

REGIONAL UTVIKLINGSPLAN 2035

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



1	Bakgrunn	4
1.1	Arbeidet med regional utviklingsplan	4
1.2	Fakta om Helse Sør-Øst	5
1.3	Aktivitet og egendekning.....	6
2	Hovedpunkter fra helseforetakenes utviklingsplaner og regionale prioriteringer	9
2.1	Pasientens helsetjeneste.....	9
2.2	Oppgavedeling og samhandling	11
2.3	Psykisk helsevern	14
2.4	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	15
2.5	Rehabilitering	16
2.6	Habilitering.....	17
2.7	Hjerneslag	18
2.8	Kreftkirurgi.....	19
2.9	Prehospitale tjenester	21
2.10	Legemidler og antibiotikaresistens	22
2.11	Forebygging.....	24
2.12	Bemanning, utdanning og kompetanse.....	25
2.13	Organisering og ledelse.....	29
2.14	Forskning og innovasjon	31
2.15	Økonomi.....	35
2.16	Teknologi og utstyr	37
2.17	Bygg	39
3	Overordnede føringer	42
3.1	Spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar	42
3.2	Helse og arbeid	43
3.3	Nasjonale og regionale strategier og føringer	44
4	Utviklingstrekk – hvordan vil trender påvirke oss?	45
5	Analyse, framskrivninger og veivalg	49
5.1	Utviklingen fremover for bemanning og kompetanse.....	49
5.2	Bemanningsframskrivninger.....	51
5.3	Analyser av aktivitet og kapasitet	52
5.4	Framskrivninger av aktivitet og kapasitet.....	55
5.5	Ny kunnskap om framskrivninger og behov	61
5.6	Endring i opptaksområder og region- og kommunereformen	62
5.7	Endringer i opptaksområder i hovedstadsområdet.....	63
5.8	Oppsummering	66
6	Mål og satsingsområder	67
6.1	Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi	68
6.2	Samarbeid om de som trenger det mest.....	73
6.3	Redusere uønsket variasjon.....	79
6.4	Ta tiden tilbake - mer tid til pasientrettet arbeid.....	82
6.5	Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste	83
6.6	Forutsetninger for å lykkes med omstilling.....	85
6.7	Fra plan til gjennomføring.....	86

Innledning

Regional utviklingsplan 2035 skal ligge til grunn for utviklingen i Helse Sør-Øst RHF frem mot 2035 og har som mål å fremme:

- 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

Regional utviklingsplan baserer seg på utviklingsplanene fra helseforetakene i regionen og peker på ønsket utvikling på kort sikt og frem mot 2035. Planen omhandler viktige trender og drivere for endringer i helsetjenesten i årene som kommer. Det er ikke lett å forutsi hvordan framtidens helsevesen vil bli, men samtidig er det nødvendig å planlegge for utviklingen av tjenesten.

Det har vært en betydelig effektivisering i helsevesenet over en lang periode samtidig som det fortsatt er rom for å forbedre logistikk og systemer. I tillegg må nye arbeidsformer vurderes og konkretiseres. Spesialisthelsetjenesten må bidra til at pasienter kan få oppfølging og behandling utenfor sykehus, og det må utvikles fleksible og nye måter å løse oppgavene på.

Helse Sør-Øst RHF vil prioritere fem satsingsområder i planperioden:

1. Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
2. Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
3. Redusere uønsket variasjon
4. Mer tid til pasientrettet arbeid
5. Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Satsingsområdene som beskrives i planen vil være viktige for å videreutvikle «pasientens helsetjeneste». I norsk helsetjeneste og internasjonalt finnes det en rekke gode løsninger og vellykkede piloter knyttet til satsingsområdene. Denne kunnskapen og nye idéer må legges til grunn for systematiske satsinger.

Regional utviklingsplan inneholder også framskrivninger av behovet for kapasitet og bemanning. Framskrivningene gjøres nå på samme måte i alle regioner. Vi skal samarbeide om å videreutvikle metodene slik at planene blir bedre.

Prosjektgruppen har gjennomført en rekke møter med ulike aktører som Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, andre regionale helseforetak, helseforetak i regionen, brukerutvalg, ungdomsråd, tillitsvalgte og medarbeidere i Helse Sør-Øst. Det har endret vår plan underveis. Takk til alle som har bidratt!

Utkast til *Regional utviklingsplan 2035* for Helse Sør-Øst har vært på høring i perioden 1. juli-15. oktober 2018. Det har kommet svar fra 169 høringsinstanser, hvorav 83 kommuner. Høringsuttalelsene viser at det er bred støtte til både mål og satsingsområder. Det har kommet mange gode forslag til endringer og endelig versjon er derfor omarbeidet. Mange har ønsket flere konkrete tiltak, og det har kommet flere forslag. Det gjør at vi gleder oss til det videre arbeidet.

Hamar, desember 2018



Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1 Bakgrunn

1.1 Arbeidet med regional utviklingsplan

I foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 4. mai 2016 ble oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan behandlet. Det ble lagt til grunn at alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner. Oppdraget ble utdypet i foretaksmøtet 10. januar 2017 der det ble fremhevet at utviklingsplanene må kunne ses samlet slik at de legger et grunnlag for det samlede tjenestetilbudet i regionen.

Det er utarbeidet en «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» som er vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF 16. juni 2016 (sak 056-2016). Veilederen er lagt til grunn i arbeidet med helseforetakenes utviklingsplaner.

Høsten 2016 gjennomførte Helse Sør-Øst RHF et arbeid for å utvikle særskilte faglige føringer innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), psykisk helsevern (PHV), rehabilitering og habilitering. I tillegg ble hjerneslagsbehandling, kreftkirurgi og prehospitale tjenester fremhevet som viktige utviklingsområder. Det ble videre utarbeidet en sammenstilling av gjeldende strategier og planer som grunnlag for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner. Styret i Helse Sør-Øst RHF sluttet seg 2. februar 2017 til føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner som er angitt i dokumentet «Strategier, planer og regionale føringer» (sak 008-2017).

I foretaksmøte 16. januar 2018 ble det gitt ytterligere føringer for arbeidet med regional utviklingsplan: «Regionale utviklingsplaner må omhandle de samme temaene som helseforetakenes utviklingsplaner, jf. veileder for arbeidet med utviklingsplaner. Det skal i de regionale utviklingsplanene gjøres en vurdering av kapasitetsbehovet i regionen under ett. De regionale helseforetakene skal bruke samme metodikk for vurdering av kapasitetsbehov, slik at kapasitetsbehovet kan summeres på nasjonalt nivå, jf. protokoll fra foretaksmøtet januar 2017. Bruk av private, inkl. avtalespesialister, må omtales i regionale utviklingsplaner.»

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok 2. februar 2018 (sak 009-2018) rammene for arbeidet med *Regional utviklingsplan 2035*. Arbeidet er organisert som et prosjekt med en styringsgruppe som har bestått av ledergruppen i det regionale helseforetaket sammen med representanter fra brukere og konserntillitsvalgte.

Arbeidet med den regionale utviklingsplanen har vært preget av bred involvering og forankring. Regionale føringer for arbeidet med helseforetakenes utviklingsplaner ble vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF 2. februar 2017 (sak 008-2017) og kommunisert til helseforetakene som grunnlag for deres prioriteringer. Deretter har det regionale prosjektet ført en tett dialog med helseforetakene under deres arbeid med utviklingsplanene i 2017-2018. Prosjektet har holdt i overkant av 100 møter med interne og eksterne interessenter, som aktører i helseforetakene, brukerutvalg, ungdomsrådene i helseforetakene, konserntillitsvalgte, Oslo kommune, de andre regionale helseforetakene og andre interessenter. I disse møtene har prosjektet redegjort for tema og prosess for planarbeidet. De mulige tiltakene er diskutert og utviklet sammen med interessentene.

Utkast til *Regional utviklingsplan 2035* ble fremlagt styret 14. juni 2018 (sak 051-2018) og styret vedtok at planen skulle sendes på en bred høring. Høringsperioden har vært 1. juli til 15. oktober 2018, og planen ble sendt til 290 høringsinstanser. Det er kommet inn svar fra 169 høringsinstanser, herunder fra blant annet 83 kommuner (flere kommuner har valgt å gi felles hørings svar), 11 helseforetak, to fylkeskommuner, fire brukerutvalg, fire pasient- og brukerorganisasjoner, en utdanningsinstitusjon, fem fagforeninger og private ideelle virksomheter. Samtlige hørings svar er lagt ut på nettsidene til Helse Sør-Øst RHF. Planen er omarbeidet, og nye

kapitler er lagt til etter høringsrunden. På den måten har høringsinstansene satt gode spor i endelig versjon av planen.

1.2 Fakta om Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF har et «sørge for»-ansvar for spesialisthelsetjenester til om lag tre millioner mennesker i fylkene Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. Det er 167 kommuner i regionen per 1. januar 2018, inkludert Oslo kommune som er organisert i 15 bydeler. Regionen ivaretar dessuten nasjonale helsetjenester innen flere områder.

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

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

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

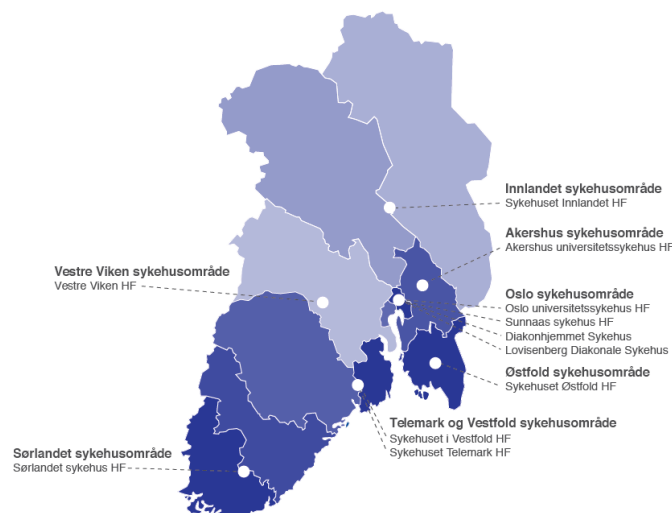
Det regionale helseforetaket eier sammen med de andre regionale helseforetakene seks helseforetak:

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

Helse Sør-Øst RHF kjøper i tillegg behandlingstilbud og diagnostiske tjenester av private aktører innen somatiske spesialisthelsetjenester, rehabilitering, PHV og TSB. Foretaksgruppens årsumsetning er ca. 81 milliarder kroner og til sammen 78 000 medarbeidere utfører om lag 61 000 månedsverk.

Figur 1 viser regionens inndeling i sykehusområder og hvilke helseforetak og sykehus som inngår i de syv sykehusområdene. Helseforetakene har virksomhet på flere steder, herunder somatiske og psykiatriske sykehus, desentraliserte tilbud med distriktpsykiatriske sentre og poliklinikker og utstrakt samarbeid med kommuner. I tillegg til lokalsykehusfunksjoner ivaretar Oslo universitetssykehus HF flere nasjonale, flerregionale og regionale oppgaver. Sunnaas sykehus HF er et eget helseforetak for spesialisert rehabilitering.

Figur 1: Oversikt over sykehusområder, helseforetak og sykehus



Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Tabell 1 gir en oversikt over sykehusområder, helseforetak, antall innbyggere og hvor stor andel av regionens innbyggere som bor i det enkelte sykehusområde.

Tabell 1: Helse Sør-Øst sykehusområder og helseforetak per 2017

Sykehusområde	Innbyggere i 2017	Helseforetak	Andel innbyggere (%)
Akershus	508 398	Akershus universitetssykehus HF	17
Innlandet	400 214	Sykehuset Innlandet HF	14
Oslo	557 384	Oslo universitetssykehus HF Lovisenberg Diakonale Sykehus Diakonhjemmet Sykehus	19
Sørlandet	300 789	Sørlandet sykehus HF	10
Telemark og Vestfold	173 307	Sykehuset Telemark HF	6
	230 899	Sykehuset i Vestfold HF	8
Vestre Viken HF	487 348	Vestre Viken HF	17
Østfold	292 208	Sykehuset Østfold HF	10
HSØ	2 950 547		100

Kilde: SSB 2017

1.3 Aktivitet og egendekning

Aktivitet og egendekning – somatisk virksomhet

Innen det somatiske tjenesteområdet var det for personer bosatt i Helse Sør-Øst i 2017 registrert følgende (kilde: Norsk pasientregister):

- 439 000 døgnopphold som utgjorde vel 1,84 millioner liggedager
- 3,34 millioner polikliniske konsultasjoner og 193 000 dagopphold. Aktivitet utført av avtalespesialister kommer i tillegg
- 222 000 operasjoner ¹

Pasientstrøm somatisk virksomhet

Tabell 2 viser at egendekningen i sykehusområdene og mellom sykehusene varierer. Egendekningen for behandling i sykehus er størst i Oslo sykehusområde, det vil si at pasienter bosatt i Oslo sykehusområde i hovedsak blir behandlet ved Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus.

¹ Kirurgiske DRG, eks friske nyfødte og DRG 112x (PCI, ablasjon) og 115x (pacemaker)

Sørlandet sykehus HF har også en høy egendekning. Dette har trolig sammenheng med at det er lang reisetid til Oslo, men også at det er etablert spesialiserte tilbud ved sykehuset som for eksempel strålebehandling og behandling av trange blodårer til hjertet, såkalt PCI-behandling.

Akershus sykehusområde har lav egendekning. Det har sammenheng med historiske pasientstrømmer i hovedstadsområdet, korte reiseavstander, felles arbeidsmarked, fritt behandlingsvalg og avtalt oppgavedeling mellom sykehusene. Det er fremdeles en stor del av befolkningen i bydelene som tilhører Akershus sykehusområde, som benytter seg av Oslo universitetssykehus HF.

Tabell 2: Egendekning innen somatikk etter sykehusområder (% liggedøgn)

Sykehusområde	Helseforetak	Eget HF/ sykehus %	Oslo univ.sh %	Øvrige %
Akershus	Akershus universitetssykehus HF	69	17	14
Innlandet	Sykehuset Innlandet HF	79	11	10
Oslo	Oslo universitetssykehus HF Diakonhjemmet Sykehus Lovisenberg Diakonale Sykehus	91		9
Sørlandet	Sørlandet sykehus HF	84	10	6
Telemark og Vestfold	Sykehuset i Telemark HF	77	11	12
	Sykehuset i Vestfold HF	76	14	10
Vestre Viken	Vestre Viken HF	78	14	8
Østfold	Sykehuset Østfold HF	76	14	10

Kilde: Norsk pasientregister 2017 ²

Aktivitet – PHV og TSB

Data fra Norsk pasientregister viser at det for bosatte i Helse Sør-Øst i 2017 var om lag 30 000 innleggelser med rundt 578 000 oppholdsdøgn innen psykisk helsevern, PHV, for voksne. Innen PHV for barn og unge var det 1 500 innleggelser med til sammen 57 000 oppholdsdøgn. Tverrfaglig spesialisert behandling, TSB, av rusmiddelproblemer hadde vel 10 000 innleggelser med tilsammen 375 000 oppholdsdøgn.

Pasientstrøm PHV og TSB

Tabell 3 viser at egendekningen i sykehusområdene og mellom sykehusene innen PHV for voksne, psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) og TSB varierer.

Tabell 3: Egendekning innen PHV og TSB etter sykehusområder (% oppholdsdøgn)

Sykehusområde	Helseforetak	TSB	PHV	PHV-BU
Akershus	Akershus universitetssykehus HF	30	70	43
Innlandet	Sykehuset Innlandet HF	21	87	89
Oslo	Oslo universitetssykehus HF Diakonhjemmet Sykehus Lovisenberg Diakonale Sykehus	25	78	74
Sørlandet	Sørlandet sykehus HF	49	89	98
Telemark og Vestfold	Sykehuset i Vestfold HF	21	80	69
	Sykehuset Telemark HF			
Vestre Viken	Vestre Viken HF	34	78	82
Østfold	Sykehuset Østfold HF	34	86	49

Kilde: Norsk pasientregister 2017

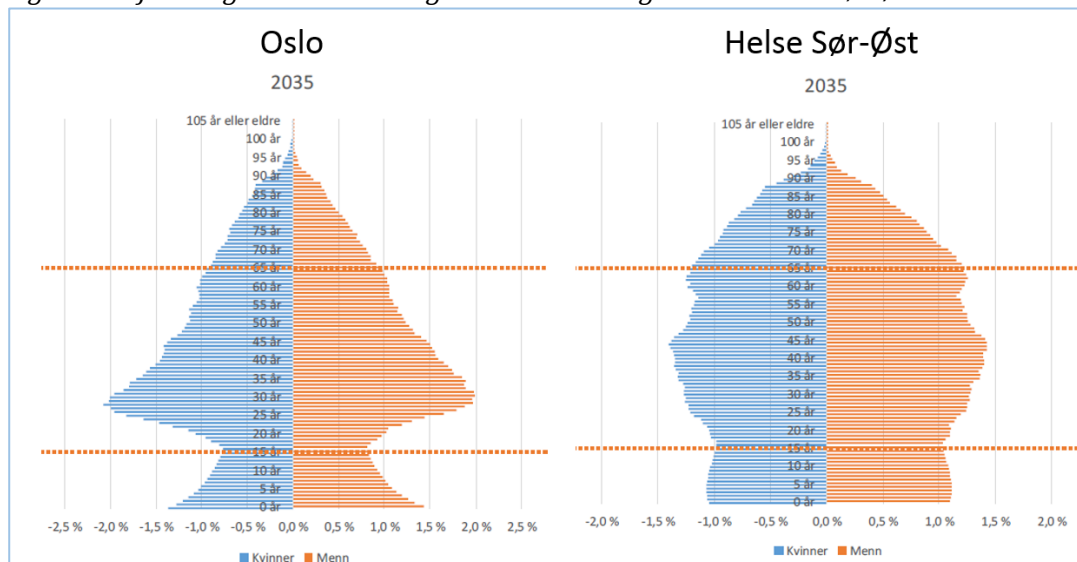
Egendekning for oppholdsdøgn i sykehus viser at de private ideelle avtalepartnerne kapasitet er betydelig. Dette gjelder spesielt innen TSB i alle sykehusområder, og for tilbudet innen psykisk helse for barn og ungdom i Akershus og Østfold. Utover dette er det forholdsvis små pasientstrømmer på tvers av sykehusområdene, med unntak av noe regional aktivitet (sikkerhetspsykiatri) ved Oslo universitetssykehus HF og historiske pasientstrømmer og avtaler for befolkningen i Akershus.

² Aktivitet ved Martina Hansens Hospital, Revmatismesykehuset og Betanien Hospital er henført sykehusområdet der de geografisk ligger.

Befolkningssammensetning og oppgavedeling for sykehusene i hovedstadsområdet

Befolkningsveksten i Akershus og Oslo er størst i Norge. Samtidig er befolkningsutviklingen i Oslo annerledes enn for resten av regionen ved at det fortsatt vil bo mange unge i Oslo i 2035. Dette er vist i figur 2.

Figur 2: Befolkningssammensetning i Oslo sammenlignet med Helse Sør-Øst 2035



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Kort avstand mellom sykehusene i Oslo og omegn og til dels differensiering av oppgaver gjør at pasientene ofte har kontakt med flere sykehus. Oppgavedeling og kapasitetsutfordringer stiller særlige krav til samarbeid.

Det er et mål at befolkningen skal ha et klart definert lokalsykehus. I dag er det betydelige pasientstrømmer mellom sykehusene i Oslo og Akershus sykehusområder. Tabell 4 viser pasientstrømmene innen somatisk virksomhet. Eksempelvis ser vi at befolkningen som bor i Akershus sykehusområde og som har Akershus universitetssykehus som definert lokalsykehus, i dag har 23 prosent av sine liggedøgn ved Oslo-sykehusene. Lavest egendekning har Lovisenberg Diakonale Sykehus som kun håndterer 28 prosent av de totale liggedøgnene for befolkningen i eget opptaksområde.

Tabell 4: Egendekning innen somatikk ved sykehusene i Oslo og Akershus sykehusområder (2017)

Liggedøgn	Sykehusområde	Aktivitet utført ved:				
		Akershus universitetssykehus HF	Oslo universitetssykehus HF	Lovisenberg Diakonale Sykehus	Diakonhjemmet Sykehus	Øvrige
Bor i sykehus- og opptaksområder	Akershus sykehusområde	69 %	17 %	1 %	3 %	10 %
	Oslo sykehusområde	1 %	70 %	11 %	10 %	7 %
	Diakonhjemmet Sykehus	0,4 %	47 %	3 %	41 %	9 %
	Lovisenberg Diakonale Sykehus	2 %	61 %	28 %	1 %	7 %
	Oslo universitetssykehus HF	2 %	84 %	6 %	2 %	7 %

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

2 Hovedpunkter fra helseforetakenes utviklingsplaner og regionale prioriteringer

De ni helseforetakene som utfører pasientbehandling, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus har utarbeidet egne utviklingsplaner. Planene er basert på føringer gitt i *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* godkjent av styret i Helse Sør-Øst RHF 16. juni 2016 (sak 056-2016) og regionale føringer og rammer for arbeidet vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF henholdsvis den 2. februar 2017 (sak 008-2017) og 1. februar 2018 (009-2018).

Helse Sør-Øst RHF peker i den regionale planen på sentrale punkter innen ulike områder fra helseforetakenes utviklingsplaner, og hvilken utvikling som er ønskelig.

Basert på høringsinnspillene er flere områder kommet til og utdypet i endelig versjon av utviklingsplanen.

2.1 Pasientens helsetjeneste

Pasientens helsetjeneste innebærer likeverdige, gode og trygge helsetjenester der:

- Pasientene har lovfestet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder
- Pasientene skal delta som likeverdig part i beslutninger som berører egen helse, behandling og utvikling av helsetjenesten
- Helsetjenesten samarbeider om helhetlige pasientforløp, forebygging av sykdom og skader i befolkningen, kompetanseoverføring, kompetanseoppbygging, veiledning og endringer i tilbud som påvirker samarbeidspartenes tilbud og tjenester



Kvalitet og pasientsikkerhet

Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er grunnleggende for å skape pasientens helsetjeneste og gis stor oppmerksomhet i overordnede føringer fra nasjonale myndigheter.

Helseforetakenes utviklingsplaner gjenspeiler at det er stor oppmerksomhet på arbeid med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Helse Sør-Øst RHF sine ambisjoner innen området er nedfelt i *Helse Sør-Øst Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020*, vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF 16. november 2017 (sak 106-2017). Strategien peker på tre hovedsatsingsområder:

- Styrket pasientrolle
- Kvalitetsorientert ledelse
- Reduksjon av uønsket variasjon

Hovedområdene i strategien legger til grunn at pasienter og medarbeidere skal være trygge og sikre i helsetjenesten. Helse, miljø og sikkerhet (HMS) og pasientsikkerhet skal integreres og ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal etterleves³. Forskriften beskriver lederes ansvar for å vise at tjenestene har god kvalitet, er trygge og sikre.

³ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 1. januar 2017

Helse Sør-Øst RHF vil øke innsatsen innen kvalitet og pasientsikkerhet ved blant annet å videreføre innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet etter at programperioden avsluttes ved utgangen av 2018. Regionen skal også bidra i videre utvikling og økt bruk av Global Trigger Tool ⁴ som metode. Undersøkelsen *ForBedring*⁵ skal bidra til å kartlegge pasientsikkerhetskultur, arbeidsmiljø og HMS som grunnlag for forbedringstiltak. Kvalitet og pasientsikkerhet skal integreres bedre i styringssystemene og det skal tilrettelegges for erfaringsdeling. Dette skal skje i samarbeid med lokale ressurser i helseforetakene og ved å videreutvikle eksisterende strukturer som er etablert i helseforetakene.

Flere nye arbeidsformer og modeller er beskrevet

Et gjennomgående tema i helseforetakenes utviklingsplaner er ønsket om å etablere flere helsetjenester utenfor sykehus. Flere helseforetak har allerede gode erfaringer med slike «arenafleksible tilbud»⁶. Både Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF har etablert hjemmesykehus for barn. Innen PHV er det i noen helseforetak etablert ambulante tjenestetilbud, hvor målgruppen er mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer med sammensatte behov for behandling, rehabilitering og oppfølging. Arbeidet utvikles i samarbeid mellom distriktpsikiatriske sentra, sikiatriske avdelinger/klinikker og kommuner.

Andre eksempler på nye arbeidsformer som helseforetakene ønsker er avstandsovervåkning og monitorering av pasienter, telemedisinske løsninger i hjemmet og chattefunksjoner hvor lege og pasient kan ha dialog uten at pasienten må møte fysisk på sykehuset. Både Sykehuset i Vestfold HF og Vestre Viken HF er i gang med prosjekter for å etablere brukerstyrte poliklinikker.

Et annet eksempel er prosjektet «Felles Telemedisinsk løsning Agder (TELMA)». Dette er et samarbeidsprosjekt mellom kommunene Kristiansand, Farsund, Arendal og Sørlandet sykehus HF, Universitetet i Agder og Karde AS. Det har som ambisjon å etablere en felles telemedisinsk løsning for alle 30 kommuner i Agder som skal levere gode helsetjenester med mindre bruk av personellressurser. Alle Agder-kommunene inngår i de to nasjonale programmene for velferdsteknologi som er innrettet henholdsvis mot trygghetsteknologi og avstandsoppfølging. Brukerstyrte senger innen PHV er etablert. Enkelte fremhever at brukerstyrte senger også bør bli et tilbud for pasienter med kroniske sykdommer.

Helseforetakene er opptatt av å styrke pasientrollen

Folkehelseinstituttet gjennomfører den nasjonale undersøkelsen PasOpp om pasienters erfaringer med døgnopphold ved norske somatiske sykehus. Den siste nasjonale undersøkelsen ble publisert i 2016. Blant de som fikk tilsendt spørreskjema, var svarprosenten 59. Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med Folkehelseinstituttet bidratt til å bryte PasOpp-undersøkelsen ned på postnivå ved fire sykehus. Erfaringer har vist at undersøkelser på postnivå gir godt grunnlag for forbedringsarbeid. Noen helseforetak viser til at de i tillegg gjennomfører egne brukerundersøkelser. Sykehuset i Vestfold HF har for eksempel gode erfaringer med intervju av enkeltpasienter. Det gir informasjon som sjelden kommer frem i spørreundersøkelser.

Brukermedvirkning er rettighetsfestet og er et av de viktigste elementene i god pasientbehandling. Helseforetakene i regionen er opptatt av å videreutvikle pasientens mulighet til innflytelse på egen behandling. Alle helseforetakene har aktive brukerutvalg og ungdomsråd, samt bidrar til forskjellige likeverdstitak og brukerkontorer. Opplæring av ansatte i kommunikasjon og lærings- og mestringsordninger gjennomføres på ulike måter.

⁴ Standardisert prosedyre for journalgjennomgang for å identifisere og måle forekomst av pasientskader i helsetjenesten

⁵ Nasjonal undersøkelse som har som formål forbedring av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur

⁶ Helsetjenester som kan ytes på ulike steder (Nasjonale helse- og sykehusplan 2016-2019)

Helseforetakene fremhever samvalg som en metode og tankegang som er egnet til å fremme brukermedvirkning på individnivå og noe som kan bidra til å redusere uønsket variasjon i tilbud og kvalitet. Samvalg er en prosess hvor pasient og helsepersonell kommer frem til og tar beslutninger om undersøkelses- og behandlingsmetoder. Samvalg er aktuelt i medisinske og helsefaglige beslutninger som innebærer valg mellom flere tilgjengelige og forsvarlige behandlingsalternativer, der pasientens egne prioriteringer er viktige. Samvalg kan understøttes av samvalgsverktøy.

Samvalg er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven, flere stortingsmeldinger samt oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Sør-Øst RHF har utviklet en plan for å fremme samvalg i regionen, hvor hovedpunktene er:

- Opplæring og undervisning i samvalg til helsepersonell
- Utvikle, forvalte og ta i bruk samvalgsverktøy
- Integrasjon av samvalg i strukturer og prosesser i Helse Sør-Øst

Pasient- og pårørendeopplæring er en lovpålagt oppgave som blant annet ivaretas gjennom lærings- og mestringssenter, pårørendeopplæring og kurs for konkrete pasientgrupper, e-læringskurs og kurs for helsepersonell i helsepedagogikk. Den medisinske utviklingen vil gi stadig flere pasienter mulighet til å leve videre med eller oppleve å bli friske av alvorlig sykdom. Dette må tas hensyn til i videreutviklingen av dagens lærings- og mestringstilbud.

Pasientforløp «fra hjem til hjem»

Standardiserte og sømløse pasientforløp «fra hjem til hjem» og pakkeforløp blir trukket frem som viktig for utviklingen av tjenesten. Slike forløp bidrar til å heve kvaliteten og legger grunnlag for bedre samhandling om pasienten, samtidig som de reduserer risiko og unødvendig ventetid. Flere helseforetak har utviklet pasientforløp i samarbeid med kommunene og brukere. I Vestre Viken HF er det for eksempel utarbeidet pasientforløp for «alkohol og helse», «hjerneslag», «hoftebrudd» og «kronisk obstruktiv lungesykdom». De nasjonale pakkeforløpene gir anvisninger for viktige deler av pasientforløpet, slik at tjenestene blir bedre koordinert og forutsigbare for pasienten.

Helseforetakene peker i sine utviklingsplaner på flere utfordringer og tiltak for å nå de nasjonale mål som er satt for pakkeforløp. Utfordringene er spesielt knyttet til overganger mellom forskjellige behandlingssteder. Noen helseforetak ønsker å utvikle pakkeforløp for andre grupper enn de som er prioritert nasjonalt, blant annet for de store kronikergruppene. Dette må understøttes av teknologiske løsninger.

Boks 1 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Øke innsatsen med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Samarbeide med nasjonale myndigheter, helseforetak og kommuner for å etablere helsetjenester utenfor sykehus blant annet gjennom å:
 - Bidra til tilpasning av finansiering av nye tjenesteformer
 - Tilrettelegge for bruk av teknologi som ivaretar pasientsikkerhet og personvern

2.2 Oppgavedeling og samhandling

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til å fordele oppgaver seg imellom for å nå et felles omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. I St.meld. nr. 47 (2008-2009) «Samhandlingsreformen» er det lagt opp til et lovforankret forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og det respektive helseforetak om blant annet oppgavefordeling og samarbeid.

Trygg utskrivning

Informasjon i tilknytning til utskrivning er et av områdene hvor pasientene gir dårligst skår i PasOpp-undersøkelsene. Tiltakspakken «trygg utskrivning» fra det nasjonale

pasientsikkerhetsprogrammet er sentral i kombinasjon med læringsnettverk for gode pasientforløp i regi av KS og Folkehelseinstituttet. Helseforetakene beskriver i sine utviklingsplaner tiltak for å forbedre trygg og god utskriving.

Mange av planene fra helseforetakene omhandler utskriving av barn og unge, spesielt ved overgang til voksenavdelinger. Barne- og ungdomsklinikken ved Akershus universitetssykehus HF arbeider med tiltak som skal fremme god overgang og samarbeid med skole, helsestasjon, fastlege og eventuelle kommunale pleie- og omsorgstjenester. Klinikken planlegger å følge opp med regelmessig måling av tilfredshet med utskrivningsprosessen og bruke helseforetakets ungdomsråd for å sikre at tiltakene er basert på barn og unges behov.

Samarbeid om pasienter som trenger det mest

Helseforetakene beskriver hvordan spesialisthelsetjenesten sammen med kommunene kan legge til rette for de pasientene som bruker tjenestene mest. Sykehuset Telemark HF har som mål å etablere pakkeforløp for de store gruppene av pasienter med kroniske sykdommer, slik at pasientene opplever et felles behandlings- og oppfølgingsforløp i kontakten med spesialist- og primærhelsetjenesten. Helseforetaket vil ta i bruk moderne teknologi som understøtter og muliggjør dette. Noen helseforetak trekker frem mulighetene for å dele informasjon med kommunene som et godt virkemiddel i samarbeidet.

Oppgavedeling med helsetjenesten i kommunene og samarbeid med fastlegene fremheves som viktig

Helseforetakene peker på muligheter for ny oppgavedeling med primærhelsetjenesten, spesielt ved en del kontroller og deler av rehabiliteringen. Det fremheves at gjensidige hospiteringsordninger og digitale løsninger må legge til rette for en eventuell endret oppgavefordeling. Samarbeidsavtalene og samarbeidsutvalgene mellom sykehus og kommune fremheves som aktuelle arenaer for å enes om slike endringer. Samarbeidsavtalene er et lovforankret forpliktende avtalesystem mellom kommunene og det respektive helseforetaket om blant annet oppgavefordeling og samarbeid.

Avtalepartene har et ansvar for at det etableres gode samhandlingsarenaer der også fastlegene er representert. Slike fora vil kunne legge forholdene til rette for god faglig dialog mellom sykehusleger, fastleger og faglig ledelse i kommunehelsetjenesten. Fastlegerepresentasjon vil kunne rekrutteres via praksiskonsulentordningen (PKO) og fra fastlegenes Allmennelegeutvalg (ALU). Det er allerede etablert flere slike arenaer i Helse Sør-Øst; Samarbeidsutvalg for fastleger (SUFF) i Sykehuset Østfold HF, Møteplass Oslo i hovedstadsområdet, Medisinsk samhandlingsråd ved Sykehuset Sørlandet HF og Samarbeidsutvalget for leger (SU-leger) ved Ringerike sykehus. Felles for disse er at beslutninger forankres i allerede etablert samarbeidsutvalg mellom helseforetak og kommuner.

Oppgavedeling innen og mellom helseforetak

Helseforetakene, spesielt de som driver sykehus på flere steder, beskriver hvordan oppgavedeling og faglig samarbeid innen eget helseforetak og mellom eget og andre helseforetak er organisert i dag. I utviklingsplanene legger de vekt på å utvikle det faglige samarbeidet mellom enhetene for å sikre likeverdige tjenester til befolkningen i hele opptaksområdet. Etablering av «interne pasientforløp», som standardiserer behandling for den enkelte pasientgruppe internt i helseforetaket, er et viktig tiltak. Region- og kommunereformen vil i liten grad påvirke oppgavene til sykehusene/sykehusområdene. Det vil imidlertid være behov for å se nærmere på konsekvenser av reformen for nye Holmestrand kommune og nye Asker kommune og spesielt hvordan AMK skal organiseres. Berørte helseforetak og kommuner blir involvert i videre arbeid med dette.

Private aktører er en viktig del av spesialisthelsetjenesten

Private aktører er et viktig supplement og alternativ til tilbudene ved helseforetakene. De kan være ideelle eller kommersielle og drive virksomhet på ulikt grunnlag og med forskjellig finansieringsordning. De kan være:

- Leverandør som etter anbud har fått avtale med Helse Sør-Øst RHF
- Virksomhet som drives på selvstendig grunnlag, uten avtale, men fullt ut finansiert av pasientenes egenbetaling
- Virksomhet godkjent av Helfo for behandling av spesifikke diagnoser og lidelser, hvor det er fristbrudd ved helseforetakene. Slik virksomhet finansieres av det sykehuset som pasienten søger til
- Virksomhet godkjent av Helfo som «Fritt behandlingsvalgleverandør» uten avtale med et regionalt helseforetak, men med fast stykkpris eller døgnpris finansiert av pasientens lokalsykehus
- Lege- og psykologspesialister, avtalespesialister, som har avtale med Helse Sør-Øst RHF og mottar driftstilskudd fra Helse Sør-Øst RHF i tillegg til refusjoner fra Helfo og egenandeler fra pasientene
- Leger og psykologer fullt ut finansiert av pasientenes egenbetaling
- Annen helsetjeneste som fysioterapi, manuell terapi, kiropraktor mv. som har driftsavtaler med en kommune eller finansieres av pasientens egenbetaling

Private aktører bidrar innen de fleste tjenesteområder og har en spesielt viktig rolle innen rehabilitering og TSB. Helse Sør-Øst RHF ble i oppdragsdokumentet for 2017 pålagt å utforme konkrete strategier og tiltak for økt samhandling med private leverandører og legge til rette for at disse blir en integrert del av den samlede spesialisthelsetjenesten. Dette vektlegges både i utformingen av konkurransegrunnlagene ved gjennomføring av anskaffelser og gjennom avtaleoppfølgingen. Helseforetakene beskriver at det er viktig å tilpasse offentlig og privat spesialisthelsetjenester med behovene innen de ulike fagområdene. Det må da tas hensyn til kapasiteten i helseforetakene, ventetid og eventuelle fristbrudd.

Helseforetakenes utviklingsplaner inneholder flere elementer som kan videreutvikles for å bedre samarbeidet med de private aktørene. Gode og helhetlige pasientforløp er viktig. Behandling hos flere aktører kan gi brudd i pasientforløpene når deler av forløpet blir gjennomført hos én leverandør og resten i helseforetaket. Private aktører har ulike ordninger for å ivareta øyeblikkelig hjelp og beredskap i ferier og høytider. Deres rolle i pakkeforløpene må beskrives.

Helse Sør-Øst RHF forvalter i dag om lag 800 årsverk i avtalespesialistordningen. Planen er å øke til 841 årsverk. Avtalespesialistene sto i 2018 for om lag 28 prosent av den polikliniske aktiviteten i regionen. Det er viktig at avtalespesialistene omfattes av de generelle vurderingene og prioriteringene som Helse Sør-Øst RHF gjør for å sikre at tilgjengelig kapasitet utnyttes optimalt. For å oppnå dette vil det være nødvendig med et tettere samarbeid mellom avtalespesialistene, helseforetakene og sykehusene. Alle helseforetakene inngår nå samarbeidsavtaler med avtalespesialistene hvor arbeidsfordeling og mulighetene for utdanningsløp hos avtalespesialistene er viktig tema. Det vil være spesielt viktig å bedre samhandlingen mellom avtalespesialister innen PHV og de distriktpsikiatriske sentrene. Det vil også igangsettes pilotprosjekter for å vurdere om det er hensiktsmessig å gi avtalespesialistene kompetanse til å rettighetsvurdere etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Boks 2 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Samarbeide med brukere, kommunehelsetjenesten og helseforetakene om utvikling av modeller for bedre samarbeid om de pasientene som trenger det mest
- Bidra til bedre kommunikasjon mellom fastleger og pasientens kontaktleger på sykehus om pasienter med kroniske sykdommer i forbindelse med sykehusinnleggelse
- Arbeide for å tilpasse offentlig og privat spesialisthelsetjenester med behovene innen de ulike fagområdene
- Styrke avtalespesialistordningen med flere årsverk, etablering av samarbeidsavtaler og forsøksordninger med rettighetsvurdering og legespesialistutdanning

2.3 Psykisk helsevern

Helsetjenester innen PHV tilbys i åtte helseforetak og to private ideelle sykehus med eget opptaksområde.

- Det er 29 distriktpsikiatriske sentra (DPS) i regionen
- Innen psykisk helsevern for barn- og unge er det i dag 25 poliklinikker og 7 døgnenheter
- Om lag 850 000 konsultasjonene innen PHV er knyttet til angst og depresjon. Dette tilsvarer cirka 55 prosent av konsultasjonene
- Forsiktige estimater er at ca. 70.000 (7 %) av barn og unge i Norge har en psykisk lidelse som trenger behandling, og det antas at tallene stiger, spesielt med økende alder og hos jenter

Brukermedvirkning er sentralt

Helseforetakene beskriver hvordan brukere medvirker innen PHV på både system- og individnivå. De fleste foretak vil innføre konkrete rutiner for å sikre at pasienten samt pårørende, får reell innflytelse i behandlingsforløpet. Sykehuset i Vestfold HF har det mest konkrete eksemplet og beskriver elleve punkter for hvordan brukermedvirkning kan styrkes i alle ledd innen psykisk helse, og hvordan erfaringskompetansen i kliniske enheter kan styrkes.

Dreining mot arenafleksible tilbud

Pasienttilbudet innenfor PHV har tradisjonelt blitt tilrettelagt i døgnbehandlingsenheter og i poliklinikk. I de senere årene har det blitt en markant dreining fra døgnbehandling til poliklinikk. En viktig faktor har vært etablering av ambulante behandlingsteam i nært samarbeid med kommunene. For pasienter med alvorlige psykiske lidelser og sammensatte helseproblemer gjør slike team det mulig for pasientene å mestre livet i eget hjem. Dette beskrives blant annet av Lovisenberg Diakonale sykehus som har etablert tre såkalte FACT-team⁷ i samarbeid med bydeler. Det er gode resultater fra teamene, og fornøyde brukere. Det vil også etableres slike team, FACT-UNG, for ungdom. Sykehuset i Østfold beskriver også en utvikling der det i større grad tilbys behandling ambulant/arenafleksibelt. Sykehuset har flere typer ambulante team innenfor alle deler av virksomheten som drives i nært samarbeid med kommunene. Konsekvensen av å møte pasienten på egen «hjemmebane» er at tjenestene er tilgjengelige når pasienten trenger det og tilpasset den enkeltes behov.

Pakkeforløp

Innføring av pakkeforløp i psykisk helse fra 2018 blir bekreftet som viktige tiltak i helseforetakenes planer. Dette fordrer koordinering mellom avdelinger, sykehus og ulike behandlingsnivåer. Det er samstemthet mellom foretakene om at det er for mye ubegrunnet variasjon i tilbudet, men at standardiseringen ikke må hindre faglige forskjeller som er kunnskapsbasert. Helseforetakene omtaler tiltak for å kunne vise at den behandlingen som gis innen PHV har effekt.

Reduksjon av bruk av tvang

Utviklingen i tvangsmiddelbruk i Helse Sør-Øst er positiv sammenliknet med de andre regionene. Samtidig er det mye arbeid som gjenstår. Redusert bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst er utredet av et prosjekt som ferdigstilte sin rapport i 2018. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp rapporten med mål om felles forståelse av definisjoner og registrering av tvangsmiddelbruk, samt tiltak for å redusere tvangsmiddelbruk.

Kvalitetsforbedring

Arbeidet med forbedringsmetodikk og kvalitetsforbedring som forskriften gir pålegg om, er mindre tydelig i planene til helseforetakene. Det mangler konkrete beskrivelser av tiltak. Helse Sør-Øst RHF vil arbeide med å etablere gode strukturer for forbedringsmetodikk innen psykiske helsevern. I

⁷ FACT: Flexible Assertive Community Treatment; fleksibel, aktivt oppsøkende behandling; innen PHV og rusbehandling

tillegg må det arbeides med å styrke kunnskapsgrunnlaget for praksis og etableres gode mål for behandlingseffekt. Uønsket variasjon, inkludert avvsningsrater, må også danne grunnlag for endring av praksis.

Barn og unge må få økt oppmerksomhet

Om lag 5 prosent av barn og unge er til utredning og behandling i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Psykiske helseplager er økende og gir indikasjon for at det bør satses på forebygging for å unngå utvikling av mere alvorlige psykiske plager.

Befolkningsstudier i Norge viser at selvrapporterte, mer alvorlige psykiske plager hos gutter har ligget stabilt på 6 prosent og hos jenter økende til 20 prosent (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2017). Barn har ofte sammensatte vansker og symptomene, og dette kan derfor gi flere diagnoser hos samme barn ved bruk av diagnosesystemene.

Psykiske lidelser hos barn og unge gir også psykiske lidelser som voksne, og norske data viser at en av tre psykiske lidelser hos voksne oppstår i barndommen. Vi vet at somatisk sykdom er mer utbredt hos mennesker med psykiske lidelser og gir betraktelig lavere levealder, redusert livskvalitet og utestenger mange fra å delta i arbeidsliv og sosialt liv.

Boks 3 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Fortsette å prioritere psykisk helsevern og spesielt prioritere tiltak rettet mot barn og unge
- Støtte etablering av flere ambulante tilbud
- Arbeide for å redusere bruk av tvang
- Intensivere arbeidet med forebygging, håndtering av voldsrisiko og selvmordsforebygging
- Inkludere effektmål for behandling i psykisk helsevern i virksomhetsstyring
- Bidra til at kompetanse om barn og unges psykiske helse blir et satsingsområde i utdanning

2.4 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det tilbys TSB i åtte helseforetak og hos 22 avtalepartnere i Helse Sør-Øst.

- Helseforetakene har til sammen 431 plasser for døgnbehandling. Alle åtte har basistjenester i akuttbehandling, avrusning og poliklinikk, herunder legemiddelasistert rehabilitering (LAR). Syv helseforetak tilbyr utredning og behandling i døgnavdeling. Noen har også eget døgnbehandlingstilbud til særskilte grupper
- 22 private aktører har til sammen 717 plasser for døgnbehandling. Fem av disse tilbyr også polikliniske tjenester, men er uten ansvar for LAR
- Enkelte private aktører har eget døgnbehandlingstilbud til særskilte grupper
- Flere aktører, godkjent for drift av Helfo, har etablert seg i regionen med langtids døgnplasser innenfor ordningen Fritt behandlingsvalg

Ambulant virksomhet blir viktigere

Helseforetakene beskriver planer for å utvikle basistjenester. De legger vekt på at behovet for ambulante, arenafleksible og polikliniske tilbud i samhandling med kommunene vil øke i planperioden.

Nært samarbeid med kommunale tjenester og utvikling av nye samarbeidsformer vektlegges. Dette beskrives blant annet i utviklingsplanen til Akershus universitetssykehus HF. Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling peker her på at kommunale tjenester og tjenesteytere er den klart største samarbeids- og samhandlingsflaten for avdelingen. En sentral utfordring er at kommunene har ulikt tjenestetilbud. Avdelingen har etablert en felles handlingsplan med kommunene og utviklet tiltak for å styrke samarbeidet med kommuner og bydeler. Gode samhandlingsarenaer er sentralt i dette. Det er etablert en ordning på avdelingsnivå med dialogmøter hvor kommuner, bydeler og avdeling for rus- og avhengighetsbehandling arbeider med større, felles utfordringer. Samhandling

om pasientforløp er viktig, og Akershus universitetssykehus HF peker på at de vil legge vekt på å bruke eksisterende avtaler til å utvikle helhetlige pasientforløp.

Akuttilbudet må fortsatt forbedres

Et tilgjengelig og godt akuttilbud med sømløse overganger er et sentralt element for pasientene under rusbehandling. Helseforetakene peker på behovet for å forbedre akuttilbudet og videreutvikle dette i samarbeid med det øvrige akuttilbud i helseforetakene. Utvikling av forpliktende samarbeid med øvrig spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og forbedring av samhandlingen med somatiske avdelinger blir vektlagt for å sikre pasienten behandling for samtidige lidelser.

Helseforetakene beskriver i planene at tjenester fra ideelle avtalepartnere er et viktig supplement, men at behovet for langtids døgnplasser antas å avta i perioden. Mulighet for regelmessig og reell justering av kontrakter og avtaler med private ideelle avtalepartnere har stor betydning for utviklingen av tjenestetilbudet innenfor rusbehandling i regionen.

Flere helseforetak fremhever behovet for strategisk og langsiktig satsing på klinikknær forskning innen rusbehandling.

Boks 4 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Fortsette å prioritere tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Videreutvikle akuttilbudet i samarbeid med øvrig akuttilbud i helseforetakene
- Støtte klinikknær forskning innen feltet
- Videreutvikle variert samarbeid med kommunene med særlig vekt på tiltak for barn og unge

2.5 Rehabilitering

Rehabilitering tilbys i ni helseforetak og to private ideelle sykehus (med eget opptaksområde).

- Sunnaas sykehus HF er et eget helseforetak for spesialisert rehabilitering
- Fem helseforetak har døgnplasser i rehabiliteringsenhet
- To helseforetak har øremerkede døgnplasser i annen enhet
- Fem helseforetak har ambulant tilbud, de fleste i beskjedent omfang
- Det er tre private ideelle sykehus med driftsavtale og tilbud innen spesialisert revmatologisk rehabilitering
- Helse Sør-Øst RHF har avtale med 30 private rehabiliteringsinstitusjoner. Disse omfattet i 2017 1 380 plasser som er ujevnt lokalisert i regionen



Foto: Sunnaas sykehus HF

Sentrale føringer og tidligere oppdragsdokumenter vektlegger at hvert helseforetak skal ha tilstrekkelig kapasitet innen døgn- og dagtilbud for spesialisert og tverrfaglig rehabilitering, samt ressurser til samhandling med kommunene. Det vektlegges også at tjenestene skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon. Spesialisert rehabilitering integreres i helhetlige pasientforløp som fordrer et nært samarbeid med øvrige tjenesteområder. Regionale tjenester må forbeholdes komplekse og utvalgte pasientgrupper slik at pasientene får et tilbud uten unødig forsinkelse i pasientforløpet.

Tidlig rehabilitering og ambulante tjenester i samarbeid med kommunene er viktig

De fleste helseforetakene påpeker at rehabilitering i tidlig fase er viktig. Spesialisert kompetanse planlegges opp mot døgnplasser og prioritering av poliklinisk og ambulante virksomhet. Mange helseforetak støtter utviklingen mot større ansvar for rehabilitering i kommunene som følge av samhandlingsreformens intensjon. I tilknytning til at kommunene skal overta et større ansvar for rehabiliteringsoppgaver, fremheves etablering og utvikling av ambulante tjenester for å møte behovet for samarbeid og kompetanseutveksling i overgangene i pasientforløpet. Dette må understøttes av teknologiske løsninger for å kompensere for avstander og reisetid. Et eksempel er Sykehuset Telemark HF, som har etablert to ambulante rehabiliteringsteam for oppfølging etter akutt sykdom og for oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer. Teamene arbeider med behandlingstiltak i tett samarbeid med kommunale aktører og satser på å utvikle telemedisin i kombinasjon med å reise ut til pasientene.

Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt skal fremstå tydelig og synlig i organisasjonen

De helseforetakene som har rehabiliteringstjenesten organisatorisk samlet i en divisjon, klinikk, avdeling eller enhet, fremhever dette som et synlig og tydelig faglig tyngdepunkt i virksomheten. Tilhørende kompetanse i robuste og samlede fagmiljøer beskrives som viktig for utvikling og rekruttering. Øvrige helseforetak vil også ha et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt, og flere planlegger bedre struktur og oppgavebeskrivelse. Sykehuset Innlandet HF har valgt å organisere spesialisert rehabilitering, habilitering og koordinerende enhet for fagområdene i egen divisjon. Gjennomgående rehabiliteringskompetanse på alle nivå i divisjonen skal sikre økt oppmerksomhet om rehabilitering som et viktig element i helhetlige pasientforløp. Sunnaas sykehus har en viktig rolle regionalt og nasjonalt innen forskning og innovasjon. De har blant annet utviklet arbeidsmetoder som kompenserer for lang avstand.

Samarbeid med kommunene skal formaliseres i samarbeidsavtalene

Noen helseforetak har etablert gode strukturer og godt fungerende samarbeid med utgangspunkt i samarbeidsavtalene. Sørlandet sykehus HF har for eksempel etablert et felles fagutvalg for somatisk rehabilitering sammen med kommunene i Agder. Fagutvalget vil videreføre arbeidet med oppgavefordeling mellom kommuner og helseforetak innen rehabilitering. De fleste helseforetakene er i oppstarten av arbeidet og beskriver ulike tiltak for å konkretisere og systematisere samarbeidet bedre. Mange er opptatt av oppgave- og ansvarsfordeling som en viktig oppgave, med henvisning til intensjonen i samhandlingsreformen.

Boks 5 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Avklare og formalisere regionfunksjoner og flerområdefunksjoner med forutsigbare forløp mellom regionale tilbud og lokal spesialisthelsetjeneste
- Bidra til at det er tverrfaglig rehabiliteringskompetanse med tilstrekkelig døgnkapasitet i helseforetakene
- Videreutvikle samarbeidet med private aktører og kommunene
- Bidra til en plan for trinnvis opptrapping av rehabiliteringstilbud i kommunene og en tilsvarende tilpasning av tilbudet i spesialisthelsetjenesten

2.6 Habilitering

Åtte helseforetak i regionen har barne- og ungdomshabilitering (HABU) og voksenhabilitering (HAVO).

- Målgruppe for HABU og HAVO er barn, ungdom og voksne med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse som er komplisert og sammensatt. Pasientene kan ha flere diagnoser og flere funksjonsnedsettelser
- Habiliteringstilbudet er forskjellig i helseforetakene både i forhold til kapasitet, kompetanse og organisering

Utviklingspotensial sammen med kommunene

Det er i varierende grad etablert samarbeidsavtaler og samarbeidsforum mellom helseforetakene og kommunene/bydelene. Halvparten av helseforetakene har etablert slikt samarbeid og ønsker å prioritere en videreutvikling av avtaler og andre effektive og gode samarbeidsformer. Resten er i planleggingsfasen, og flere av disse ønsker å inkludere habilitering tydeligere i eksisterende samarbeidsavtaler. Generelt er det stor forskjell mellom helseforetakene i hvor omfattende habilitering er i disse avtalene.

Regional behandlingslinje for barn med ervervet hjerneskade

Hvert år får 60–80 barn en ervervet hjerneskade av moderat eller alvorlig grad etter ulykker, kreft eller andre alvorlige sykdommer i hjernen. Det er variasjon i tilbudet som gis, og en kjent utfordring er at mange barn og unge ikke får et sammenhengende behandlings- og rehabiliteringsforløp tilpasset sitt behov. Helse Sør-Øst har i dag en behandlingslinje for barn og unge 1-18 år med moderat og alvorlig hjerneskade. Den beskriver fem faser og omfatter hele pasientforløpet fra akutt behandling i regionssykehus til oppfølging i habiliteringstjenesten i samarbeid med kommunale tjenester og Statped.

Som et tiltak for å innføre regional behandlingslinje for barn med ervervet hjerneskade har Helse Sør-Øst RHF i 2017 gitt Oslo universitetssykehus HF i oppdrag etablere og lede et prosjekt over to år. Av helseforetakenes utviklingsplaner fremgår at det er behov for en nærmere grenseoppgang mellom de ulike tjenesteyterne. Planene viser til hvor viktig lokal kunnskap og samarbeidsrelasjoner med kommunene er. Det pekes videre på at behandlingslinjen vil kreve mer fagressurser og kompetanse i habiliteringsfeltet. Sørlandet sykehus HF beskriver et pågående arbeid med å videreutvikle et intensivt habiliteringstilbud med mål om å kunne ta et ansvar for fase fem i behandlingslinjen. Det er igangsatt et nasjonalt og regionalt arbeid for å avklare rollen til Sunnaas sykehus HF i behandlingslinjen.

Tjenestetilbudet for barn og unge med autismspekterforstyrrelser

Barn og unge med autismspekterforstyrrelser (ASF) er en relativt stor pasientgruppe med en forekomst rundt en prosent. Det er en pasientgruppe som trenger høy og tverrfaglig kompetanse, og mange av barna trenger langvarig oppfølging av spesialisthelsetjenesten.

Samling av tjenestetilbudet for barn og unge med ASF er i varierende grad beskrevet i helseforetakenes utviklingsplaner. De fleste helseforetakene vil arbeide for en bedre samordnet organisering mellom barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og habilitering for barn og unge.

Pasientforløp for utredning og behandling av atferdsvansker

Helseforetakene har i ulik grad innført pasientforløp for utredning og behandling av atferdsvansker ved utviklingshemming hos voksne. Det er etablert helhetlige pasientforløp for andre pasientgrupper og helseforetakene vil arbeide for å utvikle helhetlige pasientforløp for denne gruppen også.

Boks 6 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Styrke ambulant virksomhet innen habiliteringsfeltet både for tjenester til pasienter og for veiledning til kommunalt personell

2.7 Hjerneslag

Over 30 prosent av befolkningen vil rammes av hjernesykdommer i en eller annen form. Dette utgjør den vanligste årsaken til uførhet og den nest vanligste til dødelighet. Regjeringen lanserte i 2017 *Nasjonale hjernehelsetiltak (2018–2024)* som angir retning for forebyggende tiltak, helse- og omsorgstjenester og forskning for hjernesykdommer. Hjerneslag utgjør en stor gruppe:

- Om lag 5 500 pasienter innlegges hvert år med akutt hjerneslag i Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst RHF har derfor valgt å ha spesiell oppmerksomhet mot denne gruppen
- Behandling i slagenhet reduserer dødelighet og alvorlig funksjonshemming sammenlignet med behandling i generelle sengeavdelinger
- Andel pasienter med akutt hjerneslag som innlegges i slagenhet har økt gradvis i Helse Sør-Øst de siste årene og er nå 93 prosent
- Intravenøs trombolyse er en godt dokumentert behandling, er svært tidsavhengig og må gis innen 4,5 timer etter symptomdebut
- Det er fortsatt betydelige forskjeller i andel pasienter som når frem til sykehuset innen tidsvinduet for behandling med trombolyse. Den største forsinkelsen skjer fordi pasientene venter med å ta kontakt med helsevesenet ved symptomer på hjerneslag. Det har vært kampanjer rettet mot publikum for å ta kontakt med AMK umiddelbart ved hjerneslagssymptomer
- I 2016 ble det laget en rapport som gir føringer for slagbehandlingen i regionen, med etablering av et slagsenter i hvert helseforetak, en modell med sykehus i nettverk og planer for utvikling av Oslo slagsenter

Hjerneslagbehandling

Oslo universitetssykehus HF etablerer et slagsenter hvor all behandling av hjerneslag er samlet ett sted for befolkningen i Oslo sykehusområde. Øvrige helseforetak har i sine utviklingsplaner definert hvor i helseforetaket slagsenteret skal lokaliseres.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok den 14. juni 2018 (styresak 049-2018) fremtidig organisering av tilbudet om mekanisk trombektomi, blodproppfisking, i regionen. Tilbudet skal gis ved tre helseforetak i regionen: Oslo universitetssykehus HF viderefører sitt eksisterende regionale behandlingstilbud, Akershus universitetssykehus HF og Sørlandet sykehus HF etablerer tilbudet som dagbehandling i 2019 og med full døgndrift fra 2020. Helse Sør-Øst RHF skal monitorere innføringen av behandlingstilbudet og sørge for at det evalueres innen 2021. Spørsmålet om eventuell oppstart av behandling med mekanisk trombektomi ved hjerneslag ved nye helseforetak blir da gjenstand for vurdering.

Boks 7 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Bruke organiseringen av hjerneslagsbehandling som modell for å utvikle arbeidsformen «sykehus i nettverk» også innenfor andre fagområder
- Involvere kommuner sammen med fagmiljøene og brukere i pilotering og evaluering av arbeidsformen

2.8 Kreftkirurgi

I Helse Sør-Øst gjennomføres kreftkirurgiske inngrep på 15 forskjellige kreftsykdommer. Brystkreft, livmorkreft, prostatakreft og tykktarmskreft er de fire hyppigste formene

- Åtte av ni helseforetak tilbyr i 2018 kreftkirurgiske inngrep for seks av kreftformene
- Gjeldende funksjonsfordeling av kreftkirurgien ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF 16. desember 2010 (sak 085-2010). Funksjonsfordeling innebærer å sette krav til hvilket minimumsvolum av behandlinger som må til for å utøve kvalitetsmessig god behandling innen et område. Det stilles krav til minimumsvolum for den enkelte enhet og utøver, samt krav til nødvendig fagkompetanse, tverrfaglig samarbeid og nødvendige støttefunksjoner for å få ansvaret for bestemte funksjoner og behandlingsprosedyrer
- Helsedirektoratet utarbeidet i 2015 anbefalte krav for tjenesten med hensyn til antall inngrep

Tabell 5 viser fordeling av inngrep på de ulike helseforetakene i regionen i 2017.

Tabell 5: Kreftkirurgi i Helse Sør-Øst 2017

Helseforetak/sykehus	Blære	Bryst	Bukspyttkjertel	Eggstokk	Endetarm	Lever	Livmor	Livmorchals	Lunge	Magesekk	Nyre	Prostata	Skjoldbruskkjertel	Spiserør	Tykk-tarmen
Akershus universitetssykehus HF	56	401		5	56		269	3	84	14	96	42	178		179
Diakonhjemmet Sykehus															49
Lovisenberg Diakonale sykehus									1						
Oslo universitetssykehus HF	60	514	139	110	150	77	884	44	377	36	193	426	325	46	151
Sykehuset i Vestfold HF	48	149		2	28		157				55	63	28		120
Sykehuset Innlandet HF		293		2	55		272	1	1		82	212	111		197
Sykehuset Telemark HF		135			17		137		1	1	34	99	187		81
Sykehuset Østfold HF		263		2	28		142	2	2		86	1	119		151
Sørlandet sykehus HF		198	1	7	27	1	233	1		1	59	87	100		116
Vestre Viken HF		367			74		380				77	130	131		187
Total	164	2 320	140	128	435	78	2 474	51	466	52	682	1 060	1 179	46	1 231

Kilde: Norsk pasientregister 2017

Både kreftforekomst og behandlingsmuligheter øker, og resultatene bedres. Dette er en utvikling som sannsynligvis også vil gjøre seg gjeldende i kommende planperiode. Stadig flere pasienter overlever kreft, og utviklingen krever mye ressurser til oppfølging, rehabilitering og støttetiltak. *Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi 2018-2022* beskriver hvordan den faglige og teknologiske utviklingen de siste tiårene har bidratt til at kreftkirurgien nå er samlet på langt færre enheter. Slik er forholdene lagt til rette for økt kvalitet i pasientbehandlingen og økt overlevelse.

Innen enkelte områder av kreftkirurgi forventes økning i antall operative inngrep på grunn av økt forekomst. Det er viktig at sykehusene deltar aktivt i den kirurgiske fagutviklingen gjennom å ta i bruk nye, avanserte teknikker og nytt utstyr. Sykehuset Innlandet HF har lavere femårs overlevelse innen de fem største kreftformene enn landsgjennomsnittet. Helseforetaket har også uønsket variasjon i resultatene for femårs overlevelse mellom de ulike sykehusene i helseforetaket. Sykehuset Innlandet HF vil samle volumet av kreftkirurgi og medisinsk onkologi på færre steder for å møte krav om volum og kvalitet. Sørlandet sykehus HF har samlet all kreftkirurgi i Kristiansand, unntaket er pasientene med prostatakreft som opereres med robot i Arendal.

Det generelle inntrykket er at kreftkirurgien i Helse Sør-Øst blir gjennomført i samsvar med vedtatt regional funksjonsfordeling og Helsedirektoratets krav.

Når kreftkirurgi «sentraliseres» må spesialistutdanningen ivaretas slik at utdanningen oppfyller kravene som til enhver tid er gjeldende. Dette gjelder blant annet for ventrikkeltkreftkirurgi som i dag utføres ved to helseforetak i regionen; Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF. Totalvolumet for denne kreftformen og behandlingen av den har vært synkende. Regionalt fagråd for kreft har ved evalueringen for 2016 anbefalt at planlagt ventrikkeltkreftkirurgi i regionen samles til en lokasjon.

Boks 8 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Vurdere endringer i funksjonsfordelingen for kreftkirurgi på bakgrunn av helseforetakenes utviklingsplaner og med basis i anbefalinger fra regionalt fagråd for kreft og Helsedirektoratet

2.9 Prehospitale tjenester

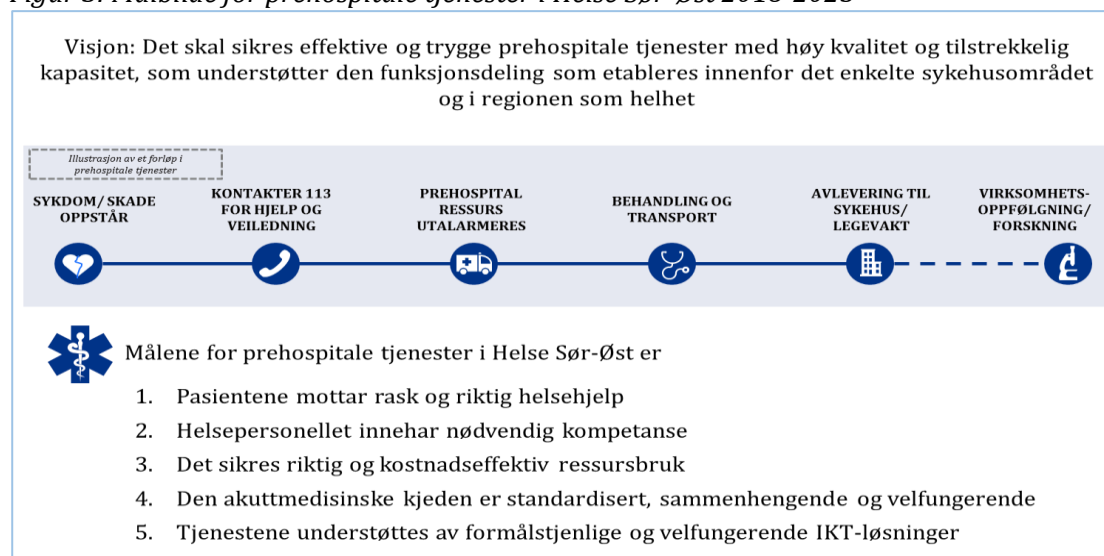
Prehospitale tjenester er fordelt på syv helseforetak; Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Sørlandet sykehus HF og Vestre Viken HF.

- Tjenestene består av:
 - 103 ambulansestasjoner med totalt 214 bilambulanser, seks syketransportbiler og ni helseekspresser
 - Fem AMK-sentraler (akuttmedisinsk kommunikasjonsentral)
 - Fem luftambulansebaser som driftes av det nasjonale selskapet Luftambulansetjenesten HF, mens aktuelle helseforetak har ansvaret for medisinsk bemanning. AMK Oslo er tillagt ansvaret for koordinering
 - Seks pasientreisekontorer
- Aktiviteten i de prehospitale tjenestene har økt med tre-fire prosent hvert år de siste 20 årene. Ut i fra prognosene for befolkningsutvikling og demografi kan en forvente at denne utviklingen fortsetter, til tross for økt grad av behandling og oppfølging i kommunehelsetjenesten.

Samstemthet om fremtidige utfordringer og muligheter for prehospitale tjenester

Endringer i sykehusstruktur og behandlingstilbud i både spesialist- og primærhelsetjenesten påvirker i stor grad de prehospitale tjenestene. Fagmiljøene har utarbeidet forslag til et mål-bilde for prehospitale tjenester for 2018-2025, som vist i figur 3.

Figur 3: Mål-bilde for prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst 2018-2025



Kilde: Prosjekt for prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst

Kompetent personell, fungerende IKT-løsninger og koordinert innsats er viktig

Helseforetakene er opptatt av at prehospitale tjenester har kompetent personell og fungerende IKT-løsninger. For eksempel er det behov for prediksjons- og flåtestyringsprogrammer for å kunne optimalisere beredskapen, utnytte tjenesten på mest mulig effektiv måte og raskest mulig få riktig hjelp til pasientene. I henhold til nasjonale mål skal ambulanse ved akutte hendelser i tettbygd strøk være framme innen 12 minutter og ved akutte hendelser i grisegrendt strøk innen 25 minutter. Samarbeid om akutt syke og skadde pasienter krever koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden. Kommunene og helseforetakene skal sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningsentralene og andre myndigheter. Det er i stor grad samhandling mellom de prehospitale tjenester og

kommunehelsetjenesten. Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst har etablert samarbeidsavtaler med sine respektive kommuner.

Mange aktører er involvert i den akuttmedisinske kjeden. Ulikt eierskap og forståelse for hverandres roller og ansvar er krevende. Det er en utfordring for god samhandling at hvert helseforetak skal forholde seg til mange kommuner som til dels er meget forskjellige i størrelse og geografi. Aktørene i den akuttmedisinske kjede er kommunale helsetjenester, fastlegene, kommunale legevakter, kommunale øyeblikkelighjelpstilbud, ambulansetjeneste og medisinske nødmeldetjenester som kommunal legevaktssentral og AMK-sentraler. Aktører fra kommunene, helseforetakene og nødetatene møtes i en rekke samhandlingsfora. Sentralisering av legevakter i mange distrikter har ført til økt belastning på prehospitaltjenester. Samtidig åpner nytt nødnett for nye samarbeidsformer mellom legevakt, fastleger og prehospitaltjenester. Flere helseforetak gjennomfører konkrete samarbeidsprosjekter/-tiltak, eksempelvis:

- Praksiskonsulenter brukes for å øke involvering av fastleger i akutte oppdrag
- Legevaktbil er etablert enten sammen med eller i regi av kommunehelsetjenesten
- Sykehuset Telemark HF har gjennomført prosjektet «Akuttkjeden» som består av tre delprosjekter «Pasientflyt», «Samhandling og kunnskapsutvikling» og «Dokumentasjon, kommunikasjon og triage»
- Sykehuset Innlandet HF og Vestre Viken HF samarbeider med kommunene om akutthjelpere og førsterespondere
- AMK Oslo har ansatt allmennleger som også har delstilling på legevakt
- Oslo universitetssykehus HF har arrangert flere kurs i akuttmedisin for personell i kommunehelsetjenesten
- Vestre Viken HF har beskrevet et system for trippelvarsling
- Sykehuset i Vestfold HF har gjennomført prosjektet «Samhandling om den akuttmedisinske kjeden i Vestfold»

Boks 9 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Understøtte initiativ som flytter akuttinntak fra sykehus til ambulanse, særlig der det er store avstander og en spredt befolkning
- Bygge videre på læringen fra de steder man har desentralisert akutfunksjoner til distriktsmedisinske sentra
- Videreutvikle samarbeidet med kommunene om en sammenhengende akuttkjede utenfor sykehus

2.10 Legemidler og antibiotikaresistens

Legemidler er en viktig og integrert del av tjenestetilbudet.

Helseforetakene beskriver flere utfordringer knyttet til legemidler. Dette går spesielt på å redusere feilbruk og behovet for bedre samstemming av legemiddellister. Helseforetakene viser også til at når nye, kostbare legemidler overføres til helseforetaksfinansiering vil dette i økende grad påvirke sykehusenes økonomi og handlingsrom. Finansiering, oppfølging og bruk av kostbare legemidler generelt, og spesielt innenfor de mest aktuelle sykdoms-/terapiområdene, må derfor også få stor oppmerksomhet fremover. Oppsummert pekes det på at legemiddelbruken i Helse Sør-Øst må ha oppmerksomhet på:

- Økt pasientsikkerhet
- Likeverdig og rask tilgang
- Effektive legemidler til lavest mulig pris
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Forsyningsikkerhet og beredskap

Antibiotikaresistens

Antibiotikaresistens innebærer at bakterier blir motstandsdyktige mot antibiotika. Multiresistens betyr resistens mot flere antibiotikatyper.

- Resistente bakterier er normalt ikke mer sykdomsfremkallende enn vanlige følsomme bakterier, men de er vanskeligere å behandle
- All bruk av antibiotika, og spesielt de antibiotika som er bredspektrede, fremkaller resistens
- Nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten har satt mål om 30 prosent reduksjon i samlet bruk av fem grupper bredspektrede antibiotika innen utgangen av 2020 sammenlignet med 2012

Verdens helseorganisasjon (WHO) slår fast at antibiotikaresistens er en av de største helsetruslene i verden og foreslår en rekke tiltak globalt. Hvis utviklingen fortsetter, vil det ifølge WHO i 2050 kunne dø flere mennesker av resistente bakterier enn av kreft. Kostnadene anslås til tre prosent av verdens brutto nasjonalprodukt. Antibiotikaresistens er en utfordring for fremtidig medisinsk behandling. Uten tiltak kan vi om kort tid komme i en situasjon der infeksjonsrisikoen ved å gjennomføre standardoperasjoner blir for stor. Dette utviklingsbildet gir store konsekvenser for pasientsikkerheten. Dette er i liten grad adressert i helseforetakenes utviklingsplaner. På grunn av de store utfordringene dette forholdet vil kunne gi, har Helse Sør-Øst RHF valgt å løfte dette frem i regional utviklingsplan.

I Norge har et godt utbygd smittevern og en konservativ holdning til godkjenning og bruk av antibiotika medvirket til et lavt resistensnivå. En rekke faktorer, som økt bruk av bredspektrede midler, økt reisevirksomhet, import av matvarer, endring i pasientgrunnlag og behandling, medvirker nå til at utviklingen langsomt går i en feil retning. Utviklingen i Norge påvirkes også sterkt av den globale resistensutviklingen.

I Helse Sør-Øst har det vært en reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika på 10,6 prosent fra 2012 og frem til sommer 2018. Det er stor variasjon i bruken av spesifikke undergrupper av bredspektrede antibiotika. Enkelte helseforetak ligger over landsgjennomsnittet. Det er nødvendig med tiltak for å nå målet om 30 prosent reduksjon innen 2020.

Vi må gjøre noe nå

En «postantibiotisk æra», hvor antibiotikaresistens gjør moderne medisinsk behandling nær umulig, vil mest sannsynlig ikke inntreffe i Norge de neste 15-20 år. Men vi er likevel i starten av en utvikling som blir vanskelig å stoppe uten aktiv, forebyggende handling. For å bremse utviklingen må arbeidet mot antibiotikaresistens prioriteres høyt. Et overordnet mål frem mot 2035 blir å redusere den totale bruken av antibiotika og stimulere til bruk av smalspektrede antibiotika som påvirker færre bakterietyper og dermed forårsaker mer begrenset resistensutvikling. I Helse Sør-Øst er tiltakene for å redusere bruk blant annet kunnskapsbaserte smitteverntiltak, forebygging av infeksjoner, rask og nøyaktig mikrobiologisk diagnostikk, samt rasjonell og nøktern bruk av antibiotika.

Alle helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst innførte fra 2016 antibiotikastyringsprogram, som er et viktig verktøy i arbeidet mot antibiotikaresistens. Forskning fra andre sammenlignbare land, viser at et slikt program gir økt oppmerksomhet omkring forbedringsarbeid rettet mot antibiotikabruk. I 2018 har de fleste helseforetak og sykehus i regionen revidert sine antibiotikastyringsprogram, og forslag til forbedringstiltak er i stor grad de samme. Tiltak som igangsettes er blant annet: Sette konkrete målsettinger for rasjonell antibiotikabruk ved avdelinger og hele helseforetaket/sykehuset. Sørge for at forbruks- og resistensrapporter gjøres tilgjengelig for avdelingene. Systematisk revurdering av bruk av antibiotika etter 48-72 timer. Sikre etterlevelse av nasjonale og lokale retningslinjer. Opplæring i antibiotikabruk for både leger og sykepleiere gjennom tradisjonell undervisning og/eller e-læring.

I tillegg til å prioritere redusert bruk av bredspektret antibiotika må det satses på å få ned antibiotikabruken i primærhelsetjenesten som står for 80 % av det totale av bruken i Norge. Bedre samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste kan bidra her. Riktig antibiotikabruk kan også understøttes gjennom lettere tilgang og økt bruk av behandlingsretningslinjer. Økt satsing på rutiner og systemer som raskt gir resistensbestemmelse med mulighet for målrettet behandling vil være viktig.

Utfordringen med å få tilgang til data er et tilbakevendende og begrensende problem for å kunne gjennomføre ønskede og riktige tiltak. Etablering av IKT-systemer som støtter enkel overføring av informasjon til journalsystemene, vil kunne gi tilstandsrapporter og konsekvensanalyser som er viktige både for pasientsikkerheten, overvåking og for å motvirke økning av antibiotikaresistens.

Kun fire av ni helseforetak og et av de private ideelle sykehusene har omtalt antibiotikaresistens i sin utviklingsplan. Antibiotikastyringsprogram beskrives som et godt verktøy for reduksjon av antibiotikabruk og påfølgende resistensutvikling, sammen med forebygging av infeksjoner. Systematiske tiltak og bruk av revisjoner og audits anses som viktig. Bedre mikrobiologisk diagnostikk og bedre IKT-løsninger anses som avgjørende. Bygningsmessige utforminger av sengeposter med høy andel av enerom er tiltak av betydning for smittespredning.

Boks 10 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Arbeide for sikker legemiddelbruk
- Fortsette arbeidet med å redusere bruken av bredspektrede antibiotika i og utenfor sykehus
- Prioritere smitteverntiltak, herunder faglig oppdaterte og godt implementerte infeksjonskontrollprogram i sykehusene

2.11 Forebygging

Folkehelseloven legger hovedansvaret for arbeidet med å «fremme folkehelse, herunder utjevne sosiale helseforskjeller» til landets kommuner og fylkeskommuner.

- I følge spesialisthelsetjenesteloven skal det regionale helseforetaket sørge for at alle helseinstitusjonene «bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade»
- Spesialisthelsetjenestens har et særlig ansvar for sekundær- og tertiærforebyggende arbeid. Det betyr at medarbeiderne må hjelpe pasientene til å unngå at de skal få sykdommen eller skaden igjen, samt høyne deres livskvalitet ved å dempe videre utvikling av sykdommen og øke deres mestringsevne. Målet er å redusere forekomst og for tidlig død, samt gjøre livet enklere for dem som lever med kroniske sykdommer
- I tillegg skal spesialisthelsetjenesten utveksle kunnskap og kompetanse med kommuner og andre aktører om helsefremming og primærforebygging

Alle må tenke forebygging

Antall innbyggere øker både i Norge og i Helse Sør-Øst hvert år, og samtidig går antallet som dør ned. Økt levealder er en av årsakene til dette, men levealderen viser store sosiale helseforskjeller. Hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske lungesykdommer og diabetes er de fire største ikke-smittsomme sykdommene. De utgjør en økende andel av alle tapte leveår og liv med redusert livskvalitet. Likevel viser ferske tall at risikoen for å dø av hjerte- og karsykdommer er mer enn halvert på 20 år. For kreft er dødeligheten redusert med rundt 16 prosent, til tross for at flere rammes av kreft.

Forbedringene skal nås ved en kombinasjon av at befolkningen utsetter seg for redusert risiko, f.eks. ved at de lever sunnere og langt færre røyker, og bedre diagnostikk og behandling. For de fleste sykdomsgrupper lever pasientene nå lengre med sine helseplager. Dette har gjort at både

vunne leveår og økt livskvalitet får økende oppmerksomhet. Det gjelder ikke minst for store folkesykdommer som muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser, rusavhengighet og sykkelig overvekt.

Gjeldende strategiplan i Helse Sør-Øst sier at «pasientens ansvar for eget liv og helse skal vektlegges gjennom hele behandlingsforløpet, spesielt i forhold til forebygging, mestring og livskvalitet». En del av strategien har vært «økt fokus og god samhandling om forebygging av sykdom og skader i befolkningen» med «gode systemer for kunnskapsoverføring mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten».

I de fleste av helseforetakenes utviklingsplaner har forebygging fått en svært beskeden omtale. Det kan tyde på stort avvik mellom idealer, mål og virkelighet. Det gjenstår mye før målene er innfridd. Samtidig gjøres det mye godt arbeid. Blant konkrete eksempler kan nevnes pionerarbeidet for KOLS-pasienter ved Sørlandet sykehus HF og flere tiltak innen rehabilitering, bl.a. med hjerte- og ryggskoler. Arbeidet bærer likevel preg av at ildsjeler driver fram gode lokale initiativ, heller enn av planlagt systematikk i hele foretaksgruppen.

Innen de fleste fagfelt er det dokumenterte tiltak som kan bidra til at pasienter ikke blir syke, får tilbakefall eller forverring av sykdommen. Den relativt nye kunnskapen om at «fem prosent av pasientene bruker 50 prosent av spesialisthelsetjenestens ressurser» nødvendiggjør mer målrettet arbeid med å finne fram til disse pasientene og hjelpe dem best mulig. Det vil gi spesialisthelsetjenesten et markert insentiv til en mer systematisk satsing på forebygging, men forutsetter bedre samhandling og bedre finansiering av slike tiltak. Noen aktuelle tiltak blir nærmere beskrevet i senere kapitler.

Boks 11 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Stimulere til konkrete tiltak og sørge for læring og spredning av gode eksempler på forebyggende arbeid
- Følge effektene av tiltak med videreutvikling av spesifikke indikatorer
- Medvirke til at for tidlig død forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer reduseres med en tredjedel innen 2030 i tråd med WHO's bærekraftsmål

2.12 Bemanning, utdanning og kompetanse

Kjernen i helseforetaksgruppens virksomhet er medarbeidere og ledere, som med kompetanse og engasjement bidrar til å utvikle en stadig bedre helsetjeneste.

- Helseforetakene i Helse Sør-Øst har per oktober 2018 totalt 77 025 ansatte, som representerer 60 240 månedesverk
- Andelen fast ansatte er totalt for foretaksgruppen 73 prosent. Dette varierer fra om lag 70 til om lag 80 prosent for de enkelte sykehusene
- Helse Sør-Øst samarbeider med syv høgskoler og tre universiteter, samt flere fagskoler. I tillegg kommer samarbeid med de videregående skolene og fagopplæringskontorene i de aktuelle fylkeskommunene om praksis knyttet til lærlingeordningen i en rekke praktiske fag



Foto: Sunnaas sykehus HF

Bemanning, status og utvikling

Siden 2012 er antall ansatte i helseforetaksgruppen redusert med totalt 763, samtidig som brutto månedesverk har økt med 4367 månedesverk. Andel fast ansatte er økt fra 66 prosent til 73 prosent i samme periode.

Rekruttering og kompetansebehov

Det er betydelige variasjoner mellom foretakene i rekruttering til ledige stillinger, spesielt mellom de som er lokalisert i hovedstadsområdet og de som ligger i de geografiske ytterkantene av regionen. Hovedstadsområdet er bedre stilt med tilgang på nyutdannede i alle fag. For høgskolegrupper med grunnutdanning, dekkes kompetansebehovene gjennomgående likevel bedre i distriktene enn i de sentrale strøkene.

Generelt er utfordringene knyttet til de samme gruppene. Mest krevende er situasjonen for tilgang på spesialsykepleiere i fagene anesthesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleie, samt jordmødre. Det er også utfordringer knyttet til legespesialiteter innen psykiatri og rusmedisin, radiologi, patologi, geriatri, lungemedisin og gastroenterologi. I tillegg er det krevende å rekruttere til legestillinger som organiseres med tre- og fire- delte vaktordninger.

Helseforetakene etterspør også psykologspesialister, radiografer med spesialkompetanse, spesialiserte fysioterapeuter, operatører til AMK-sentraler og miljøterapeuter. Flere peker på at den teknologiske utviklingen på sikt gjør det nødvendig å øke rekrutteringen av medisinske fysikere, ingeniører, IKT-spesialister mv.

Helseforetakene rapporterer særlig om følgende konkrete rekrutteringstiltak:

- Opprettelse og videreføring av *utdanningsstillinger* for spesialsykepleiere, det vil si egne stillinger opprettet i flere foretak i hovedstadsområdet
- *Permisjon med lønn* for at ansatte sykepleiere med grunnutdanning skal ta ønsket videreutdanning som spesialsykepleiere. Dette er en tariffestet ordning som benyttes der det ikke er egne utdanningsstillinger
- Videreutdanning på deltid
- Traineeordninger
- Opprettelse av og logistikk knyttet til nye stillinger for leger i spesialisering
- I hele foretaksgruppen arbeides det for å øke andel heltidsansatte og gjennomsnittlig stillingsprosent for deltidsansatte

Utdanningsstillinger, permisjonsordninger og traineestillinger knyttet til spesialsykepleiere retter seg særlig mot kompetansebehovene innen intensiv- og operasjonssiden.

Tiltak for bedre oppgavedeling

Oppgavedeling mellom personell i helseforetakene omfatter en rekke forskjellige arbeidsområder og tiltak som skal bidra til bedre flyt og riktig kvalitet i pasientbehandlingen. Dette berører både helsepersonell og merkantilt/teknisk personell. I våre foretak ser vi særlig oppgavedeling mellom radiologer og radiografer, radiografer og sykepleiere, leger og administrativt støttepersonell, patologer og bioingeniører, leger og sykepleiere, operasjonssykepleiere og ordinære sykepleiere, operasjonssykepleiere og helsefagarbeidere med videreutdanning, som steriltekniker og servicemedarbeider.

Eksempler på særlig vellykket oppgavedeling er bl.a. når «spesialhjelpepleiere» avlaster sykepleiere med praktiske oppgaver, der sykepleiere overtar oppgaver fra leger og der helsesekretærer bistår sykepleiere og leger med pasientadministrasjon.

Regionen vil søke å få til riktig og effektiv oppgavedeling, slik at helseforetakene rekrutterer, utdanner og benytter den kompetanse som er formålstjenlig.

Utdanning i sykehusene

Utdanning er en lovpålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten. Rammer for utdanninger fastsettes av Kunnskapsdepartementet i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet. Det pågår store

reformer i utdanningene: Felles, nasjonale retningslinjer for alle helse- og sosialfaglige utdanninger er under utarbeidelse og skal bli ferdige i 2019 (RETHOS), og det er etablert ny utdanning for leger i spesialisering (LIS) fra september 2017.

Helsepersonell i sykehusene driver omfattende grunn-, videre- og etterutdanningsvirksomhet i samarbeid med universiteter, høyskoler, fagskoler og videregående skoler. Samarbeidet er dels organisert på regionalt nivå, dels på foretaksnivå og er i noen tilfeller også konsentrert til enkeltforetak. Oppgavene omfatter tilrettelegging og gjennomføring av praksisopplæring for studenter, elever og lærlinger, samt ulike traineeprogrammer. Det omfatter også videreutdanninger, turnustjeneste og spesialisering for leger og psykologer.

For bachelor i sykepleie foregår så mye som 50 prosent av utdanningen i praksisfeltet. Det innebærer stort ansvar, men også unike muligheter for helseforetakene til å påvirke praksis på ulike utdanningsarenaer. Det er en kritisk underdekning på kirurgiske praksisplasser som vil krever at teknologi i større grad understøtter praksis i årene fremover. Det er også avgjørende at det utvikles nye veiledningsformer som kontinuerlig evalueres. Eksempel på dette er studenttette poster med dedikerte koordinatorene og veiledere. Veiledning må derfor inngå i den samlede ressursvurderingen på post- og enhetsnivå.

Det er nødvendig å tilpasse gjennomføring av praksis til nye pasientforløp. Teknologi og helsepedagogikk må inn i utdanningene for å lykkes med implementering av nye arbeidsmetoder, tverrfaglig samarbeid og samvalg med pasientene. Samtidig er det behov for å ta i bruk nye digitale og teknologiske læringsformer og mer simuleringstrening i alle helsefag.

Det pågår for tiden store reformer når det gjelder utdanning for å møte fremtidig kompetansebehov i helsetjenesten. Styringssystemet for alle de 19 godkjente helse- og sosialfaglige utdanningene er i endring, knyttet til etablering av felles retningslinjer for alle utdanningene. Ny modell for legespesialistutdanning er under innføring. Denne innebærer endrede og tydeligere ansvarsforhold, innføring av læringsmål og økte krav til veiledning og supervisjon. Helseforetakene overtar ansvaret for spesialistutdanningene og skal få bistand fra et regionalt utdanningscenter.

En fortsatt sterk satsing på utdanning i egen virksomhet vil være bærende for den videre utvikling av spesialisthelsetjenesten. De synergiene som oppstår når forskning og utdanning knyttes mot klinisk virksomhet, vil understøtte en ønsket utvikling av struktur og innhold i utdanningene.

Samarbeid med utdanningsinstitusjonene

Samarbeidsavtalen mellom Helse Sør-Øst RHF, helseforetakene og utdanningsinstitusjonene er revidert i 2018. Den nye avtalen legger opp til en mer forpliktende dialog mellom partene enn tidligere.

Helseforetakene og det regionale helseforetaket skal være sentrale aktører i arbeidet med videre utvikling av utdanningene. Det er stort potensial for å styrke samarbeidet mellom tjenestene og utdanningssektoren. Et overordnet mål vil være å fremme en utvikling som bidrar til at dimensjonering og innhold i utdanningene svarer til arbeidslivets faktiske og fremtidige behov. Samtidig må det sikres tilgang på kompetanse både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Helseforetakene melder generelt om avvik mellom den kompetanse sykehusene etterspør og det tilbud utdanningsinstitusjonene gir. Sykehuset i Vestfold HF viser i sin utviklingsplan til en undersøkelse Opinion har utført, hvor over halvparten av virksomhetene sier at nyutdannede ikke er godt nok forberedt på arbeidslivet. Dette synet deles på tvers av virksomhetenes størrelse, oppgaver og geografi. Mangel på tilstrekkelig og relevant kompetanse er ifølge denne undersøkelsen den viktigste hindringen for økt produktivitet i alle virksomheter.

Dimensjoneringen av studieplasser må utvikles i samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Vi vil bruke den nye samarbeidsavtalen til å stille tydeligere krav basert på helseforetakenes behov og muligheter. Foretakenes utdanningsplaner baseres på Kunnskapsdepartementets kandidatmåltall for høgskolene, som igjen fastsettes etter innspill fra helsemyndighetene. Foretakenes tiltak, herunder opprettelse av praksisplasser knyttet til de enkelte utdanningsløp, finansieres i sin helhet gjennom deres basisbevilgning. I tillegg til den planlagte virksomheten oppretter imidlertid de fleste høgskolene studieplasser på eget initiativ. Dette medfører et forsterket trykk på foretakenes budsjetter og begrenser deres muligheter for å prioritere utdanningstilbud i tråd med egne behov. Det er også store forskjeller knyttet til innholdet i videreutdanninger som i utgangspunktet skal gi samme sluttkompetanse.

Vi ser det som ønskelig å organisere deltidstilbud for en del av de viktigste videreutdanningene, spesielt for sykepleiere. Rapporteringen fra foretakene viser at dette gir bedre ressursutnyttelse, mindre turnover- og høyere kvalitet. Det har imidlertid vist seg krevende å få de aktuelle utdanningsinstitusjonene til å tilby slike ordninger, da deres finansieringssystem ikke understøtter deltidstilbud. Det samme gjelder spesialutdanninger som ikke er nødvendigvis resulterer i en fullført mastergrad. Vi vil derfor følge opp tidligere initiativ med sikte på å utrede praktiske og økonomiske løsninger i samarbeid med høgskolene.

I de senere år har det vært utvikling av en tverrfaglig videreutdanning i psykisk helse. Økte ambisjoner, bl.a. knyttet til somatisk sykdom blant psykisk syke, kan tale for at det er behov for å stimulere sykepleiere til å videreutdanne seg innen dette området. Samtidig må det arbeides systematisk for å redusere andelen assistenter og ufaglærte innen PHV og rusbehandling.

Helse Sør-Øst RHF oppfordrer helseforetak til å etablere kombinerte stillinger i samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Kombinerte stillinger er et virkemiddel for å styrke kvalitet og samarbeid mellom helseforetak og utdanningsinstitusjon og kan anvendes innen både forskning, faglig utviklingsarbeid og innovasjon.

Bruk og styrking av simuleringstrening i utdanningsøyemed og bedre verktøy for digital læring blir viktige satsingsområder i årene fremover. I 2017 ble det gjennomført 240.000 e-læringskurs av ansatte i foretakene, og dette volumet antas å øke betydelig i årene fremover.

Personell med yrkesfaglig utdanning utgjør et potensiale for å løse noen av framtidens bemanningsutfordringer. Helsefagarbeidere, portører og helsesekretærer er eksempler på dette. Dette er personell som også i større grad kan benyttes til å frigjøre mer tid til pasientbehandling for andre yrkesgrupper som leger og sykepleiere.

Totalt antall lærlinger i Helse Sør-Øst per september 2018 er 343. En svært liten andel av sykehusenes lærlinger ansettes i faste hele stillinger, når de etter to år i praksis fullfører med fagbrev. Samarbeid med fagskolene om å utvikle tilleggsutdanninger utover grunnkompetanse blir et viktig supplement i en langsiktig rekrutterings- og kompetansestrategi.

Endret kompetansebehov

Mer spesialisering, rask utvikling av teknologi, nye driftsmodeller og arbeidsmetoder, kortere liggetider og dreining fra døgn- til dagbehandling, tettere samarbeid med og behov for kompetanseoverføring til kommunene er alle faktorer som er med på å endre helseforetakenes kompetansebehov. Alle foretak peker på ulike vis på at helsepersonell må arbeide mer tverrprofesjonelt og med flere pasienter som har sammensatte behov, samt at det må tas høyde for dette både i utdanningene og interne kompetanseutviklingstilbud. Noen fremholder spesielt et økende behov for mer biomedisinsk og teknologisk kompetanse. Flere helseforetak fremholder at dette er en type kompetanse spesialisthelsetjenesten må konkurrere med næringslivet om. Dette stiller foretakene overfor skjerpede krav til faglig attraktive arbeidsplasser.

Økt kompetansebehov og raskere endringer i kompetansekravene krever bedre planlegging og organisering av etter- og videreutdanning, samt bedre planlegging av alle øvrige kompetansehevende tiltak. Kravene til dokumentasjon av tilgjengelig kompetanse øker, og tilsynsmyndigheter peker ofte på svak dokumentasjon av kompetanse. Det regionale foretaket vil derfor legge til rette for at alle foretak skal kunne innføre elektronisk kompetanseplanleggings-system for alle yrkesgrupper. I dag er dette tatt i bruk for de legene som har startet i ny utdanningsstruktur. Det er et mål at dette systemet kan tas i bruk for alle yrkesgrupper i Helse Sør-Øst. Det gjennomføres et pilotarbeid for kompetanseplanlegging i 2018 ved Sykehuset i Vestfold HF.

Boks 12 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Foreta analyser og identifisere kompetansebehov, fremskrive behovet for bemanningsressurser og understøtte systematisk kompetanseplanlegging
- Understøtte helseforetakenes arbeid med å rekruttere og beholde kritisk kompetanse
- Samarbeide med utdanningsinstitusjonene om riktig innhold og kapasitet i grunn- og videreutdanningene
- Utvikle aktivitetsbasert bemanningsplanlegging
- Fremme riktig oppgavedeling og hensiktsmessig utvikling av arbeidsprosesser

2.13 Organisering og ledelse

Helseforetakene er organisert som selvstendige rettssubjekter med egne styrer.

- Helseforetakene er organisert i fra tre til seks nivåer; klinikker, avdelinger og seksjoner med underliggende enheter, samt tverrgående stabsenheter. Antall nivåer har sammenheng med foretakenes størrelse (antall pasienter og ansatte), geografisk spredning (opptaksområde og antall sykehus), oppgavekompleksitet (ulike behandlingstilbud) og profesjonskultur (sammensetning av fag- og yrkesgrupper)
- Ledelse er tilsvarende knyttet til nivåer. Toppledelsen består av administrerende direktør (nivå en) og dennes ledergruppe inkludert klinikkdirektørene (nivå to). Under dette nivået ligger mellomledere; avdelingsledere, seksjonsledere og andre enhetsledere (nivå tre-seks)
- Lederrollen i Helse Sør-Øst innebærer et samlet ansvar for aktivitet, kvalitet, personell og økonomi innenfor et definert ansvarsområde. I tillegg har ledere en viktig rolle med å sikre god koordinering og samhandling med enheter utenfor sitt ansvarsområde

God virksomhetsstyring er avhengig av gode verktøy og prosesser for systematisk styring, ledelse og kontinuerlig forbedring av virksomheten. Fra 2018 er det gitt tydelige krav til ledelse gjennom «*Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*». Arbeid med kvalitet, pasientsikkerhet og helse, miljø og sikkerhet skal sees i en sammenheng når det legges planer for utvikling og drift av virksomhetene. Dette er også lagt til grunn i «*Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020*», som ble vedtatt i styremøtet i 16. november 2017 (sak 106-2017).

Ledernivåer og stedlig ledelse i helseforetakene

Stortinget har lagt til grunn at stedlig ledelse skal være et hovedprinsipp for organisering av helseforetak med flere lokalisasjoner. Stedlig ledelse skal sikre god driftsoppfølging og koordinering av arbeidsoppgavene, samtidig som medarbeiderne får dekket sine praktiske behov for personaloppfølging, avklaring av oppgaver og nødvendige beslutninger. Stedlig ledelse er normen i helseforetakene på utøvende nivå (nivå tre til seks). Når det gjelder sykehus- og klinikknivået varierer situasjonen noe, blant annet avhengig av geografiske avstander internt i det enkelte foretaket. I hovedsak har foretakene likevel stedlig ledelse ved de enkelte underliggende sykehus og somatiske klinikker.

Ledere på alle nivåer i sykehusene har mange oppgaver. Nivåinndelingen krever at det etableres godt avklarte roller og godt samarbeid mellom ledere på ulike nivåer. Dette er særlig med tanke på tilrettelegging for pasientnær og kvalitetsorientert ledelse. Det er lederne på nivå tre til seks som utøver den daglige pasientnære organisatoriske og faglige ledelsen. De kan imidlertid ikke fungere tilfredsstillende uten et godt samvirke med lederne på nivå en og to.

Helseforetakene har i sine planer vært opptatt av ulike ledelsesutfordringer. Flere ser særlig behov for å øke foretakets samlede ledelseskraft og unngå for store lederspenn, for derved å gi grunnlag for en bedre oppfølging av organisasjonen. Andre er opptatt av konsekvenser av økt oppgavedeling i helsetjenesten og raske teknologiske, faglige, økonomiske og kulturelle endringer i samfunnet. Til sammen gir dette behov for mer fleksible ledelses- og organisasjonsformer. Helseforetakene peker på den utfordringen som ligger i behovet for fleksibel samhandling med den øvrige helsetjenesten. Internt i helseforetakene ser de behov for å løse opp i en tradisjon med «siloorganisering». Alle foretakene peker på behovet for gode og synlige ledere på alle nivåer i organisasjonen. Disse må ha tydelig ansvar og klare fullmakter til å følge opp mål, krav og resultater. For øvrig er alle helseforetak opptatt av å utvikle gode ledelsesstrukturer og ansvarlinjer samt følge opp arbeidsmiljø og medarbeideres trivsel i det daglige arbeid.

På ulike vis fanger disse varierende og spredte beskrivelsene ulike dimensjoner av de hovedutfordringer som er oppsummert gjennom Nasjonalt topplederprogram:

- Ledelse av teknologi/digitalisering
- Ledelse av pasientinvolvering
- Ledelse av kontinuerlig forbedring
- Ledelse av profesjoner – spennet mellom autonomi og kontroll
- Horisontal ledelse – ledelse på tvers av organisasjonsenheter innad i klinikker og helseforetak på tvers av helseforetak, samt på tvers av forvaltningsnivåer (primær- og spesialisthelsetjenesten)

Helseforetakene er preget av stor variasjon i kontrollspenn, det vil si antall medarbeidere som den enkelte leder har ansvar for. Foretakene legger derfor stor vekt på definerte krav til totalansvar for ledere på alle nivåer. Medarbeidernes opplevelse av egen leder kartlegges årlig gjennom en felles nasjonal spørreundersøkelse kalt ForBedring. Resultatene fra kartleggingen skal brukes til lokalt forbedringsarbeid av arbeidsmiljø, lederskap og pasientsikkerhet.

Ledelse med klare roller og ansvar er nødvendig. Evne til å sikre medvirkning og medbestemmelse, samt engasjement og lojalitet er nødvendig for å videreutvikle helsetjenesten og sikre god rekruttering.

Lederutvikling i alle helseforetak

Alle helseforetak tilbyr ulike interne lederutviklingsprogrammer. Det er store forskjeller i hvilke ledernivåer som dekkes opp og hvilke tiltak som prioriteres. Noen er spesielt opptatt av lederutviklingstilbud til alle nye ledere. Andre er opptatt av å organisere nivåvise tiltak, der programmer for både nivå to og mellomlederprogrammer inngår for å sikre enhetlig lederkompetanse på tvers i organisasjonen.

Helseforetakenes planer peker ikke mot en spesifikk, men snarere flere parallelle ledelsesutfordringer. Lederutviklingstiltakene vil derfor ha noe ulik agenda, avhengig av hvilke tiltaksområder som prioriteres. I tillegg videreføres og videreutvikles arbeidet med nasjonalt topplederprogram, der foretakene i Helse Sør-Øst har 15 deltagere hvert år. Det arbeides med å kartlegge behov for samordning av lederutviklingstiltak og deling av erfaringer på tvers.

Boks 13 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Samarbeide med utdanningssektoren om et undervisningsopplegg for førstelinjeledere i pasientnær og kvalitetsorientert ledelse
- Bidra til at ledere sørger for samhandling med brukere og medbestemmelse for ansatte
- Arbeide for at ledere på alle nivå har nødvendige rammer og myndighet til å kunne utøve god ledelse

2.14 Forskning og innovasjon

Helseforskningen er en viktig premisse for kunnskapsbasert utvikling av helsetjenesten og er en av spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver.

- Samlet ressursbruk til forskning innen spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst var i 2017 om lag 2,7 milliarder kroner og omfattet over 2 200 årsverk (NIFU-rapport 2018:27). Bidrag fra regionale forskningsmidler, inkludert øremerkede forskningsmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet utgjorde ca. 520 millioner kroner
- Helse Sør-Østs forskning utgjør 63 prosent av helseforskningen i Norge
- For å støtte forsknings- og innovasjonsaktiviteter ved alle helseforetak i Helse Sør-Øst er det etablert kjernefasiliteter og regional forsknings- og innovasjonsstøtte med et bredt tilbud av servicefunksjoner
- Forsknings- og innovasjonsmiljøene i regionen har store kontaktflater gjennom et utstrakt regionalt, nasjonalt og internasjonalt samarbeid, i hovedsak med andre helseforetak og sykehus, universitets- og høyskolesektor, samt næringsliv
- Samarbeidet er sentralt for faglig utvikling av høy kvalitet og følges opp på strategisk nivå i flere ulike fora og organer, både regionalt og nasjonalt

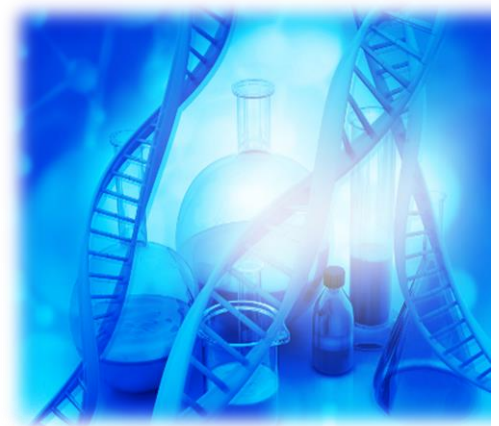


Foto: Colourbox

Universitetssykehusene i regionen

Universitetssykehusene, og spesielt Oslo universitetssykehus HF, er viktige aktører innen forskning. I tillegg til å utøve egen forskning skal de ivareta regionale oppgaver for å støtte forskningen ved de andre helseforetakene. Dette skjer med basis i regionale forskningsmidler og gjelder spesielt regional forskningsstøtte, kompetansemiljø for helsetjenesteforskning, ulike kompetansenettverk og regional, teknologisk infrastruktur. Disse funksjonene utgjør et nav i regionens forskningsaktivitet.

Universitetssykehusene har etablert flere fellesressurser som utgjør et regionalt servicetilbud til forskning. Eksempler på slike tilbud er infrastruktur for klinisk forskning og translasjonsforskning ved Akershus universitetssykehus HF og de regionale teknologiske kjernefasilitetene ved Oslo universitetssykehus HF. Akershus universitetssykehus HF har dessuten etablert et kompetansemiljø for helsetjenesteforskning.

Universitetssykehusene, og i særlig grad Oslo universitetssykehus HF, har etablert fremragende forskningsmiljøer på høyt internasjonalt nivå. En forutsetning for dette er et nært samarbeid med Universitetet i Oslo og med andre nasjonale forskningsinstitusjoner. Spesielt vil dette være viktig innen livsvitenskapssatsingen og persontilpasset medisin som vil prege utviklingen av spesialisthelsetjenesten.

Universitetssykehusene har en særskilt rolle i innovasjon og utgjør en viktig driver for ulike typer utviklingsarbeid, fra forskningsbasert innovasjon til tjenesteinnovasjon. Oslo universitetssykehus HF er en sentral samarbeidspartner for regionens TTO (Technology Transfer Office) som er innovasjonsselskapet Inven2. Helseforetaket har ambisjon om å videreutvikle sine arenaer for testing av innovasjoner i samarbeid med andre helseaktører og næringsliv.

Samarbeid om forskning og innovasjon

Det er et tett samarbeid mellom universitetssykehusene og de andre sykehusene i Helse Sør-Øst om både forskning og innovasjon. Et aktivt forskningssamarbeid mellom universitetssykehusene og ikke-universitetssykehusene, inkludert private, ideelle sykehus i regionen vil legge til rette for inklusjon av større pasientgrupper i klinisk rettet forskning. Figur 4 viser en oversikt over ikke-universitetssykehusenes forskjellige satsingsområder innen forskning og innovasjon.

Figur 4: Oversikt over ikke-universitetssykehusene satsingsområder for forskning og innovasjon

<p>Diakonhjemmet sykehus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revmatologi, psykofarmakologi og psykiatri – spesielt pasientnær forskning, tverrfaglig forskning innen geriatri og eldres helse • Forskningsbiobank og -laboratorium • Innovasjon: mål om å styrke behovsdreven innovasjon innen pasientbehandling og effektivisering av arbeidsprosesser 	<p>Lovisenberg Diakonale sykehus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indremedisin, muskel/skjelett, psykisk helse, helserelatert livskvalitet, søvn og søvnforstyrrelser, biomarkører og molekyllærgenetikk 	<p>Sunnaas sykehus HF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjernesaker, ryggmargssaker, bevegelse og funksjon, sjeldne diagnoser – spesielt pasientnære studier innen fysikalsk medisin og rehabilitering • Innovasjonsenhet koordinert med enhet for teknologi og e-helse, koblet mot eksterne innovasjonsmiljøer og næringsliv. • Testsenter for innovative behandlingsformer, teknologi og tjenester, virtuell rehabilitering og spillteknologi
<p>Sykehuset i Vestfold HF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablering av forskningsfyrtårn innen aldring og helse, sykkelig overvekt og mikrobiologi • Innovasjon av nye konsepter for bygg med tilhørende teknologi, tjenester/behandling • Tettere integrasjon mellom forskning, innovasjon og klinikk 	<p>Sykehuset Innlandet HF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rus og psykiatri, alvorlige psykiske lidelser hos voksne, nevrou utvikling, aldersrelatert tilstander, mor og barn, ortopedi, overvekt/ fedme • Tre forskningssentre lagt til div. psykisk helsevern: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP), Alderspsykiatrisk forskningssenter og Religionpsykologisk senter • Tjenesteutvikling og innovasjon 	<p>Sykehuset Telemark HF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsmedisin, mage-/tarmsykdommer, medisinsk genetik og psykisk helsevern • Økt forskningsaktivitet innen indremedisinske og kirurgiske områder som nevrologi, nyre-medisin, hjerte-kar, ME/CFS og plastikkirurgi
<p>Sykehuset Østfold HF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tettere integrering av forskning og klinikk og økt innsats i forskning som endrer klinisk praksis • Styrking av forskningsgrupper • Tematisk fokus på forskning innen trombose, kreft og HPV • Etablering og videreutvikling av tematiske forskningsbiobanker • Tjenesteinnovasjon, spesielt nye arbeidsmåter og bruk av ny teknologi 	<p>Sørlandet sykehus HF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revmatologi, gastroenterologi, kardiologi, onkologi, nevrologi/flåttbårne sykdommer, kvinne-sykdommer, rus og psykiatri • Tematisk fokus på epidemiologi, livsstilintervensjon, livskvalitet og helseøkonomi • Etablering av senter for e-helse-utvikling og innovasjon 	<p>Vestre Viken HF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjerne- og hjerteforskning, screening av tykk- og endetarm, nevrologi og alvorlige psykiske lidelser • Samhandlingsfokus; digital samhandling med pasient, fastlege, kommune og andre helseaktører • Innovativ, personlig helse-teknologi for forebygging og oppfølging av sykdom

Kilde: Sykehusenes egne bidrag til regional utviklingsplan

Innen regionen eksisterer det fruktbare samarbeidsrelasjoner mellom sykehusmiljøer, høyskoler og universitet, samt ulike aktører innen helsenæring som bidrar til kunnskapsutvikling, nye tjenesteformer og ny teknologi. Det er potensiale for økt samarbeid, ikke minst med involvering av kommunene. I Oslo ligger forholdene godt til rette for videreutvikling av samarbeid om livsvitenskap sammen med Universitetet i Oslo og utvikling av «Oslo Science City».

Klinisk forskning har behov for digital integrering med klinisk praksis, gjennom en fleksibel IKT-infrastruktur med mulighet for gjenbruk av data fra strukturert journal. Beslutningsstøtte og behandlingsalgoritmer utvikles på basis av store datamengder (bilder, genetik, 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.

Persontilpasset medisin

Persontilpasset medisin øker behovet for tett og tverrfaglig interaksjon og fysisk nærhet mellom basale/eksperimentelle og kliniske forsknings- og behandlingsmiljøer (translasjonsforskning) i sykehuset og universitetet. Videre øker det kravet til storskalaanalyser, avansert dataanalyse og sikker lagring av data:

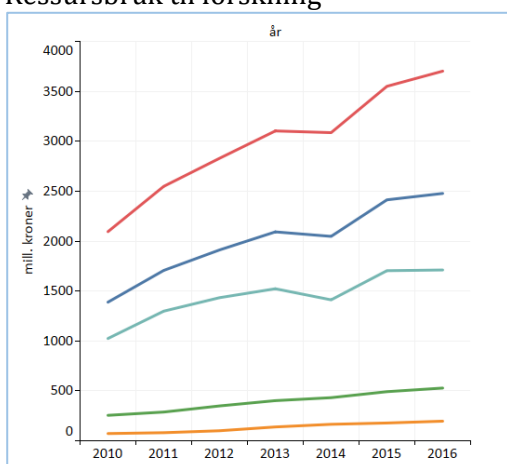
- Økt satsing på infrastruktur for datalagring og -analyse, sekvenseringsutstyr og annet avansert utstyr til storskalaanalyser
- Oppbygging av tilstrekkelig kompetanse og personellkapasitet for å bistå i implementering av persontilpasset medisin i klinisk praksis
- Tilrettelegging for gjennomføring av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

Ressursbruk og resultater

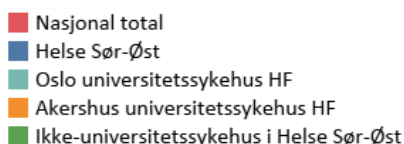
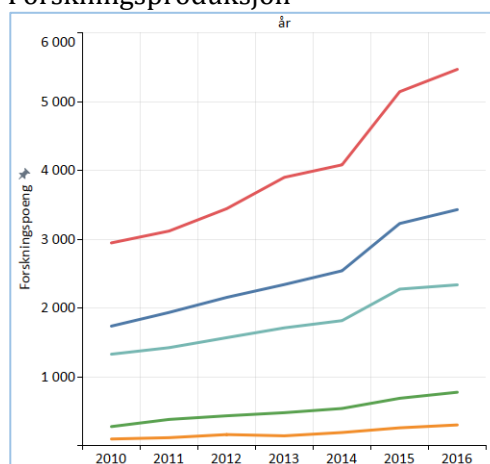
Helseforskningen i spesialisthelsetjenesten finansieres i all hovedsak fra helseforetakenes egne budsjetter og fra tildelte regionale forskningsmidler. En femdel av ressursbruken til forskning baseres på andre, eksterne finansieringskilder, blant annet Forskningsrådet og Kreftforeningen. De siste årene har det vært en tydelig økning i den samlede ressursbruken til forskning, denne økningen har vært ledsaget av økt forskningsproduksjon som vist i figur 5.

Figur 5: Utvikling i ressursbruk og forskningsproduksjon i Helse Sør-Øst 2010-2016

Ressursbruk til forskning



Forskningsproduksjon



Kilde: NIFU statistikk 2010-2016, FoU i helseforetakene

Forskning i helseforetakene – mer enn jakt på ny kunnskap

Forskning kan bidra til styrking av fagmiljø og rekruttering, øke evnen til å dra nytte av andres forskningsresultater, bidra til kritisk refleksjon, endringsvilje og skape mulighet for innovasjon. Forskning og innovasjon i regionen forventes i økende grad å være preget av de muligheter som er

skapt gjennom siste tiårs teknologiendringer og samfunnsutvikling. Oppsummert tematisk dreier dette seg om:

- Digitalisering og tilgang til/deling av data
- Utnyttelse av «big data» og «real world data» for forskning og innovasjon
- Kliniske studier, utprøvende behandling
- Persontilpasset medisin
- Tilpasning til nye juridiske og etiske krav, personvern og regulatorisk utvikling

Videreutvikling av forskning og innovasjon med mer vekt på nytteverdi og brukerperspektiv

Helseforskningen finansieres i hovedsak over helsebudsjettene og skal komme pasientene og helsetjenesten til gode. Alle regionale helseforetak har innført vurdering av forventet nytteverdi av søknader om forskningsmidler. Et annet virkemiddel er brukermedvirkning som skal bidra til å gjøre forskningen mest mulig relevant for pasientene. Behovene kan meldes både av pasienter og brukere, helsetjenesten og av forskningsmiljøene.

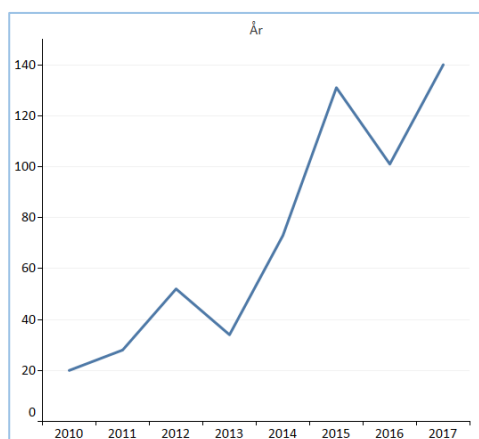
Kunnskap knyttet til etablering av nye behandlingsmåter, samhandlingsstrukturer og bruk av ny teknologi er spesielt påkrevd. Styrking av internasjonalt forsknings samarbeid og erfaringsutveksling vil være nødvendig. Utviklingen av mer persontilpasset diagnostikk, oppfølging og behandling vil dessuten sette særlige krav til integrasjon av forskning og utprøvende studier. På nasjonalt og regionalt nivå må det gjennom forskningsinfrastruktur og tilpassede støttefunksjoner legges til rette for økt pasientdeltakelse i slike studier.

Helse Sør-Øst RHF har ledet an i arbeidet med å legge til rette for forskning og innovasjon innen spesialisthelsetjenesten i Norge. Det regionale helseforetaket støtter forskning med høy vitenskapelig nytteverdi, mens tildeling av innovasjonsmidler er rettet mot teknologisk innovasjon og mot nye arbeidsmåter. Innovasjonsprosesser som engasjerer det regionale helseforetaket i betydelig større grad er knyttet til tjenesteutvikling og dreier seg både om å fjerne sentrale hindringer og å understøtte helseforetakenes arbeid lokalt.

Innovasjon sentralt

Innovasjon står sentralt i etableringen av helse og omsorg som et næringspolitisk satsingsområde og for utviklingen av helsetjenesten. Innovasjonsprosesser kan dels bygge på resultater fra forskningen og er på denne måten et virkemiddel for å sikre at forskningsresultater blir videreutviklet til nye og bedre løsninger i pasientbehandlingen. Innovasjonsprosesser kan også bygge på behov og løsningsidéer fra i tjenesten eller brukere av denne og representerer en viktig forutsetning for forbedring av et bærekraftig helsetjenestetilbud. Engasjementet i innovasjon i helsesektoren har økt de siste årene. Dette registreres blant annet som en markant økning i antall søknader om innovasjonsmidler til Helse Sør-Øst RHF, som vist i figur 6. Det er i disse søknadsprosessene tilfang fra samtlige helseforetak i regionen. Søknadskategoriene brukerdreven/behovsdrevet innovasjon ble etablert i tillegg til forskningsbasert innovasjon i 2014. Spesielt ikke-universitetssykehusene har søkt og fått tildelt innovasjonsmidler i den nye kategorien.

Figur 6: Utvikling i antall søknader om regionale innovasjonsmidler i Hele Sør-Øst 2010-2017



Kilde: Helse Sør-Øst RHF

I tillegg til arbeidet med den interne utlysningen av innovasjonsmidler, har det blitt tatt en rekke initiativ for å følge opp regjeringens handlingsplan for HelseOmsorg21-strategien, hvor helsesektoren oppfordres til å bidra til næringsutvikling. Dette arbeidet skal videreutvikles, blant annet gjennom en tilpasning av innovasjonsmidlene mot tjenesteinnovasjon og innovative anskaffelser.

Arbeidet med å styrke innovasjonssamarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og næringslivet har i stor grad vært basert på å styrke infrastrukturen ved universitetssykehusene for testing og utprøving av innovasjoner, herunder medisinteknisk utstyr. Målet er å etablere en inngang for virksomheter som søker samarbeid med helseforetak for felles utvikling, testing, verifisering og dokumentasjon av nye løsninger som kan forbedre pasientbehandlingen. Utvikling av nye arbeidsformer og logistikk knyttet til måten vi leverer tjenester på vil kreve større åpenhet og mer samarbeid med private og offentlige aktører.

Innovative løsninger for oppfølging og behandling av pasienter som har stort behov for helsetjenester er en utfordring som krever innovasjonsvilje når det gjelder bruk av ny teknologi, arbeidsformer og –organisering både i spesialist- og primærhelsetjenesten.

Boks 14 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Fortsette arbeidet med å styrke helhetlig og tverrfaglig forskning og innovasjon i regionen
- Knytte bruk av forsknings- og innovasjonsmidler til strategiske satsingsområder i Helse Sør-Øst
- Evaluere effekt av endringer i tjenesteorganisering og nye arbeidsformer
- Bidra til å styrke klinikknær forskning, forskningssvake områder og samarbeid med kommunehelsetjenesten og andre aktører om forskning og innovasjon

2.15 Økonomi

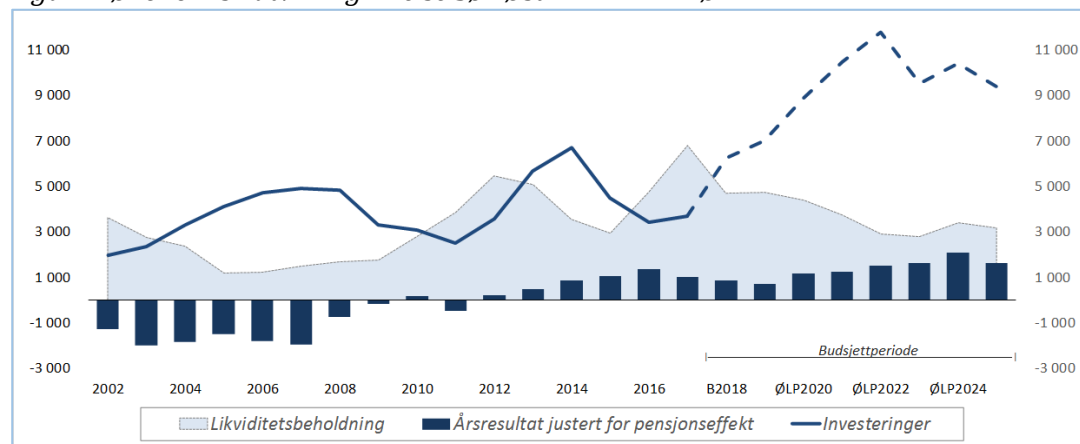
Helse Sør-Øst skal innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av statsbudsjettet, foretaksmøter og oppdragsdokument, slik at «sørge for»-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid

- Økonomisk langtidsplan (ØLP) er en konsekvensvurdering av vedtatte strategier og gir en samlet utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene
- Helse Sør-Øst hadde i 2017 en omsetning på 79 milliarder kroner og et årsresultat på 1 016 millioner kroner
- Foretaksgruppens økonomiske resultat bidrar til bærekraft for fremtidige investeringer, men er ikke tilstrekkelig slik at det må arbeides mer med effektiv ressursbruk

Økonomisk bærekraft er viktig for videre utvikling av helseforetaksgruppen. Bærekraftig utvikling over tid forutsetter god ressurs- og kapasitetsutnyttelse, god økonomisk styring og effektive arbeidsprosesser. Den økonomiske utviklingen er under kontroll, men det er enkelte helseforetak som fortsatt ikke oppnår fastsatte mål. Helseforetaksgruppen har de senere årene samlet sett snudd fra underskudd til positive resultater, som vist i figur 7. Årsaken er blant annet løpende

effektivisering av driften. Helseforetakene opplyser at de har klart en årlig produktivitetsvekst på en til tre prosent.

Figur 7: Økonomisk utvikling i Helse Sør-Øst 2002-2017- ØLP 2025



Kilde:

Årsregnskaper, budsjett 2018 og ØLP 2019-2022 Helse Sør-Øst

Betydelig kostnadsvekst og investeringsbehov

De fleste helseforetakene beskriver i sine utviklingsplaner en betydelig kostnadsvekst innenfor legemidler og IKT-området. Utviklingen medfører krav til kostnadstilpasning. Noen helseforetak har relativt nye sykehusbygg, mens andre har en eldre og til dels uhensiktsmessig bygningsmasse og -struktur. De fleste helseforetakene har store investeringsbehov innenfor medisinsk-teknisk utstyr og uløste IKT-utfordringer. Flere helseforetak omtaler utfordringer med å skape tilstrekkelig finansielt handlingsrom til å gjennomføre de investeringene som de anser som nødvendig. De fleste helseforetakene omtaler at videre arbeid med produktivitetsutvikling blir avgjørende for å opprettholde og legge til rette for en bærekraftig økonomi.

Det legges ikke til grunn en vesentlig vekst i inntektsforutsetningene for spesialisthelsetjenesten utover det som skyldes inflasjon og vekst i befolkningen. Samtidig øker både forventningene og kostnadene, blant annet som følge av nye og mer avanserte behandlingsformer.

Helse Sør-Øst RHF fordeler inntekter til sykehusområdene etter en inntektsmodell som legger til rette for likeverdige helsetjenester. Modellen fordeler ikke midler mellom tjenesteområder og heller ikke mellom drift og kapital. Den ønskede retningen for pasientaktivitet må understøttes av et økonomisk system som virker i samme retning. Helseforetaksgruppen må arbeide aktivt med å tilpasse finansieringssystemet til aktivitetsutviklingen på sykehusene.

Kvalitet i pasientbehandling og effektiv pasientflyt i sykehusene legger til rette for god økonomi. Tiltak som bidrar til dette er arbeidet med å redusere uønsket variasjon i pasienttilbudet, mer ensartede pasientforløp gjennom f.eks. pakkeforløp og kontinuerlig oppmerksomhet på pasientsikkerhet og kvalitet.

Krevende effektiviserings- og omstillingsbehov

Helse Sør-Øst RHF forventer store endringer og muligheter ved bruk av ny teknologi i sykehusene. Samtidig finnes et betydelig etterslep på vedlikehold, funksjonell og teknisk oppgradering av bygningsmasse og medisinsk-teknisk utstyr. I Helse Sør-Øst pågår og planlegges for en rekke store byggeprosjekter, eksempelvis syvende byggetrinn ved Sykehuset i Vestfold HF, nytt sykehus i Drammen i Vestre Viken HF, nytt klinikkbygg og protonterapisenter ved Radiumhospitalet og utbygging på Aker og Gaustad ved Oslo universitetssykehus HF, samt utbyggingsplaner i Sykehuset Innlandet HF. I tillegg finnes en rekke mindre byggeprosjekter og store regionale IKT-prosjekter. Som en konsekvens av dette vil kapitalkostnadene øke og medfører krevende effektiviserings- og omstillingsbehov.

Boks 15 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Bidra til måloppnåelse og effektiv ressursbruk ved god virksomhetsstyring
- Bruke felles verktøy i økonomiprosesser
- Realisere gevinster av investeringsprosjekter
- Reduseres risiko ved at bedre økonomiske resultater oppnås i forkant av investeringsprosjekter

2.16 Teknologi og utstyr

Sykehuspartner HF er felles IKT-tjenesteleverandør for helseforetakene i regionen og får sitt oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF.

- Helse Sør-Øst investerer 1,5 til 2 milliarder kroner årlig i IKT
- Gjennomsnittsalderen for medisinsk teknisk utstyr (MTU) i hele Helse Sør-Øst ligger på 8,8 år (2017-tall)
- Investeringer i MTU er planlagt økt fra rundt 500 millioner kroner i 2002 til et årlig nivå ved slutten av økonomiplanperioden (2021) på i underkant av 1,5 milliarder kroner



Foto: Akershus universitetssykehus HF

Helse- og omsorgsdepartementet har i Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal* og påfølgende utredning satt den nasjonale retningen i å etablere én journal for hver innbygger i Norge. Arbeidet med nye løsninger i Helse Sør-Øst er basert på dette og er delt inn i tre hovedområder:

- Regional klinisk løsning som omfatter elektronisk pasientjournal, løsning for medikamentell kreftbehandling, elektronisk kurve- og medikasjonsløsning, elektronisk fødejournal, laboratoriedatasystem, radiologiløsning og innbyggertjenester
- Virksomhetsstyring som omfatter økonomi- og logistikk-løsning og datavarehus
- Regional IKT for forskning

Graden av standardisering er svært ulik, spesielt på klinisk side, for de forskjellige løsningene i regionen. Enkelte foretak opplever at mangel på IKT-løsninger og rigide og foreldede systemer i økende grad hindrer effektiv drift og god kommunikasjon internt og eksternt.

Flere foretak, for eksempel Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, har i dag ulikt oppsett innenfor IKT ved de forskjellige geografiske lokalisasjonene innen foretaket. Dette skaper utfordringer for både helseforetaket og Sykehuspartner HF. En viktig forutsetning for standardisering og fornying av IKT-løsninger er en felles modernisert infrastruktur.

Sykehuspartner HF etablerer et nytt program (standardisering og IKT-infrastrukturmodernisering -STIM) for dette i 2018. Arbeidet skal bygge på tidligere arbeid med infrastrukturen og sikre gjenbruk av planverk og investeringer. I tillegg pågår det også to andre viktige programmer i regi av Sykehuspartner HF knyttet til henholdsvis informasjonssikkerhet og personvern (ISOP) og applikasjonssanering og -konsolidering (ASK).

Samtlige helseforetak deltar i arbeidet med nye løsninger i regionen. Arbeidet med standardisering av elektronisk pasientjournal er slutført i 2018 og arbeidet med informasjonsdeling ved hjelp av journalinnsyn er i oppstartsfasen. Løsning for medikamentell kreftbehandling og regional kurve- og

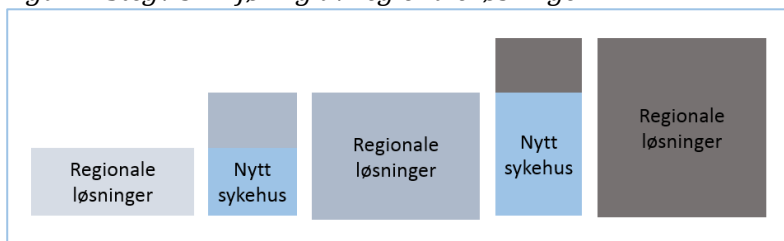
medikasjonsløsning innføres ved alle helseforetak i regionen. Regional fødejournalløsning er innført ved alle helseforetak i regionen.

Arbeidet med innføring av felles patologiløsning som en del av regionalt laboratoriedatasystem pågår. Videre skal Oslo universitetssykehus HF anskaffe en radiologiløsning med tilhørende multimedialøsning for helseforetaket med opsjon for øvrige foretak i regionen. Innen samhandling arbeides det med interaktiv henvisning og rekvirering i kommunehelsetjenesten. Videre implementeres løsning for laboratoriesvar mellom helseforetak og nye aktiviteter innenfor digitale innbyggertjenester er startet opp.

Det er også igangsatt et arbeid med etablering av systemstøtte for klinisk logistikk med selvinnsjekk, tavleløsninger, oppgavehåndtering mellom ulike yrkesgrupper i klinikken inkludert portører og renholdsmedarbeidere osv. Dette vil supplere funksjonsområdene til de regionale løsningene som allerede er under etablering under regional klinisk løsning. Et prosjekt for å pilotere nye samarbeidsløsninger med Oslo kommune er også satt i gang.

I sammenheng med realiseringen av nytt sykehus på Kalnes har Sykehuset Østfold HF tatt i bruk mange IKT-løsninger i tråd med regional IKT-strategi. Helseforetaket har vært pilot for flere regionale løsninger. Kommende byggeprosjekter vil kunne gi samme muligheter og motivasjon for videre utvikling av og innføring av regionale løsninger. Dette vil bidra til en stegvis innføring av regionale løsninger ved flere helseforetak i planperioden, som skissert i figur 8.

Figur 8: Stegvis innføring av regionale løsninger



Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Medisinsk-teknisk utstyr

Samtlige helseforetak melder om et økt og betydelig behov for investeringer i MTU for enten å opprettholde en allerede lav gjennomsnittsalder eller redusere denne der hvor alderen er høy. En slik prioritering må til for å opprettholde nødvendig kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen.

For å sikre trygg og effektiv pasientbehandling er det et viktig mål at helsepersonell har tilgang på riktig type medisinsk-teknisk utstyr (MTU) til hver enkelt behandling, og at utstyret de har til rådighet skal være pasientsikkert, driftssikkert og enkelt å bruke.

Gjennomsnittlig levetid for et MTU regnes å være om lag 10 år, og med en gjennomsnittsalder på 8,8 år er det nødvendig at Helse Sør-Øst RHF sørger for at tiltak identifiseres og at det etableres en plan for fornyelse av utstyret innenfor de rammebetingelsene som til enhver tid gjelder.

Utviklingen av utstyr har de siste årene akselerert kraftig. Teknologit utviklingen inkluderer større grad av trådløst oppkoblet MTU, større grad av IKT komponenter, større grad av kunstig intelligens og rask utbredelse av velferdsteknologi i konsumentmarkedet.

Dersom behandlere og innbyggere skal kunne nyttiggjøre seg denne teknologien, må avdelinger for IKT og MTU samarbeide om kompetansedeling og kapasitet, innkjøp, opplæring innføring, drift, support og vedlikehold. Det er viktig at behandlingsansvarlige får legge føringer for bruk av slikt utstyr slik at pasientsikkerheten ivaretas. Vi ser økende behov for teknologisk kompetanse på alle nivåer.

Områder som bør prioriteres i planperioden er forbedring av investeringsprosessene for MTU og bedre utnyttelse av eksisterende utstyrspark. Det er en forventning fra myndighetene at Helse Sør-Øst RHF sørger for god oversikt over risiko med en stor park av MTU integrert med IKT-løsninger. Selv om behandlingen vil strekke seg på tvers av virksomheter, omsorgsnivå og hjemmet til pasienten må teknologien brukes på en enkel og sikker måte. Større grad av standardisering vil kunne bidra til bedre trygghet i bruk av teknologi for ansatte og pasienter.

Boks 16 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Standardisere og modernisere infrastrukturen som grunnlag for regionalisering av kjernesystemene og for å understøtte lettvekts-IKT og innovasjon
- Sørge for at pasienter og ansatte har tilgjengelig informasjon der de trenger den, når de trenger den
- Satse mer på innbyggertjenester, lettvekts- IKT og mobile løsninger
- Bidra teknologisk til samarbeid på tvers av omsorgsnivåer
- Sørge for god oversikt over og en plan for fornyelse av medisinsk teknisk utstyr (MTU)

2.17 Bygg

Eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst utgjør en vesentlig del av den totale virksomheten.

- Regionen har totalt cirka 2,8 millioner kvadratmeter under forvaltning
- Samlede regnskapsmessige verdier av eiendomsmassen er 32 milliarder kroner
- Mer enn to milliarder kroner brukes årlig til forvaltning, drift og vedlikehold, inklusiv energikostnader
- Årlige investeringsbudsjetter til utvikling av bygg og eiendommer har de siste årene variert mellom tre og seks milliarder kroner
- Helse Sør-Øst planlegger å investere i størrelsesorden 72 milliarder kroner i nye bygg i planperioden for regional utviklingsplan
- Det enkelte helseforetaket forvalter egne bygg og eiendommer

Areal og kapasitet

En stor andel av Helse Sør-Østs bygningsmasse er gammel. Bygningsmassen er ikke dimensjonert og tilpasset moderne sykehusdrift, og arealene fremstår ofte som ineffektive. Utviklingen tilsier stadig økende behov for poliklinikkarealer og behandlingsrom. I nye bygg kan dette ivaretas ved å dimensjonere etter nyeste framskrevet kapasitetsbehov. I eldre bygg kan kapasiteten økes ved å foreta endringer i logistikk og pasientflyt, såkalt «ompakking» av sykehusarealer. En slik endring er avhengig av god samhandling mellom klinisk miljø og eiendomsmiljø.

Helse Sør-Øst RHF ivaretar sitt ansvar for dimensjonering av bygningsmassen og gjenbruk av gode løsninger, både gjennom arbeidet med oppdatering av framskrivningsmodell og ved prosjekt-eierskap til større prosjekter fra og med konseptfasen. Dette forutsettes videreført og utviklet.

Vedtatte og planlagte prosjekter

Følgende prosjekter er vedtatt og planlagt og har fått lån på statsbudsjettet:

- Vestre Viken HF: Nytt sykehus i Drammen
- Sykehuset i Vestfold HF: Tønsbergprosjektet, nybygg psykisk helsevern og behandlingsbygg/sengebygg
- Sørlandet sykehus HF: Nybygg PHV i Kristiansand
- Oslo universitetssykehus HF:
 - Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet
 - Etablering av protonterapisenter
 - Forprosjekt ny regional sikkerhetsavdeling
 - Vedlikeholdsinvesteringer

Følgende prosjekter er i konseptfase:

- Oslo universitetssykehus HF: Aker og Gaustad, etappe 1
- Sykehuset Telemark HF: Somatikk-/strålebygg i Skien
- Akershus universitetssykehus HF: Nytt bygg PHV på Nordbyhagen

Det er videre gitt prioritet til følgende nye prosjekter i økonomisk langtidsplan 2019-2022 (styresak 052-2018):

- Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF
- Videreutviklingen av Oslo universitetssykehus HF, etappe 2
- Stråle-/somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF
- Akuttbygg ved Sørlandet sykehus HF
- Byggetrinn 3 ved Sunnaas sykehus HF

I tillegg kommer utvidelse av akuttmottaket ved Sykehuset Østfold HF som er et mindre byggeprosjekt i denne sammenheng, og senere etablering av stråleterapibehandling ved helseforetaket.

Tilstandsvurdering og vedlikehold

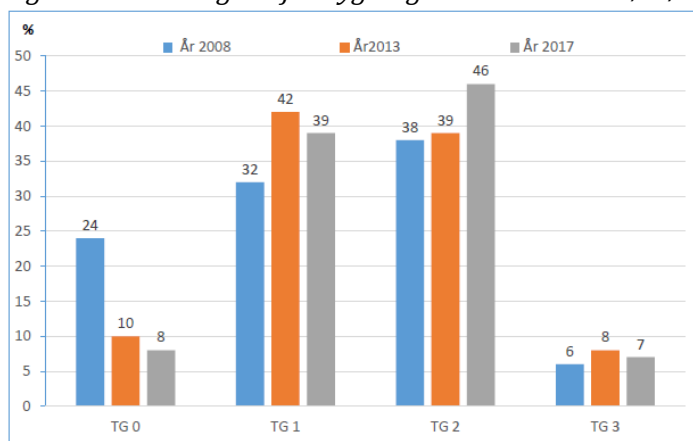
Helseforetakene registrerer tilstand på alle eide bygg. Tilstandsgradene (TG) defineres slik:

- Tilstandsgrad 0: Ingen avvik i forhold til nytt
- Tilstandsgrad 1: Godt/tilfredsstillende standard. Alle lover og forskrifter er ivaretatt. Noe slitasje og elde fra nybyggstandard
- Tilstandsgrad 2: Et visst omfang av feil og mangler og/eller avvik fra lover og forskrifter som krever teknisk utbedring
- Tilstandsgrad 3: Omfattende skader, feil og mangler. Mye slitasje. Betydelig behov for teknisk utbedring. Avvik fra lover og forskrifter

Tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner skal utarbeides der det er registrert tilstandsgrad en eller tre på enkeltkomponenter. Helseforetakene skal lage en plan over hvilke bygg som er prioritert og hvilken tilstandsgrad som er ønsket for å drive forsvarlig. Tilstandsgrad tre skal ikke forekomme og skal utbedres først dersom byggene er i drift.

Bygningsmassen oppgraderes ved nybygg og totalreovering. Samlet for alle helseforetak er det et betydelig behov for økte investeringer til vedlikehold og utskifting. En oppdatert registrering av tilstandsgraden for hele bygningsmassen i Helse Sør-Øst i databasen Multimap, viser en utvikling av tilstanden vist i figur 9.

Figur 9: Tilstandsgrad for bygningsmassen i Helse Sør-Øst



Kilde: Databasen Multimap

Figuren viser:

- Sterk reduksjon i nytt areal (TG 0) fra 2008 til 2013
- Areal beveger seg fra TG 1 til TG 2, med økning i andel TG 2 fra 2013 til 2017
- Litt mindre areal i TG 3 fra 2013 til 2017

Avsetninger til utskifting og vedlikehold følges opp gjennom ØLP-prosess, årlig budsjettering og ved regnskapsrapportering. Vedlikehold av byggene skal være tilfredsstillende og ikke bryte lov og forskriftskrav. For å oppnå dette må eiendomsstrategien for Helse Sør-Øst etterleves.

Helseforetakene må sette av tilstrekkelige midler til både ordinært og ekstraordinært vedlikehold. I henhold til Multiconsult og Holte bør forvaltning, drift og vedlikehold i gjennomsnitt ligge på 250 kroner/kvadratmeter (2018) for hele bygningsmassen. I tillegg må det settes av midler til ekstraordinært vedlikehold. Bruk av midler til vedlikehold varierer mellom helseforetakene og har i gjennomsnitt over tid ligget i størrelsesorden 80 kroner per kvadratmeter. Kartleggingen i 2017 viser et samlet beregnet vedlikeholdsetterslep i størrelsesorden 24 milliarder kroner.

Under behandlingen av statsbudsjettet for 2018 ble det vedtatt å utrede innføring av en husleiemodell i helseforetakene. Husleien skal synliggjøre eiendomskostnadene og kan blant annet være et virkemiddel for å sikre tilstrekkelige vedlikehold. En husleieordning kan også få betydning for investeringsprosjektene i form av påvirkning på etterspørsel etter lokaler.

Universell utforming

Universell utforming av nybygg og ombygging av eldre bygg skal gjennomføres, slik at tilgangen til og bruken av byggene er lik for alle. Universell utforming ivaretas alltid i nybygg. Eksisterende bygg oppgraderes løpende ved ombygginger og oppgraderinger.

Universell utforming omfatter imidlertid mer enn bygg og må være førende i alle former for møter og kommunikasjon mellom mennesker enten dette er pasienter, pårørende eller sykehusets ansatte.

Boks 17 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Ha driftseffektive sykehusbygg som utvikles i tråd med endrede behov i pasientbehandlingen og som understøtter pasientsikkerhet og ansattes arbeidsmiljø
- Ha tydelige mål for miljø- og klimaarbeidet relatert til bygg
- Drive planlagt vedlikehold med krav til tilstand etter standardisert tilstandsklassifisering
- Legge til rette for digitalisering i alle faser av byggets levetid for effektiv bygging og forvaltning



3 Overordnede føringer

3.1 Spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar

Høsten 2015 vedtok FNs medlemsland 17 mål for bærekraftig utvikling frem mot 2030. Bærekraftsmålene ser miljø, økonomi og sosial utvikling i sammenheng. Målene gjelder for alle land og er et veikart for den globale innsatsen for en bærekraftig utvikling. Syv av målene er spesielt relevante for spesialisthelsetjenesten.



God helse

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi. Verdens helseorganisasjon (WHO) slår fast at antibiotikaresistens er en av de største helsetruelsene i verden. Legemiddelfabrikker som ikke tar utslipp av antibiotika i produksjonen på alvor, fører til miljøødeleggelser og helseproblemer for lokalbefolkningen



Rent vann og gode sanitærforhold

Delmål 6.3 viser til forbedring av vannkvalitet ved å redusere forurensning og begrense utslipp av farlige kjemikalier. Dette er et vesentlig miljøaspekt i sykehusdrift og ved produksjon av legemidler



Ren energi for alle

Delmål 7.2 viser til økning av andel fornybar energi i verdens samlede energiforbruk. Energiforbruk er et vesentlig miljøaspekt for sykehusene. I Helse Sør-Øst er det etablert et *Energi- og miljøfond* som er en incentivordning for helseforetakene der de kan få innvilget midler til miljø og energitiltak



Anstendig arbeid og økonomisk vekst

Delmål 8.4 trekker frem at det må arbeides for å oppheve koblingen mellom økonomisk vekst og miljøødeleggelser. Videre vises det til avskaffing av barnarbeid, tvangsarbeid og moderne slaveri og menneskehandel. Foretaksgruppen handler for om lag 24 milliarder kroner i året. Helse Sør-Øst har utviklet et regionalt antikorrupsjonsprogram. Målet med programmet er å forebygge korrupsjon og misligheter, øke muligheter for å avdekke misligheter, og øke beredskapen for å håndtere eventuelle mislighets- og korrupsjonssaker. Helse Sør-Øst er medlem av organisasjonen *Initiativ for etisk handel* og har forpliktet seg til å følge organisasjonens «Code of Conduct»



Ansvarlig forbruk og produksjon

Bærekraftig forbruk og produksjon handler om å gjøre mer med mindre ressurser. I sykehus er det er stort forbruk av materiell som generer betydelige avfallsmengder. Livssyklusperspektivet er viktig for å oppnå en mer miljøvennlig forvaltning av avfall



Stoppe klimaendringer

Forskerne i FNs klimapanel mener at to graders temperaturøkning er grensen for hva naturen kan tåle. Stiger temperaturen mer enn det vil klimaendringene bli ukontrollerbare. På klimatoppmøtet i Paris i 2015 ble verdens ledere derfor enige om en ny avtale. Der forplikter landene seg til å gjøre alt de kan for at temperaturen ikke skal stige mer enn to grader, og helst ikke mer enn 1,5. Klimaendringer kan potensielt skape utfordringer for drift av sykehus i fremtiden



Samarbeid for å nå målene

For å lykkes med bærekraftsmålene trengs det godt samarbeid lokalt, regionalt og nasjonalt. Sykehusdrift påvirker miljø og klima gjennom forbruk av varer og utstyr, transport, byggeaktivitet, drift av bygg, håndtering av legemidler og kjemikalier

Grafikk: FNs bærekraftsmål. Kilde: FN-sambandet

Som eiendoms- og byggforvalter er sykehusenes rolle i areal- og byutvikling viktig

Hensynet til bærekraftig by- og tjenesteutvikling, felles rekrutteringsbehov og utvikling av robuste kompetansemiljøer tilsier at vi regionalt bør ha gode strategier for samarbeidsutvikling og planlegging med sentrale samfunnsaktører. Dette vil kunne bidra til mer forskning og innovasjon.

Boks 18 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Legge FNs bærekraftsmål til grunn for tiltak i arbeidet med samfunnsansvar
- Bidra til samfunns- og byutvikling som tar hensyn til demografiske endringer, klimaendringer, globalisering, urbanisering og digitalisering.

3.2 Helse og arbeid

Helse og arbeid betyr at behandlingstilbudene som gis har et tydelig mål om at pasientene skal komme tilbake til/beholde arbeidet sitt, dvs. at både helse og arbeid er et mål.

- Sammenlignet med andre land, mottar en relativt stor andel av befolkningen i yrkesaktiv alder i Norge helserelaterte ytelser (uførepensjon, arbeidsavklaringspenger, sykepenger)
- Tall fra NAV viser at 63 prosent av all uføretrygd i Norge innvilges på bakgrunn av muskel- og skjelettlidelser eller psykiske lidelser
- Norge har et høyt sykefravær sammenlignet med andre land, og diagnosene nevnt over er også hovedårsakene til sykefravær i Norge

Helsetjenesten har liten tradisjon for å være opptatt av deltakelse i arbeidslivet. Regelen har vært at man tenker sekvensielt: arbeid blir et mulig tema når behandling er slutført og en annen instans overtar stafettspinnen. I forslag til statsbudsjett for budsjettåret 2019 for Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet fremgår det at målsettingen er at deltakelse i arbeid skal være en del av behandlingsopplegget når kunnskapsgrunnlaget tilsier at dette vil gi positiv helsegevinst.

Etter omleggingen av ordningen Raskere tilbake vil Helse Sør-Øst satse videre på å opprette nye behandlingstilbud med helse og arbeid som mål. Tilbudene har et tydelig arbeidsfokus med samtidig behandling og arbeidsrettet bistand. De retter seg i hovedsak mot avklaring og vurdering av muskel-skjelettlidelser, samt PHV med poliklinisk behandling for moderat angst og depresjon.

Internasjonale studier viser at arbeidsledighet og utstøting/utestengning ofte har negative helsekonsekvenser. Mange studier viser også at det å få/ha en jobb er forebyggende og helsemobiliserende. Dvs. at arbeid kan fungere terapeutisk og helbredende, samt reversere de negative helseeffektene av arbeidsledighet. Litteraturen antyder også at helsegevinstene av arbeid kan være spesielt store i grupper med psykiske helseutfordringer. Studier viser også hvordan fravær av arbeid har stor virkning på individer og familier, både gjennom redusert helse og ved å forsterke de sosiale ulikhetene i samfunnet gjennom sosial eksklusjon, isolasjon og fattigdom.

Samarbeid med NAV, fastlege, arbeidsgiver og andre om samtidige tiltak er viktig. Sentralt er det også at det ytes hjelp tidlig i sykdomsforløpet. Dette samarbeidet har til nå ikke vært utviklet i særlig grad ved helseforetakene i Helse Sør-Øst, men er nå en del av satsingen etter omleggingen av ordningen Raskere tilbake. Private leverandører innen rehabiliteringsfeltet har vist større aktivitet. Det er vesentlig at NAV og helsetjenestene spiller bedre sammen og knyttet til arbeid og jobbnærvær. Dette gir gevinster både for samfunnet og ikke minst enkeltpersoners helse og velferd.

«Det er helsefremmende å være i arbeid!» er en avtale som er inngått mellom Helse Sør-Øst RHF ved administrerende direktør og alle NAV-direktører regionen. Målsettingen med avtalen er å videreutvikle samarbeidet for å sikre brukerne gode og koordinerte tjenester.

Boks 19 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Bidra til redusert sykefravær og til at flere kan forbli i eller komme tilbake til arbeid
- Videreutvikle tilbud med samtidig behandling og arbeidsrettet bistand for personer med muskel-skjelettlidelser, samt innen poliklinisk behandling i PHV for angst og depresjon

3.3 Nasjonale og regionale strategier og føringer

De samlede forventninger og krav til Helse Sør-Øst RHF fremkommer av nasjonale føringer, strategier og virksomhetsmessige krav. Sammen med statsbudsjettet legger dette viktige premisser for utviklingen.

Rammene som er trukket opp i Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 er helt sentrale. Den nasjonale planen gir en bred beskrivelse av viktige utviklingstrekk, politiske føringer og ambisjoner og planer for utvikling av helsetjenesten med vekt på følgende:

- Skape pasientens helsetjeneste
- Prioritere tilbudet innenfor psykisk helse og rusbehandling
- Fornye, forenkle og forbedre tjenestene
- Bidra til nok helsepersonell med riktig kompetanse
- Styrke kvalitet og pasientsikkerhet og stille tydelige faglige krav til sykehusene
- Bedre oppgavedelingen og samarbeidet mellom sykehusene
- Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Disse rammene er videreført og konkretisert i årlige oppdragsdokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene og i foretaksmøter. Disse signalene har vært førende for arbeidet med regional utviklingsplan. Regjeringen viderefører blant annet den "den gyldne regel" hvor samlet vekst innen PHV og TSB skal være høyere enn for somatikk, målt på regionnivå.

Helse Sør-Øst «Plan for strategisk utvikling 2013-2020» erstattes nå av regional utviklingsplan som vil være den overordnede og førende planen for utviklingsarbeidet i regionen. Dette innebærer at øvrige regionale strategier og planer må revideres og tilpasses de satsingsområdene som blir vedtatt i utviklingsplanen. Helse Sør-Øst sin visjon er:

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

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

Det er utarbeidet en «*Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*» som er vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF 16. juni 2016 (sak 056-2016). I tillegg til overnevnte planer, strategier og veileder, er det lagt vekt på rammer for arbeidet med regional utviklingsplan gitt i styremøte i 1. februar 2018 (sak 009-2018).

4 Utviklingstrekk – hvordan vil trender påvirke oss?

Både *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019* og helseforetakene peker på flere utviklingstrender som vil treffe helsetjenesten i årene som kommer. Noen utviklingstrender er globale og vi kan være relativt sikre på at de vil vedvare selv innenfor en så lang planperiode som 2035. Her gis en kort oversikt over de mest sentrale trendene.

De økonomiske rammene for spesialisthelsetjenesten er sentrale premisser for all tjenesteutvikling og for behandlingstilbudet. Hvis bevilgningene ikke endres vesentlig og kvalitet og behandlingstilbud skal opprettholdes, forutsetter det at vi finner andre og nye arbeidsmåter.

Demografi – vi blir flere eldre og færre yngre

Utviklingen går i retning av flere eldre. Flere eldre betyr også flere pasienter med kroniske og sammensatte sykdomsbilder. I regjeringens perspektivmelding⁸ drøftes sammenhengen mellom økt levealder og behovet for helse og omsorgstjenester. I denne meldingen legges det til grunn at flere eldre også betyr flere pasienter med kroniske og sammensatte sykdomsbilder, men at medisinske fremskritt vil gjøre det lettere å leve med sykdom. Det konkluderes med at en aldrende befolkning må forventes å trenge helsetjenester for en lengre periode enn tidligere generasjoner, men eldreomsorg for en kortere periode. Det pekes på at det arbeides med å utvikle modeller som kan fremskrive befolkningens helsetilstand og bedre vurdere effekt av ulike helsefremmende tiltak.



Foto: Akershus universitetssykehus HF

Den andre siden av problemstillingen er at det blir for få yngre. Antall fødte barn per kvinne i Norge var i 2017 1,62. Det er det laveste som noen gang er målt og langt fra tilstrekkelig til å opprettholde innbyggertall og aldersbalanse. Utviklingen fører også til færre yrkesaktive per trygdemottaker og færre som kan rekrutteres til helsetjenesten.

De unge flytter mot sentrum, og de eldre blir

Unge mennesker bidrar til en sentralisering, ikke bare til de store byene, men også sentralisering rundt tettstedene 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. Det er ikke gitt at de små sykehusene ensidig skal arbeide videre med hvordan de overfører oppgavene til primærhelsetjenesten. Kanskje skal vi i større grad spørre hvordan disse sykehusene kan understøtte og avlaste fastlegene og pleie- og omsorgstjenestene.

Sykdomsutvikling er vanskelig å forutsi

Det har vist seg nær umulig å forutsi endringene i sykdomsutvikling. Ny diagnostikk og nye behandlingsformer oppstår så raskt at vi ikke kan dimensjonere sykehus for dem, men må sørge for tilstrekkelig fleksibilitet til å håndtere dem. Et eksempel kan være 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

⁸ Finansdepartementet. (2017). Meld. St. 29 (2016-2017) Perspektivmeldingen 2017: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-29-20162017/id2546674/> s. 218

poliklinisk kapasitet innen øyefaget. Antibiotikaresistens er et sterkt økende problem og kan ha dramatiske følger for helsetjenestens utforming og evne til å yte behandling.

Den medvirkende pasient

Innføringen av nettbank endret arbeidsform og arbeidsoppgaver i bankvesenet dramatisk. Kombinasjonen av brukernes ønske om å delta aktivt i beslutninger og behandling og ny teknologi, gir et stort potensiale 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. Enkle forbedringer er viktige for både pasient og helsetjeneste, for eksempel at pasienter under cellegiftbehandling kan monitorere behandlingseffekt hjemme og bare komme på sykehus når de er klare for neste kur, pasienter som slipper å reise til lege for å måle effekt av blodfortynnende behandling og bruk av velferdsteknologi.

Det må bli enklere med bidrag fra pårørende og frivillige

Pårørende og frivillige yter allerede en formidabel innsats. Mange pasientorganisasjoner tilbyr for eksempel likepersonarbeid/likemannsarbeid. Dette er 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 å legge til rette for at det blir lettere å hjelpe til der det er ønsket. Bedre informasjon om tilbudene til pasienter og pårørende er nødvendig. Det vil også være behov for bedre koordinering av frivillig arbeid, for eksempel ved utvidet bruk av frivillighetskoordinator.

Medvirkende pasienter og deltagende pårørende forutsetter bedre opplæring

Pasient- og pårørendeopplæringen som allerede er etablert i sykehusene gjennom lærings- og mestringssentra er en forutsetning for medvirkende pasienter og deltagende. Disse må utvikles videre i tettere samarbeide med brukere og kommunene.

Forventningene til helsetjenesten vil fortsatt stige

Ny diagnostikk, nye og ofte dyre behandlingsformer, et globalisert helsemarked der så vel informasjon som diagnostikk vil bevege seg over landegrensener, vil bidra til at befolkningens forventninger stiger. Et godt, tilgjengelig og til og med brukervennlig helsetilbud er en nødvendig forutsetning for å opprettholde en offentlig helsetjeneste som befolkningen er villige til å betale for.

Ny teknologi og nye arbeidsformer vil flytte behandling ut av sykehusene

Den kanskje største driveren for utvikling både i næringsliv og i samfunnet for øvrig er digitalisering. Det representerer et fullstendig skifte av infrastruktur, åpner for nye arbeidsmåter og utviklingen av tjenester og produkter. Norge er blant de fremste land i verden når det gjelder å ta i bruk ny teknologi. Digitalisering av selvangivelsen, låneprosess i Lånekassen og digitale banktjenester er eksempler på at både offentlige og private aktører leder an i denne utviklingen. Helsetjenesten ligger etter, noe som nok i stor grad skyldes at helsesektoren var tidlig ute og tok IKT i bruk lenge før vi forstod betydningen av standardisering og kommunikasjon mellom systemer. Det har ført til at over 3 000 ulike programmer sammen med 170 000 medisinsk tekniske enheter er i bruk i Helse Sør-Øst, og dette driftes på over 10 000 servere.

Rimelig forbrukselektronikk vil gi folk flest enkel tilgang til en rekke private helsetjenester. Kunstig intelligens og maskinlæring kan gi sterke verktøy for beslutningsstøtte og for robotisering av arbeidsprosesser innen pleie, diagnostikk og behandling. Verden går i retning av mer nettbaserte helsetjenester: Tjenestene kommer i større grad hjem til folk. Det vil fortsatt være behov for sykehusbygg, samtidig som ibruktagelse av nye teknologier vil kreve at nye organisasjons- og driftsmodeller utvikles.

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. Sammen må brukergrensesnittet forbedres, slik at en får ønsket funksjonalitet raskere og på en måte som understøtter nye måter å arbeide på.

Kommunikasjonsteknologi fører til at det blir lettere å samle kompetanse fra ulike sykehus og ulike nivåer i helsetjenesten rundt pasienten - i stedet for å sende pasienten mellom aktørene. Ambulerende team møter pasienten hjemme og får dermed andre forutsetninger både for diagnostikk og behandling. Dette åpner også for samarbeid på tvers av nivåene i helsetjenesten.

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. Akuttmottakene er i ferd med å flytte seg fra sykehusene og ut i ambulansene.

Ny teknologi og nye arbeidsformer krever ny kompetanse, fleksible og tilpassningsdyktige utdanninger

Det er mange eksempler på hvordan utvikling av teknologi og nye arbeidsformer vil påvirke behovet for kompetanse og kompetanseutvikling. Et bredere samfunnsperspektiv på virksomheten vil bli sentralt. 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 felles utfordringer 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 behandling vil kreve kontinuerlig behov for å utvikle kompetanse.

Sentralisere, desentralisere eller pasientsentrere

I praksis har sentraliseringstrenden vært sterk i medisinen lenge. Mottoet har vært «sentralisere det vi må på grunn av kvalitet, desentralisere det vi kan». Det har vært lite trykk på desentraliseringsdelen. Ny teknologi åpner for nye måter å arbeide på og nye måter å fordele oppgaver på. Bedre kommunikasjon om og elektronisk oppfølging av en pasient kan i en region brukes til å overføre oppgaver fra sykehus til fastlege. I en annen region kan mangel på fastleger gjøre at samme løsning flytter oppgaver til lokalsykehusene. 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, blant annet fra regionspsykehuset og til andre helseforetak i regionen.

Alle må tenke forebygging

Morgendagens kapasitetsutfordringer løses ikke innenfor sykehusenes vegger alene. Spesialisthelsetjenesten må ta en mer aktiv rolle også i forebyggende helsearbeid og i å støtte primærhelsetjenesten.

Bemanningsplanlegging

Med uendrede arbeidsformer vil bemanningsbehovet fremskrives slik at det gir betydelig økt bemanningsbehov både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgssektor. Den veksten vil neppe være realistisk og er heller ikke bærekraftig i et samfunnsperspektiv. Det må derfor utvikles gode modeller for bemanningsplanlegging på tvers av omsorgsnivåer både nasjonalt, regionalt og lokalt. Dette for å sikre best mulig bruk av ressurser og kompetansen helseforetakene rår over. Samtidig må det arbeides for og utvikles endrede måter å levere gode helsetjenester på.

Fremtidens arbeidstakere

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 Opinion⁹ 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.

Ny teknologi skaper nye roller og relasjonen mellom ansatt og leder. Alt dette vil bety andre krav og forventninger til oss som arbeidsgivere, ledere og kolleger.



Foto: Sykehuset Innlandet HF

⁹ Norsk analysebyrå

5 Analyse, framskrivninger og veivalg

5.1 Utviklingen fremover for bemanning og kompetanse

Sykepleiere med grunnutdanning er den største yrkesgruppen i Helse Sør-Øst med 18,5 prosent av alle ansatte. Ser vi alle sykepleiergrupper under ett inklusiv spesialsykepleiere og jordmødre, representerer sykepleiergruppen totalt 30,9 prosent. Deretter følger andre pasientrettede stillinger som bioingeniører, fysioterapeuter, laboratoriepersonell med flere med 17,6 prosent, administrativt personell med 12,3 prosent og leger med 11,2 prosent.

Turnoverratene varierer en del mellom yrkesgruppene i sykehusene. Det er ingen fasit for hva som kan regnes som en «sunn» turnover rate. Det er imidlertid viktig at foretakene arbeider kontinuerlig med tiltak som sikrer god rekruttering og bibehold av nødvendig kompetanse.

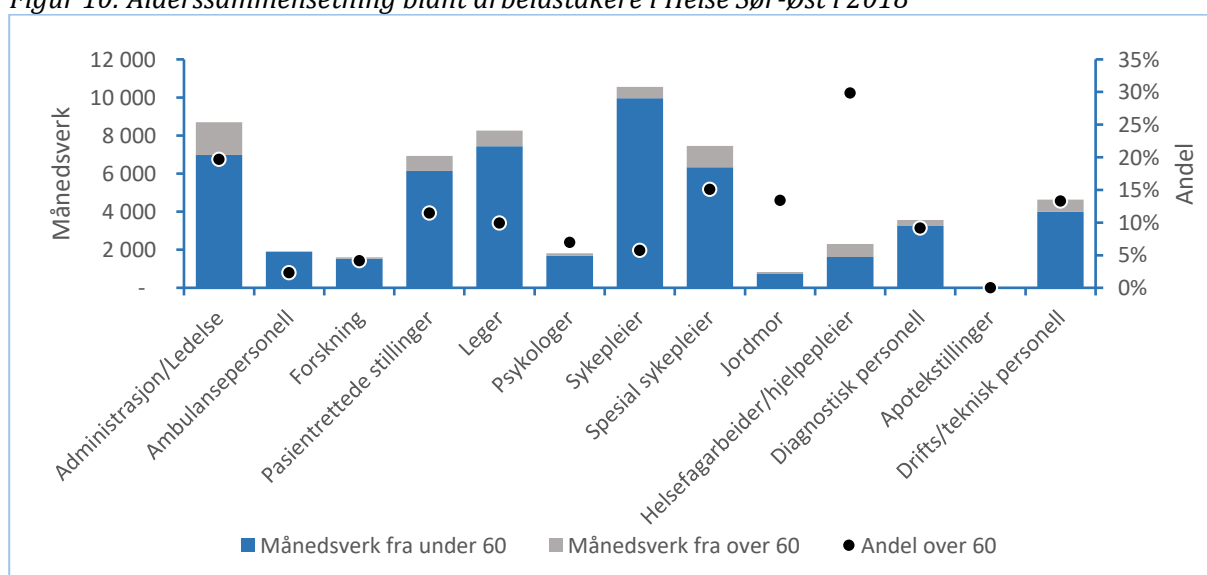
I ulike framskrivninger av behov for helsepersonell blir det vist at tilgangen på helsepersonell vil bli en utfordring i de kommende årene. Deler av utfordringen er illustrert i figuren nedenfor som viser alderssammensetningen innen de ulike yrkesgruppene. Utviklingen av andel arbeidstakere over 60 år uttrykker således en risiko for kompetansetap.

Av diagrammet i figur 10 kan vi blant annet lese at andelen eldre arbeidstakere er størst i gruppene helsefagarbeider/hjelpepleier (om lag 30 prosent) og administrativt personell (om lag 20 prosent). I sykepleiergruppen er andelen lavere for spesialsykepleiere enn for sykepleiere med grunnutdanning (5 prosent mot 15 prosent). Sammensetningen av arbeidsstokken varierer en del mellom helseforetakene og mellom de ulike yrkesgruppene ved det enkelte foretak. Data viser en relativt liten spredning i gjennomsnittsalder mellom de ulike gruppene spesialsykepleiere (alle rundt 50 år). Sykepleiere med grunnutdanning er en del yngre (gjennomsnittlig 38 år).

For foretaksgruppen under ett gir ikke alderssammensetningen i noen av hovedgruppene grunnlag for akutt bekymring, men det vil kreve kontinuerlig rekruttering for å bibeholde dagens nivå.

Utover i 2020-årene og frem mot 2035 vil det imidlertid se annerledes ut. Med mindre vi klarer å kombinere planmessig nyrekruttering med organisatoriske og andre tiltak som erstatter personellinnsats, vil det kunne oppstå et bemanningsgap i utsatte grupper.

Figur 10: Alderssammensetning blant arbeidstakere i Helse Sør-Øst i 2018



Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Bemannings- og kompetanseplanlegging

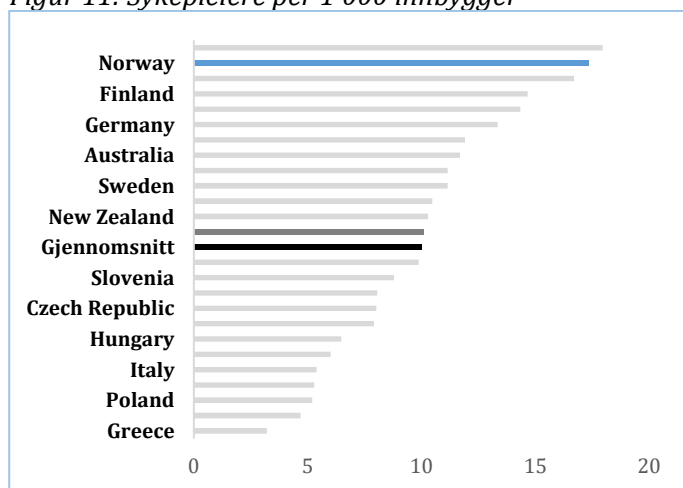
Behovet for kompetanse vil endres i årene fremover. Både helsesektoren og utdanningssektoren må i større grad tilpasse seg disse endrede behovene.

Nasjonal bemanningsmodell foreligger nå i en regional versjon som kan benyttes som et verktøy for styrket strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov. Helse Sør-Øst RHF vurderer om og hvordan modellen kan benyttes ved planlegging innenfor det enkelte helseforetak. Helseforetakene er i en tidlig fase når det gjelder bruk av mer komplekse analysemodeller av bemanning og legger derfor til grunn egne erfaringsbaserte analyser.

Bruker vi kompetansen riktig?

Norge er et av landene i verden som har flest helsearbeidere per innbygger. Det gjelder både sykepleiere og leger. Det er viktig at vi bruker denne kompetansen riktig og til riktige oppgaver. Norge har 17,3 sykepleiere per 1000 innbyggere, som er over gjennomsnitt på 10 av utvalget vist i figur 11.

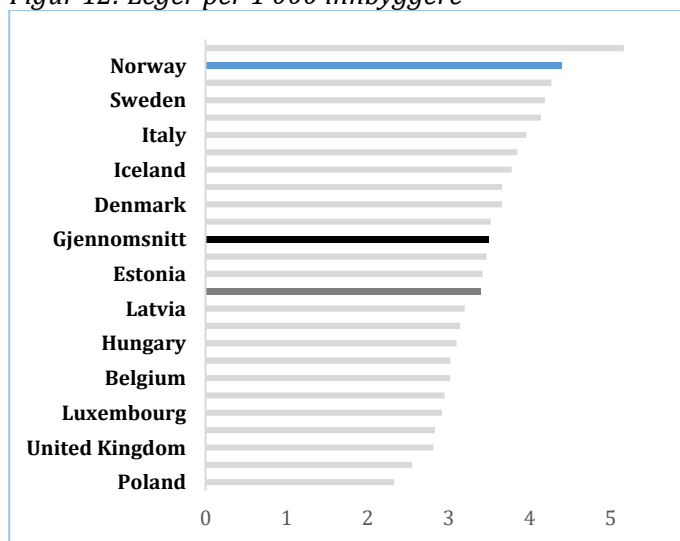
Figur 11: Sykepleiere per 1 000 innbygger



Kilde: OECD 2017, tall fra 2016 eller nærmeste år registrert.

Norge har 4,4 leger per 1000 innbyggere, noe som er over gjennomsnitt på 3,5 av utvalget vist i figur 12.

Figur 12: Leger per 1 000 innbyggere



Kilde: OECD 2017, tall fra 2016 eller nærmeste år registrert.

Det er enkelte utfordringer knyttet til internasjonal sammenligning, men oversikten er likevel et viktig utgangspunkt for diskusjon om hvordan vi skal håndtere det store behovet for helsepersonell i årene fremover.

5.2 Bemanningsframskrivninger

Framskrivninger i Nasjonal bemanningsmodell, basert bare på demografisk vekst, indikerer et behov for økning i samlede månedsværk for foretaksgruppen på 23 prosent fra i dag og frem 2035. Nasjonal bemanningsmodell tar utgangspunkt i ressursforbruket i basisår og framskriver fremtidig bemanningsbehov parallelt med aktivitetsvekst som følge av endringer i befolkning og befolkningsvekst, epidemiologi (somatikk) og forventet etterspørsel av tjenester (PHV/TSB). Framskrivning av bemanning tar ikke høyde for endring i kvalitet eller innretning av helsetjenesten.

Tabell 6 viser vekstraten i utvalgte stillingsgrupper hvis vi enkelt fremskriver endringer i befolkningssammensetningen/befolkningsvekst og legger til grunn gjeldende prevalens for sykdom i de ulike aldersgrupper. Det forutsettes samtidig uendret organisering av tjenestene og løpende nyansettelser i takt med økningen i etterspørsel etter tjenester.

Tabell 6: Vekstrater i utvalgte stillingsgrupper

Stillingsgrupper	Vekst: 2035
Stråleterapeut	39 %
Audiograf	38 %
Laboratoriepersonell	36 %
Radiograf	36 %
Bioingeniør	35 %
Ambulansepersonell	35 %
Fysioterapeut	32 %
Spesialsykepleiere	31 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	31 %
Sykepleier	31 %
Ergoterapeut	30 %
Leger	28 %
Helsesekretær	27 %
Jordmor	23 %
Vernepleier	15 %

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

I et slikt «nullalternativ» forventes det stor vekst i pleiepersonellgruppene. Andre grupper med høy vekstrate er stråleterapeuter, laboratoriepersonell, radiografer og bioingeniører – noe som kan forklares med den forventede økningen av pasienter med høy alder.

Slike framskrivninger må likevel modifieres ved at forutsetningene realistisk sett endres innen en rekke områder - for eksempel knyttet til faglig og teknologisk utvikling, oppgavedeling, organisering og nye arbeidsprosesser.

Vår strategiske bemanningsplanlegging skal håndtere ulike scenarier. I utgangspunktet må det likevel estimeres en vesentlig økning i etterspørselen etter arbeidskraft fremover.

I helseforetakenes utviklingsplaner ventes også redusert fremtidig tilgang på helsepersonell med kritisk kompetanse. Helseforetakene peker på et behov for langsiktige rekrutteringsplaner og

konkrete utdanningstiltak for å beholde og videreutvikle ansatte. Helse Sør-Øst RHF vurderer det som nødvendig at det arbeides mer med innhenting av erfaringstall og gjennomføring av piloter for å klargjøre nærmere framskrevet bemanningsbehov.

Andelen som kjøpes fra de private er uforandret i framskrivingsperioden. For at andelen skal være uforandret må også effekter av omstillingstiltak treffe de private aktørene.

5.3 Analyser av aktivitet og kapasitet

Det er ikke enkelt å fastslå om dagens og morgendagens spesialisthelsetjeneste er riktig dimensjonert – har riktig kapasitet. Det finnes ingen entydig definisjon av dette. Ser vi på dagens faktiske forbruk av helsetjenester, vil store svingninger i innleggelser og utskrivninger av og til føre til at det er for dårlig plass på sykehusene. Skulle sykehusene bygges for å ha riktig kapasitet til disse toppene, ville de ha for stor kapasitet mesteparten av tiden. I prinsippet kunne sykehusene da la arealer stå tomme. I praksis har det vist seg at tilgjengelig sengekapasitet nesten alltid brukes.

Når sykehusene er fulle, legges pasientene på korridor. Da oppfattes sykehuset naturlig nok som for lite. Samtidig kan det ligge pasienter på gangen på en avdeling mens det finnes ledige rom på en annen avdeling. Dette skjer fordi helseforetakene ut fra et pasientsikkerhetsperspektiv vurderer det som viktigere for pasienten å møte rett fagkompetanse enn å ha eget rom.

Det finnes ulike virkemidler vi kan benytte i arbeidet med kapasitet. De fleste sykehusene har både akutt og planlagt aktivitet, og i perioder med stor akutt aktivitet kan plass frigis ved å redusere den planlagte aktiviteten. Sammenhengen mellom aktivitet og kapasitet er skissert i figur 13.

Figur 13: Sammenhengen mellom aktivitet og kapasitet

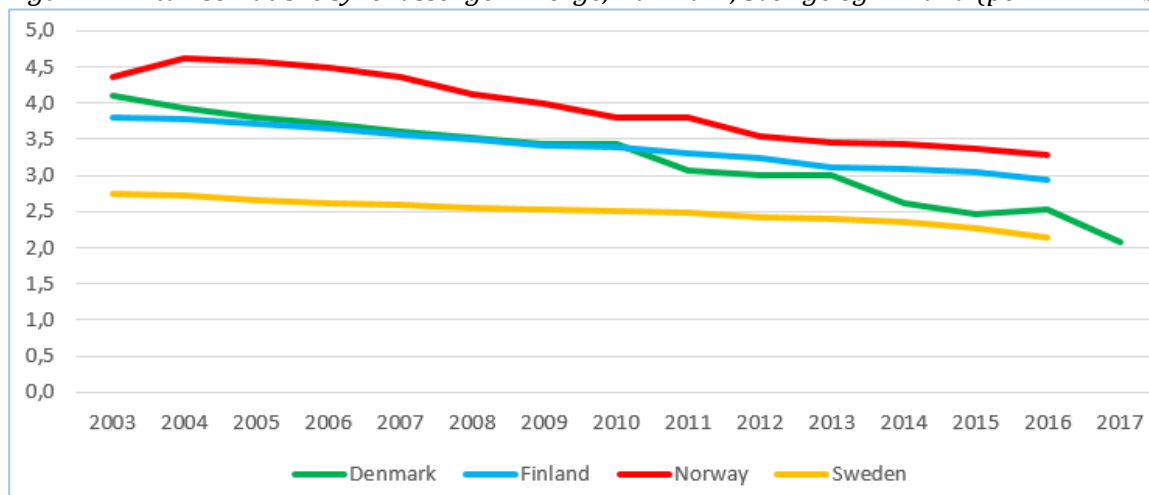


Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Har Norge mange eller få sykehussenger per innbygger sammenlignet med andre land?

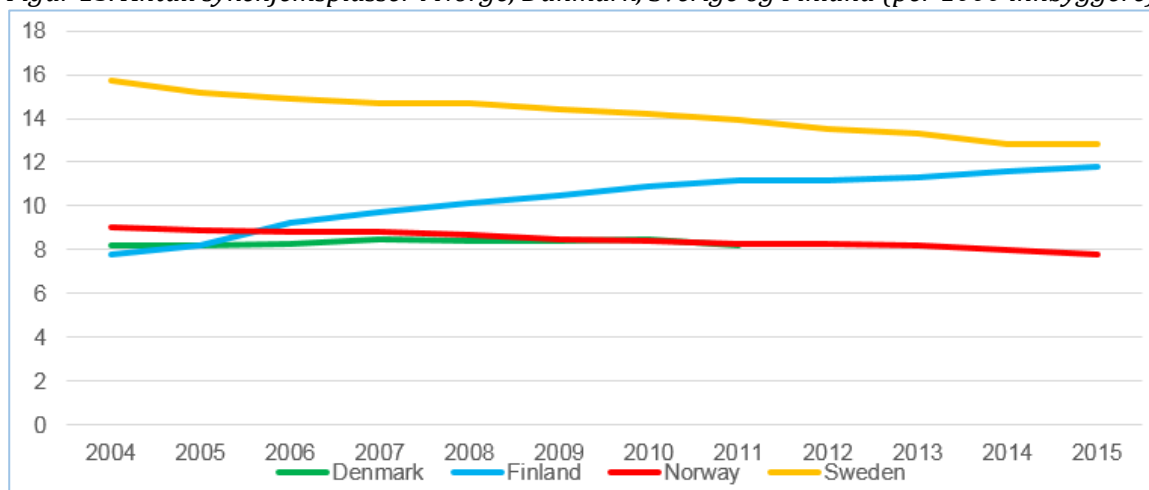
Dette er et enkelt spørsmål som er svært vanskelig å svare på. Det skyldes først og fremst at tjenestene er organisert ulikt i ulike land og med forskjellige tradisjoner for hvor pasientene tas hånd om. Figur 14 viser at Norge har noen flere senger per innbygger enn våre naboland og figur 15 viser at antall sykehjemsplasser er lavere enn i våre naboland. Det gir liten mening å sammenligne sengetall uten å ta hensyn til begge. Ulike bruk av hjemmetjenester gjør også tolkningen vanskelig

Figur 14. Antall somatiske sykehussenger i Norge, Danmark, Sverige og Finland (per 1000 innbyggere)



Kilde: OECD Health

Figur 15. Antall sykehjemsplasser i Norge, Danmark, Sverige og Finland (per 1000 innbyggere)



Kilde: OECD Health

Utviklingen fremover for aktivitet og kapasitet

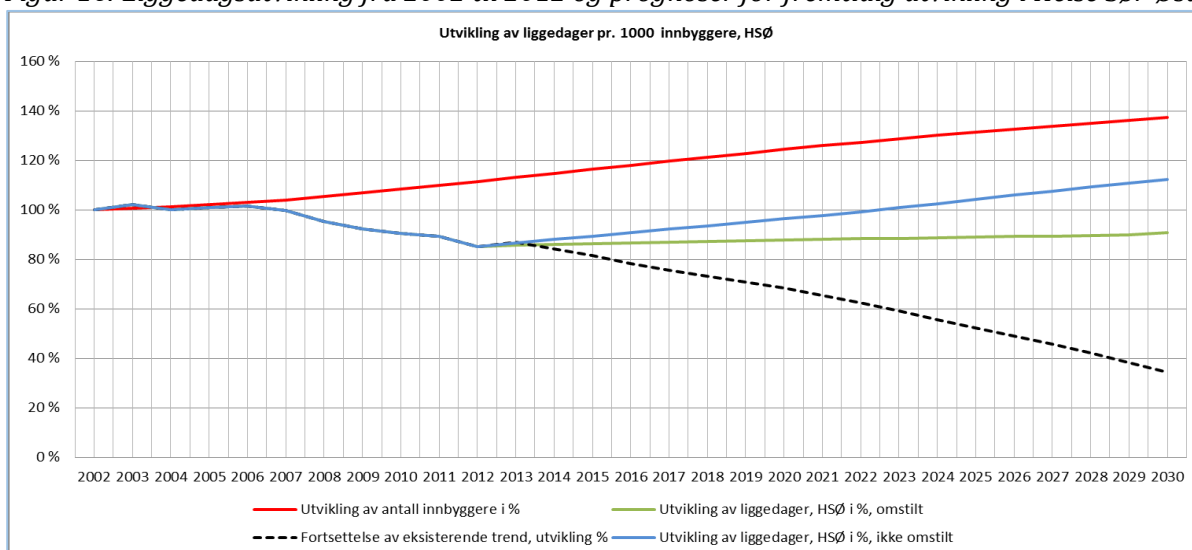
Når vi planlegger kapasitet fremover blir det enda vanskeligere. Den kapasiteten vi trenger i 2035 avhenger av hvilke endringer som kommer eller vi bestemmer oss for å gjøre og i hvilken grad vi klarer å tilpasse oss eller gjennomføre dem.

Fra starten av sykehusreformen har det vist seg vanskelig å gjøre gode framskrivninger av aktivitet og kapasitet i sykehussektoren. Store og små framskritt innen forskning og innovasjon har gitt en rivende medisinsk og teknologisk utvikling. Samtidig har dette gått så fort at det har vært utfordrende å lage gode prognoser for aktivitetsutviklingen. I tillegg har det vært vanskelig å planlegge effektene av økt samhandling og styrking av kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Som ett eksempel skrev SINTEF i sin hovedrapport fra 2014 om den somatiske aktiviteten i regionen at: «Aktivitetsendringene har påvirket behovet for kapasitet i bygg som kreves for å gjennomføre behandlingen. Den største endringen er fra 2006 til 2012, da antall liggedager ble redusert med over 360 000, noe som tilsvarer totalt ca. 1 200 senger, eller en reduksjon ca. 170 senger per år i HSØ.»

Figur 16 er hentet fra SINTEFs arbeid og viser liggedagsutviklingen fra 2002 til 2012, med illustrasjon av ulike alternativer for videre prognose mot 2030, sett i forhold til befolkningsutviklingen.

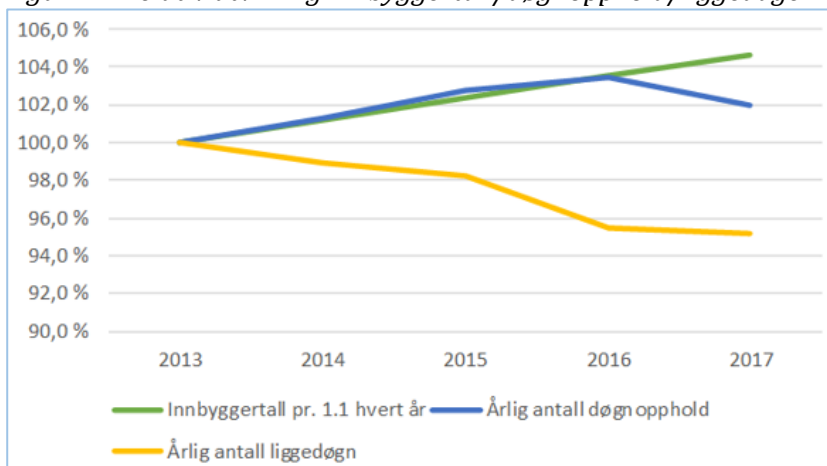
Figur 16: Liggedagsutvikling fra 2002 til 2012 og prognoser for fremtidig utvikling i Helse Sør-Øst



Kilde: SINTEF hovedrapport 2014 (alle parametere med utgangspunkt 100 prosent i 2002)

SINTEF «spådde» at utviklingen i liggetid ikke ville fortsette etter 2012 og at det dermed ville bli knekk i kurven (blå eller grønn linje). Figur 17 viser hvordan antall liggedager i Helse Sør-Øst faktisk utviklet seg fra 2013 til og med 2017.

Figur 17: Relativ utvikling innbyggertall/døgnopphold/liggedager i Helse Sør-Øst 2013-2017*



Kilde: Helse Sør-Øst RHF/Norsk pasientregister (alle parametere med utgangspunkt 100 prosent i 2013)

Bruken av sykehussenger går videre nedover med ytterligere 90 000 liggedager i denne fem-årsperioden, mens det årlige antall døgnopphold øker i relativt godt samsvar med innbyggertallet. Trenden fra tidligere med reduksjon i antall liggedager fortsatte altså fra 2012 til 2016, med en noe lavere reduksjon fra 2016 til 2017.

Reduksjon i liggetid må ses opp mot antall reinnleggelser. Fra 2013 til 2017 økte andel reinnleggelser fra 10,1 prosent til 10,9 prosent for døgnopphold i Helse Sør-Øst. Det er behov for ytterligere analyser av dette. En økning i reinnleggingsraten kan være uttrykk for at pasienter skrives ut for tidlig, men kan også være et uttrykk for at kommuner ikke har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter.

Den videre utviklingen for liggedøgn og liggetider er usikker. Stadig mer av aktiviteten innen spesialisthelsetjenesten kan løses uten døgn- og dagopphold, noe som fører til at prognosen om

fortsatt økning i poliklinisk aktivitet ligger fast. Økt egenmestring blant pasienter, koblet med den teknologiske utviklingen, vil i noen grad redusere aktivitetsøkningen.

Det synes så langt å være alminnelig enighet om at etterspørselen etter helsetjenester øker og vil fortsette å øke. På den annen side har antall nyhenvisninger til spesialisthelsetjenesten vært påfallende stabilt siden 2015, både nasjonalt og regionalt. Økningen i antall henvisninger har vært mindre enn befolkningsveksten alene skulle tilsi og viser dermed ikke preg av økt etterspørsel. Det må imidlertid tas høyde for at bruken av privat helseforsikring har doblet seg fra 200 000 til 400 000 forsikringstagere samtidig. Dette er trender som må forstås og analyseres nærmere.

At det er vanskelig å planlegge kapasitet betyr selvfølgelig ikke at vi kan la være. Det er imidlertid viktig at det i større grad legges til grunn at dette er svært dynamiske størrelser som ikke kan predikeres med en høy grad av treffsikkerhet. Helse Sør-Øst RHF vil sammen med de andre regionene arbeide videre for å utvikle forståelse og modeller, og ikke minst bidra til at de endringsfaktorene som brukes i framskrivinger er faglig oppdaterte og basert på beste kunnskap.

5.4 Framskrivinger av aktivitet og kapasitet

Slik foregår framskrivinger – dagens modell

For framskrivinger i spesialisthelsetjenesten benyttes i dag felles nasjonal modell for dimensjonerer av fremtidige sykehusbygg «Sykehusbyggmodellen» (figur 18). Alle regioner skal benytte samme metode for beregning av kapasitetsbehov, jf. protokoll fra foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 16. januar 2018. Modellen beregner behov for kapasitet og areal basert på beregnet aktivitet for framskrivingsperioden. Framskrevet aktivitetsbehov beregnes i dag ved å ta utgangspunkt i et gitt basisår (i denne planen 2017). Aktiviteten framskrives så med:

- Statistisk sentralbyrå (SSB) sine framskrivinger av demografi og befolkningsvekst
- Kvalitative vurderinger av forventet sykdomsutvikling
- Andre endringsfaktorer

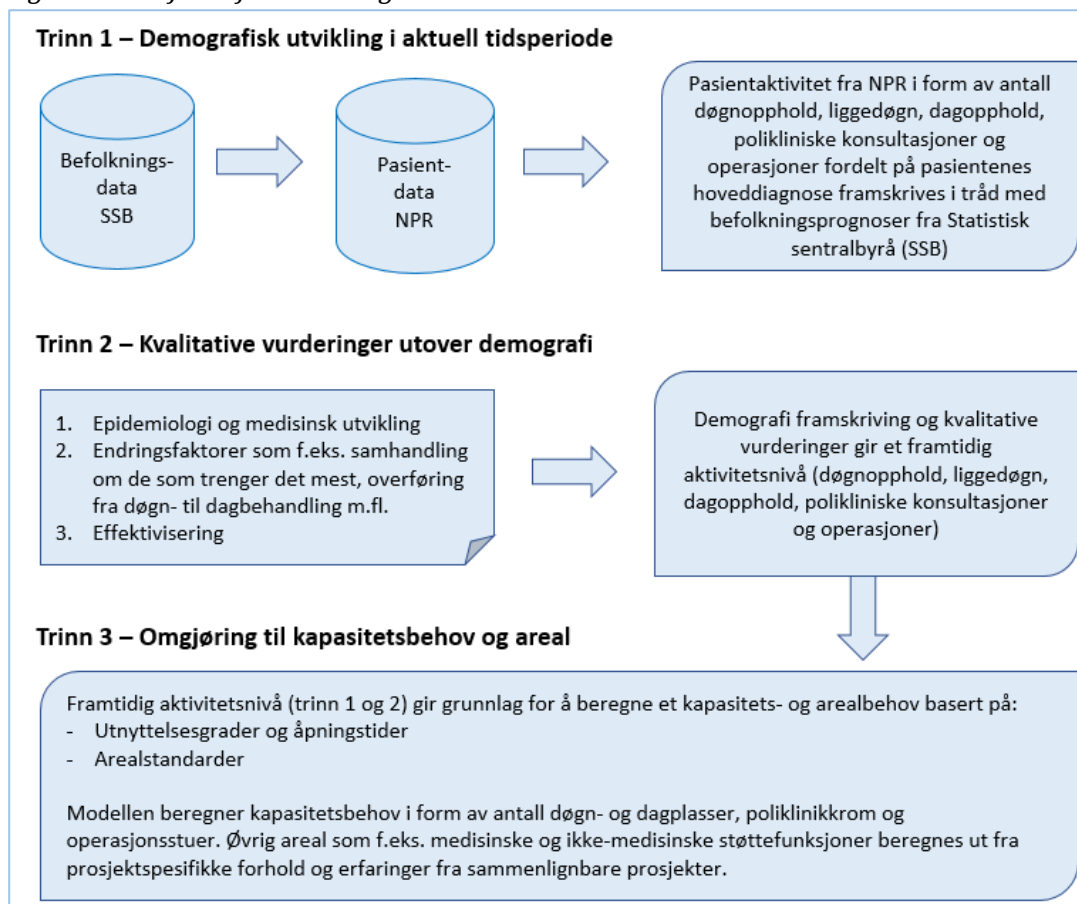
Norsk pasientregister (NPR) har pasientdatagrunnlag med framskrivningsvekter fra SSBs befolkningsframskrivinger for hver kontakt med spesialisthelsetjenesten i et basisår (2017). Det benyttes så ettårig fordeling på alder og kjønn, samt bostedskommune (bydeler) som grunnlag for framskrivinger.

Videre beregnes det forventet forbruk innen somatikk for 31 ulike diagnosegrupper og tre prosedyrer (kjemoterapi, stråleterapi og dialyse). Deretter benyttes en del endringsfaktorer som blant annet omhandler samhandling med primærhelsetjenesten, overføring fra døgnaktivitet til dagbehandling og poliklinikk og fortsatt vekst i poliklinikkaktivitet.

Ved beregning av areal benyttes ulike utnyttelsesgrader for å få frem et samlet arealbehov.

De regionale helseforetakene har fått i oppgave av departementet å videreutvikle modellen for framskrivinger under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, jf. protokoll fra foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 10. januar 2017. Dette arbeidet pågår.

Figur 18: Nasjonal framskrivingsmodell



Kilde: Sykehusbygg HF

Befolkningsvekst og demografisk utvikling

Den viktigste faktoren i framskrivningsmodellen er befolkningsutviklingen. Tabell 7 viser befolkningveksten i sykehusområdene i regionen fra 2017 til 2035 basert på tall fra SSB.

Tabell 7: Befolkningsvekst i sykehusområder i Helse Sør-Øst fra 2017 til 2035

Sykehusområder	2017	2035	Endring %	Antall over 80 år	
				Endring 2017-2035	Endring i %
Akershus SO*^	508 398	539 833	6 %	18 549	108 %
Innlandet SO*	400 214	362 161	-10 %	10 088	47 %
Oslo SO^	557 384	789 704	42 %	23 292	136 %
Sørlandet SO	300 789	345 570	15 %	12 098	98 %
Telemark/Vestfold SO	404 206	443 553	10 %	17 476	90 %
Vestre Viken SO	487 348	553 259	14 %	18 694	87 %
Østfold SO"	292 208	357 915	22 %	13 994	107 %
Totalsum	2 950 547	3 391 995	15 %	114 191	94 %

*Befolkningen i Kongsvinger-kommunene er i 2035 overført fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF

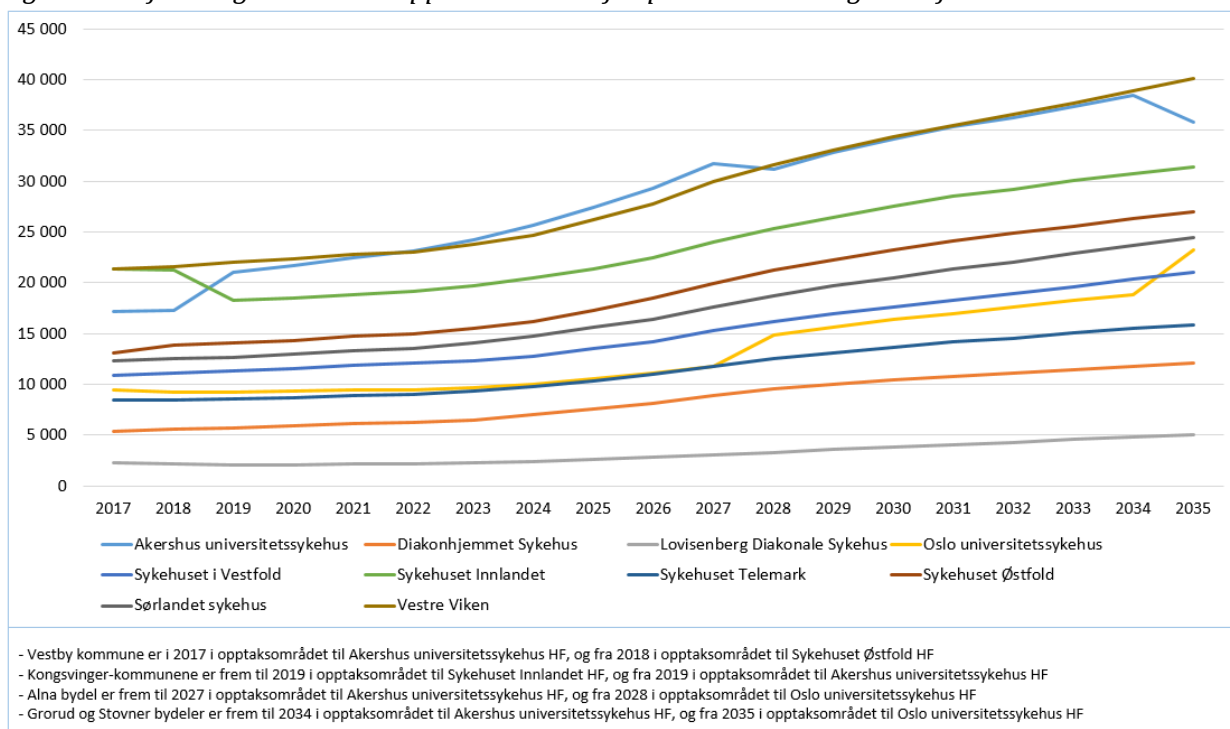
^Befolkningen i Alna, Grorud og Stovner bydeler er i 2035 overført fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF

"Befolkningen i Vestby kommune er i 2035 overført fra Akershus universitetssykehus HF til Sykehuset Østfold HF

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Det er forskjeller i alderssammensetningen i regionene. I 2035 vil det være en relativt ung befolkning i hovedstadsområdet. Figur 19 viser befolkningsveksten for personer over 80 år for alle helseforetakene og de private ideelle sykehusene med opptaksområder i regionen.

Figur 19: Befolkningsvekst etter opptaksområder for personer 80 år og eldre fra 2017 til 2035



Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Sykdomsutvikling og endringsfaktorene i somatikk

Framskrivningsmodellen bruker følgende endringsfaktorer for døgnbehandling for perioden fram til 2035:

- Sykdomsutvikling (forventet forbruk innen 31 ulike diagnosegrupper og 3 prosedyrer)
- Samhandling med primærhelsetjenesten (8 prosent over 18 år)
- Overføring fra døgn til dag og poliklinikk (5 prosent over 18 år)
- Effektivisering (6 prosent over 18 år, 0,3% per år)

Videre bruker modellen følgende endringsfaktorer for aktivitet i poliklinikk innen somatikk fram til 2035:

- Fortsatt vekst i antall pasientbesøk (15 prosent over 18 år)
- Overføring fra døgn til poliklinikk (1 prosent over 18 år)
- Samhandling med primærhelsetjenesten (7 prosent over 18 år)

Endringsfaktorene har i hovedsak ikke vært endret siden 2014. De har fremkommet gjennom ulike prosesser, hvor blant annet de ulike medisinske fagmiljøene beskrev forventet utvikling innen sine fag. Gitt utvikling i liggetider, ny teknologi og nye arbeidsformer er det på tide å vurdere endringsfaktorer på nytt.

I arbeidet med regional utviklingsplan er det ikke gjort noen ny medisinsk faglig vurdering av sykdomsutvikling. Det er ut fra en vurdering om at endringene i sykdomsutvikling fra 2014 til 2017 ikke er så vesentlige at dette er nødvendig. Det er også slik at Folkehelseinstituttet har et pågående arbeid knyttet til dette etter oppdrag fra departementet. Dette arbeidet er forventet ferdig i 2019 og vil da tas inn i modellen.

Framskrivninger somatikk 2035

Som beskrevet står vi overfor store utfordringer knyttet til fremtidig behov for helsetjenester og ressurser til å levere dem. Tabell 8 viser fremskrevet antall liggedøgn for sykehusområdene i regionen.

Tabell 8: Utvikling i liggedøgn i sykehusområdene (SO) i Helse Sør-Øst fra 2017 til 2035 uten og med korreksjon for omstillingsfaktorer og endring i opptaksområder

Helseforetak/sykehus	Liggedøgn 2017	Liggedøgn etter demografisk utvikling i 2035	Endring i liggedøgn som følge av demografi	Liggedøgn etter demografi, sykdomsutvikling og omstillingstiltak i 2035	Endring i liggedøgn etter demografi, sykdomsutvikling og omstillingstiltak i 2035
Akershus SO* ^ "	205 796	307 381	49 %	249 978	21 %
Innlandet SO*	227 228	260 991	15 %	208 554	-8 %
Oslo SO^	533 419	773 259	45 %	653 521	23 %
Sørlandet SO	144 481	207 720	44 %	165 740	15 %
Telemark/Vestfold SO	202 490	277 889	37 %	223 930	11 %
Vestre Viken SO	229 132	330 446	44 %	271 437	18 %
Østfold SO"	136 876	205 583	50 %	168 887	23 %
Totalsum	1 679 422	2 363 269	41 %	1 942 047	16 %

*Aktivitet for Kongsvinger-kommunene er i 2035 overført fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF
^Aktivitet for Alna, Grorud og Stovner bydeler utført ved Akershus universitetssykehus HF er i 2035 overført til Oslo universitetssykehus HF
" Aktivitet for Vestby kommune utført ved Akershus universitetssykehus HF er i 2035 overført til Sykehuset Østfold HF
Økt egendekning som forutsatt i planleggingen av Aker og Gaustad er overført Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Tabell 9 viser utviklingen i poliklinisk aktivitet for sykehusområdene i regionen.

Tabell 9: Utvikling i poliklinisk aktivitet i sykehusområdene (SO) i Helse Sør-Øst fra 2017 til 2035 uten og med korreksjon for omstillingsfaktorer

Helseforetak/sykehus	Polikliniske konsultasjoner 2017	Polikliniske konsultasjoner etter demografisk utvikling i 2035	Endring i polikliniske konsultasjoner som følge av demografi	Polikliniske konsultasjoner etter demografi, sykdomsutvikling, generell vekst og omstillingstiltak i 2035	Endring i polikliniske konsultasjoner etter demografi, sykdomsutvikling, generell vekst og omstillingstiltak i 2035
Akershus SO*^"	351 722	474 716	35 %	539 782	53 %
Innlandet SO*	404 152	400 833	-1 %	466 728	15 %
Oslo SO^	1 152 314	1 563 342	36 %	1 829 150	59 %
Sørlandet SO	340 173	439 961	29 %	509 847	50 %
Telemark/Vestfold SO	449 786	548 334	22 %	632 324	41 %
Vestre Viken SO	440 852	558 781	27 %	645 915	47 %
Østfold SO"	285 505	373 780	31 %	430 771	51 %
Totalsum	3 424 504	4 359 746	27 %	5 054 516	48 %

*Aktivitet for Kongsvinger-kommunene er i 2035 utført ved Sykehuset Innlandet HF er i 2035 overført til Akershus universitetssykehus HF
^Aktivitet for Alna, Grorud og Stovner bydeler utført ved Akershus universitetssykehus HF er i 2035 overført til Oslo universitetssykehus HF
" Aktivitet for Vestby kommune utført ved Akershus universitetssykehus HF er i 2035 overført til Sykehuset Østfold HF

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Framskrivningene viser en brutto økning fra rundt 1.7 til 2.4 millioner liggedøgn basert på endringer i befolkningssammensetning/befolkningsvekst. Dagens framskrivningsmodell har tiltak og endringsfaktorer som reduserer dette til om lag 1,95 millioner liggedøgn i 2035.

Framskrivningene viser på samme måte en brutto økning fra rundt 3,4 til 4,4 millioner polikliniske konsultasjoner basert på endringer i befolkningssammensetning/befolkningsvekst. Dagens framskrivningsmodell har endringsfaktorer som øker dette til i overkant av 5 millioner polikliniske konsultasjoner. Dette betyr at for poliklinisk aktivitet er veksten større enn det den rene demografiske framskrivningen tilsier.

Framskrivninger må ikke forveksles med prognoser som baserer seg på estimerer for den mest sannsynlige utviklingen. Framskrivninger viser framtidige utfall basert på spesifikke forutsetninger, og er en scenario-modell.

Dette betyr at det er betydelig usikkerhet i framskrivningene, og det er også viktig å merke seg at framskrivningene av aktivitet bygger på SSBs befolkningsframskrivninger som også har en usikkerhet.

Når vi er kjent med denne utsikkerheten er det nødvendig å følge utviklingen tett og ha planer for hvordan manglende kapasitet skal håndteres i de enkelte helseforetakene og i Helse Sør-Øst samlet sett.

Utnyttelsesgrader og arealbehov i somatikk

Utnyttelsesgrad uttrykker hvor ofte en seng eller et rom er i bruk. Følgende utnyttelsesgrader benyttes i beregningen av arealbehov for døgndrift:

- 365 dagers drift
- 75 prosent belegg for observasjonssenger
- 75 prosent belegg for pasienthotellsenger
- 85 prosent belegg for normalsenger

Helse Sør-Øst RHF endrer med dette utnyttelsesgraden fra 90 til 85 prosent belegg for normalsenger og håndterer videre pasienthotellsenger som normalsenger. Endringen begrunnes med pasientsikkerhetsperspektiv, at de andre regionene alle bruker samme utnyttelsesgrad, erfaringene fra Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF, samt at bruken av pasienthotellsenger er lav.

Med ny utnyttelsesgrad forventes et behov for om lag 850 nye senger i perioden. I tabell 10 er liggedøgn og sengebehov som følge av endring i liggedøgn i de enkelte sykehusområdene framskrevet.

Tabell 10: Forskjell i sengebehov 2035 med dagens framskrivningsmodell og ny utnyttelsesgrad i sykehusområdene (SO) i Helse Sør-Øst

Helseforetak/sykehus	Liggedøgn 2017	Liggedøgn etter demografi, sykdomsutvikling og omstillingstiltak i 2035	Endring i liggedøgn etter demografi, sykdomsutvikling og omstillingstiltak i 2035	Endring i sengebehov 85% belegg
Akershus SO* ^ "	205 796	249 978	21 %	142
Innlandet SO*	227 228	208 554	-8 %	-60
Oslo SO^	533 419	653 521	23 %	387
Sørlandet SO	144 481	165 740	15 %	69
Telemark/Vestfold SO	202 490	223 930	11 %	69
Vestre Viken SO	229 132	271 437	18 %	136
Østfold SO"	136 876	168 887	23 %	103
Totalsum	1 679 422	1 942 047	16 %	846

*Aktivitet for Kongsvinger-kommunene er i 2035 overført fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF

^Aktivitet for Alna, Grorud og Stovner bydeler utført ved Akershus universitetssykehus HF er i 2035 overført til Oslo universitetssykehus HF

"Aktivitet for Vestby kommune utført ved Akershus universitetssykehus HF er i 2035 overført til Sykehuset Østfold HF

Økt egendekning som forutsatt i planleggingen av Aker og Gaustad er overført Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Følgende forutsetninger ligger til grunn for beregning av arealbehov for poliklinikk:

- 45 minutter konsultasjonstid
- Åpningstid: 230 dager og 8 timer åpningstid

Helse Sør-Øst RHF endrer med dette fra 240 dager og 10 timers åpningstid til 230 dager og 8 timer åpningstid. Endringen begrunnes med at de andre regionene alle bruker samme utnyttelsesgrad, erfaringene fra Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF, samt at de ansatte er vår viktigste innsatsfaktor og skal dekke opp mange funksjoner inkludert øyeblikkelig hjelp og beredskap. For å kunne møte ulike pasientgruppers behov, vil det fortsatt være behov for differensierte åpningstider. Det vil, som før, være opp til det enkelte helseforetak/avdeling/poliklinikk å bestemme åpningstidene og vurdere om det er behov for lengre åpningstider på enkelte dager/i enkelte perioder. Bruk av utvidet åpningstid vil således utgjøre en reservekapasitet når det gjelder poliklinikkrom og bruk av disse.

Sykdomsutvikling og endringsfaktorer PHV og TSB

Helseforetakene i regionen har ulike utfordringer innen PHV og TSB. Det er stor og til dels uforklart variasjon mellom aktivitet/bruk av spesialisthelsetjenesten i de ulike sykehusområdene. Dette gjør framskrivningen mer usikkert fordi forskjeller vi ikke vet om er godt begrunnet i dag, forsterkes betydelig når de fremskrives mot 2035. Det vil derfor være av særlig betydning å arbeide med variasjon innen dette feltet. Effektene av tiltakene vil kunne variere betydelig mellom helseforetakene. Vurdering av standardkriterier er altså mest hensiktsmessig på regionalt/nasjonalt nivå og analyse av det enkelte helseforetak må tolkes vesentlig mer forsiktig.

Framskrivningsmodellen bruker følgende endringsfaktorer for døgnbehandling for perioden fram til 2035:

- Samhandling med primærhelsetjenesten (15 prosent over 18 år)
- Effektivisering (13 prosent over 18 år)

Videre bruker modellen følgende endringsfaktorer for aktivitet i poliklinikk innen PHV og TSB fram til 2035:

- Samhandling med primærhelsetjenesten (5 prosent over 18 år)

Innen PHV og TSB er ambulante team og forsterket arenafleksibel behandling i BUP eksempler på tilbud som er etablert, men i ulik grad implementert i de enkelte helseforetak.

Det presiseres at det hefter usikkerhet ved framskrivningene innen psykisk helsevern og det er nødvendig med en fornyet vurdering av disse.

Utnyttelsesgrader i PHV og TSB

Utnyttelsesgrad uttrykker hvor ofte en seng eller et rom er i bruk. Følgende utnyttelsesgrader benyttes i beregningen av arealbehov for døgndrift innen PHV voksne:

- 365 dagers drift
- 85 prosent belegg for senger

Helse Sør-Øst RHF endrer med dette fra 90 til 85 prosent belegg for senger. Endringen begrunnes med pasientsikkerhetsperspektiv, at de andre regionene alle bruker samme utnyttelsesgrad og erfaringene fra Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF.

Utnyttelsesgrad for døgndrift innen PHV for barn og unge opprettholdes uendret med 365 dagers drift og 75 prosent belegg for senger. Utnyttelsesgrad for døgndrift innen TSB opprettholdes uendret med 365 dagers drift og 80 prosent belegg for senger.

Videre ligger 230 dager og 8 timers åpningstid og 75 minutter konsultasjonstid til grunn for beregning av arealbehov for poliklinikk. Dette er det samme som for de andre regionene.

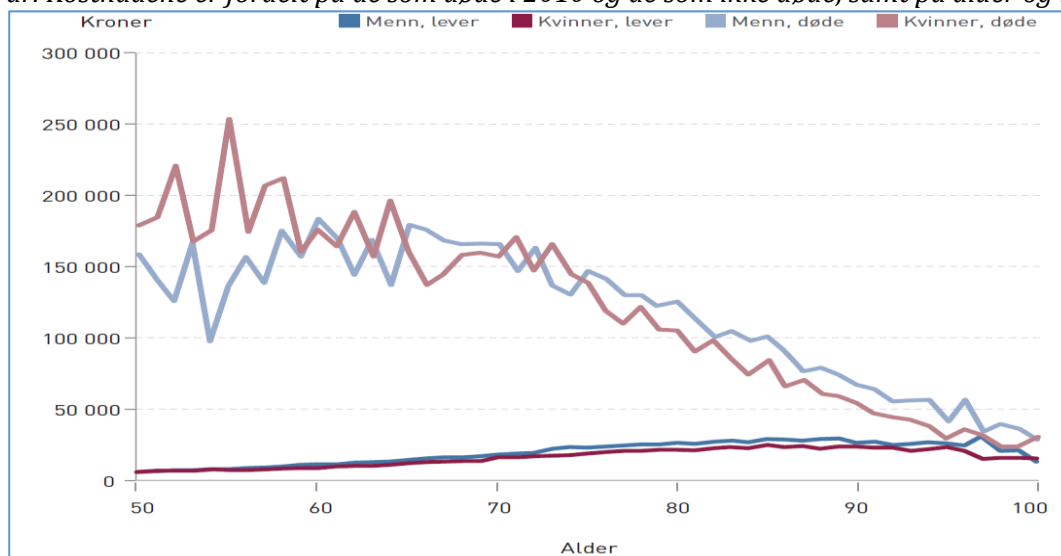
5.5 Ny kunnskap om framskrivinger og behov

Flere av høringsssvarene har uttrykt bekymring for om Helse Sør-Øst RHF planlegger for tilstrekkelig kapasitet. Det vil alltid være usikkerhet knyttet til framskrivinger og det vil derfor være nødvendig å følge utviklingen tett og ha planer dersom forutsetninger og effekter av omstillingstiltak endres. Ettersom det benyttes nasjonale modeller, er framskrivingene basert på dagens beste kunnskap. Samtidig er det nødvendig å utfordre og utvide kunnskapen, et arbeid som vil føres videre sammen med de andre regionene.

Den viktigste faktoren i framskrivningsmodellen er befolkningsutviklingen. Den forklarer om lag halvparten av samlet variasjon. På toppen av dette beregnes behovet for helsetjenester i befolkningen for hvert leveår. Det er her modellen fanger opp at vi blir flere eldre og at behovene derfor vil stige betydelig fremover. Ingen er uenige at behovene vil øke, men hvordan vet vi hvor mye? Er det slik at vi vil være friske lengre i livet og dermed «forskyve» den tiden vi er syke og bruker mye helsetjenester? Eller er det slik at vi lever lenger med sykdom og dermed bruker enda mere helsetjenester?

Melberg og medarbeidere (Tidsskrift Den Norske Legeforening 8:2013) har vist at i 2010 gikk 10,6 prosent av alle sykehusutgiftene for dag- og døgnbehandling til personer som døde det samme året. Over 50 prosent av utgiftene det siste leveåret ble brukt i løpet av de tre siste levemånedene. Imidlertid var det slik at sykehusutgiftene siste leveår sank med økende alder og var mer enn halvert for 90-åringer sammenliknet med 70-åringer, som vist i figur 20.

Figur 20: Gjennomsnittlig DRG-registrert kostnad til somatisk sykehusbehandling for personer over 50 år. Kostnadene er fordelt på de som døde i 2010 og de som ikke døde, samt på alder og kjønn



Kilde: Melberg og medarbeider, Tidsskrift Den Norske Legeforening 8:2013

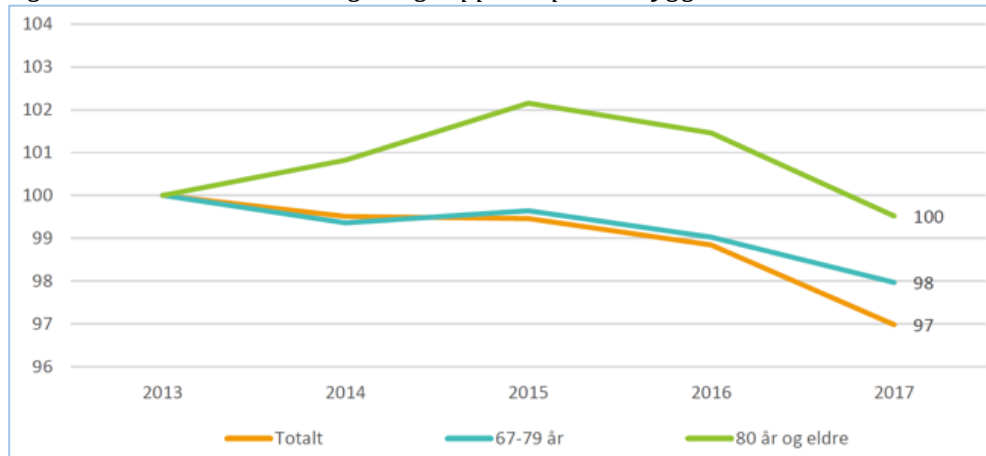
Dette forholdet har flere implikasjoner. Den ene og mest åpenbare er at ettersom flere dør ved høyere alder vil det føre til lavere ressursbehov. Den andre implikasjonen er at dagens framskrivningsmodell overestimerer behovene per år for de eldre. Når fremtidig tjenestebehov estimeres ut fra hva en 70-åring bruker i dag, er en relativt høy del av dette kostnader til pasienter som er i sitt siste leveår. Det gir et for høyt beregningsgrunnlag for morgendagens 70-åring. Denne effekten gjelder for hvert leveår i modellen.

Reduksjon i døgnopphold per innbygger siste 5 år

Framskrivningsmodellen viser til økt behov for senger i planperioden. Den forutsetningen står fast. Men hvordan har utviklingen vært de siste årene?

Resultater fra SAMDATA for spesialisthelsetjenesten i perioden 2013-2017 viser at det i denne perioden har vært en nedgang i antall døgnopphold per innbygger både for befolkningen samlet og for aldersgruppen 57 til 79 år. Selv om antall døgnopphold for aldersgruppen 67 til 79 år økte fra 2016 til 2017, var det en reduksjon i antall døgnopphold per 1000 innbyggere for aldersgruppen. Når det gjelder aldersgruppen 80 år og eldre, har det etter 2015 vært en reduksjon også for denne aldersgruppen, som figur 21 viser.

Figur 21: Prosentvis utvikling i døgnopphold per innbygger etter alder, 2013-2017



Kilde: Samdata 2013-2017, Helsedirektoratet

Vurdering av modellen og endringsfaktorer

Helse Sør-Øst RHF har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å videreutvikle framskrivningsmodellen i samarbeid med de andre regionene og Sykehusbygg HF. Målet er å utvikle en modell som kan gi mer presise framskrivinger. Det må i denne sammenheng arbeides med metoder for hvordan vi skal beregne forbruk av helsetjenester siste leveår i en situasjon hvor levealderen er økende. Videre må det sees spesielt på framskrivinger innen psykisk helsevern.

I høringsutkastet til regional utviklingsplan ble det presentert forslag til nye endringsfaktorer, herunder bruk av ny teknologi, avstandsoppfølging, mer brukerstyring og samarbeid om de som trenger det mest/integrerte helsetjenester. Forslaget representerte i sum ikke noen annen effekt enn det som ligger i den nasjonale framskrivningsmodellen.

I endelig plan benytter Helse Sør-Øst RHF den nasjonale modellen. Samtidig vil Helse Sør-Øst RHF arbeide med konkretisering av endringsfaktorer knyttet til satsingsområdene i denne planen da disse oppfattes som mer framtidsrettet. Dette vil også tas inn i arbeidet med å videreutvikle framskrivningsmodellen.

5.6 Endring i opptaksområder og region- og kommunereformen

Regional utviklingsplan har tatt utgangspunkt i dagens opptaksområder for helseforetakene. Det omfatter to aktuelle endringer:

- Spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune ble i 2018 overført fra Akershus universitetssykehus HF til Sykehuset Østfold HF.
- Kongsvinger sykehus med opptaksområde overføres fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF i februar 2019

For øvrig pågår et arbeid med å fastlegge endelig sykehusstruktur i Innlandet, men det påvirker ikke opptaksområdet.

Stortinget har besluttet at det skal gjennomføres en region- og kommunereform. Fra 1.1.2020 blir dagens ti fylker i regionen til fem nye fylker/regioner. Ny fylkes- og kommunestruktur påvirker ikke automatisk organisering av sykehus og opptaksområder, men det er enkelte endringer som fordrer avklaring av tilhørighet til akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK-sentraler).

De nye fylkene i regionen

- Vestfold og Telemark fylke: Sammenslåing av dagens Vestfold og Telemark. Der er det to helseforetak som har felles AMK-sentral og pasientreisekontor, men hver sin ambulansetjeneste
- Viken fylke: Sammenslåing av dagens Østfold, Akershus og Buskerud. Disse fylkene omfatter tre helseforetak, to AMK-sentraler, tre ambulansetjenester og tre pasientreisekontorer. I tillegg har to kommuner i nåværende Oppland fylke fått innvilget ønske om å bytte fylkestilhørighet til Viken. Dette gjelder Jevnaker som inngår i sykehusområde Vestre Viken og AMK Buskerud og Lunner kommune (9.424 innbyggere) som inngår i sykehusområde Innlandet og AMK Innlandet
- Innlandet fylke: Sammenslåing av dagens Hedmark og Oppland. Geografisk samsvarer dette med Sykehuset Innlandet og AMK Innlandets opptaksområde med unntak av Glåmdalen som fra 2019 tilhører Akershus sykehusområde
- Agder fylke: Sammenslåing av dagens Aust-Agder og Vest-Agder. Geografisk samsvarer dette med Sørlandet sykehus HF og AMK Sørlandets opptaksområde.
- Oslo: Forblir egen kommune/fylke

Den nye kommunestrukturen i regionen

Fra 1.1.2020 vil antallet kommuner i regionen reduseres fra 167 per januar 2018 til 146. De fleste sammenslåinger skjer innenfor helseforetakenes opptaksområder og krever ingen særskilt oppmerksomhet utover nødvendige endringer av oppsett knyttet til elektronisk meldingsutveksling. Følgende kommuneendringer vil få betydning for nåværende opptaksområder:

- Nye Holmestrand kommune: Sande (9.800 innbyggere) og Holmestrand (14.330 innbyggere) blir nye Holmestrand kommune (Hof ble en del av Holmestrand i 2018). Sande kommune tilhører i dag opptaksområdet til Vestre Viken HF og prehospitale tjenester/AMK Buskerud. Holmestrand kommune tilhører i dag opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold HF og AMK/ambulansetjenester Vestfold og pasientreiser i Telemark
- Nye Asker kommune: Røyken (22.630 innbyggere), Hurum (9.500 innbyggere) og Asker (61.300 innbyggere) blir nye Asker kommune. De tilhører alle opptaksområdet til Vestre Viken HF. Røyken kommune og Hurum kommune tilhører prehospitale tjenester/AMK Buskerud og Asker kommune tilhører prehospitale tjenester/AMK Oslo

5.7 Endringer i opptaksområder i hovedstadsområdet

Den store befolkningsveksten i og rundt Oslo gjør det spesielt viktig å legge til rette for tilstrekkelig kapasitet. Mange sykehus og helseforetak samarbeider innenfor et lite geografisk område, og samarbeid og oppgavedeling er derfor særlig viktig. Befolkningsutviklingen kombinert med gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse i Oslo universitetssykehus gjør det nødvendige med flere ulike tiltak:

- Nybygg som erstatter utdaterte bygg og øker kapasiteten
- Optimalisering av drift ved sykehusene
- Utvikle bruk av de private, ideelle sykehusene
- Endringer i oppgavedeling i Oslo sykehusområde
- Ny arbeidsformer og bedre samarbeid med kommunene
- Overføring av spesialisert behandling til andre helseforetak i regionen (desentralisering, for eksempel innen kreftbehandling)

Gjennom samarbeidsarena Aker har Oslo kommune sammen med både Oslo universitetssykehus HF og Sunnas sykehus HF lagt grunnlag for nye arbeidsformer og oppgavedeling. Ny storbylegevakt som Oslo kommune skal bygge og etablere ved Aker, vil bidra til det samme.

Oslo kommune har også kommet langt innen velferdsteknologi og har gjennom sitt VIS-prosjekt allerede kunnet vise at det har betydning for helse og ressursbruk. Det er et godt grunnlag for samarbeid rundt avstandsoppfølging og brukerstyring.

Nybygg, videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF

Styret i Helse Sør-Øst RHF besluttet 16. juni 2016 det fremtidige målbilde for Oslo universitetssykehus HF.:

- Et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad
- Et lokalsykehus på Aker
- Et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet

I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling (RSA) til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark. Målbildet ble stadfestet av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF den 24. juni 2016, og legges til grunn for den videre utviklingen av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF.

Opptaksområder for sykehusene i hovedstadsområdet

Ved fordeling av bydeler mellom sykehusene i Oslo er det lagt vekt på at forbindelsene mellom psykisk helse, TSB og somatikk brytes i minst mulig grad. Det er i dag et veletablert og god samarbeid mellom bydelene og distriktpsykiatriske sentre i Oslo. Dette skal opprettholdes over tid ved fordeling av bydeler til sykehusene.

Spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i bydelene Alna, Grorud og Stovner skal tilbakeføres fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF, jf. vedtak i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF den 24. juni 2016 hvor det ble bedt om at spesialisthelsetjenestetilbudet til disse bydelene blir lagt til Aker sykehus på sikt. Det er lagt opp til en gradvis tilbakeføring av bydelene, som må tilpasses utbyggingsplaner ved Oslo universitetssykehus HF og avlastningsbehov ved Akershus universitetssykehus HF.

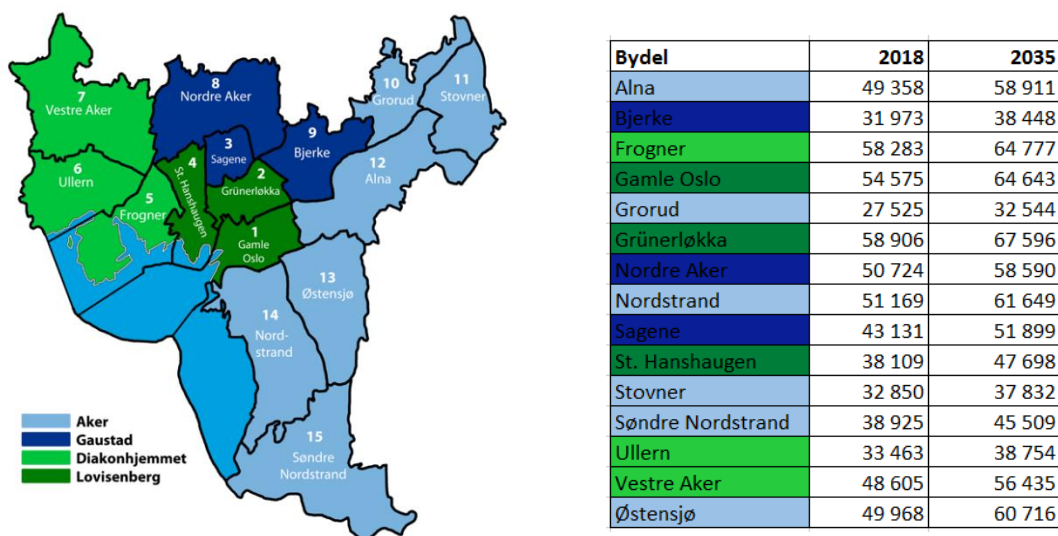
Etter at tilbakeføringen er gjennomført, vil helseforetakene/sykehusene ha en fordeling av opptaksområder som vist i tabell 11 og figur 22 nedenfor.

Tabell 11: Bydelsfordelingen i 2035

Sykehus	Bydeler	Befolkning
Aker	Lokalsykehus for 6 bydeler: Nordstrand, Søndre Nordstrand, Østensjø, Alna, Grorud og Stovner. Bydelene Nordstrand, Søndre Nordstrand og Østensjø hører til og beholder Søndre Oslo DPS og bydelene Alna, Grorud og Stovner hører til og beholder DPS Groruddalen.	297 000
Gaustad	Regionsykehus Lokalsykehus for 3 bydeler: Bjerke, Nordre Aker og Sagene. Bydelene hører til og beholder Nydalen DPS.	149 000
Diakonhjemmet	3 bydeler: Frogner, Ullern og Vestre Aker. Bydelene hører til og beholder Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen som DPS.	160 000
Lovisenberg	3 bydeler: Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen. Bydelene hører til og beholder Lovisenberg DPS	183 000

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Figur 22: Befolkning og bydelsfordeling i Oslo i 2035



Kilde: Statistikkbanken, Oslo kommune

I hørings svarene peker flere på muligheten for å bygge mindre på Aker ved at man overfører en ekstra bydel til henholdsvis Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. En slik overføring vil gi Aker sykehus et befolkningsgrunnlag på om lag 170 000, og det er vurdert at dette vil være for lite med hensyn til universitetsfunksjoner, fødevolum og andre spesialiserte funksjoner som er planlagt til Aker sykehus.

Oppgavedeling i Oslo sykehusområde

Samarbeidet med Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus om fordeling av oppgaver og ansvar skal sikre disse sykehusenes langsiktige rolle og bidra til løsningen av det fremtidige kapasitetsbehovet i Oslo sykehusområde. Økt egendekning ved Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus er sentralt for å bidra til at pasientene får mer helhetlig oppfølging ved sitt lokalsykehus.

Styret i Helse Sør-Øst RHF besluttet 15. juni 2017 å arbeide videre med endringer i oppgavedeling mellom sykehusene i Oslo sykehusområde blant annet innen medikamentell kreftbehandling, hemodialyse og primære og sekundære hud-, bløtdels- og beninfeksjoner.

Helse Sør-Øst RHF har etablert et regionalt prosjekt for gjennomføring av oppgavedelingen. Prosjektet skal også klarlegge prinsipper for ytterligere oppgaveføringer og håndtering av økonomiske konsekvenser, samt identifisere nye oppgaver for overføring.

Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus har utredet hvilke muligheter de ser for økt faglig samarbeid seg imellom og beskrevet hvordan sykehusene hver for seg og samlet kan oppnå en høyere egendekning for å avlaste Oslo universitetssykehus HF for pasienter tilhørende opptaksområdene til Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus. De to sykehusene gir uttrykk for ønske om å påta seg et større ansvar for spesialisthelsetjenestetilbudet i Oslo, samtidig som sykehusene har konkretisert innen hvilke områder dette kan skje.

Egendekningen forventes primært øket innen de fagområdene som Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus allerede har ansvaret for. Et foreløpig mål vil være å øke egendekningen med 10 prosent, som betyr fra om lag 30 til 40 prosent for Lovisenberg Diakonale Sykehus og fra om lag 40 til 50 prosent for Diakonhjemmet Sykehus. Videre skal Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus ivareta befolkningsvekst i eget opptaksområde.

5.8 Oppsummering

- En ren framskrivning av aktivitetsbehovet for Helse Sør-Øst i 2035 uten omstillingstiltak viser en økning utover dagens aktivitet med cirka 3,2 millioner polikliniske konsultasjoner, 100 000 dagopphold og 1,3 millioner liggedøgn
- Nytteten av det som gjøres i spesialisthelsetjenesten og måten det gjøres på i dag må kritisk vurderes
- Uten endringer vil vi i 2035 ha betydelig mangel på kompetent arbeidskraft
- Å gjøre mer av det samme med høyere effektivitet og raskere tempo vurderes som lite realistisk
- Det blir dermed viktig å identifisere endringer som både er gjennomførbare og som påvirker behovet for helsetjenester framover

I forbindelse med utarbeidelsen av regional utviklingsplan har det vært en lang rekke dialogmøter med interne og eksterne interessenter der ulike tiltak og arbeidsformer er diskutert og videreutviklet. Tre forhold har blitt tydelige gjennom denne prosessen:

1. *Brukerne ønsker ikke å være på sykehus når de ikke må*
Tiltakene må derfor innrettes slik at de i størst mulig grad flytter tjenester ut og hjem til pasientene og at de legger opp til mestring av eget liv («hva er viktig for deg?»).
2. *Endringer som gir bedre kvalitet, mer riktig bruk av kompetanse og økt brukerstyring bidrar også til god økonomi*
Satsingsområdene som beskrives har alle egenverdi for pasienter og ansatte i tillegg til at de bidrar til bærekraft
3. *Vi må gå fra sporadisk til systematisk innsats*
Utfordringen i norsk spesialisthelsetjeneste er ikke mangel på tilgjengelig teknologi eller at man ikke evner å samhandle. Utfordringen er at det gjøres sporadisk og usystematisk. Derfor vil regional utviklingsplan ikke oppfordre til å finne nye løsninger, men til å ta i bruk løsninger som andre allerede har testet og validert

6 Mål og satsingsområder

I denne utviklingsplanen har Helse Sør-Øst RHF konkretisert noen mål som ligger til grunn for analyse, veivalg og satsingsområder:

- *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*

Bedre helse i befolkningen er en ny målsetting. Forebyggende helsearbeid har blitt vurdert som kommunenes oppgave. Det er på tide å endre tankesett. Alle aktører i og utenfor helsetjenesten har en rolle i å tenke befolkningens helse. Spesialisthelsetjenesten skal ta en mer aktiv rolle, sammen med de andre.

Kvalitet i pasientbehandlingen er en selvfølge. Kvalitet kan alltid bli bedre. Dårlig kvalitet kan bli god og god kvalitet kan bli bedre. Alle brukererfaringer er viktige å ta med i kvalitetsarbeidet. Satsingsområdene peker på noen viktige tiltak som kommer i tillegg til det arbeidet som allerede gjøres.

Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling er en anerkjennelse av det arbeidet de ansatte i helsetjenesten gjør i dag. Det handler ikke lenger om å løpe fortere, men om å arbeide annerledes og utvikle kompetanse i tråd med nye utfordringer. Vi må være nøyere med hva fagfolk bruker sin tid til, og sørge for en hensiktsmessig oppgavedeling. Det er ikke bare utdanning og lønn som kan sikre at vi har tilstrekkelig arbeidskraft fremover. Bærekraftig helsetjenester handler om to ting. Vi må ha nok fagfolk, godt utstyr og gode sykehus. Og samfunnet må ha evne til å bære det økonomisk. Og så er det en utfordring for alle uansett utdanning og arbeidssted å se sitt bidrag inn i en sammenhengende helsetjeneste for pasientene.

Med bakgrunn i helseforetakenes utviklingsplaner, overordnede føringer, vurderingene i denne planen og målene som er beskrevet over, vil Helse Sør-Øst RHF foreslå fem strategiske satsingsområder for foretaksgruppen:

- *Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring*
- *Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester*
- *Redusere uønsket variasjon*
- *Mer tid til pasientrettet arbeid*
- *Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste*

Det vil legges særlig vekt på gjennomføring i første og andre fireårsperiode, og aktuelle tiltak er beskrevet og vurdert nærmere i det følgende. Dessuten er effekten av tiltak for noen av satsingsområdene framskrevet. Det betyr ikke at det er de eneste tiltakene som skal og kan gjennomføres. De er valgt fordi nasjonal og internasjonal erfaring viser at tiltakene er gjennomførbare og har effekt.

Samtidig vet vi at et godt gjennomført endringsprosjekt også trekker med seg andre endringer. Det er heller ikke slik at pågående tiltak stopper opp selv om vi innfører nye tiltak.

6.1 Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi

Bruk av teknologi og nye digitale løsninger vil stå sentralt for å sikre tilstrekkelig kapasitet i spesialisthelsetjenesten.



Foto: Sunnaas sykehus HF

Disse tiltakene vil i langt større grad enn i dag gjøre helsetjenestene tilgjengelig for pasientene uavhengig av tid og sted. Teknologien legger til rette for fleksible forløp styrt ut ifra pasientens behov, såkalt brukerstyrt behandling. Digitale plattformer som www.helsenorge.no vil legge til rette for egenmestring og digital pasientmedvirkning, hvilket gir pasienten tilgang til relevant kunnskap og kompetanse om egen sykdom, behandling, medisiner mm.

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.

Som beskrevet i kapittel to innebærer pasientens helsetjeneste stor grad av brukerstyring. Brukerne får en mer aktiv rolle ikke bare i utformingen av helsetjenesten, men også ved at blant annet pasienter med kroniske sykdommer i større grad selv styrer når de har behov for spesialisthelsetjeneste.

En slik utvikling vil endre logistikk, forbruksmønster og tjenesteutvikling vesentlig framover. Det er en ønsket utvikling i Helse Sør-Øst. Helseforetakenes utviklingsplaner gjenspeiler at de er meget oppmerksomme på en slik utvikling og at de på noen områder er i gang med tiltak som tilrettelegger for dette. For å understøtte dette videre må det utvikles og tas i bruk ny teknologi og nye arbeidsformer. Det vil fortsatt være pasientgrupper som ikke kan eller vil bruke teknologiske løsninger. De vil fortsatt trenge dagens behandlingsformer. Når mange benytter enklere løsninger vil det frigis tid til de som trenger det mest.

Brukerstyring og bruk av teknologi i poliklinikkene

Brukerstyring i poliklinikk betyr at det er pasientens behov som definerer når det er behov for å treffe spesialisthelsetjenesten, enten ved fysisk fram møte, via e-konsultasjon eller over telefonen. Denne typen oppfølging har praktisk betydning for mange pasienter, først og fremst de med kroniske sykdommer.

Brukerstyring av poliklinikker er i liten grad tatt i bruk i norsk helsetjeneste, men er omtalt som et ønsket tiltak i mange av helseforetakenes utviklingsplaner. I planene trekkes det frem at utfordringer knyttet til finansiering og teknologi hindrer utbredelse.

I sin enkleste form betyr brukerstyrt poliklinikk at pasientene kan ringe og be om time når de trenger det. I den andre ytterkanten kan algoritmer og pasientens egne sensorer brukes til monitorering. Data kan sammenholdes med andre registreringer om pasienten og dennes aktivitet. Slik kan systemet automatisk varsle behandler om når pasienten viser tegn til forverring av sykdom.

Midt mellom disse to ytterpunktene finner vi bruken av pasientens egenrapporterte data. I stedet for at pasienter med kroniske lidelser settes opp til faste kontroller, sender pasienten manuelt eller

elektronisk svar på et spørreskjema der svarene avgjør hva slags oppfølging det er behov for ved ulike tidspunkt.

Hva viser erfaringer i Danmark?

I Danmark har de benyttet brukerstyrte poliklinikker lenger og mer systematisk enn vi har i Norge. Etter pilotering i 2011 har arbeidsformen blitt evaluert.

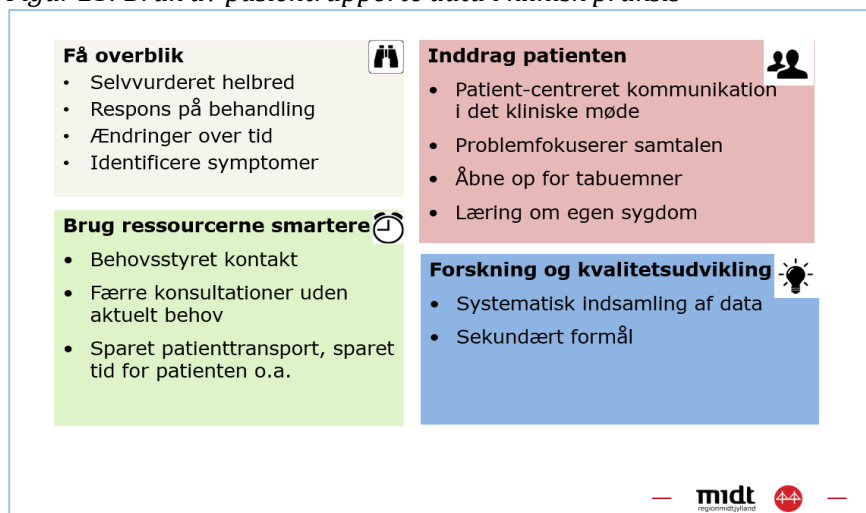
Dansk erfaring med brukerstyrte poliklinikker viser at det er mulig å oppnå minst 25 prosent reduksjon i antall sykehusbesøk for pasienter med kroniske sykdommer. Det skjer samtidig med at kvalitet og pasientopplevelse bedres. Innføring av slike tiltak i Helse Sør-Øst blir dermed ikke test på om tiltaket virker, men på vår evne til gjennomføring.

Ambuflex er et dansk system for avstandsoppfølging av kronikere. Det startet som pilot i 2011 med oppfølging av pasienter med epilepsi i Region Midt-Jylland. Senere er det utviklet til en fellesregional løsning som i dag omfatter om lag 20 pasientgrupper med kroniske sykdommer. Fra 2018 har Danmark en nasjonal strategi for denne type pasientoppfølging.

I stedet for å sette opp pasienter med kroniske sykdommer til rutinekontroller brukes elektroniske spørreskjema. En algoritme grovsorterer svarene. Dersom noe er uklart eller pasientens svar kan tilsi en forverring, tar sykepleier kontakt med pasienten. Fordi de har oppnådd reduksjon i antall sykehusbesøk, har de kapasitet til å ta pasienten raskt inn ved behov. Pasientene kan også bruke skjemaet utenom avtalte kontrolltider dersom de er usikre på sin sykdom. Mer enn 30 000 pasienter er fulgt opp på denne måten.

Systemet tillater dermed vurdering av om pasienten trenger besøk på poliklinikken, det kan brukes til å monitorere behandlingsforløpet og sykdomsutviklingen, det legger til rette for at legen bare møter pasienter som har behov for konsultasjon og at det foreligger relevant informasjon fra pasientene i forkant av slik konsultasjon (figur 23).

Figur 23: Bruk av pasientrapporterte data i klinisk praksis



Kilde: Region Midt-Jylland.

Ordningen ble eksternt evaluert i 2015. Evalueringen viser at 25-30 prosent av fysiske konsultasjoner hos pasienter med kroniske sykdommer kan gjøres gjennom slik oppfølging. Et første trinn vil være å etablere arbeidsmåten med forankring i spesialisthelsetjenesten. Trinn to må involvere de andre nivåene i helsetjenesten, og vi må ta høyde for dette helt fra start. En fremtidig løsning bør inkludere pasient, behandler på sykehus og primærhelsetjenesten. Dette vil åpne for en fleksibel tjenesteutvikling med mulighet for å forskyve oppgaver begge veier. Det er ikke gitt at målet for spesialisthelsetjenesten alltid skal være oppgaveoverføring til

kommunen. En fleksibel løsning vil også muliggjøre at for eksempel mindre sykehus i mindre tett befolkede områder kan avlaste en allerede belastet fastlegeordning.

Andre former for digital oppfølging

Tilrettelegging for digital innsamling av pasientrelaterte data gjennom løsninger for selvrappotering vil kunne benyttes til langt flere formål en oppfølging av kronisk syke pasienter.

Det eksisterer en lang rekke tester og funksjonsmålinger som vil kunne brukes av pasientene i etterkant av medisinsk behandling for å vurdere behov for videre oppfølging, eksempelvis Oxford Hip Score. Dette er et kort spørreskjema som er spesifikt designet og utviklet for å vurdere funksjon og smerte hos pasienter som har gjennomgått hoftekirurgi. Det avdekker hvilke pasienter som har behov for fysisk kontroll i etterkant av inngrepet. Anslått reduksjon i antall fysiske konsultasjoner er 50 prosent. Vestre Viken HF planlegger å innføre dette.

E-mestring er internettbasert kognitiv atferdsterapi primært for depresjon og angst. Behandlingen innebærer at pasienten gjennomgår moduler som inneholder de sentrale konseptene i atferdsterapi. Behandlingen er formidlet gjennom internettt på pc eller en applikasjon på telefon. Pasienten følges av en e-terapeut for overvåkning av progresjon og dialog gjennom forløpet. Behandlingen har i foreløpige analyser vist like god effekt som tradisjonell ansikt til ansikt-behandling. Oppfølgingen er mindre ressurskrevende og kan dermed nå ut til flere pasienter. I Norge har blant annet Helse Bergen HF og Sykehuset i Vestfold HF arbeidet med denne behandlingsmåten.

Teknologi som setter pasienten i sentrum skal tas i bruk

Den medisinske utvikling har gjennom mange år vært preget av sentralisering, hovedsakelig ut fra hensynet til kvalitet. Tiden er nå kommet for å gi like mye kraft og oppmerksomhet til desentralisering.

Teknologi kan virke både sentraliserende og desentraliserende. Digitalisering og ny teknologi åpner stadig større mulighet for desentralisering. En Da Vinci operasjonsrobot er i dag sentraliserende fordi få sykehus har den. I Canada har man brukt slik operasjonsrobot til å fjernstyre kirurgi i småsykehus 400 kilometer unna. Det viser at den teknologien vi i dag oppfatter som sentraliserende snart kan vise seg å virke motsatt vei.

Den raske teknologiske utviklingen knyttet til sensorer og smart forbrukerelektronikk vil gjøre stadig nye grupper pasienter egnet for hjemmemonitorering og avstandsoppfølging. Målinger og tester som tidligere kun var tilgjengelig ved hjelp av medisinsk teknisk utstyr på sykehuset erstattes stadig av enkle apper og måleapparater for bruk i hjemmet. Koblet sammen med pasientrapporterte data åpner dette store muligheter for fjernmonitorering og hjemmebehandling.

Teknologi flytter kunnskap

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 de 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 foreta hjemmemonitorering av pasienter.

Modellen er svært egnet for norsk desentralisert sykehusstruktur. Det er behov for en diskusjon om på hvilket nivå vi etablerer det første norske virtuelle/nettverksbaserte sykehuset – innen et helseforetak, på regionalt eller nasjonalt nivå. Arbeidsmåten er vel egnet for pilotering på foretaksnivå.

Videokommunikasjon

Videokonferanser er tatt i sporadisk bruk i norske sykehus. De brukes mer til møter enn til å understøtte klinisk arbeid. Ringerike sykehus har etablert videokommunikasjon mellom mottak på Ringerike sykehus og Drammen sykehus. Det brukes blant annet til felles vurdering av barn.

Helseforetakene bruker tverrfaglige videokonferanser i forbindelse med pakkeforløp kreft. Utfordringen er at selv om slik teknologi brukes sporadisk for noen pasientgrupper, så skjer det ikke systematisk.

Det er et mål at pasientene skal møte like kompetent personale uansett hvilken dør de bruker inn til spesialisthelsetjenesten. I dag løses dette ofte ved at pasienten endrer behandlingssted ut fra behovet for vurdering. Dersom mottakene i sykehusene kobles sammen via video, kan fagfolk fra flere sykehus samles i vurderingen av samme pasient. I dag fungerer dette noen steder for noen pasientgrupper, men teknologien er så moden at det er på tide å ta den i systematisk bruk.

e-konsultasjoner

Det er nå teknisk og personvernmessig mulig å gjøre e-konsultasjoner. De første takstene for arbeidsformen er etablert. Innen primærhelsetjenesten har private kommersielle aktører etablert nye tjenester med direktekonsultasjon på video. Internasjonale og norske erfaringer tyder så langt på at e-konsultasjoner kan supplere fysiske møter og telefon. De er særlig egnet der det er behov for visuell kommunikasjon. Norge er i verdenstopp i å ta i bruk ny teknolog og kan ha større potensial for å utvikle denne arbeidsformen enn andre land.

Offentlig helsetjeneste må arbeide sammen med private tjenesteytere om utviklingen av disse tjenestene. Det offentliges rolle må være å sette premisser for ønsket utvikling, men ikke minst legge til rette for at innovasjon og utvikling fra private aktører faktisk slipper inn.

Hjemmemonitorering og sensorteknologi

Det er et stort potensial i oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer ved hjemmemonitorering og sensorteknologi. De fleste parametre som kan overvåkes når en pasient er på sykehus kan i dag også overvåkes når pasienten er hjemme. Slik overvåkning kan for eksempel være:

- Internettkoblet vekt som kan fange opp når hjertesviktpasienter blir dårligere
- Pulsoksimeter som kan brukes i regulering av pasienter med kroniske lungesykdommer
- Hjerterytmeeovervåking
- Blodtrykksmåling
- Blodsuktermålinger
- Søvn, aktivitet og bevegelse



Foto: Sørlandet sykehus HF

Med et begrenset antall sensorer kan vi sette sammen «pakker» for å følge de fleste aktuelle pasientgrupper. Dette er svært velegnet i forbindelse med tidlig utskrivning og hjemmesykehus. United4health er et tilbud i Agder for telemedisinsk oppfølging av pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom. Pasienter som får tilbudet utstyres med en telemonitoreringspakke som inkluderer mulighet for videokonferanse, pulsoksymetri og registrering av symptomer.

I tillegg til slik oppfølging finnes det mindre tradisjonell teknologi for monitorering, for eksempel apper som predikerer forverring hos pasienter med bipolare lidelser ved å monitorere talehastighet i telefonen.

Sykehuset Østfold HF tester ut hjemmeovervåking av pasienter som går på cellegift. Temperaturmåling og hjemmeblodprøver gjør at pasientene tidlig fanger opp tegn til infeksjon slik at infeksjonen kan behandles eller cellegiftbehandlingen kan utsettes. Og pasienten må ikke reise unødig til sykehuset.

Hjemmesykehus

I dag driver barneavdelingene på Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF hjemmesykehus. Arbeidsmåten har åpenbart potensiale også for andre pasientgrupper, men er i lite bruk i Norge.

La Fe-sykehuset i Valencia omtaler sitt hjemmesykehus som sin største klinikk. De driver hjemmesykehus innen fagfeltene pediatri, psykisk helse, rehabilitering og generell medisin. Her arbeider leger, pediatere, psykiater, psykolog, fysioterapeut, sosialarbeider, sykepleiere og administrativt personale. Klinikken har 170 senger. Det vil altså si at de har en kapasitet til å følge opp 170 pasienter samtidig, der pasienten sover i egen og ikke i sykehusets seng. I 2014 behandlet de 5 000 pasienter.

Nye sykehus som arenaer for etablering av nye arbeidsformer

Et av grunnkonseptene i Sykehuset Østfold HF er at teknologiske løsninger skal understøtte pasientbehandlingen og bidra til økt pasientsikkerhet. Informasjonsdeling og tilgjengelig informasjon i sanntid til rett helsepersonell er viktige elementer i mobilitetskonseptet ved Sykehuset Østfold HF:

- Personøkere er erstattet med rollebaserte smarttelefoner som forenkler kommunikasjon og tilgjengelighet
- Smarttelefonene er koblet opp mot elektroniske tavler slik at man til enhver tid har mulighet til å komme i kontakt med legen eller sykepleieren som har ansvar for den aktuelle pasienten eller få rask kontakt med støttepersonell som renhold og portørtjeneste
- Elektroniske tavler gir også mulighet til å hente ut logistikdata for oversikt over pasientflyten i sykehuset. Slik kan kapasitet og ressursbruk koordineres mellom de ulike avdelinger i sykehuset. En får til enhver tid informasjon i sanntid om belegg både avdelingsvis, klinikkvis og totalt på sykehuset

Sykehuset Østfold HF startet tidlig med å forberede organisasjonen for endringer, ikke minst konsekvensen av ny teknologi. Erfaringen herfra som andre steder er «teknologien utgjør 20 prosent av endringen, resten handler om folk og organisering».

Intensjonen ved innføring av ny teknologi i Østfold var at nye løsninger skulle utbres basert på erfaringene man gjorde i nytt sykehus. I stor grad var det forutsatt bruk av regionale rammeavtaler. I praksis viste det seg vanskelig å opprettholde en regional innretning på enkelte løsninger. Sykehuset har endt opp med mange gode løsninger, men mulighetene for å ta enkelte av løsningene i bruk andre steder har vært begrenset grunnet behov for inngåelse av nye avtaler.

For å bøte på dette trengs tettere involvering fra regionalt nivå i prosjekter slik at vi både sikrer gjenbruk av beste teknologiske løsninger og regionale rammeavtaler.

Det bør vurderes å etablere en mekanisme for overføring av læring knyttet til organisasjons- og teknologiutvikling i forbindelse med nybygg av sykehus. Sykehusbygg HF ivaretar dette når det gjelder planlegging og utforming av bygg. Det finnes ingen lignende mekanisme som sikrer gjenbruk av læring og erfaringer innen teknologi og organisering/arbeidsmåter.

Forventet effekt på aktivitet

Det finnes mange eksempler på bruk av teknologi som reduserer behovet for fysiske konsultasjoner. I Danmark har man erstattet 25 prosent av fysiske konsultasjoner med nettkonsultasjoner og avstandsoppfølging av kronikere.

Helse Sør-Øst RHF har som mål at behovet for polikliniske konsultasjoner reduseres med 20 prosent gjennom medisinsk avstandsoppfølging eller blir en nettkonsultasjon. Det vil ta om lag ti år for å oppnå full effekt (tabell 12).

At hver femte konsultasjon blir en nettkonsultasjon eller viser seg unødvendig er et ambisiøst mål. Samtidig har man oppnådd større effekt i Danmark og det forventes en betydelig utvikling av nye løsninger innen dette området.

Tabell 12: Forventet reduksjon av antall polikliniske besøk

Tiltak	Teknologi				
	Poliklinikk				
Omsorgsnivå	2020	2025	2030	2035	2040
År					
Lav effekt	3 %	10 %	15 %	15 %	15 %
Middels effekt	3 %	13 %	20 %	20 %	20 %
Høy effekt	3 %	17 %	25 %	25 %	25 %

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Satsing på nye behandlingsplattformer som e-mestring og avstandsoppfølging kan også tilby behandling til flere pasienter på et tidligere stadium i sykdomsforløpet. Tilbudet vil være aktuelt for både pasienter innen spesialist- og primærhelsetjeneste.

Som eksempel viser erfaringen så langt med e-mestring at man oppnår om lag samme effekt som ved tradisjonell ansikt til ansikt-behandling. Behandlingsformen egner seg åpenbart ikke for alle, men kombinasjonen av lett tilgjengelighet og mulighet til å spre tilbudet videre gjør at vi kan nå flere tidligere. Det er heller ikke her slik at vi måler effekten av et isolert tiltak, både bedre samarbeid om de som trenger det mest, ambulerende tjenester og andre tiltak vil ha effekt.

Effekt på bemanning

Det er for tidlig å vurdere hvilken effekt nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi vil ha på bemanning. Det vil uansett handle om hvor mye behovet for fagpersoner vil øke i fremtiden, ikke om mindre behov. Erfaringer fra Danmark viser at med bruk av medisinsk avstandsoppfølging får man en oppgaveforskyvning fra leger til sykepleiere. Samtidig vil det være behov for styrking av teknisk personell og andre yrkesgrupper. E-mestring innen psykisk helse øker antall konsultasjoner per behandler. Bedre anslag for bemanningseffekter må innhentes gjennom regionale piloter.

Boks 20 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Legge til rette for brukerstyring og bruk av teknologi i poliklinikkene
- Legge til rette for avstandsoppfølging av pasienter gjennom bruk av pasientrapporterte data og annen teknologi
- Knytte sykehusene tettere sammen i nettverk gjennom bruk av videokommunikasjon
- Prøve ut virtuelt/nettbasert sykehus i forbindelse med bygging av nye sykehus
- Sikre at læring knyttet til organisasjonsutvikling og teknologi overføres mellom byggeprosjekter

6.2 Samarbeid om de som trenger det mest

Fem prosent av pasientene i Helse Sør-Øst bruker om lag 48 prosent av ressursene, mens en prosent bruker om lag 22 prosent. «Fem prosent-gruppen» hadde årlig i snitt 17 kontakter med

sykehuset, 19 dager liggetid og fikk behandling for 3,5 ulike hoveddiagnoser. 56 prosent av disse pasientene hadde en eller flere reinnleggelser.

Fem prosent-gruppen finnes igjen over tid, på tvers av foretak og regioner, nasjonalt og internasjonalt. De mest alvorlige syke innen PHV og TSB har oftere behov for et koordinert behandlingstilbud innen spesialist- og primærhelsetjenesten. Derfor satses det på ambulant behandling og FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment). En tettere oppfølging i et samarbeid med pasient, pårørende, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester med hjemmet som base, vil redusere behovet for og varighet av sykehusinnleggelse.

Koordinatorer for de mest alvorlige syke vil sikre bedre forløp, mulighet for å sette inn forebyggende tiltak tidligere og redusere risiko for forverring. Erfaringer fra utlandet viser at de kan ha stor effekt dersom helsetjenestetilbudet tilrettelegges slik at disse pasientgruppene tas best mulig vare på.

Samarbeid om de som trenger det mest er et godt utgangspunkt for samarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetjeneste, primærhelsetjeneste og pleie- og omsorgstjeneste. Det er ikke gitt at en «storbruker» av sykehustjenester alltid er «storbruker» av kommunale og andre tjenester, men gruppene vil i stor grad overlappe. Det betyr at det er gevinst både for bruker i form av bedre tjenester og for aktørene i helsetjenesten med tanke på bedre, mer effektive og koordinerte tjenester.

Når spesialist- og primærhelsetjeneste samarbeider om disse brukernes behov, vil det være til beste for bruker, men også ha potensiale for å redusere ressursbruk på begge nivåer.

Identifisering av «storbrukere» kan gjøres på ulike måter. Den enkleste er å bruke sykehusets administrative data. Men dette har noen svakheter, blant annet fordi gruppen endrer seg ganske raskt. Metoden legger heller ikke godt til rette for samarbeid med kommunene.

«Storbrukere» kan også identifiseres i fastlegenes journalsystemer. Det pågår et prosjekt i regi av Helsedirektoratet med strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam, der man er i ferd med å utvikle et dataverktøy til bruk hos fastlegene.

Å identifisere de som trenger mest oppfølging er mye enklere når vi kommer ned på avdelings- eller kommunenivå. Da er antallet så lite at personalet vet hvem disse pasientene er, eller nokså lett identifiserer dem basert på deres helsetilstand. Ved medisinsk avdeling på Universitetssykehuset i Nord-Norge står for eksempel 64 pasienter for 13 prosent av innleggelsene.

Bedre behandling for denne gruppen får vi trolig til ved å etablere et team som har ansvaret for å følge dem opp og så la både primær- og spesialisthelsetjenesten henvise pasientene direkte.

Strukturelt er det en del utfordringer knyttet til å få et optimalt samspill mellom de ulike aktørene i Helse Sør-Øst. Et pasientforløp kan eksempelvis starte hos fastlegen med en henvisning til en avtalespesialist, videre til et helseforetak, deretter til en privat rehabiliteringsinstitusjon – og så videre til oppfølging i et kommunalt tilbud og oppfølging hos fastlegen. Ingen av aktørene har felles systemer. Dette stiller store krav til datautveksling og gir betydelig risiko for at informasjon glipper.

Frem mot 2035 vil antall pasienter med kroniske sykdommer øke. Dette er en gruppe pasienter som vil få behandling hos flere aktører og stiller større krav til samspill mellom dem for å sikre en god behandling og god bruk av ressurser. Situasjonen i Norge er ikke unik. Begrepet «integrated care» eller integrerte helsetjenester er et nøkkelord internasjonalt for å arbeide med sømløse tjenester på tvers av ulike tjenesteytere. Integrerte helsetjenester har vokst frem som begrep for å svare på utfordringene med flere kronikere og multisyke.

Sentrale aspekter av integreringen dreier seg om organisasjonelle og funksjonelle (tilgang på felles elektroniske journalsystemer) forhold og bruk av multidisiplinære team.

Det er ulike modeller for integrerte helsetjenester. Modellene kan være individbaserte (bruk av pasientkoordinator eller case-management), basert på gruppe (behandling og oppfølging av multisyke og mennesker med kroniske sykdommer), basert på diagnoser (astma, kols, diabetes, hjerte- og karsykdommer) eller hele populasjoner (Valencia og Kaiser Permanente).

Strategier for håndtering og oppfølging av personer med kronisk sykdom vektlegger å gå fra akutte, episodiske og reaktive behandlingstjenester til en langsiktig og forebyggende helsetjeneste. For spesifikke diagnoser vil målet kunne være å få en godt integrert pasientforløp med ulike profesjoner, hvor pasienten deltar i formuleringen av behandlingsmål og samtidig forplikter seg til å aktivt delta i behandlingen.

WHO har definert «integrated care» eller sammenhengende behandling som helsetjeneste som ytes på tvers av forvaltningsnivåer av multidisiplinære team uavhengig av diagnoser, med tanke på å gi individet den behandling og støtte som han eller hun trenger. De fleste land i Europa arbeider med ulike kronikerstrategier og i arbeidet med planen er det sett nærmere på noen resultater ved innføring av integrated care.

Felles oppfølging – en strategi fra Valencia

Valencia har innført en «Case-management modell». En sykepleier fra kommunen og en fra sykehuset er kjernen i et tverrfaglig team som har ansvaret for at de pasientene som bruker helsetjenesten mest holder seg friskest mulig. De har til sammen oversikt over hele behandlingsskjeden. Ved å følge pasientene individuelt kan dette temaet legge til rette for at pasientene får behandling tidlig nok til å unngå forverrelser. Teamet trekker på ressurser fra alle tjenestenivåer og har oppnådd mer enn 70 prosent reduksjon i antall innleggelses for sine pasienter. Telefonen er deres viktigste redskap.

I Valencia kartlegger man alle pasienter i førstelinjen, det vil for oss si hos fastlegen. Alle pasientene kategoriseres i en klinisk risikogruppe. Basert på dette identifiserer man den treprosentgruppen av befolkningen som har høyest risiko og høyest forbruk av helsetjenester. Gruppen som blir identifisert får individuell oppfølging av en «pasientrådgiver» som kartlegger behov og tilrettelegger tilbudet for den enkelte pasient. Pasientrådgiver inngår i et team som også samarbeider med hjemmesykepleier, sosialarbeider, bruker hjemmesykehus og andre tilbud.

Pilotprosjektet i Valencia dekker et opptaksområde på 127 000 innbyggere. For treprosentgruppen reduserte man akuttinnleggelsene med 77 prosent. Et annet satsingsområde var palliativ behandling. Før innføringen av denne arbeidsformen døde 39 prosent av pasientene hjemme. Med bedre oppfølging økte andelen til 67 prosent.

Da den relativt lille gruppen av pasienter benytter spesialisthelsetjenesten så mye, blir også den samlede effekten på forbruk av helsetjenester stor. Dersom vi i Helse Sør-Øst hadde oppnådd 70 prosent reduksjon i sykehusinnleggelsene for tre prosent av pasientene, ville det betydd en samlet reduksjon i antall liggedøgn på 24 prosent.

Felles oppfølging ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN)

UNN startet sammen med Tromsø og Harstad kommune pasientsentret helseteam i 2013. Der arbeider sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og lege fra både kommune- og sykehussiden sammen. De har som mål å sikre at pasientene med kompliserte og sammensatte sykdommer holder seg friskest mulig. Alle kan henvise til teamet, og teamet gjør vurderinger og tilrettelegging både før innleggelse eller ved utskrivning. Samarbeidet er også utvidet til mindre kommuner der bruk av videokonsultasjoner er et vesentlig virkemiddel. De første forskningsresultatene er under

publisering. Helse Sør-Øst vil samarbeide med UNN og Helse Nord om utvikling av modellen og bruk i vår region.

Felles oppfølging – en strategi fra Kaiser Permanente

Kaiser Health Plan og tilhørende Kaiser Permanente Medical Group tilbyr helsetjenester til over tre millioner innbyggere i Nord-California. I Kaiser Permanente Northern California står 22 prosent av voksne medlemmer, spesielt de med en kronisk sykdom, for 47 prosent av ambulante konsultasjoner og 74 prosent av liggedager som ikke er knyttet til fødsel.

Kaiser Permanente har siden 1999 drevet «Chronic Conditions Management»-programmer for en rekke kroniske sykdommer (diabetes, nyresvikt, oppfølging av hjerneslag, astma, hjertesvikt med flere). Formålet med programmene er å forbedre pasientens helsetilstand og evne til å mestre egen sykdom. Med dette skal også antall (akutt) innleggelser, kontakter med akuttmottaket og legekonsultasjoner generelt reduseres.

Programmet deler over 500 000 pasienter med kronisk sykdom inn i tre nivåer. Pasienter på nivå en mestrer sin egen sykdom og får sine helsetjenester fra primærhelsetjenesten. Pasienter på nivå to har ikke tilstrekkelig kontroll over egen sykdom. Nivå tre inkluderer pasienter som enten har flere komplekse diagnoser samtidig, som er «storforbruker» av helsetjenesten eller som får helsetjenester fra et tverrfaglig team (sykepleier, sosionomer, ergoterapeuter, fysioterapeuter, med flere) fra primærhelsetjenesten. Siden pasienter på nivå tre har flere diagnoser samtidig retter programmet seg mot pasientens sammensatte problemer og ikke mot en spesifikk diagnose.

Programmene for pasienter på nivå to og tre er velstrukturert, hvor en «pasientrådgiver» er dedikert til et tverrfaglig team fra primærhelsetjenesten. Pasientrådgivere er leger, sykepleiere, sosialarbeidere og farmasøyter som arbeider direkte med pasientene og deres helsepersonell for å planlegge omsorg og samordne tjenestene.

Pasientrådgiverne har ansvar for en gruppe av pasienter og følger disse over 6-15 måneder, avhengig av sykdomsutviklingen. Målet er å returnere disse pasienter til nivå 1, hvor de selv kan mestre egen sykdom. Pasientrådgivernes oppgaver er blant annet:

- Koordinere pasientens sykehusinnleggelser, overgangsbehandling, hjemmepleie, spesialsykepleie, medisiner, henvisninger til andre hjelpetiltak og ambulant omsorg
- Tilpasse medikasjon i henhold til undersøkelsessvar
- Hjelp pasienter med å sette egne mål
- Møte pasienten og tilby opptrening, mulighet for egenrapportering
- Drive opplæring knyttet til symptomer
- Overvåke via elektronisk egenrapportering

Programmet har ført til sjeldnere innleggelse for pasienter med astma, bedre blodsukkerkontroll for diabetikere og bedre etterlevelse av medisiner og lavere forekomst av hjerteinfarkt. Pasientene hadde færre kontakter med akuttmottak og legevakt, færre polikliniske konsultasjoner og færre sykehusinnleggelser. Samtidig skårer programmet høyest på effektivitet og økonomisk bæreevne.

Felles oppfølging i Danmark - forløpsprogrammet for kronisk syke

Sundhedsstyrelsen i Danmark har utviklet en generisk modell for forløpsprogrammer for pasienter med kronisk sykdom. Målet er å beskrive en samlet tverrfaglig og koordinert innsats til en bestemt pasientgruppe. I programmene er det beskrevet pasientgruppe, helsetjenester som skal gis, organiseringen av helsetjenesten, kvalitetsindikatorer, implementering, evaluering og revisjonen av forløpsprogrammet.

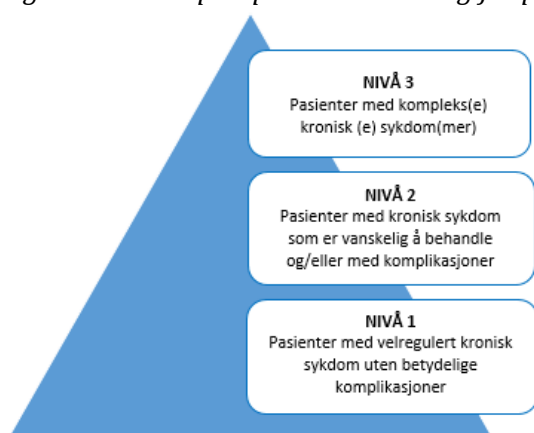
Fra 2016 er det utarbeidet og tatt i bruk om lag 20 ulike forløpsprogrammer. Fire forløpsprogrammer (diabetes, KOLS, hjertesykdommer, muskel- og skjelettlidelser) er i bruk i hele Danmark. Forløpsprogrammet for demens er tatt i bruk i tre av fem regioner. De øvrige programmene er ikke tatt i bruk så bredt.

Pasientene deles inn i tre nivåer avhengig av sin status på sykdommen. Helsetjenesten som gis til disse pasienter av avhengig av nivået pasienten befinner seg i. En befolkning av diabetespasienter kan beskrives ved en pyramide hvor pasientene er delt inn i grupper i henhold til deres ulike behov for handling (figur 24).

Dette er et verktøy for planlegging og dimensjonering av innsatsen for personer med diabetes i en befolkningsgruppe, for eksempel i en region.

Inndelingen brukes til å tildele grupper av pasienter type behandling, rehabilitering og oppfølging med tanke på best mulig resultat og ressursutnyttelse. Innsatsen for den enkelte pasient tilpasses basert på en vurdering av den enkeltes behov.

Figur 24: Eksempler på risikoinndeling for pasienter i diabetes forløpsprogram



Kilde: Bearbeidet etter forløpsprogrammer, Sundhedsstyrelsen Danmark

Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov i Norge

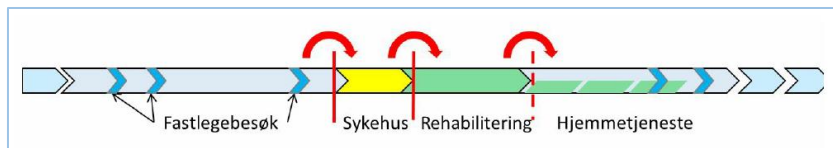
I Norge har Helsedirektoratet utarbeidet en veileder for oppfølging av personer med store, sammensatte behov. Veilederen omfatter hele bredden av helse- og velferdstjenester både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Sektorer utenfor helse- og omsorgstjenesten har også en viktig rolle. Kommunene er den sentrale tjenesteyteren innen helse- og velferdsområdet, og veilederen har derfor en tydelig innretning mot dem.

Veilederen beskriver viktige samarbeidsflater med andre sektorer. Her ligger det en oppfordring til at helse- og omsorgstjenesten i kommunene bør være pådrivere for samarbeid på tvers av sektorgrensene. Tegn på begynnende behov for helse- og omsorgstjenester blir i mange tilfeller først synlig for aktører utenfor helsetjenesten.

I 2018 startet det opp en pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam og for utprøving av verktøy for forebyggende risikokartlegging. Arbeidet har som mål å redusere sykehusinnleggelseser og økt bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester. Utviklingsarbeidet ledes av Helsedirektoratet og skal gjøres i samarbeid med utvalgte pilotkommuner. Arbeidet skal følgeevalueres.

Det tas utgangspunkt i helhetlig pasientforløp (figur 25) som defineres som «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.»

Figur 25: Helhetlig pasientforløp



Kilde: Veileder «Oppfølging av personer med store sammensatte behov», Helsedirektoratet

Helhetlige pasientforløp skiller seg fra behandlingslinjer ved at de har en bredere tilnærming og går på tvers av nivåer og virksomheter.

Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam baserer seg altså på samme logikken som vi finner i Valencia og hos Keyser Permanente. Det representerer en tilnærming som baserer seg på pasientens samlede og individuelle behov, mer enn diagnosebasert tenkning.

Samarbeid om de som trenger det mest – pasientens team

Dette tiltaket baserer seg på opprettelsen av et «pasientens team» som legger individuelt til rette for pasienter med komplekse og sammensatte behov. Kjernen i teamet skal være en sykepleier fra kommunen og en sykepleier fra sykehuset som sammen har ansvaret for at deres pasienter får den beste helsetjenesten.

Utvikling av tilbudet må skje i nært samarbeid med Helsedirektoratets arbeid. Internasjonal erfaring og dagens belastede fastlegeordning i Norge synes å peke på et behov for at selve koordineringsarbeidet bør ivaretas av sykepleiere eller personale med tilsvarende kompetanse.

Helse Sør-Øst RHF ønsker å understøtte etableringen av pasientens team i alle helseforetak. Pilotene skal gjennomføres lokalt og det regionale helseforetaket er opptatt av hvordan dette arbeidet kan understøttes. Flere helseforetak er allerede i gang, og nye piloter vil basere seg på erfaringer og utvikles sammen med de aktuelle helseforetakene.

Prosjektgruppen for regional utviklingsplan har diskutert arbeidsformen med alle samarbeidsutvalgene mellom regionens helseforetak og kommuner. Kommunene har i alle samarbeidsutvalg vært positive til initiativet og understreket behovet for å tenke helhetlig og ikke diagnosebasert. Samtidig ser vi at gruppen med sammensatt behov for oppfølging egner seg spesielt godt for å utvikle samarbeidsformer mellom sykehus og kommuner.

En slik tilrettelegging vil gi bedre behandling, åpne for tverrfaglig samarbeid på tvers av nivåer og ha positiv effekt på ressursbruk på begge nivåer. Det innebærer heller ikke en ensidig oppgaveoverføring fra et nivå til et annet, men felles bruk av ressurser.

Felles for både arbeidet med avstandsoppfølging av kronikere og samarbeid om de som trenger det mest vil være at det sannsynligvis vil skje en «gevinstdeling» mellom tjenestenivåene og ikke en ensidig oppgaveoverføring. Dette vil egne seg for følgeforskning, kanskje med en hypotese om at samlet forbruk av helsetjenester vil gå ned og fordele seg omtrent likt mellom kommuner og sykehus.

Helse Sør-Øst RHF vil fortsette sin dialog med direktoratene for å understøtte den felles arbeidsformen som pasientens team innebærer. Den utløser behov for å finne fram til finansieringsordninger som legger til rette for samarbeid på tvers.

Helse Sør-Øst RHF vil også legge til rette for at pasientens team får tilgang til pasientens journalopplysninger uansett hvor disse befinner seg. Dette krever igjen samarbeid med direktorater, men teknologien som gjør det mulig finnes allerede. Det pågår en pilot med Oslo kommune om dette.

Forventet effekt av tiltaket samarbeid om de som trenger det mest

I Valencia oppnådde man 25 prosent reduksjon i liggedøgn. Gjennomføringsevnen vurderes som større der, fordi det bare er ett nivå i helsetjenesten.

Valencia- modellen er en av de som viser best effekt av integrerte helsetjenester. De aller fleste land arbeider med kronikerstrategier, men den systematiske tilnærmingen de benytter er forholdsvis ny og ikke grundig evaluert. Det finnes publiserte resultater fra andre land og undersøkelser som viser mellom 6 og 11 prosent reduksjon i antall sykehusinnleggelses.

Helse Sør-Øst RHF mener at det i løpet av om lag 10 år vil være mulig å redusere antall liggedøgn gjennom dette tiltaket. For å identifisere beste arbeidsform i Norge og kvalitetssikre estimat av effekt skal det gjennomføres piloter.

Forventet effekt på bemanning

- Reduserte liggedøgn kan redusere bemanningsbehovet i sykehusene, men samtidig vil de pasientene som er innlagt kunne krever mer personale fordi de har mer kompliserte lidelser. I tillegg skal ressurser benyttes til å følge opp pasientene i samarbeid med kommunene
- Den integrerte helsetjenesten i Valencia er satt opp med bred kompetanse med leger, psykologer, fysioterapeuter, sykepleiere og sosialarbeidere med personell fra primær- og spesialisthelsetjeneste
- Bemanningseffekten for Helse Sør-Øst er i dag vanskelig å anslå siden oppgavefordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er uavklart og bedre estimater må innhentes gjennom piloter i regionen

Boks 21 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Legge til rette for at helseforetakene sammen med kommunene kan prøve ut samarbeidsmodeller som ivaretar behovene til de pasientene som trenger det mest
- Arbeide for å utvikle finansieringsmodeller og teknologiske løsninger som understøtter slike arbeidsformer

6.3 Redusere uønsket variasjon

Det er store variasjoner i tilbudet som gis både innen somatikk og psykiske helsevern/TSB. Det er mange eksempler på at foretak og sykehus har iverksatt tiltak som har bedret både overlevelse og kvalitet basert på data om variasjon.

Arbeidet med å redusere uønsket variasjon forutsetter tilgjengelige data som viser forskjeller i forbruksrater og kvalitet. Innen PHV og TSB, samt habilitering og rehabilitering, er det mindre tilgang på pasientadministrative data. Det gjør det vanskeligere å få oversikt over variasjon i forbruksmønster og kvaliteten på tjenestene. Samtidig mangler til dels konsensus i fagmiljøene om hvilke kvalitetsindikatorer som er egnet. Det er heller ikke etablert nasjonale kvalitetsregistre for de respektive fagfelt.

Variasjon i kvalitet - nødvendig helsetjenester

Tabell 13 viser dødelighet i Helse Sør-Øst sammenlignet med landsgjennomsnitt der landsgjennomsnittet er 100 prosent. Dødelighet i første kolonne viser at helseforetakene i Helse Sør-Øst varierer mellom 98 og 102 prosent av landsgjennomsnitt, altså relativt liten variasjon. Neste kolonne tar for seg variasjonen i dødelighet mellom ulike sykehus innen ett enkelt helseforetak i Helse Sør-Øst. Her blir variasjonen større slik at et sykehus innen et foretak ligger på 91 prosent (9 prosent lavere enn landsgjennomsnitt) mens et annet ligger på 133 prosent (33 prosent over landsgjennomsnitt).

Tabell 13: Variasjon i dødelighet mellom og innen helseforetak

	30 dagers dødelighet Variasjon mellom helseforetak i HSØ mot landsgjennomsnitt	30 dagers dødelighet Variasjon mellom sykehus innen ett helseforetak i HSØ
Hjerteinfarkt	99 – 100 %	91 – 120 %
Hjerneslag	98 – 102 %	98 – 117 %
Hoftebrudd	98 – 102 %	98 – 126 %
Totaloverlevelse	99 – 100 %	83 – 133 %

Kilde: Folkehelseinstituttet, 2017

Disse tallene er allerede brukt som grunnlag for forbedringsarbeid. For eksempel har Sørlandet sykehus HF basert på overdødelighet iverksatt risikomonitorering av pasientene gjennom et egenutviklet system. Det førte til at dødelighet sank til landsgjennomsnitt. Denne type data skal brukes mer systematisk i det videre arbeidet i regionen. Tabell 14 viser også en betydelig variasjon i 5-års overlevelse for de kreftformer som forårsaker flest dødsfall.

Tabell 14: Variasjon i fem års overlevelse for de kreftformene som forårsaker flest dødsfall

	Fem års overlevelse i (%) (landsgjennomsnitt)	Variasjon relativ fem års overlevelse (%) mellom helseforetak i HSØ*
Lunge	20	82-122
Tykketarm	65	94-104
Endetarm	68	87-106
Bryst	90	94-104
Prostata	94	96-106
Bukspyttkjertel	10	73-142

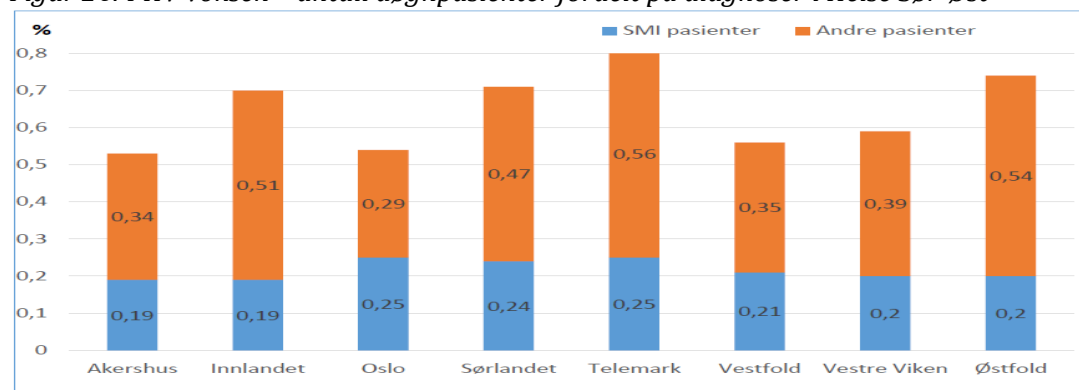
*Nasjonalt gjennomsnitt = 100 %

Kilde: Kreftregisteret

Eksempler på variasjon innen psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det er betydelig variasjon også innen PHV og TSB i Helse Sør-Øst. Dette går dels på organisering, innretning og dimensjonering av tilbud. Et eksempel på variasjon er antall døgnpasienter og hvilke tilstander som er døgninnlagt i PHV. Figur 26 illustrerer andel innlagte personer i opptaksområde med alvorlige psykiske lidelser som utgjør diagnosene schizofreni og psykotiske lidelser, mani og bipolar lidelser (SMI, blå søyle) og andre lettere psykiske lidelser for 2016 (orange søyle).

Figur 26: PHV voksen – antall døgnpasienter fordelt på diagnoser i Helse Sør-Øst



Kilde: Samdata (basert på befolkningsområder)

Figuren viser at det er variasjon i innleggelsesmønster både for pasienter med SMI-diagnoser og pasienter med andre psykiske lidelser, men klart størst variasjon for pasienter med andre og mindre alvorlige psykiske lidelser. Det er for eksempel kun 0,29 prosent av befolkningen i Oslo som er innlagt med andre psykiske lidelser, mens 0,56 prosent av befolkningen i Telemark er innlagt

under samme diagnoser. Videre viser figuren at totalt antall innlagte personer varierer gjennom regionen. Dette er et eksempel på variasjon i tilbudet som gis, uten at vi har kunnskap om hva som er det korrekte nivået.

Samvalg kan bidra til å redusere uønsket variasjon

Nasjonal helse- og sykehusplan peker på at «samvalg gir mer informerte pasienter, med riktigere forventninger til behandlingsresultat og en behandling som er mer i tråd med pasientenes ønsker og verdier. I tillegg er det en tendens til at bruker og behandler velger mer konservativ behandling (for eksempel færre kirurgiske inngrep og færre blodprøver for prostatakreftscreening) når de bruker samvalgsverktøy». Det er sterkt varierende i hvilken grad vi har lagt til rette for pasientens deltagelse i egen behandling i praksis. Gode samvalg forutsetter at god pasientinformasjon er tilgjengelig før avgjørelser skal tas. Samvalgsverktøy er under utvikling innen mange sykdomsområder og samles på helsenorge.no.

Samvalg og samvalgsverktøy gir bedre pasientopplevelse, bedre behandlingsetterlevelse og viser positiv effekt på overlevelse i flere studier. Samvalg gir grunnlag for bedre beslutninger og tenderer til å gi lavere forbruk av helsetjenester, særlig der nytteverdien er usikker. Utviklingen av samvalgsverktøy er sporadisk og knyttet til fagmiljø med spesiell interesse for arbeidsmåten.

Gode og likeverdige tjenester til befolkningen gjennom kliniske fagrevisjoner

En klinisk fagrevisjon gjennomføres ved at fagfeller (kollegaer) vurderer hverandres praksis. Metode og systematikk er beskrevet på Helse Nord HF sine hjemmesider¹⁰. Nasjonal helse- og sykehusplan peker på dette som en av de mest effektive verktøyene for forbedring og for å redusere uønsket variasjon.

Hindre overforbruk gjennom å gjøre kloke valg

Høsten 2018 lanserte Den norske legeförening kampanjen «Gjør kloke valg» som bygger på «*Choosing Wisely*»-prosjektet som har gått i flere andre land som USA, Australia, Canada, England, Italia og Wales.

Hensikten med kampanjen er å hindre overforbruk ved å oppmuntre klinikere og pasienter til å velge trygge og gode helsetjenester. Et av de viktigste virkemidlene er at pasienter oppfordres til å stille fire spørsmål når det er snakk om å utføre en test, prosedyre eller behandling:

- Er det virkelig nødvendig?
- Hva er risikoen og bivirkningene?
- Finnes det tryggere alternativer?
- Hva skjer om jeg ikke gjør noe?

Boks 22 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Bidra til å utvikle egnede kvalitetsindikatorer innen PHV og TSB i samarbeid med fagmiljøene
- Legge til rette for økt bruk av data om uønsket variasjon i forbedringsarbeid
- Følge helseforetakenes arbeid med uønsket variasjon
- Knytte samvalg og samvalgsverktøy direkte opp mot de behandlingstilbudene der det forekommer uønsket variasjon og der klinisk nytteverdi ikke er entydig
- Ta i bruk kliniske fagrevisjoner og bidra til kampanjen «Gjør kloke valg!»

¹⁰ <https://helse-nord.no/helsefaglig/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kliniske-fagrevisjoner>

6.4 Ta tiden tilbake - mer tid til pasientrettet arbeid



Foto: Sørlandet sykehus HF

Det vil bli stadig viktigere å bruke ansattes kompetanse riktig. Det forutsetter riktig oppgavedeling og at vi gjennom denne legger til rette for at helsepersonell skal kunne bruke mer tid til pasientene og mindre tid til administrative oppgaver. Dette gjelder spesielt for de største gruppene, leger og sykepleiere. Mer tid til fagutvikling og medvirkning er viktig for arbeidsglede, motivasjon og rekruttering.

Bruker helsepersonell tiden sin riktig?

Det er mange eksempler på at både leger og sykepleiere opplever at de får mindre tid til pasientene. Det kan skyldes rapportering som oppleves som unødvendig, dårlig logistikk og systemer som ikke understøtter klinisk personale sine behov.

En studie av aktivitetsutviklingen per lege i spesialisthelsetjenesten fra 2001 til 2013 viste at antall pasientkontakter økte med 47 prosent i perioden¹¹. Økningen kan i stor grad tilskrives overgang fra døgnbehandling til poliklinisk behandling. Effektiviteten målt som aktivitet per legeårsværk gikk imidlertid ned med seks prosent i samme periode. Studien viste en tydelig sammenheng mellom personellsammensetningen og produktivitet, blant annet ved at antall sykepleiere og sekretærer per lege i stor grad kan forklare legenes produktivitet.

Omfang av rapportering og prosedyrer som ikke gir verdi må reduseres. Det er et klart ønske om dette innen alle nivåer av helsetjenesten, blant annet i regjeringens tidstyvarbeid. Det er behov for å vurdere om reduksjon av støttefunksjoner i sykehus, slik som helsesekretærer, portører, helsefagarbeider, sengevaskesentral har gått for langt. Dette har gitt konsekvenser både for leger og sykepleiere. Leger må bruke mer tid på administrative oppgaver. Sykepleiere må bruke mer tid på for eksempel transport av prøver og sengevask. De får dermed mindre tid til observasjon og oppfølging av pasienter. Dette kan påvirke pasientsikkerhet og kvalitet. Det har også vært en sentraliseringstendens internt i sykehusene der administrativt støttepersonale har blitt flyttet fra kliniske avdelinger og inn i sentrale staber. Dette reduserer tid til klinisk arbeid og ledelse i avdelingene.

Utfordringen er å identifisere de arbeidsoppgavene og de rapporteringene som bør endres og eventuelt opphøre. Det krever forståelse av hva som oppleves som unødvendig og tungvint hos fagfolkene og at noen tar ansvaret for å verifisere om oppgavene virkelig er nødvendige. Trolig betyr det å følge innsamlede data opp gjennom systemet og klarlegge hva de brukes til, av hvem og hvor ofte. Slik bør det være mulige å enes om forenklinger som lar seg gjennomføre. Men det lar seg ikke gjøre uten aksept i hele linjen helt opp til departement og politisk nivå.

Brukerstyring, økt bruk av teknologi og bedre samhandling om de som trenger det mest har alle potensial for å friggi tid for klinisk personale. Det forutsettes også at disse tiltakene ikke bare sikter mot effektivisering og kostnadsreduksjon, men har som mål å friggi tid til mer direkte pasientrettet arbeid og til å drive forbedringsarbeid. Her nevnes kort noen eksempler på bedre bruk av tid:

¹¹ Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform: A panel and data envelopment analysis. Johannessen KA, et al. Soc Sci Med. 2017.

- Prosedyrer som medfører venting for klargjøring av utstyr. Leger kan arbeide på flere rom med støtte fra annet helsepersonell. Gastroskopi: ved bruk av flere stuer kan ventetid reduseres ved at annet personell klargjør for prosedyre. Belastnings-EKG: krever lege til stede, men en lege kan betjene to stuer
- Helseforetakene håndterer og leser en million henvisninger i året, deler kan automatiseres basert på prioriteringsveiledere
- Seks millioner konsultasjoner (+25 prosent rebestilling av timer) legger beslag på svært mye tid for helsesekretærer. Ved å forenkle og automatisere deler av dette kan tiden brukes til å avlaste helsepersonell i stedet
- Tenke nytt om hvem som gjør hva. Radiologer i Danmark supplerer med nødvendige undersøkelser og henviser direkte basert på funn, uten å gå veien tilbake via henvisende lege (reduerte ventetiden fra 29 til 2 dager)
- Sykepleierdrevne poliklinikker, frigjør legers tid og får svært gode tilbakemeldinger fra pasienter

Effekt på bemanning

Dette er ikke et effektiviseringstiltak for å redusere bemanning. Det handler om å bruke tid og kompetanse riktig for å gi bedre kvalitet og pasientbehandling.

Boks 23 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Lage en tiltaksplan over hvordan leger og sykepleiere kan få mer tid til pasientene. Det skal skje sammen med egne ansatte, verneombud, tillitsvalgte og fagorganisasjonene.
- Ha dialog med andre deler av spesialisthelsetjenesten om hvordan vi kan lage systematikk for forenkling og reduksjon av arbeid som ikke oppfattes å gi verdi for klinisk personale

6.5 Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg (HelseOmsorg21-strategien) fremhever at helse- og omsorgssektoren er en stor og viktig sektor både i økonomisk og i bredere verdimesig forstand. HelseOmsorg21 framsetter videre at kunnskap og innovasjon er viktige forutsetninger for en ønsket utvikling karakterisert ved økt kvalitet, pasientsikkerhet, brukermedvirkning og effektivitet¹². Den nasjonale strategien gir en målrettet retning for en helhetlig nasjonal innsats i verdikjeden fra forskning til innovasjon og næringsutvikling. Strategien er førende for Helse Sør-Østs satsing på dette området frem mot 2035.

Mer erfaringslæring og vurdering av effekt

En bedre helsetjeneste krever utvikling og nytenking. Det foregår utvikling samtidig på så mange områder, både utenfor og innenfor helsetjenesten, at det er nødvendig med mer systematisk kunnskapsinnhenting. Dette forutsetter vilje og mulighet til å lære av egen erfaring og til å bedre vurdere effekt og nytte av de endringene som gjøres. Vi må også bli flinkere til å lære fra andre samfunnsområder. Det betyr at helsesektoren må vise mer åpenhet og samarbeide tettere med utdanningsinstitusjoner, industri og øvrig offentlig sektor. Det betyr også at vi må legge til rette for å slippe næringslivet til, blant annet ved å bruke innovative anskaffelser for å bedre tjenesten vi yter.

Samarbeid med kommunehelsetjenesten

For å lykkes med de reformer, utviklingstiltak og satsingsområder som er definert i regional utviklingsplan 2035 må spesialisthelsetjenesten samarbeide tettere med kommunehelsetjenesten, også når det gjelder forskning, innovasjon og kompetanseutvikling. Utviklingsplanen legger opp til at helsetjenester skal leveres nærmere der pasienten bor og mer på pasientenes premisser. Dette krever ny kunnskap og kompetanse både i og om kommunehelsetjenesten, og ikke minst en mer helhetlig kunnskap om pasienten selv.

¹² HelseOmsorg21, Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg, Rapport 2014

Forutsetninger for en kunnskapsbasert helsetjeneste

Som beskrevet i kapittel 2.14, er forskning og innovasjon viktige forutsetninger for å levere en oppdatert, kunnskapsbasert helsetjeneste. Forskning bidrar til ny viten, men også systematisk metodekunnskap for å vurdere effekt av tjenesteutvikling. Samtidig er det behov for å evaluere effekter av samhandlingsmodeller i samarbeid med kommunene, og bruk av ny teknologi, i tillegg til å innhente mer kunnskap om nye behandlingsmåter. Det bevilges hvert år flere hundre millioner kroner i regionale forskningsmidler som i stor grad konkurransenutsettes i tematisk åpne prosesser. Forskningsmidlene rettes inn mot prosjekter med høy vitenskapelig kvalitet og stor forventet nytteverdi for pasienter og helsetjenesten.

Vi er nå på vei til å utvikle et tjenestetilbud med en mer persontilpasset tilnærming til forebygging, diagnostikk og behandling. Persontilpasset medisin kombinerer helsetjenesten med forskning og innovasjon på stadig nye måter og stiller høye krav til fleksibilitet, både med tanke på hurtig kompetanseutvikling og opptak av ny teknologi. Translasjonsforskning, der resultater fra laboratoriet omsettes til ideer og kunnskap til nytte for helsetjenesten, er et sentralt område i dette og nødvendig for at utviklingen av persontilpasset medisin skal lykkes.

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. Også innen andre områder som for eksempel habilitering og rehabilitering kan det være nødvendig å gjennomføre dedikerte satsinger.

Innovasjon

Helse Sør-Øst RHF tildeler hvert år 30 millioner kroner til innovasjonsprosjekter, der halvparten går til innovasjon med bakgrunn i forskningsresultater og halvparten til brukerdrevet innovasjon (tjenesteinnovasjon). Ved siste tildeling av tjenesteinnovasjonsmidler i 2018 ble utlysningen målrettet mot skisser til prosjekter som understøtter satsingsområdene i regional utviklingsplan. 100 slike skisser viser at det stor interesse for tjenesteinnovasjon, og det foreslås å forsterke ordningen for å sikre at vi utnytter potensialet for tjenesteutvikling best mulig.

Brukermedvirkning i forskning og innovasjon

En kunnskapsbasert helsetjeneste anerkjenner også pasientenes syn og erfaringer på linje med fag og profesjon. Det ligger et stort potensial i å omsette dette i praksis. Det gjelder i forskning og innovasjon, og det gjelder i tjenesteutvikling. Det er utviklet ulike modeller for brukermedvirkning i forskning, slik at brukerne på forskjellige måter kan bidra i og påvirke prosjektdesign, gjennomføring og formidling av forskning. Det er innført krav til alle forskningsprosjekter som mottar støtte fra regionale forskningsmidler om at brukere involveres i ulike faser av forskningen. Brukerstyring av poliklinikk og erfaringskonsulenter (pasienter som bruker sin kunnskap om sin sykdom til å hjelpe andre) er også eksempler på brukerinvolvering. Brukersentrert design er en selvfølge i dag i alle servicebransjer og bør ligge til grunn også i offentlig helsetjenesteutvikling.

Helsenæring

Regjeringen skal i 2019 legge frem en stortingsmelding om helsenæringen. Meldingen skal beskrive hvordan helsenæringen kan bidra til mer effektiv ressursbruk, økt verdiskaping i norsk økonomi, nye arbeidsplasser i privat sektor og bedre helsepolitisk måloppnåelse. Helsetjenesten må følge opp dette arbeidet tett og må også forberede seg på dette området for å kunne bidra på beste måte til ytterligere utvikling av norsk helsenæring.

Boks 24: Helse Sør-Øst vil:

- Øke bruk av innovative anskaffelser i samarbeidet med næringsliv
- Bruke mer av forsknings- og innovasjonsinnsatsen på utvikling og evaluering av helsetjenesten
- Bruke pasientenes erfaring og kompetanse enda mer i både forskning og tjenesteutvikling
- Stimulere til raskere utviklingstakt gjennom mer samarbeid og åpenhet

6.6 Forutsetninger for å lykkes med omstilling

De fem satsingsområdene og beskrevne tiltak i utviklingsplanen er basert på erfaringer fra andre som har gjennomført tilsvarende endringer. Det har vært en forutsetning for valg av tiltak at de har vært gjennomført andre steder og at innføring har gitt resultater. For å lykkes med en nødvendig omstilling er det noen hovedelementer som er viktige.

Ledere må ville, brukere og ansatte må medvirke

Ingen endring er mulig uten ledere som er villig til å gå foran, forklare hvorfor og vise hvordan. For å lykkes med innføringen av tiltakene i planen er det helt nødvendig at brukere involveres og de ansatte i helsetjenesten forstår tiltaket, anerkjenner behovet for endring og selv får et eierforhold til tiltaket som skal gjennomføres. Det forutsetter medvirkning og medbestemmelse på alle nivå. Uten dette vil ikke det være mulig å få ut effektene av tiltakene.

Ansatte må gis mulighet til nødvendig kompetanseutvikling og utdanninger tilpasses

For å kunne håndtere nye arbeidsmodeller, ny teknologi og endrede roller, må kompetanseutvikling tilrettelegges. Dette gjelder intern kompetanseutvikling så vel som i utdanningsinstitusjonene. Enda tettere samarbeid mellom utdanningssektoren og helsesektoren blir påkrevet.

Finansiering må støtte nye arbeidsformer

Økonomi er et viktig insentiv for å få styrt endring. Helse Sør-Øst RHF må sammen med de andre regionene og Helsedirektoratet utvikle finansielle insentiver som understøtter tiltakene i planen.

En plattform for innbyggertjenester

En mer integrert helsetjeneste vil føre til at det er nødvendig å utvikle en plattform hvor informasjon kan deles mellom de ulike aktørene som er med i behandlingen og med pasienten selv. Utviklingen innen IKT-området skal understøtte tiltakene i utviklingsplanen.



Samarbeid om forståelse og tilpassing av lovverk

Det er i dag mange utfordringer med å ta i bruk ny teknologi. Det må legges til rette for at ny teknologi, som kommer i stadig raskere tempo, kan adopteres og implementeres raskere. Samtidig skal personvern og informasjonssikkerhet ivaretas. Det forutsetter juridisk støtte gjennom endringsprosessene for å sikre at de gjøres riktig, men også for å sikre at opplevde hindringer er reelle. Et nært samarbeid med Helsedirektoratet, Direktorat for e-helse og kommunene er viktig.

6.7 Fra plan til gjennomføring

Akkurat som *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)* har regional utviklingsplan to tidsperspektiver. Det lange er 2035. Ingen kan med noen grad av sikkerhet forutse hvordan samfunn, teknologi og helsetjenesten 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 og vedtak i regional utviklingsplan vil bli innarbeidet og konkretisert i oppdrag og bestilling til helseforetakene og ved rullering av ØLP.

Satsingsområdene og tiltakene som er beskrevet i planen er i hovedsak basert på erfaringer fra andre land og vil måtte prøves ut i liten og større skala. Det derfor viktig at det gjennomføres pilotprosjekter. Gir ikke tiltakene den forventede effekten må nye tiltak identifiseres og prøves ut. Arbeidet med tiltak og framskrivninger er dermed en kontinuerlig prosess for Helse Sør-Øst RHF. Samtidig skal framskrivninger utvikles som et verktøy for å prioritere tiltak.

Helse Sør-Øst RHF har tro på at de satsingsområdene som planen peker på vil gjøre en forskjell. I 2035 skal hvert femte poliklinikkbesøk ikke være nødvendig eller finne sted på nett. Pilotene starter nå, effekten vurderes underveis og skal så tas med når framskrivningsmodellene utvikles videre. Økt brukerstyring og medisinsk avstandsoppfølging er først og fremst bra for pasientene.

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. Effekten varierer mellom 6 og 25 prosent i ulike land. Våre piloter vil gi ny kunnskap om effekt og nytt innhold til framskrivningene.

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

Medbestemmelse og samarbeid er nøkkelord for vellykket gjennomføring av 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.

Helse Sør-Øst RHF vil bidra til at hindringer og flaskehalsen som stopper lokal utvikling faktisk løses. Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Direktorat for e-helse må medvirke slik at vi 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.