalte VIS-prosjektene (Velferdsteknologi i Sentrum). Velferdsteknologi skal bidra til at pasienter med kroniske tilstander får større del av behandlingen i hjemmet og dessuten gjøre det mulig å oppdage forverring i tilstanden raskere. I VIS 2.5-prosjektet utvikles en plattform for digitalisert samhandling som vil bli sentral for det fremtidige samarbeid på tvers av behandlingsnivåene.

### 5.5.2 Psykisk helsevern og rusbehandling (TSB)

Voksne pasienter

LDS er i dag lokalsykehus innen psykisk helsevern og rusbehandling for voksne fra bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen. Vi ser det som naturlig at LDS får permanent lokalsykehusansvar for så vel psykisk helse og rusbehandling som indremedisin også for innbyggerne fra Sagene, som er den fjerde bydelen i Sentrum sektor.

Aktuelle satsinger i planperioden er knyttet til områder der sykehuset i dag mangler et tilbud:

*Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).* Personer som bor i LDS' opptaksområde får i dag LAR ved OUS. Dette er en oppgave som hører naturlig med i en

lokalsykehusportefølje, i nært samarbeid med 1. linje. LAR ved LDS vil kunne gi mer helhetlige pasientforløp ved at pasientene får en større del av sitt spesialisthelsetjenestebehov dekket i lokalsykehuset. Det vil også kunne bidra til utvikling av det øvrige rusmedisinske tilbudet ved sykehuset.

*Alderspsykiatri.* Alderspsykiatrisk avdeling ved DS har i dag denne tjenesten også for befolkningen fra LDS sitt opptaksområde, og gir et godt tilbud til pasienter fra opptaksområdet. LDS har imidlertid sterke tilgrensende fagmiljøer i geriatrisk seksjon i medisinsk klinikk, og i det voksenpsykiatriske tilbudet i senter for psykisk helse og rusbehandling.

LDS bør derfor med tiden tilby også alderspsykiatriske spesialisthelsetjenester til innbyggere i eget opptaksområde. Det er et økende antall eldre innbyggere i opptaksområdet, og pasientvolumet er stort nok til å bygge et tilstrekkelig fagmiljø. Pasientgruppen har ofte tverrfaglig og tverrspesialiserte behov, og vanligvis samhandles det med bydel og øvrig 1. linje.

Framskrivninger mot 2040 tilsier aktivitetsvekst i polikliniske aktivitet innen psykisk helsevern voksne på ca 21%, og ca 50% for TSB sammenlignet med 2019. Dette er mer enn befolkningsveksten skulle tilsi, og skyldes blant annet at dagens tilbud er underdimensjonert.

*Rusakuttmottak.* Denne funksjonen ivaretas i dag ved OUS for det meste av Oslo. Ved bygging av nytt akuttmottak ved LDS, mener vi det er riktig å vurdere å bygge felles akuttmottak for indremedisin, akuttpsykiatri og rus, og dermed overta rusakuttmottak for eget opptaksområde.

*Lokal sikkerhetsavdeling.* LDS vil overta lokal sikkerhetsavdeling for pasienter fra eget og DS' opptaksområde.

## Barn og unge

Nic Waals institutt tilbyr kvalitetsmessig gode og helhetlige behandlingstilbud for barn og unges psykiske helse. Klinikken organiserer seg til barnets utviklingsfaser med sped- og småbarnseksjon (0-6), der også gravide får behandling, barneseksjon (7-12) og ungdomsseksjon (13-18). For hver seksjon er det etablert forskningsfelleskap nasjonalt og/eller internasjonalt for behandlingsmetodikk og grunnforskning. Klinikken har siden sin etablering bidratt med kunnskap som har formet helsetjenester for barn og unge i Norge. Ambisjonene for klinikken har ikke endret seg.

De øvrige kliniske seksjonene, ambulant seksjon og akuttambulant seksjon, er også eksempler på fagutvikling og forskning som tas i bruk for å etablere tilbud der vi ser høy risiko for barn og unge, og hvor det har manglet gode behandlingstilbud. En satsning her er den pågående etableringen av akuttambulant team for pasienter fra bydelene til LDS og DS.

Utfordringene i pasientforløpene og kapasitet i områdefunksjonen følges opp av HSØ de neste årene. For å ivareta pasientenes behov for kontinuitet i behandlingsforløpet i de mest alvorlige sykdomsperiodene, og forutsatt at kostnadene ved 3. linjetjenesten innen PHBU følger pasienten, ville NWI ønske å utvikle et døgntilbud. Dette kan skje i



samarbeid med DS sin barneklinnikk, BUP Vest slik at hele behandlingsskjeden finnes ved LDS.

Innføring og piloteringen av nye tilbud følges av evaluering og følgeforskning. Klinikken har etablert et behandlingsregister og kvalitetsregister, TellMe More, som skal sikre at pasienter både medvirker aktivt med evaluering av behandling som mottas og hvor det også systematisk kan sees på behandlingsforløp og effekt for å skape økt forståelse og tilrettelegging for forbedring av behandlingstilbudet.

### **5.5.3 Kirurgi**

LDS ønsker å øke den kirurgiske aktiviteten ved å satse på inngrep som kan utføres i store volumer og derigjennom utføres med høy kvalitet. Mye taler for at vekst bør skje innen elektiv kirurgi der sykehuset har dokumenter evne til god logistikk og kvalitativt gode resultater.

Etablering av et akuttkirurgisk tilbud ved LDS vil gjøre sykehuset til et mer fullverdig lokalsykehus. Imidlertid er det planlagt akuttkirurgiske mottak ved både Gaustad og Aker i tillegg til DS. Det taler imot etablering av et fjerde akuttkirurgisk tilbud ved LDS, med tanke på de korte avstandene mellom sykehusene i Oslo, og helsemyndighetenes ambisjon om å utnytte sykehusenes ressurser og personell mest mulig effektivt og rettferdig. Dersom HSØ likevel gir LDS i oppdrag å etablere tilbud innen akuttkirurgi vil sykehuset påta seg oppgaven. I tilfelle er det nødvendig å iverksette tiltak som skjermer den elektive kirurgien.

Prioritering av hvilke kirurgiske områder en skal satse på fremover bør skje i nært samarbeid med OUS, og på en slik måte at OUS får nødvendig avlastning med tanke på bygging av nye OUS. Satsingsområder kan være etablering av senter for ortopediske infeksjoner, etablering maxillofacial kirurgi som har synergier mot ØNH. Urologi, prostatadiagnostikk og plastikkirurgi kan også vært aktuelle områder dersom det er behov for økt kapasitet, her er det allerede etablerte miljøer. Generelt er det rom for å bredde ortopedi inn i felter som ikke er dekket, utvidet tilbud kne/bruskkirurgi, håndkirurgi, albuekirurgi samt et bredere tilbud på fot.

### **5.5.4 Munnhelse**

#### **Utvidelse av tilbudet innen munnhelse**

LDS ønsker å bygge opp et tilbud til pasienter med sammensatte utfordringer som omfatter blant annet tannhelse, og er positive til å utvide tilbudet vi har bygget opp hittil til å gjelde en større del av Oslo sykehusområde dersom det blir gitt ressurser til dette. Fordelen er å kunne tilby tannhelsebehandling i kombinasjon med behandling innen psykisk helsevern eller somatikk. Enkelt pasienter har så dårlig munnhelse og tannstatus at det i vesentlig grad påvirker allmenntilstanden og mulighetene for bl.a. adekvat ernæring. Det odontologiske fakultet peker i sitt høringssvar på LDS' unike mulighet til å bidra i utdanning av helsepersonell. LDS bidrar gjerne til å øke utdanningskapasiteten forutsatt at det tilføres ressurser til dette.

Det skal arbeides med organisering av tjenester for mennesker med sjeldne diagnoser de neste årene, med forankring i Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser. Det vil være et fremskritt å etablere nasjonale odontologiske behandlingstilbud, spesielt for diagnoser som i stor grad rammer kjever og tannutvikling, der LDS har en unik mulighet til å bygge et godt og tverrfaglig tilbud til disse pasientene.

## 5.6 Oppgavedeling og samhandling

### 5.6.1 Samarbeid mellom ulike spesialiteter og sykehus

Den økende spesialiseringen i medisinen gjør at stadig flere spesialiteter og yrkesgrupper er involvert i behandlingen av hver pasient. Det samme gjør veksten i andelen pasienter med sammensatte og varige tilstander. Spesialisering, sentralisering og funksjonsfordeling av oppgaver fører til at pasientene henvises på tvers av avdelinger og sykehus.

LDS legger til grunn at nye funksjonsfordelinger mellom sykehusene i Oslo bare skal gjennomføres dersom de direkte eller indirekte bidrar til å styrke pasientsikkerhet og kvalitet, eller til å gi en bedre utnyttelse av samfunnets ressurser. For øvrig er det mest hensiktsmessig å samle spesialisthelsetjenestetilbudet i lokalsykehuset.

Gjennomgående journalløsninger og nye IKT- og eHelse-løsninger vil redusere faren for informasjonssvikt og misforståelser mellom sykehusene og bidra til en mer «sømløs» opplevelse av forløpet for pasientene. Løsningene vil dessuten gi bedre mulighet for kompetanseoverføring og konsultativ virksomhet mellom fagfolk i de ulike sykehusene.

### 5.6.2 Samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjeneste

#### *Samarbeid i Helsefelleskap Oslo*

LDS har som overordnet målsetting å utvikle seg til et mer fullverdig lokalsykehus for befolkningen i de fire bydelene i Sentrum sektor i Oslo. Utviklingen av tjenestene skal skje i gjensidig og forpliktende samarbeid med nabosykehus, kommunal helse- og omsorgstjeneste, fastleger og brukere i Helsefelleskap Oslo.

Helsefelleskapet prioriterer utviklingen av tilbud til barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre. Pasientene skal oppleve at tjenestene opptrer i team rundt dem. Det skal blant annet bygges videre på positive erfaringer fra samarbeide om vurdering av henvisninger, delte fagressurser, slik som ernæringsfysiologer og ikke minst om ulike typer ambulante tjenester.

#### *Samarbeid om ambulante tjenester*

Oppgaveglidning kan bidra til en mer hensiktsmessig utnyttelse av ressursene for både spesialist- og kommunehelsetjeneste. Med oppgaveglidning menes i denne sammenheng enten at oppgaver som i dag skjer i sykehus, i fremtiden skal skje i pasientens hjem i regi av primærhelsetjenesten, eller ved at oppgaver som i dag utføres av leger, ivaretas av andre profesjonsgrupper eller også av pasientene selv, sammen med pårørende. Hjemmesykehus og hjemmerehabilitering er eksempler på denne typen tiltak.

LDS har gode erfaringer med å samarbeide med bydelene om ambulante tilbud innen psykisk helsevern for voksne, i FACT-team av ulike slag (FACT-team, FACT-ung og Rus-FACT), en tilnærming som kan tenkes overført til pasientgrupper i somatikken, for eksempel ved palliativ behandling eller ved oppfølging av pasienter med tilstander som KOLS, kronisk hjertesvikt og kreft. Spesialsykepleiere fra sykehuset reiser hjem til pasienten sammen med sykepleier/omsorgsarbeider fra bydelen, og ved behov kan fastlege eller sykehuslege involveres per telefon eller videokonferanse for å bidra med medisinske avklaringer. De korte avstandene innen LDS sitt lokalsykehusområde (19

kvm2) gjør det til det kanskje mest aktuelle stedet i Norge for å prøve ut ulike varianter av hjemmebasert behandling, kalt Hospital@Home.

Kravet fra HOD om at minst 30 % av all dialyse skal foregå som hjemmedialyse, vil for mange av pasientene fra Sentrum sektor bety økt behov for praktisk hjelp og støtte fra sykehuset og fra kommunen. Også her er de korte avstandene en klar fordel, for pasientene, for primærhelsetjenesten og for sykehuset.

#### *Styrke samarbeidet med fastleger og bydelsoverleger*

Fastlegene spiller en helt avgjørende rolle for å få tjenestetilbudet på tvers av nivåene i helsetjenesten til å «henge sammen». Sykehuset vil derfor arbeide målrettet for å styrke samarbeidet med fastlegene i opptaksområdet. En representant for fastlegene vil bli ansatt som «samhandlingsoverlege» i delt stilling, og det vil bli lagt opp til hyppigere og mer regelmessige møter for veiledning og gjensidig kompetanseoverføring mellom sykehusets spesialister og fastlegene. LDS vil videreføre sitt årlige fastlegeseminar, delta i bydelenes allmennlegeutvalg og være aktiv bidragsyter i Møteplass Oslo, som samler sykehusleger og fastleger fra hele Oslo sykehusområde. Den elektroniske samhandlingen mellom sykehuset og fastlegene må også forbedres (se nedenfor).

LDS har hatt god erfaring med ukentlige møter med bydelsoverlegene under pandemien, og ser dette som en hensiktsmessig form for samarbeid ved håndtering av situasjoner som krever koordinering og god informasjonsutveksling.

#### *Samarbeid gjennom nye IKT- og eHelse-løsninger*

Bruk av velferdsteknologi og nye IKT- og eHelse-løsninger kan forenkle og forbedre kommunikasjonen både mellom nivåene i helsetjenesten, og mellom pasient og helsetjeneste. LDS har etablert elektronisk utveksling av pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) med alle kommuner, og er i ferd med å etablere elektroniske dialogmeldinger mellom sykehuset og fastlegene.

Pasientenes rettigheter er styrket i løpet av de siste tiårene. Dette har bl.a. ført til en praksis med mer systematisk og hyppig dokumentasjon av kontakten med pasienten. Videre datautvikling, med større grad av strukturert dokumentasjon og automatisert datafangst, kan både understøtte samhandling og dokumentasjon, og derigjennom frigjøre tid til direkte pasientkontakt. Ved LDS har så vel kirurgisk klinikk som det tidligere «Raskere tilbake»-miljøet, nå «Helse og Arbeid», ved Lovisenberg DPS tatt i bruk systematisk registrering av behandlingsresultater ved hjelp av elektroniske løsninger (LOVePROM, se kap 2.3). Systemene som også er tatt i bruk ved andre fagmiljøer i sykehuset vil bli utviklet videre.

Som nevnt tidligere har LDS siden 2013 samarbeidet med bydelene om avstandsoppfølging av pasienter med kroniske tilstander ved bruk av velferdsteknologi, jf. VIS-prosjektet (kapittel 2.5). Erfaringene er lovende og kan brukes som et utgangspunkt for å etablere et rutinemessig samarbeid om avstandsoppfølging av pasienter med behov for langvarig og koordinert hjelp fra ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Det er ikke pasienten som skal holde styr på og koordinere samfunnsressursene rundt ham eller henne. Beviset på om en lykkes med en slik tilnærming, vil være at pasientene

opplever seg godt ivaretatt. Da må alle som har en oppgave overfor pasienten faktisk samarbeide, uavhengig av forvaltningsnivå og profesjon.

### *Legevakt II til Lovisenbergområdet?*

Ved etablering av den nye Storbylegevakten på Aker vil det av blant annet beredskapshensyn fortsatt være behov for en legevakt nummer to i Oslo sentrum. Lovisenbergområdet har riktig beliggenhet og tomteareal til en legevakt II. LDS ville ønske et slikt initiativ velkommen, og ser for seg at en samlokalisering kan utløse synergier gjennom samarbeid på områder som utdanning, laboratorie- og billeddiagnostikk.

### *Arbeid på overordnet nivå for å bygge ned forskjeller mellom nivåene*

Det er en rekke eksempler på at nye samarbeidsformer har blitt stoppet på administrativt nivå grunnet forskjeller mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste når det gjelder finansieringsordning, lovgivning og journalsystemer. Dersom de to nivåene i helsetjenesten skal stimuleres til å utvikle innovative samarbeidsformer bør det gjøres et arbeid på overordnet nivå for å bygge ned forskjellene.

## **5.7 Bemanning, kompetanse og ledelse**

LDS skal være et sykehus der helsearbeidere:

- Har lyst til å begynne å jobbe
- Har lyst til å lære
- Har lyst til å jobbe lenge

### **5.7.1 Har lyst til å begynne å jobbe**

Spesialisthelsetjenesten konkurrerer om de samme menneskelige ressursene, og det er en selvfølge at arbeidsgiver må sørge for faglige utfordringer og utviklingsmuligheter for medarbeiderne. Rekruttering skjer i det samme markedet som blant annet OUS, med alle sine høyspesialiserte funksjoner, rekrutterer, og det er derfor viktig å fremheve hva som skiller LDS fra andre sykehus:

- LDS er, for indremedisin og psykisk helsevern, lokalsykehus for borgerne i våre bydeler i indre Oslo. LDS har derfor et særlig fokus på, og kunnskap om, storbyproblematikk, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk lidelse og etniske minoriteter.
- Innen det kirurgiske området er LDS det sykehuset i landet som utføres flest operasjoner innen 12 forskjellige operasjonsgrupper av elektiv kirurgi. På disse områdene har LDS resultater som er blant landets beste (hofte-, kne-, skulderproteseoperasjoner, nese- og bihulekirurgi, og brokkoperasjoner).

Kortsiktig (2022-2026)	Langsiktig (2026-2040)
LDS definerer tydelig hva som skiller oss fra andre, og bruker det aktivt i rekruttering og kulturarbeide	
LDS utarbeider strategier og tiltak for rekruttering av dyktige studenter fra de ulike studentkullene fra hver enkelt profesjon	Vi har klare rekrutteringsmål for alle studentkull og studentveiledere og ledere som vet hva de skal se etter
LDS videreutvikler kompetansetilbudet til dagens studentveiledere	LDS utvikler så gode introduksjonsprogrammer og opplæringsløp at gjennomsnittlig antall søkere øker med 50 %
Vi tester ut nye arbeidstidsordninger i pilot i tett samarbeid med tillitsvalgte og medarbeidere for å optimalisere driften, tilpasse oss pasientens behov og tilfredsstille våre medarbeideres behov for fleksibilitet og forutsigbarhet	LDS innfører sammen med tillitsvalgte og medarbeidere arbeidstidsordninger som følger utviklingen i samfunnet, og som ivaretar så vel medarbeidernes som sykehusets ønske om fleksibilitet
LDS synliggjør aktuelle kompetanseløp ved sykehuset, og bruker dem aktivt i markedsføringen av LDS som arbeidsplass	LDS er ledende innen samarbeid med bydel, og er proaktive i arbeidet med å tilby hjemmebaserte helsetjenester. Det settes rekrutteringsmål for medarbeidere innen områder som kommunikasjon, logistikk og IKT
LDS utarbeider egne kompetanseplaner for helsefagarbeiderne på medisinske sengeposter, ny oppgavedeling testes ut i pilot, og det settes mål om 5% helsefagarbeidere på somatiske sengeposter. Antall lærlingplasser økes med 50%	Andelen helsefagarbeidere økes fra 5 til 10%  Antall lærlingplasser økes med 100%

### 5.7.2 Har lyst til å lære

Kompetanse er mer enn spesialisering og videreutdanning. Kompetanse kan også tilegnes gjennom f.eks. oppgaveglidning, prosjektarbeid, student- og kollegaveiledning, tverrfaglig samarbeid, hospitering og lederutvikling. Dette må synliggjøres i sykehusets planer og ambisjoner for medarbeiderutvikling. Flere høringsinnspill fra utdanningsinstitusjonene peker på sykehuset som en kompetanse- og utdanningsinstitusjon, og uttrykker ønske om økt samarbeid. Sykehuset er positive til å videreutvikle samarbeidet om utdanning og praksisplasser.

Sykehuset har også merket seg innspill om å kompetanseheving om kjønns- og seksualitetsmangfold, og vil se på tiltak for å implementere dette («Rosa kompetanse»).

Kortsiktig (2022-2026)	Langsiktig (2026-2040)
LDS fortsetter og videreutvikler det interne ledertreningsprogrammet for nye og erfarne ledere	
LDS har, i tråd med HSØ delstrategi for utdanning og kompetanse, utarbeidet kompetanseplaner for alle ansatte ved Sykehuset	LDS har mål for hvor mange medarbeidere i hver enhet som når nye trinn i utviklingstrappen, og rapporterer i LGG
LDS har ledere som motiverer og utfordrer til læring og utvikling via årlige medarbeidersamtaler som skal resultere i minst ett utviklingstiltak	LDS har utviklingsløp definert i kompetanseplaner for sykepleier fra nyutdannet til dr.grad. Det legges inn kortere kurs i utdanningsløpene som gir uttelling i form av studiepoeng, men hovedvekten av læringen foregår i sykehuset.
LDS kartlegger årlig behovet for spesialkompetanse (spesielt spesialsykepleiere) i et femårsperspektiv, og planlegger deretter	
LDS samarbeider med utdanningsinstitusjoner for å utvikle utdanning som samsvarer med pasientenes behov, og som sikrer riktig kompetanse til egen virksomhet	
LDS tilbyr utviklingsprogram for de som ønsker å bli ledere/ inneha nøkkelposisjoner – «Ansvar i morgen»	LDS har mentorordninger og «Ansvar i morgen» (etterfølgerplanlegging) som bidrar til at sykehuset er en attraktiv arbeidsplass og gode interne kandidater til leder og nøkkelstillinger og utvikler og beholder ekspertkompetanse.
LDS analyserer arbeidsprosesser og tenker nytt om kompetansesammensetning og oppgavedeling	

### 5.7.3 Har lyst til å jobbe lenge

Sykehuset har en turnover på ca. 10 % totalt sett. Det er lavt. Likevel er det utfordringer knyttet til turnover på flere av de medisinske sengepostene. På kort sikt er det her tiltakene bør prioriteres. Tiltak som er listet under «Har lyst til å lære» er selvfølgelig helt sentrale også under overskriften «Har lyst til å jobbe lenge», så de gjentas ikke under.

Kortsiktig (2022-2026)	Langsiktig (2026-2040)
------------------------	------------------------

Utviklingsplan 2040			
Dato: 31.03.2022	Versjon: 1.0	Status: Ferdig	Side 47 av 56

LDS skal være konkurransedyktige (men ikke lønnsledende) mht. lønns- og arbeidsvilkår. Fronte gode pensjons- og forsikringsordninger, velferdsgoder, kompetanseprogrammer og muligheter for egenutvikling.	LDS påvirker oppdragsgiver, myndigheter og arbeidstaker- /arbeidsgiver-organisasjoner til å se på løsninger for å legge til rette for at helsearbeidere står lenger i arbeid enn i dag. Vi arbeider for å oppheve særaldersgrensene og følge aldersgrensene i AML..
Vi undersøker nærmere hva som får seniorer til å stå i arbeid lenger	Vi reduserer gjennomsnittlig pensjonsalder med 1 år
Gjennom «lærende sykehus» ønsker vi å benytte seniorennes ekspertkompetanse som mentorer	
LDS evaluerer sykehusets introduksjons- og opplæringsprogram, og øke graden av veiledning og rådgivning tidlig i ansettelsesforholdet	Våre utviklingstrinn er så tydelige og attraktive at vi ikke har turnover de første to årene
LDS måler «rookie» turnover (frafall første år), og benytter sluttintervju for å kartlegge årsak på utvalgte poster Gjennom «Lærende sykehus» settes nye turnover mål for medisinske sengeposter	Vi halverer turnover for sykepleiere på medisinske sengeposter

## 5.8 Forskning og innovasjon

### *Pasientnær forskning*

Sykehusets forskningsaktiviteter skal være konsentrert om pasientnære kliniske studier som inkluderer pasientgrupper og behandlingsformer hvor LDS har stor aktivitet. Forskning og innovasjon ved LDS skal skape ny og fremtidsrettet kunnskap, samt nye behandlingsopplegg og løsninger som bidrar til å skape et bedre helsetilbud til pasienten, samtidig som de ansattes kompetanse øker. Visjonen er således knyttet til sykehusets kjerneverdier nestekjærlighet og kvalitet.

Sykehuset har en forpliktelse til å bidra til å tette kunnskapshull innenfor fagområder som er viktige for brukerne. Frem mot 2040 skal forskningen ved sykehuset i enda større grad enn i dag speile brukernes behov gjennom sterke kliniske miljøer og i sykehusets etablerte forskningsgrupper.

Digitalisering og bruk av teknologi vil for øvrig være en vesentlig innsatsfaktor for innovasjon og for å løse/forenkle både samfunnsutfordringer og sykehusutfordringer på nye måter. Digitalisering vil for eksempel endre måten tjenester leveres på, og bidra til økt mestring, trygghet og kontroll over egen helsetilstand.

### *Strategiske satsingsområder*

Sykehuset ønsker å videreutvikle sin pågående forskning innen psykisk helsevern. Utviklingen av forskningen ved NWI vil skje i nært samarbeid med Folkehelseinstituttet og flere internasjonale samarbeidspartnere i MoBa-studien i tillegg til andre kliniske studier i klinikken. Samarbeid mellom Unger-Vetlesens Institutt, med forskningstradisjon og meritter innen gastromedisin, og klinikker innen helse har

potensiale til å utvikle forskningsstudier som gir ny kunnskap innen personers psykiske helse.

Det er også en målsetting å videreutvikle den kvalitativt gode og omfattende virksomheten innen ortopedi gjennom flere innovative forskningsprosjekter. Et viktig grunnlag vil være det eksisterende kvalitetsregisteret og plattformen TellMe, som er utarbeidet ved sykehus. Her fyller døgnpasienter på ortopedisk avdeling allerede i dag ut selvrapporterte utkomstmål (PROMS). Pasientene følges tilsvarende opp med PROMS etter hjemreise ved bruk av spørreskjema eller telefonsamtaler. Datamaterialet anvendes i kvalitetssikrings- og forskningsprosjekter til å studere behandlingsforløp og pasientresultater etter type operasjon, prosedyre og rehabiliteringsopplegg. Resultatene vil gi et kunnskapsbasert grunnlag for utvikling av nye, innovative behandlingsforløp. TellMe kan breddes ut i flere kliniske avdelinger. ØNH-avdelingen har eksempelvis et veletablert søvnsenter med stort volum for blant annet utredning og behandling. Forholdene ligger godt til rette for forskning på obstruktiv søvnapne.

Oral helse er et satsningsområde i LDS. TAKO-senteret forsker på oral helse til pasienter med både somatiske og psykiske lidelser. Det er etablert forskningssamarbeid med Universitetet i Oslo (UiO) og OUS, og miljøet vil fremover kunne være en viktig del av en helhetlig og tverrfaglig forskningstilnærming.

Det er behov for å bygge kunnskap om gode pasientforløp, spesielt siden sykehuset ønsker å knytte psykisk og somatisk helsevern tettere sammen, slik at helsetjenesteforskning skal være et område det satses på i LDS. Den tverrfaglige akademiske og kliniske kompetanseoppbyggingen forskningsaktivitetene innebærer, gir sykehuset en unik mulighet til å utvikle nye innovative, teambaserte, tverrfaglige behandlingstilbud og -forløp, både mellom klinikkene innad i sykehuset og mellom sykehuset og primærhelsetjenesten.

### *Samarbeid*

Det er gode muligheter for å etablere forskningssamarbeid med flere institusjoner og organisasjoner utenfor sykehuset, inkludert ulike samarbeidspartnere i primærhelsetjenesten. Dette vil forsterke det etablerte miljø gjennom å videreutvikle gode helhetlige og tverrfaglige forskningsmiljø som frembringer ny kunnskap, og med et særlig fokus på våre mest sårbare medmennesker.

Sykehuset har en ambisjon om å være ledende nasjonalt innenfor to til tre forskningsområder. Brukerinvolvering kan bidra til å gi forskningen ved sykehuset riktig retning ved så vel planlegging og gjennomføring som ved tolking av resultater og forskningsformidling.

## **5.9 Økonomi**

### *Økonomisk bærekraft til å realisere investeringer og utvikling av sykehuset*

LDS har avtale med Helse Sør-Øst og skal innrette virksomheten slik at føringer og krav oppfylles innenfor disponible økonomiske rammer. Det er behov for gode fagfolk, godt utstyr og gode arealer til sykehusdriften. Det må planlegges slik at sykehuset kan bære det økonomisk over tid.

Virksomheten flytter ut av leide arealer i Hagegata 32 og i Trondheimsveien 80 ila 2022 og 23, slik at all poliklinisk virksomhet innen psykisk helsevern og rusbehandling samles



i Lovisenberggata 21 og Ullevålsveien 2 (Vor Frue Hospital). Dette vil redusere sykehusets faste utgifter til husleie.

Sykehuset forholder seg til aksjeloven, og dens forutsetning om forsvarlig egenkapital som grunnlag for videre drift. Sykehuset har ikke konkursbeskyttelse slik Helseforetakene har det. Det er nødvendig for sykehuset å drive med overskudd for å ivareta nødvendig vedlikehold og investeringsbehov til gode og sikre IKT løsninger, digital fornying, medisinsk-teknisk utstyr og til arealutvikling. Sykehusets eiere tar ikke ut utbytte. Overskudd blir i sin helhet brukt til utvikling av pasienttilbudet i sykehuset.

Økonomisk bærekraft er viktig for videreutvikling av sykehuset. Bærekraftig utvikling over tid forutsetter god ressurs- og kapasitetsutnyttelse, god drift- og økonomisk styring, og effektive arbeidsprosesser.

#### *Kostnadseffektiv drift*

Overføring av nye funksjoner krever store investeringer i arealer og utstyr. Innen psykisk helse og rusbehandling pågår utredning i regi av HSØ om overføring av allmenplasser innen psykisk helsevern for voksne til DS, og lokale sikkerhetsplasser for pasienter fra LDS/DS opptaksområde fra OUS til LDS, samt overføring av det polikliniske BUP-tilbudet for barn og unge fra bydel Vestre Aker fra LDS (Nic Waals Institutt) til DS.

LDS vil måtte investere anslagsvis 44 MNOK for å tilpasse en etasje i Lovisenberggata 21F til lokale sikkerhetspasienter. Dimensjoneringsgrunnlaget for første etappe av Nye OUS forutsetter netto overføringer av somatiske oppgaver fra OUS til LDS svarende til en kapasitet på ca en sengepost og tre operasjonsstuer. LDS må sikre at en slik vekst blir økonomisk bærekraftig. Det er påkrevd en inntektsstøtte fra HSØ som dekker etableringskostnader og en del av investeringene, i tillegg til penger til drift.

#### *Utfordringer knyttet til ny inntektsmodell*

Innføring av en ny (2020) inntektsmodell som ligger til grunn for fordeling av inntekter mellom oslo-sykehusene har ikke fungert i forhold til den geografiske og historiske betingede oppgavefordelingen som er i Oslo sykehusområde. Modellen gir svært negative konsekvenser for sykehus som ikke har alle funksjoner innomhus, med til dels store og uforutsigbare kostnader og inntektsbortfall. Dette gjelder for både LDS og DS. Som del av inntektsmodellen må også LDS dekke laboratorieundersøkelser og behandlingshjelpemidler som brukes av innbyggerne i sykehusets opptaksområde, uten å ha innflytelse på forbruket, kun motta regningene, og uten at de er tilstrekkelig finansiert i rammetilskuddet. LDS har vært tydelige på at det er behov for en evaluering av inntektsmodellen. Det er viktig at dette gjøres som del av det videre arbeidet med videreutvikling av inntektsmodellen i HSØ fra 2022.

#### *Likebehandling med helseforetakene*

Myndighetene, senest i foretaksprotokollen fra foretaksmøtet 2021 stadfestet i revidert oppdragsdokument 2019 at de regionale helseforetakene skal inkludere ideelle aktører i sitt plan- og utviklingsarbeid. Foretaksmøtet ba også om:

- å likebehandle de ideelle sykehusene med driftsavtale med de offentlige sykehusene ved fordeling av særskilte midler til merutgifter knyttet til koronavirusutbruddet.
- å etablere en arbeidsgruppe for å utarbeide felles retningslinjer for samarbeid med ideelle aktører knyttet til plan- og utviklingsarbeid. Formålet er å sikre mer omforent

og ensartet praksis på området. Representanter for de ideelle aktørene og brukerne skal være med i arbeidsgruppen.

LDS er avhengige av mer forutsigbare økonomiske rammer enn det dagens inntektsmodell gir, og rammer som i større grad gjenspeiler reell aktivitet og kostnader. Dette er et avgjørende premiss for LDS.

#### *Resultatmål*

Årsresultatene 2017-2020 var rundt 0,6 % av samlet omsetning. For blant annet å møte store investeringsbehov til eksisterende og nye areal til vår somatiske virksomhet må overskuddene øke til rundt 2-3% av omsetningen i løpet av ØLP perioden 2022-2025.

Sykehuset jobber med en strategi for blant annet nye arealer, og som del av den må finansieringsplan konkretiseres.

## **5.9 Teknologi og utstyr**

### **5.9.1 Organisering og utviklingstrender**

Selv med et sterkt fokus på standardisering av teknologiplattformer, vil antall teknologier og teknologikompleksitet øke. Det forventes en utvikling med relativt store økninger i behov innenfor IKT-programvare og mer avansert medisinsk teknisk utstyr innenfor diagnostikk og behandling. En annen vesentlig endring vil være at våre pasienter i større grad vil bruke sykehusets IKT-løsninger og IKT-tjenester sammenlignet med i dag hvor majoriteten av IKT tjenester benyttes av våre egne ansatte.

Det vil også være et større behov for datadrevne tjenester, for eksempel beslutningsstøtte for klinikere og pasienttilpasset behandling, samt automatisering og deling av informasjon.

Sykehuset vil målrettet utvikle egen eHelse- og IKT-kompetanse med fokus på fagområder som sikrer at sykehuset både forstår og utnytter tekniske muligheter raskere. I den sammenheng vil samspillet mellom klinisk ansatte/behandlere og teknologer bli enda viktigere, ved at fremtidens ansatte i klinikkene både vil kunne mer om teknologi (og gjøre mer selv), samt forvente mer av teknologi. Gjennom egen eHelse- og IKT-kompetanse og sterke partnere, ønsker sykehuset å oppnå en mer brukerdrevet (helsepersonell og pasienter) og leveransdrevet organisering, som ivaretar større grad av fleksibilitet, mer nærhet til klinikkene enn andre sykehus, og som sikrer differensiering innenfor områder som er viktige for sykehuset.

I tillegg kreves et sterkt teknologisk samspill med øvrig helsevesen for god informasjonsflyt og deling av pasientinformasjon gjennom helhetlige pasientforløp.

For å ivareta veksten i kompleksitet, vil sykehuset utvikle samarbeid med flere partnere/private leverandører i fremtiden, som kan støtte sykehuset med kompetanse og kapasitet.

Nye teknologiområder som vil påvirke utviklingen av tjenester, vil for eksempel være kunstig intelligens (maskinlæring) og hvordan dette kan støtte behandling og pasientoppfølging, samt sykehusets egen drift. Et annet område vil være «tingenes internett» (IOT); Stort sett alt av tekniske enheter vil kobles til internett, og den fysiske

Utviklingsplan 2040			
Dato: 31.03.2022	Versjon: 1.0	Status: Ferdig	Side 51 av 56

verden vil på den måten bli heldigitalisert. Dette vil igjen ha store konsekvenser for IT sikkerhetsområdet, som må ivareta et mer og mer krevende «cyber security» fremtidsbilde og særegne krav til håndtering av pasientdata.

Flere oppgaver vil være basert på selvbetjening for ansatte, og teknologier som kjennes igjen i dag som digitale assistenter, smarte klokker og ørepropper og briller, vil også utnyttes innenfor sykehuset. Innenfor eHelse og IKT vil øvrige driftsoppgaver i stor grad måtte være automatisert, både av effektiviseringshensyn og for å støtte en 24/7 tilgjengelighet.

Levetiden på IKT-utstyr vil bli kortere ved at nye/alternative løsninger kommer på markedet raskere, og skillet mellom forbrukerteknologi og annen teknologi blir mindre ved at brukerorientering får større og større fokus og gjennomslagskraft. Dette vil medføre en ytterligere økning i leie av programvare og tjenester istedenfor for kjøp av produkter som i dag.

### 5.9.2 Målbilde

I perioden frem til 2040 vil samhandling og deling av informasjon (integrasjoner og elektronisk kommunikasjon) fortsatt være et av områdene hvor teknologi vil ha størst betydning og hvor effektiviseringspotensialet er størst, ikke minst innad i helsetjenesten, og informasjonsflyt mellom avdelinger innenfor sykehuset. Vår ambisjon er å ligge i front når det gjelder å ta i bruk ny teknologi for å fremme både effektiv informasjonsdeling og oppgaveflyt (samhandling).

I tråd med resten av samfunnet, hvor digitaliseringen forventes å gå i et raskere og raskere tempo, vil også nye tjenester utvikles mht. digitalisering av pasientforløpet, enten det er innenfor pasientlogistikken, eller innenfor behandling og overvåkning av pasientene. Det er også forventet at sykehuset vil kunne følge opp pasienter i større grad hjemmefra ved hjelp av ny teknologi, for eksempel teknologi som i dag blir omtalt som digital hjemmeoppfølging, velferdsteknologi og telemedisin. Brukerfokuset vil dessuten forsterkes ytterligere, dvs. mer informasjon til pasientene for å understøtte pasientens samvalgsrolle, og at pasientene selv utfører mer av selve helsehjelpen, i tillegg til effektivisering innenfor sykehuset. Gjennom bruk av ny teknologi ønsker sykehuset å involvere brukerne tettere i utformingen og gjennomføringen av behandlingsopplegget, og stimulere til sykdomsforebygging.

Måltrettet informasjon til riktig tid til de ansatte og pasientene (og pårørende), gjennom beslutningsstøttesystemer, analyseplattformer, mobile løsninger for de ansatte, samt elektroniske tavler, vil være sentrale områder med store tekniske løft i perioden frem til 2040. Flere av disse initiativene vil være basert på at en klarer å utnytte kunstig intelligens (AI) som teknologi, hvor tilgang til store datamengder står sentralt, og der det er mulig å sammenstille og vurdere store informasjonsmengder hensiktsmessig.

Et annet viktig område for sykehuset, hvor teknologi vil spille en vesentlig rolle, er videre forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet gjennom systematisk måling av pasienttilfredshet og behandlingsresultat. En stegvis tilnærming til digital kurve vil stå sentralt her, samt nye tekniske løsninger som kan støtte opp om kontinuerlige forbedringer i behandlingen.

Et forutsetning for å nå disse målene er å løfte sykehuset over på ny EPJ-plattform, og dette ble gjennomført i 2021/2022, som igjen gjør oss i stand til å levere flere/raskere verdiøkende tjenester til ansatte og pasientene.

Det er besluttet nasjonalt at Helsenorge.no skal være plattformen for pasienttjenester i fremtiden. Sykehuset stiller seg 100 % bak denne beslutningen, men tror at fremtidens «digitale pasienter» vil kreve tjenester utover disse pasienttjenestene, spesielt knyttet til selve pasientforløpene.

Den tekniske utviklingen innenfor kommunikasjon- og samhandlingsløsninger inklusiv sosiale medier, vil også drive frem større endringer mht. hvordan det blir kommunisert med pasienter og pårørende internt på sykehuset og i oppfølgingen i forkant/etterkant. Dagens internettkanaler og SMS-utsending, vil være erstattet med helt andre typer kanaler basert på plattform-teknologier som i dag omtales som for eksempel digitale assistenter (Chat/Bot og bilde- og språkjenkjenning). I et 2040-fremtidsbilde vil disse teknologiene ha utviklet seg videre, og nye kommet til. Samme teknologi vil også kunne få betydning for dialogen med sykehusets medarbeidere, internt og eksternt.

LDS vil for øvrig følge teknologiutviklingen innenfor AR/VR (augmented reality og virtual reality) «blockchain» og «3D printing» spesifikt, som muliggjør større sikkerhet og enda bedre kvalitet i behandlingen og økt effektivisering ved sykehuset. Dette åpner også spennende perspektiver for samarbeid med andre (sykehus, hjemmebaserte tjenester), og for virtuelle konsultasjoner med pasienter (utvidet telemedisinsk tilbud).

## 5.10 Arealutvikling

### *Kort sikt (mot 2025):*

I fremtiden samles døgnbehandling i psykisk helsevern og DPS-virksomhet i senter for psykisk helsevern og rusbehandling. I 2022 vil sykehuset avslutte leieforholdet i Hagegata 32 og flytte DPS-virksomheten herfra. I 2023 vil tilsvarende leieforhold i Trondheimsveien 80 avsluttes. Virksomheten etableres i Lovisenberggata 21 og Ullevålsveien 2.

På kort sikt er frigjorte arealer i Lovisenberggt. 17 benyttet av Medisinsk og Kirurgisk klinikk for håndtering av kortsiktig vekst. På kort sikt er det ikke behov for ytterligere arealer for å håndtere de oppgavene LDS har og/eller forventer å få. På lengre sikt vil arealbehovet avhenge av om, og når, LDS får tilført nye oppgaver, og hvilke krav disse setter til bygningsmassen.

### *Mellomlang sikt (2025-2035):*

Aktivitetsvekst innen psykisk helsevern for barn og unge vil kunne håndteres innenfor eksisterende bygningsmasse i Spångbergv. 25, samtidig er det tidligere utredet mulighet for tilbygg på området dersom aktivitetsveksten blir større etter 2035, og dersom det skal etableres et helt nytt døgntilbud.



*Muligheter for utvidelse i Spångbergv. 25 etter 2035.*

Når det gjelder arealene på Lovisenbergområdet, vil det jobbes videre med en hensiktsmessig og styrt bruk av frigjorte arealer. Samtidig er det en del utfordringer knyttet til eksisterende arealløsninger i Lovisenberggata 17, og som forventes å forsterkes gjennom aktivitetsvekst og nye krav. Eksempelvis er arealløsningene for medisinsk mottak og intensiv/overvåking som i dag er samlokalisert ikke optimale, og både sengeposter og operasjonsmiljø har behov for kapasitetsutvidelse og fornyelse.

Høsten 2017 ble det gjennomført et modifisert konseptfaseprosjekt som utredet alternativer for håndtering av disse utfordringene. Et alternativ er å bygge flere etasjer på dagens medisinske mottak. Dersom man velger å bygge på to etasjer (tilsvarende høyde som resten av bygningsmassen), vil det gi tilleggsarealer for andre områder på sykehuset som har arealbehov (bl.a. postoperativ) og/eller åpne for flere ensengsrom og isolater. En annen mulighet er å bygge en ny sykehusfløy integrert mot eksisterende hovedbygg. En slik fløy antas å kunne bygges med seks til syv etasjer inkludert kjeller og loft, og vil gi fremtidsrettede arealer for somatikk som dekker både mottak, overvåking, smitteisolater og nytt operasjonsmiljø. I tillegg muliggjøres nødvendig fornyelse og kapasitetsøkning for energisystemer, sentrallager og avfallsstasjon tilknyttet hovedbyggene.

#### *Lengre sikt (mot 2040)*

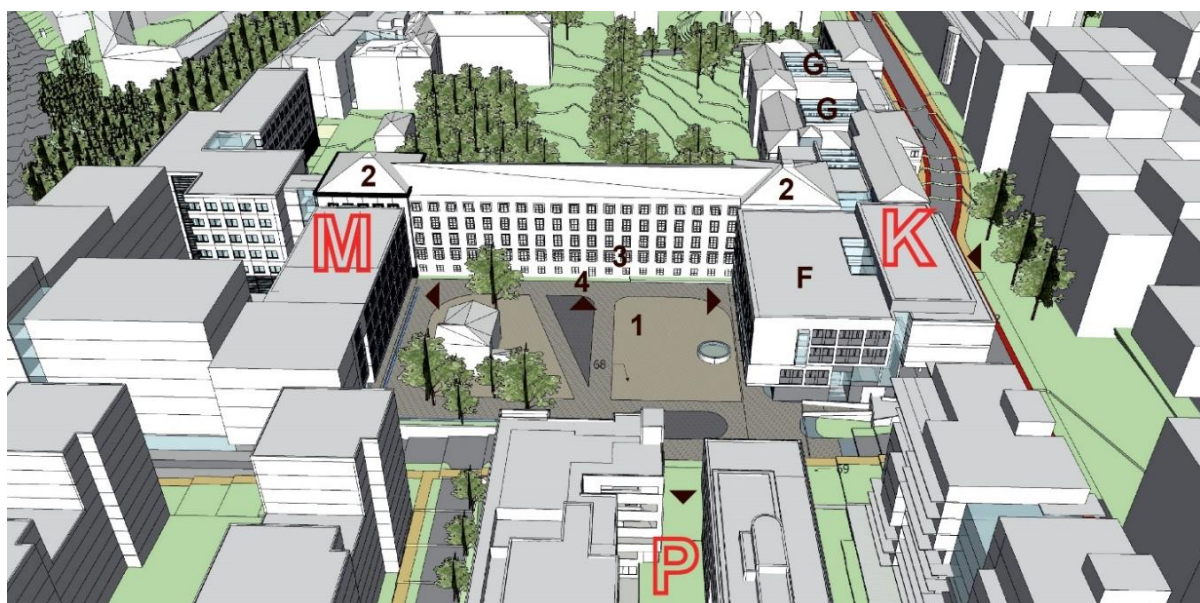
Dersom LDS skal ta et større ansvar for spesialisthelsetjenestetilbudet i Oslo gjennom nye oppgaver og utvidet opptaksområde, vil det kreve nye arealer. Omfang og tidspunkt for realisering vil avhenge av hvilke oppgaver som tilføres og når dette skjer.

Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg arbeider med en overordnet reguleringsplan for Lovisenbergområdet, der sykehuset deltar aktivt i utformingen (Regulerings sak 201711927). Hensikten med planen er å utarbeide rammer for fremtidens aktiviteter på området, der elementer og soner for befarings og utvikling blir ivaretatt i et lengre tidsperspektiv og for utnyttelse av et samlet potensial. Det er en uttalt målsetning fra Oslo kommune at området skal videreutvikles, og at man gjennom fortetting og transformasjon skal gi nødvendig rom for institusjoner innen helse og omsorg.



*Potensiale for utbygging Lovisenberg-området.*

Deler av den eldre bygningsmassen er fredet, og selv om den er oppgradert og fornyet er det ikke alle former for klinisk virksomhet som kan utføres her. Frem mot 2040 vil det trolig være nødvendig å etablere nye bygg for somatikken, samtidig som de eldste delene av bygningsmassen må brukes til formål de er egnet for. Som det fremgår av figuren over er det skissert flere alternative løsninger som vil gjøre det mulig å etablere slike nybygg i tilknytning til eksisterende hovedbygg.



*Skisse av mulig nybygg tilknyttet Lovisenberggata 17 (M og K er nye fløyer).*

I arbeidet med den videre arealutvikling på LDS legges noen sentrale føringer til grunn:

- Effektiv utnyttelse og hensiktsmessig bruk av eksisterende arealer

- Samlokalisering og reduksjon av antall fysiske adresser, for etablering av bedre pasientforløp og mer effektiv behandling
- Prioritering av arealer for pasientbehandling, f.eks. etablering av flere ensengsrom innen somatikken

Planarbeidet skal etablere en overordnet disposisjon, med fleksibilitet for at tiltak kan gjennomføres i trinn ettersom konkrete utbyggingsformål foreligger. For LDS innebærer dette store muligheter for videre utvidelser og nybygg, og at slike utvidelser kan skje i takt med at sykehuset får tilført nye oppgaver.

## 5.11 Beredskap

Beredskapsarbeidet ved LDS må sees i sammenheng med beredskapsarbeidet i HSØ, og da spesielt det som skjer i Oslo sykehusområde. Dette er den delen av Norge som er tettest befolket, men også der det er de korteste avstandene, og med mange ressurser å spille på både i primær- og i spesialisthelsetjenesten. Beredskapen i LDS må derfor sees i sammenheng med hva Oslo kommune gjør og situasjonen i de andre sykehusene.

HSØ har presisert at beredskapsarbeidet innebærer å:

- Ha kunnskap og oversikt over risiko og sårbarhet
- Forebygge for å forhindre alle typer hendelser og kriser
- Ha beredskap for hendelser og kriser, og å håndtere disse
- Gjenopprette funksjoner under og etter hendelser og kriser
- Lære av erfaring fra hendelser og øvelser

HSØ vil:

- Videreutvikle det regionale beredskapsplanverket i lys av erfaringer med og evalueringer av koronapandemien
- Trekke lærdommen fra covid-19-pandemien inn i det videre beredskapsarbeidet og sørge for koordinerte og samordnede tiltak i regionen.

### Status og videre utvikling i LDS

En beredskapsplan vil alltid være i prosess og utvikling; den bygger på tidligere erfaringer internt og eksternt, og på kvalifiserte vurderinger av hvilke hendelser som kan oppstå og hvordan disse skal møtes. Gjennom to år med koronapandemi har sentrale elementer i LDS sin beredskapsplan vist seg å være velegnet og blitt benyttet (møtestruktur, varsling om endring i beredskap, referater og rapportering). Planen tok imidlertid ikke høyde for pandemiens langvarige forløp.

Erfaringer fra beredskap under pandemien er blitt systematisert i flere omganger, og beredskapsplanene er revidert med sikte på å:

- Forenkle og sikre enda større tydelighet på beslutninger og ansvar, og ha planer som er dekkende også for langvarig beredskapssituasjon under en pandemi
- Tydeliggjøre ansvar for rapportering, referater og oppfølging
- Definere i hvilke situasjoner og hvordan et smittevernteam skal etableres.

Våre interne evalueringer har også gitt viktige bidrag til revisjon av andre interne prosedyrer.

### **Ekstern kontakt og samarbeid**

Det er klare gjensidige avhengigheter for de ulike helsetjenestene, ikke minst i Oslo-området. Dette er blitt tydeligere i 2020 og 2021, og nye samarbeidsfora er etablert. Helsefelleskaps-strukturen og de lokale samarbeidsutvalgene har lagt til rette for løpende tett og god kontakt mellom sykehusene og kommunen/bydelene, for gjensidig informasjonsutveksling. Det er etablert faste møter mellom fagdirektør og bydelsoverlegene for oppdateringer og avklaringer. Det er også etablert faste møter om den akuttmedisinske situasjonen i Oslo-området, og egne møter knyttet til intensivkapasitet i HSØ.

Videomøter, har vært helt avgjørende for å få dette til. Noe av møtestrukturen vil bli videreført også etter pandemien, fordi disse styrker samarbeidet og løser utfordringer effektivt. Tettere samarbeid og bedre samordning har betydning for samlet kapasitet, men er også viktig for den enkelte pasient.

Dette reflekterer ambisjonsnivåene som HSØ har listet opp for i en samordningsstige:

1. Gjensidig deling av informasjon, erfaringer og kunnskap
2. Utvikling av felles problem- og løsningsforståelse
3. Utvikling av felles strategi, planer eller tiltak.

Pandemien har gitt erfaringer fra trinn 1 og 2, men i begrenset grad fra trinn 3. I det videre planarbeidet inngår også trinn 3, utvikle felles strategi, planer eller tiltak.

### **Hvordan møte mangelsituasjoner?**

Ved en langvarig beredskapshendelse som under en pandemi, har helsetjenesten erfart særlige utfordringer på enkeltområder:

- Arealer – intensivplasser, isoleringsmuligheter, mottaksområder, rehabilitering
- Personer – antall (inkl. rullering, supplering og omplassering)
- Kompetanse – generell (smittevern), fagspesifikk (intensiv), opplæringsmateriell og øving for helsepersonell, deling av kunnskap med samfunnet for øvrig
- Utstyr – smittevernutstyr, respiratorer, forbruksmateriell generelt.

LDS vil iverksette planarbeid som avstemmes med samarbeidende sykehus og kommune/bydeler på alle fire hovedområdene.