

Regional Utviklingsplan 2040

DEL 2 Rammer og forutsetninger



Innhold

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



1

Overordnede føringer for regional utviklingsplan

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

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

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

Føringer for arbeidet med utviklingsplanen

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

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

Nasjonale føringer

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

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

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

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

Foretaksmøte 2020 og Foretaksmøte 2021

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

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

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

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

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

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

Av Oppdragsdokument 2022 til Helse Sør-Øst RHF fra Helse- og omsorgsdepartementet, framgår både at tidligere føringer skal styrkes og videreføres, og at noen nye føringer har kommet til.

Overordnet vektlegges blant annet:

- Samhandling skal styrkes, og i helsefellesskapene skal kommuner og helseforetak møtes som likeverdige partnere. Kommuneoverlegene skal inviteres inn i helsefellesskapene. Sammen med representanter for brukere og fastleger skal kommuner og helseforetak planlegge og utvikle tjenester til pasienter med behov for tjenester fra begge nivå.
- Spesialister fra store sykehus skal bistå spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, spesialister fra sykehus skal samarbeide med kommunal helse- og omsorgstjeneste, og pasienter skal i større grad kunne møte spesialisthelsetjenesten hjemme, digitalt eller gjennom ambulante og intermedieære tjenester.

¹ I henhold til Nasjonal helse- og sykehusplan skal personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer prioriteres. I foretaksmøtet 2020 ble dette spesifisert til voksne med psykiske lidelser og rusproblemer samtidig som barn og unge også skal prioriteres, uavhengig av type behov. I praksis innebærer dette at alle personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer skal prioriteres, uavhengig av alder.

- Regjeringen vil skape et helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sørge for en desentralisert helsetjeneste, som yter gode og likeverdige helsetjenester i hele landet. Norske pasienter skal ha et offentlig helsetilbud i verdensklasse, uavhengig av adresse og økonomi. Regjeringen vil satse på brede folkehelse tiltak og alle de dyktige fagfolkene som kan gi gode pasientforløp med rask tilgang på tjenester i vår felles helsetjeneste.

Regionale føringer

Arbeidet med å oppdatere utviklingsplanen ble behandlet i Helse Sør-Øst RHF sitt styremøte 19. August 2021 (styresak 085-2021). Av denne saken framgår at:

- Framskrivninger for psykisk helsevern vil innarbeides i den oppdaterte versjonen av utviklingsplanen.
- Det skal innarbeides en bredere omtale av de felleseide selskapene.
- Koronapandemien har gitt helseforetakene godt grunnlag for å vurdere dagens beredskapskapasitet, samt vurdere innen hvilke områder det er behov for å styrke kompetanse og/eller kapasitet. Erfaringer og vurderinger fra koronapandemien, samt tiltak for å styrke beredskap for å håndtere større hendelser skal beskrives kort, både i lokale utviklingsplaner og den regionale utviklingsplanen.

Samfunnsansvaret

Vi vil bidra mer til en bærekraftig utvikling.

Helse Sør-Øst RHF har to viktige lovpålagte oppgaver:

- eier av helseforetakene i helseregionen (eieransvar)
- sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester (sørge-for-ansvar)

I tillegg til å drive sykehusene, har det regionale helseforetaket oppgaver innen forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende.

Samlet har regionens virksomheter, både det regionale helseforetaket, helseforetak og private leverandører, et betydelig samfunnsansvar.

Forebygging – en viktig del av oppdraget

Forebygging av sykdom er et av Regjeringens hovedmål for helse- og velferdspolitikken i perioden 2021–2025 (Hurdalsplattformen – regjeringen.no). Folkehelseloven legger hovedansvaret for arbeidet med å «fremme folkehelse, herunder utjevne sosiale helseforskjeller» til landets kommuner og fylkeskommuner. Spesialisthelsetjenesten har et spesielt ansvar for forebygging når sykdom eller problemet har oppstått og er «aktivt» og etter at sykdommen eller problemet er behandlet.

I følge spesialisthelsetjenesteloven skal det regionale helseforetaket sørge for at alle helseinstitusjonene «bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade». Det betyr at vi må hjelpe pasientene til å unngå at de skal få sykdom eller skaden igjen, samt høyne deres livskvalitet ved

å dempe videre utvikling av sykdommen og øke deres mestringssevne. Målet er å redusere forekomst og for tidlig død, samt gjøre livet enklere for dem som lever med kroniske sykdommer. I tillegg skal spesialisthelsetjenesten utveksle kunnskap og kompetanse med kommuner og andre aktører om helsefremming og primærforebygging.

I de fleste av helseforetakenes utviklingsplaner har forebygging fått en relativt beskjeden omtale. Helse Sør-Øst vil derfor stimulere til konkrete tiltak og sørge for læring og spredning av gode eksempler på forebyggende arbeid, og følge effektene av tiltak med videreutvikling av spesifikke indikatorer.

Vi må bidra for å nå FNs bærekraftsmål

Bærekraftsmålene er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030. Bærekraftsmålene gjelder for alle land i verden, og regjeringen har forpliktet Norge til å arbeide for å nå målene. Ni av målene er spesielt relevante for spesialisthelsetjenesten, og beskrives nærmere her.

FNS BÆREKRAFTSMÅL



3 GOD HELSE OG LIVSKVALITET
 Dette bærekraftsmålet er i tråd med spesialisthelsetjenestens visjon om gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.



6 RENT VANN OG GODE SANITÆRFORHOLD
 Det er etablert et europeisk samarbeid om en felles standardisert liste over kjemikalier som vi ønsker å unngå i produkter i bruk i helsevesenet. Helseforetakene har felles mål om at andel produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer skal være 75 prosent innen 2030. Produktene som benyttes i sykehus skal være produsert på en måte som beskytter pasienten, ansatte på sykehus og i leverandørkjeden, og miljøet.



7 REN ENERGI TIL ALLE
 Energiforbruk i sykehus er den største enkeltfaktoren av direkte klimagassutslipp. Reduksjon av energiforbruk med 20 prosent innen 2030, og økning av andelen gjenvinningskraft (kraft produsert av varmetap) er felles målsetning for alle landets helseforetak.



8 ANSTENDIG ARBEID OG ØKONOMISK VEKST
 Helse Sør-Øst skal være pådriver for etisk handel i leverandørkjeden og arbeide for å fremme seriøse og gode arbeidsforhold og delta i bekjempelsen av arbeidslivskriminalitet i byggeprosjekter lokalt og regionalt. Sykehusinnkjøp HF og helseforetakene har ansvar for at anskaffelsene fremmer ansvarlig handel og rettferdig konkurranse mellom leverandører.



9 INDUSTRI, INNOVASJON OG INFRASTRUKTUR
 Det utadvendte sykehus er sentralt i utviklingsplanen. Digital hjemmeoppfølging kan bidra til et mer differensiert og tilpasset tjenestetilbud, bedre ressursutnyttelse og til å redusere forbruk i sykehus og transport for pasienter.



12 ANSVARLIG FORBRUK OG PRODUKSJON
 Bærekraftig forbruk og produksjon handler om å gjøre mer med mindre ressurser. I sykehus er det et stort forbruk av materiell, og det er vesentlig å redusere unødig forbruk av ressurser, sikre gjenvinning og ombruk og redusere avfallsmengdene i alle deler av livssyklusen. Det er et felles mål at matavfall i sykehus skal reduseres med 50 prosent fra 2019 til 2030.



11 BÆREKRAFTIGE BYER OG LOKALSAMFUNN
 Vi skal bidra til bærekraftig tjenesteutvikling gjennom strategier for samarbeidsutvikling og planlegging med sentrale samfunnsaktører. Helse Sør-Øst vil bidra til samfunnsutvikling som tar hensyn til demografiske endringer, klimaendringer, globalisering, urbanisering og digitalisering. Grønn omstilling i eiendomssektoren er sentralt.



13 STOPPE KLIMAENDRINGENE
 Verdens helseorganisasjon slår fast at klimaendringene er den største helsetrusselen vi står foran. For å bidra til å stoppe klimaendringene har sykehusene i landet satt mål om å redusere direkte klimagassutslipp med 40 prosent innen 2030, med referanseår 2019. Dette tilsvarer en reduksjon på ca. 175 000 tonn CO2e for spesialisthelsetjenesten innen 2030. Og innen 2045 skal sykehusdrift være klimanøytral, dvs. ikke slippe ut mer klimagass i atmosfæren enn det virksomheten greier å fange opp eller fjerne. Årlig klimaregnskap publiseres i [Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar](#).



17 SAMARBEID FOR Å NÅ MÅLENE
 For å lykkes med bærekraftsmålene trengs det godt samarbeid lokalt, regionalt og nasjonalt. Det interregionale samarbeidsutvalget for klima og miljø (Grønt sykehus) koordinerer aktivitet innenfor miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten. Klimaendringer er en global utfordring, og internasjonalt samarbeid er avgjørende for å nå målene i Parisavtalen.

Vi må redusere bruk av antibiotika

Verdens helseorganisasjon (WHO) slår fast at antibiotika-resistens er en av de største helsetruslene i verden, og det antas at med fortsatt høyt forbruk av antibiotika, kan det i 2050 dø flere av resistente bakterier enn av kreft. Uten tiltak kan vi om kort tid komme i en situasjon der for eksempel infeksjonsrisikoen ved å gjennomføre standardoperasjoner blir for stor, noe som har store konsekvenser for pasient-sikkerheten.

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



For å bremse den fryktede utviklingen, vil arbeidet med å redusere antibiotikabruk prioriteres høyt i Helse Sør-Øst. Vi opprettholder derfor en målsetting om 30 prosent reduksjon i samlet bruk av fem grupper bredspektrede antibiotika, med 2012 som referanseår.

Etablering av indikatorer som samholder informasjon om forordning med aktuelle retningslinjer, vil kunne gjøre det mulig å overvåke tiltakene. Videre vil utvikling av, og uttrekk fra kliniske IKT systemer, kunne gjøre det mulig med kontinuerlig monitorering av forordninger.

Beredskap og læring fra pandemien

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

Samfunnssikkerheten påvirkes av globale utviklingstrekk, og verden er i stadig endring. Helse Sør-Øst skal følge med på utviklingstrekk i samfunnet og sørge for å innrette beredskapsarbeidet i tråd med lovverk, forskrifter, nasjonalt beredskapsplanverk, trusselvurderinger og risiko- og sårbarhetsanalyser.

Beredskapsplanlegging og håndtering av beredskapssituasjoner er et ledelsesansvar, og må være integrert i planlegging og ledelse av daglig drift, investeringer og utvikling og utøves gjennom ordinære ledelsesstrukturer.

Regional beredskapsplan er basert på risiko- og sårbarhetsanalyser og omfatter en rekke delplaner som samlet gir

en oversikt over viktige funksjoner og behov for planlagte beredskapstiltak (Beredskapsplaner – Helse Sør-Øst RHF).

Den regionale beredskapsplanen bygger på de etablerte prinsippene for beredskapsarbeidet i Norge, som ansvar, nærhet, likhet og samvirke og gir rammer og retning for beredskapsarbeidet i regionen. Den regionale beredskapsplanen gjelder for Helse Sør-Øst RHF og alle underliggende virksomheter, herunder private aktører som har avtale med Helse Sør-Øst RHF, og skal gjenspeiles i planverkene på helseforetaksnivå/institusjonsnivå, slik at beredskapsarbeidet i regionen er helhetlig og samordnet.

Beredskapsarbeidet i Helse Sør-Øst innebærer å:

- Ha kunnskap og oversikt over risiko og sårbarhet
- Forebygge for å forhindre alle typer hendelser og kriser
- Ha beredskap for hendelser og kriser- og å håndtere disse
- Gjenopprette funksjoner under og etter hendelser og kriser
- Lære av erfaring fra hendelser og øvelser

Vi vil videreutvikle det regionale beredskapsplanverket i lys av erfaringer med og evalueringer av koronapandemien.

Risiko- og sårbarhetsanalyser

Helse Sør-Øst skal gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser skaffe oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger for virksomheten. Avdekket risiko og sårbarhet skal reduseres gjennom forebyggende og skadebegrensende tiltak. Det er ikke mulig å forebygge alle uønskede hendelser, og hendelser som ikke kan forebygges må håndteres slik at konsekvensen blir minst mulig. Til dette kreves tiltak, reserve-løsninger og planer. Risiko- og sårbarhetsanalyser må oppdateres jevnlig og er et sentralt verktøy for utvikling innen beredskapsområdet.

En grunnleggende forutsetning for god beredskap og krisehåndtering er at virksomhetens daglige drift er sikker og robust jf. blant annet Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst. Virksomhetene i Helse Sør-Øst skal ha systemer for risikostyring for å håndtere risikoen i ordinær drift.

Ved kriser eller beredskapshendelser som rammer hele eller deler av regionen, har Helse Sør-Øst RHF ansvaret for å koordinere/omdisponere spesialisthelsetjenesteressurser for å håndtere situasjonen. Både under en beredskapshendelse og i beredskapsforberedelser, er nært samarbeid en forutsetning for en koordinert håndtering. Samhandlingsmøter og felles øvelser med kommunene er viktige arenaer for samordning av helseberedskapen. Alle institusjoner, også mindre virksomheter som ikke er sykehus, skal ha beredskap for interne hendelser (brann, evakuering, svikt i teknisk infrastruktur, intern varsling mv.).

Beredskap og læring av erfaringer fra koronapandemien

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

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



Helseforetakene må:

- ha en beredskap og fleksibilitet som gir tilstrekkelig behandlingsskapasitet
- legge til rette for økt bruk av digital oppfølging og video- og telefonkonsultasjoner der dette anses som hensiktsmessig erstatning for konsultasjoner ved frammøte
- bidra til utdanning av helsepersonell, særlig intensivsykepleiere
- ha planer for oppskalering av kapasiteten ved sykehusenes laboratorier
- ha rutiner for overføring av helsepersonell mellom helseforetakene og med andre regioner i krevende perioder
- ha planer for hvordan ordinær drift skal gjenopptas

Erfaringene fra koronapandemien har aktualisert behovet for, så langt som mulig, å opprettholde aktiviteter innen rehabilitering, psykisk helsevern og rusbehandling hos private avtalepartnere. Hvis de private reduserer driften betydelig, vil verken helseforetak eller kommuner ha mulighet til å overta behandlingen. Dette vil ha konsekvenser både for den enkelte pasient, samfunnsvernet og for smittevernarbeidet.

Vi utreder behov for framtidig intensivkapasitet

Koronapandemien har påvirket hele spesialisthelsetjenesten. Helseforetak og sykehus håndterte et betydelig større antall intensivpasienter enn vanlig. Flere helseforetak har måttet utsette planlagte operasjoner for å frigjøre kapasitet og ressurser til alvorlig syke covid-19-pasienter. Helse Sør-Øst RHF skal i 2022 utrede framtidige behov for intensivkapasitet i regionen. Et interregionalt arbeid har etablert enighet om definisjoner for ulike kategorier av intensivplasser og intermedier/overvåkningsplasser basert på hvilke ressurser som kreves. Disse definisjonene vil legges til grunn i det regionale arbeidet.

Det skal utarbeides en rapport som beskriver status for intensivkapasiteten i Helse Sør-Øst med anbefalte tiltak for å oppnå en intensivkapasitet som både takler naturlige svingninger, og som er fleksibel nok til å skalere opp og takle større kriser, som en langvarig pandemi. Rapportens anbefalinger skal brukes i foretakenes videre arbeid med dimensjonering av intensivkapasiteten, og vil kunne påvirke lokale utviklingsplaner. Arbeidet omfatter intensiv- og overvåkningskapasitet for barn, unge og voksne pasienter. Nyfødtintensiv holdes utenfor.

Forutsigbar legemiddelforsyning og beredskap

Legemiddelmangel er et økende problem både globalt og i Norge og gjelder flere medikamenter som er kritiske for ordinær sykehusdrift. Før pandemien var det et begrenset volum av legemidler lagret på norsk jord av beredskaps-hensyn. Fra mars 2020 og fram til dags dato er det etablert flere legemiddelberedskapslagre.

Sykehusapotekene HF har en sentral plass i arbeidet med legemiddelberedskap. Spesialisthelsetjenestens avtale-grossist for legemidler har, etter avtale, etablert utvidet lager av et utvalg legemidler på toppen av grossistens ordinære lager. Her er det også etablert et utvidet lager av helseforetaksfinansierte legemidler som benyttes til behandling i sykehus. Spesialisthelsetjenesten eier også et særskilt lager av legemidler som er kritiske for sykehusdrift, beredskaps-kritiske legemidler og et begrenset utvalg råvarer til legemiddelproduksjon («B180-lageret»). Lageret tilsvarer 6 måneders normal omsetning av de aktuelle legemidlene.

Vi vil, sammen med de andre helseregionene, fortsette arbeidet med å øke legemiddelberedskapen. Sentral overvåkning av mangelsituasjon skal opprettholdes parallelt med helseforetakenes fokus på egen legemiddelberedskap og vurdering av nasjonal evne til egenproduksjon. Sykehusapotekene i alle regionene og Sykehusinnkjøp er sentrale i dette arbeidet.

Sykehusapotekene HF skal innføre regional løsning for ressursplanlegging (enterprise resource planning) med funksjonalitet for økonomi (finans, regnskap) og logistikk (lager og transport). Noen helseforetak (blant annet Sykehuset Østfold HF) har integrert dagens apotekløsning med elektronisk kurveløsning. Det arbeides i regional lukket legemiddelsløyfe med en tettere integrasjon mellom elektronisk kurve- og medikasjonsløsning og sykehusapotekenes nye ERP, noe som vil muliggjøre bedre og mer automatisert styring av ulike legemiddellager og transport fra grossist via apotek til klinikk.

Styrket beredskap for smittevernutstyr

De regionale helseforetakene ble i Foretaksmøte 11. oktober 2021 bedt om å ta ansvaret for et permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr med utgangspunkt i lageret som ble etablert under koronapandemien. Ansvaret skal på sikt omfatte eierskap til varebeholdninger og ansvar for innkjøp, rullering, organisering, drift og forvaltning av beredskapslageret. Lageret skal kunne håndtere et realistisk alvorlig utbrudd med delvis smitte via luftsmitte i inntil tre måneder.



Informasjonssikkerhet

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

Informasjonssikkerhet handler om å kunne levere helse-tjenester selv om flom, brann eller digital angrep påvirker IKT-systemene. Det handler også om å kunne motstå avansert datainnbrudd, om å bygge en kultur der ansatte behandler opplysninger fortrolig (konfidensialitet), om at digitale støttesystemer gjengir opplysninger uforandret (integritet), og ikke minst handler informasjonssikkerhet om at opplysninger om pasienter skal være tilgjengelig for helsepersonell når de trenger dem (tilgjengelighet).

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

Roller og ansvar for informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst er oppdatert og tydeliggjort i Ledelsessystem for informasjonssikkerhet – Helse Sør-Øst RHF (helse-sorost.no). I planperioden bør det arbeides for å oppnå større samsvar mellom ansvar for måloppnåelse, herunder pasientsikkerhet, og ansvar for informasjonssikkerhet. Dette forholdet bør vurderes spesielt på tvers av virksomheter, der den virksomheten som er ansvarlig for pasientbehandlingen i størst mulig grad også bør være ansvarlig for bruken av opplysninger om pasienten, med tilhørende informasjonssikkerhet.

Arbeidet med informasjonssikkerhet skal være risikobasert, og helseforetakene skal ha kontroll med risiko. Et oppdatert trusselbilde er en del av underlaget for å kunne vurdere risiko. Holdninger til digital sikkerhet er også en sentral komponent i arbeidet med informasjonssikkerhet.

Sårbarheter oppdages jevnlig i programvare og infrastruktur. Helse Sør-Øst har god evne til å avdekke og håndtere hendelser ved et døgnbemannet sikkerhetssenter i Sykehuspartner HF, som også arbeider tett med HelseCERT. Angrep skjer hele tiden, og noen ganger vil angriper lykkes, derfor må evnen til å avdekke og håndtere hendelser videreutvikles i tråd med endringer i trusselbildet.

Behov for regelverksutvikling

Hvis innbyggerne skal oppleve sammenhengende og tilgjengelige tjenester forutsetter det datadeling. Det er behov for å dele store mengder av personopplysninger på tvers av virksomheter og nivåer i helse- og omsorgssektoren. Helselovgivningen pålegger deling av [relevante og nødvendige] opplysninger som er nødvendige å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp. I praksis har det vært krevende å få til god, sikker og effektiv informasjonsflyt på tvers. Dette kan skyldes både tekniske, organisatoriske og rettslige utfordringer. Ansvars- og oppgavedelingen mellom aktørene kan være komplisert og gi svake incentiver til deling. Dels kan dette skyldes at regelverket ikke i tilstrekkelig grad er tilpasset en informasjonsflyt mellom systemer i stedet for mellom helsepersonell. Det kan også være usikkerhet eller uenighet

om adgangen til å dele opplysninger. Sammenhengende og tilgjengelige tjenester vil kreve integrasjoner mellom tjenester og løsninger samt til felles løsninger. Noen problemer løses kanskje best med felles løsninger, som ikke er på plass i dag og som i tillegg vil kreve regelverksutvikling. Vi vil utforske mulighetsrommet for datadeling i helse- og omsorgssektoren innenfor dagens regelverk, og fremme behovet for regelverksutvikling der dette kan fremme utvikling av sammenhengende helsetjenester.



Foto: Shutterstock

2

Fakta om helsetjenesten i Helse Sør-Øst

Den samlede helsetjenesten til befolkningen gis av primær- og spesialisthelsetjenesten. 48 % av innbyggerne er årlig i kontakt med spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Som det framgår av figuren nedenfor fordeler dette seg med i underkant av 1,4 millioner individer i somatikk, om lag 142 000 individer i psykisk helsevern og i overkant av 20 000 individer i rusbehandling (TSB).

Av de 1,46 millionene som hadde en eller flere kontakter i Helse Sør-Øst hadde 1,25 millioner kontakt med fastlege samme år og i snitt 4,8 konsultasjoner. 11% av pasientene i Helse Sør-Øst hadde en vedtaksbasert tjeneste i kommunen. Kommunene ga i 2019 14 millioner timer i helsetjenester i hjemmet til pasienter som var i kontakt med spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst.

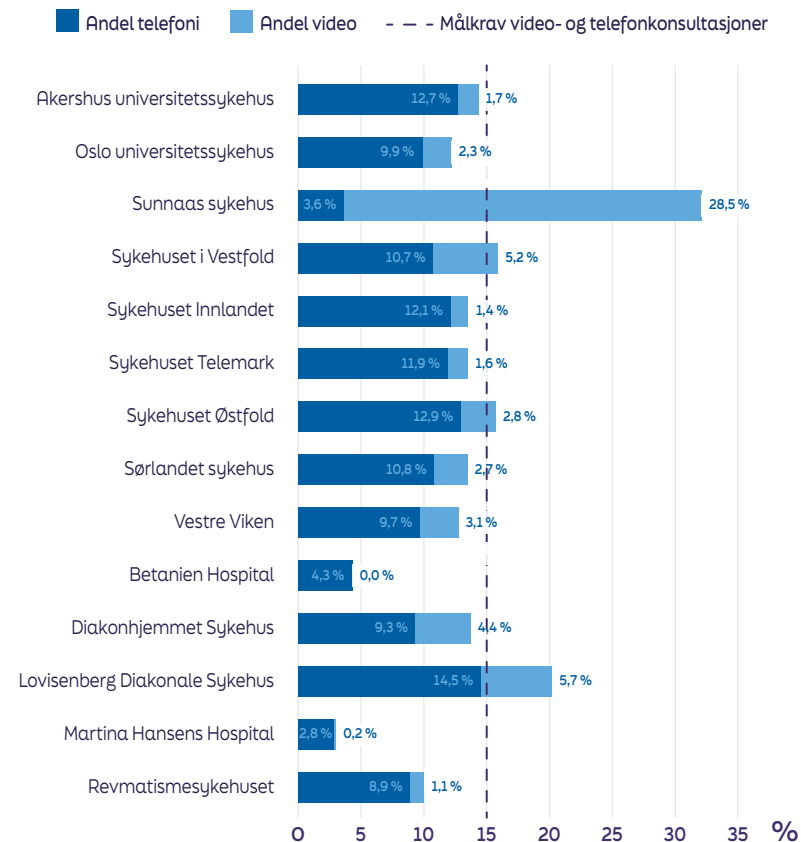
Andel telefon- og videokonsultasjoner øker

Pandemien førte til en betydelig økning av telefon- og videokonsultasjoner. Figur 1 viser resultatene for 2021. Som nevnt i utviklingsplanens del 1 er målet å øke denne andelen ytterligere.



En økende andel eldre og personer med flere kroniske lidelser i årene framover vil sette andre krav til helsetjenesten og øke kompleksitet i oppfølging og behandling. Tabellen under viser at mange av pasientene har minst en definert kronisk sykdom. Flere samtidige sykdommer øker behovet for oppfølging, og oppfølgingsbehovet øker med alder.

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



Kilde: Helse Sør-Øst RHF

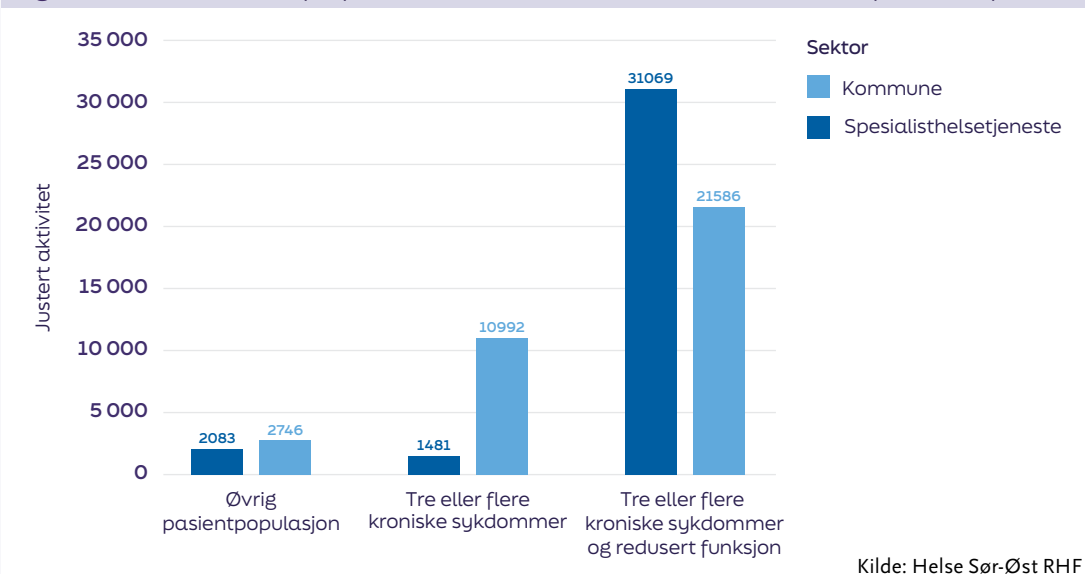
I planlegging og organisering av tilbudet til pasientene i Helse Sør-Øst er det hensiktsmessig å dele opp pasientpopulasjonen. Det er ulike måter å gjøre dette på, men i arbeidet med organisering av helsefelleskapene er det fokus på gruppene barn og unge, psykisk helsevern og TSB, personer med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre.

Figuren under viser ressursinnsatsen per pasient, målt med justert aktivitet² fordelt på primær- og spesialisthelsetjenesten. Per pasient brukes det betydelig ressurser i både primær- og spesialisthelsetjenesten for gruppen med tre eller flere kroniske sykdommer med redusert funksjon. Gruppen består av relativt få individer, så totalt sett er hovedtyngden av kostnadene knyttet til populasjonen uten definert kronisk sykdom.

Tabell 1 Andel pasienter med en eller flere sykdommer

Pasienter	Antall individer
En kronisk sykdom	299 103
To kroniske sykdommer	77 058
Tre eller flere kroniske sykdommer	47 804
Herav tre eller flere kroniske sykdommer og redusert funksjon	12 472
Uten definert kronisk sykdom	1 052 178
Totalsum	1 476 143

Figur 2 Justert aktivitet for pasienter bosatt i Helse Sør-Øst 2019 – rate per 1000 pasient



Gruppen med tre eller flere kroniske lidelser og redusert funksjon skiller seg ut i spesialisthelsetjenesten med et betydelig høyere liggedøgnforbruk i somatikk og psykisk helsevern, lavere forbruk av poliklinisk behandling hos avtalespesialister og somatikk, men høyere forbruk av poliklinisk behandling i psykisk helsevern. Bedre samordning av tjenestene for disse pasientene vil kunne gi betydelig gevinst både for pasient og helsetjeneste.

² For å sammenstille aktivitet på tvers av sektorer brukes en omregning fra aktivitet (e.g. polikliniske opphold, liggedøgn, timer) til penger basert på estimerte enhetskostnader.

3

Framskrivinger

Metoden for framskrivinger er omtalt i detalj i den første utgaven av regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst (Regional utviklingsplan 2035).

Framskrivningene brukes på områder som utdanning og rekruttering av personell, planlegging av nye bygg, kjøp av helsetjenester, etablering av teknologisk infrastruktur og organisering og innretting av helsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten har blitt enige om felles framskrivingsmodeller. Det er etablert et nasjonalt fagnettverk som utvikler og forvalter modellene og som ledes av Helse Sør-Øst RHF. Nettverket består av representanter fra de regionale helseforetakene, Sykehusbygg HF, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og KS.

Framskrivingsmodellen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ny og er derfor viet ekstra plass.



Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Forekomst av psykiske lidelser og ruslidelser er stabil over tid, men er tilbudene riktig plassert og dimensjonert?

Epidemiologiske studier tyder på at forekomsten av diagnostiserbare psykiske lidelser og ruslidelser i befolkningen er stabil over tid^{3,4,5}. Det danner grunnlag for å vurdere forekomst sammenholdt mot aktivitetsdata for å identifisere tilstandsgrupper som kan ha udekket behov for helsetjenester.

Behovet for helsehjelp for psykiske lidelser møtes av en tjeneste som er i endring gjennom økende kvalitetskrav, faglig utvikling, med nye behandlingsformer og teknologisk utvikling. Disse faktorene er derfor lagt inn i modellen. Modellen justerer videre for endringer i demografisk sammensetning fram mot 2040.

Ny framskrivingsmodell innen psykisk helse og TSB

Det er, gjennom et bredt nasjonalt prosjekt, utviklet en ny framskrivingsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) siden den forrige regionale utviklingsplanen. Hovedresultatene av modellen er en styrking av døgnkapasitet for kombinerte rus og psykiatri lidelser (ROP), alvorlige psykiske lidelser og for barn og unge. Det vektlegges fremdeles en tydelig satsing på det polikliniske forløpet, tidlig intervensjon og koordinerte helsetjenester for de mest alvorlige syke. Variasjonen innen deler av disse tjenesteområdene er stor, og det vil være vanskelig å justere dette uten større grep.

- 3 Baxter et al. (2014). Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety*, 31
- 4 Sawyer et al. (2018). Has the Prevalence of Child and Adolescent Mental Disorders in Australia Changed Between 1998 and 2013 to 2014? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57
- 5 Hunt et al. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*

Betydelig variasjon gjør framskrivinger utfordrende

Det er betydelig og vanskelig forklarlig variasjon i tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern og rusområdet. Fordi variasjonen er så stor, vil en ujustert framskrivning gi store forskjeller over tid. Det er derfor gjort en «normalisering» innen voksenpsykiatri, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og vedtaksbaserte tjenester, der forbruket i et helseforetak som er under 20-persentilen løftes til 20-persentilen før framskrivning. For de samme områdene reduseres forbruket i et helseforetak til 80-persentilen hvis forbruket i dag er over.

Dette har skapt diskusjon i fagmiljøene, og vil måtte evalueres i framtidige gjennomganger av kapasiteten i psykisk helsevern og TSB. Et annet moment er at det innen TSB vektlegges særlig en satsing på basistjenester (for eksempel øyeblikkelig hjelp). Denne satsingen vil ikke nødvendigvis utløse flere liggedøgn, men kreve en annen bemanningssammensetning.

Spesialisthelsetjenesten i Norge behandler om lag 1 av 3 med diagnostiserbar psykisk lidelse og ruslidelse. Mange får oppfølging hos fastlege og i kommune, og et relativt stort volum ønsker ikke behandling. Større samfunnsmessige svingninger vil kunne påvirke etterspørselen til disse behandlingstjenestene. Den nye framskrivingsmodellen forsøker å adressere dette ved å se særlig på tilstandsgrupper med lavere dekning i spesialisthelsetjenesten. Av flere årsaker anbefales å tilrettelegge for en økt kapasitet for behandling av alkoholproblemer og spiseforstyrrelser.

Framskrivningene viser at tilbudet innen psykisk helse og rus fortsatt må prioriteres og at vi må lære oss å måle effekten av behandlingen vi gir. Foreløpige analyser kan indikere at kortere liggetid ved enkeltopphold kan gi et høyere antall

samlede liggedøgn når pasienten følges over tid. Dette trenger vi å forstå bedre. Vi må også utvikle indikatorer på behandlingseffekt. Kanskje har vi hatt for mye oppmerksomhet på diagnoser og ikke hva som er viktig for pasienten. Der somatikken preges av diagnosespesifikke kvalitetsregistre må vi kanskje tenke annerledes innen psykisk helse og rus med mer vekt på pasientenes funksjonsnivå.

Somatikk

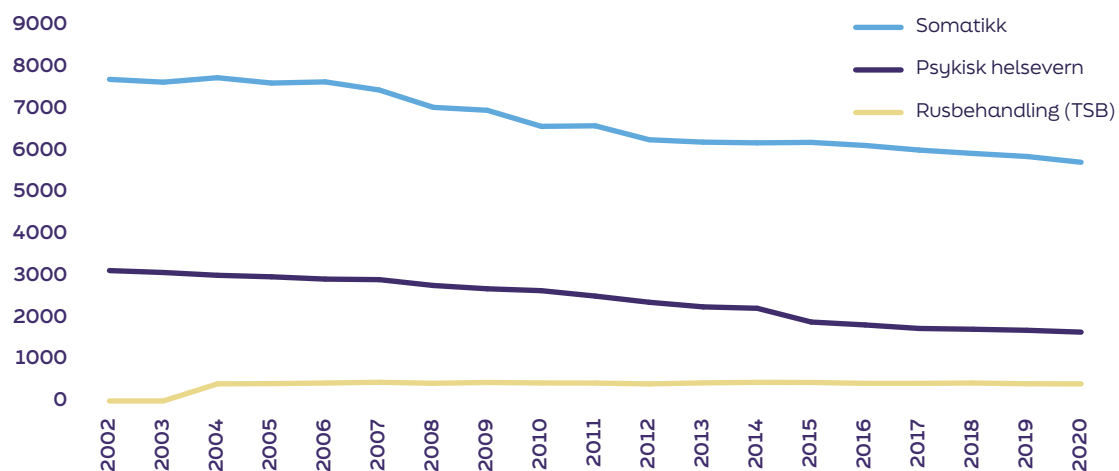
En systematisk gjennomgang av modell for somatiske sykehusfunksjoner planlegges ferdigstilt i 2022, men er betydelig forsinket grunnet pandemi. Arbeidet vil utføres av representanter fra fagmiljøer i helseforetakene, sentrale aktører i det regionale utviklingsplanarbeidet og fagnettverket for framskrivinger. Arbeidet eies av de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene. De første produktene av denne gjennomgangen vil belyse de mest sentrale aspektene ved den forventede sykdoms- og befolkningsutvikling i Norge. Samtidig er det flere nasjonale og regionale prosjekter som vil få en konsekvens for framtidig dimensjonering av somatiske sykehusfunksjoner. En vurdering av behov for strålekapasitet er ferdig, mens blant annet intensivkapasitet og fordeling av invasiv kardiologi er under arbeid.

Aktivitet og kapasitet – har reduksjon i sengeantall nådd bunnen?

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

Den nye framskrivingsmodellen innen psykisk helsevern og TSB gir et resultat som innebærer at kapasiteten korrigert for befolkningssammensetning er stabil. Tabellene 2, 3 og 4 beskriver forventet utvikling per sykehusområde fra 2019 til 2040 for liggedøgn og polikliniske konsultasjoner for somatikk, psykisk helsevern og TSB. Sykehusområde brukes fordi tallene også inkluderer aktivitet som håndteres ved bruk av avtalespesialister og private leverandører.

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



Kilde:
Statistisk
sentralbyrå

Oppdaterte framskrivinger

Framskrevet aktivitetsbehov beregnes ved å ta utgangspunkt i et gitt basisår. Aktiviteten framskrives så med Statistisk sentralbyrå (SSB) sine framskrivinger av demografi og befolkningsvekst, kvalitative vurderinger av forventet sykdomsutvikling og andre endringsfaktorer.

«Andre endringsfaktorer» har i stor grad vært uendret siden 2014. De omfatter for eksempel samhandling med primærhelsetjenesten, overføring fra døgn til dag og poliklinikk og generell effektivisering. Disse gjennomgås nå på nytt. Brukerstyrt poliklinikk og digital hjemmeoppfølging vil komme inn som nye endringsfaktorer. Den tallmessige effekten av endringsfaktorene er inntil videre beholdt i den aktuelle framskrivingen.

Framskrivinger av liggedøgn

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

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

Tabell 2 Framskrivinger av liggedøgn somatikk

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

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Tabell 3 Framskrivinger av liggedøgn tverrfaglig spesialisert rusbehandling

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

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Det er laget en ny modell for framskrivning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ([ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf](#) (regjeringen.no)). Det er stor variasjon i bruk av døgnbehandling mellom helseforetakene, og modellen reduserer derfor variasjon i bruk av døgnbehandling. Resultatet justeres deretter basert på forventninger til endringer i pasientbehandling, nye oppgaver og bruk av ny teknologi.

Tabell 4 Framskrivinger av liggedøgn psykisk helse

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

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Tabell 5 Framskriving av poliklinisk aktivitet

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



Framskrivinger av poliklinisk aktivitet

Framskrivingene er gjort som beskrevet tidligere.

Det forventes altså økning i antall liggedøgn både innen somatikk og psykisk helse samt enda større økning i dag- og polikliniske tilbud. Unntaket er TSB, der det fortsatt er faglig ønsket å øke andelen poliklinisk behandling med en svak reduksjon i antall liggedøgn. Det er samtidig påpekt at det i TSB er behov for en vridning mot en mer spesialisert døgnbehandling.

Framskrivning av bemanning

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

Kvaliteten i norske helsetjenester er god, og menneskene er den viktigste ressursen. Den sannsynlige befolkningsutviklingen i Norge vil medføre at vi må forvente færre helsepersonell per pasient. For å opprettholde den gode kvaliteten må vi legge til rette for å bruke de ressursene vi har på beste måte.



• Foto: Oslo universitetssykehus HF

Dette vil kunne ha konsekvenser for hvordan vi planlegger bygg, digital infrastruktur og utdanning. Innen flere områder er det stor konkurranse om arbeidskraft, men utdanningen er sentralisert til spesialisthelsetjenesten. Dersom vi ikke bruker felles modeller både i primær- og spesialisthelsetjenesten, vil vi ikke se det samlede utdanningsbehovet. Det er allerede i dag rekrutteringsutfordringer på enkelte stillingsgrupper i noen områder i Helse Sør-Øst. Dette krever en særskilt langsiktig strategi for å sikre likeverdige helsetjenester i framtiden.

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

4

Sentrale forutsetninger for regional utviklingsplan

I dette kapitlet er noen sentrale forutsetninger for å kunne realisere Regional utviklingsplan beskrevet. Det er helt sentralt at det rekrutteres godt til helseforetakene og at vi klarer å beholde våre ansatte. Utdanningene og kompetanseutvikling må være tilpasset dagens og framtidige behov. Akuttkjeden og medisinske servicefunksjoner som bildediagnostikk og laboratorietjenester, må fungere og videreutvikles. Kvalitet og pasientsikkerhet må ha et høyt fokus, og korrekt legemiddel-håndtering er en viktig innsatsfaktor i den sammenheng.

En annen viktig forutsetning er at virksomhetene i regionen har teknologiske løsninger som er trygge og understøtter den faglige og daglig driften og har bygg og eiendommer som er tilrettelagt for moderne og bærekraftig sykehusdrift. Sist, men ikke minst, må virksomheten ha økonomiske rammer til å oppfylle sørge-for-ansvaret.



Foto: Esten Borgos – Sykehuset Østfold

Rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere

Kjernen i vår virksomhet er kompetansen til medarbeidere og ledere.

Helse Sør-Øst er med sine 81 000 medarbeidere landets største arbeidsplass, men har utfordringer med rekruttering. Det er stort fokus på rekruttering. Vi trenger samtidig større oppmerksomhet på hele arbeidslivsløpet, rekruttere – utvikle – og ikke minst beholde personell. Det er betydelige variasjoner mellom helseforetakene i rekruttering til ledige stillinger. Hovedstadsområdet er bedre stilt med tilgang på nyutdannede i alle fag. For høgskolegrupper med grunnutdanning, dekkes kompetansebehovene gjennomgående likevel bedre i distriktene enn i de sentrale strøkene.

Rekrutteringsutfordringer for flere grupper

Generelt er utfordringene knyttet til de samme gruppene. Mest krevende er situasjonen for tilgang på spesialsykepleiere i fagene anesthesi-, barne-, intensiv- og operasjonssykepleie samt jordmødre. Det er også utfordringer knyttet til legespesialiteter innen psykisk helse og rusmedisin, bildediagnostikk, patologi, geriatri, lungemedisin og gastroenterologi.

I tillegg er det krevende å rekruttere til legestillinger som organiseres med tre- og firedelte vaktordninger. Helseforetakene etterspør også psykologspesialister, bioingeniører, radiografer med spesialkompetanse, stråleterapeuter, fysioterapeuter, operatører til AMK-sentraler, farmasøyter og miljøterapeuter. Flere peker på at den teknologiske utviklingen på sikt gjør det nødvendig å øke rekrutteringen av medisinske fysikere, ingeniører, IKT-spesialister mv.

Gjennom den langvarige Covid-19 pandemien har det vært særlig press på sykepleiere og spesialsykepleiere. Også andre yrkesgrupper i helseforetakene har hatt mangel på personell i denne situasjonen. Det har i perioden vært benyttet insentivordninger for å styrke frivillighet blant ansatte for utvidet arbeidstid og sikre ekstraordinær innsats over tid.

Rekruttering starter allerede ved at helseforetakene tilbyr studenter og lærlinger oppdaterte og kunnskapsbaserte praksisplasser.

Flere heltidsstillinger kan bidra til bedre rekruttering

En prioritert oppgave for å rekruttere, beholde og utvikle kvalifisert og relevant kompetanse er å redusere omfanget av deltid og kunne tilby flere heltidsstillinger.

Det er flere grunner til at vi har deltidsarbeidende, blant annet lovfestet rett til redusert arbeidstid, graderte sykmeldinger, delvis uføre, tilrettelegging for ansatte med nedsatt funksjonsevne, seniortiltak, samt frivillig ønske om deltid. Denne deltiden forårsaker ofte behov for å rekruttere flere i deltidsstillinger. Reduksjon av deltid vil gi et større arbeidskraftpotensial som fører til en rekke positive effekter både for kapasitet og kvaliteten på helsetjenestene.

Tiltak som blant annet alternative arbeidstidsordninger, oppgavedeling og arbeid på tvers av avdelinger, vil kunne bidra til flere heltidsstillinger. Helseforetakene skal motivere ansatte i deltidsstillinger til å øke sin stillingsandel der dette er mulig. Det skal også legges til rette for at arbeidsbelastningen ikke er større enn at ansatte kan stå i hele stillinger. Lederens ansvar for bemanning- og arbeidstidsplanlegging i samarbeid med sine tillitsvalgte, er en nøkkel for det fortsatte arbeidet med en heltidskultur.

Et lokalt prøveprosjekt er igangsatt på området ved blant annet Sykehuset Østfold HF.

Reduksjon av deltid, prosjekt i Sykehuset Østfold HF

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

Bemanningsplanlegging og ressursstyring

Bedre bemanningsplanlegging og ressursstyring bidrar til bedre bruk av medarbeidernes kompetanse og er et sentralt virkemiddel for å rekruttere, utvikle og beholde høyt kvalifisert helsepersonell. Det er nødvendig at ledere har et helhetlig perspektiv på bruk av ressurser og kompetanse i egen organisasjon, og en forutsetning at de har god innsikt i både pasientens behov og sykehusdrift.

Bemanningsplanlegging og ressursstyring har hatt ledelsesmessig fokus i foretaksgruppen over flere år, og gjennomgående er det en økt prioritering av ressurser til dette området. Det er likevel behov for å øke innsatsen framover, og vi er derfor i gang med å initiere flere prøveprosjekter innen dette området. Noen av aktivitetene beskrives her.

Fem hovedtema skal ha fokus framover

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

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

Bemanningsenheter et viktig virkemiddel

De aller fleste helseforetakene har nå etablert bemanningsenheter som et virkemiddel for å sikre kompetanse og kapasitet. Bemanningsenhetene er organisert forskjellig og med noe ulikt ansvar og oppgaver. Erfaringene er at denne type enheter totalt sett bidrar til en bedre ressursstyring. Bemanningsenhetene avlaster blant annet pleietjenesten med å skaffe timelønnede ekstravakter. I tillegg kan bemanningsenheten ha ansvaret for oppfølgingen av og bestilling av eksterne vikarer fra vikarbyrå. Bemanningsenhetene har egne faste ansatte som dekker opp kortere og lengre sykefravær. Bruken av bemanningsenheter kan også bidra til økte stillingsprosenter og reduksjon av ufrivillig deltid.

Samarbeid om bemanning på tvers av helseforetak og med kommunene

Sykehusene vil kunne ha stor nytte og gevinst av å samarbeide og tilby kompetanse på tvers av foretakene. Sykehusene bør i større grad også samarbeide med kommunehelsetjenesten om enkelte yrkesgrupper, som for eksempel jordmødre. Dette vil sikre bedre tilgang på denne kompetansen, samtidig som det kan bidra til at flere arbeider i heltidsstillinger.

Arbeidstidsordninger

Helsefremmende arbeidstidsordninger er avgjørende for et arbeidsmiljø preget av trivsel og motivasjon. Det er en målsetting å organisere arbeidet slik at ansatte kan stå i arbeidslivet til oppnådd pensjon, at arbeidsbelastningen er håndterbar for den enkelte ansatte og at yrkesskade kan forhindres.

Redusere sykefravær og hindre frafall

I 2018 utgjorde sykefraværet i helseforetakene omlag 1 283 000 tapte dagsverk. Selv en moderat reduksjon i sykefraværet i helseforetakene vil ha betydning for den enkelte arbeidstaker, pasientsikkerhet og kvaliteten og for helseforetakenes og samfunnets behov for kompetanse.

Som en del av IA-avtalen er det iverksatt Bransjeprogram for sykehus. Bransjeprogrammet er etablert som et prosjekt med en styringsgruppe bestående av partene i bransjen ved Spekter Helse, Norsk Sykepleierforbund, Legeforeningen, Fagforbundet, Fellesorganisasjonen, Delta, Akademikerne Helse, Unio, Lo og YS samt representanter fra myndighetene. Bransjeprogrammet for sykehus har to innsatsområder, forebyggende arbeidsmiljøarbeid og lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær:

Forebyggende arbeidsmiljøarbeid (innsatsområde 1):

Det er tatt i bruk en kunnskapsbasert arbeidsmiljømetodikk, «Der Skoen Trykker», som er utviklet av og for sykehussektoren. Metodikken baserer seg på strukturert partsamarbeid, god ansattinvolvering, fokus på lederrollen og prosessveiledning.

Det er etablert et nasjonalt innsatsteam som består av 18 frikjøpte fagressurser fra sykehusene og NAV arbeidslivssenter. Seks av disse fagressursene bistår sykehusene i Helse Sør Øst. Innsatsteamet gjennomfører «Der skoen trykker» sammen med leder, tillitsvalgte, verneombud og interne fagressurser ved sykehusene. Bransjeprogrammet tilbyr opplæringsprogrammer og skreddersydde arbeidsmiljøverktøy.

Lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær

(innsatsområde 2): Arbeidet med dette innsatsområdet er i startfasen. Det er gjennomført en kartlegging blant ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste på tre sykehus i Helse Sør Øst av hvilke utfordringer og muligheter for forbedringer disse opplever i forbindelse med denne typen fravær. På bakgrunn av kartleggingen skal det utvikles ulike tiltak innenfor følgende områder: sykefraværsoppfølging, ledelse, system, organisering og oppfølging og forebyggende arbeidsmiljøarbeid.

Lovisenberg Diakonale Sykehus – et lærende sykehus

Sykehuset har fra høsten 2020, som det eneste norske sykehuset, deltatt i et fireårig europeisk forskningsprosjektet, Magnet4Europe Lovisenberg Magnet4Europe

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

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



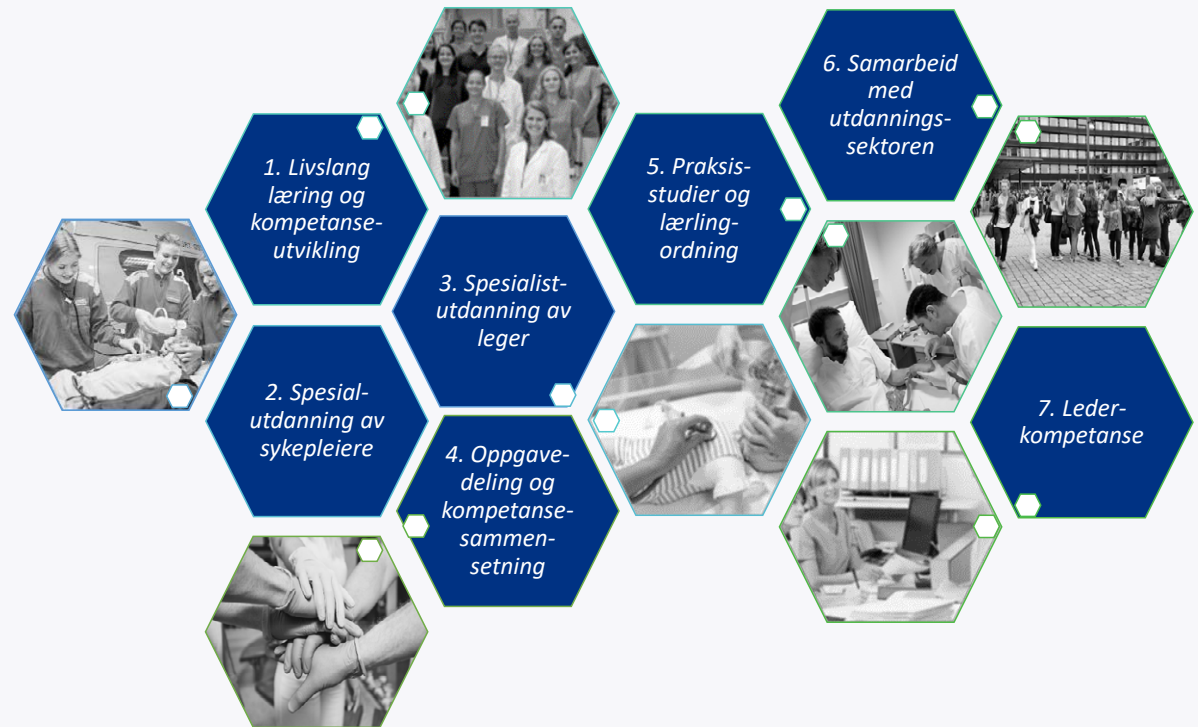
Utdanning og kompetanse

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

Spesialisthelsetjenesten har et særskilt ansvar for å utdanne helsepersonell for hele helsetjenesten. I tillegg til at vi må bruke det helsepersonalet vi har bedre, må vi utdanne flere. Det er allerede betydelig utdanningsvirksomhet i helseforetakene i Helse Sør-Øst, og dette gjøres i tett samarbeid med fire offentlige høgskoler, fire universitet og flere private høgskoler. I tillegg kommer samarbeid med de videregående skolene og fagskolene.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok en Regional delstrategi for utdanning og kompetanse 19. August 2021 (sak 084-2021) (Regionale planer og strategier – Helse Sør-Øst RHF). Delstrategien tydeliggjør hvordan Helse Sør-Øst arbeider med og prioriterer utdanning og kompetanseutvikling for at spesialisthelsetjenesten kan møte framtidens behov for kompetanse. Arbeidet med utdanning og kompetanseutvikling i planperioden for *Regional utviklingsplan* vil ta utgangspunkt i de syv satsingsområdene som er definert i delstrategien.

Figur 4 Regional delstrategi for utdanning og kompetanse



Livslang læring og kompetanseutvikling

De ansatte må gjøres i stand til å håndtere så vel endringer i driftsformer som utvikling i behandlingsmetoder og endrede forventninger fra brukerne. Den regionale delstrategien viser til mange virkemidler for livslang læring og kompetanseutvikling og peker på at arbeidsplassen skal være den primære arenaen for læring og utvikling. Alle medarbeidere i Helse Sør-Øst skal ha en kompetanseplan. Kompetanseportalen er gjort tilgjengelig for alle helseforetakene i 2021, og det gjennomføres et imponerende arbeid med planer og kompetansekrav for hver enkelt ansatt.

En viktig del av den samlede kompetanseheving hos de ansatte skjer eksternt, gjennom formell videre- og masterutdanning, spesialisering og doktorgradsutdanning. Satsing på master- og doktorgradsutdanning er nødvendig for å videreutvikle god forskningskultur og undervisningskompetanse i foretaksgruppen.

En stor andel av medarbeiderne og pasientene har i dag høy teknologikompetanse og har dermed en forventning om bruk av moderne digitale verktøy, både i pasientbehandling og i utdanning og opplæring. Det er et skille mellom nyutdannede som gjennom utdanningene benytter ulike digitale løsninger og øvrig ansatte med mindre digital erfaring. Manglende satsing på organisasjonsutvikling knyttet til teknologiske investeringer og generelt stort arbeidspress, medfører at nye teknologiske løsninger ikke benyttes optimalt. Det kreves stor ledelseskraft og kapasitet for å tilrettelegge for endrede arbeidsprosesser og ny organisering av tjenesten. Vi må derfor legge til rette for at våre ledere har kompetanse og tilstrekkelig ressurser til å utvikle de ansattes digitale ferdigheter i tråd med den teknologisk utvikling.

Det ligger et stort potensial i å øke samarbeidet mellom helseforetakene om utarbeidelse og vedlikehold av ulike opplæringsmateriell i regionen. Som den eneste regionen i landet har Helse Sør-Øst fram til nå ikke hatt en samordnet og koordinert utvikling og vedlikehold av kurs og andre kompetansehevende tiltak. Dette ønsker vi å gjøre noe med og har derfor igangsatt arbeidet med å oppdatere dagens digitale løsninger for å utarbeide opplæringsmateriell (e-læring, video, VR, podkast o.l.). I tillegg har det blitt opprettet et nytt regionalt senter ved Akershus universitetssykehus HF for digital læring og kompetanseutvikling.

Senterets oppgaver vil blant annet være å

- produsere, revidere og forvalte regionale digitale læringselementer
- sikre koordinering av alle behov for digitale læringselementer, operativ fagutvikling (trendanalyser innen digital læring og nettpedagogikk)
- vurdere nytt utstyr og programvare for bruk innen digital læring
- etablere et felles regionalt innmeldingssystem for digitale læringselementer, som sikrer samordnet prioritering og god ressursutnyttelse i hele foretaksgruppen

Spesialutdanning av sykepleiere

Behovet for spesialiserte sykepleiere har økt i takt med utviklingen i spesialisthelsetjenesten. Covid-19 pandemien har vist at det er nødvendig med en bedre oversikt over tilgangen på spesialkompetanse, oversikt over hvordan ressursene benyttes, hvilke tiltak som må iverksettes for å ha nødvendig tilgang på kompetanse og hvordan en kan tilrettelegge for å beholde ansatte. Dagens situasjon er ikke bærekraftig eller det er ikke

en fornuftig bruk av medarbeiderens kompetanse. Andelen utdanningsstillinger for sykepleiere skal øke sammenlignet med 2020.



Mangelen på spesialsykepleiere er ikke ny. En rapport fra Institutt for industriell miljøforskning i 1988 stiller spørsmålet om mangelen på spesialsykepleiere skyldes for liten utdanningskapasitet eller arbeidsvilkårene. Her konkluderes det med at utdanningskapasiteten den gangen ikke var for lav, men at avgangen var for stor på grunn av dårlige arbeidsvilkår. I tillegg til å se

på hvordan kompetanse utnyttes og hvordan personalgrupper settes sammen, vil det være naturlig også å se nærmere på andre tiltak som retter seg mot å redusere turnover, fagutvikling og muligheten til å styre egen arbeidshverdag. Denne type tiltak er like aktuelle nå som for 35 år siden.

Helse Vest har nylig gjennomført en kartlegging av turnover i sin region, og vi planlegger lignende analyser også i Helse Sør-Øst.

Spesialistutdanning av leger

Ny Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger trådte i kraft i 2017. Den nye ordningen ble innført for å sikre god pasientbehandling og kvalitet i utdanningen, herunder nasjonal harmonisering og tverregional samordning for effektive utdanningsløp. Helseforetakene har ansvar for å ivareta kvaliteten i utdannelsen og for gjennomføring av hele spesialistutdanningen.

Det regionale helseforetakene skal sørge for at regionens behov for utdanning av spesialister til spesialisthelsetjenesten blir dekket og at det legges til rette for helhetlige utdanningsløp på tvers av helseforetakene og andre aktuelle aktører. Helse Sør-Øst RHF har gjennomført analyser av utviklingen i antall legestillinger i regionen. Basert på disse analysene mener det regionale helseforetaket at det er nødvendig med en større gjennomgang av organisering og gjennomføring av spesialistutdanningen for leger.

Oppgavedeling og sammensetning av kompetanse

God pasientbehandling fordrer at yrkesgruppene samarbeider tettere, og at kompetansen til hver enkelt benyttes best mulig. Endret oppgavedeling kan gi et mer effektivt tjenestetilbud, og rett sammensetning av kompetanse vil bidra til læring, utvikling og økt arbeidsglede ved at arbeidsoppgavene oppleves mer meningsfulle.

En undersøkelse fra 2019⁶ viser at mer enn halvparten av sykepleierne i løpet av arbeidsuken vasker opp og rydder etter måltid, vasker toaletter, rydder på lager, hjelper med praktiske gjøremål (som å finne lader til telefon, følge til frisør), bestille varer, ringe etter vikarer og organisere pasienttransport. Oppgavedeling vil gi muligheter for nye yrkesgrupper inn i sykehus og bidra til at målet om mer tid til pasientrettet arbeid nås.

En studie fra 2017⁷ viser at legenes produktivitet har gått ned de siste årene. Det er en industriell måte å fortelle at de behandler færre pasienter per dag. Studien viste en tydelig sammenheng mellom personellsammensetningen og produktivitet, blant annet ved at antall sykepleier og sekretærer per lege i stor grad kan forklare legers produktivitet.

6 6 av 10 sykepleiere bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde utføre (sykepleien.no)

7 Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform: A panel and data envelopment analysis – ScienceDirect

Dette beskrives også i en rapport fra Riksrevisjonen i 2018⁸ som konkluderer med at helseforetakene ikke utnytter legekapasiteten ved poliklinikkene godt nok. I følge denne rapporten opplever mange leger at de bruker unødvendig mye tid på dokumentasjonsoppgaver på grunn av ustabile IT-systemer og manglende integrasjon mellom ulike data-programmer. Mer brukervennlige IT-systemer vil bidra til at legene kan bruke mer tid på pasienter. Rapporten peker på mer langsiktig planlegging, bedre prosesser for prioritering av pasienter og mer brukervennlige elektroniske systemer som virkemidler som kan frigjøre legeressurser.

Praksisstudier og lærlingordning

Spesialisthelsetjenesten har et medansvar for å tilby studenter praksis gjennom studieforløpet. Praksisstudiene skal være kunnskapsbaserte, velorganisert og bidra til at studentene oppnår planlagt læringsutbytte. Tilrettelegging for økt veilederkompetanse, tid til veiledning og tydeliggjøring av roller, ansvar og oppgaver vil kunne bidra til økt læringsutbytte. En tydeligere og mer forutsigbar organisering og prioritering av utdanningsoppgavene i helseforetakene vil kunne bidra til at veilederrollen blir en attraktiv karrierevei, og dermed bidra til at viktig kompetanse beholdes.

Studenter og lærlinger er potensielle nye arbeidstakere. Høy kvalitet på praksisperioder gir grunnlag for senere rekruttering. Flere helseforetak har etablert lærlingekontor i egen virksomhet. Dette gir en unik mulighet til å påvirke innholdet og utviklingen av lærlingens kompetanse, slik at den imøtekommer helsetjenestens behov.

Samarbeid med utdanningssektoren

Det viktigste samarbeidet mellom utdanningsinstitusjonene og helseforetakene skjer lokalt. Et tett og gjensidig forpliktende samarbeid mellom de to sektorene er nødvendig for god tilgang på nyutdannet personell. Spesielt må det etableres en bedre samhandling i forhold til dimensjonering av studieplasser.



Helse Sør-Øst RHF har etablert ett samarbeidsorgan med høyskolene og universitetene i regionen og et eget underutvalg for utdanning. Formålet er å fremme et tettere samarbeid om saker av felles interesse som omhandler forskning, innovasjon og utdanning. Framover vil det være viktig å samarbeide bedre med alle relevante utdanningsaktører.

Gjennom endringene av styringssystemet i utdanningssektoren (RETHOS) har tjenestene fått en unik mulighet til å påvirke innholdet i utdanningene. Teknologi og helsepedagogikk må inn i utdanningene for at tjenestene skal lykkes med nye arbeidsmetoder, tverrfaglig samarbeid og samvalg med pasientene.

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

Flere utdanningsløp gjennomføres slik de alltid er blitt organisert. Det er derfor behov for å teste ut nye løsninger, og Helse Sør-Øst ønsker å ta initiativ til å teste ut nye utdanningsmodeller. Dette kan for eksempel være å se hvordan interne opplæringsprogram eller traineestillinger kan godskrives som en del av et utdanningsløp eller hvordan studentene kan nå sine læringsutbytter uten direkte pasientrettet kontakt, men ved bruk av simulering og ferdighetstrening.

Akuttmedisinske tjenester

Befolkningens akuttmedisinske tilbud er et felles ansvar mellom kommuner og sykehus.

De akuttmedisinske tjenestene er en koordinert kjede, basert på samarbeid og samhandling mellom kommuner og helseforetak. En godt fungerende kjede kjennetegnes av god samhandling og kan forebygge unødvendige akuttinnleggelser. Dette krever kompetente og beredte medarbeidere som har fått opplæring og trening i samhandling, at virksomheten har tilgang på relevant og pålitelig styringsinformasjon, og at helseforetak og kommuner prøver ut arbeidsformer som styrker tilbudet til pasientene.



Foto: Sykehuset Innlandet HF

I Foretaksmøte 14. januar 2020 ble de regionale helseforetakene bedt om å stille krav til helseforetakene om i sin neste utviklingsplan å gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene, og å gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene og foreslå forbedringstiltak. Oppdragene ble gitt videre til helseforetakene, og det reflekteres i helseforetakenes utviklingsplaner at flere prosjekter er i gang.

Prehospitale tjenester

Det er stor aktivitet og høy kvalitet innen de prehospitale tjenestene i Helse Sør-Øst, men samhandlingen mellom sykehusene og kommunene kan bli enda bedre. Aktiviteten har samlet økt med tre-fire prosent hvert år de siste 20 årene, og denne utviklingen forventes å fortsette. Endringer i sykehusstruktur og behandlingstilbud i både spesialist- og primærhelsetjenesten påvirker i stor grad de prehospitale tjenestene.

Prehospitale tjenester består av flere virksomheter:

- **Pasientreiser (PRK):** Seks pasientreisekontor som administrerer litt over 4 millioner pasientreiser per år i helseregionen, hvorav 60% av reisene er spesielt tilrettelagt ut i fra pasientenes medisinske behov.
- **Akuttmedisinsk koordineringssentral (AMK):** Fem sentraler, som tar imot nødmeldinger, varsling og bestilling av ambulanse.
- **Ambulansetjeneste (AMB):** Syv ambulansetjenester med til sammen 218 bemannede ambulanser i beredskap som rykker ut til akutte hendelser med alvorlig sykdom og skade, elektive transporter og tilbakeføringsoppdrag til lavere behandlingsnivå/hjem, spesialressurser for

intensivtransport, smittepasienter, CBRNe og øvrige mobile beredskapsenheter.

- **Luftambulansetjeneste (LA):** Ansvarlig for det fly-operative og for medisinsk koordinering av ambulanseflyene (MKA) i tett samarbeid med AMK. Helseforetakene har ansvar for bemanning og det medisinske ansvar for ambulanshelikopter/legebiler.

Fagmiljøene i regionen har utarbeidet felles målbilde for de prehospitale tjenestene som peker på følgende:

- Pasientene skal motta rask og riktig helsehjelp.
- Helsepersonellet skal inneha nødvendig kompetanse.
- Den akuttmedisinske kjeden skal være standardisert, sammenhengende og velfungerende.

For å kunne realisere dette målbildet, må tjenestene understøttes av formålstjenlige og velfungerende IKT-løsninger. Nye, og i stor grad digitaliserte former for diagnostikk- og beslutningsstøtte, gir bedre behandlingsforløp, reduserer behovet for ressursinnsats, bidrar til at behandling kan starte før pasienten kommer til sykehus og at unødvendige innleggelses unngås.

Flere helseforetak har allerede gode erfaringer med bruk av videokonsultasjoner mellom ambulanspersonell og lege eller AMK. Digital kommunikasjon kan i fremtiden bidra til bedre samhandling mellom aktører i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Utviklingen av den akuttmedisinske kjeden skal være basert på relevant og pålitelig pasientinformasjon. I løpet av planperioden for utviklingsplanen vil alle helseforetak ha elektronisk ambulansjournal og moderne teknologiske

løsninger for AMK-sentralene. I første omgang vil dette bedre kommunikasjonen mellom ambulansepersonell, anestesileger, AMK-sentraler, akuttmottak og sykehusleger. I neste omgang kan for eksempel kunstig intelligens bidra til bedre flåtestyring av prehospitale kjøretøy og luftfartøy, samt gjøre preliminær eller fjern-diagnostikk ved hjelp av utplasserte kamera og andre medisinske sensorer.

Innen pasientreiseområdet vil det også komme nye systemer som bidrar til at pasientene får et bedre og mer effektivt pasientreisetilbud.

De siste 20 årene har blitt brukt til å etablere digital samhandling basert på meldingsutveksling mellom aktørene i helsetjenestene (kommunikasjon etter PUSH-prinsippet, en avsender «pusher» informasjon i en melding til en mottaker). Helse Sør-Øst sender 10 millioner elektroniske meldinger per måned som en del av dette (rapport til Helse- og omsorgsdepartementet 1. mai 2017).

I årene framover vil digital samhandling med data- og dokumentdeling muliggjøre mye mer fleksibel deling av informasjon (kommunikasjon etter PULL-prinsippet, en mottaker «pull'er/drar» informasjon fra en avsender etter behov via et oppslag og en request/forespørsel om informasjon). Det er allerede pilotert en løsning som gir kommuner og fastleger tilgang til viktige, elektroniske journaldokumenter i DIPS fra Oslo universitetssykehus HF. I årene framover skal alle helseforetak kunne dele sine viktige journaldokumenter med fastleger og kommunal helsetjeneste raskt og sikkert, ved behov.

Andre former for slik enkel, sikker og fleksibel data- og dokumentdeling som er planlagt fra Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet, er deling av pasientens legemiddelliste, kritisk informasjon og tverrfaglig behandlingsplan og samarbeid om digital hjemmeoppfølging. På den måten vil nødven-

dig og relevant journalinformasjon ikke bare bli delt innad i organisasjoner, men også på tvers av nivåene i helsetjenestene – vår felles helsetjeneste – med pasienten i sentrum.

Akuttmottak

Akuttmottakene er det siste leddet i den akuttmedisinske kjeden, og stadig mer av utredning og behandling skjer i akuttmottak. Kravene til helsepersonell og kommunikasjonsløsninger er økende, og det er behov for utvikling av akuttmottak på flere områder.

Det er 18 akuttmottak i Helse Sør-Øst. De har gått fra å være mottaksenhet for alle pasienter som skulle legges inn på sykehus, til spesialavdeling for diagnostisering og behandling av akutte sykdommer og skader. Stadig mer av utredning og behandling skjer i akuttmottaket eller i tilknytning til en observasjonsenhet. Antall pasienter med behov for akuttmedisinske innleggelser har vært stigende, og flere pasienter kommer nå uten å ha vært tilsett av lege på forhånd. Av døgnoppholdene i somatiske sykehus er over 70 % øyeblikkelig hjelp. I Helse Sør-Øst behandles i dag over halvpartene av pasientene som kommer akutt til sykehusene uten at de overnatter.

Organisasjon og ledelse i akuttmottakene

Det stilles større krav til ledelse, organisering, kompetanse og kontinuitet når mer av utredning og behandling skjer i akuttmottaket. Fagutvalg for akuttmottak i Helse Sør-Øst utarbeidet i 2015 anbefalinger for organisering av akuttmottak og tiltak for å øke kompetansenivået. Det er utarbeidet 13 regionale mål for å bedre sikkerhet, kvalitet og tilgjengelighet for pasientene og å øke kompetansen hos ansatte i akuttmottakene. Helseforetakene har i varierende grad fulgt

opp anbefalingene. Helseforetakene har fått i oppdrag å gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene og innarbeide dette i utviklingsplanene sine.

Kompetanse i akuttmottakene

Det er viktig at pasientene blir møtt av kompetent helsepersonell, med beslutnings- og vurderingskompetanse når de kommer til akuttmottaket, uansett tid på døgnet. Overleger med fast tilknytning til akuttmottaket sørger for at sykehuset har nødvendig kompetanse i starten av pasientforløpet innad i sykehuset. Flere helseforetak i Helse Sør-Øst har nå overleger som er spesialister i akutt- og mottaksmedi-

sin, fast ansatt i akuttmottaket. Spesialiteten er unik og har i sine læringsmål definert akuttmottaket som arbeidsplass. Akuttmottakene i Helse Sør-Øst bør legge til rette for at flere leger og sykepleiere har spesialutdanning tilpasset arbeid i akuttmottakene. Akuttmottakene er en god læringsarena for helsepersonell, men det krever mye ressurser til intern opplæring. En felles regional kompetanseplan, både for sykepleiere og leger, ville kunne frigjøre ressurser og sørge for likeverdig opplæring i helseregionen. Flere sykehus har inkludert farmasøyter som en del av teamet i akuttmottak, der de bidrar med legemiddelrelaterte oppgaver og ikke minst legemiddelsamstemming.



Foto: Oslo universitetssykehus

Samhandling og digital kommunikasjon

Arbeidet i akuttmottaket skal være preget av samarbeid og samhandling. Sykepleiere, leger og annet helsepersonell som arbeider i akuttmottak skal samarbeide tverrfaglig om å yte helsehjelp til pasienter. De skal samarbeide internt i egen avdeling, med prehospitale tjenester og andre avdelinger på sykehuset, men de bør også ha et godt fungerende samarbeid med henvisende instanser.

Helseforetakene skal sørge for at det utvikles avtaler og prosedyrer for samarbeid mellom henvisende instans og akuttmottak. Dette inkluderer felles løsninger for digital kommunikasjon. Alle som samhandler i den profesjonelle helsetjenesten, bør samarbeide om mobile og delte fellesløsninger for tidlig undersøkelse, diagnostikk og triage, der avstandene tilsier det.

Innføring av elektronisk ambulansjournal i Helse Sør-Øst er et viktig tiltak for å bidra til at pasientopplysninger følger pasienten. Akuttmottakene kan bidra til å styrke den akuttmedisinske kjede ved å være den ene parten i bruken av telemedisinske løsninger (tele-emergency). Flere akuttmottak har tatt i bruk digitale løsninger for å kommunisere internt på avdelingen, med andre avdelinger på sykehuset og med eksterne aktører. Ny AMK-løsning (prosjekt ledet av Helse Vest RHF) vil også kunne forberede akuttmottakene bedre i forkant av at pasienten ankommer.



Presisjonsmedisin

Den faglige utviklingen åpner for mer målrettet eller presis diagnostikk og behandling, som ofte betegnes som persontilpasset medisin eller presisjonsmedisin.

Utviklingen innen molekylærbiologi og genetik har åpnet muligheten for mer differensiert medisinsk behandling. Der man tidligere behandlet pasienter ut fra grove overordnede kliniske kategorier, vil behandlingen i økende grad bli rettet mot undergrupper med bestemte biologiske karakteristika. Eksempelvis vil et legemiddel kunne ha god effekt på en undergruppe kreftpasienter, og ha liten nytte eller ha negative virkninger hos andre pasienter.

De siste årene har arbeidet med å legge til rette for mer presis diagnostikk og behandling i helsetjenesten skutt fart. Det ble i 2019 etablert en norsk anonym variantdatabase, og det ble samme år etablert et nasjonalt kompetansenettverk for persontilpasset medisin som ledes fra Oslo universitetssykehus. Kompetansenettverket har deltakere fra alle regioner og har som oppgave å fremme lik tilgang til diagnostiske

tester, etablering av standarder for tolkning av data og å legge til rette for forskning.

I 2020 er det påbegynt et systematisk arbeid for å videreutvikle en nasjonal infrastruktur for presisjonsdiagnostikk (InPred) på tvers av alle regioner, hvor målet er en hensiktsmessig arbeidsdeling innen diagnostiske fagområder og lik tilgang til presisjonsdiagnostikk og samordning av rutiner for klinisk virksomhet og forskning. I 2021 har de regionale helseforetakene i fellesskap utredet hvordan det kan legges til rette for innførings av persontilpasset medisin gjennom nye ordninger for midlertidig innføring og revurdering av ny behandling i nye metoder. Det pågår en utredning om etablering av et norsk genomsenter. Helse Sør-Øst RHF har et hovedansvar for ledelse og koordineringen av spesialisthelsetjenestens arbeid innen persontilpasset medisin. Innsatsen innen persontilpasset medisin har særlig vært rettet mot kreftområdet, men også innen «sjeldenfeltet» vil innsatsen bli styrket. En presis diagnose er som regel nøkkelen til god og målrettet behandling og oppfølging.

Helse- og omsorgsdepartementet har i 2022 påbegynt et arbeid med ny nasjonal strategi for persontilpasset medisin. Helse Sør-Øst RHF vil framover arbeide målrettet for å legge til rette for mer presis diagnostikk og behandling.

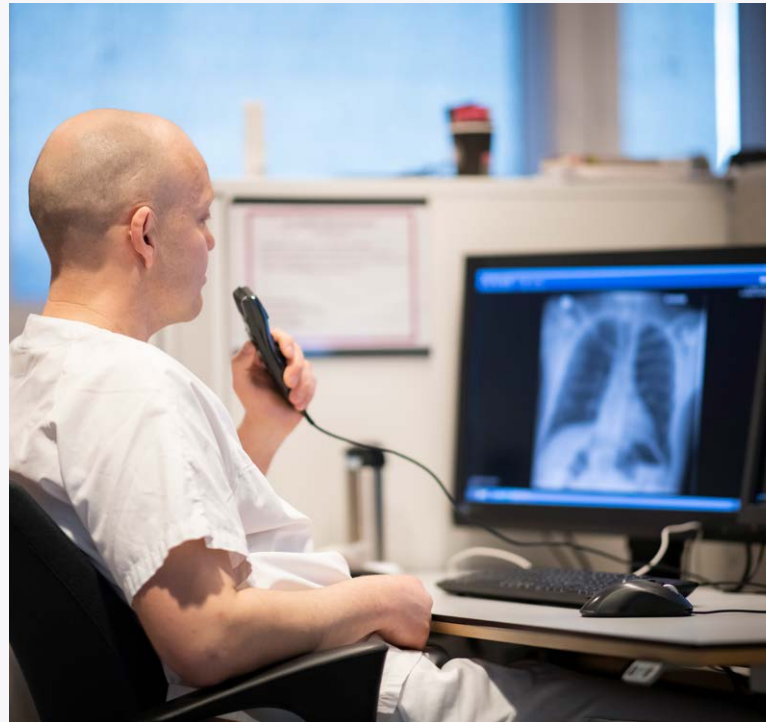
Bilddiagnostikk og laboratorieundersøkelser

Bilddiagnostikk og laboratorieundersøkelser er blitt stadig viktigere i diagnostikk og oppfølging av pasientene i og utenfor sykehus, men den økende etterspørselen blir trolig en flaskehals for sykehusenes kliniske drift.

Undersøkelser innen bilddiagnostikk og laboratoriefag bidrar i økende grad med avgjørende informasjon, både i diagnostikk og oppfølging av pasienter i og utenfor sykehus. Etterspørselen etter disse undersøkelsene har vist en jevn stigning de siste 10–15 årene, og forbruket må forventes å øke. Den økte etterspørselen skyldes blant annet krav om raskere og mer omfattende utredning, og øker behovet både for undersøkelsene og for tilgjengelig informasjonsteknologi som informasjonsbærer, både for pasient og behandler.

Bilddiagnostikk

Bilddiagnostikk omfatter ikke lenger kun utredning og diagnostisering, men i økende grad også overvåking av pågående behandling, i for eksempel kreftpasientenes pakkeforløp. I tillegg har intervensjonsradiologien gjort store fremskritt, der enkelte behandlinger som tidligere ble utført kirurgisk, nå utføres gjennom målrettet intervensjonsbehandling, for eksempel trombektomi i slagbehandlingen. Radiografer administrerer også i økende grad legemidler som tradisjonelt ble gitt av anestesipersonell. Denne rolleutviklingen og oppgaveglidningen gjenspeiles i utdanningen.



Det er også stor utvikling innen nukleærmedisin som stiller nye og tverrfaglige krav til spesialisert radiografkompetanse. Sammensmeltningen av bilddiagnostikk og nukleærmedisin vil i årene som kommer øke behovet for mer formalkompetanse også på dette feltet. Samlet sett vil behovet for spesialisert radiografkompetanse innen alle felt øke.

For å kunne håndtere et økende volum av bilddiagnostiske undersøkelser med begrensede tilgjengelige ressurser/kompetanse er det nødvendig å ta i bruk ulike verktøy som effektiviserer driften samtidig som kvaliteten blir like god eller bedre enn i dag.

Ved å ta i bruk økt automasjon, digitalisering og deling av bildeinformasjon og bruk av kunstig intelligens i informasjonsbehandlingen kan en både øke kapasiteten og styrke kvaliteten på diagnostikken. Samtidig må en også søke å redusere unødige undersøkelser, da dette kan være skadelig for pasienten og medføre unødig ressursbruk til fortrensel for pasienter som har et faglig fundert behov for undersøkelser.

Kunstig intelligens

Innen bildediagnostikk vil avansert informasjonsteknologi (kunstig intelligens) forbedre diagnostikk. Kunstig intelligens har blant annet som mål å tilby interaktiv henvisning med beslutningsstøtte, noe som avhenger av tilgang på data og gode IKT-løsninger med tilfredsstillende informasjonssikkerhet.

Felles multimedia/bidelager

Å ta i bruk ny teknologi krever ny kompetanse og nye arbeidsmåter. Innføring av felles bildearkiv for alle kliniske spesialiteter vil øke tilgjengelighet av og samhandling om slike, journalførte undersøkelser med film, lyd, bilder og andre sensordata, uavhengig av hvor disse er utført. Felles bildearkiv vil også være en forutsetning for å realisere potensialet i digital patologi og gi nye muligheter for bedret oppfølging av pasienter innen en rekke kliniske fagområder.

Felles multimedia/bidelager vil legge til rette for mer effektiv samhandling med andre parter innen bildediagnostikk og laboratoriefaget. Helseforetak og andre aktører skal kunne utveksle bildeinformasjon på en raskere, sikrere og mer automatisert måte enn med dagens løsninger.

Det eksisterer i dag flere godkjente teknologier med tolkning av netthinnebilder basert på kunstig intelligens. Dette kan utnyttes av øyeleger og komme store grupper som diabetikere til gode ved at prosessen med å ta og analysere netthinnebilder med tanke på diabetisk retinopati blir raskere og bedre. Andre medisinske grupper som vil nyttiggjøre seg enkel lagring, deling og avansert analyse av multimediedata på tilsvarende måte fram mot 2040, er blant annet hjerteleger, fødsels- og svangerskapsleger, barneleger, ortopeder og hudleger. Alle driver med bilder, film, kurver og grafer og vil de neste tiårene kunne dra nytte av maskinlæring og naturlige språkteknologier for å forenkle og støtte kliniske vurderinger samt bedre samhandlingen.

Laboratorieundersøkelser

Utviklingen innen digitalisering av patologifaget vil understøttes ved innføring av ny programvare og annen nødvendig teknologi for bildebehandling av mikroskopiske vevssnitt. Digital patologi vil muliggjøre bruk av avansert informasjonsteknologi («kunstig intelligens») for bedre diagnostikk, og åpne for et langt mer ustrukturer samarbeid om utredning og oppfølging av pasienter som har avanserte og sjeldne tilstander. Vårt eget fyrtårnsprosjekt [DoMore!](#) som startet i 2016, kommersialiserer en teknologi for bedre diagnostikk av kolorektal kreft. ([News — DoMore Diagnostics](#))

Redusere uønsket variasjon – unngå unødige undersøkelser og analyser

Riksrevisjonens rapport fra 2016 viste at rundt 25–30 prosent av de bildediagnostiske undersøkelsene som gjøres ikke har noen betydning for videre diagnostisering eller behandling av pasienter. Dette samme gjelder innenfor laboratoriefaget, hvor det gjøres en del unødige analyser.

Viktige drivere for det økte forbruket er ny teknologi, nye metoder/nye indikasjoner, kommersielle interesser, demografiske endringer og økt fokus på pasientautonomi. Konkrete mål vil være å avverge dobbeltundersøkelser og dobbel-granskning uten medisinsk indikasjon og utarbeide felles metodebøker (protokoller/prosedyrer); hvordan bør detaljeres i egne handlingsplaner, men spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å informere andre deler av helsetjenesten om beste praksis, standardisere protokoller for utredning og henvisning med mere.



Legemiddelhåndtering

Vi arbeider med å gjøre legemiddelhåndteringen tryggere og bedre, men mye kan fortsatt bli bedre.

I Helse Sør-Øst administreres det årlig ca. 40 millioner tabletter og kapsler til innlagte pasienter på sykehusene. Flere undersøkelser og helseforetakenes egen registrering viser at omtrent 30 prosent av uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten skyldes feil i forbindelse med legemidler. Disse feilene fører til alvorlig pasientskade og dødsfall på grunn av bivirkninger og feil bruk av legemidler. Foruten den unødvendige lidelsen dette påfører pasienter og pårørende, gir dette også store merkostnader for samfunnet.

WHO har en kampanje, Medication Without Harm, som har til hensikt å redusere alvorlig, unødvendig, legemiddelrelatert skade med 50 % globalt innen 2022. WHO-kampanjen viser at helsepersonell ikke har oversikt over legemiddelbruk hos pasientene, og at de samme feilene gjøres om igjen. Tilsvarende bilde sees i Norge; pasienter og helsepersonell mangler ofte en fullstendig oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk, og manglende eller feilaktig legemiddelinformasjon gjør det vanskelig å vurdere pasientens kliniske tilstand, og det blir risikabelt å gjøre endringer i behandlingen.

I både Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023 og Regional delstrategi pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er blant annet legemiddelsikkerhet et sentralt satsingsområde. I Veileder om legemiddelhåndtering 2020 – Helse Sør-Øst RHF framheves viktige satsingsområder til forbedring. Noen av utfordringene på dette området kan løses internt i Helse Sør-Øst,

mens andre krever tett samarbeid mellom aktører både på kommunalt, regionalt og nasjonalt nivå. Helse Sør-Øst har igangsatt flere prosjekter med fokus på kvalitet i alle ledd av forvaltningen av medikamenter, som alle krever nye arbeidsformer og til dels bruk av ny teknologi.

Riktig, samordnet og oppdatert legemiddelforordning

Legemiddelforordninger må være riktige, samordnet og ivareta løpende oppdatering i hele pasientforløpet. Regional kurve- og medikasjonsløsning, som ble innført i alle helse-

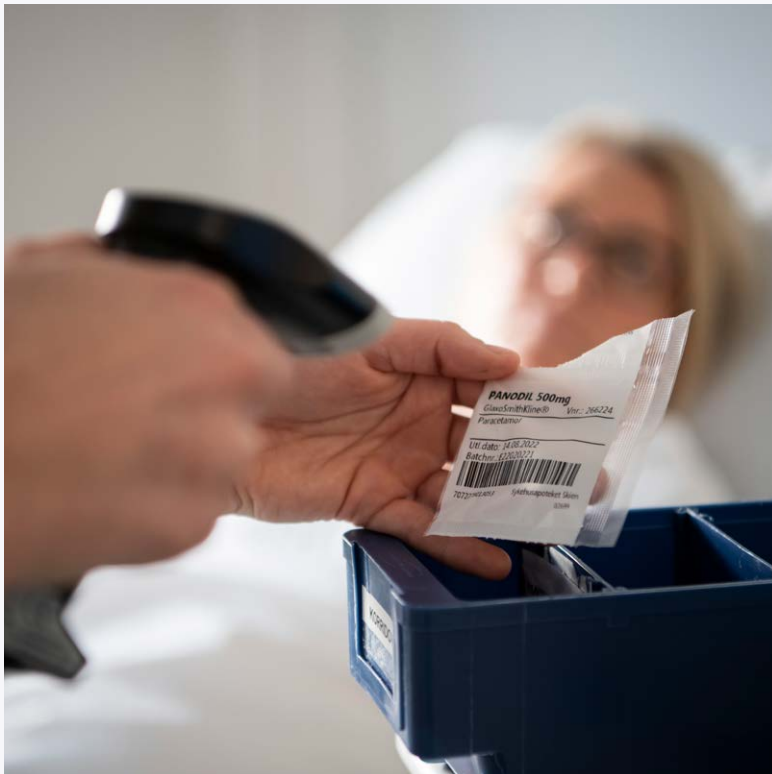
foretak i 2021, er en viktig satsing i denne sammenheng. Den har allerede i dag kapasitet til å varsle forordnende lege om kjente legemiddelinteraksjoner og feildoseringer.

Blant de aller viktigste tiltakene Helse Sør-Øst iverksetter for økt pasientsikkerhet, er innføring av Regional standard for lukket legemiddelsøyfe, Klinisk legemiddelsamhandling og bruk av Pasientens legemiddelliste. Disse verktøyene vil forenkle arbeidsprosesser for sikker forordning og utlevering og bidra til å sikre overgangene mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I tillegg vil noen av gevinstene med disse løsningene være knyttet til tidsbesparelser og effektivisering av helsepersonells arbeidshverdag. Lukket legemiddelsøyfe har også et mål om å redusere kassasjon, noe som vil redusere kostnader og spare miljøet for unødige belastninger.

Kontroll av behandlingseffekt

I årene framover vil helseforetakene ved hjelp av Regional data- og analyseplattform (RDAP) kunne skaffe seg bedre innsikt i egen praksis og legge til rette for faglig utvikling, reduksjon av uønsket kvalitet i arbeidet for gode og likeverdige helsetjenester, også innen legemiddelområdet.

Medikamentforordning og -håndtering og behandlingseffekt skal kunne kontrolleres mot gjeldende felles retningslinjer ved hjelp av IKT-løsninger. I RDAP lages det analyserom for legemidler som vil legge til rette for at det i helseforetakene kan gjennomføres dataanalyse av egen praksis. Innføringen av elektronisk kurve- og medikasjonsløsning og løsning for medikamentell kreftbehandling har digitalisert henholdsvis det store hovedvolum av legemiddelbruk og våre kreftlegemidler. Dette muliggjør analyser som før måtte gjøres på ulike papirskjemaer og var ressurskrevende.



Teknologi

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

Norge er blant de fremste land i verden når det gjelder å ta i bruk ny teknologi. Digitalisering av selvangivelsen, låneprosessen i Lånekassen og digitale banktjenester er eksempler på at både offentlige og private aktører leder an i denne utviklingen. Helsetjenesten ligger etter, noe som nok i stor grad skyldes at helsesektoren var tidlig ute og tok IKT i bruk lenge før vi forstod betydningen av standardisering og kommunikasjon mellom systemer. Det har ført til at over 3 000 ulike programmer på over 10 000 servere sammen med 170 000 medisinsk tekniske enheter er i bruk i Helse Sør-Øst. Disse er ofte skreddersydd for et fåtall oppgaver med liten tanke på sammenheng med andre systemer. Siden 2012 har det vært arbeidet med å standardisere, redusere antall frittstående programmer og legge til rette for at systemene snakker sammen. I 2022 er vi anslagsvis over halvveis i ryddejobben. Det betyr at det nå begynner å bli tid for å høste gevinster av dette arbeidet.

IKT-området

Helse Sør-Øst investerer 1,5 til 2 milliarder kroner årlig i IKT. Basert på nasjonale føringer og den forrige regionale utviklingsplanen ble Regional delstrategi for IKT-området vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i mai 2020. Her beskrives åtte innsatsområder som vil være førende i planperioden for denne reviderte utviklingsplanen. Innsatsområdene er illustrert i figuren nedenfor.

Økt teknologisk endringsevne, åpenhet og samarbeid er nøkkelord, som beskriver den grunnleggende innstilling i strategien.

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

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

Figur 5 Innsatsområder innen teknologi



Kilde: Helse Sør-Øst, Regional delstrategi for teknologiområdet

Sikker drift og forvaltning av IKT-systemene

Sykehuspartner HF har etter oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF ansvar for drift og forvaltning av IKT-systemene i regionen, både kliniske og administrative applikasjoner, IKT-infrastruktur, nettverk og arbeidsflater for 80 000 ansatte. I dette inngår at Sykehuspartner HF også har en viktig oppgave med å utvikle og gi brukerne nødvendige IKT- tjenester og legge til rette for at innføringen av nye tjenester understøtter de kliniske arbeidsprosessene i sykehusene. Arbeidet med utvikling av eksisterende tjenester og innføring av nye tjenester skal skje i nært samarbeid med brukerne av tjenestene. Sykehuspartner HF skal også innrette sin virksomhet slik at den understøtter innsatsområdene i den regionale IKT-strategien.

Medisinsk-teknisk utstyr

For å sikre trygg og effektiv pasientbehandling er det viktig at helsepersonell har tilgang til riktig type medisinsk-teknisk utstyr (MTU) som er pasientsikkert, driftssikkert og enkelt å bruke. Prioritering av MTU må til for å opprettholde nødvendig kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen.

Samtlige helseforetak melder om et økt og betydelig behov for investeringer i MTU for enten å opprettholde en allerede lav gjennomsnittsalder eller redusere denne der hvor alderen er høy. Gjennomsnittlig levetid for MTU regnes å være om lag 10 år, og med en gjennomsnittsalder på 8,1 år (utgangen av 2021) er det nødvendig at Helse Sør-Øst RHF sørger for at det etableres en plan for fornyelse av utstyret innenfor de rammebetingelsene som til enhver tid gjelder. Investeringer i MTU er planlagt økt fra rundt 500 millioner kroner i 2002 til et årlig nivå ved slutten av 2024 på 1,5 milliarder kroner.



Foto: Sørlandet Sykehus

Utviklingen innen MTU har de siste årene akselerert kraftig. Utviklingen inkluderer større grad av trådløst oppkoblet MTU, større grad av IKT-komponenter, større grad av kunstig intelligens og rask utbredelse av velferdsteknologi. Dersom behandlere og innbyggere skal kunne nyttiggjøre seg denne teknologien, må avdelinger for IKT og MTU samarbeide om kompetansedeling og kapasitet, innkjøp, opplæring, innføring, drift, support og vedlikehold. Behandlingsansvarlige må legge føringene for anskaffelse og bruk av slikt utstyr for å sikre at pasientsikkerheten ivaretas. Vi ser økende behov for teknologisk kompetanse på alle nivåer.

Områder som vil prioriteres i planperioden er forbedring av investeringsprosessene for MTU og bedre utnyttelse av eksisterende utstyrsparke. Myndighetene forventer at Helse Sør- Øst sikrer at man har god oversikt over risiko med en

stor park av MTU integrert med IKT-løsninger. Behandlingen vil kunne strekke seg på tvers av virksomheter, omsorgsnivå og hjemmet til pasienten. Teknologien må derfor kunne brukes på en enkel og sikker måte. Større grad av standardisering vil kunne bidra til økt trygghet i bruk av teknologi for ansatte og pasienter.



Felleseide selskaper

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

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

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

De felleseide helseforetakene ivaretar oppgaver innenfor en avgrenset del av RHF-enes ansvarsområde og skal bidra til å styrke og forbedre tilbudet til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet, samt å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse.

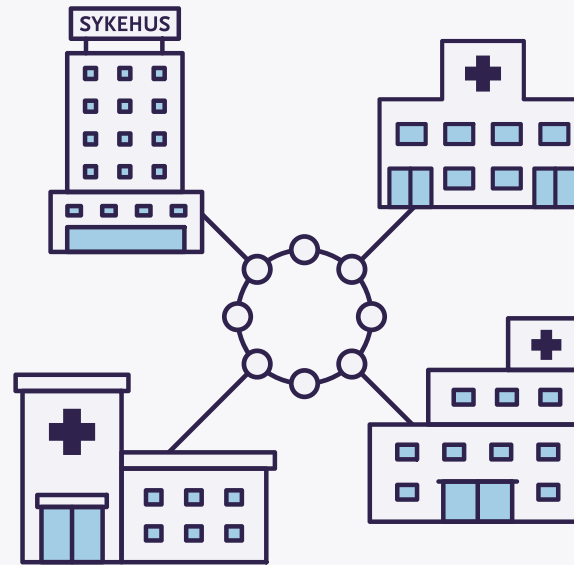
Felles målbilder og strategisk retning for de felleseide helseforetakene ble besluttet i alle regionenes styre i 2022 og er omtalt her [Felleseide nasjonale selskaper – Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](#). Årlige oppdragsdokumenter angir særskilte krav/oppgaver, fastsetter aktivitetskrav og eiernes finansiering.

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF)

Helseforetaket skal sørge for utvikling av fremtidsrettede, effektive og stabile nødmeldetjenester, og skape merverdi for helseforetak og kommuner.

Den akuttmedisinske kjeden er samfunnets samlede organisatoriske, personellmessige og materielle beredskap som yter befolkningen akutt helsehjelp. Nødnettet setter spesialist- og kommunehelsetjenesten i stand til å kommunisere med publikum og nødetatene imellom.

HDO HF er tjenesteleverandør for både spesialist- og kommunehelsetjenesten, og samarbeider tett med Direktoratet for og samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Helsedirektoratet, Direktoratet for e-Helse og nødetatene. HDO HFs erfaring og kompetanse skal brukes for å understøtte dagens og fremtidens samhandlingsbehov mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i forbindelse med akutt helsehjelp.



Luftambulansetjenesten HF

Befolkningen skal motta gode og likeverdige luftambulansetjenester døgnet rundt. Bruken av luft- og bilambulansetjenesten, og samspillet mellom disse, mellom helseforetak og regioner må standardiseres og harmoniseres.

Luftambulansetjenesten er en viktig del av den samlede akuttmedisinske kjeden. Tjenesten skal flyte sømløst over grensene mellom helseforetak, og er en knapp og kostbar ressurs. God utnyttelse av ressursene krever god samhandling mellom helseforetak, operatører og Luftambulansetjenesten HF.

Organisering av tjenesten skal understøtte dette, bl.a. gjennom felles standarder og retningslinjer, god organisering av koordinerende funksjoner og effektiv kompetansedeling

mellom prehospital, akuttmedisinske og flyoperative miljøer. Forskning og utvikling må bidra for å gi riktig respons, med riktig kvalitet, til hver hendelse.

De regionale helseforetakene ønsker å videreutvikle Luftambulansetjenesten HF, og sikre høy kvalitet gjennom gode anskaffelser og oppfølging av kontrakter. Anskaffelsesprosessene skal forbedres i tråd med evalueringen av forrige anskaffelse.

Pasientreiser HF

Pasienter og pårørende skal oppleve forutsigbarhet og trygghet. Det er et mål at pasientene skal være aktive deltakere, og oppleve kvalitet og sammenhengende tjenester. Uønsket variasjon skal reduseres. Pasientreiseordningen skal legge til rette for at flest mulig organiserer sin egen reise, slik at ressursene kan rettes inn mot de som trenger det mest. Digitalisering og interregional styring av IKT-utviklingen er sentrale virkemidler for å effektivisere og videreutvikle tjenesten.

Pasientreisene håndteres av pasientreisekontorer i 17 helseforetak. Disse har ansvar for bestilling og planlegging av pasientreiser med rekvisisjon, og skal sørge for at befolkningen møter gode og likeverdige tjenester på pasientreiseområdet, uavhengig av hvor de bor i landet og egen økonomi. Pasientreiser HF er en felles enhet for de fire regionale helseforetakene og har ansvaret for saksbehandling og utbetaling av stønad til reiser uten rekvisisjon. Pasientreiser HF har også ansvar for drift og forvaltning av IKT-fagsystemer innenfor pasientreiseområdet, yter juridisk rådgivning, utarbeider opplæringsmateriell og bidrar til standardisering for å sikre likebehandling.

Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF skal bidra til framtidsrettet utvikling av sykehusutbyggingen i Norge gjennom læring, innovasjon og erfarings- og kompetanseoverføring.

Gode sykehusbygg er en viktig rammebetingelse for god og effektiv pasientbehandling. Det er derfor viktig at planlegging og bygging/ombygging av sykehusbygg blir gjort på en god måte, og at byggene deretter blir forvaltet, driftet og videreutviklet profesjonelt.

Hovedhensikten med Sykehusbygg HF er å utvikle og for-

valte relevant kompetanse på et nivå som det ikke er hensiktsmessig at alle helseforetak håndterer i egen regi. Ved å samle ressurser og kunnskap i ett helseforetak som kan samarbeide med flere helseforetak på tvers av regiongrenser, er det lettere å drive erfaringsoverføring mellom prosjekter, og mellom helseforetak/regioner. Med utgangspunkt i blant annet erfaringer fra prosjektene skal Sykehusbygg HF, i samarbeid med eierne, utvikle standarder der dette gir verdi.

Det er de enkelte helseforetakene som eier byggene, og som har det totale ansvaret for sine egne bygninger og eiendommer. Dette innebærer ansvar for prioritering og planlegging av investeringsprosjekter innenfor faglige og økonomiske rammer, samt forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og avhending av bygningsmassen. De regionale helseforetakene gir strategiske føringer for hvordan helseforetakene skal utøve dette ansvaret.

Sykehusinnkjøp HF

Sykehusinnkjøp HF skal skape resultater som bidrar til leveransesikkerhet, økonomisk handlingsrom og fremtidsrettede helsetjenester i helseforetakene. Helseforetaket skal ha høy leveringspresisjon og bidra til stabil og sikker drift for helseforetakene og kontinuerlig forbedring.

I norsk målestokk er helseforetakene store innkjøpere av utstyr, varer og tjenester. Samlet kjøper helseforetakene varer og tjenester for flere milliarder kroner i året. Sykehusinnkjøp HF's formål er å utøve en spesialisert og profesjonell innkjøpstjeneste for spesialisthelsetjenesten. Helseforetaket skal sørge for at anskaffelsene skjer på en korrekt og samfunnsansvarlig måte. Helseforetaket skal være en pådriver for etisk handel og miljøvennlige innkjøp. Innovasjon skal fremmes, og det skal tilrettelegges for bruk av nye innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten.

Eiendom

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

Utvikling, vedlikehold og drift av bygg og eiendommer i Helse Sør-Øst utgjør en vesentlig del av den totale virksomheten. Eiendommene og eiendomsvirksomheten er virkemidler for å understøtte god pasientbehandling, og Helse Sør-Øst arbeider for å ha driftseffektive sykehusbygg som utvikles i tråd med endrede behov i pasientbehandlingen og som understøtter pasientsikkerhet og ansattes arbeidsmiljø. Driften av eiendommene skal gjennomføres på en slik måte at den er verdibevarende, samtidig som det pågår en kontinuerlig forbedring, arealeffektivisering og utvikling i takt med endrede behov innen pasientbehandling.

Det enkelte helseforetak eier og forvalter egne bygg og eiendommer, og det er store verdier som forvaltes i forbindelse med dette virksomhetsområdet. Den samlede regnskapsmessige verdien av eiendomsmassen i regionen er 32 milliarder kroner. Investeringsbudsjettet for utvikling av bygg og eiendommer i regionen har de siste årene variert mellom tre og seks milliarder, og det planlegges å investere i størrelsesorden 77 milliarder kroner i nye store, regionale byggeprosjekter i løpet av de neste 15 årene. I tillegg kommer en rekke investering i oppgradering og vedlikehold av eiendom tilknyttet det enkelte helseforetak. Mer enn to milliarder kroner brukes årlig til forvaltning, drift og vedlikehold, inklusive energikostnader.

Areal og kapasitet

Nasjonal framskrivningsmodell prognostiserer behov for å øke behandlingskapasiteten i planperioden. Behovet varierer mellom geografiske opptaksområder. Helse Sør-Øst RHF's investeringsplaner innebærer en vesentlig fornyelse av bygningsmassen gjennom perioden for å møte behovet for formålstjenlige lokaler for pasienter og ansatte.

Eiendomsvirksomheten må arbeide planmessig for å kunne tilby egnede lokaler i takt med at behovene for utvikling og oppgradering oppstår. Framskrivning peker på økende behov for døgnplasser, poliklinikkarealer og behandlingsrom i hele regionen fram mot 2040.

Moderne sykehusdrift forutsetter at bygningene er fleksible nok til at virksomhetsinnholdet kan endres ved behov. I eksisterende bygg kan kapasiteten økes eller tilpasses ny

Tabell 5 Nøkkeltall areal i helseforetaksgruppen

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

* ØLP grunnlagsinfo pr 31.12.2020

Kilde: www.ssb.no/ grunnlagsår 2019

aktivitet ved å foreta endringer i logistikk og pasientflyt, eller ved å justere driftstidene. Større ombygninger og nybygg gjennomføres etter en planmessig struktur og etablert prosjektmodell, basert på oppdaterte framskrivninger. Kontinuerlig utvikling og erfaringsoverføring fra tidligere sykehusprosjekter legges til grunn for utvikling og gjennomføring av nye prosjekter. Arealene skal driftes på en effektiv måte, samtidig som tilstandsbasert vedlikehold og utvikling av byggene opprettholdes.

Tabellene viser aktivitet i 2019 og beregnet aktivitet i 2040 regnet om til senger. Tallene for 2019 baserer seg på Statistisk sentralbyrås sine tall.

Sykehusbygg HF benyttes i regionale byggeprosjekter over 500 millioner kroner, og prosjekteierstyringen ivaretas etter en felles metodikk for Helse Sør-Øst.

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

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

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

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

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

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

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

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

** Groruddalen er overført til OUS i 2040

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

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

* 80% belegg for TSB i 2040

** Groruddalen er overført til OUS i 2040

Vedtatte og planlagte prosjekter

De regionale byggeprosjektene er store, komplekse og representerer betydelige samfunnsverdier. Prosjektene er av stor betydning både for det aktuelle helseforetaket, regionen og

samfunnet ellers, og skal planlegges og gjennomføres i tråd med langsiktig plan. Følgende prosjekter er igangsatt, se figur under.

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



Tilstandsbasert vedlikehold

Forvaltning, drift og vedlikehold av eiendommene skal bidra til god ressursutnyttelse, og bygningsmassen skal vedlikeholdes tilfredsstillende, gjennom planlagt tilstandsbasert vedlikehold.

Samlet for alle helseforetak er det et betydelig behov for økte investeringer til vedlikehold og utskifting. Samlet teknisk oppgraderingsbehov er estimert (2020) til å utgjøre 30,6 milliarder kroner innenfor en periode på 10 år. Målet for eiendomsforvaltningen er at vektet tilstandsgrad for eiendomsmassen i Helse Sør-Øst skal være 1,2 eller bedre innen 2035. Det arbeides mot at tilstandsgrad 3 ikke skal forekomme innen 2030.

Det er etablert en rekke virkemidler for å følge opp dette arbeidet. Tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner skal minimum utarbeides der det er registrert tilstandsgrad 2 eller 3 på enkeltkomponenter. Helseforetakene utarbeider planer over hvilke bygg som prioriteres for investeringer og hvilken tilstandsgrad som er nedre terskel for forsvarlig drift. Tilstandsgrad 3 skal ikke forekomme og skal utbedres først, dersom byggene er i drift. Innføring av internhusleie vil også være et virkemiddel for å bedre eiendomsporteføljens tilstandsgrad og dermed bedre pasientbehandling.

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

Standardisering av eiendomsforvaltningen

Helse Sør-Øst RHF har definert fire satsingsområder i arbeidet med standardisering av eiendomsforvaltningen:

- Digitalisering
- Internhusleieordning
- Samfunnsansvar
- Bærekraft

Disse satsingene, samt utvikling av nøkkeltallsindikatorer for oppfølging av målområdene, er lagt til grunn for pågående utviklingsarbeid og kontinuerlig forbedring av prosesser og styringssystemer tilknyttet eiendomsforvaltning.

Digitalisering

Helse Sør-Øst vil legge til rette for digitalisering i byggets levetid og for effektiv drift og forvaltning av eiendomsporteføljen. I perioden skal digitalisering av eiendomsforvaltningen styrkes, for å forbedre og effektivisere arbeidet også på dette området. Nye digitale eiendomsadministrative og driftstekniske systemer er vesentlig for kunne implementere beste praksis i eiendomsforvaltningen. Det bør i perioden utarbeides digitale modeller av de resterende byggene i eiendomsporteføljen, som ikke allerede har etablert et slikt oppfølgingsverktøy. De regionale byggeprosjekter i Helse Sør-Øst skal videreutvikle digitaliseringsarbeidet i samarbeid med sentrale bransjeaktører.

Internhusleie

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å utrede og legge til rette for en felles husleieordning, og Helse Sør-Øst planlegger å implementere en foretaksintern husleiemodell. Innføring av internhusleie har to formål: verdibevarende vedlikehold og arealoptimalisering. Husleien skal synliggjøre eiendomskostnadene og være et virkemiddel for å sikre prioritering av tilstrekkelig vedlikehold.

Samfunnsansvar

Helse Sør- Øst skal bidra til samfunnsutvikling som tar hensyn til demografiske endringer, klimaendringer, globalisering, urbanisering og digitalisering. Grønn omstilling i eiendomssektoren er sentralt.

Samfunnsansvaret innebærer også ansvar for bevaring av kulturminner. Landsverneplanen for spesialisthelsetjenesten gir grunnlag for fredning med lovhjemmel i kulturminneloven og inneholder en oversikt over de eiendommene sektoren, i samråd med Riksantikvaren, vil verne både gjennom fredning og på annen måte. Helse Sør-Øst RHF plikter å følge opp retningslinjer og prosedyrer innenfor kulturminnevern slik at vernede byggverk og områder blir tatt vare på i henhold til fredningsforskriften og landsverneplanen. Helse Sør-Øst RHF skal utføre god eierstyring ved å legge til rette for at helseforetakene utarbeider forvaltningsplaner som tar tilbørlig hensyn til helsesektorens viktige historie og kulturminner. Landsverneplanen for spesialisthelsetjenesten skal følges og forvaltes, slik at verneverdiene i eiendomsmassen ivaretas.

Universell utforming av nybygg og ombygging av eldre bygg er også en del av samfunnsansvaret og skal gjennomføres slik at tilgangen til og bruken av byggene er lik for alle. Universell utforming ivaretas alltid i nybygg. Eksisterende

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

Bærekraft

Det er etablert nasjonale mål for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten som legger konkrete føringer for eiendomsforvaltningen i planperioden. Helse Sør-Øst vil følge opp spesialisthelsetjenestens felles klima- og miljømål gjennom systematisk arbeid med miljørettede indikatorer og tiltak. Regionen har som mål å redusere utslippene med 175 000 tonn CO₂e for spesialisthelsetjenesten innen 2030. For å nå målet vil det være avgjørende å redusere utslipp knyttet til energiforbruk. Hvert enkelt helseforetak skal vurdere hvilke tiltak som iverksettes for å oppnå det samlede målet, herunder økt bruk av fornybar energi og redusert energiforbruk.

Økonomi

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

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

Helse Sør-Øst hadde i 2021 en omsetning på 96 milliarder kroner og et årsresultat på 2 078 millioner kroner. Foretaksgruppens økonomiske resultat bidrar til bærekraft for framtidige investeringer, men er ikke tilstrekkelig. Det må derfor arbeides mer med effektiv ressursbruk. Arbeid med kvalitet i pasientbehandling og effektiv pasientflyt i sykehusene er også viktig for å legge rette for god økonomi.

Økonomisk bærekraft

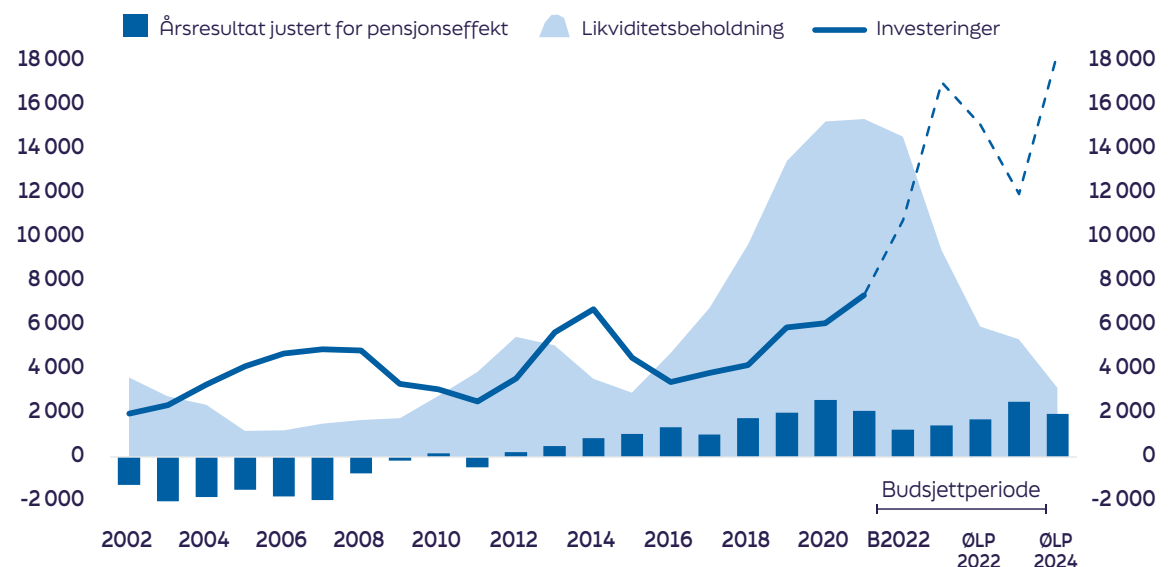
Bærekraftig utvikling over tid forutsetter god ressurs- og kapasitetsutnyttelse, god økonomisk styring og effektive arbeidsprosesser.

Helse Sør-Øst RHF benytter i sin virksomhetsstyring økonomisk langtidspan (ØLP), som er en konsekvensvurdering av vedtatte strategier og gir en samlet utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene. Den økonomiske

utviklingen har inntil 2022 vært under kontroll, men det er enkelte helseforetak som fortsatt ikke oppnår fastsatte mål. Helseforetaksgruppen har de senere årene samlet sett snudd fra underskudd til positive resultater, som vist i figur under. Årsaken er blant annet løpende effektivisering av driften. Helseforetakene opplyser at de har klart en årlig produktivtetsvekst på en til tre prosent.

Den økonomiske utviklingen etter pandemien har vært krevende og preget av lavere aktivitet og høyere bemanning enn budsjettet. Pris- og lønnsvekst utover forutsetningene i statsbudsjettet for 2022 har også truffet driftsøkonomien. Det er derfor behov for tiltak for økonomisk bæreevne kommende år.

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



Kilde: Årsregnskaper, Budsjett 2022 og økonomisk langtidspan

Betydelig kostnadsvekst og investeringsbehov

De fleste helseforetakene beskriver i sine utviklingsplaner en betydelig kostnadsvekst innenfor legemidler og IKT-området. Utviklingen medfører krav til kostnadstilpasning. Noen helseforetak har relativt nye sykehusbygg, mens andre har en eldre og til dels uhensiktsmessig bygningsmasse og -struktur. De fleste helseforetakene har store investeringsbehov innenfor medisinsk-teknisk utstyr og uløste IKT-utfordringer. Flere helseforetak omtaler utfordringer med å skape tilstrekkelig finansielt handlingsrom til å gjennomføre de investeringene som de anser som nødvendige. De fleste helseforetakene peker på at videre arbeid med produktivitet utvikling blir avgjørende for å opprettholde og legge til rette for en bærekraftig økonomi. I seneste år har foretaksgruppen klart å spare opp en betydelig likviditetsbeholdning. Disse midlene er planlagt å brukes til investeringer i nye sykehusbygg i den kommende perioden.

Helse Sør-Øst RHF fordeler inntekter til sykehusområdene etter en inntektsmodell som legger til rette for likeverdige helsetjenester. Modellen fordeler ikke midler mellom tjenesteområder og heller ikke mellom drift og kapital. Den ønskede retningen for pasientaktivitet må understøttes av et økonomisk system som virker i samme retning. Helseforetaksgruppen må arbeide aktivt med å tilpasse finansieringssystemet til aktivitetsutviklingen på sykehusene. Det legges ikke til grunn en vesentlig vekst i inntektsforutsetningene for spesialisthelsetjenesten utover det som skyldes inflasjon og vekst i befolkningen. Samtidig øker både forventningene og kostnadene, blant annet som følge av nye og mer avanserte behandlingsformer.

Krevende effektiviserings- og omstillingsbehov

Vi forventer store endringer og muligheter ved bruk av ny teknologi i sykehusene. Samtidig finnes et betydelig etterslep på vedlikehold, funksjonell og teknisk oppgradering av bygningsmasse og medisinskteknisk utstyr.

I Helse Sør-Øst ferdigstilles, pågår og planlegges det for en rekke store byggeprosjekter, eksempelvis nytt sykehus i Drammen i Vestre Viken HF, nytt klinikkbygg og protonterapisenter ved Radiumhospitalet og utbygging på Aker og Gaustad ved Oslo universitetssykehus HF, samt konseptfaseutredning i Sykehuset Innlandet HF. I tillegg finnes en rekke mindre byggeprosjekter og store regionale IKT-prosjekter.

Som en konsekvens av dette vil kapitalkostnadene øke, og det medfører krevende effektiviserings- og omstillingsbehov. Effektivisering og omstilling av drift i helseforetakene har hatt høyt fokus de siste årene. Helse Sør-Øst vil søke å redusere risiko ved at bedre økonomiske resultater oppnås i forkant av investeringsprosjekter.

Helse Sør-Øst RHF har en driftsresultatmargin før avskrivninger på 6,54 % i 2021, som utgjør en stabil økning fra 5,47 % i 2015. I tiden som kommer vil det være økt fokus på gevinstarbeid og endringsledelse. Når nye sykehusbygg er ferdigstilt og regionale IKT-løsninger er innført med en modernisert infrastruktur, må helseforetakene realisere gevinster og kostnadstilpasningen minst på nivå med de planene som ble lagt da investeringene ble besluttet. Det regionale helseforetaket vil følge opp gevinstrealiseringsarbeidet.

