



Styrebehandles 22.06.2022

## Utviklingsplan Sykehuset i Vestfold 2022 – 2025



## Innhold

KAPITTEL 1 – Føringer for arbeidet og konkretisering av oppdrag .....	3
1.1 Bakgrunn og mål.....	3
1.2 Tre perspektiver for den framtidige utviklingen av SiV.....	4
1.3 Føringer fra HSØ for innholdet i utviklingsplanen.....	4
1.4 Kort om dokumentet .....	7
KAPITTEL 2 – Organisering, prosess og regi for oppfølging.....	9
2.1 Krav til prosess.....	9
2.2 Overordnet om planprosessen og plandokumentet.....	9
2.3 Én utviklingsplan og tre perspektiver .....	9
2.4 Organisering og regi .....	10
2.5 Høringskonferanse den 31. mars .....	10
2.6 Hovedpunkter fra høringsuttalelsene .....	11
2.7 Overordnet om plandokumentet og forholdet til andre plandokumenter.....	13
2.8 Kort om hvordan SiV har fulgt opp planen fra 2018 .....	14
KAPITTEL 3 – Hva er målene med planen og hvordan nå dem? .....	16
3.1 Overordnede føringer for utviklingsplanen.....	16
3.2 Konkretisering av mål .....	18
3.3 Overordnet om virksomhetsutvikling i SiV .....	19
KAPITTEL 4 – Befolkningsutvikling, framskrivinger og endringsfaktorer .....	25
4.1 Befolkningsutvikling og framskrivinger .....	25
4.2 Endringsfaktorer med økt aktualitet etter behandling av forrige utviklingsplan.....	30
KAPITTEL 5 – Overordnet beskrivelse av SiV som organisasjon og tjenesteprodusent. ....	37
5.1 Aktivitet .....	38
5.2 Kvalitet og pasientsikkerhet .....	42
5.3 Brukerinvolvering og helsekompetanse.....	43
5.4 Forskning og innovasjon.....	47
5.5 Medarbeidere, kompetanse og ledelse.....	48
5.6 SiV som utdanningsinstitusjon .....	51
5.7 Teknologi og digitalisering.....	52
5.8 Eiendom.....	55
5.9 Økonomi .....	55
5.10 Klima og miljø .....	56
KAPITTEL 6 – Perspektiv 1: Intern utvikling og konsolidering av SiV. Analyse og veivalg .....	59
6.1 Nærmere om kapitlet .....	59
6.2 Program for organisasjonsutvikling 2020 – 2021 – hovedgrep.....	59

6.3 Oppfølging av forrige utviklingsplan på rehabiliteringsområdet (KFMR).....	66
6.4 Oppfølging av forrige utviklingsplan innen PHV, TSB og BUP .....	67
6.5 Faglige grep som vil bli prioritert i arbeidet med å følge opp utviklingsplanen.....	69
6.6 Organisatoriske grep som vil bli prioritert i arbeidet med å følge opp utviklingsplanen.....	77
KAPITTEL 7 – Perspektiv 2: Utvikling gjennom samarbeid og konkurranse i spesialisthelsetjenesten.	81
7.1. Pasientstrømmer .....	81
7.2 Forholdet til andre allsidige akuttstusykehus .....	82
7.3 Forholdet til universitetssykehusene .....	85
7.4 Forholdet til private aktører .....	85
KAPITTEL 8 – Perspektiv 3: Samarbeid med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold .....	88
8.1 Organisering av samhandlingsarbeidet .....	88
8.2 Viktige samarbeidsområder .....	89
8.3 Utfordringer i fastlegeordningen .....	90
8.4 Forebyggende helsearbeid.....	90
8.5 Skrøpelige, multisyke eldre pasienter .....	91
8.6 Barn og unges psykiske helse .....	93
8.7 Styrke den akuttmedisinske kjeden .....	95
8.8 Styrke samarbeidet innen psykisk helse og avhengighet.....	96
8.9 Bruke helsefelleskapet aktivt i arbeidet med å møte utfordringene .....	97
KAPITTEL 9 – Oppfølging av utviklingsplanen – regi, muligheter og risikofaktorer .....	98
9.1 Om kapitlet .....	98
9.2 Noen prinsipielle avklaringer knyttet til ansvar og regi for oppfølging.....	99
9.3 Regi for oppfølging av perspektivene 1 og 2.....	99
9.4 Hvordan kan SiV følge opp arbeidet inn mot helsefelleskapet? .....	103
9.5 Mulighets- og risikoanalyse ved de valgte hovedgrepene .....	104
9.6 Oppsummering.....	109
KAPITTEL 10 – Oppsummering .....	110
10.1 Kort om det videre arbeidet med planen.....	110
10.2 Hvorfor akkurat de grepene som er foreslått? .....	110
10.3 Hovedgrep i planen .....	111

# KAPITTEL 1 – Føringer for arbeidet og konkretisering av oppdrag

## 1.1 Bakgrunn og mål

I veileder for arbeidet med utviklingsplaner står det at en utviklingsplan er en plan for hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidige behov for spesialisthelsetjenester.

En utviklingsplan skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene (virksomheten) i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer.

Helseforetakenes utviklingsplaner må ses i sammenheng med Nasjonal helse- og sykehusplan og den regionale utviklingsplanen. Helseforetakenes utviklingsplaner er foretakenes øverste strategiske dokument, og må understøttes av mer detaljerte planer innen ulike fagområder.

Planen må understøtte realisering av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte.

Veilederen understreker med andre ord at utviklingsplanen skal være et strategisk dokument, og at det er viktig å avgrense hva denne planen skal ta opp i seg, og hva som skal håndteres i regi av andre planer og prosesser. Mer om det i kapittel 2.

Styret for Sykehuset i Vestfold behandlet i mai 2018 utviklingsplan for sykehuset. Denne planen hadde et tidsperspektiv fram til 2035, og trakk opp de langsiktige og overordnede veivalgene for sykehusets utvikling i perioden. Planen fra 2018 hadde en grundig gjennomgang av utviklingstrekk, internasjonale tendenser når det gjelder utviklingen av helsetjenesten, endringsfaktorer som må antas å påvirke behovet for helsetjenester i planperioden, og ikke minst endringer i måten disse tjenestene vil komme til å bli levert på. Planen var basert på grundige analyser og omfattende prosesser – både internt i sykehuset og med eksterne samarbeidspartnere.

Den planen som nå legges fram, har ikke som ambisjon å foreta en ny, samlet vurdering av utviklingstrekk, veivalg og strategier. Planen er primært en *rullering og justering* av den planen som ble vedtatt i 2018, og som altså hadde et langsiktig perspektiv.

Samtidig ønsker SiV også i noen grad å *bruke planen til å oppsummere status i arbeidet med de grep og føringer som ble lagt i den forrige planen*. Dette anses viktig ikke minst for å få fram de røde trådene og de langsiktige strategiene som ligger til grunn for sykehusets utvikling og prioriteringer.

Målet med denne planen blir da som følger:

- Oppsummere resultater og erfaringer med de hovedgrep som ble tatt i planen fra 2018.
  - Dette vil bli gjort innenfor rammene av de tre hovedperspektivene som planen fra 2018 var bygd opp rundt (se punkt 1.2.)
  - Det er viktig at planen også har dette siktemålet; ikke minst av hensyn til læring og utvikling.
- Identifisere sentrale endringer i rammebetingelser og/eller endringsfaktorer som har fått økt aktualitet/styrke i tiden etter at den forrige planen ble vedtatt.
  - Endrede planforutsetninger og nye premisser
- Svare opp de nye føringene som ligger i veileder fra HSØ og i styresak 043-2021 fra HSØ.
  - Jfr. punkt 1.3. nedenfor

- På grunnlag av ovennevnte tre kulepunkter skal planen analysere behovet for kursjusteringer, og identifisere de strategiske grepene som er nødvendige for å møte disse endringene.

## 1.2 Tre perspektiver for den framtidige utviklingen av SiV

I utviklingsplanen fra 2018 ble den framtidige utviklingen av sykehuset beskrevet ved hjelp av tre hovedperspektiver:

1. *Det første perspektivet* har fokus på den interne utviklingen og konsolideringen av SiV. Dette perspektivet dreier seg om å utvikle det vi kan kalle den «spissede spesialisthelsetjenesten» – med sterkt fokus på det som fortsatt skal skje «innomhus». Samtidig er det viktig å understreke at også «spissede spesialisthelsetjenester» i økende grad blir levert på arenaer utenfor selve sykehuskroppen.
2. *Det andre perspektivet* dreier seg om å utvikle SiV innenfor rammene av en helhetlig spesialisthelsetjeneste. Dette dreier seg egentlig om tre litt ulike fokusområder/problemstillinger:
  - a. Forholdet mellom SiV og andre helseforetak «på samme nivå». Det vil si andre allsidige akuttisykehus. De mest aktuelle helseforetakene for SiV å samarbeide med på dette nivået, er Sykehuset Telemark HF (ST) og Vestre Viken HF (VV).
  - b. Forholdet mellom SiV og universitetssykehusene.
  - c. Forholdet mellom SiV og private leverandører av helsetjenester. Det kan både dreie seg om private kommersielle aktører og private ideelle.
3. *Det tredje perspektivet* dreier seg om et tettere samarbeid mellom SiV og kommuner og øvrig primærhelsetjeneste (særlig fastlegene) i Vestfold.

Disse perspektivene henger naturligvis tett sammen, og det er én, samlet organisasjon som må møte dem. Som det blant annet framgår av den høringsuttalelsen som kommunene i Vestfold har gitt til utviklingsplanen (jfr, punktene 2.5. og 2.6.), vil for eksempel primærhelsetjenesten i Vestfold ha stor interesse av hvordan SiV håndterer alle de tre perspektivene. Sykehuset valgte likevel i den forrige planen å rendyrke beskrivelsen av den framtidige utviklingen av sykehuset innen rammene av disse tre perspektivene. Dette ble gjort både av analytiske og pedagogiske hensyn, men også for å få fram at det faktisk er tre ulike perspektiver/fokusområder, og med det også ulike regjer for oppfølging.

Da styret for SiV behandlet premisser og framdrift for arbeidet med utviklingsplanen 2022-2025 i sitt møte den 23. juni 2021 (sak 59/21), ble det i eget punkt vedtatt at den planen som nå skal lages, skulle ta utgangspunkt i de samme tre perspektivene som forrige gang. For alle perspektivene har den forutsetning ligget til grunn for planarbeidet at denne planen også skal ha fokus på å oppsummere resultater og erfaringer fra det arbeidet som ble beskrevet i planen fra 2018 – i tillegg til å identifisere nye premisser og forutsetninger. Det legges med andre ord primært opp til en rullering og statusgjennomgang. I det ligger også at de langsiktige perspektivene som ble trukket opp i planen fra 2018, fortsatt er gjeldende.

## 1.3 Føringer fra HSØ for innholdet i utviklingsplanen

I veileder fra HSØ om utviklingsplaner og i HSØ styresak 043 – 2021 er det gitt noen innholdsmessige føringer til helseforetakenes utviklingsplaner. Disse vil kort bli gjengitt nedenfor.

### 1.3.1 Veilederens føringer for innholdet i utviklingsplanen

Veilederens viktigste føringer for innholdet i utviklingsplanene er gjengitt i avsnittene nedenfor.

Områder som skal vurderes/beskrives særskilt

- Prioritere utvikling av tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette arbeidet skal være basert på felles planlegging og utvikling i helsefellesskapene. Barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblem, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser skal prioriteres i dette arbeidet (se også nedenfor under helsefellesskap og utviklingsplaner)
- Avklare kapasitetsbehov og organisering av psykiske helsevern
- Gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus sammen med kommunene
- Gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene
- Sette egne mål i utviklingsplanene for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi
- Lage en plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Det skal legges til rette for livslang læring og en heltidskultur. Sykepleiere og helsefagarbeidere skal ha prioritet i dette planarbeidet

Koronapandemien har gitt helseforetakene et godt grunnlag for å vurdere hvilken beredskapskapasitet de har, og innen hvilke områder det er behov for å styrke kompetanse og kapasitet. Disse erfaringene og vurdering fra evalueringer bør beskrives kort i utviklingsplanen, sammen med tiltak for å styrke beredskap for å håndtere større hendelser som en pandemi.

#### **Bedre bruk av ressurser**

Tiltak og utvikling av spesialisthelsetjenester som gjør at vi kan få mer helse ut av ressursene er stadig viktigere. I utviklingsplanene bør det synliggjøres hvordan tjenestetilbudet skal utvikles for å:

- Være i tråd med overordnede prioriteringer
- Redusere uønsket variasjon
- Yte tjenester mer effektivt
- Redusere pasientskader

Et sentralt tema er hvordan bedre og mer systematisk bruk av teknologi kan bedre kvalitet og pasientsikkerhet eller gi redusert ressursbruk. Digitalisering vil være en grunnleggende forutsetning for realisering av målbildet som presenteres i Nasjonal helse- og sykehusplan.

#### **Helsefellesskapene og utviklingsplaner**

Helsefellesskapene skal bidra til at helseforetak og kommuner sammen planlegger og utvikler mer sammenhengende, helhetlige og bærekraftige helse- og omsorgstjenester for pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Både utviklingsplanene og den kommunale planleggingen må avspeile forventninger til gjensidig, felles planlegging innen aktuelle områder. Det gjelder særlig utvikling av helhetlige, koordinerte tjenester til:

- Barn og unge
- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

- Skrøpelige eldre
- Personer med flere kroniske lidelser

Helseforetakene og kommunene har også felles ansvar for forebygging, og utviklingsplanen bør omtale helseforetakenes bidrag til det felles ansvaret for å fremme folkehelse og forebygge sykdom og skade. Dette ansvaret bør gjenspeiles i de kommunale planene, for å sikre at helheten ivaretas i tråd med nasjonale føringer.

### 1.3.2 Ytterligere føringer gitt i styresak 043-2021 fra HSØ

I styresak 043-2021 fra HSØ ble det gitt noen ytterligere føringer for hva helseforetakene skal legge til grunn for sine utviklingsplaner.

### Oppfølging av Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst

*Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst* ligger til grunn for utviklingen i regionen frem mot 2035, og har som mål å fremme:

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

Planen angir fem satsingsområder som skal prioriteres i Helse Sør-Øst i planperioden:

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

Av styresaken framgår det at målene og satsingsområdene som er omtalt i gjeldende regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst, skal legges til grunn for arbeidet med de lokale utviklingsplanene.

### Oppfølging av andre regionale planer, delstrategier og fagplaner

Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet *en regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* som gir retning for utviklingen av utvalgte områder innen disse fagområdene (styresak 041-2021). Helse Sør-Øst RHF har i den regionale fagplanen valgt å omtale seks innsatsområder:

1. Behandling av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hos barn og unge
2. Forebygging av selvmord
3. Redusert og riktig bruk av tvang
4. Oppfølging ved ROP-lidelser
5. Alkohol og helse
6. Oppfølging ved utviklingsforstyrrelser

Denne regionale fagplanen skal legges til grunn for arbeidet med lokale utviklingsplaner.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har vedtatt *en regional delstrategi for teknologiområdet* (sak 049-2020) som legger føringer for arbeidet med digitalisering og utviklingen av det utadvendte sykehus. Denne delstrategien skal også legges til grunn for arbeidet med lokale utviklingsplaner.

Det er en uttalt målsetting at tilbudet innen *habilitering for barn, unge og voksne* skal styrkes, herunder ambulansetjenester til pasienter. Videre er det viktig at veiledning til kommunalt personell prioriteres, slik at tilbudet til pasienter og pårørende kan styrkes lokalt. Dette arbeidet skal prioriteres og omtales i de lokale utviklingsplanene.

*Samarbeidet på tvers av lokalisasjoner og virksomheter i samme helseforetak* skal styrkes. Dette omfatter blant annet arbeid med felles prosedyrer og fagutvikling, samt utdanning og kompetanseutvikling hvor rotasjon av helsepersonell vil være et viktig virkemiddel. Arbeidet skal prioriteres av helseforetakene og omtales i de lokale utviklingsplanene.

Når det gjelder *prehospitale tjenester* i regionen vil Helse Sør-Øst RHF igangsette et regionalt prosjekt for en samlet vurdering av organisering og oppgavedeling. Dette prosjektet vil pågå parallelt med arbeidet med lokale utviklingsplaner, og vil inngå i regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst. Helseforetakene/sykehusene skal ta utgangspunkt i dagens organisering av prehospitaltjenester i arbeidet med sine utviklingsplaner.

#### 1.4 Kort om dokumentet

Med utgangspunkt i ovennevnte rammer og føringer, er utviklingsplanen bygd opp på følgende måte:

*I kapittel 2* beskrives organisering, prosess og regi for planarbeidet. Her beskrives også hva en utviklingsplan ikke er, og kort om forholdet mellom utviklingsplanen og andre plandokumenter og –prosesser. I dette kapitlet oppsummeres også kort hovedinnholdet i de høringsuttalelser som sykehuset har fått til utviklingsplanen. Avslutningsvis i kapittel 2 gis det en overordnet beskrivelse av hvordan SiV har fulgt opp arbeidet med den utviklingsplanen som ble vedtatt i 2018.

*I kapittel 3* beskrives hvilke mål SiV har med planen og hvordan vi ønsker å rigge oss for å nå målene og ambisjonene. Hovedhensikten med dette kapitlet er å få fram de faglige og helsepolitiske begrunnelser som ligger til grunn for de anbefalinger som gis, og de veivalg som tas. Kapitlet beskriver også hvordan SiV gjennom et systematisk og helhetlig arbeid med virksomhetsutvikling vil arbeide med å realisere ambisjonene.

*I kapittel 4* beskrives befolkningsutviklingen framover, og også noen viktige endringer i framskrivingsmodellen fra Sykehusbygg når det gjelder fagområdene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Denne delen av framskrivingsmodellen for aktivitet er en god del endret siden den forrige planen ble vedtatt. Kapittel 4 inneholder også en beskrivelse av noen helt sentrale endringsfaktorer som har fått økt aktualitet etter at den forrige utviklingsplanen ble vedtatt. *Hovedvekten i dette kapitlet er lagt på «hva som er nytt/endret» siden forrige utviklingsplan.*

*I kapittel 5* blir det gitt en overordnet beskrivelse av SiV som organisasjon og tjenesteprodusent. Dette kapitlet inneholder mye av det felles grunnlaget – organisatorisk, kompetansemessig, bygningsmessig, teknologisk mv – som alle de tre perspektivene nevnt innledningsvis bygger på. Kapitlet inneholder også en kortfattet beskrivelse av den samlede pasientbehandlingen ved sykehuset, og sykehusets prinsipper og policy innen pasientsikkerhet og kvalitet, og når det gjelder brukerinvolvering og helsekompetanse for pasienter og pårørende.



*I kapittel 6 beskrives perspektiv 1: Intern utvikling og konsolidering av SiV (jfr. punkt 1.2.). Dette kapitlet er todelt:*

- For det første inneholder det en oppsummering av hvordan sykehuset på en del sentrale områder har fulgt opp de hovedgrepene som ble signalisert i planen fra 2018.
- For det andre blir det gitt en beskrivelse av faglige og organisatoriske grep som har fått forsterket aktualitet i perioden etter at den forrige planen ble vedtatt. Disse grepene fanger også opp de føringene som er gitt i Veileder og styresak fra HSØ.

*I kapittel 7 gis det en oppsummering av arbeidet med hovedperspektiv 2: Utvikling av SiV innen rammene av en helhetlig spesialisthelsetjeneste.*

*I kapittel 8 gis det en oppsummering av arbeidet med hovedperspektiv 3: Utvikling av SiV gjennom et tettere samarbeid med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold.*

*Kapittel 9 gir en beskrivelse av regien for oppfølging av planen, og en vurdering av risikofaktorer og muligheter i arbeidet med å realisere planens ambisjoner. Dette kapitlet er basert både på erfaringene med planen fra 2018, og på det arbeidet som er gjort med den foreliggende planen (inkludert innspill fra høringsrunden).*

*I kapittel 10 gis det en kortfattet oppsummering av de grep som foreslås i planen – innenfor all de tre hovedperspektivene som er beskrevet i kapitlene 6, 7 og 8. Beskrivelsen av disse grepene bygger både på det høringsutkastet som ble sendt ut den 3. februar 2022, og på de høringsuttalelsene som kom inn til planutkastet. En viktig del av det materialet som beskrivelsen av disse grepene bygger på,*



*stammer også fra den høringskonferansen som ble avholdt den 31. mars (jfr. Punkt 2.5.).*

## KAPITTEL 2 – Organisering, prosess og regi for oppfølging

### 2.1 Krav til prosess

Som det framgår av kapittel 1, foreligger det en rekke krav fra HSØ til hva helseforetakenes utviklingsplaner skal svare opp. Veilederen understreker også at planarbeidet skal være preget av åpenhet og dialog, og det skal gjennomføres en grundig interessentanalyse.

Veilederen understreker spesielt at kommunene ikke bare skal informeres. De skal inviteres aktivt og forpliktende inn i planarbeidet. Den presiserer også at det skal legges godt til rette for brukermedvirkning og medvirkning fra tillitsvalgte og vernetjenestene i planarbeidet.

SiV har forsøkt å etterleve disse føringene, og viser til punktene 2.2., 2.5. og 2.6 for å få et helhetlig bilde av arbeidet med å sikre involvering og forankring.

Rammene for arbeidet med planen, ble lagt i styremøtet den 23. juni (sak 59/21).

### 2.2 Overordnet om planprosessen og plandokumentet

Som det framgår av veilederen, skal det være en bred høringsprosess før endelig plan behandles i helseforetakenes styrer. Denne høringsprosessen ble satt til perioden 03.02.2022 – 20.05.2022; altså 3 ½ måneder.

SiV la til grunn at denne perioden skal brukes aktivt til:

- Å forankre arbeidet med planen gjennom gode dialoger med eksterne og interne interessenter. Det gjaldt ikke minst helsefellesskapet, kommunene, fastlegene, brukerorganisasjonene og representanter for de ansattes organisasjoner. Ambisjonen var å bruke disse månedene til aktiv og forpliktende dialog med alle interessentene.
- Å konkretisere samarbeidsområder med Sykehuset Telemark (ST). Som det framgår av kapittel 7, er det identifisert flere potensielle samarbeidsområder mellom SiV og ST. Dette vil bli utdypet og konkretisert i månedene framover.
- Å ytterligere forbedre og spisse planen. Det gjaldt ikke minst de hovedgrepene som er beskrevet i kapitlene 6, 7 og 8, og oppsummert i kapittel 10. Den planen som legges fram for styret i juni 2022, er således både konkretisert, utdypet og forbedret på grunnlag av innspill i høringsprosessen. Forhåpentligvis er den også godt forankret hos sentrale samarbeidspartnere og interessenter.

### 2.3 Én utviklingsplan og tre perspektiver

Som det framgår av punkt 1.2., legger planen til grunn at SiVs utvikling tar utgangspunkt i tre hovedperspektiver. Det betyr også at det vil være litt ulike prosesser knyttet til hvert av de tre perspektivene, og også til hvordan de skal følges opp; jfr. kapittel 9.

Det er likevel viktig å presisere at det er én, samlet utviklingsplan som nå legges fram, og at mange av SiVs samarbeidspartnere og interessenter har interesser og behov knyttet til alle de tre perspektivene som beskrives i planen. Selv om sykehuset har ønsket bred deltakelse fra mange parter i arbeidet med planen, er det både formelt og reelt *SiVs utviklingsplan*. Det er administrerende

direktør ved SiV som er ansvarlig for at det planforslaget som legges fram for styret, har tilstrekkelig kvalitet, og at det svarer opp de føringene som er gitt fra HSØ.

## 2.4 Organisering og regi

I tråd med veilederen fra HSØ har administrerende direktør ved SiV vært eier av prosessen med å lage utviklingsplanen (prosjekteier). Organiseringen av arbeidet har for alle praktiske formål vært lagt opp som et prosjekt.

Den overordnede og helhetlige styringen av arbeidet har skjedd i regi av ledergruppen ved SiV (som rådgiver for administrerende direktør). Dette forumet har – i tråd med prosjektterminologien – hatt funksjonen som styringsgruppe, og behandlet en rekke saker knyttet til arbeidet med planen.

Oppsummert kan arbeidet med og dialogen rundt planen kort beskrives i følgende hovedpunkter:

- Styret for SiV ga sine føringer for planarbeidet gjennom den saken som det er referert til ovenfor. Styret har også behandlet flere saker om planen i løpet av høsten 2021. Mye av fokuset i disse sakene har vært knyttet mulige samarbeidsområder med Sykehuset Telemark. Det planutkastet som ble sendt på høring den 3. februar, ble behandlet av styret for SiV den 20. januar.
- Klinikkerne har diskutert alle de tre perspektivene på grunnlag av konkrete bestillinger fra administrerende direktør senhøstes 2021. I disse bestillingene ba administrerende direktør klinikkerne eksplisitt om å svare opp føringene fra HSØ. Denne prosessen har vært bindeleddet mellom fagmiljøene på sykehuset og ledergruppen som styringsgruppe.
- Brukerutvalget har vært informert om planarbeidet, og høringsutkastet ble gjennomgått på et eget møte med Brukerutvalget den 23. mars.
- De tillitsvalgte hadde dialog-/innspillmøte med administrerende direktør på et første utkast før styrebehandlingen. Høringsutkastet ble dessuten presentert på HR –direktørens kontaktmøte den 22. februar. De tillitsvalgte har også fått planutkastet til høring.
- Kommunene i Vestfold ble invitert til en innspillsrunde i november/desember, men foretrakk å vente med sine innspill og synspunkter til det forelå et mer helhetlig forslag fra sykehuset. I tillegg til at planutkastet ble presentert og diskutert på et møte i SSU den 10. februar, deltok kommunene også på den store høringskonferansen som er beskrevet i punkt 2.5.
- Brukerorganisasjonene for øvrig (utover brukerutvalget) fikk tilsendt høringsutkastet, og de ble også invitert til den høringskonferansen som er beskrevet i punkt 2.5.

## 2.5 Høringskonferanse den 31. mars

Alle høringsinstansene ble invitert til en stor høringskonferanse den 31. mars. Hensikten med konferansen var å få en åpen, aktiv og involverende dialog med alle involverte parter, slik at den endelige utviklingsplanen i så stor grad som mulig kan speile et felles utfordringsbilde, en felles situasjonsforståelse og et felles eierskap til de grepene som foreslås i planen.

Konferansen hadde brede diskusjoner med utgangspunkt i forberedte innlegg fra:

- Brukerorganisasjonene
- Kommunene i Vestfold
- Fastlegene i Vestfold

Diskusjoner og innspill ble oppsummert i et eget dokument som ble sendt alle deltakerne i etterkant. Dette materialet har vært brukt aktivt i det videre arbeidet med planen, og bidratt til betydelig forbedring og spissing. Det er også vårt inntrykk at høringsinstansene har hatt stor nytte av diskusjonene og oppsummeringene på konferansen i forbindelse med utforming av egne høringsuttalelser.

## 2.6 Hovedpunkter fra høringsuttalelsene

I dette punktet vil det bli gitt en kort oppsummering av hovedpunktene fra høringsuttalelsene. Det er mange verdifulle enkeltinnspill som ikke omfattes av punktene nedenfor, men hovedtendensene i materialet fanges godt opp. Innspillene er i betydelig grad hensyntatt i arbeidet med å utforme den endelige planen.

### 2.6.1 Mottatte høringsuttalelser

Ved høringsfristens utløp var det kommet inn høringsuttalelser fra:

- 5 av kommunene i Vestfold (Færder, Larvik, Tønsberg, Holmestrand og Sandefjord)
- Brukerutvalget ved SiV
- Pensjonistforbundet i Vestfold
- FFO
- NSF ved SiV
- NSF, Vestfold og Telemark
- Psykologforeningen
- Vestfold Legeforening
- Yngre legers forening ved SiV
- Overlegeforeningen ved SiV
- Fagforbundet Vestfold og Telemark
- Et felles innspill fra klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering (KFMR) og klinikk for psykisk helse og avhengighet (KPA)
- Et par innspill fra enkeltpersoner ved SiV

Kommunene har utformet likelydende høringsssvar, slik de også gjorde til planutkastet i 2018. De tre legeforeningene har også utformet et felles svar.

### 2.6.2 Kommentarer knyttet til selve plandokumentet, regi for oppfølging av planarbeidet mv

Det er noen gjennomgående kommentarer knyttet til selve plandokumentet, grunnlagsmaterialet som arbeidet bør bygge på, regi for oppfølging mv. Disse vil kort bli oppsummert i punktene nedenfor:

- Utkastet blir gjennomgående godt mottatt. Det beskrives som grundig, gjennomarbeidet og med god treffsikkerhet på utfordringsbilder og hovedgrep. Det er således ganske bred tilslutning til hovedbudskapet og tilnærmingen i planutkastet.
- Noen av høringsinstansene etterlyser en tydeligere beskrivelse av hvordan den forrige planen – og de innspillene som ble gitt til den – er fulgt opp. De etterlyser med andre ord et «regime» for oppfølging av resultater og framgang.

- Særlig kommunene – men også enkelte andre høringsinstanser - etterlyser et felles data-/kunnskapsgrunnlag for arbeidet med planen. Noen av høringsinstansen tok dette opp også i 2018, og dette vil bli fulgt opp fra SiVs side på arenaer som er hensiktsmessige for dette formålet. Eksempler på slikt felles kunnskapsgrunnlag kan være:
  - Ungdataundersøkelsene
  - Folkehekseprofilene
  - Status fra demenskartlegginger
- Flere etterspør hvordan erfaringer fra piloter i enkeltkommuner raskere kan spres til de øvrige kommunene i opptaksområdet når resultatene tilsier det. I dag opplever mange at det tar for lang tid fra noe blir pilotert og til erfaringer og resultater blir spredt/formidlet til flere.
- Et litt overordnet innspill, som også er nevnt ovenfor, er dette: Selv om planen er bygget opp rundt tre hovedperspektiver, understreker særlig kommunene at de tre perspektivene henger sammen, og at perspektiv 1 og 2 er svært viktige for kommunene.
- Nesten alle høringsinstansene peker på helsefelleskapets sentrale rolle for å understøtte samhandlingsarbeidet. Mange mener at det er et potensial for å styrke og tydeliggjøre denne rollen, og at oppfølgingen av utviklingsplanen kan være én blant flere innganger for å få til en slik styrking.
- Et siste poeng som ble spilt inn, er viktigheten av å trekke med andre aktører i kommunene i samhandlingsarbeidet enn de som «tradisjonelt» hører til helse- og omsorgstjenestene. Ikke minst i forhold til målgruppen barn og unge er det viktig også å trekke med aktører innen oppvekstområdet. For noen temaer vil også NAV være en viktig aktør.

### 2.6.3 Kommentarer knyttet til innholdet i planen

Når det gjelder innholdet i planen, kom det opp et par temaer utover de som var beskrevet i planutkastet. I tillegg kom det en del viktige forsterkninger og presiseringer av temaer som allerede var omtalt. Disse innspillene vil kort bli beskrevet i punktene nedenfor. De er nærmere utdypet i de påfølgende kapitlene:

- *Styrking av brukerperspektivet.* Alle høringsinstansene er enige om at dette perspektivet er viktig og må forsterkes. Noen innspill som vil bli nærmere utdypet i senere kapitler:
  - Brukerne må med helt fra starten av arbeidet.
  - Brukerperspektivet dreier seg om mer enn bare medvirkning og samvalg. Det dreier seg også om en brukerdrevet innovasjon av tjenestene.
  - Det er viktig at samspillet mellom tjenesteutøvere og brukerne differensieres og skreddersys ut fra utbrukernes forutsetninger og behov.
  - En sterkere brukerstemme vil også i seg selv kunne representere en viktig drivkraft for utvikling og forbedring av tjenesten.
- *Arenafleksibilitet og digitalisering.* Også her er det stor enighet om viktigheten av å forsterke innsatsen. Noen innspill:
  - Når SiV leverer spesialisthelsetjenester utenfor sykehus, må det gjøres i dialog med primærhelsetjenesten og brukerne.
  - Bruken av teknologi må tilpasses bruker-/målgruppen og dens kompetanse/modenhet. Denne modenheten varierer.

- Hva som er hensiktsmessig arena og teknologi, vil også avhenge av sykdom/plage og målgruppe.
- *Barn og unges helse; med særlig fokus på psykisk helse.* I forlengelsen av den forrige planen ble det etablert et prosjekt kalt Ung Arena+. Dette prosjektet er i god gjenge. Flere stiller likevel spørsmål ved om dette fanger hele bredden i målgruppen. Dette ikke minst i lys av pandemien, og de utfordringer den har gitt når det gjelder psykisk helse blant barn og unge. Vi kommer nærmere tilbake til dette i kapitlene 6 og 8.
- *Fastlegekrisen.* Her er det bred enighet om at det må tas et krafttak og at det bør diskuteres hva SiV kan gjøre for å understøtte fastlegene og legevaktlegene i deres arbeid. Dette kommer vi også tilbake til i senere kapitler.
- *Utvikling av den polikliniske virksomheten ved SiV.* I planutkastet er det foreslått flere grep for å styrke døgntilbudet ved SiV. Det er også foreslått noen grep for å styrke den polikliniske virksomheten, men ikke i form av et helhetlig, overordnet og konseptuelt utformet grep. I løpet av høringsfasen har det pågått diskusjoner og prosesser ved sykehuset som gjør at administrerende direktør vil foreslå at det igangsettes et større arbeid med sikte på en helhetlig og målrettet utvikling av den polikliniske virksomheten ved sykehuset.
- *Bruk av private avtalespesialister.* I kapittel 7 beskrives SiVs rolle innenfor rammene av en helhetlig spesialisthelsetjeneste. En viktig aktør i denne tjenesten er private avtalespesialister. Særlig på det polikliniske området utgjør de private avtalespesialistene en svært viktig del av det tilbudet som tilbys til pasientene i Vestfold. Det vil i det endelige plandokumentet bli gitt en noe mer utførlig beskrivelse av denne aktiviteten enn i det dokumentet som ble sendt på høring.
- *Helse og arbeid.* SiV er allerede en ledende aktør innen fagfeltet helse og arbeid. Som ett av få sykehus har SiV etablert et integrert arbeidsrettet tilbud til pasienter med muskel-/skjelettplager og psykiske lidelser. Det har kommet innspill i høringsperioden med ambisjoner om å videreutvikle dette området i tett samarbeid med NAV. Målet er å skape virkningsfull behandling som kan fremme økt arbeidsdeltakelse. Hvordan dette tenkes fulgt opp, kommer vi tilbake til i kapittel 8.

## 2.7 Overordnet om plandokumentet og forholdet til andre plandokumenter

I følge veilederen er en utviklingsplan en plan som viser hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidige behov for spesialisthelsetjenester. Planen skal vise ønsket utviklingsretning, og hvilke grep og tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer.

Det presiseres at helseforetakenes utviklingsplaner må ses i sammenheng med Nasjonal helse- og sykehusplan, og den regionale utviklingsplanen. Helseforetakenes utviklingsplaner er foretakenes øverste strategisk dokument, og det er forutsetningen at de understøttes av mer detaljerte planer innen ulike fagområder.

Det presiseres tydelig i veilederen at planen må understøtte realiseringen av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte.

Ut fra ovennevnte føringer og premisser, er det viktig å understreke følgende når det gjelder dette plandokumentet:

- Denne utviklingsplanen er mer å anse som en rullering og oppfølging av den planen som ble vedtatt i 2018, enn som en fullstendig revisjon. Det betyr at de perspektiver, utviklingstrekk og retningsvalg som ble beskrevet i den planen, fortsatt er gjeldende. Men denne planen oppdaterer og aktualiserer planen fra 2018, og tar også inn noen nye perspektiver. I tillegg forslås det grep på viktige områder som har fått økt aktualitet i tiden etter 2018.
- Dokumentet inneholder også en relativt kortfattet oppsummering av hvordan SiV har fulgt opp de grepene og retningsvalgene som ble tatt i den forrige planen. Administrerende direktør anser det som viktig på denne måten å synliggjøre de røde trådene og den kontinuiteten som ligger til grunn for sykehusets utviklings- og strategiarbeid. Det gjelder i særlig grad oppfølging av perspektiv 1 – intern utvikling og konsolidering av SiV. Her vises til kapittel 6. For en kort oppsummering av arbeidet med å følge opp perspektiv 3, vises til punkt 2.8.2.
- Planen har i det store og hele et foretaksperspektiv. Det innebærer at den tar opp utfordringer og signaliserer grep og retningsvalg som i det vesentlige er felles for hele foretaket. Det vil si at mer klinikkinterne og fagspesifikke temaer i liten grad er berørt. Noen unntak gjøres likevel fra dette hovedveivalget.
- Avslutningsvis er det viktig å understreke at fokus i planen primært er på kjernevirksomheten og pasientbehandlingen. Utfordringer knyttet til kompetanse, teknologi, infrastruktur med mer, tas primært opp i andre plansammenhenger. Men både i kapittel 3 og i kapittel 5 er det gitt viktige ansatser til nye og forsterkede grep også når det gjelder disse rammefaktorene.



## 2.8 Kort om hvordan SiV har fulgt opp planen fra 2018

Blant annet grunnet innspill fra flere av høringsinstansene ønsker administrerende direktør å gi en kort og helt overordnet beskrivelse av hvordan planen fra 2018 er fulgt opp.

### 2.8.1 Oppfølging av perspektivene 1 og 2 i planen fra 2018

Når det gjelder oppfølging av perspektivene 1 og 2 i planen fra 2018, vises det i hovedsak til kapittel 6 – punktene 6.2., 6.3. og 6.4. Her beskrives resultatene fra et omfattende OU-program som i stor grad er basert på føringer lagt i utviklingsplanen fra 2018. Dette programmet omfattet alle de somatiske klinikkene i Tønsberg. Det gjøres her også rede for hvordan planen er fulgt opp på de områdene som i særlig grad berører klinikkene KFMR og KPA.

Det er administrerende direktørs vurdering at det er en god «rød tråd» fra de føringer som ble gitt i utviklingsplanen fra 2018, og til de grep og prioriteringer som ble gjort i OU-programmet og i regi av KFMR og KPA, siden disse to klinikkene i liten grad var omfattet av OU-programmet.

### 2.8.2 Oppfølging av perspektiv 3 i planen fra 2018

Dette perspektivet dreier seg om å utvikle SiV gjennom samarbeid med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold. Denne oppfølgingen må naturligvis skje på de arenaer som er felles for alle aktørene. Det vil i praksis si helsefellesskapet; herunder SSU som et sentralt organ.

Mye av dette oppfølgingsarbeidet dreier seg – naturlig nok – om løpende oppfølging, ajourføring og forbedring av allerede igangsatte samhandlingstiltak og oppfølging av inngått samarbeidsavtaler.

Når det gjelder temaer/innsatsområder som har hatt særlig fokus i perioden etter at forrige plan ble vedtatt, kan særlig nevnes følgende:

- *Samarbeidsprosjektet Ung Arena+*. Dette pilotprosjektet er direkte avledet av den forrige planen, og er nå godt i gang. For nærmere omtale vises til punkt 8.6.
- *Samarbeidsprosjektet skrøpelige, multisyke eldre*. Også dette pilotprosjektet er direkte avledet av den forrige planen, og er godt i gang. For nærmere omtale vises til punkt 8.5.
- *Gjennomgang og behandling av samhandlingsavvik*. Dette gjøres i regi av samarbeidsutvalg for kvalitet.
- *Kompetansebroen*. Dette er en nettside rettet mot helsepersonell og studenter, og skal bidra til å styrke informasjons- og kompetansedeling mellom kommuner, sykehus og utdanningsinstitusjoner. For partene som inngår i samarbeidet er Kompetansebroen et viktig tiltak for å styrke samhandling, standardisering av opplæring og sikre trygge overføringer av pasienter mellom sykehuset og kommunene. For Kompetansebroen i Vestfold er de samarbeidende partene kommunene i Vestfold, Sykehuset i Vestfold og Universitetet i Sørøst-Norge.
- *Diverse prosjekter knyttet til digital oppfølging og arenafleksible løsninger*. I perioden etter at den forrige planen ble vedtatt, har det vært arbeidet på flere fronter med å utvikle arenafleksible modeller og bruk av digitale verktøy for oppfølging av pasienter. Dette er noen eksempler:
  - Oppfølging av KOLS pasienter
  - Hjemmesykehus for barn
  - Digital oppfølging av diverse pasientgrupper innen KPA
  - Utvikling og styrking av palliativt team
- *Trygg utskriving*. Det er god dokumentasjon på at det er betydelig risiko forbundet med å overføre pasienter mellom organisatoriske enheter. Det gjelder både mellom organisatoriske enheter innen samme organisasjon, og mellom forvaltningsnivåene. Det har derfor de senere årene vært lagt ned et betydelig arbeid med å trygge prosessen knyttet til utskriving av pasienter fra sykehus til kommunal institusjon eller eget hjem. Dette har vært en integrert del av arbeidet med helhetlige pasientforløp.

På et par viktige områder som ble trukket fram i utviklingsplanen fra 2018 og i høringen knyttet til planen, har det skjedd mindre enn hva som kunne vært ønskelig. Det gjelder:

- Oppfølging av arbeidet med den akuttmedisinske kjeden
- Utvikling av felles styringsinformasjon/styringsdata for å følge opp samhandlingen og utviklingen av tjenestene



SiV ønsker å forsterke arbeidet med disse temaene innenfor rammene av helsefelleskapet og håper på gode prosesser og et tillitsfullt samarbeid rundt dette.

## KAPITTEL 3 – Hva er målene med planen og hvordan nå dem?

### 3.1 Overordnede føringer for utviklingsplanen

Det har vært et viktig premiss for arbeidet med SiVs utviklingsplan at den skal ta utgangspunkt i de overordnede føringene som er lagt for spesialisthelsetjenesten i Norge og de strategier og planer som SiV tidligere har vedtatt for å følge opp disse overordnede føringene.

Alle hovedgrep, veivalg og strategier som er foreslått i planen, har søkt sin begrunnelse i – og vært avledet av – disse føringene. Det vil føre for langt å beskrive disse begrunnelsene i detalj i denne utviklingsplanen, men noen *hovedbegrunnelser* for de anbefalinger og veivalg som er tatt i planarbeidet, kan likevel framheves. Dette vil bli gjort i punktene nedenfor.

#### 3.1.1 Utvikle tjenestene på pasientenes premisser

SiV skal utvikle sine *tjenester på pasientenes premisser*. I det ligger naturligvis mye, men det betyr at pasientene skal lyttes til, de skal være aktive deltakere i den helsehjelpen de mottar, de skal høres/konsulteres i alle beslutninger som gjelder videre behandling, de skal møte en helhetlig og integrert helsetjeneste, og de skal – så langt råd er – få utført tjenesten på den arenaen de selv foretrekker, og helst også på et tidspunkt som passer dem best.

I den perioden sykehuset nå går inn i, vil det bli satset spesielt på å styrke pasientenes helsekompetanse. Det er et mål for SiV å legge til rette for at pasientene skal kunne ha en mer aktiv og forpliktende rolle i sin egen utrednings- og behandlingsprosess. SiV vil også ta i bruk moderne teknologiske verktøy, slik at pasientene selv i større grad kan velge når og hvor ulike aktiviteter skal utføres. Samtidig er det viktig at det legges til rette for de pasientgruppene som fortsatt ikke vil være i stand til å nyttiggjøre seg den nye teknologien uten videre. For å utvikle en helsetjeneste som i større grad er basert på pasientenes premisser og behov, må også ansattes kompetanse i å kommunisere med pasienter og pårørende utvikles og styrkes.

#### 3.1.2 Sikre flyt, kontinuitet og forutsigbarhet i tjenestene

Tjenestene skal være preget av *flyt, kontinuitet og forutsigbarhet* – med færrest mulig forflytninger. Der hvor det er mulig, er det sykehusets ambisjon at helsearbeideren og helsetjenesten skal komme til pasienten snarere enn at pasienten skal måtte forflytte seg for å møte helsearbeideren/helsetjenesten. Samtidig er det viktig å utnytte det potensialet som ligger i at ny teknologi gjør det mulig å samhandle i form av digitale møter og treffpunkter, og ikke bare fysiske.

Det er allment erkjent og godt dokumentert at det er betydelig risiko forbundet med enhver forflytning av pasienter. Antall forflytninger – både internt på sykehuset og mellom forvaltningsnivåene – bør derfor reduseres til et minimum.

#### 3.1.3 Sikre mer sammenhengende og integrerte helsetjenester

Det er SiVs ambisjon at sykehusets pasienter skal oppleve en *sammenhengende og integrert helsetjeneste*. Det gjelder både pasienter som behandles på tvers av sykehus og kommuner/fastleger, og det gjelder pasienter som har behov for mange kontaktpunkter internt i spesialisthelsetjenesten. Disse pasientene skal oppleve en helsetjeneste som «snakker sammen», som er godt koordinert, og

som samhandler til det beste for pasienten. Dette er særlig viktig for pasienter med sammensatte og langvarige behov, og med et komplekst sykdomsbilde.

Det er et gjennomgående budskap fra disse pasientgruppene at de opplever møtet med hver enkelt helsearbeider/enhet som veldig positivt og kompetent, men at aktørene i for liten grad snakker sammen og er koordinerte. De satsingene som de senere årene er gjort innen kreftbehandlingen, ved etableringen av nytt akuttsenter, styrkingen av tilbudet til skrøpelige, multisyke eldre også videre, er alle illustrasjoner på at sykehuset ønsker å møte disse behovene på en offensiv måte, og med både organisatoriske, kompetansemessige og holdningsmessige tiltak.

#### 3.1.4 Sikre god pasientsikkerhet og kvalitet

Pasientsikkerhet og kvalitet skal fortsatt være bærebjelken i alt utviklings- og forbedringsarbeid ved sykehuset. Det skal gjennomføres opplærings- og kompetanseutviklingen, lederutviklingen, hva som står i fokus i interne forbedringsarbeider osv. Alle drifts- og arbeidsformer som utvikles ved sykehuset, skal også ha dette perspektivet.

Et av elementene i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet, er en økt standardisering og reduksjon av uønsket variasjon. Det er godt dokumentert at standardisering bidrar til bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Samtidig må naturligvis utredning og behandling skreddersys der hvor det gir det beste resultatet.

#### 3.1.5 Sikre at pasientene tas hånd om på laveste, effektive omsorgsnivå

Pasientene skal tas hånd om på *laveste effektive omsorgsnivå*. Det betyr et riktig grensesnitt mellom SiV og primærhelsetjenesten, og det betyr riktig omsorgsnivå (døgn, dag, poliklinikk) internt på SiV.

Å legge et slikt prinsipp til grunn vil bidra både til mer effektiv ressursbruk, men også til riktigere prioritering mellom ulike pasientgrupper, slik at de som virkelig trenger de tunge, spesialiserte sykehusfunksjonene, også får tilgang til dem.

#### 3.1.6 Utnytte teknologisk muligheter

SiV skal ta i bruk *og utnytte de muligheter som moderne teknologi gir* for å understøtte effektive arbeidsprosesser og sikre trygg og sikker pasientbehandling. Det er også en ambisjon å ta i bruk teknologi som gjør at pasientene kan få helsehjelpen uten alltid å måtte komme fysisk til sykehuset (arenafleksible tjenester).

I den kommende perioden vil SiV ta i bruk digitale verktøy som gjør det mulig å tilby presisjonsmedisin til stadig flere pasientgrupper. Den teknologiske transformasjonen som vil komme de nærmeste årene, vil relativt raskt kunne gi grunnlag for en mer robust helsetjeneste, som setter trygghet og pasientopplevelsen i fokus.

#### 3.1.7 Styrke forskning og innovasjon

SiV skal fortsatt ha høye ambisjoner innen *forskning og innovasjon*. Sykehuset har brukt innflyttingen i nytt bygg som brekkstang for innovasjon av nye driftskonsepter og nye måter å levere helsetjenester på.

SiV skårer fortsatt høyt på kvalitet innen forskning. Innenfor en god forskningsmessig infrastruktur skal forskningen fortsatt være klinikknær og pasientrelevant.

Sykehuset vil fortsatt ha som ambisjon å drive forskningsdrevet innovasjon. De fleste innovasjonsprosjektene har vært, og vil fortsatt være, forankret i strategiske satsinger som regional utviklingsplan.

### 3.1.8 Økt vekt på teamarbeid

SiV skal sikre at helsepersonellet *jobber i team rundt pasienten*, og utvikler tjenesten i tråd med ny kunnskap om hva som virker. Teamarbeid er ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel for å oppnå god pasientsikkerhet og pasientflyt.

Slike pasientnære team kan både være virtuelle og fysiske, men de vil i stadig økende grad bli understøttet av nye og moderne teknologiske verktøy.

### 3.1.9 Øke evnen til endring og omstilling

SiV skal drive *effektivt og rasjonelt* – med hensiktsmessige arbeidsprosesser, god styring og ledelse, og tett oppfølging av driften.

Det er en klar ambisjon at sykehuset fortsatt skal utvikle *organisasjonens evne til endring, omstilling og kontinuerlig forbedring*. Sykehuset ønsker å mobilisere brukerne av helsetjenestene, både på individ- og systemnivå, og å mobilisere klinisk helsepersonell til målrettet utvikling av tjenestene. Ikke minst har sykehuset ambisjon om å samhandle med primærhelsetjenesten på en målrettet og forpliktende måte.

Ovennevnte punkter representerer den røde tråden i det arbeidet SiV har gjort fra den forrige utviklingsplanen ble vedtatt i 2018, via det store OU-programmet som ble gjennomført i 2020-2021 (se punkt 6.2. i planen) og fram til den planen som nå legges fram.

For mer utfyllende beskrivelse av hvordan SiV må rigge seg for å møte ovennevnte krav og føringer, vises til punkt 3.3. nedenfor om virksomhetsutvikling.

## 3.2 Konkretisering av mål

Som nevnt i punkt 1.2, har SiV valgt å beskrive den framtidige utviklingen av sykehuset ved hjelp av tre hovedperspektiver. For hvert av de tre perspektivene har sykehuset fastsatt målbilder og en videre konkretisering av disse i form av mer konkrete kjennetegn. I denne planen vil bare målbildene bli gjengitt. I planen fra 2018 er det konkretisert hva som ligger i de enkelte målbildene. Det vil si hva som kjennetegner sykehuset når målbildene realiseres.

### 3.2.1 Målbilder for perspektiv 1: Intern utvikling og konsolidering av SiV

De 8 målbildene for dette perspektivet, er som følger:

- 1 SiV er kjent for å ha inkludert brukerne aktivt i forbedrings- og utviklingsarbeidet – både på individ- og systemnivå
- 2 SiV arbeider etter helsefremmende prinsipper, og har bidratt til økt egenmestring hos befolkningen i Vestfold
- 3 SiV leverer spesialisthelsetjenester av dokumentert høy kvalitet, og har et godt omdømme og stor troverdighet på disse tjenestene
- 4 SiV har utviklet en organisasjons- og ledelsesform som sikrer løpende utvikling og forbedring av tjenestene

- 5 SiV ligger i front når det gjelder tverrfaglig samarbeid, og de ansatte har god digital støtte i alle arbeidsprosesser
- 6 Forsknings- og innovasjonsarbeidet ved SiV har høy kvalitet, og bidrar til at sykehuset leverer stadig bedre pasientbehandling
- 7 SiV har etablert en sterk posisjon i markedet for rekruttering, og er en attraktiv arbeidsplass for nøkkelpersonell
- 8 SiV bidrar til å utjevne sosiale og kulturelle forskjeller i helse ved å sikre befolkningen lik tilgang til helsetjenester

### 3.2.2 Målbilder for perspektiv 2: Utvikling av SiV innenfor rammene av en helhetlig spesialisthelsetjeneste

De 2 målbildene for dette perspektivet, er som følger:

- 1 SiV arbeider forpliktende med andre helseforetak og viktige regionale fagmiljøer
- 2 SiV har et avklart forhold til konkurranse og samarbeid i spesialisthelsetjenesten

### 3.2.3 Målbilder for perspektiv 3: Utvikling av SiV gjennom et tettere samarbeid med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold

De fire målbildene for dette perspektivet, er som følger:

- 1 SiV og kommunene i Vestfold er ledende i å levere helhetlige pasientforløp – i et hjem-til- hjem perspektiv
- 2 SiV og kommunene i Vestfold har etablert en ledende posisjon med å gi helsetjenester utenfor sykehus – mer arenafleksible modeller og gode digitale verktøy
- 3 SiV og kommunene i Vestfold har lyktes med å gi pasientene diagnostikk, behandling og oppfølging på riktig omsorgsnivå/tjenestenivå
- 4 SiV og kommunene i Vestfold bruker felles styringsinformasjon i sann tid – noe som gir rask, pålitelig og relevant beslutningsstøtte

## 3.3 Overordnet om virksomhetsutvikling i SiV

### 3.3.1 Virksomhetsutviklingens nødvendighet

Virksomhetsutvikling skal være Sykehuset i Vestfolds samlede kraft og mobilisering for å møte nye og gamle utfordringer på måter som innfrir samfunnsoppdraget, og som oppleves som meget bra av pasienter, pårørende og medarbeidere.

Utfordringene for SiV i årene som kommer må handle om mye mer enn å innfri de oppgavene som ligger i lov- og avtaleverk, samt beslutninger knyttet til Oppdrag og bestilling fra HSØ og SiVs foretaksmøter. SiVs styrke har i mange år vært evnen til å legge til grunn et helhetsperspektiv på løpende og kommende utfordringer i et flerårig perspektiv. Det gjelder både faglig og organisatorisk, og det gjelder både i forhold til drift og investeringer. Dette må forsterkes for å ivareta det samfunnsoppdraget som helseforetaket er pålagt.

I dette punktet redegjøres det kort for

- SiVs behov for lokal utvikling for å øke handlingsrommet for å løse oppgavene innenfor de til enhver tid gjeldende betingelser

- Erkjennelser om sammenhenger og kompleksiteter – særlig knyttet til forståelse av *kvalitet*
- Utviklingstrender som forutsetter virksomhetsutvikling
- Eksempler fra Hurdalsplattformen som illustrerer at forutsetninger og rammer også er konsekvenser av politisk eierskap og styring.

Måten ressursene anvendes på i den enkelte virksomhet, og det volum og den tjenestekvalitet som kommer ut, vil være stadig mer betinget av lokale institusjonelle forhold: Av organisering, ledelse, arbeidsmiljø, motivasjon og brukerinvolvering, så vel som av hvilke interne og eksterne korreksjonsmekanismer som etableres.

Ett av de seks strategiske innsatsområdene i SiV er *virksomhetsutvikling*. Innholdet i dette innsatsområdet skal utvikles i løpet av 2022, og må gis høy prioritet de kommende årene.

Erkjennelsene av alle gjensidige avhengigheter mellom de strategiske innsatsområdene:

- Pasientsikkerhet og kvalitet
- Virksomhetsutvikling (tidl. produksjons-, prosess- og ressursoptimalisering)
- Organisasjonsutvikling
- Ledelse
- Kompetanse
- Medarbeidere

og drivere som:

- Digitalisering
- Medisinsk utvikling
- Økonomiske forutsetninger
- Kultur og arbeidsmiljø

må legges til grunn for å sikre enda bedre omstillingsprosesser i hele organisasjonen.

Det er behov for ny kunnskap om sammenhengen mellom ressursbruk, kvalitet og organisatoriske forhold. Effektiviteten i produksjonen av tjenester og den kvalitet de har, har betydning for oppslutningen i befolkningen til offentlig styrte og finansierte helse- og velferdstjenester. Lav kvalitet vil redusere betalingsviljen, men for høy kvalitet kan også innebære feil bruk av ressurser. Det blir derfor viktig at ledere og fagpersonell i fellesskap definerer hvilke kvalitetsmål og hvilke faglige standarder som skal legges til grunn for tjenesteleveransene på de ulike områdene.

Etter mange år med oppmerksomhet på utbygging, er det for sykehuset nå nødvendig å rette større oppmerksomhet og mer krefter mot pasientbehandling og –tilbud, kvalitet og pasientsikkerhet, mobilisering av tusenvis av kompetente og engasjert medarbeidere, og radikalt forbedre drift og handlingsrom for å møte nye utfordringer og forventninger til spesialisthelsetjenesten. Dette vil sannsynligvis måtte skje innenfor relativt sett knappere økonomiske rammer, og med opplevd større ressursknapphet.

Det offentlig oppnevnte Velferdstjenesteutvalget skriver:

*«Velferdstjenester produsert på en samfunnsøkonomisk effektiv måte tilsier at det offentlige får levert den tjenestekvalitet som borgerne har krav på, til lavest mulig samlet ressursinnsats. Både for høy og for lav kvalitet svekker effektiviteten. For lav kvalitet betyr at det offentlige forsyningsansvaret ikke blir ivaretatt, og brukeren mottar ikke den tjenesten det er krav på. For høy kvalitet betyr at det*

*brukes mer ressurser på tjenesteproduksjonen enn det som er nødvendig, og at ressursene kunne ha blitt brukt for eksempel til andre tjenester eller til andre brukere.»*

Utvalget mener det er behov for mer inngående analyser av resultateffektivitet og kvalitet i tjenestene. For SiVs vedkommende er det ytterst interessant å endre fokus fra *ressurseffektivitet til flyteffektivitet*. Oppmerksomheten må rettes mot *effekten og verdien* av tjenestene for pasientene – og ikke ensidig på aktivitet i seg selv. Flyteffektivitet handler om at oppgavene løses på optimal måte, både med hensyn til logistikk/flyt og pasientenes opplevelse av f.eks. redusert venting, dobbeltarbeid osv.

Behovet for helse- og velferdstjenester vil øke framover, blant annet som følge av aldringen av befolkningen. Det skjer samtidig med at petroleumsinntektene ventes å synke, og tilgangen på kvalifisert personell blir knappere. Dette utfordrer bærekraften i tjenesteproduksjonen og «tilsier økt behov for å finne innovative løsninger som ikke reduserer kvaliteten i tjenestene, samtidig som det må påregnes færre personer til å levere tjenestene,» som Velferdstjenesteutvalget skriver i sin utredning (NOU 2020: 13 Private aktører i velferdsstaten).

Det er bred politisk enighet i Norge om at det offentlige skal ha et omfattende ansvar for alle samfunnsborgeres tilgang til helse- og velferdstjenester av høy kvalitet. Samtidig står vi overfor en demografisk utvikling hvor volumet på tjenesteytingen må økes, mens det nasjonaløkonomiske handlingsrommet begrenses. For å møte denne utfordringen, må Norge som velferdssamfunn bli bedre på tre konkrete områder, alle knyttet til tjenestekvalitet:

- 1 Det første er å definere «riktig kvalitet», og kalibrere og forankre tjenestemottakernes (og politikernes) forventninger til det tjenestenivået lovgiver har bestemt at befolkning og tjenestebrukere skal motta.
- 2 Det andre er å få en større tjenesteproduksjon ut av de tilgjengelige ressursene, samtidig som den ønskede kvaliteten beholdes. Forskning, tjenesteutvikling og innovasjon må stimuleres på bred front, og ny teknologi integreres i tjenesteytingen. Tydelige, konkretiserte kvalitetsmål må anvendes for å trekke ut de resultater som bør generaliseres som ny praksis.
- 3 Det tredje er å sikre at de definisjoner og indikatorer på tjenestekvalitet som anvendes i lovgivning og i evaluering av resultater fra forskning og forsøksvirksomhet, har forankring i de fag og profesjoner som utfører den konkrete tjenesteproduksjonen.

Norge har ikke en samlet, overordnet politikk for kvalitetsutvikling og -sikring i velferdstjenestene. Tjenestekvalitet er sektormyndighetenes ansvar. Over lang tid har det vokst fram et sinnrikt system med flytende grenser mellom tilsynsorganer, kompetanse- og rådgivningssentre, godkjenningorganer og rutinemessige (nasjonale og internasjonale) datainnsamlinger. Det er store forskjeller mellom sektorene i hvilken grad data om kvalitet (og enkeltprodusenter) bearbeides for offentlig innsyn og debatt.

Samtidig er måten tjenestekvalitet oppfattes på, og hva som anses for å være de faktorer som leder til, og som er relevante for å vurdere god/riktig/akseptabel kvalitet, blitt et stadig mer politisert felt.

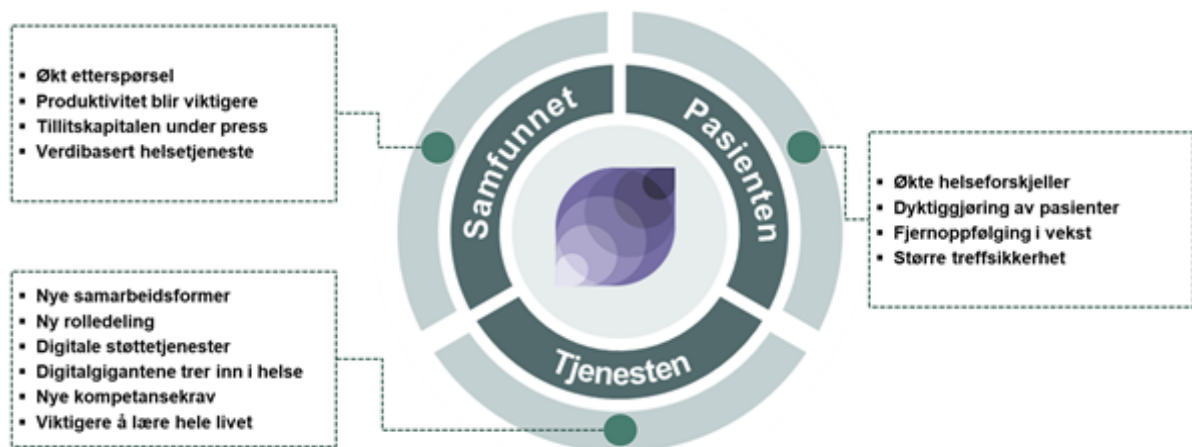
Skal det norske velferdssamfunnet møte morgendagens utfordringer på en god måte, må effektiviteten i tjenesteytingen øke. Det betyr å levere riktig kvalitet med mindre ressursinnsats. Ny teknologi sprer seg inn i personlig tjenesteyting med voldsom kraft.

Sammenhengene mellom ressursinnsats og kvalitet løses opp, forholdet mellom produsent og bruker endres, vellykket innovasjon betyr å inkorporere ny teknologi i endrede arbeids- og organisasjonsformer.

### 3.3.2 Nærmere om utviklingstrender som forutsetter virksomhetsutvikling

Trendene kan sorteres i tre tema: samfunn, pasienten og tjenesten.

Figur 3-1: Virksomhetsutvikling i helsetjenesten



#### 1. Samfunn

##### 1.1 Økt etterspørsel

Økt behov for helsepersonell med i) flere eldre, ii) ny sykdomsmiks med vekst bl.a i psykiske lidelser og iii) flere tilstander kan behandles. Pårørende er en viktig ressurs, men endringer i bosettingsmønstre og i pårørendes rolle kan gi et svekket bidrag fra denne gruppen.

##### 1.2 Produktivitet blir viktigere

Svekkelsen av statsfinansene kan ytterligere forsterkes hvis midlertidige tiltak blir varige, og befolkningens forventninger øker. Produktivitetsvekst blir viktig for å møte utviklingen. Samtidig har pandemien vist et behov for styrket beredskap, som kan ha en dempende effekt på produktiviteten.

##### 1.3 Tillitskapitalen under press

Norge har tillit som fortrinn, og det bidrar til god politisk styring. Sosial tillit blir dog utfordret, og forsterkede konfliktlinjer i politikken kan true grunnlaget for politiske forlik.

##### 1.4 Verdibasert helsetjeneste

Større vekt på kvalitet i helsetjenesten. Behandlingsutfall og pasientopplevelsen blir viktigere. Nye behandlingsmåter fremmer resultatbasert finansiering. Internasjonalt forventes det at pandemien fremskynder utviklingen mot utfallsbaserte kontrakter.

#### 2. Pasienten

##### 2.1 Økte helseforskjeller

Økte helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper og geografisk - mellom sentrale

områder og distrikter. Det er klare tendenser til polariserte helsetrend, hvor for eksempel noen trener mer enn noensinne og andre faller utenfor.

## 2.2 Dyktiggjøring av pasienter blir viktigere

Det ligger betydelige gevinster i å styrke pasientenes helsekompetanse. Det vil si deres evne til å håndtere egen helse, og til å bruke velferdsteknologi og digitale verktøy i tilknytning til helse og behandling. En slik utvikling bidrar også til at pasienter blir hverandres rådgivere. Det kan gi god hjelp, men det kan også bety dårlige helseråd.

## 2.3 Fjernoppfølging i vekst

Pandemien ga et betydelig skyv i retning av mer e-helse og avstandoppfølging. Det er vist potensial for mer bruk av digitale løsninger og konsultasjoner via telefon og video, men også behov for mer dokumentasjon og finansieringsløsninger som ikke hemmer en ønsket utvikling.

## 2.4 Presisjonsbehandling

Persontilpasset medisin er i vekst. I tillegg muliggjør maskiner både smartere pasientvalg og større presisjon. Det gir bedre effekt for pasientene, men kostnadene blir store ved at det blir færre pasienter å fordele dem på.

# 3. Tjenesten

## 3.1 Nye samarbeidsformer

Samarbeid er viktig for læring og arbeidsdeling mellom kommuner, mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og mellom offentlig, ideell og kommersiell sektor. Behovet for innovasjon forsterker viktigheten av samarbeid ytterligere.

## 3.2 Ny rolledeling: Etter internasjonal målestokk har Norge et høyt antall leger og sykepleiere pr innbygger. Utfordringen med økt etterspørsel etter helsetjenester vil kreve riktig bruk av tilgjengelig kompetanse, og nye måter å dele oppgaver mellom profesjoner i helsetjenesten.

## 3.3 Digitale støttetjenester

Helsepersonell kan avlastes av maskiner innen for eksempel dokumentasjon, utdeling av mat og medisiner og med koordinering.

## 3.4 Digitalgigantene trer inn i helse og omsorg

Digitalkjempene er aktive i hele helseverdikjeden, innen distribusjon, diagnose og undersøkelse, samt kliniske studier og forskning.

## 3.5 Nye kompetansekrav

Maskiner blir kollegaer, og da blir digitalkompetanse viktigere. Det fremmer også behovet for tverrfaglighet og kombinasjonsutdanninger. I tillegg blir fire framtidskompetanser stadig viktigere: skaperkraft, informasjonskyndighet, fordypningsevne og sosial kompetanse.

## 3.6 Viktigere å lære hele livet

Flere skifter jobb enn tidligere, og kompetansen utdateres raskere. Digital undervisning kan bidra til livslang læring og til ny pedagogikk. Koronapandemien har forsterket digital læring betydelig.



### 3.3.3 Helsepolitikken i regjeringsplattformen

Blant punktene i Hurdalsplattformen som er spesielt aktuelle for spesialisthelsetjenesten er:

- Dreining av ledelsesperspektivet i helsetjenesten i retning av mer ansvar og tillit til de som arbeider nærmest pasienten
- Regjeringen vil utrede endringer i styringen av sykehusene og helseforetaksmodellen
- Redusert mål- og resultatstyring og fjerne unødvendig rapportering i helsesektoren, sammen med partene i arbeidslivet
- Regjeringen vil nedsette en helsepersonellkommisjon for å fremme tiltak for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell over hele landet
- Finansieringsmodeller som legger bedre til rette for trinnvis utvikling og realisering av sammenhengende e-helseløsninger og forbedringer av helsetjenesten
- Finansiering som legger til rette for sammenhengende pasientforløp og økt pasientsamarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Utredning av en tydeligere organisering og ledelse av rehabiliteringstilbudet på ulike nivåer
- Utnyttelse av handlingsrommet i anskaffelsesregelverket for prioritering av ideelle tjenesteytere og langsiktige avtaler basert på kvalitet

Hurdalsplattformen omfatter flere punkter som vil kunne ha konsekvenser for regionale helseforetak og helseforetak. Det gjelder eksempelvis den helsepersonellkommisjon som er nedsatt, men også andre punkter som omhandler lederstruktur i virksomhetene, finansieringen av beredskapsfunksjoner i sykehus, og kapasitet i nye sykehusbygg .

Flere av punktene i regjeringsplattformen kan resultere i at ressurser må omprioriteres fra sentrale strøk og til distriktene. Regjeringsplattformen går på helseområdet langt i å detaljstyre på flere områder. For blant annet helseforetakene kan dette gi begrensninger i handlingsrommet de behøver for å kunne løse sine oppgaver på en god måte.

Samtidig ønsker regjeringen å innføre en tillitsreform. Det kan ligge et paradoks i ambisjonen om mer detaljstyring på den ene siden, og på den annen side at det skal innføres en tillitsreform.

Helseministeren signaliserer at det kommer endringer i finansieringssystemene (mer ramme mindre ISF, og ikke ISF i psykisk helsevern og avhengighet), «Pasientens helsetjeneste» blir «Vår felles helsetjeneste», pakkeforløp skal hete pasientforløp og det blir ikke lenger «Nasjonal helse- og sykehusplan», men «Nasjonal helse- og samhandlingsplan».



## KAPITTEL 4 – Befolkningsutvikling, framskrivinger og endringsfaktorer

### 4.1 Befolkningsutvikling og framskrivinger

#### 4.1.1 Befolkningsutvikling generelt

I perioden fram til 2040 vil befolkningen i SiVs opptaksområde øke med 9 %, til om lag 270 000 personer. Befolkningssammensetningen etter alder i sykehusets opptaksområde har samme utvikling som for landet i gjennomsnitt. Befolkningsgruppen 1-17 år reduseres med 4 %, aldersgruppen 18 – 64 år har ingen endring, mens aldersgruppen 65 år og eldre øker med 54 %.

En aldrende befolkning forventes i dag å ha behov for helsetjenester over en lengre periode enn tidligere generasjoner. Økningen av den eldre pasientgruppen innebærer at flere pasienter har flere komplekse og kroniske sykdommer som må håndteres samtidig i spesialisthelsetjenesten. Med økningen av andelen og antallet eldre følger også økning i antall pasienter med demens. I aldersgruppen mellom 70 – 74 år har fem prosent demens, blant de over 90 år har 50 % demens. Dette er tilstander som må håndteres samtidig med behandling av andre tilstander.

I følge Perspektivmeldingen blir det i årene framover færre yrkesaktive per trygdemottaker. Helsetjenesten vil stå overfor store utfordringer med å få nok personell til å møte behovet i befolkningen. Dette er en av de store, sentrale samfunnsutfordringene som helsetjenestene må finne gode løsninger på. I SiVs opptaksområde er det i dag 10,4 yrkesaktive per innbygger over 80 år eller eldre. I 2040 vil samme tall være 4,8. Dette er lavere enn landssnittet som er henholdsvis 12,5 og 6,1.

Det er stor usikkerhet knyttet til slike framskrivinger. De endrede flyttestrømmene ut av byene til forsteder og nærliggende byer man har sett så langt under pandemien, forsterker usikkerhetene i framskrivingene.

#### 4.1.2. Framskrivinger, utviklingstrekk og endringsfaktorer

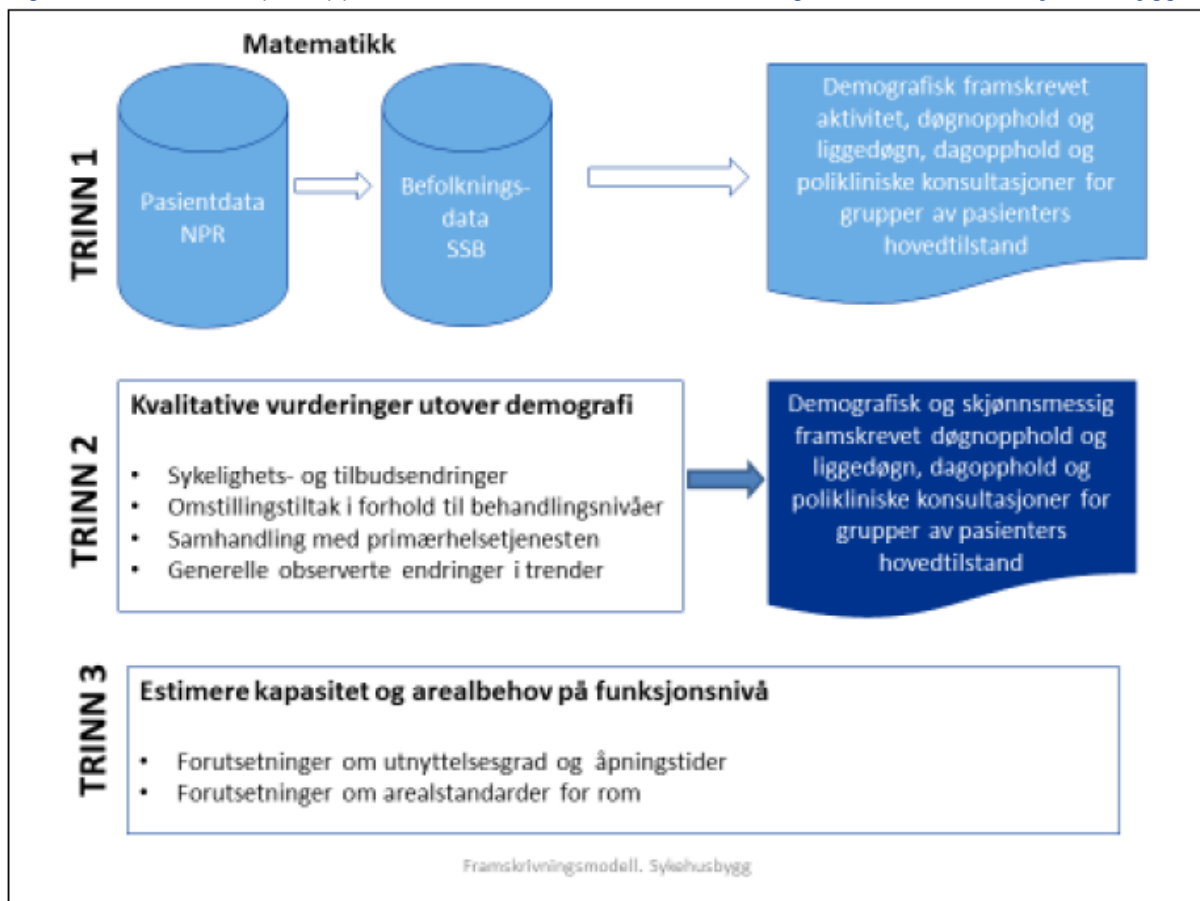
Dersom SiV skal møte framtiden på en vel forberedt måte, er sykehuset avhengig av å analysere hvilke faktorer som vil endre behovet for helsetjenester og/eller måten disse tjenestene bør leveres på. Sykehuset må med andre ord foreta analyser og vurderinger av forhold som i større eller mindre grad vil påvirke og endre en mer «lineær utviklingsbane». Med det siste menes en utviklingsbane som primært bygger på befolkningsframskriving og endringer i aldersstruktur/aldersfordeling i befolkningen.

## Framskrivningsmodellen - prinsipper

Planlegging av framtidige helsetjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivinger av befolkningens behov for helsetjenester. Det er derfor utviklet en modell for framskrivning av aktivitet ved helseforetakene som eies av RHF-ene og forvaltes av Sykehusbygg (SB). Arbeidet med modellen ledes av Helse Sør-Øst RHF. Alle helseforetakene skal bruke denne framskrivningsmodellen i forbindelse med sine utviklingsplaner.

Nedenfor vises en skisse over prinsippene i modellen.

Figur 4-1; Skisse over prinsippene i RHFenes modell for framskrivning av aktivitet. Kilde: Sykehusbygg.



*Trinn 1* i arbeidet med modellen er en framskrivning av aktiviteten for det HF-et eller enheten som skal analyseres. For å lage slike framskrivinger, benyttes data fra Norsk pasientregister (NPR, år 2019). Disse aktivitetsdataene koples med befolkningsdata framskrevet av Statistisk Sentralbyrå (SSB, demografisk framskrivning). På den måten får man fram et behov for spesialisthelsetjenester basert på befolknings- og aldersframskrivning.

*I trinn 2* av analysen gjøres vurderinger utover de demografiske endringene som skjer. Blant annet utvikling i diagnostikk, utredning og behandling og teknologiske framskritt medfører at helsetjenestene endrer seg. I trinn 2 er det derfor laget et sett av drivere/endringsfaktorer basert blant annet på vurderinger fra fagfolk og erfaringer fra gjennomførte prosjekter i helseforetakene.

I modellen har man lagt inn følgende drivere/endringsfaktorer:

- Sykdomsutvikling baseres på Folkehelseinstituttets analyser
- Effekt av primær og sekundær forebygging, effekt av nye behandlingsmetoder, nye legemidler, ny teknologi i behandling, nye screeningprogram mm

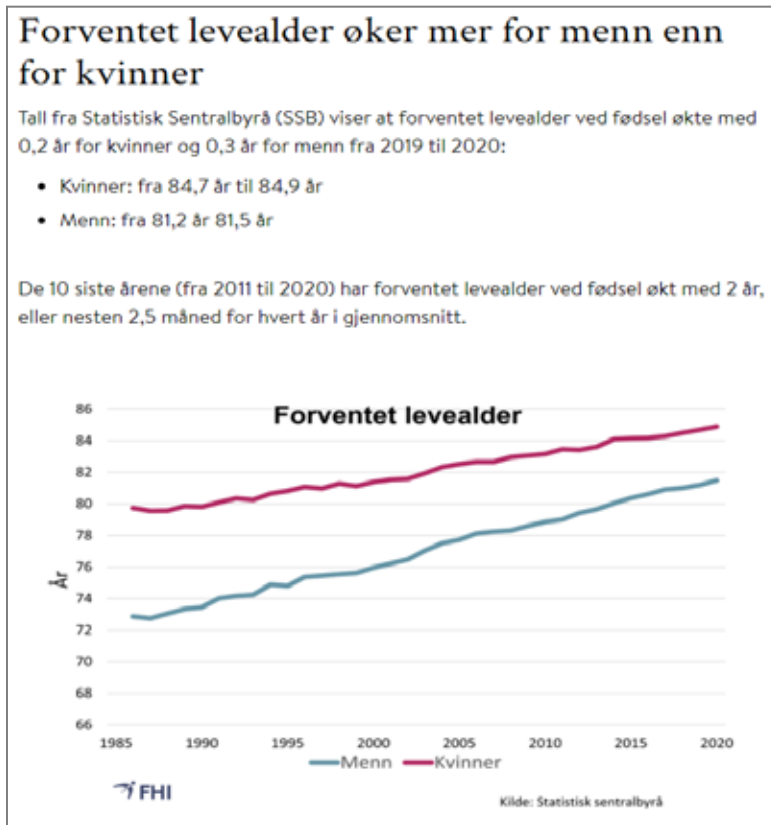
- Endring i oppgavedeling (internt i helseforetak, mellom helseforetak, mellom offentlige og private sykehus/avtalespesialister og samhandling mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste, innspill fra helsefelleskapene)
- Endring i organisering av tjenestetilbudet (f.eks. fra døgnopphold til dagopphold og polikliniske konsultasjoner, bruk av observasjonsenheter, pasienthotell, hjemmesykehus etc.)
- Økt digitalisering, arbeidsbesparende teknologiske løsninger og endret bruk av kompetanse
- Generell effektivisering, tiltak for å redusere uønsket variasjon, bedre prioritering, reduksjon i interne ventetider (bedre logistikk)
- Pasienten som aktiv deltaker i egen behandling/helse, styrket helsekompetanse, og endringer i befolkningens etterspørsel etter tjenester
- Krav til beredskap – mangelsituasjoner og mulige trusler/pandemi
- Endringer i bemanningsbehov ut fra sammensetning av ansatte, forventet aktivitetsendring, oppgavedeling, teknologisk utvikling og andre modifierende faktorer

*I trinn 3 av framskrivingen beregnes framtidig kapasitet basert på den framskrevne aktiviteten gjennom trinn 1 og trinn 2. Ulike utnyttingsgrader og åpningstider benyttes i kapasitetsberegningene avhengig av hvilke framskrivninger som skal gjøres.*

Erfaringer fra arbeid med framskrivninger av behov og kapasitet har vist at dette er et arbeid beheftet med høy grad av usikkerhet. For eksempel regnet man seg i arbeidet med femte byggetrinn ved SiV fram til at 516 somatiske senger var nødvendig for å ivareta befolkningens framtidige behov. I det såkalte «bølgesamarbeidet» med Sykehuset Telemark i 2011 beregnet man tilsvarende framtidig behov på 510 senger. I dag drifter SiV med 214 somatiske senger i lavdrift og 302 i høydrift. Dette er somatikk inkludert KFMR, men eksklusive tekniske senger. Videre framskyndet perioden med covid-19 digitaliseringen av polikliniske tjenester til pasientene på en måte ingen framskrivningsmodell kunne forutse.

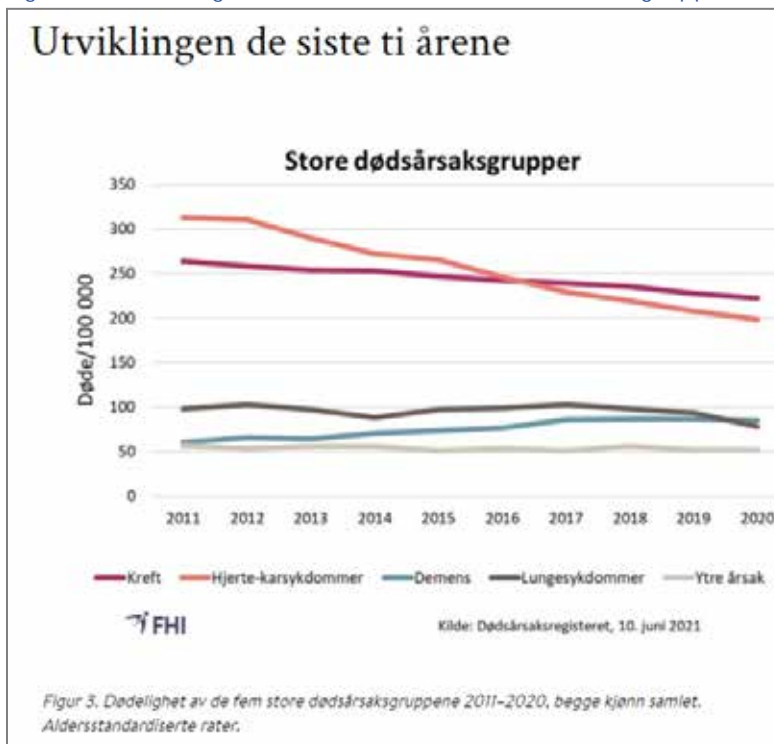
Noen av de utviklingstrekkene som vil påvirke behovet for spesialisthelsetjenester og kompetansesammensetningen i spesialisthelsetjenesten mest i kommende år, er kombinasjonen av at stadig flere lever stadig lenger:

Figur 4-2: Forventet levealder - Norge



Og dermed også lever lenger med sine sykdommer:

Figur 4-3: Utvikling siste ti år, de fem store dødsårsaksgruppene:



Det som ytterligere vil påvirke behovet for spesialisthelsetjenester i årene framover, er kapasiteten og kompetansen i primærhelsetjenesten. Skjebnefellesskapet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er sterkt, og vil med den utviklingen som er beskrevet ovenfor, bli tydeligere i årene framover.

Arbeidet med framskrivinger av behov og kapasitet er med andre ord preget av stor usikkerhet og med mange ukjente faktorer. Det grunnlaget som er stilt til disposisjon til helseforetakene i arbeidet med Utviklingsplanen, gir ikke grunnlag for å kaste om på de vurderinger som ble gjort for somatikken ved utarbeidelse av Utviklingsplanen til SiV fra mai 2018.

#### Beskrivelse av de endringsfaktorene som ligger i modellen – PHV og TSB

*Ny nasjonale modell for framskrivinger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)* er utviklet med utgangspunkt i aktivitetstall fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). For å fange opp behovet for helsetjenester, er det tatt utgangspunkt i Global Burden of Disease (GBD) ved Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) sine estimater av prevalens av ulike psykiske lidelser i Norge. Forekomsten av sykdom i befolkningen blir sammenholdt med aktivitetsdata (NPR og KPR) for å vurdere om det er pasientgrupper helsetjenesten trenger å videreutvikle tilbud til i årene fram mot 2040.

For liggedøgn gir modellen på nasjonalt nivå en moderat reduksjon i TSB, uendret nivå for psykisk helsevern for voksne og en vekst i antall liggedøgn i psykisk helsevern for barn og unge. For poliklinisk aktivitet gir modellen en klar økning.

#### Epidemiologisk og medisinsk utvikling (tilbud og etterspørsel)

Epidemiologiske studier tyder på at forekomsten av diagnostiserbare psykiske lidelser og ruslidelser i befolkningen vil være stabil over tid. Den nye modellen for framskrivinger i psykisk helsevern og TSB indikerer at dekningsgraden i spesialisthelsetjenesten nasjonalt for eldre over 65 år, pasienter med spiseforstyrrelser, og alkoholrelaterte lidelser, er lav.

Forventet utvikling, slik den er skissert for SiV i Ny modell for framskrivinger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) framkommer i tabellen nedenfor:

Tabell 4-1: Forventet aktivitetsutvikling for BUP, VOP og TSB

	Liggedøgn 2019	Liggedøgn 2040	Endring	Poliklinikk 2019	Poliklinikk 2040	Endring
BUP	3 147	2 921	-7 %	49 723	54 627	+10 %
VOP	40 716	42 137	+3 %	93 405	110 726	+19 %
TSB	28 893	26 264	-9 %	56 669	72 673	+28 %

## 4.2 Endringsfaktorer med økt aktualitet etter behandling av forrige utviklingsplan

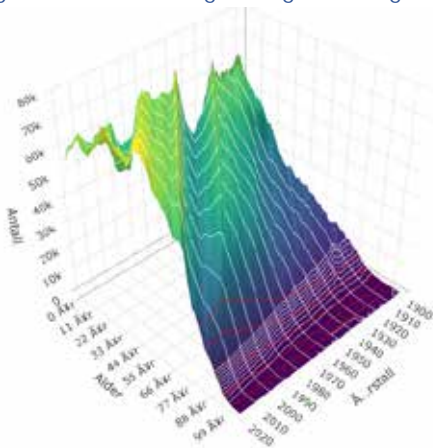
Etter at den forrige utviklingsplan ble behandlet i mai 2018, er det noen faktorer som har fått økt aktualitet, og som vil bli kort beskrevet nedenfor. Med økt aktualitet menes at det har skjedd en utvikling på det aktuelle området de siste fire årene, som medfører at sykehuset må forholde seg til dem på en annen måte enn tidligere.

De faktorene som nevnes, er av ulik karakter. De spenner fra utvikling i sykdomsbildet, via økte utrednings- og behandlingsmetoder, til forhold av mer organisatorisk og arbeidsprosessuell karakter. Fellesnevneren er at de enten stiller SiV overfor nye muligheter, eller at de representerer utfordringer som vi må analysere grundig dersom vi skal kunne møte dem på en godt forberedt måte.

### 4.2.1 Økt forekomst av demens

Den økte forekomsten av demens vil i årene framover gi helsetjenesten og SiV utfordringer. Forekomsten av demens vil øke i årene framover fordi innbyggerne i opptaksområdet lever lenger og årskullene de nærmeste årene (etterkrigskullene) er betydelig større enn tidligere årskull. Figur 4.3. nedenfor illustrerer den store økningen av eldre >75 år vi vil få i samfunnet.

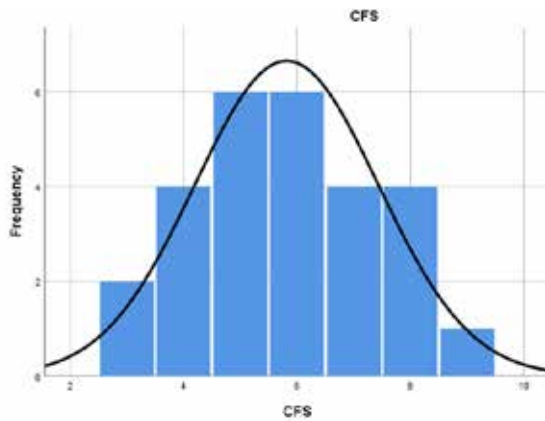
Figur 4-3: Befolkningens mengde i Norge etter alder.



Framskrivninger viser at antall demente innen 10 år nær vil fordoble seg. Blant personer mellom 70-75 vil 5% ha demens, blant dem >90 år vil 50% ha demens.

I tillegg til demens vil denne økende pasientgruppen også i varierende grad ha redusert funksjon. Skrøpeligheit er et mål for redusert funksjon. Registrering av skrøpeligheit (pilot) hos pasienter > 75 år i akuttmottak i SiV desember 2021 viser følgende fordeling av skrøpeligheit. En skår på 4 (0 – 10) eller mer indikerer et hjelpebehov.

Figur 4-4: Fordeling av skrøpeligheit hos pasienter > 75 år i akuttmottak i SiV



Pasientgruppen med demens og også samtidig varierende grad av redusert funksjon krever en ny tilnærming fra sykehusets ansatte. Medarbeiderne må endre et sterkt fokus på spisskometanse og organspesifikke diagnoser til i større grad å støtte opp under bedret funksjon. Det vil således kreve en større grad av generalistkompetanse, samtidig som spisskompetansen innen de ulike fagfelt må opprettholdes og videreutvikles. Dette vil også kreve nye tilnærminger i samhandlingen med primærhelsetjenesten. Prosjektet Multisyke i regi av Hellesfelleskapet (se kapittel 8) har dette som et viktig område i samhandlingsprosessene.

Teknologisk utvikling med større brukermedvirkning og også ansvarliggjøring av pasienter er vesentlig for den videre utviklingen av en bærekraftig helsetjeneste. Denne utviklingen vil også sette krav til brukerne. Pasientgruppen demente med varierende grad av nedsatt funksjon vil ikke nødvendigvis kunne dra nytte av denne utviklingen dersom ny teknologi er rettet mot relativt unge, funksjonsdyktige brukere. Det er derfor viktig når en utvikler ny teknologi at den utvikles på en slik måte at også denne pasientgruppen kan nyttiggjøre seg teknologiske framskritt i behandlingen.

#### 4.2.2 Utfordringer innen psykisk helsevern og TSB

De senere årene har det vært et økende fokus på spesialisthelsetjenestens tilbud til pasienter innen psykisk helsevern og TSB. Det er særlig noen lidelser hvor gapet mellom pasientenes behov og det tilbudet spesialisthelsetjenesten greier å gi, er stort, og til dels økende. Disse vil kort bli omtalt nedenfor.

##### Spiseforstyrrelser

Både lokalt, nasjonalt og internasjonalt er det beskrevet en økning i antall pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser. For unge mennesker er det registrert en spesielt stor økning i forbindelse med koronapandemien.

Det er godt dokumentert at andelen pasienter som blir behandlet for spiseforstyrrelse, er relativt lav i forhold til hva som er det reelle behovet. Dette er særlig urovekkende med tanke på tilstandens alvorlighetsgrad og omfanget av behandling som er nødvendig når pasientene kommer til behandling.

Endret forekomsttall for spiseforstyrrelser, gapet mellom antall syke og antall i behandling, og tilstandens alvorlighetsgrad, er viktige drivere for videreutvikling av tilbudet i form av både polikliniske tilbud og dag- og døgnbehandling. Også digitale tjenester er velegnede til flere av disse pasientene.

##### Ruslidelser

De siste årene har antall pasienter med diagnostisert ruslidelse i Norge økt med 0,3 % årlig. Samtidig vet vi at rus- og avhengighetslidelser er vesentlig underdiagnostisert. Over halvparten av pasientene



med diagnostisert ruslidelse hadde en alkoholrelatert lidelse, mens pasienter som er under behandling for flere stoffer – opiat og cannabinoide – utgjorde 15-20 % av populasjonen.

I Norge er omsetningen av ren alkohol per innbygger tilnærmet fordoblet i perioden 1970 til 2017. En økt dekningsgrad for alkoholrelaterte lidelser fra 13 til 25 %, slik det er lagt til grunn i framskrivningsmodellen, betyr for SiV at antall pasienter med behandling for alkoholrelaterte lidelser bør tilnærmet fordobles – fra dagens drøye 500 pasienter årlig.

Alkohol og helse er derfor også et av innsatsområdene i den regionale fagplan for PHV/TSB; blant annet med mål om tidlig intervensjon ved problematisk bruk av alkohol, rutiner for identifisering av alkoholbruk i inkomstsituasjon somatikk (AUDIT-C), rutiner for samhandling og henvisning mellom somatikk, TSB, PHV.

Sykehuset bør videreutvikle rutiner for identifisering av ruslidelser (stikkord: «alkoholforløp»). En studie fra Folkehelseinstituttet (2017) viste at bare 7% av de med et alkoholproblem blir fanget opp i spesialisthelsetjenesten. (Det er estimert at 8% av innleggelsene ved somatiske sykehusavdelinger har risiko for alvorlig abstinens grunnet alkohol, og at alkohol har betydning for opptil en tredjedel av alle innleggelse i somatiske avdelinger). Etablering av rustilsyn som tiltak for å sikre sammenhengende og koordinerte tjenester mellom somatikk og TSB må derfor videreføres og utvikles ytterligere.

#### Alvorlig psykisk lidelse

Andelen av befolkningen med alvorlig psykisk lidelse er relativt stabil, mens forekomst av ruslidelser øker (se avsnittet ovenfor). Det er relativt lav dekningsgrad for psykoselidelser, bipolare lidelser og rusutløste psykoser (døgn). Dette blir adressert i perioden fra 2022 med et styrket tilbud innenfor sikkerhetspsykiatri (flere døgnplasser og poliklinikk), og bør også følges opp gjennom etablering av FACT team.

Ofte vil det være behov for samtidige tjenester fra ulike nivåer i helsetjenesten. Stikkord i den forbindelse vil være: Samhandling med kommunene, utvikling i regi av Helsefelleskapet, etablering av FACT team med videre.



#### 4.2.3 Økte krav til beredskap

SiV har robuste beredskapsplaner for interne og eksterne hendelser. Det gjennomføres regelmessig øvelser relatert til planverket, og erfaringer benyttes til forbedringer og revisjoner.

Beredskapsledelsen er i SiV direktørens ledergruppe (lik ledelsen i ordinær drift) med tillegg av

beredskapssjef. Gjennom øvelser og reelle hendelser har SiV som organisasjon vist stor mobiliseringsevne og fleksibilitet til å håndtere akutte, større hendelser.

Pandemi covid-19 har synliggjort sårbarhet i organisasjonen for hendelser som strekker seg ut i tid: uker, måneder, og år. Da pandemien rammet, ble det relativt raskt etablert en opptrappingsplan som redegjorde for areal, medisinsk teknisk utstyr og smittervern utstyr. Planen la også føringer når det gjaldt behovet for bemanning og opplæring. Utover i pandemi ble behovet for opplæring, kompetent bemanning og fleksibilitet i bruk av ansatte synliggjort. Pandemien har vist at sykdom og karantene blant eget helsepersonell er en utfordring. God opplæring til alle ansatte i smittevern er vesentlig. Særlig har pandemien avdekket manglende ressurser og kompetanse innen intensivområdet. Dette må adresseres videre (se punkt 6.5.1.).

I det videre arbeidet med kompetanseutvikling på dette området er det også viktig at det er fokus på utvikling av gode, komplementære team med fleksibel kompetansesammensetning – avhengig av hvilke behov som til enhver tid er mest presserende og aktuelle.

En pandemi krever gode støttefunksjoner til ansatt-testing og vaksinerings der hvor det er aktuelt.

Under covid-19 pandemien etablerte SiV et eget beredskapslager for MTU med forbruksmateriell. Dette blir videreført. Lageret styrker SiVs evne til å håndtere større hendelser både av kort og lang varighet. Det er etablert systemer som sikrer oppdatering og vedlikehold av dette.

Disse erfaringene må brukes både til å bygge opp sterkere beredskap i forhold til pandemier, men også til å styrke beredskapsarbeidet mer generelt. Dette gjelder både kapasitet, kompetanse, forsyningslagre mv. Det bør antakelig utarbeides en mer generisk pandemiplan, hvor man både ivaretar MTU beredskapslager, beredskap av forbruksvarer og medikamenter, og ikke minst opptrapping av kompetanse og personell.

#### 4.2.4 Økte muligheter innen presisjonsmedisin

##### Hva er presisjonsmedisin?

Presisjonsmedisin er en betegnelse på et «*sett med diagnostiske metoder som i større grad enn tradisjonell medisin forsøker å finne behandling eller forebygging som er tilpasset den enkeltes egenskaper.*»<sup>1</sup> For kreftmedisin er presisjonsmedisin knyttet til tumorbiologiske egenskaper eller karakteristika, og ofte er det knyttet til genetikk. Men presisjonsmedisin er aktuelt for alle fagdisipliner innenfor medisinen. Presisjonsmedisin har ført til at store pasientgrupper har fått flere behandlingsmuligheter, behandlinger med mindre bivirkninger og bedre prognose, og den gir helsetjenesten muligheter til å finne ut hvilke pasienter som vil ha effekt av en behandling.<sup>2</sup> Presisjonsmedisinen også større kunnskap om utvikling av sykdom, og dermed kan vi finne flere potensielle nye mål/targets som behandling kan være rettet mot.

SiV er på flere områder innen presisjonsmedisin i front i utviklingen. Nedenfor trekkes fram noen hovedpunkter:

- SiV var det første helseforetaket i Helse Sør-Øst (HSØ) og det første ikke-universitetssykehuset som kunne tilby neste generasjons sekvensering (NGS) på kreftvev. NGS er en multigentest som gir informasjon om mulige endringer i mange gener i samme

<sup>1</sup> [https://no.wikipedia.org/wiki/Persontilpasset\\_medisin](https://no.wikipedia.org/wiki/Persontilpasset_medisin)

<sup>2</sup> [Towards precision medicine | Nature Reviews Genetics](#)

analyse. Metoden er ved SiV også akkreditert, og det er ingen andre laboratorier i landet som har akkreditert en analyse med så mange gener på tumorvev.

- SiV bidrar også aktivt i nasjonalt arbeid for kompetanseutvikling hos fagpersoner som skal jobbe med denne typen analyser.
- Sykehuset har også etablert en pilot for et tverrfaglig møte for presisjonsmedisin der målet er å gi bedre tverrfaglig presisjonsdiagnostikk av kreftpasienter ved å kombinere tumorbiologiske karakteristika, digitalpatologi, radiologi, radiomics, farmakologi og klinikk.
- SiV er pilotsykehus for innføring av digital patologi i HSØ.
- I tillegg arbeides det aktivt for å ta i bruk verktøy for kunstig intelligens både for digital patologi og radiologi.
- Mikrobiologisk avdeling bruker også NGS for å avgjøre om bakterieisolater fra forskjellige pasienter tilhører samme stamme, slik at kostnadsdrivende sykdomsutbrudd med for eksempel multiresistente bakterier kan oppdages og bekjempes raskere. Det samme gjelder påvisning og karakterisering av gener og mutasjoner som gjør bakterier resistente mot antibiotika. Dette gir pasientene en individrettet behandling som medfører en tryggere og riktigere bruk av antibiotika.

#### Veien videre

SiV har altså ligget i front i utviklingen på presisjonsmedisin for rutinediagnostikk innen flere fagområder, og har tatt et viktig første steg innen presisjonsmedisin. Det neste steget vil være å følge opp planlagte og påbegynte initiativ. Det tverrfaglige samarbeidet må fortsette videreutviklingen, og IKT-understøttende tjenester må settes opp på en helhetlig og smart måte, slik at den digitale medisinske grunnlagsinformasjonen kan gi ytterligere verdi i pasientbehandlingen.

Et *eksempel* som kan illustrere dette: Å ta i bruk digital patologi ved å samle vevs- og celleprøver digitalisert i et felles multimediaarkiv (VNA) som en enhetlig informasjonskilde for å ta i bruk/utvikle kunstig intelligensprogramvare som kan gi nyttig merverdi i det diagnostisk arbeidet, og ikke minst enklere datadeling med andre.

Slik det er beskrevet i kapittel 5.7, så kan manglende koordinering av ulike initiativ innenfor presisjonsmedisin føre til redusert gevinst og økt belastning for pasienter og ansatte. Koordinering av tjenester kan dreie seg om både helhetlig tankegang rundt innføring av en ny tjeneste og alt som trengs av kompetanse, IKT, maskinpark, datasystemer osv., men også koordinering med andre helseforetak. Det har blitt utført flere nasjonale kartlegginger knyttet til presisjonsmedisin innen kreft de siste par årene. Disse peker på at det er stort sprik i tilbudet for NGS innen kreft og manglende koordinering av tjenestene.<sup>3 4</sup> Et koordinert tilbud er derfor viktig for at pasienter og ansatte skal få best mulig nytte av presisjonsmedisin. For å få et mer koordinert tilbud innenfor presisjonsmedisin er det etablert et Nasjonalt kompetansenettverk for persontilpasset medisin (NorPreM). I dette nettverket har SiV tre representanter i det regionale nettverket for HSØ. Nettverket er knyttet til presisjonsmedisin innenfor alle fagdisipliner i medisinen, men aktiviteten så langt har først og fremst vært knyttet til kreftmedisin, medisinsk genetikk og mikrobiologi. NorPreM er en viktig arena for å sørge for at sykehuset følger utviklingstakten innen presisjonsmedisin, også når presisjonsmedisin blir etablert innen mange forskjellige fagdisipliner.

---

<sup>3</sup> [Prosjektrapport-NGS diagnostikk innen kreft\\_v1.0\\_offentlig.pdf \(spesialisthelsetjenesten.no\)](#)

<sup>4</sup> <https://www.dnv.com/Publications/implementing-ngs-based-diagnostic-in-cancer-care-213840>

I et pasientsentrert helsevesen er det ønskelig å gjøre presisjonsmedisinen så pasientnær som mulig. Diagnostikken skal foregå der hvor pasientene er. Det vil si at analysene i størst mulig grad bør skje der hvor diagnosene blir stilt og pasienter får behandling. Samtidig må utviklingen av presisjonsmedisinen også være bærekraftig. Enkelte diagnostiske metoder innen dette feltet er svært dyre og fordrer et visst pasientvolum for å kunne legitimere at metoden blir tatt i bruk. Det kan derfor være enkelte tester som må sentraliseres til utvalgte sykehus. Dette er også i tråd med anbefalinger fra NorPreM: *Det anbefales at diagnostikken foregår så pasientnært som mulig dersom det ikke er faglige årsaker til at diagnostikken bør være sentralisert på ett nasjonalt senter eller ved universitetssykehusene, eller at det foreligger tydelige økonomiske eller effektivitetsmessige gevinster med sentralisering.*<sup>5</sup>

Det er altså et mål at SiV skal kunne utføre de fleste analyser selv, men at det skjer etter koordinering med andre HF og NorPreM.

De fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene (RHF) besluttet i juni 2020 en nivåinndeling innenfor NGS-diagnostikk (sak 070-2020). Denne nivåinndelingen skal medvirke til at universitetssykehusene tar et hovedansvar for utvikling av nye metoder, og at vi nasjonalt skal kunne tilby den diagnostikken som til enhver tid er nødvendig for at pasientene skal få best mulig behandling. Samtidig ser vi at ikke-universitetssykehus som SiV gjør viktig og nødvendig utviklingsarbeid for å få nye metoder inn i rutinediagnostikk, og det vil være sannsynlig at SiV også i framtiden vil spille en viktig rolle innen dette utviklingsarbeidet.

Innenfor presisjonsmedisin er forskning og rutine knyttet tett sammen. SiV ligger langt fremme også når det gjelder bruk av NGS i forskning. For eksempel har Forskningsgruppe Antibiotikaresistens siden 2016 fått forskningsmidler fra HSØ til fire PhD- eller postdoc-prosjekter som er basert på helgenomsekvensering av bakterier. Det som kjennetegner de fleste sykehus eller institusjoner som raskt klarer å implementere nye metoder eller analyser, er at de parallelt har forskningsprosjekter som både øker kompetansen og gjør det mulig å bruke nye metoder innenfor spesifikke prosjekter før det blir en del av den vanlige rutinen.

Det vil derfor være sentralt i arbeidet med presisjonsmedisin ved SiV å etablere god infrastruktur for forskning både når det gjelder kompetanse, personell, maskinpark, IKT og biobank. Overgang fra subjektiv deskriptiv metode til kvantitativ presentasjon (for eksempel bruk av kunstig intelligens innen radiologi) vil kreve personell, midler og en paradigmat kulturendring. Forskningsavdelingen ved SiV er i gang med å utrede mulighetene for å etablere bredt samtykke for forskning for kreftpasienter ved SiV, samt biobank. Målet er at pasientene ved SiV skal få best mulig behandling, og at vi skal lære mest mulig av hver pasient. Vi ønsker også at flest mulig pasienter blir inkludert i studier, og at de kan inkluderes fra studiene uten å måtte reise til andre sykehus.

Utviklingen innen presisjonsmedisin går raskt, og for at SiV skal fortsette å være i front innen kompetanse og utvikling på dette området, er det viktig å opprettholde og øke kompetansen. Sykehuset ønsker å legge til rette for at fagpersoner ved SiV deltar aktivt i samarbeidsfora og på arenaer for kompetanseoverføring knyttet til ulike former for presisjonsmedisin og innenfor flere fagdisipliner, samt for initiering av og deltagelse i forskningsprosjekter. Fagmiljøene må fortsatt prioritere og utvikle samarbeidsformen innen presisjonsmedisin, og det må gis økonomisk og annet handlingsrom til å støtte opp under en videre utvikling av tjenestene. SiV vil fortsatt ha dialog med HSØ for å få fram verdien av SiVs smidige framgangsmåte i det en har oppnådd så langt, og i de planene/målene som foreligger. Ved å dele opp oppgavene i mindre biter og som prioriteres etter

---

<sup>5</sup> [Prosjekter - Spesialisthelsetjenesten](#)

verdi og realisme i kombinasjon med tidlige gevinster, gis det mulighet for læring og fortløpende realisering av verdi og resultat.

#### 4.2.5 Mer arenafleksible løsninger

En rekke faktorer bidrar til at helsetjenester oppleves av pasientene som fragmenterte og lite koordinerte. Organisering i forvaltningsnivåer, inndeling i medisinske fagområder, subspecialisering osv fremmer en oppdeling som stiller store krav til koordinering for at pasientene skal oppleve at helsetjenestene er helhetlig organisert. Å planlegge aktivitet som skal gjennomføres noen måneder frem i tid, har vist seg å være vanskelig på grunn av kompleksitet og mangel på forutsigbarhet. Det er derfor mye som tyder på at innsatsen for å utarbeide planer som likevel ikke følges, bør forbedres eller i det minste suppleres med en annen tilnærming der man fokuserer sterkere på å utvikle organisasjonens evne til økt endringstakt og koordinert atferd. Økt endringstakt og raskere læring er samtidig eksempler på forutsetninger som legger til rette for økt fleksibilitet og bedre tilrettelegging. Raskere beslutningsprosesser og gjennomføring av diagnostisering, planlegging og behandling skaper grunnlag for at helsetjenestene bedre kan tilpasses pasientenes prioriteringer og individuelle behov.

SiV vil derfor videreutvikle evnen til å koordinere aktiviteter og øke endringstakten slik at aktiviteter sammenstilles raskt til helhetlige helsetjenester med høy nytteverdi for den enkelte pasient. Arenafleksibilitet i betydningen av at pasientene får mulighet til å velge oppfølging i hjemmet eller der det er mest hensiktsmessig for pasienten, vil bli videreutviklet i SiV fra dagens nivå. Men arenafleksibilitet inkluderer også mer enn virtuelle og fysiske møteplasser, siden funksjonelle behov og krav vil henge sammen med en rekke organisatoriske og innholdsmessige faktorer.

Grunnlaget for slik fleksibilitet ligger i effektiv informasjonsdeling og bedre samhandling på tvers av organisatoriske enheter og funksjoner. Effektiv utveksling av digital informasjon og beslutningsstøtte som bidrar til helhetlige beslutninger, bidrar til at SiV kan tilby pasienter valgfrihet på en rekke områder som tidligere var umulig på grunn av rigide begrensninger. Med digitale møteplasser og effektiv deling av digital informasjon, blir det viktig at pasientene så raskt som mulig knytter kontakt med SiV's digitale hovedinngangsdør, slik at den dynamiske tjenestetilpasningen kan starte så tidlig som mulig for å gi gode pasientopplevelser og forebygge at behovet blir akutt. SiV vil legge vekt på at denne tjenesteutviklingen skal skje i tett dialog og samarbeid med primærhelsetjenesten og de aktuelle pasientgruppene.

Arenauavhengig leveranse av helsetjenester utfordrer roller både som pasient og som tjeneste. Som nevnt ovenfor, vil pasientene i spesialisthelsetjenesten ha muligheten til å utforme egne helsetjenester i større grad. Det er imidlertid ulik digital modenhet og helsekompetanse i befolkningen, samt at det er ulik grad av kognitiv mottagelighet og kulturelle forskjeller. Det er viktig at disse forskjellene og ulikhetene i forutsetninger blir hensyntatt på en god måte i det videre utviklingsarbeidet på dette området.

Spesialisthelsetjenesten vil måtte utvikle nye samhandlingsmønstre med pasienter og samarbeidspartnere. Stillingen som monopolist tilbyder av tjenester vil utfordres. I bunn for all utvikling må det fortsatt ligge en klar forutsetning om at helsetjenestene skal være trygge, og nyutviklet gjennom evidens for effektivitet på livslengde og kvalitet.

#### 4.2.6. utfordringer i fastlegeordningen

Fastlegen er en svært viktig aktør i helsetjenestetilbudet til de aller fleste pasienter. Det er fastlegen som har størst oversikt over pasientens totale behov, og som i stor grad har tette oppfølging av den

enkelte pasient. Også i Vestfold er det en begynnende fastlegekrise med utfordrende rekruttering til fastlegeordningen.

Konsekvensene for SiV vil bli betydelige dersom ikke fastlegeordningen fungerer. SiV mister da en verdifull samarbeidspartner. Resultatet kan fort bli at SiV må overta flere helsetjenester som i dag utføres av fastlegene. En må da forvente økt press på poliklinisk aktivitet gjennom hyppigere henvisninger. SiV må ta ansvar for større deler av sykdomsforløpet dersom en ikke kan henvise pasienten tilbake til fastlegen for videre oppfølging som i dag. Fastlegekrisen kan også medføre en betydelig økning i antall innleggelser. Det kan føre til at framskrivningene i denne plan ikke lenger vil være reelle, og SiV vil i så fall stå overfor store kapasitetsutfordringer. SiV er som helsetjenesteleverandør avhengig av at alle deler av tjenestetilbudet fungerer. Mangel på et helhetlig tjenestetilbud i opptaksområdet vil kunne være negativ også for rekruttering av kompetente medarbeidere til SiV.

Helsefellesskapet skal bidra til å styrke og støtte opp under fastlegeordningen som en svært viktig leverandør av helsetjenester til Vestfolds befolkning. Praksiskonsulentordningen (PKO) i SiV vil også være en viktig bidragsyter for en god samhandling mellom SiV og fastlegene. Både gjennom bidrag til samarbeid, kommunikasjon og oppgavedeling vil PKO-ordningen framover også være en viktig premissleverandør for arbeidet i SiV og Helsefellesskapet.

SiV vil, sammen med fastlegene og i regi av helsefellesskapet, bidra så godt det lar seg gjøre med å støtte opp under fastlegenes og legevaktlegens arbeidssituasjon. Hva som vil være de mest hensiktsmessige tiltakene fra sykehusets side, må diskuteres nærmere. Mulige tiltak kan være å øke/lette tilgjengeligheten for konsultasjon, bidra med kompetansedeling, utvikle modeller for hospitering mv. Vi kommer nærmere tilbake til dette i kapittel 8 – punkt 8.3.



## KAPITTEL 5 – Overordnet beskrivelse av SiV som organisasjon og tjenesteproducent.

Som nevnt i kapittel 1, har SiV valgt å legge tre hovedperspektiver til grunn for sin utviklingsplan. Disse perspektivene vil bli nærmere beskrevet og utdypet i kapitlene 6, 7 og 8.

I dette kapitlet vil vi gi en overordnet beskrivelse av SiV som organisasjon og tjenesteproducent. Her beskrives mye av det felles grunnlaget – organisatorisk, kompetansemessig, bygningsmessig, teknologisk mv., - som alle de tre perspektivene bygger på. I dette kapitlet gis også en kortfattet beskrivelse av den samlede pasientbehandlingen ved sykehuset, og sykehusets prinsipper og policy

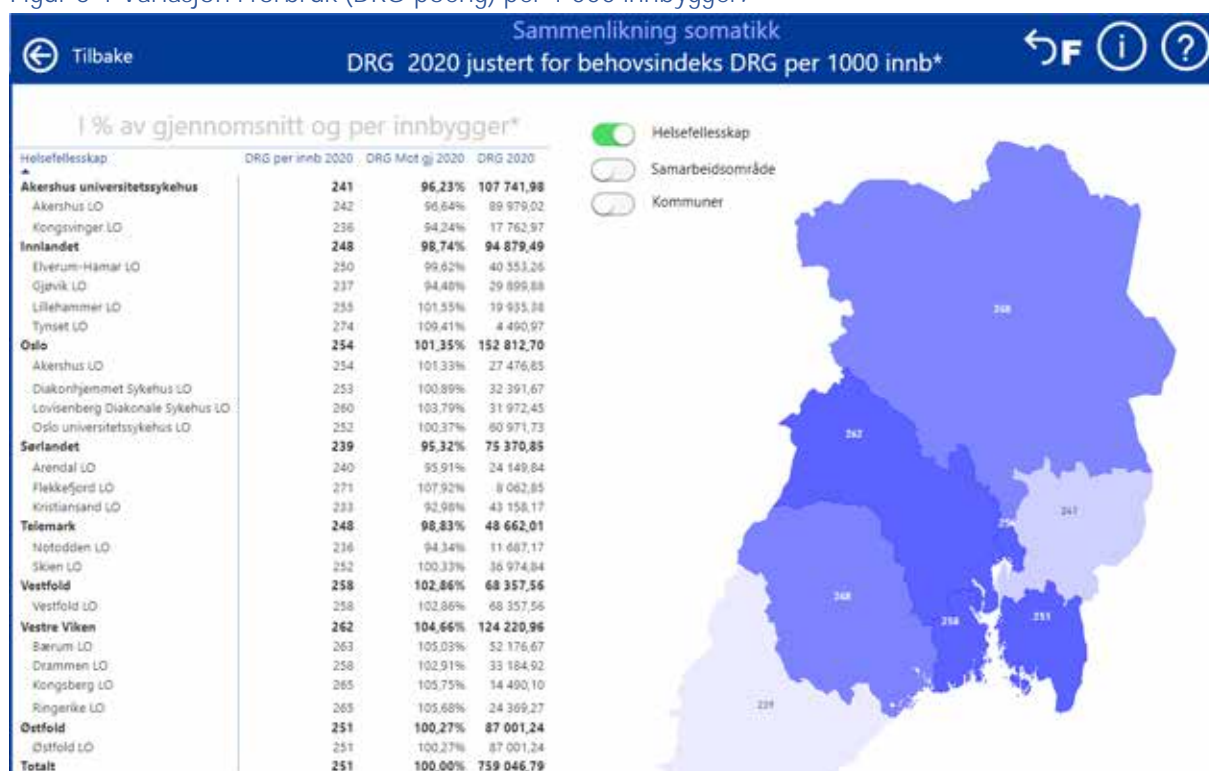
innen pasientsikkerhet og kvalitet, og når det gjelder brukerinvolvering og helsekompetanse for pasienter og pårørende.

## 5.1 Aktivitet

### 5.1.1 Overordnet om aktivitet

Aktiviteten ved landets helseforetak de to siste årene er sterkt påvirket av koronapandemien. Befolkningen i Vestfold hadde i 2020 et spesialisthelsetjenesteforbruk som ligger noe over gjennomsnittet i Helse Sør-Øst for somatikk (justert for behovsindeks) målt i DRG-poeng pr 1 000 innbyggere.

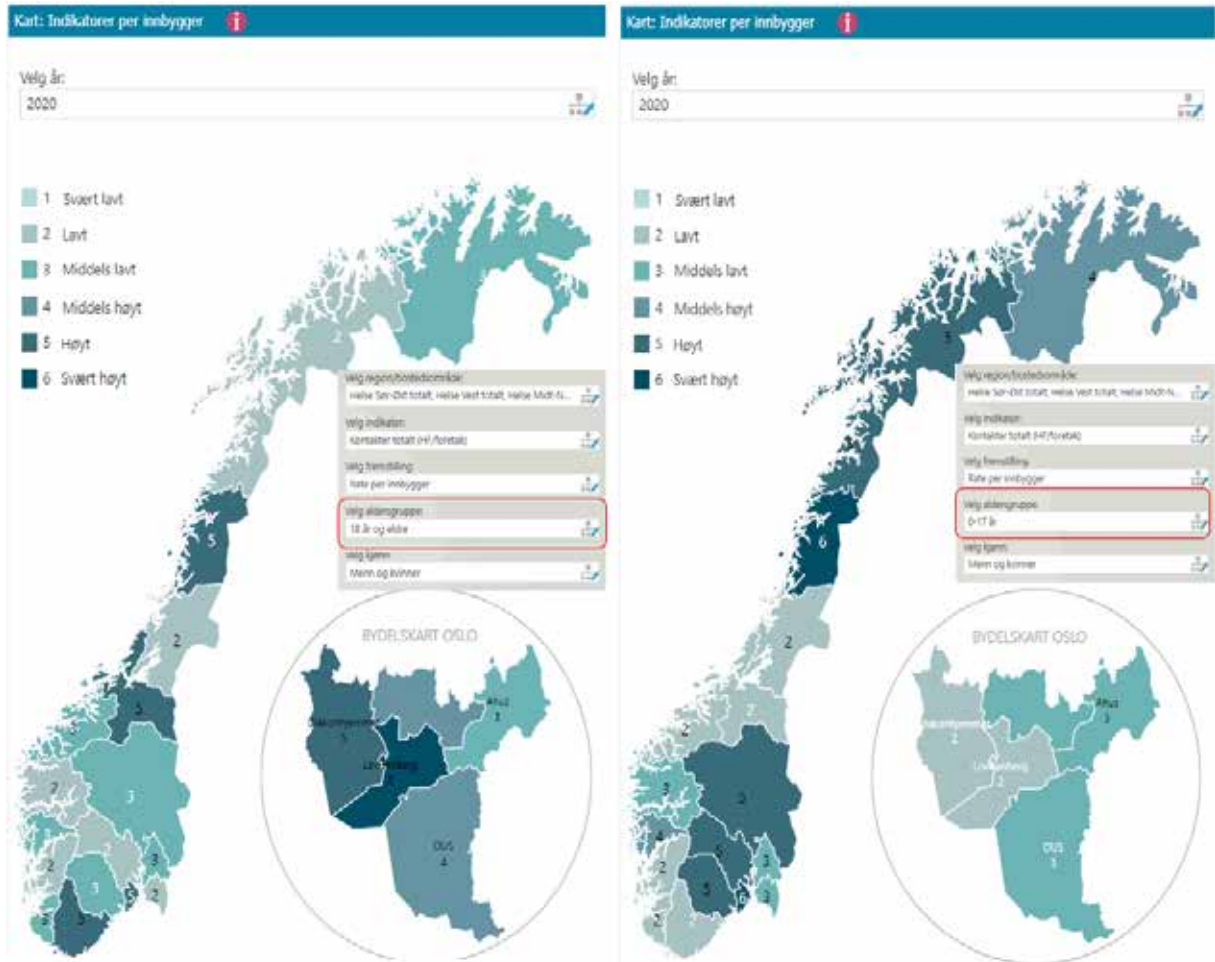
Figur 5-1 Variasjon i forbruk (DRG-poeng) per 1 000 innbygger.



Det er særlig innenfor poliklinikk og dagbehandling Vestfoldsbefolkningen har høyere forbruk enn snittet i Helse Sør-Øst (105,8 % av snittet i Helse Sør-Øst), mens forbruket av døgnopphold er under snittet i Helse Sør-Øst (96,5 % av snittet i Helse Sør-Øst).

For psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er Vestfoldbefolkningens forbruk av tjenester over gjennomsnittet både for PHV og TSB når man ser på antall kontakter, men under gjennomsnittet dersom man ser på unike pasienter pr 1 000 innbygger.

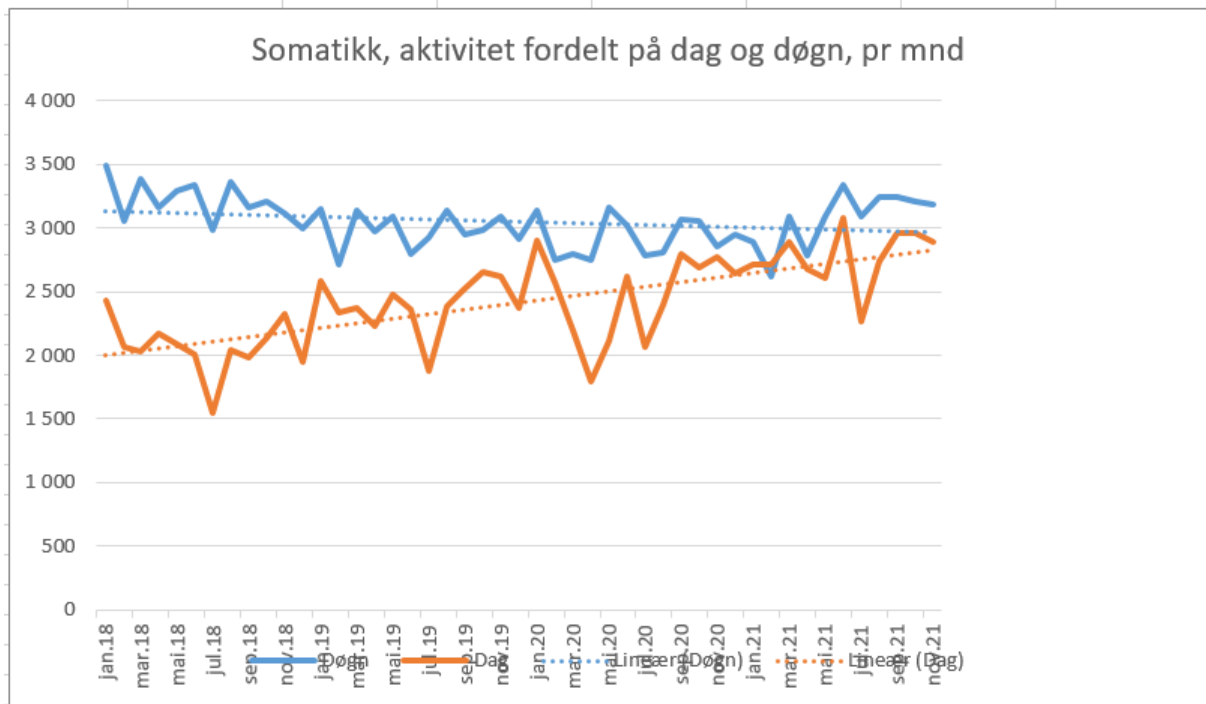
Figur 5-2: Polikliniske kontakter totalt ved helseforetak, rate pr innbygger – psykisk helsevern, 2020



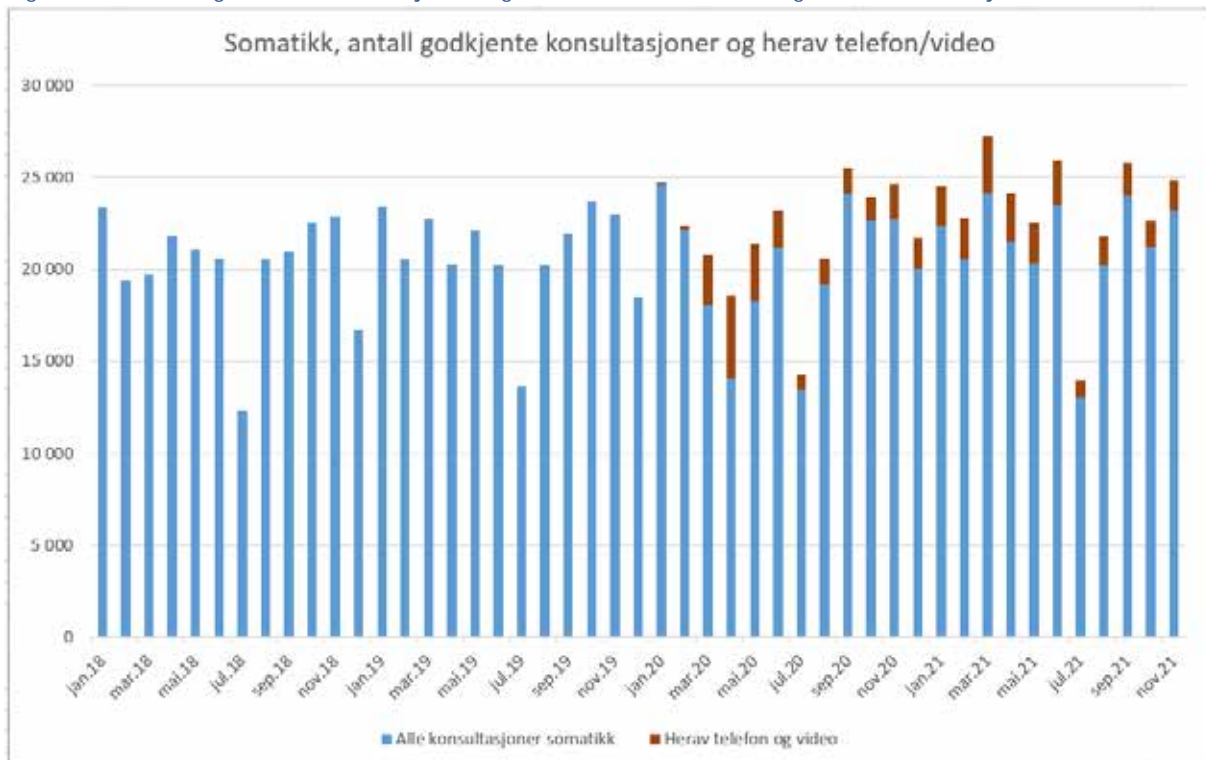
Innenfor somatikken er forbruket de siste årene vridd over mot dag- og poliklinisk behandling. For PHV og TSB har forbruket i flere år vært mer rettet mot poliklinisk behandling snarere enn mot døgnbehandling.



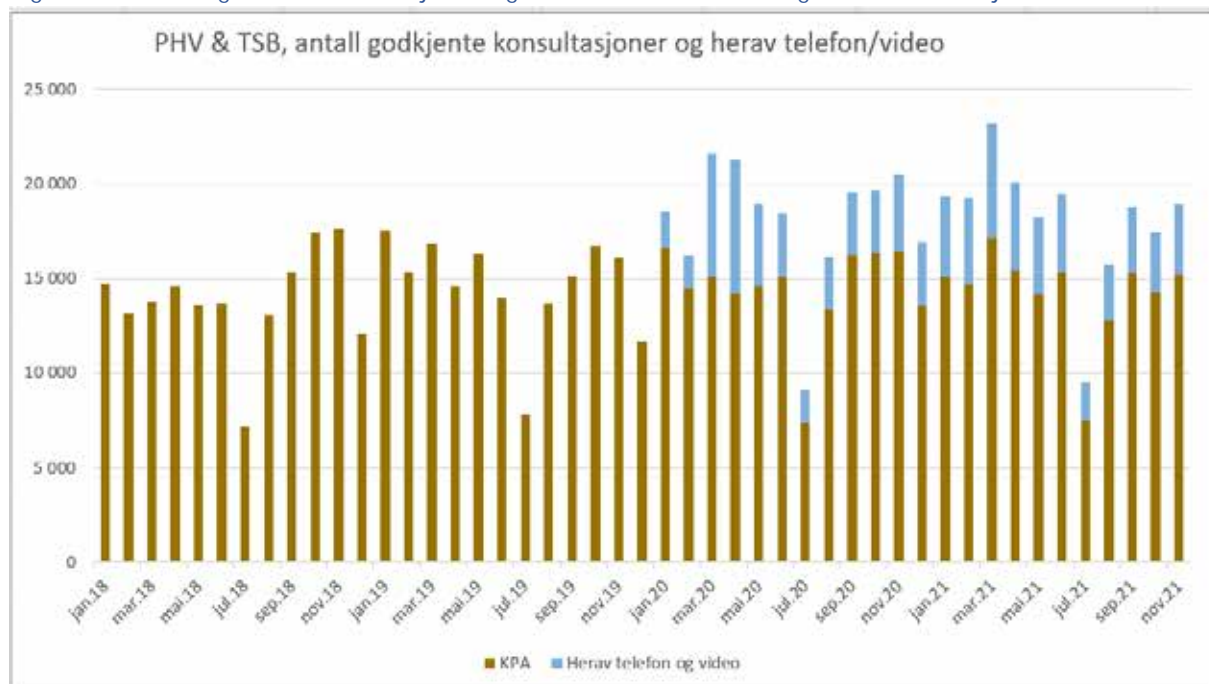
Figur 5-3: Somatikk, aktivitet fordelt på dag og døgn pr måned



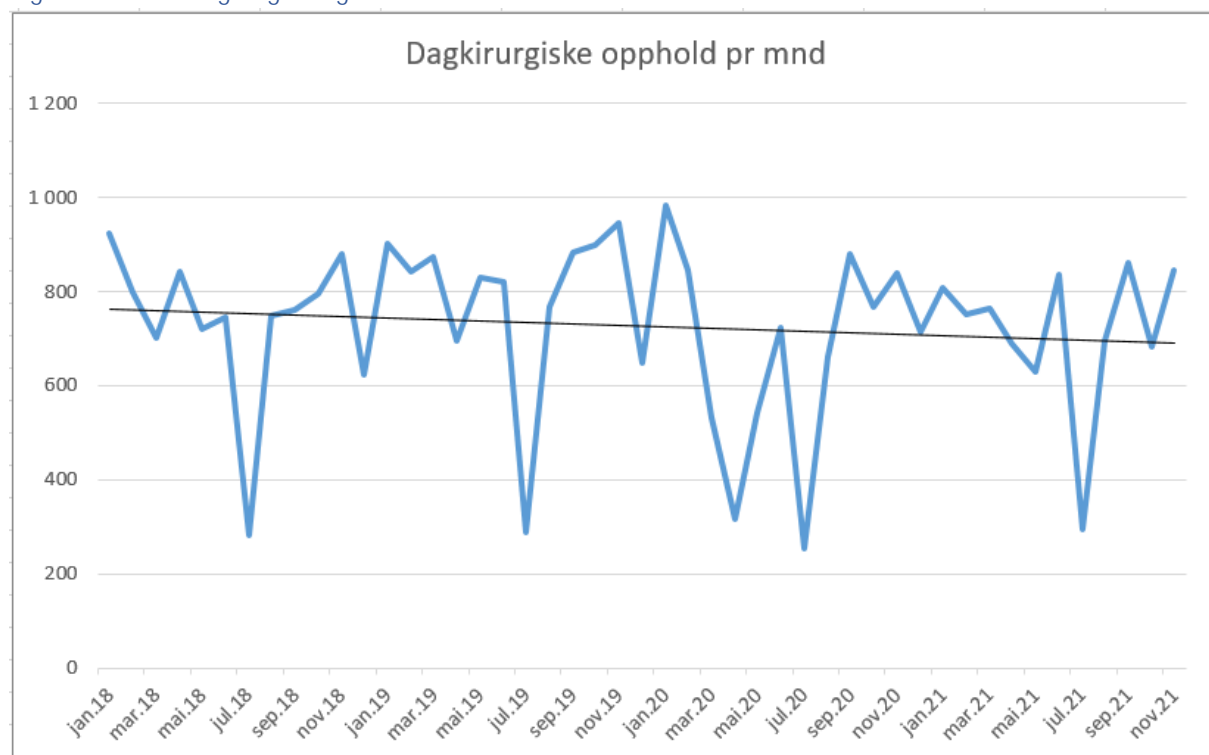
Figur 5-4: Utvikling antall konsultasjoner og inntreden av telefon- og videokonsultasjoner, somatikk



Figur 5-5: Utvikling antall konsultasjoner og inntreden av telefon- og videokonsultasjoner, PHV & TSB



Figur 5-6: Utvikling dagkirurgi



### 5.1.2 Pasientstrømmer

Vel 82 % av alle kontakter Vestfoldbefolkningen har med den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten, skjer ved SiV (75 % av DRG-poengene). Vestfoldbefolkningens nest største leverandør av somatiske spesialisthelsetjenester er Oslo universitetssykehus (OUS) med 9,5 % av alle

kontakter (16,5 % av DRG-poengene. Deretter følger Vestre Viken (4,1 % av alle kontakter), Sykehuset Telemark (3,1 % av alle kontakter), Betanien hospital Skien (1,1 % av alle kontakter). Private sykehus leverer 0,6 % av alle somatiske spesialisthelsetjenestekontakter til Vestfoldbefolkningen.

Også for PHV og TSB er SiV største tjenesteleverandør til Vestfoldbefolkningen. Snaue 95 % av alle Barne- og ungdomspsykiatriske kontakter er ved SiV, 3 % ved Vestre Viken og drøye 1 % er ved OUS. For Voksne er tilsvarende tall snaue 93 % ved SiV, 3,5 % ved Vestre Viken og drøye 1 % ved OUS. Også for TSB er aktiviteten i all hovedsak ved SiV (96 %). Vestre Viken har drøye 1 % og Blå kors samt Tyrilistiftelsen følger deretter med snaue 1 % hver.

I tillegg til denne institusjonsbaserte aktiviteten beskrevet ovenfor, har landets befolkning en omfattende bruk av avtalespesialister. Det er også tilfellet for Vestfold. Om lag en fjerdedel av alle polikliniske kontakter Vestfoldbefolkningen har i løpet av et år, blir utført hos avtalespesialister (samme som for landsgjennomsnittet). Se mer om dette i kapittel 7 – punkt 7.4.

## 5.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

SiV skal levere en trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste, uten skade, for hver pasient og bruker, alltid og overalt. SiV skal kjennetegnes ved å være et sykehus basert på kjerneverdiene pasientsikkerhet og kvalitet, som underbygger god pasientbehandling og gode pasientopplevelser.

Pasientsikkerhet og kvalitet er kjernen i utviklingsarbeidet ved SiV. Øvrige satsingsområder er dynamiske og kan endres, men alle skal støtte opp under innsatsområde 1 - Pasientsikkerhet og kvalitet.

Tradisjonelt har det vært en utbredt oppfatning at styrket kvalitet og pasientsikkerhet er avhengig av tilførsel av økte ressurser. Framover må dette endres, da SiV skal styrke pasientsikkerheten og kvaliteten uten medfølgende ressursøkninger. For å oppnå dette må fokus på kvalitet og pasientsikkerhet være kjernen i SiV sine øvrige definerte innsatsområder. Sykehuset må skape en kultur gjennom ledelse, fag og kompetanse som stimulerer til ønske om kvalitetsforbedring. Det foreligger allerede i dag mange indikatorer for kvalitet, men det kan være utfordrende å følge utviklingen i sanntid. Teknologisk støtte med automatisering og systematisering av data presentert for ledere og medarbeidere på en hensiktsmessig måte, vil være viktig for å skape en økt bevissthet om, og aktiv bruk av, kvalitetsdata i sanntid. Det vil framover være viktig å definere kvalitetsmål som avspeiler om formålet med tjenestene oppnås. Det er særlig viktig å ha fagpersonell med i å definere kvalitetsmål, slik at det er klart hvilken standard den enkelte yrkesutøver skal holde seg til. Fagpersoner vil gjerne gi den aller beste kvaliteten, men dersom ressurser og andre forhold tilsier at standarden skal være en annen, forutsetts det omforente kvalitetsmål. Noe annet vil kunne skape frustrasjon og redusere den faglige iveren.

Nasjonale standardiserte indikatorer for pasientsikkerhet og kvalitet har suboptimal faglig legitimitet og kan oppfattes som et ledelsesverktøy, ikke et verktøy for økt pasientsikkerhet og kvalitet. Medarbeidere, fag, forskning, brukere og profesjoner skal delta i utvikling av indikatorer som i større grad beskriver kvaliteten i tjenesteleveranse for pasientene.

SiV har egen plan for pasientsikkerhet og kvalitet som bygger på prinsipper fra nasjonale og regionale planer. Planen skal sikre at ledelse utføres faktabasert og med pasientsikkerhet og kvalitet som kjerneverdier. Følgende kjennetegner pasientsikkerhet og kvalitet i SiV:

- Gjennom systematisk opplæring av medarbeidere og ledere skal SiV ha god kompetanse i forbedringsarbeid. Innsatsområdene skal reflektere pasientbehov.
- Pasientsikkerhet og kvalitet er et tydelig lederansvar.
- Brukerinvolvering skal stå sentralt i utvikling av tjenestetilbud.
- SiV skal ha god oversikt over mål for å oppfylle eierkrav.
- Mestringsevne, både for pasienter og pårørende, skal styrkes.
- SiV skal være transparente på kvalitetsmål og resultater.
- SiV skal legge til rette for kunnskaps- og erfaringsbasert læring, også med aktører utenfor SiV.
- SiV benytter aktivt digitale verktøy i utvikling, utførelse og oppfølging av forbedringsarbeid og pasientforløp.

Ledere i SiV er kulturbærere for en gjennomgående pasientsikkerhetskultur i hele organisasjonen. SiV skal basere sin virksomhet på virksam behandling og redusere uønsket variasjon. Planen skal bidra til at medarbeidere og ledere i SiV har et eierskap til kvalitet og en faglig ambisjon om å utvikle seg og bli bedre.

Rådgiver for brukermedvirkning skal på systemnivå sikre at brukermedvirkning er hensiktsmessig og gjennomgående i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet.

SiV har utviklet en egen metode for forbedring og utvikling av pasientforløp, SiV-metoden. Prinsipper fra denne metoden skal brukes til å identifisere, utvikle, teste og følge opp forbedringsområder for pasientsikkerhet og kvalitet. Metoden skal brukes til å forbedre ulike pasientforløp både på individ-, gruppe- og systemnivå.

Lokalt forbedringsarbeid, småskalatesting og forbedringsarbeid initiert av medarbeidere blir en viktig satsing for SiV framover for å bygge kultur for, og forbedre pasientsikkerhet og kvalitet. SiV har etablert et undervisningsopplegg lokalt i forbedringsarbeid, som blir tilbudt ledere og medarbeidere. Alle forbedringsarbeider gjøres tilgjengelige i Kvalitetshåndboken for læring på tvers i organisasjonen. Det er etablert et samarbeid med Sykehuset Telemark og Sykehuset i Østfold for felles opplæring i forbedringsarbeid. Dette for å lære på tvers av HF, samt inspirere til god gjennomføring av lokale forbedringsarbeider i SiV.

Helsefellesskapet blir en viktig arena for pasientsikkerhet og kvalitet i et overordnet perspektiv. Det er nødvendig å benytte de etablerte samhandlingsarenaene i Helsefellesskapet for å sikre kvalitet i hele verdikjeden - uavhengig av behandlingsnivå.

Kommuner, fastleger og SiV har mange felles pasienter der beslutninger på ett av tjenestenivåene kan ha følger for kvalitet i videre oppfølging. En god samordning av tjenester med bruker i fokus er nødvendig for å skape en felles helsetjeneste med god kvalitet og pasientsikkerhet. For å sikre kvalitet i pasientbehandlingen skal det etableres Hjem-til –Hjem forløp innen kreft, psykisk helse og rusbehandling, og også innen andre pasientforløp.

## 5.3 Brukerinvolvering og helsekompetanse

### 5.3.1 Brukerinvolvering og helsekompetanse

Regional delstrategi for kvalitet og pasientsikkerhet ble lansert i 2021 for å bidra til å realisere Helse Sør-Østs visjon og Regional utviklingsplan 2035. Et satsningsområde i strategien er å øke pasienters helsekompetanse. Gjennom tre tiltaksområder - Pasient- og pårørendeopplæring, Kommunikasjon og

Brukermedvirkning - skal pasienter, brukere og pårørende gis kunnskap om og mulighet til å ivareta sin helse og sine rettigheter, medvirke i egen behandling og i arbeidet med å forbedre tjenestene.

### 5.3.2 Fra brukermedvirkning til aktiv og forpliktende brukerstyring

Brukermedvirkning på systemnivå handler om å innhente pasienters og pårørendes erfaringer med tjenesten, og å gå i dialog med dem for utvikling og forbedring av tjenestene. Det er store utfordringer knyttet til det å få til reell brukermedvirkning. Skal man få det til i praksis må det framover arbeides mye med kultur og holdninger, kompetanseheving av ansatte, utvikling av metodikk, samt sikre representative brukerrepresentanter.

SiV har som ambisjon at pasient- og brukerperspektivet på en langt tydeligere og mer forpliktende måte enn i dag skal være drivere for endring og kontinuerlig forbedring. Ambisjonene om styrket og reell brukermedvirkning strekker seg utover internt arbeid, i den forstand at brukermedvirkning også bør innta en større rolle i samhandlingen, både innen helseregionen, og ut imot helsefelleskapet og kommunene.

SiV har siden den forrige utviklingsplanen ble vedtatt styrket arbeidet med brukermedvirkning på systemnivå innen fire hovedområder:

- Brukerundersøkelser.
- Systematisk innhenting av brukerstemmen.
- Utvikling av nye metoder for involvering av brukere.
- Brukermedvirkning på systemnivå.

I arbeidet med å styrke og legge til rette for brukermedvirkning på individnivå fokuserer SiV på blant annet følgende satsninger:

- Samvalg er en enhetlig og kunnskapsbasert metode for gjennomføring av samvalg og medvirkning i pasientforløp, med utgangspunkt i pasientens egen helsekompetanse og forutsetninger. Det skal utvikles, og implementeres, samvalgsverktøy for å lette gjennomføringen og styrke pasienter i egne valg.
- 4 gode vaner
- Hva er viktig for deg?
- Ansettelse av erfaringskonsulenter
- Individuell plan (IP).
- Evaluering underveis i behandlingsforløpet.
- Innhenting av synspunkter fra pasientene mens de er innlagt på SiV (nylig satt i gang eget prosjekt for dette)
- Krisemestringsplan.
- Egenvurdering ved inntakssamtale (recoveryorientert anamneseopptak).
- Mulighet for å skrive i egen journal

Økt endringstakt og fleksibilitet i helsetjenestene legger til rette for at pasienter kan ha en mer aktiv og forpliktende rolle. Samvalg, der pasientens individuelle prioriteringer og behov legges til grunn, gir pasientene en mer aktiv rolle enn det som tradisjonelt er assosiert med begrepet medvirkning. Asynkrone digitale helsetjenester gjør det allerede nå mulig å tilrettelegge for brukerstyrte tjenester innenfor dagens etablerte rammer for organisering. Emestring er et slikt asynkront behandlingstilbud ved SiV, der noen pasientgrupper kan benytte seg av behandlingstilbudet på det tidspunktet

pasienten selv mener at han eller hun trenger det - uten at den behandlingsansvarlige legen må være fysisk eller virtuelt tilgjengelig på samme tidspunkt. Pasienten kan altså velge og gjøre sine aktiviteter når det passer for pasienten, og behandlingsansvarlig helsepersonell kan ha fleksibilitet til å følge opp når dette er hensiktsmessig. Vissheten om at tjenesten er tilgjengelig når pasienten selv opplever å trenge hjelp, kan i seg selv være såpass betryggende at pasienten velger å avvente situasjonen eller velger en mindre ressurskrevende kontaktform.

Asynkrone tjenester vil i seg selv være en mindre ressurskrevende organiseringsform. Etter hvert som SiV får mer erfaring med hvordan brukerstyrte tjenester påvirker etterspørsel og rammer for organisering, kan det utarbeides konkrete planer for hvordan prinsippet om brukerstyring kan gjøres mer og mer gjeldende for stadig større deler av helsetjenestetilbudet i SiV. Brukerstyrte poliklinikker er et tiltak som vil bli vurdert i den forbindelse. Det vil si at pasientene selv kan rekvirere time når de har behov for det.

For at brukerstemmen framover skal bli innhentet og benyttet i utforming og levering av tjenester, er det nødvendig å jobbe med intern kultur for brukermedvirkning i SiV. En slik kulturendring er en forutsetning for at sykehusets ansatte skal kunne bidra på en god måte med å øke helsekompetansen i befolkningen. I tillegg til forankring og opplæring, er det holdningsarbeidet som fremmes i satsningen «Hva er viktig for deg?», et viktig element for å skape vilje til endring og engasjement. Gjennom slike satsinger kan det avstemmes forventninger mellom helsearbeider og pasient og pårørende, slik at det blir en felles forståelse av hva som må til for at brukerstemmen skal bli hørt i praksis. Men dette krever, som nevnt ovenfor, en betydelig økt kompetanse hos ledere og ansatte når det gjelder kommunikasjon med pasienter og pårørende. Her må det øves og trenes både mye og systematisk.

### 5.3.3 Kommunikasjon

I tillegg til å styrke pasientens posisjon i pasientforløpet, har SiV tatt i bruk teknologiske verktøy som gjør at sykehuset kan kommunisere med pasientene på helt andre måter enn i dag.

- Gjennomføre konsultasjoner over nett, slik sykehuset allerede har flere eksempler på
- Avstandsovervåking og monitorering av pasienter (følge med på vitale parametre, fange opp hurtige endringer i status)

I tiden framover vil det bli fokusert på å utvikle brukervennlige løsninger som å:

- Etablere chattefunksjoner hvor pasient og behandler kan ha en dialog uten at pasienten trenger å oppsøke SiV rent fysisk
- Sikre at pasientene selv kan sende inn vitale data til SiV – uten selv å måtte møte opp for å få vurdert/analysert dataene – men at det gjøres "over nett".
- Etablere mer serviceorienterte funksjoner av typen selvinnsjekk, bestilling av poliklinisk time på nett osv.

*God og tilpasset informasjon* er en grunnleggende forutsetning for medvirkning. Pasientens helsetjeneste krever enkel tilgang til tilpasset og forståelig informasjon om sykdom, behandling, kontaktpersoner, kvalitetsresultater og opplæringstilbud. Sykehusets nettsider skal inneholde oppdatert informasjon om blant annet behandlingstilbud, pasient- og pårørendeopplæring, pasient- og brukerrettigheter, kliniske studier, kontaktinformasjon og klagemuligheter. Informasjonen bør kunne skrives ut, slik at pasient og pårørende kan få det med seg i hånda.

Nettsidene er en del av felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten, som inneholder en stor database med felles pasientinformasjon. Målet er «god og kvalitetssikret informasjon der du er når du trenger det». Nettsidene skal være veiviser til behandlings- og servicetilbudet i spesialisthelsetjenesten og bidra til at pasientene blir mer aktive i beslutninger om egen helse og behandling. Utviklingen av nettsidene koordineres og til dels integreres med helsenorge.no, som er den nasjonale portalen for helseinformasjon til alle innbyggere. Flere digitale innbyggertjenester er en del av utviklingen. For Sykehuset i Vestfold er det et mål å øke antall behandlinger og undersøkelser som beskrives på nettsidene, samt at denne pasientinformasjonen i større grad integreres i behandlingsforløpet ved at helsepersonell bruker den i dialog med pasienten.

Erfaring og kunnskap fra pasienter og brukere skal brukes i utvikling av informasjonsmateriell og undervisningsopplegg.

#### 5.3.4 Pasient- og pårørendeopplæring

For å sette pasienter og brukere bedre i stand til å ivareta egen helse og delta i beslutninger om egen behandling, må SiV bidra til å styrke den enkelte bruker sin helsekompetanse. I tillegg til god kommunikasjon med den enkelte bruker, må det tilbys lærings- og mestringskurs og støttetjenester som gjør brukeren best mulig rustet til å takle og leve med egen sykdom. For at pasienter og pårørende skal kunne få utbytte av lærings- og mestringskurs, er det viktig å legge til rette for å styrke helsekompetansen hos de som tilbyr ulike opplæringstiltak.

Det jobbes med å samorganisere og samlokalisere støttetjenester og lærings- og mestringstilbud tilknyttet sykehuset, slik at tjenestene skal bli mer tilgjengelige og like for alle brukergrupper. En slik nyorganisering vil også kunne være et godt bidrag til å synliggjøre og tydeliggjøre brukerstemmen.

For å ivareta brukerinvolveringen, skal brukerne delta både i planleggingen gjennomføringen og evalueringen av de gruppebaserte lærings- og mestringskursene. Pårørende bør oppfordres til å delta på gruppebaserte lærings- og mestringstilbud sammen med brukerne.



#### 5.3.5 Pasienter og pårørende som driver for endring og forbedring av tjenesten

Pasienter og pårørende sitter innen med en helt annen erfaring og kompetanse om «hva som er viktig for dem» når helsetjenesten skal utvikles og forbedres enn de som arbeider i tjenesten. Det

gjelder både på individ-, tjeneste- og systemnivå. Det er derfor helt vesentlig for en god utvikling av tjenesten at denne kompetansen og ressursen blir mobilisert på en hensiktsmessig måte. Det krever både bevissthet og kompetanse fra sykehusets ledere og ansatte om hvordan dette gjøres på beste måte.

## 5.4 Forskning og innovasjon

### 5.4.1 Hva er gjort for å følge opp grepene fra forrige utviklingsplan?

SiV skårer fortsatt høyt på kvalitet innen forskning. Infrastrukturen for forskning er betydelig forbedret de senere årene gjennom å etablere forskningsfyrtårn med eksellent forskning. Dette må til for å hevde seg i et svært kompetitivt miljø.

Innenfor slike rammer skal forskningen fortsatt være klinikknær og pasientrelevant. Det har ytterligere blitt fokusert fra eier at flere pasienter skal inkluderes i kliniske behandlingsstudier. SiV har hatt en eksponentiell vekst i antall pasienter inkludert i denne type studier, og har nettopp fått tildelt betydelige eksternt finansierte og konkurranseutsatte midler til forskning. De fagområdene som har fått tildelt midler, er sykkelig overvekt hos ungdom, eldre med prostatakrefte og pasienter med kronisk Hepatitt B. Alle disse pasientgruppene har lange sykdomsforløp, og har ofte hyppig kontakt med primærhelsetjenesten. SiV har brukermedvirkning i tilnærmet 100% av sine studier.

Pasienter som til vanlig får sine tjenester fra primærhelsetjenesten, er også innlemmet i forskningsprosjekter ved SiV. Dette er en klar forbedring fra tidligere. Tilbudet til skrøpelige, multisyke eldre er beskrevet andre steder i planen, og det blir utført følgeforskning på effekten av de nye måtene å levere tjenester på. En annen stor og voksende pasientgruppe er pasienter med demens. Her er Nasjonalt Kompetansesenter for Aldring og Helse ledende i landet innen forskning. I løpet av planperioden har senteret, for første gang i Norge, publisert epidemiologisk forskning på utbredelsen av sykdommen, og laget framskrivninger for hver kommune fram til 2050. Disse dataene benyttes aktivt av kommunene for å dimensjonere sitt tilbud til pasientgruppen framover.

For SiV er det i tillegg et mål å drive forskningsdrevet innovasjon. Basert på forskning i Helse Vest er det utviklet et arenauavhengig digitalt behandlingstilbud til personer med angst og depresjon – e-Mestring. Her har SiV vært samarbeidspartner og utprøver av metoden. Evalueringen førte til at SiV har fått oppdraget med å bredde dette til alle HF i Helse Sør-Øst. I tillegg er det ved foretaket en rekke innovasjoner som tester ut nye konsepter og ny teknologi, og evaluerer etter stringente metoder. De fleste av innovasjonsprosjektene har mottatt ekstern finansiering, er forankret i strategiske satsninger som Regional utviklingsplan, og har en høy grad av brukermedvirkning. Virtuelt hjemmesykehus for barn er et eksempel på et prosjekt med en ubetinget suksess. En rekke prosjekter blir ikke ført helt fram, fordi selve utprøvningsmetodikken stopper videre utvikling dersom tilnærmingen viser seg ikke å ha effekt eller ikke å være praktisk gjennomførbar. Forsknings- og innovasjonsprosjektene ved SiV har fokus på hva som gir verdi for pasienten(e) og bidrar til en bedre helsetjeneste.

For fagfeller og for befolkningen er det viktig at ny kunnskap blir gjort tilgjengelig. SiV har endret publiseringsprofil, slik at artikler som publiseres «open access» nå er majoriteten. I tillegg er det lagt mer vekt på formidling som gir mening for befolkningen.



#### 5.4.2 Er det nye premisser som bør legges til grunn når planen skal rulleres?

I tiden som kommer er det viktig med en ytterligere profesjonalisering av forskningsstøtte og infrastruktur for forskning og innovasjon. Det er direkte tjenester til forskere som klinisk kjernefasilitet og egnede fasiliteter til å ta imot forskningspasienter. Fasilitetene er avgjørende for oppdragsstudier, multisenterstudier og egeninitierte forskningsprosjekter. En annen forutsetning er strømlinjeformet datafangst til forskning gjennom at dette bygges inn i dokumentasjonen som likevel gjøres i pasienthverdagen. Dette gjelder både sykehus- og primærhelsetjenestedata, men også data fra pasienters egne målinger. En moderne biobank med tilhørende kvalitets- og forskningsregister vil være en «gullgruve» for forskning framover. I tillegg er dette en forutsetning for ytterligere vekst i forskningen og økt kvalitet på forskningsdata.

#### 5.4.3 Hva blir da hovedgrepene de nærmeste 4 årene – innenfor hvert hovedområde?

Forskning bidrar til ny viten, men også systematisk metodekunnskap for å vurdere effekt av tjenesteutvikling.

En utvikling som utfordrer etablerte forskningsmetoder er persontilpasset medisin. Med økende datamengder og økende kompleksitet ser SiV at kunnskap om kunstig intelligens blir en vesentlig faktor. Dette er nytt foreløpig, og potensialet er ukjent. Foreløpig er dette mest utbredt i forskning og innovasjon knyttet til kreft, men det ligger potensiale for bruk i mange deler av helsetjenesten.

SiV kan få en ledende rolle innen flere sykdomsområder som gjelder folk flest. De samme forskningsmiljøene som er framhevet i forrige plan, er fortsatt sterke. Det er vedtatt ny demensplan for Norge 2022-2025. Denne gir muligheter og forpliktelser til Aldring og Helse til å fortsette forskning og innovasjon både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Videre er det store forskningsprosjekter som vil strekke seg over 5 år innen forskning på eldre pasienter med prostatakreft, forskning på ikke-kirurgisk behandling av alvorlig fedme hos ungdom (mellom 12 og 18 år) og innen Hepatitt B. Prosjektene er viktige for disse pasientgruppene, og er i tillegg med på å oppfylle eierkrav om klinisk behandlingsforskning.

Med mye ny forskningskunnskap er det essensielt å få kunnskapen omgjort til klinisk nyttig kunnskap. Det er behov både fra helsepersonell og brukere som ligger til grunn for innovasjoner i SiV. Sikring av kvalitet og effekt på nyvinninger med bruk av forskningsmetode blir en nødvendighet og en hovedsatsing.

### 5.5 Medarbeidere, kompetanse og ledelse

De strategiske innsatsområdene *medarbeidere, kompetanse og ledelse* - skal alle understøtte hovedsatsingen *pasientsikkerhet og kvalitet*. Hver for seg og i samspill skal innsatsområdene utvikle sykehusets forutsetninger for å møte de utfordringer organisasjonen står overfor og de høye forventningene befolkningen, brukere, ansatte og samarbeidspartnere har til sykehuset.

#### 5.5.1 Medarbeidere

Hver enkelt medarbeider er den viktigste enkeltfaktoren Sykehuset i Vestfold har for å yte kvalitativt god og sikker pasientbehandling. Kompetente, engasjerte og motiverte medarbeidere som ønsker å være med å utvikle sykehuset videre og gjøre en god jobb i det daglige, er nøkkelen til å få realisert målene innenfor alle de strategiske innsatsområdene.

For å kunne bruke medarbeidernes tid riktig, frigjøre tid til spesialiserte oppgaver, fjerne flaskehals og gi mer effektiv pasientbehandling er både flyten i oppgaveløsningen og god oppgavedeling mellom og innen yrkesgrupper viktig virkemiddel. For å hindre for høyt arbeidspress, ha beredskap for svingende aktivitet og uventede hendelser er det helt sentralt at tiden brukes på aktivitet som skaper verdi for pasientene. Det forutsetter at det er en kultur for fleksibilitet i organisasjonen og at ledere legger til rette for at medarbeiderne kan få utløst sitt fulle potensiale.

Medarbeidere må være forberedt på å delta i arbeid- og følge opp endringer som knyttes til å optimalisere driften, ta i bruk ny teknologi og digitale løsninger som vil effektivisere oppgaveløsningen. Medarbeidere må også gis forutsetninger for å tilegne seg ny kompetanse, trene på nye oppgaver og få trygghet i bruk av ny teknologi. Det må kontinuerlig vurderes om det er behov for endringer i avtaleverket som partene må løse, eller om andre og nye profesjoner kan utføre hele, eller deler av oppgavene.

Framskrivninger viser at tilgangen på helsepersonell vil endres de kommende årene og «kampen om arbeidstagerne» er en realitet innen noen profesjonsgrupper. Det ligger et uforløst arbeidskraftpotensiale i deltidstillinger. I Sykehuset Vestfold arbeider 34 % deltid og 66 % arbeider heltid. Begrunnelsen for å utlyse deltidstillinger og beholde et visst antall deltidstillinger, er nært knyttet til utfordringene med å få bemannet med riktig fordeling av personell og riktig kompetanse i helgene versus ukedagene.

En sterk heltidskultur er viktig for pasientsikkerheten, kvaliteten og medarbeidertilfredsheten. Det er ikke bærekraft i å fortsette med et slikt omfang av deltid i årene framover. Både politiske myndigheter, fagforeninger, ledere og medarbeider vil forvente at heltid skal være det normale. Løsningene er komplekse og sammensatte. Det er pågående arbeid, men om det skal gjøres et kvantesprang er en avhengig av helt nye måter både å tenke på og være villige til å prøve ut av løsninger. Ansvar vil ligge på de lokale parter og vilje til å finne løsninger.

Det strategiske innsatsområde Medarbeidere skal revitaliseres og det skal iverksettes et planarbeid for å identifisere prioriterte tiltak for å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde medarbeidere. Arbeidet må vektlegge de rekrutteringssvake fagområder som er identifisert på kort og lengre sikt.



### 5.5.2 Kompetanse

Medarbeidere med riktig kompetanse er en forutsetning for at SiV nå- og i fremtiden skal kunne tilby pasienter kvalitativt god og riktig behandling på en effektiv måte. Uten riktige kunnskaper, ferdigheter og holdninger hos medarbeiderne vil ikke sykehusets oppdrag kunne realiseres. Som et ledd i arbeidet med det strategiske innsatsområdet, ble det utarbeidet en egen Kompetansestrategi for 2020 – 2023.

For å sikre at organisasjonens samlede kompetanse finnes og utvikles i riktig retning, er det sentralt å arbeide både strategisk, planmessig og detaljert innenfor de enkelte fagområdene. Kravene fra eier- og forventningene fra befolkningen om effektive, trygge, sikre og tilgjengelige tjenester øker både i tempo og kompleksitet. Det pågår en rivende medisinsk og teknologisk utvikling. Endring i oppgavedeling mellom profesjoner og nye arbeidsformer innføres for å nå målsetningene. Sykehuset utfordres stadig på å utvikle og spisse kompetansen og en rekke medarbeidere blir stadig mer spesialisert i sin kunnskap og oppgaveutførelse. Påfølgende må det også tas i bruk mer generaliserte funksjoner som for eksempel fagarbeidere og støttepersonell.

Generelt er det stor vilje til å utvikle- og tilegne seg ny kompetanse om forholdene legges til rette for det. Det er en viktig lederoppgave å sørge for at medarbeidere får mulighet til å tilegne seg ny kompetanse og at flere mulige læringsmetoder som utvikles også tas i bruk. Digitale- og teknologiske læringsformer, simulering og trening vil supplere målrettede kursaktiviteter. Sykehuset har tatt i bruk Kompetanseportalen, et digitalt verktøy som samler all dokumentasjon knyttet til kompetanse ett sted. Det er et godt styringsverktøy som forenkler og effektiviserer hverdagen, særlig til ledere og som gir grunnlag for strategisk kompetansearbeid. Dette arbeidet skal videreutvikles.

Samarbeid med aktører utenfor sykehuset for å gi pasienten et godt forløp hjem til hjem, tar stadig nye former. Sykehuset i Vestfold har i samarbeid med kommunene i Vestfold og USN etablert Kompetansebroen i Vestfold. Dette er en nettside som er under kontinuerlig utvikling og rettet mot helsepersonell og studenter. Kompetansebroens formål er å styrke informasjons- og kompetansedeling mellom kommuner, sykehus og utdanningsinstitusjoner.

Kompetansestrategien skal revideres i 2023. Videreutviklingen av strategien og den påfølgende handlingsplanen må sikre at ny kunnskap og kompetanse i sum gir mest mulig nytteverdi for pasienten. Det betyr også at faglig utvikling må kombineres med forståelse for nye digitale og teknologiske løsninger. Innøvelse av logiske ferdigheter og evne til å beherske stadig flere digitale løsninger vil være en forutsetning for både pasientsikkerhet, kvalitet og muligheten til å jobbe effektivt.

Strategien må også ta opp i seg behovet for ny og helt annen kompetanse om nye arbeidsformer som gir god flyt og som optimaliserer driften. For eksempel produkt-/tjenesteteteam og kontinuerlig forbedring satt i system. Det forutsetter at det utvikles spesialisert kompetanse innenfor miljøene IKT- og Medisinsk teknisk avdeling. Disse vil være leverandører nettopp til dette.

I tillegg må sykehuset ha kompetanse som kan nyttiggjøre seg teknologien på en optimal måte, og få full effekt av investeringene i MTU (medisinsk teknisk utstyr) og IKT. Til det kreves flere og nye fagkompetanser som må arbeide tett på- og i driften, der pasientdiagnostikken og behandlingen skjer. Nye yrkesgrupper/kompetanse vil være fysikere, logistikere, analytikere, ulike typer ingeniører og teknologer. Det vil også være behov for videreutdanning/master av bioingeniører/radiografer/sykepleiere innenfor fagfeltet teknologi. Med tilførsel av denne type kompetanse vil sykehuset kunne arbeide med optimaliseringen av MTU, ta i bruk/anvende AI (Artificial Intelligence), effektivisere prøveflyt og arbeidsprosesser, forsknings- og innovasjon mv.

### 5.5.3 Ledelse

Når SiV fokuserer på ledelse som en strategisk innsatsfaktor, er det ut fra en erkjennelse av at god ledelse og gode ledere er helt grunnleggende for sykehusets vilje og evne til å utvikle organisasjonen og realisere foretakets oppdrag og utvikling innenfor de rammebetingelser som er stilt til rådighet. Ledere i SiV har et helhetlig ansvar og skal bidra til å videreutvikle et spesialisthelsetjenestetilbud

som pasienter og brukere, pårørende og befolkningen har tillit til. Ledere og medarbeidere skal oppleve det som utviklende og inspirerende å være en del av sykehuset. SiVs ledere skal oppnå resultater gjennom sine medarbeidere, og slik ivareta ansvaret både for egen virksomhet og for SiV som helhet.

Ledere har ansvar for, sammen med medarbeiderne, å skape et godt, trygt og sikkert arbeidsmiljø der hver medarbeidere har tilstrekkelig kompetanse og mestrer jobben. Det gir nødvendig og godt grunnlag for at organisasjonen har engasjerte og motiverte medarbeidere som kan ta pasientens perspektiv og gi kvalitativt sikre helsetjenester.

For at SiVs ledelse- og ledere skal ha forutsetninger for å oppfylle krav og forventninger pågår en satsning på å fornye ulike elementer av ledelses- og lederutviklingsaktivitetene.

Et ledd i det er å etablere en ledelsesplattform som legger grunnlag for et felles begrepsapparat, en felles forståelse av lederrollen og av hva det betyr å ha et helhetlig lederansvar. Ledelsesplattformen tydeliggjør det store mangfoldet i lederrollen- og oppgavene og differensier hvilke ansvarsområder som tilligger linjeledere på de ulike nivåene. Ledelsesplattformen, forutsatt at den brukes aktivt, legger også grunnlaget for å utvikle en ledelseskultur som er i tråd med SiVs verdigrunnlag.

Også i tiden framover vil sykehuset satse tungt på å designe lederutviklingsaktiviteter som styrker ledere i å lede i endring og inneha regiene på kontinuerlige forbedring av driften. Ledere må i økende grad beherske å gjennomføre gode prosesser og involvere medarbeiderne i utvikling av tjenestene. Forholdene må legges til rette slik at fagfolk kan utføre, ha eierskap til-, gjennomføre- og forbedre arbeidet hver dag.

## 5.6 SiV som utdanningsinstitusjon

Utdanning av helsepersonell er én av sykehusets fire hovedoppgaver, og det arbeides systematisk for å sikre tilstrekkelig antall lære-, praksis- og turnusplasser for elever, lærlinger og studenter fra helsefaglige grunnutdanninger og videreutdanninger. Det er et kontinuerlig arbeid å sørge for at praksisstudier som tilbys er velorganiserte og av god kvalitet, slik at de bidrar til at studentene oppnår planlagt læringsutbytte. Framover må sykehuset legge til rette slik at veilederkompetansen styrkes, og ansvar og roller i utdanningsøyemed fordeles. Studenter og lærlinger er potensielle nye arbeidstakere og høy kvalitet på praksisplassene gir et godt grunnlag for senere rekruttering.

Sykehuset i Vestfold skal være en god og attraktiv læringsarena. Det må etableres tilstrekkelig antall lære-, praksis- og turnusplasser for lærlinger, studenter og helsepersonell. Hvert år tar helseforetaket imot omlag 500 lærlinger, elever, studenter og LiS 1-leger, og disse gjennomfører årlig i overkant av 7 000 praksisuker totalt. Med økende behov for helsepersonell vil sykehuset utfordres på å øke denne kapasiteten i årene framover.

Sammen med Sykehuset Telemark HF og Vestre Viken HF, har Sykehuset i Vestfold inngått samarbeidsavtale med Universitetet i Sørøst-Norge (USN), med sikte på tettere samarbeid, samt bedre og mer avklart samspill og samordning når det gjelder dimensjonering, innhold, innretning og kvalitet i utdanningene. Det formelle samarbeidet er i oppstarten og det gjenstår å få de avtalte samarbeidsarenaene til å fungere optimalt. Det er også etablert samarbeid med Vestfold og Telemark fylkeskommune, med sikte på å inngå samarbeidsavtale for å styrke kvalitet og kapasitet i fagarbeiderutdanningene. I tillegg bør Sykehuset i Vestfold bedre kunne nyttiggjøre seg ulike fagskoletilbud, som videreutdanningsarena for fagarbeidere

Sykehuset i Vestfold har etablert eget lærlingkontor for å styrke innsatsen i fagarbeiderutdanningen og er godkjent lærebedrift innenfor helsearbeiderfaget, ambulansearbeiderfaget og institusjonskokk. Det er særlig et mål å øke innsatsen når det gjelder utdanning av helsefagarbeidere og utvide med nye læreplasser innenfor nye fagområder. For tiden har sykehuset 37 lærlinger.

Utdanningsmodellen for LIS 2 og LIS 3 er forankret i en egen spesialistforskrift og innebærer blant annet at ledelsen i helseforetaket er gitt et tydelig ansvar for organisatorisk styring og tilrettelegging av utdanningsløpet for den enkelte LIS. For å sikre forutsigbarhet og kvalitet, er dette arbeidet fortsatt høyt prioritert av både stab og linjeledelse i helseforetaket. Det samhandles tett med både Regionalt utdanningscenter ved Oslo universitetssykehus, Helse Sør-Øst og øvrige foretak i regionen.

## 5.7 Teknologi og digitalisering

### 5.7.1 Satsinger siden forrige utviklingsplan ble vedtatt

Helsetjenesten, både lokalt i SiV og nasjonalt, preges i stor grad av engasjement og høy kompetanse. Den positive siden av dette, er et mangfold av medarbeidere med vilje og evne til å skape forbedring og nye løsninger. Ulempene med et slikt mangfold av initiativ, er at man vil møte konsekvenser i form av økt kompleksitet og økende behov for koordinering. Utprøving av mye ny teknologi driver også frem en kompleksitet, og uten styring vil kostnadene ved kompleksiteten kunne være høyere enn gevinstene som skapes ved hjelp av den nye teknologien. Hvert enkelt initiativ kan oppleves som nyttig i seg selv, men summen kan fort bli en belastning som samlet sett gjør situasjonen dårligere for både pasienter og ansatte i helsetjenesten.

SiV har derfor beskrevet utviklingsmål for helsetjenesten og utarbeidet planer for å realisere disse målene. Teknologitvilling har vært en viktig driver i dette arbeidet. Det er gjort prioriteringer for å sikre at man begrenser oppbyggingen av den teknisk kompleksitet som begrenser informasjonsflyt på tvers av systemer, samtidig som det etableres forutsetninger for at helhetlige løsninger kan realiseres så raskt som mulig. Disse prioriteringen skal dermed balansere nødvendigheten av å løse prioriterte behov så raskt som mulig, samtidig som man hovedsakelig bygger helhetlige løsninger gjennom å gjøre «de rette tingene riktig» over tid.

For pasientene betyr dette at man møter helsetjenester som nyttiggjør ny teknologi på noen utvalgte områder. For de ansatte i helsetjenesten betyr dette at man får mer nytt å forholde seg til. Ofte oppleves møtet med det nye som en økt belastning fordi man mangler «noe». Man skulle gjerne hatt noe mer funksjonalitet. Hadde man hatt alt man trengte for å gå rett over i en ny arbeidsform, så kunne den nye arbeidsformen vært tilstrekkelig til å oppveie for ulempene ved å forholde seg til det nye. Men i de fleste tilfellene finnes det en begrensning som medfører at man bare «setter strøm på papir», det vil si at arbeidsformen opprettholdes mens informasjonen sendes ved hjelp av et digitalt verktøy. Derfor er det eksempler på den dag i dag, at man noen ganger tyr til faks når noe skal sendes raskt selv om man for eksempel har gått over til å ta digitale bilder de fleste steder i helsetjenesten. Å overskue alle avhengigheter slik at alle forutsetninger for omstilling realiseres, er i praksis svært vanskelig. Organisering av endringsarbeid i nye arbeidsformer er derfor også en del av erfaringsgrunnlaget som må utvikles for å få til god helsetjenesteutvikling.

SiV har i perioden gjennomført flere digitale løft som hver for seg, er forutsetninger for at informasjonen skal være digitalt tilgjengelig og ikke på papir. SiV har dermed kommet langt i å ferdigstille en «datafabrikk» som produserer digital informasjon fra alle datakilder og sammenstiller disse for bruk i beslutningsprosesser. En slik samlet tilgang på data gjør det mulig å digitalisere

tjenester og utvikle nye arbeidsformer. Men de nye arbeidsformene kommer selvsagt ikke av seg selv. Det kreves gjerne ny kompetanse og bedre logiske ferdigheter for at nye arbeidsprosesser skal bli effektive for både ansatte og pasienter. Dette må trenes og erfares gjennom praktisk rettet arbeid og opplæring. Det er etablert mange slike utviklingsarenaer der spesialkompetanse fra ulike profesjoner møtes til felles beste. Slike tverrfaglige team der klinikere og teknologer jobber sammen og former forpliktende samarbeid, prøves ut gjennom lokale initiativ i SiV og videreføres i regionale sammenhenger. Dette har gitt SiV en fremtredende rolle i arbeidet med å digitalisere og transformere helsetjenesten og teknologiutviklingen i Helse Sør-Øst (HSØ).

### 5.7.2 Hva vil være satsinger framover?

Å sette aktiviteter sammen til en koordinert, reelt pasientsentrert tjeneste er og har vært en utfordring som har preget helsetjenester verden over i lang tid. Det finnes derfor mye helsetjenesteforskning som konkluderer med at sykehus ofte er underkoordinerte og dermed også til dels feilorganiserte. Ved å digitalisere helsetjenesten får SiV nye verktøy som kan benyttes til å koordinere aktiviteter og tjenester bedre. Pasientene vil i hovedsak oppleve dette som at helsepersonellet blir bedre forberedt, og at helsetjenestene oppleves å være bedre tilrettelagt og mer tilpasset pasientens individuelle behov. Ved å koordinere bedre vil pasientene oppleve mindre gjentakelser, mindre venting og større muligheter til å påvirke beslutninger og prioriteringer. Dermed vil pasientene også oppleve at tjenestene flyter bedre og har mindre avbrudd.

I tillegg så er økt endringstakt en viktig forutsetning for fleksibilitet og tilpasning til individuelle behov. Utgangspunktet vil gjerne være en form for mal tilrettelagt for å gjøre individuelle tilpasninger raskt og effektivt. Digitale hjelpemidler legger til rette for en slik tilnærming og kombinerer dette med informasjon i sann tid slik at korrigeringer og tilpasninger kan skje raskt som en kontinuerlig prosess. Dermed kan man gå bort fra rigide planleggingsprosesser med bruk av kalender og lang tidshorison basert på generelle gruppebaserte behov til individuelt tilpassede og brukerstyrte behandlingsforløp.

Å planlegge aktivitet som skal gjennomføres noen måneder frem i tid, har vist seg å være vanskelig på grunn av kompleksitet og mangel på forutsigbarhet i helsetjenesten. Det er derfor mye som tyder på at innsatsen for å utarbeide planer som likevel ikke følges, bør erstattes i betydelig grad eller i det minste suppleres med en annen tilnærming der man fokuserer på å utvikle organisasjonens evne til økt endringstakt og læring.

Videre så hevdes det at mangel på personell og kompetanse vil kunne bli en vesentlig begrensning på utvikling av helsetjenestene fremover. Dette vil nok bidra til at fokuset på ressurseffektivitet øker enda mer. Det er mye som tyder på at god utnyttelse av tilgjengelige ressurser bør etterstrebes gjennom økt fokus på flyteffektivitet og koordinering. Ved å utvikle fleksibilitet i tjenester og ressurser og utvikle evne til å kombinere disse effektivt til helhetlige helsetjenester ved hjelp av digitale verktøy, så oppnår SiV at det skapes mer verdi med de samme ressursene (dvs høyere ressurseffektivitet) samtidig som kvaliteten i helsetjenestene øker.

SiV vil derfor i kommende periode videreutvikle evnen til å koordinere aktiviteter og øke endringstakten slik at aktiviteter sammenstilles raskt til helhetlige helsetjenester med høy nytteverdi for pasientene. Arenafleksibilitet i betydningen av at pasientene får mulighet til å velge oppfølging for eksempel i hjemmet og dermed slippe å reise til sykehuset, vil bli videreutviklet fra dagens nivå.

Inkludert i begrepet arenafleksibilitet ligger også diverse ulike tilnærminger for å skape pasientens helsetjeneste i betydningen av at det er pasienten selv som får velge og gjøre sine prioriteringer. Som

det framgår av punkt 5.3.2, gjør asynkrone digitale helsetjenester det allerede nå mulig å mulig å tilrettelegge for brukerstyrte tjenester innenfor dagens etablerte rammer for organisering. Emestring er et slikt asynkront behandlingstilbud ved SiV der noen pasientgrupper kan benytte seg av behandlingstilbudet på det tidspunktet pasientene selv mener at de trenger det uten at den behandlingsansvarlige legen må være fysisk eller virtuelt tilgjengelig på samme tidspunkt. Pasienten kan altså velge og gjøre sine aktiviteter når det passer for pasienten, og behandlingsansvarlig helsepersonell kan ha fleksibilitet til å følge opp når dette er hensiktsmessig. Etter hvert som SiV får mer erfaring med hvordan brukerstyrte tjenester påvirker etterspørsel og rammer for organisering, så kan det utarbeides konkrete planer for hvordan prinsippet om brukerstyring kan gjøres mer og mer gjeldende for stadig større deler av helsetjenestetilbudet i SiV. Gjennom asynkrone helsetjenester ligger det også store muligheter til å møte økende behov og økende forventning i befolkningen selv om begrensede muligheter for å øke antallet ansatte i seg selv vil ha kapasitetsbegrensende effekt på helsetjenesten fremover.

Innen kreftdiagnostikk og behandling blir det mer og mer normalt at individuelle behov legges til grunn for helsetjenesten. Dette betegnes gjerne som persontilpasset behandling. Etter hvert som man får bedre og bedre beslutningsstøtteverktøy, så skjer en tilsvarende utviklingen innenfor andre behandlingsområder også. Men da snakker man gjerne om presisjonsmedisin. Med presisjonsmedisin så menes at diagnostikk og behandling tar utgangspunkt i individuelle særtrekk som gjerne fremkommer gjennom avansert analyse av et komplekst datasett, og så designes en tjeneste som skal sikre pasienten et best mulig resultat. Gjennom en individualisert diagnostikk og behandling går man altså bort fra den tradisjonelle, gruppevise tilnærmingen der man har lagt til grunn evidens for behandlingseffekt for snittet i gruppen og samtidig sett bort fra at et mindretall i gruppen av en ukjent grunn kan ha vesentlig lavere effekt enn gjennomsnittet. Med presisjonsmedisin har man altså høyere krav og ambisjoner for presisjonen i beslutningsprosessene, og man tillater seg derfor ikke lengre å ikke fange opp de som vil ha lav nytte av en gitt behandling. Målet med presisjonsmedisin blir dermed å tilby disse en alternativ behandling med tilnærmet samme behandlingsresultat som majoriteten i gruppen har.

I den kommende perioden tar SiV i bruk digitale verktøy som gjør det mulig å tilby presisjonsmedisin til stadig flere pasientgrupper. Beslutningsstøtteverktøy integrert med rask endringstakt og bedre flyteeffektivitet, vil ha stor effekt på kvaliteten i pasientbehandlingen. Samtidig vil SiV kunne behandle flere pasienter med de samme ressursene som man har i dag. Dette krever kompetanseutvikling på nye områder, men den resulterende transformasjonen vil relativt raskt gi grunnlag for en mer robust helsetjeneste som setter trygghet og pasientopplevelsen i fokus når det jobbes datadrevet i sann tid. For det er i uet man kan gjøre noe med resultatet, i ettertid kan man bare lære av det man burde gjort.



## 5.8 Eiendom

En viktig innsatsfaktor i pasientbehandlingen er egnede og tilrettelagte behandlingsarealer. I inneværende planperiode har SiV tatt i bruk nye og moderne bygg til psykiatri og nye somatikkbygg. Innledningsvis i kommende planperiode vil gjenstående arealbehov bli avklart og dekket. I et mer strategisk og langsiktig perspektiv skal det fokuseres på at sykehusets bygningsmasse tilpasses utvikling i pasientbehandling og eventuelt oppgavedeling med henholdsvis samarbeidende HF og ikke minst primærhelsetjenesten. Videre drift av spesialhelsetjenester i bygningsmassen i Larvik sykehus forventes avklart innen 2026.

## 5.9 Økonomi

Helseforetakene i Norge har et helhetlig økonomisk ansvar for drift og investeringer. For å sette SiV i stand til ta dette ansvaret tildeler HSØ midler etter tre prinsipper til foretaket:

- 1 Det er en fast inntekt til driften som bestemmes av egenskaper ved befolkningen i foretakets sørge-for område. Det som betyr mest for hvor mye midler foretaket mottar er antall innbyggere og deres alder, men det er rekke andre forhold som også spiller inn.
- 2 Det er en variabel inntekt som er knyttet til hvor mange og hvilke typer pasienter som foretaket behandler. Jo flere og jo mer ressurskrevende pasienter, desto høyere inntekt – et prinsipp som samsvarer godt med variasjon i foretakets kostnader.
- 3 Det er en tilførsel av likviditet som skal brukes til investeringer – som også avhenger av egenskaper ved befolkningen i foretakets sørge-for område. Måten HSØ har satt sammen andelene som går til drift relativt til investeringer, gjør at SiV over tid må ha et driftsoverskudd for å få tilstrekkelig med midler til et bærekraftig investeringsnivå.

Det helhetlige økonomiske ansvaret gjør at foretaket må ha både en kortsiktig og en langsiktig plan for riktig fordeling av midler til drift og investeringer, og foretaket må styres på en slik måte at denne fordelingen opprettholdes. I følge statistikk fra SAMDATA har SiV over tid vært blant de foretakene som har brukt minst ressurser på å behandle en gjennomsnittspasient, og foretaket har dermed kunnet behandle flere pasienter innenfor de økonomiske driftsrammene foretaket skal forholde seg til. Samtidig har SiV sammenlignet med andre foretak i HSØ god standard på MTU og bygningsmasse.

For at SiV skal forbedre seg og kontinuerlig tilpasse seg til det behovet befolkningen har for spesialisthelsetjenester, er det flere innsatsfaktorer som må videreutvikles. Først og fremst må foretaket videreutvikle medarbeidernes kompetanse. Dette er en utvikling som fortløpende blir belastet sykehusets drift. For de øvrige innsatsfaktorene som teknologi/IKT, medisinskteknisk utstyr (MTU) og bygg, kreves vanligvis investeringer for å utvikle disse videre. Disse investeringene gir i de påfølgende årene avskrivings-kostnader i driftsregnskapet. Denne kostnaden kommer i tillegg til at en fornyelse på disse områdene vanligvis også trenger økte ressurser til drift og vedlikehold. Det er foretakets evne til å prioritere tildelte midler på en best mulig måte mellom disse innsatsfaktorene, som til sammen gir foretaket en bærekraftig økonomisk utvikling.

SiV må videreutvikle kompetanse, teknologi/IKT, MTU og bygg for å kunne drive en pasientsikker og kvalitativt god behandling også i framtiden. Samtidig må foretaket drifte sykehuset effektivt og med god produktivitet for å yte så mye helsetjenester som mulig innenfor de økonomiske rammen foretaket har å forholde seg til. Det er som nevnt helt nødvendig for SiV å drive med overskudd, da SiVs behov for å investere er høyere enn de investeringsmidler eier tilfører foretaket årlig. Nivået på overskuddet i budsjettet bestemmes av behovet for driftsmidler i forhold til behovet for



investeringsmidler ut fra målet om en bærekraftig økonomisk utvikling. Derfor kan budsjettert overskudd variere fra år til år.

SiV har hatt relativt gode overskudd gjennom mange år. Dette har satt foretaket i stand til å gjøre viktige og riktige investeringer både i forhold til MTU og bygg. Overskuddene i årene fram mot innflytting i Tønsbergprosjektet, først i psykiatribygget i 2019 og så i somatikkbygget i 2021, måtte økes for at foretaket skulle være i stand til å absorbere økte rente- og avskrivingskostnader som følge av Tønsbergprosjektet og opprettholde en bærekraftig økonomisk utvikling i perioden etter innflytting. Det har vært nødvendig med kontinuerlige omstillinger i driften for å oppnå de nevnte resultatene.

Gjennom kontinuerlig utvikling av lederskap og en omfattende budsjettprosess som alltid inkluderer gjennomføring av effektiviseringstiltak bredt i foretaket, har SiV evnet å levere på eller bedre enn budsjettert resultat over en 10 års periode. Dette har sykehuset klart samtidig som det er prioritert midler til nye og viktige satsingsområder. De nye rente- og avskrivningskostnadene som følge av Tønsbergprosjektet gjør at foretaket budsjetterer med null-resultat i 2022. SiV har således utfordringer foran seg for igjen å få en drift av sykehuset som skaper nødvendig overskudd for videre investeringer i teknologi/IKT, MTU og bygg.

Det er foretakets vurdering at de nødvendige omstillingene ikke har påvirket pasientsikkerhet og kvalitet negativt, snarere tvert imot. Når foretaket i 2021-2022 avslutter et langsiktig program for fornyelse av bygningsmassen, ligger forholdene godt til rette for at SiV skal fortsette å utvikle sitt spesialisthelsetjenestetilbud til Vestfolds befolkning. Konklusjonen forsterkes av at foretaket gjennom den utfordrende byggeperioden har hatt evnen til fortsatt å utvikle kompetansen og investere på riktig nivå i teknologi/IKT, MTU og øvrig bygningsmasse. Til sammen er dette et viktig premiss for videreutvikling av SiV, slik denne planen beskriver.

## 5.10 Klima og miljø

Som Vestfolds største arbeidsplass har SiV et samfunnsansvar for å gjennomføre god pasientbehandling med minst mulig negativ påvirkning av klima og miljø.

*Rammeverk for miljø- og bærekraft i spesialisthelsetjenesten skal bidra til å strukturere og samordne arbeidet med miljø – og bærekraft i helseforetakene for å fremme god helse og redusere klimautslipp gjennom miljøvennlig drift.*

Som en del av *rammeverk for miljø- og bærekraft i spesialisthelsetjenesten* vedtok de fire regionale helseforetakene høsten 2021 følgende likelydende klima og miljø-mål for spesialisthelsetjenesten:



Felles klima- og miljømål for spesialisthelsetjenesten kommer i tillegg til lokale mål i foretaket. I årlig oppfølgingsmøte mellom helseforetakene og det regionale helseforetaket skal det rapporteres på både felles – og lokale klima- og miljømål. Hovedmålet er 40 prosent reduksjon i utslipp innen 2030 og klimanøytralitet innen 2045.

Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar vil årlig omtale helseforetakenes måloppnåelse. Rapport skal årlig behandles i styrene i helseforetakene, felleseide selskaper og de regionale helseforetakene.

Nye nasjonale klima og miljømål utfordrer sykehuset til å jobbe mer målrettet og spesifikt mot 40% utslippsreduksjon frem mot 2030 med bestemte indikatorer pr delmål. Hovedmålene/utfordringene for sykehuset vil blant annet være:

- Reduksjon av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI)  
Reduksjon av helsetjenesteassosierte infeksjoner bidrar til redusert forbruk av legemidler og materiell, som igjen vil bidra til å redusere utslipp.
- Redusere andel produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer.  
Samarbeid mellom innkjøp lokalt og sentralt hvor man arbeider aktivt med å benytte produkter som er produsert på en måte som beskytter pasienten, ansatte på sykehusene og i leverandørkjeden, og miljøet. Dette inkluderer blant annet:
  - Kirurgiske produkter, laboratorieprodukter og -utstyr, medisinske forbruksvarer og medisinsk teknisk utstyr.
  - Økt andel miljømerkede produkter
  - Legemidler uten unødvendig utslipp (anestesigasser, inhalatorer mm.)
- Redusere energiforbruk med 20%.  
Med energiforbruk menes den energien som skal til for å drifte et sykehus. Dette omfatter oppvarming og kjølebehov samt elektrisitet til tekniske anlegg og medisinteknisk utstyr. Energiforbruk i sykehus er den største enkeltfaktoren av direkte klimagassutslipp fra spesialisthelsetjenesten. Med et europeisk energimarked er det ikke lenger slik at strømmen

i stikkontakten er ren vannkraft. Det betyr at et av de viktigste bidragene til klimagassreduksjon for sykehusene blir å redusere forbruk av energi.

- Andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon minimum 20%  
Digital hjemmeoppfølging kan bidra til et mer differensiert og tilpasset tjenestetilbud, og bedre ressursutnyttelse. Innovative måter å tilby tjenester i sykehus som samtidig reduserer forbruk i sykehus. Redusert forbruk innebærer redusert utslipp. Krav om at andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon skal være minimum 15 % er stilt av helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet 2021.
- Matavfall reduseres med 50%  
Bærekraftig forbruk og produksjon handler om å gjøre mer med mindre ressurser. I dag forbruker vi mye mer enn hva som er bærekraftig for kloden. For eksempel går en tredjedel av maten som blir produsert bort, uten å bli spist. Matavfall er avfall som er organisk nedbrytbart. Matavfall fra sykehusdrift er i hovedsak knyttet til kantine og matforsyning til pasienter og pårørende.
- Fossilfri virksomhet innen 2030.  
Mål om fossilfri virksomhet i 2030 innebærer isolert sett at alle fossile kilder til energi i egne bygg og fossilt drivstoff for egne kjøretøy skal fases ut i 2030.
  - Fyringsolje, Lovkrav: Innen 1. januar 2025 skal sykehus fase ut bruk av oljefyr.
  - Naturgass, som er en del av ikke-kvotepfiktige utslipp av klimagasser i Norge, må erstattes med fossilfrie eller utslippsfrie energikilder innen 2030 for at Norge skal nå sine klimamål
  - Egne kjøretøy, Meld. St. 13 Klimaplan for 2021-2030 omtaler at det fra 2022 vil bli innført krav som skal sikre nullutslipp i offentlige kjøp av personbiler og lette varebiler.
  - Tjenestereiser med bil skal reduseres med 30 prosent og tjenestereiser med fly med 40 prosent innen 2030
- Miljøbevisste medarbeidere  
Medarbeideres bevissthet rundt klima- og miljø på arbeidsplassen og hvordan helseforetaket arbeider med ytre miljø har stor betydning for å skape forståelse for miljøvennlige valg, enten det gjelder innkjøp av varer og tjenester, bygninger eller daglig drift. Et viktig grep i arbeidet med å forebygge og redusere det negative miljø- og klimaavtrykket vil være å involvere og bevisstgjøre ledere og medarbeidere i hele organisasjonen.



## KAPITTEL 6 – Perspektiv 1: Intern utvikling og konsolidering av SiV. Analyse og veivalg

### 6.1 Nærmere om kapitlet

I kapittel 5 ble det gitt en overordnet beskrivelse av SiV som organisasjon og tjenesteprodusent. I det kapitlet ble det også gitt en framstilling av pasientaktiviteten ved sykehuset. Det gjaldt både innen somatikk, psykisk helsevern og TSB.

I dette kapitlet vil det bli gitt en beskrivelse av to hovedtemaer:

- For det første vil det bli gitt en litt overordnet beskrivelse av hvordan sentrale grep innenfor perspektiv 1 i utviklingsplanen fra 2018 er fulgt opp i de årene som har gått siden den ble vedtatt. Det vil bli gjort på følgende måte:
  - I punkt 6.2. vil det bli gitt en kortfattet oppsummering av et stort OU-program som ble gjennomført i årene 2020-2021. Dette programmet omfattet alle de somatiske klinikkene i Tønsberg. Det er derfor ikke egne beskrivelser av oppfølgingen av den forrige utviklingsplanen for hver klinikk.
  - I punkt 6.3. vil det bli gitt en tilsvarende oppsummering for Klinikk Fysikalsk Medisin og rehabilitering (KFMR). Dette er gjort særskilt siden denne klinikken ikke var en del av OU-programmet, men også fordi rehabilitering var et særskilt prioritert innsatsområde i den forrige planen.
  - I punkt 6.4. gis det på samme vis en oppsummering av status for Klinikk Psykisk helse og Avhengighet (KPA). Dette er gjort særskilt fordi heller ikke KPA var en del av OU-programmet, men også fordi psykisk helsevern og TSB var prioriterte innsatsområder i den forrige planen.
- For det andre vil det bli gitt en beskrivelse av faglige og organisatoriske grep som har fått forsterket aktualitet i perioden etter at den forrige planen ble vedtatt, og som vil ligge til grunn for det videre arbeidet med Utviklingsplanen når det gjelder perspektiv 1. Det er disse grepene som sammenfatter sykehusets prioriteringer når det gjelder oppfølgingen av planen i dette perspektivet. Disse grepene beskrives i punktene 6.5. og 6.6.

De føringene til utviklingsplanen som foreligger fra HSØ, er etter administrerende direktørs vurdering godt ivaretatt i de grepene som beskrives i punktene 6.5. og 6.6.

### 6.2 Program for organisasjonsutvikling 2020 – 2021 – hovedgrep

#### 6.2.1 Bakgrunn for programmet

På senvinteren 2020 besluttet administrerende direktør ved SiV at det skulle settes i gang et bredt anlagt OU-program for å forberede organisasjon best mulig på innflytting i nytt bygg høsten 2021. Det var et klart premiss for programmet at det skulle ha et betydelig lenger tidsperspektiv og favne langt bredere enn «bare» å ta imot nye og moderne bygg. Det nye bygget skulle primært huse

sengeposter og et stort, nytt Akuttsenter, men OU-programmet skulle omfatte hele SiVs somatiske virksomhet i Tønsberg.

Siden det er en klar og tydelig rød tråd fra den forrige utviklingsplanen i 2018, via OU-programmet i 2020-2021, og til den Utviklingsplanen som nå skal vedtas, er det naturlig å gi en kort beskrivelse av de viktigste grep, konsepter og prinsipper som ble lagt til grunn og jobbet fram i programmet. OU-programmet utviklet også nye konsepter for – og la nye rammer rundt - en så stor del av den somatiske virksomheten ved SiV, at det er naturlig å gi en litt utfyllende beskrivelse av de viktigste nye grepene som ble tatt i regi av programmet.

OU-programmet tok utgangspunkt i 6 prosjekter:

- Nytt akuttsenter
- Ny struktur og nye driftskonsepter for sengeposter
- Ny struktur og nye driftskonsepter for poliklinikker
- Nytt senter for kreft og blodsykdommer
- Ny barne- og ungdomsavdeling
- Omstilling av kirurgisk virksomhet; med særlig fokus på operasjonsvirksomheten

### 6.2.2 Føringer og begrunnelser for konseptvalgene i programmet

Det var, som nevnt ovenfor, et viktig premiss for OU - programmet at det skulle ta utgangspunkt i de overordnede føringene som er lagt for spesialisthelsetjenesten i Norge, de strategier og planer som SiV har vedtatt for å følge opp disse overordnede føringene, og ikke minst i de rammer og føringer som lå i Tønsbergprosjektet.

Alle konseptvalg, ambisjoner, forslag til hovedgrep mv som ble utviklet i regi av de enkelte prosjektene og av programmet, søkte sin begrunnelse i – og ble avledet av – disse føringene. For nærmere beskrivelse av hva som ligger i disse føringene, vises det til kapittel 2.

### 6.2.3 Nytt akuttsenter

Det mest omfattende og radikale grepet i OU-programmet var etablering av et nytt akuttsenter. Tverrfaglig pasientmottak skal bidra til å sikre raskere avklaring av pasienten; noe som igjen vil understøtte god drift og pasientsikkerhet.

Gjennom etablering av en avklaringsenhet bestående av 28 senger, er siktemålet at en økt andel av pasientene skal avklares i, og utskrives fra, akuttsenteret. En viktig forutsetning for det nye driftskonseptet er at det skal foregå døgnkontinuerlig avklaring og være kontinuerlig tilgang til vurderingskompetanse både i pasientmottak og avklaringsenhet.

Gjennom nye IKT-løsninger (flyttavle), strukturert ledelse (organisatorisk og faglig), samt aktivitetsstyrt bemanning, er målet å redusere uønsket høyt belegg og staseproblematikk.

Det nye akuttsenteret har også radiologi fysisk tilstede, og også mer kontinuerlig tilgang til laboratorietjenester. Det vil bidra til raskere diagnostikk og kontinuerlig avklaring.

For å sikre bedre styring av pasientstrømmene inn til akuttsenteret, vil det bli etablert en konfereringstelefon mellom fastlege/LV-lege og overlege i akuttsenteret. En gradvis styrking og oppbygging av en akuttpoliklinikk vil også kunne bidra til forskyve mottaket i retning av flere elektive ankomster.

#### 6.2.4 Ny sengepoststruktur og felles driftskonsepter for sengepostene

I løpet av høsten 2020 ble det lagt en helt ny sengepoststruktur ved sykehuset. Et vesentlig siktemål med den nye sengepoststrukturen var å standardisere driftskonseptene i så stor grad som mulig for dermed å redusere uønsket variasjon. Et annet viktig mål var å oppnå færrest mulig forflytninger av pasienter, da enhver forflytning innebærer en potensielt økt pasientsikkerhetsrisiko.

Dette er de viktigste områdene hvor det er utviklet felles prinsipper for alle sengeposter:

- Alle sengepostene skal *ta i bruk team* som arbeidsform. Med «teamorganisering» i sengepost siktes det til såkalte pasientbehandlingsteam eller «beslutningsteam». Det er utviklet enkle konsepter for slik teamorganisering.
- Alle sengepostene skal ha god struktur rundt *previsitt og legevisitt*. Når det gjelder legevisitt, er det konkretisert 8 «kjøreregler» som skal danne rammeverket rundt visitten.
- I samarbeid med kommunene i Vestfold har SiV utarbeidet rutiner for «*trygg utskrivning*». Liggetiden i sykehuset er kort, og det er derfor viktig at arbeidsflyten standardiseres. Planlegging av utskrivning må starte ved innkomst, og er avhengig av tidlig legevisitt og kontinuitet hos visittansvarlig lege med medisinsk faglig beslutningskompetanse.
- Det blir gradvis tatt i bruk *nye teknologiske løsninger* for å støtte opp under en målrettet og effektiv pasientflyt og økt pasientsikkerhet. Etablering av en elektronisk tavleløsning gir muligheter for rask informasjonsflyt og et øyeblikksbilde av arbeidsoppgaver og pasientsituasjon i sengeposten. Effektiv informasjonsflyt og logistikk vil gi gevinst i form av at det blir frigitt mer tid til pasientrettede oppgaver.

Avslutningsvis i punktet om nye prinsipper for sengepostdriften, er det også grunn til å trekke fram at *sengepostene skal brukes fleksibelt* på tvers av fagområder når det er høyt belegg. Dette prinsippet skal bidra til god pasientbehandling, samlet effektivisering/optimalisering av driften, jammere kapasitetsutnyttelse, men ikke minst bedre pasientsikkerhet.

#### 6.2.5 Lokalisering, dimensjonering og prinsipper for den polikliniske driften ved SiV

I løpet av høsten 2020, ble det gjennomført et omfattende arbeid med sikte på å få til en mer optimal plassering og organisering av poliklinikkene i Tønsberg – både i medisinsk og kirurgisk klinikk. Samlet sett bidra denne prosessen til betydelig bedre og mer framtidsrettede rammebetingelser for den polikliniske driften i Tønsberg.

I tillegg til lokalisering, dimensjonering og organisering av poliklinikkene, ble det også utarbeidet tre hovedprinsipper som alle poliklinikkene ved SiV skal følge:

1. Riktige pasienter til riktig konsultasjon med riktig kompetanse på riktig arena
  - Redusere antall pasienter som med fordel kan bli konsultert på et annet sted/nivå (primærhelsetjeneste)
  - Med faglighet som grunnlag redusere antall kontrollkonsultasjoner
  - Øke andelen konsultasjoner foretatt av sykepleier, fysioterapeut m.fl. for å frigjøre legetid til de meste krevende pasientene
2. Riktig form på konsultasjon og monitorering
  - Fjernkonsultasjon (video/telefon) skal tilbys der dette er hensiktsmessig
  - Fjernovervåking skal innføres der dette er hensiktsmessig

### 3. Riktig tidspunkt for konsultasjoner

- Alle poliklinikker skal ha planlagte åpningstider som dekker pasientens behov (behovsstyrt driftstid)
- Åpningstiden skal gi mulighet for kveldskonsultasjoner (pasientvennlig åpningstid)
- Skal pasienten til flere oppmøter på SiV, skal dette samordnes ved innkalling (pasientvennlig intern samhandling på SiV)

Ved å legge ovennevnte prinsipper til grunn, er ambisjonen å kunne frigjøre tid til nyhenviste pasienter, redusere etterslepet og gi en effektivisering av arealbruk.

## 6.2.6 Etablering av senter for kreft og blodsykdommer

### Prinsipielt om senteret

Pasienter med ulike kreftdiagnoser blir nå samlet i et nytt senter for kreft og blodsykdommer (i det videre kalt kreftsenter) etter at initial kirurgisk behandling og/eller strålebehandling er gjennomført. Pasienter som får kreftbehandling med legemidler, får også samlet behandlingstilbudet i senteret (unntatt barn/ungdom).

Målet er at pasienter i størst mulig grad skal forholde seg til færrest mulig poliklinikker, sengeposter og helsepersonell. Prinsippet er at helsepersonellet skal flytte seg til pasienten, og ikke motsatt.

Det nye kreftsenteret er etablert i nybygget, med sengepost, dagbehandling og poliklinikk i samme areal.

### Nærmere om pasientpopulasjonen i det nye senteret

Pasienter med kreft og som har pasientforløp i daværende kreftseksjon, seksjon for blodsykdommer, og del av gynekologisk seksjon som får oppfølging/behandling i kreftpoliklinikk og -sengepost, er alle blitt en del av senterets ansvar.

Pasientforløp innenfor screening, diagnostikk og utredning blir opprettholdt med tilhørighet i fagseksjonene som tidligere.

Pasientforløp med kirurgisk primærbehandling, eller pasientforløp med komplikasjoner etter kirurgisk behandling, blir opprettholdt som tidligere. Pasienter til vurdering av palliativ kirurgi, eller som i palliativ fase får kirurgisk behandling, men som har behov for tverrfaglig tilbud og tilnærming, vurderes ut ifra hva som er mest hensiktsmessig for pasienten. Det gjelder for eksempel pasienter med opphold i kirurgisk sengepost i x antall postoperative døgn, men som overføres til sengeposten i kreftsenteret (med tilsyn fra kirurg) ved fortsatt behov for døgnopphold/lengre opphold/annen kompleksitet, før eller etter kirurgi. Dette tilsvarer den praksis som var før omorganiseringen.

Pasienter med kurativ lungekreft og/eller pasientforløp mellom lungeseksjon ved SiV og OUS, vil bli opprettholdt som tidligere. Pasienter med ikke kurérbar lungekreft, vil bli flyttet til kreftsenteret både for polikliniske kontakter og ved behov for døgnopphold. Pasienter som har behov for døgnopphold for spesialisert lungebehandling, vil fortsatt bli behandlet i sengeposten ved lungeseksjonen.

For hematologiske pasienter ble det besluttet at pasienter både med maligne og ikke maligne diagnoser skal få sin behandling i kreftsenteret.

### Øvrige områder av betydning for kreftpasienter som det ble arbeidet med i OU-programmet

I tillegg til overordnede prinsipper for senteret og presisering av pasientpopulasjonen, ble det i regi av OU-programmet arbeidet med en rekk viktige temaer av betydning for kreftbehandlingen. Disse vil bare kort bli beskrevet her:

- Oppstart pakkeforløp. Her er det arbeidet med å få til en mer standardisert oppstart av pakkeforløpene, og det er satt i gang et arbeid med mer systematisk prehabilitering.
- Utvikling av støttetjenester. I regi av kreftsenterprosjektet ble det tatt initiativ til en gjennomgang av sykehusets kliniske støttetjenester. I utgangspunktet var fokuset primært rettet mot pasienter med en kreftdiagnose, men etter hvert ble også behovene til andre pasientgrupper trukket inn. Som omtalt flere steder i planen, vil en stor del av disse tjenestene nå bli organisert under KFMR, som SiVs rehabiliteringsfaglige tyngdepunkt.
- Klinisk farmasi. Det er besluttet å styrke den kliniske, farmasøytiske tjenesten knyttet til Kreftsenteret. Det antas at dette vil redusere legemiddelkostnadene, men viktigere er det at når farmasøyten kan delta i hele pasientforløpet, så vil liggetidene erfaringsmessig reduseres, og det vil bli en reduksjon i legemiddelrelaterte reinnleggelser.
- Lindrende behandling. Tilbudet om lindrende behandling, som fram til nå har vært forbeholdt kreftpasienter, vil bli utvidet til også å omfatte pasienter med ikke-malign sykdom. Det gjelder utvalgte grupper av pasienter med alvorlige hjerte-, lunge- og nyresykdommer.
- Presisjonsmedisin. Den medisinske utviklingen innen dette fagområdet går svært raskt. Det er sykehusets vurdering at SiV har spesielle forutsetninger og muligheter til å utvikle både metoder og tilnærminger for hvordan dette i størst mulig grad kan skape verdi for pasientene. For mer om presisjonsmedisin vises til kapittel 4.

SiV mener at den satsingen sykehuset har gjort ved å etablere et nytt senter for kreft og blodsykdommer, vil gi et vesentlig bedre og mer framtidsrettet tilbud til disse pasientgruppene. Samtidig vil det naturligvis måtte ta noe tid å få realisert hele potensialet fullt ut.



## 6.2.7 Etablering av barne- og ungdomsavdeling

### Overordnet om den nye barne- og ungdomsavdelingen

Med etablering av en barne- og ungdomsavdeling i spesielt tilpassede lokaler i nybygget, har denne pasientgruppen og deres familier/pårørende fått gode fysiske rammer for et behandlingstilbud i somatikken. Universell utforming av rom til døgnopphold, dagbehandling og flere av poliklinikkrommene muliggjør fleksibel bruk - avhengig av pasientbelegg og situasjon. Disse forholdene gir klare gevinster med hensyn til pasientopplevelse og pasientsikkerhet, og medfører også betydelige forbedringer for ansattes arbeidsmiljø og mulighet for fleksibel og mer kostnadseffektiv drift.

Ved etablering av den nye avdelingen er det lagt til grunn et prinsipp om at det meste av behandlingstilbudet for barn/ungdom opp til 18 år lokaliseres til senteret – uavhengig av hvordan virksomheten organiseres. Det gjelder for eksempel barselpoliklinikk, poliklinisk tilbud til barn/ungdom ved SSO, samt dagtilbud og døgnopphold for barn med kirurgiske inngrep.

Det er vedtatt tydelige prinsipper for hvordan barn og ungdom med akutt sykdom skal tas imot.

Det har gjennom flere år funnet sted en overgang fra døgnopphold til dag- og polikliniske tilbud. Denne utviklingen forventes å fortsette, men det er viktig å ta høyde for at sesongvariasjonene er store innen dette fagområdet.

### Bedre tilbud til barn og unge med spiseforstyrrelser

Barn- og ungdom med spiseforstyrrelser har et pasientforløp som omfatter tiltak på ulike nivåer og lokasjoner. De aller fleste har et poliklinisk tilbud og dagbehandling, og bare en mindre andel har behov for sykehusinnleggelse. Ved å samle døgntilbudet ett sted, vil tilbudet oppleves som mindre fragmentert for familiene med de mest alvorlige sykdomstilfellene. De som har behov for innleggelse, har et alvorlig og sammensatt sykdomsbilde, og vil i de fleste tilfeller ha både somatiske og psykiatriske utfordringer.

Det er så langt ikke konkludert endelig med hvilken form for samarbeid som vil bli lagt til grunn for å sikre en bedre koordinering av tilbudet til denne pasientgruppe, så det arbeidet vil bli videreført (Jfr for øvrig det som står i 6.5.7).

### Samarbeid og samhandling med habiliteringsseksjonen

Underveis i OU-programmet kom det klare signaler fra flere fagmiljøer om at pasienter med funksjonshemninger og utviklingsforstyrrelser har et suboptimalt tilbud under sykehusinnleggelse. Dette er unge pasienter som følges opp poliklinisk i habiliteringsseksjonen. I dag skjer innleggelse etter fylte 18 år i ulike sengeposter for voksne ut fra aktuell problemstilling. Oftest er det snakk om gastromedisin, lunge eller nevrologi. Pasientene har ofte sammensatte problemstillinger, og det er lite gunstig med sykehusopphold på ulike sengeposter og en seksjonert tilnærming.

Det antas å være et bedre tilbud hvis disse pasientene kan legges inn i barne- og ungdomsavdelingen når de har behov for sykehusinnleggelse - også etter 18-års alder. Dette er pasienter og pårørende



som er kjent i den avdelingen, og det vil oppleves trygt for pasienten å møte kjent personell. Det medisinske behandlingsansvaret for pasienten defineres ut i fra hovedproblematikken ved innleggelse, og følges opp av «moderavdeling» som satelittpasient. Pasientene vil ofte ha kontaktlege i habiliteringsseksjonen, som har ansvar for langsiktig oppfølging og tverrfaglige vurderinger.

Også denne modellen må konkretiseres og utdypes noe mer før den kan iverksettes.

## 6.2.8 Omstilling av kirurgisk virksomhet; med særlig fokus på operasjonsvirksomheten

### Behov for forbedringer

I regi av OU-programmet har det vært gjennomført en bred vurdering av forutsetninger og rammebetingelser for den samlede operative virksomheten ved sykehuset. Det er flere behov som har ligget til grunn for dette arbeidet:

- Et ønske om å få utredet muligheten for å samle hele den kirurgiske virksomheten ved SiV i Tønsberg, og ikke som nå ha denne virksomheten delt mellom Larvik og Tønsberg.
- Et ønske om å legge til grunn LEON prinsippet (Laveste Effektive OperasjonsstueNivå) også innen de operative fagområdene. Det betyr blant annet å flytte aktivitet fra «tunge» operasjonsstuer til stuer med enklere krav til fasiliteter og bemanning.
- Et ønske om å gi enkelte av fagområdene mer egnede og tilpassede lokaler enn i dag. Dette behovet har vært særlig prekært for øyefaget, men også andre fagområder – eksempelvis ortopedi – har i lengre tid hatt behov for mer og bedre arealer til den polikliniske virksomheten.
- Utvikle bedre forutsetninger for store deler av den pre-, per- og postoperative virksomheten i Tønsberg. Disse arealene tilfredsstiller i dag krav verken til pasientservice, logistikk, eller arbeidsmiljø.

### Hovedgrep som er vedtatt og i ferd med å bli implementert

Det er ikke hensikten å beskrive i detalj hvordan disse ønskene og behovene er fulgt opp etter OU-programmet, men noen hovedpunkter bør likevel gjengis.

For det første har *både øyepoliklinikken, ortopedisk poliklinikk og gynekologisk poliklinikk fått bedre, større og mer tilpassede arealer*. For øyepoliklinikken har det også blitt investert betydelig i nytt utstyr. Øyepoliklinikken er den poliklinikken ved SiV med klart størst aktivitetsvekst, og det er derfor viktig at kapasiteten holder tritt med behovsutviklingen. Også andre poliklinikker har fått nye og mer velegnede lokaler. I tillegg har forutsetningene for å realisere en del faglige synergier blitt bedre.

Det er laget en plan for å *overføre operasjonsaktivitet fra «tunge» operasjonsstuer i området H4 til enklere stuer og prosedyrerom i H3 og i nybygget (J3)*. Det arbeides nå med å realisere denne.

Det er i ferd med å bli utarbeidet og vedtatt en *ny arealløsning som er bedre tilpasset den pre-per- og postoperative pasientflyten i det såkalte H3/H4 området*, og hvor også arealet knyttet til de *nye prosedyrerommene i J3 er inkludert*. Den skissen som nå foreligger, har gode forutsetninger til å tilfredsstille kravene til en moderne, effektiv og framtidrettet operasjonsaktivitet.

Når det gjelder ønsket om å få utredet muligheten for å *flytte den kirurgiske virksomheten i Larvik til Tønsberg*, er beslutningen foreløpig «lagt på is». Det er sannsynlig at selve flyttingen vil være gjennomførbar – både faglig, driftsmessig, og ikke minst med et godt økonomisk resultat. Foreløpig

er det imidlertid besluttet å avvente situasjonen noe, og ikke minst høste erfaringer med de nye driftskonseptene i Tønsberg.

Med de endringer som allerede er gjennomført, og de som nå ligger i den videre prosessen, så vil den operative virksomheten ved SiV ha fått helt nye og mer tilpassede fasiliteter for en framtidsrettet og moderne operasjonsvirksomhet. Ikke minst vil dagkirurgien med dette få en etterlengtet oppgradering.

### 6.3 Oppfølging av forrige utviklingsplan på rehabiliteringsområdet (KFMR)

Rehabilitering var et prioriterte innsatsområdene i den utviklingsplanen SiV lagde i 2018. Den satsingen og prioriteringen som ble gjort i utviklingsplanen fra 2018, har vært et viktig grunnlag for den utviklingen som har skjedd innen rehabilitering ved Sykehuset i Vestfold i den perioden som har gått siden da.

Rehabiliteringsfaget er nå en mer integrert del av det totale tilbudet på SiV på en mer systematisk måte enn tidligere, og er langt mer synlig på akutt sykehuset. Rehabiliteringsfaget blir naturlig trukket med i ulike tiltak som settes i gang med utgangspunkt i akutt sykehuset. Eksempler her er pasientforløp for rehabilitering for Covid-19 pasienter innlagt på sykehus, samt prehabilitering og pakkeforløp hjem innenfor kreftområdet. Dette har også initiert en økt innovasjons- og forskningsaktivitet på ulike aktuelle områder.

Oppdraget fra HSØ som utviklingsplanen bygger på, hadde tre fokusområder innen rehabilitering:

1. Utviklingsplanen skal beskrive tilbudet for døgnbasert rehabilitering i tidlig fase etter akutt sykdom/skade og for ambulant virksomhet
2. Utviklingsplanen skal beskrive hvor og hvordan et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt er synlig organisert i virksomheten
3. Helseforetaket skal gjennom arbeidet med utviklingsplanen ta initiativ til å formalisere strukturer for samhandling innen rehabilitering i samarbeid med kommunene

#### 6.3.1 Døgnbasert rehabilitering i tidlig fase

SiV har 35 rehabiliteringssenger på Kysthospitalet, Stavern. En stor del av pasientene i disse sengene kommer direkte fra akutt sykehuset i Tønsberg. Pasientene må imidlertid være medisinsk stabile før de kommer til Kysthospitalet. Det er stadig mer evidens for at det å starte opp rehabilitering tidlig etter sykdom og skade, ofte mens pasienten ligger på intensivavdelingen er viktig for prognosen. Det har derfor helt siden 2018 vært arbeidet med å kartlegge mulighetene for å etablere tidlige rehabiliteringssenger i Tønsberg. Da Covid-19 pandemien kom, flyttet KFMR rehabiliteringslege fra Kysthospitalet til akutt sykehuset for å bistå på en presset intensivavdeling. Omtrent samtidig ble etablering av fire rehabiliteringssenger på nevrologisk sengepost et delprosjekt i prosjekt Sengepost i OU-programmet. 03.01.22 ble de fire sengene åpnet.

Det er et styrket tverrfaglig team knyttet til sengene som er ledet av legespesialist i fysisk medisin og rehabilitering. Etablering av tidlig rehabiliteringssenger har vært høyt prioritert i foretaket, og det er gitt finansiering til styrket bemanning og nødvendig utstyr. Det er store forventninger til at disse sengene vil representere et viktig bidrag til en ytterligere forbedret pasientbehandling, ved at den systematiske rehabiliteringen i større grad kan starte opp så tidlig som mulig.



### 6.3.2 Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt

Klinikk fysisk medisin og rehabilitering ble etablert som det rehabiliteringsfaglige tyngdepunktet ved SiV fra 01.09.2019. Da ble fysio- og ergoterapitjenesten ved akuttsykehuset i Tønsberg, Lærings- og mestringssenteret (LMS), Pusterommet, samt logopedtjenesten som var knyttet til nevrologisk avdeling, organisert inn i klinikken. En videre utvidelse av rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt er etablering av *støttetjenester* ved sykehuset i Tønsberg. Dette er også et prosjekt i OU-programmet. I tillegg til LMS og Pusterommet vil støttetjenestene bestå av ulike kliniske støttetjenester som sosionom, livssynstjeneste, klinisk ernæringsfysiolog og barnekoordinator. Dette er funksjoner som nå ligger spredt i ulike klinikker, og dermed ikke kommer alle pasienter og pårørende til gode i like stor grad.

Det planlegges også i samarbeid med Kreftforeningen et Vardesenter knyttet til støttetjenestene. Intensjonen med tiltaket er at disse funksjonene samles både fysisk og organisatorisk og blir godt synlig i sykehuset for pasienter, pårørende og ansatte. Det er fattet en prinsippbeslutning om at støttetjenestene skal samles – organisatorisk og fysisk. Siktemålet er å få tilbudet etablert så tidlig som mulig i løpet av 2022.

### 6.3.3 Ambulant virksomhet og samarbeidet med kommunene

Det foregår ambulant virksomhet innen rehabilitering fra KFMR, både fra Tønsberg og Kysthospitalet. Da pandemien kom, ble videomøter med pasienten aktualisert, og den største utviklingen har vært innenfor det digitale. Digitale konsultasjoner med pasienter og pårørende samt samarbeidsmøter med kommunene benyttes i stor utstrekning. Klinikken vil framover fokusere på også å øke den fysiske ambulante virksomheten. Signalene fra kommunene er at de ønsker bistand innen de fagområder de selv ikke innehar som spesialområder. Det gjelder blant annet innen lungefysioterapi med bruk av hjelpemidler, hjelp med barn med spesielle behov, og bistand innen nevropsykologi og logopedi. Klinikken vil arbeide med å systematisere dette videre, her vil også digitale verktøy være sentrale.

## 6.4 Oppfølging av forrige utviklingsplan innen PHV, TSB og BUP

To av innsatsområdene i gjeldende utviklingsplan omhandlet direkte psykisk helsevern og TSB. I «Innsatsområde 3: Psykisk helsevern; inkludert samarbeidet med somatikken» er det beskrevet: (1) hvordan brukermedvirkningen kan styrkes i alle ledd, (2) hvordan standardiserte pasientforløp skal implementeres og (3) hvordan en struktur for forbedringsmetodikk innen psykisk helse kan utvikles og implementeres. I «Innsatsområde 4: TSB (Tverrfaglig Spesialisert rusBehandling)» er det beskrevet (1) utvikling av basistjenester innen TSB og en optimal organisering av disse for å understøtte et

helhetlig behandlingstilbud til pasientene, samt fagutvikling og forskning og (2) utvikling av samarbeidsstrukturer.

#### 6.4.1 Brukermedvirkning

Virkemidlene som kan understøtte og bidra til reell brukermedvirkning og styrket bruk av erfaringskompetanse er i stor grad tatt i bruk i planperioden. I forbindelse med implementeringsarbeidet omkring pakkeforløpene i psykisk helse og rus, har informasjon omkring lidelser, behandlingstilbud, rettigheter og klagemuligheter blitt oppdatert og tilgjengeliggjort på sykehusets nettside. Det er etablert egen podcast fra brukerrådgiver til ansatte og brukere. Erfaringskunnskapen er betydelig styrket gjennom ansettelse av rådgiver for brukererfaring og etablering av kompetansebank. Brukere medvirker både i klinikkens kvalitetsutvalg og i utvikling av pasientforløpene. Tilbakemeldinger fra brukere innhentes systematisk. Brukermedvirkning på individnivå er også styrket gjennom involvering i utarbeidelse av behandlingsplaner og regelmessig implementering av systematiske evalueringer i pasientforløpene. Selv om det her er gjort mye bra arbeid, er det fortsatt behov for å videreutvikle og styrke brukerperspektivet både på individ- og systemnivå.

#### 6.4.2 Implementering av standardiserte pasientforløp

Innenfor psykisk helsevern og TSB er de fleste pasientforløpene standardisert gjennom nasjonale pakkeforløp og/eller lokale pasientforløp. Organisasjonsendringer som ble gjennomført i Klinikken psykisk helse og avhengighet (KPA) er gjort med bakgrunn i pasientforløpstenkning og overordnede målsettinger i pakkeforløpene. SiV-metoden er brukt som utgangspunkt for utvikling av pasientforløpene, og det har vært og er fokus på kontinuerlig forbedring i videreutvikling av forløpene. Sykehuset har god måloppnåelse i pakkeforløpene psykisk helse og rus. Det er imidlertid fortsatt behov for videreutvikling og differensiering av pasientforløpene. Det gjelder spesielt i forhold til målsettingen om å skape sammenhengende og koordinerte tjenester, og særlig i forhold til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

#### 6.4.3 Forbedringsmetodik

Den forbedringsmetodikken som er omtalt i punktet ovenfor, er gjennomgående anvendt i planlegging, implementering og oppfølging av pasientforløpene. Både ledere og ansatte har fått grunnleggende opplæring i forbedringsmetodik med SiV-metoden som utgangspunkt.

#### 6.4.4 TSB: Utvikling av basistjenester, organisering og forskning

KPA gjorde en rekke organisatoriske endringer av tjenestene i 2018. Blant annet ble alle tjenester innenfor TSB organisert i samme avdeling (Avdeling rus og avhengighet). Basistjenester i form av akuttbehandling, avgiftning, polikliniske og ambulante tjenester, og døgnplasser til pasienter med behov for komplekse og sammensatte tjenester, er videreutviklet.

Akuttkjede TSB er tilgjengelig 24/7, og tilbudet for direkte akuttinnleggelse i ARA og subakutte tilbud er styrket. Det er etablert rustilsyn i somatiske enheter. Digitale behandlingstilbud for alkoholrelaterte lidelser (eMestring alkohol) er i samarbeid med Helse Bergen og Universitetet i Bergen pilotert. Det er fortsatt behov for videreutvikling av akuttkjeden og ambulante tjenester. Det er stor forskningsaktivitet i forskningsgruppe «Rus og avhengighet», blant annet gjennom deltagelse i «NaltRec studien».

#### 6.4.5 Barn og unges psykiske helse

SiVs forrige utviklingsplan viet mye oppmerksomhet til arbeidet med barn og unges psykiske helse, og ikke minst betydningen av å komme tidlig inn når barn/ungdom står i fare for å falle utenfor, eller utvikle psykiske lidelser/plager og/eller rusavhengighet.

For å lykkes med et slikt arbeid, er det avgjørende både med god kompetanse, evne til å jobbe godt sammen – på tvers av forvaltningsnivåer og fagområder, og ikke minst ha god dialog med de ungdommene det gjelder, og deres familier.

Det er gjort mye godt arbeid på dette området siden den forrige planen, og det vises i den forbindelse til kapittel 8 og prosjekt Ung Arena+. Som vi kommer tilbake til nedenfor, vil det være viktig for SiV å opprettholde – og gjerne forsterke - denne innsatsen framover.

#### 6.4.6 Samarbeidsstrukturer

Det er etablerte samarbeidsstrukturer med eksterne samarbeidspartnere gjennom Strategisk samarbeidsutvalg (SSU), Forum for rus og psykisk helse og Forum for politi, psykiatri og kommuner. Bistandsteamet i TSB ble startet opp i 2021 og gir råd og veiledning i saker som omhandler tvang i TSB, og det er sammensatt av representanter fra kommunene og SiV. Samarbeidsmøter på operativt nivå mellom foretaket og kommunene er delvis etablerte og med ulik sammensetning og form i ulike fagområder. Det er fortsatt behov for videreutvikling av faste samarbeidsstrukturer på ledernivå i forhold til forbedring og utvikling av tjenestene, og på operativt nivå – både i forhold til samarbeid og læring omkring enkeltsaker, men også for å utvikle gode og sammenhengende pasientforløp.

### 6.5 Faglige grep som vil bli prioritert i arbeidet med å følge opp utviklingsplanen

I de fire årene som har gått siden den forrige utviklingsplanen ble vedtatt, er det noen faglige og organisatoriske grep som har fått forsterket aktualitet, og som vil legge føringer for den utviklingsplanen som sykehuset nå skal vedta.

I punktene nedenfor vil det bli gjort rede for de hovedgrep sykehuset vil ta for å møte de utfordringer vi har identifisert gjennom arbeidet med denne utviklingsplanen. Vi vil i framstillingen skille mellom faglige grep og grep av mer organisatorisk og arbeidsprosessuell karakter. De siste blir beskrevet i punkt 6.6.

De grepene og satsingene som beskrives i punktene nedenfor, er alle av en slik art at de i stor grad er på «foretaksnivå». Det vil si at de er strategisk viktige, i tråd med sentrale helsepolitiske og helsefaglige føringer, og de vil kreve en innsats på foretaksnivå for å få det nødvendige «trykk» og tilstrekkelig framdrift.

Hvordan arbeidet med å følge dem opp skal organiseres, vil måtte avklares mer konkret etter at utviklingsplanen er vedtatt, men noen prinsipielle føringer for dette blir beskrevet i kapittel 10.

Sykehus av den typer som SiV er, har flere prinsipielt litt ulike funksjoner, som til sammen danner det som vanligvis kalles allsidige akuttisykehus:

- Akuttmottaket og den akuttmedisinske kjeden
- Håndtering av akutt kritisk syke pasienter
- De (høy)spesialiserte funksjonene
- De mer lokalmedisinske oppgavene

De grepene som det redegjøres for nedenfor, bidrar samlet sett til å støtte opp under alle disse funksjonene. Vi har likevel valgt ikke å sortere dem på grunnlag av ovennevnte kulepunkter. Det skyldes blant annet at flere av grepene må kunne sies å støtte opp under flere av de nevnte funksjonene.

#### 6.5.1 Styrking av kapasitet for å håndtere akutt kritisk syke pasienter

I likhet med alle andre norske sykehus, har de siste årenes erfaringer med koronapandemien bidratt til at *beredskapsutfordringen* har rykket høyere opp på den faglige og helsepolitiske agendaen. Pandemien har ikke minst vist at SiV har utfordringer når det gjelder å håndtere alvorlig syke pandemipasienter i tillegg til ordinære intensivpasienter.

Sykehuset har håndtert de alvorlig syke pandemipasientene ved nedskalering av ordinær, elektiv kirurgi i perioder, og ekstraordinær innsats av leger og sykepleiere i akuttområdet. Denne måten å håndtere utfordringen på, er ikke bærekraftig over tid.

Koronapandemien har synliggjort utfordringer i sykehusets anestesilege- og intensivkapasitet. Selv om pandemien gradvis avtar, vil SiV ha covid-19 pasienter i overskuelig framtid.

Anestesilegebemanningen har vært, og er fortsatt, for lav til å håndtere dagens drift. Det har blant annet bidratt til manglende kapasitet i intensivtransporter, avbrudd i operasjonsaktivitet ved eksterne hendelser, samt anstrengt drift ved sykefravær og forskyvning av ferieavvikling fra år til år. Anestesilegene er avgjørende i en bærekraftig intensiv- og operasjonsvirksomhet.

SiV vil styrke intensivkapasiteten i årene framover for å møte ovennevnte utfordringer, og har utarbeidet en plan for dette.

Sykehuset bør fortsatt styrke kritisk kompetanse knyttet til behandling av traumer, skader, akutte sykdommer, operasjonsaktivitet, og ikke minst i forhold til beredskap; inkludert pandemi.

Potensiale for omstilling av personell og oppgaveglidning som det er gjort erfaringer med gjennom pandemien, gjør at en planmessig økning av andelen spesialsykepleiere innen andre områder, kan være fornuftig (postoperative enheter/operasjon/anestesi). Dette vil totalt sett gi større robusthet – i tillegg til oppgaveglidning. Disse kan da bidra til økt operasjonsaktivitet i perioder hvor intensivbehovet er lavere. Dette bør være en del av strategien framover. Ved en slik tenkning vil sykehuset i tillegg kunne håndtere etterslepet av elektive pasienter som har økt i forbindelse med pandemien.

Det vil komme konklusjoner av nasjonalt og regionalt arbeid i forhold til intensivkapasiteten, som kan legge ytterligere føringer, for eksempel basert på befolkningsgrunnlag. Dette må i så fall følges opp.

#### 6.5.2 Akuttmottakene og den akuttmedisinske kjeden

Helt fra de omfattende tilsynene som Helsetilsynet gjorde av de somatiske akuttmottakene ved norske sykehus i 2007, og som ble fulgt opp av Helsedirektoratets rapport om «Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak» (IS-2236 fra 2014), har SiV arbeidet systematisk med å *forbedre styring, ledelse, organisering og pasientsikkerhet i akuttmottaket*.

Som det framgår av punkt 6.2.3, har dette utviklings- og forbedringsarbeidet også hatt høy prioritet i det to-årige OU-programmet som nettopp er avsluttet. Et viktig siktemål med det nye akuttsenteret er å styrke legekompentansen i front, raskt etablere tverrfaglige team med beslutningskompetanse, og effektivisere bruken av de nye mottaksrommene.

Et viktig siktemål med det nye akuttsenteret er å avklare flere pasienter i den nye avklaringsenheten, og arbeide mer systematisk etter LEON prinsippet – blant annet ved at betydelig flere pasienter enn i dag avklares endelig i akuttsenteret. Det gjelder spesielt pasienter med behov for korte, ikke-spesialiserte sykehusopphold.

Arbeidet med å utvikle akuttsenteret og den akuttmedisinske kjeden vil bli ytterligere forsterket inn i 2022 og videre utover i planperioden, og da med et enda sterkere fokus på den delen av kjeden som er utenfor sykehus. Et viktig mål med å gjennomgå også den delen av den akuttmedisinske kjeden som ligger utenfor sykehus, er å gi fastleger, LV-leger og andre bedre mulighet for å konferere med overlege i akuttsenteret, og generelt bedre beslutningsstøtten i vanskelige situasjoner. Det planlegges blant annet å få på plass en anestesilegebemannet legebil i løpet av 2022. Det vil bidra til økt kapasitet/beredskap for intensivtransporter; både akutte og sekundæroverføringer.

Når akuttmottakene og den akuttmedisinske kjeden fortsatt skal stå høyt på dagsorden i sykehusets strategiske utviklingsarbeid, er det viktig at det ikke bare omfatter det somatiske akuttmottaket og «den somatiske akuttmedisinske kjeden». Det er sykehusets klare ambisjon at arbeidet også skal omfatte psykiatrisk akuttmottak og den akuttpsykiatriske kjeden. Men det skal også være fokus på samarbeidet mellom de to akuttmottakene og på helheten i akuttfunksjonen. Det er allerede satt i gang et prosjekt for å styrke samarbeidet mellom de to akuttmottakene. Anbefalingene herfra vil foreligge tidlige på høsten 2022.

Når sykehuset nå ytterligere løfter fram akuttkjeden og de to akuttmottakene, dreier det seg således om alle aktørene som er involvert i dette arbeidet. Når det gjelder utvikling og forbedring av de delene av akuttkjeden som ligger utenfor sykehuset, må arbeidet selvsagt skje i nær dialog med Helsefelleskapet og de aktørene som deltar i dette.

### 6.5.3 Skrøpelige eldre pasienter

*Skrøpelighet* er en ny måte å klassifisere pasienter ved sykehuset på. *Skrøpelige, multisyke eldre* er en sårbar pasientgruppe. De har behov for et mer helhetlig og sammensatt tjenestetilbud enn yngre, mer robuste pasienter med hovedsakelig svikt i ett organsystem. Skrøpelighet er en tilstand som gir økt risiko for fall, brudd, sykehusinnleggelse, institusjonalisering og død. Denne pasientgruppen er sentral både for de somatiske avdelingene og for KPA. Det er derfor viktig at perspektivet og tilnærmingen også omfatter de pasientene som får sin behandling innen psykisk helsevern.

SiV har intensivert innsatsen overfor denne pasientgruppen de senere årene. Det gjelder både den intrahospitale delen av forløpet, og samarbeidet ut mot kommuner og fastleger. Skrøpelige eldre som blir innlagt på sykehuset, blir fulgt opp av et integrert helseteam etter utskrivning. Hensikten med et slikt team er at pasientene skal oppleve bedre «flyt» i møtet med helsetjenesten, og få en økt trygghet og bedre koordinering i overgangene mellom behandlingsnivåene. Dette teamet er tverrfaglig sammensatt, og består av personell både fra SiV og fra kommunen. I det nye Akuttsenteret vil det bli tilrettelagt spesielt for denne pasientgruppen, både når det gjelder fysisk utforming av lokalene, og ved at det blir rigget et eget pasientforløp. Dette følges blant annet opp med et forsterket samarbeid mellom prehospital klinikk og akuttsenteret. Ett av tiltakene er at ambulansetjenesten vil screene pasientene for risiko for delir.

Denne satsingen vil bli forsterket i årene som kommer. Det økende antallet pasienter med demens vil ytterligere aktualisere og forsterke dette behovet. For mer om denne utfordringen vises til kapittel 4, punkt 4.2.1. Ikke minst er det i dette arbeidet viktig å ha et kritisk fokus på hva som er



spesialisthelsetjenestens og hva som er primærhelsetjenestens oppgaver i forhold til disse pasientgruppene. Dette selvsagt i tillegg til selve samhandlingen mellom de to nivåene.

For å lykkes med denne satsingen, er det også en viktig forutsetning at det blir satset tilstrekkelig på opplæring og kompetanseutvikling av de ansatte. Dette ikke minst fordi medarbeiderne må endre fokus fra organspesifikke diagnoser til i større grad å støtte opp under bedret funksjon.

Den satsingen på skrøpelige eldre som er beskrevet ovenfor, vil bli løpende evaluert, og det er inngått avtale med UiO om forsknings samarbeid.

I tillegg til at pasientgruppen skrøpelige, multisyke eldre selvsagt er viktig i seg selv, er det også en sentral del av SiVs begrunnelse for å satse så tungt på dette, at de arbeidsformene og de metodene som utvikles i disse prosjektene, med stor sannsynlighet også vil ha overføringsverdi til andre pasientgrupper med tilsvarende behov og utfordringer.

#### 6.5.4 Pasienter med diffuse/uspesifikke plager og smerter

Flere av klinikkene ved sykehuset har i dag tilbud til pasienter som sliter med *diffuse/ uspesifikke smerter og plager*. Det gjelder både innen somatikk og innen psykisk helse og rusbehandling. Det kan dreie seg om smerte/plager i muskel-/skjelettsystemet, men ikke rent sjelden dreier det seg om magesmerter. Det kan naturligvis også være snakk om andre smertetilstander. Mange av disse pasientene har, eller er i ferd med å utvikle, kroniske helseplager, og de har til dels mange og hyppige kontakter med både primær- og spesialisthelsetjenesten. Ved sykehuset er ofte mange poliklinikker involvert i behandlingen og utredningen – på ulike stadier i forløpet. Det gjelder for eksempel ortopedi, nevrologi, smerte, gastrokirurgi, gastromedisin, gynekologi, fysikalsk medisin og rehabilitering. Ikke sjelden er også Klinik for psykisk helse og rusavhengighet (KPA) involvert. Ofte opplever disse pasientene at møtene med helsetjenesten verken gir bedring eller bidrar til de avklaring som de har behov for. I OU-programmet ble det vurdert å etablere en tverrfaglig poliklinikk for pasienter med et sammensatt sykdomsbilde, men det ble foreløpig ikke prioritert i regi av det programmet. Tiden er nå inne til å reise problemstillingen på nytt.

Timingene nå synes å være god for å få satt disse problemstillingene på dagsorden. Det er i ferd med å utvikles en gradvis økende erkjennelse av at sykehuset vil ha mye å hente på et tettere samarbeid mellom de ulike fagområdene for å gi disse pasientene en mer helhetlig, fullstendig og håndterbar tilnærming. Først og fremst pasientene selv, dernest deres pårørende, men også personalet ved sykehuset, vil ha stor nytte av at det blir arbeidet med å utvikle bedre metoder for å hjelpe disse pasientene til et bedre liv.

Ved enkelte andre sykehus har man samordnet henvisningsforløpet mellom en rekke spesialiteter for å sikre en koordinert og samordnet tilnærming. Det er også gode eksempler fra andre land, ikke minst Danmark, som det kan hentes inspirasjon fra og bygges videre på.

Som nevnt, vil det derfor nå bli tatt et initiativ for å komme videre med et bedre tilrettelagt opplegg for disse pasientgruppene. Det er store pasientgrupper det er snakk om. De har ofte mange og langvarige plager. Mange av dem har mye sykemeldinger, og relativt mange havner også i uførhet. Både den personlige og den samfunnsmessige nytten av å få til et bedre tilbud, vil derfor være stor.

For å lykkes, er det også viktig med et godt samarbeid med fastleger, øvrig primærhelsetjeneste, og for en del pasientgrupper også NAV.

### 6.5.5 Styrke innsatsen innenfor helse og arbeid

Arbeid er en av de viktigste bærebjelkene i menneskers liv. Det gjelder ikke bare økonomisk, men også for fysisk og psykisk helse. Flere studier indikerer at arbeid er helsefremmende for de fleste. Motsatt er det sterke sammenhenger mellom arbeidsledighet, dårligere psykisk og fysisk helse, hyppigere innleggelser, mer psykisk stress og høyere dødelighet. Det å holde seg i arbeid vil derfor kunne forebygge bruk av helsetjenester senere i livet.

#### Satsing på fagfeltet Helse og arbeid

Tall fra NAV viser at 63 prosent av all uføretrygd i Norge innvilges på bakgrunn av muskel- og skjelettlidelser eller psykiske lidelser. Det er derfor hensiktsmessig å ha en egen satsing mot disse to store diagnosegruppene. Satsingen må derfor også ses i sammenheng med punkt 6.5.4. Det vil si pasienter med diffuse/uspesifikke plager og smerter. Sykehuset i Vestfold har i flere år gjennom tilbudet Raskere tilbake, og nå Helse og arbeidspoliklinikken, hatt et tett og integrert samarbeid mellom somatikk og psykisk helse. Som ett av få sykehus har sykehuset i Vestfold etablert et integrert arbeidsrettet tilbud til pasienter med muskel-/skjelettplager og psykiske lidelser. Ambisjonen er å videreutvikle dette området i tett samarbeid med NAV. Målet er å skape virkningsfulle behandling som er med på å fremme økt arbeidsdeltagelse.

#### Økt forskningsinnsats

I tråd med «Strategi for fagfeltet Arbeid og Helse» ønsker Sykehuset i Vestfold også å videreføre og øke forskningsinnsatsen på området. Strategien legger til grunn at helseforskningsloven endres slik at økt arbeidsevne og arbeidsdeltakelse blir betraktet som gyldige utfallsmål for helseforskning. Dette vil gjøre det mulig å kunne få midler til forskning på arbeidsrettet behandling i fremtiden.

Sykehuset i Vestfold ønsker å stadfeste sin posisjon som en av de ledende aktører innen feltet Helse og arbeid.

### 6.5.6 Styrke rehabiliteringsinnsatsen ved SiV

Som det framgår av punkt 6.3., dreide den forrige utviklingsplanen dreide seg i betydelig grad om å styrke og samordne innsatsen innen rehabilitering. Som det framgår av beskrivelsen i ovennevnte punkt, har SiV realisert mange av de ambisjonene som lå i denne planen innen rehabiliteringsområdet. Blant annet er KFMR tydelig etablert som sykehusets rehabiliteringsfaglige tyngdepunkt. Det betyr blant annet at flere av rehabiliterings- og mestringsstilbudene i Tønsberg nå er organisatorisk lagt inn under KFMR. Samarbeidet mellom KFMR og akuttsykehuset i Tønsberg er styrket både inn mot intensiv og mot flere av de ordinære sengepostene; for eksempel nevrologi. Nylig ble det etablert et eget «Pusterom» på KFMRs lokasjon i Stavern – for pasienter fra sørfylket.

I tiden framover vil arbeidet med å utvikle sykehusets innsats og tilbud innen rehabilitering bli ytterligere styrket gjennom blant annet:

- Forsterke tilbudet til pasienter med komplekse senfølger av Covid-19.
- Implementere et tilbud om tidlig oppstart av rehabiliteringsforløpet (den subakutte rehabiliteringen). Det vil si å etablere dedikerte rehabiliteringsplasser på akuttsykehuset i Tønsberg. Dette tilbudet var oppe og sto fra nyttår 2022.

- Etablering av senter for kliniske støttetjenester i regi av KFMR. Jfr det som står i avsnittet ovenfor.
- Utvikle en mer helhetlig tilnærming til oppfølging av pasienter utenfor sykehus – enten det skjer i form av ambulante tjenester, eller bruk av digital hjemmoppfølging.

Etter hvert som kompetansen og kapasiteten på rehabiliteringsområdet styrkes i kommunene, blir det en sentral oppgave for sykehuset både å få til en god arbeidsdeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, men også utvikle fleksible og godt fungerende samarbeidsformer. Fortsatt utføres det nok rehabiliteringsoppgaver i spesialisthelsetjenesten som like godt – eller kanskje til og med med bedre resultat - bør overlates til kommunene.

#### 6.5.7 Videreutvikle bruken av minimal-invasive metoder

Kirurgisk klinikk har områdefunksjon innen karkirurgi for Vestfold og Telemark. Blant annet basert på dette har kirurgisk klinikk og klinikk medisinsk diagnostikk (KMD) gjennomført en mini-metodevurdering for *etablering av en hybridstue* ved sykehuset. Medisin er generelt i en rask teknologisk utvikling. Det er pasienter som en i dag ikke ser behandlingsopsjoner for, som plutselig får en behandlingsopsjon. Som regel kommer dette i form av en minimal-invasiv tilnærming eller i form av molekylærbiologiske tilnærminger eller kombinasjoner av disse. Dette skjer fordi åpne metoder ofte er for risikofylte. Dermed vil bruk av radiologi i kombinasjon med kirurgisk aksess øke framover på områder som vi ikke i dag kan forutse.

Kombinasjonen av åpen kirurgi og endovaskulær behandling krever et operasjonsmiljø som fusjonerer operasjonsstue med røntgen endolab. Prosedyrer med høye krav til sterilitet krever i tillegg hygieniske krav som vanligvis er forbundet med implantatkirurgi. Ventilasjon og andre hygieniske forhold må være på høyeste nivå, dersom slike prosedyrer skal kunne utføres på en trygg og pasientsikker måte.

Fagområdene karkirurgi og intervensjonsradiologi er internasjonalt i ferd med å fusjonere og smelte sammen til ett fag, da bruk av røntgenteknikker og kirurgi ofte må kombineres. Dette vil bli en del av SiVs satsing framover. Det å ha en hybridstue innebærer muligheter for utvikling av minimal-invasive teknikker, og vil sikre sykehusets muligheter for å være konkurransedyktig i et framtidsperspektiv. Dette vil representere en forsterkning av den satsingen som ble annonsert i utviklingsplanen fra 2018.

SiV har i dag etablert *robotkirurgi* innen urologi (prostata, urinblære og nyre) og innen gastrokirurgi (rektumkirurgi og store arrbrokk). Gynekologene ved sykehuset har et sterkt ønske om å delta i denne utviklingen. Det vil derfor bli vurdert i tiden framover å gå til innkjøp av én robot til. Det vil representere et ytterligere bidrag til sykehusets arbeid de senere årene med mer skånsom kirurgi, mer dagkirurgi generelt, og med påfølgende kortere liggetider.

Den ombyggingen av operasjonsområdet som er beskrevet i punkt 6.2.8., vil bidra til ytterligere å forsterke den omleggingen fra «tunge» operasjonsstuer i området H4 til enklere stuer og prosedyrerom i H3 og nybygget (J3) som ble signalisert i utviklingsplanen i 2018. Aktivitetsoversikter viser også at SiV har gjennomført en ganske betydelig overgang til dagkirurgi på de fire årene som er gått fra 2018. Denne utviklingen er det sykehusets ambisjon å fortsette – ikke minst nå som fasilitetene for å drive dagkirurgi vil bli betydelig bedre.

### 6.5.8 Styrke og koordinere tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser

Både innen somatikk og innen psykisk helsevern ønsker SiV å forsterke, og ikke minst samkjøre, *tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser*. Dette er krevende, utsatte og sårbare pasientgrupper, og mange av pasientene har et svært stort antall kontakter/møter med spesialisthelsetjenesten. Ofte er disse kontaktene lite koordinerte og svakt samkjørte. For å kunne gi pasientene og deres familier et godt og tilpasset tilbud, er det helt avgjørende at personalet har god og riktig kompetanse. Blant annet er det viktig å utvikle kompetanse for å ivareta familieperspektivet i pasientbehandlingen. For å sikre gode, koordinerte og sammenhengende tilbud, er det også nødvendig å få til et betydelig bedre samarbeid på tvers av det tradisjonelle skillet mellom somatikk og psykisk helse. I det tidligere omtalte OU-programmet er samarbeidet mellom den nye Barne- og ungdomsavdelingen og BUPA om et døgntilbud til barn og unge med spiseforstyrrelser satt på dagsorden. Det vil være naturlig å se SiVs videre satsing på dette området også som et ledd i å utvikle samarbeidet med ST HF. Også forholdet til OUS vedrørende tilbudet om døgnbehandling bør gjennomgås.

Men spiseforstyrrelser dreier seg ikke bare om anoreksi, bulemi med mer. Spiseforstyrrelser dreier seg også om pasienter som lider av sykkelig overvekt. Når sykehuset nå ønsker å sette spiseforstyrrelser ytterligere på dagsorden, og ta et mer helhetlig og klinikkovergripende grep om tematikken, vil det være naturlig at også problemstillinger knyttet til sykkelig overvekt blir en del av satsingen. Det gjelder både barn/unge og voksne. Også i forhold til denne delen av målgruppen blir det viktig å utnytte de synergier som kan ligge i et tettere samarbeid mellom somatikken og psykisk helsevern.

Hvis dette arbeidet skal være bærekraftig over tid, er det også helt avgjørende at SiV utvikler gode og funksjonelle samarbeidsformer med kommuner, fastleger og andre aktører om disse pasientgruppene, og at det blir en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.



### 6.5.9 Forsterke innsatsen overfor barn og unge med psykiske helseproblemer

Som nevnt i punkt 6.4.5., hadde den utviklingsplanen som SiV vedtok i 2018, et sterkt fokus på barn og unges helse, og særlig på den psykiske helsen. Betydning av tidlig intervensjon ble spesielt framhevet.

Det er gjort mye godt arbeid for å følge opp dette – både ut mot kommunene og primærhelsetjenesten – og i egn regi. Når det gjelder arbeidet ut mot kommunene, vises det særlig til kapittel 8 og prosjekt Ung Arena+. Dette prosjektet er inne i en god utvikling, og det er viktig å støtte forpliktende opp under det også i tiden framover.

Selv om det er igangsatt mye godt arbeid på dette viktige området allerede, er det viktig å framheve det som et av de aller viktigste grepene for SiV å prioritere i årene framover. Det er store helse- og velferdsgevinster å hente dersom vi lykkes.

Det er mange gode grunner til fortsatt å ha et sterkt fokus på barn og unge som enten har utviklet, eller står i fare for å utvikle, psykiske helseproblemer (angst, depressive tilstander, rus- og avhengighetsproblematikk, men også ulike typer somatiske helseplager, inkludert seksualhelse):

- De fleste psykiske sykdommer utvikler seg i perioden fram mot 25 år. Dette er en kritisk periode for menneskets utvikling – både intellektuelt og sosialt
- 75 % av voksne med psykiske sykdommer har opplevd en oppstart av symptomene før fylte 25 år
- Det er godt dokumentert at opptil 50 % av rusproblemer i voksen alder kommer i etterkant av psykiske vansker i ungdomsalder
- Psykiske symptomer fører ofte til sosial isolasjon, med den konsekvens at personens individuelle potensial ikke blir realisert
- Mange av de som er i denne målgruppen, sliter både med å gjennomføre videregående skole og deretter komme inn i arbeidslivet. Både de personlige og de samfunnsmessige konsekvensene av dette er omfattende
- Aktuell forskning viser god evidens for tidlige intervensjonsprogrammer for unge mennesker. Med de riktige tilbudene og tidlig støtte kan framtidige helseproblemer reduseres betydelig.

### **Betydningen av gode samarbeidsstrukturer**

Alle disse poengene viser viktigheten av tidlig intervensjon, og ikke minst at spesialisthelsetjenesten evner å jobbe godt sammen med andre aktører – både i og utenfor helsetjenesten. Det er i ferd med å komme på plass enda bedre samarbeidsstrukturer mellom KPA og kommunene i Vestfold – ikke minst når det gjelder felles diskusjon av henvisninger og hvordan ordningen med vurderingssamtaler skal praktiseres. BUPA har også gjort endringer i behandlingstilbudet; blant annet i form av økt bruk av strukturert poliklinisk dagtilbud (SPA). En videre utvikling av dette vil fortsatt ha høy prioritet.

Det er godt dokumentert at dersom man lykkes med å få til gode og tidlige samarbeidsstrukturer, vil potensialet for pasientene kunne være betydelig – både helse- og velferdsmessig og samfunnsøkonomisk.

Ikke minst som følge av pandemien, er det mye som tyder på at symptomtrykket når det gjelder psykiske helseplager har økt innen målgruppen barn og unge. Dette er det viktig å angripe på en målrettet og strukturert måte. Samtidig er det nokså åpenbart at disse utfordringene ikke kan «løses» av spesialisthelsetjenesten, eller for den saks skyld av helsetjenesten, alene. Også andre aktører må på banen. Derfor er det så viktig at samhandlingsfeltet også omfatter og inkluderer andre aktører enn de som tradisjonelt tilhører helsetjenesten.

## 6.6 Organisatoriske grep som vil bli prioritert i arbeidet med å følge opp utviklingsplanen

Mens de grepene som er beskrevet i punkt 6.5. altså har hatt et hovedfokus på ulike pasientgrupper, vil de grepene som beskrives i dette punktet være av mer organisatorisk og arbeidsprosessuell karakter. De må likevel ses i sammenheng når sykehuset skal følge dem opp i tiden framover.

### 6.6.1 Utvikle en mer helhetlig og bedre koordinert helsetjeneste

Et bærende prinsipp i SiVs forrige utviklingsplan var at *pasientene skulle møtes med en mer helhetlig og koordinert tilnærming*, hvor flest mulig sider ved pasientenes situasjon og utfordringer blir forsøkt sett i sammenheng, og hvor tjenestene oppleves som koordinerte og samkjørte sett fra pasientenes side. Denne ambisjonen er fulgt opp blant annet gjennom tre organisatoriske nyskapinger det siste året: For det første har sykehuset etablert et nytt senter for kreft og blodsykdommer. Her vil en større del av ansvaret for kreftpasienter bli samlet i et nytt senter – med nye lokaler, og samling av døgn-, dag- og polikliniske tilbud på samme flate.

For det andre er det, som nevnt, utviklet et nytt akuttsenter, hvor langt flere pasienter skal endelig avklares uten å bli innlagt i ordinær sengeposter, og hvor en ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin (AMM) vil sikre at allsidig legekompentanse møter pasienten tidlig i forløpet.

I regi av det omtalte OU-programmet er det også etablert en ny barne- og ungdomsavdeling, hvor et av siktemålene er å gi pasienter i denne aldersgruppen et helhetlig og koordinert tilbud.

Sykehuset har i tillegg til disse sentrene og avdelingene som allerede er etablert, besluttet å etablere et senter for kliniske støttetjenester. Dette senteret vil være en viktig samarbeidspartner for mange pasientforløp. I tiden framover vil det være en prioritert oppgave å få disse nye organisatoriske enhetene til å fungere etter intensjonen. Disse satsingene vil bli fulgt tett opp blant annet gjennom systematiske evalueringer.

Det er også viktig å understreke at en mer helhetlig og koordinert helsetjeneste ikke bare oppnås gjennom organisatoriske nyetableringer. Også innsatsen mot skrøpelige, multisyke eldre, pasienter med diffuse/uspesifikke plager og smerter, og en forsterket innsats mot barn og ungdom med spiseforstyrrelser, er basert på ønsket om mer helhetlige, integrerte og samordnede tjenester.

For enkelte av disse pasientgruppene er det også i ferd med å komme på plass arbeidsformer – for eksempel primærhelseteam og pasientsentrerte helsetjenestetteam (PSHT) – hvor primær- og spesialisthelsetjenesten arbeider tett og integrert sammen rundt pasienten. Disse arbeidsformene blir det viktig å trekke ut systematiske erfaringer fra, slik at også andre pasientgrupper kan dra nytte av dem.

Utvikling av mer helhetlige og integrerte tjenester til mange pasientgrupper vil også i mange sammenhenger avhenge av et tett samarbeid mellom somatikk og psykisk helsevern. Det gjelder for eksempel i behandlingen av ulike smertetilstander, overvektsbehandling, kreftbehandling, ved barne- og ungdomsavdelingen. Og – som nevnt ovenfor – barn og unge med spiseforstyrrelser. Det ligger antakelig også et ikke ubetydelig potensiale i en mer systematisk kartlegging av rusavhengighet ved somatiske innleggelser.

### 6.6.2 Kople alt bildeproduserende MTU til sykehusets VNA

SiV er i startgropen når det gjelder arbeidet med å *kople alt bildeproduserende MTU fra avdelinger/seksjoner utenfor radiologisk avdeling inn i sykehusets felles VNA*. Sectras visningsprogram som er installert overalt ved SiV i dag, kan vise de fleste bildene og videoene som lagres i VNA`et. Et felles VNA vil innebære at det etableres en plattform for informasjonsdeling som både vil lette samhandlingen og øke pasientsikkerheten. Dette gjør det enkelt for fagfolkene på tvers av spesialiteter å få rask oversikt over pasientenes bildehistorikk, og er svært velegnet for tverrfaglige møter og i daglig samarbeid. VNA kan også ha et betydelig potensiale for å kople sammen spesialiteter på tvers av foretak og lokasjoner. Hvis sykehuset får dette på plass, vil det være en viktig bidrag til å bedre pasientbehandlingen, øke pasientsikkerheten, og sikre en mer effektiv drift. Det vil også gi tryggere oppbevaring av sensitiv pasientinformasjon, og legger godt til rette for opplæring; ikke minst gjelder det LIS-opplæringen.

### 6.6.3 Styrke det forebyggende arbeidet

I føringene både til den forrige utviklingsplanen og til denne, er helseforetakene bedt om å bidra i det felles ansvaret som primær- og spesialisthelsetjenesten har når det gjelder å *fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade*.

Alle klinikkene ved SiV har i sine innspill til utviklingsplanen respondert positivt på denne utfordringen. Det varierer selvsagt fra klinikk til klinikk hvilke aktiviteter og bidrag klinikkene kan stille opp med, men det er i sum en rekke tiltak som både gjennomføres i dag, og som kan forsterkes ytterligere. Noen eksempler:

- Direkte kompetanseoverføring (for eksempel fallforebyggende tiltak blant eldre)
- Forebyggende behandling (utrede og initiere osteoporosebehandling)
- Etablere ambulante poliklinikker (for eksempel sårpoliklinikk)
- Registrering av skader og ulykker/identifisere risikoområder (Akuttsenteret foretar slike registreringer i dag, og bidrar på den måten til å kartlegge hvor risikoen for skader og ulykker er størst, og hvor forbedringstiltak derfor bør iverksettes)
- Poliklinikker med et forebyggende perspektiv (Anemone poliklinikker for å forebygge fødselsangst/forebygge fødselsdepresjon)
- Bidra i arbeidet med å unngå pasientskader og bivirkninger av behandling (for eksempel ved bruk av klinisk farmasøyt for å sikre riktig legemiddelbruk)
- Utvikle tilbud med sikte på tidlig oppdagelse av faresignaler (for eksempel tidlig oppdagelse og behandling av psykoser)
- Direkte «folkeopplysning» (for eksempel drives det ekstern informasjon om FAST symptomer ved hjerneslag og betydningen av raskt å komme til sykehus ved slike symptomer)
- Tiltak for å forebygge og redusere sykefravær (KFMR samarbeider med NAV om tiltak på bedrifter for å forebygge sykefravær)

Det er liten tvil om at det har skjedd ganske mye positivt på det forebyggende området de fire siste årene, men fortsatt er det et potensiale både for å styrke, og ikke minst systematisere, arbeidet ytterligere.

Det vil være naturlig at dette blir en del av den videre diskusjonen i helsefellesskapet.

#### 6.6.4 Systematisere arbeidet med å utvikle arenafleksible tilbud

Også behovet for *mer ambulant virksomhet og arenafleksibilitet* generelt, er en utfordring som klinikkene i stor grad har felles. Inkludert i begrepet arenafleksibilitet ligger også ulike tilnærminger for i større grad å skape pasientens helsetjeneste – i den forstand at det er pasienten selv som får avgjøre når og hvordan behandlingen og oppfølgingen skal skje. Selv om det absolutt har skjedd en positiv utvikling på disse områdene i årene fra 2018 og fram til nå, er det fortsatt mye ugjørt, innsatsen er for spredt og ukoordinert, og utrullingstakten er for langsom. Utviklingen i de tidlige fasene av koronapandemien viste at det er et betydelig større potensiale for videokonferanser, fjernkonsultasjoner og annen form for arenafleksibilitet enn vi har greid å realisere så langt. Det er derfor viktig å opprettholde «trykket» og ambisjonene på dette området.

SiV vil derfor videreutvikle evnen til å koordinere aktiviteter og øke endringstakten slik at aktiviteter sammenstilles raskt til helhetlige helsetjenester med høy nytteverdi for den enkelte pasient. Arenafleksibilitet i betydningen av at pasientene får mulighet til å velge oppfølging i hjemmet eller der det er mest hensiktsmessig for pasienten, vil bli videreutviklet i SiV fra dagens nivå. Men arenafleksibilitet inkluderer også mer enn virtuelle og fysiske møteplasser, siden funksjonelle behov og krav vil henge sammen med en rekke organisatoriske og innholdsmessige faktorer.

Grunnlaget for slik fleksibilitet ligger i effektiv informasjonsdeling og bedre samhandling på tvers av organisatoriske enheter og funksjoner. Effektiv utveksling av digital informasjon og beslutningsstøtte som grunnlag for helhetlige beslutninger, bidrar til at SiV kan tilby pasienter valgfrihet på en rekke områder som tidligere var umulig på grunn av rigide begrensninger. Med digitale møteplasser og effektiv deling av digital informasjon, blir det viktig at pasientene så raskt som mulig knytter kontakt med SiV's digitale hovedinngangsdør, slik at den dynamiske tjenestetilpasningen kan starte så tidlig som mulig for å gi gode pasientopplevelser og forebygge at behovet blir akutt.

Som mer utførlig beskrevet i kapittel 4, utfordrer arenauavhengige leveranse av helsetjenester roller både som pasient og som tjeneste. Som nevnt i det kapitlet, vil pasientene i spesialisthelsetjenesten ha muligheten til å utforme egne helsetjenester i større grad. Samtidig er det viktig å legge til grunn at det er ulik digital modenhet og helsekompetanse i befolkningen.

Det er også en viktig del av dette perspektivet at banebrytende ny teknologi – i hvert fall på noen områder – kan gjøre det mindre aktuelt for spesialisthelsetjenesten å reise ut fysisk til pasienter og samarbeidspartnere (den «egentlige/tradisjonelle» ambulante virksomheten). Men hva som er en hensiktsmessig form for arenafleksibilitet, må utvikles og besluttes konkret – i forhold til hva som er oppdraget og behovet i hvert enkelt tilfelle.

Uansett er det et helt åpenbart behov for å øke endrings- og utrullingstakten, og ikke minst koordinere innsatsen og aktiviteten, på dette området.

#### 6.6.5 Utvikle den polikliniske virksomheten ved SiV

Som det framgår av punkt 6.2.5., ble det i regi av OU-programmet også gjennomført endringer i den polikliniske virksomheten ved SiV. Det gjaldt både lokalisering, dimensjonering og utvikling av en del prinsipper for driften av poliklinikkene ved sykehuset.

Administrerende direktør er likevel av den oppfatning at det er et betydelig potensiale for å «ta sykehuset til et høyere nivå» innen dette store og viktige området enn vi har greid til nå. Dette er noen viktige drivere som illustrerer behovet for utvikling og endring:

- Det skjer en rivende teknologisk utvikling på dette området



- Nye brukerroller og nye forventninger fra brukerne utfordrer sykehuset kraftig i måten vi leverer tjenestene på, og ikke minst når det gjelder pasientenes egen rolle i oppfølging og håndtering av egen sykdom og eget forløp
- Pasientenes mulighet for selvmonitorering er bare i liten grad utnyttet
- Trangere økonomiske rammer gjør at behovet for å prioritere blir stadig viktigere. Det gjelder også hvilke polikliniske konsultasjoner som skal ha høyest prioritet.
- Vi er langt fra sikre på at vi har den riktige fordelingen mellom førstegangskonsultasjoner og konsultasjoner for oppfølging og kontroll.
- Det er antakelig et stort potensiale for mer effektiv logistikk og bedre flyt.
- Det skjer mye spennende på dette viktige området – både nasjonalt og internasjonalt. Det er viktig å trekke veksler på disse erfaringene på en planmessig, strukturert og helhetlig måte, og med en åpen holdning til «å lære av andre».

Administrerende direktør er derfor i gang med å rigge et større arbeid for å utvikle den polikliniske virksomheten ved SiV videre. Der er ambisjonen å starte med å utvikle ambisiøse, motiverende og helhetlige mål bilder, og deretter mobilisere organisasjonen i et målrettet arbeid med å realisere disse. En skisse til en slik «rigging» vil bli lagt fram tidlig på høsten 2022.

#### 6.6.6 Redusere uønsket variasjon

Både klinikkene enkeltvis og sykehuset som helhet arbeider systematisk med å redusere uønsket variasjon. Måten dette gjøres på, og hva som er fokus for arbeidet, vil naturligvis variere en del fra klinikk til klinikk, og også mellom de ulike fagområdene i den enkelte klinikk.

Noen gjennomgående innsatsområder kan likevel trekkes fram:

- I det OU-programmet som er beskrevet i punkt 6.2., ble det på viktige områder utviklet felles driftsprinsipper for enheter av nokså identisk karakter. For eksempel er det vedtatt viktige felles prinsipper for både sengeposter og poliklinikker. Hensikten med disse prinsippene er sikre god flyt, effektiv drift, og ikke minst økt pasientsikkerhet og kvalitet.
- SiV har gode erfaringer med å bruke pasient- og pakkeforløpsarbeidet til å redusere uønsket variasjon og sikre implementering av god og vel dokumentert praksis. Alle forløpene blir fulgt opp med systematiske forløpsgjennomganger der resultatene blir gjennomgått og vurdert.
- De ulike fagområdene ved SiV bruker Helseatlas og andre publikasjoner som gjør det mulig å benchmarke seg mot tilsvarende fagområder ved andre helseforetak. Disse sammenlikningene brukes både til å vurdere omfanget av inngrep/behandlinger, men også nivået behandlingen foregår på (døgn/dag/poliklinikk), eller konservative tilbud versus operative inngrep.
- Flere klinikker har tatt utgangspunkt i Legeforeningens kampanje «Kloke valg» - blant annet for å redusere unødvendige utredninger/prøvetakinger.
- I tillegg brukes naturligvis resultatene fra nasjonale, regionale og lokale kvalitetsregistre til å vurdere kvaliteten på egen praksis.

SiV opplever således å ha et ganske systematisk fokus på, og en variert tilnærming til, arbeidet med å redusere omfanget av uønsket variasjon. Men også i årene framover må dette arbeidet både forsterkes og ytterligere systematiseres. Samtidig er det naturligvis viktig *ikke å strekke standardiseringsstrikken for langt*. Moderne, persontilpasset medisin innebærer også at utredning og behandling skal tilpasses den enkelte pasients situasjon, og at den derfor i noen grad også må skreddersys.



## KAPITTEL 7 – Perspektiv 2: Utvikling gjennom samarbeid og konkurranse i spesialisthelsetjenesten

Sett fra SiVs perspektiv er det tre hovedtyper av aktører – og dermed også tre typer relasjoner - internt i spesialisthelsetjenesten som sykehuset må forholde seg til og utvikle en strategi overfor:

- For det første dreier det seg om forholdet til helseforetak på "nivå" med SiV. Med det menes i hovedsak andre såkalt allsidige akuttsykehus, og de mest aktuelle for SiV er Sykehuset Telemark (ST) og Vestre Viken (VV).
- For det andre er det relasjonen mellom SiV og universitetssykehusene i Oslo. Det vil si OUS og Ahus.
- For det tredje dreier det seg om SiVs forhold til ulike typer private leverandører av helsetjenester.

### 7.1. Pasientstrømmer

Vel 82 % av alle kontakter Vestfoldbefolkningen har med den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten, skjer ved SiV (75 % av DRG-poengene). Vestfoldbefolkningens nest største leverandør av somatiske spesialisthelsetjenester er Oslo universitetssykehus (OUS) med 9,5 % av alle kontakter (16,5 % av DRG-poengene). Deretter følger Vestre Viken (4,1 % av alle kontakter), Sykehuset Telemark (3,1 % av alle kontakter), Betanien hospital Skien (1,1 % av alle kontakter). Private sykehus leverer 0,6 % av alle somatiske spesialisthelsetjenestekontakter for Vestfoldbefolkningen.

Også for PHV og TSB er SiV største tjenesteleverandør til Vestfoldbefolkningen. Snaue 95 % av alle Barne- og ungdomspsykiatriske kontakter er ved SiV, 3 % ved Vestre Viken, og drøye 1 % er ved OUS. For voksne er tilsvarende tall snaue 93 % ved SiV, 3,5 % ved Vestre Viken og drøye 1 % ved OUS. Også for TSB er aktiviteten i all hovedsak ved SiV (96 %). Vestre Viken har drøye 1 %, og Blå kors samt Tyrillstiftelsen følger deretter med snaue 1 % hver.

I tillegg til denne institusjonsbaserte aktiviteten beskrevet ovenfor, har landets befolkning en omfattende bruk av avtalespesialister. Det er også tilfellet for Vestfold. Om lag en fjerdedel av alle polikliniske kontakter Vestfoldbefolkningen har i løpet av et år, blir utført hos avtalespesialister

(samme som for landsgjennomsnittet). Vi kommer i punkt 7.4. litt nærmere tilbake til hvordan denne aktiviteten fordeler seg mellom SiV og avtalespesialistene innenfor ulike fagområder/spesialiteter.

I SiVs utviklingsplan 2018 – 2035 er det formulert to målbilder for Perspektiv 2. Under hvert mål bilde er det beskrevet en del kjennetegn på hva som karakteriserer sykehusets praksis når målbildene er realisert. Målbildene er formulert slik:

- 1 SiV samarbeider forpliktende med andre helseforetak og viktige regionale fagmiljøer
- 2 SiV har en avklart strategi i forhold til konkurranse og samarbeid i spesialisthelsetjenesten

## 7.2 Forholdet til andre allsidige akuttsykehus

Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark ble definert av HSØ som ett sykehusområde for mer enn et decennium siden. Intensjonen var bl.a. at hvert sykehusområde skulle arbeide for å bidra til at det ikke skulle være ytterlige sentralisering enn det som var faglig vel begrunnet, og at HF-ene i et sykehusområde skulle styrke samarbeid og funksjonsfordeling på områder der det var formålstjenelig. Ambisjonene for sykehusområdene er kraftig nedtonet de senere år, og det er mye som tilsier at definerte sykehusområder som tilnærmet «selvforsynt» er for lite dynamisk og innovativt, og dermed for konserverende. Ulike samarbeidsformer, digitalisering, nettverk og strategisk oppgavedeling/-løsninger blir stadig viktigere. I oppdrags- og bestillingsdokumentet (OBD) for 2017 ble det forutsatt at de to helseforetakene skulle inngå forpliktende samarbeid, og utvikle felles planer for fagområder hvor det var rekrutteringsutfordringer, eller hvor lavt pasientvolum ga utfordringer for kvalitet og opprettholdelse av robuste fagmiljøer.

Styrene i Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark har begge ønsket et tettere samarbeid mellom HF-ene. Det har vært ett felles styreseminar i 2021, et par møter mellom styrelederne og AD-ene, og styrene har i utviklingsplansammenheng hatt egne saker om samarbeid mellom de to HF-ene.

Styret i SiV har behandlet samarbeidsregier og -temaer i tre saker i 2021.

I det første styremøtet ble det konkludert med at utviklingsplanarbeidet var en riktig arena for å identifisere områder hvor SiV og ST bør vurdere nærmere samarbeid og eventuell oppgavedeling. Styret vedtok også:

*«For å sikre gode, bærekraftige helsetjenester til befolkningen i Vestfold og Telemark bør planarbeidet inneholde vurderinger om hvilke måter samarbeid mellom SiV HF og STHF kan bidra til bedre løsninger for pasientene og mer effektiv drift enn hva helseforetakene kan utvikle alene. Utviklingsplanarbeidet bør inkludere et utvidet samarbeid mellom SiVHF og STHF, hvor det utredes mulige samarbeidsløsninger innenfor minimum to tjenesteområder.»*

I det andre styremøtet ble det vektlagt at samarbeidet med Sykehuset Telemark om utvikling av potensielle samarbeidsområder må skje gjennom metodisk utredningsarbeid med bred involvering i planperioden 2022 – 2025, og at arbeidet forankres i begge styrene gjennom vedtak av en «prosjektplan». I dette styremøtet ble potensielle samarbeidsområder og arbeidsprosesser i henhold til Utredningsforskriften vektlagt.

Ved større omstillinger i det offentlige, skal Utredningsforskriften av 19/2-18 (fastsatt ved kgj resolusjon) legges til grunn. I utredningsforskriften legges anerkjente prinsipper for plan- og utredninger til grunn som basis for gode beslutninger:

- Utrede og vurdere virkningene av aktuelle tiltak
- Involvere de som er berørt av tiltaket tidlig i utredningsprosessen
- Samordne berørte myndigheter
- Besvare følgende spørsmål:
  - Hva er problemet og hva vil vi oppnå?
  - Hvilke tiltak er relevante?
  - Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
  - Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?
  - Hvilke(t) tiltak anbefales?
  - Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring? Utredningen skal omfatte alle berørte

Utgangspunkt for det videre samarbeidet viser at begrunnelsene og tilnærmingene er ulike mellom de to foretakene:

- ST: Samarbeid og sammenslåing for å redusere kostnader og gjerne øke leveransedyktighet
- SiV : Samarbeid og sammenslåing for å øke leveransedyktighet og gjerne redusere kostnader

I det tredje styremøtet (22.12.21) vedtok SiV-styret:

- 1 *Styret prioriterer disse områdene for videre samarbeid med Sykehuset Telemark:*
  - a) *Stråleterapi*
  - b) *Sikkerhetspsykiatri*
  - c) *Fysikalsk medisin og rehabilitering*
  - d) *Karkirurgiske pasientgrupper*
- 2 *Styret ber administrerende direktør ta kontakt med Sykehuset Telemark for å starte arbeidet med å stemme av forslagene, som så legges fram for styringsutvalget for dette arbeidet, etter oppnevning av nye eieroppnevnte styremedlemmer fra februar 2022.*
- 3 *Administrerende direktør stemmer av satsingsområder med adm. direktør i ST*

Det vil således bli satt i gang et videre utredningsarbeid når begge styrene har fattet sine vedtak, og regien for det videre arbeidet er lagt.

Når det gjelder punktet om karkirurgi ovenfor, har SiV, som det framgår av punkt 6.5.6., områdefunksjon for Vestfold og Telemark. Det er viktig at begge foretakene bidrar til at dette tilbudet blir benyttet aktivt. Dette er viktig både for å styrke fagligheten, men ikke minst for å gi et likeverdig tilbud til pasientene i begge fylker.

Selv om SiV og ST er del av samme sykehusområde, og det nå vil bli satt i gang et samarbeid på nærmere definerte områder, er det viktig å understreke at *SiV også samarbeider med andre allsidige akuttsykehus – når det gir det beste tilbudet til pasientene*. Det gjelder særlig Vestre Viken. Som det framgår av punkt 7.1., utføres for eksempel mer enn 4 % av alle somatiske spesialisthelstjenestekonsultasjoner på Vestfoldbefolkningen ved Vestre Viken. Det er en en større andel enn ved ST. SiV har også inngått en viktig avtale med Vestre Viken innen mammakirurgi.

I punktene nedenfor reises noen problemstillinger knyttet til forholdet mellom SiV og andre allsidige akuttsykehus, som vil kunne få økt aktualitet i årene framover, og som SiV må ha en aktiv holdning til:

- Det vil kunne bli en mer målrettet diskusjon om oppgaver/funksjoner/ spesialiteter som det over tid vil kunne være vanskelig å opprettholde på alle helseforetakene. Spørsmålet blir da hvilke prinsipper og prosesser som bør etableres for å sikre en utvikling som styrker alle helseforetakene, og gir et best mulig behandlingstilbud til pasientene. Noe av utviklingen på dette området vil antakelig skje gjennom en innbyrdes dialog mellom helseforetakene; andre deler vil kunne initieres av HSØ. Uansett er det viktig at det er gode, transparente og forutsigbare prosesser rundt denne typen oppgave- og funksjonsfordeling, og at SiV har en strategi på foretaksnivå som gir en felles retning for hvordan sykehuset skal «forholde» seg i slike prosesser.
- Et annet viktig område dreier seg om å lage gode og helhetlige pasientforløp der hvor deler av et forløp foregår på det ene helseforetaket og andre deler på et annet helseforetak. Da er det viktig å enes om protokoller som gjør at forløpet gjennomføres etter "beste praksis", og slik man har blitt enige om. Ett eksempel på dette er det samarbeidet ST og SiV er i ferd med å etablere rundt stråleterapi i Skien. Dette tilbudet skal også være for Vestfoldpasienter. Her vil den øvrige delen av utredning og behandling foregå ved SiV, og da er det viktig i størst mulig grad å enes om felles tilnærminger, felles prosedyrer og felles protokoller.
- En tredje mulig problemstilling dreier seg om utdanningsløp – kanskje særlig for Leger I Spesialisering (LIS)
- Et fjerde område kan være samarbeid om vaktordninger, enten hele eller deler av året (for eksempel i forbindelse med ferieavvikling)
- I tillegg til disse mer driftsmessige samarbeidsområdene, bør det også ligge et potensiale i å samarbeide om:
  - Forskning og innovasjon
  - Kvalitet og pasientsikkerhet
  - Pasientforløp – også utover de pasientforløpene hvor det er konkret samarbeid/arbeidsdeling mellom foretakene
  - Analyser for å sammenlikne ulike områder
- Det er selvsagt også områder hvor det kan være konkurranse mellom foretakene. Det gjelder særlig:
  - Om oppgave- og funksjonsfordeling
  - Om pasienter (fritt sykehusvalg)
  - Om fagfolk/kompetanse

Til grunn for en slik strategi ligger en antakelse om at også de allsidige akuttisyrkehusene vil måtte foreta noen valg om hva de ønsker/har forutsetninger for å bli særlig gode på, og at det igjen vil bidra til tettere samarbeid med andre tilsvarende sykehus – som vil utvikle sine sterke sider.

### 7.3 Forholdet til universitetssykehusene

En god del av det som er skrevet tidligere, vil også kunne være aktuelt for samarbeidet mellom SiV og universitetssykehusene. Disse problemstillingene kan spisses ytterligere på følgende måte:

- Det er grunn til å være årvåken i forhold til hvordan oppgave- og funksjonsfordelingen vil utvikle seg mellom SiV/de allsidige akuttsykehusene og universitetssykehusene:
  - Vil flere oppgaver bli sentralisert, enten helt eller delvis?
  - Vil det skje en utvikling hvor den første delen av behandlingen vil skje på universitetssykehusene, men hvor pasientene vil bli overført raskere til de lokale sykehusen for oppfølging?
  - Vil det skje en utvikling hvor mer krevende oppgaver kan håndteres av de lokale sykehusene – mot at det etableres faste ordninger (en form for «bakvakt»), der legene på universitetssykehusene kan konsulteres i krevende behandlingssituasjoner?
  - Mest sannsynlig vil det kunne finne sted bevegelser i all de tre retningene som er beskrevet i kulepunktene ovenfor.
  
- Det bør være et potensiale for å styrke samarbeidet om forskning og innovasjon mellom SiV og universitetssykehusene; ikke minst om multisenterstudier.
  
- En viktig forutsetning for å få til kontinuerlig utvikling og forbedring er at sykehusene raskere evner å ta i bruk ny kunnskap. I dag tar det ofte relativt lang tid fra ny kunnskap er utviklet og dokumentert til den blir tatt i systematisk bruk. Spørsmålet er om universitetssykehusene kan ha en sterkere, og kanskje også mer formalisert, rolle med tanke på å sikre at hele helseregionen raskere tar i bruk kunnskap når den er dokumentert.
  
- En siste problemstilling hvor det kan ligge et potensiale for forbedring, knytter seg til utdanningsforløpet for LIS leger. I dag foregår utdanningsforløpet dels på SiV/de allsidige akuttsykehusene og dels på universitetssykehusene. Etter hvert som kompetansemålene i utdanningsløpene blir tydeligere, mer presise og operasjonelle, vil det også øke muligheten for at større deler av utdanningsløpet kan skje på SiV og de andre allsidige akuttsykehusene.

### 7.4 Forholdet til private aktører

Flere ulike typer private aktører leverer spesialisthelsetjenester til befolkningen i Vestfold. De fleste av disse har én eller annen form for avtale med det offentlige, som regel enten med HSØ eller med Helfo. Noen har ikke avtale, men finansieres likevel over de offentlige helsebudsjettene.

Det er ikke hensikten med dette punktet å ha synspunkter på forholdet mellom spesialisthelsetjenester gitt i regi av de statlige helseforetakene og tjenester ytt i regi av private leverandører. Hensikten er å ha et bevisst forhold til de private aktørene, hvilke premisser de arbeider under, og ikke minst hvordan bruken av dem påvirker SiVs situasjon og rammebetingelser.

I hovedsak er det snakk om følgende typer private leverandører/følgende typer avtaler:

- Private avtalespesialister
- Virksomheter som har avtale med HSØ etter forutgående anbudprosesser
- Virksomheter som er godkjent etter ordningen med fritt behandlingsvalg

- Virksomheter som er godkjent av Helfo og knyttet opp mot diagnoser/lidelser hvor det ofte er fristbrudd ved helseforetakene.
- I tillegg er det en del private spesialister innen fag som fysioterapi, manuell terapi, kiropraktorer mv.

Før vi går nærmere inn på noen problemstillinger knyttet til disse aktørene, kan det være av interesse å vise en oversikt over bruken av private avtalespesialister og omfanget av dette. *En slik oversikt over fordelingen av konsultasjoner mellom SiV og private avtalespesialister framgår av framgår av tabell 7.1. nedenfor.*

Konsultasjoner 2021			
	SiV	Avtalespesialist	Sum
PHV & TSB	148 836	27 120	175 956
ØYE	23 320	29 613	52 933
ØRE-NESE-HALS	21 192	23 219	44 411
ORTOPEDI	20 731	58	20 789
GYNEKOLOGI	15 618	19 945	35 563
HJERTE	14 379	4 478	18 857
SYKELIG OVERVEKT	13 613		13 613
GASTRO MEDISIN	11 564	744	12 308
NEVRO	10 034	492	10 526
UROLOGI	9 606	5 451	15 057
PEDIATRI	9 527	389	9 916
<b>AKUTT KIR</b>	<b>9 271</b>		<b>9 271</b>
ENDOKRINOLOGI	8 772	174	8 946
GASTRO KIRURGI	7 011		7 011
REHABILITERING 1	6 846		6 846
FYSIO OG REHAB AVD	6 643		6 643
ONKOLOGI	6 364		6 364
HEMATOLOGI	6 199		6 199
NYRE	5 510	7	5 517
LUNGE	5 364	2 880	8 244
SMERTEBEHANDLING	5 100	496	5 596
FYS MED	4 828	7	4 835
KAR KIRURGI	4 242		4 242
ONKOLOGI	3 378		3 378
RTS	3 149		3 149
FØDE - BARSEL	3 018		3 018
HABILITERING	2 686		2 686
INFEKSJON	2 297		2 297
SYKELIG OVERVEKT - BARN-UNG	1 606		1 606
MAMMAE	1 604		1 604
ERNÆRING	1 326		1 326
GERIATRI	990		990
<b>AKUTT MED</b>	<b>861</b>		<b>861</b>
REHAB NEVRO	624		624
REHAB KREFT-ORTO	449		449
NYFØDTINTENSIV	424		424
ANESTESIOLOGI	215		215
GENERELL INDREMEDISIN	0	4 547	4 547
GENERELL KIRURGI	0	721	721
HUD	0	15 616	15 616
REVMA	0	3 126	3 126
PLASTIKKIRURGI	0	2	2
MANGLENDE INFO	0	36	36

Sum	397 197	139 121	536 318
-----	---------	---------	---------

**Tabell 7.1. Konsultasjoner utført i regi av henholdsvis SiV og private avtalespesialister.**

Som det framgår av tabellen, er variasjonen mellom fagområdene/spesialitetene stor. Innen noen fagområder har ikke SiV egne tilbud. Alle konsultasjoner som ikke foretas ved andre helseforetak, gjøres da i regi av private avtalespesialister. Et eksempel på et slikt fagområde er hud/dermatologi. Øye, ØNH, gynekologi, urologi og lunge er eksempler på fagområder hvor det private innslaget er betydelig.

Det er HSØ som inngår juridisk bindende avtale med de private avtalespesialistene, og som dermed kan legge føringer for deres virksomhet. SiV inngår lokale samarbeidsavtaler, men disse er basert på frivillig enighet mellom SiV og avtalespesialistene. Det pågår løpende diskusjoner om hvordan det offentlige best kan sikre at arbeidet til de private avtalespesialistene kan rettes inn på en slik måte at de i størst mulige grad dekker prioriterte behov, og er i samsvar med nasjonale føringer og prioriteringer. Et område hvor dette nå særlig settes på dagsorden, er innenfor psykisk helsevern og avhengighetsbehandling.

Hvilke problemstillinger/utfordringer kan så private leverandører av spesialisthelsetjenester stille SiV overfor i årene framover?

Det er viktig å presisere at hovedutfordringen ikke primært er av økonomisk art. Det rammetrekket/de fakturaene som SiV får for behandling av/tjenester til Vestfoldpasienter hos de private leverandørene, er av om lag samme størrelsesorden som det ville kostet SiV å produsere tjenestene selv.

Hovedutfordringene ligger på følgende områder:

- *Få til gode og helhetlige pasientforløp.* Privatpraktiserende spesialister – på samme måte som fastleger – avgjør selv (sammen med pasientene, naturligvis) hvor pasientene skal henvises videre. Det kan gi brudd i pasientforløpene hvis deler av forløpet blir gjennomført hos én leverandør og resten på SiV. Denne utfordringen vil med stor sannsynlighet forsterkes i årene framover. Her ligger det en mulighet for SiV til å ta et mer aktivt grep for å sikre felles protokoller, standardisering av forløpene mv også overfor andre aktører.
- *Sikre likeverdige tjenester.* Det pågår en kontinuerlig diskusjon om hva som skal gi rett til helsehjelp betalt av det offentlige, og hva som skal være "indikasjonsstillingen" for ulike typer diagnostikk, behandling og rehabilitering. Av hensyn til likeverdighet i tjenesten, er det naturligvis viktig at de samme faglige kravene gjelder for de private leverandørene som for de offentlige.
- *Unngå fragmentering av organisasjonen.* Internasjonalt foregår det en utvikling hvor deler av de offentlige sykehusene blir kjøpt opp av/outsourcet til store private leverandører. Det gjelder særlig den medisinske diagnostikken (laboratoriefagene, radiologi og patologi). Hvis en slik utvikling også kommer til Norge med økt aktualitet, er det viktig å sikre så godt som mulig at dette ikke «fliser opp» og fragmenterer sykehusene.



- *Beholde nøkkelpersonell.* Det er i dag stor mangel på en del typer nøkkelpersonell ved norske helseforetak. Det er grunn til å forvente at denne utfordrende rekrutteringssituasjonen på viktige områder vil forsterkes i årene framover. Det er åpenbart at tilstedeværelsen av private leverandører vil gjøre dette enda mer utfordrende.



## KAPITTEL 8 – Perspektiv 3: Samarbeid med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold

### 8.1 Organisering av samhandlingsarbeidet

Helsefellesskapet i Vestfold er etablert og vil være styrende for samhandling mellom SiV, kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold framover. Helsefellesskapet består av 3 nivåer. Partnerskapsmøtet er øverste organ i Helsefellesskapet. Her møter styreleder og Administrerende direktør fra SiV. Fra kommunene møter ordførerne og kommunedirektørene rådmennene. Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) er et strategisk organ underlagt partnerskapsmøtet og består av ledelse på fagnivå i SiV og kommunene. Faglige samarbeidsutvalg består av fagpersoner, og skal arbeide på et operativt nivå. Sekretariatsfunksjonen er vesentlig styrket i Helsefellesskapet og skal bidra til at Helsefellesskapet leverer gode og samordnede tjenester på alle nivå 3 områdene. Fastleger, ansattrepresentanter og brukere er også viktige medlemmer og bidragsyttere i Helsefellesskapet.

Gjennom samarbeidet i Helsefellesskapet vil SiV bidra til å:

- Bremsse/forsinke sykdomsutviklingen i befolkningen.
- Styrke det primær- og sekundærforebyggende arbeidet; også med aktører utenfor helsetjenesten.
- Behandle og følge opp pasienter på arenaer utenfor sykehuset.
- Understøtte kommuner og fastleger i arbeidet med stadig mer komplekse og krevende pasienter.
- Trekke pasienter og pårørende mer aktivt med i arbeidet med mestring og oppfølging av egen sykdom.
- Ta mer kraftfulle grep for å unngå overbehandling/behandlinger som har liten eller ingen dokumentert effekt.

- Styrke felles innsats om forskning og innovasjon.
- Utvikle en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom SiV og primærhelsetjenesten med utgangspunkt i Helsefellesskapet.

## 8.2 Viktige samarbeidsområder

Demografiske framskrivinger tilsier en betydelig økning av demensutvikling i et aldrende Vestfoldsamfunn fremover. Denne utviklingen vil gi store utfordringer til både spesialisthelsetjenesten og kommunal helsetjeneste. Utfordringene med demensutviklingen kan ikke løses av en av partnerne i Helsefellesskapet alene. Tilbudet framover må derfor i enda større grad være preget av sømløse hjem til hjem forløp. I tillegg til å gjennomføre prosjekter som multisyke (mer om dette nedenfor) i regi av Helsefellesskapet, må Helsefellesskapet framover bidra til å utvikle nye metoder som er egnet til å tilnærme seg denne type problemstillinger og slike pasientgrupper. Det blir viktig i enda større grad å kunne etablere sømløse forløp, der administrative skiller ikke oppleves som tungvinte og uoversiktlige for pasientene. For mer om demensutfordringen vises til kapittel 4, punkt 4.2.1.

Teknologisk utvikling skjer i et raskt tempo. Både avstandsoppfølging via digitale medier og fjernmonitorering av pasienter i hjemmet er allerede tatt i bruk og vil bli viktige hjelpemidler for en stadig større andel av pasienter tilknyttet helsefellesskapet. Systemer, både administrative og pasientrettede, som snakker sammen på tvers av kommuner, fastleger og SiV, er nødvendig for å skape en felles helsetjeneste og sikre god kvalitet i alle ledd av tjenesteytingen. Samtidig må tjenesteutviklingen også ta hensyn til at ikke alle pasienter evner å nyttiggjøre seg de nye teknologiske løsningene i like stor grad. Det var i høringsrunden til planen bred tilslutning til å fortsette en slik utvikling med større grad av arenaflexibilitet. Samtidig presiseres det fra flere høringsinstanser at dette forutsetter et tett samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og med pasienter og brukere.

Kompetansedeling på tvers av ulike tjenester er viktig for å unngå uønsket variasjon i helsetilbudet. I Vestfold er Kompetansebroen etablert som en felles kunnskapsbase for SiV, kommuner og fastleger. Pandemi covid-19 har synliggjort behovet for felles prosedyrer både innen smittevern og øvrig behandling. Kompetansebroen i Vestfold har siden oppstart hatt 700 000 oppslag. Kompetansebroen skal videreutvikles med bidrag både fra kommuner, fastleger, SiV og Universitetet i Sør-Øst for å bidra til ytterligere økt kvalitet og pasientsikkerhet for Vestfolds befolkning.

SiV har høy aktivitet, også sett regionalt, innen forskning og innovasjon. Spesielt innen innovasjon er kommunene i Vestfold langt framme med blant annet å ta i bruk ny teknologi. Helsefellesskapet skal fremover stimulere til økt samarbeid mellom SiV og øvrige deler av helsetjenestene for å sikre en robust, nytenkende og helhetlig helsetjeneste for Vestfolds befolkning. Brukermedvirkning er også på dette området svært viktig for å sikre at helsetjenesten leverer tjenester etter brukernes behov, og at forskningen er så pasientnær som mulig.

For å sikre gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen er det vesentlig at helsefellesskapet framover legger til rette for at medarbeidere på alle nivå har god kjennskap til hverandre og tilbudet i de ulike deler av helsetjenestene. Dette kan oppnås gjennom en strukturert hospitering innenfor flere fagfelt. Videre bør helsefellesskapet vurdere felles, delte stillinger mellom kommuner og SiV. Dette gjelder for eksempel innen geriatri, der kompetanse er sterkt etterspurt både i kommunale helsetjenester og i SiV. En slik ordning vil også kunne styrke utdanningskapasiteten lokalt. En større grad av fellesskap og samarbeid vil også fremme utviklingen av SiV som et utadvendt sykehus, der medarbeidere yter helsehjelp på tvers av nivåer, og med arenaflexibilitet som utgangspunkt og

premiss. Teknologisk utvikling med økt digitalisering vil også kunne stimulere til nye og effektive samhandlingsarenaer.

### 8.3 utfordringer i fastlegeordningen

Fastlegen er en svært viktig aktør i helsetjenestetilbudet til de aller fleste pasienter. Det er fastlegen som har størst oversikt over pasientens totale behov, og som i stor grad har tettest oppfølging av den enkelte pasient. Også i Vestfold er det en begynnende fastlegekrise med utfordrende rekruttering til fastlegeordningen.

Konsekvensene for SiV vil bli betydelige dersom ikke fastlegeordningen fungerer. SiV mister da en verdifull samarbeidspartner. Det vil bli behov for at SiV overtar flere helsetjenester som i dag utføres av fastlegen. En må da forvente økt press på poliklinisk aktivitet gjennom hyppigere henvisninger. SiV må ta ansvar for større deler av sykdomsforløpet dersom en ikke kan henvise pasienten tilbake til fastlegen for videre oppfølging som i dag. Fastlegekrisen kan også medføre en betydelig økning i antall innleggelse. Det kan bety at framskrivningene i denne planen ikke lenger vil være reelle, og SiV vil stå ovenfor store kapasitetsutfordringer. SiV er som helsetjenesteleverandør avhengig av at alle deler av tjenestetilbudet fungerer. Mangel på et helhetlig tjenestetilbud i opptaksområdet vil kunne være negativ også for rekruttering av kompetente medarbeidere til SiV.

Det vil være en viktig oppgave for Helsefellesskapet å bidra til å styrke og støtte opp under fastlegeordningen, slik at den fortsatt kan være den svært viktige leverandøren av helsetjenester til Vestfolds befolkning som den er i dag. Praksiskonsulentordningen (PKO) i SiV vil også være viktig bidragsyter for en god samhandling mellom SiV og fastlegene. Både gjennom bidrag til samarbeid, kommunikasjon og oppgavedeling vil PKO-ordningen framover også være viktig premissleverandør for arbeidet i SiV og Helsefellesskapet.

Det var i høringsrunden bred tilslutning til at utfordringene i fastlegeordningen bør settes på dagsorden i helsefellesskapet. Det er et synspunkt SiV deler. Som det framgår av punkt 4.2.6., vil SiV, sammen med fastlegene og i regi av helsefellesskapet, bidra så godt det lar seg gjøre med å støtte opp under fastlegenes og legevaktlegens arbeidssituasjon. Hva som vil være de mest hensiktsmessige tiltakene fra sykehusets side, må diskuteres nærmere. Mulige tiltak kan være å øke/lette tilgjengeligheten for konsultasjon, bidra med kompetansedeling, utvikle modeller for hospitering mv.

Samtidig er det viktig at det er god kommunikasjon med fastlegene når det utvikles nye måter å levere tjenester på – eksempelvis i form av ambulante team, hjemmesykehus, felleskonsultasjoner mv. Det er naturligvis også viktig at fastlegene har tid og mulighet til å involvere seg aktivt i arbeidsformer som omfattes av begrepet «det utadrettede sykehus». Det er en forutsetning både for kompetanseoverføring og erfaringsdeling.

### 8.4 Forebyggende helsearbeid

Det er mange faktorer som påvirker innbyggernes helse. Faktorer som oppvekst, utdanning, arbeidsliv og sosiale tjenester er for mange viktige årsaker til god eller dårlig helse. Helsefellesskapet må derfor evne å se det utvidede helseperspektivet, der samarbeid med andre samfunnssektorer og frivillighet er i fokus. Perspektivet er vesentlig for å kunne levere bærekraftige helsetjenester fremover. En god brukermedvirkning er nødvendig for at Helsefellesskapet skal kunne ha dette perspektivet.

Fremover må SiV i Helsefelleskapet engasjere seg i det forebyggende helsearbeidet som i dag i stor grad skjer i kommunene. Kommunene har mye god kompetanse på dette området, og det gjennomføres flere gode prosjekter i kommunene for å fremme god folkehelse. Rus og psykiatri er eksempler på fagområder der SiV i større grad også kan delta i et forebyggende arbeid, og ikke minst bidra med tidlig intervensjon for å hindre alvorlig og langvarig sykdom og utenforskap. Ung Arena+ er nærmere beskrevet nedenfor, som ett eksempel på hvordan dette kan gjøres.

I den forrige utviklingsplanen var det et sterkt fokus på pasienter med behov for langvarige og sammensatte helsetjenester og på ungdom og utenforskap/ungdom som var i risikozonen for å falle utenfor. Også samarbeidet om den akuttmedisinske kjeden sto sentralt i planen.

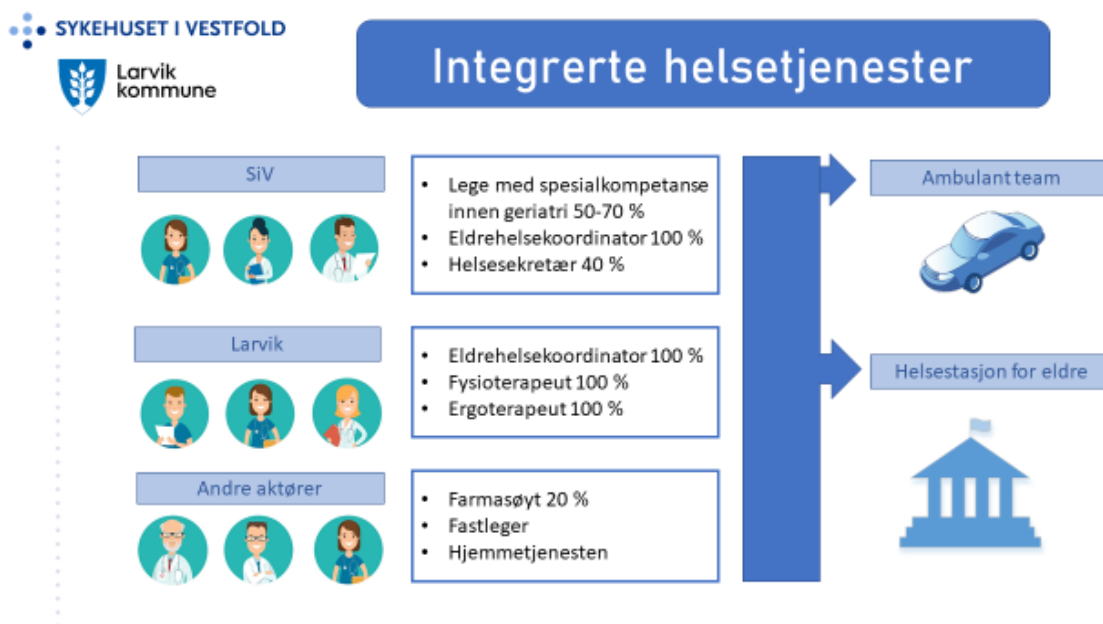
Særlig de to første områdene har det blitt arbeidet mye med i oppfølgingen av den forrige planen. Det vil derfor i punktene 8.5. og 8.6 bli gitt litt mer omfattende beskrivelser av disse arbeidene. Samtidig er det viktig å se disse satsingene som ledd i en mer omfattende og helhetlig satsing på pasientgrupper som krever langvarig og koordinert innsats fra mange aktører – både i og utenfor helsetjenesten – dersom vi skal lykkes. Flere høringsinstanser understreker viktigheten av å sette disse satsingene/prosjektene inn i en større og mer helhetlig sammenheng, og ikke minst sikre en rask spredning av resultater og gode erfaringer.

### 8.5 Skrøpelige, multisyke eldre pasienter

Med en aldrende befolkning og et godt helsevesen vil utfordringene med multisyke, skrøpelige pasienter øke framover både i SiV og i det kommunale helsevesenet. Det vil være nødvendig å etablere en felles tilnærming til denne problemstillingen for å sikre bærekraftige helsetjenester til befolkningen i Vestfold. Det er i Helsefelleskapet etablert et prosjekt for skrøpelige eldre som skal øke samhandlingen, etablere nye arenaer for samhandling og øke SiV sin tilstedeværelse utenfor sykehuset. SiV skal i tett samhandling med kommunale ressurser bidra til å identifisere samt rette tiltak mot den enkelte innbygger for å redusere/hindre utvikling av skrøpelighet i befolkningen. Samhandlingen vil øke kompetansedelingen mellom ulike aktører i helsetjenesten, og innsatsen vil ha fokus på «hva er viktig for deg» og på samvalg.

Bakgrunnen for at man – med utgangspunkt i utviklingsplanen fra 2018 - valgte å arbeide spesielt med denne pasientgruppen, var blant annet at andelen eldre og multisyke pasienter er stadig økende. Demografiske framskrivninger viser en betydelig økning av eldre, multisyke og skrøpelige pasienter. Skrøpelige, multisyke eldre pasienter har behov for et mer helhetlig og sammensatt tjenestetilbud enn yngre, mer robuste pasienter med hovedsakelig svikt i ett organsystem. Skrøpelighet er en tilstand som gir økt risiko for uhensiktsmessige hendelser som fall, brudd, sykehusinnleggelse, institusjonalisering og død. Det mangler studier på hvorvidt et integrerte helsetjenesteteteam kan føre til reduksjon av og forsinket utvikling av skrøpelighet, og i Vestfold er det per i dag ikke etablert slike team. I andre områder av landet er det gjort vellykkede forsøk med primærhelseteam og pasientsentrerte helsetjenesteteteam (PSHT). En fellesnevner for disse teamene er at det er snakk om tverrfaglig sammensatte integrerte helseteam med mål om å være proaktive og jobbe forebyggende. Teamene i Norge har vist effekt på 6 måneders dødelighet.

Figur 8-1: Integrerte helseteam



Modellforslaget som det arbeides ut fra i det aktuelle prosjektet, jobber utfra er to-delt. Del 1 består i en systematisk vurdering av alle individer (> 75 år) som henvender seg til det kommunale helsetjenesteapparatet. Modellen har flere trinn hvor det gjøres en vurdering av skrøpeligheit, samt iverksettelse av tiltak, for å bremse eller reversere tilstanden. Trinnene i modellen består av systematisk innhenting av informasjon og tester som brukes i en bred geriatrisk vurdering av pasientene. Screeningverktøy og innretning av screeningen er inspirert av Handbook of integrated Care for Older People (ICOPE) publisert av WHO for ivaretagelse av hjemmeboende eldre.

Modellen som brukes i Vestfold, er videreutviklet ut fra dette, og tilpasset norske forhold. Den modellen som brukes i Vestfold, har fokus på følgende 6 områder:

Figur 8-2: Vestfoldmodellen har fokus på 6 områder



**Fysisk funksjon**



**Psykisk funksjon**



**Kognitiv funksjon**



Ernæringsstatus



Hørsel



Syn

For pasienter som har sammensatte utfordringer og behov for en fullstendig geriatrisk vurdering, utføres denne av det integrerte helsetjenestetteamet i fellesskap. Vurderingen kulminerer i et felles oppfølgingsmøte hvor det utarbeides en individuell plan basert på spørsmålet: «Hva er viktig for deg?». Her blir det satt mål for behandling og omsorg, og det blir foretatt en legemiddelgjennomgang. En viktig rolle i det integrerte helsetjenestetteamet er eldrehelsetjeneste-koordinatoren som skal holde oversikt over aktuelle pasienter, deres behov og tiltak. Denne rollen utføres på linje med chronic care managere.

Del 2 omhandler skrøpelige pasienter innlagt i sykehuset, som skal følges opp etter utskrivelse. Her vil det bli etablert et ambulant team som starter oppfølgingen av pasienten under innleggelsen på sykehuset. En viktig ny funksjon som innføres, er en eldrehelsetjeneste-koordinatør. Eldrehelsetjeneste-koordinatøren skal i samarbeid med ansatte fra kommunen trygge overgangen mellom nivåene og bidra til at både pasient og pårørende opplever sikrere ivaretagelse i situasjonen i hjemmet. Teamet vil følge opp eventuelle nye behov som oppstår, og behov og endringer i den første tiden etter utskrivelse. Det integrerte helsetjenestetteamet er bygget opp med geriatrisk kompetanse hos lege og sykepleier, og de samarbeider med ergoterapeut, fysioterapeut, eldrehelsetjeneste-koordinatør, fastlege og hjemmetjenesten.

For evaluering av tjenesten har prosjektet inngått avtale med NORCHER, UiO (Norsk senter for helsetjenesteforskning) som vil forske på nyttevirkninger av tjenesten. Prosjektet har i samarbeid med NORCHER søkt REK godkjenning. Forskningsprosjektet omhandler pasientene som er utskrivningsklare og skal følges opp etter utskrivelse. Prosjektet har søkt og fått tildelt midler til tjenesteinnovasjon fra HSØ. Det har også fått midler til prosessveiledning fra InnoMed for å designe nye forløp for akutt syke «skrøpelige» eldre som kommer til sykehuset.

## 8.6 Barn og unges psykiske helse

### 8.6.1 Ung Arena+

Helsefellesskapet har etablert et prosjekt, Ung Arena + i Vestfold. Psykisk uhelse og rus vil framover bli en hovedutfordring for helsetjenesten. Dette vil kreve god samhandling på tvers av behandlingsnivåer. Det blir viktig både for å levere helsetjenester så nær brukerne som mulig, øke pasientmedvirkningen, og sikre en bærekraftig utvikling av helsetjenesten. Ung Arena + i Vestfold retter seg mot unge som står i fare for å utvikle psykisk uhelse eller rusutfordringer. Det fins Ung Arena prosjekter også andre steder i landet. Når det er lagt på en «pluss» for prosjektet i Vestfold, skyldes det at det også omfatter spesialisthelsetjenesten, og også åpner for ulike typer velferdstjenester.

Det skal være et kommunalt tilbud med arenaer som SiV deltar aktivt på. Gjennom dette prosjektet vil en etablere nye samhandlingsarenaer der brukere raskere får helsetjenestetilbud på rett nivå

uavhengig av hvilken del av helsetjenesten det er behov for. Arbeidet vil medføre behov for nye arbeidsmåter for medarbeidere i SiV, med større fokus på arenaflexibilitet og tett samarbeid med brukerne.

Målgruppen for Ung Arena+ er unge/unge voksne i aldersgruppen 16 - 25 år med behov for rask hjelp og/eller med risiko for å utvikle psykososiale problemer og som ikke søker til de ordinære tjenestene. Nedre aldersgrense vurderes og må ses i sammenheng med lokale behov. Det er etablert formelle samarbeidsavtaler mellom SiV HF og Tønsberg og Larvik kommuner. Larvik ble fasett inn i februar 2022. Det foreligger også en signert intensjonsavtale med Oslo kommune, bydel gamle Oslo. Erfaringene fra piloteringen er ment å bringe fram ny kunnskap som kan ligge til grunn for eventuell utvidelse av partnerskapet og/ eller videre utrulling til øvrige kommuner i Vestfold.

Samtidig utredes muligheten for et samarbeid med DIGI-UNG<sup>6</sup>. DIGI-UNG er et nasjonalt prosjekt i regi av Helsedirektoratet, BUF-direktoratet, KS og Direktoratet for eHelse, som har til hensikt å samle offentlige digitale tjenester knyttet til landets ungdom. Målet er at unge skal finne informasjon og tjenester på ett samlet sted, fremfor å lete i en jungel av offentlige virksomheter.

Ung Arena+ har avtale om forskningsbasert evaluering med NORCHER, UiO (Norsk senter for helsetjenesteforskning) som vil forske på nyttevirkninger av tjenesten og USN, senter for psykiske lidelser og rus, som følger samskappingsprosessen gjennom et phd-arbeid.

Prosjektet Ung Arena+ vektlegger nyskaping og ikke en «adopsjon» av eksisterende konsepter. Mandatet åpner for en løsning som integrerer tjenester på tvers av sektorer og tjenestenivåer; noe som er prosesskrevende, men nødvendig.

Prosjektet har avsluttet innsiktsfasen, og faserapporten ble godkjent av SSU i februar 2022. Prosjektet er pr. dato (mai 2022) omtrent halvveis i fase 3 - Tjenesteutvikling. På grunnlag av et bredt samarbeid (samskappingsverksted og tester) er det arbeidet fram «kjøreregler» for Ung Arena+, samt brukerprofiler. Brukerprofilene representerer kategoriene 1) ungdom i risikozonen, 2) ungdom med psykiske plager, 3) ungdom med psykisk lidelse og 4) ungdom med rusutfordringer. Disse kategoriene danner utgangspunkt for å designe brukerreisen og tjenesteforløpet. Løsningsdesignet skal foreligge innen 1.juli d.å.

Det er innvilget 320 timer prosessveiledning fra InnoMed til prosjektet for 2022. Det betyr at prosjektet blir tilført vesentlig prosesskompetanse og kommer i bedre posisjon til å dele erfaringer fra prosjektet med andre helseforetak og kommuner.

Prosjektet vektlegger samskaping og brukerinvolvering spesielt. Ungdommens stemme skal høres og ungdommer har en sentral plass i prosjektet. Per i dag (des.2021) deltar fire ungdommer i prosjektgruppen på lik linje med fagpersonene. Det er etablert et ungdomspanel som består av 19 unge i alderen 15-23 år. Ungdomspanelet ledes vekselvis av unge prosessledere og av prosjektleder; avhengig av tema. Panelet kommuniserer løpende via en lukket Messengergruppe – ikke sensitiv informasjon. F.o.m. januar 2022 vil prosjektet ha støtte av et utvalg av unge fra panelet som vil bistå med å «oversette» prosjektinformasjon til et ungdomsvennlig språk og uttrykk. De har laget tre filmer om Ung Arena+. Disse er tilgjengelige via prosjektets sider på [www.kompetansebroen.no](http://www.kompetansebroen.no)

Det er svært mange aktører og interessenter i dette landskapet. Prosjektet har derfor en dynamisk arbeidsform, hvor en trekker veksler på ressurser alt etter hva som skal løses og hvem som blir

---

<sup>6</sup> <https://www.digiung.no>

berørt. Våren 2022 blir det invitert til interessentkonferanser<sup>7</sup> som vil trekke inn bredden av aktører – både profesjonelle og frivillige. Prosjektet har opprettet egne sider på Kompetansebroen. Der publiseres nyheter og prosjektinformasjon.<sup>8</sup>

Ung Arena+ er kort presentert i den regionale utviklingsplanen (høringsutkast per mai 2022), side 43 – under kapitlet Helse og arbeid.

### 8.6.2 Forsterket satsing og nye samarbeidsstrukturer

Som det framgår av punkt 6.5.9., ønsker SiV å forsterke arbeidet med barn og unges psykiske helse ytterligere i tiden framover. Det er også varslet nye krav og føringer på dette området fra helse- og omsorgsministeren. Ikke minst som følge av pandemien, er det mye som tyder på at symptomtrykket når det gjelder psykiske helseplager har økt innen målgruppen barn og unge. Dette er det viktig å angripe på en målrettet og strukturert måte. Samtidig er det nokså åpenbart at disse utfordringene ikke kan «løses» av spesialisthelsetjenesten, eller for den saks skyld av helsetjenesten, alene. Også andre aktører må på banen, Derfor er det så viktig at samhandlingsfeltet også omfatter og inkluderer andre aktører enn de som tradisjonelt tilhører helsetjenesten.

Det er i ferd med å komme på plass enda bedre samarbeidsstrukturer mellom KPA og kommunene i Vestfold – ikke minst når det gjelder felles diskusjon av henvisninger og hvordan ordningen med vurderingssamtaler skal praktiseres. BUPA har også gjort endringer i behandlingstilbudet; blant annet i form av økt bruk av strukturert poliklinisk dagtilbud (SPA). En videre utvikling av dette vil fortsatt ha høy prioritet.

Det er godt dokumentert at dersom man lykkes med å få til gode og tidlige samarbeidsstrukturer, vil potensialet for pasientene kunne være betydelig – både helse- og velferdsmessig og samfunnsøkonomisk.

SiV ønsker derfor å møte disse utfordringene med enda større kraft i tiden framover – også i regi av helsefellesskapet.

### 8.7 Styrke den akuttmedisinske kjeden

En godt fungerende akuttmedisinsk kjede er vesentlig for at pasienter i Vestfold skal få rask behandling med god kvalitet på rett omsorgsnivå. For at akuttmedisinsk kjede skal fungere godt, er det nødvendig med involvering av alle deler av helsetjenesten. Helsefellesskapet vil styrke denne kjeden gjennom prosjektorganisering som skal forbedre alle ledd i kjeden. Dette inkluderer hjemmesykepleie, ambulansetjenesten, kommunale døgntilbud inklusive øyeblikkelig hjelp døgnplasser (ØHD) og Akuttsenteret i SiV. I prosessen vil helsefellesskapet lære av andre helsefellesskap, blant andre Telemark, som har fått en god struktur og samhandling i den akuttmedisinske kjeden.

---

<sup>7</sup> Med forbehold knyttet til covid-situasjonen

<sup>8</sup> [Ung Arena+ på Kompetansebroen](#) Nyhetssak: [Vestfold satser på ungdommen](#)





## 8.8 Styrke samarbeidet innen psykisk helse og avhengighet

Samhandlingsreformen har likestilt psykiske lidelser og ruslidelser når det gjelder oppgavedeling mellom helseforetak og kommuner. En konsekvens av det var blant annet at den utvidede plikten til øyeblikkelig hjelp tilbud i kommunene fra 2016 også ble utvidet til å omfatte området psykisk helsevern. Erfaringen er likevel at pasientgruppen sjelden legges inn i kommunale korttidsplasser.

Samhandlingen mellom kommuner og helseforetak viser at psykisk helsevern og rusomsorg er områder som kan være komplekse, og som krever et felles utviklingsarbeid for å oppnå felles forståelse om oppgavedeling, og for å sikre sårbare pasienter trygge overganger mellom alle nivåene. Det er behov for bedre koordinering, forutsigbarhet og samhandling i pasientforløpene mellom forvaltningsnivåene.

Samtidig som det vil skje en spissing og ytterligere spesialisering av behandlingstilbudet innen spesialisthelsetjenesten, vil det være naturlig å styrke den polikliniske og ambulante virksomheten. Det siste viktig er ikke minst for å støtte opp under kommunenes og fastlegenes arbeid med de pasientene som i større grad vil bli tatt hånd om i primærhelsetjenesten. En slik omlegging må skje gradvis, og i nært samarbeid og tett dialog med brukerorganisasjoner og kommuner/fastleger.

I samhandlingen med kommunene er det innenfor psykisk helsevern og TSB fire pasientgrupper som etter SiVs vurdering bør ha et særlig fokus i planperioden:

1. Innbyggere som står i fare for å utvikle (alvorlig) psykisk lidelse og ruslidelser, særlig barn og unge. Her er det etablert et samarbeidsprosjekt kalt Ung Arena. Som det framgår av punkt 8.6., ønsker SiV å styrke innsatsen og strukturere arbeidet mot disse målgruppene ytterligere.
2. Innbyggere med mild-moderate psykiske lidelser, hvor tiltak omkring felles prioritering kan gi raskere og mer effektiv helsehjelp
3. Innbyggere med psykiske lidelser og/eller ruslidelser som (i perioder) har behov for omfattende helsehjelp i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
4. Pasienter med nevroutviklingsforstyrrelser som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen. Her har helseforetakene/sykehusene fått et særskilt oppdrag om å utvikle og tydeliggjøre behandlingsforløp, gjennom samarbeid i Helsefelleskapene.

For å sikre utvikling av samarbeidet med kommunene, er det ønskelig at det med utgangspunkt i Helsefelleskapet blir etablert strukturer og samarbeidsformer som kan gi disse pasientgruppene så helhetlige, sammenhengende og godt integrerte tjenester som mulig.

## 8.9 Bruke helsefelleskapet aktivt i arbeidet med å møte utfordringene

Nesten alle høringsinstansene peker på helsefelleskapets sentrale rolle for å understøtte samhandlingsarbeidet i Vestfold. Mange gir uttrykk for at det kunne bør være et potensiale for å styrke og tydeliggjøre denne rollen, og at oppfølgingen av utviklingsplanen kan være én blant flere innganger til en slik styrking. Dette ikke minst fordi det synes å være stor grad av konsensus både om utfordringsbildet og foreslåtte hovedgrep.

Helsefelleskapet som organisatorisk ramme rundt deler av oppfølgingsarbeidet – og da selvsagt særlig knyttet til perspektiv 3 i planen – har således stor tilslutning, og det er klare forventninger til at det bør ligge et potensiale for ytterligere forbedring og styrking av dette. Dette er synspunkter som SiV deler.

*Hvordan* helsefelleskapet skal arbeide med disse temaene, og *hvilke temaer* som skal prioriteres først, må selvsagt primært diskuteres i helsefelleskapets egne foraer og på dette felleskapets arenaer.

Ut fra synspunkter som er kommet fram i høringsrunden, har SiV likevel noen innspill til temaer/områder som det bør kunne være aktuelt å bringe inn i helsefelleskapet. Disse kommer naturligvis i tillegg til de temaene som allerede er på dagsorden, og de er ikke å anse som uttømmende. Det betyr at det selvsagt må være åpning både for å ta inn andre, og for å erstatte noen av disse med andre.

Dette er likevel noen innspill til viktige og aktuelle temaer:

- *Fastlegeordningen/fastlegekrisen.* Fokus må da være på hvordan aktørene i helsefelleskapet sammen kan støtte opp under fastlegeordningen, slik at den blir mest mulig bærekraftig. Som nevnt andre steder i planen, er SiV seg svært bevisst at helseforetaket både kan og bør bidra til dette.
- *Styrking av brukerperspektivet og brukerstyringen.* Økt brukerstyring og en sterkere og tydeligere brukerstemme er et bærende prinsipp i denne utviklingsplanen. Viktigheten av dette kommer tydelig fram i så godt som alle høringsuttalelsene til planen, og ble sterkt understreket på den store høringskonferansen som ble avholdt den 31. mars. SiV er av den oppfatning at en felles satsing på dette – også i regi av helsefelleskapet – vil kunne gi gode resultater. Det er også en viktig del av begrunnelsen for å hevde dette at mange av brukerutfordringene nettopp ligger i overgangene mellom nivåer og organisatoriske enheter. Da må de løses i felleskap.
- *Barn og unge perspektivet.* Det er allerede i gang et eget prosjekt knyttet til barn og unges psykiske helse (Ung Arena+). Som nevnt både i punkt 6.5.9. og punkt 8.6., kan det være gode grunner til å møte denne utfordringen med enda større kraft og med et enda bredere perspektiv enn det som er mulig innen rammene av dette prosjektet. Helsefelleskapet vil – etter SiVs vurdering – kunne være en velegnet ramme rundt viktige deler av en slik forsterket satsing.
- *Særlige målgrupper inn psykisk helse og avhengighet.* I tillegg til det som står i kulepunktet ovenfor, vil SiV også trekke fram de fire pasientgruppene innen psykisk helse og avhengighet som står beskrevet i punkt 8.8. Etter vår vurdering er det i samhandlingen med kommuner og fastleger særlig viktig å ha fokus på disse pasientgruppene i planperioden. Her bør det være et potensiale for å utvikle mer helhetlige, sammenhengende og integrerte helsetjenester; noe disse pasientgruppene har stort behov for.
- *Den akuttmedisinske kjeden.* Sykehuset har, som det framgår av det omtalte OU-programmet (se punkt 6.2.), de siste par årene arbeidet mye med eget akuttmottak og

samhandlingen mellom akuttmottaket og andre enheter ved sykehuset. En velfungerende akuttmedisinsk kjede omfatter imidlertid flere aktører enn de som arbeider «innomhus» i SiV. For at den akuttmedisinske kjeden skal fungere godt, er det nødvendig med forpliktende og avklart involvering av alle ledd i kjeden. SiV ønsker derfor – i regi av helsefellesskapet – å ta initiativ til et arbeid/et prosjekt for å forbedre og styrke den helhetlige satsingen i denne kjeden.

- *Bruk av felles styringsdata for utvikling og oppfølging av tjenesten.* I høringsuttalelsene både til utviklingsplanen fra 2018 og til den nåværende planen, framhever kommunene behovet for i større grad å gjøre bruk av felles styringsdata som grunnlag for utvikling og oppfølging av tjenestene. Noen av pasientorganisasjonene gir uttrykk for det samme. SiV er enige i dette, og vil gjerne bidra til et felles utviklingsarbeid for å få det til.

Det er for administrerende direktør viktig å presisere at ovennevnte punkter er ment som innspill til temaer som – ut fra høringsuttalelsene å dømme – bør kunne være godt egnet til å bli tatt opp/ diskutert i helsefellesskapet. Men dette må selvsagt diskuteres bredt og åpent med de andre aktørene i fellesskapet. Det gjelder både hvordan diskusjonene skal legges opp, hvilke regjer det skal være rundt arbeidet, og ikke minst hvilke mål og ambisjoner man skal ha.



## KAPITTEL 9 – Oppfølging av utviklingsplanen – regi, muligheter og risikofaktorer

### 9.1 Om kapitlet

I kapitlene 6 – 8 er det gjort rede for hovedgrepene SiV har prioritert for den perioden som denne rulleringen av utviklingsplanen fra 2018 omfatter. Det vil si for årene 2022-2025. Grepene er kort oppsummert i kapittel 10.

I dette kapitlet vil det først bli gitt en kort og prinsipiell beskrivelse av hvordan SiV vil legge opp arbeidet med å følge opp de vedtatte hovedgrepene i planen. Den første delen av kapitlet vil ha fokus på oppfølging av hovedgrepene som omfattes av perspektiv 1 – intern utvikling og konsolidering av SiV, og perspektiv 2 – utvikling av SiV innenfor rammene av en helhetlig spesialisthelsetjeneste.

Deretter blir det gitt en oversikt over temaer som SiV vil foreslå satt på dagsorden innenfor rammene av helsefellesskapet i Vestfold. Dette er temaer som er foreslått i planen, og som har fått bred tilslutning i høringsrunden, men hvor det selvsagt må være opp til de partssammensatte organene i helsefellesskapet å avgjøre både tilnærming, regi og tempo i arbeidet. SiV synes likevel det er naturlig å signalisere hva som er sykehusets prioriteringer for det partssammensatte arbeidet framover. Det er i den prioriteringen lagt stor vekt på innspillene fra høringsrunden. Det vises også til punkt 8.9.

Etter at disse regiene for oppfølging er beskrevet, vil det bli gjort rede for noen av de muligheter og risikoer som ligger i hovedgrepene som tas. Muligheter og risikoer blir beskrevet samlet, og ikke for hvert enkelt av de tre perspektivene som trekkes opp i planen. Begrunnelsen for å ta utgangspunkt i en slik samlet framstilling er at det vil være elementer fra alle de tre hovedperspektivene i den utviklingsretning som velges, og at det sånn sett verken vil være mulig eller ønskelig å rendyrke beskrivelsen av muligheter og risikoer for hvert hovedperspektiv. Organisasjonen må derfor håndtere alle de tre perspektivene både som én, samlet utfordring, og som én samlet mulighet.

## 9.2 Noen prinsipielle avklaringer knyttet til ansvar og regi for oppfølging

SiV har som organisasjons- og ledelsesprinsipp at ansvaret for å gjennomføre både større omstillinger og løpende driftsforbedringer ligger i lederlinjen. Det må også være tilfelle med de hovedgrepene som tas innenfor rammene av denne utviklingsplanen.

Samtidig representerer disse hovedgrepene så vidt krevende utfordringer å få gjennomført i praksis, ikke minst med mange og krevende avhengigheter, at det må lages regier som sikrer at foretaket som helhet skaper tilstrekkelig «trykk» i oppfølgingen og gjennomføringen. Det faktum at mye av planen dreier seg om samarbeidet med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold, tilsier også at det etableres *et oppfølgingsregime på foretaksnivå, og at dette må samkjøres tett med de samhandlingsstrukturene (i regi av helsefellesskapet) som er etablert i Vestfold.*

I høringsuttalelsene har det kommet klare tilbakemeldinger om at det er ønskelig å sikre en tydeligere og mer transparent regi for hvordan planen blir fulgt opp. Det er et ønske sykehuset deler, og som vil bli hensyntatt i det oppfølgingsregimet som beskrives i punkt 9.4 nedenfor.

Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet, vil oppfølgingen som skal skje i regi av helsefellesskapet, måtte utvikles i et tett samarbeid med øvrige partnere i dette fellesskapet. Hvordan denne oppfølgingen kan/bør skje, er derfor mer tentativt beskrevet, og må konkretiseres i en dialog internt i helsefellesskapet. Noen innspill til hvordan dette *kanskje kan gjøres*, er likevel kort beskrevet i punkt 9.4.

## 9.3 Regi for oppfølging av perspektivene 1 og 2

Under dette punktet vil administrerende direktør gi en overordnet og prinsipiell beskrivelse av organisering og regi for oppfølging og implementering av de hovedgrepene som er foreslått innenfor rammene av perspektivene 1 og 2, men med et klart hovedfokus på perspektiv 1. Denne regien vil bli betydelig mer konkretisert etter at planen er formelt vedtatt av styret ved sykehuset, men det ligger som et premiss at oppfølgingsregimet skal være tydelig, transparent og med klar plassering av ansvar.

### 9.3.1 Hvordan skape organisatorisk kraft til å håndtere oppfølging og implementering?

Denne utviklingsplanen er, som det framgår av kapittel 1, i stor grad en rullering og kursjustering av den planen som ble vedtatt i 2018. Planen fra 2018 hadde et tidsperspektiv fram mot 2035, mens

denne planen har et mer kortsiktig tidsperspektiv og dermed også et mer operativt preg. Det gjør at de hovedgrepene som foreslås, i det store og hele er mer konkrete enn de retnings- og veivalgene som ble foretatt i planen fra 2018. Disse grepene forutsetter derfor i enda større grad organisatorisk kraft og ledelsesmessig besluttsomhet dersom implementeringen skal bli vellykket.

Samtidig krever de aller fleste grepene et omfattende samarbeid mellom klinikker, avdelinger og seksjoner internt på SiV. Flere av grepene i perspektiv 1 og 2 krever også forankring, dialog og prosess med eksterne samarbeidspartnere dersom arbeidet med dem skal lykkes.

Poenget med de hovedgrepene som er valgt, er nettopp at de er viktige og relevante for flere fagmiljøer ved sykehuset, og at avhengighetene er mange og krevende. Det stiller krav til klare og presise regier, med en tydelig rolle- og ansvarsbeskrivelse, dersom implementeringen skal lykkes.

### 9.3.2 Hovedgrepene må raskt «oversettes» til praksisfeltet og gis en tydelig regi og ansvars plassering

Det har hele tiden vært administrerende direktørs ambisjon med de hovedgrepene som beskrives i utviklingsplanen at de på dette stadiet i prosessen *primært skal angi temaer og hovedområder som grunnlag for en videre konkretisering og bearbeiding*. De er, som nevnt ovenfor, mer konkret enn de retningsvalgene som ble foretatt i planen fra 2018, men det er i oppfølgingen etter at styret har vedtatt planen at den mer konkrete og detaljerte utformingen av de enkelte grepene må gjøres.

Planen gir med andre ord nokså tydelige signaler om *hva* som skal prioriteres, men det er i neste fase det må konkretiseres *hvordan*, med hvilket *tempo*, og med hvilken *regi*. Helt konkret må følgende spørsmål stilles forholdsvis raskt etter at styret har fattet sitt vedtak i saken:

- Hvordan tar sykehuset tak i de hovedgrepene som er beskrevet, slik at det raskt kommer i gang et konkret og praktisk arbeid med å skape resultater?
- Hvordan «oversette» hvert enkelt hovedgrep til konkrete arbeider som gir verdi for pasientene?

Det er helt avgjørende at grepene i planen raskt viser seg i sykehusets faktiske prioriteringer, årsbudsjetter, og ikke minst i form av nye arbeidsmåter og arbeidsformer. Det forutsetter at ansvaret for å bringe grepene fra «hva» til «hvordan» blir tydelig plassert, og at denne «oversettelsen» skjer raskt.

Denne planen følger opp planen fra 2018 ved at den forutsetter ganske radikalt andre måter både å tenke og arbeide på enn det spesialisthelsetjenesten tradisjonelt har lagt til grunn. Selv om administrerende direktør foreslår et tydelig skille mellom den oppfølgingen som skjer av perspektivene 1 og 2 på den ene siden (hovedsakelig i form av interne regier ved SiV) og de regier som må brukes for å følge opp perspektiv 3 på den andre (i hovedsak i regi av helsefelleskapet), må også perspektivene 1 og 2 forankres og kommuniseres godt mot eksterne samarbeidspartnere (kommuner, fastleger, private avtalespesialister, helsefelleskapet, og ikke minst brukerne og deres organisasjoner).

Særlig kommunene har i sine høringsuttalelser til planutkastet vært opptatt av at de også har interesse av hva som skjer innenfor rammene av perspektivene 1 og 2.

### 9.3.3 Oppfølgingen av perspektiv 1 og 2 må samkjøres/koordineres med helsefelleskapet, kommuner og fastleger

Rent regimessig vil det altså måtte være et skille mellom oppfølging av de grepene som *i hovedsak* hører hjemme i perspektivene 1 og 2 på den ene siden, og de som *i hovedsak* hører hjemme i perspektiv 3 på den andre.

Dersom vi i felleskap skal lykkes med å utvikle gode helsetjenester til Vestfoldbefolkningen, må det likevel være god koordinering mellom den delen av oppfølgingen som skal skje i «SiV interne» prosesser og de delene som skal skje i samarbeid med kommunene og fastlegene, og på arenaer som sykehuset har sammen med disse aktørene. Høringsinnspillene til planen understreker dette tydelig.

Erfaring har også vist at det er både viktig og krevende å få forankret konklusjoner og anbefalinger fra helsefelleskapet inn i en stor og mangslungen organisasjon som SiV. Når partene blir enige om prioriteringer og satsinger i helsefelleskapet, er det helt avgjørende at SiV har gode prosesser og strukturer for å få dette forankret i egen organisasjon og blant egne ledere og ansatte.

På tilsvarende måte blir det viktig å sikre både informasjon om, og forankring av, de beslutninger og grep som SiV gjør i sine interne prosesser, ut mot de eksterne samarbeidspartnerne.

### 9.3.4 Planen må følges opp på foretaksnivå

Som nevnt tidligere, er hovedfokuset i denne planen på SiV som helhetlig organisasjon. Den reiser utfordringer, beskriver perspektiver og signaliserer hovedgrep som «hele SiV» må samle seg om dersom sykehuset skal greie å møte dem på en kraftfull og besluttsom måte. Planen berører – og det er helt bevisst - i liten grad enkeltfagområder eller spesifikke deler av virksomheten. Oppfølgingen vil derfor fort bli fragmentert dersom hver del av organisasjonen skal ta «sin del» - uavhengig av en overordnet regi.

Dette innebærer at dersom sykehuset skal lykkes med oppfølgingen, må mye av regien for dette skje fra administrerende direktør og hans ledergruppe. Det betyr naturligvis ikke at ikke klinikkene får en helt sentral rolle i oppfølgingen, men det må skje innenfor rammer, regier og prosesser som utgår fra og rapporterer til administrerende direktør og hans ledergruppe.

### 9.3.5 Oppfølgingen må integreres i allerede etablerte strukturer for oppfølging og rapportering

Som det ligger implisitt i punkt 9.3.4., må oppfølgingen av hovedgrepene i utviklingsplanen i stor grad bygge på de etablerte strukturer for oppfølging og rapportering som eksisterer i foretaket, slik som:

- ØLP
- Årlig melding
- Sykehusets årlige strategi- og prioriteringsprosesser
- LGG (ledelsens gjennomgang)
- Prosjekt- og porteføljerapporteringen

Det er viktig å unngå at oppfølgingen av utviklingsplanen blir en «tilleggsaktivitet» til det som skjer i regi av disse prosessene og dokumentene. Men det må sikres at prioriteringene i utviklingsplanen på en tydelig og transparent måte «slår inn i» disse prosessene og dokumentene. For å sikre dette, trengs det en form for «motor» eller «nav» som har denne oppfølgingen som en helt sentral del av

sin funksjon. I tillegg må ansvar og regi for å følge opp de prioriterte hovedgrepene være tydelig, transparent og avklart. Litt mer om dette i punktet nedenfor.

#### 9.3.6 Det må være en «motor» som kan holde i oppfølgingsarbeidet

Som nevnt innledningsvis i dette punktet, har SiV lang tradisjon for linjestyring og plassering av ansvaret både for drift og utvikling i regi av den etablerte linjeorganisasjonen – klinikker, avdelinger og seksjoner. Dette prinsippet må også legges til grunn for oppfølgingen av utviklingsplanen. Samtidig bør det, som det framgår av punkt 9.3.5., være en sentral regi for arbeidet og en systematisk rapportering/oppfølging av framdrift og resultater opp mot administrerende direktør og hans ledergruppe. Dette er viktig ikke minst fordi mange av de utfordringene som tas opp i denne planen, går på tvers av enheter i den etablerte organisasjonen, og krever god og helhetlig koordinering dersom de skal ha mulighet for å lykkes.

I perioden etter at OU-programmet som er beskrevet i punkt 6.2. ble avsluttet, er det etablert en regi for oppfølging til administrerende direktørs ledergruppe hver 6. uke. Her gis en statusrapport om framdrift, resultater og utfordringer i arbeidet med å implementere de nye konseptene. Det vil ikke være hensiktsmessig å ha en rapportering på utviklingsplanen så hyppig, men prinsippet om en tydelig, transparent og «kritisk» rapportering om framdrift og resultater, bør kunne tas i bruk også når det gjelder oppfølging av utviklingsplanen.

For å få tilstrekkelig kraft i en slik helhetlig oppfølging og rapportering, bør det dedikeres noen ressurser som får *i særlig oppgave* – på *administrerende direktørs vegne* - å holde i oppfølgingen av planen. Like viktig som å holde i oppfølgingen av planen på vegne av administrerende direktør, er det å ha kompetanse og ressurser til å støtte opp under klinikkens arbeid med planen, og ikke minst sikre god koordinering med den delen av oppfølgingsarbeidet som vil måtte skje i samarbeid med kommuner og andre sentrale samarbeidspartnere.

Dersom ikke et slikt ansvar for en helhetlig oppfølging av planen blir tydelig plassert, risikerer vi fort at oppfølgingen blir fragmentert og suboptimal, og dermed ikke bidrar til det paradigmeskiftet og de retningsforandringer som planen har ambisjoner om.

Som nevnt ovenfor, vil administrerende direktør tidlig på høsten komme tilbake med en mer konkret regi for oppfølging og rapportering – basert på ovennevnte prinsipper og premisser.



## 9.4 Hvordan kan SiV følge opp arbeidet inn mot helsefelleskapet?

Når det gjelder oppfølging av arbeidet fra SiVs side inn mot helsefelleskapet, må dette deles i to:

- For det første har vi spørsmålet om hvordan SiV kan informere/involvere helsefelleskapet i arbeidet med perspektivene 1 og 2? Dette omfatter jo i hovedsak grep som SiV følger opp i egne strukturer og prosesser, men som avgjort er av interesse også for de andre partene i helsefelleskapet; jfr kommunenes høringsuttalelser til planutkastet.
- For det andre har vi spørsmålet om hvordan SiV kan bidra i helsefelleskapet til å skape framdrift i arbeidet med perspektiv 3? Da snakker vi i stor grad om de grepene som er beskrevet i kapittel 8 i planen.

Selv om det ikke er «vanntette skott» mellom de to spørsmålene/problemstillingene, er det likevel viktig i denne sammenheng å behandle dem adskilt fra hverandre. Det vil kort bli gjort i punktene 9.4.1. og 9.4.2. nedenfor.

### 9.4.1 Hvordan rapportere til helsefelleskapet status i arbeidet med hovedperspektivene 1 og 2?

Ganske mange av høringsinstansene, og da særlig kommunene og pasientorganisasjonene, ga i sine uttalelser uttrykk for at de gjerne vil kunne følge med på/bli holdt orientert om status i arbeidet med å følge opp og implementere grepene i utviklingsplanen. Dette er et ønske som administrerende direktør har forståelse for og deler.

Som nevnt i punkt 9.3., vil administrerende direktør ved SiV sette i gang arbeidet med å konkretisere oppfølgingen av hovedgrepene umiddelbart etter at styret har vedtatt planen. I punktene 9.3.4., 9.3.5. og 9.3.6. gis det en overordnet og prinsipiell beskrivelse av noen hovedtrekk ved dette oppfølgingsregimet.

Denne regien vil omfatte hovedgrepene innen alle de tre perspektivene som utviklingsplanen er bygd opp rundt. Kjerne i det som foreslås er at det skal være en tydelig regi for det videre arbeidet med å konkretisere hovedgrepene, og at resultater og framdrift skal rapporteres regelmessig. Hvor hyppig er ikke avklart.

Slik administrerende direktør ser det, vil det være naturlig at de deler av oppfølgingsarbeidet for perspektivene 1 og 2 som inneholder informasjon av interesse for helsefelleskapet, kan legges fram for de fora i helsefelleskapet som man måtte bli enige om har nytte og interesse av dette.

Administrerende direktør vil derfor ha en dialog med de andre aktørene i helsefelleskapet om hvordan dette mest hensiktsmessig bør gjøres.

### 9.4.2 Hvordan bruke helsefelleskapet til å følge opp hovedgrepene i perspektiv 3 fra utviklingsplanen?

I punkt 8.9. har sykehuset gitt noen innspill til temaer i utviklingsplanen som SiV ser det som naturlig å ha særlig oppmerksomhet mot inn mot de arenaene som er etablert i helsefelleskapet. Dette er temaer som fikk bred tilslutning i høringsfasen, og det er sykehusets vurdering at arbeidet med disse temaene vil kunne ha stor nytte av å bli tilført den kraften som et helsefelleskap representerer.

For nærmere omtale av disse temaene vises til kapitlene 6 og 8, og for en samlet framstilling til punkt 8.9. I dette punktet vil temaene bare nevnes helt kort.



Temaene er:

- *Fastlegeordningen/fastlegekrisen.* Fokus må da være på hvordan aktørene i helsefelleskapet sammen kan støtte opp under fastlegeordningen, slik at den blir mest mulig bærekraftig.
- *Styrking av brukerperspektivet og brukerstyringen.* Økt brukerstyring og en sterkere og tydeligere brukerstemme er et bærende prinsipp i denne utviklingsplanen. SiV er av den oppfatning at en felles satsing på dette – også i regi av helsefelleskapet – vil kunne gi gode resultater.
- *Barn og unge perspektivet.* Selv om det allerede er etablert et eget prosjekt knyttet til barn og unges psykiske helse (Ung Arena+), kan det være gode grunner til å møte utfordringen overfor disse målgruppene med enda større kraft og med et enda bredere perspektiv enn det som er mulig innen rammene av dette prosjektet. Helsefelleskapet vil, etter SiVs vurdering, kunne være en velegnet ramme rundt viktige deler av en slik forsterket satsing.
- *Særlige målgrupper inn psykisk helse og avhengighet.* I punkt 8.8. i planen er det beskrevet fire målgrupper innen området psykisk helse og avhengighet, hvor det etter vår vurdering bør være et potensiale for å utvikle mer helhetlige, sammenhengende og integrerte helsetjenester; noe disse pasientgruppene har stort behov for.
- *Den akuttmedisinske kjeden.* Sykehuset har de siste par årene arbeidet mye med eget akuttmottak og samhandlingen mellom akuttmottaket og andre enheter ved sykehuset. En velfungerende akuttmedisinsk kjede omfatter imidlertid flere aktører enn de som arbeider «innomhus» i SiV. SiV ønsker derfor, i regi av helsefelleskapet, å ta initiativ til et arbeid/prosjekt for å forbedre og styrke den helhetlige satsingen i denne kjeden.
- *Bruk av felles styringsdata for utvikling og oppfølging av tjenesten.* Det har kommet flere innspill om i større grad å gjøre bruk av felles styringsdata som grunnlag for utvikling og oppfølging av tjenestene. SiV er enig i dette, og vil gjerne bidra til et felles utviklingsarbeid for å få det til.



### 9.5 Mulighets- og risikoanalyse ved de valgte hovedgrepene

Den mulighets- og risikoanalysen som er beskrevet nedenfor, tar utgangspunkt i SiVs evne til å løse samfunnsoppdraget, og forsøker å definere risikoområder og muligheter i forhold til dette oppdraget. I samfunnsoppdraget legger vi alle de 5 kjerneoppgavene som helseforetakene har. Det er også lagt til grunn at samfunnsoppdraget skal løses så kostnadseffektivt som mulig. Det er altså

risikofaktorer og muligheter i forhold til å løse hele dette oppdraget som er vurdert i punktene 9.5.1. – 9.5.4. nedenfor.

Det er tatt utgangspunkt i fire hovedområder og muligheter og risikofaktorer er vurdert for hvert av disse:

1. Organisasjon, kompetanse og rekruttering
2. Økonomi og finansieringsordninger (bredt definert)
3. Samarbeid med andre aktører
4. IKT/informasjonsutveksling mv

I punktene 9.5.1. – 9.5.4, vil retningsvalg og hovedgrep bli vurdert mot hvert av disse fire områdene.

### 9.5.1 Muligheter og risikofaktorer knyttet til organisasjon, kompetanse rekruttering

#### **Muligheter:**

- SiV vil få gode muligheter til å levere kvalitativt gode, helhetlige og integrerte helsetjenester på laveste effektive omsorgsnivå, og pasientene vil oppleve et mer sammenhengende helsevesen
- SiV vil framstå som et offensivt helseforetak, med stor vilje til å løse oppgavene sammen med andre aktører, og til å ta tak i de store helseutfordringene samfunnet står overfor
- Dersom SiV lykkes med disse grepene, kan det gi et omdømmemessig løft, og styrke sykehusets posisjon som det foretrukne spesialisthelsetjenestealternativet for Vestfolds befolkning
- SiV vil også kunne få et organisatorisk og ledelsesmessig løft gjennom de grepene som er beskrevet
- Ansatte på SiV vil få muligheter til å delta på nye arenaer, og i større grad følge pasientene også utenfor sykehuset. Det vil gi mening og helhetsforståelse, og enda bedre muligheter til å se resultatene av eget arbeid
- SiV vil framstå som en attraktiv arbeidsgiver/arbeidsplass, med stor vilje til omstilling og forbedring
- SiV vil få et sterkt press/trykk på å effektivisere, modernisere og omstille driften/ måten sykehuset jobber på
- SiV kan, ved å øke innsatsen mot det forebyggende arbeidet og etablere alternativer til sykehusinnleggelse, lette presset på de spissede funksjonene, og dermed også lette utfordringene knyttet til rekruttering av nøkkelpersonell rundt disse funksjonene

#### **Risikofaktorer:**

- SiV kan som organisasjon risikere ikke å greie og håndtere kompleksiteten i de omstillingene det legges opp til. Det kan bli utfordrende både å gripe omstillingen an på en hensiktsmessig måte, og å gjennomføre endringsprosessene i et riktig tempo og med tilstrekkelig beslutningskraft.
- I forlengelsen av dette kan sykehuset risikere at det oppstår en «rekkefølgeproblematikk»: Hvordan legge opp prosessen med å realisere de grepene som er beskrevet i planen? Hvordan rigge et helhetlig arbeid som gir de beste garantiene for å lykkes?
- SiV kan risikere å ikke greie omstillingen til perspektiv 3 raskt nok. Hvis sykehuset justerer kapasiteten knyttet til perspektiv 1 raskere enn sykehuset greier å hente ut effektene av perspektiv 3, kan vi risikere lengre ventelister og økte ventetider.

- Hvis SiV ikke greier omstillingen raskt nok, men delvis blir utkonkurrert av andre leverandører, vil sykehuset kunne miste posisjonen som det foretrukne alternativet for Vestfolds befolkning, og med det en forvitring av organisasjonen.
- Perspektiv 3 støter til dels an mot etablerte vaner, kultur og arbeidsformer i spesialisthelsetjenesten. Den interne motstanden – eventuelt usikkerheten - i organisasjonen kan bli krevende å håndtere. Det kan medføre at sykehuset ikke greier å endre arbeidsformer og vaner raskt nok.
- Hvis perspektiv 3 ikke oppfattes som spennende og meriterende nok for nøkkelpersonell i organisasjonen, vil det kunne gjøre SiV mindre attraktiv som arbeidsgiver og arbeidsplass. Det gjelder særlig knyttet til de spissede funksjonene.

### 9.5.2 Muligheter og risikofaktorer knyttet til økonomi og finansieringsordninger

#### Muligheter:

- Hvis sykehuset lykkes med å styrke det forebyggende arbeidet og oppfølging av pasienter på arenaer som er mer kostnadseffektive alternativer til sykehusinnleggelse, vil det være samfunnsøkonomisk gunstig, og det vil gi «mer helse for pengene»
- Hvis det legges til grunn at finansieringssystemene for spesialisthelsetjeneste fortsatt vil gå i retning av å likestille dag- og døgnbehandling rent økonomisk, vil perspektiv 1 bidra til å styrke SiV økonomisk, forutsatt at sykehuset greier å redusere kostnadene raskt nok når driften endres.
- Hvis SiV lykkes med satsingen for bedre å dokumentere og følge opp outcomekvalitet, vil det bidra til å posisjonere sykehuset i forhold til økonomiske incentivordninger knyttet til kvalitet/kvalitetsforbedring/verdi for pasienten, dersom slike ordninger tas i bruk i større utstrekning
- Jo mer strukturert og effektivt SiV greier å drive virksomheten, desto mer økonomisk handlingsrom vil foretaket også få. Her ligger det fortsatt store muligheter hvis sykehuset lykkes med de grepene som er beskrevet, og deretter greier å realisere gevinstene.
- Hvis SiV greier å utvikle robuste og faglig sterke samarbeidsmodeller med andre helseforetak, og andre aktører i spesialisthelsetjenesten, men også med primærhelsetjenesten i Vestfold, vil det kunne medføre at mer av pasientbehandlingen for Vestfoldpasienter kan skje i nærområdet. Det vil kunne styrke SiV rent økonomisk, og også bidra til at pasientene får kortere reisevei og mindre utgifter til reise og fravær.

#### Risikofaktorer:

- SiV kan risikere at de økonomiske incentivordningene ikke endres raskt nok til å støtte opp under ny og endret atferd/nye samarbeidsmodeller:
  - Ambulante tjenester
  - Konsultasjoner utenfor sykehuset
  - Overgang fra døgn til dag
  - Integreerte samarbeidsmodeller med kommunene – utenfor sykehus
 ..med derav følgende økonomiske utfordringer.
- Det kan bli aktuelt med samarbeidsmodeller som er gunstige sett fra et pasientperspektiv, men som det er krevende å finansiere. Slike integrerte og til dels arenauavhengige modeller, som kan være gode sett fra et pasientperspektiv, vil naturligvis kunne medføre en økonomisk utfordring/risiko, dersom det ikke utvikles finansieringsmodeller som bidrar til å understøtte ny og endret praksis. Det er derfor viktig at omleggingene skjer planmessig og strukturert, og med gode konsekvensanalyser. Det blir også en viktig utfordring for SiV å forsøke og bidra til at finansieringssystemene gradvis endres i tråd med den praksis som særlig ligger i

perspektiv tre, men hvor også mer arenauavhengige modeller inngår som en viktig del. Her vil det være nødvendig med drahjelp også fra det regionale helseforetaket og fra andre, strategiske allierte.

- Mer generelt vil sykehuset alltid stå overfor utfordringer med å tilpasse driften økonomisk til nye faglige og økonomiske rammebetingelser. I det ligger et kontinuerlig press både på ledere og ansatte med hensyn til kompetanse i endrings-, utviklings- og omstillingsarbeid. Det vil alltid være en risiko for at dette ikke lykkes i tilstrekkelig grad og med nødvendig tempo.

### 9.5.3 Muligheter og risikofaktorer knyttet til samarbeid med andre aktører

#### Muligheter:

- SiV vil få muligheter til å inngå i spennende allianser og utvikle nye samarbeidsmodeller med andre aktører, både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten
- Forpliktende samarbeid med andre aktører vil innebære at sykehuset får nye impulser, øker læringstrykket og stimulerer innovasjonskraften
- Gjennom mer forpliktende samarbeid med andre, kan SiV bidra til mer helhetlige og integrerte pasientforløp
- Et samarbeid med andre helseforetak vil – rent generelt – kunne gi mer robuste tilbud regionalt. For eksempel bør det ligge et potensiale i samarbeidsaksen ST, SiV, Vestre Viken. Det vil særlig gjelde på områder hvor hvert av foretakene i dag har lave volumer og/eller sliter med dårlig rekruttering.
- Et tettere samarbeid med kommuner og primærhelsetjeneste åpner for nye muligheter når det gjelder å måle/evaluere effektene av hele pasientforløp, og ikke bare den delen av forløpet som SiV har ansvaret for.
- Tettere samarbeid med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste vil bedre omdømmet til SiV, og generelt styrke sykehusets posisjon som en del av den helhetlige helsetjenesten i Vestfold

#### Risikofaktorer:

- Det kan ta tid å få etablert nødvendige samarbeidsordninger med andre aktører, i og utenfor spesialisthelsetjenesten. Å bygge robuste allianser er tidkrevende, og kan også være konfliktfylt.
- SiV kan risikere å ende opp i endeløse diskusjoner med partnerne om hvem som skal finansiere såkalte «fellestiltak». Særlig utfordrende vil det være hvis det er snakk om tiltak som ikke omfattes av spesialisthelsetjenestens finansieringsordninger.
- Hvis sykehuset ikke får samarbeidet med andre aktører til å fungere godt nok, kan en risikere flere overganger og brudd i pasientforløpene; altså det motsatte av helhetlige og integrerte tjenester
- En arbeidsdeling med andre helseforetak/andre aktører i spesialisthelsetjenesten kan bidra til å svekke samhandlingsflaten mot primærhelsetjenesten. Det vil kunne gjelde for pasientgrupper som får deler av sitt pasienttilbud dekket ved SiV og andre deler ved andre helseforetak/hos andre leverandører av spesialisthelsetjenester.
- Hvis SiV ikke greier å fylle rollen med å understøtte primærhelsetjenesten (inkludert fastlegene), vil deres forutsetninger for å fylle sin rolle bli redusert, og perspektiv 3 vil generelt svekkes. Det vil også på sikt kunne svekke SiVs rolle som allsidig akuttsykehus.
- Et viktig siktemål med perspektiv 3 i planen er at flere spesialisthelsetjenester skal kunne gis utenfor SiV. Det kan være utfordrende å få pasienter og pårørende til å akseptere at slike tjenester er like trygge som de en får «inne på SiV».

#### 9.5.4 Muligheter og risikofaktorer knyttet til IKT/informasjonsutveksling

##### Muligheter:

- Hvis SiV lykkes med å gjennomføre de grepene som ligger i denne planen, vil det kunne øke det økonomiske handlingsrommet for sykehuset, og dermed også muligheten for å investere i ny og moderne teknologi, og en fortsatt oppgradering av den delen av bygningsmassen som har behov for det.
- Gode nettverk med andre aktører vil kunne øke potensialet for teknologisk innovasjon
- Gode samarbeidsmodeller vil kunne åpne for mer strukturert informasjonsutveksling mellom aktørene – på tvers av organisatoriske grenser. Ikke minst er dette viktig inn mot primærhelsetjenesten.
- Moderne teknologi vil øke potensialet for samhandling med pasienter og pårørende, og for etablering av mer arenauavhengige leveransemodeller. Det vil kunne øke foretakets attraktivitet når pasienter skal velge leverandør/velge hvor de ønsker å få behandlingen.
- De sykehusene som er «teknologisk i front», vil generelt være mer attraktive enn de som ligger lavere på en skala for «teknologisk modenhet»
- Moderne teknologi vil kunne lette og effektivisere arbeidsprosessene internt på SiV, i og med at ansatte får tilgang til sann tids beslutningsinformasjon når og hvor de trenger det.

##### Risikofaktorer:

- Strengt personvernregler vil kunne gjøre det vanskelig å utveksle informasjon på tvers av organisatoriske grenser. Det kan også ligge en utfordring i at samarbeidende aktører, som for eksempel fastleger, har teknologiske plattformer/løsninger som «ikke kommuniserer med sykehusets».
- Hvis SiV ikke greier å skape økonomisk handlingsrom, vil sykehuset kunne bli sittende med utdaterte teknologiske løsninger, og dermed gjøre det vanskelig å samhandle med andre aktører og med pasienter og pårørende
- Bruken av ny teknologi og økende digitalisering kan bidra til at enkelte pasientgrupper blir fremmedgjort, eller får problemer med å nyttiggjøre seg nye tjenester og tilbud. Det blir derfor viktig å utvikle tjenestene på en slik måte at de blir like tilgjengelige for alle – uavhengig av digital modenhet.
- Innføring av ny teknologi kan også ta lengre tid enn utvikling og forbedring av arbeidsprosesser og samhandlingsmodeller, og på den måten forsinke en utvikling som ellers ville vært både mulig og ønskelig.
- Men vi kan også oppleve den motsatte tendensen; nemlig at sykehuset blir «hengende» i gamle arbeidsmåter parallelt med at ny teknologi innføres og tas i bruk. I begge tilfeller vil sykehuset ha problemer med å få realisert de gevinstene som den nye teknologien gjør mulig.

- Generelt medfører den teknologiske utviklingen en risiko for økt sårbarhet med hensyn til sikkerhet for systemene og den informasjon som ligger i dem. Men denne risikoen er antakelig langt på vei uavhengig av hvilke veivalg som tas og hvilke hovedgrep som besluttes.



## 9.6 Oppsummering

I dette kapitlet er det beskrevet en del viktige forhold knyttet til måten arbeidet med å følge opp utviklingsplanen bør legges opp på. Det er også beskrevet hvilke risikofaktorer og muligheter som planen stiller SiV overfor – på alle de fire områdene som står omtalt innledningsvis i punkt 10.5.

Det er viktig at det videre arbeidet med planen legges opp på en slik måte at alle involverte parter både forstår *hvorfor* SiV har valgt den utviklingsretningen det er lagt opp til, og *hva* disse valgene og grepene konkret *innebærer*. Det er derfor viktig at det etableres en regi for oppfølging som både synliggjør de operative konsekvensene av planen, og ikke minst beskriver de resultatene som etter hvert oppnås. Her må det tas tydelige, transparente og helhetlige grep om oppfølgingsarbeidet. Å få dette på plass, blir en prioritert oppgave i den første tiden etter at styret har vedtatt planen.

Derfor er det viktig også i perioden etter at planen er vedtatt å ha en tydelig strategi for hvordan det videre forankringsarbeidet skal skje. Det gjelder både i forhold til SiVs egne ansatte, det gjelder i forhold til kommuner, fastleger og andre eksterne samarbeidspartnere, og det gjelder i forhold til pasienter, pårørende og befolkningen som helhet. Dersom SiV skal lykkes med å gjennomføre de grepene som er beskrevet i planen, er sykehuset helt avhengig av et godt samarbeid og tett dialog med disse aktørene. Ikke minst blir det avgjørende viktig, slik det er gjort rede for ovenfor, å skape trygghet i befolkningen for at det er mulig å få kvalitativt gode spesialisthelsetjenester også uten at pasientene legges inn på sykehus.

## KAPITTEL 10 – Oppsummering

### 10.1 Kort om det videre arbeidet med planen

Som det framgår av kapitlene 1 og 2, har SiV ønsket å bruke høringsprosessen på utviklingsplanen til å forankre og utdype det utkastet som ble behandlet i styret for sykehuset den 20. januar og sendt på høring den 3. februar.

Høringsprosessen har derfor vært både lang og bred. Mange har gitt verdifulle innspill til planutkastet, og det ble i tillegg avholdt en stor høringskonferanse den 31. mars. En oppsummering av høringsuttalelsene – med vekt på det som er gjennomgående fellestrekk – er gjort i punktene 2.6.2. og 2.6.3.

På grunnlag av innspillene i høringsfasen har sykehuset utarbeidet en ny og revidert utgave av planen. Den har i stor grad tatt opp i seg hovedpunktene fra høringsuttalelsene – både når det gjelder synspunkter på de hovedgrepene som ble beskrevet i det første planutkastet, inkludering av nye perspektiver, og når det gjelder innspill til regi for oppfølging av planen.

Det gjennomgående inntrykket fra høringsuttalelsene var at sykehuset «traff godt» både med hovedgrep, mål/begrunnelser og veivalg. Sett i det perspektiv bør sykehuset ha et godt grunnlag for videre samarbeid med sine samarbeidspartnere for å realisere de grepene som er beskrevet i planen.

Det er nå arbeidet med å «oversette» de enkelte hovedgrepene til konkrete arbeider, med mandat, ansvars plassering, regi, framdriftsplaner og så videre, starter. Som det framgår av kapittel 9, vil administrerende direktør starte arbeidet med å lage en regi for denne konkretiseringen og oppfølgingen umiddelbart etter at styret har fattet sitt vedtak i saken. Det er i den sammenheng viktig å presisere at arbeidet med å følge opp de valgte hovedgrepene vil utgjøre en helt sentral del av sykehusets utviklingsstrategi for hele den 4-års perioden vi nå går inn i. Det er derfor viktig at det lages en god regi for oppfølgingsarbeidet; ikke minst at det blir godt forankret.

### 10.2 Hvorfor akkurat de grepene som er foreslått?

I kapittel 3 har vi gjort rede for de overordnede føringene som er lagt for spesialisthelsetjenesten i Norge, og de rammer som SiV la rundt sitt eget arbeid med utviklingsplanen fra 2018. I det samme kapitlet har vi gjort rede for sykehusets overordnede strategi for virksomhetsutvikling, og hvordan denne strategien skal brukes til å mobilisere organisasjonen til å møte nye og gamle utfordringer på måter som gjør at vi innfrir samfunnsoppdraget, og som oppleves som bra av pasienter, pårørende, medarbeidere og samarbeidspartnere.

Det er på grunnlag av disse føringene og strategiene at SiV har utviklet og prioritert de grepene som er foreslått i kapitlene 6, 7 og 8, og som stikkordsmessige vil bli oppsummert i punkt 10.3. nedenfor.

Vi gjentar ikke disse premisene og føringene her, men viser til kapittel 3 for nærmere begrunnelse. Kapittel 3 tegner på mange måter den røde tråden i det som har vært sykehusets utviklingsstrategi og –retning de senere årene.

Som det framgår av vår oppsummering av høringsuttalelsene i punktene 2.6.2. og 2.6.3., er det vårt inntrykk at høringsinstansene deler vår vurdering av at den røde tråden som er beskrevet i kapittel 3, gir et godt grunnlag for videre utvikling både av spesialisthelsetjenesten og den samlede helsetjenesten i Vestfold.

### 10.3 Hovedgrep i planen

Utviklingsplanen er basert på de tre hovedperspektivene SiV la til grunn for den planen som ble vedtatt i 2018, og som styret på sitt møte den 23. juni 2021 vedtok skulle legges til grunn også for denne planen (planrulleringen).

Selv om flere av de grepene som foreslås i planen, «hører hjemme» i mer enn ett av perspektivene, vil vi likevel ta utgangspunkt i disse perspektivene når vi nedenfor gjør rede for grepene. Hvordan regien for videre arbeid med grepene skal legges opp, vil, som nevnt ovenfor, bli satt på dagsorden umiddelbart etter at styret har behandlet planen.

#### 10.3.1 Perspektiv 1: Intern utvikling og konsolidering av SiV

De *faglige* grepene som er foreslått innen rammene av dette perspektivet er som følger:

- SiV vil styrke kapasiteten for å håndtere akutt kritisk syke pasienter
- SiV vil fortsette arbeidet med å utvikle akuttmottakene ved sykehuset og styrke samarbeidet i den akuttmedisinske kjeden
- SiV vil intensivere arbeidet med å utvikle gode og sammenhengende pasientforløp for skrøpelige, multisyke eldre pasienter
- SiV vil utvikle mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter med diffuse/uspesifikke plager og smerter
- SiV vil styrke innsatsen innenfor helse og arbeid
- SiV vil fortsette arbeidet med å styrke rehabiliteringsinnsatsen ved sykehuset
- SiV vil videreutvikle bruken av minimal-invasive metoder, og dermed gi pasientene mer skånsomme inngrep, ytterligere overgang til dagkirurgi og kortere liggetider
- SiV vil styrke og koordinere tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser. Det forutsetter blant annet et tettere samarbeid mellom somatikk og psykisk helse.
- SiV vil forsterke innsatsen overfor barn og unge med psykiske helseproblemer

De *organisatoriske* grepene som er foreslått innen rammene av dette perspektivet er som følger:

- SiV vil fortsette arbeidet med å utvikle mer helhetlige og integrerte helsetjenester. Det vil blant annet gjøres ved å trekke ut og systematisk sammenstille erfaringer fra det arbeidet som er gjort på dette området de senere årene. I dette ligger også et styrket samarbeid mellom somatikken og psykisk helse og avhengighet
- SiV vil kople alt bildeproduserende MTU til sykehusets VNA. Det vil gi en felles plattform for informasjonsdeling, lette samhandlingen, og øke pasientsikkerheten.
- SiV vil fortsatt styrke og systematisere innsatsen i det forebyggende arbeidet
- SiV vil fortsatt styrke og systematisere arbeidet med å utvikle arenafleksible tilbud
- SiV vil forsterke arbeidet med å utvikle den polikliniske virksomheten ved sykehuset
- SiV vil fortsatt styrke og systematisere arbeidet med å redusere uønsket variasjon



10.3.2 Perspektiv 2: Utvikle SiV gjennom samarbeid og konkurranse i spesialisthelsetjenesten  
SiV vil følge opp tidligere styrevedtak om å utvikle samarbeidet med Sykehuset Telemark. Styret har prioritert følgende områder for videre samarbeid (styremøtet 22.12.2021):

1. Stråleterapi
2. Sikkerhetspsykiatri
3. Fysikalsk medisin og rehabilitering
4. Karkirurgiske pasientgrupper

Dette arbeidet vil gradvis bli konkretisert i en dialog med Sykehuset Telemark.

10.3.3 Perspektiv 3: Utvikle SiV gjennom samarbeid med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold

De grepene som er foreslått innen rammene av dette perspektiv er som følger:

- Fortsette samarbeidet med primærhelsetjenesten om å utvikle modeller for avstandsoppfølging og arenaflexible løsninger
- Fortsette samarbeidet om kompetansedeling på tvers av ulike tjenester, for blant annet å unngå uønsket variasjon i tilbudet
- Bidra til forsterket samarbeid om forskning og innovasjon
- Bidra til mer strukturert hospitering og samarbeid og felles, delte stillinger
- Bidra til å sikre en fortsatt velfungerende fastlegeordning
- Bidra mer systematisk i det forebyggende helsearbeidet
- Fortsette samarbeidet om gode pasientforløp for skrøpelige, multisyke, eldre pasienter
- Fortsette samarbeidet om barn og unge med behov for rask hjelp og/eller med risiko for å utvikle psykososiale problemer
- Forsterke samarbeidet om å utvikle den akuttmedisinske kjeden
- Forsterke samarbeidet om særlig noen spesifikke pasientgrupper innen psykisk helse og avhengighet (se mer om dette i punkt 8.8. i planen).
- Innenfor rammene av helsefellesskapet utvikle felles styringsdata som grunnlag for utvikling og oppfølging av tjenesten.



