

# Regional utviklingsplan Helse Sør-Øst

## Masterpresentasjon

HELSE  SØR-ØST

# Bruksanvisning

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

andreas

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

# Regional Utviklingsplan 2040

DEL 1  
Trender og  
satsingsområder



HELSE  SØR-ØST

# Regional Utviklingsplan 2040

DEL 2  
Rammer og  
forutsetninger



HELSE  SØR-ØST

# Regional Utviklingsplan 2040

## DEL 1 Trender og satsingsområder

HELSE SØR-ØST



# Innhold

<b>1 Bakgrunn</b>	<b>7</b>
<b>2 Trender og utviklingstrekk</b>	<b>11</b>
Befolkningen og samfunnet	12
Pasienter og pårørende	16
Helsetjenesten	16
<b>3 Mål og satsingsområder</b>	<b>22</b>
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
<b>4 Fra plan til gjennomføring</b>	<b>89</b>



# Regional Utviklingsplan 2040

## DEL 2 Rammer og forutsetninger

HELSE  SØR-ØST

# Innhold

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



# Fire overordnede mål

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

# Seks satsingsområder – et nytt

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

# Innledning

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

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

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

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

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

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

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

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



# Innledning

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

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

**Terje Rootwelt**  
Administrerende direktør



# For og med hvem



## *Trygg og god behandling til alle*

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

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

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

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

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

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

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

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

Hilsen  
Regionalt brukerutvalg i Helse Sør-Øst

# Nøkkeltall 2019



Norges største arbeidsplass

**81 000 medarbeidere som arbeider 64 000 årsverk**



Kjøp av helsetjenester fra private leverandører og avtalespesialister

**4 500 millioner kroner**



Ressursbruk til forskning og innovasjon

**3 300 millioner kroner, og mer enn 2 300 årsverk**



Innleggelser

**509 900**



Polikliniske konsultasjoner

**4,9 millioner**



Telefon/videokonsultasjoner

**716 000**



Dagopphold

**743 500**



Operasjoner

**224 000**

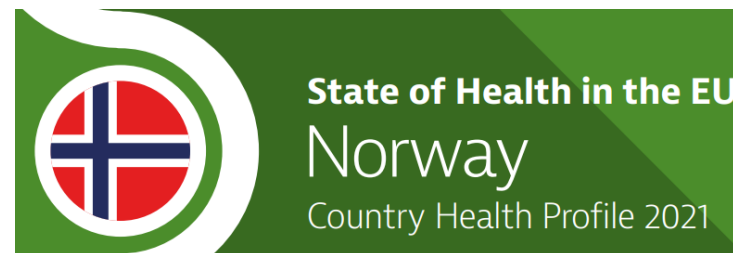
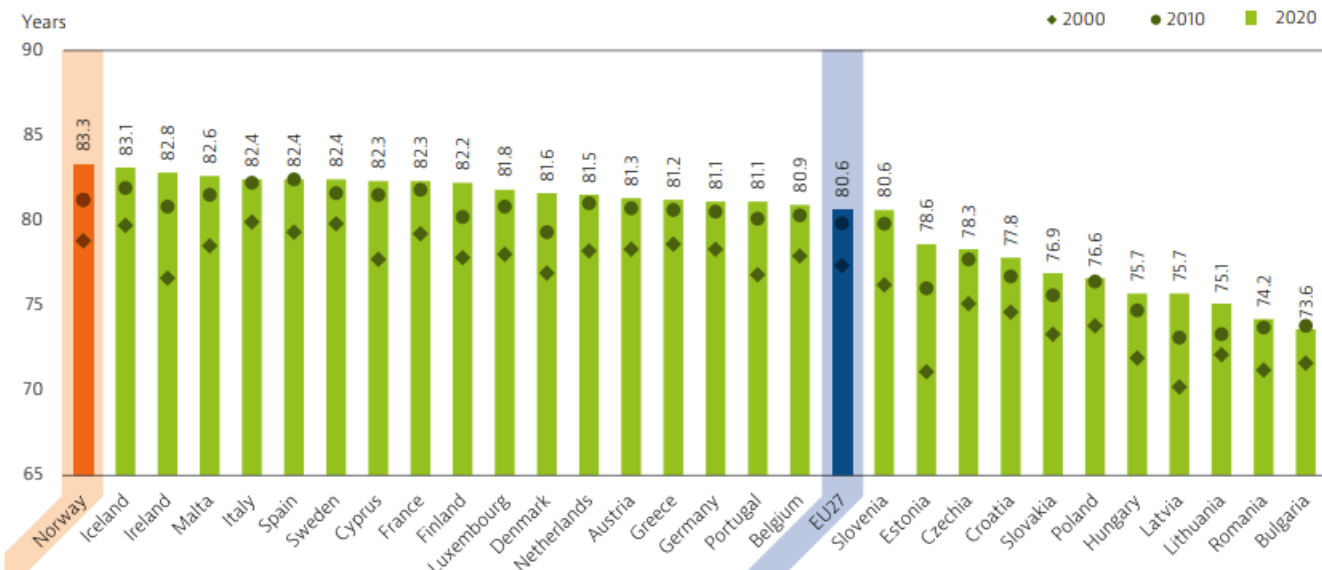


Omsetning

**88 500 millioner kroner**

# Norsk helsetjeneste er i verdenstoppen

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



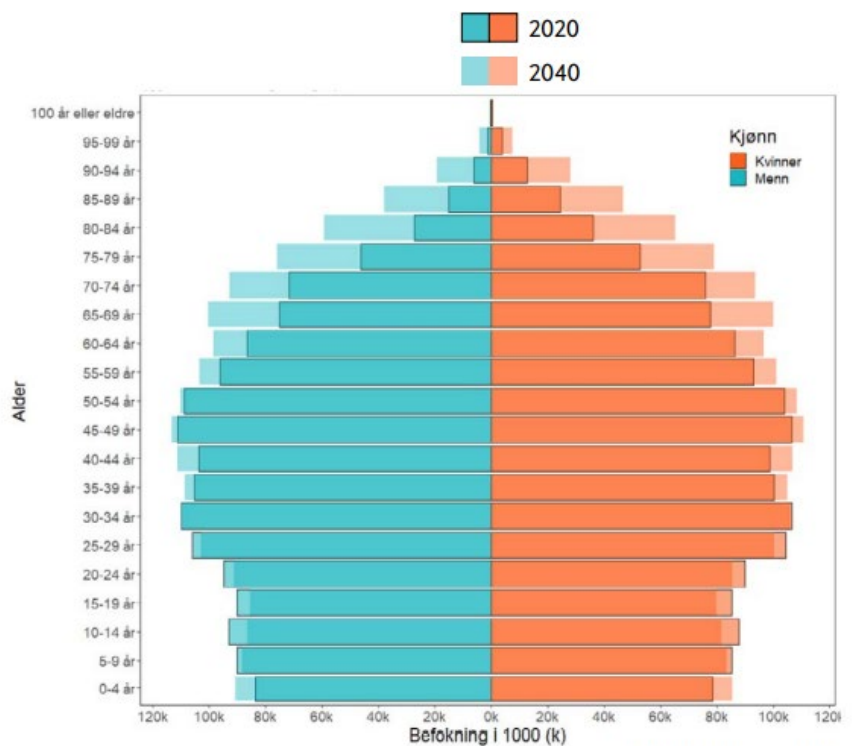
## Health Care System Performance Rankings

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

Data: Commonwealth Fund analysis.

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

# Befolkningsutvikling mot 2040



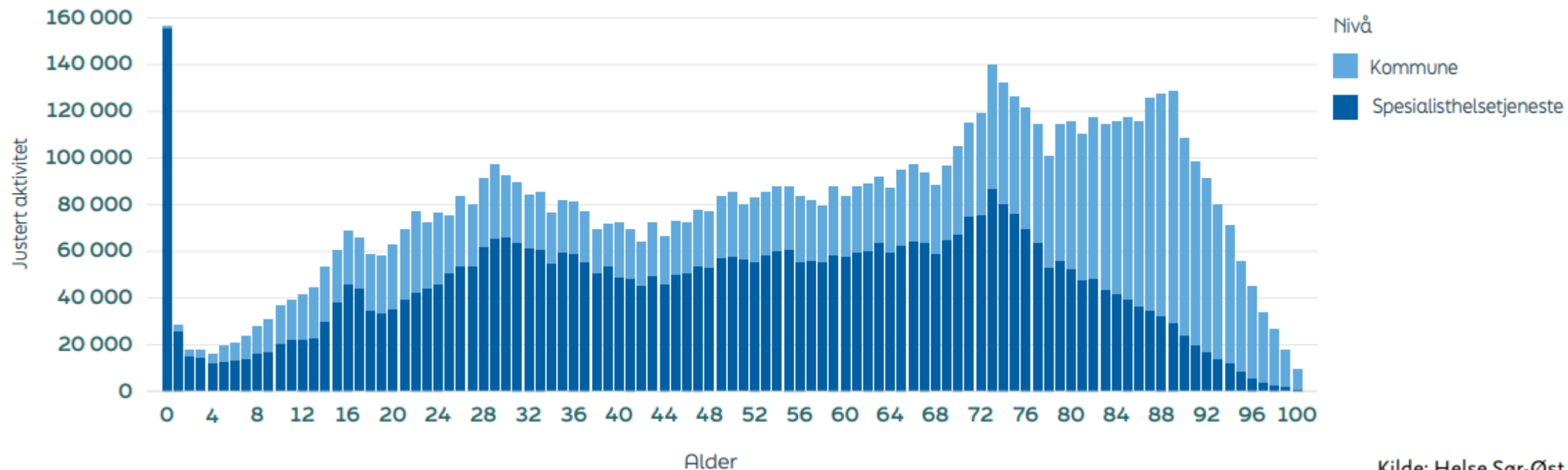
**Tabell 1** Befolkningsframskriving 2020 til 2040 etter opptaksområder for sykehusene i Helse Sør-Øst

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

Kilde: Statistisk sentralbyrå, (hovedalternativ)

# En større utfordring for kommune enn sykehus

Figur 3 Ressursinnsats somatikk i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten



Kilde: Helse Sør-Øst RHF

## Sosial ulikhet i helse

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

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

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

Kilde: Kommunehelsetilsynet (fhi.no)

# Mål og satsingsområder

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

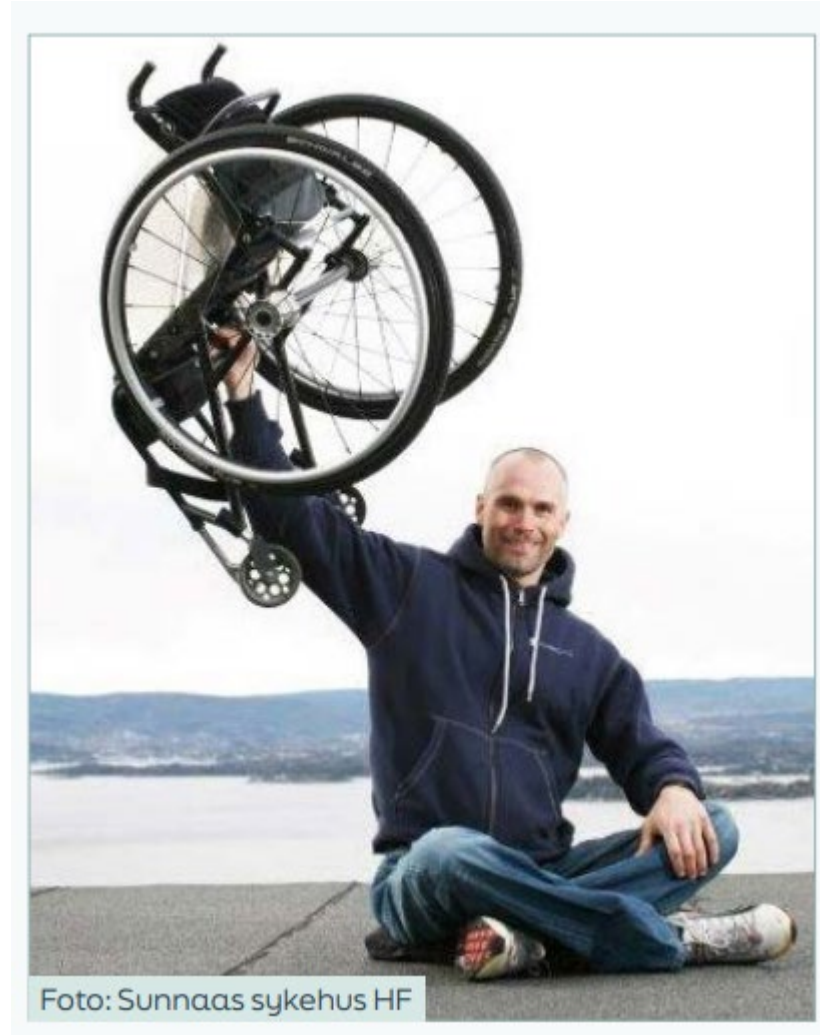


Foto: Sunnaas sykehus HF



## Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering

---

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

---

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



### Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

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



# Brukerstyring

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

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

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



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

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

— Kim Fangen, brukerkonsulent

# Prehabilitering

## Akershus universitetssykehus HF gir bedre pasientbehandling med prehabilitering

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

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

Trening før operasjon gjør kreftpasienter raskere friske – NRK Norge

# Samvalg

## Klar for samvalg – et rammeverk for kompetanseheving i samvalg

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



# Kommunikasjon

---

## Forstå meg rett – kommunikasjonsmetode for gjensidig forståelse og medvirkning

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

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

---

### Helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse

#### Vi vil styrke helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse

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

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

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



## Personer med innvandrerbakgrunn og helsekompetanse

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



### Vi anskaffer digitalt oversettelsesverktøy for helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter

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

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

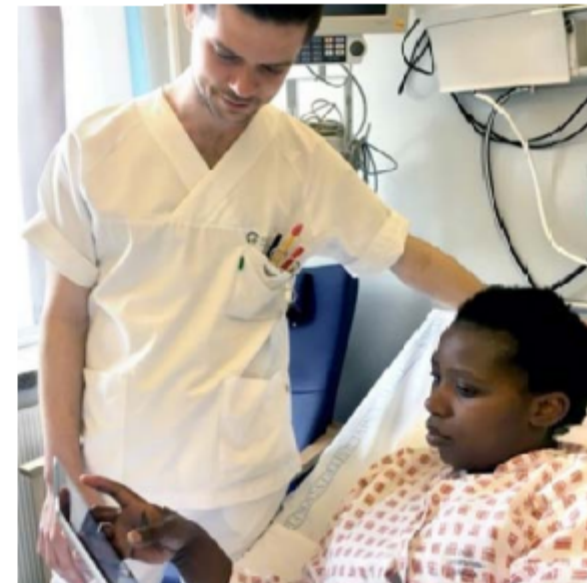


Foto: Irenë Lie, Oslo universitetssykehus



# Tilpasset informasjon

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

## Verktøy for kvalitetssikring av skriftlig informasjon

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

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

Podkasten SyktFrisk – en podkast fra spesialisthelsetjenesten til pasienter og pårørende



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

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



[SyktFrisk – en podkast fra spesialisthelsetjenesten](#)

## Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi

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



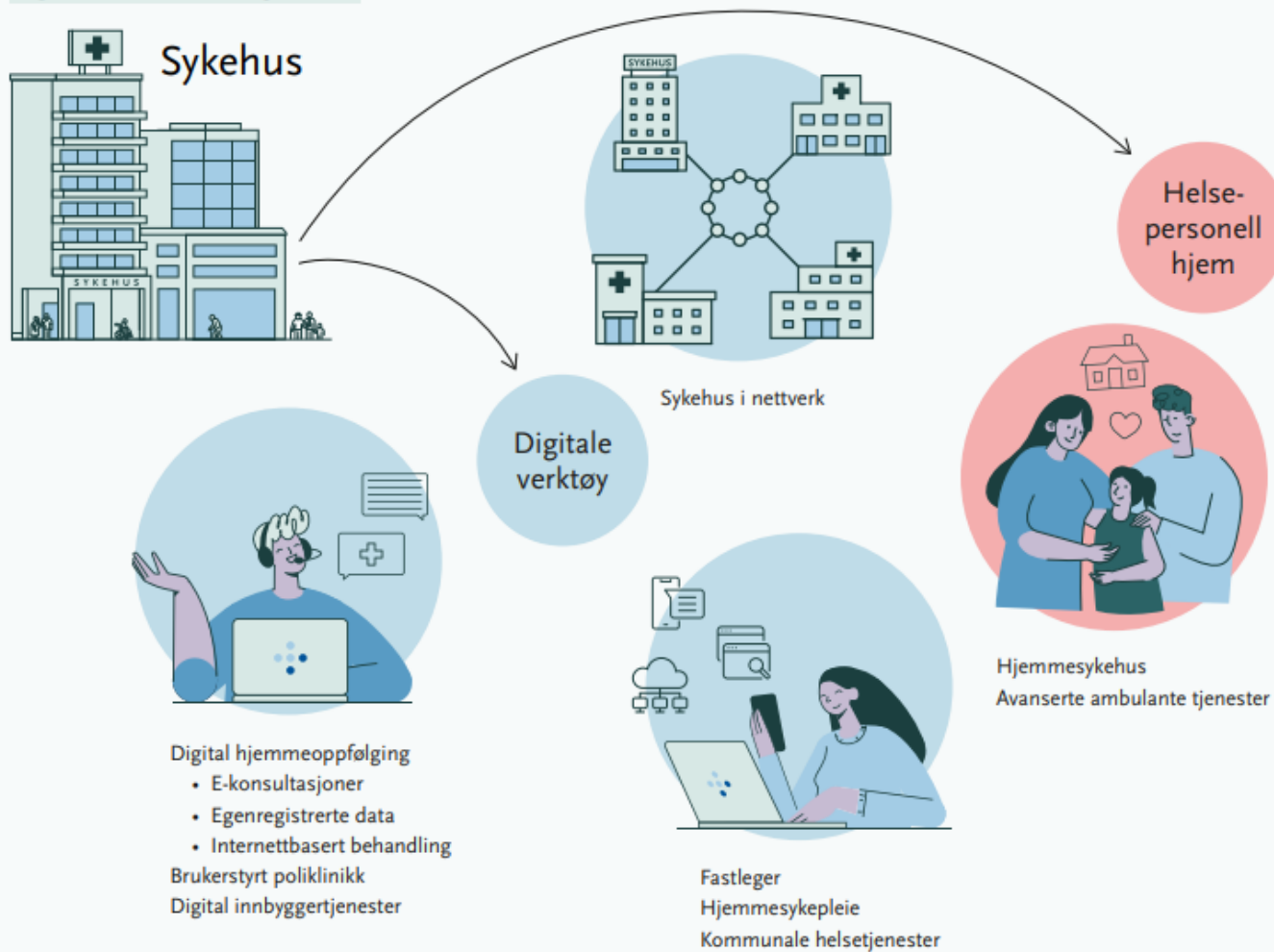
### Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

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

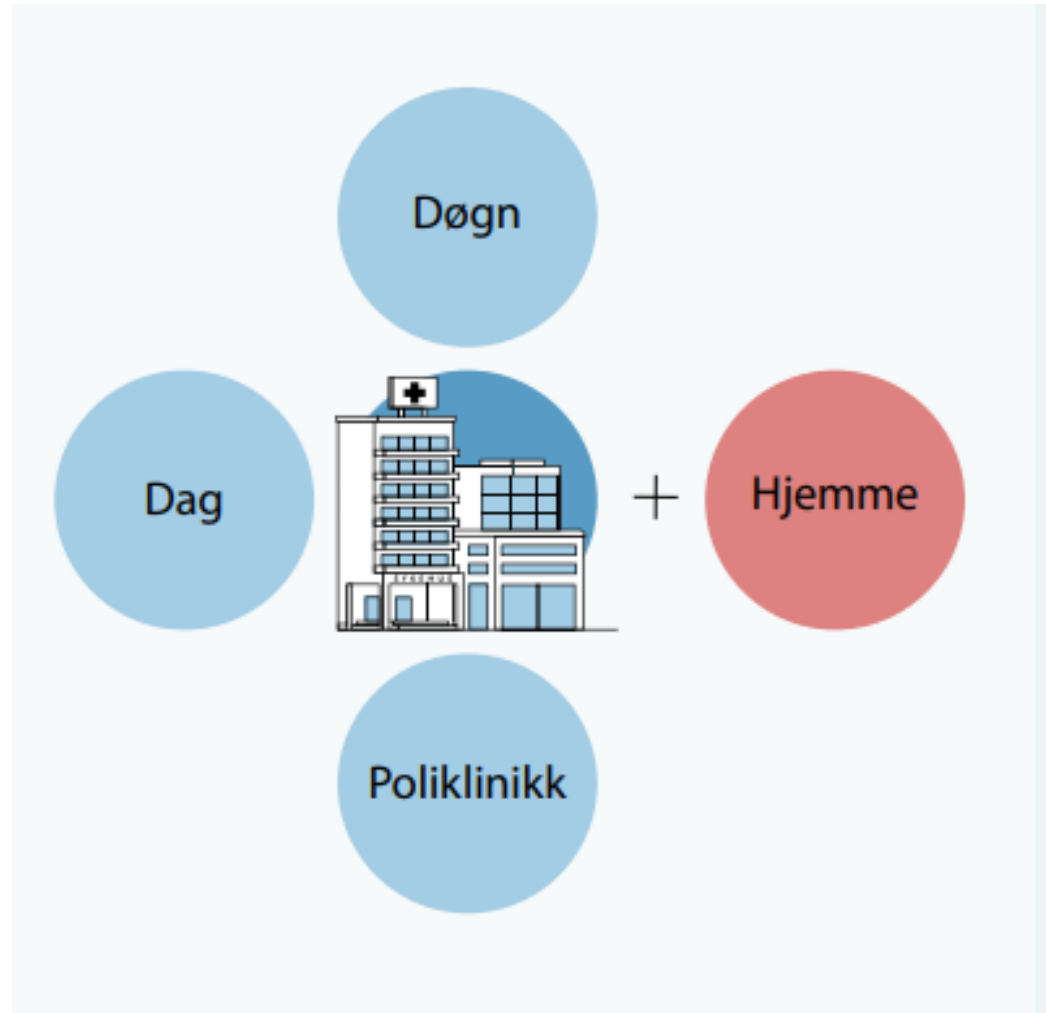
## Det utadvendte sykehuset

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

Figur 5 Det utadvendte sykehuset



# Fra døgnetil dag til hjemme



## Utgangspunktet for OUS Hjemme – innovasjonsarbeid i klinikkene



”

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

**Anne Louise Kleiven**  
AHS Lungemedisin



”

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

**Anett Jørgensen**  
«Front Barn»



”

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

**Grethe Solvang**  
AHS Blodsykdommer



”

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

**Ivar Hompland**  
overlege, sarkom



”

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

**Geir Helge Roaas**  
«Front Ungdom»



”

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

**Nina Granum Lykke**  
AHS for barn

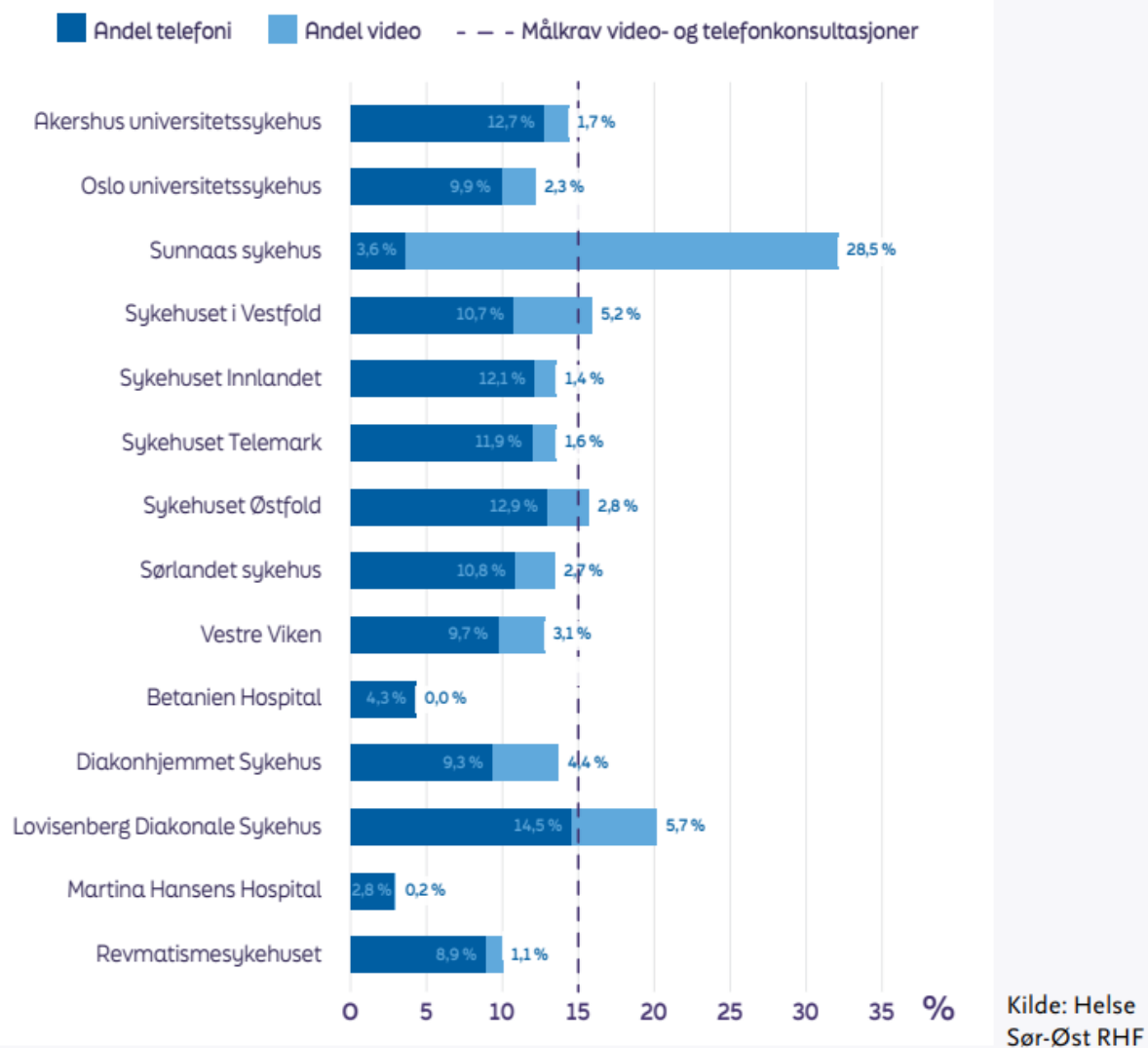
Kilde: Oslo universitetssykehus

---

## Digital hjemmeoppfølging betyr at pasientene kan:

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

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



Måltall: 15%

HSØ 2021: 13.8%

## Brukerstyrt oppfølging av epilepsipasienter, Vestre Viken HF

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

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

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

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



Foto: Vestre Viken



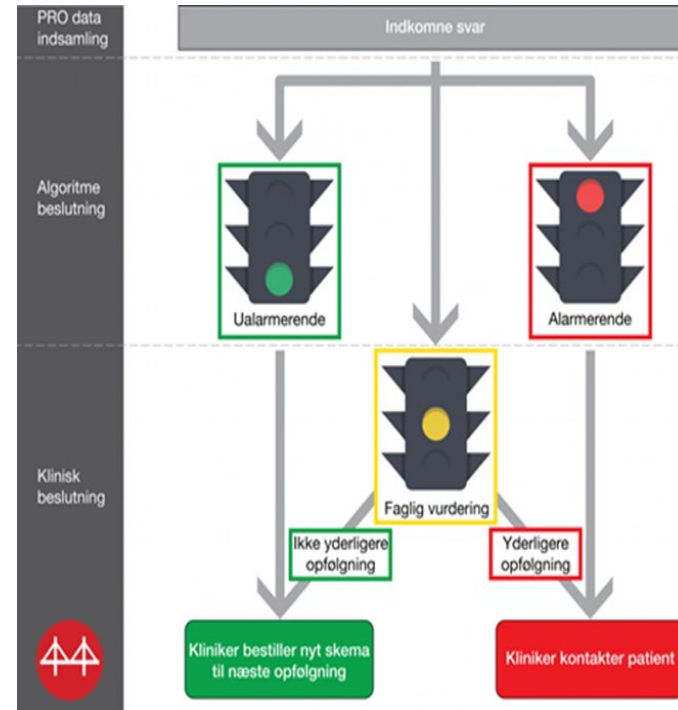
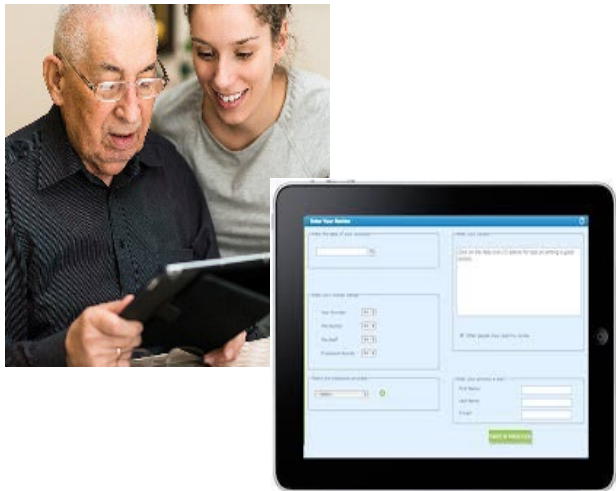
# Brukerstyring er på vei inn i alle helseforetak

# Brukerstyring – sykehus når du trenger det

1 Spørreskjema i stedet for oppmøte

2 Sortering av svar

3 Kontroll bare ved behov



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

### Behandlingstilbud pasientgrupper og teknologi

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

Prosjektets mål er å bidra til:

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

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

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

# Digital egenregistrering for somatikken

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

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

## INNLEDNING

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

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

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

## Institutt for helse og samfunn

# Brukerstyrt oppfølging av epilepsipasienter

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

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

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

Annonse:

  
 FOR HELSEPERSONELL  
**Opplever du at insulinbehandling er komplisert og tidskrevende?**  
 Bestill insulinguiden her  
  
 Novo Nordisk Norway AS  
 Nydalsveien 28 · Postboks 4814  
 Nydalen · 0484 Oslo  
 www.novonordisk.no



Annonse:

FOR  
 O  
 i  
 be  
 er k  
 o  
 kn  
 Best  
 Nov  
 Nydals  
 N  
 w

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

Foto: Monica Sneve

# Innfører digital hjemmeoppfølging av hofteprotese-opererte

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

# Slik innførte vi brukerstyrt innleggelse

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

---

Av: Tone Øiern / Publisert 12.12.2019 / Sist oppdatert 01.06.2022

---





# Brukerstyrt digital oppfølging av pasienter med ryggmargsskade

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

**Prosjektet skal være ferdigstilt i løpet av 2021.**





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

DØGNBEHANDLINGSENHET 3 - SØNDRE OSLO DPS

# Brukerstyrt plass ved Døgnbehandlingssenhet 3 - Søndre Oslo DPS

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

Innledning

Før

Under

Etter

Kontaktinformasjon

## INNLEDNING

---

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

## Henvising og vurdering

Forside > Avdeling > Medisinsk klinikk > Digital egenregistrering for somatikken

# Digital egenregistrering for somatikken

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

---

Publisert 17.11.2021 / Sist oppdatert 24.11.2021

---

## Innledning

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

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

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

## Før

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

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

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

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

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



### Telefon- og videokonsultasjoner

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

### Sykehus kan samarbeide bedre i nettverk

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

# Virtuelt sykehus – samme kompetanse uansett dør inn



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



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

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

Mercy, Cleveland, USA.

# JOURNALEN

OSLO LEGEFORENING NR 3/2015

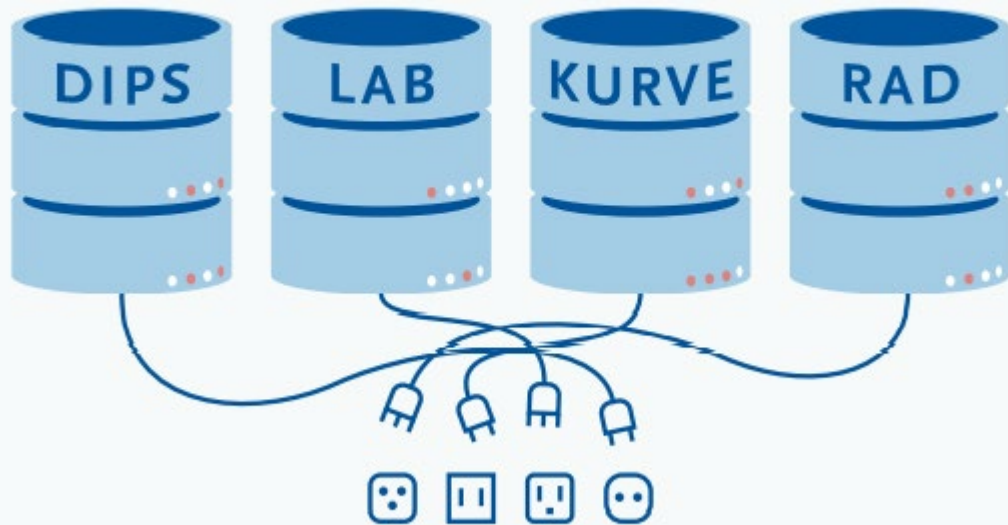


**Svensk radiolog  
ansatt i et spansk  
firma gransker norske  
røntgenbilder fra Praha**

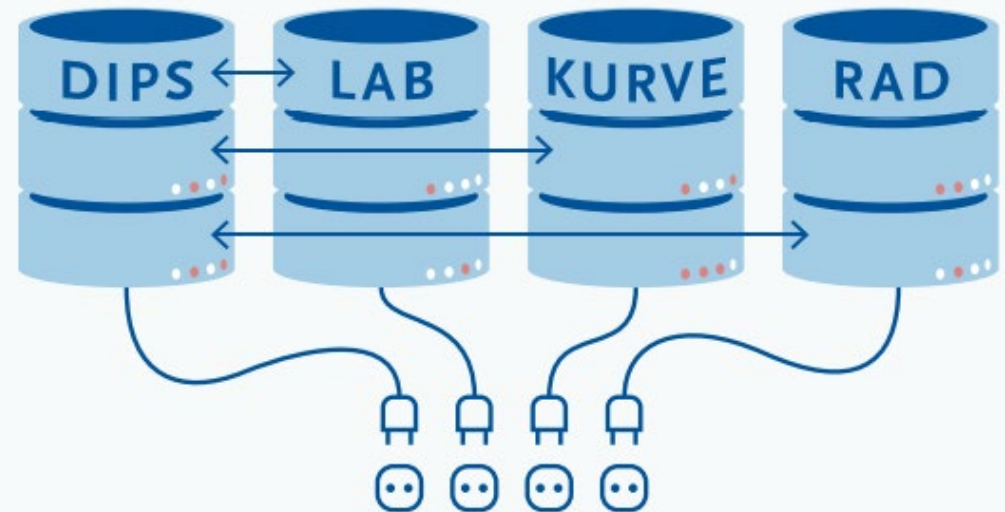
## Digital sammenheng innad i spesialisthelsetjenesten

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

Figur 6 Data innelåst i sine programmer



Figur 7 Integrasjons- og prosessplattform



## Samarbeid om de som trenger det mest – vår felles helsetjeneste

---

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

---

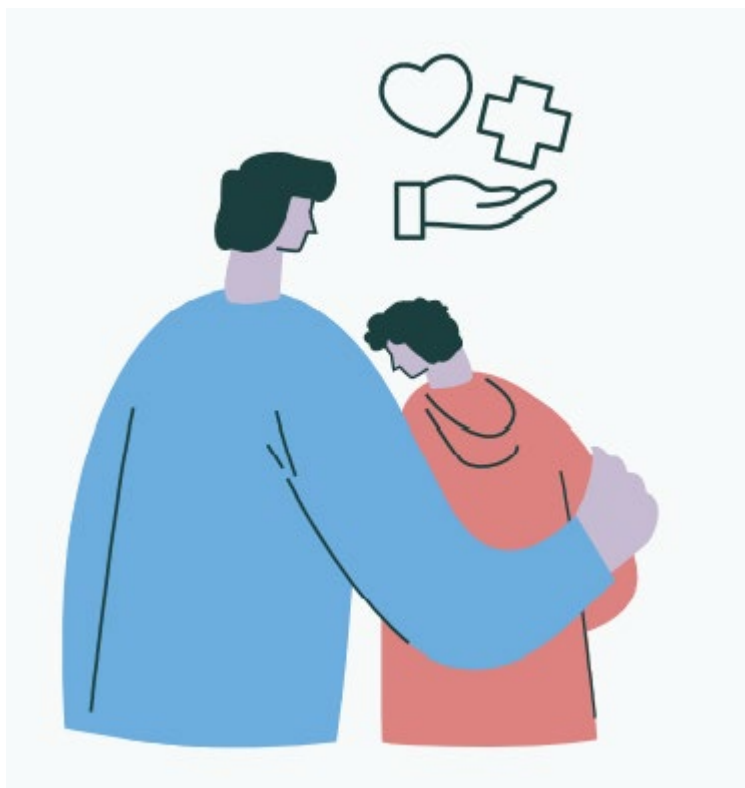
### Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

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



## Videreutvikling av helsefellesskapene

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



Nye data åpner for bedre samordning og mer sammenhengende pasientforløp

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

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

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

## Kompetansebroen – en delingsplattform for helsefellesskap

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

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

deling og erfaringsutveksling mellom helsefellesskap.

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

## ParkinsonNet – nettverksmodell for deling av kompetanse

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

## Helsetjenester til barn og unge

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



### «Med sykehuset i lomma», Akershus universitetssykehus HF

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



Foto: Akershus universitetssykehus



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

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

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

### **FACT Ung etableres i Vestre Viken HF**

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

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



## 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.<sup>13</sup> Ingen andre diagnoser innen psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er assosiert med like mange tapte leveår som rusrelaterte lidelser (tabell). Et godt tilbud innen TSB er derfor viktig.

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

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

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

# Skrøpelige eldre

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

### 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

### FACT Gamle Oslo, eksempel på samhandling bydel og helseforetak

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

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

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

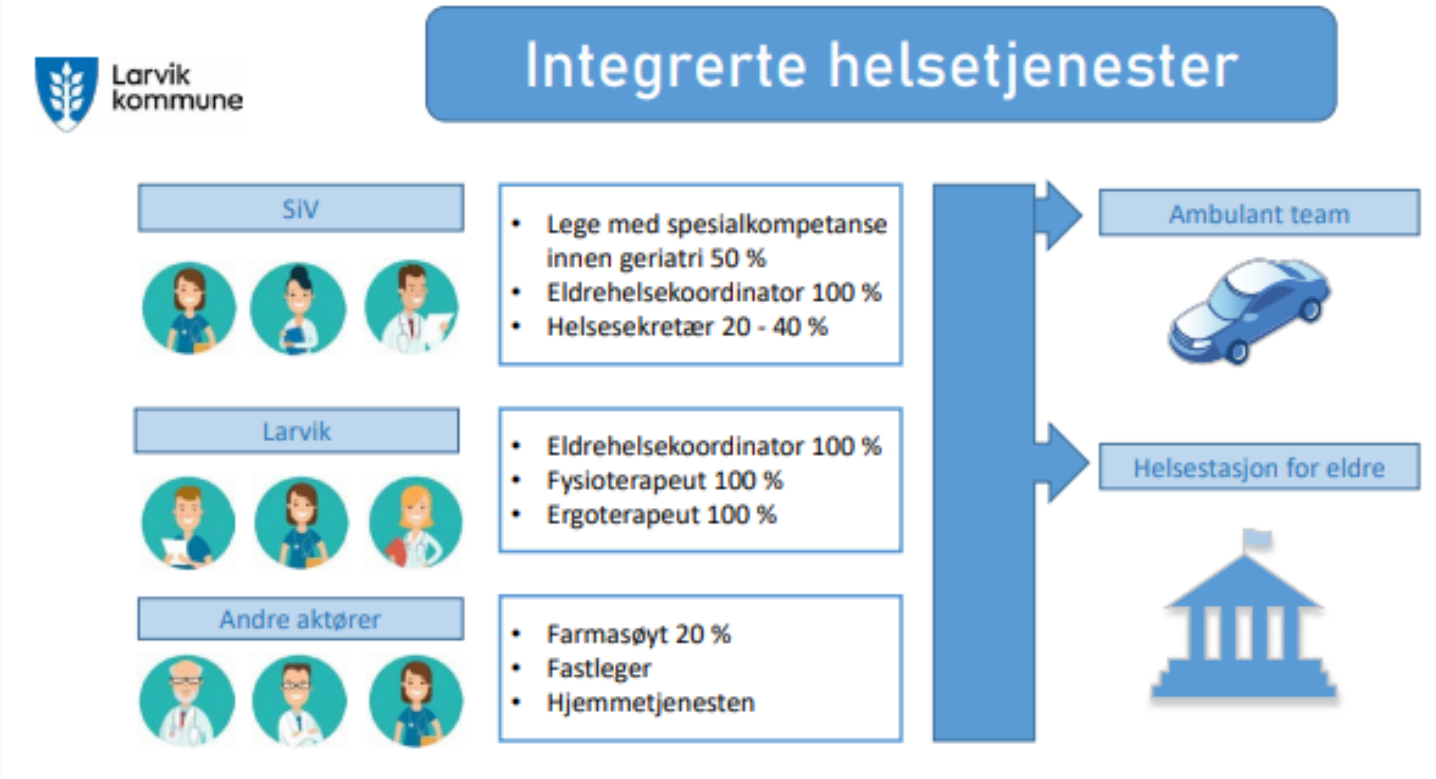
## Pasientsentrerte helsetjenesteteam og pasientforløp for skrøpelige eldre

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

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

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

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





## Videreutvikle de spesialiserte rehabiliterings- og habiliteringstjenestene

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

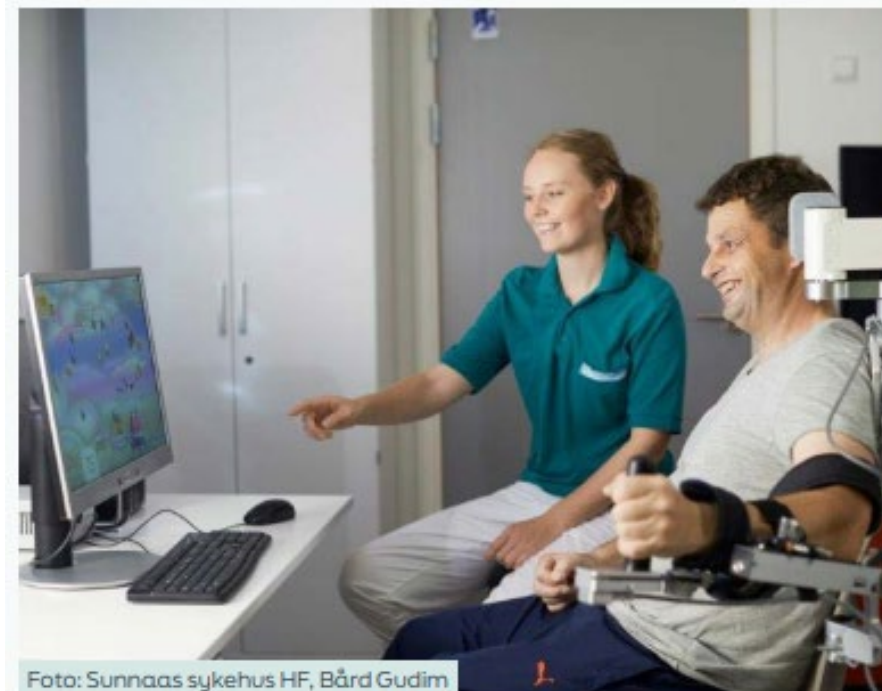


Foto: Sunnaas sykehus HF, Bård Gudim

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

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



Foto: Akershus universitetssykehus

#### Samkonsultasjoner gir sammenheng i behandlingen, Akershus universitetssykehus HF

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

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

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

## Helse og arbeid

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

### Individuell jobbstøtte (IPS) for å komme tilbake til jobb

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

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

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



Foto: Scanstock

### Ung Arena +

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

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



## Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester

---

Vi vil gjøre de riktige tingene med bedre kvalitet

---

### Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

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

### Vi vet at vi kan gjøre noe med det

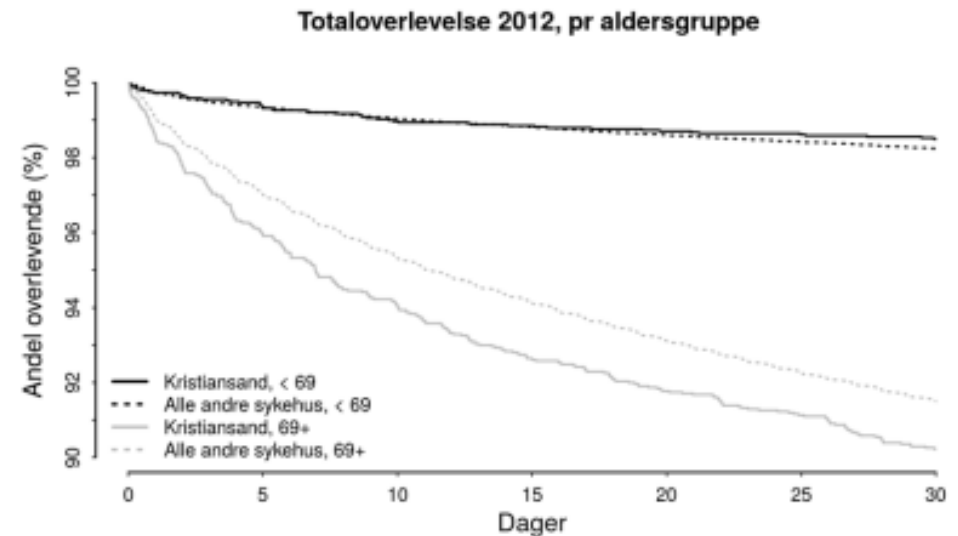
Vi har erfaring for at når fagfolk og ledelse oppdager at kvaliteten på tjenestene de gir er dårlig, så evner de å forbedre.

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

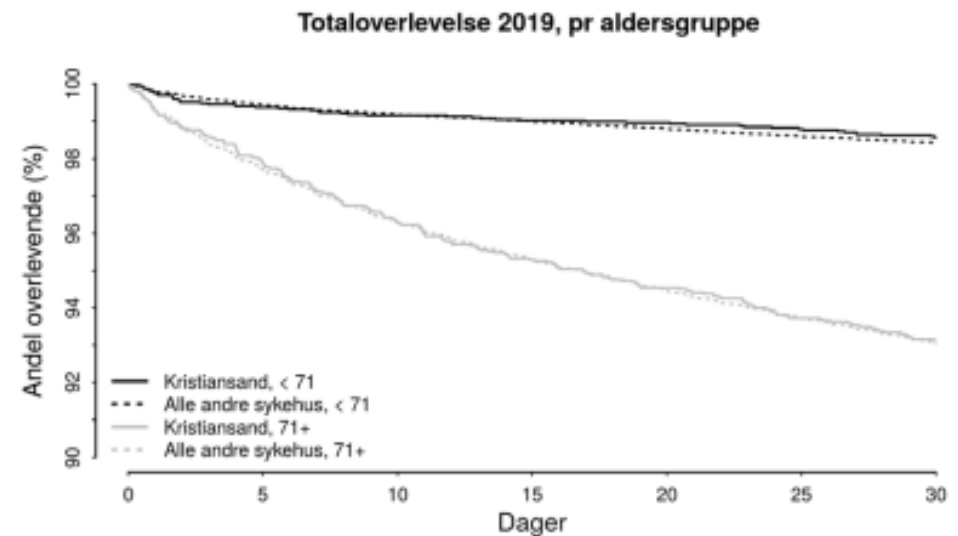
#### 30 dagers overlevelse ved Sykehuset Sørlandet

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

Figur 10 Lavere overlevelse hos eldre i Kristiansand



Figur 11 Bedret overlevelse hos eldre i Kristiansand



### Øke bruk av kliniske fagrevisjoner

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

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

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

### Engasjere ledere

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

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

## Ta tiden tilbake – mer tid til pasientrettet arbeid

---

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

---



## Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

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

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

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

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

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

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



Foto: Lars-Erik Vollebæk, Vestre Viken



**2022:**

**703 prosjekter oppgavedeling/-fordeling i Helse Sør-Øst**

## Personaleffektive arealer og bedre helselogistikk

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

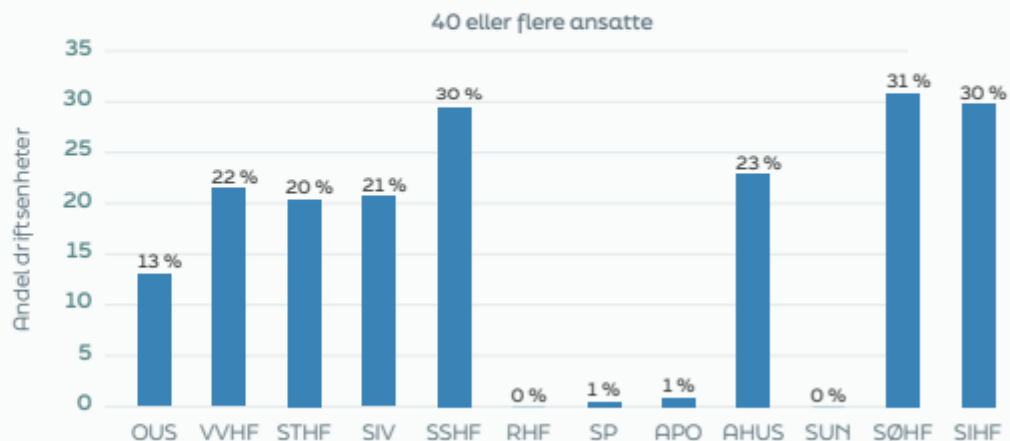


## Mange ledere i sykehus har flere enn førti ansatte

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

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

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



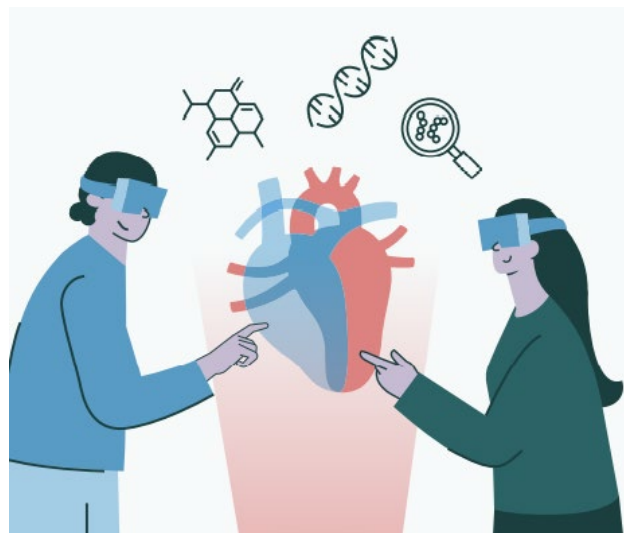
## Organisering og ledelse

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

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

## Forskning og innovasjon for bedre helsetjeneste

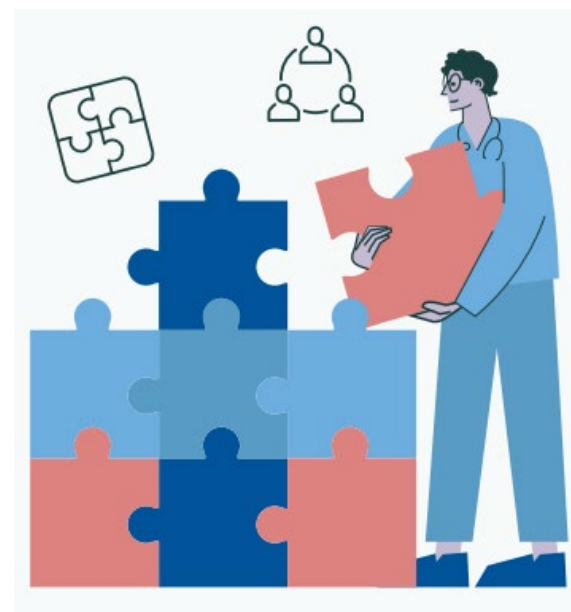
Helse Sør-Øst sin forskning utgjør 63 prosent av helseforskningen i Norge, og regionen leder an arbeidet med å legge til rette for forskning og innovasjon innen spesialisthelsetjenesten. Viktige satsingsområder er nye behandlingsmåter, samhandlingsstrukturer og bruk av ny teknologi.



### Helse Sør-Øst vil i planperioden prioritere:

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

# Fra plan til gjennomføring



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

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

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

# Regional Utviklingsplan 2040

## DEL 2 Rammer og forutsetninger

HELSE  SØR-ØST

# Innhold

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



## Beredskap og læring fra pandemien

---

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

---

### Beredskap og læring av erfaringer fra koronapandemien

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

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



## Informasjonssikkerhet

---

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

---

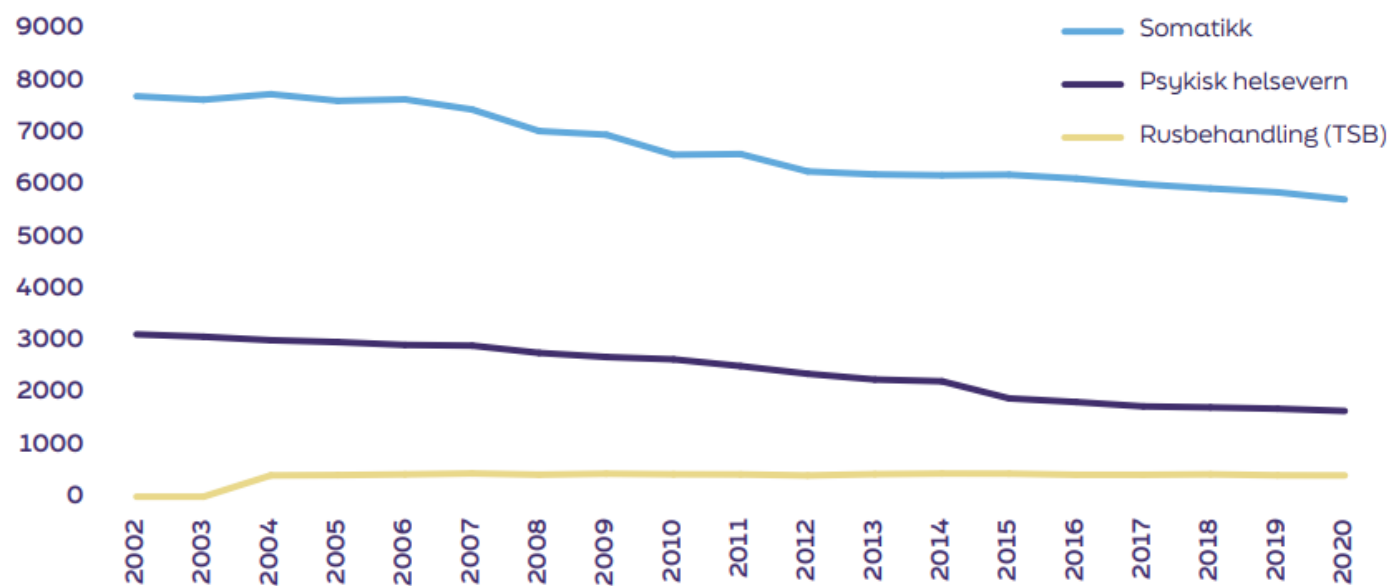
Informasjonssikkerhet skal være en integrert del av helhetlig virksomhetsstyring, der det er tydeliggjort at informasjonssikkerhet skal inngå som en del av helhetlige beslutninger. Arbeidet med informasjonssikkerhet skal følge overordnet mål og strategi for informasjonssikkerhet.



## Aktivitet og kapasitet – har reduksjon i sengeantall nådd bunnen?

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

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



Kilde:  
Statistisk  
sentralbyrå

# Framskriving – vi planlegger ikke lenger for uspesifisert oppgaveoverføring til kommunene

## Framskrivinger av liggedøgn

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

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

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

**Tabell 2** Framskrivinger av liggedøgn somatikk

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

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

**Tabell 3** Framskrivinger av liggedøgn tverrfaglig spesialisert rusbehandling

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

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

**Tabell 4** Framskrivinger av liggedøgn psykisk helse

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

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

**Tabell 5** Framskrivning av poliklinisk aktivitet

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

## Framskrivning av bemanning

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

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



• Foto: Oslo universitetssykehus HF

## Rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere

Kjernen i vår virksomhet er kompetansen til medarbeidere og ledere.



Foto: Esten Borgos – Sukehuset Østfold

### Fem hovedtema skal ha fokus framover

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

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



## Reduksjon av deltid, prosjekt i Sykehuset Østfold HF

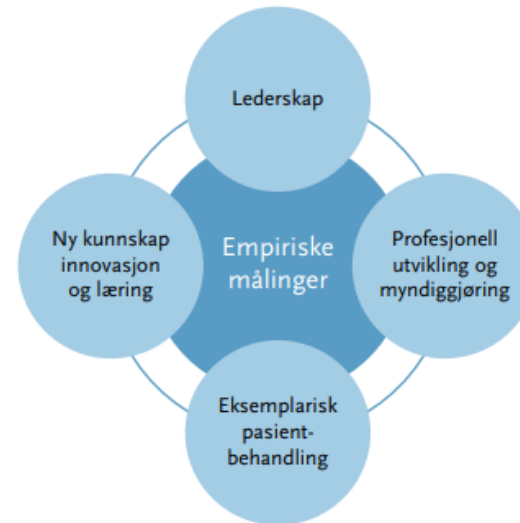
Sykehuset Østfold HF vil gjennom prøveprosjektet utprøve konkrete tiltak og løsninger, med sikte på operasjonalisering i den ordinære driften. Det tas særlig sikte på å finne varige og forutsigbare løsninger som bidrar til å redusere andelen deltid, øke andel heltidsstillinger og redusere bemanningsutfordringene,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

## Lovisenberg Diakonale Sykehus – et lærende sykehus

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

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

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



## Utdanning og kompetanse

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

Figur 4 Regional delstrategi for utdanning og kompetanse



## Teknologi

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

Figur 5 Innsatsområder innen teknologi



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

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

## Felleseide selskaper

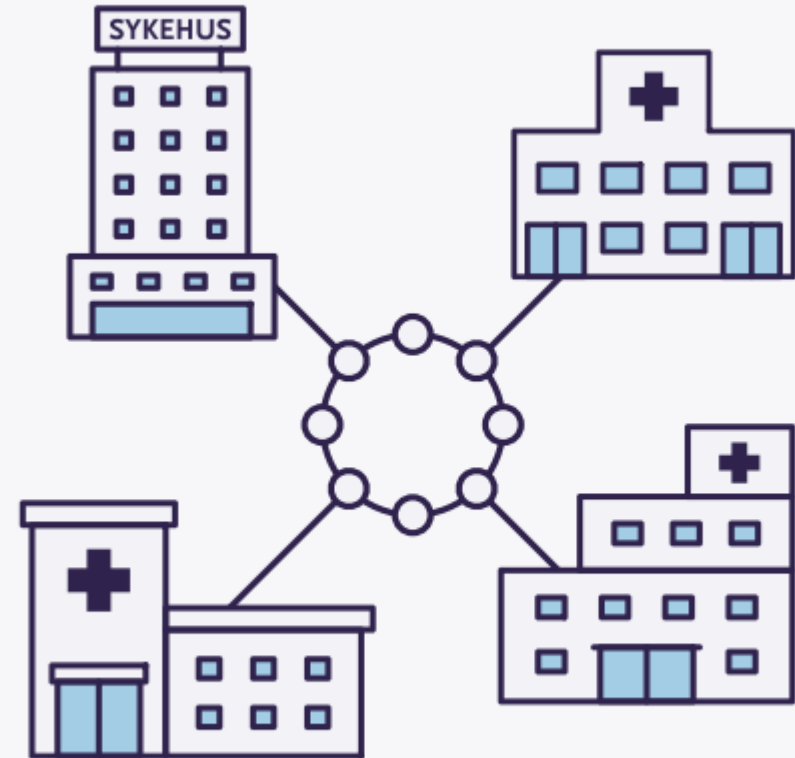
---

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

---

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

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



## Eiendom

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

Tabell 5 Nøkkeltall areal i helseforetaksgruppen

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

\* ØLP grunnlagsinfo pr 31.12.2020

Kilde: www.ssb.no/ grunnlagsår 2019

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

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

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

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

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

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

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

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

\*\* Groruddalen er overført til OUS i 2040

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

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

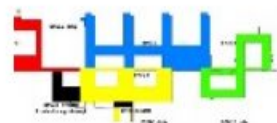
\* 80% belegg for TSB i 2040

\*\* Groruddalen er overført til OUS i 2040

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

B1

Prosjektinnramming



Sykehuset Østfold HF  
Kreft- og somatikkbygg, Kalnes

B2

Konseptfase



Sunnaas sykehus HF  
Byggetrinn 3



Videreutvikling av  
Sykehuset Innlandet HF



Akershus universitetssykehus HF  
Kreft- og somatikkbygg



Sørlandet sykehus HF  
Akuttbygg Kristiansand

B3

Forprosjekt



Oslo universitetssykehus HF  
Nye Rikshospitalet



Oslo universitetssykehus HF  
Nye Aker



Oslo universitetssykehus HF  
Ny sikkerhetspsykiatri



Sykehuset Telemark HF  
Utbygging somatikk Skien



Akershus universitetssykehus HF  
Samling av sykehusbasert psykisk helsevern

B4

Gjennomføringsfase



Vestre Viken HF  
Nytt sykehus i Drammen



Sørlandet sykehus HF  
Nybygg psykisk helsevern



Oslo universitetssykehus HF  
Protonsenter og klinikkbygg  
Radiumhospitalet



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

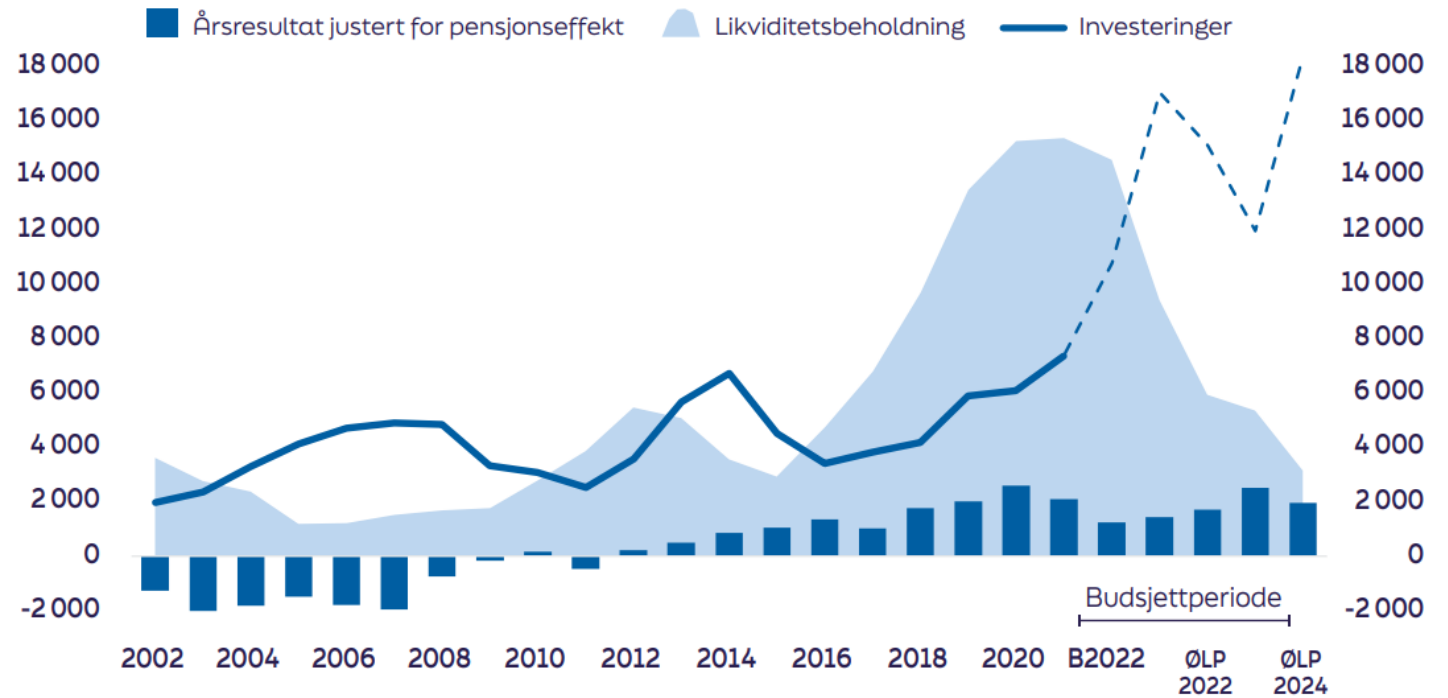


Oslo universitetssykehus HF  
Storbylegevakten  
(Finansiell leasing, i samarbeid med byggherre Oslobygg)

## Økonomi

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

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



Kilde: Årsregnskaper, Budsjett 2022 og økonomisk langtidsplan



