

Vår dato

07-10-2022

Deres dato

16-05-2022

Vår referanse

Deres referanse

22/00495-1

Helse Sør-Øst RHF  
postmottak@helse-sorost.no

## Høringsuttalelse fra Sørlandet sykehus HF Regional utviklingsplan 2040 Helse Sør-Øst RHF

Vi viser til høringsbrev og høringsutkast av 16.15.2022 hvor det bes om innspill til Regional utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst innen 30. september.

Vi fikk grunnet styresaksbehandling 6. oktober utsettelse til etter styremøtet med å sende inn høringsuttalelsen. Saken ble behandlet i sak 066-2022 med følgende vedtak: «Styret vedtar utkast til SSHFs høringssvar til Helse Sør-Østs utviklingsplan 2040.» Styret uttrykket tilfredshet med administrasjonens høringssvar, og la til viktigheten av å samarbeide med kommunene om pasientforløp. Videre ble ønsket om å understreke behovet for styrket teknologiutvikling i et langsiktig perspektiv, samt nødvendigheten av nytenkning mht. rekruttering spilt inn av styret.

SSHf takker for muligheten for å sende høringsinnspill. Sørlandet sykehus HF har følgende innspill til utviklingsplanen:

### 1 Del A: SSHFs hovedinnspill til planen

SSHf takker for muligheten for å sende høringsinnspill.

SSHf vurderer Regional utviklingsplan 2040 overordnet som tematisk dekkende i et langsiktig og kortsiktig perspektiv. De seks satsingsområdene vurderes som relevante. I planen kunne en i større grad tydeliggjøre de to tidsperspektivene – de kortsiktige og de langsiktige.

Planen gir med gode eksempler fra foretakene et godt oversiktsbilde over pågående prosjekter i foretaksgruppen. SSHf sender to eksempler fra foretaket som kan komplettere bildet.

Til neste revidering av regional utviklingsplan, spiller SSHf inn et ønske om å videreutvikle grepet med eksempler til også å kunne peke på internasjonale trender i innovasjons- og utviklingsarbeid i spesialisthelsetjenester i den langsiktige delen av planen.

SSHf bringer konkrete innspill til planens kapitler i del 2.

### De som trenger det mest

<b>Postadresse</b> Sørlandet sykehus HF Administrerende direktør Postboks 416 Lundsiden 4604 Kristiansand	<b>Besøksadresse</b> Eg 4615 Kristiansand	<b>Telefon</b> +47 38 07 44 00	<b>Administrasjonsadresse</b> Sørlandet sykehus HF Postboks 416 4604 Kristiansand	<b>Foretaksregisteret</b> NO 983 975 240 MVA
		<b>Bankkonto</b> 8601.72.47435	<b>Telefon</b> +47 906 10 600	<b>Hjemmeside</b> www.sshf.no
				<b>e-post</b> postmottak@sshf.no

SSHF støtter fokus på denne pasientgruppen. Denne pasientgruppen tilhører storforbrukerne av helsetjenester i både kommuner og sykehus. SSHF foreslår å slå sammen gruppene skrøpelige eldre og eldre med kompleks multimorbiditet.

Det må vurderes hvilken behandling som skal gis når, og hvordan spesialisthelsetjenesten skal innrette seg hos personer som trenger hjelp fra mer enn en organspesialitet for å god pasientsikkerhet. Psykisk helsevern hos eldre er for svakt utbygget i spesialisthelsetjenesten, og effekten av psykisk uhelse ses i manglende effekt av somatisk behandling. Foretakene vil ha behov for økt geriatrik kompetanse, og samarbeid med fastleger og sykehjemsoverleger må styrkes for å kunne gi behandling av høy kvalitet med færre besøk.

### **Bemanning, rekruttere og beholde medarbeidere**

SSHF er enige i omtalen av bemanningsframskrivninger og rekruttering i del 2. Arbeidet med analyser av fremtidig behov for spesialsykepleiere vil gi retning. Et samarbeid med primærhelsetjenestene om felles modeller som nevnes her, er av stor strategisk betydning. Nye modeller for framskrivninger ønskes velkommen, det er behov for større grad av styring av LIS-utdanning og dermed tilgang på medisinske spesialiteter. Dette er særlig nødvendig i foretakene i distriktene. Omtalen av områder med rekrutteringsutfordringer er stort sett dekkende, men legespesialiteten gastrokirurgi kunne vært lagt til.

Planen har mange gode avsnitt om utdanning og kompetanse, men SSHF savner omtale av utviklingen av medisnutdanning, og behovet for desentral medisnutdanning. SSHF har gjennomført et betydelig arbeid med UiO, og inngikk avtale om UiO Campus sør i år. Vi starter opptak til desentral modell høsten 2023. Det er ambisjoner om å øke omfanget på modellen fra en toårig modell (4. og 5. året), til en treårig modell som også inkluderer 6. året. Satsingen er i tråd med politiske mål om desentrale utdanning, og er av stor strategisk betydning for sykehusene i distriktene, mht rekruttering.

### **Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk – også i samhandlingen med kommunene**

SSHF støtter at dette punktet har fått god plass i den regionale planen. Uønsket variasjon kan føre til at ressursene ikke benyttes optimalt i spesialisthelsetjenestene. Utfordringer med uønsket variasjon i foretakene er godt begrunnet i planen, og tiltakene er relevante. SSHF vil trekke fram at det også er nødvendig å trekke fram behovet for å redusere uønsket variasjon i samhandling med kommunene.

Mens spesialisthelsetjenesten setter mål for standardisering og måler variasjon, er primærhelsetjenestene i sin natur innrettet etter lokaldemokratiets prinsipper for variasjon og lokal tilpasning. 365 kommuner utvikler primærhelsetjenester slik de forstår sin befolknings behov og ønsker. I et 2040-perspektiv vil det tvinge seg fram et behov for å standardisere primærhelsetjenestene, og det vil måtte bygges på et kunnskapsgrunnlag som i dag er begrenset, selv om den har vært økende de siste årene.<sup>1</sup>

Helse Sør-Øst RHF's regionale utviklingsplan kan ikke legge rammer for utviklingen av kommunene, men den kan peke på behovet for å redusere uønsket variasjon i samhandlingen mellom foretakene og kommunene i nedslagsfeltet. Utredninger som den som er gjennomført for ressursbruk i psykiske helsetjenester er av stor nytte, og viser hvor stor variasjon det er både mellom foretak og i kommunene. Denne typen analyse må ligge til grunn for videreutvikling av det samlede tjenestetilbudet, konkret for det enkelte foretaks kommunenedslagsfelt.<sup>2</sup>

### **Eiendom og bygg**

Porteføljen av nye byggeprosjekter i HSØRHF er stor. Realisering av denne vil kreve økte økonomiske rammer totalt, eller en formidabel omstilling og kostnadsreduksjon i kjernevirksomheten for å flytte ressurser fra drift til investering i bygg og utstyr. I porteføljen er det noen kostnadsmessig

---

<sup>1</sup> [NIFU Open Access Archive: Forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester: Kartlegging av resultater av forskningen og erfaringer fra kommunal sektor \(unit.no\)](#)

<sup>2</sup> [ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf \(regjeringen.no\)](#)

dominerende prosjekter som naturlig får mye oppmerksomhet. Porteføljen må balanseres ved at det også gis rom for mindre, men svært viktige byggeprosjekter. Foretak som ikke skal bygge helt nye sykehus, men har valgt en strategi med å videreutvikle eksisterende sykehus/bygningsmasse, vil ha behov for flere mindre investeringsprosjekter i planperioden. Tilpasning av bygningsmassen til økt kapasitet og endrede driftsformer vil sannsynligvis kreve investeringer som er større enn det foretakende kan løfte på egne årlige investeringsbudsjetter. Det bør derfor gis anledning til lånefinansiering av større vedlikeholds- og oppgraderingsprosjekter.

### **Nye arbeidsformer, teknologi, innovasjon**

SSHF støtter planens understrekning av at utviklingen må understøtte bruk av lettvekts-IKT. Den regionale IKT-porteføljen og behov knyttet til denne, har gitt et fokus på standardisering, sanering og modernisering- et grunnleggende fokus som har vært, og fortsatt er, nødvendig. SSHF mener at en betydelig styrket tilrettelegging for bruk av lettvekts-IKT som helselogistikk for foretakene i HSØRHF på kort sikt er en forutsetning for at foretakene kan gjennomføre innovasjon og transformasjon av arbeidsformer og prosesser som er nødvendig for å øke foretakenes langsiktige produktivitet.

Kapittelet i planen bør også inkludere tjenesteinnovasjon som ikke inneholder teknologielementer. En dreining fra status til mulige løsninger ville styrke planen. Eksempelvis kunne en tatt med muligheter innen AI, VR og hololens, og hvordan disse kan påvirke arbeidsprosesser.

Tjenesteinnovasjon som krever radikal endring av prosesser, som hjemmeoppfølging av pasienter i nært samarbeid med kommunene, vil falle under kategorien disruptive innovasjoner (Christensen 2015) som vil kreve store innsatser og større grad av standardisering på tvers av forvaltningsnivåene. Planen kunne tjene på å utdype dette, og peke på noen megatrender og løsninger i et noe lengre perspektiv.

Virksomheter som er gode innovatører trener sine «innovasjonsmuskler». Dette innebærer endret ledelseskompetanse og mer agil (smidig) ledelse, samt endret kompetanse hos medarbeidere og systematisk uttesting av nye arbeidsmetoder. Slike virksomheter er også systematiske mht å innhente informasjon om gode ideer og eksempler nasjonalt og internasjonalt (sense), oversette disse til egen praksis (gripe) og gjennomføre i egen organisasjon (transformere) (Meyer mfl 2021). Det er ikke mulig eller riktig at alle foretakene skal følge med på internasjonal utvikling i bredt, det er naturlig at det skjer regionalt eller i samarbeid mellom de regionale foretakene. SSHF mener at dette burde utredes som et mulig satsingsområde.

### **Samhandling og analysedata**

Omstilling i samhandling med kommunene krever felles beslutningsgrunnlag. For at analysemateriale skal ha legitimitet i begge forvaltningsnivåer må kommunene være involvert i innhenting av data og metoder. Videreutvikling av nivåene i helsetjenesten krever med andre ord en omforent plattform om tjenestene i dag.

Helsefellesskapet Agder har tatt konsekvensen av dette og vi har nedsatt en analysegruppe som sammen med Helse Sør-Øst RHF har gjennomført analyser på skrøpelige eldre, personer med multimorbiditet og eldre storforbrukere av helsetjenesten. Denne analysen supplerer styringsdata fra helsedirektoratet og resulterte i en rapport til Helsefellesskapet i juni 22. Analysegruppen har videre fasilitert workshop for deler av Helsefellesskapet for å finne mulighetsrommet for intervensjon og forskning med fokus på forbedret kvalitet i tjenesten for disse pasientgruppene. Det vil være et økt behov for analysestøtte på dette feltet.

## 2 Vedlegg del B: SSHFs hørings svar – Regional utviklingsplan 2040

### Konkrete innspill til HSØs Utviklingsplan 2040

#### Del 1

#### 2. Trender og utviklingstrekk

Planen kunne dra nytte av å inkludere dilemmaene vi står overfor i helsetjenestene, som at vi får stadig flere medisiner og behandlingsmetoder, men hvordan finansiere disse? Dagens leger har et større ønske om tid til familie og fritid enn tidligere, hvordan håndteres dette?

Vi lever lengre og får flere diagnoser, hvordan organiserer vi oss for dette? Må vi redusere kravet til behandlingen de får?

Mange gode caser som bidrar til å dele erfaringer og gir gode ideer til oppfølging. Beskriver i stor grad nåsituasjon og hva som er gjort og i mindre grad hva som bør gjøres framover både på kort og lang sikt. Endringene ligger i «mer av det samme». Men er det riktig medisin i 2040?

#### 2.1 Befolkningen og samfunnet

Det er en viktig og god henvisning til NOU 2020:15 «Det handler om Norge». På side 12 begrenses imidlertid innfallsvinkelen til Helsefelleskap, mens NOU'en utvider i sine anbefalinger også effekten av sentralisering og utfordringene med rekruttering til også å **gjelde internt i spesialisthelsetjenesten**. (Ref kap 10.6 NOU 2020:15).

#### 2.3 Helsetjenesten

##### *Likeverdige tjenester*

Også sykehusene i distriktene vil påvirkes av den relativt høye alderen i befolkningen. Uønsket variasjon begrenser seg ikke til primærhelsetjenesten. Arbeidet med å redusere uønsket variasjon må styrkes i spesialisthelsetjenesten, i samhandling og i primærhelsetjenestene.

##### *Ny teknologi åpner for nye arbeidsmåter...*

Dette vil også påvirke samhandling med kommunene, og det må legges til rette for å hente ut gevinster for pasientene og mer effektive helsetjenester på tvers av forvaltningsnivåer, også der tiltak gjøres i ett forvaltningsnivå og gevinster hentes ut i et annet.

##### *Alle må tenke forebygging*

«Spesialisthelsetjenestene har særlig ansvar for videre forebygging der sykdom allerede har oppstått, men vi må også bruke vår kunnskap til primær forebygging.» I denne sammenhengen vil arbeid sammen med helsefelleskapet stå sentralt. I et 2060-perspektiv vil forbedring av folkehelse være helt sentralt for å sikre at helsetjenesten på alle nivåer ikke blir overbelastet.

##### *Helsetjenesten i kommunene er under økende press*

På s. 14 i figur 3 vises fordeling av ressursbruk i kommunal helsetjeneste og somatisk spesialisthelsetjeneste i forhold til alder. En tilsvarende kurve burde settes inn med tanke på ressursbruk fra psykisk helsevern. Det er godt dokumentert at eldre i svært liten grad får tjenester fra psykisk helsevern. Det bør omtales i planen og være et naturlig satsingspunkt, i lys av lik rett til helsehjelp.

Utsagnet «Spesialisthelsetjenesten må derfor i mindre grad planlegge for hvordan de skal overføre oppgaver til primærhelsetjenesten, og i større grad spørre hvordan sykehusene kan understøtte og avlaste pleie- og omsorgstjenestene» reverserer i utgangspunktet samhandlingsreformens essens, nemlig at det som kan behandles utenfor spesialisthelsetjenesten skal behandles utenfor spesialisthelsetjenesten. I stedet bør fokus legges på hvordan spesialisthelsetjenesten kan samhandle med kommunene til det beste for pasienten, der hvor pasienten bor.

#### *Økonomiske rammer stiller nye krav til nytenkning*

Her bør det understrekes viktigheten av å opprettholde en sterk offentlig helsetjeneste.

### 3. Mål og satsingsområder

#### 3.1 Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering

I boksen «prioriteringer» er det kun «hva» som skal gjøres, ikke «hvordan», og dette svares ikke ut i tiltak videre. Eks: s 19: «Øke kvaliteten i helsehjelp til personer med innvandrerbakgrunn». Hvordan skal man gjøre dette? Er det eks. krav til ny nettløsning at tekster skal kunne oversettes til flere språk? Det bør spesifikt stå samvalgsverktøy – og ikke bare 'verktøy'. Verktøy kan være så mangt – og mange av leserne vil ikke vite hva det er snakk om. Samvalgsverktøy er spesifikt. Tilgang til samvalgsverktøy er viktig for å nå målene om økt kvalitet og omfang av samvalg.

#### 3.2 Nye arbeidsformer

Dette avsnittet kunne konkretiseres med tanke på allerede igangsatte prosjekter, og en kunne søkt å ha et sterkere langsiktig perspektiv i en 2040-plan.

##### 3.2.1 Det utadvendte sykehuset

Det andre avsnittet gir en nødvendig avgrensning av HSØ sitt ambisjonsnivå sammenlignet med Kaiser-Permanentes, men i det videre avgrenser en i for stor grad.

I et 2040-perspektiv legger målene i dette punktet seg tett opp mot dagens situasjon.

SSHF støtter punktet om at tiden er inne for økt standardisering i digital hjemmeoppfølging.

S.29 «Er turen kommet til brukerstyrt poliklinikk?» SSHF har etablert brukerstyrt poliklinikk innen flere fagområder deriblant HIV og ME.

Kapittelet **om sykehus i nettverk** (del 1 side 30) har begrenset beskrivelsen til potensialet som ligger i bedre bruk av teknologi. «Sykehus i nettverk» kommer imidlertid igjen i flere kapitler som tiltak og løsning. Hele dette kapittelet kunne derfor med fordel vært **utvidet og forsterket** til å inkludere, eller som et minimum referere til andre deler av planen. Disse kan være:

- o Behovet for å styrke **breddekunnskap** for å møte fremtidens utfordringer (side 52). Det er naturlig at dette gjøres i samarbeid mellom små og store sykehus i nettverk.
- o Rekruttering mot særlig **utfordrede fagområder** (del 2 side 20) inkluderer derfor også generell kirurgi, generell indremedisin, akutt og mottaksmedisin, ortopedi. Sykehus i nettverk mellom små og store sykehus bidrar til samarbeid om volum slik at breddekompetansen kan opprettholdes til tross for små nedslagsfelt. Det bidrar også til utvidete og **robuste faglige nettverk** der vaktlagene er små (del 2 side 20).
- o **Redusere uønsket variasjon** (del 1 side 44 og del 2 side 30). Samarbeid om Felles kompetanseplaner (del 2 side 28) vil bidra til å opprette fagnettverk og felles prosedyrer som også vil sikre **redusert variasjon i kvalitet** (side 45 del 1).
- o Sykehus i nettverk vil bidra til å utnytte potensiale for bedre samarbeid om volum, rekruttering og **utnyttelse av ressurser mellom store og små sykehus** (del 2 side 5). (del 1 side 13 og side 50).

##### 3.2.3 Digital sammenheng innad i spesialisthelsetjenesten

S. 28, andre avsnitt; her ligger målbildet tett på dagens, i et 2040-perspektiv. Dette gjelder også punktet 3.2.4.

### 3.3 Samarbeid om de som trenger det mest-vår felles helsetjeneste

Skrøpelige eldre og eldre med kompleks multimorbiditet. Det foreslås å slå sammen disse gruppene. Internasjonalt eksisterer flere retninger for kartlegging av skrøpelighet, og data hentet fra registre er ustabile. Denne pasientgruppen tilhører storforbrukerne av helsetjenester i både kommune og sykehus. Dette gjør at det i tiden fremover må vurderes hvilken behandling som skal gis når, samt hvordan spesialisthelsetjenesten skal innrette seg hos personer som trenger hjelp fra mer enn en organspesialitet. Psykisk helsevern hos eldre er i for liten grad utbygget i spesialisthelsetjenesten, og effekten av psykisk uhelse ses i manglende effekt av somatisk behandling (eks. alvorlig hjertesvikt og samtidig depresjon gir betydelig økt dødelighet enn bare hjertesvikten alene).

Foretakene vil ha behov for økt geriatrisk kompetanse, og det må bygges opp gode samarbeid med fastleger og sykehjemsoverleger for å kunne gi behandling av høy kvalitet med færre besøk. Slik avsnittet om skrøpelig eldre er skrevet kan det misforstås slikt at eldre ikke skal forflytte til riktig avdeling, men i stedet få mindre optimal behandling et annet sted. Dette vil være brudd på pasientrettigheter, og ikke gi befolkningen gode helsetjenester.

Utviklingsplanen beskriver demografisk endring i perioden fram til 2040, men nevner knapt at dette vil bety et betydelig øket behov for psykiske helsetjenester for gruppen eldre og ikke minst de eldste eldre. Denne gruppen får i dag et betydelig mindre tilbud enn andre voksne med tilsvarende lidelser. De blir i mindre grad henvist og når de henvises får de et mere begrenset tilbud. Det er brudd på rett til lik behandling og bør omtales i planen. Utvalg for alderspsykiatri har nylig revidert plan for norsk alderspsykiatri 2022-2030 og jeg vedlegger denne. Planen beskriver utfordringsbildet og satsingsområder i lys av relevant forskning om eldre og psykiske lidelser.

Utviklingsplanen tar ikke inn over seg den betydelige økningen i antall med demens i tiden framover og hva det vil bety i forhold til behov for utredning og behandling i spesialisthelsetjeneste. Med stor økning i antall med demens, vil også antallet med alvorlige atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD) øke og det vil medføre økt behov for kartlegging, oppfølging og veiledning av kommunal helse og omsorgstjeneste. Det er underlig at dette ikke gis god plass i planen, da vi med sikkerhet vet at dette vil bli en betydelig utfordring for den nasjonale helsetjenesten i årene som kommer. Tett samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste er en forutsetning for at vi i fellesskap skal kunne møte denne utfordringen. Det vises til [rapport-forekomst-av-demens-a4 2020 web.pdf \(aldringoghelse.no\)](#) der en ved grundig kartlegging av forekomst av demens i regi av HUNT viser at tallet for antall personer med demens i Norge må oppjusteres fra antatt 80.000 per i dag til 100.000. Det vises også til [Demenskartet – Aldring og helse](#) for ytterligere informasjon om utvikling i forekomst av demens i tiden som kommer.

Oppsummert er det behov for å løfte fram eldre med psykiske lidelser og utfordringene knyttet til økende antall med demens i perioden fram til 2040.

### 3.4 Redusere uønsket variasjon

Her kunne en ha problematisert særskilte utfordringer for foretak med distribuert modell og små sykehus – som mer krevende arenaer for å redusere uønsket variasjon.

### 3.5 Ta tiden tilbake – mer tid til pasientrettet arbeid

S. 48, sjetten avsnitt. Med bakgrunn i sammenligninger i Norden, og med et perspektivmeldings-fokus må dette avsnittet kunne formuleres noe sterkere. Det er mye som peker på at vi har behov for å omstille oss mht bemanning, vaktordninger og kompetanse.

S.50 SSHF støtter forslag om å styrke arbeidet med oppgavedeling og kompetansesammensetning, redusere omfang av rapportering og prosedyrer som ikke gir merverdi, bedre bemanningsplanlegging og ressursstyring og ledelse og medarbeiderskap.

Beskrivelsen av styring og bruk av rapporter og indikatorer (del 1 side 51 og 55) beskriver godt behovet for å utvikle styring som gir større rom for tillit og måling av det som «gir verdi». Kanskje kunne beskrivelsen vært utdypet med en vurdering av hvordan disse verktøyene kan utvikles i den retning og allerede i utviklingsplanen peke på **hvilke verdier dette kunne vært** – som for eksempel at de fanger opp aktørenes motivasjon for, og glede i arbeid.

Helselogistikk og bygninger (s.52) tar opp behovet for at nye sykehus må være arealeffektive og at det er rom for helselogistikk. SSHF mener at det må tas høyde for i planen å modernisere eksisterende bygg med helselogistiske løsninger for foretak som ikke skal bygge store nybygg, som alternativt blir dobbelt skadelidende.

Helselogistikk (s.53) tar opp muligheter rundt pasienten og hvordan helselogistikk kan gi mer effektivt renhold. Men teksten bør også belyse andre forhold i forhold til sykehusdrift, og dagens tekst er for avgrensende. Det kan nevnes at helselogistikk kan løse utfordringer rundt for eksempel avfallshåndtering, post, sengeflyt og medisinsk teknisk utstyr. I forhold til sengeflyt vil løsninger innenfor helselogistikk kunne spare inn arbeidstid ved at portører/andre får raskere oversikt over antallet rene senger på de ulike avdelingen og kan raskt fylle på med nye ved behov. Videre vil teknologien også kunne gi god oversikt over service behov på den enkelte seng. I forhold til medisinsk teknisk utstyr brukes det i dag mye tid i å finne utstyret på sykehusene. Tid som blant annet kunne vært brukt til pasientrettet arbeid.

S. 55 er en mellomtittel: Redusere omgang av rapportering. Her berøres tillitsreformen. Uten at det beskrives retning. Hva skal det rapporteres mindre av? Hva innebærer en tillitsreform for Helse Sør-Øst?

### 3.6 Forskning og innovasjon for bedre helsetjeneste

S. 61, under Å investere i tjenesteinnovasjon er som å investere i en oppstartsbedrift; her sies det at vi mangler systematikk for å identifisere og spre initiativene som fortjener utbredelse. Det er riktig i det store bildet, og poenget fortjener oppmerksomhet i planen. Samtidig kan det nyanseres ved at de fleste foretak jobber systematisk med dette innen sine foretak. SSHFs virksomhetsprogram KOM-programmet, er et eksempel på et slikt systematisk arbeid, der det jobbes systematisk på tvers av sykehusene i foretaket, og initiativer og verktøy spres på tvers av disse. En kan bygge på slike erfaringer i det små for å utvikle systemer i det store.

Det er ingen referanse til HSØ sitt ansvar for forskning eller involvering i internasjonal eller **Global Helse**. Som den største helseaktøren i Norge har foretaket et åpenbart ansvar for å følge opp FN's bærekraftsmål ikke bare i Norge, men også internasjonalt og i land der helsesystemer må videreutvikles. Dette har potensielt også store gevinster for HSØ innen viktige områder som effekt av overforbruk av antibiotika (del 2 side 7), håndtering av pandemier (del 2 side 7), kompetanseutvikling av medarbeidere for håndtering av kriser og epidemier, rekruttering og mye mer (mer kan ettersendes).

## Del 2

### 4. Sentrale forutsetninger for regional utviklingsplan

#### 4.1 Rekruttering og bemanning

S. 21 om bemanningsplanlegging: Her kunne en i større grad ha trukket inn megatrender- hva vil neste generasjon medarbeidere legge vekt på? Hva vil de kreve? Endres dette i lys av en tøffere økonomisk situasjon i Norge og en mer usikker verden? Vil fremtidens medarbeidere ha mer fritid og mindre forbruk?

S.21 forslag om 5 foreslåtte hovedtema fremover støttes som relevante og viktige områder og punkter.

S.22 Arbeidet med å redusere sykefravær samt identifisere tiltak for å få ansatte til å jobbe lengre er også viktige tiltak i et langsiktig perspektiv.

#### 4.2 Utdanning og kompetanse

Dette kapitlet tar opp mange viktige mål. Det fokuseres på spesialsykepleie og spesialistutdanning av leger, som er svært viktige prioriteringer i et strategisk perspektiv.

SSHF savner omtale av utviklingen av medisintutdanning, og behovet for desentral medisintutdanning. SSHF inngikk avtale med UiO om Campus sør i år, og starter opptak til desentral modell til neste år. Det er ambisjoner om å øke omfanget på modellen fra en toårig modell (4. og 5. året), til en treårig modell som også inkluderer 6. året. Satsingen er i tråd med politiske mål om desentrale utdanningsaktiviteter, og er av stor betydning for sykehusene i distriktenes rekrutteringsmuligheter.

S.24 SSHF støtter forslaget om å fokusere på utdanning av tilstrekkelig spes.spl innen AIOB og jordmødre samt at planen beskriver utfordringene med å rekruttere legespesialister til små sårbare fagområder med 4-delt vaktordninger.

#### *4.3 Akuttmedisinske tjenester*

S.27 SSHF støtter forslaget om å øke kompetansen i akuttmottakene og mener at det er viktig. Det stilles større krav til ledelse, organisering, kompetanse og kontinuitet når mer av utredning og behandling skjer i akuttmottaket. SSHF har vedtatt at SSHF skal gradvis bygge opp kompetansen i akutt- og mottaksmedisin og har innarbeidet dette i både utviklingsplan 2040 og strategiplan 2021-2024. Det pågår pr.d.d en dialog med UIA om å sondere muligheten for å etablere videreutdanning for akuttsykepleie.

#### *4.5 Bildediagnostikk og laboratorieundersøkelser*

S. 29. omtales kunstig intelligens, uten å beskrive etiske dilemma som vil oppstå. Det samme gjelder digitale tjenester og teknologi – uten å beskrive sårbarheten i hacking og økt trusselnivå. Det bør i HSØ vurderes å etablere et regionalt kompetansemiljø for Kunstig Intelligens (KI).

#### *4.9 Eiendom*

Utviklingsplanen beskriver prinsipper for eiendomsforvaltning i Helse Sør-Øst og mål for eiendomsutvikling frem mot 2040. SSHF kan slutte seg til disse, men vil kommentere enkelte forhold: Porteføljen av nye byggeprosjekter er svært stor. Realisering av denne vil kreve økte økonomiske rammer totalt, eller en formidabel omstilling og kostnadsreduksjon i kjernevirksomheten for å flytte ressurser fra drift til investering i bygg og utstyr.

I porteføljen er det noen kostnadmessig dominerende prosjekter som naturlig får mye oppmerksomhet. Porteføljen må balanseres ved at det også gis rom for mindre, men svært viktige byggeprosjekter. Foretak som ikke skal bygge helt nye sykehus, men har valgt en strategi med å videreutvikle eksisterende sykehus/bygningsmasse, vil ha behov for flere mindre investeringsprosjekter i planperioden. Tilpasning av bygningsmassen til økt kapasitet og endrede driftsformer vil sannsynligvis kreve investeringer som er større enn det foretakene kan løfte på egne årlige investeringsbudsjetter. Det bør derfor gis anledning til lånefinansiering av større vedlikeholds- og oppgraderingsprosjekter.

Målsettingen om en vektet tilstandsgrad på 1,2 eller bedre innen 2035 er meget ambisiøs, gitt dagens tilstand med store etterslep på vedlikehold. For noen av foretakene fortsetter tilstandsgraden å forverres de nærmeste årene. Investeringsporteføljen må inkludere tekniske oppgraderingstiltak i tillegg til kapasitetsøkninger og driftstilpasninger.

Internhusleie beskrives som et virkemiddel for arealoptimalisering og for å sikre prioritering av tilstrekkelig vedlikehold. Synliggjøring av arealkostnader er positivt og kan dempe etterspørselen etter nye og/eller bedre arealer. Men ordningen gir ikke uten videre mer ressurser til vedlikehold og eiendomsutvikling. Hvis eiendomsområdet skal styrkes, må ressurser flyttes fra kjernevirksomheten og evt. andre støttetjenester. Ordningen medfører betydelige transaksjonskostnader.

Det er bra at utviklingsplanen understreker samfunnsansvaret vårt. Dette innebærer bl.a. at foretakene må samarbeide mer med vertskommunene både om byutvikling og om felles løsninger og tjenestetilbud til innbyggerne.

Med vennlig hilsen  
Sørlandet sykehus HF