

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».

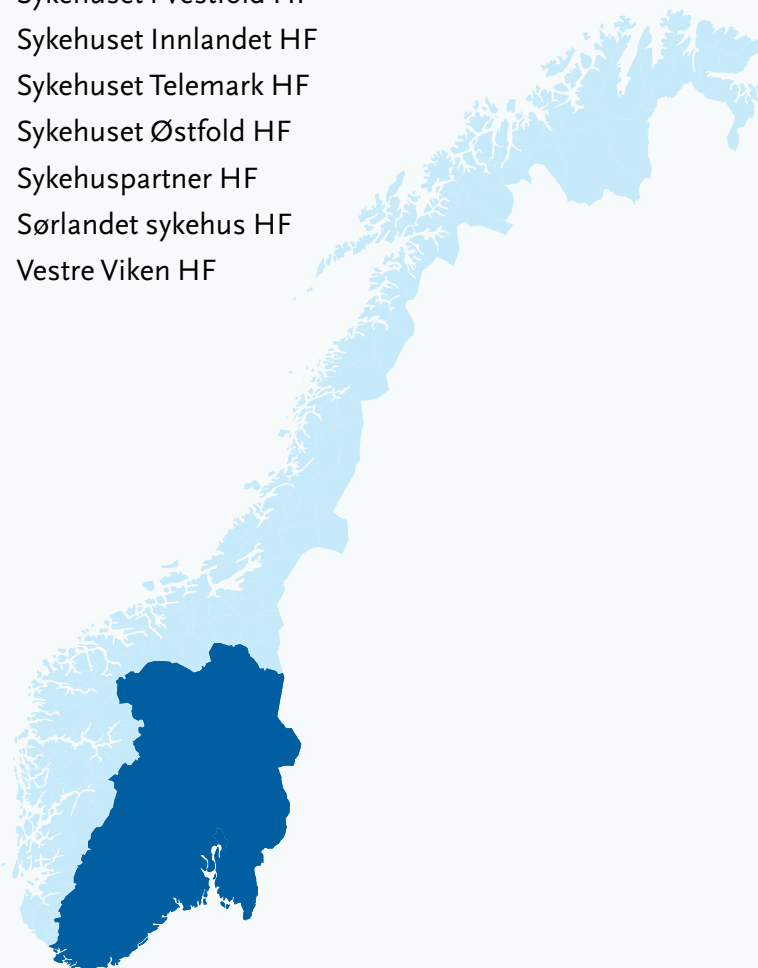
Virksomheten i Helse Sør-Øst baserer seg på de nasjonale verdiene kvalitet, trygghet og respekt.

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 prehospitaltjenester.

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.

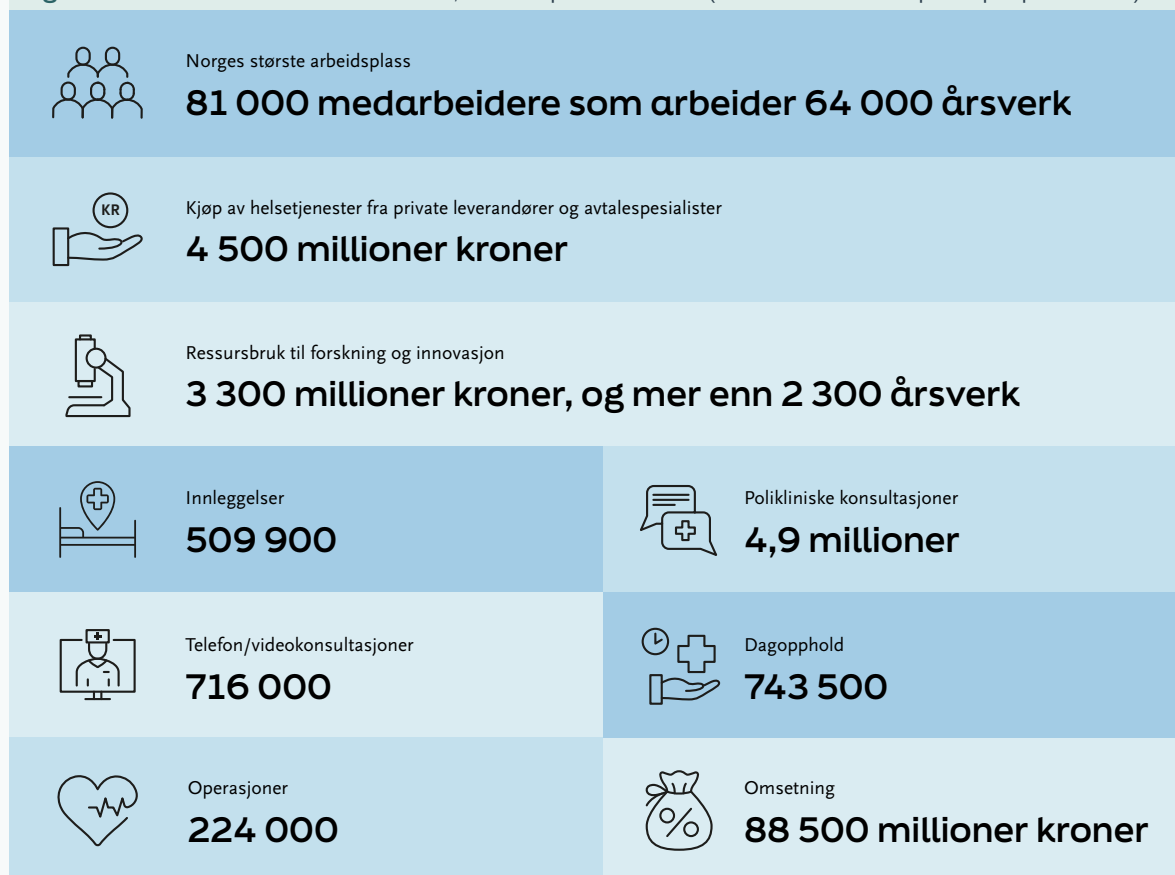
Helse Sør-Øst RHF er en av landets største eiendomsforvaltere med en bygningsmasse på 2,8 millioner kvadratmeter bruttoareal.

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)



I tillegg kommer avtaler med en rekke andre private ideelle eller kommersielle aktører som driver virksomhet for Helse Sør-Øst RHF på ulikt grunnlag og med forskjellig finansieringsordning. Det er flest avtaler innen rehabilitering og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, hvor de private avtalepartene har mesteparten av den samlede behandlingsskapasiteten i regionen.

Helse Sør-Øst RHF har også driftsavtale med omlag 950 avtalespesialister innen ulike fagområder. De står for ca. 25 % av regionens samlede polikliniske aktivitet. Avtalespesialister er selvstendig næringsdrivende lege- og psykologspesialister som arbeider innenfor offentlig finansiering. Del to av regional utviklingsplan gir ytterligere informasjon om Helse Sør-Øst.



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

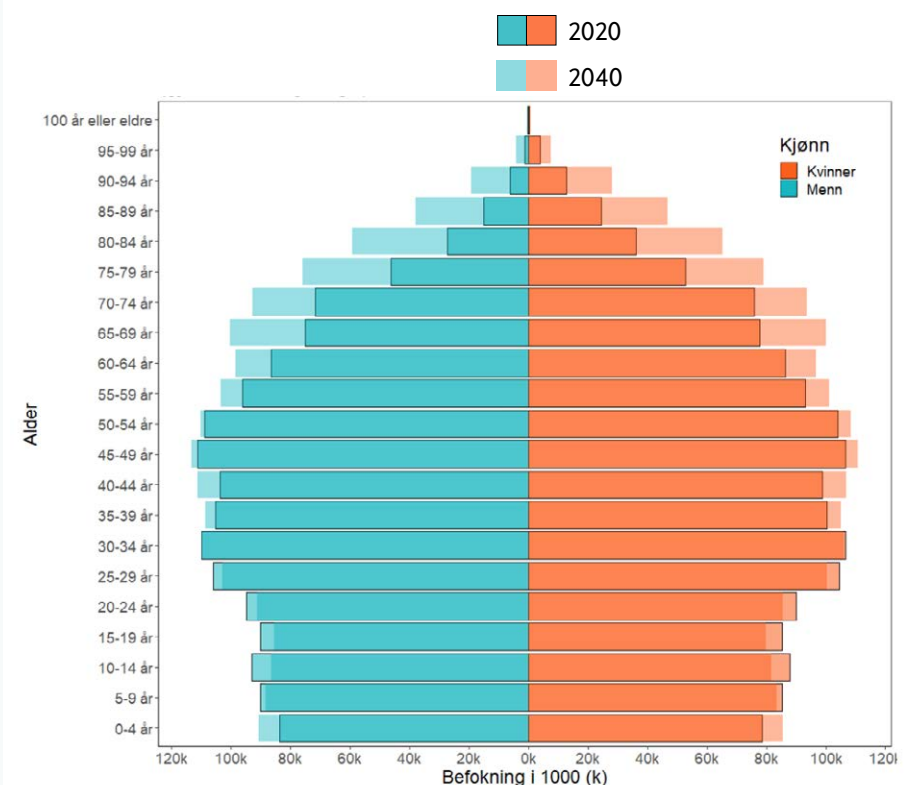
Vi blir flere eldre og færre yngre

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 befolkningsframskriving 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 befolkningsframskriving 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 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)

- 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.

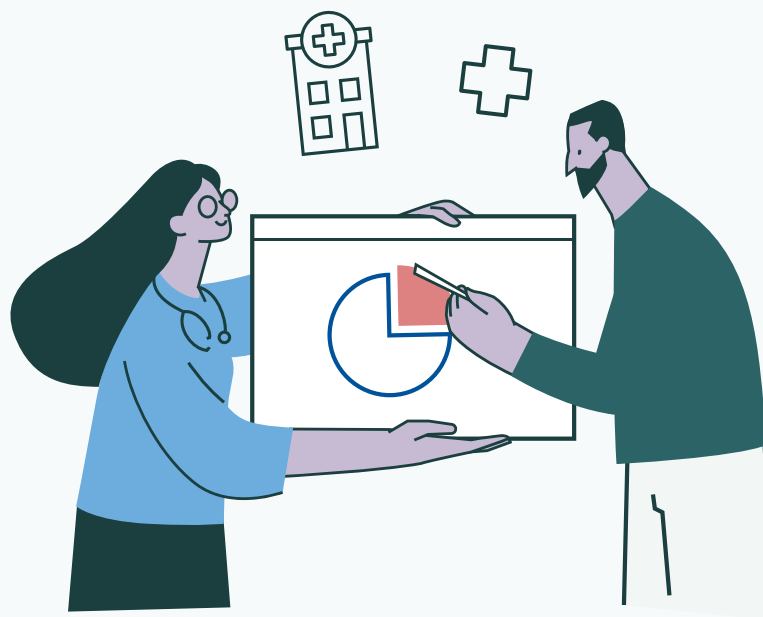
Samfunnet har færre arbeidsplasser for folk uten høyere utdanning

Dette bidrar til at det for mange er vanskelig å finne arbeidsplasser som ikke krever høyere utdanning. Planlagt oppgave-deling 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 likepersonnarbeid, 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

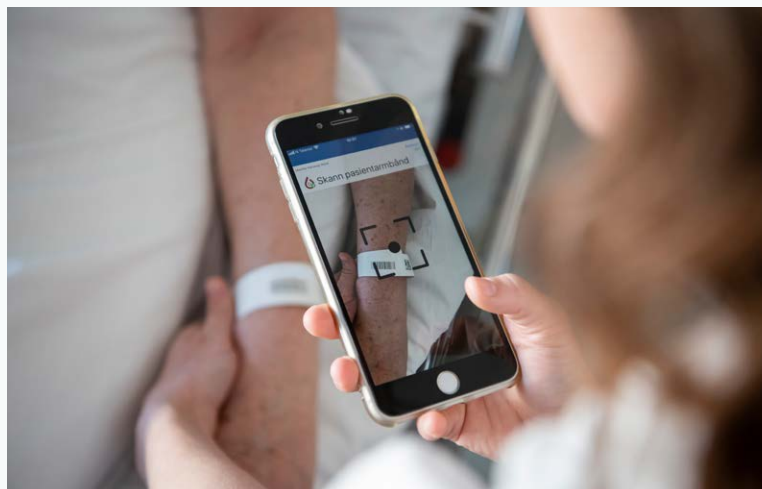
Denne raske utviklingen gjør at vi ikke kan designe sykehus bare basert på det vi vet, men må sørge for tilstrekkelig fleksibilitet til å håndtere endringene når de kommer.

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.

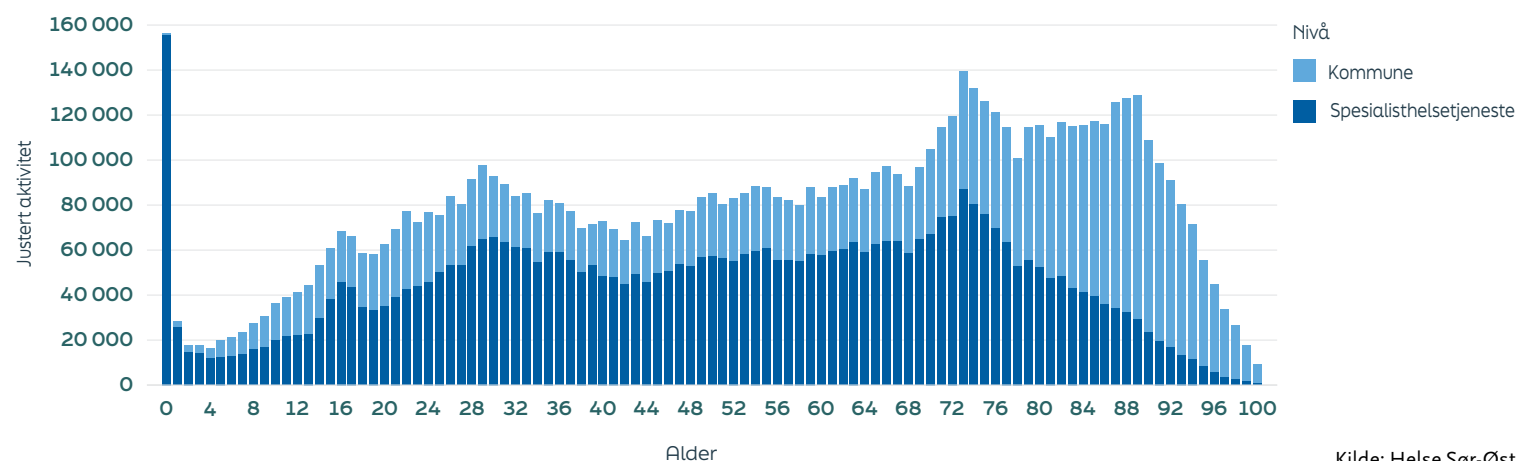
Uansett handler det om å bruke teknologi til å flytte behandling så nær pasienten som mulig. Det er samtidig viktig at det hele tiden søkes etter nye områder som lar seg desentralisere, også fra regionssykehuset og til andre helseforetak i regionen. Det styrker helseforetakene samtidig som det åpner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



Kilde: Helse Sør-Øst RHF

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 Østernsjø	83,7	80,1

Kilde: Kommune helsa (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, jamfør 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 kommunikasjonsteknikk – Itryggehender \(itryggehender24-7.no\)](https://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

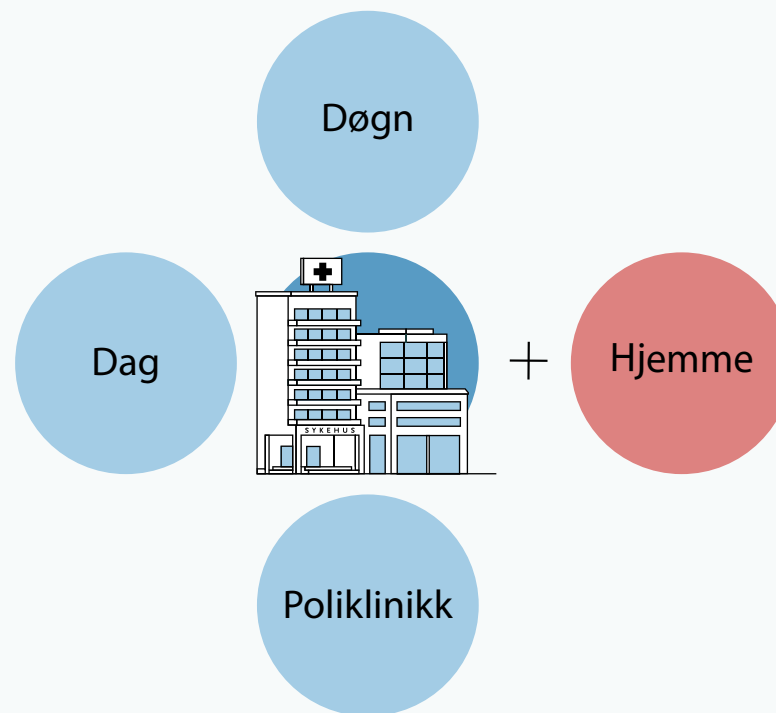
Kaiser-Permanente, som er et forsikringsbasert, amerikansk helsesystem, har en visjon om at all ivaretagelse og behandling av deres pasienter i utgangspunktet skal skje i pasientens hjem. De har snudd sin tenking og ber sine ansatte planlegge med at behandling i utgangspunktet skal foregå i pasientens 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?».

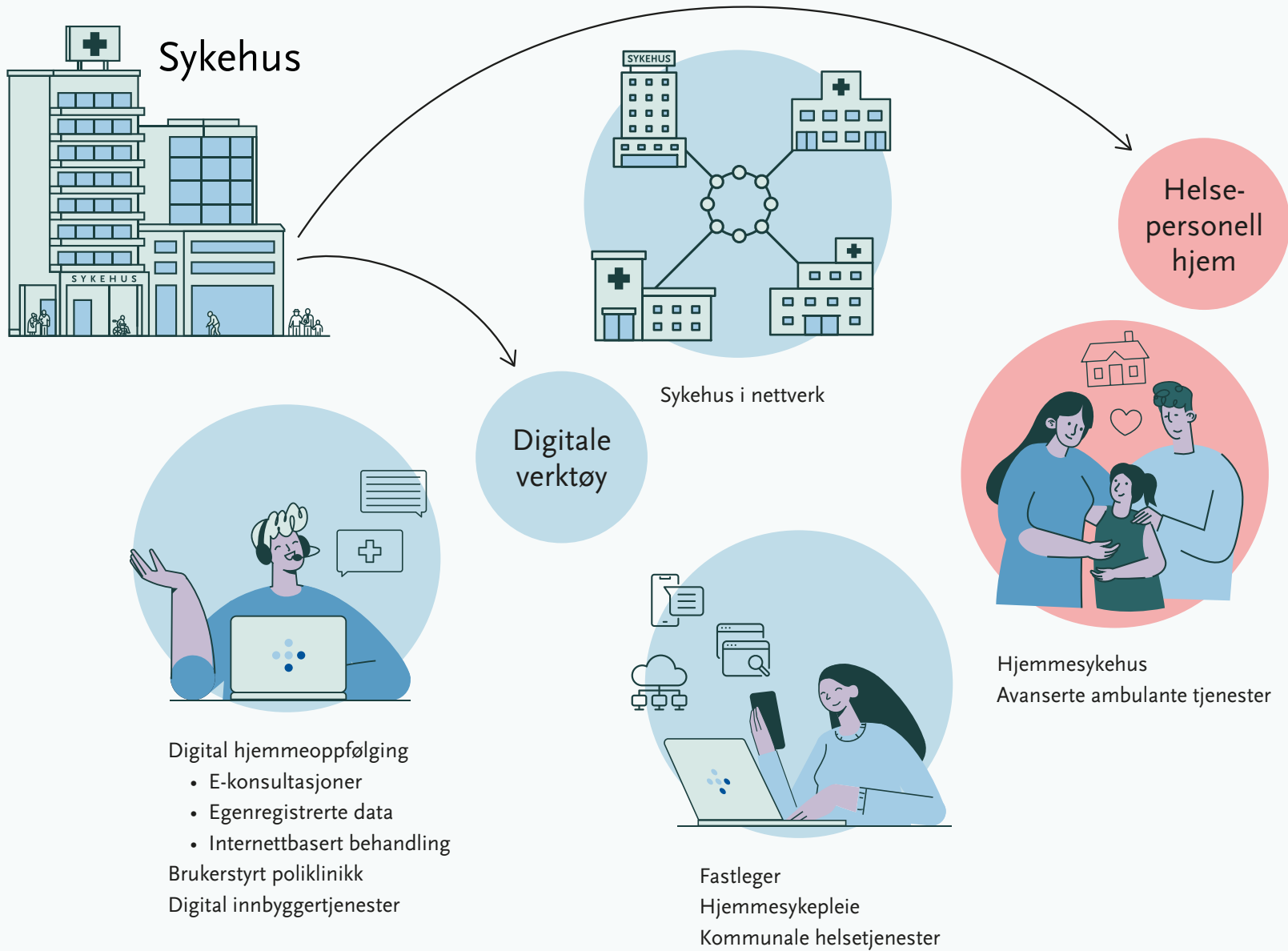
Spesialisthelsetjenesten er en tjeneste og ikke bygninger og maskiner. Vi må derfor tenke nytt om hvor og hvordan vi leverer tjenestene. Vi har i figur 4 skissert det i form av at vi går fra tre til fire behandlingsmåter.

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 panikklidelse. 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. Monitorene 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

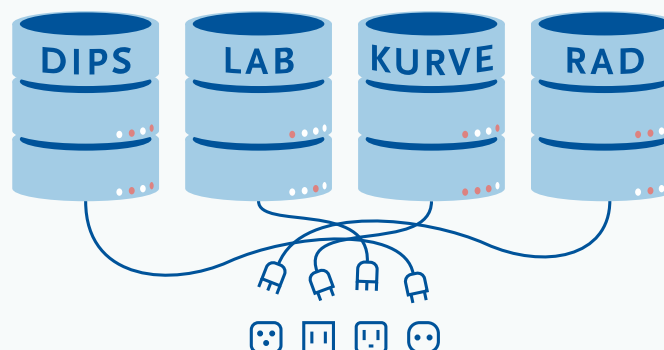
På samme måte som et pasientforløp innebærer at pasienten beveger seg på tvers av klinikker og tjenestenivåer, så må også data bevege seg på tvers av systemene

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

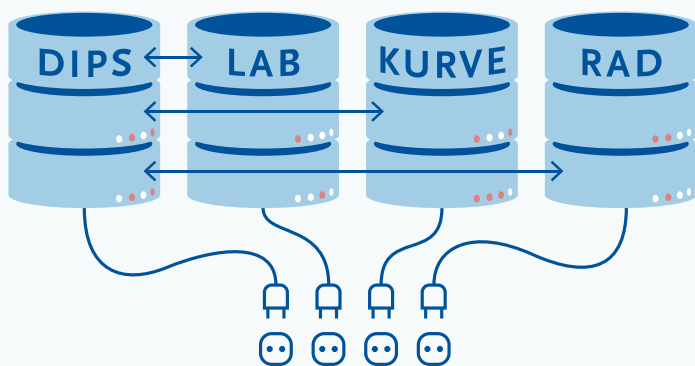


Våre nøkler heter integrasjons- og prosessplattform

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, nøkkeltkort, 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 henviser 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 mistriivsel 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.



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 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.

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 samarbeidet 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.

Ortogeretri 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

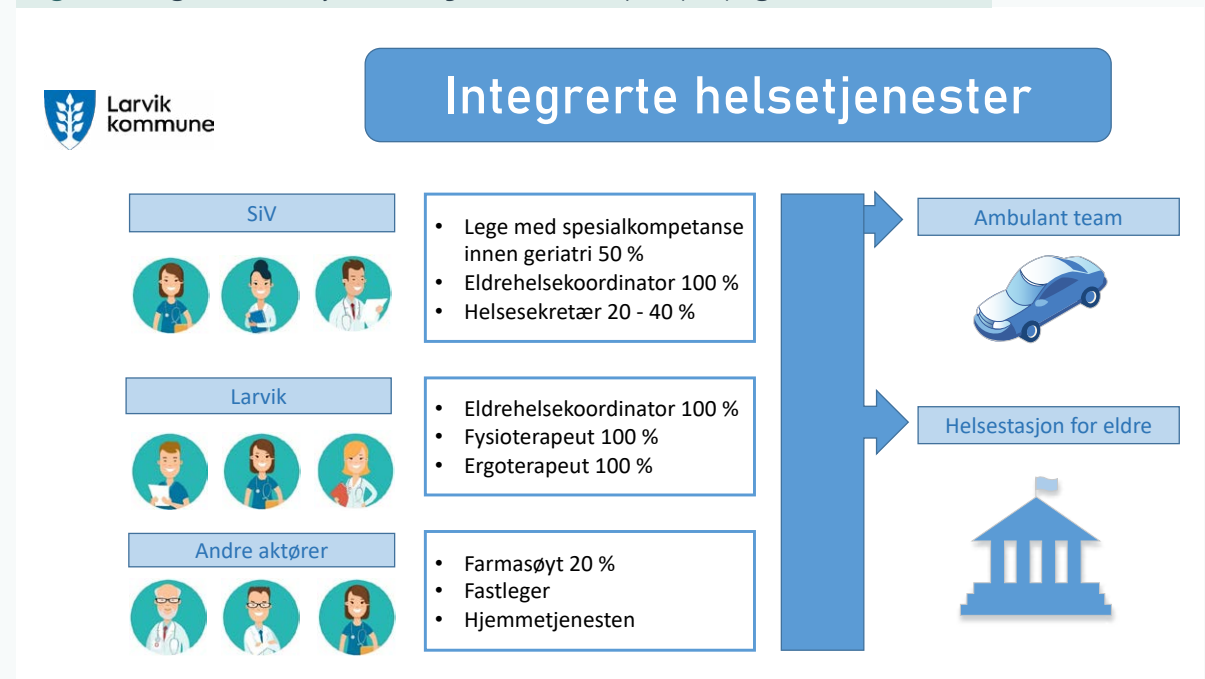
Pasientsentrerte helsetjenesteteam og pasientforløp for skrøpelige eldre

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 organsystem. 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.

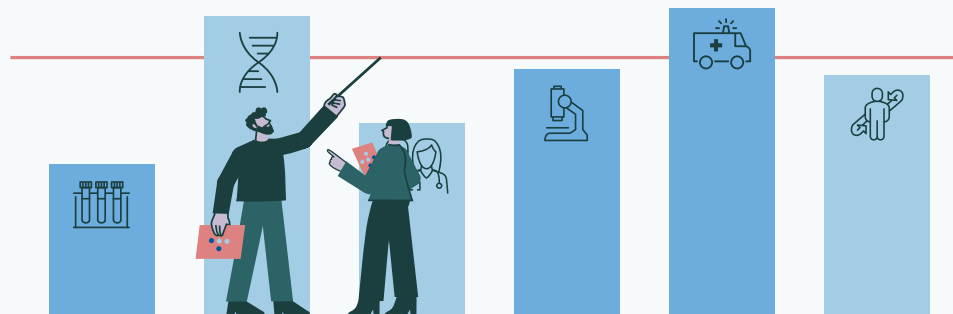
Når uønsket variasjon forekommer, oppfyller ikke Helse Sør-Øst sitt «sørge for ansvar» som innebærer at befolkningen i regionen skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet.

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](#).

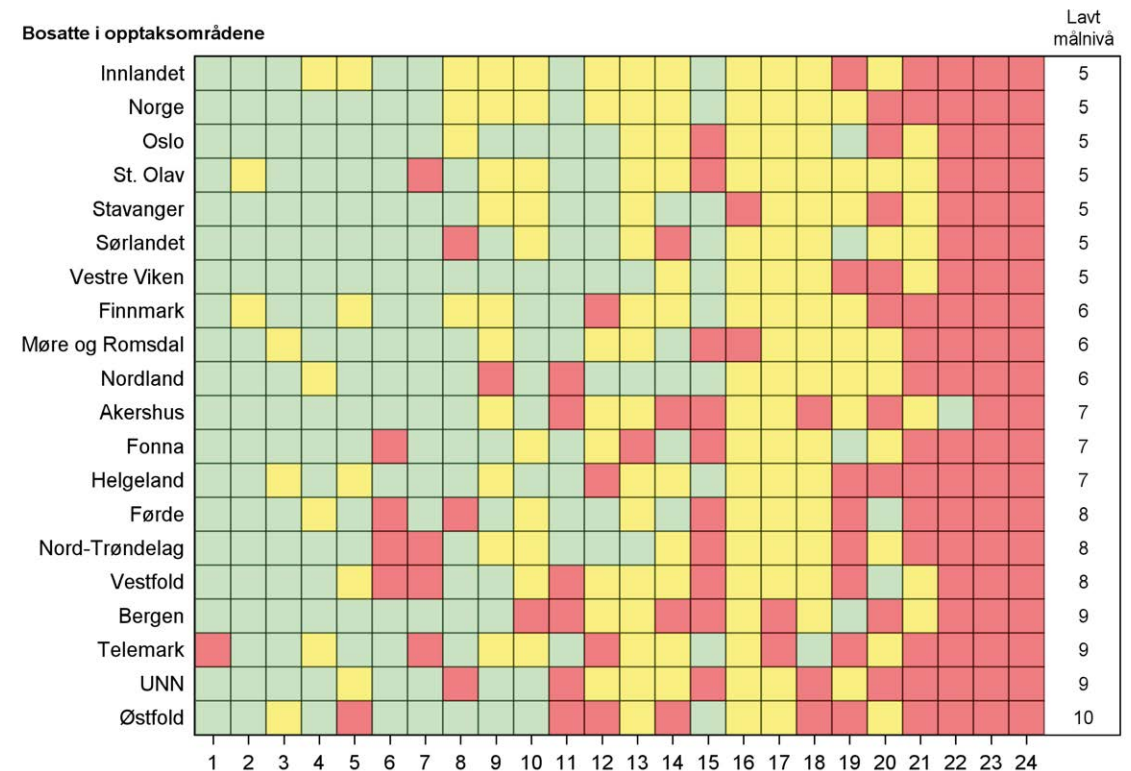
Vi vet at det er stor variasjon

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

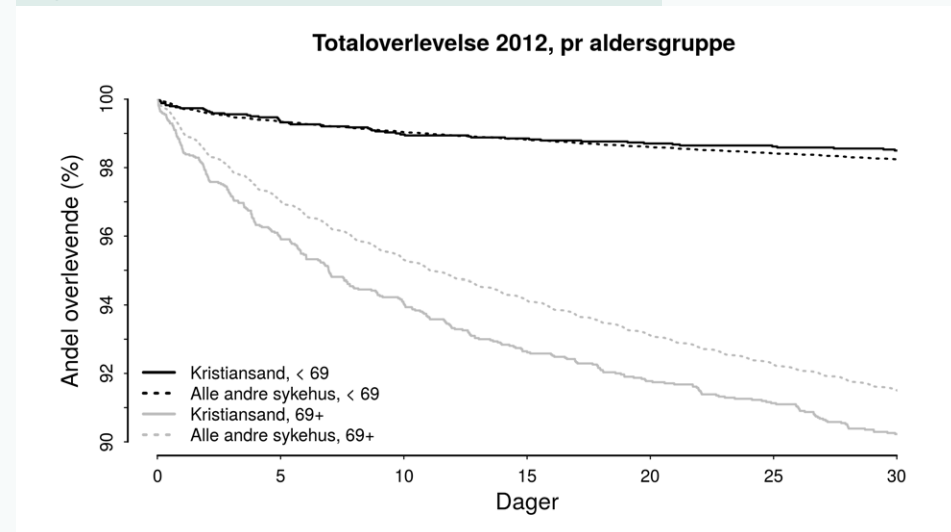
Kristiansand for pasienter under 70 år var i 2012 signifikant lavere enn landsgjennomsnittet til (se figur 10). De fant at for dårlig overvåking av endringer i pasientens kliniske tilstand på sengepost trolig var medvirkende årsak. Det ble derfor utviklet et system for Tidlig Identifisering av Livstruende 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?

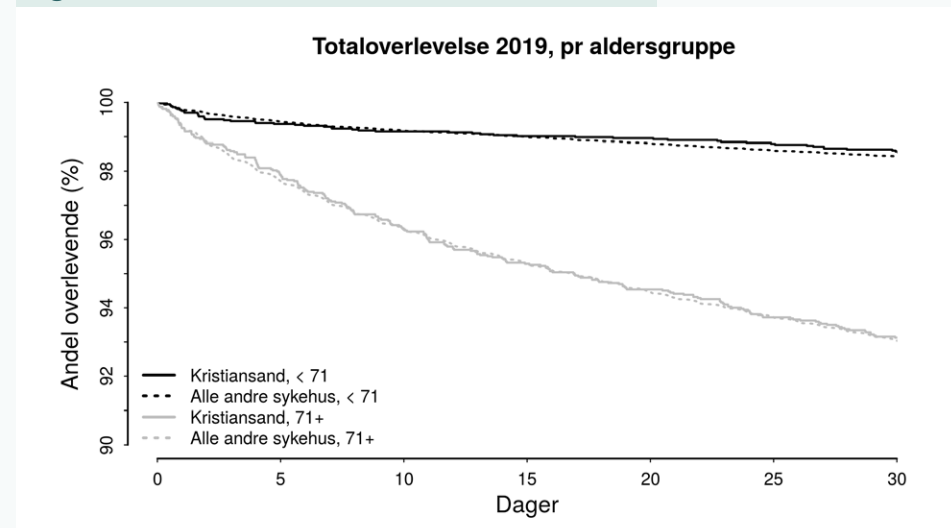
Helsedirektoratet definerer kvaliteten i helsetjeneste ved å si at helsetjenester av høy kvalitet («Og bedre skal det bli»)

- 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 selekere 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 diagnoser 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).

Overlevelsesdata 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 overlevelsesdata 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, sykkelighet 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.

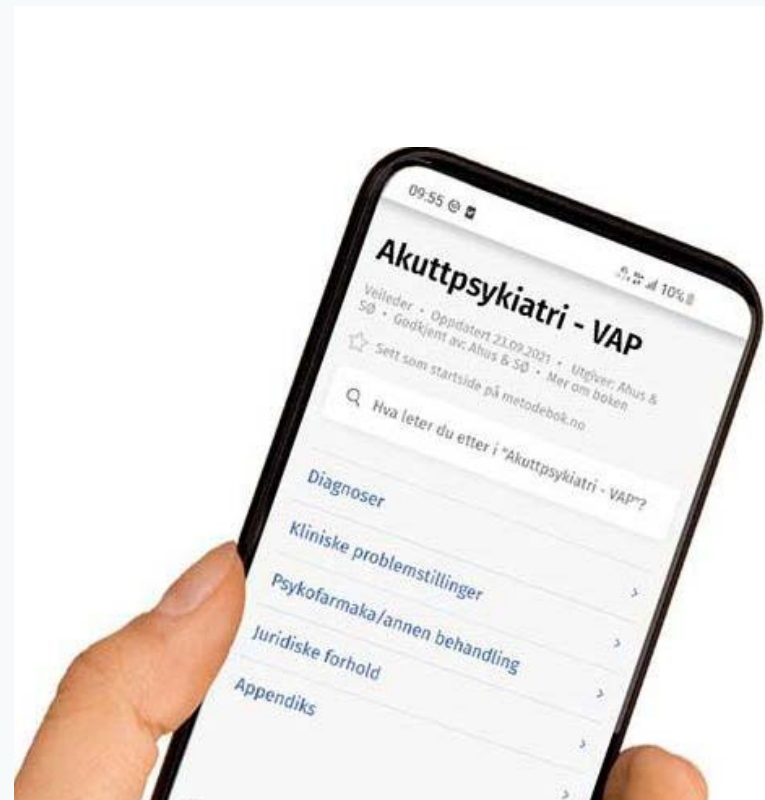
Den nylige økningen i frekvens på tilgang til aktivitetsdata gir bedre muligheter til å fange opp uønsket variasjon og til å iverksette eventuelle tiltak.

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.

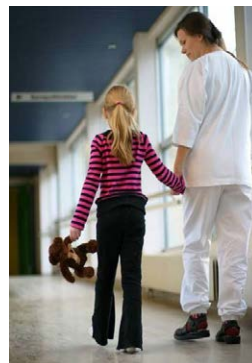
Engasjere ledere

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 frigir 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.

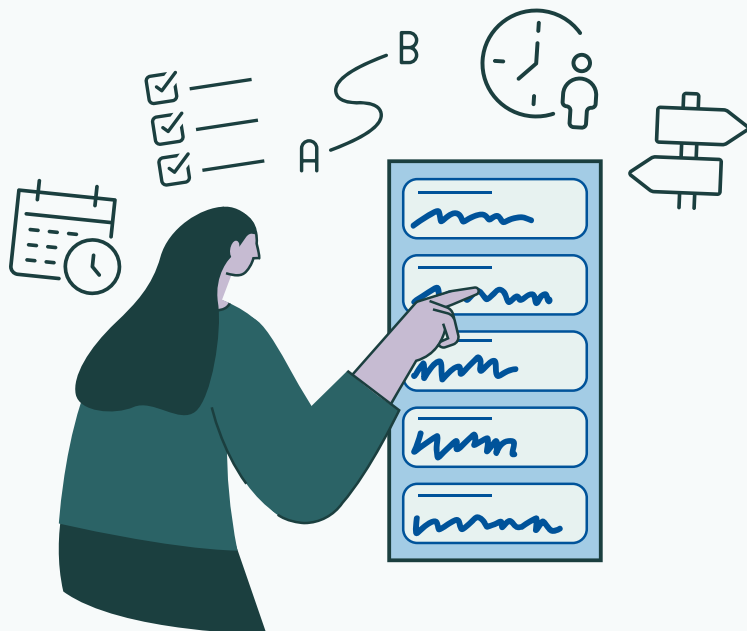
Sykehuset Innlandet HF Tynset har inngått samarbeid med flere kommuner i Nord Østerdal om kommunejordmortjenesten. Her arbeider en jordmor som er fulltidsansatt ved sykehuset en dag i uken som kommunejordmor. Kommunen får tilgang til en jordmor som hele tiden har oppdatert og relevant erfaring fra spesialisthelsetjenesten.

Et annet eksempel er fra Oslo universitetssykehus HF hvor flere av intensivhetene 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

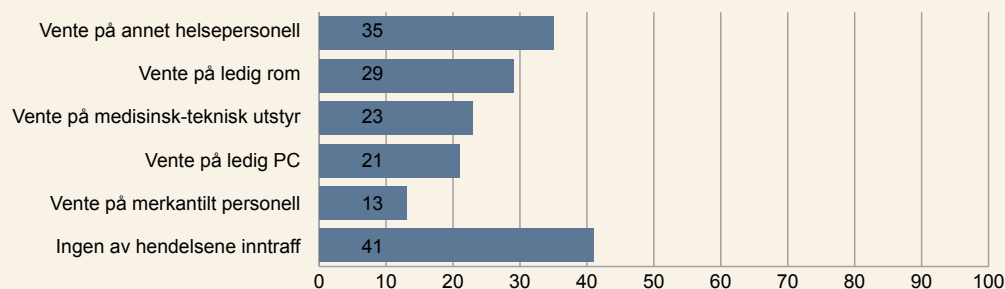
Både fagfolk og pasienter bruker mye tid på sykehus på å vente på ledige ressurser og lete etter vei, utstyr og rom. Det betyr at det er mye å hente på bedre logistikk på mange felt og områder i sykehus. Samling av fagmiljøer som får effektive soner og sambruk av areal, resulterer i nye måter å arbeide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

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 «kølapnummer» 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.

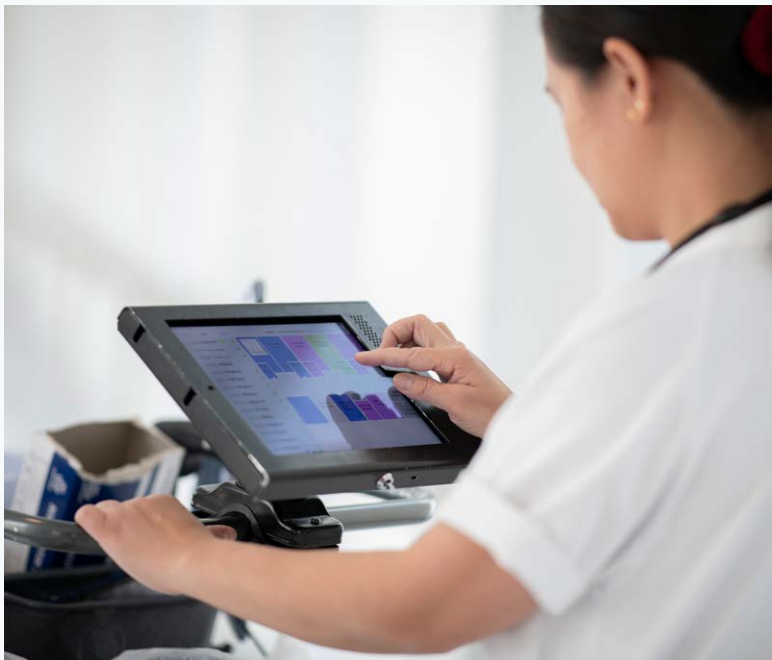
Et annet eksempel er avstemming av ressurser opp mot behov igjennom bruk av pleietyngde og vektning av pasientene. Pasientoversikten kan vise både pleietyngde og allokering av personell kan dermed avstemmes mot faktisk behov slik at arbeidsbelastningen blir jevnere fordelt.

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.

Førstelinjeførelere 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

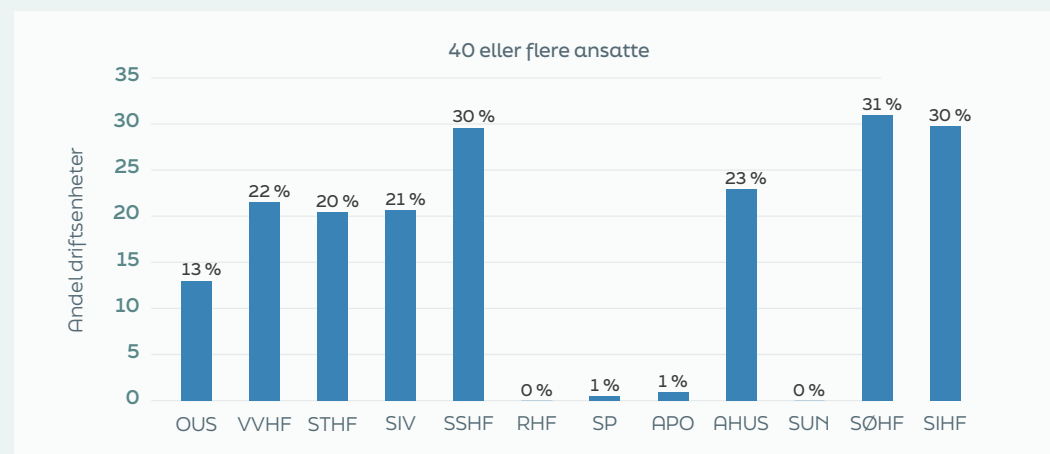
Det er prøvd ulike modeller for ledelse i spesialisthelsetjenesten, og det er behov for å etablere modeller som styrker ledelse på alle nivå. For å lykkes med sentrale helsepolitiske mål om å vri innsatsen fra vekst i bemanning til investering i teknologi og bygg er forankring i alle fagmiljøer vesentlig 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 lederspenet er for stort eller om disse lederne bør ha utvidet administrativ støtte for å frigi 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.



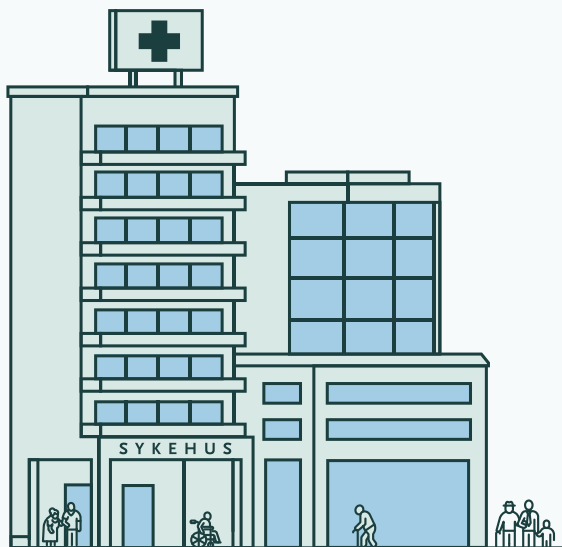
Vi ønsker at våre ledere har formell lederutdanning og at det legges til rette for at ledere på tvers av og internt i helseforetak har nettverk som oppleves som støttende i lederopp-gaven. Helseforetakene skal ha interne lederutviklingsprogrammer og en systematikk for å identifisere og utvikle lederkandidater. 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 opplæringsmaterieell 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

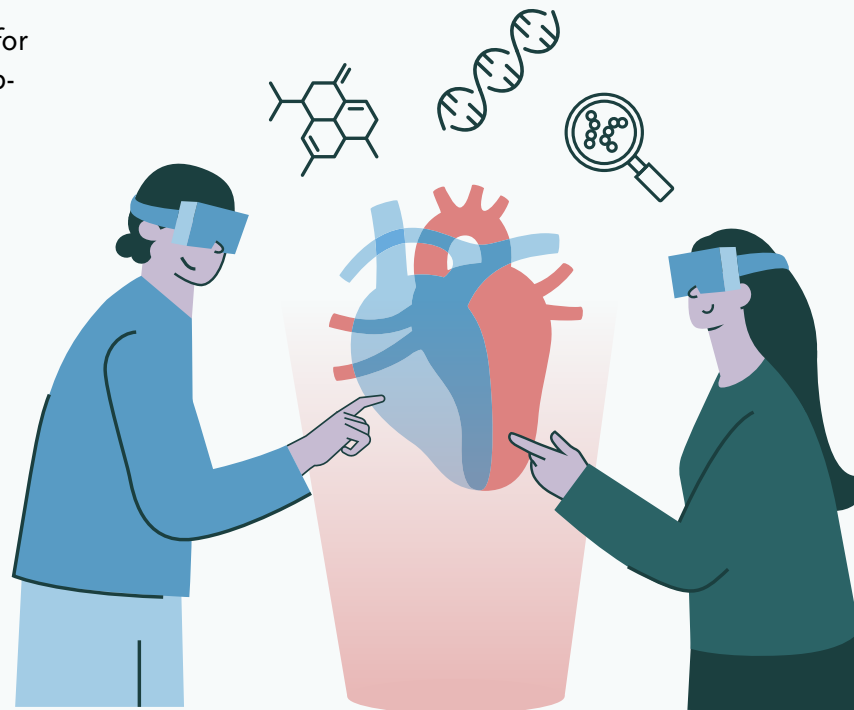
Helse Sør-Øst sin forskning utgjør 63 prosent av helseforskningen i Norge, og regionen leder an arbeidet med å legge til rette for forskning og innovasjon innen spesialisthelsetjenesten. Viktige satsingsområder er nye behandlingsmåter, samhandlingsstrukturer og bruk av ny teknologi.

Forskning er en av fire lovpålagte oppgaver for spesialisthelsetjenesten og er en sentral premis 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 konkurranse-utsetting. Tre fjerdedeler av midlene går til tjenesteinnova-sjon 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

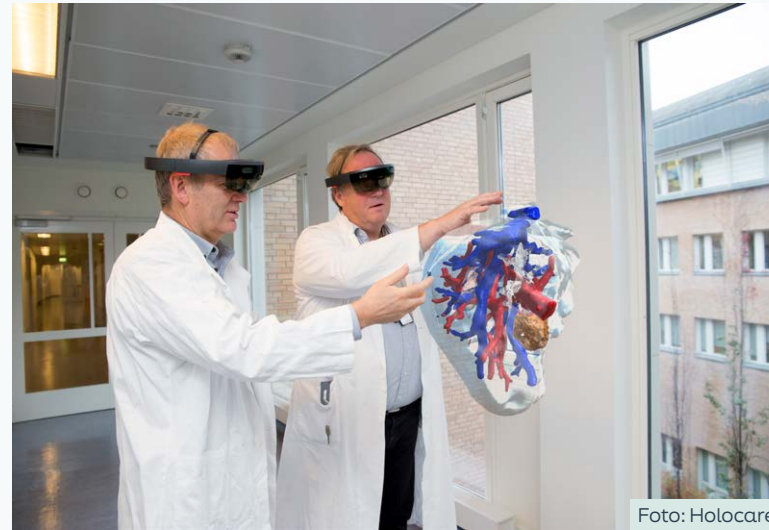


Foto: Holocare

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.

