HELSE SØR-ØST

Høringsutkast

REGIONAL UTVIKLINGSPLAN 2035

Gode og likeverdige helsetjenester
til alle som trenger det,
når de trenger det,
uavhengig av alder, bosted,
etnisk bakgrunn,
kjønn og økonomi.

1 Bakgrunn 5
1.1 Arbeidet med regional utviklingsplan 5
1.2 Fakta om Helse Sør-Øst 5
2 Hovedpunkter fra helseforetakenes utviklingsplaner og regionale prioriteringer 10
2.1 Pasientens helsetjeneste 10
2.2 Oppgavedeling og samhandling 12
2.3 Psykisk helsevern 13
2.4 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling 14
2.5 Rehabilitering 15
2.6 Habilitering 17
2.7 Hjerneslag 18
2.8 Kreftkirurgi 18
2.9 Prehospitale tjenester 20
2.10 Antibiotikaresistens 22
2.11 Forebygging 23
2.12 Bemanning, utdanning og kompetanse 25
2.13 Organisering og ledelse 28
2.14 Forskning og innovasjon 30
2.15 Økonomi 34
2.16 Teknologi og utstyr 36
2.17 Bygg 38
2.18 Opptaksområder og oppgavedeling for sykehusene i Oslo-regionen 40
3 Overordnede føringer 44
3.1 Spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar 44
3.2 Nasjonale og regionale strategier og føringer 46
4 Utviklingstrekk – hvordan vil trender påvirke oss? 47
5 Analyse og veivalg 51
6 Satsningsområder og aktuelle tiltak 57
6.1 Bedre bruk av teknologi og nye arbeidsformer 57
6.2 Samarbeid om de som trenger det mest 63
6.3 Redusere uønsket variasjon 68
6.4 Ta tiden tilbake - mer tid til pasientrettet arbeid 71
6.5 Forutsetninger for å lykkes med omstilling 73
6.6 Framskrivninger 74
6.7 Fra plan til gjennomføring 83

Utkast

Innledning

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

- Kvalitet i pasientbehandlingen
- Bedret helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Godt arbeidsmiljø for ansatte og mer tid til pasientbehandling
- Helsetjenester som er bærekraftige 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.

Helsevesenet har stått for en betydelig effektivisering over en lang periode. Samtidig er fortsatt 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 fire satsningsområder i planperioden:

1. Bedre bruk av teknologi og nye arbeidsformer - mer brukerstyring
2. Samarbeid om de som trenger det mest - integrerte helsetjenester
3. Redusere uønsket variasjon – samvalg knyttes til uønsket variasjon
4. Ta tiden tilbake - mer tid til pasientrettet arbeid

Satsningsområdene 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 satsningsområdene. Denne kunnskapen og nye idéer må legges til grunn for systematiske satsninger.

Regional utviklingsplan inneholder også framskrivninger av behovet for areal og bemanning hvor det er lagt til grunn justerte forutsetninger og effekter av nye tiltak.

Prosjektgruppen har gjennomført en lang 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 er grunn til å takke alle som har bidratt i arbeidet med planen.

Utkast til *Regional utviklingsplan 2035* for Helse Sør-Øst ble fremlagt for styret i Helse Sør-Øst RHF den 14. juni 2018 og besluttet sendt på høring. Høringsperioden settes til 1.7-15.10.2018. Ambisjonen er at høringsperioden også skal brukes til dialog med de som berøres av planen.

Hamar, juni 2018

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

Utkast

Foto: Sykehuset Innlandet HF

utkast

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. Videre ble det pekt på at utviklingsplanene også må kunne ses i en nasjonal sammenheng og at det er viktig at alle regioner benytter felles metodikk for framskrivinger av kapasitetsbehov.
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 arbeidet for å utvikle særskilte faglige føringer innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern, 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 den 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 presiseringer om 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 1. 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 den 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.

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 Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder

UTKA

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:

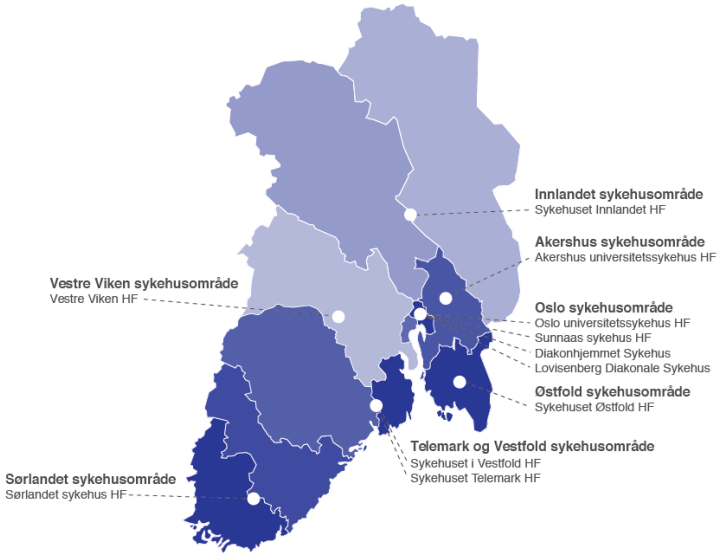
- Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF
- Luftambulansetjenesten HF
- Nasjonal IKT HF
- Pasientreiser HF
- Sykehusbygg HF
- Sykehusinnkjøp HF

Helse Sør-Øst RHF kjøper i tillegg behandlingstilbud og diagnostiske tjenester av private aktører innen somatiske spesialisthelsetjenester rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Foretaksgruppens årsomsetning er 81 milliarder kroner og til sammen 77 000 medarbeidere utfører omlag 60 000 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 psykiatrisk sykehus, desentraliserte tilbud med distriktpsykiatriske sentre og poliklinikker, i tillegg til utstrakt samarbeid med kommuner.

Utkast

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. Dessuten viser tabellen hvor stor andel av sykehusområdenes innbyggere som er mer enn 60 år. Innlandet sykehusområde og Telemark sykehusområde har størst andel innbyggere over 60 år mens Oslo sykehusområde og Akershus sykehusområde har den yngste befolkningen.

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

Sykehusområde	Innbyggere i 2017	Helseforetak	Andel innbyggere (%)	Andel > 60 år (%)
Akershus	508 398	Akershus universitetssykehus HF	17	20
Innlandet	400 214	Sykehuset Innlandet HF	14	28
Oslo	557 384	Oslo universitetssykehus HF Diakonhjemmet Sykehus Lovisenberg Diakonale Sykehus	19	16
Sørlandet	300 789	Sørlandet sykehus HF	10	23
Vestfold	230 899	Sykehuset i Vestfold HF	6	27
Telemark	173 307	Sykehuset Telemark HF	8	25
Vestre Viken HF	487 348	Vestre Viken HF	17	23
Østfold	292 208	Sykehuset Østfold HF	10	25
HSØ	2 950 547		100	22

Kilde: SSB 2017.

Aktivitet og kapasitet – somatiske tjenester

Innen det somatiske tjenesteområdet var det for personer bosatt i Helse Sør-Øst i 2016 registrert følgende (kilde: Norsk pasientregister):

- 446 000 døgnopphold som utgjorde vel 1,87 millioner liggedager
- 3,24 millioner polikliniske konsultasjoner og 198 000 dagopphold (aktivitet utført av avtalespesialister kommer i tillegg)

- 221 000 operasjoner

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. I tillegg til lokalsykehusfunksjoner ivaretar Oslo universitetssykehus HF flere nasjonale, flerregionale og regionale oppgaver.

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 PCI-behandling (behandling av trange blodårer til hjertet).

Akershus sykehusområde har lav egendekning, noe som nok 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 i somatikk etter sykehusområder.

Sykehusområde	Helseforetak	Eget HF/ sykehus %	Oslo univ.sh %	Andre HSØ/priv %	Andre regioner %
Akershus	Akershus universitetssykehus HF	58	29	12	0,6
Innlandet	Sykehuset Innlandet HF	84	9	6	1,5
Oslo	Oslo universitetssykehus HF Diakonhjemmet Sykehus Lovisenberg Diakonale Sykehus	94		5	0,8
Sørlandet	Sørlandet sykehus HF	91	5	2	1,5
Telemark og Vestfold	Sykehuset i Vestfold HF	82	10	8	0,5
	Sykehuset Telemark HF	84	8	8	0,6
Vestre Viken	Vestre Viken HF	76	16	7	0,7
Østfold	Sykehuset Østfold HF	81	13	6	0,6

Kilde: Norsk pasientregister 2016

Aktivitet og kapasitet – psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Data fra Norsk pasientregister viser at det for bosatte i Helse Sør-Øst i 2016 ble registrert cirka 30 000 innleggelser med cirka 626 000 oppholdsdøgn innen psykisk helsevern for voksne. Innen psykisk helsevern for barn og unge var det 1 370 innleggelser med til sammen 54 000 oppholdsdøgn. Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer hadde vel 9 800 innleggelser med tilsammen 385 000 oppholdsdøgn.

Pasientstrøm psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Tabell 3 viser at egendekningen i sykehusområdene og mellom sykehusene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) varierer.

Tabell 3: Egendekning innen psykisk helsevern og TSB etter sykehusområder (%, oppholdsdøgn).

Sykehusområde	Helseforetak	TSB	PHV	PHV-BU
Akershus	Akershus universitetssykehus HF	31	67	41
Innlandet	Sykehuset Innlandet HF	15	81	87
Oslo	Oslo universitetssykehus HF Diakonhjemmet Sykehus Lovisenberg Diakonale Sykehus	25	77	70
Sørlandet	Sørlandet sykehus HF	47	88	95
Telemark og Vestfold	Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset Telemark HF	20	74	80
Vestre Viken	Vestre Viken HF	32	79	77
Østfold	Sykehuset Østfold HF	32	84	60

Kilde: Norsk pasientregister 2016

Egendekning for oppholdsdøgn i sykehus viser at de private ideelle avtalepartnernes 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.

Utka

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 i 16.6.2016 (sak 056-2016) og regionale føringer og rammer for arbeidet vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF hhv den 2.2.2017 (sak 008-2017) og 1.2.2018 (009-2018).

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

I arbeidet med regional utviklingsplan har to nye områder kommet til: Antibiotikaresistens og spesialisthelsetjenestens ansvar for forebygging. Antibiotikaresistens er tatt med fordi dette er en betydelig utfordring for helsetjenesten. Forebygging er tatt med fordi forebyggende tiltak er helt essensielt for en bærekraftig utvikling frem mot 2035.

2.1 Pasientens helsetjeneste

Pasientens helsetjeneste innebærer:

- *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.*
- *Samarbeid i helsetjenesten om helhetlige pasientforløp, forebygging av sykdom og skader i befolkningen, kompetanseoverføring, kompetanseoppbygging og veiledning og endringer i tilbud som påvirker samarbeidspartenes tilbud og tjenester*

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»[1]. Både Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF har prøvet ut hjemmesykehus for barn. Innen psykisk helsevern 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 distriktspsykiatriske sentra, psykiatrisk 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 telemedisinprosjektet United4Health ved Sørlandet sykehus, som er et system for egenrapportering av medisinske data for pasienter med kronisk obstruktive lungesykdommer.

[1] «Arenafleksible helsetjenester» er helsetjenester som kan ytes på ulike steder (Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019)

Brukerstyrte senger innen psykisk helsevern 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. Resultater fra undersøkelsene brukes i helseforetakenes utviklingarbeid. Noen helseforetak gjennomfører dessuten egne brukerundersøkelser. Sykehuset i Vestfold HF har for eksempel gode erfaringer med intervju av enkeltpasienter og peker på at dette gir informasjon som sjelden kommer frem i spørreundersøkelser.

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

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 hensyntas 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:

- Etablere helsetjenester utenfor sykehus gjennom å bidra til tilpasning av finansiering av nye tjenesteformer og tilrettelegge for bruk av teknologi som ivaretar pasientsikkerhet og personvern

2.2 Oppgavedeling og samhandling

Samhandling og oppgavedeling har høy prioritet

Informasjon i tilknytning til utskrivning er et av områdene i PasOpp-undersøkelsene hvor pasientene gir dårligst skår. Helseforetakene beskriver i sine utviklingsplaner forbedringstiltak knyttet til dette. Tiltakspakken «trygg utskrivning» fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet er sentral i kombinasjon med læringsnettverk for gode pasientforløp i regi av KS og Folkehelseinstituttet.

Mange planer omhandler utskrivning 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.

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 grupper 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 styringsinformasjon med kommunene som et godt virkemiddel i samarbeidet.

Oppgavedeling med helsetjenesten i kommunene fremheves som viktig, hvor det pekes på mulighet for ny oppgavedeling med primærhelsetjenesten spesielt knyttet til en del kontroller og deler av rehabiliteringen. Samarbeidsavtalene og samarbeidsutvalgene mellom sykehus og kommune er aktuelle arenaer for å enes om slike endringer. Det fremheves også at gjensidige hospiteringsordninger og digitale løsninger må legge til rette for en eventuell endret oppgavefordeling. Fastlegene er sentrale i dette og alle helseforetakene har ansatt praksiskonsulenter, fastleger i engasjementstillinger, som bidrar til bedre samhandling. Det er behov for tettere dialog og lettere tilgjengelighet mellom sykehusleger og fastleger.

Helseforetakene, spesielt de som driver sykehus på flere steder, beskriver hvordan oppgavedeling og faglig samarbeid innen eget foretak 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.

Private leverandører er en viktig del av spesialisthelsetjenesten

Private leverandører kan være ideelle eller kommersielle aktører som driver virksomhet på ulikt grunnlag og med forskjellig finansieringsordning. De kan være:

- Virksomhet som drives etter anbudsprosesser og har avtale med Helse Sør-Øst RHF basert på stykkpris eller betaling per oppholdsdøgn
- 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 sogner til

- Virksomhet godkjent av Helfo som «Fritt behandlingsvalg-leverandør» uten avtale med et regionalt helseforetak, men med fast stykkpris eller døgnpris finansiert av pasientens lokalsykehus
- Lege- og psykolog-spesialister som har avtale med Helse Sør-Øst RHF (avtalespesialister) 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 leverandører bidrar innen de fleste tjenesteområder og har en spesielt viktig rolle innen rehabilitering og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. 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. Helseforetakene beskriver et behov for bedre samstemming av offentlig og privat spesialisthelsetjenester i tråd med behovene, kapasiteten i helseforetakene, ventetid og fristbrudd.

Helseforetakenes utviklingsplaner inneholder flere elementer som kan videreutvikles for å forbedre 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 tjenesteleverandører har varierende ordninger for telefonhjelp, øyeblikkelig-hjelp og beredskap i ferier og høytider. Disse tjenesteleverandørers rolle må beskrives i pakkeforløpene som etableres. Det er krevende å få til gode og forpliktende samarbeidsrelasjoner siden det ikke finnes noen formell styringslinje mellom spesialhelsetjenesten og private tjenesteleverandører.

Helse Sør-Øst RHF forvalter i dag om lag 800 årsverk innen avtalespesialistordningen med mål om en økning til 841 årsverk i 2018. Avtalespesialistene sto i 2016 for om lag 28 prosent av den polikliniske aktiviteten i regionen. Det er viktig at avtalespesialistene omfattes av de generelle helsepolitiske vurderingene som Helse Sør-Øst RHF må gjøre for å benytte tilgjengelig kapasitet optimalt. For å oppnå dette vil det være nødvendig med et tettere samarbeid mellom avtalespesialistene og helseforetakene og sykehusene. Alle helseforetakene er i gang med å inngå samarbeidsavtaler med avtalespesialistene. Det vil være spesielt viktig å bedre samhandlingen mellom avtalespesialister innen psykisk helsevern og de distriktspsykiatriske sentrene.

Boks 2 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Samarbeide med kommunehelsetjenesten og helseforetakene om utvikling av modeller for bedre samhandling om de pasientene som trenger det mest
- Bidra til bedre kommunikasjon mellom fastleger og pasientens kontaktlege på sykehus om pasienter med kroniske sykdommer i forbindelse med sykehusinnleggelser
- Arbeide for bedre samstemming av offentlige og private spesialisthelsetjenester
- Styrke avtalespesialistordningen, med en økning av kapasiteten innenfor områder der mye av pasientbehandlingen allerede i dag skjer i avtalepraksis

2.3 Psykisk helsevern

Psykisk helsevern tilbys i åtte helseforetak og to private ideelle sykehus (med eget opptaksområde).

- Det er 29 distriktspsykiatriske sentra (DPS) i regionen
- Innen barne- og ungdomspsykiatri (BUP) er det i dag 25 poliklinikker og 7 døgnenheter

- Om lag 850 000 konsultasjonene innen psykisk helsevern er knyttet til angst og depresjon. Dette tilsvarer cirka 55 prosent av konsultasjonene

Brukermedvirkning er sentralt
Helseforetakene beskriver hvordan brukermedvirkning gjennomføres innen psykisk helsevern på 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 både på system- og individnivå kan styrkes i alle ledd innen psykisk helse, samt hvordan man kan styrke erfaringskompetansen i kliniske enheter.
Innføring av pakkeforløp innen psykisk helse fra 2018 blir bekreftet som viktige tiltak i planene. 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 psykisk helsevern har effekt. Arbeidet med forbedringsmetodikk som forskriften gir pålegg om, er imidlertid mindre tydeliggjort i planene. Det mangler konkrete beskrivelser av tiltak som vil kunne tydeliggjøre satsning på kvalitetsforbedring og hvilke ledelsesmessige utfordringer dette vil gi.

Boks 3 Helse Sør-Øst RHF vil:
- Fortsette å prioritere psykisk helsevern slik at tjenestetilbudene skal komme opp på nivå med de øvrige spesialisthelsetjenestene
- Prioritere arbeid med å redusere utilsiktet variasjon
- Støtte initiativ for etablering av ambulante tilbud og økt poliklinisk kapasitet
- Arbeide for å redusere bruk av tvang
- Intensivere arbeidet med forebygging og håndtering av voldsrisiko og selvmordsforebygging
- Arbeide for å inkludere effektmål for behandling i virksomhetsstyring

2.4 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
Det tilbys tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i åtte helseforetak og hos 22 private avtalepartnere i Helse Sør-Øst.

- Helseforetakene har til sammen 431 plasser for døgnbehandling, hvor alle har basistjenester innen akuttbehandling, avrusning og poliklinikk herunder legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Syv helseforetak tilbyr utredning og behandling i døgnavdeling, noen har også eget døgnbehandlingstilbud til særskilte grupper
- 22 private aktører har til sammen 707 plasser for døgnbehandling, hvor fem av disse også tilbyr polikliniske tjenester, men uten ansvar for LAR.
- Enkelte private aktører har eget døgnbehandlingstilbud til særskilte grupper
- Flere aktører har etablert seg i regionen med langtids døgnplasser innenfor ordningen Fritt behandlingsvalg. Disse er godkjent for drift av Helfo

Ambulant virksomhet blir viktigere
Helseforetakene beskriver planer for utvikling av basistjenester og 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, hvor avdeling for rus- og avhengighetsbehandling peker 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 operasjonalisere eksisterende avtaler og utvikle helhetlige pasientforløp.

Akuttilbudet må fortsatt forbedres

Et tilgjengelig og godt akuttilbud med sømløse overganger er et sentralt element for pasientene innen TSB. Helseforetakene peker på behovet for å forbedre akuttilbudet innen TSB 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 TSB i regionen.

Flere helseforetak fremhever behovet for strategisk og langsiktig satsning på klinikknær forskning.

Boks 4 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Fortsette å prioritere TSB slik at tjenestetilbudene skal komme opp på nivå med de øvrige spesialisthelsetjenestene
- Støtte initiativ til etablering av ambulante tilbud og økt poliklinisk kapasitet
- Videreutvikle akuttilbudet i samarbeid med øvrig akuttilbud i helseforetakene
- Støtte klinikknær forskning innen feltet
- Ha god styring på utviklingen av TSB i helseforetakene og hos private ideelle avtalepartnere gjennom styringsdokumenter og regelmessig og reell justering av kontrakter og avtaler

2.5 Rehabilitering

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

- Seks har døgnplasser i rehabiliterings-enhet
- To har øremerkede døgnplasser i annen enhet
- Fem 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 og 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 mellom rehabilitering og 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 beskriver viktigheten av rehabilitering i tidlig fase. Spesialisert kompetanse planlegges opp mot døgnplasser og prioritering av poliklinisk og ambulant virksomhet. Mange helseforetak støtter utviklingen mot større rehabiliteringsansvar for 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 vurderinger og behandlingstiltak i tett samarbeid med kommunale aktører og satser på videreutvikling av 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 beskriver også bevissthet rundt å 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.

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:

- Videreutvikle samarbeidet og avtaler med private leverandører og kommunene
- Gjennomgå finansiering av spesialisert rehabilitering, spesielt med fokus på ambulant tjeneste
- Avklare og formalisere regionfunksjoner og flerområdefunksjoner
- Bidra til at nedbygging av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten ikke skjer før tilsvarende kapasitet og kompetanse er bygget opp i kommunene og at det etableres samarbeid og forutsigbare tidsrammer for dette
- Bidra til at pasienter med behov for spesialisert rehabilitering i sykehus får integrerte, helhetlige pasientforløp med sømløse overganger mellom nivåene
- Bidra til at det er tilstrekkelig døgnkapasitet og tverrfaglig rehabiliteringskompetanse til å ivareta områdeansvaret for pasienter med behov for spesialisert rehabilitering

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 av komplisert og sammensatt karakter. 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, som 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 implementere regional behandlingslinje for barn med ervervet hjerneskade har Helse Sør-Øst RHF i 2017 gitt Oslo universitetssykehus HF i oppdrag etablere og lede et gjennomføringsprosjekt over to år. Av helseforetakenes utviklingsplaner fremgår at det er behov for en nærmere grenseoppgang i forhold til overgangen mellom de ulike tjenesteyterne og viktigheten av lokal kunnskap og samarbeidsrelasjoner med kommunene. Det påpekes videre 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 autismespekterforstyrrelser

Barn og unge med autismespekterforstyrrelser (ASF) er en relativt stor pasientgruppe med en forekomst rundt en prosent Det er en pasientgruppe med et sammensatt og komplekst tilstandsbilde. Pasientene 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 når det gjelder tjenester til pasienter og veiledning til kommunalt personell

2.7 Hjerneslag

Om lag 5 500 pasienter innlegges hvert år med akutt hjerneslag i Helse Sør-Øst

- Behandling i slagenhet reduserer dødelighet og alvorlig funksjonshemning 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 meget tidsavhenging 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 gjennomført 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 organiseres i nettverk

Oslo universitetssykehus HF ønsker å etablere 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.

I 2018 har det pågått et arbeid med å utrede organiseringen av mekanisk trombektomi (blodproppfisking) ved hjerneinfarkt i regionen.

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

- Alle regionens helseforetak tilbyr i 2017 kreftkirurgiske inngrep for seks av kreftformene, mens resterende inngrep kun utføres ved region- eller områdesykehus

- 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 robusthetskrav for tjenesten med hensyn til antall inngrep

Tabell 4: Kreftkirurgi i Helse Sør-Øst 2017.

Helseforetak	Blære	Bryst	Buk-spytt-kjertel	Egg-stokk	Ende-tarm	Lever	Liv-mor	Liv-mor-hals	Lunge	Mage-sekk	Nyre	Pros-tata	Skjoldbrusk-kjertel	Spise-rør	Tykk-tarm
Akershus universitets-sykehus HF	56	401		5	56		269	3	84	14	96	42	178		179
Diakonhjemmet sykehus															49
Lovisenberg Diakonale sykehus									1						
Oslo universitets-sykehus HF	60	514	139	110	150	77	884	44	377	36	193	426	325	46	151
Sykehuset 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	2320	140	128	435	78	2474	51	466	52	682	1060	1179	46	1231

Kilde: Norsk pasientregister 2017

Både kreftforekomst og behandlingsmuligheter øker, samt at 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 fem-års overlevelse mellom de ulike sykehusene i helseforetaket. Sykehuset Innlandet HF vil samle volumet av kreftkirurgi og medisinsk onkologi på færre lokalisasjoner 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 ventrikkelkreftkirurgi 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 ventrikkelkreftkirurgi i regionen samles til en lokasjon.

Boks 8 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Foreta en samlet vurdering og fatte beslutning om eventuelle 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

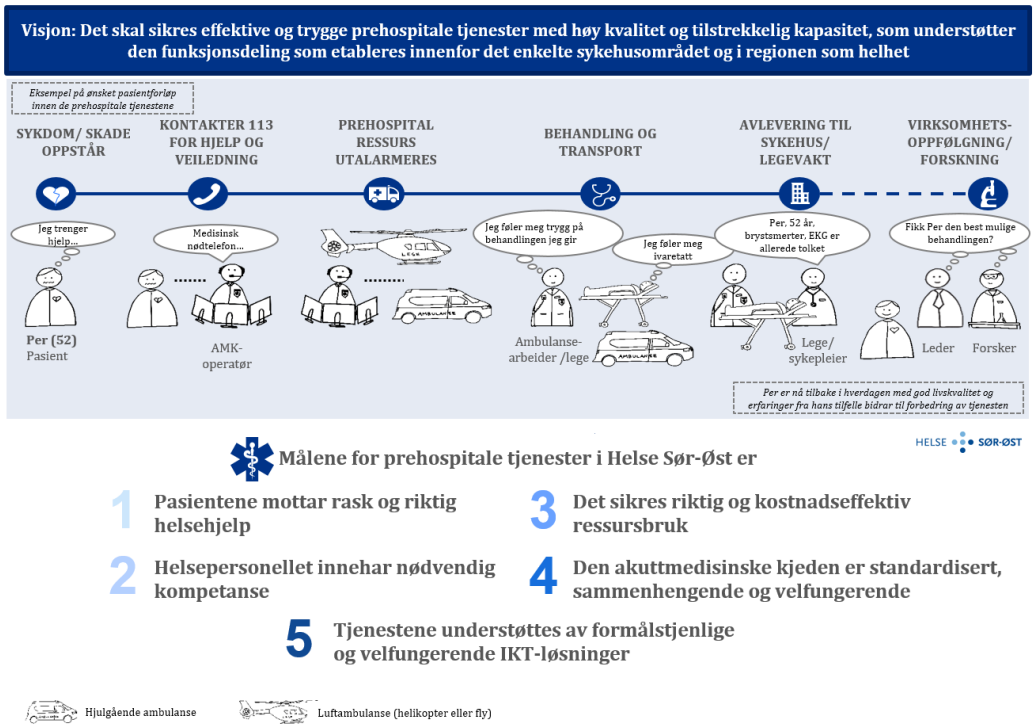
Prehospitale tjenester er fordelt på syv helseforetak; Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Sørlandet sykehus HF og Vestre Viken HF

- Tjenestene består av:
  - 103 ambulansestasjoner med totalt 214 bilambulanser, seks syketransportbiler og ni helseekspresser
  - Fem AMK-sentraler (akuttmedisinsk kommunikasjonssentral)
  - 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 kommunehelse-tjenesten.

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 målbilde for prehospitale tjenester for 2018-2025, som vist i figur 2.

Figur 2: Målbilde 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 flåtestyringsprogammer 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 grisgrendt 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, hovedredningssentralene 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 kjede. 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 forskjellig 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 prehospitale tjenester. Samtidig åpner nytt nødnett for nye samarbeidsformer mellom legevakt, fastleger og prehospitale tjenester.

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 et prosjekt «Samhandling om den akuttmedisinske kjeden i Vestfold»

Boks 9 Helse Sør-Øst RHF vil:

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

2.10 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.

Antibiotikaresistens en betydelig utfordring

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 åtte prosent fra 2012 og frem til august 2017. Det er stor variasjon i bruken av spesifikke undergrupper av bredspektrede antibiotika. Enkelte helseforetak ligger langt over landsgjennomsnittet. Det er nødvendig med tiltak for å nå målet om 30 prosent reduksjon innen 2020, samt at tiltakene fortsetter videre frem mot 2035.

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, gjennom kunnskapsbaserte smitteverntiltak, forebygging av infeksjoner, rask og nøyaktig mikrobiologisk diagnostikk, samt rasjonell og nøktern bruk av antibiotika.

Et overordnet mål frem mot 2035 er å redusere den totale bruken av antibiotika og stimulere til bruk av smalspektrede antibiotika som påvirker færre bakterietyper og dermed forårsaker mer begrenset resistensutvikling.

Et viktig verktøy i arbeidet mot antibiotikaresistens er innføringen av antibiotikastyringsprogram ved alle helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst fra 2016. Et slikt program gir økt oppmerksomhet omkring forbedringsarbeid rettet mot antibiotikabruk i årene fremover. Etterlevelse av nasjonale og lokale retningslinjer, gjennomføring av revisjoner og audits, samt overvåking og rapportering er viktige tiltak.

Utfordringen med å få tilgang til data er et tilbakevennende 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 viktig 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 ansees som viktig. Bedre mikrobiologisk diagnostikk og bedre IKT-løsninger ansees som avgjørende. Bygningsmessige utforming av sengeposter med høy andel av enerom er tiltak av betydning for smittespredning.

Boks 10 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Prioritere arbeidet med å redusere bruken av bredspektrede antibiotika

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. Resultatet er økt levealder, 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, trass i 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, og 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 sykelig 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 befolkingen» med «gode systemer for kunnskapsoverføring mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten».

I de fleste av helseforetakenes utviklingsplaner har forebygging fått en svært beskjeden 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 dog preg av at ildsjeler driver fram gode lokale initiativ, heller enn av planlagt systematikk i hele foretaksgruppen.

Innen de fleste fagfelt er det dokumentert 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:

- Ha en mer bevisst satsing på forebygging
- Stimulere til konkrete forsøk og tiltak, samt sørge for læring og spredning av gode eksempler
- 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 WHOs bærekraftsmål

2.12 Bemanning, utdanning og kompetanse

Helseforetakene i Helse Sør-Øst har per januar 2018 totalt 77 127 ansatte, som representerer 60 230 månedsverk. Andelen fast ansatte varierer fra om lag 70 til om lag 80 prosent i sykehusene.

- Utdanning er en lovpålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten. Rammer for utdanninger fastsettes av Kunnskapsdepartementet i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet
- 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
- 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)
    - Ny utdanning for leger i spesialisering (LIS) fra september 2017

Foto: Sunnaas sykehus HF

I utviklingsplanene vurderes prognosene for redusert fremtidig tilgang på helsepersonell gjennom at de i stor grad fremhever økt konkurranse om kritisk kompetanse. Helseforetakene peker på et behov for langsiktige rekrutteringsplaner og konkrete utdanningstiltak for å beholde og videreutvikle ansatte.

Det er betydelige variasjoner mellom foretakene når det gjelder rekruttering til ledige stillinger, spesielt mellom hovedstadsområdet på den ene side og de geografiske ytterkantene i regionen på den annen side. Hovedstadsområdet er generelt bedre stilt når det gjelder tilgang på nyutdannede. For noen yrkesgrupper er likevel tilgangen på kompetanse bedre i distriktene enn i de sentrale strøkene. Mye går likevel igjen, både med hensyn til generell status og forventninger til videre utvikling. Utfordringene er særlig knyttet til spesialsykepleiere i fagene anestesi-, 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 psykologspesialister, radiografer med spesialkompetanse, spesialiserte fysioterapeuter, operatører til AMK-sentraler og miljøterapeuter. Flere peker på at den teknologiske utviklingen på sikt nødvendiggjør økt rekruttering av medisinske fysikere, ingeniører, IKT-spesialister mv.

Når det gjelder konkrete rekrutteringstiltak, rapporterer helseforetakene særlig om følgende:

- Opprettelse og videreføring av *utdanningsstillinger* for spesialsykepleiere (egne stillinger opprettet i flere foretak i hovedstadsområdet)
- *Permisjon med lønn* for at ansatte sykepleiere med grunnutdanning skal ta ønsket videreutdanning som spesialsykepleiere (tariffestet ordning, benyttes der det ikke er egne utdanningsstillinger)
- Traineeordninger for nyutdannede sykepleiere
- 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

Oppgavedelingstiltakene som beskrives varierer. Tiltakene berører 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.

Utdanning i sykehusene

Helsepersonell i sykehusene driver omfattende grunn-, videre- og etterutdanningsvirksomhet i samarbeid med universiteter, høgskoler og videregående skoler. Samarbeidet er dels organisert på regionalt-, dels på foretaksnivå og ved noen helseforetak. Oppgavene omfatter tilrettelegging og gjennomføring av praksisopplæring for studenter, elever og lærlinger, samt ulike traineeprogrammer.

For bachelor i sykepleie foregår så mye som 50 prosent av utdanningen i praksisfeltet. 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 man finner veiledningsformer som både er effektive og bygger på veiledningskompetanse. Arbeid i tverrfaglige team og økt vekt på samvalg stiller krav til å bruke teknologi og ha kunnskap om helsepedagogikk.

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

En fortsatt sterk satsning på utdanning i egen virksomhet vil være bærende for den videre utvikling av spesialisthelsetjenesten. Flere av helseforetakene peker på at de synergier som oppstår når forskning og utdanning knyttes mot klinisk virksomhet, vil understøtte en ønsket utvikling av struktur og innhold i utdanningene. I tillegg fremheves det et behov for å ta i bruk nye digitale og teknologiske læringsformer og mer simuleringstrening i alle helsefag.

Samarbeid med utdanningsinstitusjonene

Flere av helseforetakene fremhever i sine planer at de ønsker å være sentrale aktører i arbeidet med videre utvikling av utdanningene. Foretakene peker på at det er behov for å styrke samarbeidet mellom tjenestene og utdanningssektoren. Et mål vil være at dimensjoneringen og

innholdet i utdanningene skal samsvare bedre med arbeidslivets faktiske og fremtidige behov. Svært ofte meldes det om avvik mellom den kompetanse foretakene 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 virksomhetsstørrelse, bransje og geografi. Ifølge virksomhetene, er også mangel på tilstrekkelig og relevant kompetanse den viktigste hindringen for økt produktivitet i deres virksomhet.

Helseforetakene er opptatt av at dimensjoneringen av studieplasser må utvikles i en mer forpliktende dialog enn idag. Utdanningsoppgavene baseres på Kunnskapsdepartementets kandidatmåltall, som fastsettes etter innspill fra helsemyndighetene. Helseforetakenes 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 mellom utdanningsinstitusjonene knyttet til innholdet innen videreutdanninger som i utgangspunktet skal gi samme sluttkompetanse.

Det er streke signaler om at helsefagarbeideren skal tilbake til foretakene. For at det skal skje må antagelig rammeplaner oppdateres og innholdet i utdanningen justeres. Samtidig må foretakene sikre tilstrekkelige lærlingeplasser og arbeide med introduksjonsprogrammer i egen virksomhet som sikrer tilstrekkelig og nødvendig kompetanse. Samarbeidet med fagskolene om å utvikle tilleggsutdanninger som tilpasses behov ut over grunnkompetanse blir et viktig supplement i en langsiktig rekrutterings- og kompetansestrategi.

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 få flere sykepleiere til å videreutdanne seg innen dette området.

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.

Helse Sør Øst RHF vil ta fornyede initiativ overfor utdanningssektoren for å sikre bedre samordning mellom foretakenes behov for kompetanse og utdanningsinstitusjonenes utdanningstilbud. Foretakene etterspør en sterkere rolle fra det regionale helseforetaket for å styrke samhandlingen og dialogen med utdanningsinstitusjonene, og denne utfordringen må Helse Sør Øst RHF ta tak i for å bidra til at utdanningene og utdanningskapasiteten i større grad tilpasses foretakenes behov. 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.

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 kompetanseplanleggingssystem 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 i 2018 ved Sykehuset i Vestfold.

Boks 12 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Drive systematisk kompetanseplanlegging som identifiserer kritisk kompetanse både på kort, mellomlang og lang sikt
- Benytte regional bemanningsmodell til å fremskrive behovet for bemanningsressurser i ulike yrkesgrupper på kort, mellomlang og lang sikt
- Etablere verktøy for kompetanseplanlegging for alle yrkesgrupper
- Utvikle gode tiltak og strategiske analyser som bidrar til riktig rekruttering og bibehold av arbeidstakere
- Følge opp arbeid med å utvikle hensiktsmessige former for aktivitetsbasert bemanningsplanlegging
- Understøtte arbeid med å utvikle arbeidsprosesser og iverksette oppgavedelingstiltak som bidrar til god utnyttelse av tilgjengelig kompetanse og kapasitet
- Videreutvikle samarbeidet med aktuelle utdanningsinstitusjoner om utdanningenes innhold, riktig utdanningskapasitet i forhold til behov og forskning rettet mot forbedring av praksiselementet i utdanningene
- Understøtte arbeid med å finne gode løsninger og samarbeide med utdanningsinstitusjonene for å etablere og utvikle gode praksisplasser
- Sette regionalt utdanningssenter i stand til å ivareta sine oppgaver knyttet til samordning og oppfølgning av legespesialistutdanningen i foretaksgruppen
- Legge til rette for at alle ansatte settes i stand til å benytte tilgjengelig teknologi og kunnskap

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 16.11.2017 (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 personaloppfølgning, avklaring av oppgaver og nødvendige beslutninger. Stedlig ledelse er normen i helseforetakene på utøvende nivå (nivå tre- seks). Når det gjelder sykehus- og klinikknivået varierer situasjonen noe, blant annet avhengig av geografiske avstander internt i det enkelte foretak. I hovedsak har foretakene likevel stedlig ledelse ved de enkelte underliggende sykehus og somatiske klinikker.

Ledere på alle nivåer i sykehusene har mange lederoppgaver. Nivåinndelingen krever at det etableres godt avklarte roller og godt samarbeid mellom ledere på ulike nivåer. Dette særlig med tanke på tilrettelegging for pasientnær og kvalitetsorientert ledelse. Det er lederne på nivå tre-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 oppfølgning 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 man behov for å løse opp i en tradisjon med «silo-organisering». 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 ansvarslinjer samt følge opp arbeidsmiljø og medarbeideres trivsel i det daglige arbeid.

På ulike vis fanger disse varierende og spredte beskrivelser 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 når det gjelder kontrollspenn, dvs 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. Likevel er ledelse basert på den enkelte leders ferdigheter og personlighet. For å

styrke dette arbeider alle helseforetak med lederutviklingsprogrammer på ulike nivåer i organisasjonen.

Lederutvikling i alle helseforetak

Alle helseforetak tilbyr ulike interne lederutviklingsprogrammer. Det er store forskjeller med hensyn til 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 som påpekt ovenfor. 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, basert på forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring
- Bidra til at ledere sørger for samhandling og medvirkning både med ansatte og brukere
- Arbeide for at ledere på alle nivå har nødvendige rammer og myndighet til å kunne utøve god ledelse

2.14 Forskning og innovasjon

Forskningsvirksomheten i Helse Sør-Øst omfatter over 2 000 årsverk og representerer med mer enn 60 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

Illustrasjon: Colourbox

Universitetssykehusene i regionen

Universitetssykehusene, og spesielt Oslo universitetssykehus HF, er viktige aktører innen forskning og skal, i tillegg til å utøve egen forskning, 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 forskningssystem.

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 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.

Det er et tett samarbeid mellom universitetssykehusene og de andre sykehusene i Helse Sør-Øst om både forskning og innovasjon. En oversikt over ikke-universitetssykehusenes satsingsområder er gjengitt i figuren nedenfor.

Utkast

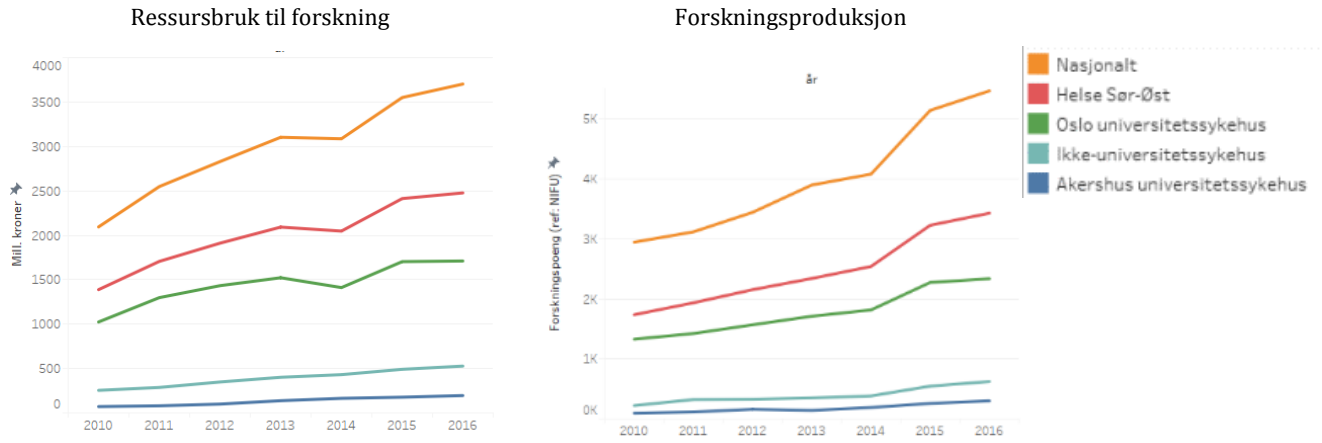
Figur 3: Oversikt over ikke-universitetssykehusene satsningsområder for forskning og innovasjon.

Kilde: Sykehusenes egne bidrag til regional utviklingsplan

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.

Figur 4: Utvikling i ressursbruk og forskningsproduksjon i Helse Sør-Øst 2010-2016.



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 forskningssamarbeid 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.

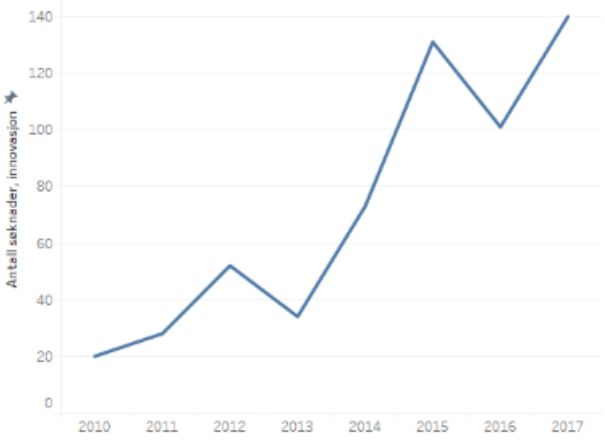
Helse Sør-Øst RHF har ledet an i arbeidet med å legge til rette for forskning og innovasjon innen spesialisthelsetjenesten i Norge. Det regionale helseforetaket støtter forskning med høy vitenskapelig nytteverdi, mens tildeling av innovasjonsmidler er rettet mot teknologisk innovasjon og mot nye arbeidsmåter. 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 satsningsområde og for utviklingen av helsetjenesten. Innovasjon er et virkemiddel for å sikre at forskningsresultater og idéer i helseforetakene blir videreutviklet til nye og bedre løsninger i pasientbehandlingen. Det har vært en betydelig økning i engasjementet for innovasjon de siste årene. Dette registreres blant annet ved at det har vært en markant økning i antall søknader om innovasjonsmidler til Helse Sør-Øst RHF, med 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 5: 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 man leverer tjenester på vil kreve større åpenhet og mer samarbeid med private og offentlige aktører.

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 tettere til strategiske satsningsområder i Helse Sør-Øst, blant annet bruke ressurser og kompetanse til å evaluere effekt av endringer i tjenesteorganisering og nye arbeidsformer
- Bidra til å styrke forskningssvake fagområder

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 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.

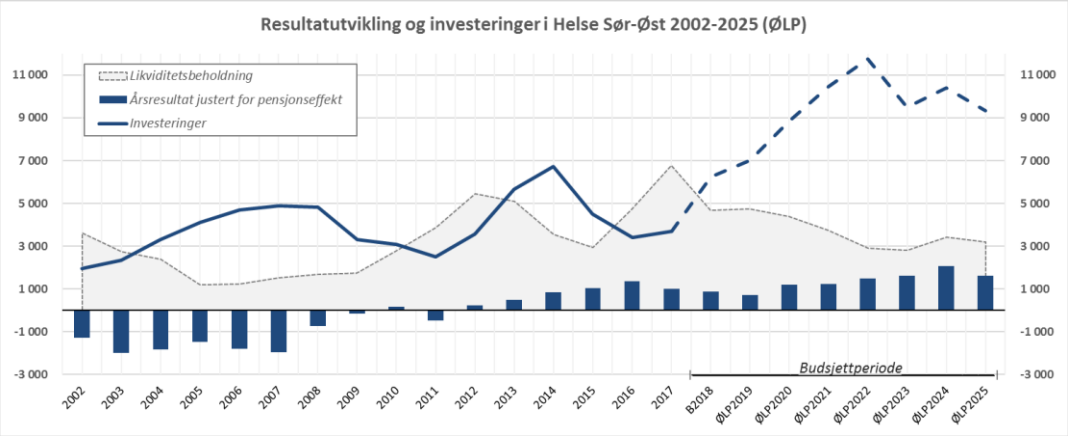
Den økonomiske utviklingen er under kontroll, men det er enkelte helseforetak som fortsatt ikke oppnår fastsatte mål. Samlet for helseforetaksgruppen har regnskapsresultatene de senere årene snudd fra underskudd til positive resultater. Årsaken er blant annet løpende effektivisering av driften. Helseforetakene opplyser at de har klart en årlig produktivitetsvekst på en til tre prosent.

Betydelig kostnadsvekst og investeringsbehov

De fleste helseforetakene beskriver i sine utviklingsplaner en betydelig kostnadsvekst innenfor legemidler og IKT-området. Denne utviklingen medfører krav til kostnadstilpasning.

Noen helseforetak har forholdsvis nye sykehusbygg, mens andre vurderer at de fortsatt har en eldre og til dels uhensiktsmessig bygningsmasse og -struktur. De fleste helseforetakene har store investeringsbehov innenfor medisinskteknisk utstyr og uløste IKT-utfordringer. Flere helseforetak omtaler utfordringer med å skape tilstrekkelig finansielt handlingsrom til å gjennomføre de investeringer som de anser som nødvendig. De aller fleste helseforetak omtaler at videre arbeid med produktivitetsutvikling blir avgjørende for å opprettholde og legge til rette for en bærekraftig økonomi.

Tabell 5: Økonomisk utvikling i Helse Sør-Øst 2002-2017- ØLP 2025.



Kilde: Årsregnskaper, budsjett 2018 og foreløpig økonomisk langtidsplan 2019-2022 Helse Sør-Øst.

Det legges ikke til grunn en vesentlig vekst i inntektsforutsetningene for spesialisthelsetjenesten utover det som skyldes inflasjon og vekst i befolkningen. Samtidig øker både forventninger 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 knyttet til 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 medisinskteknisk 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 en gjennomgående forståelse av hvordan systematisk arbeid med virksomhetsstyring og intern kontroll kan forbedre og styrke virksomheten, samt bidra til bedre måloppnåelse og mer effektiv ressursbruk
- Styrke ledelse, riktig kompetanse og effektivisering av økonomiprosesser gjennom felles verktøy og god ressursstyring
- Gjøre gode analyser av driftsøkonomiske konsekvenser ved investeringsprosjekter og sørge for at gevinster som følge av store investeringsprosjekter realiseres etter plan
- Redusere den økonomiske risikoen ved å sørge for at det oppnås bedre resultater i forkant av at investeringsprosjekter ferdigstilles enn hva som har vært tidligere praksis

2.16 Teknologi og utstyr

Sykehuspartner HF er felles 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 medisinskteknisk utstyr har fra 2002 økt fra rundt 500 millioner kroner til et årlig nivå ved slutten av økonomiplanperioden (2021) på om lag en milliard 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. Strategien beskriver satsninger innen tre hovedområder:

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

Graden av standardisering er svært ulik, spesielt på klinisk side, for de forskjellige løsningene i regionen. Sørlandet sykehus HF og flere andre foretak opplever at mangel på IKT-løsninger og rigide og foreldede systemer i økende grad hindrer effektiv drift og god kommunikasjon internt og eksternt. I tillegg er forskriftsmessig dokumentasjon av aktiviteten på enkelte områder vanskelig på grunn av manglende og mangelfulle IKT-løsninger.

Flere foretak som for eksempel Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF har i dag ulikt oppsett innenfor IKT ved de forskjellige geografiske lokasjoner. Dette skaper uforutsette utfordringer for både helseforetaket og Sykehuspartner HF. En viktig forutsetning for standardisering og fornying av IKT-løsninger er en felles modernisert infrastruktur. Sykehuspartners arbeid med dette ble av forskjellige årsaker stilt i bero i 2017. Dette påvirker fremdriften i prosjekter innenfor digital fornying, som for eksempel innføring av regional ERP-løsning ved Oslo universitetssykehus HF.

Samtlige helseforetak deltar i arbeidet med nye løsninger i regionen. Når det gjelder de kliniske løsningene sluttføres arbeidet med standardisering av elektronisk pasientjournal og forprosjekt for konsolideringen av løsningene fullføres. Løsning for medikamentell kreftbehandling innføres ved alle helseforetak i regionen.

Regional kurve- og medikasjonsløsning videreutvikles og oppdatert versjon implementeres ved Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset Østfold HF. Videre skal løsningen innføres ved alle helseforetak i regionen. B

Arbeidet med innføring av felles patologiløsning som en del av regionalt laboratoriedatasystem pågår. Videre skal Oslo universitetssykehus anskaffe en radiologiløsning med tilhørende multimedialøsning for helseforetaket med opsjon for øvrige foretak i regionen.

Innenfor samhandling implementeres interaktiv henvisning og rekvirering i kommunehelsetjenesten. Videre implementeres løsning for laboratoriesvar mellom helseforetak og nye aktiviteter innenfor digitale innbyggertjenester startes opp.

Det er også igangsatt arbeid med etablering av systemstøtte for klinisk logistikk med selvinnsjekk, tavleløsninger, oppgavehåndtering mellom ulike yrkesgrupper i klinikken inkludert portører og renhold osv. Dette vil supplere funksjonsområdene til løsningene som allerede er under etablering under regional klinisk løsning. Pilotering av nye samarbeidsløsninger med Oslo kommune er også satt igang.

I sammenheng med realiseringen av nytt sykehus på Kalnes har Sykehuset i 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 figuren nedenfor.

Figur 6: Stegvis innføring av regionale løsninger.

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

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.

Boks 16 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Understøtte den nasjonale utviklingen ved å realisere regionale IKT-løsninger som bidrar til god kvalitet, pasientsikkerhet og som ivaretar personvernet
- Bidra til at IKT-løsningene understøtter de lovpålagte oppgavene og bidrar til god og effektiv styring, administrasjon og drift av sykehusene
- Satse på en modernisert infrastruktur som grunnlag for en regionalisering av kjernesystemene og behovet for å understøtte nye måter å arbeide på med lettvekts-IKT og innovasjon
- Sørge for at pasienter og ansatte har tilgjengelig informasjon der de trenger den, når de trenger den
- Satse mer på lettvekts- IKT og mobile løsninger:
  - Hjemmesykehus / avstandsoppfølging
  - Brukerstyrte poliklinikker
- Bidra teknologisk til samarbeid på tvers av omsorgsnivåer
- Aktivt bruke nye byggeprosjekter for å utvikle regional løsningsportefølje
- Ta initiativ til at e-konsultasjoner kommer i bruk
- Legge til rette for at sensorteknologi tas i bruk

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 til forvaltning, drift og vedlikehold, inklusiv energikostnader
- Årlige investeringsbudsjetter knyttet 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 30 milliarder i nye bygg i planperioden
- Det enkelte helseforetak 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 prosjekteierskap til større prosjekter fra og med konseptfasen. Dette forutsettes videreført og utviklet.

Tilstandsvurdering og vedlikehold

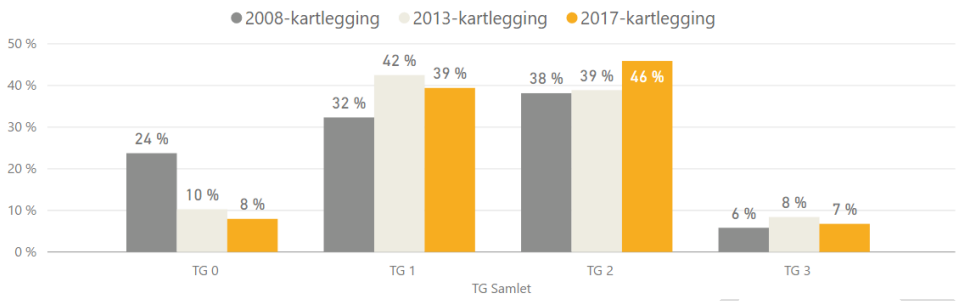
Helseforetakene registrerer tilstand på alle eide bygg. Tilstandsgradene (TG) defineres slik:

- 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 totalrenovering. 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 figuren nedenfor.

Figur 7: 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/kvadratmeter. 2017-kartleggingen 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 ansatte – og sykehusenes virksomhet.

Boks 17. Helse Sør-Øst RHF vil:

- Ha sykehusbygg som er funksjonelle og utvikles i tråd med endrede behov i pasientbehandlingen
- Ha sykehusbygg som understøtter pasientsikkerhet og ansattes arbeidsmiljø, samt har universell utforming
- Ha tydelige mål for miljø- og klimaarbeidet innen eiendomsforvaltningen
- Bekjempe arbeidskriminalitet og sosial dumping, samt stille krav til etisk handel
- Effektivisere eiendomsvirksomheten kontinuerlig og optimalisere arealbruken
- Drive tilstandsbasert vedlikehold i henhold til tilstandsklassifisering
- Legge til rette for bruk av bygningsinformasjonsmodellering (BIM) i alle faser av byggets levetid
- Effektivisere prosjekterings- og byggeprosesser ved økt standardisering og industrialisering

2.18 Opptaksområder og oppgavedeling for sykehusene i Oslo-regionen

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at befolkningsveksten de nærmeste årene i Oslo og Akershus sykehusområder kan møtes ved følgende tiltak:

- Optimalisering av drift ved sykehusene
- Utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Endringer i oppgavedeling i Oslo sykehusområde
- Overføring av spesialisert behandling til andre helseforetak i regionen (desentralisering, for eksempel innen kreftbehandling)

I denne utgaven av utviklingsplanen er det spesielt beskrevet hvilke føringer som gjelder for videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF, status og endringer i opptaksområder, samt videre arbeid med oppgavedeling mellom sykehusene i Oslo.

Videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF

Styret i Helse Sør-Øst RHF besluttet 16 juni 2016 (sak 053-2016) følgende fremtidige målbilde for Oslo universitetssykehus HF:

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

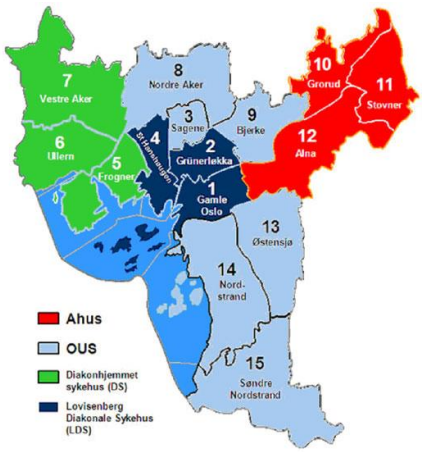
Styret i Helse Sør-Øst RHF har besluttet at dette målbildet legges til grunn for den videre utviklingen av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF. Målbildet ble stadfestet av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF den 24. juni 2016.

Gjeldende føringer for opptaksområder for sykehusene i Oslo-regionen

I arbeidet med regional utviklingsplan er dagens inndeling og besluttede endringer i opptaksområder lagt til grunn..

Figuren nedenfor viser hvordan befolkningen og bydelene i Oslo er fordelt mellom Oslo-sykehusene og Akershus universitetssykehus HF per 2018.

Figur 8: Befolkning i Oslo 2018



Kilde: Statistikkbanken, Oslo kommune

Bydel	Innbyggere[1]	Areal i km²	Bydelsnummer	DPS
Alna	49 427	13,7	12	Grorud DPS
Bjerke	30 072	7,7	9	DPS Nydalen
Frogner	58 293	8,3	5	VOP avd. Vinderen
Gamle Oslo	54 613	7,5	1	Lovisenberg DPS
Grorud	27 405	8,2	10	Grorud DPS
Grünerløkka	58 881	4,8	2	Lovisenberg DPS
Nordre Aker	51 598	13,6	8	DPS Nydalen
Nordstrand	51 294	16,9	14	DPS Søndre Oslo
Sagene	43 067	3,1	3	DPS Nydalen
St. Hanshaugen	39 094	3,6	4	Lovisenberg DPS
Stovner	32 751	8,2	11	Grorud DPS
Søndre Nordstrand	38 965	18,4	15	DPS Søndre Oslo
Ullern	33 354	9,4	6	VOP avd. Vinderen
Vestre Aker	49 414	16,6	7	VOP avd. Vinderen
Østensjø	50 163	12,2	13	DPS Søndre Oslo

Akershus universitetssykehus HF	109 583
Oslo universitetssykehus HF	265 159
Diakonhjemmet sykehus HF	141 061
Lovisenberg Diakonale Sykehus	152 588

Listen angir bydel, folketall (per 1. januar 2018), areal og bydelsnummer for de enkelte bydelene.
Oslo hadde 670 391 innbyggere per denne datoen

Oslo sykehusområde

- Spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i bydel Alna tilbakeføres fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo universitetssykehus HF. Tidspunktet for tilbakeføring av ansvaret for somatiske tjenester for Alna bydel vil tilpasses kapasitetssituasjonen og avlastningsbehovet ved Akershus universitetssykehus HF. Beslutning om tidspunkt er ikke tatt.
- Tilbakeføring av bydelene Grorud og Stovner vil ligge lenger frem i tid og er knyttet til realisering av neste fase i utviklingen av Aker sykehus. Ansvaret for psykisk helsevern og TSB for Alna, Grorud og Stovner tilbakeføres til Oslo universitetssykehus samlet.
- 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 at Oslo universitetssykehus HF skal gjøres i stand til å avlaste Akershus universitetssykehus HF gjennom en tilbakeføring av bydelene i Groruddalen.
- Det planlegges ikke endringer i opptaksområdene til Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Akershus sykehusområde

- Spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune overføres i 2018 fra Akershus universitetssykehus HF til Sykehuset Østfold HF. Psykisk helsevern og TSB, samt elektiv somatisk virksomhet overføres i mai, mens øyeblikkelig hjelp innen somatikk overføres i september.

- Kongsvinger sykehus med opptaksområde overføres fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF i februar 2019.

Ved fordeling av bydeler mellom sykehusene i Oslo er det lagt vekt på at forbindelsene mellom psykisk helse, tverrfaglig spesialisert rusbehandling 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. Ved en etappevis tilbakeføring av bydelene i Groruddalen til Oslo universitetssykehus HF, er det likevel lagt vekt på å opprettholde et godt, felles tjenestetilbud innen psykisk helsevern og TSB. Dette innebærer at i perioden fra Alna bydel tilbakeføres til Oslo universitetssykehus HF og frem til alle tre bydeler i Groruddalen er tilbakeført, vil det være et brudd i forbindelsene mellom psykisk helsevern og somatikk. Etter at tilbakeføringen er gjennomført vil helseforetakene/sykehusene ha følgende opptaksområder:

Diakonhjemmet Sykehus
Diakonhjemmet Sykehus vil betjene bydelene Frogner, Vestre Aker og Ullern. Bydelene hører til og beholder Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen som DPS.

Lovisenberg Diakonale Sykehus
Lovisenberg Diakonale Sykehus vil betjene bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen. Bydelene hører til og beholder Lovisenberg DPS.

Oslo universitetssykehus HF
Som planforutsetning for den videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF er det lagt til grunn at regionale sykehusfunksjoner og lokalsykehusfunksjoner for tre bydeler lokaliseres på Gaustad. Dette vil gjelde bydelene Bjerke, Nordre Aker og Sagene, som beholder DPS Nydalen.

Befolkningen i Sagene bydel får i dag sitt somatiske spesialisthelsetjenestetilbud fra både Oslo universitetssykehus HF og Lovisenberg Diakonale Sykehus, mens psykisk helsevern og TSB dekkes av Oslo universitetssykehus. Bydelen sogner til Oslo universitetssykehus HF og dette opprettholdes. Som angitt over hører bydelen til og beholder DPS Nydalen.

Aker sykehus planlegges med lokalsykehusfunksjoner for følgende bydeler i Oslo; Nordstrand, Søndre Nordstrand og Østensjø. I tillegg skal bydel Alna overføres fra Akershus universitetssykehus HF. Det samme gjelder bydelene Grorud og Stovner. Bydelene Nordstrand, Søndre Nordstrand og Østensjø hører til og beholder Mortensrud DPS, mens bydelene Alna, Grorud og Stovner hører til og beholder DPS Groruddalen.

Arbeidet med oppgavedeling i Oslo sykehusområde
Styret i Helse Sør-Øst RHF besluttet 15. juni 2017 (sak 072-2017) å arbeide videre med endringer i oppgavedeling mellom sykehusene i Oslo sykehusområde innen medikamentell kreftbehandling, hemodialyse og primære og sekundære hud-, bløtdels- og beninfeksjoner. Helse Sør-Øst RHF vil etablere et regionalt prosjekt for gjennomføring av oppgavedelingen.

Videre er Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus bedt om i fellesskap å beskrive hvordan sykehusene kan utvikles ytterligere som lokalsykehus. Sykehusene 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.

Boks 18 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Arbeide videre med oppgavedeling i Oslo sykehusområde gjennom å:
  - Etablere et regionalt prosjekt med involvering av aktuelle sykehus, helseforetak og Oslo kommune, hvor oppmerksomheten spesielt rettes mot gjennomføring av tidligere besluttet oppgavedeling
  - Utrede og gjennomføre oppgaveendringer innen flere områder, blant annet med utgangspunkt i forslag i rapport fra Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus av april 2018
- Realisere Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus med protonsenter på Radiumhospitalet
- Sikre tilstrekkelig kapasitet i Akershus sykehusområde ved blant annet å tilbakeføre bydelene i Groruddalen etappevis til Oslo sykehusområde

Utka

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. Flere av målene er relevante og forpliktende for spesialisthelsetjenesten og må legges til grunn i arbeidet med utvikling av fremtidens helsetjenester både nasjonalt, regionalt og lokalt.

Figur 9: FNs bærekraftsmål.

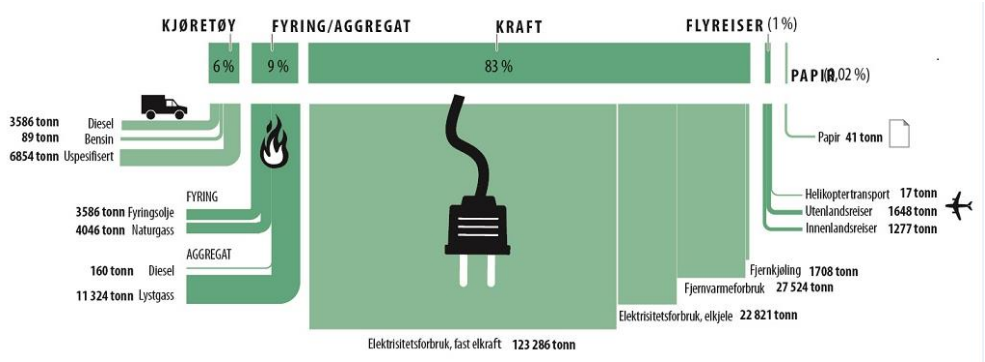
Kilde: Utenriksdepartementet

Klima og miljø

Helse Sør-Øst har siden 2010 laget egne rapporter om miljø og samfunnsansvar. Det regionale helseforetaket har utviklet et elektronisk rapporteringssystem for indikatorene som gjelder ytre miljø. Sammenlignbare miljødata over år er viktig i videre utvikling av miljøarbeidet.

Alle helseforetakene i regionen, med unntak av Oslo universitetssykehus HF, er sertifisert etter ISO-miljøstandard 14001.

Figur 10: Klimaregnskapet for Helse Sør-Øst



Driften av sykehusene står for cirka 90 prosent av helseforetaksgruppens klimautslipp. Det er innen dette området regionen har det største potensialet for redusert klimautslipp. Klimagassregnskapet viser at Helse Sør-Øst til sammen slipper ut klimagasser tilsvarende 210 320

tonn CO_2. Oppvarming og kjøling er det viktigste miljøaspektet for helseforetakene. Mye av energibruken er knyttet til vann. Helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst bruker cirka 2,2 millioner kubikkmeter vann årlig. Et redusert vannforbruk kan gi både økonomiske gevinster for helseforetakene og miljøgevinster for samfunnet

Helse Sør-Øst RHF krever at leverandører sikrer miljøriktig innsamling og gjenvinning av brukt emballasje. Helse Sør-Øst RHF har som mål å redusere miljøbelastningen fra helseforetakenes drift. Det målet inkluderer å redusere indirekte utslipp fra varer og tjenester som kjøpes inn. For å sikre relevante krav overfor leverandørene om å utvikle mer miljøvennlige produkter, må det være nær kontakt med leverandørmarkedet. Lystgass er en meget potent klimagass – og står for cirka fem prosent av foretaksgruppens klimautslipp. Helseforetakene samarbeider om å fase ut eller redusere helse- og miljøskadelige stoffer som ansatte og pasienter kommer i kontakt med.

Samfunnsutvikling

I retningslinjer for Helse Sør-Øst forutsettes det at man skal være førende med å sette etiske krav og miljøkrav i anskaffelser. Foretaksgruppen handler for om lag 24 milliarder kroner i året. Det regionale helseforetaket er medlem av organisasjonen Initiativ for etisk handel. Helse Sør-Øst RHF har forpliktet seg til å følge denne organisasjonens «Code of Conduct» og arbeide for en forbedring av arbeids- og menneskerettigheter og miljø i produksjonen av varer og tjenester som benyttes.

Helse Sør-Øst RHF har etablert et antikorrupsjonsprogram som alle helseforetakene i regionen deltar i. Målet med programmet er:

- Forebygge korrupsjon og misligheter i foretaket
- Øke muligheten for å avdekke misligheter
- Øke beredskapen for å håndtere eventuelle mislighets- og korrupsjonssaker

Samfunnsansvar inkluderer også sykehusenes ansvar som store arbeidsgivere. Ofte er sykehusene den dominerende kompetansebedriften i et område og har dermed betydning for sysselsetting i tillegg til utvikling av kompetansebasert næringsliv. Lokalisering av nye sykehus griper alltid dypt inn i lokale og regional forhold. I dag er prosessen slik at lokalisering foreslås av lokalt og regionalt helseforetak. I tillegg til medisinsk rasjonale for plassering er det mange andre viktige hensyn å ta med i betraktning slik at det er rimelig å utrede om lokalisering bør håndteres gjennom bredere prosesser. Lokal og regional utvikling i bosetning og næringsliv, hensyn til transport og miljø er definitivt forhold som ligger utenfor de rent medisinske vurderingene.

Boks 19 Helse Sør-Øst vil

- Lede an nasjonalt i arbeidet med å dokumentere spesialisthelsetjenestens miljøpåvirkning
- Legge til rette for at sykehusbygg og drift av sykehusene bidrar til at miljøbelastningen fra helseforetakenes drift reduseres
- Engasjere seg i arbeidet for å finne mindre klimabelastende alternativer til lystgass og bedre oppsamling av gassen etter bruk
- Legge forholdene til rette for redusert transportbehov, økt kollektivtransport og at ansatte, pasienter og besøkende kan benytte ikke fossile biler. Engasjere seg i utvikling av ambulanser som ikke bruker fossilt brennstoff
- Bidra til at lokalisering av nye enheter i spesialisthelsetjenestene håndteres gjennom brede prosesser
- Arbeide for forbedring av arbeids- og menneskerettigheter og miljø i produksjonen av varer og tjenester som benyttes

3.2 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 psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn for somatikk, målt på regionnivå.

Helse Sør-Øst «Plan for strategisk utvikling 2013-2020» fastsetter foretaksgruppens visjon og verdier. Vår visjon er:

> *«Gode og likeverdige helsetjenester til alle som*
> *trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder,*
> *bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi»*

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

- *Åpenhet og involvering - i måten vi arbeider på, i våre prosesser*
- *Respekt og forutsigbarhet - i måten vi møter hverandre på*
- *Kvalitet og kunnskap - er virksomhet basert på og skal beslutninger være bygget på*

Flere andre sentrale regionale strategier og planer er førende for utviklingsarbeidet i regionen. Spesielt nevnes at arbeidet for pasientens helsetjeneste baseres blant annet på føringer gitt 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), som peker på tre hovedsatsingsområder:

- Styrket pasientrolle
- Kvalitetsorientert ledelse
- Reduksjon av uønsket variasjon

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. Det vises til andre plandokumenter for bredere omtale, for eksempel *Perspektivmeldingen 2017* og *Helse-Norge 2040 – Hvordan vil framtiden bli?*

De økonomiske rammene for spesialisthelsetjenesten er sentrale premisser for all tjenesteutvikling og for behandlingstilbudet. Hvis bevilgningene forblir uendret og man vil opprettholde kvalitet og behandlingstilbud, forutsetter det at man finner andre og nye arbeidsmåter.

Demografi – vi blir flere eldre og færre yngre

Foto: Akershus universitetssykehus HF

Utviklingen går i retning av flere eldre. Flere eldre betyr større behov for helse- og omsorgstjenester. Den andre siden av problemstillingen er at det blir for få yngre. Antall fødte barn per kvinne 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. Flere eldre betyr også flere pasienter med kroniske og sammensatte sykdomsbilder.

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 man i større grad spørre hvordan disse sykehusene understøtter og avlaster fastlegene og pleie- og omsorgstjenestene.

Tabell 6: Befolkningsutvikling per sykehusområde i Helse Sør-Øst.

	Befolkningsendring 2016 - 2035			
Befolkning - SSB	**2016**	**2035**	**Endring**	
Akershus	530 132	687 588	157 456	30 %
Innlandet	357 539	370 071	12 533	4 %
Oslo	555 588	686 760	131 172	24 %
Sørlandet	300 325	361 525	61 201	20 %
Telemark	172 909	188 412	15 504	9 %
Vestfold	230 187	267 427	37 240	16 %
Vestre Viken	485 196	572 585	87 389	18 %
Østfold	307 633	363 874	56 241	18 %
Sum	**2 939 508**	**3 498 242**	**558 735**	**19 %**

SSB MMMM
Vestby er lagt inn i opptaksområdet Østfold
Kongsvinger, Nord Odal, Sør Odal, Grue og Eidskog er lagt til Akershus

Kilde: Statistisk sentralbyrå

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 man 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 voldsom økning i 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. Uten slik 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. 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 landegrenser, 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 man innen dette feltet var tidlig ute og tok IKT i bruk lenge før man forstod betydningen av standardisering og kommunikasjon mellom systemer. Det har ført til at over 3000 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 tilpasningsdyktige 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 pasientsentere

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 regionssykehuset og til andre helseforetak i regionen.

Alle må tenke forebygging

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

Bemanningsplanlegging

Med uendrede arbeidsformer vil man trenge om lag 40 000 flere ansatte i spesialisthelsetjenesten og 70 000 flere i kommunal helse-og omsorgssektor i 2040. Det er ikke lett å rekruttere, og det er ikke lett å tenke at det er 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 de ressurser og den kompetansen helseforetakene rår over. Samtidig må det arbeides for endrede former å levere 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 Opinion[2] 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.

ukast

[2] Norsk analysebyrå

5 Analyse og veivalg

Hvor godt forstår vi dagens situasjon og 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 m.fl. 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» turnoverrate. Det er imidlertid viktig at foretakene arbeider kontinuerlig med tiltak som sikrer god rekruttering og bibehold av nødvendig kompetanse.

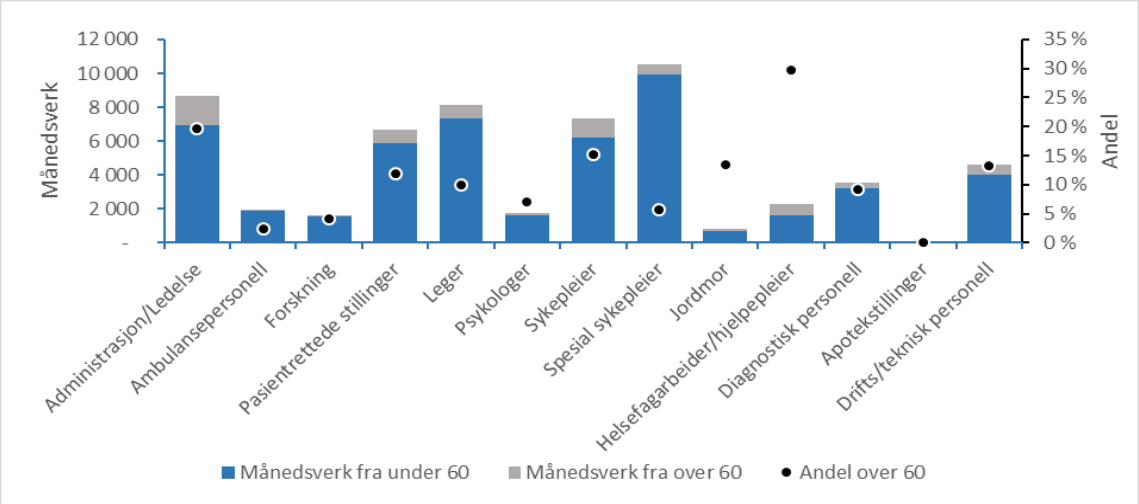
I ulike framskrivninger av behov for helsepersonell blir det vist at tilgangen på helsepersonell vil bli en utfordring i de kommende årene. Deler av utfordringen er illustrert i figuren nedenfor som viser alderssammensetningen innen de ulike yrkesgruppene. Utviklingen av andel arbeidstakere over 60 år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

Av diagrammet i figur 11 kan man 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 (cirka 5 prosent mot cirka 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 (gjenomsnittlig 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 man klarer å kombinere planmessig nyrekruttering med organisatoriske og andre tiltak som erstatter personellinnsats, vil det kunne oppstå et bemanningsgap i utsatte grupper.

Figur 11: Alderssammensetning i foretaksgruppen i 2018.



Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Bemannings- og kompetanseplanlegging

Som beskrevet i kapitel fire, vil behovet for kompetanse 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 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.

Samtidig gir bemanningsmodellen hjelp til å visualisere hvordan bemannings- og kompetansebehovene fremover kan påvirkes av å arbeide med ulike typer tiltak, som for eksempel:

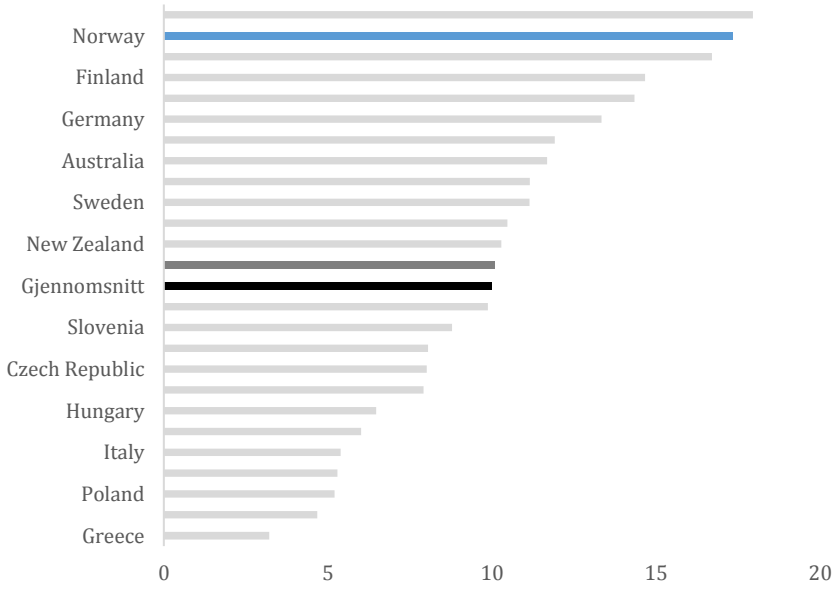
- God sammenheng mellom aktivitets- og bemanningsplanlegging
- Arbeide for en heltidskultur med økte stillingsstørrelser
- Aktivt nærværarbeid, trivsel på jobb og reduksjon i sykefravær
- Endinger i arbeidsprosesser – oppgavedeling og ny teknologi
- Innføring av nye yrkesgrupper med ny kompetanse

Bruker vi kompetansen riktig?

Norge er et av landene i verden som har flest helsearbeidere per innbygger. Det gjelder både leger og sykepleiere. 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 12.

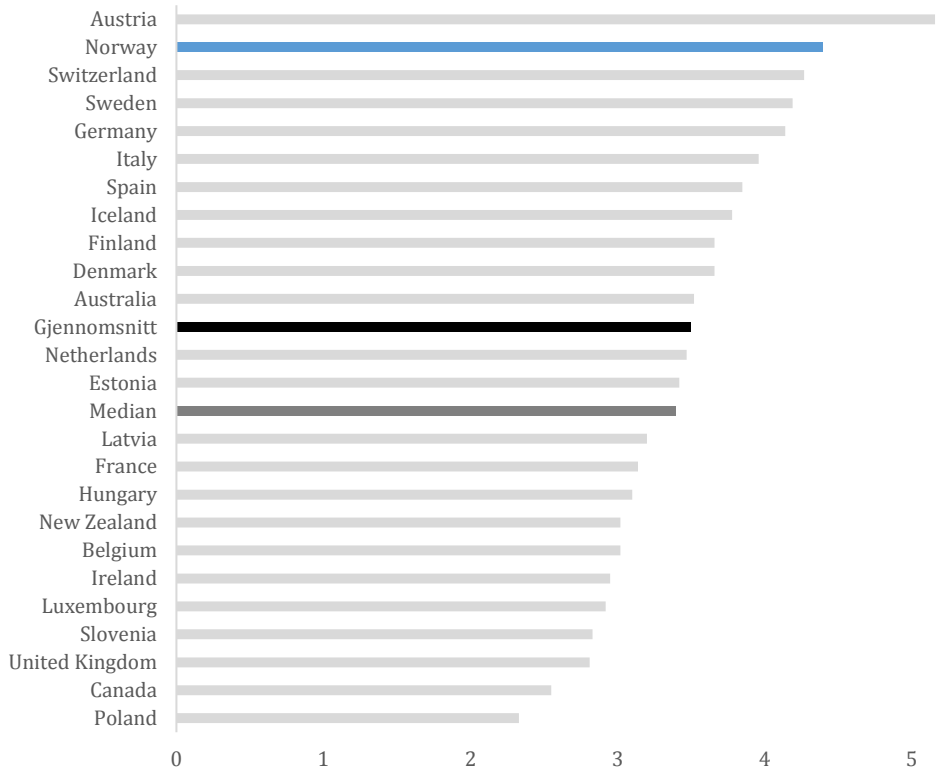
Figur 12: Sykepleiere per 1 000 innbygger.



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

Norge har 4,4 leger per 1 000 innbyggere, noe som er over gjennomsnitt på 3,5 av utvalget vist i figur 13.

Figur 13: Leger per 1 000 innbyggere.



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

Det er enkelte utfordringer knyttet til internasjonal sammenligning[3] , men oversikten er likevel et viktig utgangspunkt for diskusjon om hvordan man skal håndterer det store behovet for helsepersonell i årene fremover.

Hvor godt forstår vi dagens aktivitet og kapasitet?

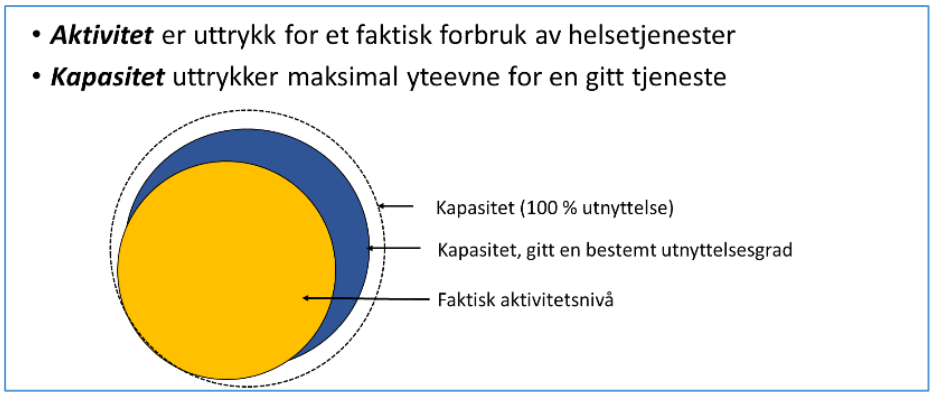
Det er ikke enkelt å fastslå om dagens og morgendagens spesialisthelsetjeneste er riktig dimensjonert – har riktig kapasitet. Det finnes ingen entydig definisjon. Ser man på dagens faktiske forbruk av helsetjenester, vil store svingninger i innleggelser og utskrivninger av og til føre til at det er for dårlig plass på sykehusene. Skulle sykehusene bygges for å ha riktig kapasitet til disse toppene, ville man ha for stor kapasitet mesteparten av tiden. I prinsippet kunne man 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 man vurderer det som viktigere for pasienten å møte rett fagkompetanse enn å ha eget rom.

Det finnes også andre måter å sikre riktig kapasitet. De fleste sykehus 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 14.

[3] https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en#page159

Figur 14: Sammenhengen mellom aktivitet og kapasitet.



Utviklingen fremover for aktivitet og kapasitet?

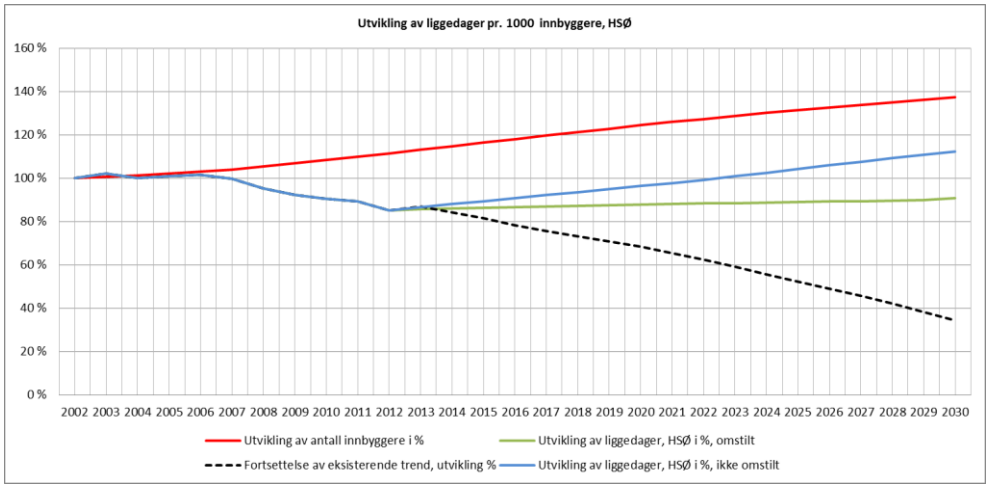
Når man planlegger kapasitet fremover blir det enda vanskeligere. Den kapasiteten vi trenger i 2035 avhenger av hvilke endringer vi bestemmer oss for å gjøre og i hvilken grad vi klarer å gjennomføre dem.

Fra starten av sykehusreformen har det vist seg vanskelig å gjøre gode fremskrivninger 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.»

Figuren nedenfor viser liggedagsutviklingen fra 2002 til 2012, med illustrasjon av ulike alternativer for videre prognose mot 2030, sett i forhold til befolkningsutviklingen.

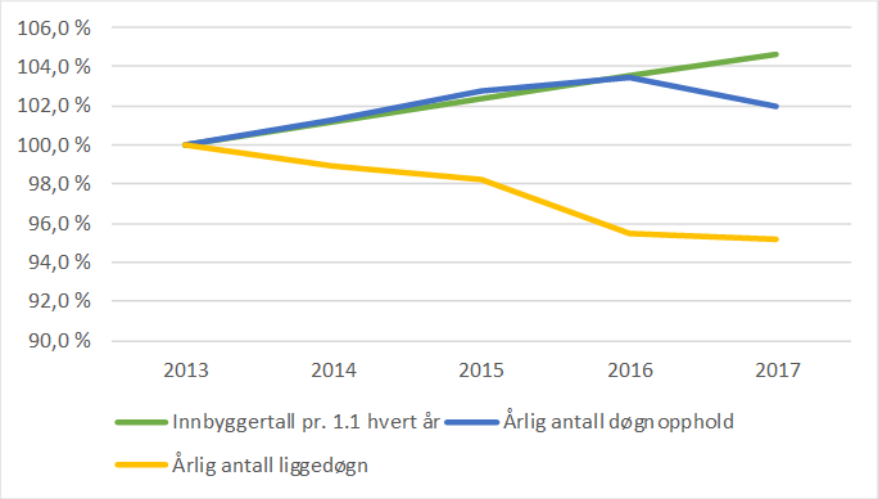
Figur 15: Liggedagsutvikling fra 2002 til 2012 og prognoser for fremtidig utvikling.



Kilde: SINTEF hovedrapport 2014 http://www.sintef.no/publikasjon/Download/?pubid=SINTEF+A26151

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

Figur 16: Relativ utvikling innbyggertall/døgnopphold/liggedager i Helse Sør-Øst 2013-2017.*



Kilde: Helse Sør-Øst RHF. 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 antall reinnleggelser med ca. 8,8 prosent og andel fra 10,1 prosent til 10,9 prosent for døgnopphold i Helse Sør-Øst. Andelen reinnleggelser innen kirurgiske DRG-er er vesentlig lavere enn for medisinske DRG-er, og pasienter med høy alder har en høyere andel reinnleggelser. Når man ser på forskjellene mellom helseforetakene er det nødvendig å justere for en del forhold for å kunne gjøre sammenligninger.

Den videre utviklingen er usikker, fordi mange faktorer påvirker resultatet med ulik kraft og retning. Noe av det samme gjelder for den polikliniske aktiviteten. Men det forhold at mer og mer kan løses uten døgn- og dagopphold fører til at prognosen om behov for fortsatt økning i poliklinisk aktivitet ligger fast. Innen dette området er det økningsgraden som er usikker, fordi mange regner med at økt egenmestring blant pasienter, koblet med den teknologiske utviklingen, i noen grad vil redusere det store behovet for aktivitetsøkning.

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 etterspørselspress. 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 man 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.

Oppsummert

- 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
- Nytten av det som gjøres i spesialisthelsetjenesten og måten det gjøres på i dag må kritisk vurderes
- Uten endringer vil man 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. *Vi foreslår ikke endringer for å spare penger*
   Satsningsområdene som beskrives har alle egenverdi for pasienter og ansatte i tillegg til at de bidrar til bærekraft.

3. *Vi må gå fra sporadisk til systematiskinnsats*
   Utfordringen i norsk spesialisthelsetjeneste er ikke mangel på tilgjengelig teknologi eller 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.

Boks 20 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Legge disse målene til grunn for videre utvikling av spesialisthelsetjenesten:
  - Kvalitet i pasientbehandlingen
  - Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialisert helsetjeneste
  - Godt arbeidsmiljø for ansatte og mer tid til pasientbehandling
  - Helsetjenester som er bærekraftige for samfunnet

Utkast

6 Satsningsområder og aktuelle tiltak

Boks 21 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Med bakgrunn i helseforetakenes utviklingsplaner, overordnede føringer og vurderingene i denne planen vil Helse Sør-Øst RHF foreslå fire strategiske satsningsområder for foretaksgruppen, med særlig vekt på gjennomføring i første og andre fireårsperiode:
    1. *Bedre bruk av teknologi og nye arbeidsformer – mer brukerstyring*
    2. *Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester*
    3. *Redusere uønsket variasjon – samvalg knyttes til uønsket variasjon*
    4. *Ta tiden tilbake – mer tid til pasientrettet arbeid*

Satsningsområdene er beskrevet og vurdert nærmere i det følgende. Dessuten er effekten av to av tiltakene framskrevet. Det betyr ikke at det er de eneste tiltakene som skal og kan gjennomføres. De er valgt fordi de basert på internasjonal erfaring som viser at tiltakene er gjennomførbare og har stor effekt.

Samtidig vet man at et godt gjennomført endringsprosjekt også trekker med seg andre endringer. Det er heller ikke slik at generell effektivisering stopper opp selv om man innfører for eksempel brukerstyrt poliklinikk.

Arbeidet med å forstå og utvikle framskrivingsmodellen vil fortsette. Det skal suppleres av en gjennomføringsplan med konkrete milepæler. I løpet av første fireårs-periode med piloter og gjennomføring kan effekten av tiltakene vurderes nærmere.

6.1 Bedre bruk av teknologi og nye arbeidsformer

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, medisinering mm. Ved å legge til rette for pasient- og brukermedvirkning gjennom digital kanaler vil man i større grad kunne gjøre pasienten til en aktiv medspiller i behandlingsforløpet og på den måten overføre oppgaver fra helsetjenesten til pasientene selv. Med oppgaver følger også mulighet for økt mestring og bedre tilgang.

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 sitt behov for spesialisthelsetjeneste.

En slik utvikling vil kunne endre logistikk, forbruksmønster og tjenesteutvikling vesentlig framover og er en ønsket utvikling i Helse Sør-Øst. Helseforetakenes utviklingsplaner gjenspeiler at de er meget oppmerksomme på en slik utvikling. For å understøtte den må det utvikles og tas i bruk ny teknologi og nye arbeidsformer.

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 frammøte, via e-konsultasjon eller over telefonen. Denne typen oppfølging har størst praktisk betydning for pasienter 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 og dette kan sammenholdes med andre data 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 egenrapporte 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 man benyttet brukerstyrte poliklinikker lenger og mer systematisk enn man har i Norge. Etter pilotering i 2011 har arbeidsformen blitt evaluert og effekten av tiltakene er fastslått.

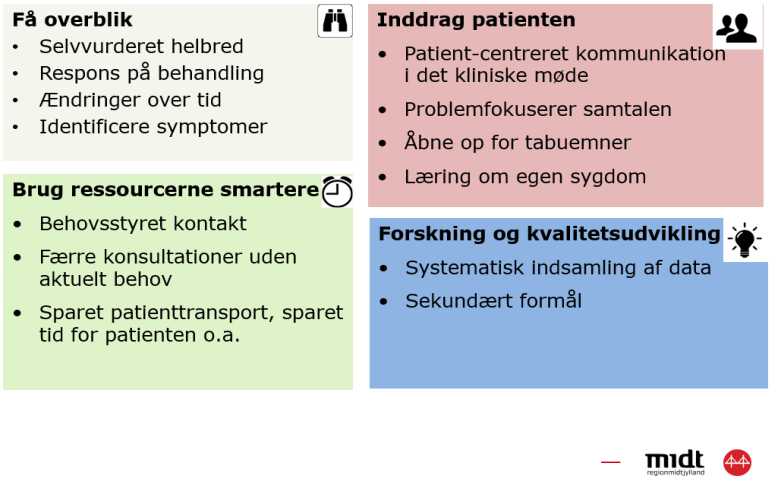
Basert på dansk erfaring med brukerstyrte poliklinikker er det mulig å oppnå minst 25 prosent reduksjon i antall sykehusbesøk for pasienter med kroniske sykdommer innenfor de forløp som implementeres nasjonalt, samtidig som kvalitet og pasientopplevelse bedres. Innføring av slike tiltak blir dermed ikke test på om tiltaket virker, men på vår evne til gjennomføring.

Ambuflex er et system for avstandsoppfølging av kronikere. Det startet som pilot i 2011 med oppfølging av pasienter med epilepsi i Region Midt-Jylland. Senere har det blitt 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 man har oppnådd reduksjon i antall sykehusbesøk har man 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 har hittil blitt 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 17: Bruk av pasientrapporte data i klinisk praksis.



Kilde: Region Midt-Jylland.

Ordningen har blitt 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 man 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 selvrapportering vil kunne benyttes til langt flere formål en oppfølging av kronisk syke pasienter. Det eksisterer en lang rekke tester og funksjonsmålinger som vil kunne distribueres til 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 hofteskiftkirurgi. Gjennom en elektronisk kartlegging vil man kunne avdekke om pasienten 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 kognitiv atferdsterapi. Behandlingen er formidlet gjennom internett på pc eller en applikasjon på telefon o.l. 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. Oppfølgningen er mindre ressurskrevende og kan dermed nå ut til flere pasienter. I Norge har blant annet Helse Vest 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 400 kilometer unna i småsykehus. Det viser at den teknologien man 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 overvåkingssentral. Videokommunikasjon tillater at spesialistene deltar i behandlingen av pasientene når man via nettverket eller i det lokale sykehuset oppfatter at pasienten blir dårligere. I tillegg til å støtte overvåkingsavdelingene i de små sykehusene kan personale i det nettverksbaserte sykehuset utføre hjerneslagsdiagnostikk, gi generell beslutningsstøtte og foreta hjemmemonitorering av pasienter.

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

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 for blant annet å gjennomføre 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 kommer inn i spesialisthelsetjenesten gjennom. 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 og er særlig egnet der det er behov for visuell kommunikasjon. Norge er i verdenstopp innen ibruktagelse av ny teknolog og kan ha større potensial for å utvikle denne arbeidsformen enn andre land.

Teknologi skal innen flere områder effektivisere og gjøre tilgjengelig behandling innen psykisk helsevern og TSB. E-mestring er en form for internettbasert kognitiv atferdsterapi primært for depresjon og angst med mulighet for videreutvikling. Dette er en behandlingsform med effektivitetspotensiale til å nå ut til flere og på et tidligere tidspunkt.

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:

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

Foto: United4Health

Med et begrenset antall sensorer kan man sette sammen «pakker» for å følge de fleste aktuelle pasientgrupper. Dette er svært velegnet i forbindelse med tidlig utskriving 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 hjemmeblodprøver hos pasienter som følges i forbindelse med cellegiftbehandling.

Hjemmesykehus

I dag driver barneavdelingene på Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF hjemmesykehus. Arbeidsmåten har åpenbart potensiale også for andre pasientgrupper. 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:

- Personsøkere er erstattet med rollebaserte smarttelefoner som forenkler kommunikasjon og tilgjengelighet

- Smarttelefonene er koblet opp mot elektroniske tavler slik at en 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 logistikkdata 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 ofte for vanskelig å opprettholde en regional innretning. I noen grad har sykehuset endt opp med gode løsninger, men mulighetene for å ta enkelte av løsningene i bruk andre steder har vært begrenset grunnet behov for inngåelse av nye avtaler.

Erfaringen om læring er blant annet:

- Det kreves tettere involvering fra regionalt nivå både i prosjektgrupper og styringsgrupper
- 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

Boks 22 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

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. I oppdaterte framskrivninger er det lagt inn effekt av medisinsk avstandsoppfølging på *aktivitet* med et middelalternativ på 20 prosent og at det vil ta i overkant av ti år for å oppnå full effekt. At hver femte konsultasjon blir en nettkonsultasjon eller viser seg unødvendig er et ambisiøst mål. Samtidig mener er dette realistisk fordi man har oppnådd større effekt i Danmark og det forventes en betydelig utvikling av nye løsninger innen dette området.

Tabell 7: Forventet reduksjon av antall polikliniske besøk.

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

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 psykisk helsevern 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 oppfølgning 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 preventive tiltak tidligere og redusere risiko for ny innsykning. Erfaringer fra utlandet viser at de kan ha stor effekt dersom helsetjenestetilbudet tilrettelegges slik at disse pasientgruppen tas best mulig vare på.

Samarbeid om «storbrukere» 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 storbruker-gruppen endrer seg ganske raskt. Metoden legger heller ikke godt til rette for samarbeid med kommunene.

Storbrukerne 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.

Den enkleste måten å møte denne gruppen på er kanskje 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 er en fare for at informasjon glipper.

Utkast

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 oppfølgning 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 vil vektlegge 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 behandlingskjeden. 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 innleggelser 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 identifiserte 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 tre-prosentgruppen reduserte man akuttinnleggelsene med 77 prosent. Et annet satsningsområde 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 – 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, m.fl.) 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
- Hjelpe 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, bedre etterlevelse av medisinering 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

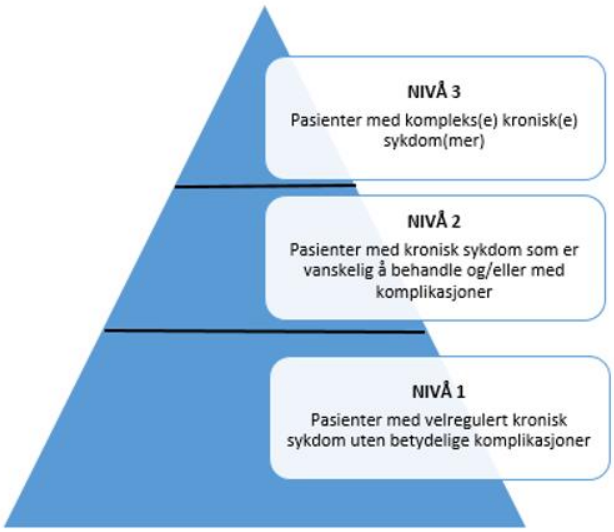
Danmark. Forløpsprogrammet for demens er tatt i bruk i tre av fem regioner. De øvrige programmene er ikke tatt i bruk så bredt.

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 18).

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 18: 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

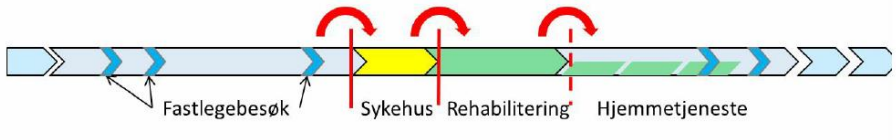
I Norge har Helsedirektoratet utarbeidet en veileder for oppfølging av personer med store, sammensatte behov. Veilederen omfatter hele bredden av helse- og velferdstjenester både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Sektorer utenfor helse- og omsorgstjenesten har også en viktig rolle. Kommunene er 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 sektorgrenser. Tegn på begynnende behov for helse- og omsorgstjenester blir i mange tilfeller først synlig for aktører utenfor helsetjenesten.

I 2018 starter det opp en pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam og for utprøving av verktøy for forebyggende risikokartlegging. Arbeidet har som mål å redusere sykehusinnleggelser 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 som defineres som «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.»

Figur 19: 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 ønsker å understøtte etableringen av pasientens team i alle helseforetak. Det vil bli definert et program for piloter og gjennomføring andre halvår 2018 hvor det beskrives hvordan regionen kan understøtte lokale initiativer. Flere helseforetak er allerede i gang, og programmet vil basere seg på deres 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 man 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.

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. I oppdaterte framskrivninger er det lagt inn effekt av samarbeid om de som trenger det mest med et middelalternativ på 15 prosent reduksjon i antall liggedøgn.

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 sykehusinnleggelser.

For å identifisere beste arbeidsform i Norge og kvalitetssikre estimat av effekt skal det gjennomføres piloter.

I framskrivningene er det tatt høyde for at det vil ta mer enn 10 år å oppnå en effekt på 15 prosent reduksjon i innleggelser. Ønsket om å lede utviklingen i denne retningen er så godt og bredt forankret at Helse Sør-Øst RHF mener effektestimatet er realistisk

Figur 20: Forventet reduksjon av antall døgnopphold.

Tiltak	**Samarbeid om de som trenger det mest (Integrated care model)**				
Omsorgsnivå	**Døgnopphold**				
År	2020	2025	2030	2035	2040
Lav effekt	3 %	7 %	10 %	10 %	10 %
Middels effekt	3 %	10 %	15 %	15 %	15 %
Høy effekt	3 %	13 %	20 %	20 %	20 %

Boks 23 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 utvikle finansieringsmodeller og teknologiske løsninger som understøtter slike arbeidsformer

6.3 Redusere uønsket variasjon

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt de regionale helseforetakene bidra til å redusere uønsket variasjon i helsetjenestene.

- Med begrepet uønsket variasjon menes variasjon som ikke skyldes tilfeldigheter, pasientpreferanser eller forskjellig sammensetning i pasientgruppen
- Begrepet uønsket variasjon forteller ikke hvilket forbruk som er «riktig», og det foreligger generelt lite kunnskap om sammenheng mellom forbruksrater og helseeffekt på befolkningsnivå
- Det er viktig å påpeke at ikke all variasjon er uønsket

Helsetjenester kan deles inn i to hovedgrupper:

- *Nødvendige helsetjenester* som er tjenester hvor det foreligger faglig enighet om indikasjon og behandling, for eksempel behandling av akutt hjerteinfarkt og operasjon av hoftebrudd
- *Tilbuds- eller preferansestyrte helsetjenester* som er tjenester der det er mindre enighet om indikasjon for og effekt av behandling, for eksempel artroskopi ved knesmerter

Utvalgte nødvendige helsetjenester følges med nasjonale kvalitetsindikatorer:

- 30 dagers overlevelse-data for pasienter med hjerteinfarkt, hjerneslag, hoftebrudd og totaloverlevelse publisert av Folkehelseinstituttet
- Fem års overlevelse fra Kreftregisteret for de krefttypene som forårsaker flest dødsfall (lunge, tykk- og endetarm, pancreas, mamma, prostata)
- Forbruksrater av utvalgte prosedyrer med livsforlengende effekt (for eksempel operasjon for sykelig overvekt)

For tilbuds- eller preferansestyrte helsetjenester foreligger det ikke nasjonale kvalitetsindikatorer. Det er særlig viktig å følge forbruket av disse tjenestene og bruke tilgjengelige data til å vurdere om man bruker ressursene på beste måte.

Variasjon i kvalitet - nødvendig helsetjenester

Tabell 8 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 8: Variasjon i dødelighet mellom og innen helseforetak i Helse Sør-Øst.

	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 har allerede blitt 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 9 nedenfor viser også en betydelig variasjon i 5 års overlevelse for de kreftformer som forårsaker flest dødsfall.

Utka

Tabell 9: Variasjon i fem års overlevelse for de kreftformer som forårsaker flest dødsfall.

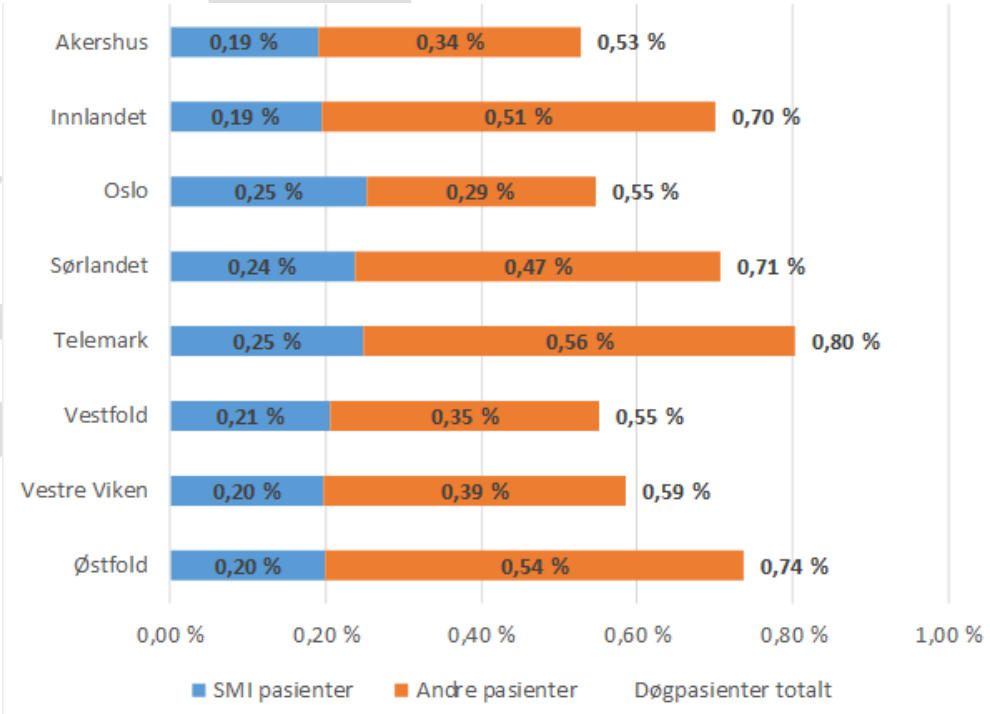
	Fem års overlevelse i (%) (landsgjennomsnitt)	Variasjon relativ fem års overlevelse (%) mellom helseforetak i HSØ*
Lunge	20	82-122
Tykktarm	65	94-104
Endetarm	68	87-106
Bryst	90	94-104
Prostata	94	96-106
Bukspyttkjertel	10	73-142

*Nasjonalt gjennomsnitt = 100 %
Kilde: Kreftregisteret

Eksempler på variasjon innen psykisk helsevern og TSB

Det er betydelig variasjon også innen psykisk helsevern 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 psykisk helsevern. Figur nedenfor 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 (rød søyle).

Figur 21: Psykisk helsevern voksen – antall døgnpasienter fordelt på diagnoser.



Kilde: Samdata

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 man har kunnskap om hva

som er det korrekte nivået. Således får trolig noen for lite tilbud, mens igjen andre potensielt får for mye.

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. Dette er et område Helse Sør-Øst RHF vil arbeide videre med sammen med helseforetakene.

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 man 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.

Boks 24. Helse Sør-Øst RHF vil:

- Legge til rette for økt bruk av data om uønsket variasjon i forbedringstiltak
- 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

6.4 Ta tiden tilbake - mer tid til pasientrettet arbeid

Det vil bli stadig viktigere å bruke ansattes kompetanse riktig. Det forutsetter riktig oppgavedeling og at man gjennom denne legger til rette for at helsepersonell skal kunne bruk 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.

Foto: Sørlandet sykehus HF

Utkast

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 perioden[4]. Økningen kan i stor grad tilskrives overgang fra døgnbehandling til poliklinisk behandling. Effektiviteten målt som aktivitet per legeårsverk gikk imidlertid ned med seks prosent i samme periode. Studien viste en tydelig sammenheng mellom personellsammensetningen og produktivitet bl.a. 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 eksemplifisert i regjeringens tidstyvarbeid. Det er behov for å vurdere om reduksjon av støttefunksjoner i sykehus, slik som helsesekretærer, portører, helsefagarbeider, sengevaskesentral etc. 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 transport av prøver, sengevask etc. og får 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 arbeidsoppgaver og de rapporteringer som bør endres og eventuelt opphøre. Det krever forståelse av hva som oppleves som unødvendig og tungvint hos helsearbeiderne 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 frigi tid for klinisk personale. Det forutsettes også at disse tiltakene ikke bare sikter mot effektivisering og kostnadsreduksjon, men har som mål å frigi tid til mer direkte pasientrettet arbeid og til å drive forbedringsarbeid.

Her nevnes kort noen eksempler på bedre bruk av tid:

- 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

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

- 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 (reduserte ventetiden fra 29 til 2 dager)
- Sykepleierdrevne poliklinikker, frigjør legers tid og får svært gode tilbakemeldinger fra pasienter

Boks 25 Helse Sør-Øst RHF vil:

- Lage en tiltaksplan over hvordan leger og sykepleiere kan få mer tid til pasientene. Det skal skje gjennom betydelig medvirkning fra egne ansatte, verneombud, tillitsvalgte og fagorganisasjonene. Dette er et område som egner seg særlig godt for tjenesteinnovasjon og bruk av tjenestedesign
- Ha dialog med andre nivåer i spesialisthelsetjenesten om hvordan man kan lage systematikk for forenkling og reduksjon av arbeid som ikke oppfattes å gi verdi for klinisk personale
- Vurdere hvordan utviklingsarbeid og tjenesteutvikling best forankres og følges opp

6.5 Forutsetninger for å lykkes med omstilling

De fire hovedtiltakene 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 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 kompetanseutvikling 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 må 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.

6.6 Framskrivninger

Boks 26 Helse Sør-Øst RHF vil:

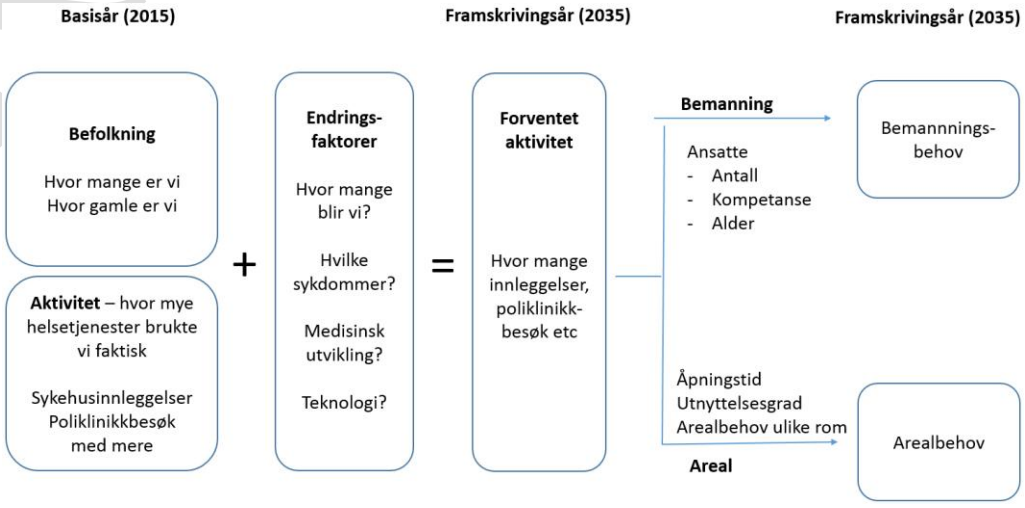
- Endre utnyttelsesgraden for senger fra 90 % til 85 % belegg
- Endre utnyttelsesgraden for poliklinikk fra 240 dager og 10 timers åpningstid til 230 dager og 8 timers åpningstid
- Dimensjonere for egnede arealer for å legge til rette for nye arbeidsformer
- Innarbeide tiltakene i utviklingsplanen i sine framskrivninger
- Utarbeide egne framskrivninger innen psykisk helsevern og TSB

For framskrivninger i spesialisthelsetjenesten benyttes i dag to modeller, «Sykehusbyggmodellen» og «Nasjonal bemanningsmodell».

Modellene beregner behov for areal og bemanning basert på beregnet aktivitet for framskrivingsperioden. Framskrevet aktivitetsbehov beregnes i dag ved å ta utgangspunkt i et basisår, aktiviteten i basisåret framskrives med:

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

Figur 22: Slik foregår framskriving.



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

I framskrivningene som vises i dette kapittelet ligger aktivitet og befolkningsframskrivingene fra 2015 til grunn. SSB kommer med nye tall for befolkningsframskrivinger ultimo juni 2018. Befolkningsutviklingen forklarer om lag halvparten av variasjonen i framskrivingsmodellen. Nye

aktivitetstall og nye tall for befolkningsframskrivinger vil bli innarbeidet i endelig versjon av regional utviklingsplan.

I framskrivningene er det ikke forutsatt endring i oppgavefordeling mellom helseforetakene og ikke mellom offentlige og private aktører.

Kapasitetsvurdering av egeneide helseforetak og sykehus med opptaksområde

I dette kapitelet gjennomgås endringsfaktorene slik de ligger i dagens framskrivingsmodell for aktivitet sammenholdt med Helse Sør-Øst RHFs forslag til nye.

Endringsfaktorene har i hovedsak ikke vært endret siden 2014. De har fremkommet gjennom ulike prosesser og med faglig involvering. Det finnes imidlertid ikke noe system for å gjennomgå eller fornye dem. Gitt utvikling i liggetider, ny teknologi, nye arbeidsformer med mer, er det på tide å vurdere endringsfaktorer på nytt. Dette arbeidet er startet i samarbeid med de andre regionene etter oppdrag gitt i foretaksmøte 10. januar 2017 og vil fortsette høsten 2018.

Illustrasjon: Colourbox

Liggedøgn og senger innen somatikk [5]

Tabell 10 viser endringsfaktorene i dagens versus foreslått ny modell for framskriving.
Som det fremgår av denne, ønsker Helse Sør-Øst RHF å justere noen av faktorene og i tillegg erstatte endringsfaktoren «overføring til kommunene» med «samarbeid om de som trenger det mest». Dette er nærmere beskrevet nedenfor.

*Tabell 10: Endringsfaktorene i dagens og ny modell for framskriving. Prosentvis endring i aktivitet over hele framskrivingsperioden**

Endringsfaktorer	Effekt dagens modell	Effekt ny modell
Overføring til kommunene	-9 %	0 %
NY: Samarbeid om de som trenger det mest	-	-15 %
Overføring fra døgn til dag og poliklinikk	-6 %	- 6 %
Effektivisering	-7 %	-0,7 %
Utnyttelsesgrader normalsenger (HSØ)	90 %	85 %

*+ betyr økning, - betyr reduksjon i aktivitet

Overføring til kommunene

I dag ligger det inne et kriterium med overføring av aktivitet til kommunene med en effekt som gir ni prosent reduksjon i liggedøgn i framskrivingsperioden. Denne endringsfaktoren har vakt forståelig irritasjon hos kommunene, siden tiltakene hverken er spesifiserte eller finansierte. Helse Sør-Øst RHF vurderer at en uspesifisert overføring av aktivitet til kommunene ikke er et

[5] Alle effekter av tiltak angis i prosent samlet for hele framskrivingsperioden til 2035.

Utka

hensiktsmessig og bærekraftig tiltak og forslår derfor at dette går ut av framskrivningene. Det erstattes i stor grad av samarbeid om de som trenger det mest.

Samarbeid om de som trenger det mest – ny endringsfaktor
Samarbeid om de som trenger det mest gjennom integrerte helsetjenester er tidligere beskrevet. Tiltaket reduserer den totale aktiviteten for denne gruppen og effekten vil treffe både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Som beskrevet tidligere forslås det å bruke en effekt på 15 prosent reduksjon i liggedøgn regionalt etter en innføringsperiode. Effekten er fordelt etter samme diagnostiske fordeling som er lagt til grunn for det tidligere kriteriet «overføring til kommunene» i Sykehusbyggmodellen. Dette innebærer at modellen til dels differensierer hvilke diagnosegrupper som vil ha større eller mindre effekt av tiltaket.

Overføring fra døgn til dag og poliklinisk aktivitet
Det har i de senere årene vært gjennomført en betydelig omstilling fra døgn til dag og poliklinisk aktivitet. Helse Sør-Øst RHF forventer fortsatt overgang fra døgn til dag og poliklinikk i framskrivingsperioden og faktoren er uendret.

Effektivisering
I kriteriet interneffektivisering ligger det inne en forventning om reduksjon i liggetid. Tall fra Samdata viser at Helse Sør-Øst er regionen med lavest liggetid. I Helse Sør-Øst var liggetiden i snitt 3,9 dager i 2016, mens den var 4,1 dager i Helse Vest og Helse Midt og 4,3 dager i Helse Nord. Liggetiden i Helse Nord og Helse Midt har de siste årene økt noe. Antall liggedøgn per 1 000 innbygger ligger også lavt i Helse Sør-Øst.

Oppmerksomhet rundt liggetid er nødvendig, men det fremstår som lite trolig at liggetidsreduksjonen vil vedvare. Det forslås i ny modell for framskrivning at kriteriet reduseres betydelig og skjønnsmessig til 0,7 prosent effekt i framskrivingsperioden. Det er verdt å bemerke følgende: Liggetiden ble redusert med 0,1 dag fra 2015 til 2016 som utgjør en effekt på 2,5 prosent. Med en forventet 0,7 prosent reduksjon i perioden er det rom for faktisk å øke liggetiden sammenlignet med nivået i 2016.

Utnyttelsesgrader
Følgende utnyttelsesgrader benyttes i beregningen av arealbehov:

- 365 dagers drift
- Observasjonssenger har 75 prosent belegg
- Helse Sør-Øst har hittil brukt høy utnyttelse som tilsier 90 prosent belegg for normalsenger (styresak 90-2014).
- I ny modell foreslås middels utnyttelse som tilsier 85 prosent belegg for normalsenger
- Pasienthotellsenger håndteres som normalsenger

Beleggsprosent
I Helse Sør-Øst var belegget i snitt noe over 85 prosent i 2015 basert på SSB sin beregnede beleggsprosent. Som tabellen under viser er det store forskjeller i beleggsprosenten mellom de ulike sykehusområdene.

Sørlandet sykehusområde har lavest med 76 prosent belegg, mens Akershus sykehusområde ligger høyest med 96 prosent belegg. I forslag til nye framskrivninger legges dette til grunn når man ser på endringen i perioden. For Akershus sykehusområde betyr det at de starter med et underskudd på 69 senger når 85 prosent belegg legges til grunn i nye framskrivninger. Motsatt for Sørlandet som har 37 senger mer enn beregnet behov når 85 prosent belegg brukes i nye framskrivninger.

Tabell 11: Beleggsprosent og avvik i sengetall per sykehusområde[6]. Positivt tall kan tolkes som underkapasitet i framskrivningsåret.

Sykehusområder	Liggedøgn 2015	Beleggsprosent 2015 (SSB)	Avvik senger 90 % belegg	Avvik senger 85 % belegg
Akershus	222 838	96 %	38	69
Innlandet	231 514	81 %	-54	-23
Oslo	542 565	84 %	-95	-20
Sørlandet	146 208	76 %	-57	-37
Telemark/Vestfold	225 230	84 %	-35	-4
Vestre Viken	227 745	88 %	-11	20
Østfold	133 582	89 %	-3	15
Sum	1 729 682	85 %	-217	21

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Samarbeid om de som trenger det mest – noe ulike effekt i ulike sykehusområder

Det estimeres at tiltaket med integrerte helsetjenester er satt til 15 prosent for Helse Sør-Øst som tidligere omtalt. Tiltaket retter seg i stor grad mot å arbeide bedre med pasienter med flere kroniske lidelser og multisyke. For å identifisere pasientgruppen legges det foreløpig til grunn samme diagnostisk fordeling som for overføring til kommunene (tidligere brukt tiltak). Grunnet ulik diagnostisk fordeling blir effekten ulik for de enkelte sykehusområdene, og effekten blir lavest for Oslo universitetssykehus HF. En årsak til dette er regions- og landsfunksjoner hvor dette får redusert effekt.

Fordelingen mellom sykehusområdene varier mellom 14 prosent i Oslo sykehusområde til 17 prosent i Innlandet sykehusområde. Tabellen nedenfor viser tidligere fordeling av liggedøgn av det tidligere tiltaket «overføring til kommune» og av nytt tiltak «samarbeid om de som trenger det mest».

Tabell 12: Effekt per sykehusområde for tiltak knyttet til samarbeid om de som trenger det mest.

Sykehusområder	Overføring til kommunene		Regional effekt «integrerte helsetjenester»	
	Fordeling liggedager	Andel	Fordeling liggedager	Andel
Akershus	- 35 288	-9 %	-56 315	-15 %
Innlandet	-33 975	-10%	-54 220	-17 %
Oslo	-66 322	-9 %	-105 841	-14 %
Sørlandet	-21 997	-10%	-35 104	-16 %
Telemark/Vestfold	-33 181	-10%	-52 953	-16 %
Vestre Viken	-33 182	-9 %	-52 954	-15 %
Østfold	-18 705	-9 %	-29 850	-15 %
Sum	-242 651	-9 %	-387 237	-15 %

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Sengebehov, endring i behov fra 2015 til 2035

Helse Sør-Øst RHF anbefaler, spesielt gitt erfaringene med særlig høyt belegg i regionens to nyeste sykehus, at det heretter legges til grunn 85 prosent belegg.

Framskrivningen viser da et behov for cirka 1 000 nye senger i perioden. Dette er en økning fra om lag 660 senger basert på dagens modell med eksisterende framskrivingsfaktorer og høyere beleggsprosent. Økningen skyldes både endring i beleggsprosent og at det er forutsatt noe mindre effekt av tiltakene sammenlignet med dagens modell.

[6] Det er skjedd flere endringer i struktur og organisering etter 2015 som ikke er hensyntatt her

Tabell 13: Forskjell i sengebehov 2035 med dagens framskrivingsmodell og ny modell med nye tiltak.

	Endring i aktivitet etter demografi og epidemiologi		Effekt med standard tiltak sykehusbygg		Effekt justert med HSØ sin vurdering		Endring i sengebehov - Standardtiltak Sykehusbygg		Endring i sengebehov - HSØ tiltak	
Sykehusområde	2015	2035	Etter tiltak SB	Endring SB	HSØ tiltak beregnet	Endring	90% belegg	85% belegg	90% belegg	85% belegg
Akershus	222 838	375 007	287 839	65 001	290 367	67 529	244	284	252	292
Innlandet	231 514	326 435	245 176	13 662	245 316	13 802	-6	26	-5	27
Oslo	546 179	775 412	631 612	85 433	644 752	98 573	178	264	218	307
Sørlandet	146 208	223 550	168 189	21 981	169 116	22 908	15	37	18	40
Telemark/Vestfold	225 230	326 735	246 969	21 739	247 536	22 306	38	71	40	73
Vestre Viken	227 745	352 499	270 490	42 745	273 363	45 618	126	163	135	172
Østfold	133 582	201 942	154 397	20 815	156 027	22 445	65	86	70	91
Sum	**1 733 296**	**2 581 579**	**2 004 671**	**271 375**	**2 026 476**	**293 180**	**660**	**931**	**727**	**1 002**

Framskrevet behov for polikliniske konsultasjoner og rom for somatikk

Tabell 14 viser endringsfaktorene i forhold til behov for poliklinikkrom i dagens versus ny modell for fremskrivning.

Tabell 14: Endringsfaktorene i dagens og ny modell for framskriving for somatikk. Prosentvis endring i aktivitet over hele framskrivingsperioden.*

Endringsfaktorer	Effekt dagens modell	Effekt ny modell
Polikliniske konsultasjoner -vekst	+17 %	+17 %
Overføring fra døgn til poliklinikk	+1 %	+1 %
Overføring til kommunene	-8 %	0 %
NY: Brukerstyrt poliklinikk/avstandsoppfølging		-20 %
Utnyttelsesgrader (HSØ) Dager Åpningstid	 240 10 timer	 230 8 timer

*+ betyr økning, - betyr reduksjon i aktivitet

Fortsatt vekst i antall polikliniske konsultasjoner

Det har vært en betydelig økning i polikliniske konsultasjoner innen somatikk de senere årene. Tall fra Samdata viser at antall konsultasjoner per pasient øker. I 2016 var det 3,4 konsultasjoner per pasient samtidig som andel nye polikliniske pasienter synker.

Overføring fra døgn til poliklinikk

Overføring fra døgn til dagbehandling og poliklinikk gir en beregnet økning i antall konsultasjoner på 1 prosent.

Overføring til kommunene

Tiltaket har i hovedsak vært fokusert på uspesifisert overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten til fastlegene og kommune, og foreslås erstattet av konkrete tiltak.

Brukerstyrt poliklinikk/medisinsk avstandsoppfølging – nytt tiltak

Som tidligere beskrevet er brukerstyrte poliklinikker og bruk av teknologi for medisinsk avstandsoppfølging et av fire hovedtiltak i regional utviklingsplan. Tiltaket er kvantifisert med en effekt på 20 prosent i framskrivningsperioden slik tidligere omtalt.

Utnyttelsesgrader

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

- 45 minutter konsultasjonstid
- Helse Sør-Øst har hittil brukt høy utnyttelse som tilsier 240 dager og 10 timer åpningstid (styresak 90-2014)
- I ny modell foreslås middels utnyttelse som tilsier 230 dager og 8 timer åpningstid

Poliklinikkrom - endring i behov fra 2015 til 2035

Med nye modifiserbare faktorer og middels utnyttelsesgrad vil det være behov for i underkant av 500 nye polikliniske behandlingsrom i framskrivingsperioden. Som tabellen under viser er dette en nedgang sammenlignet med dagens beregnede behov.

Tiltaket med medisinsk avstandsoppfølging er et eksempel på en oppfølgning som ikke vil ha behov for et tradisjonelt behandlingsrom, men som vil kreve areal og andre type arealer. Dagens sykehus er i liten grad tilpasset denne måten å arbeide på og det vil være behov for å tilrettelegge for denne endringen også i byggene. Basert på dette anbefales det å ikke endre opprinnelige kapasitetsplaner for poliklinikkrom. Dette vil sikre tilstrekkelig areal for nye måter å arbeide på inntil man har mer erfaring med arealbehov knyttet til brukerstyrte poliklinikker.

Tabell 15: Endring i behov poliklinikkrom basert på ulike tiltak og åpningstider.

Sykehusområde	Endring i aktivitet etter demografi og epidemiologi 2015	2035	Effekt med standard tiltak sykehusbygg Etter tiltak SB	Endring SB	Effekt justert med HSØ sin vurdering HSØ tiltak beregnet	Endring	Endring i poliklinikkrom - Standardtiltak Sykehusbygg 240 dg 10 timer	230 dg 8 timer	Endring i poliklinikkrom - HSØ tiltak 240 dg 10 timer	230 dg 8 timer
Akershus	311 098	454 957	508 361	197 263	453 715	142 617	62	80	45	58
Innlandet	382 291	486 388	541 661	159 370	481 132	98 841	50	65	31	40
Oslo	1 085 873	1 480 107	1 701 998	616 125	1 501 666	415 793	193	251	130	169
Sørlandet	326 577	460 311	507 898	181 321	451 847	125 270	57	74	39	51
Telemark/Vestfold	425 176	556 403	620 391	195 215	552 958	127 782	61	80	40	52
Vestre Viken	396 152	544 776	609 316	213 164	541 001	144 849	67	87	45	59
Østfold	251 675	340 525	380 733	129 058	338 121	86 446	40	53	27	35
Sum	**3 178 842**	**4 323 468**	**4 870 358**	**1 691 516**	**4 320 441**	**1 141 599**	**529**	**689**	**357**	**465**

Liggedøgn og senger - psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Opptaksområdene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i regionen har ulike utfordringer. Dette innebærer at effektene av tiltakene må ses i lys av disse. Vurdering av standardkriterier er mest hensiktsmessig på regionalt/nasjonalt nivå, slik at analyse av opptaksområder må tolkes mer forsiktig eller kriteriene må differensieres i det videre arbeid.

Tabell 16: Endringsfaktorene i dagens og ny modell for framskriving innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Prosentvis endring i aktivitet over hele framskrivingsperioden.*

Endringsfaktorer	**Effekt dagens modell**	**Effekt ny modell**
Overføring til kommunene	-17 %	0 %
NY: Samarbeid om de som trenger det mest	-	-15 %
Effektivisering	-14 %	-14 %
Utnyttelsesgrader normalsenger (HSØ)		
Psykisk helsevern voksne	90 %	85 %
Psykisk helsevern barn og unge	75 %	75 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	80 %	80 %

*+ betyr økning, - betyr reduksjon i aktivitet

Overføring til kommunene

Samhandling har ofte vært relatert til overføring av uspesifisert aktivitet til kommunene. Tiltaket foreslås erstattet av samarbeid om de som trenger det mest.

Samarbeid om de som trenger det mest/integrerte helsetjenester

Tiltaket skal redusere den totale aktiviteten for denne gruppen uavhengig av om effekten treffer spesialisthelsetjenesten eller primærhelsetjenesten. Dette vil innebære bedret tilbud til pasienter med komplekse sykdomsbilder. Det er større usikkerhet knyttet til størrelsen av effekt innen disse fagområdene enn for somatikk, men gitt lang gjennomføringsperiode og stor grad av enighet om tiltaket oppfattes 15 prosent som realistisk. Det må dog verifiseres gjennom praktisk utprøving.

Effektivisering

I kriteriet interneffektivisering ligger det inne en forventning om reduksjon i liggetid. Satsning på digitale plattformer vil sannsynlig påvirke forløpstider i en viss grad, mens de større effektene vil trolig kunne realiseres gjennom utvikling av tilbudet rundt pasienten i hjemmet og vurderinger av innleggelsesmønstre. Innen psykisk helsevern og TSB er tilbud med ambulante team og forsterket arenafleksibel behandling i BUP eksempler på tilbud som er etablert, men i ulik grad implementert i de enkelte helseforetak. Helse Sør-Øst RHF mener det fortsatt vil være en dreining fra døgn til dag og poliklinikk i perioden.

Utnyttelsesgrader

Psykisk helsevern voksne:

- 365 dagers drift
- Helse Sør-Øst har hittil brukt høy utnyttelsesgrad som tilsier 90 prosent belegg (styresak 90-2014).
- I ny modell foreslås middels utnyttelse som tilsier 85 prosent belegg for normalsenger

Psykisk helsevern barn og unge:

- 365 dagers drift
- 75 prosent belegg

TSB

- 365 dagers drift
- 80 prosent belegg

Beleggsprosent

I Helse Sør-Øst var beleggsprosenten innen psykisk helsevern i snitt noe over 85 prosent i 2015 basert på SSB sin beregnede beleggsprosent. Som tabellen under viser er det store forskjeller i beleggsprosenten mellom de ulike sykehusområdene. Vestre Viken HF har lavest med 74 prosent, mens Akershus sykehusområde, Innlandet sykehusområde og Oslo sykehusområde ligger høyest med 91 prosent. Flere av helseforetakene i regionen har etter 2015 vært i eller påbegynt endringsprosesser for dimensjonering av døgnbehandling. Dette bidrar til at framskrivning av senger for psykisk helsevern og TSB per opptaksområde avventes til ytterligere analyse foreligger ultimo 2018.

Tabell 17: Beleggsprosent innen psykisk helsevern fordelt på sykehusområder.

Sykehusområder. Positive tall betyr underkapasitet	**Liggedøgn 2015**	**Beleggsprosent 2015 (SSB)**	**Avvik senger 90 % belegg**	**Avvik senger 85 % belegg**
Akershus	69 589	91 %	7	18
Innlandet	91 990	91 %	6	21
Oslo	118 361	91 %	7	27
Sørlandet	54 203	75 %	-32	-23
Telemark/Vestfold	85 021	81 %	-24	-9
Vestre Viken	88 788	74 %	-54	-39
Østfold	62 062	88 %	-3	8
Sum	**570 014**	**85 %**	**-94**	**4**

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Polikliniske konsultasjoner og rom for psykisk helsevern og TSB

Tabell 18: Endringsfaktorene i dagens og ny modell for framskriving innen psykisk helsevern og TSB for poliklinikk. Prosentvis endring i aktivitet over hele framskrivingsperioden.*

Endringsfaktorer	**Effekt dagens modell**	**Effekt ny modell**
Overføring til kommunene	-6 %	0 %
NY: Teknologi (emestring mv.)	-	-15 %
Utnyttelsesgrader (HSØ) Åpningstid	8 timer	8 timer

*+ betyr økning, - betyr reduksjon i aktivitet

Overføring av aktivitet til kommunene

Omfang av aktivitet til kommunene har i hovedsak vært bygget på overføring av uspesifisert aktivitet fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Tiltaket foreslås erstattet med bruk av ny teknologi.

Teknologi

Satsning på nye behandlingsplattformer som e-mestring vil kunne ha potensiale til å tilby behandling til flere pasienter på ett tidligere stadium i sykdomsforløpet. Tilbudet vil sannsynlig kunne være aktuelt for både pasienter innen spesialist- og primærhelsetjeneste. Effekten av tiltaket analyseres mot behovene som tradisjonell ansikt-ansikt behandling nødvendigvis representerer.

Utnyttelsesgrad

Helse Sør-Øst bruker høy utnyttelsesgrad som tilsier

- 75 minutter konsultasjonstid
- 230 dager og 8 timers åpningstid

Alternativet er middels utnyttelsesgrad som tilsier

- 90 minutter konsultasjonstid
- 230 dager og 6 timers åpningstid

Helse Sør-Øst RHF anbefaler å fortsatt benytte 8 timers åpningstid, men legger inn kontorlokaler for behandlere i tillegg til dagens antall poliklinikkrom.

Endring i framskrivingsmodellen poliklinikk psykisk helse og TSB

Ny modell for framskrivninger øker effekten av tiltakene sammenliknet med standardkriteriene fra seks prosent til 15 prosent. I tillegg må det inn kontorer og egnede arealer for nye behandling- og oppfølgningsplattformer som medisinsk avstandsoppfølging og e-mestring. Forskyvning fra døgn til dag og ambulant behandling vil videre kreve arealer i de distriktpsykiatriske sentrene utover polikliniske rom. Det anbefales derfor at man ikke endrer kapasitetsplanene for poliklinikkrom for å sikre nødvendige arealer.

Bemanning

Nasjonal bemanningsmodell tar utgangspunkt i ressursforbruket i basisår og framskriver fremtidig bemanningsbehov parallelt med aktivitetsvekst som følge av endringer i befolkning, epidemiologi (somatikk) og forventet etterspørsel av tjenester (PHV/TSB). Framskrivning av bemanning tar ikke høyde for endring i kvalitet eller innretning av helsetjenesten.

Utka

Helse Sør-Øst RHF vurderer det som nødvendig at det arbeides mer med innhenting av erfaringstall og gjennomføring av piloter før publisering av framskrevet bemanningsbehov.

Sentralt for framskrevet bemanningsbehov er vurdering av effekt av endringsdrivere som Helse Sør-Øst ønsker å utvikle gjennom regional utviklingsplan. Noen forventede effekter er beskrevet under.

Samarbeid om de som trenger det mest/integrerte helsetjenester

- Reduserte liggedøgn vil redusere bemanningsbehovet i sykehusene, men ressurser skal samtidig benyttes til å følge opp pasientene i samarbeid med kommunene
- Tall fra Valencia viser at den integrerte helsetjenesten 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

Teknologi

- Erfaringer fra Danmark viser at med bruk av medisinsk avstandsoppfølgning får man en oppgaveforskyvning fra leger til sykepleiere. Samtidig vil det være behov for styrking av teknisk personell og andre yrkesgrupper
- Erfaringstall fra Karolinska viser at ved bruk av e-mestring innen psykisk helsevern øker antall konsultasjoner per behandler
- Digitale plattformer vil understøtte effektiv drift
- Bedre anslag for bemanningseffekter må innhentes gjennom regionale piloter

Ta tiden tilbake for helsepersonell

- Effektive arealer er en forutsetning for gode arbeidsprosesser og vil være bemanningseffektivt. Eksempler vil kunne være utforming av akuttpsykiatriske avdelinger, fleksible rom og utforming av sengeareal innen somatikk
- Tilstrekkelige og fleksible polikliniske arealer vil muliggjøre effektive arbeidsprosesser
- Eksempler med mer automatisering av arbeidsprosesser som timebestilling og henvisninger vil frigjøre tid for helsepersonell
- Tydeligere oppgavefordeling og parallelle utredningsforløp vil frigi tid
- Mer effektive digitale arbeidsprosesser og beslutningsstøtte vil frigjøre tid for leger og sykepleiere. Tiltaket er primært ikke tenkt å medføre endring i bemanning, men i bruk av deres tid

Kjøp fra private

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. For avtalespesialistene vil dette kunne bety at de også må integreres inn i tiltaket med medisinsk avstandsoppfølging og at man må sikre at aktørene også blir en del av tiltaket med integrerte helsetjenester.

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 første fire årene, hvordan gjennomføres dette, hvilke mål stiller vi og hvordan måle om tiltakene lykkes? Og hvem må være med? Spørsmålene skal besvares i en gjennomføringsplan som skal følge regional utviklingsplan.

Det er i framskrivningene lagt til grunn en effekt av tiltakene med full virkning i 2035. Tiltakene 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 framskrivningene justeres eller nye tiltak identifiseres og prøves ut i neste fireårs-periode. 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.

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

Utka