

Regional utviklingsplan Helse Sør-Øst

Masterpresentasjon

HELSE  SØR-ØST

Bruksanvisning

- Denne presentasjonen går gjennom hele Regional utviklingsplan
- Den følger rekkefølgen i planen – det betyr at du finner mer fakta knyttet til hvert bilde i selve planen
- Den finner du lettest på vår eksterne nettside [Regionale planer og strategier - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](https://helse-sorost.no)
- Det er supplert med noen eksempler under brukerstyring og sykehus i nettverk

- God fornøyelse!

andreas

Regional utviklingsplan er Helse Sør-Øst sin overordnede strategi. Den setter retningen for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i vår region og peker på ønsket utvikling på kort sikt og fram mot 2040.

Regional Utviklingsplan 2040

DEL 1
Trender og
satsingsområder



HELSE  SØR-ØST

Regional Utviklingsplan 2040

DEL 2
Rammer og
forutsetninger



HELSE  SØR-ØST

Regional Utviklingsplan 2040

DEL 1 Trender og satsingsområder

HELSE SØR-ØST



Innhold

1 Bakgrunn	7
2 Trender og utviklingstrekk	11
Befolkningen og samfunnet	12
Pasienter og pårørende	16
Helsetjenesten	16
3 Mål og satsingsområder	22
Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering	24
Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi	34
Samarbeid om de som trenger det mest – vår felles helsetjeneste	45
Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester	62
Ta tiden tilbake – mer tid til pasientrettet arbeid	70
Forskning og innovasjon for bedre helsetjeneste	82
4 Fra plan til gjennomføring	89



Regional Utviklingsplan 2040

DEL 2 Rammer og forutsetninger

HELSE  SØR-ØST

Innhold

1 Overordnede føringer for regional utviklingsplan	3
Føringer for arbeidet med utviklingsplanen	4
Samfunnsansvaret	6
Beredskap og læring fra pandemien	8
Informasjonssikkerhet	13
2 Fakta om helsetjenesten i Helse Sør-Øst	14
3 Framskrivninger	17
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	18
Somatikk	19
Aktivitet og kapasitet – har reduksjon i sengeantall nådd bunnen?	20
Framskrivning av bemanning	24
4 Sentrale forutsetninger for regional utviklingsplan	25
Rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere	26
Utdanning og kompetanse	30
Akuttmedisinske tjenester	34
Presisjonsmedisin	39
Bildedagnostikk og laboratorieundersøkelser	40
Legemiddelhåndtering	42
Teknologi	44
Felleseide selskaper	46
Eiendom	48
Økonomi	53



Fire overordnede mål

- Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet

Seks satsingsområder – et nytt

- Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering
- Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi
- Samarbeid om de som trenger det mest
- Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av tjenester
- Ta tiden tilbake, mer tid til pasientrettet arbeid
- Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Innledning

Regional utviklingsplan er Helse Sør-Øst sin overordnede strategi. Den setter retningen for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i vår region og peker på ønsket utvikling på kort sikt og fram mot 2040. Planen gir føringer for alle regionale delstrategier og fagplaner. Samtidig skal den fange opp og samle alle disse i en felles utviklingsretning.

Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2035 ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst i desember 2018. Den satte fire hovedmål for utviklingen av spesialisthelsetjenesten:

- Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet

Revidert utviklingsplan innebærer ikke noen vesentlig endring av retning. Ambisjonen for revideringen har vært å beholde kvalitetene fra den første planen, men samtidig fornye og oppdatere slik at planen gir et godt grunnlag framover.

Vi tenker fortsatt et det er riktig å framheve noen satsingsområder. Felles for disse er at de kan anvendes på tvers av pasientgrupper og faglige strategier. I vår forrige utviklingsplan prioriterte vi fem satsingsområder. Disse vil vi videreføre. I tillegg har vi hentet fram et nytt satsingsområde. Vi har lært at samarbeidet med brukerne våre er avgjørende for å få til de endringene som brukere, helsetjeneste og samfunn behøver. Derfor vil vi legge til rette for å styrke helsekompetanse hos pasienter og pårørende.

De seks satsingsområdene som skal bidra at vi når målene er dermed:

- Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering
- Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi
- Samarbeid om de som trenger det mest
- Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av tjenester
- Ta tiden tilbake, mer tid til pasientrettet arbeid
- Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Denne utgaven av regional utviklingsplan er delt i to deler. Første del beskriver de viktigste trendene og satsingsområdene som er vårt svar på dem. Andre del omtaler rammer og forutsetninger for å få det til.

Innledning

Vi må være ærlige på at vi står foran store utfordringer i helsetjenesten. Det er lettere å lage en plan enn å gjennomføre endringer. Regional utviklingsplan peker på muligheter, men det er vårt ansvar at de blir realiteter. Vi vil arbeide videre med fagplaner og delstrategier, og vi må legge enda bedre til rette for at vi klarer å endre oss raskere. Vi må tenke mer innovasjon og smidigere tjenesteutvikling. En ting er sikkert. Ingen klarer dette alene.

Regional utviklingsplan har involvert mange av de ansatte i Helse Sør-Øst, men først og fremst har den blitt til gjennom dialogen med brukerne og aktørene rundt oss. Planen har vært på høring og vi har mottatt over 70 høringsinnspill. Tilbakemeldingene er lagt til grunn i endelig versjon. Vi takker for hjelpen og gleder oss til å fortsette å utvikle helsetjenesten sammen.

Terje Rootwelt
Administrerende direktør



For og med hvem



Trygg og god behandling til alle

Brakerutvalget ønsker at alle pasienter skal motta trygg og god behandling. Det betyr blant annet at alle som ønsker tar del i beslutninger om egen behandling ut fra hva som er viktig for den enkelte. Helsetilbudet må være styrt av pasientenes behov og samtidig bygge på kompetansen hos behandlerne. Vi vil medvirke. Det er også viktig at pårørende får delta og har mulighet for medvirkning. Gjennom samvalg vil pasienter og pårørende kunne ta de beslutningene som er best for den enkelte.

Skal vi få til dette, må vi arbeide bedre sammen. Det er også behov for en kulturendring i helsetjenesten hvis samvalg skal virke. Som brukerutvalg kan vi påvirke helsetjenesten på systemnivå. Samvalg er medvirkning på individnivå. I mellom der er det fortsatt en åpning for at vi kan medvirke mer når det enkelte tjenestetilbud skal utvikles.

Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst peker på seks satsingsområder. Brukerutvalget oppfatter disse som grunnleggende og med betydning for alle deler av behandlingstilbudet. Sammen setter de en retning som vi tror vil gi en bedre helsetjeneste, både for brukere og behandlere. Det vil ikke komme av seg selv, men er heller ikke umulig.

Brakerutvalget liker spesielt det nye satsingsområdet «Styrke pasienter og pårørendes helsekompetanse og involvering». Vi ønsker at det raskt etableres flere brukerstyrte poliklinikker. Styrket helsekompetanse blant pasienter og pårørende er blant annet avgjørende for å lykkes med brukerstyrte poliklinikker.

Det har i lang tid vært fokus på samhandling og gode overganger. Brukerutvalget ser at det fortsatt er mye å gå på for å få dette til. Vi har store forventninger til at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i helsefelleskapene skal lykkes med dette. Vi vil understreke at dette haster, og at det har hastet lenge. Vi mener alle pasienter skal oppleve helsetjenesten som en helhet, uavhengig av nivå.

Brakerutvalget ser at det fortsatt er store utfordringer innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det vil kreve en betydelig innsats i flere år framover. Det er derfor positivt at disse områdene er løftet i utviklingsplanen. Vi har forventninger til at Helse Sør-Øst RHF følger opp arbeidet som er satt i gang med fagplan psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Planer er bra, men det er gjennomføringen som er viktig.

For å oppnå den beste helsetjenesten for pasienter og pårørende er brukerutvalgets oppfordring derfor: la oss lære av de gode eksemplene og ikke gi oss før gode løsninger er tatt i bruk. Til beste for brukerne, men også for ansatte i vår helsetjeneste.

Brakerutvalget gleder seg til å bidra til gjennomføringen av denne utviklingsplanen.

Hilsen
Regionalt brukerutvalg i Helse Sør-Øst

Nøkkeltall 2019



Norges største arbeidsplass

81 000 medarbeidere som arbeider 64 000 årsverk



Kjøp av helsetjenester fra private leverandører og avtalespesialister

4 500 millioner kroner



Ressursbruk til forskning og innovasjon

3 300 millioner kroner, og mer enn 2 300 årsverk



Innleggelser

509 900



Polikliniske konsultasjoner

4,9 millioner



Telefon/videokonsultasjoner

716 000



Dagopphold

743 500



Operasjoner

224 000

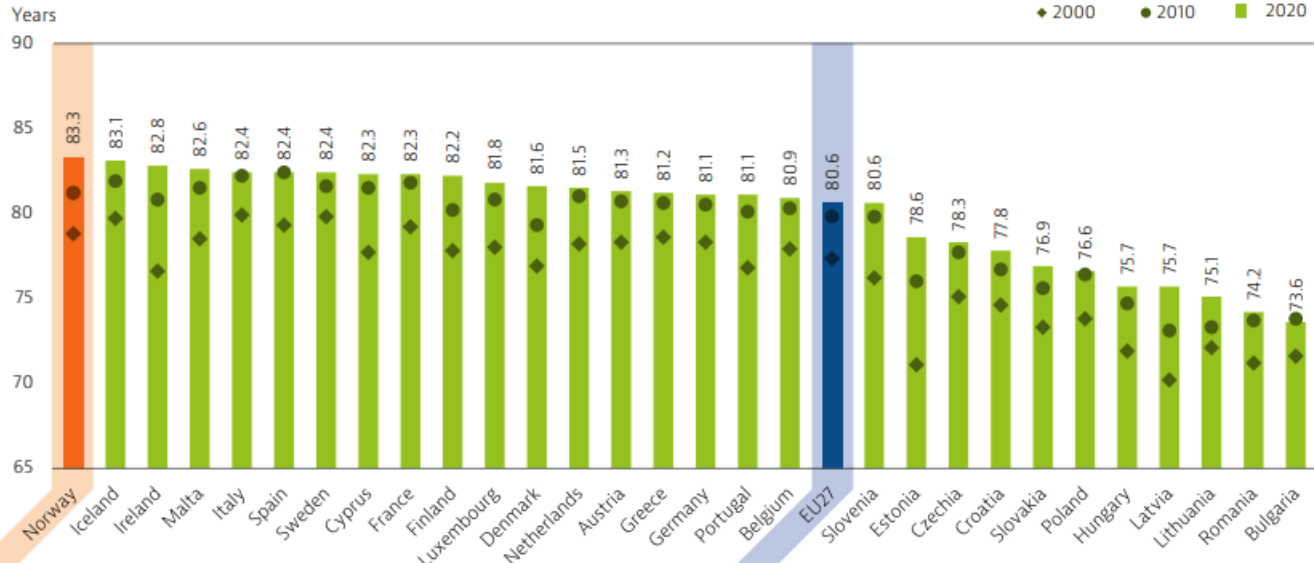


Omsetning

88 500 millioner kroner

Norsk helsetjeneste er i verdenstoppen

Figure 1. Life expectancy in Norway is more than two years higher than the EU average



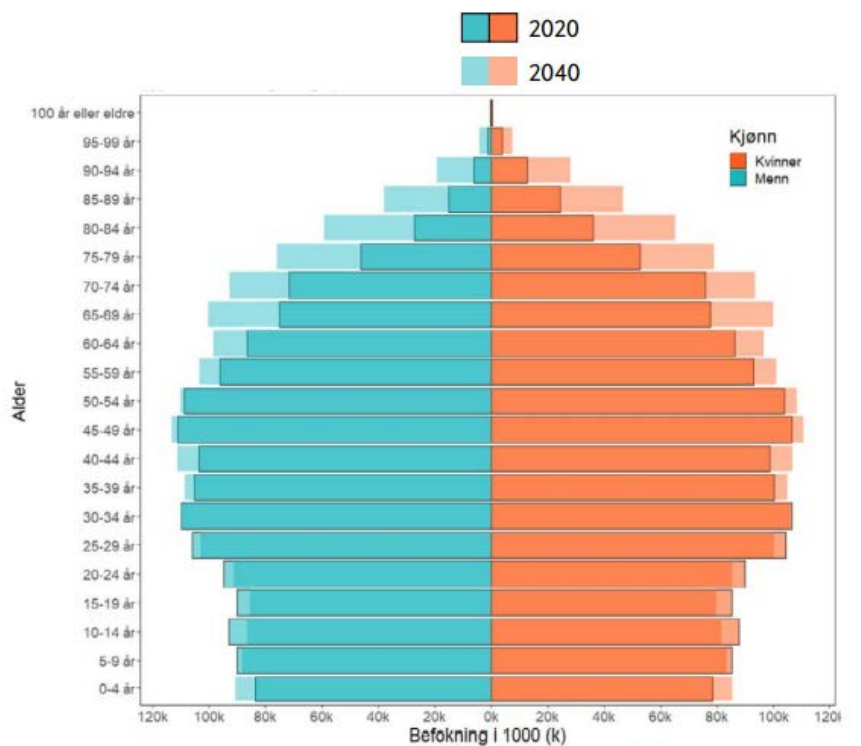
Health Care System Performance Rankings

	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING	3	10	8	5	2	6	1	7	9	4	11
Access to Care	8	9	7	3	1	5	2	6	10	4	11
Care Process	6	4	10	9	3	1	8	11	7	5	2
Administrative Efficiency	2	7	6	9	8	3	1	5	10	4	11
Equity	1	10	7	2	5	9	8	6	3	4	11
Health Care Outcomes	1	10	6	7	4	8	2	5	3	9	11

Data: Commonwealth Fund analysis.

Source: Eric C. Schneider et al., *Mirror, Mirror 2021 – Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries* (Commonwealth Fund, Aug. 2021). <https://doi.org/10.26099/OIDV-H208>

Befolkningsutvikling mot 2040



Kilde: Statistisk sentralbyrå

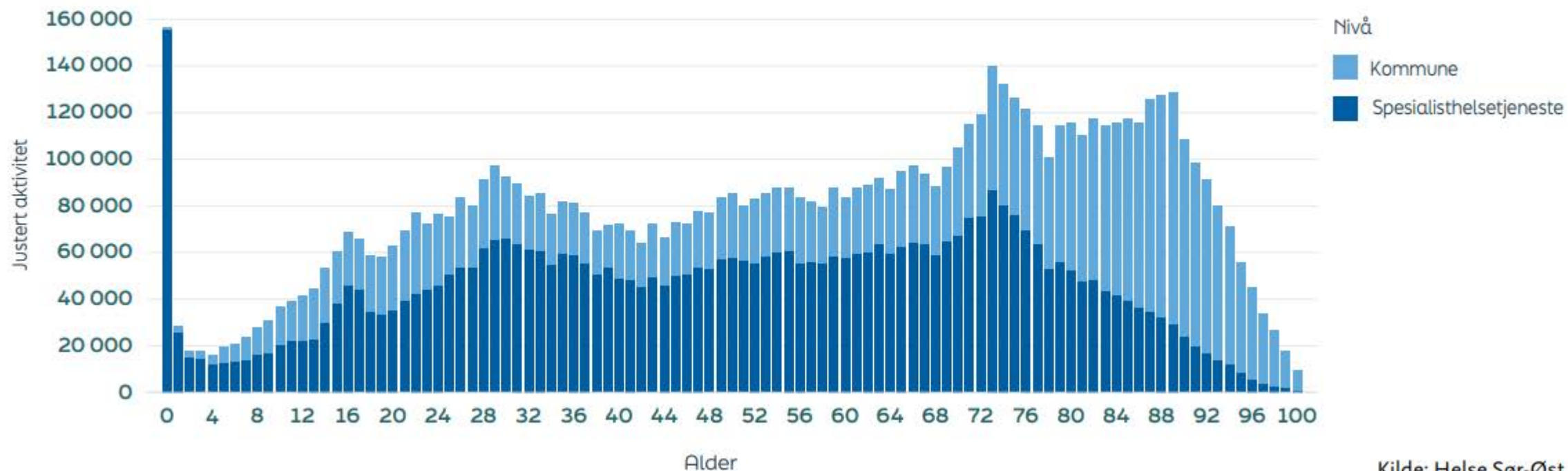
Tabell 1 Befolkningsframskriving 2020 til 2040 etter opptaksområder for sykehusene i Helse Sør-Øst

	Befolkning			Andel over 80 år	
	2020	2040	Endring i %	2020	2040
Akershus universitetssykehus	578 691	672 099	16%	4%	7%
Diakonhjemmet Sykehus	144 467	159 656	11%	4%	8%
Lovisenberg Diakonale Sykehus	160 579	169 114	5%	1%	3%
Oslo universitetssykehus	277 204	324 058	17%	3%	6%
Sykehuset i Vestfold	246 041	269 397	9%	5%	9%
Sykehuset Innlandet	338 965	352 609	4%	5%	10%
Sykehuset Telemark	173 355	178 614	3%	5%	10%
Sykehuset Østfold	317 489	355 323	12%	5%	9%
Sørlandet Sykehus	307 231	333 985	9%	4%	8%
Vestre Viken	488 650	546 690	12%	5%	9%
Helse Sør-Øst	3 032 671	3 361 545	11%	4%	8%

Kilde: Statistisk sentralbyrå, (hovedalternativ)

En større utfordring for kommune enn sykehus

Figur 3 Ressursinnsats somatikk i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten



Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Sosial ulikhet i helse

Norge er et av de landene i verden hvor det er minst forskjell på fattig og rik, men forskjellene har økt de siste ti årene, også når det gjelder helse. Nyere rapporter som for eksempel Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester, Statistisk sentralbyrå, Rapport 2021-23. Sosial ulikhet tar liv – faglige og folkehelsepolitiske vurderinger, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Rapport 2022 bekrefter dette, og viser at andelen med god helse øker med økende utdannings- og inntektsnivå.

Tabell 2 Forventet levealder i fylker og bydeler i Oslo målt i perioden 2006–20

Fylke/bydel	kvinner	menn
Agder	83,5	79,5
Innlandet	83,2	79,3
Vestfold og Telemark	83,4	79,5
Viken	83,9	80,1
Oslo	83,6	79,8
Bydel Alna	82,5	79,0
Bydel Bjerke	83,2	79,3
Bydel Frogner	84,6	80,6
Bydel Gamle Oslo	82,3	77,0
Bydel Grorud	81,8	77,8
Bydel Grünerløkka	80,8	76,4
Bydel Nordre Aker	85,4	82,2
Bydel Nordstrand	84,6	81,5
Bydel Sagene	80,8	75,8
Bydel St.Hanshaugen	82,9	78,8
Bydel Stovner	82,7	78,9
Bydel Søndre Nordstrand	84,0	80,0
Bydel Ullern	85,2	82,1
Bydel Vestre Aker	85,9	82,8
Bydel Østensjø	83,7	80,1

Kilde: Kommunehelsetilsynet (fhi.no)

Mål og satsingsområder

«Helse er å ha overskudd
til hverdagens krav».
— Peter Hjort

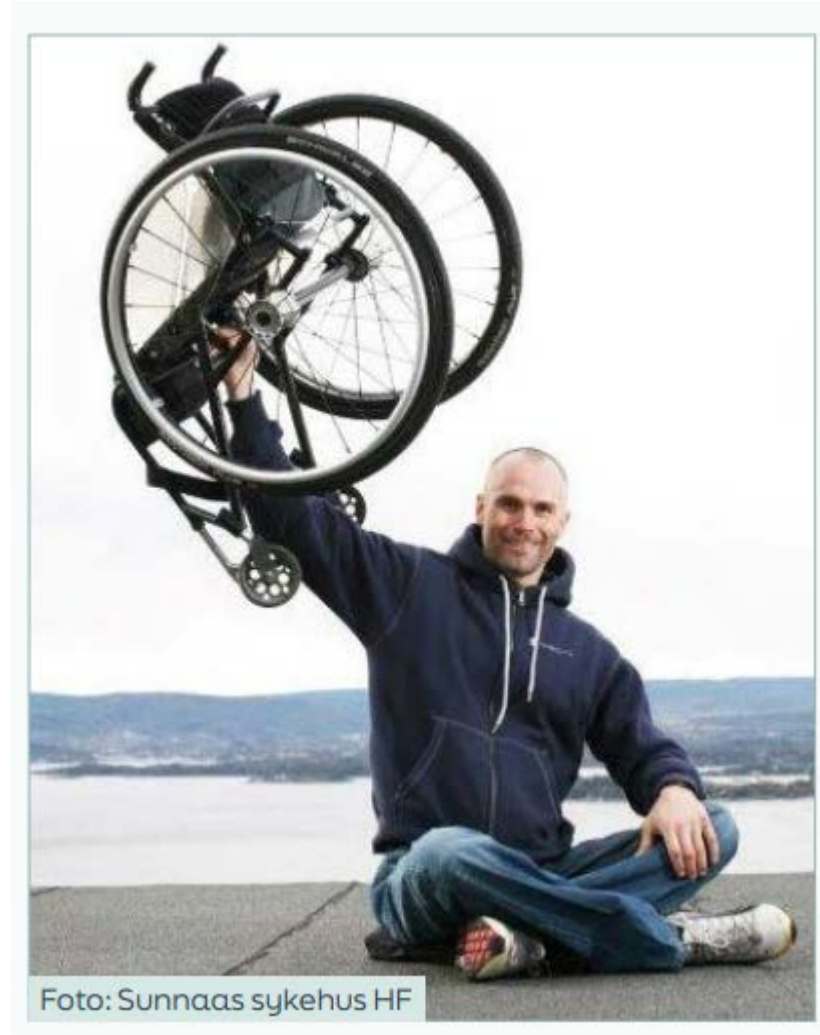


Foto: Sunnaas sykehus HF

Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering

Pasienten og pårørende skal delta aktivt i egen behandling og utformingen av helsetjenesten

For å utvikle helsetjenesten må pasienters og pårørendes kompetanse og ressurser anerkjennes og brukes. Økt helsekompetanse vil styrke pasienter og pårørendes rolle og involvering.



Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

- aktiv pasient- og pårørendemedvirkning
- styrke kvalitet og redusere uønsket variasjon i pasient- og pårørendeopplæring
- styrke kvalitet og omfang av samvalg med pasienter og pårørende i alle aldre
- styrke helsepersonells kompetanse i helsekommunikasjon
- heve helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse
- øke kvaliteten i helsehjelp til personer med innvandrerbakgrunn
- tilpasset informasjon til pasienter og pårørende i alle aldre der de er, når de trenger det



Brukerstyring

Brukerstyrt prosjekt skal skape pasientens helsetjeneste – Sørlandet sykehus (sshf.no)

BrukBrukeren er et brukerledet prosjekt for å sette erfaringskompetanse i system og samordne brukermedvirkning og frivillighet. Prosjektet vil gjøre dette gjennom å etablere en modell med 5 moduler:

- Brukerstyrt forløp
- Erfaringskonsulent
- Erfaringskompetansebank
- Brukerinitiert forskning
- Digitale Pasientforløp



Arbeidet baserer seg blant annet på erfaringer med brukerstyring og bruk av likepersoner (erfaringskonsulenter) ved HIV poliklinikken. Brukerinvolvering har endret måten sykehuset drifter poliklinikken for at pasienter og pårørende skal få den oppfølgingen som er viktig og riktig for dem.

«Målet må være å likestille erfaringskompetanse og fagkompetanse, og at brukerkompetanse nyttiggjøres flere steder enn på systemnivå»

— Kim Fangen, brukerkonsulent

Prehabilitering

Akershus universitetssykehus HF gir bedre pasientbehandling med prehabilitering

Prehabilitering handler om å styrke innsatsen i tiden fra diagnose og fram til behandling. En bedre og mer effektiv forberedelse, både mentalt og fysisk, av pasienter og pårørende, gir bedre behandlingsresultater og en raskere rehabilitering etter behandling. De fleste pasienter som får en kreftdiagnose er ikke godt nok forberedt på behandlingsreisen de skal igjennom.

Prehabilitering ved Ahus for pasienter med tykk- og endetarmskreft skal sette pasienten i best mulig stand til å tåle kreftbehandlingen. Før oppstart av behandling, tilbys pasienten systematisk treningsveiledning, ernæringsveiledning og pasient- og pårørendeopplæring. Prehabilitering har også stort potensial for andre pasientgrupper.

Trening før operasjon gjør kreftpasienter raskere friske – NRK Norge

Samvalg

Klar for samvalg – et rammeverk for kompetanseheving i samvalg

Rammeverket består av flere opplæringsmoduler, i ulike formater, som kan skreddersys til målgruppens behov. Målgruppene er blant annet sykepleiere, leger, studenter og veiledere innen samvalg. Opplæringsmodulene gir føringer for hvordan beslutningssamtaler struktureres i en anbefalt stegvis prosess «Seks steg til samvalg» for å fremme kvalitet i pasientinvolveringen. www.samvalg.no



Kommunikasjon

Forstå meg rett – kommunikasjonsmetode for gjensidig forståelse og medvirkning

I dialogen med pasientene har helsepersonell en viktig oppgave i å sikre gjensidig forståelse. Forstå meg rett (Teach Back) er en konkret, effektiv og enkel kommunikasjonsmetode for å sikre at pasient og pårørende forstår informasjon som gis og at helsepersonell har oppfattet deres budskap riktig. Metoden kan også bidra til økt medvirkning og tilpasset informasjon til pasientens og pårørendes helsekompetanse. Metoden inngår i kompetanseheving i helsepedagogikk og legenes spesialistutdanning ved flere helseforetak.

[Enda bedre kommunikasjonsteknikk – Itryggehender \(itryggehender24-7.no\)](https://www.itryggehender24-7.no)

Helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse

Vi vil styrke helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse

Nasjonale helsemyndigheter er gjennom norske lover og folkeretten forpliktet til å tilby likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen, og sørge for at det samiske perspektivet ivaretas i helsepolitiske satsinger, nasjonale planer og strategier.

Strategi Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning er utarbeidet av de regionale helseforetakene i nært samarbeid med Sametinget. Den består av tre hovedstrategier:

1. Strategi for overordnet organisering av samiske spesialisthelsetjenester.
2. Strategi for utarbeidelse av en nasjonal handlingsplan for samiske helsetjenester som omfatter kommune- og spesialisthelsetjenesten.
3. Strategi for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten, herunder blant annet «sikre og utvikle kompetanse om samisk språk og kultur i spesialisthelsetjenesten».



Personer med innvandrerbakgrunn og helsekompetanse

Vi vil bidra til å øke helsekompetanse hos minoritetsspråklige pasienter og pårørende



Vi anskaffer digitalt oversettelsesverktøy for helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter

Minoritetsspråklige pasienter og helsepersonell har et stort behov for hjelp til å kommunisere når de ikke snakker samme språk. Som et supplement til tolketjenester anskaffer vi nå et digitalt oversettelsesverktøy for «hverdagskommunikasjon» til bruk på sykehus 2023.

[Digitalt oversettelsesverktøy for helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter – Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](https://helse-sorost.no)



Foto: Irenë Lie, Oslo universitetssykehus

Tilpasset informasjon

Vår informasjon må være tilgjengelig og forståelig for pasienter og pårørende når de trenger det

Verktøy for kvalitetssikring av skriftlig informasjon

Sunnaas sykehus HF bruker SAM ((Suitability Assessment of Materials for evaluation of health-related information for adults) til å kartlegge skriftlig helseinformasjon når det gjelder format og innhold, samt evaluere brukervennlighet. Sunnaas bruker verktøyet til å:

- vurdere hvor godt et informasjonsmaterieell «passer» for en pasientgruppe
- sammenligne forskjellig informasjonsmaterieell for å velge det mest egnede for en pasientgruppe
- tilpasse eksisterende materieell for en bestemt pasientgruppe
- utvikle og teste kulturelt og språklig egnet materieell

Podkasten SyktFrisk – en podkast fra spesialisthelsetjenesten til pasienter og pårørende



Podkasten er eksempel på et verktøy som gir tilgang til kvalitetssikret helseinformasjon til pasienter og pårørende. Slik formidling av helseinformasjon gir pasient og pårørende mulighet til å lytte til informasjonen

når han eller hun er klar til å ta den imot, og det kan gjentas så mange ganger det er ønskelig eller behov for det. Podkasten er utviklet av Regional kompetanse-tjeneste for pasient- og pårørendeopplæring og Oslo universitetssykehus HF.



[SyktFrisk – en podkast fra spesialisthelsetjenesten](#)

Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi

Teknologi og digitalisering er ikke mål, men verktøy. De skal understøtte nye måter å løse oppgaver på for både ansatte og pasienter og bidra til bedre pasientsikkerhet og kvalitet.



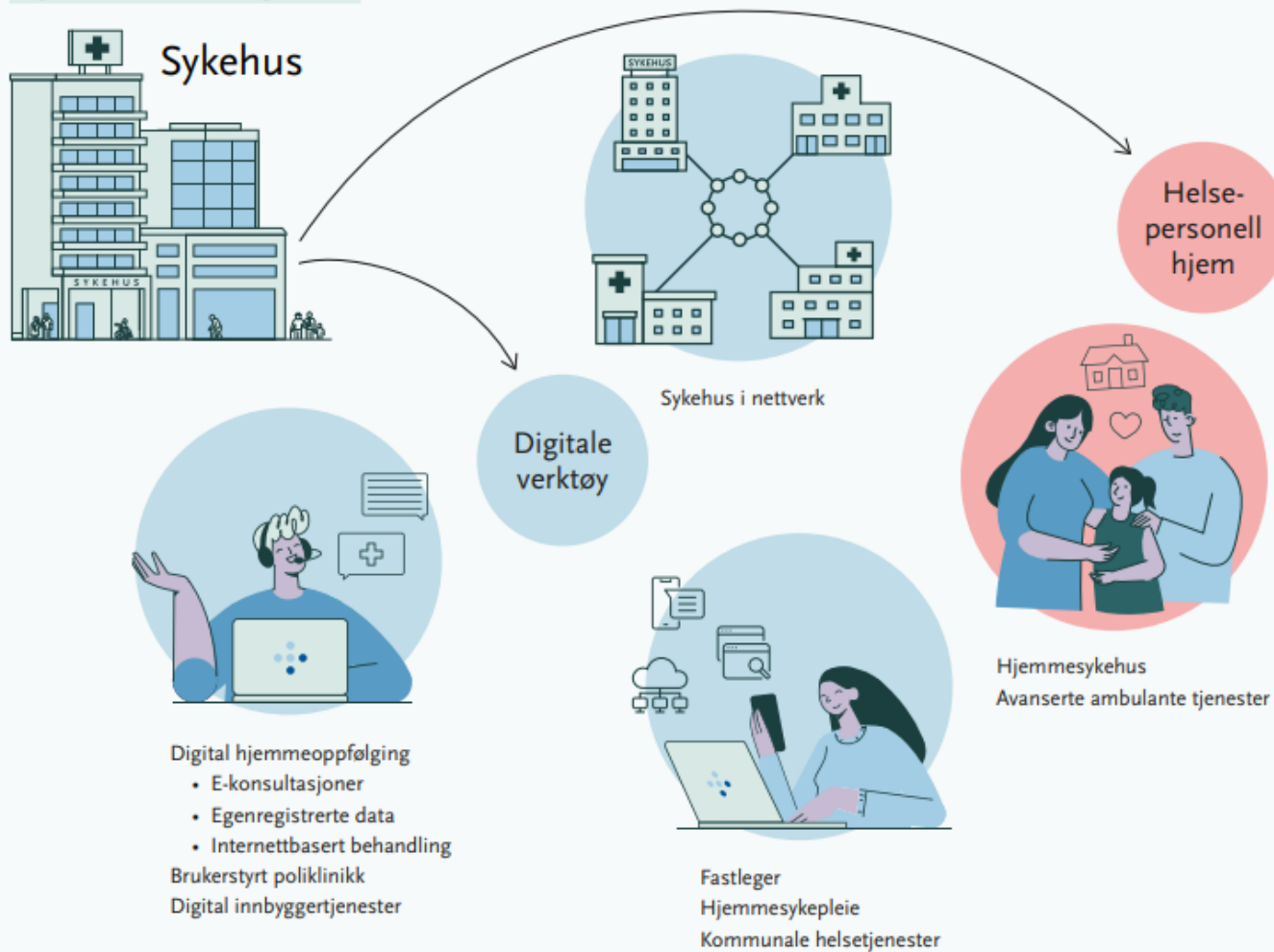
Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

- etablere arbeidsformer og teknologi som gjør det lettere å flytte kompetanse ut av sykehuset
- bedre bruk av teknologi i sykehusene
- digital sammenheng innad i spesialisthelsetjenesten
- digital samhandling i hele helsetjenesten

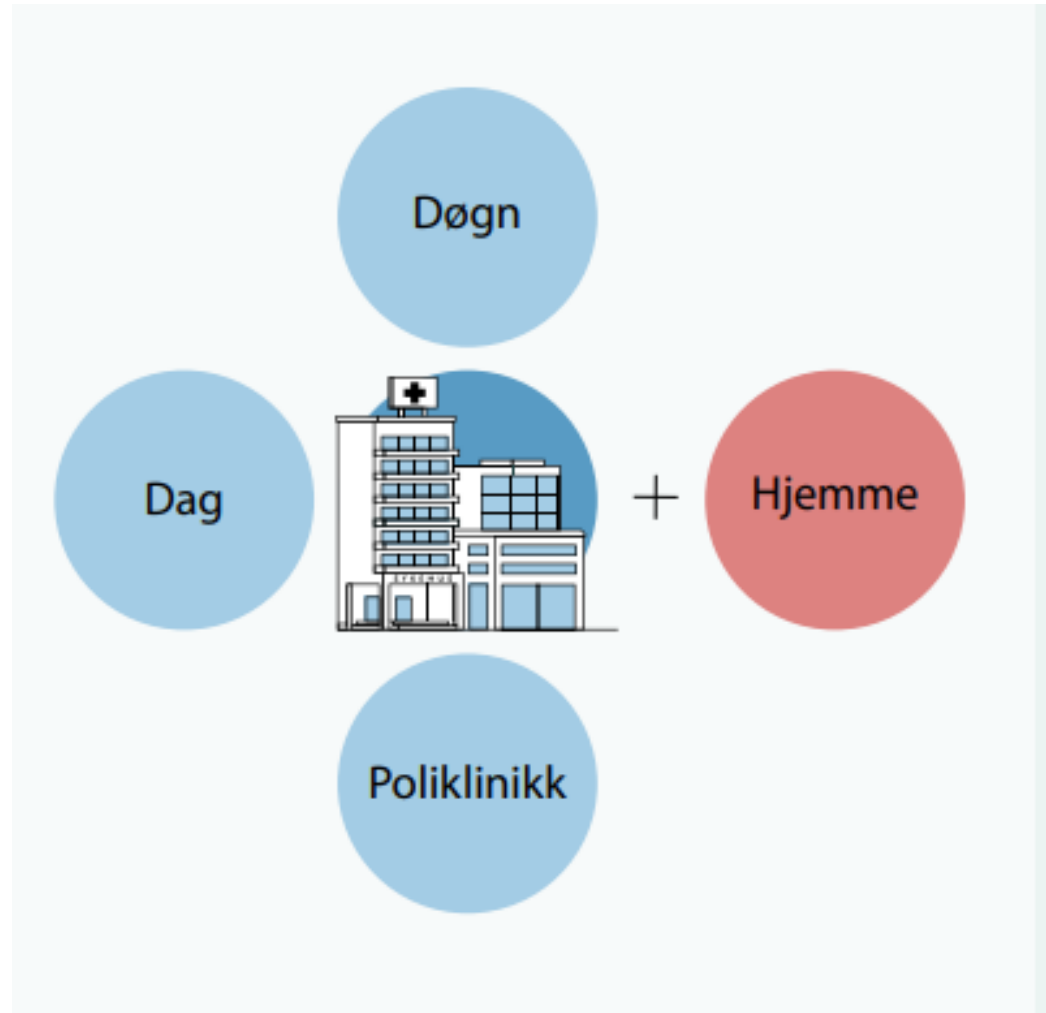
Det utadvendte sykehuset

Det utadvendte sykehuset betyr å flytte kompetanse ut at sykehuset, enten i form av teknologi eller fagfolk

Figur 5 Det utadvendte sykehuset



Fra døgn til dag til hjemme



Utgangspunktet for OUS Hjemme – innovasjonsarbeid i klinikkene



”

Helt siden Polio-epidemien på 50-tallet har sykehuset fulgt opp pasienter som har hatt respirator hjemme. I takt med medisinske fremskritt har langtidsmekaniserte lungeventilerte pasienter fått økt levealder, økt livskvalitet og økt mulighet til å bo hjemme.

Anne Louise Kleiven
AHS Lungemedisin



”

Å være en åtte-ni år gammel, selvskadelig jente som kommer til en ungdomsseksjon på et sykehus med større og eldre personer kan være ganske traumatisk i seg selv. For å unngå at de sårbare barna skal havne på Ungdomspsykiatrisk akuttenehet, er vi nødt til å møte disse personene på en arena de føler seg trygge i.

Anett Jørgensen
«Front Barn»



”

Det høres kanskje rart ut å skulle flytte så syke pasienter ut av sykehuslokalene og la deler av behandlingen foregå i pasientens eget hjem, men vi har god dokumentasjon på at det lar seg gjøre. Ikke bare lar seg gjøre, det har noen åpenbare fordeler også.

Grethe Solvang
AHS Blodsykdommer



”

Det at vi kan gi cellegiftbehandling hjemme kommer som følge av ønsker og forventinger hos pasientene våre. Vi gir nå typer cellegift hjemme som vi bare for noen år siden ikke kunne drømme om å flytte ut fra sengepost.

Ivar Hompland
overlege, sarkom



”

De vi drar ut til befinner seg som regel i en alvorlig krise hvor det enten er snakk om psykose, suicidalitet og emosjonell ustabilitet, eller spiseforstyrrelser. At vi klarer å rykke ut så kjapt, kanskje i løpet av noen få dager, gir oss gode forutsetninger for å kunne stabilisere situasjonen.

Geir Helge Roaas
«Front Ungdom»



”

Når du jobber som barnesykepleier på Avansert hjemmesykehus for barn så gjør du det fordi du tror på at barn har det best hjemme. Og tror du på det, så tilstreber du at barna skal få lov til å være hjemme så lenge det er trygt og forsvarlig. I egen seng, med egne leker, med foreldre, søsken og kjæledyr rundt seg. Det er trygge rammer, som gir god behandling.

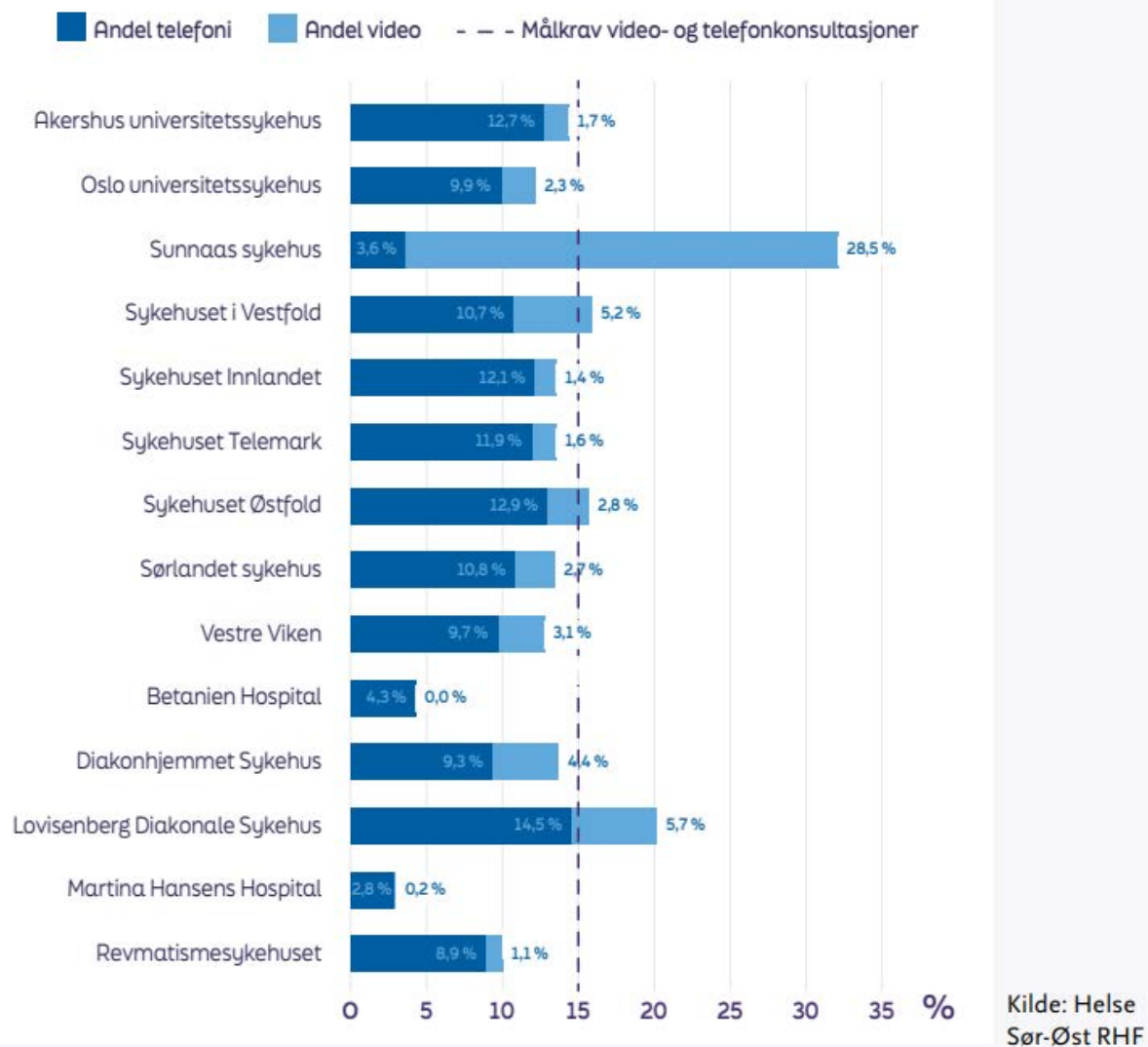
Nina Granum Lykke
AHS for barn

Kilde: Oslo universitetssykehus

Digital hjemmeoppfølging betyr at pasientene kan:

- møte sine behandlere uten å reise
- bruke sine data slik at behandlingen blir bedre
- gjennomføre hele eller deler av behandlingen på nettet

Figur 1 Andel telefon- og videokonsultasjoner – Helse Sør-Øst 2021



Måltall: 15%

HSØ 2021: 13.8%

Brukerstyrt oppfølging av epilepsipasienter, Vestre Viken HF

Ved hjelp av innovasjonsmidler fra Helse Sør-Øst har epilepsimiljøet, etter inspirasjon fra et dansk program for oppfølging av pasienter med kroniske lidelser, importert og tilpasset arbeidsformen brukerstyrt oppfølging av pasientene. Foreløpige resultater er svært lovende på mange områder.

Pasientene får en standardisert oppfølging basert på nasjonale retningslinjer. Det gir bedre kvalitet. Pasientene opplever større grad av trygghet ved at de hele tiden har en fast kontakt til sykehuset og ikke pendler mellom sykehus og fastlege. Ved forverring kan de på eget initiativ sende inn sitt spørreskjema.

På sykehuset håndterer sykepleier nesten 85% av kontaktene med pasientene. Bare 3% av kontaktene ender i en fysisk konsultasjon. Det øker legenes kapasitet, og Marte Syversen som er ansvarlig lege i prosjektet anslår at hun har gått fra å kunne følge omlag 10 pasienter til godt over 100. Med like god kontroll.

[Kundehistorie: Vestre Viken | CheckWare Norge](#)



Foto: Vestre Viken

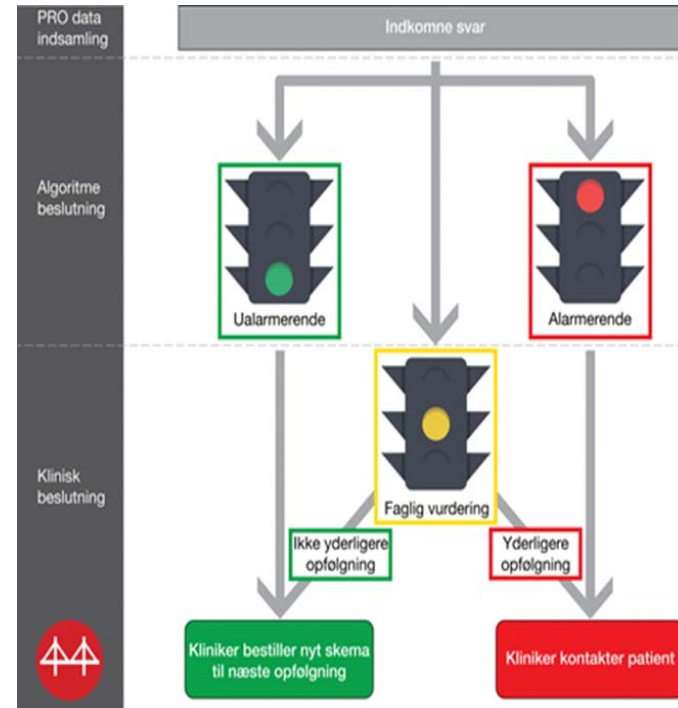
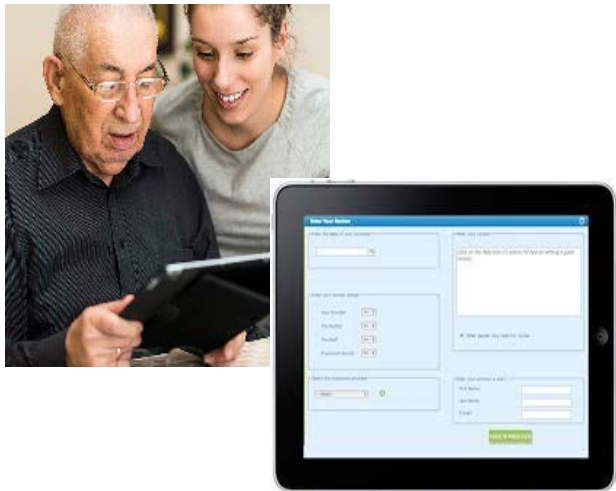
Brukerstyring er på vei inn i alle helseforetak

Brukerstyring – sykehus når du trenger det

1 Spørreskjema i stedet for oppmøte

2 Sortering av svar

3 Kontroll bare ved behov



Brukerstyrt poliklinikk og digital hjemmeoppfølging av diabetespasienten ved Endokrinologisk avdeling, Ahus

Behandlingstilbud pasientgrupper og teknologi

Endokrinologisk avdeling ved Ahus behandler omkring 1500 pasienter med diabetes type 1. Avdelingen har stort fokus på gi pasientene valgmuligheter og individuelt tilpasset behandling, bla. gjennom prosjektet «Brukerstyrt poliklinikk». Deltagere er pasienter med diabetes type 1 som har et kunnskapsgrunnlag til å ivareta egen behandling. Avdelingen har tidligere hatt livslangt oppfølgingsansvar for denne store pasientgruppen fra fylte 18 år. Behandling med insulin kan gi alvorlige komplikasjoner dersom vurdering av dose ikke ivaretas, og krever derfor at pasientene har svært god sykdomskunnskap. Gjennom bla. videokonsultasjoner, digitale kurs og oppfølging av behandlingsresultater kan pasientene nå få bedre tilpasset veiledning, og redusert behov for antall oppmøter på sykehuset.

Prosjektets mål er å bidra til:

- økt kvalitet på pasientoppfølging
- økt tilgang til helsehjelp til rett tid med bakgrunn i pasientens behov
- Bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser gjennom innføring av digitale løsninger.

En fullverdig digital poliklinikk trenger informasjonsmateriell utviklet og tilpasset den digitale flate. I samarbeid med regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring har avdelingen derfor laget e-læring tiltenkt hele regionen. Det er også startet opp digital gruppeundervisning.

[Forside](#) > [Behandling](#) > Digital egenregistrering for somatikken

Digital egenregistrering for somatikken

Pasienter som følges opp ved medisinske sykehus (somatikk) i Vestre Viken har mulighet til å registrere informasjon om eget sykdomsforløp ved innlogging på en digital nettportal.

[Innledning](#)[Før](#)[Under](#)[Etter](#)[Kontaktinformasjon](#)Utskrift 

INNLEDNING

Digital egenregistrering gjør det enklere for deg å gi nødvendig informasjon til sykehuset i forbindelse med utredning, behandling og oppfølging. Løsningen benyttes nå for pasienter med epilepsi, inflammatorisk tarmsykdom (*IBD*), nyresvikt (*hemmedialyse*) og til KOLS-pasienter. Etter hvert vil løsningen også kunne tilbys til andre pasientgrupper.

Du vil etter en fastlagt plan motta SMS med innloggingslenke til sykehusets nettbaserte løsning for egenregistrering. Innlogging skjer via ID-Porten med elektronisk ID. Rapporten fylles ut på en sikker nettportal, levert av sykehusets underleverandør CheckWare.

Dette er ikke en løsning for øyeblikkelig hjelp. Kontakt legevakt eller ring 113 hvis det haster.

Institutt for helse og samfunn

Brukerstyrt oppfølging av epilepsipasienter

Gjennom et spennende innovasjonsprosjekt snur Vestre Viken helt rundt på oppfølgingen av kronisk syke pasienter. Nå kan pasienten selv styre oppfølgingen gjennom bruk av teknologi og digital registrering av sykdomsaktivitet.

Det skriver Helse Sør-øst på sine nettsider. En prosjektgruppe har gjennom store deler av 2019 jobbet med et innovasjonsprosjekt som legger til rette for brukerstyrt poliklinisk oppfølging. Tradisjonelt har oppfølgingen av kronisk syke pasienter vært sykehusstyrt gjennom faste fysiske møtepunkter på sykehuset, uten at det nødvendigvis er samsvar mellom pasientens reelle behov og tidspunkt for når konsultasjonen settes opp.

Dette innovasjonsprosjektet er ett av prosjektene som skal evalueres innenfor NORCHER.

Annonse:



FOR HELSEPERSONELL

Opplever du at insulin-behandling er komplisert og tidskrevende?

Bestill insulinguiden her



Novo Nordisk Norway AS
Nydalveien 28 · Postboks 4814
Nydalen · 0484 Oslo
www.novonordisk.no



Annonse:

FOR

O

i

be

er k

o

kr

k

k

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Best

Innfører digital hjemmeoppfølging av hofteprotese-opererte

FREMTIDEN: - Mer digital oppfølging av pasienter som tidligere ble kalt inn til en fysisk konsultasjon er fremtiden, mener Monica Sneve ved Bærum sykehus. På bildet er sykepleier Julie Eid, sykepleier Anette Karlsen, leder Program for Digital hjemmeoppfølging, Vestre Viken HF, Amund Leinaas og avdelingssjef og ortoped ved Ortopedisk avdeling på Bærum sykehus, Wender Figved.

Foto: Monica Sneve

[Forside](#) > [Fag og forskning](#) > [Nasjonale og regionale tjenester](#) > [TSB](#) > [Nasjonal kompetansetjeneste TSB](#) > [Våre prosjekter](#) > [Nasjonalt ledernetverk i TSB](#) > **Slik innførte vi brukerstyrt innleggelse**

Slik innførte vi brukerstyrt innleggelse

– Brukerstyrt innleggelse er ikke bare å stille en ledig seng til rådighet for pasienter i krise. Det har endret måten vi møter pasientene ved Blå Kors Haugaland A-senter på, sier spesialrådgiver og tidligere klinikkssjef Geir Henrik Iversen.

Av: Tone Øiern / Publisert 12.12.2019 / Sist oppdatert 01.06.2022





Brukerstyrt digital oppfølging av pasienter med ryggmargsskade

Sunnaasstiftelsen støtter utstyr i forbindelse med et innovasjonsprosjekt ved Sunnaas sykehus som skal teste ut en brukerstyrt digital oppfølgings plattform for personer med ryggmargsskade.

Prosjektet skal være ferdigstilt i løpet av 2021.



[Forside](#) > [Behandlinger](#) > [Brukerstyrt plass](#) > **Døgnbehandlingseenhet 3 - Søndre Oslo DPS**

DØGNBEHANDLINGSENHET 3 - SØNDRE OSLO DPS

Brukerstyrt plass ved Døgnbehandlingseenhet 3 - Søndre Oslo DPS

Brukerstyrt plass innen psykisk helsevern betyr at innleggelse i døgnenhet skjer på initiativ fra pasienten selv, ofte som del av en pågående behandling i spesialisthelsetjenesten. Terskelen for innleggelse skal være lav, og oppholdet er kortvarig.

Innledning

Før

Under

Etter

Kontaktinformasjon

INNLEDNING

Pasienten har mest erfaring med egen lidelse og egne behov, og et opphold på brukerstyrt plass kan bidra til raskere bedring. Å komme raskt og enkelt i kontakt med hjelpeapparatet, kan bidra til å redusere forverring av symptomer ved psykiske lidelser.

Henvising og vurdering

Forside > Avdeling > Medisinsk klinikk > Digital egenregistrering for somatikken

Digital egenregistrering for somatikken

Pasienter som følges opp ved Gastroenheten har mulighet til å registrere informasjon om eget sykdomsforløp ved innlogging på en digital nettportal.

Publisert 17.11.2021 / Sist oppdatert 24.11.2021

Innledning

Digital egenregistrering gjør det enklere for deg å gi nødvendig informasjon til sykehuset i forbindelse med utredning, behandling og oppfølging av din sykdom. Løsningen benyttes nå for pasienter med inflammatorisk tarmsykdom (IBD), og vil etter hvert også tilbys til andre pasientgrupper. Ved hjelp av digital egenregistrering legger vi nå til rette for at kontrolltimene dine kan gjennomføres når du har behov, slik at du får hjelp når du trenger det. Du vil etter en fastlagt plan motta SMS med innloggingslenke til sykehusets nettbaserte løsning for egenregistrering. Innlogging skjer via ID-Porten med elektronisk ID. Rapporten fylles ut på en sikker nettportal, levert av sykehusets underleverandør CheckWare.

Dette er ikke en løsning for øyeblikkelig hjelp. Kontakt legevakt eller ring 113 hvis det haster.

[Klikk her for innlogging til egenregistrering.](#)

Før

Høsten 2021 prøves tilbudet om oppfølging med digital egenregistrering ut på noen utvalgte pasienter med inflammatorisk tarmsykdom. I løpet av 2022 er det planlagt innføring av digital egenregistrering for pasienter som får oppfølging ved Gastroenheten.

Behandlingsprogrammet eMestring er innført for pasienter med psykiske lidelser i Helse Sør-Øst

Helse Bergen startet nettbasert behandling – e-meistring- i 2013 basert på erfaringer fra andre land. I 2019 ble behandlingsformen godkjent i Beslutningsforum for bruk i spesialisthelsetjenesten.

Veiledet internettbehandling med bruk av programmet eMestring bygger på kognitiv atferdsterapi og er tatt i bruk i behandlingen av pasienter med depresjon, sosial angst og panikkelidelse. Pasienter møter en behandler ved oppstart av behandlingen og deretter skjer kontakten som veiledet behandling fortrinnsvis over nett.

I Helse Sør-Øst har Sykehuset i Vestfold HF gått foran, og behandlingsformen er nå etablert ved alle helseforetak i Helse Sør-Øst. Arbeidet har startet med å utvide tilbudet til nye diagnosegrupper, blant annet innen rusbehandling. Helse Sør-Øst ønsker også å legge til rette for digitale behandlingstilbud til barn og unge.



Telefon- og videokonsultasjoner

Pandemien førte som kjent til en betydelig økning av digital hjemmeoppfølging og telefon- og videokonsultasjoner. Pandemien lærte oss at det er mulig å legge om raskt, og at behandlingsformen fungerer, ikke for alle, men for mange. Våre sykehus gikk i mars 2020 fra omlag 5% til 40% digitale konsultasjoner i løpet av få dager. De fleste av disse var telefoniske. For 2021 ligger gjennomsnittet for Helse Sør-Øst på 13,8%.

Sykehus kan samarbeide bedre i nettverk

Vi har kommet relativt kort i å utnytte dette potensialet i Norge. I Cleveland drives verdens første «virtuelle» eller nettverksbaserte sykehus. Monitorene fra overvåkingsavdelingene på et tyvetalls småsykehus er flyttet til en felles overvåkingssentral. Videokommunikasjon tillater at spesialistene deltar i behandlingen av pasientene når man via nettverket eller i det lokale sykehuset oppfatter at pasienten blir dårligere. I tillegg til å støtte overvåkingsavdelingene i de små sykehusene kan personale i det nettverksbaserte sykehuset utføre hjerneslagsdiagnostikk, gi generell beslutningsstøtte og ivareta hjemmemonitorering av pasienter. Modellen er svært egnet for norsk desentralisert sykehusstruktur. Det er behov for en diskusjon om på hvilket nivå man etablerer det første norske virtuelle/nettverksbaserte sykehuset – innen et helseforetak, på regionalt eller nasjonalt nivå. Arbeidsmåten er vel egnet for pilotering på foretaksnivå.

Virtuelt sykehus – samme kompetanse uansett dør inn



Intermountain has installed videoconferencing setups in 1,000 rooms across its 22 hospitals.



Intermountain Healthcare intensivist Dr. Terry Clemmer (seen on the screen) uses telehealth technology to consult with on-site nurse Michelle Rosqvist about care for an ICU patient at LDS Hospital in Salt Lake City.

Telehealth isn't about seeing a patient remotely, he said. "It's about seeing a patient much earlier as they start to deteriorate, which opens up simpler, much more effective interventions that are usually less costly, and the person doesn't get the burden of illness."

Mercy, Cleveland, USA.

JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING NR 3/2015

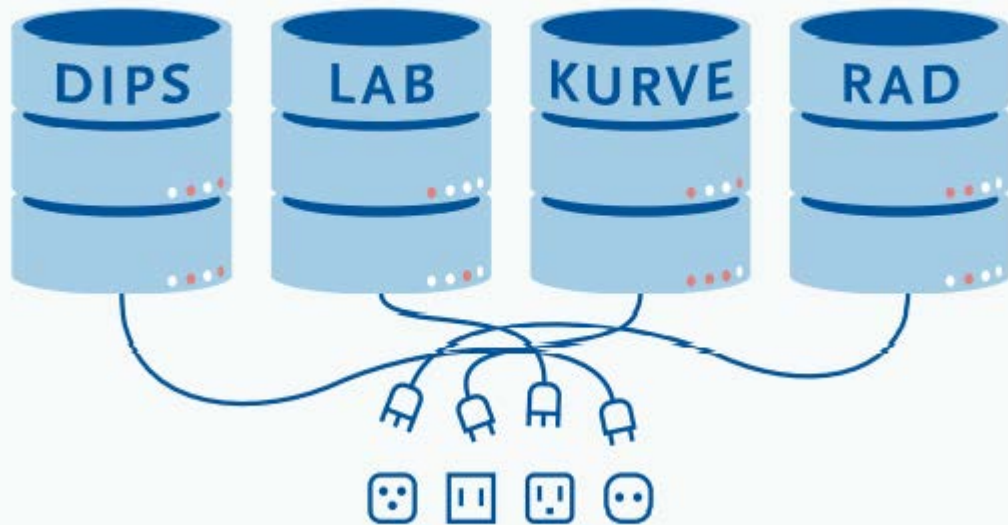


**Svensk radiolog
ansatt i et spansk
firma gransker norske
røntgenbilder fra Praha**

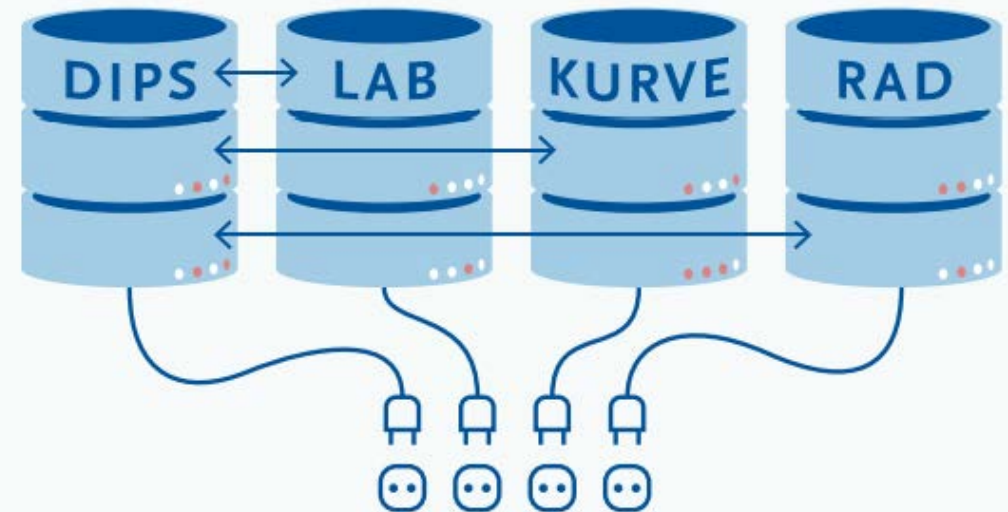
Digital sammenheng innad i spesialisthelsetjenesten

På samme måte som et pasientforløp innebærer at pasienten beveger seg på tvers av klinikker og tjenestenivåer, så må også data bevege seg på tvers av systemene

Figur 6 Data innelåst i sine programmer



Figur 7 Integrasjons- og prosessplattform



Samarbeid om de som trenger det mest – vår felles helsetjeneste

Bedre koordinerte tjenester vil gi bedre kvalitet og mer tilfredse pasienter, pårørende og ansatte

Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

- videreutvikling av helsefellesskapene
- helsetjenester til barn og unge
- voksne med alvorlige psykisk lidelser og rusproblemer
- personer med flere kroniske lidelser, og skrøpelige eldre
- videreutvikle de spesialiserte rehabiliterings- og habiliteringstjenestene
- helse og arbeid

Videreutvikling av helsefellesskapene

Helsefellesskapet er et partnerskap som skal utvikles etter lokale ønsker og behov



Nye data åpner for bedre samordning og mer sammenhengende pasientforløp

Tabell 3 Andel storbrukere med tjenester fra både spesialist- og kommunehelsetjeneste

	Antall individer i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst	Antall og andel som også følges opp i kommunehelsetjenesten	
Topp 5 %	72 099	38 638	54 %
Topp 10 %	145 132	60 143	41 %
Topp 20 %	291 901	83 741	29 %
Totalt	1 476 143	162 488	11 %

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Kompetansebroen – en delingsplattform for helsefellesskap

Dette nettstedet gir helsepersonell og studenter både i kommunene og spesialisthelsetjenesten felles tilgang til digitale læringsressurser, temabaserte fagområder, oversikt over arrangementer og nyheter.

Sykepleieren i sykehusavdelingen kan henvisе sykepleieren i hjemmetjenesten til aktuelle ressurser på Kompetansebroen, for eksempel opplæringsfilmer fra Ambulerende sykepleierteam. Dette støtter ikke bare deling mellom omsorgsnivåene, men også

deling og erfaringsutveksling mellom helsefellesskap.

Kompetansebroen er utviklet av Akershus universitetssykehus HF og samarbeidende kommuner. I 2021 hadde nettsiden 2,5 millioner sidevisninger og over 270 000 unike brukere fra hele landet. Helse Sør-Øst RHF har bidratt til finansiering først gjennom samhandlingsmidler og senere gjennom dedikerte midler til utbredelse av løsningen til andre helsefellesskap.

ParkinsonNet – nettverksmodell for deling av kompetanse

ParkinsonNet innføres nå i vår region. Dette er en nettverksmodell for deling av kompetanse på tvers som kan bidra til bedre samhandling og større muligheter til å unngå unødige innleggelser. ParkinsonNet vil gjøre det enklere for pasienter å komme i kontakt med andre pasienter og helsepersonell med relevant kompetanse. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 påpeker at det er et mål å vurdere om arbeidsformen også kan benyttes overfor andre pasientgrupper.

Helsetjenester til barn og unge

Behandling av barn og unge berører hele familien, og det er et mål at barn og unge med langvarige behov for helsehjelp skal kunne leve så normale liv som mulig



«Med sykehuset i lomma», Akershus universitetssykehus HF

Siden 2015 har Barne- og ungdomsklinikken gitt pasienter tilbud om behandling og oppfølging i hjemmet (avansert hjemmesykehus). Fra 2020 ble tilbudet styrket ved at digital hjemmeoppfølging ble tatt i bruk. Pasienter og pårørende kan nå kommunisere med sykehuset gjennom en app på telefonen. De kan chatte med sykehuset, sende inn svar på skjema og ha videokonsultasjoner. Målinger som temperatur, blodsukker, oksygenmetning, vekt fra utstyr skal overføres til helsepersonell-applikasjonen. Tilbudet styrker kommunikasjonen mellom pasient og behandlere og bidrar til at flere kan være mere hjemme. Fra 2022 tas løsningen i bruk ved Poliklinikken for barn og ungdom.



Foto: Akershus universitetssykehus



Foto: Akershus universitetssykehus

ALL-IN, ny inntaksmodell, Akershus universitetssykehus HF, BUP – Øvre Romerike

Gjennom å utvikle og pilotere en ny inntaksmodell til poliklinikken har BUP Øvre Romerike forbedret kvaliteten på tilbudet til barn og unge. Den nye inntaksmodellen er utviklet i nært samarbeid med ungdomsrådet og førstelinjen, og med målet «Riktig pasient til riktig tid». Modellen betyr i praksis at alle som blir henvist får en utredningssamtale og det er oppnådd gode resultater:

- Pasientene som trenger spesialisthelsetjeneste får tilbud om behandling, og de får tilbudet raskere. Ventetiden fra henvisning til oppstart er redusert fra 64 dager til 26 dager.
- Bedre samarbeid med førstelinjen, og inntaksmodellen sikrer at de som trenger oppfølging i kommunen får det.
- Pasientene opplever å bli hørt og ha innflytelse på egen situasjon, alle får minst en samtale på BUP.

FACT Ung etableres i Vestre Viken HF

Alle 22 kommuner i Vestre Viken sitt nedslagsfelt er med. Istedenfor at ungdom henvises mellom kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten, barnevern og andre hjelpeinstanser, setter disse seg nå sammen i team og skal gi et samlet tilbud. De unge som strever aller mest, skal nå bli fanget opp.

For de som faller mellom stoler, må vi bygge en sofa – Vestre Viken



Foto: Colourbox

Voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

Vi ønsker samordnede og koordinerte tjenester, helst der pasienten bor

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser med samtidig ruslidelse (ROP-lidelser) utgjør om lag 4 200 personer og i overkant 15 prosent av populasjonen med alvorlig psykisk lidelse i Norge. Det er sannsynlig at det er underdiagnostikk av rusrelaterte lidelser ved alvorlige psykiske lidelser, og underdiagnostikk av psykiske lidelser ved rusrelaterte lidelser.

Voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer har ofte somatiske sykdommer i tillegg, noe som gjør at mange har behov for koordinerte behandlingstilbud. Mange av pasientene får behandling både på sykehus og lokalt ved de distriktpsykiatriske sentrene. Dette er en pasientgruppe hvor pasientforløpene i dag er for fragmentert med lav grad av kontinuitet.¹³ Ingen andre diagnoser innen psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er assosiert med like mange tapte leveår som rusrelaterte lidelser (tabell). Et godt tilbud innen TSB er derfor viktig.

Tabell 4 Antall tapte leveår for pasienter med registrert dødsfall i perioden 2018–2021 og kontakt med psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Mest frekvente diagnose i PHV	Tapte leveår	Per individ	Andel
Rusrelatert	51 735	28,9	27 %
Symptomdiagnose	30 112	18,3	15 %
Affektiv	23 125	19,7	12 %
Nevrotiske lidelser	21 248	22,6	11 %
Psykose	15 821	23,4	8 %
Organiske lidelser	5 322	8,3	3 %
Personlighetsforstyrrelser	4 655	32,1	2 %

Tabellen viser pasienter med registrert kontakt og hoveddiagnose i PHV/TSB i perioden 2018-2022, og som i tillegg er registrert død. Tapte leveår beregnes ut fra alder ved død og forventet levealder. Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Skrøpelige eldre

Koordinert innsats for skrøpelige eldre kan bidra til å opprettholde funksjon og forebygge innleggelseser

Valdresmodellen styrker samarbeidet mellom sykehus og kommuner

Den nye Valdresmodellen er en samarbeidsmodell mellom Sykehuset Innlandet og de seks Valdreskommunene. Valdresmodellen skal styrke samhandlingen mellom ulike tjenesteaktører for ulike grupper i befolkningen med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Disse pasientene har behov for tjenester fra flere instanser både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Mange steder framstår tjenestene i kommunen og spesialisthelsetjenesten som lite koordinerte og integrerte. Dette er en spesielt stor utfordring for denne pasientgruppen.

ROP – Ny modell for psykisk helsevern i Valdres
ROP – NKROP evaluerer den nye valdresmodellen

FACT Gamle Oslo, eksempel på samhandling bydel og helseforetak

Bydel Gamle Oslo og Lovisenberg DPS har utviklet og innført metoden flexible assertive community treatment (FACT). I 2021 vant FACT Gamle Oslo «Forbedringsprisen» som deles ut årlig av Helsedirektoratet og I trygge hender 24-7 til enkeltpersoner eller team i helsevesenet som har utmerket seg innen kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og/eller arbeidsmiljø.

I følge helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol har prosjektet oppnådd svært gode resultater og hatt stor betydning for brukerne, og det er et eksempel til inspirasjon på hvordan man kan samhandle godt mellom en bydel og et helseforetak.

FACT Gamle Oslo vant forbedringsprisen – Barn og unge, Spesialisthelsetjeneste, Folkehelse, Primærhelsetjeneste, Psykisk helse – Dagens Medisin

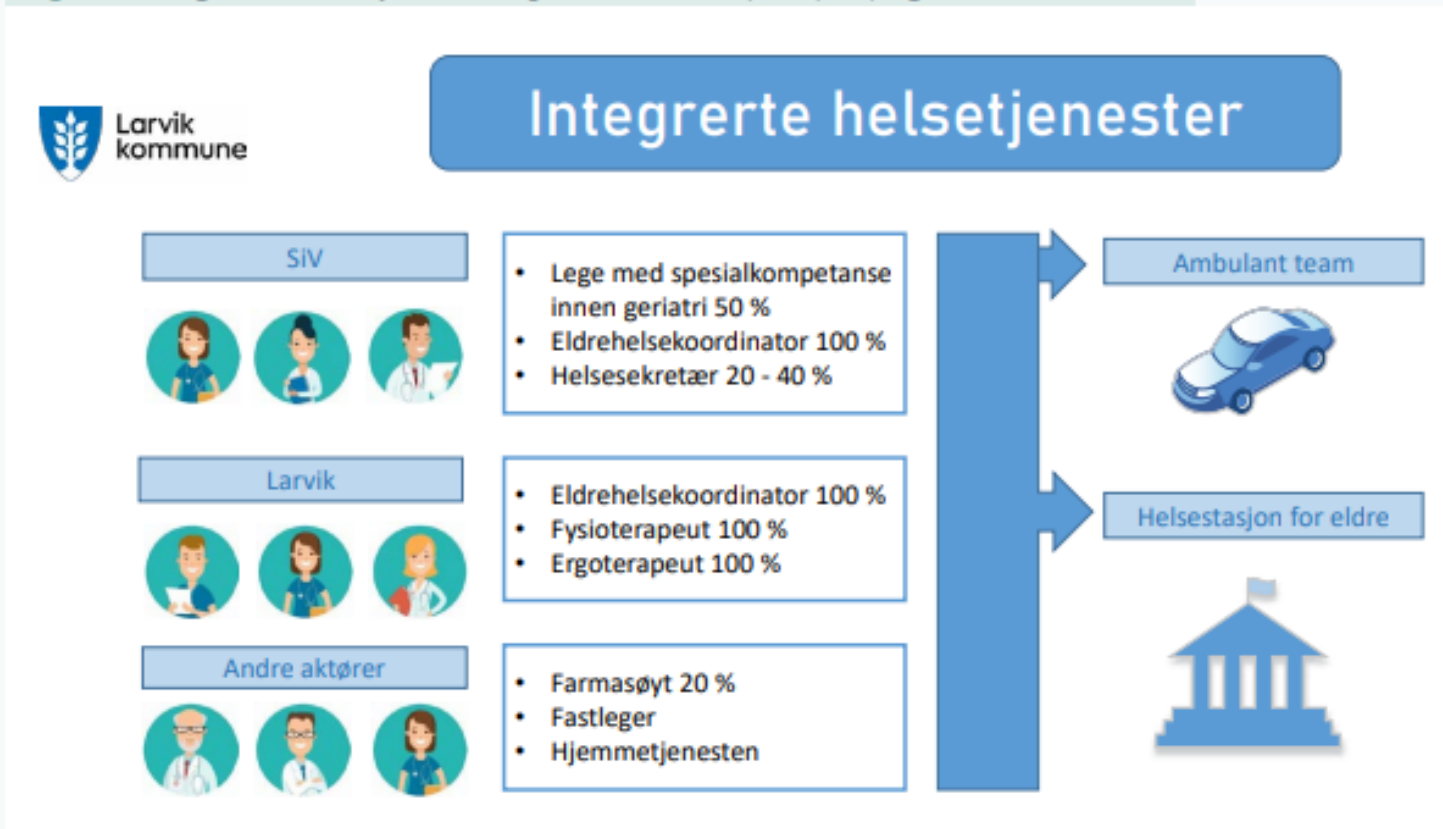
Pasientsentrerte helsetjenesteteam og pasientforløp for skrøpelige eldre

Vi vil understøtte etableringen av pasientsentrerte helseteam i alle helseforetak. Flere helseforetak er allerede i gang, og team etableres under ulike navn. I tillegg har flere av helsefelleskapene etablert faglige samarbeidsutvalg for denne pasientgruppen og er i ferd med å beskrive pasientforløp for denne gruppen.

Helsefelleskapet i Vestfold har etablert et prosjekt som skal øke samhandlingen, etablere nye arenaer for samhandling og øke sykehusets tilstedeværelse utenfor sykehuset. Se figuren nedenfor.

Arbeidet er todelt. Del 1 foregår i hovedsak i kommunene og del 2 når skrøpelige eldre blir innlagt på sykehus og skal følges opp etter utskrivelse. I del 2 etableres et ambulant team som starter oppfølgingen mens pasienten er i sykehuset. Som et ledd i arbeidet er det tatt i bruk et verktøy for å kartlegge pasientene, inspirert av «Handbook of integrated Care for Older People», publisert av WHO.

Figur 8 Integreerte helsetjenester Sykehuset i Vestfold (SIV) og Larvik kommune



Videreutvikle de spesialiserte rehabiliterings- og habiliteringstjenestene

26 000 voksne og 1700 barn mottar hvert år rehabilitering i spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst, men det er store variasjoner i tilbudet. Habiliteringsområdet trenger et skikkelig løft



Foto: Sunnaas sykehus HF, Bård Gudim

For å få til et skikkelig løft innen dette fagområdet, vil vi utarbeide en fagplan for habilitering av barn, unge og voksne i 2022. Sentrale innsatsområder i fagplanen vil være:

- samarbeidet med kommunene
- tjenestetilbudet for barn og unge med autismespekterforstyrrelser
- pasientforløp for utredning og behandling av atferdsvansker
- avklare hvilke deler av tjenestetilbudet som kan styrkes innen rammen for helsefelleskapene



Foto: Akershus universitetssykehus

Samkonsultasjoner gir sammenheng i behandlingen, Akershus universitetssykehus HF

Innenfor habilitering skal spesialisthelsetjenestens bidrag alltid understøtte hjemkommunens langsiktige ivaretagelse av barnet/ungdommen og dennes familie.

I avdeling for habilitering i Barne- og ungdomsklinikken inviteres derfor lokale fysioterapeuter og andre aktuelle fagpersoner til å være med på tverrfaglige oppfølgingskontroller på sykehuset.

Kontrollene får på denne måten et viktig innslag av veiledning og kompetanseoverføring, samtidig som alle bidrar til mest mulig felles forståelse av barnet og er sammen om å avklare hva som vil være optimal tilrettelegging og behandling fram til neste kontroll.

Helse og arbeid

Arbeidsrettede behandlingstilbud som gis i spesialisthelsetjenesten skal ha som mål å hindre funksjonsfall, og at pasienter skal komme tilbake til, eller kunne stå i arbeid eller utdanning

Individuell jobbstøtte (IPS) for å komme tilbake til jobb

IPS er et tilbud til personer med moderate til alvorlige psykiske helseproblemer, og/eller rusproblemer, som ønsker hjelp til å komme i arbeid eller beholde ordinært, lønnet arbeid.

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har samarbeidet tett om videreutvikling av IPS i Norge. Metodikken bygger på et forpliktende samarbeid mellom helsetjenestene og NAV. Arbeidsdeltakelse integreres som en del av behandlingen.

[Individuell jobbstøtte \(IPS\) – NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)



Foto: Scanstock

Ung Arena +

Ung Arena er et kommunalt tilbud. Ung Arena + (pluss = spesialisthelsetjenesten) skal være et lavterskeltilbud for ungdom i alderen 13-25 år med risiko for å utvikle psykososiale problemer, og som ikke søker til de ordinære tjenestene. I 2022 har Sykehuset i Vestfold HF inngått et prosjektsamarbeid med Tønsberg og Larvik kommune. Prosjektet bygger på erkjennelsen:

Tjenestene som retter seg til barn og unge i risikozonen for psykiske lidelser og/eller rusproblemer, er lite ungdomsvennlig. De er for spredt, fragmentert, vanskelig tilgjengelig og ukoordinert.



Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester

Vi vil gjøre de riktige tingene med bedre kvalitet

Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

- legge til rette for at vi måler og kan følge de indikatorene som er viktige for de ulike aktørene
- stimulere til utstrakt bruk av kvalitetsregisterdata – av pasientene, i klinikken og til styring
- lage enklere tilganger til prosedyrer og retningslinjer
- lage felles retningslinjer for kliniske fagrevisjoner
- gjøre forbruksdata enkelt tilgjengelig for klinikere og ledere
- tilby verktøy til arbeidet med å redusere uønsket variasjon

Vi vet at vi kan gjøre noe med det

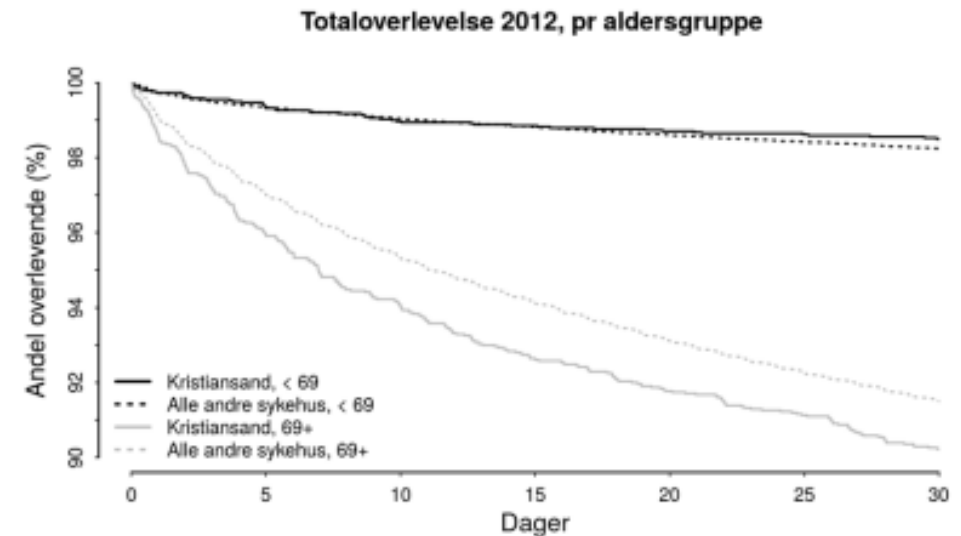
Vi har erfaring for at når fagfolk og ledelse oppdager at kvaliteten på tjenestene de gir er dårlig, så evner de å forbedre.

Vi har sett dette i mange sykehus og innen mange områder.

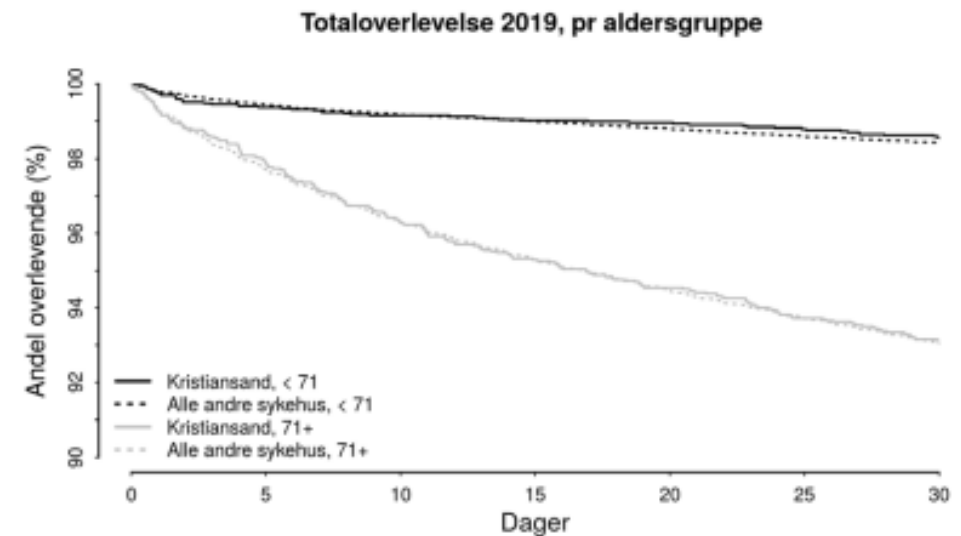
30 dagers overlevelse ved Sykehuset Sørlandet

Kristiansand for pasienter under 70 år var i 2012 signifikant lavere enn landsgjennomsnittet til (se figur 10). De fant at for dårlig overvåkning av endringer i pasientens kliniske tilstand på sengepost trolig var medvirkende årsak. Det ble derfor utviklet et system for Tidlig Identifisering av Livstruende Tilstander (TILT). Dette ble tatt i bruk, og ikke minst ble det verifisert at systemet virkelig ble benyttet. Året etter ble det observert om lag 35 færre dødsfall hos pasienter innlagt på sykehuset og kvalitetsindikatoren 30 dagers overlevelse ved sykehuset i Kristiansand var normalisert. Etter seks år er overlevelsen fortsatt på landsgjennomsnittet (se figur 11).

Figur 10 Lavere overlevelse hos eldre i Kristiansand



Figur 11 Bedret overlevelse hos eldre i Kristiansand



Øke bruk av kliniske fagrevisjoner

Kliniske fagrevisjoner («clinical audit» eller «peer review») er en uavhengig dialog mellom fagpersoner for å finne ut om pasientbehandlingen blir utført på en hensiktsmessig måte og er i tråd med god praksis. De gjennomføres typisk med fagfolk fra ulike sykehus som sammenligner sin praksis.

Kliniske fagrevisjoner skal, til forskjell fra internrevisjon, ikke undersøke om lover og forskrifter følges, men være en metode for å gjøre praksisen i sykehusene enda bedre og for å redusere uønsket variasjon. Metoden kan avdekke om praksis innenfor et fagområde er i samsvar med beste praksis.

Det er behov for felles retningslinjer og forsterket innsats når det gjelder kliniske fagrevisjoner. I tråd med Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, har derfor Regionalt innsatsteam pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring fått i oppdrag å utarbeide forslag til regional retningslinje for kliniske fagrevisjoner og forslag til en plan for gjennomføring.

Engasjere ledere

Det er behov for sterkere kvalitetsstyring av spesialisthelsetjenesten, og det er leders ansvar å legge til rette for dette. Riksrevisjonen anbefaler i sin undersøkelse av årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester at de regionale helseforetakene stiller tydelige krav til at helseforetak med avvikende forbruk undersøker og redegjør for sin praksis og følger opp at de eventuelt iverksetter tiltak for å endre forbruket. (Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester).

Kvalitet må få en større plass i virksomhetsstyringen. Lav måloppnåelse over flere år er et signal om behov for mer målrettet innsats samt diskusjon og revisjon av tiltak. Dette må inngå i styringsdialogen mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene.

Ta tiden tilbake – mer tid til pasientrettet arbeid

Våre medarbeidere må få bruke sin kompetanse, og vi må tenke nytt om sammensetning av kompetanse i sykehusene framover. Samtidig må vi styrke rekruttering. Det gjør vi best gjennom å gjøre sykehusene til gode arbeidsplasser.



Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

- styrke arbeidet med oppgavedeling og kompetansesammensetning
- redusere omfang av rapportering og prosedyrer som ikke gir merverdi
- vektlegge arbeidet med å etablere personaleffektive arealer og bedre logistikk
- bedre bemanningsplanlegging og ressursstyring
- ledelse og medarbeiderskap

Sykepleieren stiller diagnose og behandler mindre ortopediske skader ved Drammen sykehus, Vestre Viken HF

Et forskningsprosjekt ved Drammen sykehus viser at spesialutdannede sykepleiere er gode på å stille diagnoser og behandle mindre ortopediske skader.

Behandlingene sykepleierne gjennomfører begrenser seg til skader i armer og bein, og sykepleiere undersøker og tolker røntgenbilde, setter bedøvelse, reponerer (drar brudd på plass) og gipser. Deretter dokumenterer de i journalen. Skader på bekken, rygg og nakke håndteres av ortopeder.

Eva Tanqueiro (bildet) er en av sykepleierne som har vært med å bygge opp fracturpoliklinikken fra starten i 2013.

Hun har drevet med brudd og bruddbehandling lenge, og opplever å bli satt stor pris på, ikke minst av ortopedene. Det har aldri vært noen konflikt mellom yrkesgruppene. Tvert imot har ortopedene vært pådriver for denne løsningen, forteller hun.



Foto: Lars-Erik Vollebæk, Vestre Viken

2022:

703 prosjekter oppgavedeling/-fordeling i Helse Sør-Øst

Personaleffektive arealer og bedre helselogistikk

En grunnleggende tanke i planlegging av nye sykehus er at de skal være arealeffektive. Vi må vektlegge personaleffektive arealer og helselogistikk sterkere

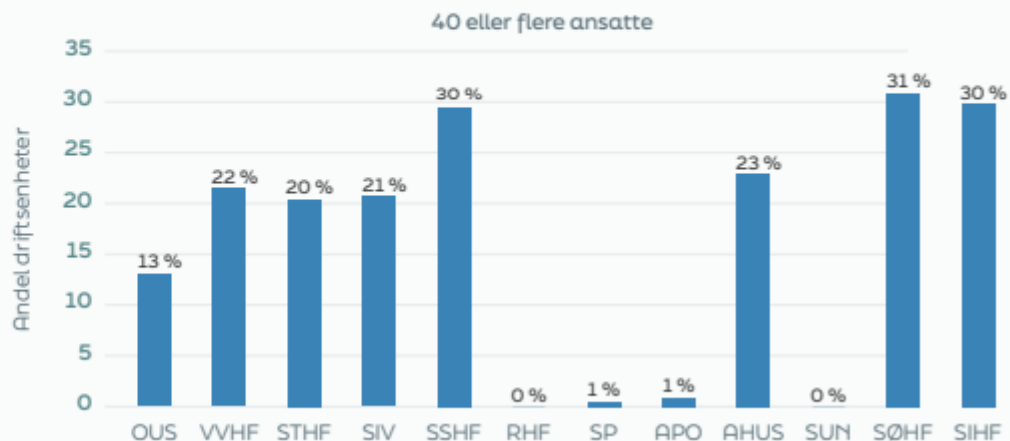


Mange ledere i sykehus har flere enn førti ansatte

Kliniske driftsenheter (poster, avdelinger) i sykehus kjennetegnes ved at de er store – mange ledere har ansvar for svært mange ansatte.

Figuren under viser at i helseforetakene som driver klinisk arbeid har mellom 13 og 31% av enhetene mer enn førti ansatte. Unntaket er Sunnaas sykehus. I de helseforetakene som ikke driver klinisk arbeid (det regionale helseforetaket, Sykehuspartner og Sykehusapotekene) er andelen mindre enn 1%.

Ledere med store enheter har organisert dem på ulikt vis. Noen har formalisert en struktur med nestleder, mens andre baserer seg på mer uformell delegering av ansvar. Vi bør vurdere nærmere om organiseringen er hensiktsmessig og om lederne får tilstrekkelig lederstøtte.



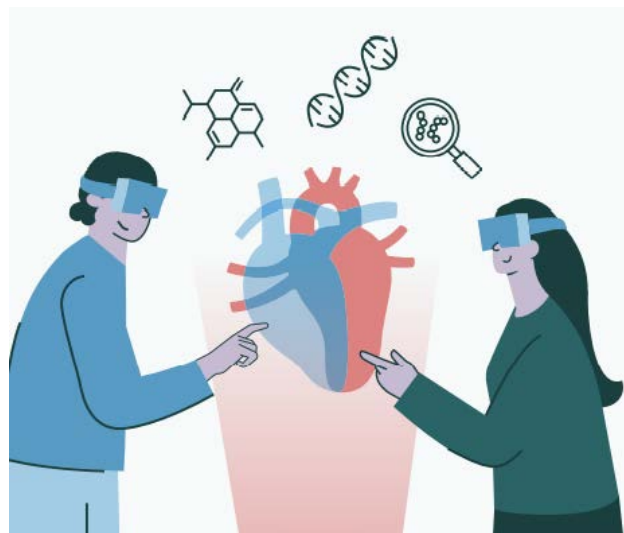
Organisering og ledelse

Det er prøvd ulike modeller for ledelse i spesialisthelsetjenesten, og det er behov for å etablere modeller som styrker ledelse på alle nivå. For å lykkes med sentrale helsepolitiske mål om å vri innsatsen fra vekst i bemanning til investering i teknologi og bygg er forankring i alle fagmiljøer vesentlig før beslutninger fattes.

Ledelse som ivaretar medarbeidere, og som vektlegger faglig utvikling, er viktig for å rekruttere, beholde, og utvikle helsepersonell. Ledelse innbefatter alle sider ved virksomheten, men det er viktig at det legges særlig til rette for faglig ledelse for å videreutvikle fagene og arbeidsformer. Flere ledere i sykehus har mange ansatte. Vi bør vurdere om lederspennet er for stort eller om disse lederne bør ha utvidet administrativ støtte for å frigjøre tid til ledelse.

Forskning og innovasjon for bedre helsetjeneste

Helse Sør-Øst sin forskning utgjør 63 prosent av helseforskningen i Norge, og regionen leder an arbeidet med å legge til rette for forskning og innovasjon innen spesialisthelsetjenesten. Viktige satsingsområder er nye behandlingsmåter, samhandlingsstrukturer og bruk av ny teknologi.



Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

- videreutvikling med vekt på nytteverdi og brukerperspektiv fra pasienter og pårørende i alle aldre
- målrette forskningsinnsats innen psykisk helse, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og andre områder med behov for styrket forskningsinnsats
- digital integrering mellom klinisk forskning og klinisk praksis
- forskningsbasert innovasjon
- å bruke læringen fra tjenesteinnovasjon til å utvikle nye helsetjenester og bidra til at gode løsninger tas i bruk
- samarbeide tettere med andre aktører om både forskning og innovasjon
- fortsette arbeidet med å styrke helhetlig og tverrfaglig forskning og innovasjon

Fra plan til gjennomføring



Det må bli kortere vei fra gode ideer til nye måter å løse oppgaver på

Akkurat som *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023)* har regional utviklingsplan to tidsperspektiver. Det lange er 2040. Ingen kan med noen grad av sikkerhet forutse hvordan samfunn, teknologi og helsetjeneste ser ut da. Hensikten med det lange perspektivet er å vurdere retningen på tiltakene som settes i verk på kort sikt.

Vi må være ærlige på at vi står foran store utfordringer i helsetjenesten. Det er lettere å lage en plan enn å gjennomføre endringer. Regional utviklingsplan peker på muligheter, men det er vårt ansvar at de blir realiteter. Vi vil arbeide videre med fagplaner og delstrategier, og vi må legge enda bedre til rette for at vi klarer å endre oss raskere. Vi må tenke mer innovasjon og smidigere tjenesteutvikling. En ting er sikkert. Ingen klarer dette alene.

Regional Utviklingsplan 2040

DEL 2 Rammer og forutsetninger

HELSE SØR-ØST

Innhold

1 Overordnede føringer for regional utviklingsplan	3
Føringer for arbeidet med utviklingsplanen	4
Samfunnsansvaret	6
Beredskap og læring fra pandemien	8
Informasjonssikkerhet	13
2 Fakta om helsetjenesten i Helse Sør-Øst	14
3 Framskrivninger	17
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	18
Somatikk	19
Aktivitet og kapasitet – har reduksjon i sengeantall nådd bunnen?	20
Framskrivning av bemanning	24
4 Sentrale forutsetninger for regional utviklingsplan	25
Rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere	26
Utdanning og kompetanse	30
Akuttmedisinske tjenester	34
Presisjonsmedisin	39
Bildedagnostikk og laboratorieundersøkelser	40
Legemiddelhåndtering	42
Teknologi	44
Felleseide selskaper	46
Eiendom	48
Økonomi	53



Beredskap og læring fra pandemien

Vi skal bidra til å verne befolkningens liv og helse ved å sikre at nødvendige spesialisthelsetjenester kan tilbys befolkningen ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig.

Beredskap og læring av erfaringer fra koronapandemien

Helse Sør-Øst RHF har vært en sentral aktør i håndtering av koronapandemien, blant annet innen koordinering av smittevernutstyr og arbeid med å øke kapasiteten for tester. Vi vil trekke lærdommen fra pandemien inn i det videre regionale beredskapsarbeidet.

Helseforetakene og sykehusene har spilt en sentral rolle i behandlingen av pasienter med covid-19, og de ansatte har lagt ned en betydelig innsats for å yte helsehjelp og begrense smitte. Helse Sør-Øst har oppsummert to år med pandemien og erfaringene fra 15 sykehusansatte her: [To år med pandemi – Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\).](#)



Informasjonssikkerhet

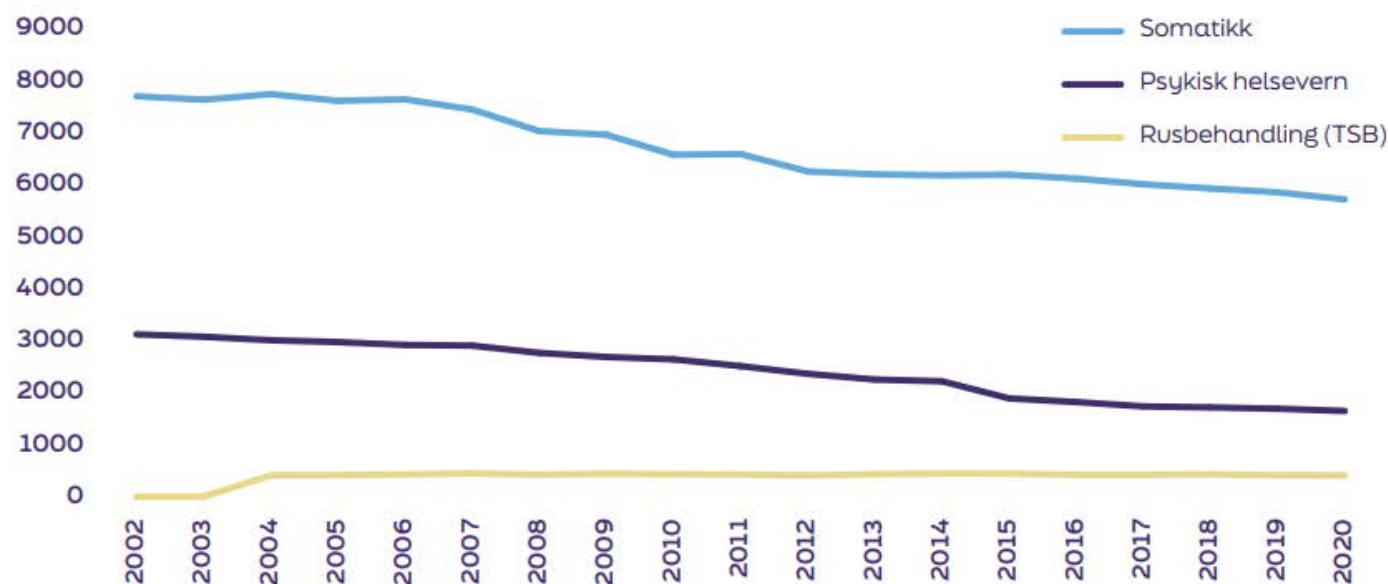
Informasjonssikkerhet handler om å sikre informasjonsbehandlingen og inngår i større eller mindre grad i alle systemer og alle ansattes arbeid.

Informasjonssikkerhet skal være en integrert del av helhetlig virksomhetsstyring, der det er tydeliggjort at informasjonssikkerhet skal inngå som en del av helhetlige beslutninger. Arbeidet med informasjonssikkerhet skal følge overordnet mål og strategi for informasjonssikkerhet.

Aktivitet og kapasitet – har reduksjon i sengeantall nådd bunnen?

Antall sengeplasser har blitt redusert over tid, både innen somatikk og psykisk helse. Dette har vært en villet utvikling ettersom mer og mer behandling gjøres poliklinisk eller utenfor sykehuset.

Figur 3 Utvikling i sengekapasitet per tjenesteområde i Helse Sør-Øst



Kilde:
Statistisk
sentralbyrå

Framskrivning – vi planlegger ikke lenger for uspesifisert oppgaveoverføring til kommunene

Framskrivninger av liggedøgn

Tabellene baserer seg på 2019 tall (før pandemien). Behovet for liggedøgn og poliklinisk aktivitet framskrives basert på Statistisk sentralbyrås prognose for demografiske endringer fram til 2040. Tallene for somatikk justeres for forventet sykdomsutvikling og disse endringsfaktorer:

- Sykdomsutvikling (forventet forbruk innen 31 ulike diagnosegrupper og 3 prosedyrer)
- Brukerstyring, hjemmesykehus og digital hjemmeoppfølging (0,4 % per år)
- Overføring fra døgn til dag og poliklinikk (0,3 % per år)
- Effektivisering (0,3% per år)

Brukerstyring, hjemmesykehus og digital hjemmeoppfølging erstatter «oppgaveoverføring til kommunene»

Tabell 2 Framskrivinger av liggedøgn somatikk

Liggedøgn	Somatikk			
	2019	Liggedøgn etter demografi 2040	Korrigert for sykdomsutvikling og endringsfaktorer	Endring
Akershus SO	308 002	465 237	365 673	19 %
Innlandet SO	227 241	299 874	231 647	2 %
Oslo SO	316 068	469 005	370 347	17 %
Sørlandet SO	158 464	218 426	169 389	7 %
Telemark/Vestfold SO	258 094	351 938	273 889	6 %
Vestre Viken SO	287 831	417 707	326 812	14 %
Østfold SO	190 618	270 088	211 623	11 %
Totalsum	1 746 318	2 492 274	1 949 380	12 %

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Tabell 3 Framskrivinger av liggedøgn tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Liggedøgn	TSB			
	2019	Liggedøgn etter demografi 2040	Korrigert for sykdomsutvikling og endringsfaktorer	Endring
Akershus SO	64 595	71 100	64 135	-1%
Innlandet SO	45 716	45 769	43 110	-6%
Oslo SO	82 903	90 799	74 355	-10%
Sørlandet SO	35 534	36 455	34 060	-4%
Telemark/Vestfold SO	55 808	37 871	48 265	-14%
Vestre Viken SO	37 266	55 113	40 096	8%
Østfold SO	36 286	39 206	35 266	-3%
Totalsum	358 108	376 313	339 287	-5%

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Tabell 4 Framskrivinger av liggedøgn psykisk helse

Liggedøgn	Psykisk helsevern voksen				Psykisk helsevern barn og unge			
	2019	Liggedøgn etter demografi 2040	Korrigert for sykdomsutvikling og endringsfaktorer	Endring	2019	Liggedøgn etter demografi 2040	Korrigert for sykdomsutvikling og endringsfaktorer	Endring
Akershus SO	83 954	97 209	107 335	28%	10 985	11 614	11 160	2%
Innlandet SO	83 349	88 132	88 750	6%	5 980	5 232	5 392	-10%
Oslo SO	127 577	144 341	148 778	17%	9 122	10 009	10 084	11%
Sørlandet SO	64 029	68 270	69 129	8%	1 548	1 440	4 167	169%
Telemark/Vestfold SO	85 297	73 794	88 019	3%	6 148	8 014	5 355	-13%
Vestre Viken SO	79 322	89 288	85 934	8%	7 226	5 132	6 855	-5%
Østfold SO	68 348	86 759	73 501	8%	8 394	6 558	8 173	-3%
Totalsum	591 876	647 793	661 447	12%	49 403	47 999	51 186	4%

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Tabell 5 Framskrivning av poliklinisk aktivitet

Poliklinikk	Somatikk			TSB			Psykisk helsevern voksen			Psykisk helsevern barn og unge		
	2019	2040	Endring	2019	2040	Endring	2019	2040	Endring	2019	2040	Endring
Akershus SO	622 025	941 438	51%	43 343	71 783	66%	180 188	232 109	29%	87 363	102 398	17%
Innlandet SO	376 617	507 431	35%	27 082	37 460	38%	116 468	133 573	15%	54 139	58 146	7%
Oslo SO	655 086	981 607	50%	71 035	119 016	68%	256 431	339 049	32%	79 015	100 340	27%
Sørlandet SO	352 211	507 797	44%	33 423	48 286	44%	125 161	147 898	18%	47 227	51 466	9%
Telemark/Vestfold SO	548 396	763 517	39%	75 740	96 450	27%	151 234	176 581	17%	80 171	85 825	7%
Vestre Viken SO	555 462	813 556	46%	43 145	60 873	41%	145 119	177 007	22%	81 792	90 665	11%
Østfold SO	353 564	512 615	45%	41 273	58 904	43%	85 421	103 804	22%	45 509	50 905	12%
Totalsum	3 463 361	5 027 960	45%	335 041	492 772	47%	1 060 022	1 310 021	24%	475 216	539 745	14%

Framskrivning av bemanning

Å sikre tilstrekkelig personell vil være helt avgjørende for å opprettholde vår felles helsetjeneste. Gode modeller og analyser som gir ledere støtte i å vurdere behovet for kompetanse er en viktig oppgave for det regionale helseforetaket.

Det er nødvendig å sammenstille behovet for personell, utdanningskapasitet og forventet sykdoms- og behandlingsutvikling. Særlig innen deler av fødselstjenestene, psykisk helsevern og rus, samt en del medisinske områder, er det nødvendig at vi får en god felles utnyttelse av ressurser på tvers av nivåer. Deler av dette arbeidet er godt i gang i tråd med oppdraget til de regionale helseforetakene om å utarbeide analyser for framtidig behov for spesialsykepleiere på kort, mellomlang og lang sikt. Helse Sør-Øst vil ta i bruk nye modeller for framskrivinger som bedrer vår kunnskap om framtidig behov for personell.



• Foto: Oslo universitetssykehus HF

Rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere

Kjernen i vår virksomhet er kompetansen til medarbeidere og ledere.



Foto: Esten Borgos – Sukehuset Østfold

Fem hovedtema skal ha fokus framover

I februar 2021 ble det etablert en arbeidsgruppe med representanter fra alle helseforetakene i regionen. Arbeidsgruppen anbefaler følgende fem hovedtemaer for utvikling av systematisk bemanningsplanlegging og ressursstyring:

- Rekruttere og beholde medarbeidere
- Utdanning og kompetansebygging
- Balansere trivsel, kompetansekrav og pasientbehov, med effektiv bruk av tid og ressurser
- Førstelinjeledelse og ledelseskultur
- Kompetanse knyttet til planlegging og styring av personellressurser, herunder mest mulig bruk av heltidsstillinger

Reduksjon av deltid, prosjekt i Sykehuset Østfold HF

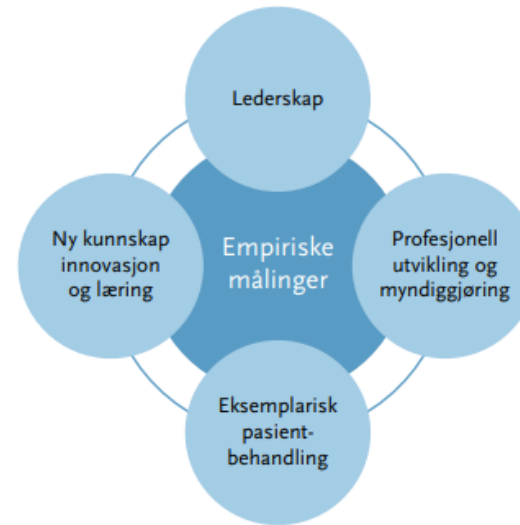
Sykehuset Østfold HF vil gjennom prøveprosjektet utprøve konkrete tiltak og løsninger, med sikte på operasjonalisering i den ordinære driften. Det tas særlig sikte på å finne varige og forutsigbare løsninger som bidrar til å redusere andelen deltid, øke andel heltidsstillinger og redusere bemanningsutfordringene, spesielt i helg. Samtidig ses det på tiltak for økt rekruttering, mobilisering og bevaring av spesialkompetanse.

Lovisenberg Diakonale Sykehus – et lærende sykehus

Sykehuset har fra høsten 2020, som det eneste norske sykehuset, deltatt i et fireårig europeisk forskningsprosjektet, Magnet4Europe [Lovisenberg Magnet4Europe](#)

Prosjektet skal jobbe systematisk med utviklings- og forbedringsarbeid innen arbeidsmiljø, ansattelse, pasientbehandling, pasientsikkerhet og organisatoriske forhold. Til sammen 68 sykehus i 6 europeiske land er inkludert i studien.

Magnet4Europe tester ut sykehusmodellen «The magnet model» fra USA. Såkalte Magnet-sykehus i USA kan dokumentere positive effekter på ansattes trivsel og psykiske helse og på kvaliteten på pasientbehandlingen. Modellen er videreutviklet siden 1980-tallet og skal nå testes på europeiske sykehus med mål om å oppnå tilsvarende positive effekter.



Utdanning og kompetanse

Helse Sør-Øst er en av de viktigste aktørene innen utdanning av helsepersonell i Norge med over 10 000 praksisplasser for studenter og 2800 leger i spesialisering. Det er behov for bedre oversikter og bedre planlegging for å møte spesialisthelsetjenestens kompetansebehov.

Figur 4 Regional delstrategi for utdanning og kompetanse



Teknologi

Vi vil utnytte alle mulighetene teknologi og digitale løsninger gir for bedre helsehjelp.

Figur 5 Innsatsområder innen teknologi



Delstrategien er en konkretisering av de overordnede strategiske føringer: Å ta i bruk ny teknologi for bedre helsehjelp og realisering av Én innbygger – én journal. Dette krever at:

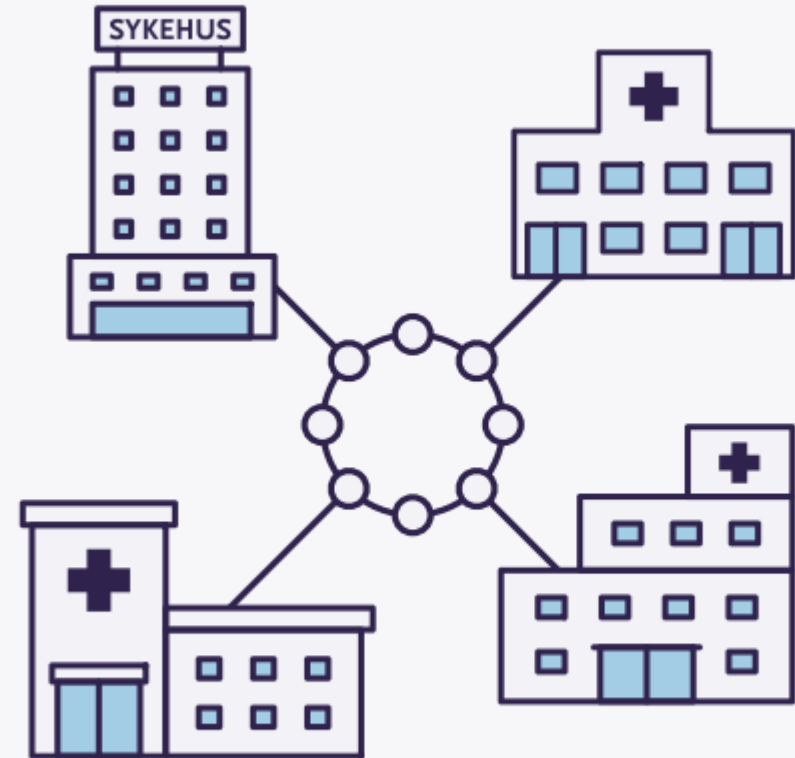
- klinikere involveres tettere
- teknologistyring forbedres
- vi kan levere med høyere hastighet
- den teknologiske arkitektur forenkles og tydeliggjøres
- arbeidet med å innføre regionale fellesløsninger ferdigstilles
- at gode ideer som oppstår lokalt breddes dersom de viser seg holdbare

Felleseide selskaper

De felleseide foretakene skal bidra til å styrke og forbedre tilbudet til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet, samt å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse.

Det regionale helseforetaket eier, sammen med de andre regionale helseforetakene, fem helseforetak:

- Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF
- Luftambulansetjenesten HF
- Pasientreiser HF
- Sykehusbygg HF
- Sykehusinnkjøp HF



Eiendom

Helse Sør-Øst RHF er en av landets største eiendomsforvaltere med en bygningsmasse på 2,8 millioner kvadratmeter bruttoareal. I planperioden skal det investeres betydelige beløp i vedlikehold og utvikling av eksisterende bygg og i nye sykehusbygg.

Tabell 5 Nøkkeltall areal i helseforetaksgruppen

Helseforetak	Brutto areal BTA)*
Akershus universitetssykehus HF	314 000
Oslo universitetssykehus HF	1 011 000
Sunnaas sykehus HF	27 000
Sykehuset i Vestfold HF	336 000
Sykehuset Innlandet HF	184 000
Sykehuset Telemark HF	171 000
Sykehuset Østfold HF	179 000
Sørlandet sykehus HF	264 000
Vestre Viken HF	305 000
SUM	2 791 000

* ØLP grunnlagsinfo pr 31.12.2020

Kilde: www.ssb.no/ grunnlagsår 2019

Tabell 6 Dagens sengeantall og beregnet behov for somatikk døgncapasitet i 2040

Helseforetak*	Liggedøgn 2019	Senger 2020 (SSB)	Framskrevet 2040	Senger 2040
Akershus universitetssykehus HF**	237 018	720	247 986	813
Oslo universitetssykehus HF***	456 924	1 575	540 952	1 745
Sunnaas sykehus HF	42 250	159	32 907	137
Sykehuset i Vestfold HF	109 783	323	120 441	389
Sykehuset Innlandet HF	194 454	659	203 072	655
Sykehuset Telemark HF	96 777	346	101 599	328
Sykehuset Østfold HF	151 474	376	170 654	550
Sørlandet sykehus HF	138 554	469	149 366	482
Vestre Viken HF	237 651	714	274 630	886
Sum	1 774 636	5 341	1 841 607	5 984

* Det er benyttet 85 % belegg i snitt for beregningen av senger i 2040, dette kan avvike i enkelte HF.

** Grorud, Stovner og Alna er tatt ut av Ahus i 2040, reel beleggsprosent er lagt inn for beregning av senger.

*** Det er forutsatt at 50 % av aktiviteten ved OUS i 2040 er regionale og nasjonale funksjoner. For lands- og regionsfunksjoner er endringsfaktoren samhandling med kommune ekskludert. Grorud, Stover, Anla og Sagene er inkludert i OUS. All aktivitet for befolkningen over 18 år i opptaksområde til LDS og DS, eksklusive lands- og regionsfunksjoner og HDG 2, 13, 14 og 15 er ekskludert i grunnlaget til OUS i 2040.

Tabell 7 Dagens sengeantall og beregnet behov for døgnkapasitet for psykisk helsevern i 2040

Helseforetak*	Liggedøgn 2019	Senger 2020 (SSB)	Framskrevet 2040	Senger 2040
Akershus universitetssykehus HF**	78 835	233	83 073	271
Oslo universitetssykehus HF**	78 299	269	106 294	348
Sykehuset i Vestfold HF	32 457	101	34 543	112
Sykehuset Innlandet HF	70 503	213	74 712	243
Sykehuset Telemark HF	38 319	121	40 428	131
Sykehuset Østfold HF	61 415	187	66 036	214
Sørlandet sykehus HF	58 278	190	65 419	212
Vestre Viken HF	68 958	215	75 673	246
Sum	487 064	1 529	546 178	1 778

* 75% belegg for BUP og 85% belegg for VOP

** Groruddalen er overført til OUS i 2040

Tabell 8 Dagens sengeantall og beregnet behov for døgnkapasitet for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2040

Helseforetak*	Liggedøgn 2019	Senger 2020 (SSB)	Framskrevet 2040	Senger 2040
Akershus universitetssykehus HF**	19 403	60	17 965	62
Oslo universitetssykehus HF**	25 270	86	24 783	85
Sykehuset i Vestfold HF	12 850	46	11 897	41
Sykehuset Innlandet HF	9 781	49	9 261	32
Sykehuset Østfold HF	9 657	33	9 327	32
Sørlandet sykehus HF	22 972	73	21 866	75
Vestre Viken HF	15 398	49	16 173	55
Sum	115 331	396	111 273	381

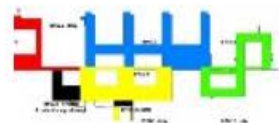
* 80% belegg for TSB i 2040

** Groruddalen er overført til OUS i 2040

Figur 6 Oversikt regionale byggeprosjekter i Helse Sør-Øst per første tertial 2022

B1

Prosjektinnramming



Sykehuset Østfold HF
Kreft- og somatikkbygg, Kalnes

B2

Konseptfase



Sunnaas sykehus HF
Byggetrinn 3



Videreutvikling av
Sykehuset Innlandet HF



Akershus universitetssykehus HF
Kreft- og somatikkbygg



Sørlandet sykehus HF
Akuttbygg Kristiansand

B3

Forprosjekt



Oslo universitetssykehus HF
Nye Rikshospitalet



Oslo universitetssykehus HF
Nye Aker



Oslo universitetssykehus HF
Ny sikkerhetspsykiatri



Sykehuset Telemark HF
Utbygging somatikk Skien



Akershus universitetssykehus HF
Samling av sykehusbasert psykisk
helsevern

B4

Gjennomføringsfase



Vestre Viken HF
Nytt sykehus i Drammen



Sørlandet sykehus HF
Nybygg psykisk helsevern



Oslo universitetssykehus HF
Protonsenter og klinikkbygg
Radiumhospitalet



Oslo universitetssykehus HF
Livvitenskapsbygget
(Finansiell leasing, i samarbeid
med byggherre Statsbygg)

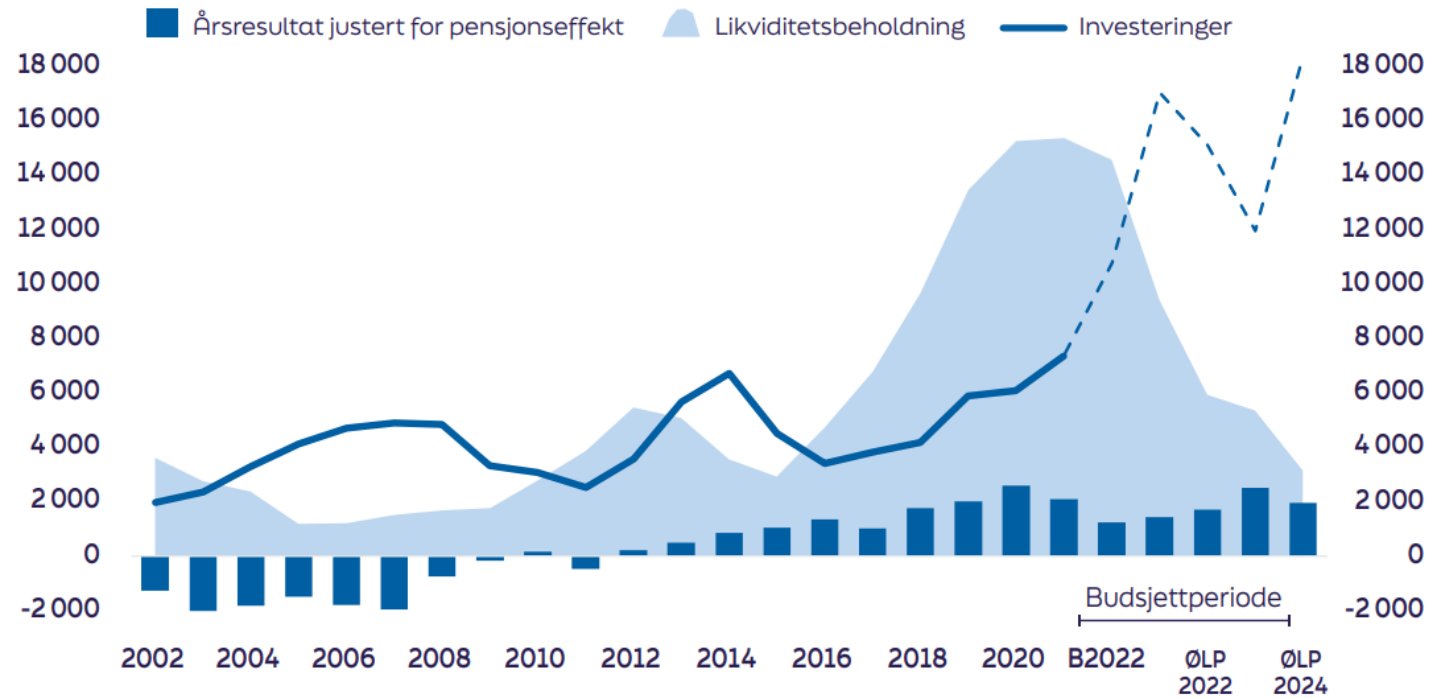


Oslo universitetssykehus HF
Storbylegevakten
(Finansiell leasing, i samarbeid
med byggherre Oslobygg)

Økonomi

Den økonomiske utviklingen i Helse Sør-Øst har inntil 2022 vært under kontroll og er samlet snudd fra underskudd til positive resultater, men det er betydelige utfordringer knyttet til kostnadsvekst, store investeringsbehov og vedlikehold. Høy pris- og lønnsvekst i 2022, herunder økte strømkostnader, gir en mer krevende situasjon og gir behov for omstilling.

Figur 7 Økonomisk utvikling i Helse Sør-Øst 2002 til 2025



Kilde: Årsregnskaper, Budsjett 2022 og økonomisk langtidsplan



Regional Utviklingsplan 2040

DEL 1 Trender og satsingsområder



Innhold

1 Bakgrunn	7
2 Trender og utviklingstrekk	11
Befolkningen og samfunnet	12
Pasienter og pårørende	16
Helsetjenesten	16
3 Mål og satsingsområder	22
Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering	24
Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi	34
Samarbeid om de som trenger det mest – vår felles helsetjeneste	45
Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester	62
Ta tiden tilbake – mer tid til pasientrettet arbeid	70
Forskning og innovasjon for bedre helsetjeneste	82
4 Fra plan til gjennomføring	89



Innledning

Regional utviklingsplan er Helse Sør-Øst sin overordnede strategi. Den setter retningen for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i vår region og peker på ønsket utvikling på kort sikt og fram mot 2040. Planen gir føringer for alle regionale delstrategier og fagplaner. Samtidig skal den fange opp og samle alle disse i en felles utviklingsretning.

Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2035 ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst i desember 2018. Den satte fire hovedmål for utviklingen av spesialisthelsetjenesten:

- Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet

Revidert utviklingsplan innebærer ikke noen vesentlig endring av retning. Ambisjonen for revideringen har vært å beholde kvalitetene fra den første planen, men samtidig fornye og oppdatere slik at planen gir et godt grunnlag framover.

Vi tenker fortsatt et det er riktig å framheve noen satsingsområder. Felles for disse er at de kan anvendes på tvers av pasientgrupper og faglige strategier. I vår forrige utviklingsplan prioriterte vi fem satsingsområder. Disse vil vi videreføre. I tillegg har vi hentet fram et nytt satsingsområde. Vi har lært at samarbeidet med brukerne våre er avgjørende for å få til de endringene som brukere, helsetjeneste og samfunn behøver. Derfor vil vi legge til rette for å styrke helsekompetanse hos pasienter og pårørende.

De seks satsingsområdene som skal bidra at vi når målene er dermed:

- Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering
- Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi
- Samarbeid om de som trenger det mest
- Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av tjenester
- Ta tiden tilbake, mer tid til pasientrettet arbeid
- Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Denne utgaven av regional utviklingsplan er delt i to deler. Første del beskriver de viktigste trendene og satsingsområdene som er vårt svar på dem. Andre del omtaler rammer og forutsetninger for å få det til.

Innledning

Vi må være ærlige på at vi står foran store utfordringer i helsetjenesten. Det er lettere å lage en plan enn å gjennomføre endringer. Regional utviklingsplan peker på muligheter, men det er vårt ansvar at de blir realiteter. Vi vil arbeide videre med fagplaner og delstrategier, og vi må legge enda bedre til rette for at vi klarer å endre oss raskere. Vi må tenke mer innovasjon og smidigere tjenesteutvikling. En ting er sikkert. Ingen klarer dette alene.

Regional utviklingsplan har involvert mange av de ansatte i Helse Sør-Øst, men først og fremst har den blitt til gjennom dialogen med brukerne og aktørene rundt oss. Planen har vært på høring og vi har mottatt over 70 høringsinnspill. Tilbakemeldingene er lagt til grunn i endelig versjon. Vi takker for hjelpen og gleder oss til å fortsette å utvikle helsetjenesten sammen.

Terje Rootwelt
Administrerende direktør



Trygg og god behandling til alle

Brukerutvalget ønsker at alle pasienter skal motta trygg og god behandling. Det betyr blant annet at alle som ønsker tar del i beslutninger om egen behandling ut fra hva som er viktig for den enkelte. Helsetilbudet må være styrt av pasientenes behov og samtidig bygge på kompetansen hos behandlerne. Vi vil medvirke. Det er også viktig at pårørende får delta og har mulighet for medvirkning. Gjennom samvalg vil pasienter og pårørende kunne ta de beslutningene som er best for den enkelte.

Skal vi få til dette, må vi arbeide bedre sammen. Det er også behov for en kulturendring i helsetjenesten hvis samvalg skal virke. Som brukerutvalg kan vi påvirke helsetjenesten på systemnivå. Samvalg er medvirkning på individnivå. I mellom der er det fortsatt en åpning for at vi kan medvirke mer når det enkelte tjenestetilbud skal utvikles.

Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst peker på seks satsingsområder. Brukerutvalget oppfatter disse som grunnleggende og med betydning for alle deler av behandlingstilbudet. Sammen setter de en retning som vi tror vil gi en bedre helsetjeneste, både for brukere og behandlere. Det vil ikke komme av seg selv, men er heller ikke umulig.

Brukerutvalget liker spesielt det nye satsingsområdet «Styrke pasienter og pårørendes helsekompetanse og involvering». Vi ønsker at det raskt etableres flere brukerstyrte poliklinikker. Styrket helsekompetanse blant pasienter og pårørende er blant annet avgjørende for å lykkes med brukerstyrte poliklinikker.

Det har i lang tid vært fokus på samhandling og gode overganger. Brukerutvalget ser at det fortsatt er mye å gå på for å få dette til. Vi har store forventninger til at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i helsefellesskapene skal lykkes med dette. Vi vil understreke at dette haster, og at det har hastet lenge. Vi mener alle pasienter skal oppleve helsetjenesten som en helhet, uavhengig av nivå.

Brukerutvalget ser at det fortsatt er store utfordringer innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det vil kreve en betydelig innsats i flere år framover. Det er derfor positivt at disse områdene er løftet i utviklingsplanen. Vi har forventninger til at Helse Sør-Øst RHF følger opp arbeidet som er satt i gang med fagplan psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Planer er bra, men det er gjennomføringen som er viktig.

For å oppnå den beste helsetjenesten for pasienter og pårørende er brukerutvalgets oppfordring derfor: la oss lære av de gode eksemplene og ikke gi oss før gode løsninger er tatt i bruk. Til beste for brukerne, men også for ansatte i vår helsetjeneste.

Brukerutvalget gleder seg til å bidra til gjennomføringen av denne utviklingsplanen.

Hilsen Regionalt brukerutvalg i Helse Sør-Øst



1

Bakgrunn

Hva finner du i denne oppdateringen av regional utviklingsplan?

Den første regionale utviklingsplanen for Helse Sør-Øst 2035 beskriver bakgrunn og begrunnelse for valg av utviklingsretningen for vår region.

Oppdateringen har vi delt i to deler. Den første beskriver hvordan vi forstår noen av de viktigste trendene og hva vi tenker vi må gjøre for å møte dem. I den andre delen beskrives rammer og forutsetninger som er en viktig del av premisene vi må handle ut fra. Sentrale nasjonale og regionale planer og strategier inngår i denne delen.

Om Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst sin visjon er:

«Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det».

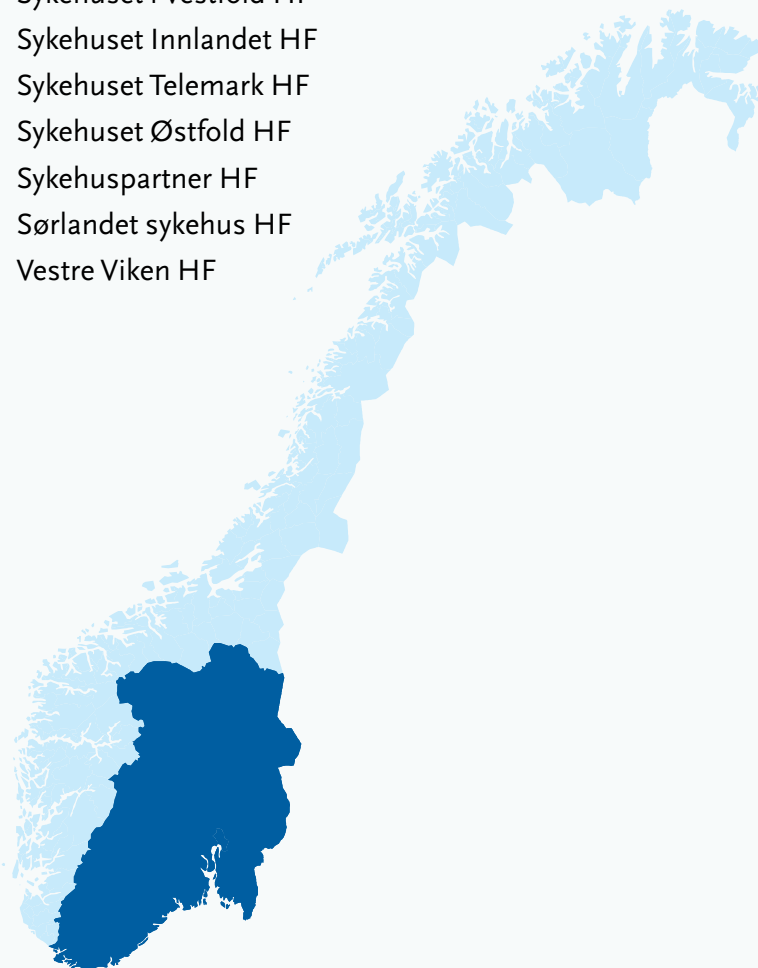
Virksomheten i Helse Sør-Øst baserer seg på de nasjonale verdiene kvalitet, trygghet og respekt.

Spesialisthelsetjenester til omtrent halve Norges befolkning

Helse Sør-Øst RHF har et sørge-for-ansvar for spesialisthelsetjenester til om lag tre millioner mennesker i fem fylker: Innlandet, Oslo, Vestfold og Telemark, Viken og Agder. Per desember 2021 er det tilsammen 146 kommuner i disse fylkene. Eventuelle endringer i fylkes- og kommunestruktur påvirker ikke automatisk organisering av sykehus og opptaksområder, men slike endringer fordrer blant annet avklaringer av organisering av prehospitale tjenester.

Helse Sør-Øst RHF eier elleve helseforetak:

- Akershus universitetssykehus HF
- Oslo universitetssykehus HF
- Sunnaas sykehus HF
- Sykehusapotekene HF
- Sykehuset i Vestfold HF
- Sykehuset Innlandet HF
- Sykehuset Telemark HF
- Sykehuset Østfold HF
- Sykehuspartner HF
- Sørlandet sykehus HF
- Vestre Viken HF



Helseforetakene har virksomhet på mange steder, herunder somatiske og psykiatriske sykehus, desentraliserte tilbud med distriktpsikiatriske sentre og poliklinikker og utstrakt samarbeid med kommuner. Helseforetakene er nærmere beskrevet her: [Våre helseforetak](#)

I tillegg til lokalsykehusfunksjoner ivaretar Oslo universitetssykehus HF flere nasjonale, flerregionale og regionale oppgaver. Sunnaas sykehus HF er et eget helseforetak for spesialisert rehabilitering. Det tilbys også rehabilitering i øvrige helseforetak, private ideelle sykehus med driftsavtale og gjennom avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner. Åtte helseforetak i regionen, utover Sunnaas, har barne- og ungdomshabilitering og voksenhabilitering.

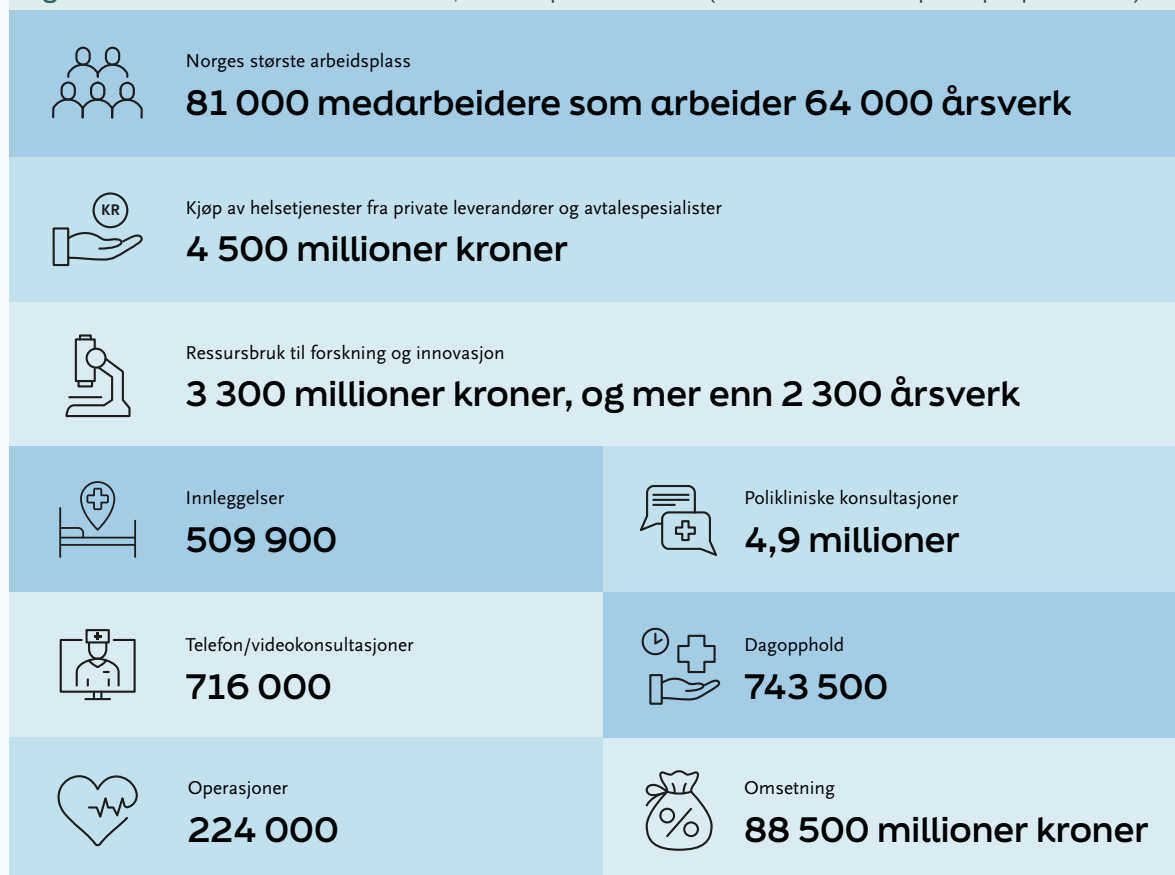
Helse Sør-Øst RHF er en av landets største eiendomsforvaltere med en bygningsmasse på 2,8 millioner kvadratmeter bruttoareal.

Private aktører er et viktig supplement og alternativ til tilbudene ved helseforetakene. Sammen med helseforetakene bidrar de private til å oppfylle Helse Sør-Øst RHF sitt sørge-for-ansvar.

Helse Sør-Øst RHF har et tett og forpliktende samarbeid med fem private ideelle sykehus:

- Betanien Hospital
- Diakonhjemmet Sykehus
- Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Martina Hansens Hospital
- Revmatismesykehuset

Figur 1 Nøkkeltall om Helse Sør-Øst, basert på 2019-tall (siste normale driftsår før pandemi)



2

Trender og utviklingstrekk

Både [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023](#) og helseforetakene peker i sine utviklingsplaner på trender og utviklingstrekk som vil treffe helsetjenesten i årene som kommer. Noen er globale, og vi kan være relativt sikre på at de vil vedvare selv innenfor en lang planperiode. Andre er mer usikre. Her beskrives noen av de mest sentrale trendene og utviklingstrekkene. De er ikke vesentlig endret fra den første regionale utviklingsplanen, men har blitt tydeligere og er her fordelt innen tre områder: befolkningen og samfunnet, pasienter og pårørende og helsetjenesten.

Planlegging av framtidige helsetjenestetilbud gjøres ikke bare med analyse av trender og utviklingstrekk, men også med støtte i framskrivinger av befolkningens behov for helsetjenester. Det er nå etablert felles tallgrunnlag og metode for framskrivinger, og vi har hentet noen av de sentrale framskrivinger inn her i tillegg til at de er omtalt i del to av utviklingsplanen.

Befolkningen og samfunnet

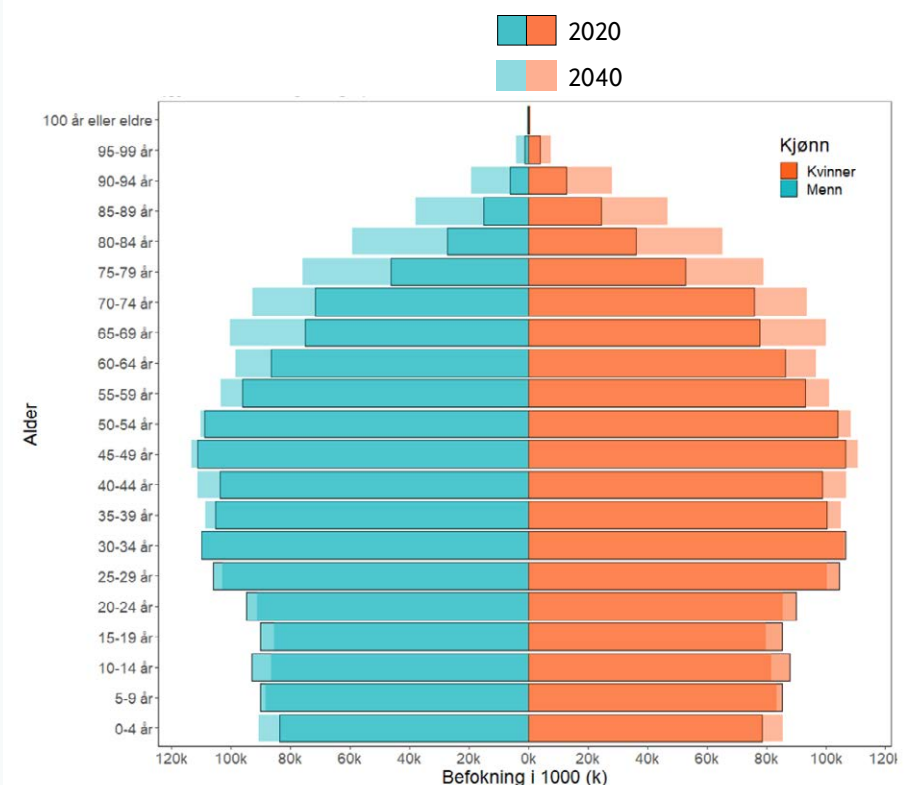
Vi blir flere eldre og færre yngre

Balansen mellom den yngre og eldre del av befolkningen er i endring. Som illustrert under treffer utviklingen oss dobbelt ved at vi samtidig blir flere eldre og færre yngre.

Modeller som framskriver befolkningens helsetilstand, behov for helsetjenester og effekten av ulike helsefremmende tiltak blir stadig bedre. I [Perspektivmeldingen 2021](#) drøftes sammenhengen mellom økt levealder og behovet for helse og omsorgstjenester. Meldingen legger til grunn at flere eldre også betyr flere pasienter med kroniske og sammensatte sykdomsbilder, men at medisinske framskritt vil gjøre

det lettere å leve med sykdom. Det antas at en aldrende befolkning vil trenge helsetjenester for en lengre periode enn tidligere generasjoner, men eldreomsorg for en kortere periode. Samtidig er det en økning i antall pasienter med demenssykdommer som vil kreve ekstra ressurser i hele helsetjenesten. Dersom aldersspesifikk forekomst ikke forandrer seg, vil økningen i forventet levealder i Norge medføre at

Figur 2 Framskrevet befolkning for Helse Sør-Øst, 2020 og 2040



Kilde: Statistisk sentralbyrå

antallet personer med demens mer enn dobles fra 2020 til 2050 i Norge, og firedobles mot år 2100 (Demens i Norge, Folkehelseinstituttet, 2021).

Den andre siden av problemstillingen er at det blir for få yngre. For at befolkningstallet skal holde seg stabilt må det fødes 2,1 barn per kvinne. Fruktbarheten/valget om å føde i Norge har sunket med et halvt barn per kvinne siden 2009, og antall fødte barn per kvinne i Norge var i 2020 1,48. Det er det laveste som noen gang er målt. Utviklingen fører også til færre yrkesaktive per trygdemottaker og færre som kan rekrutteres til helsetjenesten.

De unge flytter mot sentrum, og de eldre blir

Det innenlandske flyttemønsteret i Norge er sentraliserende.¹ Selv om Statistisk sentralbyrås seneste befolkningsframskrivning anslår en generell befolkningsvekst for landet som helhet, er veksten utenfor de aller største byene lavere enn gjennomsnittet, og folketallet vil synke i de fleste av landets 356 kommuner.² En befolkningsframskrivning etter opptaksområder i Norge 2020–2040 viser at områdene rundt Oslo vokser mest.

Unge mennesker bidrar til en sentralisering, ikke bare til de store byene, men også sentralisering rundt tettstedene

Tabell 1 Befolkningsframskrivning 2020 til 2040 etter opptaksområder for sykehusene i Helse Sør-Øst

	Befolkning			Andel over 80 år	
	2020	2040	Endring i %	2020	2040
Akershus universitetssykehus	578 691	672 099	16%	4%	7%
Diakonhjemmet Sykehus	144 467	159 656	11%	4%	8%
Lovisenberg Diakonale Sykehus	160 579	169 114	5%	1%	3%
Oslo universitetssykehus	277 204	324 058	17%	3%	6%
Sykehuset i Vestfold	246 041	269 397	9%	5%	9%
Sykehuset Innlandet	338 965	352 609	4%	5%	10%
Sykehuset Telemark	173 355	178 614	3%	5%	10%
Sykehuset Østfold	317 489	355 323	12%	5%	9%
Sørlandet Sykehus	307 231	333 985	9%	4%	8%
Vestre Viken	488 650	546 690	12%	5%	9%
Helse Sør-Øst	3 032 671	3 361 545	11%	4%	8%

Kilde: Statistisk sentralbyrå, (hovedalternativ)

- ¹ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/okt-flytteaktivitet-i-norge>
- ² <https://www.ks.no/fagomrader/demokrati-og-styring/kommunereform/noen-fakta-om-nye-kommuner-fra-2020/>

i distriktene. De unge flytter mer enn de eldre, og kvinner flytter mer enn menn. Dette reiser problemstillingen om hvordan helsetjeneste best understøttes i distriktene. I utredningen Det handler om Norge (NOU 2020:15) beskrives situasjonen slik: «Distriktskommuner har i dag en eldre befolkning enn resten av landet. Fram til 2040 vil antallet personer over 80 år i distriktene nesten doble seg. Distriktskommuner får dermed en eldrebølge på toppen av en allerede relativt gammel befolkning».

Det er videre mye som tyder på at det vil være en utfordring, særlig for mindre kommuner, at antallet barn og unge reduseres i antall og som andel, andel yrkesaktive blir lavere, mens antallet og andel eldre vokser. Fra 2020 til 2040 vil antallet yrkesaktive per 80-åring halveres. Framskrivninger er omtalt og beskrevet mer i del to av regional utviklingsplan.

Forventningene til helsetjenesten vil fortsette å stige

Ny diagnostikk, nye og oftest dyre behandlingsformer, et globalisert helsemarked, der så vel informasjon som diagnostikk vil bevege seg over landegrensene, vil bidra til at befolkningens forventninger stiger. Et godt, tilgjengelig og brukervennlig helsetilbud er en nødvendig forutsetning for å opprettholde en offentlig helsetjeneste som befolkningen er villig til å betale for. Økende bruk av private helseforsikringer påvirker også utvikling og forventninger.

Samfunnet har færre arbeidsplasser for folk uten høyere utdanning

Dette bidrar til at det for mange er vanskelig å finne arbeidsplasser som ikke krever høyere utdanning. Planlagt oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten vil åpne for flere lærlinger og fagarbeidere. Nye fagutdanninger spisset mot sykehus-

arbeid vil kunne etableres i sykehusene, i samarbeid med kommuner og fylker. Slik vil også personell uten formalkompetanse kunne kvalifisere seg. Ved Oslo universitetssykehus HF får pleiemedhjelpere formalkompetanse ved «Fagbrev på jobb» i samarbeid med Oslo kommune. Dette vil trolig gjøre rekruttering enklere og også være bra for samfunnet.

Framtidens arbeidstakere er digitale innfødte

Arbeidslivet er i endring og helsetjenesten så vel som andre vil møte en ny generasjon arbeidstakere, den såkalte «Generasjon Z», født fra cirka 1995. I følge Opinion vil dette være den hittil best utdannede og mest kunnskapsrike generasjonen. De er vokst opp med sosiale medier i et trådløst, «hyperlinket» og brukertilpasset informasjonssamfunn.



Klimaendringer har betydning også for helse

Norges befolkning har generelt god helse, og helsemessig står vi relativt godt rustet mot virkninger av klimaendringer. Likevel vil mer nedbør, hetebølger og tørkeperioder få betydning for helsen vår. Klimaendringer kan påvirke den fysiske og psykiske helsen i befolkningen på flere måter; fra luftveis- og hjerte- og karsykdom, allergi, skader og død knyttet til ekstreme værhendelser, til endringer i utbredelse og geografisk fordeling av smittsomme sykdommer og antimikrobiell resistens.

En samlet spesialisthelsetjeneste arbeider med å nå målsetningene i FNs bærekraftsmål om blant annet 40 prosent reduksjon av CO₂-utslipp fra drift av sykehus innen 2030.



Tillit er viktig for et velfungerende samfunn

Norge er et av landene i verden med mest tillit, mellom mennesker og mellom innbyggere og myndigheter. Tillit er en ressurs som gjør endringer gjennomførbare. Den er også basis for politisk styring. Pandemien er et godt eksempel. På forhånd ble ulike lands pandemiberedskap vurdert, og Norge ble vurdert å ha lavere beredskap enn England og USA. Ved utgangen av 2020 hadde Norge likevel færre døde og lavere fall i brutto nasjonal produkt. En del av forklaringen er tillit til myndigheter og mellom folk som gjorde at pandemirelaterte tiltak hadde stor tilslutning i befolkningen.

Sosiale medier kan bidra til polarisering, og at det er vanskelig å etablere hva som er sant og usant. Et godt eksempel på dette er vaksineskepsis i forbindelse med pandemien. Vaksineskepsis regnes nå blant de ti viktigste helsetrusler i verden.

Dette er en samfunnsutvikling som kan bidra til at det blir vanskeligere å gjennomføre nødvendige endringer i samfunn og i helsetjeneste.

Verden endrer seg fort og vi må tenke mer på beredskap og sikkerhet

I mars 2020 startet koronapandemien. Den har vist oss hvor sårbart det internasjonale samfunnet er for forstyrrelser i forsyningskjedene, enten det dreier seg om arbeidskraft, produkter eller legemidler, og hvor store og omfattende endringer det har medført nasjonalt.

Koronakommisjonen fastslo at myndighetene ikke lyktes godt med å nå fram til deler av innvandrerbefolkningen under pandemien, og anbefaler at myndighetsaktører på alle nivåer utvikler planer for krisehåndtering i et flerkulturelt og mangfoldig samfunn. Vi vil bidra til at tydelige planer for å nå ut til minoritetsspråklige og andre sårbare grupper inngår i beredskapsplanverket.

I februar 2022 startet en krig i Europa hvis utfall vi ennå ikke kjenner. Det har utløst den største flyktningstrømmen siden andre verdenskrig. Omfattende økonomiske sanksjoner utløser igjen store endringer.

Helse Sør-Øst RHF har hatt og vil fortsatt ha en viktig rolle i regional og nasjonal beredskap. Det må skje i nært samarbeid med kommuner, fylkeskommuner, statsforvaltere, forsvaret, de andre regionale helseforetakene og myndighetene.



Pasienter og pårørende

Pasientene vil få mulighet til å medvirke mer

Kombinasjonen av brukernes ønske om å delta aktivt i beslutninger og nye teknologiske muligheter, gir et stort potensial for å finne nye løsninger innen helse. Noen oppgaver kan flyttes til pasientene, og andre oppgaver kan løses bedre og mer effektivt innen helsetjenesten.

På lengre sikt vil utviklingen av sensorteknologi, «Big Data» og «Internet of Things» gjøre det mulig for pasienter i stor grad å overvåke sin egen helse og kommunisere direkte med internasjonale helsedatabaser, kompetansesentre og tilbydere av helsetjenester. Mange av mulighetene eksisterer allerede i dag.

Det må bli enklere for pårørende og frivillige å bidra

Pårørende og frivillige yter allerede en formidabel innsats. Mange pasientorganisasjoner tilbyr for eksempel likepersonearbeid, mentorordninger og ledsagertjenester. Dette gis av frivillige som bidrar med sin kunnskap og livserfaring til å støtte og hjelpe andre. Uten pårørendes og frivilliges innsats ville dagens kapasitet i helsetjenesten vært for liten. Det er behov for bedre koordinering av frivillig arbeid, for eksempel ved utvidet bruk av frivillighetskoordinator.

Helsetjenesten

Norge har gode helsetjenester

Spesialist- og primærhelsetjenesten i Norge viser svært gode resultater i nyere internasjonale sammenligninger.^{3,4} Samtidig med at helsetjenesten er god, indikerer undersøkelsen at vi også har forbedringsområder. Dette gjelder for pasientforløpet for pasienter med kroniske lidelser, forebygging, pasientmedvirkning og lik tilgang til helsetjenester.

Likeverdige helsetjenester er en utfordring

Geografien og bosetningsmønsteret i Norge gjør det krevende for både kommuner og spesialisthelsetjenesten å yte likeverdige helsetjenester. Utviklingen av befolkningssammensetningen har konsekvenser for hvilke muligheter som finnes for oppgavedeling, rekruttering og bærekraft. Den høye alderen i distriktskommunene vil gi kommunene relativt høyere forpliktelser til pleie og omsorg, et større behov for helsepersonell og en mindre rekrutteringsbase.

I utredningen Det handler om Norge beskrives spesialisering og «silo-tenkning» i helsetjenesten som negativt for

- 3 Schneider et al. (2021). Mirror, mirror 2021. Reflecting poorly: Health care in U.S. compared to other high-income countries.
- 4 <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/norway-country-health-profile-2021>

distriktene. Det gjør det nødvendig med regionale nettverk for å få til innovasjon. Det styrker behovet for gjensidig veiledning og samarbeid, og at vi bruker helsefelleskapene mer aktivt til dette.

Ny diagnostikk og nye behandlingsformer oppstår raskt

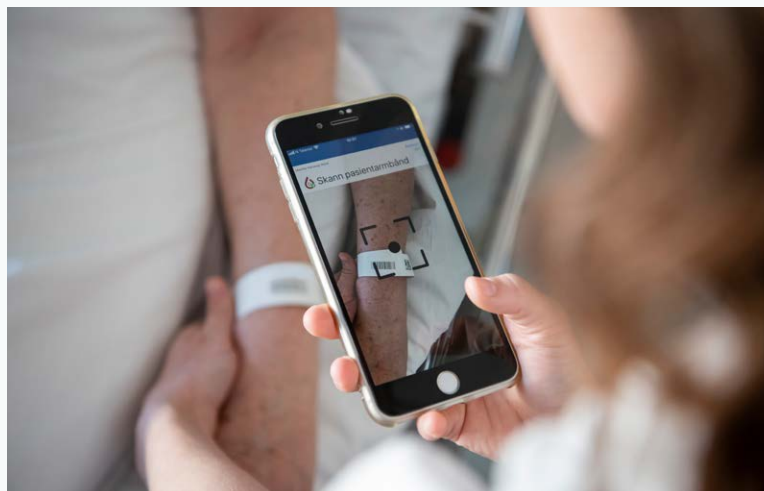
Denne raske utviklingen gjør at vi ikke kan designe sykehus bare basert på det vi vet, men må sørge for tilstrekkelig fleksibilitet til å håndtere endringene når de kommer.

Et eksempel er magesår som i løpet av kort tid gikk fra å kreve kirurgisk behandling til antibiotikabehandling.

Et annet eksempel er injeksjonsbehandling for aldersrelatert makuladegenerasjon, som har krevd en stor økning i poliklinisk kapasitet innen øyefaget. Et siste eksempel på endrede forutsetninger for helsetjenesten er at antibiotikaresistens er et sterkt økende problem som kan ha dramatiske følger for helsetjenestens utforming og evne til å yte behandling.

Ny teknologi åpner for nye arbeidsmåter og utvikling av tjenester og produkter

Den kanskje største driveren for utvikling både i næringsliv og i samfunnet forøvrig er digitalisering. Rimelig forbrukselektronikk vil gi folk flest enkel tilgang til en rekke private helsetjenester. Kunstig intelligens og maskinlæring kan gi nye verktøy for beslutningsstøtte og for robotisering av arbeidsprosesser innen pleie, diagnostikk og behandling. Verden går i retning av mer nettbaserte helsetjenester. Det vil fortsatt være behov for sykehusbygg, samtidig som nye teknologier vil kreve nye organisasjons- og driftsmodeller. Ny teknologi skaper nye roller og relasjoner mellom medarbeidere og ledere.



Flere av de tradisjonelle oppgavene til akuttmottakene er i ferd med å flytte seg fra sykehusene og ut i ambulansene. De senere årene er det utviklet nye prehospitale behandlingsopplegg for sykdomstilstander som tidligere bare ble gitt i sykehus, for eksempel behandling av pasienter med symptomer på akutt hjerteinfarkt og hjerneslag. Det utvikles også stadig nye mobile diagnostiske hjelpemiddel som hurtigtester, ultralyd, videoassisterte teknikker og prosedyrer, samt mobile røntgen- og CT- løsninger.

Sentralisere, desentralisere eller pasientsentrere

Mottoet har vært «sentralisere det vi må på grunn av kvalitet, desentralisere det vi kan». Det er fortsatt et potensial for å flytte virksomhet fra store til små sykehus, særlig innen somatikken. Ny teknologi åpner for å tenke nytt også her.

Kommunikasjonsteknologi fører til at det blir lettere å samle kompetanse fra ulike sykehus og ulike nivåer i helse-

tjenesten rundt pasienten - i stedet for å sende pasienten mellom aktørene. Bedre kommunikasjon om og elektronisk oppfølging av en pasient kan i en region brukes til å overføre oppgaver fra sykehus til fastlege. Et annet sted kan mangel på fastleger gjøre at samme løsning flytter oppgaver til lokal-sykehusene.

Ambulerende team møter pasienten hjemme og får dermed andre forutsetninger både for diagnostikk og behandling. Dette åpner også for utvidet samarbeid på tvers av nivåene i helsetjenesten.

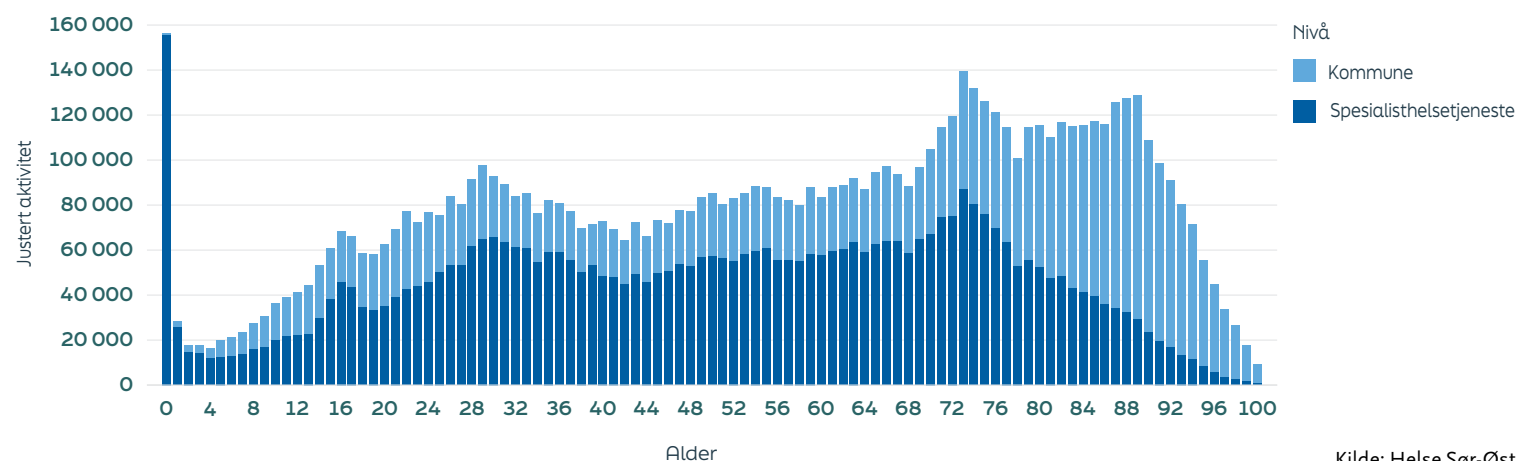
Uansett handler det om å bruke teknologi til å flytte behandling så nær pasienten som mulig. Det er samtidig viktig at det hele tiden søkes etter nye områder som lar seg desentralisere, også fra regionssykehuset og til andre helseforetak i regionen. Det styrker helseforetakene samtidig som det åpner for faglig nyutvikling på regionalt nivå.

Helsetjenesten i kommunene er under økende press

Framskrivninger av aktivitet viser at økningen i belastning trolig blir større for kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenester enn for spesialisthelsetjenesten. Dette er tydeligst for en aldrende befolkning og deres tjenestebehov. De fleste kommuner har allerede i dag utfordringer med å rekruttere helsearbeidere.

Figuren under viser den samlede ressursinnsatsen for pasienter som har vært i behandling i primær- og spesialisthelsetjenesten (somatikk) fordelt på alder.⁵ Figuren viser med all tydelighet at kapasitetsutfordringene knyttet til en aldrende befolkning vil treffe kommunehelsetjenesten i størst grad. Spesialisthelsetjenesten må derfor i mindre grad planlegge for hvordan de skal overføre oppgaver til primærhelsetjenesten, og i større grad spørre hvordan sykehusene kan understøtte og avlaste pleie- og omsorgstjenestene.

Figur 3 Ressursinnsats somatikk i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten



⁵ For å sammenstille aktivitet på tvers av sektorer brukes en omregning fra aktivitet (f.eks. polikliniske opphold, liggedøgn, timer) til penger basert på estimerte enhetskostnader.

Tilgang på fastleger vil ha stor betydning også for spesialisthelsetjenesten

Fastlegeordningen er en viktig del av grunnmuren i norsk helsetjeneste. Økende arbeidsbelastning og stadig flere arbeidsoppgaver har bidratt til at ordningen i dag er kritisk utfordret. I september 2022 var 235.000 mennesker uten fastlege, noe som er en dobling på ett år. Rekrutteringen til nye fastlegestillinger er vanskelig selv i sentrale områder, og mindre enn 10 % av dagens legestudenter sier de vil bli fastlege.

Konsekvensene av en svekket fastlegeordning vil være alvorlige for spesialisthelsetjenesten. Dette beskrives godt blant annet i Sykehuset i Vestfold HF (SiV) sin utviklingsplan. Helseforetaket peker på at de mister en verdifull samarbeidspartner og at konsekvensene vil bli betydelige dersom ikke fastlegeordningen fungerer. Blant annet vil dette i sum kunne medføre at helseforetakets framskrivninger ikke lenger vil være reelle, og at SiV i så fall vil stå overfor store kapasitetsutfordringer. SiV påpeker også at mangel på et helhetlig tjenestetilbud i opptaksområdet vil kunne være negativt for rekruttering av kompetente medarbeidere.

Sosial ulikhet i helse

Norge er et av de landene i verden hvor det er minst forskjell på fattig og rik, men forskjellene har økt de siste ti årene, også når det gjelder helse. Nyere rapporter som for eksempel [Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester, Statistisk sentralbyrå, Rapport 2021-23](#), [Sosial ulikhet tar liv – faglige og folkehelsepolitiske vurderinger, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Rapport 2022](#) bekrefter dette, og viser at andelen med god helse øker med økende utdannings- og inntektsnivå.

For vår region kan sosial ulikhet i helse blant annet synliggjøres ved ulik forventet levealder (se tabell 2). Tabellen viser at i bydelene i Oslo, er differansen i forventet levealder om lag 5 år for kvinner og 7 år for menn.

Tabell 2 Forventet levealder i fylker og bydeler i Oslo målt i perioden 2006–20

Fylke/bydel	kvinner	menn
Agder	83,5	79,5
Innlandet	83,2	79,3
Vestfold og Telemark	83,4	79,5
Viken	83,9	80,1
Oslo	83,6	79,8
Bydel Alna	82,5	79,0
Bydel Bjerke	83,2	79,3
Bydel Frogner	84,6	80,6
Bydel Gamle Oslo	82,3	77,0
Bydel Grorud	81,8	77,8
Bydel Grünerløkka	80,8	76,4
Bydel Nordre Aker	85,4	82,2
Bydel Nordstrand	84,6	81,5
Bydel Sagene	80,8	75,8
Bydel St.Hanshaugen	82,9	78,8
Bydel Stovner	82,7	78,9
Bydel Søndre Nordstrand	84,0	80,0
Bydel Ullern	85,2	82,1
Bydel Vestre Aker	85,9	82,8
Bydel Østensjø	83,7	80,1

Kilde: KommuneHelse (fhi.no)

Det er komplekse forhold ved og i samfunnet som skaper sosial ulikhet i helse, og som bestemmer gjennomsnittlig helsetilstand for ulike sosiale grupper i befolkningen. Mye skyldes skjevfordeling av økonomiske og sosiale ressurser, utdanning og arbeid i befolkningen. For å forebygge sosial ulikhet i helse må vi forstå hele årsakskjeden og ikke bare risikofylt helseatferd som røyking eller sviktende mestringssevne.

Sosiale ulikheter i helse er en etisk, velferdsmessig og økonomisk utfordring. I likhet med andre sektorer har helse-tjenesten også et ansvar for å bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse. Vi kan bidra i arbeidet med å styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og samarbeide mer om de som trenger det mest. Vi kan også redusere uønsket variasjon i kvalitet og tilbud av tjenester. Det er behov for forskning som kan gi samfunnet mer kunnskap om de sosiale konsekvensene av strukturelle sider ved helsetjenesten (som egenandeler) og prioriteringer (økonomiske og faglige). Reformen og nye tiltak i helsetjenesten bør også ta hensyn til eventuelle konsekvenser for sosiale ulikheter. Vi må for eksempel passe på at ny teknologi og nye arbeidsformer ikke bidrar til å forsterke sosiale ulikheter i helse.

Alle må tenke forebygging

Morgendagens kapasitetsutfordringer løses ikke innenfor sykehusenes vegger alene. Spesialisthelsetjenesten må ta en mer aktiv rolle også i forebyggende helsearbeid. Det er ikke lenger riktig å tenke at forebygging er oppgave for andre deler av helsetjenesten. Spesialisthelsetjenestene har særlig ansvar for videre forebygging der sykdom allerede har oppstått, men vi må også bruke vår kunnskap til primær forebygging.

Kapasitets- og bemanningsutfordringene må møtes sammen og ikke hver for seg

Med uendrede arbeidsformer vil bemanningsbehovet fortsette å øke betydelig både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgssektor. En slik bemanningsvekst er neppe realistisk og heller ikke bærekraftig i et samfunnsperspektiv. Dersom vi ikke samarbeider, vil vi i økende grad konkurrere om de samme ressursene. Vi bør finne løsninger som både kan virke på tvers av nivåene, og som kan være attraktive for medarbeidere både i kommuner og spesialisthelsetjenesten.



Tilstrekkelig antall ansatte med riktig kompetanse er den største utfordringen framover

Pandemien har vist sårbarheten i spesialiserte fagmiljøer, og vi har muligheten til å lære både av våre erfaringer og av hvordan andre land fordeler arbeidet. Det er et stort potensial for å avlaste den mest kritiske kompetansen i sykehus ved økt bruk av støttepersonell. Pandemien satte kraftig fart i bruken av nye teknologiske løsninger, og har samme potensial for å sette fart i arbeidet med oppgavedeling.

Ny teknologi og nye arbeidsformer krever ny kompetanse, tilpasningsdyktige medarbeidere og utdanninger

Det er mange eksempler på at utvikling av teknologi og nye arbeidsformer vil påvirke behovet for kompetanse og kompetanseutvikling. I tillegg til teknologisk kompetanse vil kompetanse på samvalg, samhandling, koordinering, logistikk, ledelse og organisering bli stadig viktigere.

Tverrfaglige team på tvers av omsorgsnivåene vil bli nødvendig. Dette vil være en felles utfordring for alle utdanninger, og tverrprofesjonelle utdanningsløp må utvikles i større grad. Det vil være behov for å forske mer på effekt av tiltak som iverksettes, og utdanningsløpene må tilrettelegges for dette.

Ny teknologi i diagnostikk, behandling og oppfølging gir kontinuerlig behov for å utvikle kompetanse.

Digital kompetanse må inkludere teamkompetanse. Økt bruk av digitale løsninger vil i større grad kreve at helse-tjenestene jobber i team. Respekt for brukere, pasienter og pårørende må være en selvfølge, med god kjennskap til bl.a. kultur og helse, økende andel av innvandrere i (hele) befolkningen, og ikke bare i Oslo. Grunnleggende for reelt samarbeid om helhetlige pasientforløp og teamarbeid er gjensidig respekt for andre profesjoners og sektors bidrag. Det er avgjørende for å lykkes.

Økonomiske rammer stiller større krav til nytenking

De økonomiske rammene for spesialisthelsetjenesten er sentrale premisser for all tjenesteutvikling og for behandlingstilbudet. Handlingsrommet Norge har hatt de siste årene for å prioritere nye formål ser ut til å bli mindre. I følge [Perspektivmeldingen 2021](#) vil dette medføre økte utfordringer for alle deler av offentlig sektor, også spesialisthelsetjenesten. De må møtes med mer effektive behandlingsformer, men først og fremst gjennom nytenking og nye arbeidsformer. Det er likevel trolig at ressursbruk til helse vil øke.

3

Mål og satsingsområder

«Helse er å ha overskudd
til hverdagens krav».

— Peter Hjort

Den forrige utviklingsplanen satte fire hovedmål for utviklingen av spesialisthelsetjenesten, som fortsatt er like aktuelle:

- bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- bærekraftige helsetjenester for samfunnet

Når vi ser trender og utviklingstrekk under ett står noen ting fram:

- Vi har en utfordring knyttet til riktig og tilstrekkelig kompetanse i helsetjenesten.
- Vi bruker ikke fagfolkene sin kompetanse godt nok.
- Vi har ennå ikke fått til god nok arbeidsdeling mellom nivåer og fagområder.
- Teknologisk utvikling gjør det mulig å flytte behandling ut av sykehusene.
- Mange pasienter ønsker større innsyn og mer medvirkning i egen behandling.

Det er noen fellestrekk i hvordan vi kan tilnærme oss disse trendene og utviklingstrekene. Vi har samlet dette i seks satsingsområder. Fem av satsingsområdene er videreført fra den forrige utviklingsplanen. I tillegg kommer et nytt

satsingsområde «Pasienter og pårørendes helsekompetanse». God helsekompetanse er en forutsetning for at vi sammen skal utvikle en bedre helsetjeneste og vil gjøre det lettere å gjennomføre de andre satsingsområdene. Satsingsområdene skal peke framover og beskrive hva vi mener bør ligge til grunn for samlet utvikling av helsetjenesten. De skal kunne brukes på tvers av alle fagfelt.

Utfordringen med denne type plan er å være konkret. Vi har prøvd å beskrive status innen de enkelte satsingsområdene, hva vi ønsker å gjøre og hvilke effekter vi mener det vil gi. For pasienter, for ansatte og for helsetjenesten. Vi vil arbeide videre med fagplaner og delstrategier, og vi må legge enda bedre til rette for at vi klarer å endre oss raskere.



Foto: Sunnaas sykehus HF

Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering

Pasienten og pårørende skal delta aktivt i egen behandling og utformingen av helsetjenesten

For å utvikle helsetjenesten må pasienters og pårørendes kompetanse og ressurser anerkjennes og brukes. Økt helsekompetanse vil styrke pasienter og pårørendes rolle og involvering.

Hva er helsekompetanse?

Helsekompetanse defineres som grunnleggende ferdigheter, kunnskaper og motivasjon som gjør den enkelte pasient og pårørende i stand til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne ta gode helserelaterte beslutninger i hverdagen.⁶

I spesialisthelsetjenesten omfatter helsekompetanse at pasienter og pårørende har både kunnskap om å håndtere egen helse, navigere i helsetjenesten, finne god helseinformasjon og kritisk kunne vurdere denne. Helsekompetanse omhandler også ferdighetstrening, kunne gjøre seg forstått og kommunisere om helse med helsepersonell, kjenne til rettigheter og tilbud og kunne bruke digitale verktøy («digital helsekompetanse»).

Økt helsekompetanse i befolkningen er avgjørende for å lykkes med de andre satsingsområdene som er beskrevet i utviklingsplanen. Bruk av ny teknologi krever digital helsekompetanse hos pasienter, pårørende og helsepersonell. For eksempel gjelder dette tilbud som brukerstyrte poliklinikker, avansert hjemmebehandling, digital kommunikasjon med



helsepersonell, nettbehandling, egenmålinger og ulike elektroniske opplæringstilbud. Slike nye tjenestetilbud innebærer blant annet at pasient og pårørende får et større ansvar for helse og behandling og må ha ferdigheter, kunnskap og motivasjon til å håndtere digitale verktøy. Sammen med resten av spesialisthelsetjenesten, myndighetene og primærhelsetjenesten, har vi et ansvar for å øke kunnskapen om helse i befolkningen slik at de kan håndtere hverdagen på en trygg og god måte.

⁶ HLS19-Rapport_ Befolkningens helsekompetanse del 1 (Helsedirektoratet.no)

Status

Mange forstår ikke helseinformasjon.⁷ Hver tredje person i Norge har mangelfull kompetanse om helse, og over halvparten kan ikke nok om å finne fram i helsevesenet. Fire av ti synes det er vanskelig å vurdere fordeler og ulemper ved ulike behandlinger. Det er godt dokumentert at personer med lav helsekompetanse blant annet har større tendens til å gjøre feil i forbindelse med håndtering av legemidler, har problemer med å håndtere kroniske sykdommer, oppsøker helsetjenester oftere enn andre og dropper forebyggende tiltak. Flere eldre og syke personer har vanskeligheter med å motta og forstå digital informasjon. Dette må ikke tolkes som om det er pasientens feil at de ikke forstår. Helsepersonell og myndigheter skal tilpasse helseinformasjon og kommunikasjon til pasientens eller pårørendes kartlagte helsekompetanse.

Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

- aktiv pasient- og pårørendemedvirkning
- styrke kvalitet og redusere uønsket variasjon i pasient- og pårørendeopplæring
- styrke kvalitet og omfang av samvalg med pasienter og pårørende i alle aldre
- styrke helsepersonells kompetanse i helsekommunikasjon
- heve helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse
- øke kvaliteten i helsehjelp til personer med innvandrerbakgrunn
- tilpasset informasjon til pasienter og pårørende i alle aldre der de er, når de trenger det

Barn og unge, som opplever at foreldre og søsken har helseproblemer eller dør, trenger informasjon og opplæring tilpasset deres helsekompetanse for å kunne forstå og håndtere situasjonen de selv og familien er i. Den lovpålagte funksjonen⁸ som barneansvarlig vil være en viktig støtte-spiller for helsepersonell og ledere i dette arbeidet, jmfør [Kunnskapsgrunnlag og anbefalinger for barneansvarlige i spesialisthelsetjenesten](#).

Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan 2021–2025 er blant de sentrale føringene som er lagt til grunn for dette satsingsområdet. Strategien vektlegger også barn som pårørende, og samlet gir denne strategien oss viktige føringer for vårt arbeid med å styrke helsekompetanse og involvering.

Det er allerede mange pågående aktiviteter i regionen for å styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse. Disse skal fortsette, videreutvikles og få økt oppmerksomhet.

Tydligere lederforankring, videreutvikling av finansieringsordninger for pasient- og pårørendeopplæring og samhandling mellom tjenestenivåene er sentralt i dette arbeidet. Det er særlig viktig å hjelpe sårbare grupper.

⁷ (<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse>)

⁸ Lov om spesialisthelsetjenesten kap. 3-7a.

Pasient- og pårørendemedvirkning

Vi vil ha mer aktiv pasient- og pårørendemedvirkning

Samarbeid mellom brukere og helsetjeneste er en forutsetning i utvikling av innovative arbeidsformer og sammenhengende helsetjenester. Brukerutvalg og brukerråd, både på regionalt nivå og i helseforetakene, er reelle premiss-leverandører.

De fleste pasienter og pårørende ønsker større deltakelse i beslutningsprosessen. Det er derfor et mål at det er tilrettelagt for aktiv pasient- og pårørendemedvirkning. Aktiv deltakelse gir mulighet for bedre ressursutnyttelse og justert

arbeids- og rollefordeling mellom behandler, pasient og pårørende. Brukermedvirkning i møte med den enkelte pasient og pårørende kan tilrettelegges gjennom systematisk bruk av spørsmålet «Hva er viktig for deg?»»

Pasienter og pårørendes behov og tilbakemeldinger er viktige for kvalitetsforbedring og utvikling av helsetjenesten. Digitale tjenester skal gjøre det enklere for pasienter og pårørende å gi tilbakemelding på hva sykehuset bør bli bedre på. Brukerundersøkelser og klager skal brukes aktivt i forbedrings- og utviklingsarbeid. Nye former for behandling og oppfølging, som digital hjemmeoppfølging, må også følges opp gjennom pasient- og brukererfaringsundersøkelser.

Brukerstyrt prosjekt skal skape pasientens helsetjeneste – Sørlandet sykehus (sshf.no)

BrukBrukeren er et brukerledet prosjekt for å sette erfaringskompetanse i system og samordne brukermedvirkning og frivillighet. Prosjektet vil gjøre dette gjennom å etablere en modell med 5 moduler:

- Brukerstyrt forløp
- Erfaringskonsulent
- Erfaringskompetansebank
- Brukerinitiert forskning
- Digitale Pasientforløp



Arbeidet baserer seg blant annet på erfaringer med brukerstyring og bruk av likepersoner (erfaringskonsulenter) ved HIV poliklinikken. Brukerinvolvering har endret måten sykehuset driver poliklinikken for at pasienter og pårørende skal få den oppfølgingen som er viktig og riktig for dem.

«Målet må være å likestille erfaringskompetanse og fagkompetanse, og at brukerkompetanse nyttiggjøres flere steder enn på systemnivå»

— Kim Fangen, brukerkonsulent

Pasient og pårørendeopplæring

Vi vil bedre kvalitet og redusere uønsket variasjon i pasient- og pårørendeopplæring

Pasient- og pårørendeopplæring styrker evnen til å håndtere sykdom, egen helse og helseforandringer, bidrar til riktigere medikamentbruk og til å forebygge eller hindre utvikling av sykdom og funksjonsnedsettelse. Opplæring innvirker også på bruk av helse- og omsorgstjenester i form av færre innleggelser og færre konsultasjoner i poliklinikker og hos fastlege.

Både individuelle og gruppebaserte læringsaktiviteter skal være integrert i behandlingen og inngå i hele pasientforløpet. Vi vil spesielt rette innsats mot å tilpasse opplæringen til den enkeltes helsekompetanse gjennom relevante metoder innen helsekommunikasjon. Opplæring til voksne og barn som pårørende er likestilt opplæring til pasienter, og skal være tilpasset den enkeltes situasjon og behov.

Samhandling mellom tjenestenivåene innenfor området pasient- og pårørendeopplæring synes å være et underprioritert område. Helse Sør-Øst vil derfor prioritere å forbedre samhandling mellom tjenestenivåene, blant annet bidra til at det i helsefelleskapene avklares hensiktsmessige oppgave- og ansvarsfordeling mellom tjenestenivåene for å styrke pasient- og pårørendeopplæring.

Pasient- og pårørendeopplæring er lovpålagt og er et linjeansvar. I helseforetakene er det kompetanseenheter og lærings- og mestringssentra som støtter opp under dette ansvaret. En gjennomgang i 2021 viste blant annet at det er stor variasjon mellom helseforetakene med hensyn til hvilke tilbud som gis og hvilke sykdomsgrupper som får tilbud om læringsaktiviteter, og at læringsaktiviteter ikke inngår i alle pasientforløp i spesialisthelsetjenesten (Kartleggingen

(rkppo.no)). Det understøtter behov for at pasient- og pårørendeopplæringen gis en større strategisk oppmerksomhet.

For å redusere uønsket variasjon mellom helseforetakene vil Helse Sør-Øst arbeide for mer hensiktsmessig organisering av ansvar og oppgaver, integrering av pasient- og pårørendeopplæring i helseforetakenes virksomhetsstyring, finansiering og arbeid med kvalitetsforbedring. God og tilgjengelig informasjon om aktiviteter, tjenester og læringsressurser for pasienter og pårørende vil også bidra til å heve kvalitet og redusere variasjon i helsetjenesten.

Sørlandet sykehus HF og Oslo universitetssykehus HF har i samarbeid med Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring utarbeidet Overordnet retningslinje (rkppo.no) for pasient- og pårørendeopplæring. Retningslinjen bidrar til å sikre ledelsesforankring, rutiner og mer enhetlig praksis.

Akershus universitetssykehus HF gir bedre pasientbehandling med prehabilitering

Prehabilitering handler om å styrke innsatsen i tiden fra diagnose og fram til behandling. En bedre og mer effektiv forberedelse, både mentalt og fysisk, av pasienter og pårørende, gir bedre behandlingsresultater og en raskere rehabilitering etter behandling. De fleste pasienter som får en kreftdiagnose er ikke godt nok forberedt på behandlingsreisen de skal igjennom.

Prehabilitering ved Ahus for pasienter med tykk- og endetarmskreft skal sette pasienten i best mulig stand til å tåle kreftbehandlingen. Før oppstart av behandling, tilbys pasienten systematisk treningsveiledning, ernæringsveiledning og pasient- og pårørendeopplæring. Prehabilitering har også stort potensial for andre pasientgrupper.

Trening før operasjon gjør kreftpasienter raskere friske – NRK Norge

Ny teknologi og læringsformer gir nye muligheter for pasient- og pårørendeopplæring. Et eksempel er [helsenorge.no](https://www.helsenorge.no) som med åpne sider og innlogging gir mulighet for digital dialog i opplæring og bruk av læringsressurser i behandling. Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten gir mulighet for å dele læringsressurser som for eksempel podkast, helse-apper og helsekurs i læringsløp for persontilpasset opplæring. Helse Sør-Øst vil være pådriver for at det utvikles kunnskapsbasert digitale læringsressurser for pasienter og pårørende i samarbeid med øvrige helseregioner. Alt som kan deles, bør deles.

Det er mange elementer som er sammenfallende i utvikling av digitale læringsressurser til pasienter, pårørende og til helsepersonell som f.eks. produksjon av lyd og bilde. I utvikling av digital pasient- og pårørendeopplæring kreves imidlertid en annen faglig og pedagogisk tilnærming enn ved kompetanseheving hos helsepersonell. Det er derfor behov for en samordning, felles utvikling og produksjon av digital pasient- og pårørendeopplæring. En samordning av kompetanse og ressurser innen fag, pedagogikk og produksjon vil kunne bidra til å heve kvaliteten på pasient- og pårørendeopplæring, og fremme likeverdig tilgang til kvalitetssikrede læringsressurser. Det som kan utvikles felles bør utvikles felles på tvers av helsetjenestenivå og regioner.

Samvalg

Vi vil bedre kvaliteten på og omfanget av samvalg

Samvalg er aktuelt ved beslutninger der det foreligger valg mellom flere tilgjengelige og forsvarlige behandlingsalternativer og der pasientenes egne prioriteringer er viktige. Samvalg er også aktuelt ved blant annet utredning og oppfølging.

Samvalg skal sikre at helsepersonell gir tilstrekkelig, presis og relevant informasjon om hva pasienten kan forvente av alternativene, og helsepersonell får kunnskap om hva som er viktig for pasienten.

Vi trenger flere samvalgsverktøy som i større grad gjør at pasient og behandler får felles kunnskap om fordeler og ulemper ved aktuelle behandlingsalternativer. Effekter av samvalg må måles og følges gjennom bruk av indikatorer, og ledere har et ansvar for å følge utviklingen.

Helsepersonell skal ha god kompetanse i samvalg. Rammeverket for kompetanseheving «Klar for samvalg» skal styrke helsepersonellens kompetanse i å involvere pasienter i beslutninger om egen helse.

Klar for samvalg – et rammeverk for kompetanseheving i samvalg

Rammeverket består av flere opplæringsmoduler, i ulike formater, som kan skreddersys til målgruppens behov. Målgruppene er blant annet sykepleiere, leger, studenter og veiledere innen samvalg. Opplæringsmodulene gir føringer for hvordan beslutningssamtaler struktureres i en anbefalt stegvis prosess «Seks steg til samvalg» for å fremme kvalitet i pasientinvolveringen. www.samvalg.no



Helsepersonells kompetanse i helsekommunikasjon

Hvordan helsepersonell kommuniserer med pasienter og pårørende kan ha stor betydning for å fremme eller hemme helsekompetanse

Kompetanse i denne sammenheng innebærer at helsepersonell har kunnskap om for eksempel språk, kulturforståelse, læring og motivering, ferdigheter i for eksempel veiledning og tilpassing av helsekommunikasjon og imøtekommende holdninger.

God helsekommunikasjon legger til rette for at pasienter og pårørende kan beskrive og formidle egen helsesituasjon i dialog og beslutninger om diagnose, behandling og oppfølging. Helsepersonell møter komplekse utfordringer i møte med pasienter og pårørende med bl. a. språk- og kommunikasjonsbarrierer. Mangel på tolk eller lav kvalitet på tolkning, er blant utfordringene i dette. Vi vil vurdere regionale kompetansekrav, standardisert opplæring og samarbeid med utdanningsinstitusjoner om helsekompetanse og helsekommunikasjon.

Forstå meg rett – kommunikasjonsmetode for gjensidig forståelse og medvirkning

I dialogen med pasientene har helsepersonell en viktig oppgave i å sikre gjensidig forståelse. Forstå meg rett (Teach Back) er en konkret, effektiv og enkel kommunikasjonsmetode for å sikre at pasient og pårørende forstår informasjon som gis og at helsepersonell har oppfattet deres budskap riktig. Metoden kan også bidra til økt medvirkning og tilpasset informasjon til pasientens og pårørendes helsekompetanse. Metoden inngår i kompetanseheving i helsepedagogikk og legenes spesialistutdanning ved flere helseforetak.

[Enda bedre kommunikasjonssteknikk – Itryggehender \(itryggehender24-7.no\)](#)

Helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse

Vi vil styrke helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse

Nasjonale helsemyndigheter er gjennom norske lover og folkeretten forpliktet til å tilby likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen, og sørge for at det samiske perspektivet ivaretas i helsepolitiske satsinger, nasjonale planer og strategier.

Strategi Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning er utarbeidet av de regionale helseforetakene i nært samarbeid med Sametinget. Den består av tre hovedstrategier:

1. Strategi for overordnet organisering av samiske spesialisthelsetjenester.
2. Strategi for utarbeidelse av en nasjonal handlingsplan for samiske helsetjenester som omfatter kommune- og spesialisthelsetjenesten.
3. Strategi for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten, herunder blant annet «sikre og utvikle kompetanse om samisk språk og kultur i spesialisthelsetjenesten».

En tiltaksplan skal utarbeides og vil ta utgangspunkt i de foreslåtte tiltakene i strategidokumentet.

Helse Sør-Øst har allerede publisert e-læringskurset «samer og nasjonale minoriteter» på Læringsportalen (E-læringskurs om samer og nasjonale minoriteter). Kurset henvender seg til saksbehandlere, og skal gi kunnskap om samisk historie, situasjon og rettigheter og hva en saksbehandler trenger å vite om dette for å møte aktuelle personer på en god måte.



Tolkesentralen ved Oslo universitetssykehus leverer tolketjenester til eget helseforetak og til Akershus universitetssykehus og Sunnaas sykehus. I tillegg til at tolkene reiser ut på oppdrag i de tre sykehusene brukes også telefontolking og skjermtolking. Tolkesentralen har en tolk på nord-samisk.

De fire regionale helseforetakene fikk likelydende oppdrag i 2021:

Helse Nord RHF skal opprette et prosjekt som skal utrede muligheten for nasjonal døgkontinuerlig tolketjeneste. Tilbudet må dekke både nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk. Tilbudet må ses i sammenheng med samisk tolketjeneste på Sámi klinihkka ved for eksempel hjelp av teknologi. Tilbudet skal dekke ordinær tolketjeneste, men også være tilgjengelig for AMK-sentraler.

Prosjektet er etablert og skal levere sin rapport i slutten av 2022. Målet med prosjektet er å beskrive og vurdere ulike løsningsalternativer, anbefale konsept og lage en overordnet plan for etablering av anbefalte tiltak.

Helse Sør-Øst har en samarbeidsavtale med Helse Nord om bruk av Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS) som drives av Finnmarkssykehuset HF. SANKS har et utekontor i Oslo universitetssykehus HF med en ansatt som er lokalisert i Oslo. For videre arbeid med å fremme samisk språk og kulturkompetanse vil samarbeid med den nasjonale kompetansetjenesten være viktig. Interregionalt samarbeid vil også være viktig for å dele erfaringer og lære på tvers.

Personer med innvandrerbakgrunn og helsekompetanse

Vi vil bidra til å øke helsekompetanse hos minoritetsspråklige pasienter og pårørende

I 2021 utgjør innvandrerbefolkningen (innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre) 18,5 % av Norges befolkning. Innvandrerbefolkningen består av grupper med svært ulik bakgrunn, og det er store forskjeller i helse mellom disse. Faktorer som opprinnelsesland, innvandringsårsak, botid og sosiale forhold som arbeid, inntekt, utdanning og diskriminering, har stor betydning for helsen. Under pandemien har innvandrere vært overrepresentert blant smittede og innlagte.

Helseforetakene må ta hensyn til behovene til denne mangfoldige pasient- og pårørendegruppen i utviklingen av sine tjenester. På organisasjonsnivå må sykehusene gjøre det enklere for minoritetsspråklige å navigere i helsetjenesten.

Vi anskaffer digitalt oversettelsesverktøy for helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter

Minoritetsspråklige pasienter og helsepersonell har et stort behov for hjelp til å kommunisere når de ikke snakker samme språk. Som et supplement til tolketjenester anskaffer vi nå et digitalt oversettelsesverktøy for «hverdagskommunikasjon» til bruk på sykehus 2023.

[Digitalt oversettelsesverktøy for helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter – Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](https://helse-sorost.no)



Foto: Irene Lie, Oslo universitetssykehus



Nye tjenester som for eksempel hjemmesykehus (som del av det utadvendte sykehus) må også tilpasses slik at minoritetsspråklige kan benytte seg av dem. Dette innebærer blant annet at tolketjenester videreutvikles og tilpasses, f.eks. med bedre løsninger for skjermtolking.

Tilpasset informasjon

Vår informasjon må være tilgjengelig og forståelig for pasienter og pårørende når de trenger det

Det er et viktig prinsipp at all informasjon skal gis pasienten og pårørende når de trenger det og på et språk de kan forstå. De skal slippe å lete og kunne få informasjon på et tidspunkt der det er relevant. Å gi situasjonstilpasset informasjon vil være enklere ved hjelp av digitale tjenester. Da kan helsetjenesten også sende påminnelser om nødvendige oppgaver og dermed bidra til etterlevelse av behandlingen.

Helseinformasjonen må tilbys i ulike formater og formidles med et enkelt og klart språk tilpasset pasienter og pårørende med lav helsekompetanse og ulike aldersgrupper. Dette krever tett samarbeid mellom helsepersonell og brukere. Vi vil derfor sammen med de andre regionene utarbeide en retningslinje for utvikling av pasientinformasjon.

Vi vil øke bruk av teknologi i samhandlingen med pasienter og pårørende, og bidra til å øke digital helsekompetanse. Målet er at pasienter og pårørende enkelt skal få god oversikt over egen helse, utrednings og behandlingsforløp på tvers av nivå i helsetjenesten. Dette krever tilgang til verktøy for selvbetjening, deltakelse og mestring på helsenorge.no. En realisering av sammenhengende e-helseløsninger vil kunne styrke pasienters mulighet til å ta aktiv del i egen behandling.

Dette gjelder også pårørendes behov, mulighet for og ønske om deltakelse. Det skal gis fullverdige og like gode tilbud til de som ikke er digitalt kompetente. Det skal legges til rette for opplæring og veiledning i bruk av digitale tjenester. Økt deling av kunnskap om og ressurser for pasient- og pårørendeopplæring skal bidra til at pasienten mottar god og tilrettelagt informasjon når han/hun trenger det, også før han/hun har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Podkasten SyktFrisk – en podkast fra spesialisthelsetjenesten til pasienter og pårørende



Podkasten er eksempel på et verktøy som gir tilgang til kvalitetssikret helseinformasjon til pasienter og pårørende. Slik formidling av helseinformasjon gir pasient og pårørende mulighet til å lytte til informasjonen

når han eller hun er klar til å ta den imot, og det kan gjentas så mange ganger det er ønskelig eller behov for det. Podkasten er utviklet av Regional kompetanse-tjeneste for pasient- og pårørendeopplæring og Oslo universitetssykehus HF.



[SyktFrisk – en podkast fra spesialisthelsetjenesten](#)

Vi vil sammen med helsefelleskapene legge til rette for en sømløs helsetjeneste. Økt deling av kunnskap om og ressurser for pasient- og pårørendeopplæring skal bidra til at pasienten og pårørende i alle aldre mottar god og tilrettelagt informasjon når han trenger det, også før han har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Informasjonstjenesten Velg behandlingssted gir individuelt tilrettelagt veiledning om ventetider, behandlingstilbud, metoder, rettigheter, pasientforløp og hvordan finne fram/ gå fram i spesialisthelsetjenesten. Tilbudet omfatter alle fagområder, også Helse og arbeid. Tjenesten består av en nettside og en telefontjeneste. På telefontjenesten møter innringere erfarne pasientrådgivere med sykepleiefaglig bakgrunn.

Verktøy for kvalitetssikring av skriftlig informasjon

Sunnaas sykehus HF bruker SAM ((Suitability Assessment of Materials for evaluation of health-related information for adults) til å kartlegge skriftlig helseinformasjon når det gjelder format og innhold, samt evaluere brukervennlighet. Sunnaas bruker verktøyet til å:

- vurdere hvor godt et informasjonsmaterieell «passer» for en pasientgruppe
- sammenligne forskjellig informasjonsmaterieell for å velge det mest egnede for en pasientgruppe
- tilpasse eksisterende materieell for en bestemt pasientgruppe
- utvikle og teste kulturelt og språklig egnet materieell



Foto: Sørlandet sykehus HF

Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi

Teknologi og digitalisering er ikke mål, men verktøy. De skal understøtte nye måter å løse oppgaver på for både ansatte og pasienter og bidra til bedre pasientsikkerhet og kvalitet.

Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi vil stå sentralt for å sikre tilstrekkelig kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Ulike tiltak innen dette satsingsområdet har potensial til å frigjøre tid til klinisk personell og gjøre helsetjenestene tilgjengelig for pasientene uavhengig av tid og sted. Nye digitale løsninger legger til rette for fleksible forløp styrt ut ifra pasientens behov, såkalt brukerstyrt behandling. Digitale plattformer som helsenorge.no vil legge til rette for egenmestring og digital pasientmedvirkning.

Ved å legge til rette for pasient- og brukermedvirkning gjennom digital kanaler vil vi i større grad kunne gjøre pasienten til en aktiv deltager i eget behandlingsforløp. Det betyr at noen oppgaver kan overføres fra helsetjenesten til pasientene selv. Med oppgaver følger også mulighet for økt mestring.

Utviklingen må understøtte bruk av lettvekts-IKT og legge til rette for samarbeid med flere aktører som tilbyr løsninger og funksjonalitet som kan fungere sammen med regionens løsninger. Samtidig må brukergrensesnittet forbedres, slik at vi får ønsket funksjonalitet raskere og på en måte som understøtter nye måter å arbeide på.

Status

Det har skjedd svært mye innen dette området de siste tre årene. Pandemien bidro betydelig til raskere utviklingshastighet. Mange års satsing gjennom tjenesteinnovasjonsprosjekter har gitt erfaring og nye løsninger som nå faktisk tas i bruk.

Alle helseforetakene arbeider med hjemmeoppfølging av sine pasienter. I forrige regionale utviklingsplan beskrev vi behovet for å utvikle disse arbeidsmåtene, og nå pågår omlag 70 ulike initiativer i regionen innen dette området. Disse er knyttet til digital hjemmeoppfølging, hjemmesykehus, bruk av tverrfaglige team fra sykehus og fra kommune og sykehus med flere. De fleste knytter seg til oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer. E-mestring var for eksempel et lovende pilotprosjekt i Sykehuset Vestfold da vi skrev forrige regionale utviklingsplan. I dag er det etablert i alle våre helseforetak. Brukerstyrt poliklinikk følger i samme spor og er nå vellykket innført i Vestre Viken HF. Telefon og videokonsultasjoner utgjorde 40% av alle polikliniske konsultasjoner under pandemien, men har ennå ikke funnet sin plass som del av pasientforløpene.

Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

- etablere arbeidsformer og teknologi som gjør det lettere å flytte kompetanse ut av sykehuset
- bedre bruk av teknologi i sykehusene
- digital sammenheng innad i spesialisthelsetjenesten
- digital samhandling i hele helsetjenesten



Det utadvendte sykehuset

Det utadvendte sykehuset betyr å flytte kompetanse ut at sykehuset, enten i form av teknologi eller fagfolk

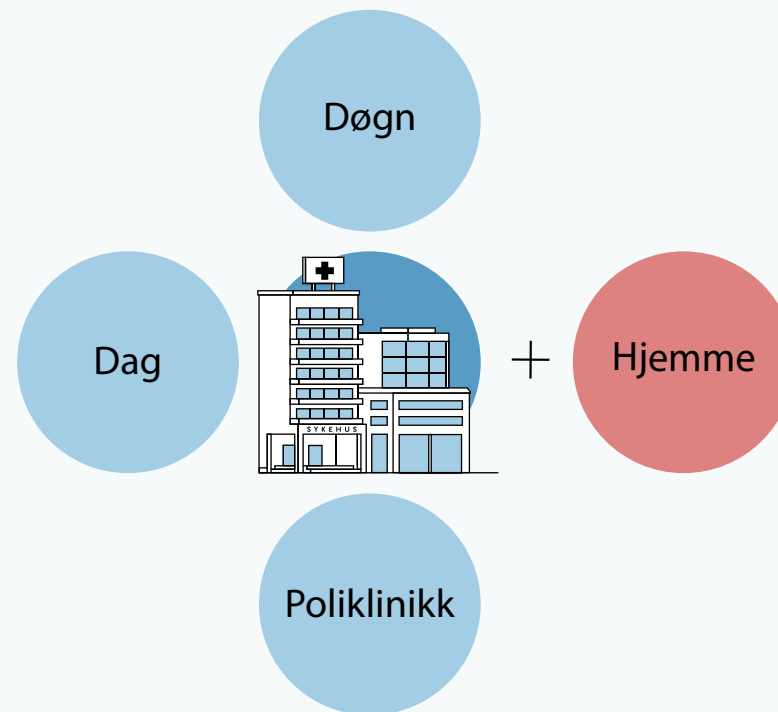
Kaiser-Permanente, som er et forsikringsbasert, amerikansk helsesystem, har en visjon om at all ivaretagelse og behandling av deres pasienter i utgangspunktet skal skje i pasientens hjem. De har snudd sin tenking og ber sine ansatte planlegge med at behandling i utgangspunktet skal foregå i pasientens hjem og så må det argumenteres spesifikt for hvorfor det eventuelt må gjøres i sykehus.

Vår ambisjon går ikke så langt i denne utviklingsplanen, men vi bør oftere stille spørsmålet «kunne dette vært gjort bedre hjemme hos pasienten eller et annet sted utenfor sykehus?».

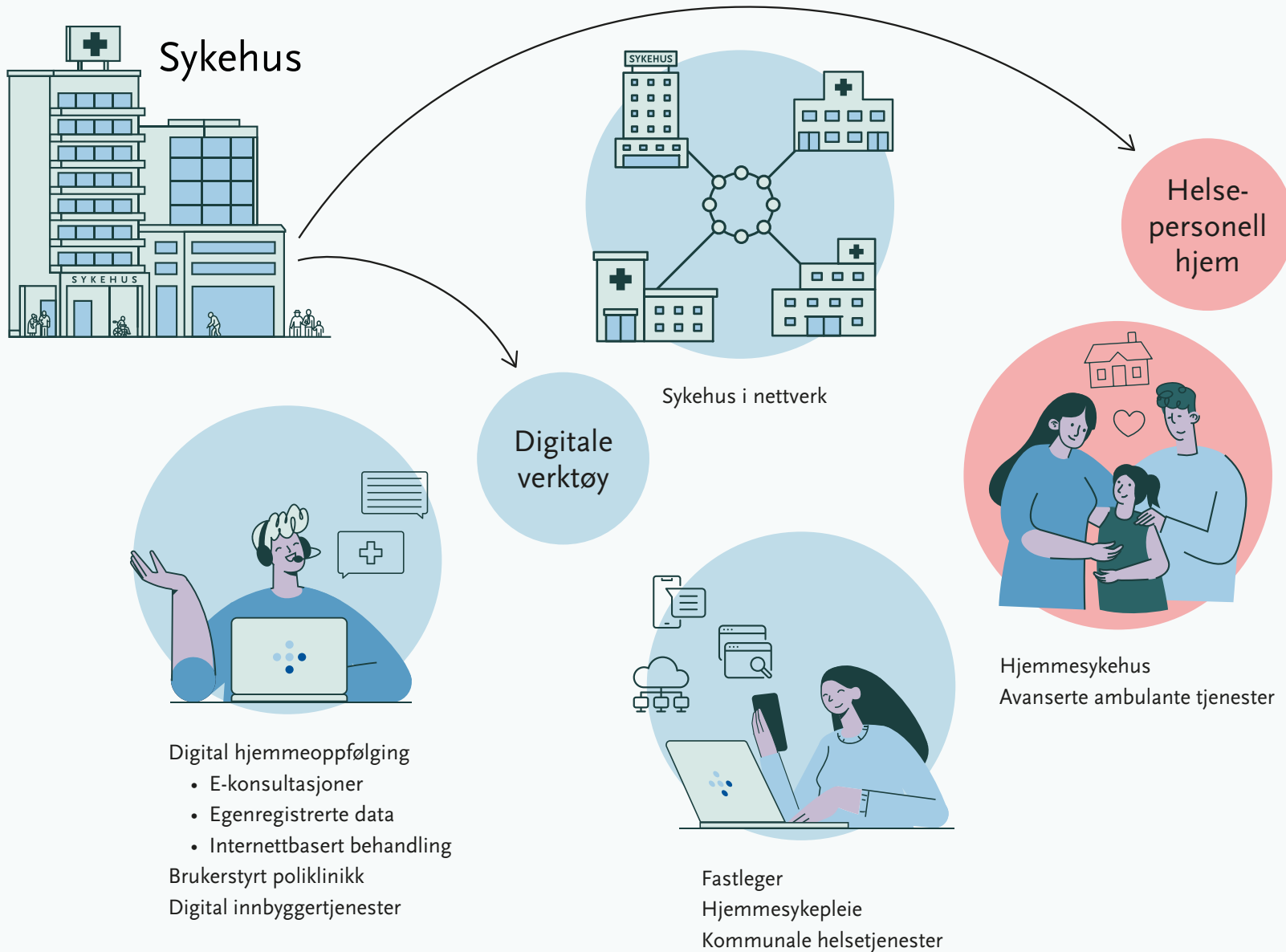
Spesialisthelsetjenesten er en tjeneste og ikke bygninger og maskiner. Vi må derfor tenke nytt om hvor og hvordan vi leverer tjenestene. Vi har i figur 4 skissert det i form av at vi går fra tre til fire behandlingsmåter.

Det utadvendt sykehus slik vi ser det for oss, er illustrert i figur 5 på neste side, og innebærer alltid at vi arbeider mer sammen med pasientene. Det utadvendte sykehuset krever at vi tilpasser tjenestene til en mangfoldig befolkning. Blant annet derfor er det så viktig at vi styrker pasienters og pårørendes helsekompetanse.

Figur 4 Fra tre til fire behandlingsmåter



Figur 5 Det utadvendte sykehuset



Helsepersonell hjem – hjemmesykehus og ambulante tjenester

Hjemmesykehus er en ny behandlingsform, og grensene mot annen ambulant (arenafleksibel) behandling som for eksempel FACT team (omtalt på side 36) er ennå ikke klart definert. Når pasienten er innlagt i hjemmesykehus tilsvarer dette imidlertid innleggelse i sykehus, men at pasienten er

i eget hjem. Det betyr at det er spesialisthelsetjenesten som har ansvaret for pasienten.

Hjemmesykehus betyr således ikke at vi flytter oppgaver over til kommunen. Det kan likevel i mange tilfeller være behov for å samordne med kommunalt tilbud, særlig der de geografiske avstandene er store, og når overføring fra sykehuset til primærhelsetjenesten planlegges.

Utgangspunktet for OUS Hjemme – innovasjonsarbeid i klinikkene



”

Helt siden Polio-epidemien på 50-tallet har sykehuset fulgt opp pasienter som har hatt respirator hjemme. I takt med medisinske fremskritt har langtidsmekaniserte lungeventilerte pasienter fått økt levealder, økt livskvalitet og økt mulighet til å bo hjemme.

Anne Louise Kleiven
AHS Lungemedisin



”

Å være en åtte-ni år gammel, selvskadelig jente som kommer til en ungdomsseksjon på et sykehus med større og eldre personer kan være ganske traumatisk i seg selv. For å unngå at de sårbare barna skal havne på Ungdomspsykiatrisk akutenhet, er vi nødt til å møte disse personene på en arena de føler seg trygge i.

Anett Jørgensen
«Front Barn»



”

Det høres kanskje rart ut å skulle flytte så syke pasienter ut av sykehuslokalene og la deler av behandlingen foregå i pasientens eget hjem, men vi har god dokumentasjon på at det lar seg gjøre. Ikke bare lar seg gjøre, det har noen åpenbare fordeler også.

Grethe Solvang
AHS Blodsykdommer



”

Det at vi kan gi cellegiftbehandling hjemme kommer som følge av ønsker og forventinger hos pasientene våre. Vi gir nå typer cellegift hjemme som vi bare for noen år siden ikke kunne drømme om å flytte ut fra sengepost.

Ivar Hompland
overlege, sarkom



”

De vi drar ut til befinner seg som regel i en alvorlig krise hvor det enten er snakk om psykose, suicidalitet og emosjonell ustabilitet, eller spiseforstyrrelser. At vi klarer å rykke ut så kjapt, kanskje i løpet av noen få dager, gir oss gode forutsetninger for å kunne stabilisere situasjonen.

Geir Helge Roaas
«Front Ungdom»



”

Når du jobber som barnesykepleier på Avansert hjemmesykehus for barn så gjør du det fordi du tror på at barn har det best hjemme. Og tror du på det, så tilstreber du at barna skal få lov til å være hjemme så lenge det er trygt og forsvarlig. I egen seng, med egne leker, med foreldre, søsken og kjæledyr rundt seg. Det er trygge rammer, som gir god behandling.

Nina Granum Lykke
AHS for barn

Flere av helseforetakene etablerer nå hjemmesykehus. Oslo universitetssykehus har samlet alle sine utadvendte initiativ i «OUS hjemme» ([Hjemmesykehus og digital oppfølging – Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://www.oslo-universitetssykehus.no)). Begrepet favner både digital hjemmeoppfølging og avansert hjemmesykehus.

Digital hjemmeoppfølging

Vi planlegger fortsatt for at den store majoriteten av våre pasienter skal følges gjennom fysiske oppmøter. Helseforetakene har fått et mål fra Helse- og omsorgsdepartementet om at 15% av konsultasjonene i 2021 og 2022 skal være digitale. Det betyr altså at forventningen er at 85% ikke er digitale.

Digital hjemmeoppfølging betyr at pasientene kan:

- møte sine behandlere uten å reise
- bruke sine data slik at behandlingen blir bedre
- gjennomføre hele eller deler av behandlingen på nettet

Digital hjemmeoppfølging er praktisk for de pasientene som kan bruke tilbudet og frigir tid til helsetjenester for dem som ikke kan det. Her må vi tenke nytt. Vi har lett for å spørre hvilke diagnosegrupper som egner seg, men det er kanskje feil spørsmål. Det er trolig ikke slik at et pasientforløp enten bør forbli som idag eller skal bli heldigitalt. Digital hjemmeoppfølging vil heller være en del av et pasientforløp slik at pasienter med kroniske sykdommer vil veksle mellom digital og «vanlig» oppfølging. Sykehuset Innlandet HF har i sin utviklingsplan tilnærmet seg denne problemstillingen ved å gruppere pasientene etter forløp.

Noen pasienter har ikke tilstrekkelig forutsetninger for å benytte digital oppfølging. Derfor er det viktig at vi satser på å styrke pasienters og pårørende helsekompetanse.

Fra kalenderstyring til brukerstyring i poliklinikk

Brukerstyrt poliklinikk ble bredt omtalt i forrige regionale utviklingsplan. Essensen er at sykehuset ikke setter opp faste timer til pasienter med kroniske lidelser, men bruker et standardisert spørreskjema som sendes pasienten elektronisk. Svarene vurderes elektronisk, kontrolleres av sykepleier og ved behov av lege. Pasientene kan også sende inn skjema på eget initiativ ved behov.

Brukerstyrt poliklinikk er det tiltaket som har størst konsekvens for spesialisthelsetjenestens polikliniske kapasitet. Det er betydelig vekst i antall polikliniske konsultasjoner, og denne trenden ventes å fortsette. Fram til pandemien var det en klar trend at det ikke var nyhenvisninger fra primærhelsetjenesten som stod før økningen, men at flere pasienter møtte til flere kontroller. Arbeidsformen har vekket interesse i hele landet, og er under etablering i omlag syv helseforetak.

Brukerstyrt poliklinikk har potensial til å kunne håndtere veksten i poliklinikken de neste 15 årene. Metoden er etablert komplett med teknologi, organisasjonsmodeller og metodebeskrivelser i Vestre Viken HF. For e-mestring bestemte ledelsen i Helse Sør-Øst at metoden skulle tas i bruk i alle

helseforetak. Etter to år er det på plass i alle våre helseforetak. Er turen kommet til brukerstyrt poliklinikk? I en helse-tjeneste der et stort antall piloter aldri blir annet enn piloter er det behov for å etablere en prosess og beslutningsmekanisme som gjør at gode løsninger tas i bred bruk.

Brukerstyrt oppfølging av epilepsipasienter, Vestre Viken HF

Ved hjelp av innovasjonsmidler fra Helse Sør-Øst har epilepsimiljøet, etter inspirasjon fra et dansk program for oppfølging av pasienter med kroniske lidelser, importert og tilpasset arbeidsformen brukerstyrt oppfølging av pasientene. Foreløpige resultater er svært lovende på mange områder.

Pasientene får en standardisert oppfølging basert på nasjonale retningslinjer. Det gir bedre kvalitet. Pasientene opplever større grad av trygghet ved at de hele tiden har en fast kontakt til sykehuset og ikke pendler mellom sykehus og fastlege. Ved forverring kan de på eget initiativ sende inn sitt spørreskjema.

På sykehuset håndterer sykepleier nesten 85% av kontaktene med pasientene. Bare 3% av kontaktene ender i en fysisk konsultasjon. Det øker legenes kapasitet, og Marte Syversen som er ansvarlig lege i prosjektet anslår at hun har gått fra å kunne følge omlag 10 pasienter til godt over 100. Med like god kontroll.

Kundehistorie: Vestre Viken | CheckWare Norge



Foto: Vestre Viken

Behandlingsprogrammet eMestring er innført for pasienter med psykiske lidelser i Helse Sør-Øst

Helse Bergen startet nettbasert behandling – e-meistring- i 2013 basert på erfaringer fra andre land. I 2019 ble behandlingsformen godkjent i Beslutningsforum for bruk i spesialisthelsetjenesten.

Veiledet internettbehandling med bruk av programmet eMestring bygger på kognitiv atferdsterapi og er tatt i bruk i behandlingen av pasienter med depresjon, sosial angst og panikk lidelse. Pasienter møter en behandler ved oppstart av behandlingen og deretter skjer kontakten som veiledet behandling fortrinnsvis over nett.

I Helse Sør-Øst har Sykehuset i Vestfold HF gått foran, og behandlingsformen er nå etablert ved alle helseforetak i Helse Sør-Øst. Arbeidet har startet med å utvide tilbudet til nye diagnosegrupper, blant annet innen rusbehandling. Helse Sør-Øst ønsker også å legge til rette for digitale behandlingstilbud til barn og unge.



Foto: Scandinavian Stockphoto



Telefon- og videokonsultasjoner

Pandemien førte som kjent til en betydelig økning av digital hjemmeoppfølging og telefon- og videokonsultasjoner. Pandemien lærte oss at det er mulig å legge om raskt, og at behandlingsformen fungerer, ikke for alle, men for mange. Våre sykehus gikk i mars 2020 fra omlag 5% til 40% digitale konsultasjoner i løpet av få dager. De fleste av disse var telefoniske. For 2021 ligger gjennomsnittet for Helse Sør-Øst på 13,8%.

En interregional arbeidsgruppe har foreslått at målet økes til 20% i 2023. Hva som vil være riktig nivå på lengre sikt er usikkert. Erfaringene fra pandemien tyder på at 40% kanskje er for høyt over tid. Vi tror at et nivå på 30% digitale konsultasjoner kan være et realistisk nivå innen de nærmeste årene. Det betyr at fortsatt vil 7 av 10 konsultasjoner finne sted *på poliklinikken*. Samtidig åpner det for fleksibilitet og en kapasitet som er uavhengig av våre bygg, men fortsatt avhengig av kvalifisert personale.

Digital hjemmeoppfølging – på tide å standardisere?

Det pågår minst 70 ulike prosjekter knyttet til digital hjemmeoppfølging i Helse Sør-Øst når dette skrives. Her brukes ulike tilnærming og ikke minst ulike teknologiske løsninger. Der foretakene velger samme løsninger dupliseres arbeidet med utredning, risikovurdering og gjennomføring.

Gjennom ulike tilnærming og mange piloter har vi lært mye. Tiden har trolig kommet til å velge de fleste vellykkede løsningene både for teknologi og organisering og legge dem til grunn for en mer standardisert arbeidsform. Økt standardisering betyr ikke å utelukke gode løsninger fra ulike leverandører, men at vi tar nye løsninger raskere og enklere i bruk.

Sykehus kan samarbeide bedre i nettverk

Vi har kommet relativt kort i å utnytte dette potensialet i Norge. I Cleveland drives verdens første «virtuelle» eller nettverksbaserte sykehus. Monitoren fra overvåkingsavdelingene på et tyvetalls småsykehus er flyttet til en felles overvåkingsentral. Videokommunikasjon tillater at spesialistene deltar i behandlingen av pasientene når man via nettverket eller i det lokale sykehuset oppfatter at pasienten blir dårligere. I tillegg til å støtte overvåkingsavdelingene i de små sykehusene kan personale i det nettverksbaserte sykehuset utføre hjerneslagsdiagnostikk, gi generell beslutningsstøtte og ivareta hjemmemonitorering av pasienter. Modellen er svært egnet for norsk desentralisert sykehusstruktur. Det er behov for en diskusjon om på hvilket nivå man etablerer det første norske virtuelle/nettverksbaserte sykehuset – innen et helseforetak, på regionalt eller nasjonalt nivå. Arbeidsmåten er vel egnet for pilotering på foretaksnivå.

Bedre bruk av teknologi i sykehus

Bedre bruk av teknologi i sykehus gir helsepersonell mer tid til pasientrettet arbeid

Dette satsingsområdet overlapper i stor grad med «Ta tiden tilbake», og flere initiativer beskrives der.

Bilediagnostikk og laboratorieundersøkelser er blitt stadig viktigere

Undersøkelser innen bildediagnostikk og laboratoriefag bidrar i økende grad med avgjørende informasjon både i diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter i og utenfor sykehus. Etterspørselen etter disse undersøkelsene har vist en jevn stigning de siste 10–15 årene, og forbruket forventes å øke.

Ved å ta i bruk økt automasjon, digitalisering og deling av bildeinformasjon og bruk av kunstig intelligens i informasjonsbehandlingen, kan vi både øke kapasiteten og styrke kvaliteten på diagnostikken. Samtidig må vi også redusere unødige undersøkelser. Disse kan være skadelig for pasienten og medfører unødig ressursbruk til fortrenghet for pasienter som har behov for undersøkelsene.

Riktig, samordnet og oppdatert legemiddelforordning

Legemiddelforordninger må være riktige, samordnede og ivareta løpende oppdatering i hele pasientforløpet. Bruk av IKT-løsninger som integrerer retningslinjer som beslutningsstøtte i forordningen av legemidler er et viktig virkemiddel.

Elektronisk kurve- og medikasjonsløsning, som ble innført i alle helseforetak i 2021, er en viktig satsing i denne sammenheng. Den har allerede i dag kapasitet til å varsle forordnende lege om kjente legemiddelinteraksjoner og feildoseringer.

Blant de aller viktigste tiltakene Helse Sør-Øst kan iverksette for økt pasientsikkerhet, er innføring av lukket legemiddelsløyfe, klinisk legemiddelsamhandling og bruk av pasientenes legemiddelliste. Disse verktøyene vil forenkle arbeidsprosesser for sikker forordning og utlevering av legemidler og bidra til å lette overgangene mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenestens ved at behandlere til enhver tid har oppdatert og kvalitetssikret legemiddelliste for den enkelte pasient.

Vi etablerer teknologi som gjør det lettere å være utadventt
Helse Sør-Øst skaffer seg teknisk kapasitet for å kunne håndtere alle typer av digital hjemmeoppfølging. De regionale prosjektene for prosessplattform, nye integrasjonstjenester og standard for integrasjon for medisinsk teknisk utstyr åpner for samarbeid på tvers av dagens systemer.

Slike løsninger gjør det mulig å dele data og dokumenter på tvers av systemer og yrkesgrupper. På den måten kan vi også følge effekter av ny praksis på utgifter, behandlings- og ventetid samt kvalitet og aktivitet i behandlingen.

Disse teknologiene kan også brukes for å realisere annen behandling over avstand som nettverkssykehus og hjemme-sykehus. Et hovedprinsipp fra styrets behandling av delstrategi for teknologi var at det må gå mindre tid fra innovasjon til løsning er utviklet og tatt i bruk (Styresak om delstrategi teknologi).

Digital sammenheng innad i spesialisthelsetjenesten

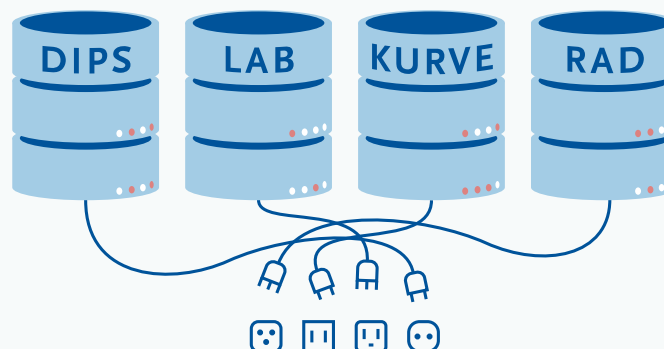
På samme måte som et pasientforløp innebærer at pasienten beveger seg på tvers av klinikker og tjenestenivåer, så må også data bevege seg på tvers av systemene

Manglende standardisering og vanskelig kommunikasjon og datautveksling mellom systemer er i dag vesentlige begrensninger for vår evne til å ta i bruk nye arbeidsformer. Her er noen av utfordringene og hva vi vil gjøre med dem.

Data er låst inne i kjernesystemer som ikke kommuniserer godt

Den første utfordringen vi må løse for å skape digital sammenheng, er derfor å få programmene til å utveksle data. Våre kjernesystemer er i stor grad bygget i en tid der det var liten oppmerksomhet på kommunikasjon på tvers. Det var heller ingen standard for hvordan systemene skulle snakke sammen eller hvilket språk de skulle bruke. Akkurat som stikkontaktene er ulike i forskjellige land, er grensesnittene mellom våre programmer ulike. Selv om vi får dem til å snakke sammen er ingen av dem bygget for å støtte prosesser på tvers.

Figur 6 Data innelåst i sine programmer

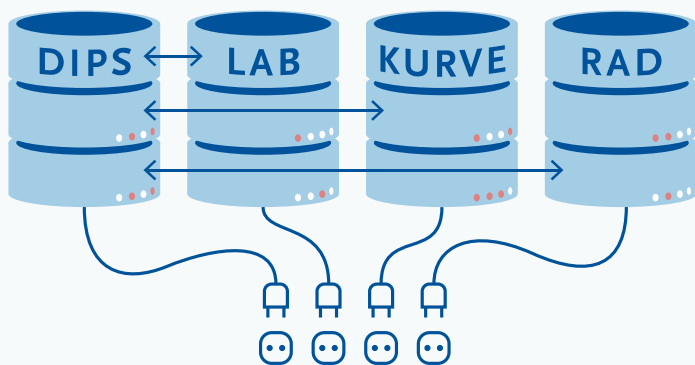


Våre nøkler heter integrasjons- og prosessplattform

En integrasjonsplattform åpner for at data kan hentes fra programmene uten at vi må be leverandørene om å gjøre endringer. Stikkontaktene blir like. En prosessplattform har til oppgave å hente de dataene vi trenger for å følge en prosess eller et pasientforløp uavhengig av hvor data befinner seg.

Felles for begge plattformene som er omtalt her, er at de er såkalt «low-code». Det betyr at det ikke trengs spesielle programmeringskunnskaper for å kunne designe og følge prosesser. I praksis betyr det at hvis vi får dette til, vil ansatte i sykehusene med støtte fra Sykehuspartner HF selv raskt kunne sette sammen de data de trenger for eksempel i en app. Får vi dette til, vil endringstakten i helsetjenestens endre seg vesentlig.

Figur 7 Integrasjons- og prosessplattform



Målet vårt er å begynne å ta i bruk integrasjons- og prosessplattform i løpet av 2023. Planlegging og utvikling skjer i tett samarbeid med helseforetakene. Dette representerer en ny måte å jobbe på der mer av utviklingen bør skje ute i helseforetakene og mindre i sentrale prosjekter.

Vi piloterer disse løsningene på digital hjemmeoppfølging. Slik oppfølging krever nettopp ulike data fra ulike systemer. Samtidig betyr det en mulighet for å standardisere utviklingen av verktøy innen digital hjemmeoppfølging.

En slik tilnærming åpner for større grad av egen utvikling i Sykehuspartner og i helseforetakene. Det betyr også at det blir lettere å samarbeide med ulike eksterne leverandører. Det oppfatter vi som både ønskelig og helt nødvendig slik at vi kan bruke gode løsninger utviklet av andre. Som et ledd i dette arbeider vi med å lage rammeavtaler som helseforetakene kan bruke for lettere å anskaffe allerede etablerte digitale løsninger som etterlyses lokalt.

Digital samhandling i hele helsetjenesten

Den kanskje viktigste forutsetningen for at vi skal få alt til å henge sammen med alt, er at vi bruker like grensesnitt framover

Over er beskrevet hva vi forsøker å gjøre for å skape digital sammenheng innad i spesialisthelsetjenesten. Det er en viktig forutsetning for å bli god på samhandling med andre. Det kan åpne for å løse oppgaver på helt nye måter.

Flere initiativer bringer oss i riktig retning. Kjernejournal med sentrale pasientdata er etablert. Dokumentdeling fra våre helseforetak med resten av helsetjenestene via Kjernejournal er pilotert. Målet er at dokumentdeling fra våre helseforetak skal være på plass i løpet av 2023. Det betyr at alle sykehus og alle behandlere kan få tilgang til pasientens siste epikriser og polikliniske notater. Videre deles kritisk informasjon som for eksempel medikamentallergier.

Planen videre er å koble to viktige funksjoner til denne kjernen. Pasientens legemiddelliste vil sikre at alle, uavhengig av tjenestenivå, har tilgang til oppdatert oversikt over pasientens medisinbruk. Får vi i tillegg samme tilgang til pasientens behandlingsplan har vi skapt en helt ny basis for å videreutvikle vår samhandling i helsetjenesten. Pasientens legemiddelliste er knyttet til overgangen til journalsystemet DIPS Arena og vil skje ved våre helseforetak i løpet av de neste årene.

Deling av data for kritisk informasjon vil komme i et begrenset omfang i forbindelse med innføring av Pasientens legemiddelliste (legemiddelreaksjoner) og videreføres deretter med overgangen til journalsystemet DIPS Arena.

Tverrfaglig behandlingsplan er en naturlig utvidelse av informasjonsdelingen rundt Pasientens legemiddelliste. Her samarbeider regionene med Helsedirektoratets prosjektledelse. En tidsplan for når dette vil være innført i våre helseforetak, er under utarbeidelse.

Personvern –hvem eier egentlig helseopplysninger?

Godt personvern er grunnleggende for helsetjenesten. Samtidig gjør helsetjenesten svært mange vurderinger på pasientens vegne uten alltid å spørre hva pasienten ønsker. Det er for eksempel vanskelig å finne en pasient som er redd for at blodsukker verdien skal komme på avveie.

Vi trenger en videre diskusjonen rundt hvem som til syvende og siste eier pasientens data. På den ene siden er det pasienten som eier egne data og bør kunne velge hva de skal kunne brukes til. På den andre siden har helseforetakene plikt og behov for å kunne bruke opplysningene fra den enkelte pasient for å gjøre behandlingen bedre for andre.

Personvern for medarbeidere er også sentralt i dette. Gjennom teknologi og digitalisering får medarbeiderne samlet store mengder data om sin arbeidshverdag, gjennom for eksempel bruk av mobiltelefoner, utstyr som spores, nøkkelkort, sensorer på kontor etc. Sammenstilling av opplysningene kan gi verdifull innsikt i forhold knyttet til pasientsikkerhet, samtidig som sammenstillingen kan være svært inngripende for den ansatte. Denne balansen er krevende og forutsetter samarbeid med ansatte.

Beslutning om hva som er sikkert nok tas i ledelseslinjene

Helsetilsynet har understreket viktigheten av at risikovurderinger balanserer kravene til forsvarlig helsehjelp, brukervennlighet, pasientsikkerhet, personvern og informasjonssikkerhet. Helhetlige beslutninger er et lederansvar. Dette er reflektert i «Mål og strategi for informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst». Den peker på at arbeidet med informasjonssikkerhet skal være risikobasert og at ansvar og myndighet følger det ordinære linjeansvaret i helseforetakene. Det er ikke forventet at en leder har inngående kunnskap om alle områder. Vurderinger innen ulike fagområder må samlet kunne gi lederen et tilstrekkelig underlag for å veie for og imot og ta helhetlige beslutninger om risiko. Vi vil arbeide videre med en hensiktsmessig struktur for dette.

Samarbeid om de som trenger det mest – vår felles helsetjeneste

Bedre koordinerte tjenester vil gi bedre kvalitet og mer tilfredse pasienter, pårørende og ansatte

Dette satsingsområdet er videreført fra forrige regionale utviklingsplan. I forrige versjon ble det pekt på potensialet for å bruke data om sykkelighet og bruk av helsetjenester til å identifisere de pasientene det er viktigst vi samarbeider om. 5 % av pasientene bruker rundt 50 % av sykehustjenestene. Planen pekte på behov for skreddersydd behandling og for samarbeid på tvers, gjennom tverrfaglige team, og med deltagelse fra både kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten.

Status

Etter den forrige regionale utviklingsplanen har det kommet nye føringer av betydning for dette satsingsområdet. Her vil vi spesielt trekke fram noen føringer fra [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023](#). [Foretaksmøte 2020](#) og [Foretaksmøte 2021](#) presiserer den nasjonale planen ytterligere (se også del 2). I disse føringene vektlegges at samhandling med kommunene skal skje innen rammen av helsefelleskapene. Videre pekes det på at helsefelleskapene skal prioritere utvikling av tjenester til barn og unge, voksne med alvorlige psykisk lidelser og rusproblemer⁹, personer med flere kroniske lidelser, og skrøpelige eldre.

I Helse Sør-Øst er alle de planlagte helsefelleskapene etablert; Agder, Telemark, Vestfold, Vestre Viken, Oslo, Østfold, Innlandet og Akershus med kommuner. Det varierer hvor mange sykehus og kommuner som inngår i de ulike

helsefelleskapene. Helsefelleskapene vil derfor kunne ha behov for ulike tilpasninger i samarbeidsstrukturen. Helsefelleskapet i Oslo omfatter også de ideelle aktørene Diakonhjemmet og Lovisenberg i tillegg til Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus (3 bydeler).

Når det gjelder psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, har det siden forrige versjon av regional utviklingsplan blitt utarbeidet en [Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#), vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF 22.04.2021 ([sak 041–2021](#)). Fagplanen definerer flere innsatsområder som også vil ha betydning for arbeidet i helsefelleskapene, og videre arbeid og oppfølging er konkretisert i en [Handlingsplan](#).

Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

- videreutvikling av helsefelleskapene
- helsetjenester til barn og unge
- voksne med alvorlige psykisk lidelser og rusproblemer
- personer med flere kroniske lidelser, og skrøpelige eldre
- videreutvikle de spesialiserte rehabiliterings- og habiliteringstjenestene
- helse og arbeid

⁹ I henhold til Nasjonal helse- og sykehusplan skal personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer prioriteres. I foretaksmøtet 2020 ble dette spesifisert til voksne med psykiske lidelser og rusproblemer samtidig som barn og unge også skal prioriteres, uavhengig av type behov. I praksis innebærer dette at alle personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer skal prioriteres, uavhengig av alder.

Videreutvikling av helsefelleskapene

Helsefelleskapet er et partnerskap som skal utvikles etter lokale ønsker og behov

Helsefelleskapene er samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Brukere og fastleger skal delta på alle nivåer. Brukerrepresentantene fra spesialisthelsetjenesten utnevnes av sykehusenes brukerutvalg. Det er ikke etablert noen fast struktur for hvordan brukerrepresentantene fra kommunene skal velges inn.

I noen tilfeller har kommunesiden i det enkelte helsefelleskap bedt om at relevante pasient- og brukerorganisasjoner oppnevner representanter. Mange av helsefelleskapene har allerede opprettet egne faglige utvalg for de fire pasientgruppene, dette omtales nærmere under beskrivelsene knyttet til disse pasientgruppene.

Vi vil følge helsefelleskapene og deres arbeid. Det er fortsatt strukturelle hindringer, som for eksempel juridiske uklarheter knyttet til muligheten for å dele data der vi tenker vi kan bidra.



Nye data åpner for bedre samordning og mer sammenhengende pasientforløp

Helsefelleskapene trenger data som grunnlag for samarbeid om de fire pasientgruppene. Helsedirektoratet har gitt styringsinformasjon som grunnlag for dette arbeidet.¹⁰ I tillegg kommer lokale analyser og styringsinformasjon fra det regionale helseforetaket.

Det er nå mulig å koble pasientregistrene fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten slik at vi kan se samlet forbruk av tjenester. Foreløpige analyser viser at det er 40 % overlapp mellom de pasientene som bruker mest tjenester i spesialisthelsetjenesten (somatikk) og kommunehelsetjenesten.

En slik samordning av data åpner for at helsefelleskapene kan vurdere hvilke tilbud som bør styrkes for akkurat deres befolkning, at man kan velge behandling som er skreddersydd til dette – og at vi kan vurdere effekten på de ulike tjenestenivåene. Vi vil legge til rette for at disse data blir tilgjengelige for helsefelleskapene i et fornuftig format.

Tabell 3 Andel storbrukere med tjenester fra både spesialist- og kommunehelsetjeneste

	Antall individer i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst	Antall og andel som også følges opp i kommunehelsetjenesten
Topp 5 %	72 099	38 638 54 %
Topp 10 %	145 132	60 143 41 %
Topp 20 %	291 901	83 741 29 %
Totalt	1 476 143	162 488 11 %

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

¹⁰ Styringsinformasjon til helsefelleskapene, Helsedirektoratet

Vi vil også fortsette å bistå Helsedirektoratet med å utvikle kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon som skal understøtte arbeidet i helsefelleskapene.

Det er allerede lagt til rette for at utskrivning av pasienter kombineres med kompetanseoverføring. Kompetansebroen og ParkinsonNet er eksempler på verktøy i denne sammenheng som vi vil videreutvikle som delingsplattformer blant annet innen rammen av helsefelleskapene.

Videreutvikle praksiskonsulentordningen

Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst har etablert praksiskonsulentordning (PKO), noe som bidrar til å løse konkrete samhandlingsutfordringer. PKO kan være en ressurs inn i helsefelleskapene sammen med de fastlegene som er utnevnt fra kommunene inn i de ulike samarbeidsutvalgene.

Det ble gjennomført en nasjonal evaluering av PKO-ordningen i 2020-2021. Et av funnene i evalueringen er at alle helseforetakene i vår region ønsker å videreføre og styrke ordningen. Viktige elementer i arbeidet framover blir blant annet å bidra til å avklare ordningens plass innen helsefelleskapene og å delta i arbeidet sammen med de andre regionene og Legeforeningen for å vurdere en revisjon av rammeavtalen for PKO-ordningen.

Flere av helseforetakene omtaler egen PKO i sine utkast til utviklingsplaner. Vestre Viken HF peker på at PKO kan ha en viktig rolle for tilrettelegging av kompetansesamarbeid og faglig tilbud til fastlegene. Sykehuset Østfold HF framhever Samhandlingsutvalg for fastleger som viktig for å sikre tidlig og god involvering av fastleger.

Kompetansebroen – en delingsplattform for helsefelleskap

Dette nettstedet gir helsepersonell og studenter både i kommunene og spesialisthelsetjenesten felles tilgang til digitale læringsressurser, temabaserte fagområder, oversikt over arrangementer og nyheter.

Sykepleieren i sykehusavdelingen kan henvisе sykepleieren i hjemmetjenesten til aktuelle ressurser på Kompetansebroen, for eksempel [opplæringsfilmer fra Ambulerende sykepleierteam](#). Dette støtter ikke bare deling mellom omsorgsnivåene, men også

deling og erfaringsutveksling mellom helsefelleskap.

Kompetansebroen er utviklet av Akershus universitetssykehus HF og samarbeidende kommuner. I 2021 hadde nettsiden 2,5 millioner sidevisninger og over 270 000 unike brukere fra hele landet. Helse Sør-Øst RHF har bidratt til finansiering først gjennom samhandlingsmidler og senere gjennom dedikerte midler til utbredelse av løsningen til andre helsefelleskap.

ParkinsonNet – nettverksmodell for deling av kompetanse

ParkinsonNet innføres nå i vår region. Dette er en nettverksmodell for deling av kompetanse på tvers som kan bidra til bedre samhandling og større muligheter til å unngå unødige innleggelse. ParkinsonNet vil gjøre det enklere for pasienter å komme i kontakt med andre pasienter og helsepersonell med relevant kompetanse. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 påpeker at det er et mål å vurdere om arbeidsformen også kan benyttes overfor andre pasientgrupper.

Helsetjenester til barn og unge

Behandling av barn og unge berører hele familien, og det er et mål at barn og unge med langvarige behov for helsehjelp skal kunne leve så normale liv som mulig

Helseforetakene har i sine utviklingsplaner adressert flere problemstillinger og tiltak når det gjelder helsetilbudet til barn og unge. For mange barn og unge vil potensialet for forebygging gjennom tidlig innsats og behandling bidra til mindre helsetap og bedre livskvalitet. Derfor er det ekstra viktig å få avklart hjelpebehov og hvem som skal gi hjelpen så tidlig som mulig. Dette krever god samhandling mellom flere aktører både innad i helse- og omsorgstjenestene, på tvers av nivåer og med barnehage, skole, NAV og andre offentlige tjenester.

Digitale løsninger er viktige for barn og unge

Det er en stor belastning for barn og unge å være syke og å ha fravær fra skole og hverdagsliv. Derfor må det satses spesielt på digitale løsninger som kan gi barn og unge større mestring av eget liv og kontroll med sykdom. Barn og ungdom skal møtes som selvstendige personer og tilbys digitale løsninger som apper for å snakke med behandler, bruke selvrapporteringsverktøy, og ha videokonsultasjoner for å slippe lang reisevei og fravær fra skole og hverdagsliv.

Barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer

Behandling av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hos barn og unge er ett av innsatsområdene i Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Det har de siste årene vært økt rapportering av psykiske plager og ensomhet blant barn og unge, og stadig flere har opplevd mistriksel på skolen. Bruken av cannabis har også økt de siste årene. Videre peker fagplanen på at det er geografiske forskjeller i bruk av tjenester blant barn og unge, og betydelige variasjoner både innad i regionene og mellom helseforetaksområdene.

«Med sykehuset i lomma», Akershus universitetssykehus HF

Siden 2015 har Barne- og ungdomsklinikken gitt pasienter tilbud om behandling og oppfølging i hjemmet (avansert hjemmesykehus). Fra 2020 ble tilbudet styrket ved at digital hjemmeoppfølging ble tatt i bruk. Pasienter og pårørende kan nå kommunisere med sykehuset gjennom en app på telefonen. De kan chatte med sykehuset, sende inn svar på skjema og ha videokonsultasjoner. Målinger som temperatur, blodsukker, oksygenmetning, vekt fra utstyr skal overføres til helsepersonell-applikasjonen. Tilbudet styrker kommunikasjonen mellom pasient og behandlere og bidrar til at flere kan være mere hjemme. Fra 2022 tas løsningen i bruk ved Poliklinikken for barn og ungdom.



Foto: Akershus universitetssykehus

I tråd med den regionale fagplanen vil vi i planperioden for utviklingsplanen spesielt arbeide med følgende områder for å videreutvikle tjenestene til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer:

- Samhandling med kommunale tjenesteytere: dette er en forutsetning for et vellykket pasientforløp for barn og unge, og mye av denne samhandlingen bør skje innen rammen av helsefelleskapene.
- Fagutvikling og teknologi: tjenestetilbudet må moderniseres og det må utvikles ulike verktøy slik at tjenestene er rustet til å møte alle barn og unge som har behov for hjelp.
- Ansvarsforholdene vedrørende unge som har utviklet et rusmiddelproblem: det kan være ulik forståelse av hvem som har ansvaret for disse; psykisk helsevern for barn og unge, eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Det er allerede igangsatt flere aktiviteter i regionen på disse områdene, i tillegg til nasjonale prosjekter. Det er utarbeidet en regional handlingsplan (Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling), og flere av helseforetakene har gjort viktige grep for å møte utviklingen og forbedre tjenestene til disse pasientene. Vi vil spre de gode eksemplene.



Foto: Akershus universitetssykehus

ALL-IN, ny inntaksmodell, Akershus universitetssykehus HF, BUP – Øvre Romerike

Gjennom å utvikle og pilotere en ny inntaksmodell til poliklinikken har BUP Øvre Romerike forbedret kvaliteten på tilbudet til barn og unge. Den nye inntaksmodellen er utviklet i nært samarbeid med ungdomsrådet og førstelinjen, og med målet «Riktig pasient til riktig tid». Modellen betyr i praksis at alle som blir henvist får en utredningssamtale og det er oppnådd gode resultater:

- Pasientene som trenger spesialisthelsetjeneste får tilbud om behandling, og de får tilbudet raskere. Ventetiden fra henvisning til oppstart er redusert fra 64 dager til 26 dager.
- Bedre samarbeid med førstelinjen, og inntaksmodellen sikrer at de som trenger oppfølging i kommunen får det.
- Pasientene opplever å bli hørt og ha innflytelse på egen situasjon, alle får minst en samtale på BUP.

Teambaserte arbeidsformer gir gode resultater når man skal tilby helhetlige og integrerte tilbud til mennesker med omfattende psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. ACT (aktivt oppsøkende behandling) og FACT (fleksibelt aktiv oppsøkende behandling) innebærer arbeid i tverrfaglige team med ansatte fra kommunen og spesialisthelsetjenesten rettet mot pasienter med omfattende behov. Tjenesteytelser finner i hovedsak sted på pasientens arena.¹¹

Det ordinære hjelpeapparatet evner ikke alltid å gi god nok hjelp til ungdommer med sammensatte og alvorlige tilstander.¹² Det er derfor nå flere steder i regionen etablert «FACT Ung», som er en tilpasset modell rettet mot ungdom mellom 12- 25 år med alvorlig utfordringer i dagliglivet.

Somatisk og psykisk helse samordnes til et helhetlig behandlingstilbud

Barn og unge med langvarig somatisk sykdom har en økt risiko for psykisk lidelse, og 30-50% av disse får en barnepsykiatrisk diagnose. Avansert diagnostikk og behandling øker risikoen for psykiske plager og kan gi økt risiko for å utvikle symptomer på posttraumatisk stress. Antall barn og unge som har fysiske og psykiske plager som ikke kan forklares av tradisjonelle medisinske diagnoser (benevnes også «sammensatte symptomlidelser», SSL) er økende, og en ytterligere økning kan forventes etter COVID-19-pandemien. Dette gjelder for eksempel kronisk utmattelsessyndrom/ME, fibromyalgi/kroniske smertetilstander og irritabel tarmsyndrom. Disse pasientene må ivaretas av en tverrfaglig gruppe hvor man ser på både biologiske og psykososiale faktorer. (Akershus universitetssykehus utviklingsplan, Delplan Barn og unge 2022-2026).

Denne utviklingen krever i økende grad en tverrfaglig, helhetlig tilnærming både innen spesialisthelsetjenesten, innen rammen av helsefelleskapene og mellom tjenestenivåene. Fastlegene vil også være sentrale i dette. Helse Sør-Øst vil derfor arbeide for god integrering av psykisk helsetjeneste for barn og unge i somatikken, og motsatt, for å sikre et mest mulig sømløst tilbud.

FACT Ung etableres i Vestre Viken HF

Alle 22 kommuner i Vestre Viken sitt nedslagsfelt er med. Istedenfor at ungdom henvises mellom kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten, barnevern og andre hjelpeinstanser, setter disse seg nå sammen i team og skal gi et samlet tilbud. De unge som strever aller mest, skal nå bli fanget opp.

For de som faller mellom stoler, må vi bygge en sofa – Vestre Viken



Foto: Colourbox

¹¹ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>

¹² Utredning av FACT-Ung i Norge 2021

Overgang barn–voksenavdeling

Ungdom med langvarig sykdom vil ha behov for langvarig oppfølging, for noen resten av livet. Mange unge opplever overgangen fra barne- og ungdomsavdelingene til voksenavdeling som vanskelig. Ungdomsrådet i Vestre Viken HF trekker overganger fram som en av de viktigste forbedringsområdene for å gi gode helsetjenester til barn og unge (Utviklingsplanen til Vestre Viken HF). Dette dokumenteres også fra forskning som viser at dårlige overganger fra barne- til voksenavdeling kan ha store helsemessige konsekvenser.

Det er viktig at de som jobber ved voksenavdelingene er klar over at det ikke er en fullt voksen person som blir overført. Man må bevisstgjøre på denne problemstillingen i arbeidet i helsefelleskapene. Både Sykehuset Telemark HF, Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF har ambisjoner om å legge bedre til rette for at disse overgangene skjer så sømløst som mulig og har i samarbeid med ungdomsrådene utarbeidet retningslinjer for overganger.



Eget overgangsforløp ved Barne- og ungdomspoliklinikken, Akershus universitetssykehus HF

Barne- og ungdomspoliklinikken ved Barne- og ungdomsklinikken har utviklet et eget overgangsforløp for å bedre overgangene mellom barne- og voksenavdeling. Overgangsforløpet består av en gradvis planlagt prosess der ungdom med langvarige helseutfordringer får tilpasset informasjon og økende ansvar for egen helse. Målet er å hjelpe ungdom med å forstå mer av egen helse, forberede dem til å ta mer ansvar og frigjøre seg fra foreldrene. Forløpet har tre viktige faser:

Alderen 12 til 16 år er en forberedelsesfase, hvor det handler om å ta mer ansvar selv og dermed få mer frihet. Når pasienten fyller 17 år går de over i overføringsfasen, hvor målet er en forutsigbar og koordinert overføring som gir en sammenhengende behandling. Den siste fasen foregår på voksenavdelingen, hvor den unge voksne som nå har fylt 18, blir tatt godt imot og blir kjent med avdelingen.



Foto: Akershus universitetssykehus

Voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

Vi ønsker samordnede og koordinerte tjenester, helst der pasienten bor

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser med samtidig ruslidelse (ROP-lidelser) utgjør om lag 4 200 personer og i overkant 15 prosent av populasjonen med alvorlig psykisk lidelse i Norge. Det er sannsynlig at det er underdiagnostikk av rusrelaterte lidelser ved alvorlige psykiske lidelser, og underdiagnostikk av psykiske lidelser ved rusrelaterte lidelser.

Voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer har ofte somatiske sykdommer i tillegg, noe som gjør at mange har behov for koordinerte behandlingstilbud. Mange av pasientene får behandling både på sykehus og lokalt ved de distriktpsikiatriske sentrene. Dette er en pasientgruppe hvor pasientforløpene i dag er for fragmentert med lav grad av kontinuitet.¹³ Ingen andre diagnoser innen psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er assosiert med like mange tapte leveår som rusrelaterte lidelser (tabell). Et godt tilbud innen TSB er derfor viktig.

Det er et mål å skape samordnede og koordinerte tjenester både innen spesialisthelsetjenesten og på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Det er også et mål at så mye som mulig av behandlingstilbudet er der pasientene bor. Helsefelleskapene vil derfor være helt sentrale arenaer for samarbeid mellom kommuner og helseforetak i planleggingen og utviklingen av tjenester for denne pasientgruppen. I tillegg kommer behovet for å sikre tilstrekkelig kapasitet (kompetanse og på døgnbehandling) i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 4 Antall tapte leveår for pasienter med registrert dødsfall i perioden 2018–2021 og kontakt med psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Mest frekvente diagnose i PHV	Tapte leveår	Per individ	Andel
Rusrelatert	51 735	28,9	27 %
Symptomdiagnose	30 112	18,3	15 %
Affektiv	23 125	19,7	12 %
Nevrotiske lidelser	21 248	22,6	11 %
Psykose	15 821	23,4	8 %
Organiske lidelser	5 322	8,3	3 %
Personlighetsforstyrrelser	4 655	32,1	2 %

Tabellen viser pasienter med registrert kontakt og hoveddiagnose i PHV/TSB i perioden 2018-2022, og som i tillegg er registrert død. Tapte leveår beregnes ut fra alder ved død og forventet levealder. Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gir en god beskrivelse av status på disse områdene. Fagplanen gir også føringer for hvordan vi skal arbeide med denne pasientgruppen framover, både innen helsefelleskapene og ellers. Når det gjelder helsefelleskapene gis følgende føringer:

Helseforetakene/sykehusene skal utvikle og tydeliggjøre behandlingsforløp for pasienter med ROP-lidelser som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen, gjennom arbeid i helsefelleskapene.

13 Tilsyn med tjenestetilbudet til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelser) i 2017 og 2018

Alle helseforetakene har fokus på disse pasientgruppen i sine utviklingsplaner. Etablering av digitale verktøy, arenafleksible tilbud, ambulante tjenester, poliklinikk og andre dagtilbud framheves som viktige tiltak framover.

De fleste helseforetakene vektlegger videreutvikling av ACT og FACT-team som sentralt i planperioden. Mange slike team er allerede etablert, og flere er på gang. I boksene nedenfor har vi vist noen eksempler på dette.

Erfaringer med ACT og FACT-team fra psykisk helsevern og rusbehandling kan også være nyttige innen somatikken hvor det er behov for tverrfaglig samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten knyttet til pasienter med omfattende behov.

Valdresmodellen styrker samarbeidet mellom sykehus og kommuner

Den nye Valdresmodellen er en samarbeidsmodell mellom Sykehuset Innlandet og de seks Valdreskommunene. Valdresmodellen skal styrke samhandlingen mellom ulike tjenesteaktører for ulike grupper i befolkningen med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Disse pasientene har behov for tjenester fra flere instanser både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Mange steder framstår tjenestene i kommunen og spesialisthelsetjenesten som lite koordinerte og integrerte. Dette er en spesielt stor utfordring for denne pasientgruppen.

ROP – Ny modell for psykisk helsevern i Valdres
ROP – NKROP evaluerer den nye valdresmodellen

Skrøpelige eldre

Koordinert innsats for skrøpelige eldre kan bidra til å opprettholde funksjon og forebygge innleggelse

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 definerer skrøpeligheit som:

... en tilstand som særlig rammer eldre. Den kjennetegnes blant annet ved redusert muskelstyrke, utilsiktet vekttap og redusert motstandskraft mot sykdom. Disse pasientene har som regel et tilbud fra kommunal pleie- og omsorgstjeneste og legges hyppig inn på sykehus som øyeblikkelig hjelp for ulike tilstander. Blant de vanligste årsakene for innleggelse er fall, influensa og lungebetennelse, samt lidelser i sirkulasjonssystemet. Folkehelseinstituttet sine analyser viser av hvert sjette sykehusopphold for eldre pasienter resulterer i reinnleggelse.¹⁴

14 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, kap. 4.3.3

FACT Gamle Oslo, eksempel på samhandling bydel og helseforetak

Bydel Gamle Oslo og Lovisenberg DPS har utviklet og innført metoden flexible assertive community treatment (FACT). I 2021 vant FACT Gamle Oslo «Forbedringsprisen» som deles ut årlig av Helsedirektoratet og I trygge hender 24-7 til enkeltpersoner eller team i helsevesenet som har utmerket seg innen kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og/eller arbeidsmiljø.

I følge helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol har prosjektet oppnådd svært gode resultater og hatt stor betydning for brukerne, og det er et eksempel til inspirasjon på hvordan man kan samhandle godt mellom en bydel og et helseforetak.

FACT Gamle Oslo vant forbedringsprisen – Barn og unge, Spesialisthelsetjeneste, Folkehelse, Primærhelsetjeneste, Psykisk helse – Dagens Medisin

Det er ikke alltid åpenbart hvilke pasienter som hører til gruppen «skrøpelige eldre». Dette er utypet i Samarbeid om skrøpelige eldre i helsefelleskap, KS, oppsummerende refleksjonsnotat, Anders Grimsmo, 11.09.22. Notatet utdyper hvordan skrøpelig eldre kan identifiseres, virksomme tiltak, samt forslag til fordeling av roller og oppgaver mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Det finnes ulike verktøy for å screene aktuelle pasienter.¹⁵ Vestre Viken HF skriver i sin utviklingsplan at de ønsker å samarbeide med kommunene om bruk av felles verktøy for skrøpeligheitscreening. Helse Sør-Øst ønsker å understøtte bruk av slike verktøy.

Målet er mest mulig hjelp og behandling hjemme og tilpasninger ved sykehusinnleggelse

Vi har som mål at skrøpelige eldre i størst mulig grad får hjelp og behandling i eget hjem, men også at det ved behov for innleggelse etableres ordninger som tar hensyn til sårbarheten disse pasientene har. Det er stor bevissthet om dette i helseforetakene, noe som gjenspeiles i de lokale utviklingsplanene.

Spesialisthelsetjenesten organiserer vanligvis tjenestene etter medisinske spesialiteter. Dette passer ofte dårlig for pasienter med sammensatte problemstillinger. Vi vet også at det ofte er ekstra belastende for disse å bli lagt inn i et travelt sykehusmiljø.

Det er et mål at fagfolkene undersøker og behandler skrøpelige eldre i den avdeling de er innlagt slik at pasienten slipper unødige forflytninger internt i sykehus, og at de skjermes for støy og uro.

Ortogeriatri i akuttmottaket etablert ved Bærum sykehus, Vestre Viken HF

Det innebærer at eldre med lårhalsbrudd vurderes i akuttmottaket av både ortopedisk og akuttmedisinsk lege. Bakgrunnen for modellen er at pasienter med lårhalsbrudd i de fleste tilfeller er eldre som har flere sykdommer, bruker mange medikamenter og har skrøpeligheit som kompliserer forløpet. Målet er at pasienten skal få god smertelindring og kirurgisk behandling raskt og med færrest mulig komplikasjoner. Andre medisinske tilstander skal behandles for å gi et godt resultat på lang sikt. Opptreningen skal starte raskt og utskrivningen skal være godt planlagt.



¹⁵ Tidsskriftet, 9. mars 2021, Systematisk vurdering av skrøpeligheit

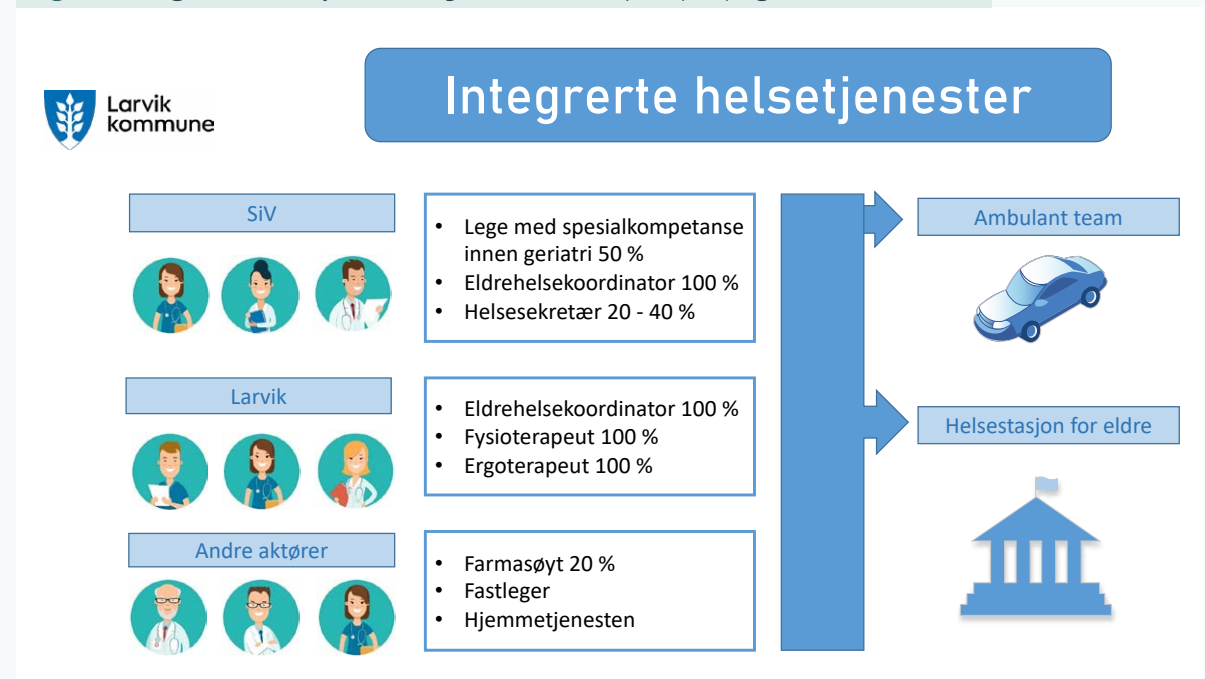
Pasientsentrerte helsetjenesteteam og pasientforløp for skrøpelige eldre

Vi vil understøtte etableringen av pasientsentrerte helseteam i alle helseforetak. Flere helseforetak er allerede i gang, og team etableres under ulike navn. I tillegg har flere av helsefelleskapene etablert faglige samarbeidsutvalg for denne pasientgruppen og er i ferd med å beskrive pasientforløp for denne gruppen.

Helsefelleskapet i Vestfold har etablert et prosjekt som skal øke samhandlingen, etablere nye arenaer for samhandling og øke sykehusets tilstedeværelse utenfor sykehuset. Se figuren nedenfor.

Arbeidet er todelt. Del 1 foregår i hovedsak i kommunene og del 2 når skrøpelige eldre blir innlagt på sykehus og skal følges opp etter utskrivelse. I del 2 etableres et ambulant team som starter oppfølgingen mens pasienten er i sykehuset. Som et ledd i arbeidet er det tatt i bruk et verktøy for å kartlegge pasientene, inspirert av «Handbook of integrated Care for Older People», publisert av WHO.

Figur 8 Integrerte helsetjenester Sykehuset i Vestfold (SiV) og Larvik kommune



Helhetlige tjenester for eldre

Til tross for at psykiske plager er hyppig forekommende hos eldre er det relativt få som henvises til spesialisthelsetjenesten. Fastlegene bidrar med behandling av milde til moderate psykiske lidelser og kommunene har bygget opp en god demensomsorg. Det er imidlertid mangler i utredning og behandling av eldre med alvorlige plager som alvorlig depresjon, suicidalitet, psykosesyntomer og rusavhengighet. For å sikre at eldre får det samme tilbudet i psykisk helsevern som yngre voksne, bør man vurdere å gi et samlet «eldrehelse» tilbud i spesialisthelsetjenesten og utvikle samhandlingen med kommunale tjenester. Oslo kommune er i ferd med å samlokalisere sykehjemsplasser for personer med psykiske lidelser. Spesialisthelsetjenesten kan bidra med å understøtte tjenestene ved å veilede, undervise og utrede/ behandle ambulant i disse sykehjemmene.

«Integrerte helsetjenester til sårbare pasienter (IHT)», samhandlingsprosjekt mellom Akershus universitetssykehus HF og flere av kommunene i opptaksområdet

Prosjektet innebærer utvikling og utprøving av en tjenestemodell for gjensidig forpliktende samarbeid mellom kommune, fastlege og sykehus. Målgruppen er avgrenset til sårbare eldre med sammensatte behov for helsehjelp.

Pilotprosjektet IHT er designet med to utviklingsløp, ett for tjenesteutvikling og ett for utvikling av digitale støtteverktøy.

I tjenesteutviklingsløpet skal det utvikles en modell for hvordan kommune, fastlege og sykehus kan ha et gjensidig forpliktende samarbeid om integrerte helsetjenester til sårbare eldre med sammensatte behov. Det er planlagt for 4 småskala-utprøvinger i piloten. Tjenestemodellen til IHT er inspirert av modell for Pasientsentret helseteam (PSHT) i Tromsø.

Den andre delen av pilotprosjektet innebærer utvikling og bruk av digitale støtteverktøy for å:

- identifisere sårbare eldre basert på strukturerte data
- styrke IHT-teamets evne til å følge opp inkluderte pasienter
- evaluere tjenestens virkning ved utvikling av et dashboard med styringsdata (Link til delrapport fra 2021)

Personer med flere kroniske lidelser

Personer med flere kroniske lidelser er en stor og sammensatt gruppe med ulike behov for tjenester og koordinering

Helsedirektoratet definerer denne pasientgruppen som:

Personer med flere kroniske sykdommer defineres i henhold til kompleks multimorbiditet, dvs. personer med 3 eller flere kroniske sykdommer i ulike organsystemer. Dette kan f.eks. være sykdom i sirkulasjonssystemet (hjertesykdom), i muskel- og skjelettsystemet (leddlidelser) og i nervesystemet.¹⁶

Mange av pasientene med flere kroniske lidelser vil i hovedsak kunne følges opp av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I den andre enden av skalaen finner vi personer med store og sammensatte behov for tjenester som i liten grad er i stand til å koordinere egen oppfølging og behandling. Mellom disse ytterpunktene finner vi pasienter som har flere samtidige, kroniske tilstander og kan ha behov for oppfølging fra både den kommunale helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. Det er den siste pasientgruppen som helsefellesskapene spesielt bør prioritere.

Flere av helsefellesskapene i vår region er allerede i gang med å samarbeid om denne pasientgruppen, med litt ulike tilnærminger. Helsefellesskapet i Telemark har definert

noen innsatsområder for denne pasientgruppen med fokus på oppfølging, lærings- og mestringsaktiviteter på laveste effektive omsorgsnivå og helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Sørlandet sykehus HF skriver i sin utviklingsplan at helsefellesskapet i Agder har valgt å se denne pasientgruppen sammen med gruppen «skrøpelige eldre». Helsefellesskapets analysegruppe er i ferd med å analysere denne pasientgruppen, og peker på at arbeidet vil ende i et forslag til videre tiltak for partene i Helsefellesskapet. Helsefellesskapet i Vestfold har et faglig samarbeidsutvalg for skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.

Videreutvikle de spesialiserte rehabiliterings- og habiliteringstjenestene

26 000 voksne og 1700 barn mottar hvert år rehabilitering i spesialisthelsetjenestene i Helse Sør-Øst, men det er store variasjoner i tilbudet. Habiliteringsområdet trenger et skikkelig løft

Innen de fire gruppene som skal prioriteres i arbeidet med helsefellesskap finnes mange som trenger ulike former for rehabilitering og habilitering. Det er blant annet stadig flere med rehabiliterings- og habiliteringsbehov som har tilleggsproblematikk innen rus/psykiatri. Tilbakemelding fra brukerne er at disse tjenestene er fragmenterte og dårlig koordinert - særlig i overgangen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

¹⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap/styringsinformasjon>

Rehabilitering

Vi vil utarbeide en regional fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering som skal legge til rette for at det meste av rehabiliteringen skal skje der pasienten bor og eventuelt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Sentralt i fagplanen vil være:

- ansvar og oppgaver innenfor egne tjenester i helseforetakene
- tverrfaglig rehabiliteringskompetanse med tilstrekkelig døgnkapasitet i helseforetakene i tidlig fase etter akutt sykdom/skade
- likeverdig tilbud til pasienter med behov for tjenester innen fysikalsk medisin og rehabilitering i alle faser av rehabiliteringsforløpet
- arbeidsrettetperspektivet som en naturlig del av rehabilitering
- forutsigbarhet, trygghet og kontinuitet i rehabiliteringsforløpet.
- pasientens egne mål for mestring, egenomsorg og deltakelse skal prege møtet mellom pasient og helsepersonell

Ressurser til samhandling med kommunene vil være sentralt. Videre skal det vektlegges at tjenestene skal gis ambulant dersom det ikke er mest hensiktsmessig å gi dem i institusjon. Dette må understøttes av teknologiske løsninger.



Foto: Sunnaas sykehus HF, Bård Gudim

Habilitering

Målgruppen for habilitering er barn, ungdom og voksne med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse som er komplisert og sammensatt. Pasientene kan ha flere diagnoser og flere funksjonsnedsettelse. Innen de fire gruppene som skal prioriteres i arbeidet med helsefelleskap finnes mange personer som trenger ulike former for habilitering, men det er også pasienter som faller utenfor de fire gruppene som krever god samhandling mellom tjenestenivåer og aktører.

Riksrevisjonen peker i en rapport fra 2021 på at det er store forskjeller og utilstrekkelig kapasitet i helseforetakenes habiliteringstilbud til barn, og at foreldrene selv må gjøre mye for å få den hjelpen de har behov for.¹⁷

¹⁷ Riksrevisjonens rapport 2020–2021, Helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse

For å få til et skikkelig løft innen dette fagområdet, vil vi utarbeide en fagplan for habilitering av barn, unge og voksne i 2022. Sentrale innsatsområder i fagplanen vil være:

- samarbeidet med kommunene
- tjenestetilbudet for barn og unge med autismespekterforstyrrelser
- pasientforløp for utredning og behandling av atferdsvansker
- avklare hvilke deler av tjenestetilbudet som kan styrkes innen rammen for helsefellesskapene



Foto: Akershus universitetssykehus

Samkonsultasjoner gir sammenheng i behandlingen, Akershus universitetssykehus HF

Innenfor habilitering skal spesialisthelsetjenestens bidrag alltid understøtte hjemkommunens langsiktige ivaretagelse av barnet/ungdommen og dennes familie.

I avdeling for habilitering i Barne- og ungdomsklinikken inviteres derfor lokale fysioterapeuter og andre aktuelle fagpersoner til å være med på tverrfaglige oppfølgingskontroller på sykehuset.

Kontrollene får på denne måten et viktig innslag av veiledning og kompetanseoverføring, samtidig som alle bidrar til mest mulig felles forståelse av barnet og er sammen om å avklare hva som vil være optimal tilrettelegging og behandling fram til neste kontroll.

Helse og arbeid

Arbeidsrettede behandlingstilbud som gis i spesialisthelsetjenesten skal ha som mål å hindre funksjonsfall, og at pasienter skal komme tilbake til, eller kunne stå i arbeid eller utdanning

Spesialisthelsetjenesten har liten tradisjon for å være opptatt av deltakelse i arbeidslivet. Regelen har vært at man tenker behandling først og arbeid etterpå. I Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF de siste årene framgår det at deltakelse i arbeid skal være en del av behandlingstilbudet når kunnskapsgrunnlaget tilsier at dette vil gi positiv helsegevinst. Ved alle helseforetakene i regionen er det etablert arbeidsrettede behandlingstilbud innen muskel-skjelettlidelser, og for angst og depresjon, som svar på at over 60 prosent (tall fra NAV) av all uføretrygd i Norge innvilges med begrunnelse i disse lidelsene.

Aktivitet og arbeidsdeltakelse er dokumentert helsefremmende, og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, NAV, utdanningssystemet, fastlege, arbeidsgiver og andre om samtidige tiltak knyttet til arbeid og jobbnærver, vil gi gevinster både for enkeltpersoners helse og velferd og for samfunnet.

Ung Arena +

Ung Arena er et kommunalt tilbud. Ung Arena + (pluss = spesialisthelsetjenesten) skal være et lavterskeltilbud for ungdom i alderen 13-25 år med risiko for å utvikle psykososiale problemer, og som ikke søker til de ordinære tjenestene. I 2022 har Sykehuset i Vestfold HF inngått et prosjektsamarbeid med Tønsberg og Larvik kommune. Prosjektet bygger på erkjennelsen:

Tjenestene som retter seg til barn og unge i risikozonen for psykiske lidelser og/eller rusproblemer, er lite ungdomsvennlig. De er for spredt, fragmentert, vanskelig tilgjengelig og ukoordinert.



Foto: Scanstock

Status i 2022 er at nærmere 20 prosent av befolkningen i arbeidsfør alder mottar helserelaterte trygdeytelser. Dette setter personer utenfor arbeid og utdanning, og gir alvorlige samfunnsmessige konsekvenser, og rammer enkeltmennesker og deres nærmeste hardt. Utenforskap er særlig alvorlig for unge mennesker, og i 2022 står 120 000 personer i alderen 20-30 år utenfor arbeid og utdanning, og om lag 40 000 personer under 30 år mottar uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger. I denne gruppen står mange i fare for å falle varig ut av arbeidsmarkedet.

Mange, og særlig de unge som faller utenfor, opplever også å møte et fragmentert hjelpeapparat som fokuserer på problemene framfor mulighetene. Det er derfor behov for å teste ut nye modeller for behandling i spesialisthelsetjenesten, hvor helse, arbeids- og utdanningssektoren utvikler integrerte behandlinger til mennesker med sammensatte lidelser. For flere av de prioriterte gruppene i helsefelleskapene blir det viktig å ta med dette perspektivet for å bedre helse og funksjon.

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet vedtok i 2021 Strategi for fagfeltet arbeid og helse (IS-3023). Strategien legger viktige føringer for videre arbeid på dette området i planperioden.

Individuell jobbstøtte (IPS) for å komme tilbake til jobb

IPS er et tilbud til personer med moderate til alvorlige psykiske helseproblemer, og/eller rusproblemer, som ønsker hjelp til å komme i arbeid eller beholde ordinært, lønnet arbeid.

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har samarbeidet tett om videreutvikling av IPS i Norge. Metodikken bygger på et forpliktende samarbeid mellom helsetjenestene og NAV. Arbeidsdeltakelse integreres som en del av behandlingen.

Individuell jobbstøtte (IPS) – NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid



Foto: Scanstock

Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester

Vi vil gjøre de riktige tingene med bedre kvalitet

Uønsket variasjon opptrer både når det gjelder kvalitet og forbruk av tjenester innen en rekke områder. Variasjon i kvalitet er i utgangspunktet uakseptabelt; variasjon i forbruk er uønsket når den ikke kan forklares av ulikheter i demografi, geografi, sykелighet eller andre forhold som sykehusene ikke kan gjøre noe med.

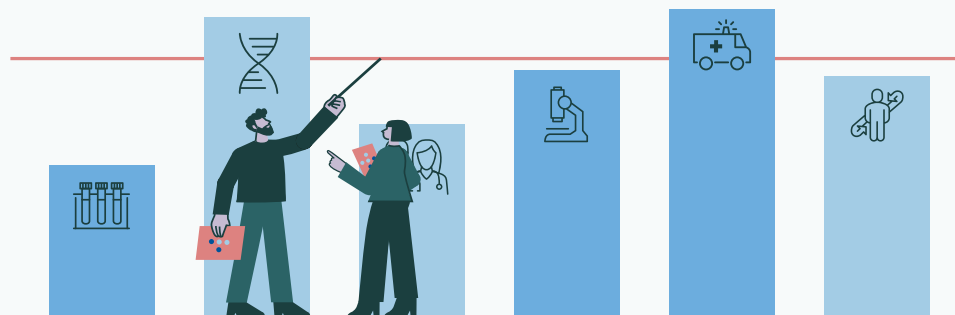
Når uønsket variasjon forekommer, oppfyller ikke Helse Sør-Øst sitt «sørge for ansvar» som innebærer at befolkningen i regionen skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet.

Uønsket variasjon kan føre til at ressursene ikke brukes optimalt; noen får ikke helsetjenestene de har behov for, mens andre får helsetjenester de verken har behov for eller nytte av. Gevinsten av å redusere uønsket variasjon kan være «mer helse for mindre penger», mens konsekvensen av ikke å gjøre noe vil være det motsatte – «mindre helse for mer penger».

Når kvaliteten på helsetjenester måles er det faglige vurderinger og forskning som definerer hva som er et godt eller dårlig resultat. Variasjon i forbruk må vurderes annerledes fordi det er utfordrende å finne sammenheng mellom forbruksrater og helseeffekt. Variasjoner i kvalitet og variasjoner i forbruk omtales derfor hver for seg.

Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

- legge til rette for at vi måler og kan følge de indikatorene som er viktige for de ulike aktørene
- stimulere til utstrakt bruk av kvalitetsregisterdata – av pasientene, i klinikken og til styring
- lage enklere tilganger til prosedyrer og retningslinjer
- lage felles retningslinjer for kliniske fagrevisjoner
- gjøre forbruksdata enkelt tilgjengelig for klinikere og ledere
- tilby verktøy til arbeidet med å redusere uønsket variasjon



Variasjon i kvalitet på tjenestene

I det store bildet leverer Helse Sør-Øst helsetjenester med god kvalitet

Helse Sør-Øst har arbeidet lenge med kvalitetsforbedring. Noen overordnede tiltak er beskrevet i [Regional delstrategi pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring](#).

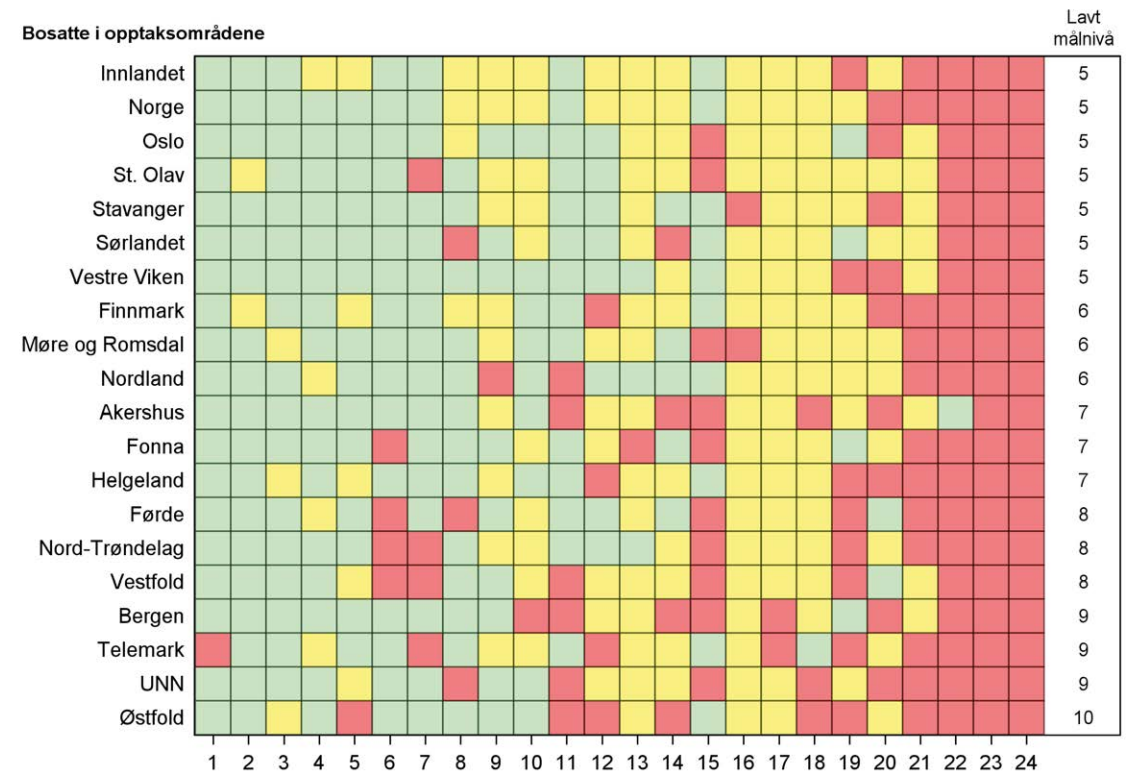
Vi vet at det er stor variasjon

Det er godt dokumentert i ulike datakilder at kvaliteten på tjenestene vi leverer er god. De samme kildene viser samtidig at det er ulik kvalitet på tjenestene. Vi har i dag mest data innen somatikk, men det arbeides for å få data på tilsvarende innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er fortsatt behov for mer systematisk innhenting av data på pasientopplevd kvalitet.

[Helseatlas for kvalitet](#), som er ett av 11 helseatlas, belyser kvaliteten på tjenesten for en rekke alvorlige tilstander. Figur 9 viser om pasientene, bosatt i ulike geografiske områder, behandles i tråd med nasjonale anbefalinger innen 24 ulike tilstander. Grønn farge betyr høy måloppnåelse, mens rød farge indikerer lav måloppnåelse.

Som illustrert i figuren har vi mye informasjon, men vi må spørre oss om vi bruker de indikatorene som er viktige for de ulike aktørene, enten det er pasienter, fagfolk, ledelse eller helseforetakenes styrer. Dette er vesentlig også fordi når noe blir målt, får det alltid større oppmerksomhet. I tillegg er det vanskelig å omsette informasjonen i praktisk handling. Noen indikatorer er røde i alle landets helseforetak. Betyr det at vi har et stort problem eller betyr det at vi har valgt en indikator som er lett å måle, men som kanskje ikke er den viktigste i helsetjenestesammenheng?

Figur 9 Oppnådde resultater for 24 kvalitetsindikatorer, alle sykehusområder



Indikator		
1. Tykktarmskreft, overlevelse ++	9. Prostatakreft, fri rand	17. Diabetes barn, HbA1c < 53 mmol
2. Hjerneslag, trombolyse	10. Karkirurgi, carotisstenose	18. Hoftebrudd, operasjon 48 t.
3. Brystkreft, primærkirurgi	11. Endetarmskreft, uten tilbakefall ++	19. Lungekreft, overlevelse
4. Lungekreft, kurativ behandling	12. Diabetes voksne, HbA1c < 75 mmol	20. Diabetes barn, HbA1c < 75 mmol
5. Diabetes voksne, HbA1c ≤ 53 mmol	13. Brystkreft, brystbevarende kirurgi	21. Hjerterinfarkt STEMI, reperfusjon
6. Endetarmskreft, laparoskopi ++	14. Nyre, hemodialyse	22. Nyre, hjemmedialyse ++
7. Prostatakreft, radikal behandling ++	15. Tykktarmskreft, laparoskopi ++	23. Invasiv kardiologi, trykkmåling ++
8. Hoftebrudd, sementert stamme	16. Hjerterinfarkt NSTEMI, utredning 72 t.	24. Nyre, blodtrykk <130/80

Kilde: Nasjonale medisinske kvalitetsregistre/FHI/SSB

Vi vet at vi kan gjøre noe med det

Vi har erfaring for at når fagfolk og ledelse oppdager at kvaliteten på tjenestene de gir er dårlig, så evner de å forbedre. Vi har sett dette i mange sykehus og innen mange områder.

30 dagers overlevelse ved Sykehuset Sørlandet

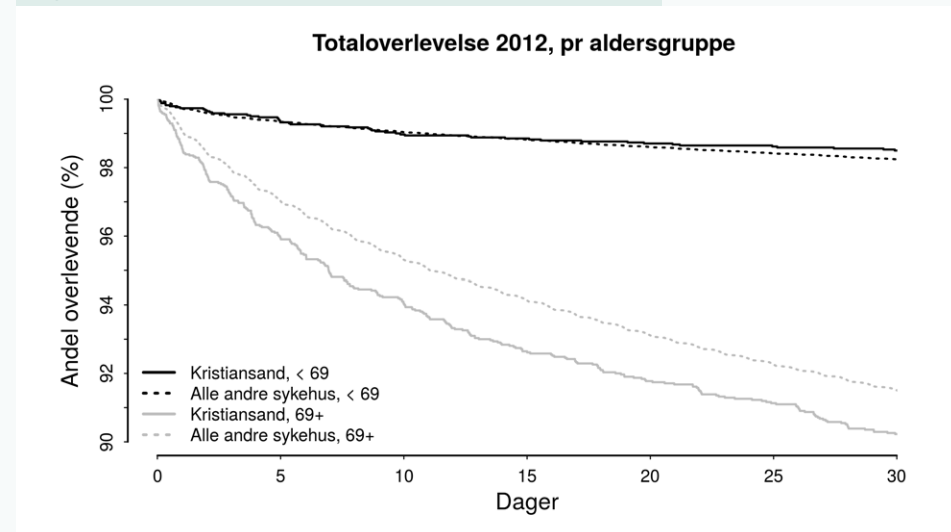
Kristiansand for pasienter under 70 år var i 2012 signifikant lavere enn landsgjennomsnittet til (se figur 10). De fant at for dårlig overvåking av endringer i pasientens kliniske tilstand på sengepost trolig var medvirkende årsak. Det ble derfor utviklet et system for Tidlig Identifisering av Livstruende Tilstander (TILT). Dette ble tatt i bruk, og ikke minst ble det verifisert at systemet virkelig ble benyttet. Året etter ble det observert om lag 35 færre dødsfall hos pasienter innlagt på sykehuset og kvalitetsindikatoren 30 dagers overlevelse ved sykehuset i Kristiansand var normalisert. Etter seks år er overlevelsen fortsatt på landsgjennomsnittet (se figur 11).

Hva er kvalitet og hvordan kan den måles?

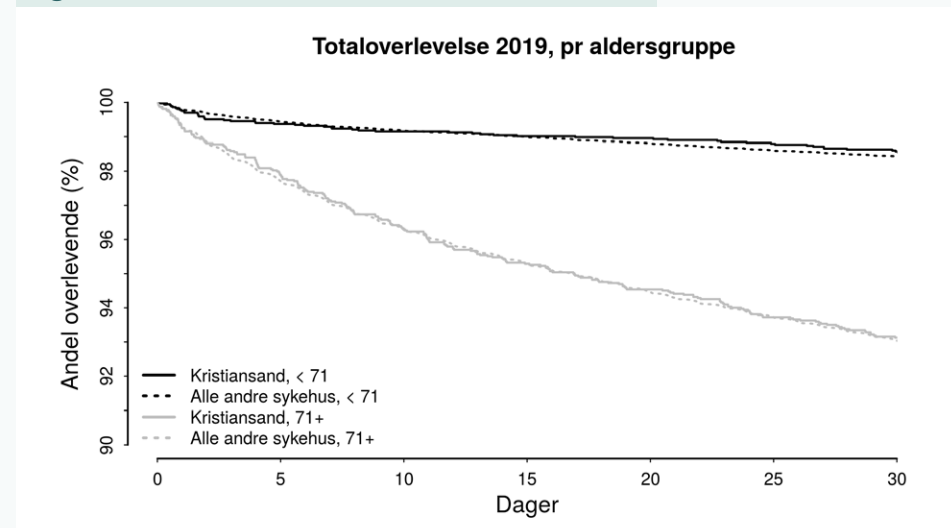
Helsedirektoratet definerer kvaliteten i helsetjeneste ved å si at helsetjenester av høy kvalitet («Og bedre skal det bli»)

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Figur 10 Lavere overlevelse hos eldre i Kristiansand



Figur 11 Bedret overlevelse hos eldre i Kristiansand



Kvalitet kan ikke måles direkte, og det er derfor utviklet en rekke kvalitetsindikatorer. Det er vanlig å dele kvalitetsindikatorerne inn i tre typer:

1. Strukturindikatorer (ressurser, kompetanse, utstyr)
2. Prosessindikatorer (aktivitet i pasientforløpet, for eksempel antall behandlinger)
3. Resultatindikatorer (overlevelse, helsegevinst, tilfredshet)



Helsedirektoratet publiserer nasjonale kvalitetsindikatorer fire ganger i året, basert på ulike datakilder, blant annet Norsk Pasientregister (NPR) og nasjonale kvalitetsregistre. I 2021 ble data fra de nasjonale kvalitetsregistrene benyttet i nesten 30 av omlag 140 nasjonale kvalitetsindikatorer, og ambisjonen er at antallet skal øke. De nasjonale kvalitetsindikatorerne kan gi informasjon om kvaliteten på helsetjenestene, men tolkningen av kvalitetsindikatorer kan være komplisert.

Åpenhet om kvalitetsindikatorer er viktig for pasienter, helsetjenesten og helsemyndighetene. Pasientene behøver kunnskap om kvalitet i helsetjenesten blant annet for å øke kompetanse om egen helse, til bruk for eksempel i en samvalgsprosess. Kvalitetsindikatorerne gir grunnlag for forbedringsarbeid i sykehusene. Det er imidlertid utfordrende for klinikere, ledelse og styret i foretakene å selektere et utvalg indikatorer som gir en oversikt over egen virksomhet slik at den kan brukes til å vurdere hvorvidt kravet om «likeverdige helsetjenester av god kvalitet» er oppfylt.

Helse Sør-Øst RHF har startet et arbeid med å gjøre tilgjengelig et sett med indikatorer for kvalitet og forbruk innen somatikk. Basert på tilbakemeldinger fra helseforetakene vil indikatorsettet justeres og utvides til å omfatte psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

En måte å kategorisere helsetjenester på er i nødvendige helsetjenester, som er tilstander med klare diagnosekriterier, hvor pasienter alltid søker helsehjelp, hvor sykehusbehandling er eneste behandlingsalternativ og hvor det finnes kjent og effektiv behandling. Preferanse- eller tilbudsstyrte helsetjenester er tilstander med flere behandlingsalternativer, hvor indikasjon for, og helsegevinsten av, inngrepet kan være uklar eller omstridt i fagmiljøet og/eller tilgjengeligheten til tjenesten påvirker etterspørselen.¹⁸ Helse Sør-Øst RHF har valgt å følge et utvalg nødvendige helsetjenester med følgende resultatindikatorer:

Fra Folkehelseinstituttet:

- 30 dagers overlevelse for pasienter med hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd. Pasienter innlagt med disse diagnose forårsaker omlag 20 % av dødsfallene i norske sykehus.
- 30 dagers totaloverlevelse etter sykehusinnleggelse.

Fra Kreftregisteret:

- 5 års overlevelse for kreftsykdommene som forårsaker flest dødsfall (lunge, tykk- og endetarm, bukspyttkjertel, bryst og prostata).

Overlevelsedata publiseres årlig og er i hovedsak egnet til å følge opp kvalitet og pasientsikkerhet på et overordnet nivå. Disse data viser forskjeller mellom og innad i sykehusene på ovennevnte indikatorer, og det antas at dette kan ha sammenheng med faktorer som liggetid, reinnleggelser samt generell kvalitet på samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder 5-års overlevelse for kreftsykdommer, er dette gjenstand for årlig evaluering som gjennomføres av det Regionale Kreftrådet, som på bakgrunn av disse data gir anbefalinger til strukturelle endringer samt lokale forbedringsprosjekter for å redusere ulikhetene.

Avvikende overlevelsedata kan tyde på kvalitetsutfordringer og bør følges opp med å identifisere relevante prosessindikatorer som kan brukes som utgangspunkt for å planlegge, gjennomføre og følge effekt av forbedringsarbeid i samarbeid med de kliniske miljøene.

Variasjon i forbruk

Variasjon i forbruksrater er uønsket når den ikke kan forklares av ulikheter i demografi, geografi, sykелighet eller andre forhold som sykehusene ikke kan gjøre noe med

For å redusere uønsket variasjon av forbruk av helsetjenester er det en viktig forutsetning å følge forbruksdata. Dersom slike data avdekker variasjon, bør årsakene undersøkes nærmere slik at det blir mulig å utjevne ulikheter og befolkningen sikres likeverdige helsetjenester. Dilemmaet er at vi ikke vet hva som er riktig nivå, men data legger godt til rette for en faglig diskusjon og eventuelt revisjon. Målsettingen må være å komme fram til om det brukes for mye, for lite eller akkurat passe mye.

En av flere kilder til informasjon om forbruk av helsetjenester er Helseatlasene (Helseatlas.no). Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering i Helse Nord, SKDE, har utarbeidet 11 helseatlas, hvorav 10 omhandler forbruk innenfor ulike fagområder. I helseatlasene vises befolkningens forbruk av helsetjenester systematisert etter sykehusenes opptaksområder. Alle helseatlasene viser at det internt i Helse Sør-Øst foreligger variasjoner i forbruk.

¹⁸ Wennberg, J.E. (2011): Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care American Journal of Epidemiology 174(2):252-252

Helse Sør-Øst har startet et arbeid for å gjøre data for både kvalitet og forbruk lettere tilgjengelig. Modell for dette arbeidet baserer seg på data fra Norsk Pasientregister (NPR). Foreløpig dekker modellen kirurgisk behandling. Det etableres også tilsvarende modeller for andre somatiske aktiviteter samt psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi er nå i en fase med dialog med helseforetakene for å videreutvikle modellen. Målet er å lage et dashboard som er praktisk brukbart for både fagfolk og ledere på alle nivåer. Ved å sammenligne helseforetakene og beregne variasjon kan vi identifisere over- og underforbruk eller annen uønsket variasjon og iverksette tiltak for å redusere dette.

Det er særlig i de tjenestene der det ikke foreligger en-tydige behandlingsanbefalinger (såkalt preferanse- eller tilbudsstyrt behandling) at det oppstår stor variasjon. De kan ofte ikke forklares av ulikheter i demografi, geografi eller sykkelighet. Samtidig er det usikkert hvor stor den kliniske nytten av undersøkelsen er slik at de helseforetakene som har de høyeste forbruksratene kan vurdere om deres ressurser kan brukes bedre.

Virkemidler og verktøy

Når datakildene avdekker at det er behov for endring, vil vi inspirere helseforetakene til å ta i bruk tilgjengelige virkemidler og verktøy for å utjevne forskjeller i kvalitet og forbruk

Når uønsket variasjon i kvalitet og forbruk avdekkes, må dette få oppmerksomhet og arbeides videre med slik at forskjeller kan utlignes. Vi ønsker å legge til rette for at helseforetakene kan undersøke variasjonene nærmere med tanke på mulige årsaker.



Foto: Oslo universitetssykehus

Erfaringen vår til nå er at det er minst tre forutsetninger for vellykket kvalitetsforbedring: tilgang til og bruk av troverdige data, engasjerte fagfolk og lederstøtte.

Gjøre både kvalitet- og forbruksdata enkelt tilgjengelig for klinikere og ledere

Vi vil bidra til at helsepersonell lærer mer om kvalitet i eget helseforetak. Vår ambisjon er at kvalitetsdiskusjonene eies av fagmiljøene, ledelse og styrer og operasjonaliseres slik at de blir relevante der driften og pasientbehandlingen foregår. Vi har mange gode kilder til data om kvalitet og forbruk, men disse er ofte lite tilgjengelig og brukes for lite i forbedrings-

arbeid og styring av virksomhetene. Helse Sør-Øst RHF vil velge noen sentrale kvalitets- og forbruksparametere som vi vil følge tett, enten felles for regionen eller spesielt for hvert helseforetak. Dette skal detaljeres i egen handlingsplan.

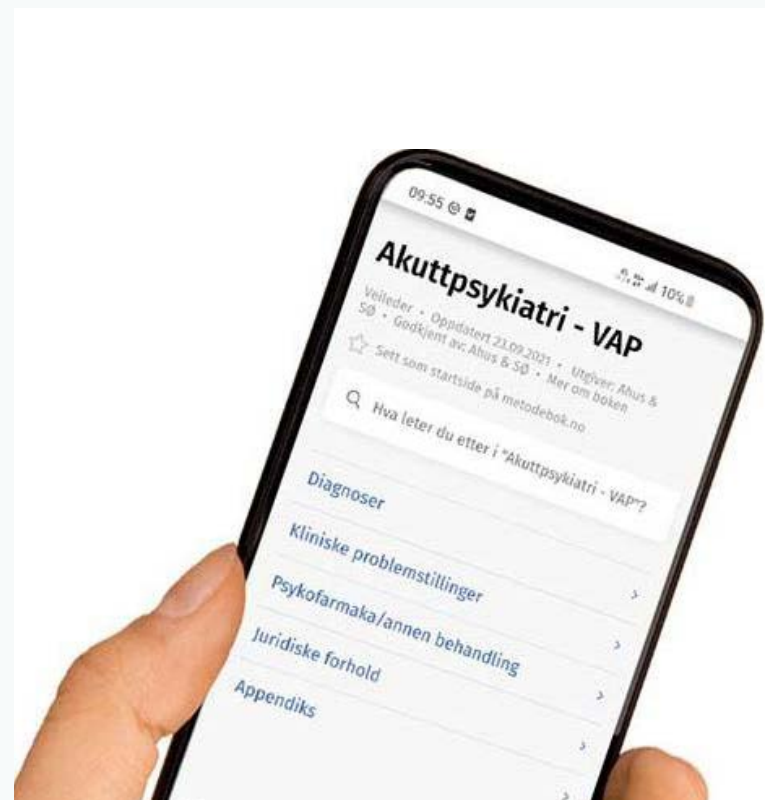
Den nylige økningen i frekvens på tilgang til aktivitetsdata gir bedre muligheter til å fange opp uønsket variasjon og til å iverksette eventuelle tiltak.

Modellen for forbruksrater er, som nevnt, under utvikling og ble presentert for utvalgte helseforetak i Helse Sør-Øst i første kvartal 2022. Videre vil vi bidra til å gjennomføre pilotprosjekter for noen utvalgte kliniske prosedyrer hvor det er behov å harmonisere klinisk praksis og forbruksrater. Vi vil i denne sammenheng se nærmere på prosedyrer for henvisningspraksis.

Stimulere til utstrakt bruk av kvalitetsregistrene – av pasientene, i klinikken og til styring

Norge har 52 nasjonale kvalitetsregistre og mange andre kvalitetsregistre med ulik størrelse og utbredelse, herunder lokale, sykehusinterne registre. I Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre sin nettportal finnes resultater fra de nasjonale kvalitetsregistrene, sortert etter register, sykehus, helseforetak eller regionalt helseforetak. Det er mulig til å sammenligne ulike behandlingseenheter og se på ulikheter i måloppnåelse, samt følge disse over tid. Dette kan være et nyttig hjelpemiddel for pasienter, klinikere, ledere og myndigheter.

Resultater fra kvalitetsregistrene kan bidra til å beskrive ulik praksis og etterlevelse av faglige retningslinjer som har betydning for behandlingsutfallet. Fagmiljøene gis på denne måten mulighet til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring av tjenestene.



Enklere tilgang til metodebøker

Helseforetakene i Helse Sør-Øst har uttrykt behov for å gjøre metodebøker og fagprosedyrer lett tilgjengelige slik at de enklere kan deles på tvers av foretak. Nettstedet metodebok.no og appen Metodebok ble lansert i fjor. Her finnes nærmere 40 metodebøker, retningslinjer og veiledere som er utviklet av helseforetak i og utenfor Helse Sør-Øst, Den norske legeforening og Helsedirektoratet med flere.

Øke bruk av kliniske fagrevisjoner

Kliniske fagrevisjoner («clinical audit» eller «peer review») er en uavhengig dialog mellom fagpersoner for å finne ut om pasientbehandlingen blir utført på en hensiktsmessig måte og er i tråd med god praksis. De gjennomføres typisk med fagfolk fra ulike sykehus som sammenligner sin praksis.

Kliniske fagrevisjoner skal, til forskjell fra internrevisjon, ikke undersøke om lover og forskrifter følges, men være en metode for å gjøre praksisen i sykehusene enda bedre og for å redusere uønsket variasjon. Metoden kan avdekke om praksis innenfor et fagområde er i samsvar med beste praksis.

Det er behov for felles retningslinjer og forsterket innsats når det gjelder kliniske fagrevisjoner. I tråd med Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, har derfor Regionalt innsatsteam pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring fått i oppdrag å utarbeide forslag til regional retningslinje for kliniske fagrevisjoner og forslag til en plan for gjennomføring.

Engasjere ledere

Det er behov for sterkere kvalitetsstyring av spesialisthelsetjenesten, og det er leders ansvar å legge til rette for dette. Riksrevisjonen anbefaler i sin undersøkelse av årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester at de regionale helseforetakene stiller tydelige krav til at helseforetak med avvikende forbruk undersøker og redegjør for sin praksis og følger opp at de eventuelt iverksetter tiltak for å endre forbruket. (Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester).

Kvalitet må få en større plass i virksomhetsstyringen. Lav måloppnåelse over flere år er et signal om behov for mer målrettet innsats samt diskusjon og revisjon av tiltak. Dette må inngå i styringsdialogen mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene.

Sammen om bedre diabetesbehandling for barn og ungdom

I 2015 oppnådde kun 30 % av barn ved norske barneavdelinger langtidsblodsukker (HbA1c) under 58 mmol/mol, som er målsettingen. Andelen pasienter som oppnådde behandlingsmålet varierte mellom helseforetakene, fra 16 til 48 %. Basert på data fra Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes, gjennomførte 9 av 26 barneavdelinger et systematisk kvalitetsforbedringsarbeid og oppnådde en betydelig reduksjon i langtidsblodsukker hos pasientene.



Ta tiden tilbake – mer tid til pasientrettet arbeid

Våre medarbeidere må få bruke sin kompetanse, og vi må tenke nytt om sammensetning av kompetanse i sykehusene framover. Samtidig må vi styrke rekruttering. Det gjør vi best gjennom å gjøre sykehusene til gode arbeidsplasser.

Ta tiden tilbake betyr at vi vil benytte mest mulig av den faglige kompetansen og helseressursene til pasientene. Dette innebærer at vi vil gjøre en rekke tiltak som skal frigjøre tid til pasienter. Ikke minst handler det om at oppgaver som kan frigi tid for leger og sykepleiere løses av andre og eventuelt nye yrkesgrupper i helseforetakene. At alle medarbeidere får bruke mer tid til det de er utdannet for og som gir mer tid til pasientrettet arbeid, er viktig for arbeidsglede og motivasjon. Dette igjen vil innvirke på arbeidsmiljø, sykefravær og rekruttering og sist men ikke minst: pasientsikkerhet og kvalitet.

I utviklingsplanens del 2 er det beskrevet noen sentrale forutsetninger som må være på plass for at helsepersonell kan få mer tid til pasientrettet arbeid: vi må sikre god rekruttering, beholde og utvikle våre medarbeidere. Hele, faste stillinger som norm er viktig i den sammenheng. De aller fleste helseforetakene har etablert egne bemanningsenheter eller vikarpooler, som bidrar til å frigjøre tid for lederne, for eksempel ved å administrere innleie av vikarer og drive fakturakontroll.

Satsingsområdene «Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi» og «Samarbeid om de som trenger det mest» har begge potensial for å frigi tid både til klinisk personale

og andre. Noen viktige grep for å ta tiden tilbake er allerede beskrevet under disse satsingsområdene. I tillegg vil vi under satsingsområdet «Ta tiden tilbake» beskrive andre sentrale grep.

Status

«Ta tiden tilbake- mer tid til pasientrettet arbeid» er kanskje det satsingsområdet vi har kommet kortest med siden forrige versjon av utviklingsplanen. Desto større grunn til å videreføre og forsterke innsatsen framover.

Norge har mange leger og sykepleiere sammenlignet med andre land. I følge [OECD Health at a glance](#) har Norge flest sykepleiere per 1000 innbyggere i Europa og er nummer tre



når det gjelder antall leger. Norge er også det landet som har flest sykepleiere per lege. Tallene skal tolkes med den største forsiktighet fordi de bare viser en del av bildet. Det er flere feilkilder, blant annet viser tallet antall utdannede og sier ikke noe om hvor mange som faktisk arbeider innen helse-tjenesten. Den største feilkilden er at andre land i større grad enn oss bruker støttepersonell rundt legene og sykepleierne.

Tallene fra OECD kan minne oss på at vi har mange som arbeider i helsetjenesten. Spørsmålet er om vi bruker deres kompetanse godt og om vi rekrutterer riktig kategorier personell. Fra 2012 til 2020 ble det i Helse Sør-Øst 31% flere leger, 13% flere sykepleiere, 35% flere psykologer, men 23% færre helsefagarbeidere.

Som vi påpekte i forrige utviklingsplan, er det mange eksempler på at både leger og sykepleiere opplever at de får mindre tid til pasientene. Dette gjelder fortsatt. Både leger og sykepleiere bruker om lag halvparten av tiden sin på oppgaver som ikke er knyttet til pasientbehandling. Hvis vi tar vekk halvparten av disse oppgavene, så frigir det 25% lege- og sykepleiertid. Samtidig vil andre yrkesgrupper i større grad få «komme til» og bruke sin kompetanse mer og bedre. Uavhengig av hvor mange vi utdanner, bør vi starte her. Vi må også sikre at det finnes nok praksis/lærlingeplasser i tjenestene.

Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

- styrke arbeidet med oppgavedeling og kompetansesammensetning
- redusere omfang av rapportering og prosedyrer som ikke gir merverdi
- vektlegge arbeidet med å etablere personaleffektive arealer og bedre logistikk
- bedre bemanningsplanlegging og ressursstyring
- ledelse og medarbeiderskap

Tid og kompetanse må brukes bedre

Kanskje er det på tide å tenke annerledes om noen av de arbeidsoppgavene vi har rasjonalisert bort

Reduksjonen av støttefunksjoner i sykehus, slik som helsesekretærer, portører og helsefagarbeidere har gått for langt. Dette har en direkte konsekvens for hvor mye tid leger og sykepleiere benytter til direkte pasientrettet arbeid.

Leger bruker i dag mer tid på administrative oppgaver enn før. Sykepleiere må bruke mer tid på for eksempel logistikkoppgaver og sengevask sammenlignet med tidligere. De får dermed mindre tid til observasjon og oppfølging av pasienter, noe som kan påvirke pasientsikkerhet og kvalitet negativt.

Det er behov for mer administrativ støtte til helsepersonell og førstelinjeledere, slik at de får mer tid til klinisk arbeid og ledelse i avdelingene.

Behov for å utvikle kultur for fellesskap og tilhørighet på tvers i virksomhetene

Det arbeides allerede mye med oppgavedeling i helseforetakene og mye har blitt bedre. Oppgavedeling inngår som et av innsatsområdene i Regional delstrategi for utdanning og kompetanse, som ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF 19. 08. 2021 (sak 084-2021).

De fleste helseforetakene adresserer behovet for fortsatt innsats på dette området i sine utviklingsplaner. Sørlandet

Sykepleieren stiller diagnose og behandler mindre ortopediske skader ved Drammen sykehus, Vestre Viken HF

Et forskningsprosjekt ved Drammen sykehus viser at spesialutdannede sykepleiere er gode på å stille diagnoser og behandle mindre ortopediske skader.

Behandlingene sykepleierne gjennomfører begrenser seg til skader i armer og bein, og sykepleiere undersøker og tolker røntgenbilde, setter bedøvelse, reponerer (drar brudd på plass) og gipser. Deretter dokumenterer de i journalen. Skader på bekken, rygg og nakke håndteres av ortopeder.

Eva Tanqueiro (bildet) er en av sykepleierne som har vært med å bygge opp fracturpoliklinikken fra starten i 2013.

Hun har drevet med brudd og bruddbehandling lenge, og opplever å bli satt stor pris på, ikke minst av ortopedene. Det har aldri vært noen konflikt mellom yrkesgruppene. Tvert imot har ortopedene vært pådriver for denne løsningen, forteller hun.



Foto: Lars-Erik Vollebæk, Vestre Viken

sykehus HF jobber aktivt med å videreutvikle kultur for fellesskap og tilhørighet på tvers av foretaket. Sykehuset i Vestfold HF (SiV) peker på at for å hindre for høyt arbeidspress, ha beredskap for svingende aktivitet og uventede hendelser er det helt sentralt at tiden brukes på aktivitet som skaper verdi for pasientene. Videre peker SiV på at dette forutsetter at det er en kultur for fleksibilitet i organisasjonen og at ledere legger til rette for at medarbeiderne kan få brukt sitt fulle potensial.

Personell med yrkesfaglig bakgrunn må brukes mer

Personell med yrkesfaglig utdanning er en viktig del av løsningen på framtidens bemanningsutfordringer. Helsefagarbeidere, portører, logistikere, teknikere og helsesekretærer er eksempler på dette. Dette er personell som også i større grad kan benyttes til å frigjøre mer tid til pasientbehandling for leger og sykepleiere.

Et eksempel på dette er Sykehuset Østfold HF som har samarbeidet tett med Fagskolen i Østfold om egen videreutdanning for helsefagarbeidere innenfor kirurgisk virksomhet. Studiet gir økt kompetanse innen hygiene og smittevern, sterilforsyning og det kirurgiske pasientforløpet.

Det finnes allerede gode eksempler på at sekretærressurser i poliklinikk kan styrke operativ ledelse og frigjøre administrativt arbeid fra leger og sykepleiere. I følge *Nasjonale helse- og sykehusplan 2020–2023* kjennetegnes vellykkede forbedringsprosjekter i poliklinikker blant annet ved at merkantile funksjoner styrkes. Det gir bedre planlegging av pasientstrømmer og frigjør helsepersonellens tid til pasientrettet arbeid. Dette har vært et av grepene flere av helseforetakene i Helse Sør-Øst har gjort for å ta igjen etterslep i poliklinikkene etter pandemien, og som det nå må høstes og deles erfaringer fra.

Vi trenger effektive og komplementære team rundt pasienten

I fremtiden skal standarden være at vi setter sammen effektive og komplementære team rundt pasienten, der tjenestenivåene og yrkesgruppene samarbeider tettere, og kompetansen til hver enkelt benyttes best mulig.

Det har vært en økt spesialisering innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette kan være nyttig for den aktuelle pasienten, men tapet av breddekunnskap gjør virksomhetene mindre fleksible med et økt behov for flere ansatte med ulik spisskompetanse. En måte å kompensere dette på kan være å øke antallet ansatte med breddekompetanse som kan ivareta alle arbeidsoppgavene av mer generell karakter. En annen måte er å etablere nye samarbeidsformer som gjør at spisskompetanse deles mellom avdelinger eller nivåer.

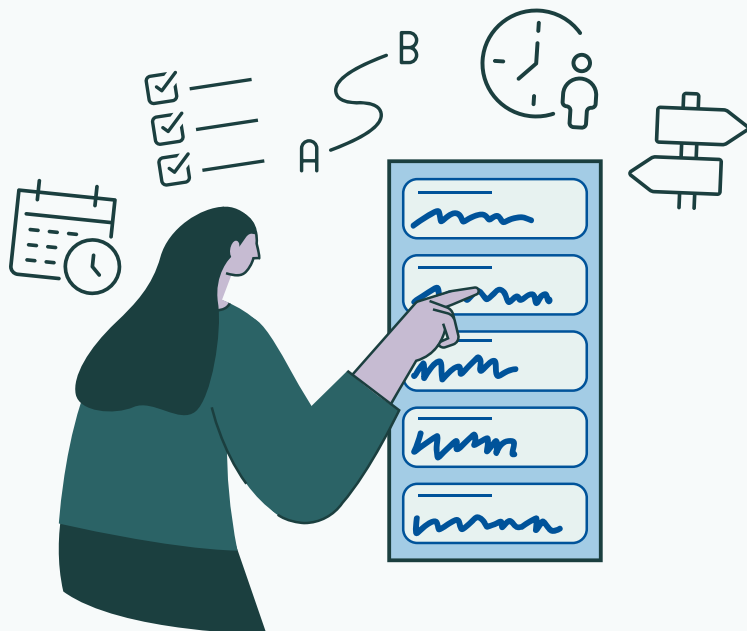
Sykehuset Innlandet HF Tynset har inngått samarbeid med flere kommuner i Nord Østerdal om kommunejordmørtjenesten. Her arbeider en jordmor som er fulltidsansatt ved sykehuset en dag i uken som kommunejordmor. Kommunen får tilgang til en jordmor som hele tiden har oppdatert og relevant erfaring fra spesialisthelsetjenesten.

Et annet eksempel er fra Oslo universitetssykehus HF hvor flere av intensivene har ansatt faste farmasøyter/apotekteknikere som har sitt daglig arbeid i klinikken. Farmasøytene bidrar således med sin spisskompetanse innenfor legemiddelområdet og frigjør tid for intensivsykepleier og leger til andre pasientnære oppgaver.

Ved Drammen sykehus i Vestre Viken HF er det nå ansatt fem sykepleiere i rollen med avansert klinisk sykepleie (AKS) i akuttmottaket Avansert klinisk sykepleiere i akuttmottak. De fem sykepleierne er de første som har fullført masteren avansert klinisk sykepleie med fordypning i akuttisykepleie på Universitetet i Sørøst-Norge i Drammen. Det har vært et

grundig forarbeid å definere hvilke oppgaver som kan egne seg til å bli utført av AKS-sykepleierne. Foreløpig tar AKS-sykepleierne inkomsten av ortopediske pasienter og kan for eksempel stille diagnose og utføre hofteblokkade, det vil si lokal anestesi. På sikt vil det også bli flere pasienttyper.

Endringer av roller, ansvar og oppgaver møter av naturlige årsaker ofte motstand. Det vil derfor være nødvendig å etablere et kunnskapsgrunnlag som underbygger behovet og mobiliserer til endring. Vi vil styrke helseforetakene i arbeidet med nye organisasjonsformer og ny sammensetning av kompetanse.



Personaleffektive arealer og bedre helselogistikk

En grunnleggende tanke i planlegging av nye sykehus er at de skal være arealeffektive. Vi må vektlegge personaleffektive arealer og helselogistikk sterkere

Det har de siste årene blitt ansett som standard at samtlige pasientrom skal være en-sengs rom. Dette har åpenbare fordeler som ivaretagelse av taushetsplikten, privatliv for pasienten og isolasjon, men krever mer ressurser til observasjon og ivaretagelse av pasienter.

Brukerrepresentantene ønsker en-sengs rom som standard, men det er også pasienter som uttrykker bekymring for å ligge alene og som opplever isolasjon på enerom. Ved planlegging av nye sykehus bør vi vurdere om en andel av rommene skal være flersengsrom.

Vente, lete og gjøre om igjen

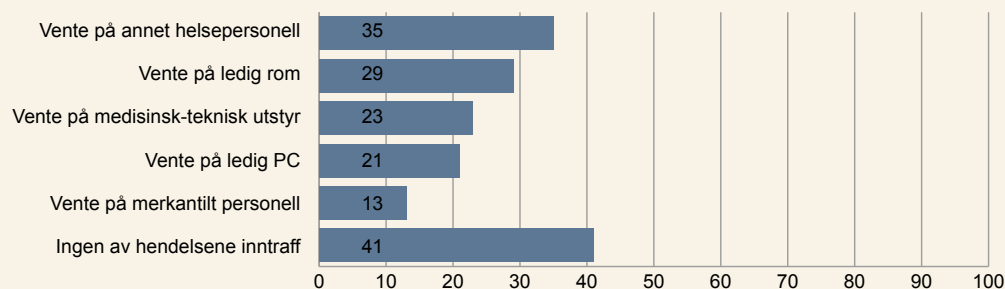
Både fagfolk og pasienter bruker mye tid på sykehus på å vente på ledige ressurser og lete etter vei, utstyr og rom. Det betyr at det er mye å hente på bedre logistikk på mange felt og områder i sykehus. Samling av fagmiljøer som får effektive soner og sambruk av areal, resulterer i nye måter å arbeide og samarbeide på til beste for pasientene.

Dette beskrives blant annet i en rapport fra Riksrevisjonen som har sett på bruk av legeressursene i sykehus. Rapporten viser at legene bruker mye tid på venting, og figuren på neste side viser hvilke hendelser som forsinker legene i utførelsen av oppgaver.

Når det gjelder venting på ledig rom, peker Riksrevisjonens rapport på at det er betydelige forskjeller på tvers av fagområdene: Andelen som oppgir å ha ventet på ledig rom, er dobbelt så høy blant gastromedisinere som blant ortopeder.

Figur 12 Forsinkelser

Tenk på siste arbeidsuke. Hvilke av følgende hendelser opplevde du at forsinket deg mer enn 10 minutter i utførelsen av dine arbeidsoppgaver? Andel ja (%) Base: alle leger (n = 709)



Kilde: Riksrevisjonen/rapporter/no-2018-2019/legeressurser

Gastromedisinere er også noe mer utsatt for å bli forsinket av å måtte vente på medisinsk-teknisk utstyr. Nevrologer ser på sin side ut til å være mindre utsatt for disse hendelsene, noe som trolig skyldes at de i mindre grad er avhengig av spesielle undersøkelsesrom og medisinsk-teknisk utstyr enn det for eksempel gastromedisinere er.

I tillegg gjøres ofte diagnostisk utredning om igjen, enten fordi man ikke er enige om rutinene for undersøkelsene eller fordi resultatene fra allerede utførte undersøkelser ikke er tilgjengelige.

Helselogistikk – fra prosjekt til drift

Helselogistikk har som mål om å fjerne unødvendig venting for pasient og for personell gjennom tilgang på rett informasjon på rett sted til rett tid.

I 2008 var Akershus universitetssykehus HF første helseforetak til å ta løsning for helselogistikk i bruk. Vi har gode erfaringer fra bruk av slike løsninger fra Sykehuset Østfold, Helse Vest og Diakonhjemmet, og det er mange eksempler på hvordan anvendelse av løsningen kan gi mer tid til pasientrettet arbeid. I 2021 anskaffet derfor Helse Sør-Øst en regional løsning for helselogistikk. Høsten 2022 starter utprøving på noen utvalgte sengeposter, poliklinikker og akuttmottak før det gjøres videre bredding til andre foretak fra 2023.

Løsningen gir økt tilgjengelighet til klinisk og logistisk informasjon og understøtter moderne arbeidsprosesser der informasjon deles på tvers av sykehusets fagdisipliner som for eksempel renholdere, portører, helsefagarbeidere, sykepleiere, leger, helsesekretærer, radiologer og bioingeniører.

Helselogistikk for pasienten

Helselogistikk gjør det mulig for en pasient å bruke egen mobiltelefon eller innsjekksterminal til å sjekke seg inn til en poliklinisk avtale og betale etterpå. Pasienten vil få en SMS når det er pasientens tur, og «køappnummer» vises på en venteromskjerm.

Løsningen vil eksempelvis brukes til å sende SMS til pasient om at den kan forflytte seg til et bestemt sted, tilsvarende «go-to-gate» på en flyplass. Nye sykehusbygg har små ventesoner i poliklinikkområdene og større fellesområder, og «go-to-gate»-SMS er en forutsetning for denne type bygg. Erfaring viser at pasienter setter pris på denne type funksjonalitet. Løsningen frigjør tid for helsesekretærene som slipper å sjekke inn pasienten og å ta betaling etterpå.



Bedre oversikt og ressursbruk for ansatte

Pasientoversikter på digitale tavler og på mobiltelefon gir mange gode effekter. Et eksempel er ved overbelegg på en medisinsk post, hvor pasient legges på en enhet med ledig kapasitet, som kirurgisk sengepost. Sykepleier på kirurgisk post vil i løsningen enkelt se hvem som er pasientens ansvarlige lege, da pasientoversikten både viser hvem som er ansvarlig sykepleier og ansvarlig lege for den enkelte pasient på den aktuelle vekten. Likeledes får legen på medisinsk post enkel oversikt over alle sine pasienter, inkludert pasienten som ligger på kirurgisk sengepost.

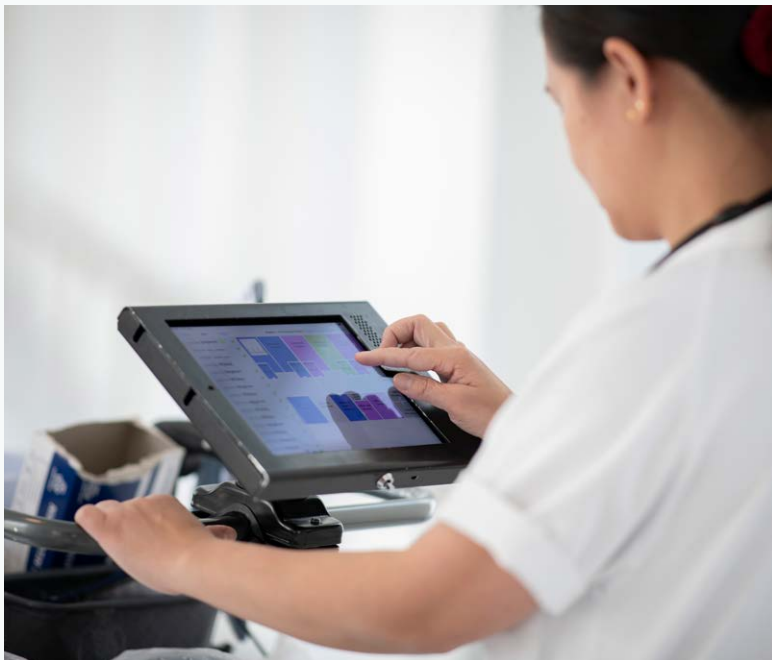
Et annet eksempel er avstemming av ressurser opp mot behov igjennom bruk av pleietyngde og vektning av pasientene. Pasientoversikten kan vise både pleietyngde og allokering av personell kan dermed avstemmes mot faktisk behov slik at arbeidsbelastningen blir jevnere fordelt.

Et tredje eksempel er økt effektivitet knyttet til utskriving av pasient. Erfaring fra Sykehuset Østfold viser at dersom utskrivelse av en pasient venter på et laboratoriesvar, så vil pasienten ofte bli liggende til neste dag. Dette ble forbedret etter innføringen av helselogistikk, fordi pasientoversikten viser status på prøvesvarene i sanntid slik at legen slipper å finne en ledig pc for å sjekke om prøvesvaret foreligger.

Et fjerde eksempel er prioritering av serviceoppgaver som for eksempel vask av rom. Pasientoversiktene i helselogistikk-løsningen viser hvilke pasienter som skal legges inn, og hvem som er utskrivningsklare. Følgelig kan vask av rom prioriteres basert på behov. Renholdsoppgavene og turnus for renholdere på Sykehuset Østfold HF har blitt vesentlig endret ved innføring av helselogistikk. Ventetid mellom bestilling av renhold av rom til gjennomført renhold har blitt

redusert fra én time til 22 minutter. Likeledes har turnus for portører også blitt justert basert på de faktiske behov gjennom døgnet.

Pasientoversiktene viser også sammenstilt informasjon om belegg i sanntid. Dette gir ledelsesstøtte slik at personell kan omdisponeres eller tilkalles dersom det er behov. Et eksempel på dette er oversikt over ventetider på blodprøvetaking på Sykehuset Østfold på Kalnes. Dersom pasientens ventetid går over en viss verdi, vil personell omdisponeres fra laboratoriet til prøvetaking. Det er god pasientbehandling og gir bedre flyt og jevnere belastning for personalet.



Bedre kommunikasjon og rask tilgang på viktig informasjon

Med helselogistikk vil sykepleiere og leger ha en moderne mobiltelefon med apper og funksjoner. Personell vil ha én mobiltelefon og slipper å bære med seg flere digitale «dingser» til ulike formål. Vakttelefonen vil erstattes av mobiltelefonen som personell allerede har.

Et personell kan bli kontaktet på sin mobiltelefon både i kraft av være en ansatt, for eksempel «Hanne Olsen» og i kraft av å ha en rolle, for eksempel «Bakvakt medisin». Den samme telefonen ringer uansett. Personell vil også motta varsler om bestemte hendelser. For eksempel vil ansvarlig sykepleier motta varsel på mobiltelefon om at pasienten har aktivert et pasientsignal, i stedet for lys- og lydvarsel i gangen utenfor rommet. Løsningen vil sende varselet videre dersom den ansvarlige sykepleieren ikke reagerer.

Erfaringene fra innføring av helselogistikk viser at gevinstene ikke kommer av seg selv. Det kreves mye for å lære både løsningene og endre arbeidsvanene slik at det gagnar både pasienter og ansatte. Likevel vil løsningene gi et solid fundament å bygge videre på for både å ta tiden tilbake og redusere unødvendig venting for pasientene.

Vi må bruke operasjonsstuer og personell bedre

Det gjennomføres et titalls tusen kirurgiske prosedyrer årlig i sykehusene i Helse Sør-Øst. Operasjonsstue- og intensivtid er blant våre dyreste sykehusressurser. For å gjennomføre vellykkede operasjoner hver for seg og samlet i avdelingene, er det nødvendig med samarbeid med mange funksjoner og god kontroll på flyt av utstyr og forbruksmateriell på tvers av mange lokalisasjoner. Dette er kompleks logistikk.

Oslo universitetssykehus HF har et steriltforsyningsprosjekt som skal føre til en anskaffelse av et nytt system som kan understøtte håndtering av sterilt utstyr opp mot medisinske prosedyrer og kirurgi. Oslo universitetssykehus HF har også fått støtte fra Innovasjon Norge til et innovasjonspartnerskap om kontrolltårn for operasjonsplanlegging. Erfaringene fra dette vil ha betydning også for de andre helseforetakene.

Tillitsbasert ledelse og styring

Unødvendige arbeidsoppgaver og rapportering må fjernes eller reduseres. Ledere og medarbeidere må få tillit og rom for faglig skjønn og ta et felles ansvar for å redusere unødvendig byråkrati. Det starter hos klinikerne, men krever støtte i hele lederlinjen

Tillitsbasert ledelse og styring i helsetjenesten tar utgangspunkt i pasienters og pårørendes behov for tjenester og gir ansatte tillit og rom for faglig skjønn. Målet er å redusere unødvendig byråkrati, detaljstyring og tidstyver både for ledere og fagpersoner. Dette er i tråd med regjeringens mål om en utviklingsorientert offentlig sektor og en tillitsreform som skal føre til bedre tjenester til innbyggerne. En slik tillitsreform er ikke bare et spørsmål om ledelse, men omfatter også organisering og forvaltningspolitiske spørsmål. Det bør være mulig å enes om forenklinger som lar seg gjennomføre. Men det krever enighet i hele linjen helt opp til departement og politisk nivå.

Redusere omfang av rapportering og prosedyrer som ikke gir merverdi

Mange ledere erfarer at det i en presset arbeidshverdag er for lite tid til å endre arbeidsprosesser, ta i bruk nye løsninger og følge opp og veilede medarbeidere faglig. Det er mange årsaker til dette, for eksempel stort kontrollspenn, mange planleggingsoppgaver eller rapporteringer og lite/ikke tilgjengelig støtte til merkantilt arbeid.

Førstelinedere har en nøkkelfunksjon i sykehusenes drift og må ha rammer som legger til rette for at lederoppgavene kan løses. Det skal derfor i planperioden for regional utviklingsplan gjennomføres prøveprosjekter som forbedrer ledernes arbeidsbetingelser og øker handlingsrom. Vi ønsker å teste ut løsninger som skal redusere ledernes administrative oppgaver. Dette kan for eksempel være nye oppgaver for helsesekretærer hvor de i større grad avlaster lederne med personaladministrative oppgaver, og ikke bare med pasientadministrative oppgaver slik det er mange steder i dag.

Mange medarbeidere opplever at tid til rapportering og prosedyrer går på bekostning av tid til pasientbehandling, uten å gi merverdi. Noe kan knyttes til økende lovfestede pasientrettigheter med tilsvarende krav til dokumentasjon og kontroll, og noe kan knyttes til ulike tilsyn eller rapporteringskrav fra det regionale helseforetaket, departementer eller myndigheter. Selv om mye av dette blir ledernes ansvar, vil det ofte kreve innspill fra fagpersoner som primært skal være dedikert pasientbehandling eller de andre hovedoppgavene.

Hvordan kommer vi i gang med å rapportere mindre? Kanskje må vi ta utgangspunkt i helsepersonells hverdag og starte med det som ikke oppleves å gi verdi. Redusert rapportering betyr redusert arbeid, men også redusert kontroll. Og det er noe av grunntanken også i en tillitsreform.

Medarbeiderskap

«Medarbeiderskap» handler om at medarbeiderne tar et felles ansvar sammen med lederen og det forholdet man har til arbeidsoppgaver, kollegaer og arbeidsgiveren. Medarbeiderskap utvikles i samspill mellom leder og medarbeidere.

Motivasjon er en nøkkel i menneskelig atferd, og en sentral lederrolle er å motivere sine medarbeidere. Lederen skal skape orden, peke ut retning og skape trygghet for sine medarbeidere. Motivasjon oppstår blant annet ved at lederne skaper tilhørighet, gir utfordrende arbeidsoppgaver, er rettferdig, framhever prestasjoner, gir rom for autonomi og selvbestemmelse, og legger til rette for faglig utvikling. [Helse Sør-Øst 12 prinsipper om medvirkning](#) er like aktuelle nå og framover som da de ble etablert i 2008.

Organisering og ledelse

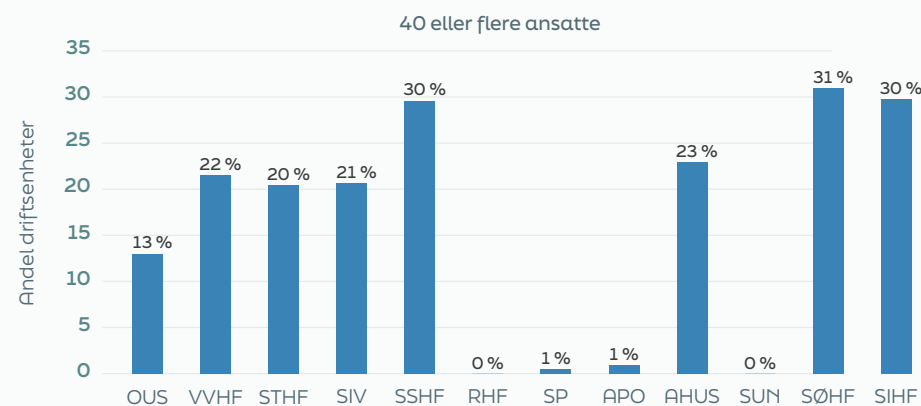
Det er prøvd ulike modeller for ledelse i spesialisthelsetjenesten, og det er behov for å etablere modeller som styrker ledelse på alle nivå. For å lykkes med sentrale helsepolitiske mål om å vri innsatsen fra vekst i bemanning til investering i teknologi og bygg er forankring i alle fagmiljøer vesentlig før beslutninger fattes.

Ledelse som ivaretar medarbeidere, og som vektlegger faglig utvikling, er viktig for å rekruttere, beholde, og utvikle helsepersonell. Ledelse innbefatter alle sider ved virksomheten, men det er viktig at det legges særlig til rette for faglig ledelse for å videreutvikle fagene og arbeidsformer. Flere ledere i sykehus har mange ansatte. Vi bør vurdere om lederspenntet er for stort eller om disse lederne bør ha utvidet administrativ støtte for å friggi tid til ledelse.

Mange ledere i sykehus har flere enn førti ansatte

Kliniske driftsenheter (poster, avdelinger) i sykehus kjennetegnes ved at de er store – mange ledere har ansvar for svært mange ansatte. Figuren under viser at i helseforetakene som driver klinisk arbeid har mellom 13 og 31% av enhetene mer enn førti ansatte. Unntaket er Sunnaas sykehus. I de helseforetakene som ikke driver klinisk arbeid (det regionale helseforetaket, Sykehuspartner og Sykehusapotekene) er andelen mindre enn 1%.

Ledere med store enheter har organisert dem på ulikt vis. Noen har formalisert en struktur med nestleder, mens andre baserer seg på mer uformell delegering av ansvar. Vi bør vurdere nærmere om organiseringen er hensiktsmessig og om lederne får tilstrekkelig lederstøtte.



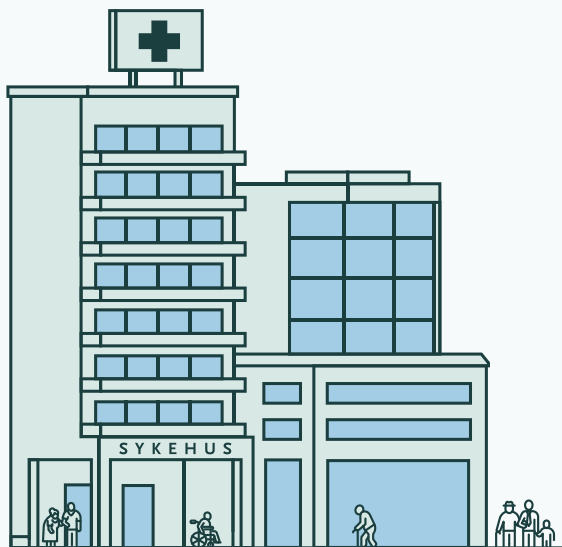
Vi ønsker at våre ledere har formell lederutdanning og at det legges til rette for at ledere på tvers av og internt i helseforetak har nettverk som oppleves som støttende i lederopp-gaven. Helseforetakene skal ha interne lederutviklingsprogrammer og en systematikk for å identifisere og utvikle lederkandidater. Det regionale helseforetaket vil samarbeide med helseforetakene og de andre regionene om ulike og tilpassede lederutviklingstiltak.

Ivaretagelse og utvikling av medarbeidernes kompetanse

Teknologisk utvikling gir nye muligheter for kompetanseutvikling

En stor andel av medarbeiderne har i dag høy teknologi-kompetanse og har dermed en forventning om bruk av moderne digitale verktøy. Det er et skille mellom nyutdannede som gjennom utdanningene benytter ulike digitale løsninger og øvrig ansatte med mindre digital erfaring. Ulik erfaring og kompetanse medfører at nye teknologiske løsninger ikke utnyttes fullt ut, og at arbeidsprosessene og organisering forblir uendret. Vi må derfor legge til rette for at våre ansatte får mulighet til å styrke sine digitale ferdigheter i tråd med den teknologiske utviklingen. Vi må også sørge for at den teknologiske utviklingen understøtter arbeidsprosessene slik at teknologi bidrar til effektiv tidsbruk og pasientsikkerhet. Derfor må de reelle brukerne av teknologi være involvert i utvikling og valg av teknologi.

Det ligger et stort potensial i å samarbeide mer og bedre mellom helseforetakene rundt utarbeidelse og vedlikehold av ulikt opplæringsmaterieil i regionen. Dagens digitale løsninger for læring er utdatert, og det er vedtatt å erstatte dagens læringsportal og etablere et regionalt senter for digital læring og kompetanseutvikling. Det vil kunne redusere utviklingstid, øke samhandling og redusere dublering. Behovet for å øke vår digitale kompetanse vil kunne sammenfalle med pasienter og pårørendes behov, slik at dette vurderes i sammenheng.



Tid til utdanning

Gode praksisplasser som gir godt læringsutbytte bidrar til å rekruttere nye «medarbeidere

Helseforetakene er store utdanningsvirksomheter og bruker mye tid på veiledning av studenter og lærlinger. Det er behov for modernisering av gjennomføringen av praksisstudiene, med blant annet tilpasning til nye pasientforløp og mer bruk av simulering og digitale læringsmetoder.

Det er behov for en betydelig endring i hvordan ansatte og ledere ser på og vurderer praksisstudiene spesielt innen bachelorutdanningene. Alt for mange tror at hensikten med en praksisperiode er at studenten skal bli funksjonsdyktig i

forhold til de arbeidsoppgavene som skal utføres. Dette er feil. Studentene skal nå de læringsutbyttene som er beskrevet i den aktuelle programplanen. Det handler altså om generell kompetanse innen det aktuelle faget. Det er først når vi rekrutterer nye ansatte at de skal bli funksjonsdyktige. Gode, individuelle kompetanseplaner for nyansatte skal sikre trygg profesjonsutøvelse og forebygge frafall.

Helse Sør-Øst er landets største utdanningsarena for Leger i spesialisering (LiS) og skal ha god kompetanse og kapasitet innen veiledning og supervisjon. Slik sikres høy faglig kvalitet på utdanningen. Helse Sør-Øst skal besitte regional oversikt over nåværende og fremtidig behov for legespesialister og tilpasse utdanningsstillingene etter tjenestenes behov.

Forskning og innovasjon for bedre helsetjeneste

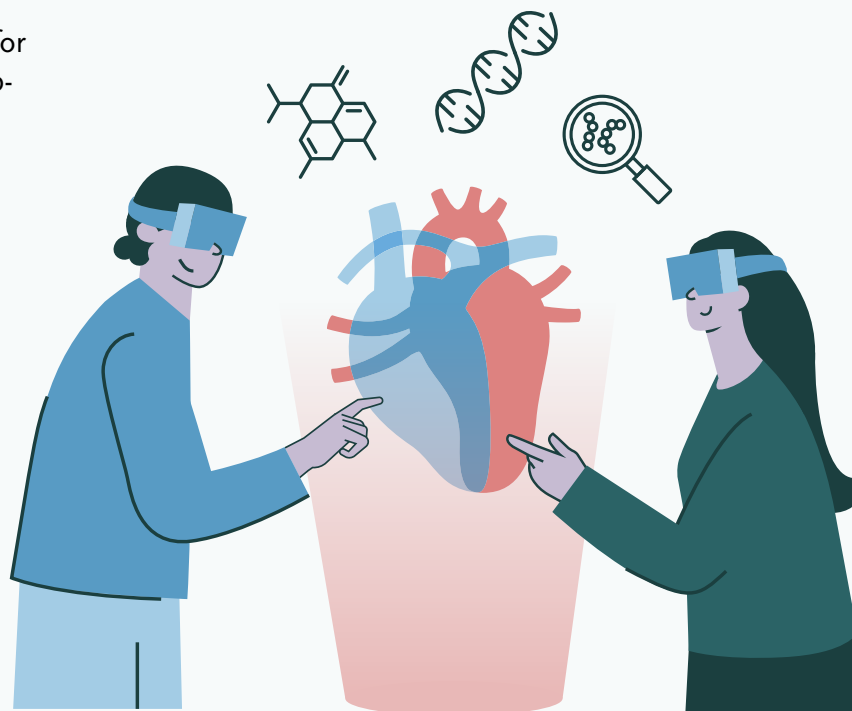
Helse Sør-Øst sin forskning utgjør 63 prosent av helseforskningen i Norge, og regionen leder an arbeidet med å legge til rette for forskning og innovasjon innen spesialisthelsetjenesten. Viktige satsingsområder er nye behandlingsmåter, samhandlingsstrukturer og bruk av ny teknologi.

Forskning er en av fire lovpålagte oppgaver for spesialisthelsetjenesten og er en sentral premisse for helsetjenestens kvalitet og utvikling. I oppdragene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene har det derfor gjennom flere år blitt gitt føringer for området, senest i oppdraget for 2022:

Helse Sør-Øst RHF skal legge til rette for helsetjenesteforskning og innovasjonsprosjekter som utvikler nye måter helsetjenester kan leveres på, samt prosjekter som evaluerer kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandling.

Forskning og innovasjon i helseforetakene er mer enn jakt på ny kunnskap. Forskning og innovasjon er viktige forutsetninger for å kunne levere en oppdatert, kunnskapsbasert helsetjeneste til det beste for pasientene. Forskning bidrar til ny viten, nye metoder og nye måter å samarbeide på og også systematisk kunnskap for å vurdere effekt av tjenesteutvikling og ny teknologi.

Siden den forrige regionale utviklingsplanen er det utarbeidet regionale delstrategier for forsknings- og innovasjonsvirksomheten i Helse Sør-Øst ([Regionale planer og strategier – Helse Sør-Øst RHF](#)).



Forskning og innovasjon i regionen forventes i økende grad å være preget av de muligheter som er skapt gjennom siste tiårs teknologiendringer og samfunnsutvikling. Det omfatter blant annet:

- digitalisering og tilgang til/deling av data
- utnyttelse av «big data», «real world data» og kunstig intelligens
- kliniske studier, tilgang til utprøvende diagnostikk og behandling
- presisjonsmedisin/persontilpasset medisin
- helsetjenesteutvikling

Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

- videreutvikling med vekt på nytteverdi og brukerperspektiv fra pasienter og pårørende i alle aldre
- målrette forskningsinnsats innen psykisk helse, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og andre områder med behov for styrket forskningsinnsats
- digital integrering mellom klinisk forskning og klinisk praksis
- forskningsbasert innovasjon
- å bruke læringen fra tjenesteinnovasjon til å utvikle nye helsetjenester og bidra til at gode løsninger tas i bruk
- samarbeide tettere med andre aktører om både forskning og innovasjon
- fortsette arbeidet med å styrke helhetlig og tverrfaglig forskning og innovasjon

Forskning

Helseforskningen som finansieres over helsebudsjettene skal komme pasientene og helsetjenesten til gode. Arbeidet med å styrke klinikknær forskning, forskningssvake områder og samarbeid med eksterne aktører om forskning skal videreutvikles

Samlede driftskostnader til forskning innen spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst var i 2019¹⁹ på vel 3 milliarder kroner fordelt på 2 26 årsverk (NIFU rapport 2020:16). Bidrag fra regionale forskningsmidler, inkludert øremerkede forskningsmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet, utgjorde i samme rapporteringsperiode 593 millioner kroner.

Vi er nå på vei til å utvikle et tjenestetilbud med en mer individbasert tilnærming til forebygging, diagnostikk og behandling. Presisjonsmedisin utfordrer helsetjenesten i relasjonen til forskning og innovasjon på stadig nye måter og stiller høye krav til fleksibilitet, både med tanke på tverrfaglige samarbeidsmåter, behov for hurtig kompetanseutvikling og opptak av ny teknologi.

Kunstig intelligens vil være en viktig premis for at denne utviklingen skal bli vellykket. Effektiv tilrettelegging for translasjonsforskning, der resultater fra laboratoriet omsettes til nytte for helsetjenesten, er sentralt for at innføring av avanserte behandlingsmetoder som gjelder små pasientgrupper, slik som for eksempel genterapi, immunterapi o.l., skal bli vellykket.

¹⁹ Ressursbrukskartleggingen gjøres nå hvert annet år. 2021-tall kommer så snart de er klare fra SSB

Videreutvikling med vekt på nytteverdi og brukerperspektiv

Det er et tett samarbeid mellom universitetssykehusene og de andre sykehusene i Helse Sør-Øst om både forskning og innovasjon. De regionale forskningsmidlene benyttes aktivt for å støtte slik samarbeid, blant annet ved å tillate at forskere fra andre sykehus i regionen enn søkerinstitusjonen leder prosjektene. Det eksisterer også fruktbare samarbeidsrelasjoner mellom sykehusmiljøer, høyskoler og universitet, der Samarbeidsorganet for forskning, innovasjon og utdanning i Helse Sør-Øst i særlig grad utgjør en viktig arena for saker av felles interesse. I regionen arbeides det også sammen med ulike aktører innen helsenæringen som bidrar til kunnskapsutvikling, nye tjenesteformer og ny teknologi.

De regionale helseforetakene har innført felles vurderingskriterier for forskningsøknader, der vurdering av forventet nytteverdi inngår. Brukermedvirkning inngår som et virkemiddel i forskning og skal bidra til å gjøre forskningen mest mulig relevant for pasientene. Brukere kan delta på ulike stadier i forskningsprosessen, og resultater fra forskning får større betydning og tas raskere i bruk når de oppleves som nyttige for pasienter og pårørende. I tillegg vil brukere kunne gi et bredere perspektiv på problemstillingene innen forskningsfeltet.

De regionale helseforetakene utviklet i 2018 en nasjonal veileder for brukermedvirkning i helseforskning i spesialisthelsetjenesten. Veilederen brukes aktivt i forskningsprosjekter både på regionalt nivå og nasjonalt, slik som i RHF-enes Program for klinisk behandlingforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK). Det er blant annet innført krav til alle forskningsprosjekter som mottar støtte fra regionale forskningsmidlerom at brukere involveres i ulike faser av

forskningen. Brukersentrert design er en selvfølge i dag i alle servicebransjer og bør ligge til grunn også i offentlig helsetjenesteutvikling.

Behov for styrket innsats på flere områder

Noen fagområder kan ha særlig behov for målrettet forskningsinnsats over en gitt periode. Det er for eksempel gjennomført særskilte tiltak innen forskning på psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. De regionale forskningsmidlene utlyses blant annet i en tematisk åpen utlysning, der søknadene klassifiseres innenfor fire faggrupper:

- Klinisk somatisk forskning, inkl. pasientrettet translasjonsforskning
- Klinisk forskning innen psykisk helse og rus/avhengighet
- Forskning innen folkehelse, epidemiologi, helsetjenester m.m.
- Biomedisinsk forskning med translasjonsperspektiv

Denne klassifiseringen bidrar til å sikre at helsetjenesteforskning og forskning innen psykisk helse hvert år får en andel av de årlige tildelingene til forskningsprosjekter. Også innen andre områder som for eksempel habilitering og rehabilitering kan det være nødvendig å gjennomføre dedikerte satsinger. Det er også behov for økt innsats for å stimulere mer tverrfaglig forskning og på tema som omhandler pleie, observasjon og mestring.

Digital integrering av klinisk forskning med klinisk praksis
Beslutningsstøtte og behandlingsalgoritmer utvikles på basis av store datamengder (bilder, genetikk, strukturerte data, sensorteknologi med mer), både fra pasientens egne data og andres data. Endringer skjer raskere, blant annet som følge av utvikling av kunstig intelligens. Videreutvikling av IKT-tjenester til forskning og innovasjon må ta høyde for denne kompleksiteten, og det må etableres løsninger og digitale verktøy som tilfredsstillende regulatoriske og juridiske krav til integrasjonen mellom klinikk og forskning.

Presisjonsmedisin

Presisjonsmedisin (også kalt persontilpasset medisin) øker behovet for tett og tverrfaglig interaksjon og nærhet mellom ulike fagområder og forskningsmiljø. Dette krever nye samarbeidsmetoder og nye måter å organisere helsetjenesten på, og samtidig øker det kravet til storskalaanalyser, avansert data-analyse og sikker lagring av data. Det er således behov for:

- Økt satsing på infrastruktur for datalagring og -analyse, sekvenseringsutstyr og annet avansert utstyr til storskalaanalyser
- Oppbygging av tilstrekkelig kompetanse og personellkapasitet for å bistå i implementering av presisjonsmedisin i klinisk praksis
- Tilrettelegging for gjennomføring av internasjonale multisenterstudier ved sjeldne lidelser, fordi relativt små pasientgrupper ikke egner seg for nasjonale studier
- Videreutvikling av design/metodikk tilpasset kliniske studier innen presisjonsmedisin
- Etablering og drift av forskningsbiobanker som integrert og sentralisert del av sykehusenes virksomhet

Helse Sør-Øst RHF har vært en pådriver for etablering av Nasjonal infrastruktur for presisjonsdiagnostikk i 2020/21 (InPreD) med involvering av alle seks universitetssykehus.



Innovasjon

Innovasjon i helse er en ny og bedre løsning, som er så god at den tas i bruk i pasientbehandlingen. I tillegg vil innovasjonsaktivitetene i Helse Sør-Øst være rettet mot løsninger som fører til effektivisering, arbeidsbesparelse eller forenkling for ansatte i helseforetakene

Innovasjon står sentralt i utviklingen av helsetjenesten og er etablert som et næringspolitisk satsingsområde, jmfør [HelseOmsorg 21](#). Vi tildeler hvert år 30 til 40 millioner kroner til innovasjonsprosjekter, hovedsakelig gjennom konkurranseutsetting. Tre fjerdedeler av midlene går til tjenesteinnovasjon og resten til innovasjonsprosjekter med bakgrunn i forskningsresultater. I tillegg mottar helseforetakene betydelig innovasjonsstøtte fra eksterne fond og gjennom blant andre Innovasjon Norge.



Foto: EpiGuard



Foto: Holocare

Forskningsbasert innovasjon

For forskningsbasert innovasjon samarbeider Helse Sør-Øst RHF (HSØ) med inven2 (www.inven2.com). På vegne av helseforetakene i HSØ og Universitetet i Oslo har Inven2 som oppgave å omgjøre forskning og kunnskap til samfunnsnyttige produkter og tjenester. Hvert år melder forskere inn rundt 150 idéer til Inven2, som sammen med forskerne utvikler disse til nyttige produkter eller oppstartselskaper. Det er gode resultater av dette arbeidet, både i form av produkter på markedet og bedrifter som vokser. Flere av de mest verdifulle biotek-selskapene i Norge i dag er startet opp på basis av prosjekter fra Inven2. Dette arbeidet bidrar betydelig til bygging av helsenæringen i Norge.

To tredjedeler av Inven2s bedrifter og lisenser er innen livsvitenskap. På bildet til venstre ser vi transportisolatoren til EpiGuard AS. Selskapet springer ut fra Oslo universitetssyke-

hus og utvikler avansert medisinsk utstyr for sikker transport av smittsomme pasienter. Holocare AS utvikler holografiske løsninger til bruk i forkant av kompliserte operasjoner basert på teknologi fra Oslo universitetssykehus.

Tjenesteinnovasjon

Helse Sør-Øst har lagt til rette for tjenesteinnovasjon i mange år. Vi trenger å øke endringstakt og endringsevne i helsetjenesten samtidig som vi alltid må søke å bedre kvalitet. Forbedringsarbeid og innovasjon går hånd i hånd. Forbedring handler ofte om å ta ett steg av gangen. Innovasjon er på sitt beste disruptiv – den endrer hele tilnærmingen og løsningen av en utfordring.

Endringsevnen blant ansatte i helsetjenesten er stor. Begrensningene ligger hverken i idetilfang eller ansattes innstilling. Den ligger i disponibel tid, i tilgjengelige ressurser

og leders støtte og oppmerksomhet. På systemnivå ligger begrensningene særlig på tre områder; IKT, finansiering og personvern. Her har vi en rolle i å formulere og formidle de utfordringene sykehusene opplever til relevante myndigheter.

Smidigere utvikling av nye IKT løsninger

De fleste innovasjoner har en teknologisk komponent. For utvikling av gode digitale løsninger trengs testfasiliteter, enkle og standardiserte integrasjonsmuligheter, informasjon om teknisk arkitektur og tekniske standarder. Det krever tid og ressurser som oftest taper i konkurransen med driftsrelatert utvikling.

Sykehuspartner HF har nå etablert en plattform for moderne tjenesteutvikling og opprettet en enhet som skal støtte innovasjon. Regionalt initiativ knyttet til integrasjonstjenester og prosessplattform har som mål å åpne for at data kan brukes på tvers av dagens siloer og enkelt testes og brukes i lokal utvikling.

Nye tjenesteformer finansieres

Dagens finansieringssystem understøtter tradisjonelle behandlingsformer der betaling utløses ved at pasienten fysisk møter sin behandler. Helsedirektoratet arbeider med og prøver ut nye finansieringsformer. Pandemien har ført til raske endringer som legger bedre til rette for digital oppfølging.

Forløpsfinansiering betyr betaling for å ivareta en pasient over tid og åpner for ulike måter å gjøre dette på. Det er ikke bare frammøte hos legen som utløser betaling lenger. Det er god dialog mellom direktoratet og oss og stort potensiale for å finne gode løsninger.

Samarbeid med andre aktører

For å lykkes med utviklingstiltak og satsingsområder som er definert i regional utviklingsplan, må spesialisthelsetjenesten samarbeide tett med eksterne aktører. Det gjelder også forskning og innovasjon. Det er behov for en sterkere kultur for dialog mellom spesialisthelsetjenesten og andre aktører når det gjelder forskning og innovasjon. Det krever gode prinsipper og rutiner for samarbeid med kommunene og helsenæringen. Helsefellesskapene vil igjen være en sentral arena.

Utviklingsplanen legger opp til at helsetjenester skal leveres nærmere der pasienten bor og mer på pasientenes premisser. Dette krever ny kunnskap og kompetanse om samhandling med kommunehelsetjenesten, tilrettelegging for nye teknologiske løsninger og ikke minst en mer helhetlig kunnskap om pasienten selv.

Næringslivet kan, med sine arbeidsformer og dynamikk, bistå helsetjenesten og helseforvaltningen til å nå sine mål. Helse- og omsorgssektoren skal være en krevende utviklingspartner og kunde, og samtidig stille høye krav til dokumentasjon (Stortingsmelding om helsenæringen [Meld.St.18 \(2018-2019\)](#)).

Det er vårt ansvar, sammen med kommunene, å utnytte potensialet som ligger i å samarbeide med helsenæringen og å gjøre det på en hensiktsmessig måte. I Oslo ligger forholdene godt til rette for videreutvikling av samarbeid om livsvitenskap sammen med Universitetet i Oslo og utvikling av «Oslo Science City».

Etablering av NorTrials høsten 2021, et forpliktende partnerskap mellom spesialisthelsetjenesten ved de regionale helseforetakene og medisinsk industri, er et viktig bidrag til å oppnå regjeringens mål om økt antall industrifinansierte

kliniske studier. NorTrials inngår som et av tiltakene i regjeringens handlingsplan for kliniske studier og skal tilby «en vei inn» for legemiddelselskaper og kommersielle utviklere av medisinsk-teknisk utstyr.

I 2021 ble det meldt om 177 nye kliniske studier i Helse Sør-Øst. Det er det høyeste antall hittil. De fleste helseforetakene jobber med implementering av ulike tiltak knyttet til den nasjonale handlingsplanen for kliniske studier. Det har også vært en økning i nye utprøvere som ikke har gjort industristudier før. Det er også planlagt økende antall studier innen fagområder der det tidligere har vært gjort få studier av denne typen, inkludert psykisk helse.

Veien videre for forskning og innovasjon

Vi vil styrke tverrfaglig forskning og innovasjon i regionen, og knytte bruk av forsknings- og innovasjonsmidler til de strategiske satsingsområdene

Forskning og kommersialiserbar innovasjon har gode systemer og rutiner for organisering. Dette legger et godt grunnlag for å definere arbeidsform, metodikk og planer for videre utvikling.

Tjenesteinnovasjon er et felt i stor utvikling. De siste årene har utlysningene av midler vært knyttet til satsingsområdene i regional utviklingsplan. Det har gitt større grad av målretting og erfaring og læring som vi kan bygge videre på.

Hvis brukere, ansatte og leverandører av helsetjenester i Helse Sør-Øst sammen skal nyte godt av de forbedringsideer som oppstår lokalt, må vi legge til rette for innovasjonene breddes. Regional delstrategi for IKT-området har et eget satsingsområde «Sørge for at innovasjon kommer hele regionen til gode».

Her skisseres tre områder av tiltak. Det første er å etablere en helhetlig styring og koordinering av innovasjonsinitiativ. Her utarbeides nå et rammeverk som kan brukes for de to andre tiltaksområdene «Legge til rette for innføring av innovasjon og gjenbruke innovasjon fra nye sykehus» og «Innføre løsninger på en effektiv måte». Med dette vil Helse Sør-Øst løfte fram det lokale initiativ og skape rammer som sikrer at de gode ideer ikke forblir lokale men tas i bruk på tvers av foretaksgruppen.

Å investere i tjenesteinnovasjon er som å investere i en oppstartsbedrift

Når vi investerer i en oppstartsbedrift, er investors forventning at en av ti lykkes. Slik er det ofte for tjenesteinnovasjon også. Alle gir positiv effekt lokalt, kanskje en av ti blir så vellykkede at de burde innføres regional og nasjonalt. Vi mangler i dag systematikk for å identifisere og spre de initiativene som fortjener utbredelse.

For oppstartsbedrifter bruker man uttrykket dødens dal om fasen fra man har bevist at forretningsideen er god til den lar seg finansiere for videre utbredelse. Det samme dilemmaet er det for tjenesteinnovasjon. Det er behov for en mekanisme som gjør oss i stand til å sikre at gode løsninger sprer seg og tas i bruk. Helse Sør-Øst vil legge til rette for dette i oppfølgingen av regional utviklingsplan.

4

Fra plan til
gjennomføring

Det må bli kortere vei fra gode ideer til nye måter å løse oppgaver på

Akkurat som *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023)* har regional utviklingsplan to tidsperspektiver. Det lange er 2040. Ingen kan med noen grad av sikkerhet forutse hvordan samfunn, teknologi og helsetjeneste ser ut da. Hensikten med det lange perspektivet er å vurdere retningen på tiltakene som settes i verk på kort sikt.

Nasjonal helse- og sykehusplan og regional plan har også et kortere perspektiv. Hva gjøres nå og i de nærmeste årene, hvordan gjennomføres dette, hvilke mål stiller vi og hvordan måle om tiltakene lykkes? Og hvem må være med? Premisser i regional utviklingsplan vil bli innarbeidet og konkretisert i oppdrag og bestilling til helseforetakene og ved rullering av økonomisk langtidsplan. Og i handlingsplaner for satsingsområdene.

Vi har tro på at de satsingsområdene som planen peker på vil gjøre en forskjell. Vi trenger å bidra til pasienter og pårørendes helsekompetanse. Av hensyn til dem, men også for at vi skal utvikle en bedre helsetjeneste sammen.

Økt brukerstyring og digital hjemmeoppfølging er først og fremst bra for pasientene, men de tillater også at framtidens helsetjeneste blir mer fleksibel og at vi vil trenge færre ansatte og mindre areal på sykehusene.

Samarbeid om de som trenger det mest vil føre til færre liggedøgn på sykehus. Ikke ved at oppgaver skyves over til kommunene, men ved at vi følger opp pasientene på nye måter. Helsefelleskapene og felles datagrunnlag gir nye muligheter.

Reduksjon av uønsket variasjon og bedre bruk av tid har som mål å bedre kvalitet, bidra til pasientsikkerhet og til bedre arbeidsmiljø. Målet er ikke primært å redusere årsverk

og arealbehov, men å bruk ressursene riktig. Samtidig må vi understøtte forskning og innovasjon som viktige drivere for utvikling av helsetjenesten.

Medbestemmelse og samarbeid er nøkkelord for vellykket gjennomføring av alle endringer. Ingen av aktørene i helsetjenesten klarer å gjøre disse endringene alene. Medvirkning er nødvendig på alle nivåer. Pasienter og ansatte har medvirket til utformingen av denne planen og må fortsatt være kjernen i arbeidet. Ledere i sykehus og helseforetak må lede endringene.

Spesialisthelsetjenesten preges fortsatt av at det finnes mange gode ideer, noen færre som faktisk gjennomføres og relativt få som tas i bruk i stort omfang. Vi trenger å legge bedre til rette for – eller kreve – at godt dokumenterte nye løsninger tas i bruk i hele regionen. Det mangler en systematisk tilnærming til dette, og dette vil vi etablere.

Helse Sør-Øst RHF vil bidra til at hindringer og flaskehalser som stopper lokal utvikling faktisk løses. Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Direktorat for e-helse må medvirke slik at man finner de riktige løsningene. Og til sist må helseforetak, sykehus og kommuner arbeide sammen, ikke med tanke på ensidige oppgaveoverføringer, men om løsninger som gir fleksibel oppfølging av våre felles pasienter.





Regional Utviklingsplan 2040

DEL 2 Rammer og forutsetninger



Innhold

1 Overordnede føringer for regional utviklingsplan	3
Føringer for arbeidet med utviklingsplanen	4
Samfunnsansvaret	6
Beredskap og læring fra pandemien	8
Informasjonssikkerhet	13
2 Fakta om helsetjenesten i Helse Sør-Øst	14
3 Framskrivninger	17
Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	18
Somatikk	19
Aktivitet og kapasitet – har reduksjon i sengeantall nådd bunnen?	20
Framskrivning av bemanning	24
4 Sentrale forutsetninger for regional utviklingsplan	25
Rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere	26
Utdanning og kompetanse	30
Akuttmedisinske tjenester	34
Presisjonsmedisin	39
Bilediagnostikk og laboratorieundersøkelser	40
Legemiddelhåndtering	42
Teknologi	44
Felleseide selskaper	46
Eiendom	48
Økonomi	53



1

Overordnede føringer for regional utviklingsplan

De samlede forventninger og krav til Helse Sør-Øst framkommer av lover, forskrifter, nasjonale føringer, strategier og virksomhetskrav. Sammen med statsbudsjettet legger dette premissene for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i regionen. Disse konkretiseres i årlige oppdragsdokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene og i foretaksmøter.

I tillegg til nasjonale føringer har Helse Sør-Øst flere regionale strategier og fagplaner som beskriver ønsket utvikling innen en rekke områder : [Regionale planer og strategier – Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](#)

Sammen med trender og utviklingstrekk er disse føringene lagt til grunn for satsingsområdene som er beskrevet i del 1 for *Regional utviklingsplan 2040 Helse Sør-Øst*. Helseforetakenes utviklingsplaner har også vært retningsgivende.

Føringer for arbeidet med utviklingsplanen

Regional utviklingsplan er Helse Sør-Øst sin overordnede strategi. Den setter retningen for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i vår region og peker på ønsket utvikling på kort sikt og fram mot 2040.

I dette kapitlet beskrives noen av de mest sentrale overordnede føringene for selve arbeidet med utviklingsplanen.

Nasjonale føringer

I foretaksmøtet 14. januar 2020 ble de regionale helseforetakene gitt i oppdrag å utarbeide nye regionale utviklingsplaner innen utgangen av 2022 ([Foretaksprotokoll 2020](#)).

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

Den nasjonale helse- og sykehusplanen setter retningen for regional utviklingsplan og uttrykker forventninger til at kommuner og helseforetak bør finne sammen i et bedre og mer likeverdig partnerskap. Planen peker blant annet på disse målene:

- Pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar.
- Pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.
- Sårbare pasienter opplever at tjenestene opptrer i team rundt dem.
- Pasientene opplever en sammenhengende akuttmedisinsk kjede, der innsats settes tidlig inn, og informasjonen følger pasienten hele veien.
- Pasientene møter i større grad spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv.
- Pasientene opplever at bruk av våre felles helsedata, ved hjelp av teknologi, gir bedre og mer presis helsehjelp.
- Helsepersonellet jobber i team rundt pasienten, utvikler tjenesten i tråd med kunnskap om hva som virker og utnytter mulighetene som teknologien gir.
- Lederne gjennomfører endringene som må til – i godt samarbeid med de ansatte.
- Vi lærer av hverandre.

Foretaksmøte 2020 og Foretaksmøte 2021

I foretaksmøter er følgende spesifikke føringer for arbeidet med utviklingsplanene kommet til:

- Det skal innføres 19 helsefellesskap, der kommuner og helseforetak møtes som likeverdige partnere.
- Prioritere utvikling av tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette planarbeidet skal være tuftet på felles planlegging og utvikling i helsefellesskap.
- Barn og unge, voksne¹ med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser skal prioriteres i dette arbeidet.
- Gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene.
- Fastsette konkrete mål for flytting av tjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi.
- Gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene og foreslå forbedringstiltak.
- Lage en plan for å oppnå tilstrekkelig kompetanse. Det skal legges til rette for livslang læring og en heltidskultur. Sykepleiere og helsefagarbeidere skal gis prioritet i dette planarbeidet.
- Planlegge for å ha tilstrekkelig kompetanse i samisk språk og samisk kulturforståelse.

Helsedirektoratet skal, i samråd med tjenestene, utvikle kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon for å understøtte helsefellesskapene.

De regionale helseforetakene ble i foretaksmøte 14. januar 2020 bedt om å gi helseforetakene oppdrag om å:

- Innrette sitt samarbeid med kommunene i tråd med mål og rammer fastsatt i Nasjonal helse- og sykehusplan og i tråd med avtale mellom regjeringen og Kommunenes Sentralforbund, KS av 23. oktober 2019 om innføring av helsefellesskap.
- Sette konkrete mål for kompetansedeling sammen med kommunene i helsefellesskapene.
- Gi innspill til neste nasjonale helse- og sykehusplan sammen med kommunene i helsefellesskapet.

Helse Sør-Øst RHF videreførte oppdraget til helseforetakene og de fem private ideelle sykehusene som har avtale med Helse Sør-Øst (Oppdrags- og bestillingsdokument for 2020).

Av Oppdragsdokument 2022 til Helse Sør-Øst RHF fra Helse- og omsorgsdepartementet, framgår både at tidligere føringer skal styrkes og videreføres, og at noen nye føringer har kommet til.

Overordnet vektlegges blant annet:

- Samhandling skal styrkes, og i helsefellesskapene skal kommuner og helseforetak møtes som likeverdige partnere. Kommuneoverlegene skal inviteres inn i helsefellesskapene. Sammen med representanter for brukere og fastleger skal kommuner og helseforetak planlegge og utvikle tjenester til pasienter med behov for tjenester fra begge nivå.
- Spesialister fra store sykehus skal bistå spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, spesialister fra sykehus skal samarbeide med kommunal helse- og omsorgstjeneste, og pasienter skal i større grad kunne møte spesialisthelsetjenesten hjemme, digitalt eller gjennom ambulante og intermediære tjenester.

¹ I henhold til Nasjonal helse- og sykehusplan skal personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer prioriteres. I foretaksmøtet 2020 ble dette spesifisert til voksne med psykiske lidelser og rusproblemer samtidig som barn og unge også skal prioriteres, uavhengig av type behov. I praksis innebærer dette at alle personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer skal prioriteres, uavhengig av alder.

- Regjeringen vil skape et helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sørge for en desentralisert helsetjeneste, som yter gode og likeverdige helsetjenester i hele landet. Norske pasienter skal ha et offentlig helsetilbud i verdensklasse, uavhengig av adresse og økonomi. Regjeringen vil satse på brede folkehelse tiltak og alle de dyktige fagfolkene som kan gi gode pasientforløp med rask tilgang på tjenester i vår felles helsetjeneste.

Regionale føringer

Arbeidet med å oppdatere utviklingsplanen ble behandlet i Helse Sør-Øst RHF sitt styremøte 19. August 2021 (styresak 085-2021). Av denne saken framgår at:

- Framskrivninger for psykisk helsevern vil innarbeides i den oppdaterte versjonen av utviklingsplanen.
- Det skal innarbeides en bredere omtale av de felleseide selskapene.
- Koronapandemien har gitt helseforetakene godt grunnlag for å vurdere dagens beredskapskapasitet, samt vurdere innen hvilke områder det er behov for å styrke kompetanse og/eller kapasitet. Erfaringer og vurderinger fra koronapandemien, samt tiltak for å styrke beredskap for å håndtere større hendelser skal beskrives kort, både i lokale utviklingsplaner og den regionale utviklingsplanen.

Samfunnsansvaret

Vi vil bidra mer til en bærekraftig utvikling.

Helse Sør-Øst RHF har to viktige lovpålagte oppgaver:

- eier av helseforetakene i helseregionen (eieransvar)
- sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester (sørge-for-ansvar)

I tillegg til å drive sykehusene, har det regionale helseforetaket oppgaver innen forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende.

Samlet har regionens virksomheter, både det regionale helseforetaket, helseforetak og private leverandører, et betydelig samfunnsansvar.

Forebygging – en viktig del av oppdraget

Forebygging av sykdom er et av Regjeringens hovedmål for helse- og velferdspolitikken i perioden 2021–2025 (Hurdalsplattformen – regjeringen.no). Folkehelseloven legger hovedansvaret for arbeidet med å «fremme folkehelse, herunder utjevne sosiale helseforskjeller» til landets kommuner og fylkeskommuner. Spesialisthelsetjenesten har et spesielt ansvar for forebygging når sykdom eller problemet har oppstått og er «aktivt» og etter at sykdommen eller problemet er behandlet.

I følge spesialisthelsetjenesteloven skal det regionale helseforetaket sørge for at alle helseinstitusjonene «bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade». Det betyr at vi må hjelpe pasientene til å unngå at de skal få sykdom eller skaden igjen, samt høyne deres livskvalitet ved

å dempe videre utvikling av sykdommen og øke deres mestringssevne. Målet er å redusere forekomst og for tidlig død, samt gjøre livet enklere for dem som lever med kroniske sykdommer. I tillegg skal spesialisthelsetjenesten utveksle kunnskap og kompetanse med kommuner og andre aktører om helsefremming og primærforebygging.

I de fleste av helseforetakenes utviklingsplaner har forebygging fått en relativt beskjeden omtale. Helse Sør-Øst vil derfor stimulere til konkrete tiltak og sørge for læring og spredning av gode eksempler på forebyggende arbeid, og følge effektene av tiltak med videreutvikling av spesifikke indikatorer.

Vi må bidra for å nå FNs bærekraftsmål

Bærekraftsmålene er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030. Bærekraftsmålene gjelder for alle land i verden, og regjeringen har forpliktet Norge til å arbeide for å nå målene. Ni av målene er spesielt relevante for spesialisthelsetjenesten, og beskrives nærmere her.

FNS BÆREKRAFTSMÅL



Dette bærekraftsmålet er i tråd med spesialisthelsetjenestens visjon om gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.



Det er etablert et europeisk samarbeid om en felles standardisert liste over kjemikalier som vi ønsker å unngå i produkter i bruk i helsevesenet. Helseforetakene har felles mål om at andel produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer skal være 75 prosent innen 2030. Produktene som benyttes i sykehus skal være produsert på en måte som beskytter pasienten, ansatte på sykehus og i leverandørkjeden, og miljøet.



Energiforbruk i sykehus er den største enkeltfaktoren av direkte klimagassutslipp. Reduksjon av energiforbruk med 20 prosent innen 2030, og økning av andelen gjenvinningskraft (kraft produsert av varmetap) er felles målsetning for alle landets helseforetak.



Helse Sør-Øst skal være pådriver for etisk handel i leverandørkjeden og arbeide for å fremme seriøse og gode arbeidsforhold og delta i bekjempelsen av arbeidslivskriminalitet i byggeprosjekter lokalt og regionalt. Sykehusinnkjøp HF og helseforetakene har ansvar for at anskaffelsene fremmer ansvarlig handel og rettferdig konkurranse mellom leverandører.



Det utadvendte sykehus er sentralt i utviklingsplanen. Digital hjemmeoppfølging kan bidra til et mer differensiert og tilpasset tjenestetilbud, bedre ressursutnyttelse og til å redusere forbruk i sykehus og transport for pasienter.



Bærekraftig forbruk og produksjon handler om å gjøre mer med mindre ressurser. I sykehus er det et stort forbruk av materiell, og det er vesentlig å redusere unødig forbruk av ressurser, sikre gjenvinning og ombruk og redusere avfallsmengdene i alle deler av livssyklusen. Det er et felles mål at matavfall i sykehus skal reduseres med 50 prosent fra 2019 til 2030.



Vi skal bidra til bærekraftig tjenesteutvikling gjennom strategier for samarbeidsutvikling og planlegging med sentrale samfunnsaktører. Helse Sør-Øst vil bidra til samfunnsutvikling som tar hensyn til demografiske endringer, klimaendringer, globalisering, urbanisering og digitalisering. Grønn omstilling i eiendomssektoren er sentralt.



Verdens helseorganisasjon slår fast at klimaendringene er den største helsetruselen vi står foran. For å bidra til å stoppe klimaendringene har sykehusene i landet satt mål om å redusere direkte klimagassutslipp med 40 prosent innen 2030, med referanseår 2019. Dette tilsvarer en reduksjon på ca. 175 000 tonn CO₂e for spesialisthelsetjenesten innen 2030. Og innen 2045 skal sykehusdrift være klimanøytral, dvs. ikke slippe ut mer klimagass i atmosfæren enn det virksomheten greier å fange opp eller fjerne. Årlig klimaregnskap publiseres i [Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar](#).



For å lykkes med bærekraftsmålene trengs det godt samarbeid lokalt, regionalt og nasjonalt. Det interregionale samarbeidsutvalget for klima og miljø (Grønt sykehus) koordinerer aktivitet innenfor miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten. Klimaendringer er en global utfordring, og internasjonalt samarbeid er avgjørende for å nå målene i Parisavtalen.

Vi må redusere bruk av antibiotika

Verdens helseorganisasjon (WHO) slår fast at antibiotika-resistens er en av de største helsetruslene i verden, og det antas at med fortsatt høyt forbruk av antibiotika, kan det i 2050 dø flere av resistente bakterier enn av kreft. Uten tiltak kan vi om kort tid komme i en situasjon der for eksempel infeksjonsrisikoen ved å gjennomføre standardoperasjoner blir for stor, noe som har store konsekvenser for pasient-sikkerheten.

Norge har, gjennom et godt utbygd smittevern og en konservativ holdning til godkjenning og bruk av antibiotika, medvirket til et lavt resistensnivå. Utviklingen i Norge påvirkes også sterkt av den globale resistensutviklingen. En rekke faktorer som økt bruk av bredspektrede midler, økt reisevirksomhet, import av matvarer, endring i pasientgrunnlag og behandling, medvirker nå til at utviklingen langsomt går i en feil retning.



For å bremse den fryktede utviklingen, vil arbeidet med å redusere antibiotikabruk prioriteres høyt i Helse Sør-Øst. Vi opprettholder derfor en målsetting om 30 prosent reduksjon i samlet bruk av fem grupper bredspektrede antibiotika, med 2012 som referanseår.

Etablering av indikatorer som samholder informasjon om forordning med aktuelle retningslinjer, vil kunne gjøre det mulig å overvåke tiltakene. Videre vil utvikling av, og uttrekk fra kliniske IKT systemer, kunne gjøre det mulig med kontinuerlig monitorering av forordninger.

Beredskap og læring fra pandemien

Vi skal bidra til å verne befolkningens liv og helse ved å sikre at nødvendige spesialisthelsetjenester kan tilbys befolkningen ved kriser og katastrofer i fredstid og under krig.

Samfunnssikkerheten påvirkes av globale utviklingstrekk, og verden er i stadig endring. Helse Sør-Øst skal følge med på utviklingstrekk i samfunnet og sørge for å innrette beredskapsarbeidet i tråd med lovverk, forskrifter, nasjonalt beredskapsplanverk, trusselvurderinger og risiko- og sårbarhetsanalyser.

Beredskapsplanlegging og håndtering av beredskapssituasjoner er et ledelsesansvar, og må være integrert i planlegging og ledelse av daglig drift, investeringer og utvikling og utøves gjennom ordinære ledelsesstrukturer.

Regional beredskapsplan er basert på risiko- og sårbarhetsanalyser og omfatter en rekke delplaner som samlet gir

en oversikt over viktige funksjoner og behov for planlagte beredskapsiltak (Beredskapsplaner – Helse Sør-Øst RHF).

Den regionale beredskapsplanen bygger på de etablerte prinsippene for beredskapsarbeidet i Norge, som ansvar, nærhet, likhet og samvirke og gir rammer og retning for beredskapsarbeidet i regionen. Den regionale beredskapsplanen gjelder for Helse Sør-Øst RHF og alle underliggende virksomheter, herunder private aktører som har avtale med Helse Sør-Øst RHF, og skal gjenspeiles i planverkene på helseforetaksnivå/institusjonsnivå, slik at beredskapsarbeidet i regionen er helhetlig og samordnet.

Beredskapsarbeidet i Helse Sør-Øst 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

Vi vil videreutvikle det regionale beredskapsplanverket i lys av erfaringer med og evalueringer av koronapandemien.

Risiko- og sårbarhetsanalyser

Helse Sør-Øst skal gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser skaffe oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger for virksomheten. Avdekket risiko og sårbarhet skal reduseres gjennom forebyggende og skadebegrensende tiltak. Det er ikke mulig å forebygge alle uønskede hendelser, og hendelser som ikke kan forebygges må håndteres slik at konsekvensen blir minst mulig. Til dette kreves tiltak, reserve-løsninger og planer. Risiko- og sårbarhetsanalyser må oppdateres jevnlig og er et sentralt verktøy for utvikling innen beredskapsområdet.

En grunnleggende forutsetning for god beredskap og krisehåndtering er at virksomhetens daglige drift er sikker og robust jf. blant annet Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst. Virksomhetene i Helse Sør-Øst skal ha systemer for risikostyring for å håndtere risikoen i ordinær drift.

Ved kriser eller beredskapshendelser som rammer hele eller deler av regionen, har Helse Sør-Øst RHF ansvaret for å koordinere/omdisponere spesialisthelsetjenesteressurser for å håndtere situasjonen. Både under en beredskapshendelse og i beredskapsforberedelser, er nært samarbeid en forutsetning for en koordinert håndtering. Samhandlingsmøter og felles øvelser med kommunene er viktige arenaer for samordning av helseberedskapen. Alle institusjoner, også mindre virksomheter som ikke er sykehus, skal ha beredskap for interne hendelser (brann, evakuering, svikt i teknisk infrastruktur, intern varsling mv.).

Beredskap og læring av erfaringer fra koronapandemien

Helse Sør-Øst RHF har vært en sentral aktør i håndtering av koronapandemien, blant annet innen koordinering av smittevernutstyr og arbeid med å øke kapasiteten for tester. Vi vil trekke lærdommen fra pandemien inn i det videre regionale beredskapsarbeidet.

Helseforetakene og sykehusene har spilt en sentral rolle i behandlingen av pasienter med covid-19, og de ansatte har lagt ned en betydelig innsats for å yte helsehjelp og begrense smitte. Helse Sør-Øst har oppsummert to år med pandemien og erfaringene fra 15 sykehusansatte her: [To år med pandemi – Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](https://www.helse-sorost.no/nyheter/2022/02/to-ar-med-pandemi).



Helseforetakene må:

- ha en beredskap og fleksibilitet som gir tilstrekkelig behandlingsskapasitet
- legge til rette for økt bruk av digital oppfølging og video- og telefonkonsultasjoner der dette anses som hensiktsmessig erstatning for konsultasjoner ved frammøte
- bidra til utdanning av helsepersonell, særlig intensivsykepleiere
- ha planer for oppskalering av kapasiteten ved sykehusenes laboratorier
- ha rutiner for overføring av helsepersonell mellom helseforetakene og med andre regioner i krevende perioder
- ha planer for hvordan ordinær drift skal gjenopptas

Erfaringene fra koronapandemien har aktualisert behovet for, så langt som mulig, å opprettholde aktiviteter innen rehabilitering, psykisk helsevern og rusbehandling hos private avtalepartnere. Hvis de private reduserer driften betydelig, vil verken helseforetak eller kommuner ha mulighet til å overta behandlingen. Dette vil ha konsekvenser både for den enkelte pasient, samfunnsvernet og for smittevernarbeidet.

Vi utreder behov for framtidig intensivkapasitet

Koronapandemien har påvirket hele spesialisthelsetjenesten. Helseforetak og sykehus håndterte et betydelig større antall intensivpasienter enn vanlig. Flere helseforetak har måttet utsette planlagte operasjoner for å frigjøre kapasitet og ressurser til alvorlig syke covid-19-pasienter. Helse Sør-Øst RHF skal i 2022 utrede framtidige behov for intensivkapasitet i regionen. Et interregionalt arbeid har etablert enighet om definisjoner for ulike kategorier av intensivplasser og intermedier/overvåkningsplasser basert på hvilke ressurser som kreves. Disse definisjonene vil legges til grunn i det regionale arbeidet.

Det skal utarbeides en rapport som beskriver status for intensivkapasiteten i Helse Sør-Øst med anbefalte tiltak for å oppnå en intensivkapasitet som både takler naturlige svingninger, og som er fleksibel nok til å skalere opp og takle større kriser, som en langvarig pandemi. Rapportens anbefalinger skal brukes i foretakenes videre arbeid med dimensjonering av intensivkapasiteten, og vil kunne påvirke lokale utviklingsplaner. Arbeidet omfatter intensiv- og overvåkningskapasitet for barn, unge og voksne pasienter. Nyfødtintensiv holdes utenfor.

Forutsigbar legemiddelforsyning og beredskap

Legemiddelmangel er et økende problem både globalt og i Norge og gjelder flere medikamenter som er kritiske for ordinær sykehusdrift. Før pandemien var det et begrenset volum av legemidler lagret på norsk jord av beredskaps-hensyn. Fra mars 2020 og fram til dags dato er det etablert flere legemiddelberedskapslagre.

Sykehusapotekene HF har en sentral plass i arbeidet med legemiddelberedskap. Spesialisthelsetjenestens avtale-grossist for legemidler har, etter avtale, etablert utvidet lager av et utvalg legemidler på toppen av grossistens ordinære lager. Her er det også etablert et utvidet lager av helseforetaksfinansierte legemidler som benyttes til behandling i sykehus. Spesialisthelsetjenesten eier også et særskilt lager av legemidler som er kritiske for sykehusdrift, beredskaps-kritiske legemidler og et begrenset utvalg råvarer til legemiddelproduksjon («B180-lageret»). Lageret tilsvarer 6 måneders normal omsetning av de aktuelle legemidlene.

Vi vil, sammen med de andre helseregionene, fortsette arbeidet med å øke legemiddelberedskapen. Sentral overvåkning av mangelsituasjon skal opprettholdes parallelt med helseforetakenes fokus på egen legemiddelberedskap og vurdering av nasjonal evne til egenproduksjon. Sykehusapotekene i alle regionene og Sykehusinnkjøp er sentrale i dette arbeidet.

Sykehusapotekene HF skal innføre regional løsning for ressursplanlegging (enterprise resource planning) med funksjonalitet for økonomi (finans, regnskap) og logistikk (lager og transport). Noen helseforetak (blant annet Sykehuset Østfold HF) har integrert dagens apotekløsning med elektronisk kurveløsning. Det arbeides i regional lukket legemiddelsøyfe med en tettere integrasjon mellom elektronisk kurve- og medikasjonsløsning og sykehusapotekenes nye ERP, noe som vil muliggjøre bedre og mer automatisert styring av ulike legemiddellager og transport fra grossist via apotek til klinikk.

Styrket beredskap for smittevernutstyr

De regionale helseforetakene ble i Foretaksmøte 11. oktober 2021 bedt om å ta ansvaret for et permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr med utgangspunkt i lageret som ble etablert under koronapandemien. Ansvaret skal på sikt omfatte eierskap til varebeholdninger og ansvar for innkjøp, rullering, organisering, drift og forvaltning av beredskapslageret. Lageret skal kunne håndtere et realistisk alvorlig utbrudd med delvis smitte via luftsmitte i inntil tre måneder.



Informasjonssikkerhet

Informasjonssikkerhet handler om å sikre informasjonsbehandlingen og inngår i større eller mindre grad i alle systemer og alle ansattes arbeid.

Informasjonssikkerhet handler om å kunne levere helse-tjenester selv om flom, brann eller digital angrep påvirker IKT-systemene. Det handler også om å kunne motstå avansert datainnbrudd, om å bygge en kultur der ansatte behandler opplysninger fortrolig (konfidensialitet), om at digitale støttesystemer gjengir opplysninger uforandret (integritet), og ikke minst handler informasjonssikkerhet om at opplysninger om pasienter skal være tilgjengelig for helsepersonell når de trenger dem (tilgjengelighet).

Informasjonssikkerhet skal være en integrert del av helhetlig virksomhetsstyring, der det er tydeliggjort at informasjonssikkerhet skal inngå som en del av helhetlige beslutninger. Arbeidet med informasjonssikkerhet skal følge overordnet mål og strategi for informasjonssikkerhet.

Roller og ansvar for informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst er oppdatert og tydeliggjort i Ledelsessystem for informasjonssikkerhet – Helse Sør-Øst RHF (helse-sorost.no). I planperioden bør det arbeides for å oppnå større samsvar mellom ansvar for måloppnåelse, herunder pasientsikkerhet, og ansvar for informasjonssikkerhet. Dette forholdet bør vurderes spesielt på tvers av virksomheter, der den virksomheten som er ansvarlig for pasientbehandlingen i størst mulig grad også bør være ansvarlig for bruken av opplysninger om pasienten, med tilhørende informasjonssikkerhet.

Arbeidet med informasjonssikkerhet skal være risikobasert, og helseforetakene skal ha kontroll med risiko. Et oppdatert trusselbilde er en del av underlaget for å kunne vurdere risiko. Holdninger til digital sikkerhet er også en sentral komponent i arbeidet med informasjonssikkerhet.

Sårbarheter oppdages jevnlig i programvare og infrastruktur. Helse Sør-Øst har god evne til å avdekke og håndtere hendelser ved et døgnbemannet sikkerhetssenter i Sykehuspartner HF, som også arbeider tett med HelseCERT. Angrep skjer hele tiden, og noen ganger vil angriper lykkes, derfor må evnen til å avdekke og håndtere hendelser videreutvikles i tråd med endringer i trusselbildet.

Behov for regelverksutvikling

Hvis innbyggerne skal oppleve sammenhengende og tilgjengelige tjenester forutsetter det datadeling. Det er behov for å dele store mengder av personopplysninger på tvers av virksomheter og nivåer i helse- og omsorgssektoren. Helselovgivningen pålegger deling av [relevante og nødvendige] opplysninger som er nødvendige å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp. I praksis har det vært krevende å få til god, sikker og effektiv informasjonsflyt på tvers. Dette kan skyldes både tekniske, organisatoriske og rettslige utfordringer. Ansvars- og oppgavedelingen mellom aktørene kan være komplisert og gi svake incentiver til deling. Dels kan dette skyldes at regelverket ikke i tilstrekkelig grad er tilpasset en informasjonsflyt mellom systemer i stedet for mellom helsepersonell. Det kan også være usikkerhet eller uenighet

om adgangen til å dele opplysninger. Sammenhengende og tilgjengelige tjenester vil kreve integrasjoner mellom tjenester og løsninger samt til felles løsninger. Noen problemer løses kanskje best med felles løsninger, som ikke er på plass i dag og som i tillegg vil kreve regelverksutvikling. Vi vil utforske mulighetsrommet for datadeling i helse- og omsorgssektoren innenfor dagens regelverk, og fremme behovet for regelverksutvikling der dette kan fremme utvikling av sammenhengende helsetjenester.



Foto: Shutterstock

2

Fakta om helsetjenesten i Helse Sør-Øst

Den samlede helsetjenesten til befolkningen gis av primær- og spesialisthelsetjenesten. 48 % av innbyggerne er årlig i kontakt med spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Som det framgår av figuren nedenfor fordeler dette seg med i underkant av 1,4 millioner individer i somatikk, om lag 142 000 individer i psykisk helsevern og i overkant av 20 000 individer i rusbehandling (TSB).

Av de 1,46 millionene som hadde en eller flere kontakter i Helse Sør-Øst hadde 1,25 millioner kontakt med fastlege samme år og i snitt 4,8 konsultasjoner. 11% av pasientene i Helse Sør-Øst hadde en vedtaksbasert tjeneste i kommunen. Kommunene ga i 2019 14 millioner timer i helsetjenester i hjemmet til pasienter som var i kontakt med spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst.

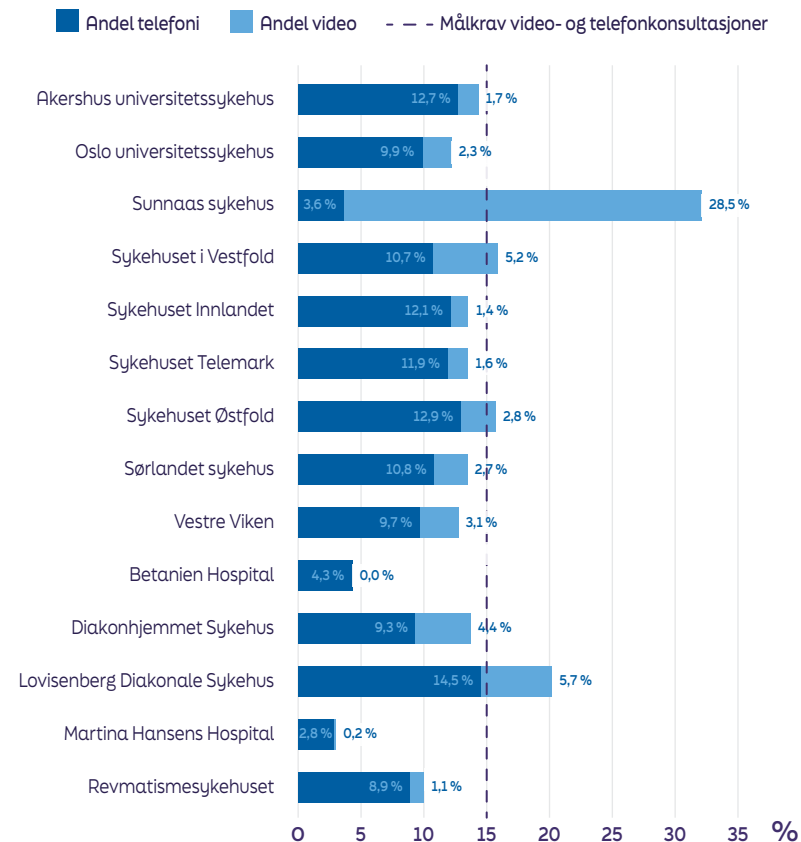
Andel telefon- og videokonsultasjoner øker

Pandemien førte til en betydelig økning av telefon- og videokonsultasjoner. Figur 1 viser resultatene for 2021. Som nevnt i utviklingsplanens del 1 er målet å øke denne andelen ytterligere.



En økende andel eldre og personer med flere kroniske lidelser i årene framover vil sette andre krav til helsetjenesten og øke kompleksitet i oppfølging og behandling. Tabellen under viser at mange av pasientene har minst en definert kronisk sykdom. Flere samtidige sykdommer øker behovet for oppfølging, og oppfølgingsbehovet øker med alder.

Figur 1 Andel telefon- og videokonsultasjoner – Helse Sør-Øst 2021



Kilde: Helse Sør-Øst RHF

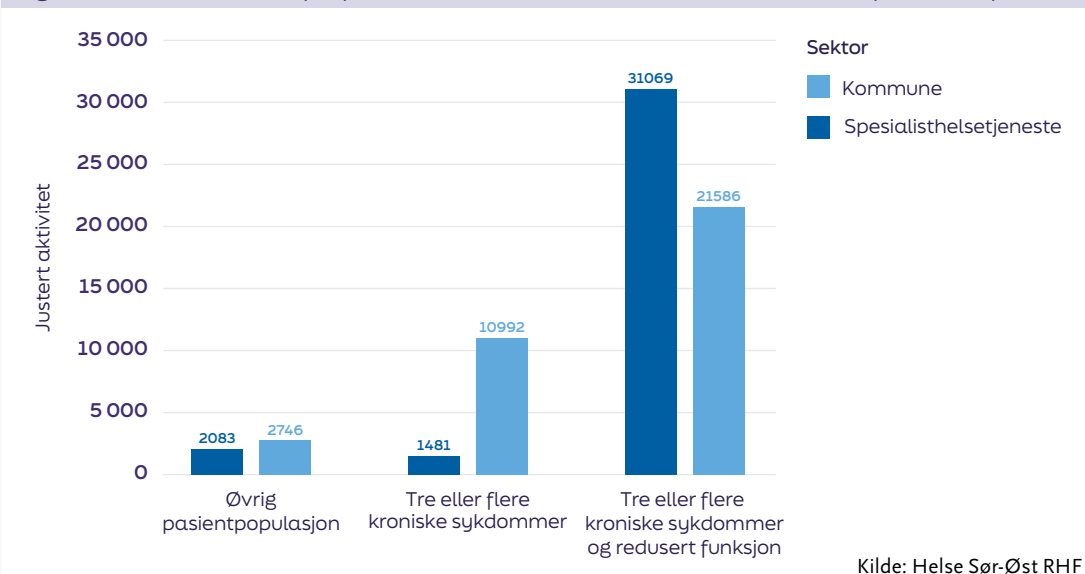
I planlegging og organisering av tilbudet til pasientene i Helse Sør-Øst er det hensiktsmessig å dele opp pasientpopulasjonen. Det er ulike måter å gjøre dette på, men i arbeidet med organisering av helsefelleskapene er det fokus på gruppene barn og unge, psykisk helsevern og TSB, personer med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre.

Figuren under viser ressursinnsatsen per pasient, målt med justert aktivitet² fordelt på primær- og spesialisthelsetjenesten. Per pasient brukes det betydelig ressurser i både primær- og spesialisthelsetjenesten for gruppen med tre eller flere kroniske sykdommer med redusert funksjon. Gruppen består av relativt få individer, så totalt sett er hovedtyngden av kostnadene knyttet til populasjonen uten definert kronisk sykdom.

Tabell 1 Andel pasienter med en eller flere sykdommer

Pasienter	Antall individer
En kronisk sykdom	299 103
To kroniske sykdommer	77 058
Tre eller flere kroniske sykdommer	47 804
Herav tre eller flere kroniske sykdommer og redusert funksjon	12 472
Uten definert kronisk sykdom	1 052 178
Totalsum	1 476 143

Figur 2 Justert aktivitet for pasienter bosatt i Helse Sør-Øst 2019 – rate per 1000 pasient



Gruppen med tre eller flere kroniske lidelser og redusert funksjon skiller seg ut i spesialisthelsetjenesten med et betydelig høyere liggedøgnforbruk i somatikk og psykisk helsevern, lavere forbruk av poliklinisk behandling hos avtalespesialister og somatikk, men høyere forbruk av poliklinisk behandling i psykisk helsevern. Bedre samordning av tjenestene for disse pasientene vil kunne gi betydelig gevinst både for pasient og helsetjeneste.

² For å sammenstille aktivitet på tvers av sektorer brukes en omregning fra aktivitet (e.g. polikliniske opphold, liggedøgn, timer) til penger basert på estimerte enhetskostnader.

3

Framskrivinger

Metoden for framskrivinger er omtalt i detalj i den første utgaven av regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst (Regional utviklingsplan 2035).

Framskrivningene brukes på områder som utdanning og rekruttering av personell, planlegging av nye bygg, kjøp av helsetjenester, etablering av teknologisk infrastruktur og organisering og innretting av helsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten har blitt enige om felles framskrivingsmodeller. Det er etablert et nasjonalt fagnettverk som utvikler og forvalter modellene og som ledes av Helse Sør-Øst RHF. Nettverket består av representanter fra de regionale helseforetakene, Sykehusbygg HF, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og KS.

Framskrivingsmodellen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ny og er derfor viet ekstra plass.



Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Forekomst av psykiske lidelser og ruslidelser er stabil over tid, men er tilbudene riktig plassert og dimensjonert?

Epidemiologiske studier tyder på at forekomsten av diagnostiserbare psykiske lidelser og ruslidelser i befolkningen er stabil over tid^{3,4,5}. Det danner grunnlag for å vurdere forekomst sammenholdt mot aktivitetsdata for å identifisere tilstandsgrupper som kan ha udekket behov for helsetjenester.

Behovet for helsehjelp for psykiske lidelser møtes av en tjeneste som er i endring gjennom økende kvalitetskrav, faglig utvikling, med nye behandlingsformer og teknologisk utvikling. Disse faktorene er derfor lagt inn i modellen. Modellen justerer videre for endringer i demografisk sammensetning fram mot 2040.

Ny framskrivingsmodell innen psykisk helse og TSB

Det er, gjennom et bredt nasjonalt prosjekt, utviklet en ny framskrivingsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) siden den forrige regionale utviklingsplanen. Hovedresultatene av modellen er en styrking av døgnkapasitet for kombinerte rus og psykiatri lidelser (ROP), alvorlige psykiske lidelser og for barn og unge. Det vektlegges fremdeles en tydelig satsing på det polikliniske forløpet, tidlig intervensjon og koordinerte helsetjenester for de mest alvorlige syke. Variasjonen innen deler av disse tjenesteområdene er stor, og det vil være vanskelig å justere dette uten større grep.

- 3 Baxter et al. (2014). Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety*, 31
- 4 Sawyer et al. (2018). Has the Prevalence of Child and Adolescent Mental Disorders in Australia Changed Between 1998 and 2013 to 2014? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57
- 5 Hunt et al. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*

Betydelig variasjon gjør framskrivinger utfordrende

Det er betydelig og vanskelig forklarlig variasjon i tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern og rusområdet. Fordi variasjonen er så stor, vil en ujustert framskrivning gi store forskjeller over tid. Det er derfor gjort en «normalisering» innen voksenpsykiatri, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og vedtaksbaserte tjenester, der forbruket i et helseforetak som er under 20-persentilen løftes til 20-persentilen før framskrivning. For de samme områdene reduseres forbruket i et helseforetak til 80-persentilen hvis forbruket i dag er over.

Dette har skapt diskusjon i fagmiljøene, og vil måtte evalueres i framtidige gjennomganger av kapasiteten i psykisk helsevern og TSB. Et annet moment er at det innen TSB vektlegges særlig en satsing på basistjenester (for eksempel øyeblikkelig hjelp). Denne satsingen vil ikke nødvendigvis utløse flere liggedøgn, men kreve en annen bemanningssammensetning.

Spesialisthelsetjenesten i Norge behandler om lag 1 av 3 med diagnostiserbar psykisk lidelse og ruslidelse. Mange får oppfølging hos fastlege og i kommune, og et relativt stort volum ønsker ikke behandling. Større samfunnsmessige svingninger vil kunne påvirke etterspørselen til disse behandlingstjenestene. Den nye framskrivingsmodellen forsøker å adressere dette ved å se særlig på tilstandsgrupper med lavere dekning i spesialisthelsetjenesten. Av flere årsaker anbefales å tilrettelegge for en økt kapasitet for behandling av alkoholproblemer og spiseforstyrrelser.

Framskrivningene viser at tilbudet innen psykisk helse og rus fortsatt må prioriteres og at vi må lære oss å måle effekten av behandlingen vi gir. Foreløpige analyser kan indikere at kortere liggetid ved enkeltopphold kan gi et høyere antall

samlede liggedøgn når pasienten følges over tid. Dette trenger vi å forstå bedre. Vi må også utvikle indikatorer på behandlingseffekt. Kanskje har vi hatt for mye oppmerksomhet på diagnoser og ikke hva som er viktig for pasienten. Der somatikken preges av diagnosespesifikke kvalitetsregistre må vi kanskje tenke annerledes innen psykisk helse og rus med mer vekt på pasientenes funksjonsnivå.

Somatikk

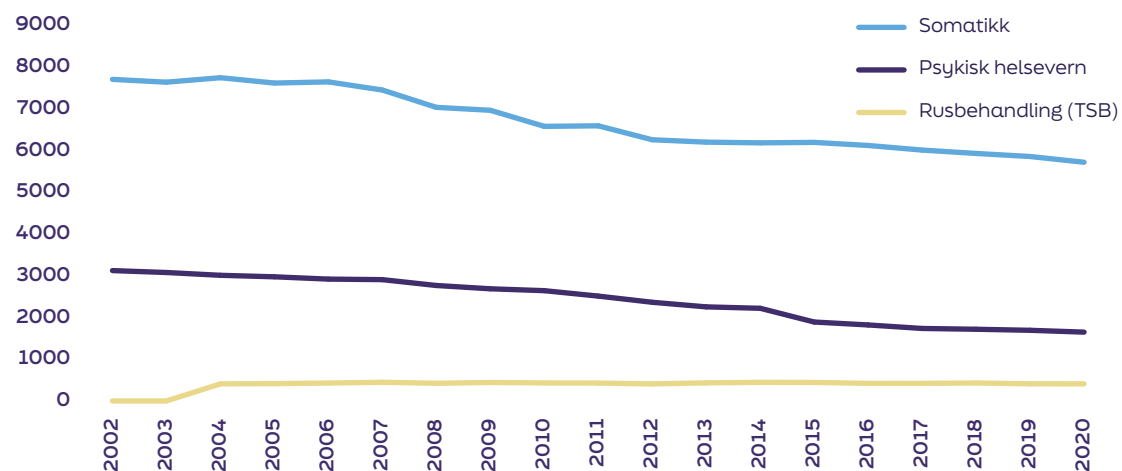
En systematisk gjennomgang av modell for somatiske sykehusfunksjoner planlegges ferdigstilt i 2022, men er betydelig forsinket grunnet pandemi. Arbeidet vil utføres av representanter fra fagmiljøer i helseforetakene, sentrale aktører i det regionale utviklingsplanarbeidet og fagnettverket for framskrivinger. Arbeidet eies av de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene. De første produktene av denne gjennomgangen vil belyse de mest sentrale aspektene ved den forventede sykdoms- og befolkningsutvikling i Norge. Samtidig er det flere nasjonale og regionale prosjekter som vil få en konsekvens for framtidig dimensjonering av somatiske sykehusfunksjoner. En vurdering av behov for strålekapasitet er ferdig, mens blant annet intensivkapasitet og fordeling av invasiv kardiologi er under arbeid.

Aktivitet og kapasitet – har reduksjon i sengeantall nådd bunnen?

Antall sengeplasser har blitt redusert over tid, både innen somatikk og psykisk helse. Dette har vært en villet utvikling ettersom mer og mer behandling gjøres poliklinisk eller utenfor sykehuset.

Den nye framskrivingsmodellen innen psykisk helsevern og TSB gir et resultat som innebærer at kapasiteten korrigert for befolkningssammensetning er stabil. Tabellene 2, 3 og 4 beskriver forventet utvikling per sykehusområde fra 2019 til 2040 for liggedøgn og polikliniske konsultasjoner for somatikk, psykisk helsevern og TSB. Sykehusområde brukes fordi tallene også inkluderer aktivitet som håndteres ved bruk av avtalespesialister og private leverandører.

Figur 3 Utvikling i sengekapasitet per tjenesteområde i Helse Sør-Øst



Kilde:
Statistisk
sentralbyrå

Oppdaterte framskrivinger

Framskrevet aktivitetsbehov beregnes ved å ta utgangspunkt i et gitt basisår. Aktiviteten framskrives så med Statistisk sentralbyrå (SSB) sine framskrivinger av demografi og befolkningsvekst, kvalitative vurderinger av forventet sykdomsutvikling og andre endringsfaktorer.

«Andre endringsfaktorer» har i stor grad vært uendret siden 2014. De omfatter for eksempel samhandling med primærhelsetjenesten, overføring fra døgn til dag og poliklinikk og generell effektivisering. Disse gjennomgås nå på nytt. Brukerstyrt poliklinikk og digital hjemmeoppfølging vil komme inn som nye endringsfaktorer. Den tallmessige effekten av endringsfaktorene er inntil videre beholdt i den aktuelle framskrivningen.

Framskrivinger av liggedøgn

Tabellene baserer seg på 2019 tall (før pandemien). Behovet for liggedøgn og poliklinisk aktivitet framskrives basert på Statistisk sentralbyrås prognose for demografiske endringer fram til 2040. Tallene for somatikk justeres for forventet sykdomsutvikling og disse endringsfaktorer:

- Sykdomsutvikling (forventet forbruk innen 31 ulike diagnosegrupper og 3 prosedyrer)
- Brukerstyring, hjemmesykehus og digital hjemmeoppfølging (0,4 % per år)
- Overføring fra døgn til dag og poliklinikk (0,3 % per år)
- Effektivisering (0,3% per år)

Tabell 2 Framskrivinger av liggedøgn somatikk

Liggedøgn	Somatikk			
	2019	Liggedøgn etter demografi 2040	Korrigert for sykdomsutvikling og endringsfaktorer	Endring
Akershus SO	308 002	465 237	365 673	19 %
Innlandet SO	227 241	299 874	231 647	2 %
Oslo SO	316 068	469 005	370 347	17 %
Sørlandet SO	158 464	218 426	169 389	7 %
Telemark/Vestfold SO	258 094	351 938	273 889	6 %
Vestre Viken SO	287 831	417 707	326 812	14 %
Østfold SO	190 618	270 088	211 623	11 %
Totalsum	1 746 318	2 492 274	1 949 380	12 %

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Tabell 3 Framskrivinger av liggedøgn tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Liggedøgn	TSB			
	2019	Liggedøgn etter demografi 2040	Korrigert for sykdomsutvikling og endringsfaktorer	Endring
Akershus SO	64 595	71 100	64 135	-1%
Innlandet SO	45 716	45 769	43 110	-6%
Oslo SO	82 903	90 799	74 355	-10%
Sørlandet SO	35 534	36 455	34 060	-4%
Telemark/Vestfold SO	55 808	37 871	48 265	-14%
Vestre Viken SO	37 266	55 113	40 096	8%
Østfold SO	36 286	39 206	35 266	-3%
Totalsum	358 108	376 313	339 287	-5%

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Det er laget en ny modell for framskrivning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ([ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf](#) (regjeringen.no)). Det er stor variasjon i bruk av døgnbehandling mellom helseforetakene, og modellen reduserer derfor variasjon i bruk av døgnbehandling. Resultatet justeres deretter basert på forventninger til endringer i pasientbehandling, nye oppgaver og bruk av ny teknologi.

Tabell 4 Framskrivinger av liggedøgn psykisk helse

Liggedøgn	Psykisk helsevern voksen				Psykisk helsevern barn og unge			
	2019	Liggedøgn etter demografi 2040	Korrigert for sykdomsutvikling og endringsfaktorer	Endring	2019	Liggedøgn etter demografi 2040	Korrigert for sykdomsutvikling og endringsfaktorer	Endring
Akershus SO	83 954	97 209	107 335	28%	10 985	11 614	11 160	2%
Innlandet SO	83 349	88 132	88 750	6%	5 980	5 232	5 392	-10%
Oslo SO	127 577	144 341	148 778	17%	9 122	10 009	10 084	11%
Sørlandet SO	64 029	68 270	69 129	8%	1 548	1 440	4 167	169%
Telemark/Vestfold SO	85 297	73 794	88 019	3%	6 148	8 014	5 355	-13%
Vestre Viken SO	79 322	89 288	85 934	8%	7 226	5 132	6 855	-5%
Østfold SO	68 348	86 759	73 501	8%	8 394	6 558	8 173	-3%
Totalsum	591 876	647 793	661 447	12%	49 403	47 999	51 186	4%

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Tabell 5 Framskrivning av poliklinisk aktivitet

Poliklinikk	Somatikk			TSB			Psykisk helsevern voksen			Psykisk helsevern barn og unge		
	2019	2040	Endring	2019	2040	Endring	2019	2040	Endring	2019	2040	Endring
Akershus SO	622 025	941 438	51%	43 343	71 783	66%	180 188	232 109	29%	87 363	102 398	17%
Innlandet SO	376 617	507 431	35%	27 082	37 460	38%	116 468	133 573	15%	54 139	58 146	7%
Oslo SO	655 086	981 607	50%	71 035	119 016	68%	256 431	339 049	32%	79 015	100 340	27%
Sørlandet SO	352 211	507 797	44%	33 423	48 286	44%	125 161	147 898	18%	47 227	51 466	9%
Telemark/Vestfold SO	548 396	763 517	39%	75 740	96 450	27%	151 234	176 581	17%	80 171	85 825	7%
Vestre Viken SO	555 462	813 556	46%	43 145	60 873	41%	145 119	177 007	22%	81 792	90 665	11%
Østfold SO	353 564	512 615	45%	41 273	58 904	43%	85 421	103 804	22%	45 509	50 905	12%
Totalsum	3 463 361	5 027 960	45%	335 041	492 772	47%	1 060 022	1 310 021	24%	475 216	539 745	14%



Framskrivinger av poliklinisk aktivitet

Framskrivningene er gjort som beskrevet tidligere.

Det forventes altså økning i antall liggedøgn både innen somatikk og psykisk helse samt enda større økning i dag- og polikliniske tilbud. Unntaket er TSB, der det fortsatt er faglig ønsket å øke andelen poliklinisk behandling med en svak reduksjon i antall liggedøgn. Det er samtidig påpekt at det i TSB er behov for en vridning mot en mer spesialisert døgnbehandling.

Framskrivning av bemanning

Å sikre tilstrekkelig personell vil være helt avgjørende for å opprettholde vår felles helsetjeneste. Gode modeller og analyser som gir ledere støtte i å vurdere behovet for kompetanse er en viktig oppgave for det regionale helseforetaket.

Kvaliteten i norske helsetjenester er god, og menneskene er den viktigste ressursen. Den sannsynlige befolkningsutviklingen i Norge vil medføre at vi må forvente færre helsepersonell per pasient. For å opprettholde den gode kvaliteten må vi legge til rette for å bruke de ressursene vi har på beste måte.



• Foto: Oslo universitetssykehus HF

Dette vil kunne ha konsekvenser for hvordan vi planlegger bygg, digital infrastruktur og utdanning. Innen flere områder er det stor konkurranse om arbeidskraft, men utdanningen er sentralisert til spesialisthelsetjenesten. Dersom vi ikke bruker felles modeller både i primær- og spesialisthelsetjenesten, vil vi ikke se det samlede utdanningsbehovet. Det er allerede i dag rekrutteringsutfordringer på enkelte stillingsgrupper i noen områder i Helse Sør-Øst. Dette krever en særskilt langsiktig strategi for å sikre likeverdige helsetjenester i framtiden.

Det er nødvendig å sammenstille behovet for personell, utdanningskapasitet og forventet sykdoms- og behandlingsutvikling. Særlig innen deler av fødselstjenestene, psykisk helsevern og rus, samt en del medisinske områder, er det nødvendig at vi får en god felles utnyttelse av ressurser på tvers av nivåer. Deler av dette arbeidet er godt i gang i tråd med oppdraget til de regionale helseforetakene om å utarbeide analyser for framtidig behov for spesialsykepleiere på kort, mellomlang og lang sikt. Helse Sør-Øst vil ta i bruk nye modeller for framskrivinger som bedrer vår kunnskap om framtidig behov for personell.

4

Centrale forutsetninger for regional utviklingsplan

I dette kapitlet er noen sentrale forutsetninger for å kunne realisere Regional utviklingsplan beskrevet. Det er helt sentralt at det rekrutteres godt til helseforetakene og at vi klarer å beholde våre ansatte. Utdanningene og kompetanseutvikling må være tilpasset dagens og framtidige behov. Akuttkjeden og medisinske servicefunksjoner som bildediagnostikk og laboratorietjenester, må fungere og videreutvikles. Kvalitet og pasientsikkerhet må ha et høyt fokus, og korrekt legemiddel-håndtering er en viktig innsatsfaktor i den sammenheng.

En annen viktig forutsetning er at virksomhetene i regionen har teknologiske løsninger som er trygge og understøtter den faglige og daglig driften og har bygg og eiendommer som er tilrettelagt for moderne og bærekraftig sykehusdrift. Sist, men ikke minst, må virksomheten ha økonomiske rammer til å oppfylle sørge-for-ansvaret.



Foto: Esten Borgos – Sykehuset Østfold

Rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere

Kjernen i vår virksomhet er kompetansen til medarbeidere og ledere.

Helse Sør-Øst er med sine 81 000 medarbeidere landets største arbeidsplass, men har utfordringer med rekruttering. Det er stort fokus på rekruttering. Vi trenger samtidig større oppmerksomhet på hele arbeidslivsløpet, rekruttere – utvikle – og ikke minst beholde personell. Det er betydelige variasjoner mellom helseforetakene i rekruttering til ledige stillinger. Hovedstadsområdet er bedre stilt med tilgang på nyutdannede i alle fag. For høgskolegrupper med grunnutdanning, dekkes kompetansebehovene gjennomgående likevel bedre i distriktene enn i de sentrale strøkene.

Rekrutteringsutfordringer for flere grupper

Generelt er utfordringene knyttet til de samme gruppene. Mest krevende er situasjonen for tilgang på spesialsykepleiere i fagene anesthesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleie samt jordmødre. Det er også utfordringer knyttet til legespesialiteter innen psykisk helse og rusmedisin, bildediagnostikk, patologi, geriatri, lungemedisin og gastroenterologi.

I tillegg er det krevende å rekruttere til legestillinger som organiseres med tre- og firedelte vaktordninger. Helseforetakene etterspør også psykologspesialister, bioingeniører, radiografer med spesialkompetanse, stråleterapeuter, fysioterapeuter, operatører til AMK-sentraler, farmasøyter og miljøterapeuter. Flere peker på at den teknologiske utviklingen på sikt gjør det nødvendig å øke rekrutteringen av medisinske fysikere, ingeniører, IKT-spesialister mv.

Gjennom den langvarige Covid-19 pandemien har det vært særlig press på sykepleiere og spesialsykepleiere. Også andre yrkesgrupper i helseforetakene har hatt mangel på personell i denne situasjonen. Det har i perioden vært benyttet insentivordninger for å styrke frivillighet blant ansatte for utvidet arbeidstid og sikre ekstraordinær innsats over tid.

Rekruttering starter allerede ved at helseforetakene tilbyr studenter og lærlinger oppdaterte og kunnskapsbaserte praksisplasser.

Flere heltidsstillinger kan bidra til bedre rekruttering

En prioritert oppgave for å rekruttere, beholde og utvikle kvalifisert og relevant kompetanse er å redusere omfanget av deltid og kunne tilby flere heltidsstillinger.

Det er flere grunner til at vi har deltidsarbeidende, blant annet lovfestet rett til redusert arbeidstid, graderte sykmeldinger, delvis uføre, tilrettelegging for ansatte med nedsatt funksjonsevne, seniortiltak, samt frivillig ønske om deltid. Denne deltiden forårsaker ofte behov for å rekruttere flere i deltidsstillinger. Reduksjon av deltid vil gi et større arbeidskraftpotensial som fører til en rekke positive effekter både for kapasitet og kvaliteten på helsetjenestene.

Tiltak som blant annet alternative arbeidstidsordninger, oppgavedeling og arbeid på tvers av avdelinger, vil kunne bidra til flere heltidsstillinger. Helseforetakene skal motivere ansatte i deltidsstillinger til å øke sin stillingsandel der dette er mulig. Det skal også legges til rette for at arbeidsbelastningen ikke er større enn at ansatte kan stå i hele stillinger. Lederens ansvar for bemanning- og arbeidstidsplanlegging i samarbeid med sine tillitsvalgte, er en nøkkel for det fortsatte arbeidet med en heltidskultur.

Et lokalt prøveprosjekt er igangsatt på området ved blant annet Sykehuset Østfold HF.

Reduksjon av deltid, prosjekt i Sykehuset Østfold HF

Sykehuset Østfold HF vil gjennom prøveprosjektet utprøve konkrete tiltak og løsninger, med sikte på operasjonalisering i den ordinære driften. Det tas særlig sikte på å finne varige og forutsigbare løsninger som bidrar til å redusere andelen deltid, øke andel heltidsstillinger og redusere bemanningsutfordringene, spesielt i helg. Samtidig ses det på tiltak for økt rekruttering, mobilisering og bevaring av spesialkompetanse.

Bemanningsplanlegging og ressursstyring

Bedre bemanningsplanlegging og ressursstyring bidrar til bedre bruk av medarbeidernes kompetanse og er et sentralt virkemiddel for å rekruttere, utvikle og beholde høyt kvalifisert helsepersonell. Det er nødvendig at ledere har et helhetlig perspektiv på bruk av ressurser og kompetanse i egen organisasjon, og en forutsetning at de har god innsikt i både pasientens behov og sykehusdrift.

Bemanningsplanlegging og ressursstyring har hatt ledelsesmessig fokus i foretaksgruppen over flere år, og gjennomgående er det en økt prioritering av ressurser til dette området. Det er likevel behov for å øke innsatsen framover, og vi er derfor i gang med å initiere flere prøveprosjekter innen dette området. Noen av aktivitetene beskrives her.

Fem hovedtema skal ha fokus framover

I februar 2021 ble det etablert en arbeidsgruppe med representanter fra alle helseforetakene i regionen. Arbeidsgruppen anbefaler følgende fem hovedtemaer for utvikling av systematisk bemanningsplanlegging og ressursstyring:

- Rekruttere og beholde medarbeidere
- Utdanning og kompetansebygging
- Balansere trivsel, kompetansekrav og pasientbehov, med effektiv bruk av tid og ressurser
- Førstelinjeledelse og ledelseskultur
- Kompetanse knyttet til planlegging og styring av personellressurser, herunder mest mulig bruk av heltidsstillinger

Bemanningsenheter et viktig virkemiddel

De aller fleste helseforetakene har nå etablert bemanningsenheter som et virkemiddel for å sikre kompetanse og kapasitet. Bemanningsenhetene er organisert forskjellig og med noe ulikt ansvar og oppgaver. Erfaringene er at denne type enheter totalt sett bidrar til en bedre ressursstyring. Bemanningsenhetene avlaster blant annet pleietjenesten med å skaffe timelønnede ekstravakter. I tillegg kan bemanningsenheten ha ansvaret for oppfølgingen av og bestilling av eksterne vikarer fra vikarbyrå. Bemanningsenhetene har egne faste ansatte som dekker opp kortere og lengre sykefravær. Bruken av bemanningsenheter kan også bidra til økte stillingsprosenter og reduksjon av ufrivillig deltid.

Samarbeid om bemanning på tvers av helseforetak og med kommunene

Sykehusene vil kunne ha stor nytte og gevinst av å samarbeide og tilby kompetanse på tvers av foretakene. Sykehusene bør i større grad også samarbeide med kommunehelsetjenesten om enkelte yrkesgrupper, som for eksempel jordmødre. Dette vil sikre bedre tilgang på denne kompetansen, samtidig som det kan bidra til at flere arbeider i heltidsstillinger.

Arbeidstidsordninger

Helsefremmende arbeidstidsordninger er avgjørende for et arbeidsmiljø preget av trivsel og motivasjon. Det er en målsetting å organisere arbeidet slik at ansatte kan stå i arbeidslivet til oppnådd pensjon, at arbeidsbelastningen er håndterbar for den enkelte ansatte og at yrkesskade kan forhindres.

Redusere sykefravær og hindre frafall

I 2018 utgjorde sykefraværet i helseforetakene omlag 1 283 000 tapte dagsverk. Selv en moderat reduksjon i sykefraværet i helseforetakene vil ha betydning for den enkelte arbeidstaker, pasientsikkerhet og kvaliteten og for helseforetakenes og samfunnets behov for kompetanse.

Som en del av IA-avtalen er det iverksatt Bransjeprogram for sykehus. Bransjeprogrammet er etablert som et prosjekt med en styringsgruppe bestående av partene i bransjen ved Spekter Helse, Norsk Sykepleierforbund, Legeforeningen, Fagforbundet, Fellesorganisasjonen, Delta, Akademikerne Helse, Unio, Lo og YS samt representanter fra myndighetene. Bransjeprogrammet for sykehus har to innsatsområder, forebyggende arbeidsmiljøarbeid og lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær:

Forebyggende arbeidsmiljøarbeid (innsatsområde 1):

Det er tatt i bruk en kunnskapsbasert arbeidsmiljømetodikk, «Der Skoen Trykker», som er utviklet av og for sykehussektoren. Metodikken baserer seg på strukturert partsamarbeid, god ansattinvolvering, fokus på lederrollen og prosessveiledning.

Det er etablert et nasjonalt innsatsteam som består av 18 frikjøpte fagressurser fra sykehusene og NAV arbeidslivssenter. Seks av disse fagressursene bistår sykehusene i Helse Sør Øst. Innsatsteamet gjennomfører «Der skoen trykker» sammen med leder, tillitsvalgte, verneombud og interne fagressurser ved sykehusene. Bransjeprogrammet tilbyr opplæringsprogrammer og skreddersydde arbeidsmiljøverktøy.

Lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær

(innsatsområde 2): Arbeidet med dette innsatsområdet er i startfasen. Det er gjennomført en kartlegging blant ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste på tre sykehus i Helse Sør Øst av hvilke utfordringer og muligheter for forbedringer disse opplever i forbindelse med denne typen fravær. På bakgrunn av kartleggingen skal det utvikles ulike tiltak innenfor følgende områder: sykefraværsoppfølging, ledelse, system, organisering og oppfølging og forebyggende arbeidsmiljøarbeid.

Lovisenberg Diakonale Sykehus – et lærende sykehus

Sykehuset har fra høsten 2020, som det eneste norske sykehuset, deltatt i et fireårig europeisk forskningsprosjektet, Magnet4Europe Lovisenberg Magnet4Europe

Prosjektet skal jobbe systematisk med utviklings- og forbedringsarbeid innen arbeidsmiljø, ansatthelse, pasientbehandling, pasientsikkerhet og organisatoriske forhold. Til sammen 68 sykehus i 6 europeiske land er inkludert i studien.

Magnet4Europe tester ut sykehusmodellen «The magnet model» fra USA. Såkalte Magnet-sykehus i USA kan dokumentere positive effekter på ansattes trivsel og psykiske helse og på kvaliteten på pasientbehandlingen. Modellen er videreutviklet siden 1980-tallet og skal nå testes på europeiske sykehus med mål om å oppnå tilsvarende positive effekter.



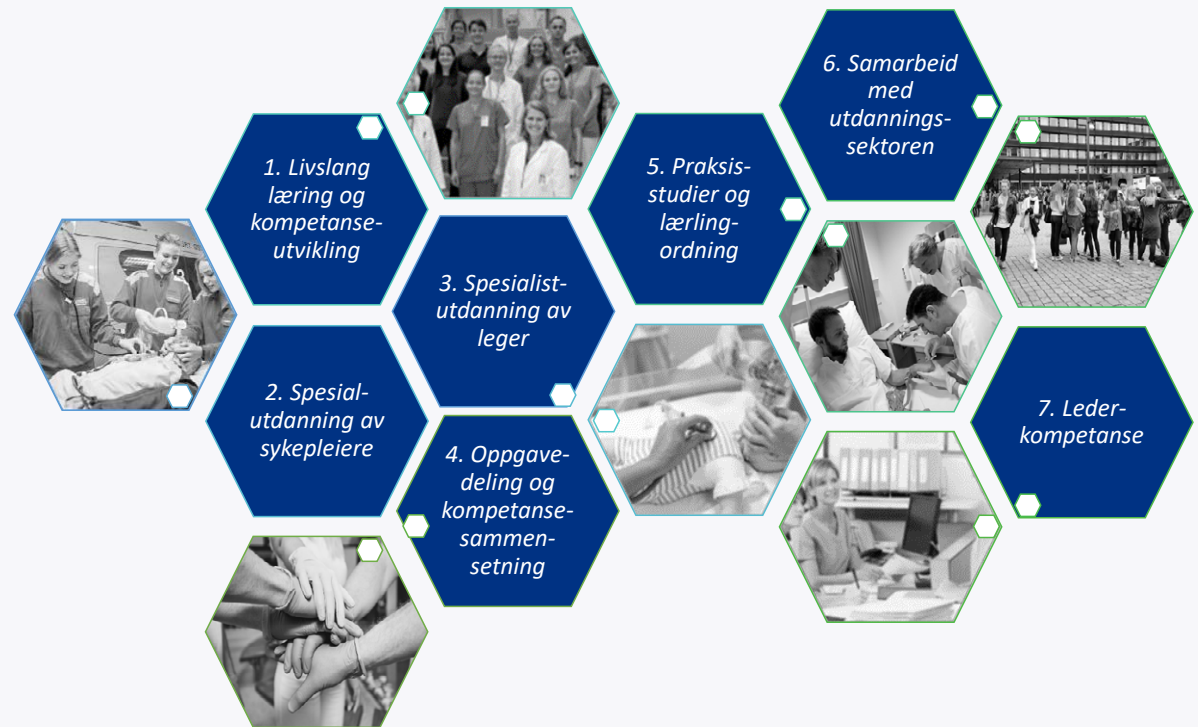
Utdanning og kompetanse

Helse Sør-Øst er en av de viktigste aktørene innen utdanning av helsepersonell i Norge med over 10 000 praksisplasser for studenter og 2800 leger i spesialisering. Det er behov for bedre oversikter og bedre planlegging for å møte spesialisthelsetjenestens kompetansebehov.

Spesialisthelsetjenesten har et særskilt ansvar for å utdanne helsepersonell for hele helsetjenesten. I tillegg til at vi må bruke det helsepersonalet vi har bedre, må vi utdanne flere. Det er allerede betydelig utdanningsvirksomhet i helseforetakene i Helse Sør-Øst, og dette gjøres i tett samarbeid med fire offentlige høgskoler, fire universitet og flere private høgskoler. I tillegg kommer samarbeid med de videregående skolene og fagskolene.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok en Regional delstrategi for utdanning og kompetanse 19. August 2021 (sak 084-2021) (Regionale planer og strategier – Helse Sør-Øst RHF). Delstrategien tydeliggjør hvordan Helse Sør-Øst arbeider med og prioriterer utdanning og kompetanseutvikling for at spesialisthelsetjenesten kan møte framtidens behov for kompetanse. Arbeidet med utdanning og kompetanseutvikling i planperioden for *Regional utviklingsplan* vil ta utgangspunkt i de syv satsingsområdene som er definert i delstrategien.

Figur 4 Regional delstrategi for utdanning og kompetanse



Livslang læring og kompetanseutvikling

De ansatte må gjøres i stand til å håndtere så vel endringer i driftsformer som utvikling i behandlingsmetoder og endrede forventninger fra brukerne. Den regionale delstrategien viser til mange virkemidler for livslang læring og kompetanseutvikling og peker på at arbeidsplassen skal være den primære arenaen for læring og utvikling. Alle medarbeidere i Helse Sør-Øst skal ha en kompetanseplan. Kompetanseportalen er gjort tilgjengelig for alle helseforetakene i 2021, og det gjennomføres et imponerende arbeid med planer og kompetansekrav for hver enkelt ansatt.

En viktig del av den samlede kompetanseheving hos de ansatte skjer eksternt, gjennom formell videre- og masterutdanning, spesialisering og doktorgradsutdanning. Satsing på master- og doktorgradsutdanning er nødvendig for å videreutvikle god forskningskultur og undervisningskompetanse i foretaksgruppen.

En stor andel av medarbeiderne og pasientene har i dag høy teknologikompetanse og har dermed en forventning om bruk av moderne digitale verktøy, både i pasientbehandling og i utdanning og opplæring. Det er et skille mellom nyutdannede som gjennom utdanningene benytter ulike digitale løsninger og øvrig ansatte med mindre digital erfaring. Manglende satsing på organisasjonsutvikling knyttet til teknologiske investeringer og generelt stort arbeidspress, medfører at nye teknologiske løsninger ikke benyttes optimalt. Det kreves stor ledelseskraft og kapasitet for å tilrettelegge for endrede arbeidsprosesser og ny organisering av tjenesten. Vi må derfor legge til rette for at våre ledere har kompetanse og tilstrekkelig ressurser til å utvikle de ansattes digitale ferdigheter i tråd med den teknologisk utvikling.

Det ligger et stort potensial i å øke samarbeidet mellom helseforetakene om utarbeidelse og vedlikehold av ulike opplæringsmateriell i regionen. Som den eneste regionen i landet har Helse Sør-Øst fram til nå ikke hatt en samordnet og koordinert utvikling og vedlikehold av kurs og andre kompetansehevende tiltak. Dette ønsker vi å gjøre noe med og har derfor igangsatt arbeidet med å oppdatere dagens digitale løsninger for å utarbeide opplæringsmateriell (e-læring, video, VR, podkast o.l.). I tillegg har det blitt opprettet et nytt regionalt senter ved Akershus universitetssykehus HF for digital læring og kompetanseutvikling.

Senterets oppgaver vil blant annet være å

- produsere, revidere og forvalte regionale digitale læringselementer
- sikre koordinering av alle behov for digitale læringselementer, operativ fagutvikling (trendanalyser innen digital læring og nettpedagogikk)
- vurdere nytt utstyr og programvare for bruk innen digital læring
- etablere et felles regionalt innmeldingssystem for digitale læringselementer, som sikrer samordnet prioritering og god ressursutnyttelse i hele foretaksgruppen

Spesialutdanning av sykepleiere

Behovet for spesialsykepleiere har økt i takt med utviklingen i spesialisthelsetjenesten. Covid-19 pandemien har vist at det er nødvendig med en bedre oversikt over tilgangen på spesialkompetanse, oversikt over hvordan ressursene benyttes, hvilke tiltak som må iverksettes for å ha nødvendig tilgang på kompetanse og hvordan en kan tilrettelegge for å beholde ansatte. Dagens situasjon er ikke bærekraftig eller det er ikke

en fornuftig bruk av medarbeiderens kompetanse. Andelen utdanningsstillinger for sykepleiere skal øke sammenlignet med 2020.



Mangelen på spesialsykepleiere er ikke ny. En rapport fra Institutt for industriell miljøforskning i 1988 stiller spørsmålet om mangelen på spesialsykepleiere skyldes for liten utdanningskapasitet eller arbeidsvilkårene. Her konkluderes det med at utdanningskapasiteten den gangen ikke var for lav, men at avgangen var for stor på grunn av dårlige arbeidsvilkår. I tillegg til å se

på hvordan kompetanse utnyttes og hvordan personalgrupper settes sammen, vil det være naturlig også å se nærmere på andre tiltak som retter seg mot å redusere turnover, fagutvikling og muligheten til å styre egen arbeidshverdag. Denne type tiltak er like aktuelle nå som for 35 år siden.

Helse Vest har nylig gjennomført en kartlegging av turnover i sin region, og vi planlegger lignende analyser også i Helse Sør-Øst.

Spesialistutdanning av leger

Ny Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger trådte i kraft i 2017. Den nye ordningen ble innført for å sikre god pasientbehandling og kvalitet i utdanningen, herunder nasjonal harmonisering og tverregional samordning for effektive utdanningsløp. Helseforetakene har ansvar for å ivareta kvaliteten i utdannelsen og for gjennomføring av hele spesialistutdanningen.

Det regionale helseforetakene skal sørge for at regionens behov for utdanning av spesialister til spesialisthelsetjenesten blir dekket og at det legges til rette for helhetlige utdanningsløp på tvers av helseforetakene og andre aktuelle aktører. Helse Sør-Øst RHF har gjennomført analyser av utviklingen i antall legestillinger i regionen. Basert på disse analysene mener det regionale helseforetaket at det er nødvendig med en større gjennomgang av organisering og gjennomføring av spesialistutdanningen for leger.

Oppgavedeling og sammensetning av kompetanse

God pasientbehandling fordrer at yrkesgruppene samarbeider tettere, og at kompetansen til hver enkelt benyttes best mulig. Endret oppgavedeling kan gi et mer effektivt tjenestetilbud, og rett sammensetning av kompetanse vil bidra til læring, utvikling og økt arbeidsglede ved at arbeidsoppgavene oppleves mer meningsfulle.

En undersøkelse fra 2019⁶ viser at mer enn halvparten av sykepleierne i løpet av arbeidsuken vasker opp og rydder etter måltid, vasker toaletter, rydder på lager, hjelper med praktiske gjøremål (som å finne lader til telefon, følge til frisør), bestille varer, ringe etter vikarer og organisere pasienttransport. Oppgavedeling vil gi muligheter for nye yrkesgrupper inn i sykehus og bidra til at målet om mer tid til pasientrettet arbeid nås.

En studie fra 2017⁷ viser at legenes produktivitet har gått ned de siste årene. Det er en industriell måte å fortelle at de behandler færre pasienter per dag. Studien viste en tydelig sammenheng mellom personellsammensetningen og produktivitet, blant annet ved at antall sykepleier og sekretærer per lege i stor grad kan forklare legers produktivitet.

6 6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre (sykepleien.no)

7 Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform: A panel and data envelopment analysis – ScienceDirect

Dette beskrives også i en rapport fra Riksrevisjonen i 2018⁸ som konkluderer med at helseforetakene ikke utnytter legekapasiteten ved poliklinikkene godt nok. I følge denne rapporten opplever mange leger at de bruker unødvendig mye tid på dokumentasjonsoppgaver på grunn av ustabile IT-systemer og manglende integrasjon mellom ulike data-programmer. Mer brukervennlige IT-systemer vil bidra til at legene kan bruke mer tid på pasienter. Rapporten peker på mer langsiktig planlegging, bedre prosesser for prioritering av pasienter og mer brukervennlige elektroniske systemer som virkemidler som kan frigjøre legeressurser.

Praksisstudier og lærlingordning

Spesialisthelsetjenesten har et medansvar for å tilby studenter praksis gjennom studieforløpet. Praksisstudiene skal være kunnskapsbaserte, velorganisert og bidra til at studentene oppnår planlagt læringsutbytte. Tilrettelegging for økt veilederkompetanse, tid til veiledning og tydeliggjøring av roller, ansvar og oppgaver vil kunne bidra til økt læringsutbytte. En tydeligere og mer forutsigbar organisering og prioritering av utdanningsoppgavene i helseforetakene vil kunne bidra til at veilederrollen blir en attraktiv karrierevei, og dermed bidra til at viktig kompetanse beholdes.

Studenter og lærlinger er potensielle nye arbeidstakere. Høy kvalitet på praksisperioder gir grunnlag for senere rekruttering. Flere helseforetak har etablert lærlingekontor i egen virksomhet. Dette gir en unik mulighet til å påvirke innholdet og utviklingen av lærlingens kompetanse, slik at den imøtekommer helsetjenestens behov.

Samarbeid med utdanningssektoren

Det viktigste samarbeidet mellom utdanningsinstitusjonene og helseforetakene skjer lokalt. Et tett og gjensidig forpliktende samarbeid mellom de to sektorene er nødvendig for god tilgang på nyutdannet personell. Spesielt må det etableres en bedre samhandling i forhold til dimensjonering av studieplasser.



Helse Sør-Øst RHF har etablert ett samarbeidsorgan med høyskolene og universitetene i regionen og et eget underutvalg for utdanning. Formålet er å fremme et tettere samarbeid om saker av felles interesse som omhandler forskning, innovasjon og utdanning. Framover vil det være viktig å samarbeide bedre med alle relevante utdanningsaktører.

Gjennom endringene av styringssystemet i utdanningssektoren (RETHOS) har tjenestene fått en unik mulighet til å påvirke innholdet i utdanningene. Teknologi og helsepedagogikk må inn i utdanningene for at tjenestene skal lykkes med nye arbeidsmetoder, tverrfaglig samarbeid og samvalg med pasientene.

Helse Sør-Øst RHF oppfordrer helseforetak til å etablere kombinerte stillinger i samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Kombinerte stillinger er et virkemiddel for å styrke kvalitet og samarbeid mellom helseforetak og utdanningsinstitusjon og kan anvendes innen både forskning, faglig utviklingsarbeid og innovasjon.

Flere utdanningsløp gjennomføres slik de alltid er blitt organisert. Det er derfor behov for å teste ut nye løsninger, og Helse Sør-Øst ønsker å ta initiativ til å teste ut nye utdanningsmodeller. Dette kan for eksempel være å se hvordan interne opplæringsprogram eller traineestillinger kan godskrives som en del av et utdanningsløp eller hvordan studentene kan nå sine læringsutbytter uten direkte pasientrettet kontakt, men ved bruk av simulering og ferdighetstrening.

Akuttmedisinske tjenester

Befolkningens akuttmedisinske tilbud er et felles ansvar mellom kommuner og sykehus.

De akuttmedisinske tjenestene er en koordinert kjede, basert på samarbeid og samhandling mellom kommuner og helseforetak. En godt fungerende kjede kjennetegnes av god samhandling og kan forebygge unødvendige akuttinnleggelser. Dette krever kompetente og beredte medarbeidere som har fått opplæring og trening i samhandling, at virksomheten har tilgang på relevant og pålitelig styringsinformasjon, og at helseforetak og kommuner prøver ut arbeidsformer som styrker tilbudet til pasientene.



Foto: Sykehuset Innlandet HF

I Foretaksmøte 14. januar 2020 ble de regionale helseforetakene bedt om å stille krav til helseforetakene om i sin neste utviklingsplan å gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene, og å gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene og foreslå forbedringstiltak. Oppdragene ble gitt videre til helseforetakene, og det reflekteres i helseforetakenes utviklingsplaner at flere prosjekter er i gang.

Prehospitale tjenester

Det er stor aktivitet og høy kvalitet innen de prehospitale tjenestene i Helse Sør-Øst, men samhandlingen mellom sykehusene og kommunene kan bli enda bedre. Aktiviteten har samlet økt med tre-fire prosent hvert år de siste 20 årene, og denne utviklingen forventes å fortsette. Endringer i sykehusstruktur og behandlingstilbud i både spesialist- og primærhelsetjenesten påvirker i stor grad de prehospitale tjenestene.

Prehospitale tjenester består av flere virksomheter:

- **Pasientreiser (PRK):** Seks pasientreisekontor som administrerer litt over 4 millioner pasientreiser per år i helseregionen, hvorav 60% av reisene er spesielt tilrettelagt ut i fra pasientenes medisinske behov.
- **Akuttmedisinsk koordineringssentral (AMK):** Fem sentraler, som tar imot nødmeldinger, varsling og bestilling av ambulanse.
- **Ambulansetjeneste (AMB):** Syv ambulansetjenester med til sammen 218 bemannede ambulanser i beredskap som rykker ut til akutte hendelser med alvorlig sykdom og skade, elektive transporter og tilbakeføringsoppdrag til lavere behandlingsnivå/hjem, spesialressurser for

intensivtransport, smittepasienter, CBRNe og øvrige mobile beredskapsenheter.

- **Luftambulansetjeneste (LA):** Ansvarlig for det fly-operative og for medisinsk koordinering av ambulansflyene (MKA) i tett samarbeid med AMK. Helseforetakene har ansvar for bemanning og det medisinske ansvar for ambulanshelikopter/legebiler.

Fagmiljøene i regionen har utarbeidet felles målbilde for de prehospitale tjenestene som peker på følgende:

- Pasientene skal motta rask og riktig helsehjelp.
- Helsepersonellet skal inneha nødvendig kompetanse.
- Den akuttmedisinske kjeden skal være standardisert, sammenhengende og velfungerende.

For å kunne realisere dette målbildet, må tjenestene understøttes av formålstjenlige og velfungerende IKT-løsninger. Nye, og i stor grad digitaliserte former for diagnostikk- og beslutningsstøtte, gir bedre behandlingsforløp, reduserer behovet for ressursinnsats, bidrar til at behandling kan starte før pasienten kommer til sykehus og at unødvendige innleggelses unngås.

Flere helseforetak har allerede gode erfaringer med bruk av videokonsultasjoner mellom ambulanspersonell og lege eller AMK. Digital kommunikasjon kan i fremtiden bidra til bedre samhandling mellom aktører i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Utviklingen av den akuttmedisinske kjeden skal være basert på relevant og pålitelig pasientinformasjon. I løpet av planperioden for utviklingsplanen vil alle helseforetak ha elektronisk ambulansjournal og moderne teknologiske

løsninger for AMK-sentralene. I første omgang vil dette bedre kommunikasjonen mellom ambulansepersonell, anestesileger, AMK-sentraler, akuttmottak og sykehusleger. I neste omgang kan for eksempel kunstig intelligens bidra til bedre flåtestyring av prehospitale kjøretøy og luftfartøy, samt gjøre preliminær eller fjern-diagnostikk ved hjelp av utplasserte kamera og andre medisinske sensorer.

Innen pasientreiseområdet vil det også komme nye systemer som bidrar til at pasientene får et bedre og mer effektivt pasientreisetilbud.

De siste 20 årene har blitt brukt til å etablere digital samhandling basert på meldingsutveksling mellom aktørene i helsetjenestene (kommunikasjon etter PUSH-prinsippet, en avsender «pusher» informasjon i en melding til en mottaker). Helse Sør-Øst sender 10 millioner elektroniske meldinger per måned som en del av dette (rapport til Helse- og omsorgsdepartementet 1. mai 2017).

I årene framover vil digital samhandling med data- og dokumentdeling muliggjøre mye mer fleksibel deling av informasjon (kommunikasjon etter PULL-prinsippet, en mottaker «pull'er/drar» informasjon fra en avsender etter behov via et oppslag og en request/forespørsel om informasjon). Det er allerede pilotert en løsning som gir kommuner og fastleger tilgang til viktige, elektroniske journaldokumenter i DIPS fra Oslo universitetssykehus HF. I årene framover skal alle helseforetak kunne dele sine viktige journaldokumenter med fastleger og kommunal helsetjeneste raskt og sikkert, ved behov.

Andre former for slik enkel, sikker og fleksibel data- og dokumentdeling som er planlagt fra Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet, er deling av pasientens legemiddelliste, kritisk informasjon og tverrfaglig behandlingsplan og samarbeid om digital hjemmeoppfølging. På den måten vil nødven-

dig og relevant journalinformasjon ikke bare bli delt innad i organisasjoner, men også på tvers av nivåene i helsetjenestene – vår felles helsetjeneste – med pasienten i sentrum.

Akuttmottak

Akuttmottakene er det siste leddet i den akuttmedisinske kjeden, og stadig mer av utredning og behandling skjer i akuttmottak. Kravene til helsepersonell og kommunikasjonsløsninger er økende, og det er behov for utvikling av akuttmottak på flere områder.

Det er 18 akuttmottak i Helse Sør-Øst. De har gått fra å være mottaksenhet for alle pasienter som skulle legges inn på sykehus, til spesialavdeling for diagnostisering og behandling av akutte sykdommer og skader. Stadig mer av utredning og behandling skjer i akuttmottaket eller i tilknytning til en observasjonsenhet. Antall pasienter med behov for akuttmedisinske innleggelses har vært stigende, og flere pasienter kommer nå uten å ha vært tilsett av lege på forhånd. Av døgnoppholdene i somatiske sykehus er over 70 % øyeblikkelig hjelp. I Helse Sør-Øst behandles i dag over halvpartene av pasientene som kommer akutt til sykehusene uten at de overnatter.

Organisasjon og ledelse i akuttmottakene

Det stilles større krav til ledelse, organisering, kompetanse og kontinuitet når mer av utredning og behandling skjer i akuttmottaket. Fagutvalg for akuttmottak i Helse Sør-Øst utarbeidet i 2015 anbefalinger for organisering av akuttmottak og tiltak for å øke kompetansenivået. Det er utarbeidet 13 regionale mål for å bedre sikkerhet, kvalitet og tilgjengelighet for pasientene og å øke kompetansen hos ansatte i akuttmottakene. Helseforetakene har i varierende grad fulgt

opp anbefalingene. Helseforetakene har fått i oppdrag å gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene og innarbeide dette i utviklingsplanene sine.

Kompetanse i akuttmottakene

Det er viktig at pasientene blir møtt av kompetent helsepersonell, med beslutnings- og vurderingskompetanse når de kommer til akuttmottaket, uansett tid på døgnet. Overleger med fast tilknytning til akuttmottaket sørger for at sykehuset har nødvendig kompetanse i starten av pasientforløpet innad i sykehuset. Flere helseforetak i Helse Sør-Øst har nå overleger som er spesialister i akutt- og mottaksmedi-

sin, fast ansatt i akuttmottaket. Spesialiteten er unik og har i sine læringsmål definert akuttmottaket som arbeidsplass. Akuttmottakene i Helse Sør-Øst bør legge til rette for at flere leger og sykepleiere har spesialutdanning tilpasset arbeid i akuttmottakene. Akuttmottakene er en god læringsarena for helsepersonell, men det krever mye ressurser til intern opplæring. En felles regional kompetanseplan, både for sykepleiere og leger, ville kunne frigjøre ressurser og sørge for likeverdig opplæring i helseregionen. Flere sykehus har inkludert farmasøyter som en del av teamet i akuttmottak, der de bidrar med legemiddelrelaterte oppgaver og ikke minst legemiddelsamstemming.



Foto: Oslo universitetssykehus

Samhandling og digital kommunikasjon

Arbeidet i akuttmottaket skal være preget av samarbeid og samhandling. Sykepleiere, leger og annet helsepersonell som arbeider i akuttmottak skal samarbeide tverrfaglig om å yte helsehjelp til pasienter. De skal samarbeide internt i egen avdeling, med prehospitale tjenester og andre avdelinger på sykehuset, men de bør også ha et godt fungerende samarbeid med henvisende instanser.

Helseforetakene skal sørge for at det utvikles avtaler og prosedyrer for samarbeid mellom henvisende instans og akuttmottak. Dette inkluderer felles løsninger for digital kommunikasjon. Alle som samhandler i den profesjonelle helsetjenesten, bør samarbeide om mobile og delte fellesløsninger for tidlig undersøkelse, diagnostikk og triage, der avstandene tilsier det.

Innføring av elektronisk ambulansjournal i Helse Sør-Øst er et viktig tiltak for å bidra til at pasientopplysninger følger pasienten. Akuttmottakene kan bidra til å styrke den akuttmedisinske kjede ved å være den ene parten i bruken av telemedisinske løsninger (tele-emergency). Flere akuttmottak har tatt i bruk digitale løsninger for å kommunisere internt på avdelingen, med andre avdelinger på sykehuset og med eksterne aktører. Ny AMK-løsning (prosjekt ledet av Helse Vest RHF) vil også kunne forberede akuttmottakene bedre i forkant av at pasienten ankommer.



Presisjonsmedisin

Den faglige utviklingen åpner for mer målrettet eller presis diagnostikk og behandling, som ofte betegnes som persontilpasset medisin eller presisjonsmedisin.

Utviklingen innen molekylærbiologi og genetik har åpnet muligheten for mer differensiert medisinsk behandling. Der man tidligere behandlet pasienter ut fra grove overordnede kliniske kategorier, vil behandlingen i økende grad bli rettet mot undergrupper med bestemte biologiske karakteristika. Eksempelvis vil et legemiddel kunne ha god effekt på en undergruppe kreftpasienter, og ha liten nytte eller ha negative virkninger hos andre pasienter.

De siste årene har arbeidet med å legge til rette for mer presis diagnostikk og behandling i helsetjenesten skutt fart. Det ble i 2019 etablert en norsk anonym variantdatabase, og det ble samme år etablert et nasjonalt kompetansenettverk for persontilpasset medisin som ledes fra Oslo universitetssykehus. Kompetansenettverket har deltakere fra alle regioner og har som oppgave å fremme lik tilgang til diagnostiske

tester, etablering av standarder for tolkning av data og å legge til rette for forskning.

I 2020 er det påbegynt et systematisk arbeid for å videreutvikle en nasjonal infrastruktur for presisjonsdiagnostikk (InPred) på tvers av alle regioner, hvor målet er en hensiktsmessig arbeidsdeling innen diagnostiske fagområder og lik tilgang til presisjonsdiagnostikk og samordning av rutiner for klinisk virksomhet og forskning. I 2021 har de regionale helseforetakene i fellesskap utredet hvordan det kan legges til rette for innførings av persontilpasset medisin gjennom nye ordninger for midlertidig innføring og revurdering av ny behandling i nye metoder. Det pågår en utredning om etablering av et norsk genomsenter. Helse Sør-Øst RHF har et hovedansvar for ledelse og koordineringen av spesialisthelsetjenestens arbeid innen persontilpasset medisin. Innsatsen innen persontilpasset medisin har særlig vært rettet mot kreftområdet, men også innen «sjeldenfeltet» vil innsatsen bli styrket. En presis diagnose er som regel nøkkelen til god og målrettet behandling og oppfølging.

Helse- og omsorgsdepartementet har i 2022 påbegynt et arbeid med ny nasjonal strategi for persontilpasset medisin. Helse Sør-Øst RHF vil framover arbeide målrettet for å legge til rette for mer presis diagnostikk og behandling.

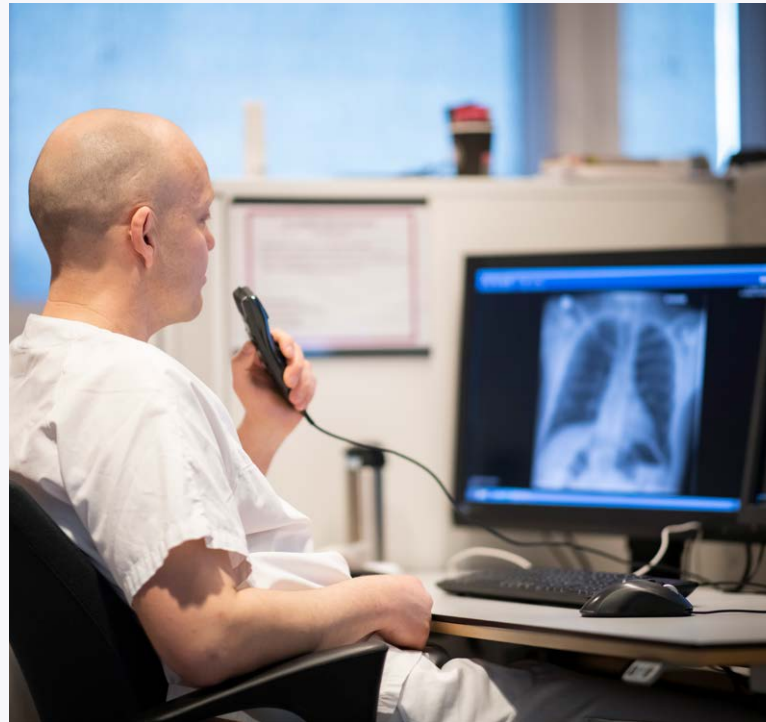
Bilddiagnostikk og laboratorieundersøkelser

Bilddiagnostikk og laboratorieundersøkelser er blitt stadig viktigere i diagnostikk og oppfølging av pasientene i og utenfor sykehus, men den økende etterspørselen blir trolig en flaskehals for sykehusenes kliniske drift.

Undersøkelser innen bilddiagnostikk og laboratoriefag bidrar i økende grad med avgjørende informasjon, både i diagnostikk og oppfølging av pasienter i og utenfor sykehus. Etterspørselen etter disse undersøkelsene har vist en jevn stigning de siste 10–15 årene, og forbruket må forventes å øke. Den økte etterspørselen skyldes blant annet krav om raskere og mer omfattende utredning, og øker behovet både for undersøkelsene og for tilgjengelig informasjonsteknologi som informasjonsbærer, både for pasient og behandler.

Bilddiagnostikk

Bilddiagnostikk omfatter ikke lenger kun utredning og diagnostisering, men i økende grad også overvåking av pågående behandling, i for eksempel kreftpasientenes pakkeforløp. I tillegg har intervensjonsradiologien gjort store fremskritt, der enkelte behandlinger som tidligere ble utført kirurgisk, nå utføres gjennom målrettet intervensjonsbehandling, for eksempel trombektomi i slagbehandlingen. Radiografer administrerer også i økende grad legemidler som tradisjonelt ble gitt av anestesipersonell. Denne rolleutviklingen og oppgaveglidningen gjenspeiles i utdanningen.



Det er også stor utvikling innen nukleærmedisin som stiller nye og tverrfaglige krav til spesialisert radiografkompetanse. Sammensmeltningen av bilddiagnostikk og nukleærmedisin vil i årene som kommer øke behovet for mer formalkompetanse også på dette feltet. Samlet sett vil behovet for spesialisert radiografkompetanse innen alle felt øke.

For å kunne håndtere et økende volum av bilddiagnostiske undersøkelser med begrensede tilgjengelige ressurser/kompetanse er det nødvendig å ta i bruk ulike verktøy som effektiviserer driften samtidig som kvaliteten blir like god eller bedre enn i dag.

Ved å ta i bruk økt automasjon, digitalisering og deling av bildeinformasjon og bruk av kunstig intelligens i informasjonsbehandlingen kan en både øke kapasiteten og styrke kvaliteten på diagnostikken. Samtidig må en også søke å redusere unødige undersøkelser, da dette kan være skadelig for pasienten og medføre unødig ressursbruk til fortrensel for pasienter som har et faglig fundert behov for undersøkelser.

Kunstig intelligens

Innen bildediagnostikk vil avansert informasjonsteknologi (kunstig intelligens) forbedre diagnostikk. Kunstig intelligens har blant annet som mål å tilby interaktiv henvisning med beslutningsstøtte, noe som avhenger av tilgang på data og gode IKT-løsninger med tilfredsstillende informasjonssikkerhet.

Felles multimedia/bidelager

Å ta i bruk ny teknologi krever ny kompetanse og nye arbeidsmåter. Innføring av felles bildearkiv for alle kliniske spesialiteter vil øke tilgjengelighet av og samhandling om slike, journalførte undersøkelser med film, lyd, bilder og andre sensordata, uavhengig av hvor disse er utført. Felles bildearkiv vil også være en forutsetning for å realisere potensialet i digital patologi og gi nye muligheter for bedret oppfølging av pasienter innen en rekke kliniske fagområder.

Felles multimedia/bidelager vil legge til rette for mer effektiv samhandling med andre parter innen bildediagnostikk og laboratoriefaget. Helseforetak og andre aktører skal kunne utveksle bildeinformasjon på en raskere, sikrere og mer automatisert måte enn med dagens løsninger.

Det eksisterer i dag flere godkjente teknologier med tolkning av netthinnebilder basert på kunstig intelligens. Dette kan utnyttes av øyeleger og komme store grupper som diabetikere til gode ved at prosessen med å ta og analysere netthinnebilder med tanke på diabetisk retinopati blir raskere og bedre. Andre medisinske grupper som vil nyttiggjøre seg enkel lagring, deling og avansert analyse av multimediedata på tilsvarende måte fram mot 2040, er blant annet hjerteleger, fødsels- og svangerskapsleger, barneleger, ortopeder og hudleger. Alle driver med bilder, film, kurver og grafer og vil de neste tiårene kunne dra nytte av maskinlæring og naturlige språkteknologier for å forenkle og støtte kliniske vurderinger samt bedre samhandlingen.

Laboratorieundersøkelser

Utviklingen innen digitalisering av patologifaget vil understøttes ved innføring av ny programvare og annen nødvendig teknologi for bildebehandling av mikroskopiske vevssnitt. Digital patologi vil muliggjøre bruk av avansert informasjonsteknologi («kunstig intelligens») for bedre diagnostikk, og åpne for et langt mer ustrukturer samarbeid om utredning og oppfølging av pasienter som har avanserte og sjeldne tilstander. Vårt eget fyrtårnsprosjekt [DoMore!](#) som startet i 2016, kommersialiserer en teknologi for bedre diagnostikk av kolorektal kreft. ([News — DoMore Diagnostics](#))

Redusere uønsket variasjon – unngå unødige undersøkelser og analyser

Riksrevisjonens rapport fra 2016 viste at rundt 25–30 prosent av de bildediagnostiske undersøkelsene som gjøres ikke har noen betydning for videre diagnostisering eller behandling av pasienter. Dette samme gjelder innenfor laboratoriefaget, hvor det gjøres en del unødige analyser.

Viktige drivere for det økte forbruket er ny teknologi, nye metoder/nye indikasjoner, kommersielle interesser, demografiske endringer og økt fokus på pasientautonomi. Konkrete mål vil være å avverge dobbeltundersøkelser og dobbel-granskning uten medisinsk indikasjon og utarbeide felles metodebøker (protokoller/prosedyrer); hvordan bør detaljeres i egne handlingsplaner, men spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å informere andre deler av helsetjenesten om beste praksis, standardisere protokoller for utredning og henvisning med mere.



Legemiddelhåndtering

Vi arbeider med å gjøre legemiddelhåndteringen tryggere og bedre, men mye kan fortsatt bli bedre.

I Helse Sør-Øst administreres det årlig ca. 40 millioner tabletter og kapsler til innlagte pasienter på sykehusene. Flere undersøkelser og helseforetakenes egen registrering viser at omtrent 30 prosent av uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten skyldes feil i forbindelse med legemidler. Disse feilene fører til alvorlig pasientskade og dødsfall på grunn av bivirkninger og feil bruk av legemidler. Foruten den unødvendige lidelsen dette påfører pasienter og pårørende, gir dette også store merkostnader for samfunnet.

WHO har en kampanje, Medication Without Harm, som har til hensikt å redusere alvorlig, unødvendig, legemiddelrelatert skade med 50 % globalt innen 2022. WHO-kampanjen viser at helsepersonell ikke har oversikt over legemiddelbruk hos pasientene, og at de samme feilene gjøres om igjen. Tilsvarende bilde sees i Norge; pasienter og helsepersonell mangler ofte en fullstendig oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk, og manglende eller feilaktig legemiddelinformasjon gjør det vanskelig å vurdere pasientens kliniske tilstand, og det blir risikabelt å gjøre endringer i behandlingen.

I både Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023 og Regional delstrategi pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er blant annet legemiddelsikkerhet et sentralt satsingsområde. I Veileder om legemiddelhåndtering 2020 – Helse Sør-Øst RHF framheves viktige satsingsområder til forbedring. Noen av utfordringene på dette området kan løses internt i Helse Sør-Øst,

mens andre krever tett samarbeid mellom aktører både på kommunalt, regionalt og nasjonalt nivå. Helse Sør-Øst har igangsatt flere prosjekter med fokus på kvalitet i alle ledd av forvaltningen av medikamenter, som alle krever nye arbeidsformer og til dels bruk av ny teknologi.

Riktig, samordnet og oppdatert legemiddelforordning

Legemiddelforordninger må være riktige, samordnet og ivareta løpende oppdatering i hele pasientforløpet. Regional kurve- og medikasjonsløsning, som ble innført i alle helse-

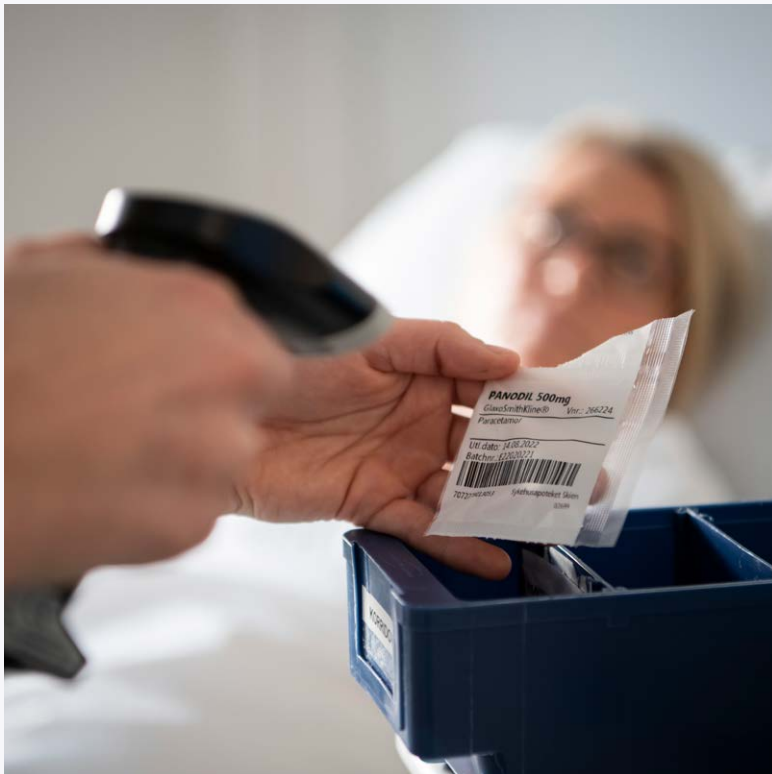
foretak i 2021, er en viktig satsing i denne sammenheng. Den har allerede i dag kapasitet til å varsle forordnende lege om kjente legemiddelinteraksjoner og feildoseringer.

Blant de aller viktigste tiltakene Helse Sør-Øst iverksetter for økt pasientsikkerhet, er innføring av Regional standard for lukket legemiddelsøyfe, Klinisk legemiddelsamhandling og bruk av Pasientens legemiddelliste. Disse verktøyene vil forenkle arbeidsprosesser for sikker forordning og utlevering og bidra til å sikre overgangene mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I tillegg vil noen av gevinstene med disse løsningene være knyttet til tidsbesparelser og effektivisering av helsepersonells arbeidshverdag. Lukket legemiddelsøyfe har også et mål om å redusere kassasjon, noe som vil redusere kostnader og spare miljøet for unødige belastninger.

Kontroll av behandlingseffekt

I årene framover vil helseforetakene ved hjelp av Regional data- og analyseplattform (RDAP) kunne skaffe seg bedre innsikt i egen praksis og legge til rette for faglig utvikling, reduksjon av uønsket kvalitet i arbeidet for gode og likeverdige helsetjenester, også innen legemiddelområdet.

Medikamentforordning og -håndtering og behandlingseffekt skal kunne kontrolleres mot gjeldende felles retningslinjer ved hjelp av IKT-løsninger. I RDAP lages det analyserom for legemidler som vil legge til rette for at det i helseforetakene kan gjennomføres dataanalyse av egen praksis. Innføringen av elektronisk kurve- og medikasjonsløsning og løsning for medikamentell kreftbehandling har digitalisert henholdsvis det store hovedvolum av legemiddelbruk og våre kreftlegemidler. Dette muliggjør analyser som før måtte gjøres på ulike papirskjemaer og var ressurskrevende.



Teknologi

Vi vil utnytte alle mulighetene teknologi og digitale løsninger gir for bedre helsehjelp.

Norge er blant de fremste land i verden når det gjelder å ta i bruk ny teknologi. Digitalisering av selvangivelsen, låneprosessen i Lånekassen og digitale banktjenester er eksempler på at både offentlige og private aktører leder an i denne utviklingen. Helsetjenesten ligger etter, noe som nok i stor grad skyldes at helsesektoren var tidlig ute og tok IKT i bruk lenge før vi forstod betydningen av standardisering og kommunikasjon mellom systemer. Det har ført til at over 3 000 ulike programmer på over 10 000 servere sammen med 170 000 medisinsk tekniske enheter er i bruk i Helse Sør-Øst. Disse er ofte skreddersydd for et fåtall oppgaver med liten tanke på sammenheng med andre systemer. Siden 2012 har det vært arbeidet med å standardisere, redusere antall frittstående programmer og legge til rette for at systemene snakker sammen. I 2022 er vi anslagsvis over halvveis i ryddejobben. Det betyr at det nå begynner å bli tid for å høste gevinster av dette arbeidet.

IKT-området

Helse Sør-Øst investerer 1,5 til 2 milliarder kroner årlig i IKT. Basert på nasjonale føringer og den forrige regionale utviklingsplanen ble Regional delstrategi for IKT-området vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i mai 2020. Her beskrives åtte innsatsområder som vil være førende i planperioden for denne reviderte utviklingsplanen. Innsatsområdene er illustrert i figuren nedenfor.

Økt teknologisk endringsevne, åpenhet og samarbeid er nøkkelord, som beskriver den grunnleggende innstilling i strategien.

Delstrategien er en konkretisering av de overordnede strategiske føringer: Å ta i bruk ny teknologi for bedre helsehjelp og realisering av Én innbygger – én journal. Dette krever at:

- klinikere involveres tettere
- teknologistyring forbedres
- vi kan levere med høyere hastighet
- den teknologiske arkitektur forenkles og tydeliggjøres
- arbeidet med å innføre regionale fellesløsninger ferdigstilles
- at gode ideer som oppstår lokalt breddes dersom de viser seg holdbare

Figur 5 Innsatsområder innen teknologi



Kilde: Helse Sør-Øst, Regional delstrategi for teknologiområdet

Sikker drift og forvaltning av IKT-systemene

Sykehuspartner HF har etter oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF ansvar for drift og forvaltning av IKT-systemene i regionen, både kliniske og administrative applikasjoner, IKT-infrastruktur, nettverk og arbeidsflater for 80 000 ansatte. I dette inngår at Sykehuspartner HF også har en viktig oppgave med å utvikle og gi brukerne nødvendige IKT- tjenester og legge til rette for at innføringen av nye tjenester understøtter de kliniske arbeidsprosessene i sykehusene. Arbeidet med utvikling av eksisterende tjenester og innføring av nye tjenester skal skje i nært samarbeid med brukerne av tjenestene. Sykehuspartner HF skal også innrette sin virksomhet slik at den understøtter innsatsområdene i den regionale IKT-strategien.

Medisinsk-teknisk utstyr

For å sikre trygg og effektiv pasientbehandling er det viktig at helsepersonell har tilgang til riktig type medisinsk-teknisk utstyr (MTU) som er pasientsikkert, driftssikkert og enkelt å bruke. Prioritering av MTU må til for å opprettholde nødvendig kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen.

Samtlige helseforetak melder om et økt og betydelig behov for investeringer i MTU for enten å opprettholde en allerede lav gjennomsnittsalder eller redusere denne der hvor alderen er høy. Gjennomsnittlig levetid for MTU regnes å være om lag 10 år, og med en gjennomsnittsalder på 8,1 år (utgangen av 2021) er det nødvendig at Helse Sør-Øst RHF sørger for at det etableres en plan for fornyelse av utstyret innenfor de rammebetingelsene som til enhver tid gjelder. Investeringer i MTU er planlagt økt fra rundt 500 millioner kroner i 2002 til et årlig nivå ved slutten av 2024 på i 1,5 milliarder kroner.



Foto: Sørlandet Sykehus

Utviklingen innen MTU har de siste årene akselerert kraftig. Utviklingen inkluderer større grad av trådløst oppkoblet MTU, større grad av IKT-komponenter, større grad av kunstig intelligens og rask utbredelse av velferdsteknologi. Dersom behandlere og innbyggere skal kunne nyttiggjøre seg denne teknologien, må avdelinger for IKT og MTU samarbeide om kompetansedeling og kapasitet, innkjøp, opplæring, innføring, drift, support og vedlikehold. Behandlingsansvarlige må legge føringene for anskaffelse og bruk av slikt utstyr for å sikre at pasientsikkerheten ivaretas. Vi ser økende behov for teknologisk kompetanse på alle nivåer.

Områder som vil prioriteres i planperioden er forbedring av investeringsprosessene for MTU og bedre utnyttelse av eksisterende utstyrsparke. Myndighetene forventer at Helse Sør- Øst sikrer at man har god oversikt over risiko med en

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF)

Helseforetaket skal sørge for utvikling av fremtidsrettede, effektive og stabile nødmeldetjenester, og skape merverdi for helseforetak og kommuner.

Den akuttmedisinske kjeden er samfunnets samlede organisatoriske, personellmessige og materielle beredskap som yter befolkningen akutt helsehjelp. Nødnettet setter spesialist- og kommunehelsetjenesten i stand til å kommunisere med publikum og nødetatene imellom.

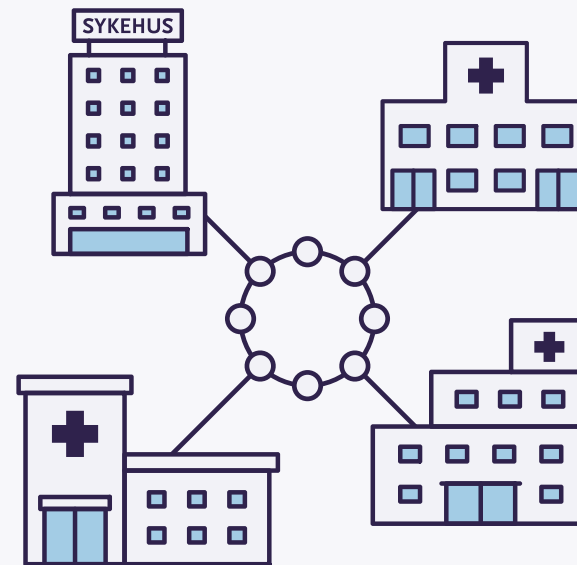
HDO HF er tjenesteleverandør for både spesialist- og kommunehelsetjenesten, og samarbeider tett med Direktoratet for og samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Helsedirektoratet, Direktoratet for e-Helse og nødetatene. HDO HFs erfaring og kompetanse skal brukes for å understøtte dagens og fremtidens samhandlingsbehov mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i forbindelse med akutt helsehjelp.

Luftambulansetjenesten HF

Befolkningen skal motta gode og likeverdige luftambulansetjenester døgnet rundt. Bruken av luft- og bilambulansetjenesten, og samspillet mellom disse, mellom helseforetak og regioner må standardiseres og harmoniseres.

Luftambulansetjenesten er en viktig del av den samlede akuttmedisinske kjeden. Tjenesten skal flyte sømløst over grensene mellom helseforetak, og er en knapp og kostbar ressurs. God utnyttelse av ressursene krever god samhandling mellom helseforetak, operatører og Luftambulansetjenesten HF.

Organisering av tjenesten skal understøtte dette, bl.a. gjennom felles standarder og retningslinjer, god organisering av koordinerende funksjoner og effektiv kompetansedeling



mellom prehospital, akuttmedisinske og flyoperative miljøer. Forskning og utvikling må bidra for å gi riktig respons, med riktig kvalitet, til hver hendelse.

De regionale helseforetakene ønsker å videreutvikle Luftambulansetjenesten HF, og sikre høy kvalitet gjennom gode anskaffelser og oppfølging av kontrakter. Anskaffelsesprosessene skal forbedres i tråd med evalueringen av forrige anskaffelse.

Pasientreiser HF

Pasienter og pårørende skal oppleve forutsigbarhet og trygghet. Det er et mål at pasientene skal være aktive deltakere, og oppleve kvalitet og sammenhengende tjenester. Uønsket variasjon skal reduseres. Pasientreiseordningen skal legge til rette for at flest mulig organiserer sin egen reise, slik at ressursene kan rettes inn mot de som trenger det mest. Digitalisering og interregional styring av IKT-utviklingen er sentrale virkemidler for å effektivisere og videreutvikle tjenesten.

Pasientreisene håndteres av pasientreisekontorer i 17 helseforetak. Disse har ansvar for bestilling og planlegging av pasientreiser med rekvisisjon, og skal sørge for at befolkningen møter gode og likeverdige tjenester på pasientreiseområdet, uavhengig av hvor de bor i landet og egen økonomi. Pasientreiser HF er en felles enhet for de fire regionale helseforetakene og har ansvaret for saksbehandling og utbetaling av stønad til reiser uten rekvisisjon. Pasientreiser HF har også ansvar for drift og forvaltning av IKT-fagsystemer innenfor pasientreiseområdet, yter juridisk rådgivning, utarbeider opplæringsmateriell og bidrar til standardisering for å sikre likebehandling.

Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF skal bidra til framtidsrettet utvikling av sykehusutbyggingen i Norge gjennom læring, innovasjon og erfarings- og kompetanseoverføring.

Gode sykehusbygg er en viktig rammebetingelse for god og effektiv pasientbehandling. Det er derfor viktig at planlegging og bygging/ombygging av sykehusbygg blir gjort på en god måte, og at byggene deretter blir forvaltet, driftet og videreutviklet profesjonelt.

Hovedhensikten med Sykehusbygg HF er å utvikle og for-

valte relevant kompetanse på et nivå som det ikke er hensiktsmessig at alle helseforetak håndterer i egen regi. Ved å samle ressurser og kunnskap i ett helseforetak som kan samarbeide med flere helseforetak på tvers av regiongrenser, er det lettere å drive erfaringsoverføring mellom prosjekter, og mellom helseforetak/regioner. Med utgangspunkt i blant annet erfaringer fra prosjektene skal Sykehusbygg HF, i samarbeid med eierne, utvikle standarder der dette gir verdi.

Det er de enkelte helseforetakene som eier byggene, og som har det totale ansvaret for sine egne bygninger og eiendommer. Dette innebærer ansvar for prioritering og planlegging av investeringsprosjekter innenfor faglige og økonomiske rammer, samt forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og avhending av bygningsmassen. De regionale helseforetakene gir strategiske føringer for hvordan helseforetakene skal utøve dette ansvaret.

Sykehusinnkjøp HF

Sykehusinnkjøp HF skal skape resultater som bidrar til leveransesikkerhet, økonomisk handlingsrom og fremtidsrettede helsetjenester i helseforetakene. Helseforetaket skal ha høy leveringspresisjon og bidra til stabil og sikker drift for helseforetakene og kontinuerlig forbedring.

I norsk målestokk er helseforetakene store innkjøpere av utstyr, varer og tjenester. Samlet kjøper helseforetakene varer og tjenester for flere milliarder kroner i året. Sykehusinnkjøp HF's formål er å utøve en spesialisert og profesjonell innkjøpstjeneste for spesialisthelsetjenesten. Helseforetaket skal sørge for at anskaffelsene skjer på en korrekt og samfunnsansvarlig måte. Helseforetaket skal være en pådriver for etisk handel og miljøvennlige innkjøp. Innovasjon skal fremmes, og det skal tilrettelegges for bruk av nye innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten.

Eiendom

Helse Sør-Øst RHF er en av landets største eiendomsforvaltere med en bygningsmasse på 2,8 millioner kvadratmeter bruttoareal. I planperioden skal det investeres betydelige beløp i vedlikehold og utvikling av eksisterende bygg og i nye sykehusbygg.

Utvikling, vedlikehold og drift av bygg og eiendommer i Helse Sør-Øst utgjør en vesentlig del av den totale virksomheten. Eiendommene og eiendomsvirksomheten er virkemidler for å understøtte god pasientbehandling, og Helse Sør-Øst arbeider for å ha driftseffektive sykehusbygg som utvikles i tråd med endrede behov i pasientbehandlingen og som understøtter pasientsikkerhet og ansattes arbeidsmiljø. Driften av eiendommene skal gjennomføres på en slik måte at den er verdibevarende, samtidig som det pågår en kontinuerlig forbedring, arealeffektivisering og utvikling i takt med endrede behov innen pasientbehandling.

Det enkelte helseforetak eier og forvalter egne bygg og eiendommer, og det er store verdier som forvaltes i forbindelse med dette virksomhetsområdet. Den samlede regnskapsmessige verdien av eiendomsmassen i regionen er 32 milliarder kroner. Investeringsbudsjettet for utvikling av bygg og eiendommer i regionen har de siste årene variert mellom tre og seks milliarder, og det planlegges å investere i størrelsesorden 77 milliarder kroner i nye store, regionale byggeprosjekter i løpet av de neste 15 årene. I tillegg kommer en rekke investering i oppgradering og vedlikehold av eiendom tilknyttet det enkelte helseforetak. Mer enn to milliarder kroner brukes årlig til forvaltning, drift og vedlikehold, inklusive energikostnader.

Areal og kapasitet

Nasjonal framskrivningsmodell prognostiserer behov for å øke behandlingskapasiteten i planperioden. Behovet varierer mellom geografiske opptaksområder. Helse Sør-Øst RHF's investeringsplaner innebærer en vesentlig fornyelse av bygningsmassen gjennom perioden for å møte behovet for formålstjenlige lokaler for pasienter og ansatte.

Eiendomsvirksomheten må arbeide planmessig for å kunne tilby egnede lokaler i takt med at behovene for utvikling og oppgradering oppstår. Framskrivning peker på økende behov for døgnplasser, poliklinikkarealer og behandlingsrom i hele regionen fram mot 2040.

Moderne sykehusdrift forutsetter at bygningene er fleksible nok til at virksomhetsinnholdet kan endres ved behov. I eksisterende bygg kan kapasiteten økes eller tilpasses ny

Tabell 5 Nøkkeltall areal i helseforetaksgruppen

Helseforetak	Brutto areal BTA)*
Akershus universitetssykehus HF	314 000
Oslo universitetssykehus HF	1 011 000
Sunnaas sykehus HF	27 000
Sykehuset i Vestfold HF	336 000
Sykehuset Innlandet HF	184 000
Sykehuset Telemark HF	171 000
Sykehuset Østfold HF	179 000
Sørlandet sykehus HF	264 000
Vestre Viken HF	305 000
SUM	2 791 000

* ØLP grunnlagsinfo pr 31.12.2020

Kilde: www.ssb.no/ grunnlagsår 2019

aktivitet ved å foreta endringer i logistikk og pasientflyt, eller ved å justere driftstidene. Større ombygninger og nybygg gjennomføres etter en planmessig struktur og etablert prosjektmodell, basert på oppdaterte framskrivninger. Kontinuerlig utvikling og erfaringsoverføring fra tidligere sykehusprosjekter legges til grunn for utvikling og gjennomføring av nye prosjekter. Arealene skal driftes på en effektiv måte, samtidig som tilstandsbasert vedlikehold og utvikling av byggene opprettholdes.

Tabellene viser aktivitet i 2019 og beregnet aktivitet i 2040 regnet om til senger. Tallene for 2019 baserer seg på Statistisk sentralbyrås sine tall.

Sykehusbygg HF benyttes i regionale byggeprosjekter over 500 millioner kroner, og prosjekteierstyringen ivaretas etter en felles metodikk for Helse Sør-Øst.

Tabell 6 Dagens sengeantall og beregnet behov for somatikk døgnkapasitet i 2040

Helseforetak*	Liggedøgn 2019	Senger 2020 (SSB)	Framskrevet 2040	Senger 2040
Akershus universitetssykehus HF**	237 018	720	247 986	813
Oslo universitetssykehus HF***	456 924	1 575	540 952	1 745
Sunnaas sykehus HF	42 250	159	32 907	137
Sykehuset i Vestfold HF	109 783	323	120 441	389
Sykehuset Innlandet HF	194 454	659	203 072	655
Sykehuset Telemark HF	96 777	346	101 599	328
Sykehuset Østfold HF	151 474	376	170 654	550
Sørlandet sykehus HF	138 554	469	149 366	482
Vestre Viken HF	237 651	714	274 630	886
Sum	1 774 636	5 341	1 841 607	5 984

* Det er benyttet 85 % belegg i snitt for beregningen av senger i 2040, dette kan avvike i enkelte HF.

** Grorud, Stovner og Alna er tatt ut av Ahus i 2040, reel beleggsprosent er lagt inn for beregning av senger.

*** Det er forutsatt at 50 % av aktiviteten ved OUS i 2040 er regionale og nasjonale funksjoner. For lands- og regionsfunksjoner er endringsfaktoren samhandling med kommune ekskludert. Grorud, Stover, Anla og Sagene er inkludert i OUS. All aktivitet for befolkningen over 18 år i opptaksområde til LDS og DS, eksklusive lands- og regionsfunksjoner og HDG 2, 13, 14 og 15 er ekskludert i grunnlaget til OUS i 2040.

Tabell 7 Dagens sengeantall og beregnet behov for døgnkapasitet for psykisk helsevern i 2040

Helseforetak*	Liggedøgn 2019	Senger 2020 (SSB)	Framskrevet 2040	Senger 2040
Akershus universitetssykehus HF**	78 835	233	83 073	271
Oslo universitetssykehus HF**	78 299	269	106 294	348
Sykehuset i Vestfold HF	32 457	101	34 543	112
Sykehuset Innlandet HF	70 503	213	74 712	243
Sykehuset Telemark HF	38 319	121	40 428	131
Sykehuset Østfold HF	61 415	187	66 036	214
Sørlandet sykehus HF	58 278	190	65 419	212
Vestre Viken HF	68 958	215	75 673	246
Sum	487 064	1 529	546 178	1 778

* 75% belegg for BUP og 85% belegg for VOP

** Groruddalen er overført til OUS i 2040

Tabell 8 Dagens sengeantall og beregnet behov for døgnkapasitet for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2040

Helseforetak*	Liggedøgn 2019	Senger 2020 (SSB)	Framskrevet 2040	Senger 2040
Akershus universitetssykehus HF**	19 403	60	17 965	62
Oslo universitetssykehus HF**	25 270	86	24 783	85
Sykehuset i Vestfold HF	12 850	46	11 897	41
Sykehuset Innlandet HF	9 781	49	9 261	32
Sykehuset Østfold HF	9 657	33	9 327	32
Sørlandet sykehus HF	22 972	73	21 866	75
Vestre Viken HF	15 398	49	16 173	55
Sum	115 331	396	111 273	381

* 80% belegg for TSB i 2040

** Groruddalen er overført til OUS i 2040

Vedtatte og planlagte prosjekter

De regionale byggeprosjektene er store, komplekse og representerer betydelige samfunnsverdier. Prosjektene er av stor betydning både for det aktuelle helseforetaket, regionen og

samfunnet ellers, og skal planlegges og gjennomføres i tråd med langsiktig plan. Følgende prosjekter er igangsatt, se figur under.

Figur 6 Oversikt regionale byggeprosjekter i Helse Sør-Øst per første tertial 2022



Tilstandsbasert vedlikehold

Forvaltning, drift og vedlikehold av eiendommene skal bidra til god ressursutnyttelse, og bygningsmassen skal vedlikeholdes tilfredsstillende, gjennom planlagt tilstandsbasert vedlikehold.

Samlet for alle helseforetak er det et betydelig behov for økte investeringer til vedlikehold og utskifting. Samlet teknisk oppgraderingsbehov er estimert (2020) til å utgjøre 30,6 milliarder kroner innenfor en periode på 10 år. Målet for eiendomsforvaltningen er at vektet tilstandsgrad for eiendomsmassen i Helse Sør-Øst skal være 1,2 eller bedre innen 2035. Det arbeides mot at tilstandsgrad 3 ikke skal forekomme innen 2030.

Det er etablert en rekke virkemidler for å følge opp dette arbeidet. Tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner skal minimum utarbeides der det er registrert tilstandsgrad 2 eller 3 på enkeltkomponenter. Helseforetakene utarbeider planer over hvilke bygg som prioriteres for investeringer og hvilken tilstandsgrad som er nedre terskel for forsvarlig drift. Tilstandsgrad 3 skal ikke forekomme og skal utbedres først, dersom byggene er i drift. Innføring av internhusleie vil også være et virkemiddel for å bedre eiendomsporteføljens tilstandsgrad og dermed bedre pasientbehandling.

Avsetninger til utskifting og vedlikehold følges opp gjennom prosessen med økonomisk langtidsplan, årlig budsjettering og ved regnskapsrapportering. Vedlikehold av byggene skal være tilfredsstillende og ikke bryte lov og forskriftskrav. For å oppnå dette må eiendomsstrategien for Helse Sør-Øst etterleves.

Standardisering av eiendomsforvaltningen

Helse Sør-Øst RHF har definert fire satsingsområder i arbeidet med standardisering av eiendomsforvaltningen:

- Digitalisering
- Internhusleieordning
- Samfunnsansvar
- Bærekraft

Disse satsingene, samt utvikling av nøkkeltallsindikatorer for oppfølging av målområdene, er lagt til grunn for pågående utviklingsarbeid og kontinuerlig forbedring av prosesser og styringssystemer tilknyttet eiendomsforvaltning.

Digitalisering

Helse Sør-Øst vil legge til rette for digitalisering i byggets levetid og for effektiv drift og forvaltning av eiendomsporteføljen. I perioden skal digitalisering av eiendomsforvaltningen styrkes, for å forbedre og effektivisere arbeidet også på dette området. Nye digitale eiendomsadministrative og driftstekniske systemer er vesentlig for kunne implementere beste praksis i eiendomsforvaltningen. Det bør i perioden utarbeides digitale modeller av de resterende byggene i eiendomsporteføljen, som ikke allerede har etablert et slikt oppfølgingsverktøy. De regionale byggeprosjekter i Helse Sør-Øst skal videreutvikle digitaliseringsarbeidet i samarbeid med sentrale bransjeaktører.

Internhusleie

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å utrede og legge til rette for en felles husleieordning, og Helse Sør-Øst planlegger å implementere en foretaksintern husleiemodell. Innføring av internhusleie har to formål: verdibevarende vedlikehold og arealoptimalisering. Husleien skal synliggjøre eiendomskostnadene og være et virkemiddel for å sikre prioritering av tilstrekkelig vedlikehold.

Samfunnsansvar

Helse Sør- Øst skal bidra til samfunnsutvikling som tar hensyn til demografiske endringer, klimaendringer, globalisering, urbanisering og digitalisering. Grønn omstilling i eiendomssektoren er sentralt.

Samfunnsansvaret innebærer også ansvar for bevaring av kulturminner. Landsverneplanen for spesialisthelsetjenesten gir grunnlag for fredning med lovhjemmel i kulturminneloven og inneholder en oversikt over de eiendommene sektoren, i samråd med Riksantikvaren, vil verne både gjennom fredning og på annen måte. Helse Sør-Øst RHF plikter å følge opp retningslinjer og prosedyrer innenfor kulturminnevern slik at vernede byggverk og områder blir tatt vare på i henhold til fredningsforskriften og landsverneplanen. Helse Sør-Øst RHF skal utføre god eierstyring ved å legge til rette for at helseforetakene utarbeider forvaltningsplaner som tar tilbørlig hensyn til helsesektorens viktige historie og kulturminner. Landsverneplanen for spesialisthelsetjenesten skal følges og forvaltes, slik at verneverdiene i eiendomsmassen ivaretas.

Universell utforming av nybygg og ombygging av eldre bygg er også en del av samfunnsansvaret og skal gjennomføres slik at tilgangen til og bruken av byggene er lik for alle. Universell utforming ivaretas alltid i nybygg. Eksisterende

bygg oppgraderes løpende ved ombygginger og oppgraderinger. Universell utforming omfatter mer enn bygg og må være førende i alle former for møter og kommunikasjon mellom mennesker, enten dette er pasienter, pårørende eller sykehusets ansatte.

Bærekraft

Det er etablert nasjonale mål for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten som legger konkrete føringer for eiendomsforvaltningen i planperioden. Helse Sør-Øst vil følge opp spesialisthelsetjenestens felles klima- og miljømål gjennom systematisk arbeid med miljørettede indikatorer og tiltak. Regionen har som mål å redusere utslippene med 175 000 tonn CO₂e for spesialisthelsetjenesten innen 2030. For å nå målet vil det være avgjørende å redusere utslipp knyttet til energiforbruk. Hvert enkelt helseforetak skal vurdere hvilke tiltak som iverksettes for å oppnå det samlede målet, herunder økt bruk av fornybar energi og redusert energiforbruk.

Økonomi

Den økonomiske utviklingen i Helse Sør-Øst har inntil 2022 vært under kontroll og er samlet snudd fra underskudd til positive resultater, men det er betydelige utfordringer knyttet til kostnadsvekst, store investeringsbehov og vedlikehold. Høy pris- og lønnsvekst i 2022, herunder økte strømkostnader, gir en mer krevende situasjon og gir behov for omstilling.

Helse Sør-Øst skal innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av statsbudsjettet, foretaksmøter og oppdragsdokument, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

Helse Sør-Øst hadde i 2021 en omsetning på 96 milliarder kroner og et årsresultat på 2 078 millioner kroner. Foretaksgruppens økonomiske resultat bidrar til bærekraft for framtidige investeringer, men er ikke tilstrekkelig. Det må derfor arbeides mer med effektiv ressursbruk. Arbeid med kvalitet i pasientbehandling og effektiv pasientflyt i sykehusene er også viktig for å legge rette for god økonomi.

Økonomisk bærekraft

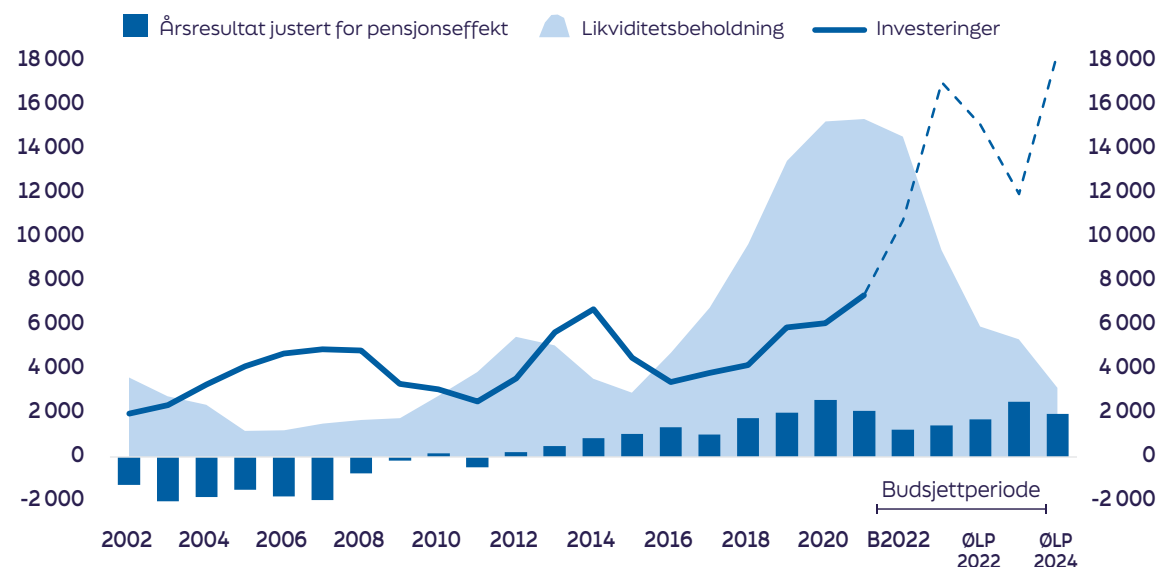
Bærekraftig utvikling over tid forutsetter god ressurs- og kapasitetsutnyttelse, god økonomisk styring og effektive arbeidsprosesser.

Helse Sør-Øst RHF benytter i sin virksomhetsstyring økonomisk langtidsplan (ØLP), som er en konsekvensvurdering av vedtatte strategier og gir en samlet utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene. Den økonomiske

utviklingen har inntil 2022 vært under kontroll, men det er enkelte helseforetak som fortsatt ikke oppnår fastsatte mål. Helseforetaksgruppen har de senere årene samlet sett snudd fra underskudd til positive resultater, som vist i figur under. Årsaken er blant annet løpende effektivisering av driften. Helseforetakene opplyser at de har klart en årlig produktivtetsvekst på en til tre prosent.

Den økonomiske utviklingen etter pandemien har vært krevende og preget av lavere aktivitet og høyere bemanning enn budsjettet. Pris- og lønnsvekst utover forutsetningene i statsbudsjettet for 2022 har også truffet driftsøkonomien. Det er derfor behov for tiltak for økonomisk bæreevne kommende år.

Figur 7 Økonomisk utvikling i Helse Sør-Øst 2002 til 2025



Kilde: Årsregnskaper, Budsjett 2022 og økonomisk langtidsplan

Betydelig kostnadsvekst og investeringsbehov

De fleste helseforetakene beskriver i sine utviklingsplaner en betydelig kostnadsvekst innenfor legemidler og IKT-området. Utviklingen medfører krav til kostnadstilpasning. Noen helseforetak har relativt nye sykehusbygg, mens andre har en eldre og til dels uhensiktsmessig bygningsmasse og -struktur. De fleste helseforetakene har store investeringsbehov innenfor medisinsk-teknisk utstyr og uløste IKT-utfordringer. Flere helseforetak omtaler utfordringer med å skape tilstrekkelig finansielt handlingsrom til å gjennomføre de investeringene som de anser som nødvendige. De fleste helseforetakene peker på at videre arbeid med produktivitet utvikling blir avgjørende for å opprettholde og legge til rette for en bærekraftig økonomi. I seneste år har foretaksgruppen klart å spare opp en betydelig likviditetsbeholdning. Disse midlene er planlagt å brukes til investeringer i nye sykehusbygg i den kommende perioden.

Helse Sør-Øst RHF fordeler inntekter til sykehusområdene etter en inntektsmodell som legger til rette for likeverdige helsetjenester. Modellen fordeler ikke midler mellom tjenesteområder og heller ikke mellom drift og kapital. Den ønskede retningen for pasientaktivitet må understøttes av et økonomisk system som virker i samme retning. Helseforetaksgruppen må arbeide aktivt med å tilpasse finansieringssystemet til aktivitetsutviklingen på sykehusene. Det legges ikke til grunn en vesentlig vekst i inntektsforutsetningene for spesialisthelsetjenesten utover det som skyldes inflasjon og vekst i befolkningen. Samtidig øker både forventningene og kostnadene, blant annet som følge av nye og mer avanserte behandlingsformer.

Krevende effektiviserings- og omstillingsbehov

Vi forventer store endringer og muligheter ved bruk av ny teknologi i sykehusene. Samtidig finnes et betydelig etterslep på vedlikehold, funksjonell og teknisk oppgradering av bygningsmasse og medisinskteknisk utstyr.

I Helse Sør-Øst ferdigstilles, pågår og planlegges det for en rekke store byggeprosjekter, eksempelvis nytt sykehus i Drammen i Vestre Viken HF, nytt klinikkbygg og protonterapisenter ved Radiumhospitalet og utbygging på Aker og Gaustad ved Oslo universitetssykehus HF, samt konseptfaseutredning i Sykehuset Innlandet HF. I tillegg finnes en rekke mindre byggeprosjekter og store regionale IKT-prosjekter.

Som en konsekvens av dette vil kapitalkostnadene øke, og det medfører krevende effektiviserings- og omstillingsbehov. Effektivisering og omstilling av drift i helseforetakene har hatt høyt fokus de siste årene. Helse Sør-Øst vil søke å redusere risiko ved at bedre økonomiske resultater oppnås i forkant av investeringsprosjekter.

Helse Sør-Øst RHF har en driftsresultatmargin før avskrivninger på 6,54 % i 2021, som utgjør en stabil økning fra 5,47 % i 2015. I tiden som kommer vil det være økt fokus på gevinstarbeid og endringsledelse. Når nye sykehusbygg er ferdigstilt og regionale IKT-løsninger er innført med en modernisert infrastruktur, må helseforetakene realisere gevinster og kostnadstilpasningen minst på nivå med de planene som ble lagt da investeringene ble besluttet. Det regionale helseforetaket vil følge opp gevinstrealiseringsarbeidet.

