

Innkalling til møte

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtetid	23. juni 2021, kl. 09:15
Møtested	Quality Hotel Tønsberg, Ollebukta 3, møterom Ormen Lange

Eventuelle forfall meldes til Per.Jorgen.Olafsen@siv.no eller +47 93266094. Varamedlem møter kun etter særskilt innkalling.

Med vennlig hilsen
Sekretariatet

Saksliste

Saker til behandling

50/21 Godkjenning av protokoll fra styrets møte 7. mai 2021	3
51/21 Forskning og innovasjon ved SiV -juni	15
52/21 Kliniske behandlingsstudier - ny nasjonal handlingsplan og rapport fra Riksrevisjonen	17
53/21 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem - eksempel på oppfølging i lokalt kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid 23	
54/21 Rapportering Tønsbergprosjektet	24
55/21 Status Covid-19 pr juni 2021	32
56/21 Rapportering mai 2021	33
57/21 ForBedring 2021 - hovedresultater	41
58/21 Arbeidet for behandling av spiseforstyrrelser	47
59/21 Utviklingsplan for Sykehuset i Vestfold HF 2022-2025 - premisser og framdrift	48
60/21 Brukerutvalgets leders orientering 23.06.2021	152
61/21 Administrerende direktørs orientering 23.06.2021	153
62/21 Status for eksterne tilsyn og revisjoner juni 2021	154
63/21 Status for oppfølging av styrevedtak juni 2021	158
64/21 Styrets årsplan 2021 - oppdatering pr juni	160
65/21 Referatsaker 23.06.2021	163
66/21 Eventuelt 23.06.2021	183



Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 23.06.2021

Saksnr: 50/21

Sakstype: Godkjenning

Saksid: 20/02732-14

Saksbehandler: Katrine Svinterud

Godkjenning av protokoll fra styrets møte 7. mai 2021

Vedlegg:

Protokoll Styret for Sykehuset i Vestfold HF 07.05.2021

Hensikten med saken:

Forslaget til protokoll fra styrets foregående møte er signert elektronisk av alle styremedlemmer.

Forslag til vedtak:

Protokoll fra styrets møte 7. mai 2021 godkjennes.

Tønsberg, 16. juni 2021

Stein Kinserdal
administrerende direktør

Møteprotokoll

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtetid	fredag 7. mai 2021, kl. 09:15
Møtested	Digitalt (Teams)
Arkivsak	20/02732

Møtedeltakere

Oppnevnt av foretaksmøter (2020-2022):

Per Christian Voss, leder
Anne Biering, nestleder
Hans August Bruer Hanssen
Guro Winsvold
Jonas Slørdahl Skjærpe
Elisabeth Longva

Valgt av ansatte (2021-2023):

Lise Nordahl
Ellen Holtan Folkestad
Geir Tollefsen
Nina Christin Clausen

Observatører med tale og forslagsrett:

Anne Elisabeth Frogner, nestleder brukerutvalget

Forfall

Charlotte Johanne Haug

Av 11 styremedlemmer var 10 tilstede.

Ellers deltok

Pasient- og brukerombud Torunn Grinvoll, sak 39

Fra administrasjonen deltok

Administrerende direktør Stein Kinserdal
Klinikksjef KIR Siri Vedeld Hammer
Klinikksjef KFMR Gro E Aasland
Klinikksjef KPA Inger Meland Buene
Klinikksjef KMD Lene Aasheim Hoffstad
Klinikksjef PH Jørgen Einerkjær
Kst direktør SD Henry Dallager
Programdirektør Jostein Todal

Fag- og samhandlingsdirektør Jon Anders Takvam
Økonomidirektør Roger Gjennestad
HR-direktør Bente Krauss
Kommunikasjonsdirektør Merete Bugsett Lindahl
Forsknings- og innovasjonsdirektør Jørn E Jacobsen
Teknologidirektør Terje Haug, fra sak 40
Forskningssjef og professor Tomm Bernklev, sak 36
Prosjektdirektør Tom Einertsen, sak 38
Spesialrådgiver Per Jørgen Olafsen, møtesekretær

Det var ingen merknader til innkalling eller saksliste.

SAKSKART			Side
35/21	20/02732-9	Godkjenning av protokoll fra styrets møte 17. mars 2021	3
36/21	20/03567-19	Forskning og innovasjon i SiV - mai	3
37/21	20/00435-145	Status Covid-19 pr mai 2021	4
38/21	19/10208-19	Rapportering Tønsbergprosjektet	4
39/21	21/01643-3	Årsmelding 2020 for Pasient- og brukerombudet i Vestfold	5
40/21	21/01165-3	Rapportering mars 2021	5
41/21	20/05005-14	Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkl. status budsjett 2022	6
42/21	20/00560-3	Planer for sommerferieavvikling 2021	7
43/21	20/05179-34	Brukerutvalgets leders orientering 07.05.2021	8
44/21	20/05179-35	Administrerende direktørs orientering 07.05.2021	8
45/21	20/05179-36	Status eksterne for tilsyn og revisjoner mai 2021	9
46/21	20/05179-37	Status for oppfølging av styrevedtak mai 2021	9
47/21	20/05179-38	Styrets årsplan 2021 - oppdatering pr mai	10
48/21	20/05179-25	Referatsaker 07.05.2021	10
49/21	20/05179-33	Eventuelt 07.05.2021	10

Saker til behandling**35/21 Godkjenning av protokoll fra styrets møte 17. mars 2021**

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	07.05.2021	35/21

Hensikten med saken

Forslaget til protokoll fra styrets foregående møte er signert elektronisk av alle styremedlemmer.

Forslag til vedtak

Protokoll fra styrets møte 17. mars 2021 godkjennes.

Møtebehandling

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Protokoll fra styrets møte 17. mars 2021 godkjennes.

36/21 Forskning og innovasjon i SiV - mai

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	07.05.2021	36/21

Hensikten med saken

Styret ved SiV HF får et innblikk i forskningsaktiviteten ved SiV HF. Dagens tema er hentet fra Forsknings og innovasjonsenheten.

På 12 minutter vil forskningssjef og professor Tømm Bernklev presentere en ny struktur for samling av forskere i forskningsgrupper. Det vil bli lagt vekt på hvordan dette støtter opp under økt satsing på kliniske studier og på ledelsesforankring. Målsettingene for organiseringen er hentet både fra SiV HF sin egen forskningsstrategi og fra den nylig publiserte «Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021-2025»

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Møtebehandling

Forskningssjef og professor Tømm Bernklev presentere ny struktur for samling av forskere i forskningsgrupper ved SiV.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar saken til orientering.

37/21 Status Covid-19 pr mai 2021

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	07.05.2021	37/21

Hensikten med saken

Fag- og samhandlingsdirektør Jon Anders Takvam gir i møtet en kort redegjørelse om Covid-19-situasjonen ved Sykehuset i Vestfold HF.

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsen til orientering.

Møtebehandling

Fag- og samhandlingsdirektør Jon Anders Takvam redegjorde kort for status.

Styremedlemmene stilte spørsmål til redegjørelsen, som ble besvart av fag- og samhandlingsdirektør.

Styremedlemmene uttrykte anerkjennelse for det vaksineringsarbeid som er utført i helseforetaket. Det var enighet om at det etter pandemien før legges fram en sak om læringspunkter for beredskapsarbeidet.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar redegjørelsen til orientering.

38/21 Rapportering Tønsbergprosjektet

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	07.05.2021	38/21

Hensikten med saken

Hensikten med saken er å gi styret en overordnet status for Tønsbergprosjektet. Det vil i styremøtet bli gitt en orientering om status for prosjektet.

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsen til orientering.

Møtebehandling

Prosjektdirektør Tom Einertsen orienterte om status for Tønsbergprosjektet.

Styret uttrykte stor anerkjennelse for det prosjektarbeidet som er utført.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar redegjørelsen til orientering.

39/21 Årsmelding 2020 for Pasient- og brukerombudet i Vestfold

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	07.05.2021	39/21

Hensikten med saken

Pasient- og brukerombudet i Vestfold har oversendt sin melding om virksomheten i 2020. I saksframlegget gjøres det kortfattet rede for de hovedpunkter i meldingen som har særlig relevans for SiV.

Forslag til vedtak

Styret tar årsmelding 2020 for Pasient- og brukerombudet i Vestfold, til orientering.

Møtebehandling

Pasient- og brukerombud Torunn Grinvoll orienterte om sin årsmelding for 2020.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar årsmelding 2020 for Pasient- og brukerombudet i Vestfold, til orientering.

40/21 Rapportering mars 2021

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	07.05.2021	40/21

Hensikten med saken

Helse Sør-Østs oppdrag og bestilling til SiV inneholder mange mål. HOD/HSØ har i SiVs OBD for 2021 prioritert enkelte av dem, og disse følges opp månedlig og legges til grunn for rapporteringen i styremøtene.

Forslag til vedtak

Styret tar rapporteringen for mars 2021 til etterretning.

Møtebehandling

Økonomidirektør Roger Gjennestad gjorde rede for status med oppfølging av OBD 2021 pr mars måned.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar rapporteringen for mars 2021 til etterretning.

41/21 Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkl. status budsjett 2022

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	07.05.2021	41/21

Hensikten med saken

Økonomisk langtidsplan (ØLP) inngår i den årlige budsjettprosessen i Helse Sør-Øst RHF (HSØ). Det langsiktige tidsperspektivet er fram mot 2035/40, men det utarbeides en mer detaljert fire-årsplan der kommende budsjettår er første år. HSØ legger klare forutsetninger for denne planen i sin styresak 024-2021.

I denne saken gis styret orientering om hvilke forutsetninger som ligger til grunn fra HSØ, og hvilke forutsetninger SiV velger å legge til grunn for arbeidet med budsjett 2022 og for årene i langtidsplanperioden.

Forslag til vedtak

1. Styret vedtar ØLP 2022 – 2025 slik den er oversendt Helse Sør-Øst RHF.
2. Styret ber administrerende direktør legge saken til grunn i det videre arbeidet med Budsjett 2022.

Møtebehandling

Økonomidirektør Roger Gjennestad gjorde rede for premisser for og innretning av ØLP 2022-2025.

Styreleder Per Christian Voss foreslo følgende nytt vedtakspunkt:

3. Styret ber om at det legges fram temasak i styremøte 29.09.21 om
 - a) Arbeidet med å etablere heltidskultur i SiV i lys av arbeidstidsbestemmelsene i lov og avtaleverk.
 - b) Arbeidet med et helse- miljø og sikkerhetsarbeidet for medarbeidere i døgnkontinuerlig arbeid.

Styremedlem Hans August Hanssen foreslo at det heretter gis jevnlig, kortfattet informasjon om status for arbeidet med helsefelleskap og ny utviklingsplan. Styret sluttet seg til denne henstillingen.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt, med tillegg av styreleders forslag til nytt punkt 3.

Vedtak

1. Styret vedtar ØLP 2022 – 2025 slik den er oversendt Helse Sør-Øst RHF.
2. Styret ber administrerende direktør legge saken til grunn i det videre arbeidet med Budsjett 2022.
3. Styret ber om at det legges fram temasak i styremøte 29.09.21 om
 - a) Arbeidet med å etablere heltidskultur i SiV i lys av arbeidstidsbestemmelsene i lov og avtaleverk.
 - b) Arbeidet med et helse- miljø og sikkerhetsarbeidet for medarbeidere i døgnkontinuerlig arbeid.

Protokolltilførsel

På vegne av de fire ansattvalgte styremedlemmene ba styremedlem Lise Nordahl om følgende protokolltilførsel:

«Saksfremlegget presenterer heltid og det premisset organisasjonene legger for avtaleinngåelse knyttet til helgearbeid. Avtaleretten er nedfelt i AML av en god grunn- for å

demme opp for den helsemessige risikoen som ligger i å ha skiftende arbeidstider, nattarbeid og den velferdsmessige belastningen ved å arbeide i helger og høytider. Fremstillingen av hvordan få til heltid med 3. h helg og påstanden om at det vil utløse en stor overbemanning på dagtid er ikke begrunnet og videre at en organisering som dette vil sprengte de økonomiske rammene, er mer nyansert enn denne fremstillingen. Ansattrepresentantene ba om endring av tekst eller fjerning av tekst før styremøtet og vi beklager at dette ikke ble imøtekommet. Ansattrepresentantene er fornøyd med at temaet heltid og deltid kommer opp som egen sak i styremøte til høsten og støtter vedtaksendringen til saken.»

42/21 Planer for sommerferieavvikling 2021

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	07.05.2021	42/21

Hensikten med saken

Styret har bedt om å bli sykehuset håndterer sommerferieavviklingen, med vekt på bemanning, tilgjengelighet og kapasitet. Saken har til hensikt å orientere styret om disse forholdene.

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Møtebehandling

Styreleder Per Christian Voss foreslo følgende nytt vedtakspunkt:

2. Styret ber om at det legges fram temasak i styremøte 29.09.21 om
 - a) Arbeidet med å etablere heltidskultur i SiV i lys av arbeidstidsbestemmelsene i lov og avtaleverk.
 - b) Arbeidet med et helse- miljø og sikkerhetsarbeidet for medarbeidere i døgnkontinuerlig arbeid.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt, med tillegg av styreleders forslag til nytt punkt 2.

Vedtak

1. Styret tar saken til orientering.
2. Styret ber om at det legges fram temasak i styremøte 29.09.21 om
 - a) Arbeidet med å etablere heltidskultur i SiV i lys av arbeidstidsbestemmelsene i lov og avtaleverk.
 - b) Arbeidet med et helse- miljø og sikkerhetsarbeidet for medarbeidere i døgnkontinuerlig arbeid.

Protokolltilførsel

På vegne av de fire ansattvalgte styremedlemmene ba styremedlem Lise Nordahl om følgende protokolltilførsel:

«Hensikten med saken slik ansattrepresentantene ser det er at styret skal orienteres om hvordan det jobbes med arbeidsplaner og hvor langt man er kommet med tanke på å skaffe nok kvalifisert personell og tilgangen på vikarer sett i lys av den situasjonen SiV har vært i den siste tiden. Dette med tanke på å kunne erstatte ansatte og gjennomføre en sommerferieavvikling med kvalitet og pasientsikkerhet. Faktagrunnlaget i saken er in-

formativt, men deler av faktagrunnlaget under kursiv pkt. Bruk av egne ansatte inneholder påstander, slik vi ser det, og et budskap som ansattrepresentantene reagerer på. Det fremstilles som et problem at «alle avvik fra AML krever avtaler med fagorganisasjonene».

Det er samtidig helt irrelevant slik vi ser det å blande inn heltidskultur og helgearbeid inn i denne saken. Her er det mange nyanser som bør belyses, det medfører ikke riktighet at organisasjonene legger et premiss om 3. hver helg for å inngå avtaler om gjennomsnittsberegninger av arbeidsplaner. SiV vil ha et behov for arbeidskraft i årene fremover. I dette arbeidet med heltid er det derfor helt avgjørende å søke løsninger som ivaretar følgende perspektiver – at arbeidsgiver kan tilby hele stillinger og at ansatte ønsker og klarer å gå i hele stillinger gjennom et helt yrkesliv.

Deler av dette punktet i saksfremlegget rundt sommerferieavviklingen som omhandlet deltid og heltid var ønsket fjernet i forkant av styremøtet, men det ble det dessverre ikke tatt til følge.

Ansattrepresentantene er fornøyd med at temaet heltid og deltid kommer opp som egen sak i styremøte til høsten og støtter vedtaksendringen til saken.»

43/21 Brukerutvalgets leders orientering 07.05.2021

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	07.05.2021	43/21

Hensikten med saken

Brukerutvalgets leder gir i hvert møte en muntlig orientering om aktuelle saker og temaer, som styret bør være kjent med.

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsen til orientering.

Møtebehandling

Brukerutvalgets nestleder Anne Elisabeth Frogner orienterte om følgende temaer:

- Generell vurdering av brukerutvalgets involvering i SiVs virksomhet
- Trygg utskrivning
- Organisering av nye SiV
- Utvikling av helsefellesskapet

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar redegjørelsen til orientering.

44/21 Administrerende direktørs orientering 07.05.2021

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	07.05.2021	44/21

Hensikten med saken

Administrerende direktør gir i hvert møte en muntlig orientering om aktuelle saker og temaer, som styret bør være kjent med.

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsen til orientering.

Møtebehandling

Administrerende direktør Stein Kinserdal orienterte om følgende temaer:

- Direktørens strategi- og budsjettkonferanse 2021 (Torpkonferansen) gjennomføres 10. – 12. mai. Sentrale temaer er knyttet til de strategiske innsatsområdene, herunder pasientsikkerhet og kvalitet, virksomhetsutvikling, organisasjonsutvikling, ledelse, kompetanse og medarbeidere
- Arbeid og prosesser knyttet til å gjennomføre «trygg innflytting».

Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar redegjørelsen til orientering.

45/21 Status eksterne for tilsyn og revisjoner mai 2021

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	07.05.2021	45/21

Hensikten med saken

Sykehuset i Vestfold HF følger til enhver tid opp en rekke eksterne tilsyn og revisjoner, både varslede, pågående og nylig avsluttede saker. Hensikten med statusoversikten er å holde styret løpende orientert om disse tilsynene og revisjonene, hva som eventuelt er notert som avvik, og når sakene forventes lukket.

Forslag til vedtak

Styret tar statusoversikt for eksterne tilsyn og revisjoner per mai 2021 til orientering.

Møtebehandling

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar statusoversikt for eksterne tilsyn og revisjoner per mai 2021 til orientering.

46/21 Status for oppfølging av styrevedtak mai 2021

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	07.05.2021	46/21

Hensikten med saken

Saken gir oversikt over administrerende direktørs oppfølging av de styrevedtak som forutsetter særskilte tiltak.

Forslag til vedtak

Styret tar statusoversikt for oppfølging av styrevedtak pr mai 2021 til orientering.

Møtebehandling

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar statusoversikt for oppfølging av styrevedtak pr mai 2021 til orientering.

47/21 Styrets årsplan 2021 - oppdatering pr mai

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	07.05.2021	47/21

Hensikten med saken

Styret vedtok møteplan for 2021 i møte 18. juni 2020, sak 49/20. Her følger oppdatert versjon av styrets årsplan, med oversikt over de saker som forventes behandlet i 2021. Oppdatering av årsplanen legges fram i hvert påfølgende styremøte.

Forslag til vedtak

Styret tar oppdatert årsplan 2021 pr mai til orientering.

Møtebehandling

Når det gjelder styrets neste møte, onsdag 23. juni 2021, var det enighet om å fram-skynde møtestart til kl. 09:15, med forventet avslutning kl 14:00.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar oppdatert årsplan 2021 pr mai til orientering.

48/21 Referatsaker 07.05.2021

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	07.05.2021	48/21

Hensikten med saken

Saken gir oversikt over nye, viktige dokumenter som er mottatt siden siste styremøte.

Forslag til vedtak

Styret tar de framlagte referatsakene til orientering.

Møtebehandling

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar de framlagte referatsakene til orientering.

49/21 Eventuelt 07.05.2021

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	07.05.2021	49/21

.

Det ble ikke reist temaer til dette punktet på dagsorden.

Møte ble hevet kl. 13:15.



Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 23.06.2021

Saksnr: 51/21

Sakstype: Orientering

Saksid: 20/03567-23

Saksbehandler: Jørn Evert Jacobsen

Forskning og innovasjon ved SiV - juni

Vedlegg: Ingen

Hensikten med saken:

Styret ved SiV HF får et innblikk i forskningsaktiviteten ved SiV HF. Dagens forsknings-tema er hentet fra Barneavdelingen ved Klinikk Medisin.

På 12 minutter vil forsker og overlege Ulf Wike Ljungblad presentere egen forskning på vitamin B12 mangel hos spebarn.

Forslag til vedtak:

Saken tas til orientering.

Tønsberg, 16. juni 2021

Stein Kinserdal
administrerende direktør



Fakta grunnlag:

Dagens forskningstema er hentet fra Barneavdelingen ved Klinikk Medisin, ved forsker og overlege Ulf Wike Ljungblad.

Spedbarn med vitamin B12 mangel kan være vanligere enn det som er kjent til nå. Presentasjonen i møtet er fra pågående forskning, og forskeren vil gi informasjon om metode, foreløpige funn og litt om det å kombinere forskning og klinisk aktivitet



Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 23.06.2021

Saksnr: 52/21

Sakstype: Beslutning

Saksid: 20/03567-24

Saksbehandler: Jørn Evert Jacobsen

Kliniske behandlingsstudier - ny nasjonal handlingsplan og rapport fra Riksrevisjonen

Vedlegg: Ingen

Hensikten med saken:

Kliniske behandlingsstudier fremkommer med eget måltall i Oppdrag Og Bestillerdokument(OBD) for SiV HF for 2021. I løpet av våren 2021 har SiV HF mottatt både Helse og Omsorgsdepartementets «Nasjonal handlingsplan for kliniske studier» og Riksrevisjonens rapport «Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene». I saken og presentasjon i møtet, presenteres de viktigste elementene i disse overordnede dokumentene, og det trekkes linjer til SiV HF sin strategi og handlingsplan for Forskning og Innovasjon.

Forslag til vedtak:

1. Informasjon om «Nasjonal handlingsplan for kliniske studier» og Riksrevisjonens rapport «Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene» tas til etterretning.
2. SiV HF ved Forsknings- og Innovasjonsavdelingen fortsetter arbeidet med å tilrettelegge og lage rammebetingelser for at målsettingene fra OBD kan nås. Det legges spesielt vekt på alle ledes ansvar i å legge til rette for muligheten til å gjennomføre kliniske studier i kombinasjon med klinisk arbeid.

Tønsberg, 16. juni 2021

Stein Kinserdal
administrerende direktør

**Faktagrunnlag:**

Fra SiV HF sin OBD står det: «Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetaket som inkluderte pasienter i 2021 skal økes med minst 15 prosent sammenliknet med året før.»

Våren 2021 kom både Helse og Omsorgsdepartementets «Nasjonal handlingsplan for kliniske studier» og Riksrevisjonens rapport «Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene».(Vedlegg 1 og 2)

«En klinisk studie er en utprøving av et medisinsk utstyr, en teknologi, et legemiddel, eller en behandlings- eller rehabiliteringsmetode på mennesker. Hensikten med kliniske studier er å undersøke effekt og sikkerhet av en behandlings- eller rehabiliteringsmetode. Hensikten kan også være å undersøke andre endringer i et behandlingsopplegg. Slike studier er en forutsetning for at en metode skal tas i bruk eller tas ut av praksis. Kliniske studier er et virkemiddel for å nå helsepolitiske mål om bærekraft og likeverdige tjenester av god kvalitet, og næringspolitiske mål om økt konkurransekraft i helsenæringen og økt verdiskaping i norsk økonomi.¹

Kliniske studier er en del av den kliniske pasientrettede forskningen, men er avgrenset til forskning på metoder som påvirker pasientforløpet til forskningsdeltakerne.² Den vanligste formen er studier der pasienter eller brukere mottar

en ny eller etablert metode innen diagnostikk, behandling eller rehabilitering – en såkalt intervensjon, ofte sammenliknet med en annen metode» vedlegg 1 s5.

De viktigste begrunnelsene for kliniske studier er:

- Kliniske studier gir pasienter tilgang til nye behandlingsmetoder
- Kliniske studier bidrar til bedre og tryggere pasientbehandling
- Kliniske studier bidrar til en bærekraftig helsetjeneste
- Kliniske studier bidrar til utvikling av helsenæringen
- Persontilpasset medisin og innføring av nye metoder øker behovet for kliniske studier

Regjeringens mål for handlingsplanen er:

- Andelen pasienter i spesialisthelsetjenesten som deltar i kliniske studier er 5 prosent i 2025
- Antall kliniske studier er doblet i perioden 2021-2025

Regjeringens innsatsområder

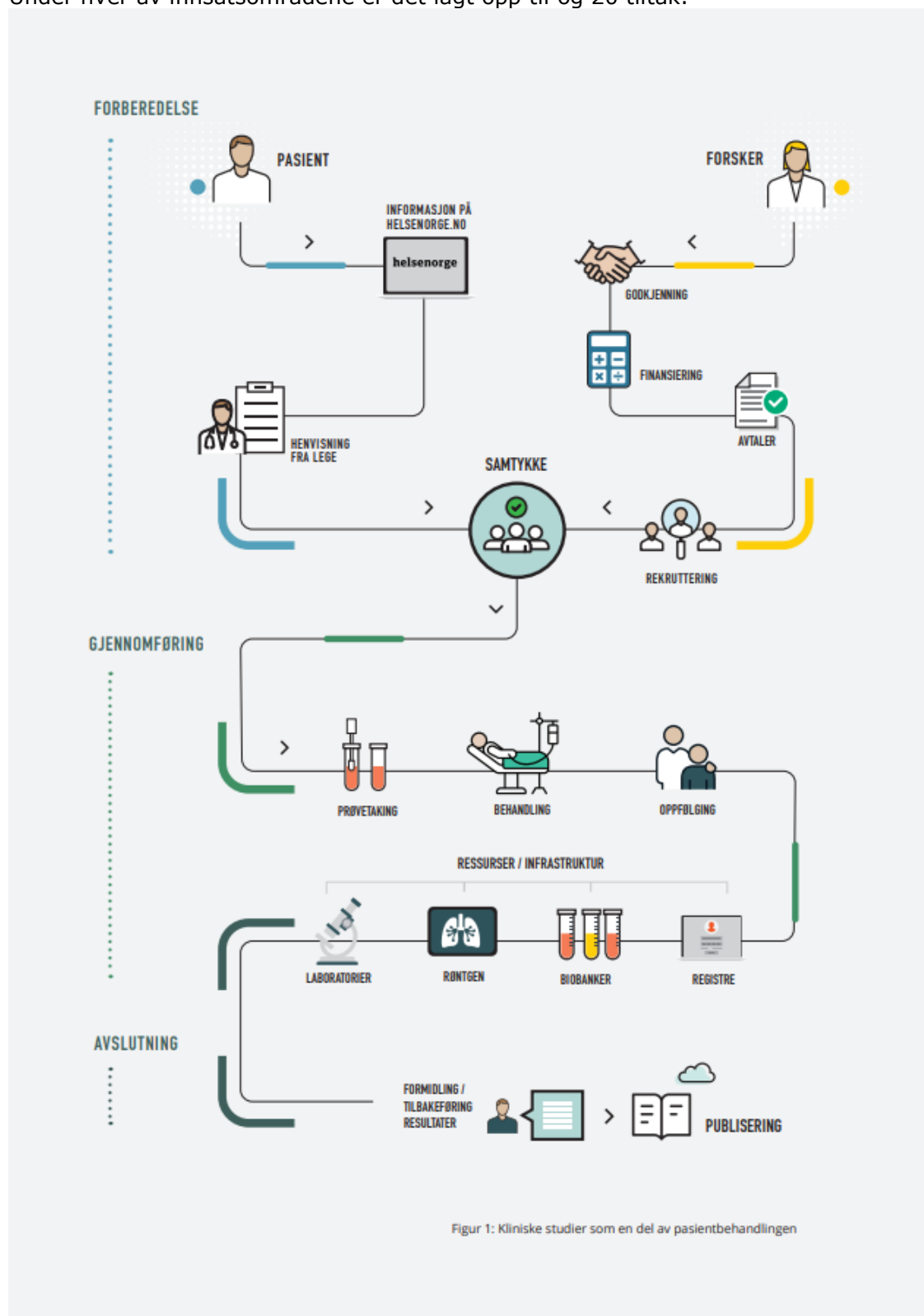
Handlingsplanens målsettinger skal nås gjennom ni innsatsområder.

De ni innsatsområdene er valgt på bakgrunn av utfordringsbildet og skal:

1. Gi pasienter økte muligheter for å delta i kliniske studier
2. Bidra til at kliniske studier blir en mer integrert del av pasientbehandlingen
3. Bidra til økt samarbeid mellom tjenesten og næringslivet om kliniske studier
4. Bidra til raskere gjennomføring av kliniske studier
5. Bidra til flere studier i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten
6. Øke kunnskap og kompetanse om kliniske studier
7. Ruste Norge for fremtidens kliniske studier, spesielt innen persontilpasset medisin
8. Gi bedre bruk av helsedata i kliniske studier
9. Øke nasjonalt og internasjonalt samarbeid om kliniske studier

SYKEHUSET I VESTFOLD

Under hver av innsatsområdene er det lagt opp til og 20 tiltak.



Figur 1: Kliniske studier som en del av pasientbehandlingen



Riksrevisjonens rapport pekte på en rekke utfordringer som er generelle for alle helseforetakene;

Utfordringer:

- Forståelse i lederlinja
- Fysisk plass
- Avsatt tid
- Studiesykepleiere, forskningskoordinatorer, forskningsstøtte

Utvalgte punkter det ble pekt på:

- Utfordrende å prioritere innen avsatt budsjett i avdelingene
- Overveldende papirmølje før oppstart
- DRG poeng - ISF
- «Forskning på fritiden»
- Midlertidig finansiering av sykepleiere- vs vikarer – uforutsigbarhet

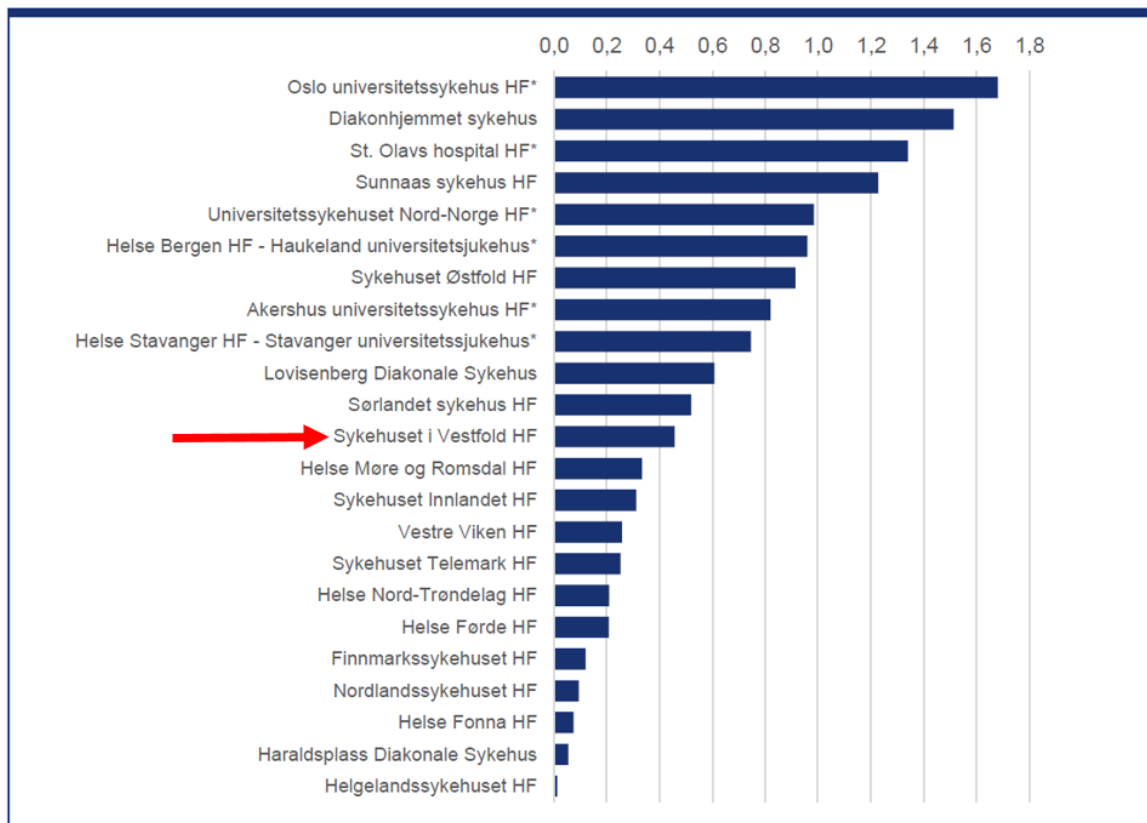
Generelle tiltak som foreslås er:

- vurdere om det gjøres nok for å sikre at pasienter blir informert om og vurdert for tilgjengelige studier - også studier utenfor eget helseforetak eller egen region
- påse at informasjonen om kliniske studier på helsenorge.no er fullstendig, oppdatert, kjent og brukes av helsepersonell
- sørge for at ledere legger til rette for kliniske behandlingsstudier. Dette kan blant annet gjøres gjennom å
- sørge for tilstrekkelig forskningsstøtte, rom, utstyr og skjermet tid, slik at helsepersonell har nødvendig handlingsrom for å delta i og gjennomføre kliniske studier.
- ha særlig oppmerksomhet på klinikker/avdelinger som har potensial for å i større grad delta i studier og inkludere pasienter.

I rapportens spesifikke del fikk SiV HF flere gode tilbakemeldinger på gjennomgående forankring av forskning fra styret til utøvende forsker. Det ble blant annet pekt på at Forsknings og innovasjonsstrategi med tilhørende handlingsplan var behandlet i besluttende organer, og at dette ble fulgt opp med årlige rapporter. (se presentasjon i møtet).

Med hensyn til volum er SiV HF i nærheten av sammenlignbare sykehus:

Figur 11 Andel studiepasienter per helseforetak og private ideelle sykehus rekruttert i 2019 (somatikk og psykisk helsevern samlet) (prosent)



Kilde; Vedlegg 2 s33

Vurdering:

SiV HF arbeider aktivt for å øke antall pasienter i og antall kliniske studier. Det er gjenkjennelse på mange av utfordringene som skisseres både i Helse og Omsorgsdepartementets «Nasjonal handlingsplan for kliniske studier» og i Riksrevisjonens «Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene».

Det er i stort sammenheng mellom SiV HF sin strategi og handlingsplan for Forskning og Innovasjon og de overordnede dokumentene. Det vil bli gjort ytterligere anstrengelser for å følge opp innsatsområdene og tiltakene i Nasjonal handlingsplan og å følge opp forbedringspunkter fra Riksrevisjonens rapport.

Det er særlig verdt å nevne arbeidet med å bevisstgjøre og ansvarliggjøre ledere på alle nivå. Deres ansvar for å legge til rette for kliniske studier, som en integrert del av klinisk hverdag, presiseres i samtlige dokumenter. En annen utfordring er datafangst som en del av «vanlig» arbeidsflyt i dokumentasjon av pasientarbeid. Et tredje og siste er «støtteinfrastruktur» for denne typen studier.

Innsatsområdene og tiltakene og vil bli fulgt opp med konkrete tiltak i kommende ledergruppesaker. Det er viktig å påpeke at dette ikke er en-til-en sammenheng mellom utfordring, tiltak og løsning. Mange pågående prosesser i SiV HF kan og vil bidra til å møte utfordringene, og så vil standardiserte prosesser som investeringsbehov og annet budsjettarbeid ta opp i seg løsninger i den grad det er mulig.



Rapportene:

Nasjonal handlingsplan

https://www.regjeringen.no/contentassets/59ffc7b38a4f46fbb062aecae50e272d/207035_kliniske_studier_k6_b.pdf

Riksrevisjonen

<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/undersokelse-av-kliniske-behandlingsstudier-i-helseforetakene.pdf>



Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 23.06.2021

Saksnr: 53/21

Sakstype: Orientering

Saksid: 19/10540-16

Saksbehandler: Torgeir Grøtting

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem - eksempel på oppfølging i lokalt kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid

Vedlegg: Ingen

Hensikten med saken:

Norsk kvalitetsindikatorsystem (NKS), Helseatlas for kvalitet og nasjonale kvalitetsregistre er alle kilder til informasjon om kvaliteten på de helsetjenester landets helseforetak yter til befolkningen. Denne saken er oppfølging av tidligere saker om kvalitetsindikatorer mm og skal sikre at styret er kjent med eksempler på hvordan man ved Sykehuset i Vestfold HF (SiV) arbeider for å følge opp resultatene i helseforetakets interne kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

Avdelingssjef Susanne Monica Prøsch vil i styremøtet redegjøre for arbeidet innenfor området lungekreft.

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelsen til orientering.

Tønsberg, 16. juni 2021

Stein Kinserdal
administrerende direktør



Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 23.06.2021

Saksnr: 54/21

Sakstype: Orientering

Saksid: 19/10208-21

Saksbehandler: Tom Einertsen

Rapportering Tønsbergprosjektet

Vedlegg:

Tønsbergprosjektet Tertialrapport 1. tertial 2021 210527

Hensikten med saken:

Hensikten med saken er å gi styret en overordnet status for Tønsbergprosjektet; vedlagt er tertialrapport for 1. tertial 2021 (som er oversendt HSØ). I styremøtet vil det bli gitt en orientering om siste status per medio juni 2021.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Tønsberg, 16. juni 2021

Stein Kinserdal
administrerende direktør

Prosjekt Tønsbergprosjektet

Tertialrapport 1. tertial 2021

Status pr. 30.04.2021



UTKAST DEL TP

Rev.	Status	Dato	Beskrivelse	Utgitt av	Sjekket av	Godkjent av
01	UFI	21.05.21	Økonomiske tabeller avstemt	Roger Gj.		Stein K.

Prosjektets navn:	Tønsbergprosjektet (TP)
Fase:	Gjennomføringsfase
Ansvarlig for rapportering:	Stein Kinserdal
Dato:	21.05.2021

1 Status fremdrift

1.1 Status fremdrift

Fremdriften for byggeprosjektet rapporteres i henhold til hovedfremdriftsplan revisjon 9 godkjent i mars 2020 og plan for systematisk ferdigstillelse revisjon 15.

Fremdriften ligger foran plan og planlagt overtagelse av somatikkbygget er forventet medio august 2021 (mot 1. september som var opprinnelig planlagt).

Hele somatikkbygget var mekanisk ferdig 5. mars iht. plan, og ved utgangen av april gjensto det 25 punchpunkter (av totalt 2243 punkter).

For ferdigstillelse jobbes det med en plan hvor all testing er ferdig til slutten av juni 2021. Ved utgangen av april var man ca. 90% og 50% ferdig med egentester og systemtester for henholdsvis E-bygget og J-bygget.

Prøvedrift vil fortløpende starte så snart man er ferdig med SAT 3 tester (integreerte tester) som starter primo mai 2021.

Det jobbes med å definere serviceavtaler som er nødvendig for å opprettholde garantien etter overtagelse og FDV og "som bygget" dokumentasjon skal være komplett før overtagelse av bygget.

Framdriften av den ikke byggnære IKT-delen av TP er i hovedsak to-delt. Den delen som omfatter å bygge opp IKT-infrastruktur parallelt med byggets framdrift, følger byggets framdrift.

Prosjektansvarlige i SP og SiV har regelmessige gjennomganger av prosjektets framdrift og kvalitet.

Siste gjennomgang konkluderte uten avvik. I tillegg er det en IKT-ambisjon i TP som det har vært arbeidet med på ulike fronter siden TP startet opp. Her er samarbeidet med HSØ og SP vært helt avgjørende for å kunne «ta neste steg» i forhold til å ta i bruk ny teknologi for å forbedre pasientbehandlingen og øke produktiviteten. Det er nå etablert et program under ledelse av SiV teknologidirektør og bemannet i stor grad med ekstern kompetanse for å organisere arbeidet med 3 grupper av aktiviteter:

1. Arkitekturarbeid
2. Interne prosjekter
3. Mottak av regionale prosjekter

Arkitekturarbeidet skal beskrive den grunnleggende organisering av SiVs IKT- system, herunder prinsipper for systemenes design og utvikling og for deres innbyrdes sammenheng, for at aktivitetene under punkt 2 og 3 skal henge sammen på en god og effektiv måte.

I gruppen interne prosjekter arbeides det foreløpig med 3 prosjekter som skal kunne legge til rette for ønsket driftsmodell i nytt sykehus etter innflytting. Det er akuttavle, digitale løsninger som understøtter god drift av sengeposter og hjemmeoppfølging/-sykehus.

I gruppen for eksterne er prosjektet Helselogistikk i ferd med å bli etablert. SiV er prioritert tidlig i prosjektet. Det er mer uavklart når DIPS Arena blir et prosjekt hos SiV. IKT-midlene i TP finansierer ikke denne typen regionale prosjekter, men tas inn i teknologistrategien da prosjektene bl.a. er avhengig det arkitekturarbeidet som gjøres, og vil påvirke hvilke prosjekter som SiV prioriterer under punkt 2.

2 Økonomi

2.1 Status økonomi

For byggeprosjektet rapporteres det i henhold til budsjett revisjon 5.5 av oktober 2020.

Kostnadsutviklingen er stabil og prosjektet forventes gjennomført innenfor den økonomiske rammen.

Prisregulert kostnadsramme per april 2021 er 3.004 MNOK. Forventet sluttkostnad inkludert prognostisert prisutvikling tom. endelig avslutning av prosjektet er 3.011 (riving av A- og B-blokk, samt avsluttende utomhus-arbeider).

Utviklingen innenfor IPD-kontrakten er positiv. Samlede reserver og risikoutsatt fortjenestepost er styrket fra foregående perioder. IPD gruppens fortjeneste er styrket og nærmer seg utgangspunktet for kontrakten. Dette gir trygghet for at byggherren ikke kommer i posisjon for å måtte overta kostnader for ferdigstilling utover den økonomiske rammen for IPD-kontrakten.

Omfang endringer og uavklarte forhold er på et svært lavt nivå. Partene har startet forhandlinger og sluttoppgjør og byggherre er av den oppfatning at gjenværende reserver et tilstrekkelig til å finne en omforent løsning.

Tabell 1a: Status økonomi, tall i mill. kroner, byggeprosjektet ekskl. ikke-byggnær IKT og «Nære kontorer»

I perioden (januar til april 2021)		Akkumulert (per april 2021)		Budsjett 2021 (per bud.rev. 5.5)	Forpliktet (til og med august 2021)	Totalbudsjett (prisnivå jf. styresak)	Siste prisjustering
Budsjett	Faktisk	Budsjett	Faktisk			2014 (p50) sak 009-2017	per 30.04.2021
119	118	2.767	2.764	337	2.880	2.535	3.004

Tabellen viser kostnadspådrag for bygg og utstyr fom. forprosjekt i 2015 ekskl. byggelånsrenter på 35 mill. kr hittil i prosjektet og 2 mill. kr i tertialet.

Avvik og korrigerende tiltak byggeprosjektet

Per 1. tertial 2021 er det ingen avvik fra gjeldende plan og estimat (ligger noe foran plan). Det er heller ikke registrert vesentlige avvik i igangkjøringsfasen for hele somatikkbygget og det holdes høyt fokus på å lukke avvik løpende.

Nåværende bemanning er lav da prosjektet er mekanisk ferdig og i igangkjøringsfasen. Den bemanningen man har er allikevel kritisk for gjennomføringen. Prosjektet opprettholder en høy fokus på smittevern for i best mulig grad å sikre en trygg gjennomføring.

TP IKT / teknologistrategi

Helt siden oppstarten av TP har det vært usikkerhet knyttet til både løsninger og framdrift når det gjelder IKT og teknologistrategi. Det har derfor hele tiden vært utfordrende å periodisere budsjettet. Det har ligget en grunnbelastning helt fra starten i forhold til å bygge opp IKT-infrastruktur parallelt med byggets framdrift. Den største delen av budsjettet på 137 mill kr var tenkt til anskaffelse og det å ta i bruk nye systemer. Ambisjonen om nye systemer ligger der fortsatt slik det er beskrevet ovenfor, og ut fra dagens tidsplaner ser det nå ut som kostnader knyttet til dette vil påløpe utover i 2021, mens hoveddelen kommer mot slutten av 2021 og i 2022.

Det er i HSØ styresak 012-2020 pkt. 3 gitt anledning til at inntil 35 mill kr av TP-IKT midlene omdisponeres til delfinansiering av «Nære kontorer» som er et prosjekt på til sammen 99 mill kr. Dette prosjektet er ikke en del av tertial-rapporteringen for påløpte kostnader da de påløpte 6 mill. kr i sin helhet rapporteres som bruk av lokale investeringsmidler.

Tabell 1b: Status økonomi, tall i mill. kroner ikke bygnær IKT

I perioden		Akkumulert		Budsjett 2021	Forpliktet (totalt)	Totalbudsjett (prisnivå jf. styresak)	Siste prisjustering
Budsjett	Faktisk	Budsjett	Faktisk			2014 (p50) sak 009-2017	30.04.2021
17	3	147	36	50	71	137	165

Tabellen nedenfor er kun en summering av de 2 foregående tabellene, og viser således summene som relateres seg til den besluttede kostnadsrammen vedtatt i 2014. Aktiviteter som skal dekkes av denne rammen vil pågå langt ut i 2022 med rivning av bygg som ikke skal fases ut før SiV har flyttet inn i nytt somatikkbygg.

Tabell 1c: Status økonomi, tall i mill. kroner Tønsbergprosjektet totalt (Sum tabell 1a og 1b)

I perioden		Akkumulert		Budsjett 2020	Forpliktet (totalt)	Totalbudsjett (prisnivå jf. styresak)	Siste prisjustering
Budsjett	Faktisk	Budsjett	Faktisk			2014 (p50) sak 009-2017	30.04.2021
136	121	2.914	2.800	387	2.951	2.672	3.169

I tillegg til dette kommer byggelånsrenter hvor det hittil per desember 2020 er påløpt 35 mill kr hvorav 2 mill kr i siste tertial.

3 Aktiviteter

3.1 Hovedaktiviteter i perioden

Gjennomførte aktiviteter i perioden:

E-bygget:

- Hele bygget er mekanisk ferdigstilt.
- Egentester og systemtester er 90% ferdig
- Startet møbelleveranser
- Startet installasjon av brukerutstyr; uttakssentraler og operasjonslamper

J-bygget

- Hele bygget er mekanisk ferdigstilt
- Egentester og systemtester er 50%
- Startet installasjon av brukerutstyr; uttakssentraler og operasjonslamper

Det er tett samarbeid med SP for å bygge opp IKT-infrastruktur parallelt med byggets framdrift. Tilgang på ressurser (både kapasitet og kompetanse) oppleves så langt som god. Beslutninger om anskaffelse av nye systemer (både anskaffelse av HSØ generelt og SiV plass i utrullingskøen), er det knyttet risiko til i forhold til å ha eventuelle nye systemer på plass (med ferdig opplærte medarbeidere) på innflyttingstidspunkt. Det blir mer og mer avklart hvilken teknologi foretaket må forholde seg til ved innflytting. For å redusere risikoen starter nå pilotering og opplæring av medarbeidere opp på bakgrunn av den teknologien som med sikkerhet forventes å være på plass ved innflytting.

3.2 Hovedaktiviteter neste perioder

Hovedfokus i neste perioder for samlet bygg (E-og J bygget) :

- Ferdigstille egentester og systemtester (SAT 1 og SAT 2 tester)
- Gjennomføre integrerte systemtester; planlagt ferdig til 01.07.21.
- Ferdigstille utstyrsleveranser
- Klargjøre for oppstart ytelses- og stabilitetstester
- Etablering av dagens IKT-systemer og –infrastruktur parallelt med byggets framdrift slik at test av dette også kan starte slik det er beskrevet i kulepunktene over.
- Overlevering av bygget til SiV medio august 2021 (foran plan)
- Gjennomføre virksomhetstester i september 2021
- Videreutvikle IKT-arkitekturen og avklare hvilke nye IKT-systemer som SiV kan få på plass fra innflyttingstidspunktet, og som dermed kan legges til grunn for driftsmodellen som nå

planlegges for det nye bygget. De samme systemene skal også være på i den bygningsmassen som skal bestå i Tønsberg etter at TP er ferdig med rivning av gamle bygg.

4 Risikoforhold

Pos	Beskrivelse	Konsekvens
1	Hindre alvorlige ulykker (personell og materiell).	Omdømme og økonomiske konsekvenser
2	Stopp i igangkjøringsfasen som følge av Koronapandemien	Forsinkelser og økte kostnader
3	Oppdager feil under testing som krever større ombygging eller innkjøp av nytt utstyr	Kan forsinke ferdigstillelse og øke kostnadene

Risikoen for IKT-delen er i hovedsak knyttet til 4 områder:

- Utfordringer med å få knyttet digitale systemer i den gamle bygningsmassen som skal bestå, sammen med ny bygningsmasse – både i forhold til foretakets egen kapasitet og kompetanse, og leverandørers leveringsevne.
- Manglende ressurser (både kapasitet og kompetanse) fra SP til å etablere dagens IKT-systemer og –struktur i ny bygningsmasse.
- HSØ sin etablering av Helselogistikk-prosjektet og SiVs evne til å etablere mottaksprosjektet og ta i bruk i systemet.
- SiV plassering i HSØ sin utrullingsplan for regionale prosjekter.

5 Totalvurdering

Tønsbergprosjektet gjennomføres innenfor stramme økonomiske rammer. Det bygges inntil sykehus i full drift, og det har til dels vært utfordrende grunnforhold som forutgående undersøkelser ikke avdekket. Prosjektet er i rute for gjennomføring i henhold til gjeldende tidsplan og budsjett.

Gjennomføring i totalentreprise med en utvidet samspillmodell (IPD) har vært et godt valg for dette prosjektet. Prosjektorganisasjonen fungerer veldig godt – med mye god kompetanse og en positiv lagånd.

Psykatribygget ble overlevert 9. mai 2019. Somatikkbygget er planlagt overlevet medio august 2021 (ca. 2 uker foran plan).

Hele somatikkbygget er mekanisk ferdig og det pågår igangkjørings-tester som er planlagt ferdig til 1. juli 2021. Plan for overlevering til SiV innen tidsfristen, 1. September, vurderes som robust.

Det er kun få nøkkelpersoner som jobber i bygget med igangkjøring, men dette er kritiske personer for få gjennomføre testperioden. Rutinene for å minimalisere risiko for å spre smitte av Covid-19 har derfor svært høy fokus.

Så langt har det å etablere IKT-infrastruktur i ny bygningsmasse og integrasjon mellom dagens bygningsmasse og ny bygningsmasse gått etter planen takket være solide leveranser fra SP og eksterne leverandører. Det er for tiden ingenting som tyder på at ikke IKT-infrastrukturen vil være på plass når bygget er klart.

Når det gjelder TPs ambisjoner om å ta i bruk ny teknologi / IKT er det større usikkerhet. Som det framgår ovenfor, er det etablert et teknologiprogram med ekstern kompetanse, og det arbeides videre i tett samarbeid med HSØ/SP. Hvordan denne usikkerheten påvirker innflytting og oppstart er under vurdering, men pilotering og opplæring av medarbeidere planlegges med en driftsform basert på teknologi/systemer som med relativt stor sikkerhet vil være på plass ved innflytting.

6 Behandling i prosjektstyret/styringsgruppe

Denne tertialrapporten per april 2021 vil bli behandlet i prosjektstyret 7. juni 2021. Deretter vil den bli behandlet i styret i SiV 23. juni 2021.



Saksframlegg til
Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 23.06.2021

Saksnr: 55/21
Sakstype: Orientering
Saksid: 20/00435-152

Saksbehandler: Jon Anders Takvam

Status Covid-19 pr juni 2021

Vedlegg: Ingen

Hensikten med saken:

Fag- og samhandlingsdirektør Jon Anders Takvam gir i møtet en kort redegjørelse om Covid-19-situasjonen ved Sykehuset i Vestfold HF.

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelsen til orientering.

Tønsberg, 16. juni 2021

Stein Kinserdal
administrerende direktør



Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 23.06.2021

Saksnr: 56/21

Sakstype: Orientering

Saksid: 21/01165-5

Saksbehandler: Roger Gjennestad

Rapportering mai 2021

Vedlegg: Ingen

Hensikten med saken:

Helse Sør-Østs oppdrag og bestilling til SiV inneholder mange mål. HOD/HSØ har i SiVs OBD for 2021 prioritert enkelte av dem, og disse følges opp månedlig og legges til grunn for rapporteringen i styremøtene.

Forslag til vedtak:

Styret tar rapporteringen for mai 2021 til etterretning.

Tønsberg, 16. juni 2021

Stein Kinserdal
administrerende direktør

Faktagrunnlag:

AKTIVITET

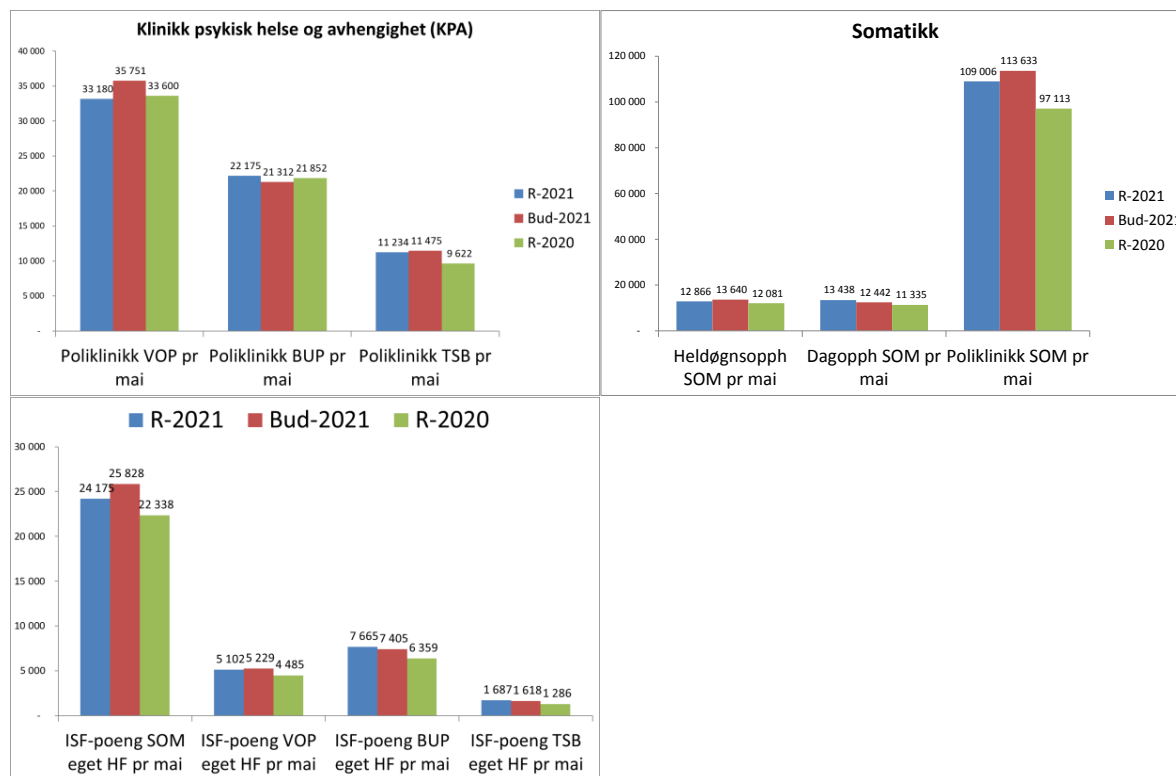
Som det framgår av grafene nedenfor har SiV utfordringer med å nå aktivitetsbudsjettet. Det gjelder også i mai selv om antall inneliggende koronapasienter er langt lavere enn tidligere i år. Det er utfordrende å analysere hvorfor aktiviteten er lavere enn budsjett. Det er en blanding av tilstrømming av pasienter, både øyeblikkelig hjelp og elektive pasienter, og sykehusets kapasitet innenfor nødvendige smitteverntiltak, sykefravær og karantene. Det er iverksatt tiltak for å øke aktiviteten og dermed redusere ventetid, fristbrudd og passert planlagt tid. Tiltakene er finansiert både fra HSØ og med SiV-midler tildelt fra en egen post på Statsbudsjettet for 2021. I løpet av mai har flere og flere av tiltakene kommet i gang.

Både ventetider, fristbrudd og passert planlagt tid har gjennom pandemien vært en utfordring på Øye. Det har derfor blitt etablert en ny poliklinikk inne på sykehuset der det rekruttert nye ansatte og anskaffet nytt utstyr. Poliklinikken åpnet i begynnelsen av mars, men grunnet sykdom og andre utfordringer i seksjonen har aktiviteten ikke økt slik som forventet. Det har imidlertid vært noe bedring fra måned til måned, og i mai isolert var avvik mot budsjett klart lavere enn gjennomsnittet i første tertial, 6,6% mot 17,0%. Så langt i juni fortsetter denne langsomme, men positive utviklingen.

Et annet område hvor det er økende antall henvisninger, er innenfor psykiatri for barn og ungdom (BUP). Det er derfor besluttet å framskynde den planlagte utvidelsen av tilbudet til barn og unge generelt, og for ungdommer med spiseforstyrrelser spesielt. Denne kapasitetsutvidelsen har bare så vidt startet opp da det tar tid å rekruttere inn denne kompetansen. Grafene viser at BUP er et av få områder som har flere opphold enn budsjettet. Det gjør at ventetiden er stabil selv om antall henvisninger øker mye (slik det framgår senere i saken).

SiV har utfordringer med å innfri prioriteringsregelen. Fordi det negative avviket på somatikk er stort, innfrir SiV prinsipielt kravet er mindre reduksjon på psykiatri for voksne (VOP) og avhengighetsbehandling (TSB) enn i somatikk. Men foretaket er langt fra i mål når det negative avviket mot budsjett er stort. Det er flere faktorer som vanskeliggjør vurderingen av prioriteringsregelen for VOP og TSB. I hovedsak er det to tekniske forhold som var ukjent på budsjetteringstidspunktet og som gir færre antall konsultasjoner ved samme aktivitet:

- Innen Helse & Arbeid er det fra januar 2021 gjort en omlegging i kodingen av en pasientgruppe som mottar tilbud fra behandlere både innen somatikk og psykisk helsevern. Denne effekten er beregnet til 3000 polikliniske konsultasjoner som i 2021 vil rapporteres som somatikk i stedet for VOP.
- Simuleringer av aktiviteten i 2020 med grupper for 2021, viser at ny gruppe gir SiV ca 3.000 konsultasjoner færre innen de prioriterte områdene (VOP, BUP, TSB). Det jobbes fortsatt med å analysere hvordan dette treffer de ulike fagområdene og forstå sammenhengen med kodepraksisen i foretaket.



VENTETID, FRISTBRUDD OG PASSERT PLANLAGT TID

Mye av driften av sykehuset har normalisert seg fra høsten i fjor. Det viste utviklingen i kvalitetsindikatorerne nedenfor i slutten av 2020 og helt i begynnelsen av dette året. Pandemiutfordringen i mars/april gjorde at forbedringene stoppet opp, og foretaket har ikke forbedret verken fristbrudd eller passert planlagt tid hittil i år. Ventetiden har i 2021 forbedret seg, men på de fleste områder bare marginalt.

Det er noen fagområder som f.eks. Øye og Øre-Nese-Hals som har hatt større utfordringer enn andre fagområder knyttet delvis til generelle sykdomsbildet (det var utfordringer også før pandemien), men også til tilpasninger til nødvendige smittevern-tiltak da den klart største delen av pasientene for disse fagområdene tilhører risikogruppen for denne pandemien. Det er derfor i større grad nå enn tidligere slik at statistikk på sykehusnivå inneholder til dels store variasjoner fra pasientgruppe til pasientgruppe.

Når det gjelder ventetid er det noen områder innenfor somatikk som forårsaker lang ventetid. Det er særlig de 3 områdene som framgår av grafen som viser antall som har ventet over 6 måneder. Av de 3 er en klar forbedring innenfor Ortopedi, mens Øye og Øre-Nese-Hals fortsatt har utfordringer. Når man ser på grafen for de som har ventet over et år, ser man at foretaket er tilbake på nivået som var før pandemien.

Det er noe av den samme effekten for plassert planlagt tid der mer 60% av antall pasienter som opplever å få sitt tilbud etter tildelt tid, tilhører 5 fagområder. Det er satt inn ulike tiltak på enkelte av disse områdene, men foreløpig har ikke det begynt å gi resultater bortsett fra på Gastro medisin som har halvert antallet som får sin behandling seinere enn det som er planlagt.

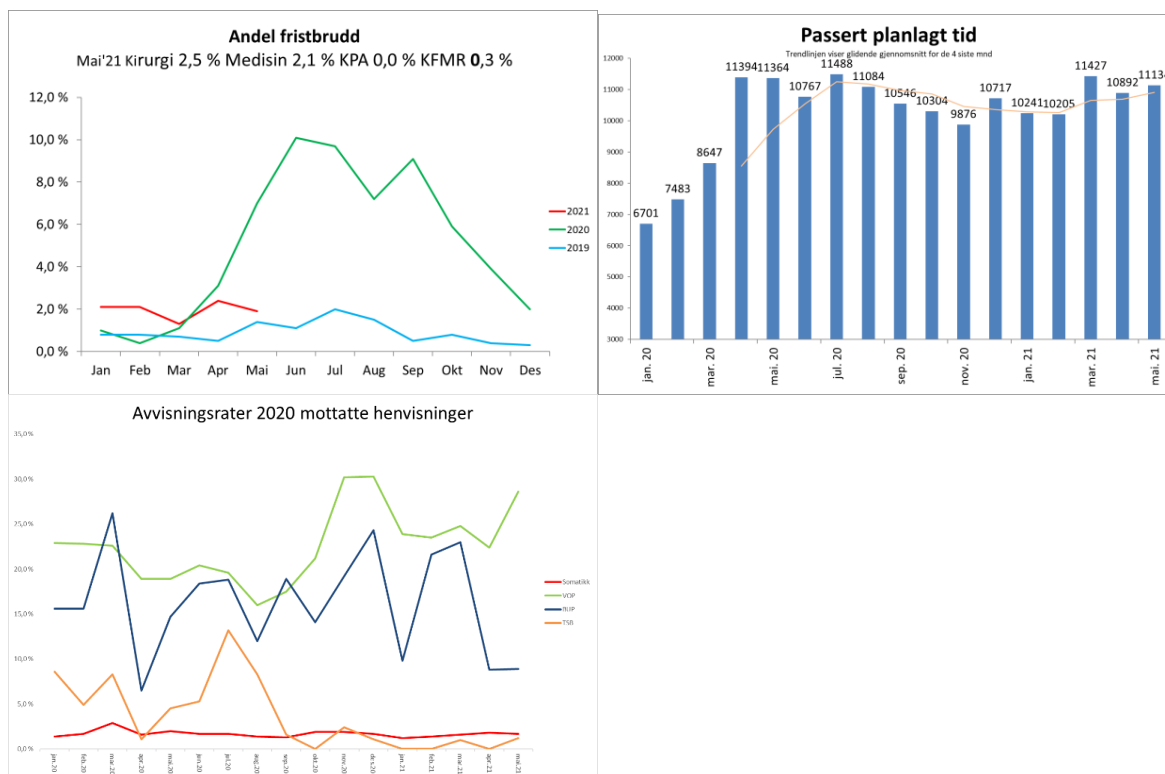
Behovet innenfor BUP har økt kraftig i år (24% flere henvisninger), men foretaket har økt kapasiteten fortløpende for å møte denne økningen. Indikatorene på BUP holder seg



SYKEHUSET I VESTFOLD

derfor fortsatt på et stabilt godt nivå. Det er satt av midler til fortsatt økning av kapasiteten og nye ressurser er ansatt, og er i ferd med å bli ansatt. Det området som SiV scorer dårlig på innen psykiatri er andel avviste henvisninger innenfor VOP. Til tross for et langsiktig og omfattende arbeid med fastleger og kommuner, representerer den grønne linja i den nederste grafen et av de høyeste nivåene blant foretakene i HSØ. Avdelingen legger nå om arbeidet med henvisninger, og det forventes at andelen avviste henvisninger går ned.



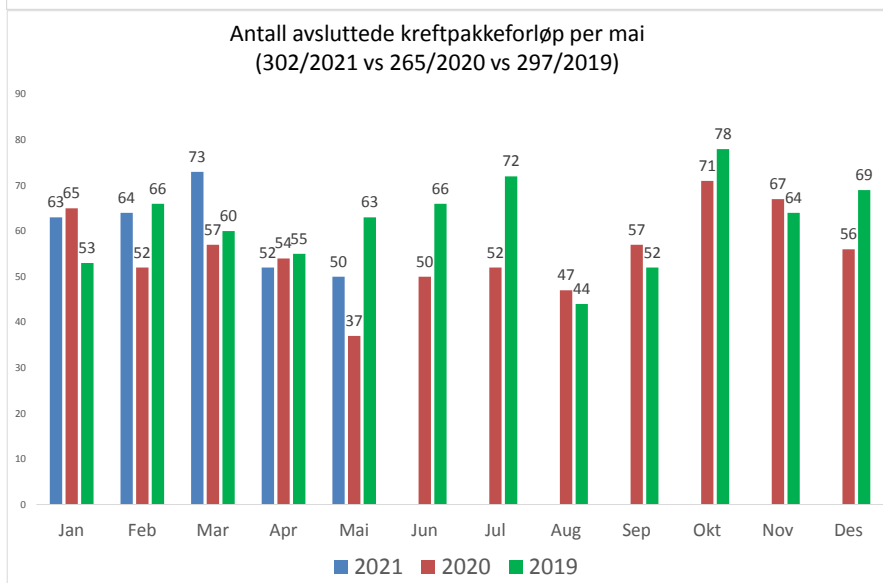
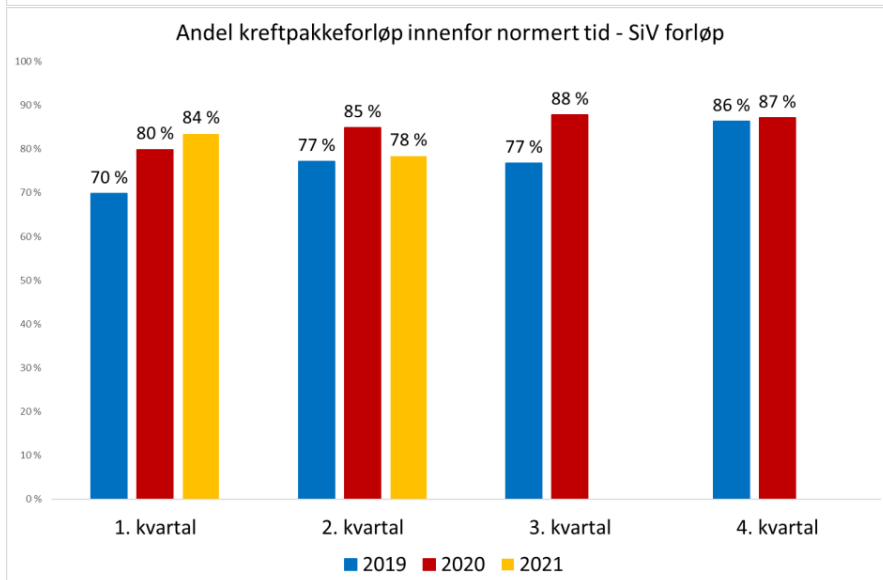
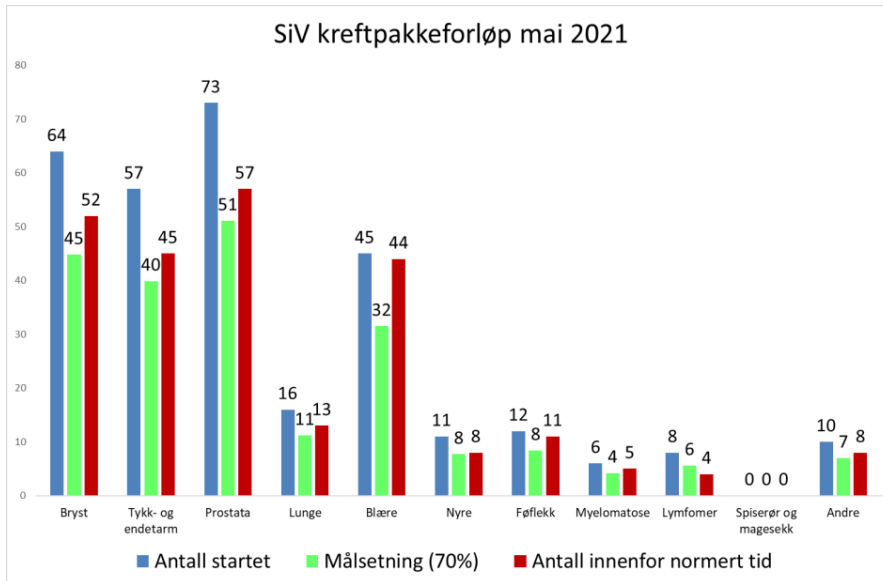


PAKKEFORLØP KREFT

Etter en god start på året har det hittil i annet kvartal vært en nedgang i andelen forløp innen normert tid. Som det framgår av midterste grafen nedenfor er det imidlertid resultatet fortsatt godt over kravet på 70%. Det er større risiko for at normert tid ikke følges når det er helligdager. Påske og mai i samme kvartal forårsaker denne nedgangen. Det er ingenting som tyder på at nedgangen skal fortsette. Planene for sommerferieavviklingen er på plass slik at resultatene fra i fjor følges opp i år.

Den øverste grafen nedenfor viser at det er to forløp som ikke når målet om 70% av forløpene innen normert tid. Det er forskjell på utviklingen i disse to forløpene. Nyre hadde utfordringer i årets to første måneder, men i perioden mars-mai hatt alle sine forløp innenfor normert tid. For Lymfom derimot er det fortsatt utfordringer og disse adresseres jevnlig med en klar forutsetning om forbedring.

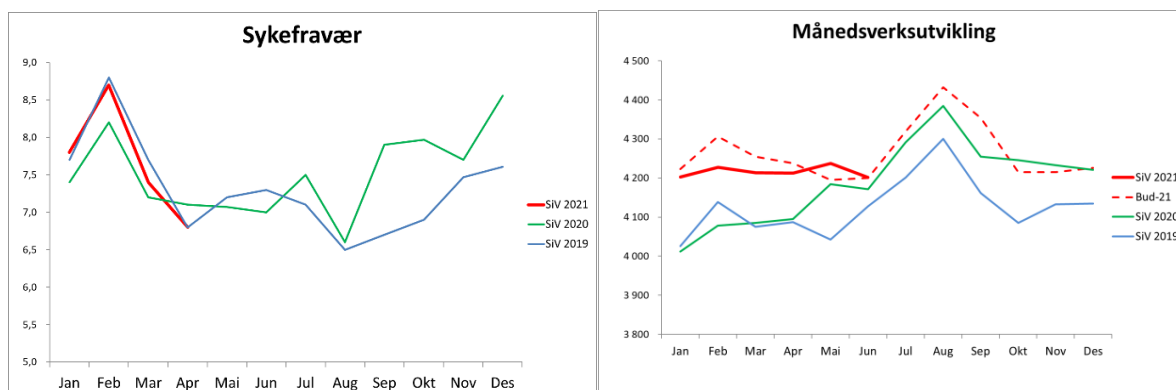
Antall pakkeforløp avsluttet hittil i år er høyere enn i fjor, og på linje med 2019. Slik utviklingen i antallet pakkeforløp har vært siden pandemien brøt ut for et drøyt år siden, forventer SV ikke at antallet skal øke dramatisk som følge av det relativt lave antallet i 2020.



SYKEFRAVÆR OG MÅNEDSVERKUTVIKLING

Karantenefraværet kom inn i den løpende sykefraværsrapportering i løpet av 2020. Den grønne linjen i sykefraværsgrafene viser derfor for annet halvår 2020 syke- og karantenefravær samlet slik som den røde linjen gjør for 2021. I første kvartal 2021 utgjør karantenefraværet i underkant av 1% noe som betyr at det vanlig sykefraværet var noe lavere enn fjoråret og godt under 2019. Imidlertid er det stor intern variasjon i sykehuset. De delene av organisasjonen som har hatt mest å gjøre under pandemien har høyt sykefravær, mens det generelle sykefraværet er på et historisk lavt nivå. I april var karantenefraværet nede på 0,3% noe som betyr at den trenden fortsetter. Nå når en stor del av SiVs ansatte er fullvaksinert forventes det at karantenefraværet fortsetter å være lavt.

Årsverkene har nå stabilisert omtrent på budsjett. Det er lagt inn noe høyere bemanning i første del av året pga. pandemien, og utover i året er det budsjettert inn årsverk til opplæring og flytting inn i nytt bygg. (Det var først i mai 2020 at koronaøkningen kom.) Forskjellen fra røde og grønne linjer og ned til det blå nivået (2019) sier noe om utfordringen foretaket har når vi kommer til 2022.



ØKONOMISK BÆREKRAFT

Pandemien slår ut negativt både på inntekts- og kostnadssiden. Dette har i første tertial blitt kompensert gjennom inntektsføring av både det som ble overført av koronamidler fra 2020 og gjennom en raskere inntektsføring enn normal periodisering av midlene som ble tildelt i statsbudsjettet til «Kompensasjon for smittevern- og beredskap». Inklusive denne ekstraordinære inntektsføringen på 92 mill kr har SiV per mai et underskudd på drøye 18 mill kr – et underskudd som er identisk med det negative resultatavviket da det budsjetterte resultatet er null i 2021.

Hovedårsakene til inntektsavviket er det gjort rede for tidligere i saken. På kostnadssiden er det fortsatt flere årsverk grunnet koronarelatert tiltak i akuttsenter, på sengepost og intensiv. I tillegg har det i vinter vært mer testing enn det SiV sitt eget laboratorium har hatt kapasitet til å analysere. Både anskaffelser av eget forbruksmateriell til testing, men ikke minst kostnader for å analysere Vestfolds befolkning sine prøver ved andre foretak, gir SiV økte kostnader. På lønnsiden er økte kostnader knyttet til intensiv utover de tiltak som ligger inne i koronabudsjettet, men det er også enkelte andre områder som har mindreforbruk.

HSØ har bedt om at det gis realistiske estimater også i mai-rapporteringen. En slik beregning må bygge på de midlene som faktisk er tilført foretaket, og at det gjøres forutsetninger for hvordan koronapandemien skal påvirke foretakets driftssituasjon gjennom hele året. Det er også vurdert om det er endrede forutsetninger for opplæring



og flytting i forbindelse med ibruktagning av nytt somatisk bygg samt konsekvensene av lønnsoppgjøret.

SiV legger til grunn for dette estimatet at koronaeffekten i andre halvår blir marginal. Et av mange spørsmålstegn ved den vurderingen er kostnad for testing. Det er vel sannsynlig at testing forsetter på et ganske høyt nivå selv om vaksiner er utbredt og smitten går ned. Det er har vist seg at nye mutasjoner utfordrer dagens vaksiner, og således gir behov for testing. Det er hovedgrunnen til at det forventes et koronaavvik i annet halvår.

Økte kostnader som følge av flytting, opplæring/trening og oppstart av drift i nytt akuttstener og nye poliklinikker/sengeposter er budsjettert. Planleggingen er blitt mer krevende enn forutsett grunnet koronasituasjonen. Til tross for dette er vurderingen at dersom koronapandemien påvirker driften marginalt fra sommeren og ut året, vil budsjetttet holde i annet halvår. SiVs estimat for 2021 er derfor et underskudd på 50 mill kr, som også er 50 mill kr dårligere enn budsjettert fordi foretaket har et nullbudsjett for 2021. Estimaten inkluderer som nevnt over ikke tilførsel av ytterligere midler fra HSØ (gjenværende Koronamidler fra Statsbudsjettet) eller revidert nasjonalbudsjett.

Estimatet er noe høyere enn vurderingen som ble gjort i mars. Økningen skyldes i all hovedsak at faktureringen fra OUS for analyser av koronatester var forsinket slik at de kostnadsnivåene SiV hadde i første kvartal var ikke korrekte. Faktureringen har økt i april og mai selv om aktiviteten ikke er høyere. Estimaten per april og nå for mai inkluderer derfor høyere analysekostnader ut hele 2021 enn estimaten for mars.

Regnskap mai 2021	Hittil Faktisk	Hittil Budsjett	Avvik
Basistilskudd	-1 477 872	-1 476 581	1 291
ISF inntekter, egen region	-544 642	-569 837	-25 195
ISF inntekter, gjester	-25 571	-28 372	-2 801
Polikliniske inntekter	-224 329	-232 597	-8 268
Øremerkede tilskudd	-105 112	-28 088	77 024
Andre inntekter	-81 555	-82 270	-715
DRIFTSINTEKTER	-2 459 081	-2 417 745	41 336
LØNNSKOSTNADER	1 529 264	1 543 613	14 349
Varekostnad	526 911	480 980	-45 931
Andre driftskostnader	346 467	316 413	-30 054
DRIFTSKOSTNADER	2 402 642	2 341 006	-61 636
Finans	1 814	3 387	1 573
Avskrivninger	73 012	73 352	340
RESULTAT	18 387	-	-18 387



Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 23.06.2021

Saksnr: 57/21

Sakstype: Orientering

Saksid: 21/00552-9

Saksbehandler: Bente Krauss

ForBedring 2021 - hovedresultater

Vedlegg: Ingen

Hensikten med saken:

Orientere om hovedresultatene fra medarbeider- og pasientsikkerhetsundersøkelsen ForBedring 2020.

Forslag til vedtak:

Saken tas til orientering, og styret ber administrerende direktør sørge for at linjeledelsen følger opp slik metodikken forutsetter.

Tønsberg, 16. juni 2021

Stein Kinserdal
administrerende direktør



Faktagrunnlag:

ForBedring 2021 er den årlige medarbeider- og pasientsikkerhetsundersøkelsen som kartlegger medarbeidertilfredshet og pasientsikkerhetskultur. Det er fjerde året undersøkelsen gjennomføres i dette formatet.

Planen var å gjennomføre undersøkelsen i perioden 1. mars til 30. mars. Svarfristen ble utvidet til 7. april med mål om økt svarprosent. Sykehuset i Vestfold avsluttet undersøkelsen den 7. april. Da var oppslutningen på 78%.

Den 4. mai 2021 ble resultatene lagt tilgjengelig for alle ansatte på intranettet, én uke etter at alle ledere hadde fått tilgang på resultatet.

Om rapportene

ForBedring kartlegger ulike forhold som virker inn på pasientsikkerheten og ansattes trivsel, motivasjon, og arbeidshelse. I tillegg er undersøkelsen i 2021 utvidet med syv spørsmål knyttet til temaet pandemi. Rapporten som hver enkelt leder mottar gir en oppsummering av svarene, og er et redskap til å iverksette lokalt forbedringsarbeid. Det ligger som krav til alle ledere at de i samarbeid med sine ansatte skal;

1. Utforske resultatene i samarbeid med medarbeidere evt også i samarbeid med lokalt verneombud.
2. Velge ut bevarings- og forbedringsområder
3. Utarbeide tiltak som legges inn i handlingsplanen for egen enhet

Resultatene viser enhetens resultat på en skala fra 0-100. 0 regnes som minst ønskelig/mest belastende og 100 regnes som minst belastende/mest ønskelig

Forberedelser

Det forberedes og motiveres på ulike måter sentralt og lokalt for å skape oppslutning om å delta i denne årlige undersøkelsen. Formålet knyttes til å delta i forbedringsarbeidet i det lokale miljøet til beste for både pasienter og medarbeidere.

Det er et mål å få høyest mulig svarprosent, da høy svarprosent gir et best mulig representativt resultat. Det er og naturlig å anta at har en medarbeider først besvart undersøkelsen, vil den også være interessert i resultatene og det oppfølgende arbeidet. En høy svarprosent vil også skape forventninger om at lederen vil følge opp, at det er interesse for den oppfatninger ansatte har og at det er uttalt vilje og ønske om at det skal gjennomføres konkrete forbedringer. Det er et klart linjelederansvar å følge opp i tråd med de krav til oppfølging som er lagt.

Oppfølging i 2021

I 2020 la man til rette for justert oppfølging som følge av de usikkerhetene koronaepidemien ga. Også i 2021 kan den videre oppfølgingen av undersøkelsen tilpasses:

- 1) Alle ledere skal orientere sine medarbeidere om resultatene for sitt område, og gi informasjon om hvordan undersøkelsen skal følges opp.
- 2) Den videre oppfølgingen av undersøkelsen kan justeres ut fra arbeidet knyttet til Covid-19-situasjonen og nødvendige smittevern hensyn. Valg av løsning for gjennomføring av oppfølgingen som avviker fra de ordinære prosessene vurderes sammen med lokalt verneombud og kan tilpasses lokalt: nødvendige smittevern hensyn, samt den pågående Covid-19 situasjonen.



- 3) Det kan benyttes fysiske og/eller virtuelle møteplasser innenfor tilgjengelige fysiske eller teknologiske løsninger som engasjerer ansatte i forbedringsarbeidet og fører fram til lokale forbedringstiltak
- 4) Tiltak skal nedfelles i ny HMS-handlingsplan
- 5) Den årlige medarbeidersamtalen gjennomføres i etterkant av gruppesamtalene.

Det konkrete arbeidet med oppfølgingen av undersøkelsen, gjennomføring av gruppesamtaler og det å finne forbedringstiltak, bør gjennomføres så nær opp til undersøkelsen som mulig, og helst innen 2 mnd. etter at resultatene foreligger.

Resultater

De overordnede resultatene av undersøkelsen gir inntrykk av at det både er stabilt og i hovedtrekk positive resultater. Marginalt nedgang fra fjorårets på noen områder, men det er ikke mulig å trekke noen sikre konklusjoner på grunnlag av dette. Resultatene på overordnet nivå er kun en temperaturmåling på hovedtemaene i undersøkelsen. På nivåene under vil det være større og mindre lokale variasjoner og det er disse som det skal jobbes ut i fra.

Resultatene i enkeltseksjoner varierer

Det er når en går dypere inn i resultatene i avdelinger og seksjoner det kommer fram større variasjoner som slår ut i enten lave eller høye score på enkeltfaktorer. Avvikende resultater, endringer fra fjoråret, om tiltak som er satt i verk viser seg å gi resultater og andre variasjoner er nettopp hva som skal være samtaletema lokalt. Det er særlig viktig å følge opp for å bevare det som er bra, men også sikre at der hvor det er mindre gode resultater, følges det spesielt opp.

Svarprosent SiV HF

Svarprosenten ved SiV HF er redusert fra 79% i 2020 til 78%. Det er også en liten endring i konseptet som være med å kan forklare det. Tidligere var det slik at alle spørreskjema som var påbegynt å svare på, telte med. Slik er det ikke lenger. Nå må undersøkelsen fullføres for å telles med. I SiV har 3631 besvart av 4661 mulige respondenter. Dette er et godt utgangspunkt å arbeide ut i fra, selv om det selvsagt alltid er ønskelig å få høyere andel ansatte som ønsker å si sin mening. Totalrapporten i HSØ, hvor alle helseforetakene inngår, viser at Sykehuset i Vestfold landet helt på snittet med 78%.

Svarprosent på tjenesteområder

Tjenesteområde	Svar % 2021	Svar % 2020	Svar % 2019	Svar % 2018
SiV	78	79	81	76
Klinikk psyk helse og rus	82	83	82	72
Medisinsk klinikk	69	71	73	73
Kirurgisk klinikk	77	74	81	79
Klinikk fys med og rehab	78	74	76	74
Klinikk med diagnostikk	85	89	89	82
Service divisjon	82	80	90	82
Administrasjon	78	82	82	85
Prehospital klinikk	86	89	75	74



Resultat SiV HF per tema

Skår ≥ 75 i år indikerer hvor mange prosent av de ansatte som har svart «litt enig» eller «helt enig».

Om hva som er undersøkt

Engasjement

Engasjerte medarbeidere er de som får anerkjennelse, tilbakemeldinger og mulighet for personlig utvikling gjennom sitt arbeid. Engasjement virker inn på en rekke ulike prestasjoner. Høyt jobbengasjement virker positivt inn på motivasjon og jobbutførelse, det fremmer service og lojalitet. Engasjement gir bedre økonomisk resultat og reduserer turnover, ulykker, svinn og kvalitetsfeil. Høy skår indikerer et høyt engasjement

Teamarbeidsklime

Belyser åpenhet, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper, både internt og på tvers av enheter. Manglende koordinering og samhandling mellom enheter i sykehus er et risikoområdet innen pasientsikkerhet som det er viktig å kartlegge. Høy skår indikerer et godt teamarbeidsklime.

Arbeidsforhold

Belyser arbeidsmengde og tempo, samt tilgjengelige ressurser og hjelpemidler. Det tar opp ulike belastninger som kan virke negativt inn på motivasjon og helse. Dette er risikoforhold som det er viktig å ha under oppsikt. Høy skår indikerer at det finnes tilstrekkelige med ressurser og hjelpemidler, samt at arbeidsmengde og tempo er lite belastende.

Sikkerhetsklime

Kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.

Psykososialt arbeidsmiljø

Tar opp mobbing, trakassering, diskriminering og hvordan ansatte blir ivaretatt hvis en hendelse skulle oppstå. Høy skår indikerer trygt arbeidsmiljø og god håndtering av eventuelle konflikter.

Opplevd lederadferd

Temaet belyser relasjonen mellom leder og medarbeidere. Ledelse har stor betydning for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Høy skår indikerer god ledelse. *Toppleders rolle i sikkerhetsarbeidet*. Høy skår indikerer tillit til at administrerende direktør støtter godt opp om arbeidet med pasientsikkerheten.

Oppfølging

Oppfølging av undersøkelsen kartlegger om det arbeides systematisk med forbedringer og om de ansatte var involvert i oppfølgingen av forrige undersøkelse. Høy skår indikerer at det arbeides systematisk med forbedringer og at det er en høy grad av involvering.

Pandemi

Pandemien har preget helsetjenesten på mange ulike måter. For 2021 er temaet «Pandemi» tatt med, som ett nytt tema i dialogen om hvordan jobbe med pasientsikkerheten og arbeidsmiljøet. Det kan være nyttig å diskutere både om pandemien har påvirket arbeidsmiljøet, og på hvilken måte den har preget arbeidet, før en jobber med tiltak.



Resultater i klinikkene

Tema	Resultat 2021	Resultat 2020	Resultat 2019	Resultat 2018
Engasjement	81	81	80	80
Teamarbeidsklima	84	85	84	84
Arbeidsforhold	70	70	68	50
Sikkerhetsklima	81	81	80	79
Psykososialt arbeidsmiljø	80	80	79	80
Opplevd lederadferd	83	83	81	80
Toppleders rolle i pasientsikkerhetsarbeidet	61	59	59	61
Fysisk miljø	75	75	73	72
Oppfølging	70	71	68	70
Pandemi	73	Ikke målt.	Ikke målt	Ikke målt

Resultater – tema for hvert tjenesteområde

Tjenesteområde	Engasjement	Team- Arbeids- klima	Arbeids- forhold	Sikkerhet s- klima	Psyksos. Arbmiljø	Opplevd Leder adferd	Topp- leders rolle sikk. arb	Fysisk miljø	Opp følgin g	Pand emi
SiV HF	81	84	70	81	80	83	61	75	70	73
Klinikk psyk helse og rus	80	84	71	79	81	82	61	77	72	73
Medisinsk klinikk	80	82	64	78	75	77	56	68	62	71
Kirurgisk klinikk	82	85	67	83	80	87	53	73	69	71
Klinikk fys med og rehab	83	84	78	84	85	85	70	80	70	75
Klinikk med diagnostikk	81	86	73	87	84	86	70	81	75	71
Service- divisjon	80	81	80	80	81	83	80	81	72	73
Administra- sjon	86	88	78	84	87	90	78	80	80	84
Prehospital klinikk	79	83	67	79	74	86	62	78	75	75

HAMU behandlet saken 01.06.21 og konkluderte med følgende;

1. HAMU tar saken til orientering og ber adm. direktør følge opp slik at alle medarbeidere får delta i det oppfølgende arbeidet etter ForBedring 2021.
2. HAMU ber AMU'ene følge opp enkeltseksjoner med hovedresultater under 50%.
3. HAMU ber om å få seg forelagt sak om praksis for avvikling av spisepauser.



Konklusjonen innebærer at klinikkjefen/Servicelederen må sørge for å få oversikt over seksjoner i egen klinikk/divisjon som har hovedresultater under 50%. Disse må få særlig oppmerksomhet om tematiseres i de klinikkvise AMU

Vurdering:

Hovedinntrykket av resultatene er positive. At det er høyt jobbenngasjement, gode samarbeidsforhold og gode relasjoner mellom ledere og ansatte er alle vesentlige forhold for motivasjon, jobbutførelse og kvalitet og sikkerhet i arbeidet rettet mot pasientene. Undersøkelsen viser også at det i mange miljøer oppleves at det både er høyt tempo og høy arbeidsbelastning.

Det er viktig å merke seg at det er lokalt, i de enkelte arbeidsmiljø, resultatene skal forstås og jobbes videre med. Metodikken tar høyde for å engasjere den enkelte medarbeider, som i hhv gruppesamtale og medarbeidersamtale, kan utdype de forhold det er ønskelig å rette oppmerksomhet mot.

Det legges derfor til grunn at alle ledere med personalansvar skal sørge at det gjennomføres en kvalitativ oppfølging av resultatene fra ForBedring. Resultatene er ferskvare, og bør følges opp så tidlig som mulig, helst innen to måneder etter at de foreligger, men det viktigste er at det blir fulgt opp. Medarbeidere har også ansvar for å bidra konstruktivt i oppfølgingsarbeidet. Dette er viktig for å forstå resultatene bedre og identifisere forbedringsområder. Basert på dette kan tiltak og handlingsplaner utvikles, slik at forbedringer faktisk skjer. Det er forventet at lederne som hovedregel selv leder de kvalitative prosessene.

Etter flere år med undersøkelsen ForBedring, er både undersøkelsen og metodikken relativt godt kjent i organisasjonen. Med slik kjennskap følger det en fare for at oppfølgingsarbeidet blir et årlig rituale, fremfor en mulighet til å følge opp medarbeidernes oppfatninger, engasjement og kompetanse, for igjen å videreutvikle arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten.

Administrerende direktør understreker at det er av vesentlig betydning å følge opp undersøkelsen. Deltagelse og medvirkning i oppfølgingsarbeidet er avgjørende for at målrettet forbedringsarbeid kan skje.



Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 23.06.2021

Saksnr: 58/21

Sakstype: Orientering

Saksid: 21/00189-5

Saksbehandler: Inger Meland Buene

Arbeidet for behandling av spiseforstyrrelser

Vedlegg: Ingen

Hensikten med saken:

I forbindelse med sak om rapportering februar 2021, ba styret i møte 17. mars 2021, sak 23/21 pkt 3, om at det før sommeren ble gitt en orientering om arbeidet for behandling av spiseforstyrrelser.

I styrets møte vil klinikkssjef Inger Meland Buene gi en orientering om arbeidet for barn og unge.

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelsen til orientering.

Tønsberg, 16. juni 2021

Stein Kinserdal
administrerende direktør



Saksframlegg til Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 23.06.2021

Saksnr: 59/21
Sakstype: Beslutning
Saksid: 21/02693-1

Saksbehandler: Per Jørgen Olafsen

Utviklingsplan for Sykehuset i Vestfold HF 2022-2025 - premisser og framdrift

Vedlegg:

Revidert veileder utviklingsplaner v1.0

HSØ styresak 22.4.2021 - Premisser og føringer for arbeidet med lokale utviklingsplaner

Utviklingsplan for Sykehuset i Vestfold HF 2018-2035

Hensikten med saken:

Styret for Helse Sør-Øst RHF (HSØ) vedtok 22. april 2021, sak 43/21, at helseforetakene skal oppdatere sine utviklingsplaner innen 1. mai 2022. Saksframlegget gjør kort rede for oppdragets bakgrunn og premisser.

Forslag til vedtak:

1. Premissene for arbeidet med ny utviklingsplan for Sykehuset i Vestfold HF 2022-2025 tas til orientering.
2. Styret slutter seg til direktørens skisse til arbeidsopplegg og framdrift. Planarbeidet legges opp med sikte på behandling av et høringsforslag i styremøte 22. desember 2021.
3. Styret ber om å bli holdt løpende orientert om framdriften i planarbeidet, samt å få seg forelagt eventuelle prinsipielle eller strategiske spørsmål til beslutning underveis i prosessen.

Tønsberg, 16. juni 2021

Stein Kinserdal
administrerende direktør



Faktagrunnlag:

Meld St 7 (2019-2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, ga de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide nye lokale og regionale utviklingsplaner. Forutsetningen om utarbeidelse av ny lokal utviklingsplan for Sykehuset i Vestfold HF ble bekrefteet i Helse Sør-Østs oppdrags- og bestillingsdokument for 2021, punkt 3.3.

Styret for Helse Sør-Øst RHF (HSØ) vedtok 22. april 2021, sak 43/21, at helseforetakene skal oppdatere sine utviklingsplaner innen 1. mai 2022. Det ble samtidig gitt følgende prosessuelle og materielle premisser for planarbeidet:

1. Planene skal være sendt på høring og være styrebehandlet før oversendelse til HSØ.
2. Kommuner, brukere, ansatte, vernetjeneste og andre interessenter skal involveres i arbeidet.
3. *Ny Veileder for arbeid med utviklingsplaner* skal legges grunn for planarbeidet.
4. Fire regionale planer og strategier skal gi retning og rammer for planarbeidet i hvert helseforetak:
 - a. Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst
 - b. Regional fagplan for psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Sør-Øst
 - c. Regional delstrategi for teknologiområdet i Helse Sør-Øst
 - d. Styrking av tjenestetilbudet innen habilitering for barn, unge og voksne, herunder ambulant virksomhet
 - e. Styrket samarbeidet på tvers av lokalisasjoner og virksomheter i samme helseforetak innen utdanning og kompetanse, samt prosedyrer og fagutvikling

Hovedpunkter i veilederen

Utviklingsplanen er helseforetakets strategidokument for virksomhetsutvikling de kommende årene. Utgangspunktet for planbehovet er foretakenes ansvar for å sørge for spesialisthelsetjeneste til alle som bor eller oppholder seg i regionen eller sykehusområdet (sørge-for-ansvaret).

Utviklingsplanen skal beskrive og vurdere helseforetakets situasjon, utfordringer og muligheter, og på dette grunnlaget fastsette strategier og strategiske tiltak for de kommende årene. Planperioden er på fire år, mens planhorisonten er på 15 år. Økonomisk langtidsplan (ØLP) skal bygge på utviklingsplanen.

Veilederen gir tre hovedpremisser for planarbeidet:

1. *Åpenhet*: alle skal ha mulighet til innsyn; en kommunikasjonsplan bør utarbeides
2. *Involvering*: det bør utarbeides interessentanalyse; helsefelleskapet, brukere, ansatte og samarbeidspartnere bør involveres
3. *Forutsigbarhet*: interessentene skal forstå hva som skjer, når det skjer og hvor beslutningene fattes

Veilederen gir også uttrykk for at helseforetakenes utviklingsplaner gradvis bør gis en likere form, med felles planhorisont. Plandokumentene skal ikke være for omfattende, og kan alternativt henvise til delstrategier og handlingsplaner. Endelig skal utviklingsplanen gi oversikt over hvilke plandokumenter helseforetaket har og vurdere behov for nye planer, særlig på områdene organisasjon og ledelse, samhandling og oppgavedeling, kompetanse, teknologi og utstyr, samt bygg.

Plandokumentets disposisjon bør ha følgende inndeling:

1. Bakgrunn
2. Overordnede mål, strategier og andre premisser
3. Nåsituasjon
4. Utviklingstrekk og framskriving



5. Analyse
6. Strategier og tiltak for perioden 2022-2025

Ny utviklingsplan skal særlig vurdere disse temaene:

1. Prioritering av tjenesteutvikling for *pasienter som involverer både spesialisthelsetjeneste og kommunal helsetjeneste*. Prioriterte pasientgrupper er barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblem, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser. De prioriterte gruppene sammenfaller med fokusgruppene for det nye helsefellesskapet, og planarbeidet må derfor skje i nær tilknytning til dette fellesskapet.
2. *Kapasitetsbehov* for og organisering av psykiske helsevern
3. *Akuttmedisinske* tjenester utenfor sykehus sammen med kommunene
4. Organisering, ledelse og kompetanse i *akuttmottakene*
5. Flytting av spesialisthelsetjenester *hjem til pasientene* ved hjelp av teknologi
6. Plan for sikring av *tilstrekkelig kompetanse*, der erfaringene fra pandemien bør spille en viktig rolle
7. *Bedre bruk av ressursene*; ressursbruk i tråd med overordnede prioriteringer, mindre uønsket variasjon, effektivisert tjenesteyting og færre pasientskader
8. *Framskrivning av kapasitets- og bemanningsbehov* basert på felles nasjonal metodikk.

Vurdering:

Arbeidet med ny utviklingsplan for SiV HF vil bli krevende av flere årsaker. For det første er det gitt en regional tidsfrist som gir snevre rammer for god involvering og gode, strategiske drøftinger. For det andre skal planarbeidet i stor grad skje innenfor rammen av det nye helsefellesskapet, som på sin side knapt er etablert. For det tredje skal hovedtyngden av planarbeidet skje i en periode i løpet av høsten 2021, der store deler av SiVs organisasjon er opptatt med innflytting i og idriftsetting av nye somatikkbygg, samt slutføring av flere strategiske utviklingsprogrammer, herunder organisasjonsutvikling, lederutvikling og teknologiutvikling.

De overordnede forventningene til plandokumentets form er ikke entydige. I noen sammenhenger er oppdraget beskrevet som «en ny utviklingsplan», men andre steder som en rullering, oppdatering eller en revisjon. Samtidig er den nye veilederen klar på at det skal etterstrebes en standardisering av utviklingsplaner på tvers av helseforetak. Dette kommer ikke minst til uttrykk ved at veilederen skisserer en standarddisposisjon for plandokumentet. Metodikk og data for framskriving skal dessuten være felles for alle helseforetak.

Gjeldende utviklingsplan for SiV HF har ikke en disposisjon og et omfang som uten videre er tilpasset veilederens forventninger. Direktøren mener likevel at utviklingsplanarbeidet må legges til grunn at planen primært skal brukes som plan- og strategidokument for Sykehuset i Vestfold. Det innebærer at standardiseringen ikke må stå i veien for at planprosessen må innrettes etter hva som skaper verdi for pasienter, brukere, ansatte, samarbeidspartnere i Vestfold og kraft i utvikling av Sykehuset i Vestfold og samarbeidspartnere på individ- og systemnivå – selvsagt med en best mulig tilpasning til veilederens formkrav til plandokumentet, herunder omfang.

De strategiske vurderingene bør i størst mulig grad hentes fra gjeldende utviklingsplan (som styret får tilsendt egen sending). Det innebærer bl.a. videreføring av SiVs gjeldende utviklingsplan for 2018 – 2022 (2035) som SiV-styret vedtok 8. mai 2018. (sendes i separat vedlegg), også denne gang legger de samme tre hovedperspektivene for den framtidige utviklingen av SiV til grunn for planarbeidet:



1. Intern utvikling og konsolidering av SiV
2. Utvikle SiV gjennom samarbeid og konkurranse internt i spesialisthelsetjenesten.
3. Tettere samarbeid med kommunene og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold.

Helse Sør-Øst har vedtatt at Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF er et av sykehusområdene i Helse Sør-Øst. I praksis innebærer det at det forventes at de to helseforetakene samarbeider på områder der dette er formålstjenlig av hensyn til pasienttilbud og –kapasitet. I utviklingsplanarbeidet er det naturlig å adressere områder som Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Telemark bør vurdere nærmere samarbeid og evt. oppgavedeling på.

Planarbeidet skal i noen grad skje innenfor rammen av det nye helsefellesskapet. Dette sikrer god involvering for planarbeidet, og kan samtidig bidra til å strukturere og konsolidere arbeidet i helsefellesskapet i etableringsfasen. Det er imidlertid viktig å minne om at utviklingsplanen er helseforetakets eiendom. En konkret uttrykk for dette eierskapet kan være at involvering hovedsakelig gjelder fasene analyse, strategi og strategiske tiltak. Arbeidet med beskrivelse av nåsituasjon, utfordringer, muligheter og framskrivning, vil i større grad kunne gjennomføres med begrenset grad av involvering. Veilederen forutsetter at administrerende direktør er prosjekteier.

Med de snevre tidsrammene som er gitt for planarbeidet, mener direktøren at det er lite formålstjenlig å opprette en formell prosjektorganisasjon. Arbeidet vil i større grad skje ved workshops, arbeidsgrupper og ordinært utredningsarbeid.

Framdrift

Det vil være viktig at styret holdes løpende orientert om planarbeidets framdrift, og at styret får seg forelagt eventuelle prinsipielle eller strategiske spørsmål til beslutning underveis i den korte planprosessen. Slike statusmeldinger kan gis i forbindelse med den faste styresaken om helsefellesskapet, som allerede er avtalt.

Før planprosessens diskusjon av strategier og strategiske tiltak bør det gjennomføres en innspillkonferanse med sentrale interessenter. Aktuelt tidspunkt for en slik konferanse kan være september/ oktober måned.

Siktemålet bør være at styret tar stilling et høringsforslag i sitt møte 22. desember 2021, med påfølgende høringsrunde fra januar til mars 2022. I følge styrets møteplan er siste ordinære møte før 1. mai 2022 berammet til 23. mars. Det er mulig det her bør vurderes et ekstraordinært styremøte umiddelbart i forkant av 1. mai, med mindre HSØ gir fristforlengelse, slik at planvedtaket kan fattes i ordinært styremøte 11. mai 2022.



Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

Versjon 1.0

Veilederen er utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og i et samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene. Veilederen er behandlet av styrene i de fire regionale helseforetakene.

Veilederen skal være til hjelp for arbeidet med utviklingsplaner og gir føringer for prosessen og til innholdet i utviklingsplanene i helseforetakene.

Innholdsfortegnelse

<u>1. Om arbeidet med utviklingsplan</u>	3
<u>Hva er en utviklingsplan?</u>	3
<u>Om «sørge for» ansvar og lovmessig forankring</u>	3
<u>Sentrale tema i planen</u>	3
<u>2. Prinsipper som legges til grunn i arbeidet med utviklingsplan</u>	4
<u>Om åpenhet</u>	4
<u>Om interessenter og involvering</u>	4
<u>Om forutsigbarhet</u>	5
<u>3. Føringer for arbeidet med nye utviklingsplaner</u>	5
<u>Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 –</u>	5
<u>Framskrivning</u>	7
<u>4. Om planprosessen og kvalitetssikring</u>	7
<u>Dialog og rammer for planarbeidet</u>	7
<u>Forholdet til andre planer</u>	8
<u>Sammenheng med økonomisk langtidsplan</u>	8
<u>Risiko- og mulighetsanalyser</u>	9
<u>5. Veiledende format for utviklingsplan</u>	9
<u>Sammendrag</u>	10
1. <u>Bakgrunn og historikk</u>	10
2. <u>Nåsituasjon</u>	10
3. <u>Overordnede strategier og føringer</u>	10
4. <u>Utviklingstrekk og framskrivning ?</u>	11
5. <u>Analyse og veivalg</u>	11

Om arbeidet med utviklingsplan

Hva er en utviklingsplan?

En utviklingsplan er en plan for hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidig 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.

Om «sørge for» ansvar og lovmessig forankring

Alle regionale helseforetak og helseforetak som driver med pasientbehandling skal ha utviklingsplaner. Utviklingsplanene er en del av de regionale helseforetakenes samlede planansvar. De regionale helseforetakene skal i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a sørge for at personer med bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. Ansvarer innebærer bl.a. en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Helseforetakene er de regionale helseforetakenes viktigste virkemidler for å oppfylle «sørge for»-ansvaret, og står for hoveddelen av helsetjenestene.

Utviklingsplanene i helseforetakene skal avspeile de regionale helseforetakenes samlede ansvar for spesialisthelsetjenester i regionen, inkludert private helsetjenesteleverandører og forholdet til primærhelsetjenesten, og understøtte «sørge for»-ansvaret.

Arbeidet med utviklingsplanene i helseforetakene må ta utgangspunkt i de regionale helseforetakenes lovpålagte ansvar, nasjonale og regionale føringer og understøtte en tjenesteutvikling i regionene i tråd med framtidig behov for helsetjenester, god kvalitet og effektiv utnyttelse av samlede ressurser.

Sentrale tema i planen

Utviklingsplanen skal beskrive dagens situasjon, utfordringer og muligheter som virksomheten står overfor. Basert på analyse og vurdering av utfordringer og muligheter velges utviklingsretning for virksomheten, sentrale strategiske valg og prioriterte tiltak.

Planene skal bygge på og ta utgangspunkt i felles metodikk for framskrivning, med nødvendig tilpasning til lokale forhold..

Planene må også ta opp i seg konsekvensene for spesialisthelsetjenesten av planarbeidet i helsefelleskapene.

Prinsipper som legges til grunn i arbeidet med utviklingsplan

Arbeidet med utviklingsplanen må være basert på åpenhet, involvering og forutsigbarhet. Helsefelleskapene, brukere, ansatte og andre samarbeidsparter skal involveres i arbeidet.

Det må bl.a. lages en egen kommunikasjonsplan for arbeidet med utviklingsplanen.

Administrerende direktør i helseforetaket vil være (prosjekt)eier av utviklingsplanen.

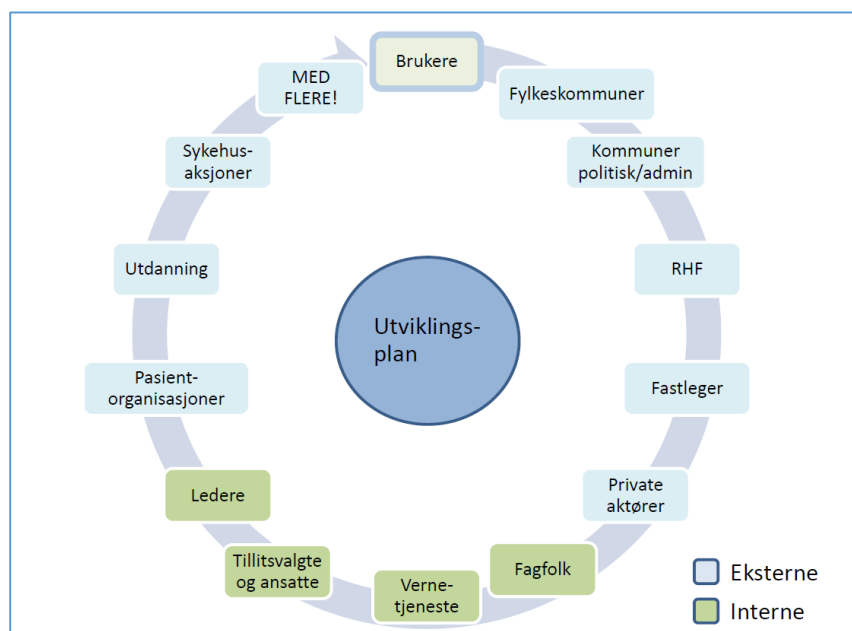
Om åpenhet

Arbeidet skal foregå i åpenhet. Det skal være mulig å følge prosessen for alle som ønsker innsyn.

Dette innebærer at mandat, prosjektsammensetning, delutredninger, utkast til utviklingsplan, tidslinje og milepæler med mer skal være tilgjengelig for alle. I praksis forutsetter dette en åpen og oppdatert nettside som er tilgjengelig for alle.

Om interessenter og involvering

Ved arbeidets oppstart skal det gjøres en interessentanalyse som omfatter både interne og eksterne interessenter.



Figur 1. En utviklingsplan vil ha både interne og eksterne interessenter

Som hovedregel skal interessentene selv avgjøre om de vil involveres eller informeres.

Kommunene skal alltid involveres, ikke bare informeres. Gjennom samarbeidet i helsefellesskapene skal kommunene og helseforetakene drive felles planlegging og gjensidig bidra til å styrke behandlingstilbudet til prioriterte grupper.

Det må legges godt til rette for brukermedvirkning og medvirkning fra tillitsvalgte/ vernetjeneste. Arbeidets omfang tilsier at man bør vurdere å oppnevne to brukerrepresentanter. Involvering betyr for eksempel deltagelse i prosjekt- og/eller styringsgrupper.

Det skal vurderes hvordan hver enkelt gruppe av interessenter informeres. Det kan eksempelvis skje gjennom aktive tiltak som informasjonsbrev eller lignende, eller bare passivt via tilgang til nettside. Dette skal beskrives i kommunikasjonsplanen.

Om forutsigbarhet

Alle interessenter skal kunne forstå hva som skjer, når det skjer og hvor beslutningene fattes.

Føringer for arbeidet med nye utviklingsplaner

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 –

Nasjonal helse- og sykehusplan og oppdragsdokument/foretaksmøteprotokoller gir føringer for arbeidet med utviklingsplanen. Disse er oppsummert her:

Områder som særskilt må vurderes i utviklingsplanene

- 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

Korona-pandemien har gitt helseforetakene 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 ressursene

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 sentral 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 bærekraftig 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 og
- 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.

Framskrivning

Helse- og omsorgsdepartementet stiller følgende krav til de regionale helseforetakenes bruk og samordning av framskrivninger:

Planlegging av framtidige tjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester. Framskrivningene skal gjennomføres med felles framskrivningsmodell.

Anslag på sentrale forutsetninger skal samordnes på tvers av de regionale helseforetakene og innrettes i tråd med overordnede prioriteringer. Dette vil blant annet være forutsetninger knyttet til demografi, sykdomsbyrde, nye arbeidsformer, ny diagnostikk og behandling, oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, teknologisk utvikling etc. Det skal gjøres lokale tilpasninger i forutsetningene der det enkelte regionale helseforetak mener dette er relevant og nødvendig.

Utviklingsplanene skal ta utgangspunkt i en felles nasjonal metodikk for framskrivning av kapasitets- og bemanningsbehov. Den felles framskrivningen skal legge til rette for å gjøre nødvendig tilpasninger til lokale forhold.

Om planprosessen og kvalitetssikring

Dialog og rammer for planarbeidet

Arbeidet med utviklingsplan starter med en forberedende fase der man har en formalisert avklaring med det regionale helseforetaket knyttet til premisser og føringer for utviklingsplanen. Videre skal det være dialog med det regionale helseforetaket underveis i prosessen. Styret i det regionale helseforetaket kan legge overordnede føringer for utviklingsplanene.

En interessentanalyse skal gjøres før arbeidet starter, og revurderes etter at arbeidet har startet slik at man sørger for at alle interessenter er involvert på riktig måte. Helseforetakene og kommunene skal samarbeide i helsefellesskapene om en felles strategi for helsetjenesten, som skal munne ut i en utviklingsplan for helseforetakene og føringer for aktuelle kommunedelplaner.

Risiko- og mulighetsanalyse gjøres sammen med dem som endringene involverer og analysen skal dekke både foretakets og kommunenes perspektiv.

Det skal videre være en høringsprosess før endelig behandling i helseforetaket.

Utviklingsplanen vedtas av helseforetakets styre og legges frem for det regionale helseforetaket.

Forholdet til andre planer

Utviklingsplanen skal bygge på en helhetlig analyse av virksomheten, utfordringer og muligheter, samt anviser veivalg og tiltak på kort og lang sikt. I dette arbeidet må det bygges videre på eksisterende strategier, planer og øvrig arbeid for å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Regionale løsninger må beskrives i de regionale helseforetakenes utviklingsplaner, slik at helseforetakene får et tilfredsstillende utgangspunkt for sitt planarbeid.

Utviklingsplanen skal ikke være for omfattende, og kan henvise til delstrategier og handlingsplaner (eksisterende eller under arbeid).

I arbeidet med utviklingsplanen bør det gjennomgås hvilke andre overordnede planer helseforetaket har. Utviklingsplanen bør ta opp i seg føringer av en overordnet og langsiktig karakter i eksisterende planer, og angi behovet for nye planer, eller revidering av eksisterende planer som kan utfylle utviklingsplanen innenfor de ulike områdene som behandles. På denne måten kan helseforetaket etablere et planhierarki med en indre sammenheng og konsistens, der utviklingsplanen tjener som en overbygning og som utfylles av andre planer innen områder der det er behov for det.

Behovet for utfyllende planer bør særlig vurderes innenfor følgende områder:

- Organisasjon og ledelse
- Samhandling og oppgavedeling
- Kompetanse
- Teknologi og utstyr
- Bygg

Innen en rekke områder vil det videre være utarbeidet eller behov for avgrensede og mer detaljerte fagplaner. Utviklingsplanen kan gi føringer for utarbeidelse av slike fagplaner men også ta opp i seg veivalg av strategisk karakter i slike planer.

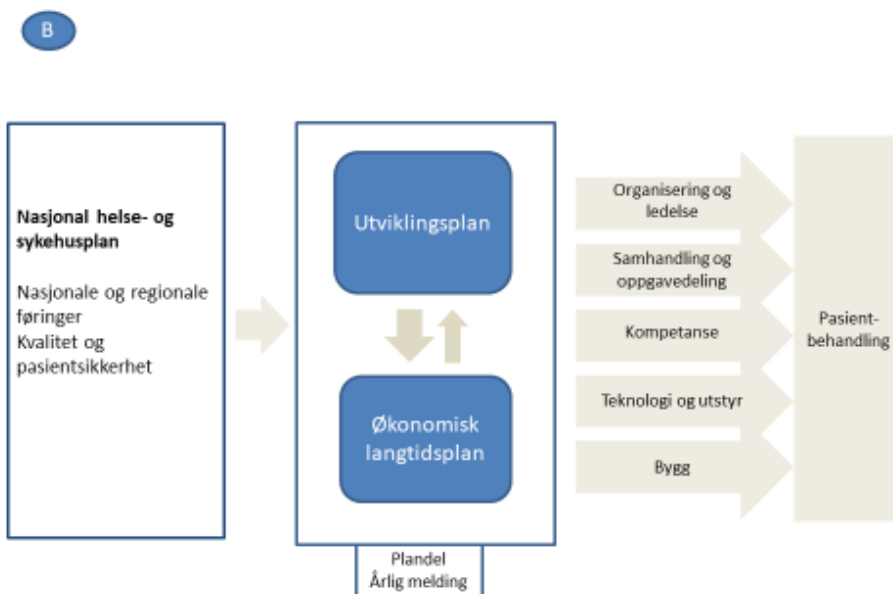
Vedrørende bygg, skal det utvikles arealbruksplaner. Videre bør ulike typer tiltak som blant annet vedlikehold, ombygging, nybygging og avhending settes sammen i koordinerte tiltakspakker. Gjennomføringen av større enkeltprosjekter skal følge *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter* som før. Tidspunkt for igangsetting av større prosjekter skal fremgå ved rullering av økonomisk langtidsplan.

Sammenheng med økonomisk langtidsplan

Utviklingsplanen rulleres hvert 4. år og har en kort planhorisont på 4 år og en lang planhorisont på 15 år. Økonomisk langtidsplan (ØLP) angir økonomisk utvikling i foretaket, normalt i en rullerende fireårsperiode med et åtteårs perspektiv for investeringer. Økonomisk langtidsplan skal bygge på utviklingsplanen, hvilket innebærer at utviklingsplanen må forholde seg til en bærekraftig økonomisk utvikling

I ØLP vil økonomiske konsekvenser av tiltak og prioriteringer fra utviklingsplanen innarbeides. Samtidig må nødvendige tilpasninger i årlig behandling av ØLP gjøres ut fra nye oppdragsdokument og løpende økonomisk utvikling for å sikre at planen angir en økonomisk bærekraftig utvikling.

Langsiktige satsninger som krever investeringer vil innarbeides og årlig prioriteres gjennom økonomisk langtidsplan.



Figur 2. Utviklingsplanen baserer seg på nasjonale og regionale føringer og overordnet strategi. Den virker sammen med økonomisk langtidsplan og skal gi samlet utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene. Målet er god og framtidsrettet pasientbehandling

Risiko- og mulighetsanalyser

Det skal gjøres risiko- og mulighetsanalyser av alle vesentlige endringer i oppgaver. Vesentlig kan bety at endringene har betydning for flere enn dem som er direkte involverte.

Risikoanalysen må som minimum inneholde en beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynligheten for at det inntreffer og hvilke konsekvenser det kan medføre.

Analysen må involvere alle som omfattes av tiltaket. For eksempel kan ikke risikoanalysen av endring i akutfunksjoner gjøres internt i foretaket uten at kommunene med flere er involvert.

Mulighetsanalysen skal beskrive muligheter for endring og hvordan disse kan brukes til å understøtte en utvikling i tråd med overordnede mål.

Veiledende format for utviklingsplan

Helseforetakenes utviklingsplaner bør gradvis gis en likere form og felles planhorisont. Under vises et veiledende format for utviklingsplaner med stikkord til de ulike kapitlene. Dette er veiledende, ikke obligatorisk eller nødvendigvis komplett. Det er ment å gi navigasjonshjelp i det praktiske arbeidet med utviklingsplanen.

Veiledende format:

Sammendrag

1. Bakgrunn og historikk (hvordan kom vi hit?)
2. Nåsituasjon (hvem er vi i dag?)
3. Overordnede strategier og føringer (hva må vi ta hensyn til?)
4. Utviklingstrekk og framskriving (hvordan vil trender påvirke oss?)
5. Analyse og veivalg (hvilke muligheter har vi, hva og hvordan velger vi og hva skal vi gjøre?)

Om kapitlene:

Sammendrag

Sammendraget bør være kort (maks to sider), skal kunne leses for seg selv og med hovedtyngde på kapittel 5 - analyse og veivalg.

1. Bakgrunn og historikk

Her beskrives kort tidligere vesentlige endringer (flytting, nedlegging, funksjonsendringer).

2. Nåsituasjon

Her beskrives nå-situasjonen for helseforetaket, inkludert hvor langt helseforetaket har kommet i gjennomføring av siste utviklingsplan. Her beskrives for eksempel hvordan sykehusene i helseforetaket har organisert sin aktivitet, virksomhetsprofil (helseatlas og forbruksrater) samarbeid med kommunene og andre deler av helsetjenesten og fag- og forskningsprofil. Særlige utfordringer knyttet til personell og kompetanse, IKT og teknologi, bygg og utstyr og organisering beskrives.

3. Overordnede strategier og føringer

De viktigste føringene kommer fra nasjonale helse- og sykehusplaner, krav fra foretaksmøtene og regionale prioriteringer/føringer – herunder en beskrivelse av regionale løsninger som har betydning for helseforetakenes planarbeid. Det samme kan gjelde faglig utviklingsretning og regionale kapasitetsberegninger. Her kan det også legges forutsetninger for pasientstrømmer, opptaksområder, kvantifisering av endringsfaktorer (effektivisering, forventet endring i oppgaveoverføring mm) og oppdrag til enkelte foretak (for eksempel om endring i akutfunksjoner eller andre former for oppgavedeling). Forventninger til samarbeid med, og bruk av, private kommersielle og ideelle aktører og avtalespesialister bør også inngå i utviklingsplanene. Føringerne bør foreligge tidlig i helseforetakenes planprosess.

4. Utviklingstrekk og framskriving

Hvilke faktorer vil påvirke framtidig aktivitet i spesialisthelsetjenesten? Hvordan vil nye arbeidsformer, økt brukerstyring, digitalisering og bruk av teknologi, bedre samarbeid med andre deler av helsetjenesten med mere påvirke kapasitetsbehov?

Datagrunnlaget skal i størst mulig grad være nasjonalt

- Befolkningsutvikling hentes fra Statistisk sentralbyrås prognoser
- Sykdomsutvikling baseres på Folkehelseinstituttets analyser

Aktuelle endringsfaktorer er for eksempel

- 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, arbeidssparende 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, helsekompetanse og 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

Det gjøres felles nasjonal framskriving av aktivitet som brytes ned på region og helseforetak.

Det benyttes endringsfaktorer i tråd med overordnede prioriteringer (jf. oppdragsdokument juni 2019). Regionene kan justere effekten av endringsfaktorene basert på lokale forhold. Arbeidet koordineres av den interregionale arbeidsgruppen for framskrivinger som ledes av Helse Sør-Øst RHF. Helse Vest RHF har ansvar for bemanningsmodellen, og Sykehusbygg ivaretar kapasitetsberegning knyttet til bygg på oppdrag fra regionene.

5. Analyse og veivalg

Her beskrives hva som er ønsket utviklingsretning og hvilke tiltak helseforetaket vil iverksette for å utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for helsetjenester, gjerne som skisser til prosjektprogrammer eller prosjekter. Er det behov for endring knyttet til sykehusstruktur og overordnet oppgavedeling? Er det behov for endringer i organisering og samarbeid med andre foretak og primær-helsetjenesten? Konsekvensene av ulike valg/tiltak skal beskrives. Alternative veivalg vurderes både med tanke på risiko og mulighet.

Tiltak innen alle innsatsområdene skal støtte utviklingen av pasientens helsetjeneste med god og bærekraftig pasientbehandling. Effekten av tiltak og endringer skal tallfestes selv om

estimatene alltid vil være usikre, og bør ha både en mellomlang (4 år) og lang tidshorisont (15 år).

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	22. april 2021

Sak 043-2021

Premisser og føringer for arbeidet med lokale utviklingsplaner

Forslag til vedtak:

1. Helseforetakene og de private ideelle sykehusene med eget opptaksområde i Helse Sør-Øst, skal oppdatere sine utviklingsplaner innen 1. mai 2022. Planene skal være sendt på høring og styrebehandles før oversendelse til Helse Sør-Øst RHF. Kommuner, brukere, ansatte, vernetjeneste og andre interessenter skal involveres i arbeidet.
2. *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*, vedtatt av styret i sak 148-2020, skal legges til grunn for helseforetakenes og de private ideelle sykehusenes arbeid med lokale utviklingsplaner.
3. Utover premisser og føringer gitt i *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*, skal følgende planer, delstrategier og føringer legges til grunn for arbeidet med lokale utviklingsplaner:
 - a. Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst
 - b. Regional fagplan for psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Sør-Øst
 - c. Regional delstrategi for teknologiområdet i Helse Sør-Øst
 - d. Styrking av tjenestetilbudet innen habilitering for barn, unge og voksne, herunder ambulant virksomhet
 - e. Styrket samarbeidet på tvers av lokalisasjoner og virksomheter i samme helseforetak innen utdanning og kompetanse, samt prosedyrer og fagutvikling.



4. Regional utviklingsplan skal revideres med utgangspunkt i *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* og de lokale utviklingsplanene i regionen. Styret ber om at det legges frem en egen sak for arbeidet med regional utviklingsplan, herunder organisering av og tidsplan for arbeidet.

Hamar, 15. april 2021

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok *Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst* i desember 2018 (sak 114-2018). I november 2019 kom *Nasjonale helse- og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020)) som legger føringer for utviklingen av helsetjenesten.

Med bakgrunn i *Nasjonale helse- og sykehusplan 2020-2023* og føringer i foretaksmøtet for de regionale helseforetakene 14. januar 2020, er det utarbeidet en veileder for arbeidet med utviklingsplaner. Veilederen ble vedtatt av styret i desember 2020 (sak 148-2020).

Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 14. januar 2020 har videre vedtatt at det skal utarbeides oppdaterte regionale utviklingsplaner innen 2022 og at arbeidet med de lokale utviklingsplanene skal tilpasses dette.

Denne saken beskriver føringer og premisser for arbeidet med lokale utviklingsplaner i helseforetakene og de private ideelle sykehusene med eget opptaksområde i Helse Sør-Øst.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

2.1 Bakgrunn for saken

Føringer fra foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF

Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 14.1.2020 viste til at Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) angir retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Planen setter en rekke krav til hvordan helseforetakene skal innrette sin virksomhet og rammer for neste lokale utviklingsplaner. Foretaksmøtet ba om at det utarbeides regionale utviklingsplaner innen utgangen av 2022. Det ble presisert at arbeidene med de lokale utviklingsplanene må tilpasses dette og at planene skal sendes på høring. I tillegg ble det gitt oppdrag om å gjennomføre en revisjon av veilederen for arbeidet med utviklingsplaner.

Foretaksmøtet ba videre om at Helse Sør Øst RHF stiller krav til helseforetakene om at de i sin neste utviklingsplan skal prioritere utvikling av tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette planarbeidet skal være tuftet på felles planlegging og utvikling i helsefelleskapene.

Foretaksmøtet pekte dessuten på at helseforetakene må gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene og foreslå forbedringstiltak, samt gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene.

Det ble videre pekt på behovet for å fastsette konkrete mål for flytting av tjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi. Endelig ble det pekt på at det skal lages en plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Det skal legges til rette for livslang læring og en heltidskultur. Sykepleiere og helsefagarbeidere skal gis prioritet i dette planarbeidet.

I oppdragsdokument for 2021, vedtatt i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 14.1.2021, ble det lagt til at Helse Sør-Øst RHF skal stille krav til helseforetakene om at de i sin neste utviklingsplan planlegger for tilstrekkelig kompetanse i samisk språk og samisk kulturforståelse. Foretaksmøtet fremhevet videre at Regjeringen vil skape det utadvendte sykehus hvor spesialister fra store sykehus skal bistå spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, spesialister fra sykehus skal samarbeide med kommunal helse- og omsorgstjeneste og pasienter skal i større grad kunne møte spesialisthelsetjenesten hjemme, digitalt eller ved ambulante tjenester. Videre ble det fremhevet at det utadvendte sykehus også betyr at helseforetakene skal spille en aktiv rolle i lokalsamfunnet i tråd med sitt samfunnsansvar.

Oppdrag og bestilling til helseforetakene/sykehusene i Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst RHF har i oppdrag og bestilling til helseforetakene for 2020 (sak 004-2020) gitt følgende oppdrag:

«Helse Sør-Øst RHF er bedt om å utarbeide regional utviklingsplan innen utgangen av 2022. Arbeidene med de lokale utviklingsplanene må tilpasses dette. Planene skal sendes på høring.»

Det forutsettes at helseforetaket starter arbeidet med lokale utviklingsplaner så snart som mulig med sikte på ferdigstilling høsten 2021. De regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, skal innen utgangen av juni 2020 gjennomføre en revisjon av veilederen for arbeidet med utviklingsplaner. Helse Sør-Øst RHF vil i tillegg dokument til oppdrag og bestilling 2020 (august 2020) komme tilbake med nærmere retningslinjer for hvordan planene bør utformes.

I foretaksmøte 14. januar 2020 for Helse Sør-Øst RHF gir Helse- og omsorgsdepartementet føringer for innholdet i helseforetakenes neste utviklingsplaner:

- *Helseforetaket skal implementere tverrfaglige oppsøkende behandlingsteam innen psykisk helsevern der det er befolkningsmessig grunnlag for det.*
- *Helseforetaket skal i sin neste utviklingsplan gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene.*
- *Helseforetaket skal i sin neste utviklingsplan gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene og foreslå forbedringstiltak.*
- *Helseforetaket skal øke sin bruk av skjermtolking.*

Helsefellesskap

Regjeringen vil etablere helsefellesskap mellom kommuner og helseforetak med utgangspunkt i de eksisterende helseforetaksområdene og etablerte samarbeidsstrukturer, jf. forslag i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

Regjeringen vil at kommuner og helseforetak skal se hverandre, ikke som parter, men som likeverdige partnere med felles eierskap og ansvar for pasientene. Helseforetak og kommuner skal i helsefellesskapene planlegge og utvikle tjenester for pasienter som trenger tjenester fra begge nivåene. Helseforetakene skal innrette sin samhandling med kommunene i tråd med dette. Medvirkning fra ansatte og brukere skal ivaretas.

Helseforetaket skal i sin neste utviklingsplan:

- *Innrette sitt samarbeid med kommunene i tråd med mål og rammer fastsatt i NHSP og i tråd med avtale mellom regjeringen og KS av 23. oktober 2019 om innføring av helsefellesskap*
- *Sette konkrete mål for kompetansedeling sammen med kommunene i helsefellesskapene*
- *Gi innspill til neste nasjonale helse- og sykehusplan sammen med kommunene i helsefellesskapet*
- *Prioritere utvikling av tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette planarbeidet skal være tuftet på felles planlegging og utvikling i helsefellesskapene. Barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser skal prioriteres i dette arbeidet*
- *Gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene*
- *Fastsette konkrete mål for flytting av tjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi*
- *Gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene og foreslå forbedringstiltak*
- *Lage en plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Det skal legges til rette for livslang læring og en heltidskultur. Sykepleiere og helsefagarbeidere skal gis prioritet i dette planarbeidet»*

Helse Sør-Øst RHF har i oppdrag og bestilling til helseforetakene for 2021 (sak 008-2021) gitt følgende oppdrag:

«Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide revidert regional utviklingsplan innen utgangen av 2022. Arbeidet med helseforetakets lokale utviklingsplan må tilpasses dette. Det vises til revidert veileder for arbeidet med utviklingsplaner (RHF-styresak 148-2020). Helse Sør-Øst RHF vil utarbeide regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplan for kommende periode.»

Oppdragene gitt i oppdrag og bestilling i 2020 og 2021 skal legges til grunn for arbeidet med de lokale utviklingsplanene.

Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

Føringene for arbeidet med utviklingsplanene er ytterligere konkretisert i *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*. Veilederen er vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i desember 2020 (sak 148-2020) og inneholder både premisser og føringer for arbeidet med utviklingsplaner. Det kan spesielt trekkes frem følgende:

Områder som særskilt må vurderes i utviklingsplanene

- *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.

Veilederen slår fast at koronapandemien har gitt helseforetakene 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 skal beskrives kort i utviklingsplanen, sammen med tiltak for å styrke beredskap for å håndtere større hendelser som en pandemi.

Bedre bruk av ressursene

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

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

Et sentral tema er hvordan bedre og mer systematisk bruk av teknologi kan bedre kvalitet og pasientsikkerhet eller gi redusert ressursbruk. Veilederen slår fast at 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 bærekraftig 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.

Helseforetakene og kommunene har også felles ansvar for forebygging, og utviklingsplanen skal omtale helseforetakenes bidrag til 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.

Framskrivning

I veilederen vises det til at Helse- og omsorgsdepartementet stiller følgende krav til de regionale helseforetakenes bruk og samordning av framskrivninger:

Planlegging av framtidige tjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester. Framskrivningene skal gjennomføres med felles framskrivningsmodell.

Anslag på sentrale forutsetninger skal samordnes på tvers av de regionale helseforetakene og innrettes i tråd med overordnede prioriteringer. Dette vil blant annet være forutsetninger knyttet til demografi, sykdomsbyrde, nye arbeidsformer, ny diagnostikk og behandling, oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, teknologisk utvikling etc. Det skal gjøres lokale tilpasninger i forutsetningene der det enkelte regionale helseforetak mener dette er relevant og nødvendig.

Veilederen slår fast at datagrunnlaget i størst mulig grad skal være nasjonalt. Det er angitt at befolkningsutvikling skal hentes fra Statistisk sentralbyrås prognoser og at sykdomsutvikling skal baseres på Folkehelseinstituttets analyser. Videre er det angitt at aktuelle endringsfaktorer kan være:

- 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, arbeidssparende 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, helsekompetanse og 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.

Veilederen viser til at det skal gjøres felles nasjonal framskriving av aktivitet som brytes ned på region og helseforetak. Arbeidet koordineres av den interregionale arbeidsgruppen for framskrivninger som ledes av Helse Sør-Øst RHF. Helse Vest RHF har ansvar for bemanningsmodellen. Veilederen viser videre til at felles framskriving skal legge til rette for å gjøre nødvendig tilpasninger til lokale forhold.

Veileder for arbeidet med utviklingsplaner skal legges til grunn for arbeidet med de lokale utviklingsplanene. Helse Sør-Øst RHF vil sørge for framskrivninger frem til 2035 som skal være et grunnlag for helseforetakenes kapasitetsvurderinger.

2.2 Premisser og føringer for helseforetakenes/sykehusene utviklingsplaner

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

Målene og satsingsområdene som er omtalt i gjeldende regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst skal legges til grunn for arbeidet med de lokale utviklingsplanene.

Andre regionale planer, delstrategier og føringer

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 en uttalt målsetting av tilbudet innen habilitering for barn, unge og voksne skal styrkes, herunder ambulant virksomhet 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 prehospitaltjenester 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.

2.3 Prosess og tidsplan for oppdatering av lokale utviklingsplaner

Kommunene/helsefellesskapene, brukere, ansatte, vernetjenesten og andre samarbeidsparter skal involveres i arbeidet med lokale utviklingsplaner. Det skal legges godt til rette for brukermedvirkning og medvirkning fra tillitsvalgte og vernetjeneste i arbeidet. Gjennom samarbeidet i helsefellesskapene skal kommunene og helseforetakene drive felles planlegging og gjensidig bidra til å styrke behandlingstilbudet til prioriterte grupper.

Oppdaterte utviklingsplaner skal på bred høring med tilstrekkelig høringsfrist (3 måneder). Helseforetakene/sykehusene skal ferdigstille og styrebehandle sine utviklingsplaner innen 1. mai 2022, og styrebehandlede planer skal deretter oversendes det regionale helseforetaket.

Helse Sør-Øst RHF vil bidra til dialogen mellom helseforetakene i utformingen av utviklingsplanene, blant annet gjennom dialogmøter og ved å legge til rette for seminarer om aktuelle tema. Arbeidet med utviklingsplaner vil også være jevnlig tema i direktørmøtene i regionen hvor de administrerende direktørene i helseforetakene møtes.

Veileder for arbeidet med utviklingsplaner omtaler åpenhet om arbeidet, interessenter og involvering, samt forutsigbarhet i prosessen med utviklingsplanarbeidet. Videre slår veilederen fast at det skal være dialogmøter underveis i prosessen mellom det enkelte helseforetak og det regionale helseforetaket. Det planlegges at slike dialogmøter legges i tilknytning til ordinære oppfølgingsmøter mellom det enkelte helseforetak/sykehus og det regionale helseforetaket.

Veilederen beskriver også sammenhengen mellom utviklingsplaner og økonomisk langtidsplan, samt angir veiledende format for utviklingsplaner.

2.4 Oppdatering av regional utviklingsplan

Arbeidet med å oppdatere regional utviklingsplan i Helse Sør-Øst vil starte tredje kvartal 2021 med sikte på styrebehandling av en høringsversjon før sommeren 2022. Endelig plan vil fremlegges for behandling i styret i Helse Sør-Øst RHF høsten 2022, før innsending til Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2022.

Regional utviklingsplan vil revideres med utgangspunkt i *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* og de lokale utviklingsplanene i regionen. Det planlegges en egen styresak om arbeidet med regional utviklingsplan, herunder organisering av og tidsplan for arbeidet.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Administrerende direktør vurderer at *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* representerer en videreføring av dagens utviklingsretning for helsetjenesten og at *Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst* støtter godt oppunder denne utviklingsretningen. Det er en styrke for et langsiktig utviklingsarbeid at utviklingsretningen ligger fast og arbeidet med nye utviklingsplaner må derfor ses på som en rullering av eksisterende planverk.

Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF peker på at Nasjonal helse- og sykehusplan angir retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* er samarbeidet med kommunene gjennom etableringen av helsefelleskapene vektlagt, og det er pekt på at pasientgruppene barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser skal prioriteres. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* uttrykk også en ambisjon om å videreutvikle det utadvendte sykehuset, noe som blant annet innebærer en forsterket satsing på digital hjemmeoppfølging og bruk av nye arbeidsformer i spesialisthelsetjenesten.

Helseforetakene og de private ideelle sykehusene med eget opptaksområde i Helse Sør-Øst har alt fått oppdrag knyttet til arbeidet med oppdatering av lokale utviklingsplaner gjennom oppdrag og bestilling i 2020 og 2021.

Videre gir *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* viktige premisser og føringer for arbeidet med oppdatering av utviklingsplaner. Her vises det også til *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*, og det er pekt på områder som særskilt må vurderes i utviklingsplanene. Foruten arbeidet i helsefelleskapene og digital hjemmeoppfølging, er blant annet organisering av psykisk helsevern, organisering av akuttmottak, akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, kompetanse og bedre bruk av ressurser trukket frem.

Administrerende foreslår i tillegg at *Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst*, *Regional fagplan for psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Sør-Øst* og *Regional delstrategi for teknologiområdet i Helse Sør-Øst* legges til grunn for arbeidet med lokale utviklingsplaner.

Administrerende direktør vil minne om at det i Regional utviklingsplan er en uttalt målsetting at tilbudet innen habilitering for barn, unge og voksne skal styrkes, herunder ambulant virksomhet til pasienter. Det er samtidig viktig at veiledning til kommunalt personell prioriteres, slik at tilbudet til pasienter og pårørende kan styrkes lokalt.

Ellers har styret tidligere pekt på at samarbeidet på tvers av lokalisasjoner og virksomheter i samme helseforetak må styrkes. Dette vil blant annet omfatte arbeid med felles prosedyrer og fagutvikling, samt utdanning og kompetanseutvikling hvor rotasjon av helsepersonell er et viktig virkemiddel.

Administrerende direktør understreker at gode prosesser forutsetter god involvering av brukere, ansatte og vernetjeneste, samt samarbeidspartnere både regionalt og lokalt. Videre er det avgjørende at planene sendes på høring og styrebehandles før oversendelse til Helse Sør-Øst RHF. Administrerende direktør vil legge vekt på at det underveis i arbeidet legges til rette for god dialog gjennom oppfølgingsmøter og dialogmøter.

Administrerende direktør inviterer styret til å vedta at helseforetakene og de private ideelle sykehusene med eget opptaksområde i Helse Sør-Øst, skal oppdatere sine utviklingsplaner innen 1. mai 2022. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner, vedtatt av styret i sak 148-2020, skal legges til grunn for helseforetakenes og de private ideelle sykehusenes arbeidet med lokale utviklingsplaner.

Videre anbefaler administrerende direktør at følgende planer, delstrategier og føringer legges til grunn for arbeidet med lokale utviklingsplaner:

- a. Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst
- b. Regional fagplan for psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Sør-Øst
- c. Regional delstrategi for teknologiområdet i Helse Sør-Øst
- d. Styrking av tjenestetilbudet innen habilitering for barn, unge og voksne, herunder ambulant virksomhet
- e. Styrket samarbeidet på tvers av lokalisasjoner og virksomheter i samme helseforetak innen utdanning og kompetanse, samt prosedyrer og fagutvikling.

Endelig inviterer administrerende direktør styret til å vedta at regional utviklingsplan skal revideres med utgangspunkt i *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner* og de lokale utviklingsplanene i regionen. Administrerende direktør foreslår at styret ber om en egen sak for arbeidet med regional utviklingsplan, herunder organisering av og tidsplan for arbeidet.

Trykte vedlegg:

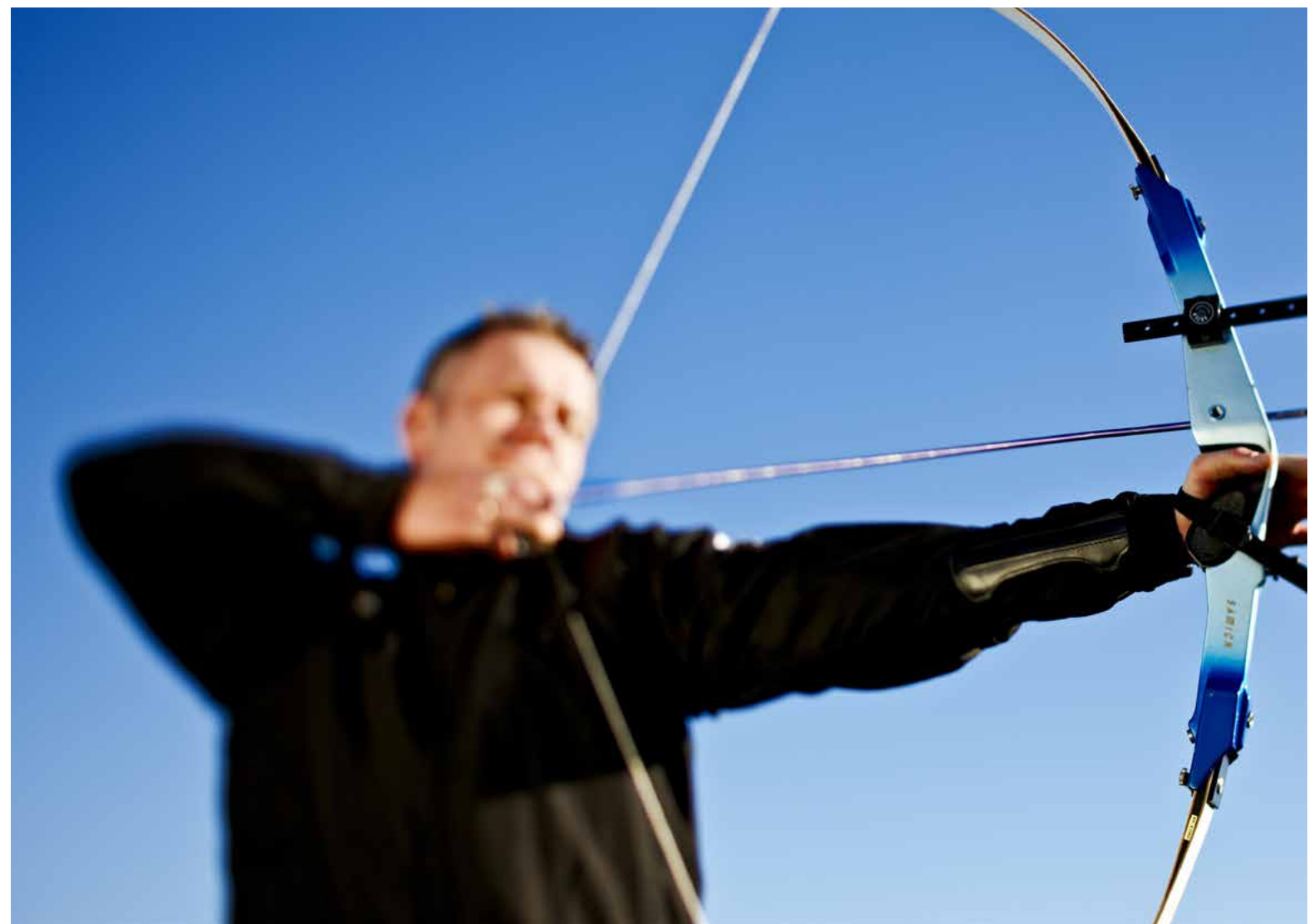
- Ingen

Utrykte vedlegg:

- Veileder for arbeidet med utviklingsplaner <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2020/1217/148-2020%20Vedlegg%20-%20Revidert%20veileder%20for%20arbeidet%20med%20utviklingsplaner.pdf>



Utviklingsplan
2018 - 2035



Forord

For å følge opp Nasjonal helse- og sykehusplan har Sykehuset i Vestfold laget sin egen utviklingsplan. Planen viser hvordan sykehuset ønsker å utvikle sin virksomhet framover for å møte framtidens behov for helsetjenester i Vestfold. Formålet er å skape framtidens helsetjeneste gjennom bruk av riktig kompetanse, nye behandlingsmetoder, moderne medisinsk utstyr, gode og hensiktsmessige digitale verktøy, framtidsrettede organisasjons- og arbeidsformer – og ikke minst et godt og tillitsfullt samarbeid med andre aktører. De viktigste av disse er kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold, i tillegg til pasienter, brukere og pårørende.

Bak utviklingsplanen ligger et omfattende arbeid, med verdifulle bidrag både fra sykehusets egne ledere og ansatte, fra kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold, og ikke minst fra pasienter, pårørende og deres organisasjoner. Det er mitt håp at de kjenner seg igjen i det endelige produktet, og at de ønsker å delta i det videre arbeidet med å realisere de mål og ambisjoner som trekkes opp i planen.

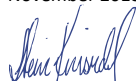
Styret for SiV vedtok utviklingsplanen på sitt møte den 8. mai 2018. Selve utviklingsplanen med vedlegg er et omfattende dokument. Jeg mener vi trenger et slikt dokument når vi skal analysere og begrunne hovedveivalg for en så kompleks organisasjon som et helseforetak er, og for en så lang tidsperiode som 12 – 15 år. Ikke minst trenger vi det når vi «varsler» så vidt radikale grep som vi gjør med denne planen.

Samtidig trenger vi et dokument som mer komprimert oppsummerer de hovedveivalg SiV ønsker å foreta i årene framover. Derfor har vi også laget denne kortversjonen.

Det er viktig at utviklingsplanen følges opp både med konkrete strategier og tiltak, og i forbindelse med de årlige budsjettene og ØLP (Økonomisk Langtids Plan). Vi er allerede godt i gang med å samkjøre disse prosessene og dokumentene. På viktige områder må denne oppfølgingen skje i tett dialog med de andre aktørene som har bidratt i arbeidet med planen.

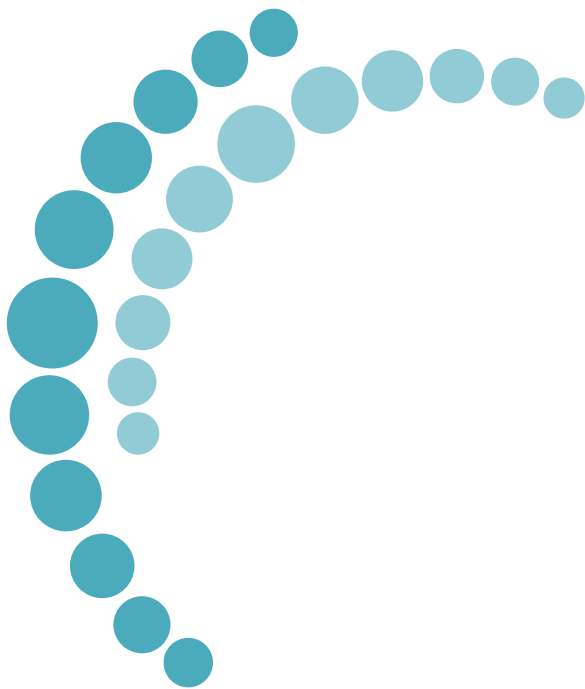
Jeg vil igjen benytte anledningen til å takke alle som har bidratt, både med å lage selve planen, men ikke minst med verdifulle bidrag i den formelle høringsprosessen. Disse har vært viktige for å gjøre planen så god og treffsikker som mulig.

November 2018



Stein Kinserdal
Administrerende direktør

Overordnede samfunnsmessige utfordringer og drivere for endring	1
Utviklingstrekk, framskrivinger og endringsfaktorer	2
Internasjonale tendenser og sentrale premisser for veivalg i SiVs utviklingsplan	3
Perspektiv 1: Intern utvikling og konsolidering av SiV	4
Perspektiv 2: Utvikle SiV gjennom samarbeid og konkurranse internt i spesialisthelsetjenesten	5
Perspektiv 3: Tettere samarbeid med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold	6
Innsatsområder i planen	7



Overordnede samfunnsmessige utfordringer
og drivere for endring

1

1.1 Bakgrunn

De offentlige helseforetakenes utfordringer er nært knyttet opp til velferdsstatens overordnede utfordringer. Flere eldre med sammensatte lidelser, utvikling av nye kostbare behandlingsmetoder og økende forventninger, setter sektoren under et stadig tøffere press. Arbeidsmarkedet vil ikke kunne levere det antall helsearbeidere som er nødvendig dersom dagens utviklingstrender og arbeidsformer videreføres. Selv om teknologiske og organisatoriske endringer vil kunne effektivisere driften, vil utviklingen aktualisere en debatt om det offentlige oppgaver, borgernes rettigheter, og hvilke forventninger som er realistiske.

Helsesektoren er preget av avansert teknologi og stadig ny kunnskap om medisinske metoder. Dette er et godt utgangspunkt for nødvendige innovasjoner. Innovasjonsevnen er ikke like sterk når det gjelder organisering av arbeidsprosesser og måten tjenestene leveres på. Sykehuset i Vestfold må legge til rette for en betydelig økning i innovasjonsevnen også på andre områder enn det teknologiske og rent medisinsk-faglige.

1.2 Kompetanse

1.2.1 Økte krav til kunnskap

Framtidens arbeidsliv vil i økende grad være kunnskapsbasert. Nye jobber skapes hele tiden, og de nye jobbene er mer kunnskapsintensive enn de som forsvinner. Riktig kompetanse er derfor en forutsetning for produktivitet, omstilling og mobilisering av arbeidskraft. Dette forutsetter en tett kobling mellom arbeidslivspolitikken og utdannings- og kompetansepolitikken. For helseforetakene er det virksomhetsperspektivet og anv-

endelsen av kompetansen i arbeidet som er avgjørende. Derfor må utdanningene gjøres mer relevante og kvalitativt bedre, og det må bli et bedre samsvar mellom rekrutteringsbehov, dimensjonering og utdanningsvalg.

1.2.2 Kompetanse og arbeidsprosesser må tilpasses virksomhetens behov

Utvikling av arbeidsprosesser basert på nye teknologiske løsninger, faglig utvikling og ny arbeidsmetodikk, kan komme i konflikt med utdanningssystemer, autorisasjoner og tariffavtaler. Å håndtere disse spenningene på en konstruktiv måte, krever god dialog mellom partene.

Endringer i helsevesenet tvinger fram nye måter å jobbe på. Det forutsetter bruk av ny kunnskap, oppgaveglidning og overlapp mellom yrkesgrupper og profesjoner. Innovasjoner må ta utgangspunkt i en langt mer helhetlig tilnærming til arbeidsprosesser, teknologi, pasientbehov og produktivitet enn i dag.

Ledelsen i virksomheten har ansvaret for at innholdet i kompetanseaktivitetene er tilpasset

virksomhetens behov, og at den daglige driften organiseres slik at utdanningsaktivitetene kan gjennomføres på en effektiv måte.

1.3 Digitalisering og økt endringstakt

Det pågår en rivende teknologisk utvikling. Innbyggernes brukervaner endres og forventningene øker. Den raske endringstakten

Kompetansedeling mellom aktører



Øker styringskompleksiteten i den enkelte virksomhet. Det er en stor utfordring å utvikle organisasjoner som er fleksible, raske og innovative nok til å møte det kontinuerlige behovet for omstilling.

I tillegg kan det være utfordrende for virksomheter å finne budsjettmessig rom for store investeringer, selv om investeringene i neste omgang vil bidra til effektivisering. Innføring av ny teknologi medfører ofte store kostnader som binder opp budsjettene i mange år. Digitaliseringen utfordrer også dagens organisering av arbeidslivet og må ventes å få vesentlige konsekvenser for de reguleringer som i dag skjer gjennom lov og avtaler. For eksempel utfordrer digitaliseringen trepartssamarbeidet, gjennom å forsterke målkonflikten som ligger i IA-avtalen mellom ønsket om å få folk til å stå lengst mulig i jobb og virksomhetenes behov for ny kompetanse.

1.4 Helseforetakene og andre aktører i spesialisthelsetjenesten

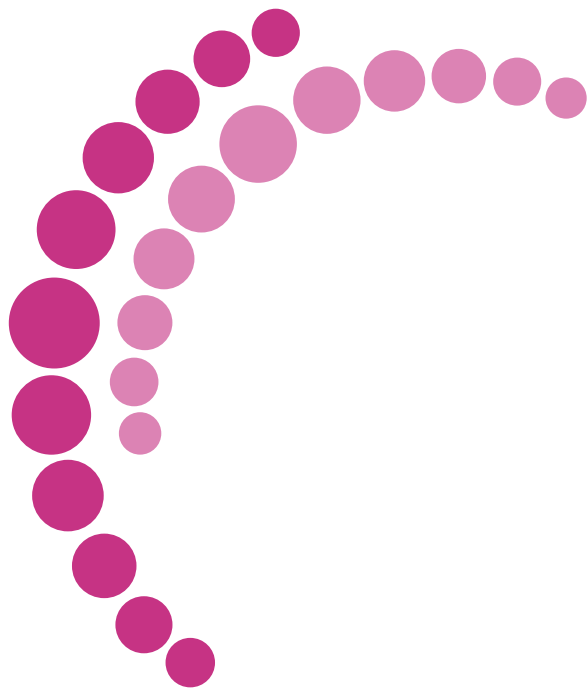
Norge står overfor store endringer, som vil være utfordrende for velferdsstatens bærekraft i framtiden. Samfunnet har derfor behov for alle aktører som kan levere gode og effektive velferdstjenester. Gjennom offentlige og private aktører som er bevisst samfunnsansvaret, kombinert med en pragmatisk politikk nasjonalt og lokalt og god planlegging og regulering, er forutsetningene gode for å møte framtidens utfordringer.

Innenfor spesialisthelsetjenesten er det en relativt stabil andel av tjenestene som løses av private aktører. Innenfor kommunal tjenesteyting er private aktører tatt i bruk særlig når det gjelder tekniske tjenester, men også innen pleie og omsorg og barnehager.

Det er viktig at helseforetakene er godt forberedt på de utfordringer og muligheter som ligger i at også andre aktører enn de statlige helseforetakene både har, og fortsatt vil komme til å ha, en viktig rolle i arbeidet med å levere spesialisthelsetjenester.







Utviklingstrekk, framskrivinger og endringsfaktorer

2

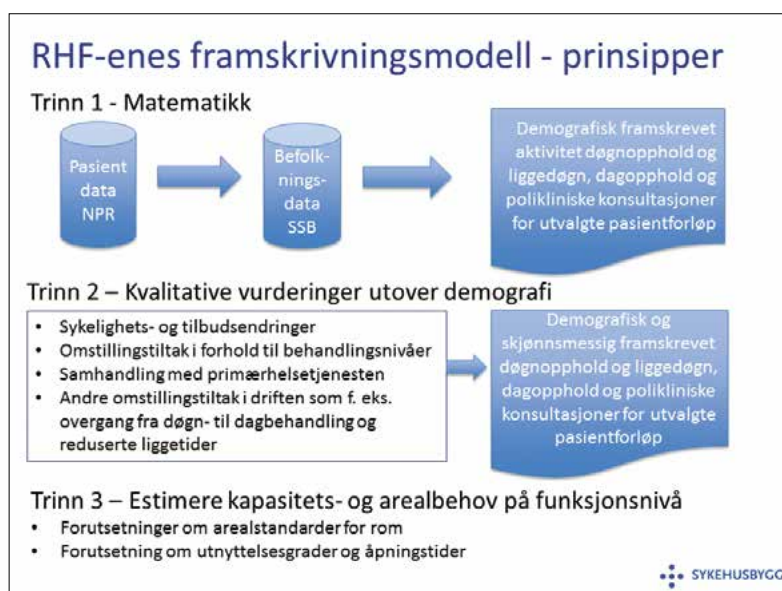
Dersom SiV skal møte fremtiden på en vel forberedt måte, er sykehuset avhengig av å analysere hvilke faktorer som vil endre behovet for helsetjenester og/eller måten disse tjenestene bør leveres på. Sykehuset må med andre ord foreta analyser og vurderinger av forhold som i større eller mindre grad vil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

Med dette som utgangspunkt er det fire hovedhensikter med dette kapittelet:

- Beskrive viktige endringsfaktorer som enten vil påvirke behovet for spesialisthelsetjenester, eller måten vi vil levere disse tjenestene på.
- Koble disse endringsfaktorene mer direkte til de konkrete utfordringene, mulighetene og veivalgene SiV står overfor.
- Illustrere forskjeller i behov for ulike typer spesialisthelsetjenester avhengig av om vi forutsetter en utvikling basert på en ren befolkningsframskriving, eller en utvikling hvor vi legger inn ulike typer endringsfaktorer/drivere for endring.
- Gjøre leseren kjent med hovedtrekkene i den modellen for framskriving av aktivitet og behov som er utviklet av Sykehusbygg m.fl., og som helseforetakene skal bruke i sine utviklingsplaner.

2.1 Framskrivingsmodellen – prinsipper og praktisk bruk

Det er utviklet en modell for framskriving av aktivitet ved helseforetakene som eies av RHF-ene og forvaltes av Sykehusbygg (SB). Alle helseforetakene skal bruke denne framskrivingsmodellen i forbindelse med sine utviklingsplaner. I figur 2.1 gis en skisse over prinsippene i modellen.



Figur 2.1. Skisse over prinsippene i RHF-enes modell for framskriving av aktivitet.

Kilde: Sykehusbygg

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

I trinn 2 av analysen gjøres vurderinger utover de demografiske endringene som skjer. Her er det laget et sett av drivere/endringsfaktorer basert blant annet på vurderinger fra fagfolk og erfaringer fra gjennomførte prosjekter i helseforetakene.

For somatikken er det lagt inn følgende drivere/endringsfaktorer:

- Epidemiologi og medisinsk utvikling
- Samhandling med kommunene
- Overføring til pasienthotell
- Overføring til dag/poliklinikk
- Overføring til observasjonsenhet
- Intern effektivisering (liggetidsreduksjon)
- Generell vekst

Modellene for psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er identiske. Den delen av modellen omfatter også psykisk helsevern for barn og unge. Her er det noe færre faktorer utover den demografiske framskrivningen enn det er i modellen for somatisk sektor.

For PHV og TSB er det lagt inn følgende endringsfaktorer:

- Epidemiologi og medisinsk utvikling (tilbud og forventning)
- Samhandling med kommunene
- Reduksjon i oppholdstider

I somatisk sektor varierer effekten av de enkelte faktorene mellom de ulike diagnosegruppene som beskrives i modellen. I PHV og TSB er det ikke beregnet noen forskjell i effekt av faktorene mellom diagnosegruppene. Alle diagnosegruppene påvirkes med andre ord i samme grad.

I trinn 3 av framskrivningen beregnes framtidig kapasitet basert på den framskrevne aktiviteten gjennom trinn 1 og trinn 2. Ulike utnyttingsgrader og åpningstider benyttes i kapasitetsberegningene

avhengig av hvilke framskrivinger som skal gjøres. Dette er ikke relevant for arbeidet med SiVs utviklingsplan – gitt de mål sykehuset har med planen.

2.2 Beskrivelse av endringsfaktorene i modellen – somatikk

2.2.1 Epidemiologisk og medisinsk utvikling

Det forutsettes en prosentvis vekst i både antall opphold, liggedøgn, poliklinikk og dagbehandling som følge av epidemiologi og medisinsk utvikling. For somatikken legger modellen til grunn at veksten vil variere mellom diagnosegrupper.

Som et eksempel kan nevnes at det forventes en økning i antall liggedager på ti prosent for gruppen ondartede svulster. Dette er utover effekten av de demografiske endringene. I tillegg til at insidensen øker utover effekten av de demografiske endringene, forventer man også en effekt av tidlig diagnostisering og redusert behov for innleggelse. Denne endringsfaktoren er også ment å fange opp effektene av forebyggende arbeid.

Det er også lagt inn en forventet økning i dagopphold og polikliniske konsultasjoner på blant annet diagnosegruppene dialyse og kjemoterapi.

2.2.2 Generell vekst (for polikliniske konsultasjoner)

For polikliniske konsultasjoner er det lagt til grunn en generell vekst på én prosent per år utover den veksten som følger av demografisk utvikling og de kvalitative faktorene nevnt ovenfor. Dette er basert på den observerte trenden med at polikliniske konsultasjoner øker mer enn det den demografiske utviklingen skulle tilsi.

2.2.3 Samhandling med kommunene og øvrig primærhelse-tjeneste

Det forutsettes at aktivitetsveksten dempes gjennom endret oppgavefordeling eller andre samarbeidsformer mellom sykehus og kommunene; inkludert fastlegene. Effekten forutsettes å variere

mellom de ulike diagnosegruppene. For noen grupper antas det at enkelte innleggelser helt kan unngås i framtiden, mens for andre grupper vil liggetiden bli redusert. For å få til en slik endring, forutsettes naturligvis et tett samarbeid med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste. Ikke minst vil tett samarbeid og dialog med fastlegene være helt avgjørende for å få til en endret oppgavedeling.

2.2.4 Overføring til pasienthotell

Det forutsettes at en prosentandel av liggedøgnene kan overføres fra ordinær seng til pasienthotell for noen diagnosegrupper.

2.2.5 Omstilling fra døgn til dag/poliklinikk

Det antas at omlegging fra døgn- til dagbehandling og poliklinikk vil fortsette i tiden framover. Det forutsettes også at andelen døgnopphold som overføres til dagopphold vil variere mellom diagnosegruppene, og at det må gjøres konkrete vurderinger for de ulike fagområdene for å få fram det reelle potensialet for slike endringer.

2.2.6 Overføring til observasjonsenhet

En stor andel av øyeblikkelig hjelp-pasientene innen somatikk forutsettes å gå via observasjonsplasser/korttidsplasser i akuttmottak. For noen store diagnosegrupper er median liggetid på én dag, og en stor andel vil kunne skrives ut fra observasjonsseng hvor oppholdstiden forventes å være på inntil 24 eller 48 timer. Det forutsettes at økt bruk av observasjonsenhet kan redusere liggetiden. Denne faktoren brukes på 80 prosent av oppholdene, da det antas at en del av oppholdene ikke er aktuelle i utgangspunktet.

2.2.7 Intern effektivisering (liggetidsreduksjon)

I tillegg til de faktorene som er beskrevet ovenfor, legges det i modellen til grunn at antall liggedøgn over tid kan reduseres som følge av intern effektivisering. Også her legges det til grunn at potensialet vil variere mellom diagnosegruppene.

Arbeidet med å optimalisere pasientforløp og et løpende trykk på bedre logistikk, forutsettes å bidra til reduserte liggetider. Det vil

omfatte input (akuttmottak og prehospitale tjenester med tidlig diagnostikk og behandling, bl.a. diagnostikk i ambulanser), throughput (fast-track for forløp, kommunikasjon, fokus på kvalitet og rask tilgang på diagnostikk og beslutningskompetanse) og output (utskrivingsprosedyrer, tett samhandling med primærhelsetjenesten) osv. Et økende antall eldre, med et sammensatt og komplekst sykdomsbilde, vil kunne trekke i motsatt retning.

2.2.8 Oversikt over effektene av endringsfaktorene for somatisk sektor

I tabell 2.1 gis en samlet oversikt av de årlige effektene av de ulike endringsfaktorene for et veid gjennomsnitt av diagnosegrupper. Tabellen viser også en oppsummering av effektene samlet sett:

- Overføring til pasienthotell, dagkirurgi/poliklinikk og observasjonspost samt intern effektivisering er summert sammen til intern omstilling.
- Den generelle vekstfaktoren for poliklinikk er «innlemmet i» epidemiologisk og medisinsk utvikling.

	Epidemiologisk og medisinsk utvikling			Samhandling med kommunene	Intern omstilling				Alle endringsfaktorene samlet e.ks. demografi	
	Endring epidemiologi	Gen vekstfaktor (pol)	Totalt		Overføring pasienthotell	Overføring til dag/pol	Overføring til observasjonsenhet	Intern eff (døgn)		Totalt
Døgnopphold	0,1%		0,1%	-0,3%	0,0%	-0,4%			-0,4%	-0,9%
Liggedøgn dag	0,1%		0,1%	-0,5%	-0,3%	-0,4%	-0,2%	-0,5%	-1,4%	-1,8%
Dagopphold	0,2%		0,2%	0,0%		0,3%			0,3%	0,5%
Poliklinisk åkt	0,2%	1,0%	1,2%	-0,4%		0,1%			0,1%	0,8%

Tabell 2.1. Årlig endring for SIV. Andre endringsfaktorer enn demografi. Veid gjennomsnitt for somatikk.

Tabellen viser for eksempel at antall døgnopphold som følge av samhandling med kommunene vil bli redusert med 0,3 prosent pr år, og at antall liggedøgn vil bli redusert med 0,5 prosent som følge av det samme. Men dette krever selvsagt gode interne prosesser i sykehusene og en tett dialog med kommuner og fastleger. Over tid kan effektene av endringsfaktorene bli betydelige. Med

effekter menes altså sammenlikninger av utviklingsbaner basert på den demografisk endring og utviklingsbaner basert på ulike typer endringsfaktorer.

2.3 Beskrivelse av endringsfaktorene i modellen – PHV og TSB

I dette punktet vil vi gi en beskrivelse av de endringsfaktorene som ligger i modellen for PHV og TSB. Utviklingen for PHV-BU er vurdert til å være den samme for PHV-Voksne og TSB. Som det framgår, er det lagt inn langt færre endringsfaktorer for disse fagområdene. Det er heller ikke lagt inn ulike effekter for ulike pasientgrupper, slik som for somatikken.

2.3.1 Epidemiologisk og medisinsk utvikling (tilbud og etterspørsel)

Det forutsettes en prosentvis vekst i både antall opphold og liggedøgn som følge av epidemiologi og medisinsk utvikling. Det antas lik vekst i de ulike diagnosegruppene.

2.3.2 Samhandling med kommunene

Det forutsettes at aktivitetsveksten i spesialisthelsetjenesten dempes gjennom endret oppgavefordeling eller andre samarbeidsformer mellom sykehus og kommunene. Effekten av denne faktoren er i modellen beregnet til å være lik for alle pasientgruppene.

Samhandlingsreformen er tydelig på at psykiske lidelser og rusavhengighet er likestilt med somatiske lidelser når det gjelder oppgavedeling mellom helseforetak og kommuner. En konsekvens

av det er blant annet at den utvidede plikten til øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene fra 2016 også ble utvidet til å omfatte området psykisk helsevern.

Innenfor den tidsrammen som omfattes av denne utviklingsplanen, vil det være naturlig å legge til grunn en ytterligere reduksjon av antall døgnplasser i spesialisthelsetjenesten – utover det som har skjedd de senere årene.

Samtidig som det vil skje en spissing og ytterligere spesialisering av behandlingstilbudet, vil det være naturlig å styrke den polikliniske og ambulante virksomheten. Det siste 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.

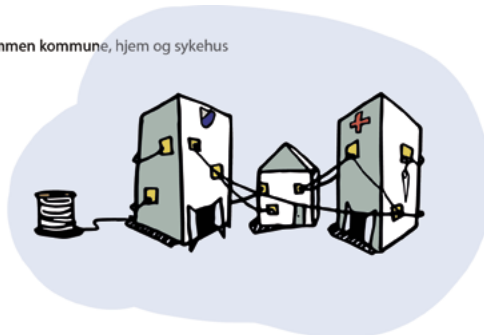
2.3.3 Reduksjon i oppholdstider

Det antas en årlig reduksjon i antall oppholdsdøgn. Denne effekten er like stor prosentvis som effekten av samhandling med kommunene.

2.3.4 Oversikt over effektene av endringsfaktorene for PHV og TSB

I tabell 2.2 gis en samlet oversikt av de årlige effektene av de ulike endringsfaktorene – lik for alle diagnosegrupper.

Sy sammen kommune, hjem og sykehus



	Epidemiologisk og medisinsk utvikling (Tilbud og etterspørsel)	Samhandling	Intern omstilling (Reduksjon i oppholdstid) r)	Alle endringsfaktorene samlet eks. demografi
Døgnopphold	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %
Liggedøgn døgnopphold	0,6 %	-0,8 %	-0,8 %	-1,1 %
Dagopphold	1,7 %	-0,3 %		1,4 %
Poliklinisk aktivitet	1,7 %	-0,3 %		1,4 %

Tabell 2.2. Årlig endring for SiV. Andre endringsfaktorer enn demografi. Likt for alle diagnosegrupper PHV og TSB.

Også for fagområdene PHV og TSB ser vi altså at de innlagte endringsfaktorene vil endre utviklingsbanen man får ved bare å se på endringer i befolknings- og alderssammensetning. Men retningen på endringene er litt annerledes enn for somatikken. Det viser nødvendigheten av å lage egne oversikter for henholdsvis somatikk og PHV/TSB.

2.4 Beskrivelse av øvrige endringsfaktorer utover modellen

I motsetning til endringsfaktorene i framskrivingsmodellen har vi ikke satt noen «tallmessig verdi» på de faktorene som beskrives i dette punktet. De kan imidlertid være like viktige som de som ligger i modellen fra Sykehusbygg.

2.4.1 Oppgavedeling mellom sykehus og mellom offentlige og private aktører

SiV har i dag en ganske høy egendeckningsgrad for spesialisthelsetjenester. Det vil si at Vestfolds befolkning i svært stor grad får sitt behov for spesialisthelsetjenester dekket ved SiV. Slik vil det med stor sannsynlighet også være i framtiden.

Samtidig er det viktig å være forberedt på at det kan skje endringer i oppgave- og funksjonsfordelingen mellom SiV/allsidige akuttsykehus og universitetssykehusene. Her kan det skje endringer på flere måter og i flere retninger:

1. En utvikling hvor flere oppgaver blir sentralisert; enten helt eller delvis.
2. En utvikling hvor den første delen av behandlingen vil skje på universitetssykehusene, men hvor pasientene blir overført raskere til de lokale sykehusene for oppfølging.
3. En utvikling hvor mer krevende oppgaver kan håndteres av de lokale sykehusene – mot at det etableres faste ordninger (en form for «bakvakt»), der legene ved universitetssykehusene kan konsulteres i krevende situasjoner.

I tillegg til oppgavedeling innen den offentlige spesialisthelsetjenesten, kan det skje en videre utvikling av private leverandører. Hvordan dette utvikler seg vet vi ikke, men det er all grunn til å ha en bevissthet om – og beredskap til – denne problemstillingen.

Uansett vil samarbeid, konkurranse og arbeidsdeling internt i spesialisthelsetjenesten være en driver for endring som SiV må ha en aktiv og bevisst strategi/holdning til.

2.4.2 Tilbuds- og etterspørselspress

Nye tilbud innen diagnostikk og behandling øker forbruket av helsetjenester. Dette gjelder både sykehusenes og fagmiljøenes ønske om å gi det best mulige tilbudet, og publikums kunnskap og forventning om hvilke muligheter som finnes. Et eksempel er økt bruk av screening som vil kunne øke behovet for oppfølging ved polikliniske konsultasjoner, dagopphold og eventuelt operasjoner. På den andre siden kan nasjonale og regionale begrensninger i rammene legge opp til en styring av veksten til et lavere nivå enn det en endring i BNP gir muligheter for.

Det er stor usikkerhet til prognoser for den økonomiske utviklingen og fordeling av kostnader innenfor helsetjenesten. Med signaler fra myndighetene om en økt satsing på kommunale helsetjenester, vil man kunne se endringer i fordeling av økonomiske rammer. Samtidig vil det være et etterspørselspress på spesialisthelsetjenesten for å tilby tidlig og avansert diagnostikk og behandling som kan være vanskelig å styre politisk.

Det antas at økningen i aktivitet som skyldes forventninger hos publikum i første rekke treffer polikliniske konsultasjoner, dagopp- hold, radiologi og laboratorier. Dette kan gi en betydelig økning i etterspørselen etter disse tjenestene.

Økt tilfang av private tjenesteytere med nye tilbud kan både øke forbruket av helsetjenester og antall pasienter som henvises til sykehuset.

2.4.3 Organisasjon og kompetanse som endringsdrivere
Organisasjon og kompetanse vil i årene framover kunne være endringsdrivere for helsetjenesten. Med krav og forventninger til en spisset spesialisthelsetjeneste og etablering og opprettholdelse av robuste fagmiljøer, vil det frem mot 2030/2035 kunne komme et økt trykk for å sentralisere deler av virksomheten. Krav til «robuste» fagmiljøer som kan gi et bedre grunnlag for rekruttering og faglig utvikling, vil kunne bli et viktig kriterium for framtidige valg av utviklingsretning. Dette kravet, i tillegg til behov for spesialistkompetanse 24/7, vil kunne trekke i retning av at fagområder samles på færre steder for å gi tilstrekkelig pasientvolum til å utvikle og opprettholde kompetanse og effektiv ressursbruk/god driftsøkonomi.

Samtidig vil sykehus i nettverk – hvor fagmiljøer samarbeider både fysisk og virtuelt – kunne demme opp for en slik sentralisering.

I et framtidig helsevesen er det all grunn til å tro at det vil komme nye faggrupper, det vil bli stilt radikalt andre krav til kompetanse enn i dag, det vil skje en oppgaveglidning mellom eksisterende faggrupper og det vil komme nye og mer fleksible arbeidsformer. Kompetanse vil bli utdatert raskere og behovet for kontinuerlig læring vil forsterkes. Dagens personellgrupper innen helse og omsorg vil med stor sannsynlighet få endrede roller, og også på noen områder bli byttet ut med roboter og/eller andre yrkesgrupper.

2.4.4 Teknologisk utvikling

Den digitale revolusjonen innen helsevesenet er bare i sin spede begynnelse. Utviklingen vil revolusjonere både diagnostikk og behandlingsformer, og ikke minst samspillet mellom helsetjenesten og pasient/bruker, og mellom ulike helseaktører.

Det synes å være noen globale teknologiske trender som kan få store konsekvenser for hvordan folk i fremtiden vil forholde seg til egen helse og til helsevesenet, og derved hvordan helsevesenet må innrette seg. Utviklingen av sensorteknologi, «Big Data» og «Internet of Things» gjør det mulig for pasienter å overvåke sin egen helse og kommunisere direkte med internasjonale helsedatabaser, kompetansesentre og tilbydere av helsetjenester. Det vil antakelig bety at vi kommer til å gå i retning av et mer virtuelt helsevesen, helsevesenet kommer i større grad hjem til folk.

Den generelle utviklingen innenfor IKT-teknologi må antas å gi en effektiviseringsgevinst knyttet til arbeidsprosesser og gjennomføring av pasientforløp. Dette gjelder både den interne effektiviseringen og det gjelder elektronisk samhandling mellom sykehusene og eksterne parter. Det er vanskelig å anslå hvor stor denne effekten vil være «i form av tall», men at teknologisk utvikling vil være en kraftig driver, synes hevet over tvil.

2.4.5 Forventninger til egendeltakelse og medvirkning

Rollen som pasient og bruker vil gjennomgå store endringer. Pasientene vil søke kunnskap om egen sykdom på helt andre måter og helt andre steder enn i dag, og de vil generelt sett være bedre informert både om egen sykdom og om behandlingsalternativer. De vil derfor i større grad kreve å få delta i beslutningsprosessen rundt hvilke behandlingsvalg som vil gi hvilke resultater/ha hvilke konsekvenser. Mange vil antakelig søke alternative leverandører dersom de ikke er fornøyde med den behandlingen de får eller måten de blir møtt.

Globale plattformer (helse online) vil være basert på åpenhet, samarbeid og forenkling. Det vil gi pasientene tilgang til helsetjenester på en langt mer fleksibel måte enn i dag. Langt flere vil kunne få helsetjenester uten selv å måtte møte opp på sykehuset rent fysisk (egenkontroller, fjernkonsultasjoner mv.). Denne utviklingen åpner både for mer samarbeid og økt konkurranse mellom de som skal tilby helsetjenester.

Det er også all grunn til å tro at pasientene i framtiden selv både kan og vil utføre flere av de oppgavene som helsevesenet i dag utfører. Det gjelder overvåking/monitorering av egen helse, det gjelder innrapportering av data i stedet for/som supplement til fysiske kontroller/konsultasjoner, og det vil kunne gjelde bruk av egenbehandlingsplaner.

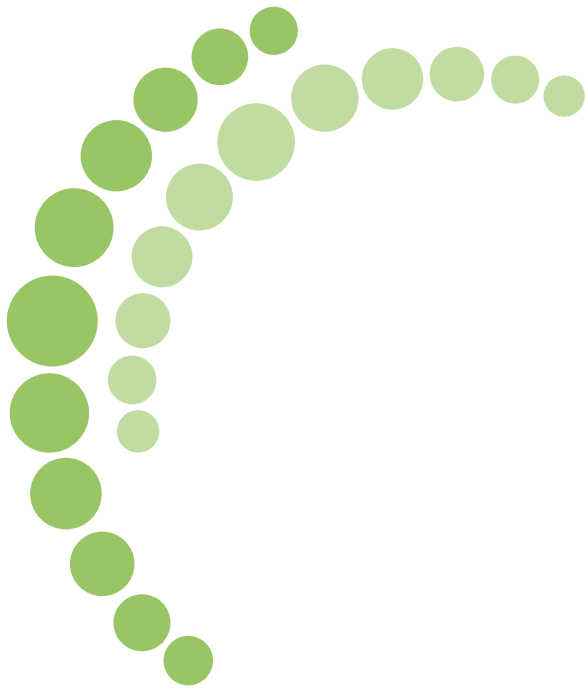
2.5 Kort oppsummering

Når vi bruker framskrivingsmodellen for spesialisthelsetjenester, ser vi at behovet for spesialisthelsetjenester ved SiV endres kraftig sammenliknet med den utviklingsbanen vi får basert på en ren demografisk utvikling. Det gjelder både for somatikken og for PHV/TSB.

Det er mulig å trekke følgende konklusjoner:

- Utviklingen i behovet for/etterspørselen etter spesialisthelsetjenester avhenger i betydelig grad av hvilke forutsetninger vi legger til grunn for analysene.
- Ved å ta et aktivt grep om endringsfaktorene – i hvert fall en del av dem – er det mulig å styre utviklingen i en ganske annen retning enn den vi får basert på en ren befolkningsframskrivning.
- Selv små årlige endringer (forbedringer) gir store utslag når vi analyserer dem over en tidsperiode på 10 – 15 år.





Internasjonale tendenser og sentrale premisser
for veivalg i SiVs utviklingsplan

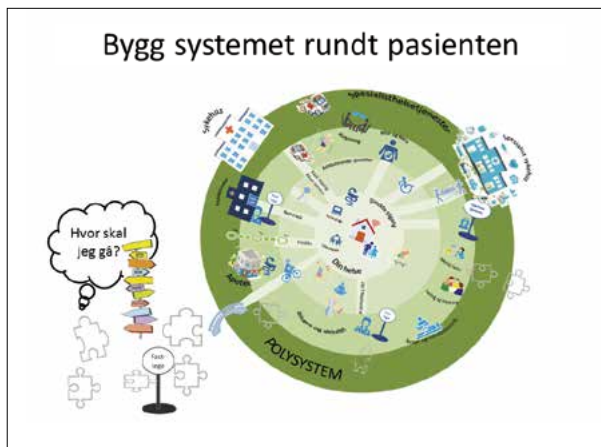
3

3.1 Internasjonale tendenser

Organisering og finansiering av helsevesenet varierer betydelig mellom land, men det er viktig å ta inn impulser fra utviklingen av spesialisthelsetjenesten i andre land. Det kanskje aller viktigste budskapet vi får når vi løfter blikket ut av Norge, er at spesialisthelsetjenesten «ikke bare kan fortsette som før». Spesialisthelsetjenesten utfordres på kapasitet, effektivitet, evnen til å ta i bruk ny teknologi, brukerforventninger mv. Det kanskje aller mest grunnleggende er at vi utfordres på hva som er rollen og kjerneoppdraget. Gitt en aldrende befolkning, økende medisinske muligheter, økende kunnskap om hva som «virker», og ikke minst økende forventninger og et økt kunnskapsnivå i befolkningen: Hva blir da kjerneoppgaven til spesialisthelsetjenesten?

Sykehus i store deler av den vestlige verden diskuterer i økende grad hva som er kjernen i spesialisthelsetjenesteoppdraget, og hvilke oppgaver som derfor like godt eller bedre kan overlates til andre aktører eller utføres i et samarbeid med dem. Dette begrunnes både i økonomi og effektivitet, men også i kvalitet, helsegevinst og behov og ønsker hos brukerne. Debatten tar i økende grad utgangspunkt i hva som er pasientens og befolkningens behov for helsetjenester, og hvor og hvordan tjenestene bør leveres for i størst mulig grad å dekke behovet.

Som en følge av dette etableres det stadig flere alternativer til det tradisjonelle sykehuset. Figuren nedenfor illustrerer et fleksibelt helsevesen som organiseres og «designes» ut fra pasienten, og med pasienten reelt sett «i sentrum». Når det etableres alternativer/supplementer til de klassiske sykehusene, inngår ofte sykehusene en eller annen form for «partnerskap» med disse aktørene. Slike partnerskap er ofte basert på en erkjennelse av at spesialisthelsetjenestens oppdrag i stadig mindre grad kan løses «alene», og partnerskapene inngås både med primærhelsetjenesten, med andre offentlige aktører og med private samarbeidspartnere.



Figur 3.1. Hvordan helsetjenesten kan fungere på pasientens premisser.

Sykehusene diskuterer også hvordan oppgaver som hittil har blitt løst innen egne organisatoriske og bygningsmessige rammer, kan ivaretas på arenaer utenfor sykehuset, men hvor likevel sykehusene har hovedansvaret for tjenestene. Dette kan dreie seg om:

- Ambulante tjenester
- Felleskonsultasjoner med primærhelsetjenesten
- Hjemmesykehus
- Nettbaserte konsultasjoner med pasientene
- Dialog med primærhelsetjenesten i forbindelse med krevende beslutningssituasjoner som de står oppe i

Utgangspunktet er «hva som gir mest verdi for pasienten», og hvor og hvordan tjenesten da må gis? Ofte knyttes desentrale spesialisthelsetjenester opp mot nye aktører. Helsetjeneste i nettverk – på tvers av organisatoriske grenser - blir stadig vanligere.

Også den teknologiske utviklingen og kostnadsutviklingen presser fram nye modeller å levere tjenestene på. Det blir stadig viktigere å spørre om hvor en «ny krone» investert i helse gir størst helsegevinst. Begrepet «scalability» er mye brukt internasjonalt. Det betyr at valg av behandlingsmetode er styrt av effekt målt opp mot kostnad. I kostnadsberegningen inngår krav til utdanning og veiledning. Førstevalget vil være metoder som har en rimelig god effekt, samtidig som de ikke krever for mye til utdanning og veiledning. Prinsippet legger til grunn at man skal velge behandling som på en rimelig måte er til hjelp for mange, framfor behandling som kan være noe bedre, men som er mer ressurskrevende og tilgjengelig for færre.

Det er en hovedtendens i den internasjonale utviklingen at så mye som mulig av virksomheten standardiseres. Det gjelder for eksempel:

- Bruk av rom og arealer. Rommene og arealene på sykehusene gjøres mest mulig fleksible, slik at de kan brukes til mange formål. Et utsagn som ofte går igjen er at «behandlaren eier pasienten, men ikke rommet eller sengen».
- Bruk av felles maler, algoritmer mv. For å standardisere pasientbehandlingen – ofte på tvers av diagnosegrupper – tas det i bruk mer standardiserte maler, algoritmer mv. Dette effektiviserer arbeidet og øker pasientsikkerheten.
- Det er også en tendens til at selve pasientforløpene standardiseres – enten vi snakker om «fast-track» eller mer helhetlige hjem-til-hjem forløp. Det er et mål å unngå mer variasjon i pasientbehandlingen enn det som kan forsvares/begrunnes ut fra medisinske behov og vurderinger. Forutsetningen er selvsagt at det er kunnskapsmessig grunnlag for standardiseringen.

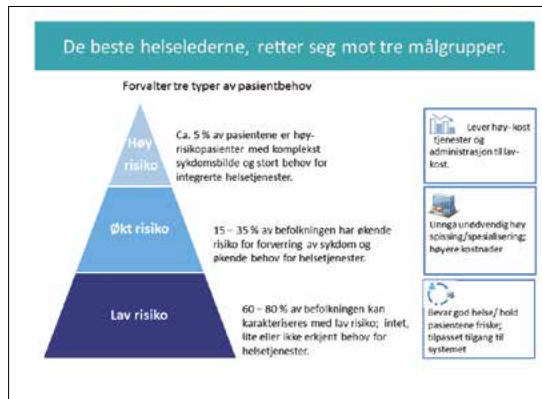
Kravet om standardisering utfordres av et behov for å gi mer individuelt tilpassede tjenester når situasjonen krever det. Sykehusene må evne å levere både effektive, standardiserte og strukturerte tjenester, samtidig som det må være faglig kompetanse, vurderingsevne og tid til å yte individuelt tilpassede tjenester.

Det er også en økende erkjennelse at for å møte utfordringer i helsetjenesten, må man i større grad fokusere på befolkningen og pasientgruppers ulike behov for helsetjenester. Dette krever en mye mer integrert helsetjeneste, hvor tilbudet til pasientene må utvikles på tvers av dagens ulike forvaltningsnivåer. Det er internasjonal enighet om en inndeling i tre ulike befolknings- og pasientgrupper ut fra deres risikoprofil:

- Høy-risikopasienter med komplekst sykdomsbilde og stort behov for integrerte helsetjenester. Denne pasientgruppen angis nær universelt, i alle fall i den vestlige verden, å utgjøre ca. 5 prosent av befolkningen.
- Pasienter med økende risiko for forverring av sykdom og økende behov for helsetjenester. Denne gruppen utgjør 15 – 35 prosent av befolkningen.
- Lav-risiko pasienter med intet, lite eller ikke erkjent behov for helsetjenester. Disse utgjør 60 – 80 prosent av befolkningen.

For å kunne arbeide målrettet med en slik tilnærming, kreves det et arbeid med risiko-stratifisering, klassifikasjon og identifikasjon av gruppene for å samstemme pasientenes behov med tjenestetilbudet, og koordinere de ulike tjenesteleverandørenes innsats overfor pasientene. Å tilnærme seg denne stratifiseringen krever at man analyserer faktorer innenfor og utenfor både sykehuset og selve helsetjenesten. Psykososiale og sosioøkonomiske faktorer må også vurderes i et helhetsperspektiv. En effektiv håndtering av disse tre hovedgruppene av pasienter, forutsetter et langsiktig og strategisk samarbeid mellom sykehusene og den kommunale helse-, sosial- og omsorgstjenesten.

Ovennevnte tredeling kan illustreres ved hjelp av følgende figur:



Figur 3.2. Pasienter med ulik grad av risiko.

Både innenfor helsetjenesten og i andre sektorer er det et økende innslag av det vi kan kalle «consumerism». Det vil si en sterkere pasient- og brukerrolle. Dette har flere aspekter – som kan dra i litt ulike retninger. På den ene siden har vi pasientens krav om å få en sterkere rolle/en tydeligere stemme i sin egen behandling og rehabilitering. På den annen side har vi den utviklingen som ligger i at pasienter kan presse fram behandlinger/diagnostikk som det er lite kunnskapsmessig grunnlag for, eller som er svært kostbare vurdert mot behandlingsmessig effekt (jfr. «scalability»). Her snakker vi om til dels vanskelige prioriteringsdiskusjoner hvor det er viktig at det gjøres balanserte vurderinger på samfunnsnivå – uavhengig av hvilke pasientgrupper som har de sterkeste forkjemperne/talsmennene. Et tredje aspekt er at en mer opplyst og «krevende» pasient ofte shopper leverandør avhengig av hvor de opplever å få den beste servicen, den beste behandlingen eller den beste «total-

pakken». Det er ikke lenger tilstrekkelig bare å ha et faglig godt tilbud for at pasientene skal bli fornøyde. Hele pakken må appellere.

Det siste punktet vi vil trekke fram fra den internasjonale utviklingen, er at det vil bli mer fokus på «Value Based Health Care», altså en helsetjeneste som mer konsekvent enn i dag stiller spørsmålet om «hva som har verdi for pasienten». I flere land endres også finansieringen fra en form for innsatsstyrt finansiering – basert på hva helsetjenesten gjør – til en finansieringsform som tar utgangspunkt i behandlingsutfall/resultat og hvordan pasienten vurderer og opplever dette. Ofte knyttes denne form for finansiering til helhetlige pasientforløp, og ikke de enkelte delene av forløpet.

3.2 Sentrale premisser for valg av utviklingsretning for SiV

3.2.1 SiV må levere på alle områdene i spesialisthelsetjenesteoppdraget

Det er et viktig premiss for den videre utviklingen av SiV at sykehuset må levere på alle de prioriterte oppgavene som spesialisthelsetjenesten har:

1. Utredning/diagnostisering og behandling av pasienter
2. Undervisning og opplæring av helsepersonell
3. Veiledning av kommuner og øvrig primærhelsetjeneste
4. Opplæring av pasienter og pårørende
5. Forskning og innovasjon

3.2.2 Fortsatt sterkt trykk på omstilling, forbedring og effektivisering

Det vil være et sterkt trykk i retning av omstilling, forbedring og effektivisering. SiV vil ikke kunne møte framtidens krav til helsetjenester uten å arbeide målrettet med å forbedre og effektivisere arbeidsprosesser og pasientbehandling.

Sentrale elementer med å omstille, effektivisere og forbedre virksomheten vil være:

- Tydelige og standardiserte pasientforløp
- Bedre logistikk og dermed kortere oppholdstider
- Bedre kapasitetsutnyttelse av utstyr, personell og bygninger (endrede arbeidstider kan bli en konsekvens, vil også måtte gjelde personellgrupper som i dag har vanlig «dagarbeidstid»)
- Bedre og raskere beslutningsstøtte i kliniske prosesser; ikke minst ved bruk av teknologi som gir rask tilgang til kritisk informasjon
- Raskere diagnostikk
- Fortsatt overgang fra døgn til dag og poliklinikk
- Optimalisering av pasientforløp når sykehuset åpner nytt akutt-mottak med flere observasjons-/avklaringsenger og lettere tilgang til diagnostisk støtte



Hva er viktig for deg?

3.2.3 Økende fokus på hva som har «verdi for pasienten»

Det vil bli et økende fokus på outcomekvalitet/hva som har verdi for pasienten. Selvsagt vil det fortsatt være fokus på prosedyrer, prosesser og måten sykehuset løser oppgaver, men både pasienter/brukere og myndighetene vil i større grad måle sykehuset på resultatet av behandlingen, og de vil sammenlikne SiV med andre som leverer de samme tjenestene. En mer verdibasert helsetjeneste vil stille krav til sykehuset både når det gjelder utvikling av gode og relevante måleparametre og når det gjelder feedback fra pasienter og pårørende. Samtidig vil sykehuset og den enkelte helsearbeider stå overfor viktige og vanskelige valg der knappe helseressurser skal forvaltes, ut fra hva som gir mest helsegevinst for hver investert krone.

3.2.4 Økt bruk av samvalg og forsterket brukermedvirkning
Sykehusene kommer til å oppleve et helt annet krav om brukermedvirkning. Brukerne/pasientene kommer til å kreve å få delta i valg av behandlingsretning/-behandlingsform og i overvåking/monitorering av egen helse, de vil komme til sykehuset forberedt og med kritiske spørsmål, de vil kreve at flere tjenester ytes utenfor syke-

hus, og de kommer til å kreve at de selv skal kunne rapportere inn data om egen helsestatus. De vil også kreve innsikt i «hvordan vi gjør ting», hvilke resultater de enkelte sykehusene har osv. Dersom de ikke er fornøyd med de svarene de får, vil de i økende grad gå til andre leverandører.

3.2.5 Rask og forsterket teknologisk utvikling

Den teknologiske utviklingen vil med all sannsynlighet være en kraftig driver for endring framover, kanskje en av de aller kraftigste. Dette vil gjelde på mange områder:

- Felles tilgang til medisinske data
- Fjernmonitorering av pasienter i eget hjem
- Økt hjemmebehandling av pasienter
- Bedre og raskere klinisk beslutningsstøtte
- Mer automatiserte arbeidsprosesser
- Stadig mer treffsikre diagnostiske verktøy og metoder – med økte muligheter for individuelt tilpasset behandling
- Økt bruk av mini-invasive teknikker

Det er liten tvil om at det forventes en økt satsing på e-helse. Framtidige brukere av helsetjenester vil også ha et helt annet forhold til den digitale brukerplattformen enn mange av dagens pasienter og behandlere. Utviklingen vil stille både sykehuset som organisasjon

og den enkelte helsearbeider overfor betydelige utfordringer, men vil også gi store muligheter for mer effektive og bedre individuelt tilpassede behandlingstilbud.

3.2.6 Færre uhenksmessige innleggelses, konsultasjoner mv. Spesialisthelsetjenesten vil måtte ta et sterkere grep om arbeidet med å redusere omfanget av unødvendige/uhensiktsmessige innleggelses, konsultasjoner og behandlinger i sykehus. Det vil si å spisse oppdraget til SiV som spesialisthelsetjeneste, utvikle større fleksibilitet til hvor tjenestene skal ytes, og ikke minst ha en klar bevissthet om hvilke behandlinger/operasjoner/intervensjoner som faktisk gir en helsegevinst, og hvilke sykehuset bør slutte med/vurdere omfanget av. Dette er noen elementer i en slik strategi:

- Like viktig som effektiv behandling av de pasientene som blir tatt hånd om «inne på SiV», er en strategi for diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter utenfor sykehus, enten i regi av SiV eller i samarbeid med primærhelsetjenesten.
- Det må gjøres et målrettet arbeid med sikte på å overføre oppgaver til primærhelsetjenesten/fastlegene, men også å involvere pasientene selv i arbeidet med å registrere og rapportere helsedata. En slik overføring av oppgaver må ledsages av en systematisk og målrettet overføring av kompetanse og en evaluering av resultatet. Det må skje gjennom tillitsfull og åpen dialog. I høringsrunden påpekte kommunene og fastlegene at en overføring av oppgaver må skje i tett dialog med primærhelsetjenesten og i et tempo som sikrer en faglig forsvarlig måte.
- Helseatlasen viser at det er betydelige variasjoner mellom helseforetak i omfanget av typer behandlinger og inngrep. Det er all grunn til å anta at det i årene framover vil bli et økt fokus på variasjoner mellom helseforetak, og på effektene av ulike typer behandlinger og inngrep. De utfordringer som ligger i begrepet overbehandling/unødvendige behandlinger, vil få økt aktualitet og fokus. Det er viktig å ha en bevisst strategi for hvordan sykehuset ønsker å møte denne utfordringen. De valgene som tas må kommuniseres godt til pasientene og befolkningen.

3.2.7 Understøtte kommuner og øvrig primærhelsetjeneste SiV vil måtte ta et kraftigere grep om oppgaven med å understøtte kommuner og øvrig primærhelsetjeneste. Skal helsetjenesten i Vestfold lykkes med å gi pasienter gode tjenester utenfor sykehusets fysiske bygg, må vi:

- Omdefinere deler av hva vi legger i begrepet spesialisthelsetjeneste, og ikke minst hvor og hvordan sykehuset leverer dem. Skillet mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste vil på en del områder bli mindre skarpt.
- Aktivt og forpliktende understøtte andre aktører. Dersom kommuner og fastleger skal kunne overta oppgaver som spesialisthelsetjenesten i dag utfører, krever det at sykehuset tar veiledningsplikten på større alvor, og langt mer systematisk og strukturert. Det må også bli tettere dialog mellom SiV og primærhelsetjenesten om hva innholdet i veiledningsplikten bør være. En slik overføring av oppgaver må skje strukturert og i tett dialog med kommuner og fastleger.
- Vurdere forpliktende partnerskap med disse aktørene, enten på felles arenaer eller i nettbasert dialog.

3.2.8 Utvikle mer helhetlige tilbud til pasienter med kroniske og til dels uspesifikke helseplager, sammensatte lidelser, og pasienter med behov for palliasjon

Kravet om å levere flere spesialisthelsetjenester utenfor selve sykehusbygget, vil særlig være aktuelt for noen store pasientgrupper (kategoriene er ikke gjensidig utelukkende):

Pasienter med kroniske og til dels uspesifikke helseplager, pasienter med mange sykdommer (multisyke/multimorbide), store grupper av eldre pasienter, og pasienter i palliativ fase. For å møte pasientenes behov er det noen grep som blir særlig viktige:

- Det vil kreve et arbeid med risikostratifisering, klassifisering og identifisering av gruppene for å kunne samstemme tjenestetilbudet med pasientenes behov. Det betyr blant annet at vi må fjerne oss noe fra (i hvert fall supplere) den tradisjonelle diagnostilnærmingen som spesialisthelsetjenesten er basert på, og gå mer i retning av en funksjons- og mestringsorientert tilnærming.
- Det vil kreve et arbeid med å utvikle mer integrerte helsetjenester, der aktørene fra primær- og spesialisthelsetjenesten i større grad jobber sammen og samtidig i tett dialog. Det betyr også at vi må utvikle mer tverrfaglige samarbeidsformer og mer multimodalitet; til dels på tvers av forvaltningsnivåene.
- Det vil kreve at vi trekker inn og samarbeider tettere med aktører utenfor helsetjenesten, slik som skole- og utdanningssystemet og NAV/sosialtjenesten.
- Det vil kreve at sykehuset tar i bruk ny teknologi for bedre samhandling – både mellom helseaktørene, og mellom helseaktørene og pasientene.

3.2.9 Delta mer forpliktende i det forebyggende arbeidet

Tradisjonelt har det forebyggende arbeidet vært kommunenes og primærhelsetjenestens ansvarsområde, selv om sykehusene har bidratt med opplæring og veiledning – både overfor pasienter, pårørende og primærhelsetjenesten. Slik vil det nok også være i tiden framover. Kommunene har virkemiddelapparatet som er nødvendig for å nå disse gruppene, og det er selvsagt kommunene som er nærmest befolkningen generelt og kan nå dem med befolkningsrettede tiltak. Men spesialisthelsetjenesten vil måtte ha en tydeligere og mer forpliktende rolle på dette området framover, ikke minst ved å stille opp med kompetanse og erfaringer. Skal vi bremse tilstrømming av pasienter til de to øverste nivåene, vil det kreves et mer systematisk primær- og sekundærforebyggende arbeid enn i dag.

Som en del av denne satsingen, må sykehuset også utvikle sine tilbud og sin kompetanse på det vi kan kalle «mestringsperspektivet».

3.2.10 Flere nye faggrupper, ny kompetanse og nye arbeidsformer I et framtidig helsevesen er det all grunn til å tro at det vil komme inn nye faggrupper, det vil bli stilt radikalt andre krav til kompetanse enn i dag, det vil skje en oppgaveglidning mellom allerede eksisterende faggrupper, og det vil komme nye og mer fleksible arbeidsformer. Kravene til tverrfaglighet og teamarbeid vil bli kraftig utvidet. Slike team vil både kunne bestå av personer med ulike profesjoner, men også av ulike spesialiteter innen samme profesjon. For å få disse teamene til å fungere godt, er det viktig å styrke samarbeids- og teamkompetansen.

Samtidig som det vil bli stilt nye kompetansekrav til enkeltmedarbeiderne i SiV, vil også kravene til «organisatorisk læring» forsterkes. Skal SiV lykkes i framtiden må sykehuset ha et mer systematisk og årvåkent blikk mot hva som skjer i andre deler av helsetjenesten (nasjonalt og internasjonalt), evne å ta i bruk ny kunnskap raskere, og ikke minst klare å omsette ny kunnskap i ny praksis. SiV må dessuten generelt sett bli flinkere til å beskrive og realisere gevinster av forbedringsarbeid – enten disse organiseres som prosjekter eller som mer ordinære linjeaktiviteter.

3.2.11 Utvikle forholdet til andre leverandører

Forholdet til andre leverandører av spesialisthelsetjenester, vil antakelig være preget både av samarbeid og konkurranse i årene framover. Forholdet mellom de offentlige sykehusene vil måtte preges av tettere samarbeid om gode pasientforløp, der deler av forløpet utføres på ett sykehus og andre deler på et annet. Dette dreier seg både om i fellesskap å utvikle faglige tilnærminger og god logistikk, men det dreier seg også om gode og transparente prosesser for funksjons- og oppgavefordeling. Her har Helse Sør-Øst RHF en avgjørende rolle til å gjennomføre slike prosesser på en åpen og forutsigbar måte. Det er viktig for SiV å bidra til at slike «funksjonsfordelingsprosesser» blir så åpne og gode som mulig, slik at beslutningene får legitimitet.

Noen behandlinger vil antakelig bli ytterligere sentralisert. Samtidig vil vi kanskje oppleve enda raskere overføring til «modersykehuset» når inngrepet eller den livreddende behandlingen er utført. For at SiV fortsatt skal kunne levere en stor del av spesialisthelsetjenesteoppdraget til Vestfolds befolkning, er det avgjørende å videreutvikle og forsterke sykehusets spissede funksjoner.

Det er vanskelig å si om det blir mer eller mindre konkurranse mot private leverandører, men sannsynligheten taler for at det blir økt konkurranse. Uansett hvilken retning helsepolitikkerne velger, vil økt brukermakt, økt kjøpekraft og økt bevissthet/kunnskap hos brukerne om kvaliteten på ulike leverandører, føre til at SiVs framtidige markedsposisjon vil bli utfordret.

Samtidig med at SiV fortsatt må ha et sterkt fokus på logistikk, service, behandlingskvalitet og totalleveranse, er det viktig at den regionale bestillerrollen blir utført så profesjonelt og transparent som mulig. Det er viktig at også premissene for private leverandørers leveranser er tydelige, slik at vi ikke risikerer å få helsetjenester utført i privat regi – betalt av det offentlige – som det offentlige helsevesenet har besluttet ikke å prioritere fordi helsegevinsten er antatt å være for liten eller ikke eksisterende. Her vil det regionale helseforetaket måtte spille en vesentlig rolle.

3.3 Tre hovedperspektiver for den framtidige utviklingen av SiV

Den framtidige utviklingen av SiV kan beskrives ved hjelp av tre hovedperspektiver:

1. Det første hovedperspektivet har fokus på den interne utviklingen og konsolideringen av SiV. Det handler om å utvikle det vi kan kalle den «spissede spesialisthelsetjenesten», med sterkt fokus på det som fortsatt skal skje «innomhus».

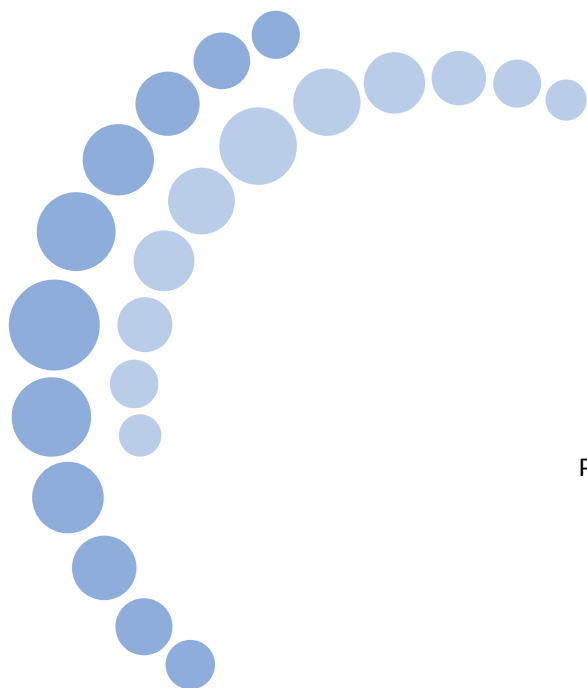
2. Hovedperspektiv to dreier seg om å utvikle SiV innenfor rammene av en helhetlig spesialisthelsetjeneste. Her er det snakk om tre ulike problemstillinger:

- Forholdet mellom SiV og andre helseforetak «på samme nivå». Det vil si andre allsidige akuttsykehus. De mest aktuelle er Sykehuset Telemark HF (ST) og Vestre Viken HF (VV).
- Forholdet mellom SiV og universitetssykehusene.
- Forholdet mellom SiV og private leverandører av helsetjenester. Det kan både dreie seg om private kommersielle aktører og private ideelle.

3. Det tredje hovedperspektivet dreier seg om et tettere samarbeid mellom SiV og kommuner og øvrig primærhelsetjeneste (særlig fastlegene) i Vestfold.







Perspektiv 1: Intern utvikling og konsolidering av SiV

4

Det er formulert åtte målbilder for dette perspektivet. Målbildene har et tidsperspektiv fram mot 2030/2035. Under hvert målbilde er det beskrevet en del kjennetegn som sier noe om hva vi gjør når målene er oppfylt. Det er viktig å presisere at disse beskrivelsene mer er ment som illustrasjoner av hva som kan være en mulighet enn av hva som helt konkret vil skje.

Målbilde 1

SiV er kjent for å ha inkludert brukerne aktivt i forbedrings- og utviklingsarbeidet – både på individ- og systemnivå

Kjennetegn:

- Pasienter/brukere deltar i utviklingen av alle pasientforløp.
- Pasientene får systematisk og strukturert informasjon om hva som skal skje i pasientforløpet, og når i forløpet det skal skje.
- Pasientene blir alltid hørt før det treffes beslutninger om videre behandling/utredning.
- Pasientenes stemme blir alltid tillagt stor vekt før beslutning tas om videre behandling.
- SiV har tatt i bruk gode metoder og verktøy for å mobilisere pasientenes egne ressurser og eget ansvar.
- SiV er et foregangssykehus for involvering av pasienter og pårørende i forskning og innovasjon.

Målbilde 2

SiV arbeider etter helsefremmende prinsipper, og har bidratt til økt egenmestring hos befolkningen i Vestfold

Kjennetegn:

- Det er mer trykk på – og bedre struktur – i det forebyggende arbeidet, og dette arbeidet er satt i system.
- SiV deltar aktivt og forpliktende i dette arbeidet – også med aktører utenfor helsetjenesten.
- Helsearbeiderne har et forsterket fokus og kompetanse på funksjon og mestring, og ikke bare på diagnose og behandling. Ansatte ved SiV har generelt blitt flinkere til å «se hele mennesket».
- SiV bidrar aktivt til å mobilisere pasienters og pårørendes egne ressurser, og har utviklet gode modeller og verktøy for dette.
- SiV har etablert en plattform for digital interaksjon med innbyggere, pasienter og relevante samarbeidspartnere (fastleger, kommunehelsetjeneste og andre). Denne benyttes til blant annet e-konsultasjon og opplæring av pasienter på en sikker og brukervennlig måte.
- Helsetjenesten i Vestfold er ledende på persontilpasset behandling og oppfølging av kronikere gjennom personlig tilpassede løsninger på pasientenes egne arenaer. Oppfølging av pasienter med kroniske lidelser gjøres i tett samarbeid mellom de ulike helseaktørene.
- Innbyggerne i Vestfold kan bruke egne digitale verktøy og data til å følge sin egen helsesituasjon, og til å kommunisere med helseteamet sitt. SiV har etablert gode løsninger for opplæring, informasjon og bistand til å gjøre innbyggerne i stand til å bruke de digitale løsningene som finnes.
- Andelen sykehusinnleggelse for pasienter med kroniske lidelser er redusert med y %.
- Antall sykedager som følge av kroniske lidelser er redusert med z %.
- Andelen personer som uføretrygdes som følge av muskel-/skjelettlidelser og psykiske lidelser er redusert med x %.
- Befolkningen i Vestfold er aktive deltakere i ulike typer folkehelseiltak, og det er god sosial og kulturell spredning på deltakelsen.

Målbilde 3

SIV leverer spesialisthelsetjenester av dokumentert høy kvalitet, og har et godt omdømme og stor troverdighet på disse tjenestene

Kjennetegn:

- SiV har samlet og konsolidert fagmiljøene, slik at de kan yte spissede helsetjenester av høy kvalitet.
- SiV ligger i front på funksjoner som er sentrale for utøvelsen av rollen som allsidig akuttsykehus.
- Arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet er satt i godt system og understøttes av moderne verktøy og lett tilgang til oppdaterte data/oppdatert informasjon om den enkelte pasient.
- SiV kommer ut blant de tre beste helseforetakene i HSØ når det gjelder skår på nasjonale kvalitetsindikatorer.
- SiV er blant de helseforetakene som har:
 - Kortest liggetider
 - Størst andel dagbehandling
 - Størst andel ambulant virksomhet
- Til tross for økt konkurranse fra private tilbydere, har SiV befestet sin posisjon som den foretrukne helseleverandøren for Vestfolds befolkning.
- SiV har robuste samarbeidsmodeller med andre helseforetak der hvor det er riktig og nødvendig for å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen.

Målbilde 4

SiV har utviklet en organisasjons- og ledelsesform som sikrer løpende utvikling og forbedring av tjenestene

Kjennetegn:

- SiV har etablert systemer og arbeidsformer som systematisk fanger opp nye behov og ny kunnskap, og som raskt evner å bruke denne kunnskapen i aktivt forbedringsarbeid.
- SiV har etablert løsninger for kapasitetsstyring i sykehuset som forutsier pasientflyt og kapasitetsbehov. Kapasitetsstyring benyttes helhetlig over sykehuset for å planlegge, forbedre og optimalisere ressurs- og kapasitetsutnyttelsen.
- SiV effektiviserer driften med x % hvert år, og kan dokumentere dette med tall og fakta.
- SiV har tatt strategiske valg med hensyn til hvilke oppgaver som skal gjøres gjennom partnere, av private aktører, i samarbeid med andre sykehus, eller håndteres av andre.
- SiV har en aktiv dialog med pasienter, innbyggere og samarbeidspartnere om sine utviklings- og endringsbehov, og tillegger innspillene fra disse aktørene stor vekt i sitt eget forbedringsarbeid.
- SiV arbeider systematisk med å realisere gevinster både gjennom prosjekter og vanlige linjeaktiviteter, og har gode metoder og verktøy for dette.

Målbilde 5

Siv ligger i front når det gjelder tverrfaglig samarbeid, og de ansatte har god digital støtte i alle arbeidsprosesser

Kjennetegn:

- Siv jobber metodisk og tverrfaglig med sine arbeidsprosesser, og får gjennom dette bidratt til kreativitet på tvers av fagdisipliner. De beste idéene oppstår på tvers av fag.
- Ansatte ved Siv har tilgang til oppdatert (real time) informasjon om pasientene når og hvor de trenger det.
- De ansatte ved Siv har tilgang til elektronisk beslutningsstøtte knyttet til den enkelte pasient, og det er etablert tavleløsninger som sikrer effektive tverrfaglige beslutningspunkter.
- Det er etablert kultur, miljø, metoder og verktøy for tverrfaglig og kontinuerlig forbedring av arbeidsprosesser. Det skjer en kontinuerlig forbedring og optimalisering av arbeidsmetoder gjennom småstegsutvikling og videreutvikling av de løsninger som er implementert.
- Siv leverer dokumenterbar høy klinisk kvalitet gjennom data-dreven beslutningsstøtte i diagnostikk og behandling.
- Siv driver systematisk skoling av de ansatte i teamarbeid og tverrfaglig samarbeid, slik at disse arbeidsprosessene skal bli effektive og målrettede.
- Siv har etablert gode løsninger for tverrfaglig samhandling og planlegging, og for planlegging på tvers av organisatoriske enheter.
- Pasienter med sammensatte og komplekse behov (kronisk syke og multisyke) blir møtt av team med tverrfaglig kompetanse, noe som sikrer rask avklaring og koordinerte tjenester. Disse teamene samarbeider tett med tilsvarende team i primærhelsetjenesten.

Målbilde 6

Forsknings- og innovasjonsarbeidet ved Siv har høy kvalitet, og bidrar til at sykehuset leverer stadig bedre pasientbehandling

Kjennetegn:

- Siv skårer høyt i HSØ-sammenheng på innovasjons- og forskningspoeng, og aktiviteten på disse områdene har stor praktisk relevans/støtter opp under god kvalitet i pasientbehandlingen.
- Siv har egne sterke forskergrupper som deltar i nettverk og gjennom forpliktende samarbeid deler sine data for forskningsformål med andre helseforetak, og er en attraktiv samarbeidspartner i forsknings- og innovasjonsøyemed.
- Siv har utviklet gode samarbeidsmodeller med OUS og andre helseforetak knyttet til forskning og innovasjon.
- Siv samarbeider aktivt og forpliktende med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold om forskning og innovasjon. Det er laget en strategi for slikt samarbeid.
- Siv driver evidensbasert og fagfokusert endring og utvikling basert på småskalautprøving og systematisk evaluering.
- Siv har et sterkt og systematisk fokus på «hva som gir verdi for pasienten». Alt forbedringsarbeid har dette som utgangspunkt. Pasienter og pårørende blir alltid spurt om «hva som gir verdi for dem».
- Siv skaper en kultur og tar i bruk moderne teknologi for å dele gode innovasjoner med samarbeidspartnere, samt innhenter gode innovasjoner utviklet av andre.
- Siv har etablert en kultur som oppfordrer til og belønner innovasjon.

Målbilde 7

Siv har etablert en sterk posisjon i markedet for rekruttering, og er en attraktiv arbeidsplass for nøkkelpersonell

Kjennetegn:

- Siv har sterke og robuste fagmiljøer på alle sentrale områder; noe som gir sykehuset en strategisk posisjon i konkurransen om arbeidskraft.
- Siv bruker sine gode resultater innen pasientsikkerhet og kvalitet på en strategisk måte i posisjoneringen/markedsføringene av sykehuset, og i rekrutteringen av nøkkelpersonell.
- Siv ligger langt framme i bruken av moderne teknologi og behandlingsmetoder, noe som bidrar til å lette rekrutteringen av nøkkelpersonell.
- Siv er blant de helseforetakene i HSØ som driver den mest systematiske og målrettede kompetanseutviklingen – både for eget personale og overfor kommuner og øvrig primærhelsetjeneste. Det utarbeides årlige planer for disse aktivitetene.
- Siv har et systematisk og strukturert samarbeid med OUS og andre helseforetak, noe som gir de ansatte rask tilgang til ny kunnskap innen ulike fagområder.
- Siv er kjent for å gi de ansatte muligheter for å bruke og utvikle sine kunnskaper og ferdigheter.
- Siv er kjent for en kultur der ansatte trekkes aktivt med i utviklings- og forbedringsarbeid.

Målbilde 8

Siv bidrar til å utjevne sosiale og kulturelle forskjeller i helse ved å sikre befolkningen lik tilgang til helsetjenester

Kjennetegn:

- Siv og kommunene i Vestfold har utviklet programmer for tidlig å fange opp de grupper i befolkningen som har store helseutfordringer.
- Siv og kommunene i Vestfold har utviklet mestringsprogrammer som er særlig tilpasset de grupper av befolkningen som har de største helseutfordringene.
- Siv har etablert en lett tilgjengelig brukerstøttefunksjon for pasienter som har vanskelig for å nyttiggjøre seg moderne, digitale verktøy.
- Siv har etablert nettsider med lett tilgjengelig og relevant informasjon på alle relevante språk.
- Siv har utviklet opplæringsprogrammer for egne ansatte med fokus på særskilte helseutfordringer blant innvandregrupper.
- Forventet levealder for pasienter med kort utdanning og lav inntekt har økt minst like mye som for de med mellomlang og lang utdanning.

4.1 Faglig utvikling innenfor rammene av perspektiv 1

I dette punktet vil det bli beskrevet litt mer utførlig noen viktige trekk i den utviklingen som legges til grunn for perspektiv 1. Dette gjør vi først helt overordnet - for foretaket som helhet. Deretter beskrives kort noen viktige poenger knyttet til hvert av de store fagområdene:

- Kirurgi
- Medisin
- Medisinsk diagnostikk
- Fysikalsk medisin og rehabilitering
- Psykisk helse og rusbehandling

4.1.1 Generelt og overordnet

SiV har som ambisjon å være et allsidig akutt sykehus som tilbyr diagnostikk og behandling innen de fleste spesialiteter og grensespesialiteter. I tillegg til generell medisinsk, kirurgisk og psykiatrisk akuttfunksjon, er SiV også akutt sykehus med traumefunksjon. Det betyr at sykehuset skal ha kapasitet til å ta seg av majoriteten av skadde pasienter og ha gode overføringsrutiner for de pasientene som trenger region- eller landsfunksjoner.

4.1.2 Desentralisering av funksjoner

For å rekruttere og holde på gode fagfolk, må sykehuset både ha et stort nok volum til at man kan opprettholde kompetanse, og man må ha tilstrekkelig stimulerende oppgaver. Ved funksjonsfordeling mellom region- og lokalsykehus, må det tas hensyn til hva som er nødvendig for å skape gode fagmiljøer lokalt. For høyspesialisert og multidisiplinær behandling der volumet er lite og kravet til spesialisering er stort, er det naturlig at dette sentraliseres til de store universitetssykehusene. Men for annen elektiv behandling, der behovet for avanserte multidisiplinære team er mindre, kan utviklingen gå i motsatt retning. Det kan skje ved at sentra utenfor universitetssykehusene spesialiserer seg og tar over behandlingsoppgaver fra OUS. På samme måte som overordnede myndigheter har gitt klare føringer for sentralisering til OUS, må det gis føringer

for hva som like godt eller bedre kan behandles på sykehus utenfor regionsykehusene.

4.1.3 Nærmere om akuttkjeden

SiV besluttet i 2015 å løfte arbeidet med å forbedre og utvikle den akuttmedisinske kjeden som ett av sine viktigste strategiske satsingsområder. Dette arbeidet har hatt – og har fortsatt – et bredt perspektiv:

- Samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden starter prehospitalt. Viktige aktører er fastleger, kommunal helsetjeneste ved legevakter, ØHD-enheter m.m.; i tillegg til sykehusets prehospitaltjenester. Det må videreutvikles gode rutiner for seleksjon og prioritering for å sikre at pasienter som kan tas hånd om utenfor sykehus, ikke blir innlagt. I tillegg er det viktig med gode rutiner for å «snu» pasienter i akuttmottaket som ikke har behov for innleggelse.
- Akuttmottaket må videreutvikles med høy kompetanse på initial vurdering og tidlig igangsetting av behandling. Klare ansvarsforhold, høy kompetanse og god logistikk i akuttmottaket er viktige forutsetninger for god pasientsikkerhet og kvalitet. Stadig flere pasienter vil kunne behandles i akuttmottaket uten innleggelse. Dette krever også god og rask tilgang til klinisk medisinsk diagnostikk. Det må også sikres god flyt og gode forløp for de pasientene som skal fra akuttmottaket og videre inn i sykehuset.
- SiV må ha gode rutiner og god infrastruktur for å håndtere de pasientene som skal transporteres videre til OUS. En helikopterlandingsbase, i tillegg til kapasitet for intensivtransporter, er da avgjørende.

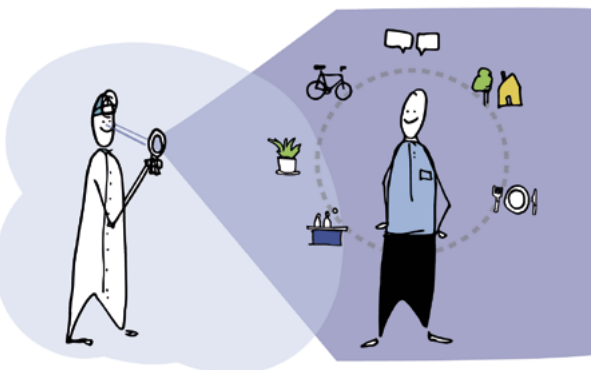
Arbeidet langs disse tre dimensjonene er vesentlig for å styrke SiV som allsidig akutt sykehus. Rammebetingelsene for dette vil bli forbedret med innflytting i nytt sykehusbygg i 2021. Da vil SiV få et både større og mer «strømlinjeformet» akuttmottak.

4.1.4 Samarbeid mellom fagområder og spesialiteter
Sykehuset har gjennom mange år opparbeidet flere sterke fagmiljøer innen minimalinvasive behandlingsmetoder. Dette gir pasienter et bedre behandlingstilbud, kortere sykdomsforløp, høyere pasientsikkerhet på grunn av spesialisert kompetanse, og mindre behov for behandling med høyere invasjonsgrad. Behovet for innleggelse blir også redusert – både på kirurgiske og indremedisinske pasienter (laparoskopi, robotkirurgi, ulike katetertechnikker osv). Den teknologiske utviklingen og arbeidet i tverrfaglige team vil videreutvikles og være et viktig strategisk satsingsområde for SiV.

Nye teknikker og metoder påvirker skillelinjene og samarbeidet mellom fagfeltene og de ulike spesialitetene. Det ser man for eksempel i samarbeidet mellom karkirurger, intervensjonsradiologer og gastroenterologer. SiVs sterke fagmiljø innen angio/intervensjon har gjort det mulig å etablere en intervensjonsradiologisk bakvakt fra 2017. Robotkirurgi, intraoperativ monitorering og andre teknikker gjør også at sykehuset i større grad må organisere sin virksomhet i tverrfaglige team.

En slik utvikling krever også en åpen holdning fra de ulike fagmiljøene og en fleksibel organisasjon, slik at utgangspunktet blir pasientens beste og gode pasientforløp.

Se hele mennesket



4.1.5 Nærmere om det kirurgiske fagområdet
Helt sentralt for kirurgisk klinikkens mulighet til å yte akutt-, traume- og elektiv behandling innen et bredt felt, er klinikkens evne til å bygge robuste fagmiljøer. Medarbeiderne må se at det er muligheter for å utvikle seg faglig innenfor et bredt og stimulerende faglig miljø. Det må være en kombinasjon av basale kirurgiske oppgaver på den ene siden, og områder der sykehuset er i forkant på den andre siden. En viktig forutsetning for dette er at det investeres i teknologi og fysiske rammer for å utvikle behandlingstilbudet videre.

Kirurgisk klinikk har de senere årene satset mye på å bygge opp den onkologiske virksomheten, og framover vil immunbehandling samt intervensjonsbehandling gi kreftpasienter i Vestfold avanserte behandlingstilbud. Sykehuset har også lyktes godt med å implementere pakkeforløpene innen kreftområdet. Metodikken med utvikling av pakkeforløp har klinikken overført til akuttkirurgiske forløp.

De senere år har medisinsk utvikling medført utvikling av flere behandlingstilbud for øyelidelser som særlig rammer eldre (AMD og diabetesretinopati). Dette er nå bygget opp og skal strategisk videreutvikles.

4.1.6 Nærmere om det indremedisinske fagområdet
Medisinsk klinikk er avhengig av et bredt spekter av indremedisinske spesialiteter for å fylle sin rolle i SiVs funksjon som allsidig akutt sykehus.

Den stadig økende subspecialiseringen innenfor de indremedisinske spesialitetene har internasjonalt ført til økt fokus på behov for generalistkompetanse innenfor indremedisin. Utvikling av spesialitet i «mottaksmedisin» pågår internasjonalt, og planlegges nå som ny spesialitet i Norge. SiV har ved organisering av legetjenesten i akutt-mottaket startet på denne utviklingen.

Flere av seksjonene i medisinsk klinikk har god samhandling med øvrige fagmiljøer i somatikken, som intervensjonsradiologi og kirurgi. Dette gir muligheter for et robust tilbud 24/7 for tilstander som akutte mage-/tarmlødnings, osteoporosebehandling og tumorette invasive cytostaticabehandling. Sistnevnte kommer til å bli mer aktualisert i tiden framover. Samarbeidet med intervensjonsradiologi legger til rette for oppstart av nye, avanserte behandlingsmetoder, som trombectomi ved hjerneslag. Her vil en prosess i regi av HSØ bli førende for en spredning av dette tilbudet fra universitetssykehusene.

Medisinsk klinikk har, som første klinikk i landet, satt av egne dedikerte ressurser til kvalitetsarbeid for leger. Dette har vist seg å være et viktig virkemiddel i arbeidet med å engasjere legegruppen i kvalitetsarbeidet generelt.

4.1.7 Nærmere om medisinsk diagnostikk

Medisinsk diagnostikk har blitt en stadig viktigere – og mer integrert – del av utviklingen innen spesialisthelsetjenesten. Det gjelder både innen diagnostikk og behandling.

Det foregår for tiden en eksplosjonsartet utvikling innenfor laboratoriefagene. Ny molekylær teknologi (next generation sequencing, NGS) for kartlegging av humant og mikrobielt DNA har revolusjonert diagnostikk og terapi innenfor en rekke sykdommer. Oppbygging av lokal kompetanse på NGS er viktig for å være forberedt til å møte folkehelsemessige utfordringer knyttet til antibiotikaresistens og eldrebølgen.

Eksempler på denne utviklingen er:

- Utvikling av flere molekylærpatologiske analyser (kreftmarkører) som bidrar til individuell kreftbehandling ved hjelp av persontilpasset medisiner
- Sikrere identifikasjon av bakterier (kostnadsdrivende sykdomsutbrudd med for eksempel multiresistente bakterier kan oppdages og bekjempes raskere)
- Påvisning og karakterisering av resistensmekanismer (individrettet behandling som gir tryggere og riktigere bruk av antibiotika)
- Implementering av farmakogenetikk (persontilpasset medikamentbehandling)
- Implementering av epigenetikk (ytre miljøpåvirkning av genene)

Satsingen bidrar til å styrke SiV som en attraktiv samarbeidspartner både nasjonalt og internasjonalt innen arbeidet med antibiotikaresistens, styrket smittevern og diagnostikk av kreftmarkører.

Digital patologi vil revolusjonere mulighetene for samhandling med andre aktører og bedrer forutsetningene for å samarbeide i nettverk.

Innen laboratoriefagene ser vi også en spennende utvikling med «mønsterjengjennkjennning» av analyser. Det vil si at prosessene og analysene langt på vei blir automatisert, og at personellet først behøver å aktiviseres når markørene viser «unormale verdier».

På radiologisk avdeling vil den teknologiske utviklingen de nærmeste årene fortsatt være preget av installasjoner av «tung» MTU. Sykehuset ser for seg at utviklingen vil gå mot økt bruk av angio/intervensjonslaboratorier/hybridstuer, MR, PETCT og PETMR. CT vil nok fortsatt være en av hovedmodalitetene på en radiologisk avdeling, men vil utvikle seg i en retning med fokus på lavdoseprotokoller i tillegg til dagens CT.

Mønsterkjennetegn kan også bli løsningen for bildetolkning. Da kan man frigjøre radiologkapasitet til andre modaliteter som ultralyd, angio/intervensjon, for utredning og behandling.

Utviklingen innen medisinsk diagnostikk vil også bli preget av nye yrkesgrupper med fagkompetanse innen bioinformatikk, IKT og ingeniører med forskjellig faglig bakgrunn. Som eksempel kan nevnes at SiV allerede har ansatt to fysikere. I tillegg vil utviklingen måtte bli preget av mer effektiv ressursutnyttelse og betydelige synergieffekter mellom laboratoriespesialitetene.

4.1.8 Nærmere om fysikalsk medisin og rehabilitering
SiV utfører en betydelig del av den spesialiserte rehabiliteringen i egen regi. Ved andre helseforetak i HSØ og i øvrige deler av landet utføres en stor del av spesialisthelsetjenesterehabiliteringen av private. Befolkningen i Vestfold hadde derfor bare 81 oppholdsdøgn per 1000 innbyggere i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2016, mens gjennomsnittet for HSØ-området var 120 oppholdsdøgn per 1000 innbygger.

Klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering (KFMR) gir tilbud til pasienter som trenger spesialisert rehabilitering. For noen pasientgrupper ved KFMR gis det tilbud på regionalt kompetansenivå. Dette gjelder pasienter som er behandlet med avansert kirurgi for ben- og bløtvevssarkom, multilevel-opererte barn med CP, pasienter med funksjonelle gangvansker (konversive lidelser) og arvelig nevropati (CMT). KFMR har også flerområdefunksjon for andre pasientgrupper, som amputasjoner (Vestfold og Telemark), hjerneslag (Vestfold og Telemark), senfasetilbud for ervervede hjernesker og MS-pasienter. SiV ser det som viktig at KFMR opprettholder disse funksjonene for å beholde et spennende fagmiljø og for å sikre rekruttering av spesialister til klinikken.

Pasienter med uspesifikke helseplager
Mange pasienter som henvises til behandling og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten har uspesifikke helseplager, hvor årsakssam-

menhengene i mange tilfeller er uklare. For disse pasientene pågår det en diskusjon om de «hører hjemme» i spesialisthelsetjenesten, eller om det er mer hensiktsmessig å utvikle tilbud på primærhelsetjenestnivå; eventuelt i en kombinasjon mellom de to nivåene. SiV er innstilt på fortsatt å gi tilbud til denne pasientgruppen, men da som dag-/polikliniske tilbud, og gradvis i tettere samarbeid med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste.

Akutt og subakutt rehabilitering
SiV vil arbeide for å styrke rehabiliteringstilbudet i akutt og subakutt fase. Det dreier seg om den rehabiliteringen som skjer i sykehuset tidlig i behandlingsforløpet, og omfatter medisinske problemstillinger med behov for stor grad av tverrfaglighet.

4.1.9 Nærmere om psykisk helsevern og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)
SiV bør ha en klar strategi overfor pasienter med psykiske lidelser og/eller rusrelaterte lidelser. Problemstillingen er hvilke pasientgrupper som vil ha behov for fysisk fram møte ved SiV - enten fram møtet dreier seg om døgn-, dag-, eller poliklinisk behandling - men også hvilke tilbud SiV bør utvikle til disse pasientgruppene.

Psykisk helsevern for voksne
SiV har fram til i dag ligget lavt med hensyn til antall døgnplasser innen psykisk helsevern sammenliknet med andre helseforetak. Imidlertid vil utviklingen med reduksjon av antall døgnplasser i noen grad «bremse opp»:

- Krav til forsvarlighet
- Krav til medikamentfrie tilbud (kan føre til lengre opphold på døgn)
- Samfunnets toleransegrense med hensyn til avvik

Det er rimelig å anta at mange pasienter med følgende generelle kjennetegn fortsatt vil ha behov for innleggelse i døgnenheter:

- Raskt funksjonsfall grunnet manglende psykisk fungering
- Mistanke om sterkt forhøyet suicidrisiko
- Pasienter som anses å være til fare for andre
- Alvorlig depresjon
- Mistanke om rask utvikling av alvorlig psykisk lidelse
- Uklare forvirringstilstander

Dersom en tar utgangspunkt i diagnosegrupper, vil følgende pasientkategorier være mest aktuelle for spesialiserte tjenester på sykehusnivå:

- Akutte psykoser
- Bipolar lidelse
- Alvorlig depresjon
- Alvorlig spiseforstyrrelse
- Akutte forvirringstilstander med usikker årsak

I tillegg til akuttpsykiatriske plasser vil det også i fremtiden være behov for egne døgnplasser innen sikkerhetspsykiatri.

De fleste angstlidelser, depressive tilstander og personlighetsrelaterte problemer forventes å bli behandlet uten innleggelse. En større andel av disse pasientene vil kunne få behandling via digitale plattformen, noe som gjør behovet for fysisk oppmøte mindre. Mange av disse pasientene antas også i fremtiden å få tilbud ute i kommunene.

Det framtidige psykiske helsevernet på spesialistnivå vil være svært spisset, hvor de dårligste pasientene vil kreve rammer som innebærer innleggelse på sykehusnivå. Det kan diskuteres om ikke all innleggelse i fremtiden vil komme til å skje på sykehusnivå, på grunn av tilstandens alvorlighetsgrad. Det vil i så fall innebære opphør av døgnplasser på DPS, eller alternativt at disse samles ett sted.

Behovet for døgnplasser på sykehusnivå antas å være uforandret i 2030. På DPS nivå vil behovet for plasser avhenge av hvilke tilbud som blir bygget opp kommunalt.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette sine tjenestetilbud slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Legespesialister og psykologer skal inngå.

Samhandlingen mellom døgnbaserte tjenester ved avdeling for rusbehandling og det polikliniske tilbudet ved DPS vil bli styrket. Det antas at et større antall pasienter vil bli behandlet utenfor sykehuset. De som legges inn, vil til gjengjeld være dårligere, ha flere komorbide tilstander m.m.

Øyeblikkelig hjelp for pasienter innen TSB er ved SiV lagt til psykiatrisk fylkesavdeling. Det må legges til rette for et tett samarbeid med disse pasientene.

Det er ulike drivere for bruk av døgnplasser for denne pasientgruppen. Ved siden av medisinske årsaker, søker pasienter seg/eller blir søkt til døgnopphold på grunn av:

- Ønsket om å få en pause fra eget rusmisbruk
- Pårørende som føler behov for avlastning
- Eksterne aktører som har tro på døgnopphold

Psykisk helsevern for barn og unge

Tiltak for barn generelt, og for barn og unge med psykiske vansker spesielt, kan bli satt inn på tre horisontalt parallelle nivåer. Nivåene består av en behandlingkjede, en omsorgskjede og en pedagogisk kjede. Spesialisthelsetjenesten vil ha sine oppgaver knyttet til behandlingkjeden, men tiltak vil som hovedregel kreve et omfattende samarbeid med aktører som familie, lege, PPT, skole, barnevern, helsesøster m.m.

Behandlingsformatet vil i sin hovedform være utadrettet i form av polikliniske og ambulante tjenester som ytes i barns og unges lokalmiljø. Det forventes således ikke behov for økt bygningsmasse på sykehusnivå.

Samtidig innebærer dette at barn og unge med behov for døgninnleggelse vil ha alvorlige og sammensatte lidelser - med et sterkt behov for ivaretagende og tryggende rammer. Familien vil for denne gruppen ofte være involvert i behandlingen, samtidig som de skal ivareta omsorgsoppgaver. Familiehotell vil derfor i økende grad bli sett på som et naturlig tilbud fra sykehusets side, og det bør tas høyde for en slik utvikling i forbindelse med vurdering av framtidig bygningsmasse.

Hovedbildet vil være at vi fram mot 2030 vil se flere pasienter med konversjonstilstander, og flere pasienter med kombinasjonen somatiske/psykiske vansker. Pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse vil falle inn under denne gruppen. Denne gruppen vil kreve et tett samarbeid mellom somatikk og psykiatri. SiV henviser denne diagnosegruppe i dag til aktører utenfor eget sykehus - både private og regionale.

Generelt kan det sies at barn og unge med alvorlige lidelser vil være en stor belastning for familien, og det vil ofte ligge en forventning om avlastning. BUPA må ha et tilbud som minst er på linje med eksterne aktører, både med hensyn til kompetanse og rammer.

Dette er faktorer som kan påvirke den framtidige sykdomsutviklingen:

- Endring i pasientpopulasjonen på grunn av økt andel fremmedkulturelle
- Økt antall premature fødsler med fare for senskader
- Endring i bruk av, og tilgang til, ulike typer rusmidler

Dette er de viktigste tiltakene for å sikre ovennevnte pasientgrupper gode tilbud i spesialisthelsetjenesten:

- Styrke og videreutvikle ambulante tjenester og samarbeidet med eksterne
- Styrket samarbeid mellom somatikken og barne- ungdomspsykiatrien
- Sikre kompetanse og rammer for de dårligste pasientene som minst er på linje med eksterne aktører
- Bygge opp et fleksibelt tjenestetilbud som evner å omstille seg i forhold til endrede krav og nye sykdomstilstander
- Gjøre bruk av digital teknologi der dette er formålstjenlig

4.1.10 Nærmere om legemidler og legemiddelhåndtering
Legemidler utgjør en stadig større del av budsjettene. Dette vil i økende grad påvirke sykehusenes økonomi og handlingsrom. Samtidig gir nye legemidler nye og bedre behandlingsmuligheter som kommer pasientene til gode. Kreftbehandling er det fagområdet hvor denne utviklingen har kommet lengst og går raskest. Kreftinsidensen for alle kreftformer samlet øker, i hovedsak som følge av økt folketall og alderssammensetningen i befolkningen. Nye indikasjoner og nye medikamenter bidrar til en økning i medikamentforbruk som er større enn insidens-økningen. Kombinasjonsbehandling bestående av kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling kommer også til å øke.

Nevrologi, revmatologi, dermatologi og gastroenterologi er eksempler på andre fagområder hvor nye, kostbare medikamenter raskt kommer på markedet.

Feilbruk av legemidler er et betydelig problem. Arbeidet med samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomgang må styrkes både internt i sykehuset og mot kommunal helsetjeneste/fastleger. Mangel på felles journalsystemer gjør dette vanskelig, men videreutvikling av Kjernejournal vil bidra til økt sikkerhet i legemiddelhåndteringen i overgangene inn i og ut av sykehuset.

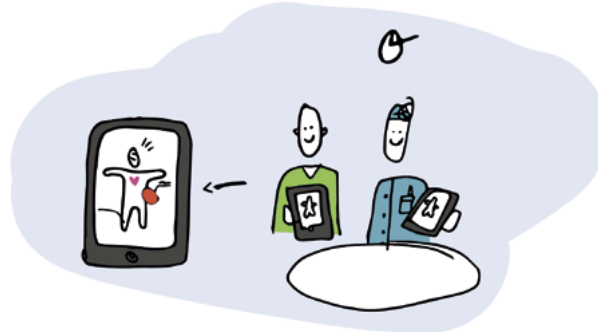
Etablering av lukket legemiddelsøyfe knyttet opp mot elektronisk kurve blir også et element i dette. Bruk av kliniske farmasøyter er etablert og bør evalueres fortløpende med tanke på økt bruk.

4.2 Fortsatt fokus på effektivisering og god kapasitetsutnyttning

Det ligger også et økende fokus på effektiv utnyttelse av personell, arealer/rom og utstyr. Disse innsatsfaktorene må ha en høyere og mer treffsikker utnyttelsesgrad enn i dag, og det må være bedre samsvar mellom tilstrømmingen av pasienter og når personalet er til stede. Dette er noen viktige områder i arbeidet med å sikre bedre og mer effektiv/treffsikker kapasitetsutnyttning:

- For å optimalisere bruken av arealer, utstyr og kompetanse/menneskelige ressurser, vil den delen av døgnet hvor det foregår planlagt aktivitet, med stor sannsynlighet måtte økes. I et 10 – 15 års perspektiv vil en endring her måtte presse seg fram.
- «Normalarbeidsdagen» vil måtte bli definert på en annen måte enn i dag. Pasientenes behov vil være styrende for når personalet er på jobb og dimensjoneringen av det. Dette må det arbeides mer systematisk med å forbedre, men det forutsetter også endringer i lov- og avtaleverk. I tillegg forutsetter det også vakt-tilstedeværelsesordninger i kommunene.
- Det vil bli behov for å utnytte kapasiteten best mulig til aktiv tjeneste ved å se nærmere på antall vaktstilt og vaktlinjer. Det

Aktiv i egen behandling



vil si antall spesialiteter som har egne vaktlinjer, og hvor mange vaktstilt det er innen hver spesialitet. Spørsmålet om vaktstiltarbeid mellom foretak kan også bli mer aktuelt enn i dag.

- Bruke faggrupper best mulig med tanke på kompetanse, erfaring og ferdigheter. Et viktig tiltak for å få til dette, er oppgaveglidning innen og mellom faggrupper/profesjoner.
- I høringsrunden til utviklingsplanen ble det – særlig fra legesiden – tatt opp hvor hensiktsmessig arbeidsdelingen mellom sykehusleger og helsesekretærer er. Legeforeningen mener det bør ses nærmere på arbeidsdelingen.

4.3 Forbedring og effektivisering av arbeidsformer og arbeidsprosesser

Det er noen tiltak som vil kunne gi ytterligere reduksjon av liggetider/oppholdstider:

- På overordnet nivå vil det dreie seg om et systematisk arbeid med å strukturere og standardisere pasientforløpene ved SIV – der hvor det er kunnskapsgrunnlag for slik standardisering. Det er viktig å supplere standardisering med skreddersøm og individuelt tilpasset behandling, der det er riktig og nødvendig.
- På operativt nivå handler det om logistikk, enkle og lett tilgjengelige prosedyrer, felles maler og standardisering av arbeidsprosesser. I dette ligger et økt fokus på å etablere egne «fast tracks», der hvor det er hensiktsmessig, riktig og mulig.
- For gode og effektive pasientforløp, må arbeidet intensiveres i

tiden framover:

- Behandlerne må ha rask og lett tilgang til relevant og sann-tidsinformasjon om pasienten.
- Informasjon må lett kunne overføres mellom de ulike led-dene (for eksempel informasjon fra ambulansen til akutt-mottaket). Både fra fastleger og sykehusleger framheves dialogmeldinger som et kommunikasjonsmiddel de ønsker å ta mer i bruk. Her står vi overfor juridiske utfordringer knyttet til personvern, sikker overføring av sensitiv informasjon mv., men disse bør kunne løses. Det er også behov for felles systemer/verktøy for overvåking og observasjon av pasienter.
- Sengepostdriften må optimaliseres ut fra et logistikkper-spektiv. Visittgang, utskrivingsprosedyrer, klargjøring av senger, ferdigstillelse av epikriser osv. legges opp med sikte på at pasienten skal kunne forlate sykehuset raskt etter at behandlingen er avsluttet og dokumentasjon er skrevet.
- Pasientene bør kunne sende inn viktig informasjon om egen hel-setilstand/annen viktig informasjon i forkant av besøket, eller ha den «ferdig utfylt» når vedkommende kommer. En slik praksis vil kunne gi flere fordeler:
 - Bedre kvaliteten på informasjonen – ved at pasientene kan fylle den ut i ro og mak i forkant av besøket.
 - Sikre at informasjonen er tilgjengelig når det er behov for den.
 - Det vil ytterligere ansvarliggjøre pasientene.
 - Det vil kunne gjøre oppholdet/konsultasjonen mer effektiv.

4.4 Overføring mellom omsorgsnivåene internt ved sykehuset

Dette punktet dreier seg om å overføre aktivitet mellom omsorgs-nivåene. De tre omsorgsnivåene er:

- Døgnopphold
- Dagopphold
- Polikliniske opphold

Det har vært argumentert med at en overføring av aktivitet mellom omsorgsnivåene har vært økonomisk risikabelt for helseforetakene. ISF systemet er imidlertid under kontinuerlig utvikling. For 2018 vil ISF systemet bl.a. legges om i følgende retning:

- For en rekke kirurgiske inngrep vil det bli en harmonisering av finansieringen av døgn- og dagkirurgisk behandling
- Det vil bli en økning av DRG vektene for medisinske fagområder; med spesielt fokus på vektene for øyeblikkelig hjelp dagopphold

I høringsrunden kom det flere innspill som uttrykte bekymring for at SIV i for stor grad skulle redusere døgn-/sengekapasiteten. Ikke minst ga kommunene uttrykk for en slik bekymring. Sykehuset vil ta med seg disse innspillene i det videre arbeidet med omlegging av driften. Selv om det nok fortsatt vil skje en overføring mellom omsorgsnivåene, og døgnkapasiteten relativt sett vil bli redusert, er det viktig at disse omleggingene skjer godt forberedt og i nær dialog med de andre aktørene i behandlingsskjeden. Det gjelder naturligvis særlig kommunene og fastlegene.

4.5 Sterkere integrering mellom somatikk og psykisk helse-vern/TSB

Mange pasientgrupper har somatiske sykdommer/plager og sykdommer/plager knyttet til psykisk helse og/eller rus-/medika-mentmisbruk. Mange pasienter med psykiske lidelser/ruslidelser har betydelig kortere levealder enn andre, og de dør som regel av somatiske sykdommer. Det er også godt dokumentert at mange pasienter som sliter med psykisk helseplager og/eller rusutfordring-er, oppsøker helsevesenet senere enn andre pasientgrupper. Det er blant årsakene til at de også har lavere levealder.

Å få gitt gode, helhetlige og sammenhengende helsetilbud – på tvers av fagområdene somatikk og psykisk helse/TSB – til pasienter som sliter med psykiske lidelser og/eller ruslidelser er krevende. Det gjelder både for voksne pasienter og for barn/unge.

Det er en ambisjon at SiV skal ta grep for å sikre mer sammenhengende og bedre integrerte helsetjenester på tvers av det tradisjonelle skillet mellom somatikk og PHV/TSB.

4.6 Større organisatoriske grep for mer effektiv pasientbehandling

I dette punktet vil det bli gitt en kort beskrivelse av noen mer organisatoriske/strukturelle tiltak som er nødvendige for å støtte opp under utviklingen av en faglig sterk, driftseffektiv og «spisset» spesialisthelsetjeneste.

4.6.1 Overføring av funksjonene i Larvik sykehus til sykehuset i Tønsberg

Et strukturelt grep, er å samle det vesentlige av virksomheten i Larvik til sykehuset i Tønsberg. Det vil gi gode forutsetninger for mer effektiv, samlet og koordinert drift – særlig knyttet til den kirurgiske virksomheten i Larvik. Men det vil også gjelde den delen i Larvik som skjer i regi av medisinsk klinikk og KMD. Samtidig vil sykehuset spare betydelige beløp knyttet til drift og forvaltning. Hvordan bygget skal forvaltes, må imidlertid være en del av den videre prosessen. KPRs virksomhet i Larvik sykehus vil fortsatt bli værende i Larvik, men trenger ikke nødvendigvis å være i Larvik sykehus. Det er noen viktige premisser som må legges til grunn for en slik overføring/samling av funksjoner i Tønsberg:

- Sykehuset må spisse og effektivisere den delen av virksomheten som også i fremtiden skal finne sted i sykehusbygget i Tønsberg.
- Sykehuset må intensivere arbeidet med å støtte opp under pasientbehandling «utenfor sykehus». Det dreier seg både om å følge opp pasienter utenfor sykehus, og det dreier seg om overføring av oppgaver fra spesialist- til primærhelsetjenesten.
- Sykehuset må begynne arbeidet med OU-prosessen inn mot Tønsbergprosjektet.
- Uansett hva som skjer med Larvik sykehus, må det ligge som en forutsetning at driften i Larvik kan fortsette inntil sykehuset er sikre på at det er mulig å håndtere en overføring av aktivitet fra Larvik på en forsvarlig måte.

4.7 Sykehus i nettverk

Det er en nokså gjennomgående tendens at spesialisthelsetjenesten fokuserer mer og mer på samarbeid i nettverk. Det gjelder nye arbeidsformer internt og samarbeid og nettverk med eksterne aktører. Eksterne aktører kan være andre sykehus, forsknings- og utdanningsinstitusjoner, frivillige/ideelle organisasjoner, aktører i primærhelsetjenesten, og kommersielle aktører.

Dersom SiV skal nå målene, er sykehuset avhengig av å ta grep for å posisjonere seg til nettverk av aktører som vil bedre forutsetningene våre for å løse samfunnsoppdraget. Med dagens teknologi kan slike aktører like gjerne være internasjonale som norske.

4.8 Teknologisk utvikling

For å lykkes må SiV få etablert og implementert moderne teknologiske plattformer og løsninger. Dette er noen av de viktigste forutsetningene for å nå en slik målsetting:

- Inngående kunnskap om virksomhetens behov, gitt foretakets utviklingsperspektiv og valg av utviklingsretning.
- Høy kompetanse på å vurdere og forstå nytteverdien ved teknologi.
- Skape samarbeidsarenaer og partnerskap med aktører som er i front i teknologiutviklingen.
- Høy kompetanse på å vurdere gjennomførbarhet og evne til å ta i bruk nye løsninger.

For å sikre tilstrekkelig tempo og trykk i den teknologiske utviklingen av sykehuset, er det viktig med tilstrekkelig leveringsdyktighet fra Sykehuspartner. Det vil være en nøkkelfaktor dersom sykehuset skal lykkes.

4.9 Brukerinnflytelse/medvirkning fra pasienter og organisasjoner

SiV har som ambisjon at pasient- og brukerperspektivet på en langt tydeligere og forpliktende måte enn i dag skal være drivere for endring og kontinuerlig forbedring.

På overordnet nivå er mye på plass, med å sikre god innflytelse for pasienter og pasientorganisasjoner på system- og styringsnivå. Utfordringene er større på individnivå. Sykehuset må ta grep for å svare opp pasienters ønsker om sterkere medvirkning i egen utredning, behandling og rehabilitering, og en tydeligere stemme i forbedringsarbeidet:

- SiV må få tak i pasienterfaringer på andre måter enn gjennom spørreundersøkelser.
- Sykehuset må ta ønsker om samvalg og medvirkning reelt sett på større alvor.
- I tillegg til å styrke pasientens posisjon i pasientforløpet, vil SiV ta i bruk teknologiske verktøy. Det kan dreie seg om blant annet følgende:
 - Chattefunksjoner hvor pasient og behandler kan ha en dialog uten at pasienten trenger å oppsøke SiV rent fysisk.
 - Gjennomføre konsultasjoner over nett.
 - Avstandsovervåking og monitorering av pasienter.
 - Sikre at pasientene selv kan sende inn vitale data «over nett».
 - Etablere mer serviceorienterte funksjoner av typen selvinnsjekk, bestilling av poliklinisk time på nett osv.

SiV må reorientere seg kraftig i tiden som kommer dersom sykehuset fortsatt skal bli opplevd som et moderne og framtidsrettet sykehus, som samhandler og samarbeider med pasienter og pårørende på radikalt andre måter enn vi har gjort fram til i dag. Og som ikke minst evner å dra nytte av den endringskraften som ligger i pasienters og pårørendes erfaringer, perspektiver og kompetanse.

4.10 Kvalitet og pasientsikkerhet

For å vise at SiV leverer effektive, trygge helsetjenester som gir individuelle og samfunnsøkonomiske resultater, er det behov for transparente styringsprosesser som understøttes av teknologiske løsninger. Det må sikre presise og tidsriktige data som kan gi et godt

beslutningsgrunnlag. Med dette kan pasientene sikres rett, moderne, behandling første gang, og med det være med å begrense uønsket variasjon i helsetjenesten.

For å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten, vil sykehuset bygge nettverk for å lære av og sammenligne seg med andre. SiV vil i planperioden inngå i et datadrevet regionalt og et internasjonalt nettverk som har som målsetting å benytte data om sykehus og pasienter. Dette for å gi innsikt og beslutningsgrunnlag som kan benyttes til kvalitetsforbedring i egen virksomhet.

4.11 Beredskap

SiV har en beredskap og et planverk som trer i kraft når ekstraordinære situasjoner inntreffer. For å være mest mulig forberedt til å håndtere dette, foretar sykehuset regelmessige vurderinger av ulike scenarier som kan utfordre organisasjon og kapasitet. En viktig del av beredskapsarbeidet er det forebyggende arbeidet. Det dreier seg ikke minst om å sikre bygget gjennom vaktjenester, ulike former for soneinndeling av bygningsmassen (ulike begrensninger i tilgjengeligheten til ulike deler av bygget) osv.

Selv om SiV har mye på plass på beredskapsområdet, vil det fortsatt være behov for ytterligere å styrke og formalisere dette arbeidet, og ikke minst arbeide enda mer med ulike former for scenarier.

4.12 Kompetanseutvikling og rekruttering

Tilgang på 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. Prognoser viser at tilgangen på helsepersonell vil endres de kommende årene, og at «kampen om arbeidstagerne» vil bli en realitet innen noen profesjonsgrupper.

Her vil vi bare kort trekke fram noen få, sentrale poenger i arbeidet med å styrke kompetanseutviklingen, og sikre stabil og god rekruttering av nøkkelpersonell:

- Det aller viktigste SiV kan gjøre for fortsatt å ha god rekruttering av nøkkelpersonell, er å levere godt på pasientbehandling.
- Tilsvarende gjelder for forskning og innovasjon og i rollen som utdanningsinstitusjon.
- For å rekruttere godt er det nødvendig å ta et systematisk og strategisk grep om kompetanseutviklingen. For å sikre mer systematikk på dette området, har sykehuset nylig besluttet å innføre et IKT-kompetansesystem som skal støtte lederne og medarbeiderne i arbeidet med kompetanseutvikling og kompetansesikring. Dette må suppleres med analyser av hvilke personellgrupper sykehuset vil trenge i årene framover og hva slags kompetanse disse må ha.
- Utdanning av helsepersonell skjer i samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Samspillet mellom tjenestene og universitets- og høyskolesektoren må styrkes for å sikre at dimensjoneringen av, og innholdet i, utdanningene samsvarer bedre med arbeidslivets faktiske og framtidige behov.

4.13 Forskning og innovasjon

Det er et uttalt mål at forskning og innovasjon skal gi noe tilbake til pasientene - enten det er ny kunnskap, nye behandlingsmetoder eller nye rutiner.

4.13.1 Forskning

Pasientnær forskning skal prioriteres og temaene skal være knyttet til sykehusets kjerneoppgaver. Forskning er et svært kompetitivt område, der kampen om forskningsmidler også i framtiden vil bli hard. For å sikre kvalitativt god forskning vil etableringen av «forskingsfyrtårn» og sterke forskergrupper i nettverk være essensielt. Denne utviklingen har allerede startet. De kraftigste sentraene i dag er innen aldring og helse, cerebral parese, nevropsykologi, sykkelig overvekt, kardiologi (voksne og barn), urologi og mikrobiologi.

Det er et nasjonalt krav om at flere pasienter skal inkluderes i forskning. Det må derfor legges til rette for at pasienter lett kan gi samtykke til å delta i forskning, og at det legges til rette for opprettelse

av helseregistre og forskningsregistre. Inkludering i forskningsprosjekter vil gi pasienter tilgang på det siste innen medisinsk utvikling, samt gi fagpersoner tilgang på forskningsdata.

Forskningsformidling både til relevante fagmiljøer, men også til pasienter og pårørende, vil bli stadig viktigere innen anvendt forskning. SiV følger opp regjeringens mål om at resultater av offentlig finansiert forskning skal være åpent tilgjengelig, og det er stadig økende fokus på publisering i tidsskrifter med åpen tilgang (Open Access).

4.13.2 Innovasjon

Innovasjon er essensielt for løsningen av morgendagens behov for helsetjenester. Med et pågående byggeprosjekt benytter SiV dette som en brekkstang for innovasjon av nye konsepter for bygg med tilhørende teknologi og tjenester/behandling. Noe vil utvikles lokalt, men sykehuset må bedre evnen til å fange opp gode idéer fra andre helseforetak og samarbeidspartnere. Innovasjon i egen organisasjon og i samhandling med andre vil bidra til å utvikle bedre helsetjenester i et nettverk av tilbydere.

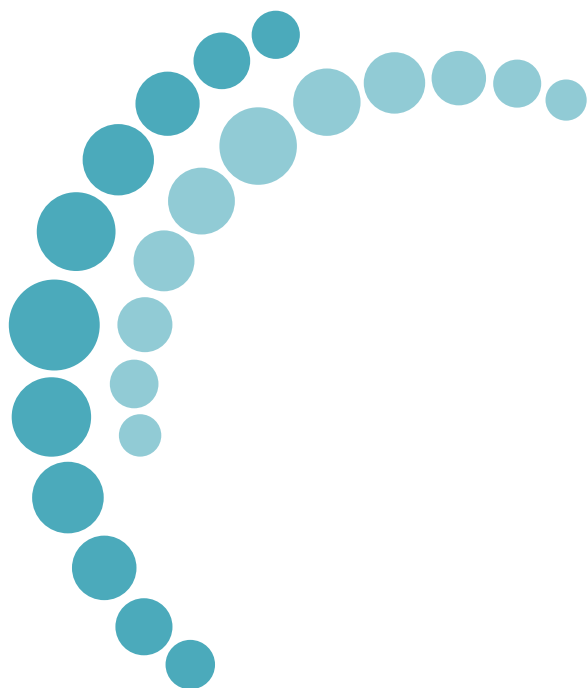
Høringsrunden viser at kommunene i Vestfold ønsker et nærmere samarbeid med SiV om forskning og innovasjon. Dette vil bli fulgt opp i det videre arbeidet.

4.14 Oppsummering

SiV vil innenfor rammene av perspektiv 1:

1. Fortsette å utvikle de «spissede spesialisthelsetjenestefunksjonene»; inkludert rollen som allsidig akutt sykehus.
2. Fortsette arbeidet med effektivisering og kapasitetsutnyttning.
3. Forbedre og effektivisere arbeidsformer og arbeidsprosesser.
4. Fortsette overgangen fra døgn til dag og poliklinikk.
5. Forsterke integreringen mellom somatikk og psykisk helsevern/TSB for pasientgrupper hvor det er aktuelt.
6. Ta nødvendige organisatoriske grep for å sikre effektiv og kvalitativt god pasientbehandling; inkludert i dette ligger en overføring av funksjoner fra Larvik sykehus til Tønsberg.
7. Etablere nettverk med andre sykehus og andre aktører for å:
 - Styrke pasientbehandlingen
 - Styrke forskningsvirksomheten
 - Øke lærings- og innovasjonskraften
8. Ta i bruk nye teknologiske løsninger for å:
 - Bedre pasientbehandlingen
 - Effektivisere arbeidsprosessene
 - Bedre samhandlingen med pasienter og andre helseaktører
9. Legge til rette for økt brukerinnflytelse både på system-, tjeneste- og pasientnivå.
10. Forsterke arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.
11. Forsterke arbeidet med å forberede sykehuset på ulike former for beredskapsutfordringer.
12. Forsterke arbeidet med rekruttering og kompetanseutvikling, slik at SiV fortsetter å være en attraktiv arbeidsplass.
13. Fortsatt ha høye ambisjoner innen forskning og innovasjon.





Perspektiv 2: Utvikle SiV gjennom samarbeid og konkurranse internt i spesialisthelsetjenesten

5

Sett fra SiVs perspektiv er det tre hovedtyper av aktører i spesialisthelsetjenesten som sykehuset må forholde seg til og utvikle en strategi overfor:

- Forholdet til helseforetak på «nivå» med SiV. De mest aktuelle er Sykehuset Telemark (ST) og Vestre Viken (VV).
- Relasjonen mellom SiV og universitetssykehusene i Oslo. Det vil si OUS og Ahus.
- SiVs forhold til ulike typer private leverandører av helsetjenester.

5.1 Målbilder for perspektiv 2

Det er formulert to målbilder for dette perspektivet. Målbildene har et tidsperspektiv fram mot 2030/2035. Under hvert målbilde er det beskrevet en del kjennetegn som sier noe om hva vi gjør når målene er oppfylt. Det er viktig å presisere at disse beskrivelsene mer er ment som illustrasjoner av hva som kan være en mulighet enn av hva som helt konkret vil skje.

Målbilde 9

SiV samarbeider forpliktende med andre helseforetak og viktige regionale fagmiljøer

Kjennetegn:

- SiV har etablert en omforent oppgave- og funksjonsfordeling med andre allsidige akuttstusykehus i HSØ.
- Det er etablert gode og sammenhengende pasientforløp der hvor deler av behandlingen foregår ved SiV og andre deler ved andre helseforetak.
- SiV har bidratt til at det brukes felles protokoller og standardiserte forløp også når deler av forløpene foregår ved andre helseforetak.
- SiV har etablert gode samarbeidsmodeller med OUS med sikte på å få rask tilgang til ny kunnskap innen ulike fagområder.
- SiV har tett samarbeid med andre helseforetak for å dele erfaringer og resultater om pasientbehandlingen, og bruker dette aktivt til læring og forbedring.
- SiV driver systematisk benchmarking med andre helseforetak, og publiserer resultatene regelmessig. Benchmarkingen omfatter alle vesentlige områder i pasientbehandlingen:
 - Effektivitet/produktivitet/kapasitetsutnyttelse
 - Prosesskvalitet
 - Outcomekvalitet

Målbilde 10***SiV har en avklart strategi i forhold til konkurranse og samarbeid i spesialisthelsetjenesten***

Kjennetegn:

- SiV har bidratt til å sikre transparente og forutsigbare beslutningsprosesser for oppgave- og funksjonsfordeling mellom helseforetakene i HSØ.
- SiV har bidratt til å sikre felles faglige rammer/prioriteringsregler for oppgaver utført i regi av offentlige og private aktører.
- Det er etablert gode og hensiktsmessige samarbeidsmodeller mellom SiV og avtalespesialistene i SiVs «opptaksområde».
- SiV kan dokumentere konkurransedyktighet både på pris og kvalitet på alle sentrale fagområder.
- SiV har en sterk konkurranseposisjon når vestfoldbefolkningen skal velge leverandør av spesialisthelsetjenester.

5.2 Forholdet til andre allsidige akuttsykehus

Fram mot 2030/2035 er det grunn til å regne med at det vil komme endringer i forholdet mellom SiV og kanskje særlig ST og VV:

- Det vil kunne bli en mer målrettet diskusjon om oppgaver/funksjoner/spesialiteter som det over tid vil kunne være vanskelig å opprettholde på alle de tre 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. Det er 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 «posisjonere» seg i slike prosesser.
- Gode og helhetlige pasientforløp der hvor deler av et forløp foregår på det ene helseforetaket og andre deler på et annet helseforetak vil komme. Da er det viktig å enes om protokoller som gjør at forløpet gjennomføres etter «beste praksis».
- Det ligger trolig et potensiale innen utdanningsløp om tettere samarbeid om LIS – utdanningen.
- 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 vil kunne være konkurranse mellom foretakene. Det gjelder særlig:
 - Om oppgave- og funksjonsfordeling
 - Om pasienter (fritt sykehusvalg)
 - Om fagfolk/kompetanse
- En viktig forutsetning for kontinuerlig utvikling og forbedring er at sykehuset raskere evner å ta i bruk ny kunnskap. 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?
- Utdanningsløpet for LIS-leger foregår i dag dels på SiV/de allsidige akutt sykehusene og dels på universitetssykehusene. Etter hvert som kompetansemålene i utdanningene blir tydeligere, mer presise og operasjonelle, vil det også øke muligheten for at større deler av utdanningsløpet kan skje på de allsidige akutt sykehusene.

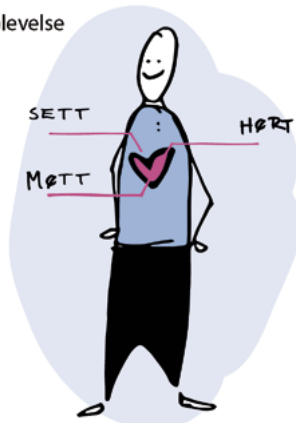
Poenget med punktene ovenfor er at sykehuset utvikler en strategi og en handlingsberedskap for å møte de muligheter og utfordringer som ligger i samspillet.

5.3 Forholdet til universitetssykehusene

En god del av det som er skrevet under forrige punkt, vil også kunne være aktuelt for samarbeidet mellom SiV og universitetssykehusene. Her vil vi bare kort spisse problemstillingene ytterligere:

- Det er grunn til å være årvåken om hvordan oppgave- og funksjonsfordelingen vil utvikle seg mellom SiV/de allsidige akutt sykehusene 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 sykehusene for oppfølging?
 - Vil det skje en utvikling hvor mer krevende oppgaver kan håndteres av de lokale sykehusene – mot at det etableres faste ordninger der legene på universitetssykehusene kan konsulteres i krevende beslutningssituasjoner?
- Det bør være et potensiale for å styrke samarbeidet om forskning og innovasjon mellom SiV og universitetssykehusene; ikke minst om multisenterstudier.

Pasientopplevelse



private leverandører/følgende typer avtaler:

1. Private avtalespesialister
2. Virksomheter som har avtale med HSØ etter forutgående anbudsprosesser
3. Virksomheter som er godkjent etter ordningen med fritt behandlingsvalg
4. Virksomheter som er godkjent av Helfo og knyttet opp mot diagnoser/lidelser hvor det ofte er fristbrudd ved helseforetakene

5.4 Forholdet til private aktører

En rekke 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. I hovedsak er det snakk om følgende typer

5. I tillegg er det en del private spesialister innen fag som fysio-terapi, manuell terapi, kiropraktorer mv.

5.5 Problemstillinger knyttet til forholdet mellom SiV og de private

Hvilke problemstillinger/utfordringer kan 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:

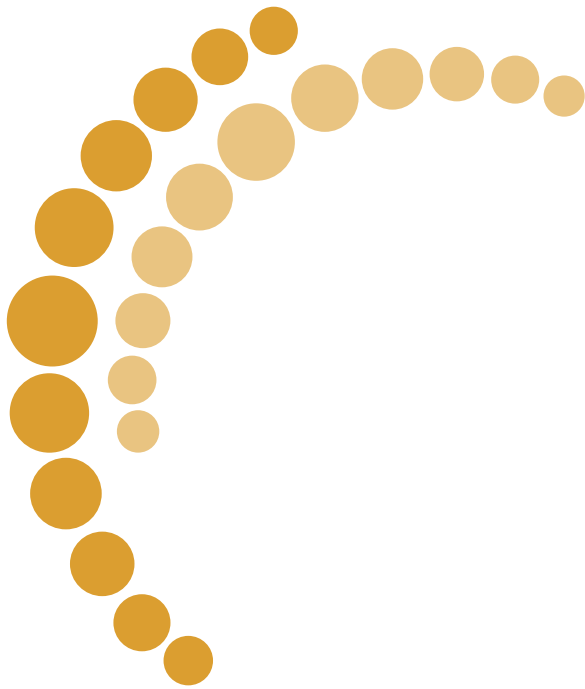
- Få til gode og helhetlige pasientforløp. Privatpraktiserende spesialister – også fastleger – avgjør selv (sammen med pasientene) hvor pasientene skal henvises. Det kan gi brudd i pasientforløpene hvis deler av forløpet blir gjennomført hos én leverandør og resten på SiV. Denne utfordringen vil med stor sannsynlighet forsterkes i årene framover. Her kan SiV ta et mer aktivt grep for å sikre felles protokoller, standardisering av forløpene mv overfor andre aktører.
- Sikre likeverdige tjenester. Av hensyn til likeverdighet i tjenesten, er det viktig at de samme faglige kravene gjelder de private leverandørene som 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. 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 organisasjonen.
- Beholde nøkkelpersonell. Det er i dag stor mangel på en del typer nøkkelpersonell. Det er grunn til å forvente at denne rekrutteringssituasjonen vil forsterkes i årene framover. Tilstedeværelsen av private leverandører vil gjøre dette enda mer utfordrende.

5.6 Oppsummering

Gjennom arbeidet med perspektiv 2 ønsker SiV å:

1. Styrke samarbeidet med andre allsidige akuttstusykehus i HSØ.
2. Bidra til at det blir etablert gode og sammenhengende pasientforløp der hvor deler av behandlingen foregår ved SiV og andre deler ved andre helseforetak.
3. Bidra til at det brukes felles protokoller og standardiserte forløp også når deler av behandlingen foregår ved andre helseforetak.
4. Utvikle gode samarbeidsmodeller med OUS med sikte på å få rask tilgang til ny kunnskap innen ulike fagområder.
5. Bidra til systematisk benchmarking med andre helseforetak.
6. Utvikle sykehuset slik at det fortsatt blir det foretrukne valget som leverandør av spesialisthelsetjenester for befolkningen i Vestfold.
7. Bidra til at det blir mest mulig like konkurransevilkår mellom offentlige og private leverandører av spesialisthelsetjenester.
8. Bidra til at det blir etablert gode og hensiktsmessige samarbeidsmodeller mellom SiV og avtalespesialistene i SiVs «opptaksområde».





Perspektiv 3: Tettere samarbeid med kommuner og
øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold

6

6.1 Innledning

Det er også viktig å diskutere hvordan hvordan spesialisthelsetjenesten kan bidra til å:

- Bremsse/forsinke sykdomsutviklingen i befolkningen
- Delta i primær- og sekundærførebyggende – arbeidet; også med aktører utenfor helsetjenesten
- Behandle og følge opp pasienter på arenaer utenfor sykehuset
- Planmessig og strukturert overføre oppgaver til primærhelsetjenesten
- Understøtte kommuner og fastleger som møter stadig mer komplekse og krevende pasienter
- Trekke pasienter og pårørende mer aktivt med i arbeidet med mestring og oppfølging av egen sykdom, og selv utvikle et sterkere fokus på funksjon
- Ta mer kraftfulle grep for å unngå overbehandling/behandlinger som har liten eller ingen dokumentert effekt

Målbilder for perspektiv 3

Det er formulert fire målbilder for dette perspektivet. Målbildene har et tidsperspektiv fram mot 2030/2035. Under hvert målbilde er det beskrevet en del kjennetegn som sier noe om hva vi gjør når målene er oppfylt. Det er viktig å presisere at disse beskrivelsene mer er ment som illustrasjoner av hva som kan være en mulighet enn av hva som helt konkret vil skje.

Målbilde 11

Siv og kommunene i Vestfold er ledende i å levere helhetlige pasientforløp – i et hjem-til-hjem perspektiv

Kjennetegn:

- Alle relevante pasientforløp ved Siv har et «hjem-til-hjem» perspektiv.
- Alle forløp utarbeides og implementeres etter en fast metodikk (Siv-metoden). Dette innebærer blant annet at:
 - Alt forløpsarbeid starter med en gjennomgang av beste praksis
 - Rehabilitering og mestring er innarbeidet i alle pasientforløp
 - Det er etablert gode samarbeidsmodeller mellom somatikk og psykisk helse/rus i de pasientforløpene hvor det er relevant
 - Alle forløp har etablert måleparametre, som følges opp og rapporteres systematisk
 - Alle pasientforløp revideres med faste mellomrom
 - Det deltar representanter for brukerne og primærhelsetjenesten i utvikling av alle forløp
- Det er utviklet og publisert pasientforløp for 80 % av pasientvolumet ved Siv.
- Målinger viser at det er stor lojalitet blant de ansatte ved Siv til de vedtatte pasientforløpene.
- Det er etablert effektive løsninger for deling av - og tilgang til - oppdatert og korrekt informasjon om pasientforløpene på tvers av de ulike aktørene i pasientforløpet – både internt ved sykehuset og mot primærhelsetjenesten.
- Det er tatt i bruk teknologi som sikrer tilpasset informasjon om pasientene før de ankommer sykehuset.
- Det er etablert arbeidsformer som sikrer at pasienter, klinisk personell og teknologi sammen bidrar til å understøtte og optimalisere arbeidsprosessene i pasientforløpene, og til løpende å forbedre disse.

Målbilde 12

SiV og kommunene i Vestfold har etablert en ledende posisjon med å gi helsetjenester utenfor sykehus – med arenafleksible modeller og gode digitale verktøy

Kjennetegn:

- Vitale helsedata er tilgjengelige for pasienter og helsepersonell i sanntid og i ett system – på tvers av forvaltningsnivåer.
- Dette effektiviserer samhandlingen mellom helseaktørene innbyrdes og mellom helseaktørene og pasienter og pårørende; noe som igjen reduserer faren for misforståelser og svikt i pasientsikkerheten.
- SiV og kommunene i Vestfold/øvrige primærhelsetjeneste har etablert teknologiske og organisatoriske løsninger for online overvåking av vitale parametre på pasienter i hjemmet og på andre arenaer. Håndtering av hendelser, terskelverdier og oppfølging skjer i tett samarbeid mellom helseaktørene.
- SiV er et foregangssykehus i å understøtte bruk av digitale verktøy som muliggjør behandling, diagnostikk og monitorering utenfor sykehus.
- SiV kommuniserer med pasienter og pårørende på moderne plattformer, er tidlig ute med å ta i bruk nye løsninger, og er ledende på digital interaksjon med innbyggerne i Vestfold.
- Egenrapportering av helsedata er utbredt. I en god del tilfeller bidrar det til å redusere behovet for kontroller og personlig oppmøte på sykehuset.
- Den teknologien som er tatt i bruk, sikrer at personvernet blir ivarettatt på en trygg måte.
- SiV evner på en offensiv måte å endre organisering og arbeidsformer når nye digitale verktøy tas i bruk.
- Gjennom innføring av nye teknologiske løsninger øker sykehuset sin tilgjengelighet for pasienter og pårørende. Samtidig kan pasienter i større grad ta kontakt med sykehuset på tidspunkter som passer for dem.
- Skype/videokonsultasjoner med pasienten til stede (utenfor sykehuset) er tatt i bruk i betydelig omfang.
- SiV har etablert ambulante tjenester på en rekke fagområder, og i langt større grad enn i dag.
- SiV har en strategi for hvilke pasientgrupper som i hovedsak skal få sitt behov for spesialisthelsetjenester dekket utenfor sykehus, og denne er utviklet sammen med primærhelsetjenesten og med pasient- og brukerorganisasjonene.

Målbilde 13

SiV og kommunene i Vestfold har lyktes med å gi pasientene diagnostikk, behandling og oppfølging på riktig omsorgsnivå/tjenestenivå

Kjennetegn:

- SiV bruker Norsk Helseatlas systematisk. Sykehuset diskuterer - og tar konsekvensen av - SiVs praksis målt mot andre helseforetak og nasjonale/internasjonale anbefalinger om «god praksis».
- SiV kan dokumentere at uønsket variasjon i forbruk av helsetjenester er redusert.
- SiV diskuterer løpende og systematisk med kommuner og fastleger hvilke pasientgrupper som bør tas hånd om på de ulike nivåene, og det gjennomføres tiltak for å følge opp konklusjonene.
- SiV mobiliserer pasienter og pårørende for økt egenmestring der hvor behandling ikke anses som adekvat.
- Det er lett tilgang for aktører i primærhelsetjenesten til SiVs kompetanse for å kunne ha dialog om/avklaring av spørsmål knyttet til behovet for innleggelse/videre behandling.
- SiV arbeider systematisk med å dreie ressursbruken fra etterkontroller til nyhenvisninger. Dette skjer både gjennom overføring av kontroller til fastlegene og gjennom gode løsninger for egenkontroll/egenmonitorering.
- Samtidig er det fortsatt lav terskel for å ta kontakt med spesialist på sykehuset for pasienter med særskilte behov (for eksempel kronisk syke barn).
- SiV og kommunene i Vestfold/øvrige primærhelsetjeneste har etablert seg som et ledende område for intelligent analyse og bruk av stordata for å forutse hvilke pasienter som står i fare for å bli kronikere eller storforbrukere av helsetjenester.
- Identifisere de 20 % som står i fare for å bli de 5 % storforbrukerne, og dermed få en proaktiv oppfølging av de pasientene som ligger i faresonen for forverring.
- Andelen akuttinnleggelse er redusert med y % (egne måltall for psykisk helse og rus).

Målbilde 14

SiV og kommunene i Vestfold bruker felles styringsinformasjon i sanntid – noe som gir rask, pålitelig og relevant beslutningsstøtte

I regi av Samhandlingsutvalget er det etablert et sett av styringsinformasjon for å illustrere samhandlingen mellom SiV og primærhelsetjenesten i Vestfold. Dette vil være grunnstammen i den styringsinformasjonen som partene bruker for å «måle status» i samhandlingsarbeidet. Men denne styringsinformasjonen bør gradvis kunne utvikles også med nye innhold, slik at den også fanger opp andre elementer i perspektiv 3.

Kjennetegn:

- Det er etablert løsninger som viser framtidig, nåværende og historisk bilde av pasientstrømmene gjennom hele behandlingkjeden, og som benyttes for planlegging av alle funksjoner som bidrar til å understøtte en effektiv pasientlogistikk/effektive pasientforløp.
- SiV og kommuner/øvrige primærhelsetjeneste i Vestfold har i fellesskap utviklet og tatt i bruk en applikasjon som viser sentrale parametre knyttet til blant annet følgende forhold:
 - Antall innleggelser for ulike typer diagnoser – totalt og fordelt på de enkelte kommunene
 - Andelen kontroller som utføres av fastlege/i primærhelsetjenesten – fordelt på ulike pasientkategorier
 - Forbruket av ulike typer spesialisthelsetjenester i Vestfold sammenliknet med andre fylker/sykehusområder
 - Oversikt over utviklingen i «sykdomsbyrde» for pasientgrupper som står i fare for å bli «storforbrukere» av helsetjenester/utvikle kroniske lidelser
 - Andelen felleskonsultasjoner mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i forhold til det totale antallet konsultasjoner (må definere nærmere for hvilke pasientgrupper dette er relevant)
 - Omfanget av ambulante tjenester
 - Andelen pasienter i forskjellige kategorier som har tatt i bruk ulike verktøy for «egenmonitorering»
 - Andelen sykemeldinger og omfanget av uførhet som følge av nærmere spesifiserte diagnoser (for eksempel lettere psykiske lidelser og/eller muskel- og skjelettlidelser)
 - Andelen egenkontroller versus det totale antall kontroller for utvalgte pasientgrupper
- De resultatene som framkommer på applikasjonen, drøftes regelmessig på samarbeidsarenaer hvor både representanter for primær- og spesialisthelsetjenesten deltar.
- Partene avtaler systematisk hvilke tiltak som skal iverksettes som en følge av de resultatene som framkommer på applikasjonen og som diskuteres på samarbeidsarenaene.

6.2 Understøtte folkehelsearbeidet/det primærforebyggende arbeidet

Folkehelsearbeidet har hele befolkningen som målgruppe, og er i hovedsak kommunenes ansvar. Hva kan så SiV bidra med? Det viktigste er å stille opp med den kompetansen de ulike fagmiljøene ved sykehuset har, og informere om hva som representerer risikofaktorer til å utvikle ulike sykdommer og helseplager. Det er også viktig å bidra med informasjon om gode mestringsstrategier. Senter for sykkelig overvekt er blant de fagmiljøene som er mest aktive på dette området. Flere fagmiljøer bør ta en slik rolle.

På en del områder – for eksempel når det gjelder skadestatistikk – vil sykehuset også kunne stille med nyttig informasjon til bruk i kommunenes planarbeid. Statistikken gir oversikter over hvor skader/ulykker oppstår, hva som er årsakene, hvor alvorlige de er osv. Kommunene bruker dette materialet både i sitt planarbeid og i sitt helseforebyggende arbeid.

Det er naturligvis ikke slik at SiV ikke har deltatt i det forebyggende arbeidet fram til nå. Sykehuset har utført forebyggende arbeid både i form av opplæring og veiledning – og både mot pasienter/pårørende og primærhelsetjenesten. Likevel bør arbeidet forsterkes og struktureres. Og det vil gjelde både primær- og sekundærforebyggende arbeid.

6.3 Være mer proaktive i det sekundærforebyggende arbeidet

Sekundærforebygging handler om personer som allerede har pådratt seg sykdommer/helseplager, eller som har betydelig risiko for å utvikle slike. Her vil utfordringen for SiV i mange tilfeller være å agere tidligere – for å unngå at situasjonen forverrer seg. Det vil si

å ha en «lavere terskel» for konsultasjon, slik at situasjonen kan bli håndtert før den blir mer alvorlig og sykdomsbyrden har økt.

6.4 Bidra til å styrke pasientenes evne til egenmestring

Det er god empiri for å hevde at det ligger mye potensial for bedre helse og raskere rehabilitering gjennom å mobilisere de ressursene som ligger i pasienten selv, i familien og i nettverket rundt pasienten. Sykehuset har et forbedringspotensial innen det å mobilisere pasientenes egne ressurser og fokusere sterkere på funksjons- og mestringssevne og mindre ensidig på sykdom og diagnose. Det er mange tiltak SiV kan gjennomføre for å støtte opp under arbeidet med egenmestring:

- SiV kan bli flinkere til å ta i bruk den kompetansen sykehuset har på LMS og i rehabiliteringsmiljøene på SiV – også i andre deler av sykehuset.
- SiV kan bli flinkere til å ta i bruk det verktøyet som heter samvalg. Kravene om samvalg understreker at ingen beslutning om pasienten skal tas uten etter samtale med pasienten selv.
- En mer individuelt tilpasset

oppfølging av pasienter – med mulighet for å konsultere sykehuset via digitale verktøy – vil også kunne være effektive tiltak i arbeidet med å øke graden av egenmestring. Det samme vil en viss bruk av «egenkontroller» kunne være.

- For å øke graden av egenmestring er det viktig å ha god dialog med pasienter om hva som er plager en må leve med, og hva det er mulig/hensiktsmessig å behandle.
- Høringsuttalelsen fra NAV Vestfold til utviklingsplanen viser hvor viktig samarbeidet mellom arbeid og helse er for å styrke pasientenes egenmestringsevne, og dermed bidra til å øke sannsynligheten for å komme i arbeid. Ikke minst gjelder dette pasienter med kroniske og sammensatte plager.



- SiV trenger også selv å gå noen runder før fokuset på funksjon og mestring – som supplement til diagnose og behandling – «sitter i organisasjonen». Dette er både snakk om bevisstgjøringsprosesser og kompetanseutvikling.

6.5 Øke innsatsen på arenaer utenfor sykehuset

Spesialisthelsetjenesten bør i langt større grad enn i dag engasjere seg/delta aktivt og forpliktende på arenaer utenfor sykehuset. Det er flere grunner til det:

- Sett i et samfunnsperspektiv vil det ofte være mer effektivt å behandle/følge opp pasienter andre steder enn inne på sykehuset.
- Sett fra et pasientperspektiv er det ønskelig å få behandling og oppfølging «så nære hjemmet som mulig». Det reduserer behovet for transport og forflytninger, det gjør at behandlingen i en del tilfeller i større grad kan skje når det passer pasienten, og ikke minst er det en del behandlinger og oppfølging hvor det gir størst terapeutisk effekt å gi den i pasientens nærmiljø.
- Behandling utenfor sykehuset gjør også at pasientene har bedre forutsetninger for å kunne fortsette i jobb.
- Oppfølging utenfor sykehuset gjør det som regel også enklere å samarbeide direkte med representanter for kommunehelsetjenesten og andre aktører som pasientene mottar tjenester fra (NAV, sosialtjenesten mv.).

Når vi bruker begrepet «arenaer utenfor sykehuset», kan det dreie seg om et ganske vidt spekter av arbeidsformer og arenaer. Dette er noen eksempler:

- Ambulante tjenester, personell fra spesialisthelsetjenesten møter pasienten og andre samarbeidspartnere rent fysisk i pasientens hjem eller på en annen arena.
- Skype, videokonferanse eller telemedisin.
- Felleskonsultasjoner mellom spesialisthelsetjenesten, pasienten og for eksempel pasientens fastlege.
- Hjemmesykehus. I særlig grad er dette tenkt og prøvd ut for barn.
- Fjernmonitorering av pasienter er også en form for arenaflexibel arbeidsform.

6.6 Overføre oppgaver til primærhelsetjenesten på en mer systematisk og strukturert måte

Dette punktet har fokus på å overføre oppgaver/pasientgrupper til kommuner og øvrig primærhelsetjeneste. Det er mulig å antyde noen problemstillinger som det bør arbeides med innenfor rammene av dette temaet:

- Forholdet mellom SiV-leger og fastleger for ansvaret for polikliniske kontroller, og på noen områder også antallet konsultasjoner per pasient.
- SiV har noen pasienter som blir liggende inne lenger enn nødvendig fordi kommunene mangler spisskompetansen som er nødvendig for å kunne gi pasientene et godt tilbud hjemme eller på kommunal institusjon.
- På tilsvarende måte kan pasienter bli lagt inn på SiV som følge av manglende kompetanse i den kommunale sykepleietjenesten eller på legevakten.

Hvis SiV skal få tatt grep om disse utfordringene på en systematisk måte, er sykehuset avhengige av god dialog og prosess med primærhelsetjenesten, og SiV må stille med nødvendig opplæring og kompetanseoverføring.

Det understrekes i høringssvarene både fra kommunene og fra fastlegene at prosessen med oppgaveoverføring må gjøres strukturert, kontrollert og i tett dialog mellom partene. De samhandlingsarenaene og de samhandlingsstrukturene som er etablert for å drøfte denne type spørsmål, må brukes aktivt, og beslutningene må baseres på gode prosesser i forkant.

6.7 Kompetanseutveksling mellom SiV og primærhelsetjenesten

En av spesialisthelsetjenestens primær oppgaver er kompetanseoverføring til primærhelsetjenesten. Dersom SiV skal lykkes med å gjennomføre hovedintensjonene, er sykehuset avhengig av å ta et mer helhetlig grep om denne oppgaven. Ikke minst er det viktig å støtte opp under kompetanseutviklingen på kommunale ØHD-plasser og på intermedieæravdelinger med krevende pasienter. Men det gjelder også andre pasientgrupper – for eksempel innen psykisk helse og rusbehandling – og det gjelder andre virksomheter i kommunene.

Samtidig er det viktig at SiV er åpen for at kompetanseutvekslingen også må skje «motsatt vei». Helsepersonellet i kommunene og fastlegene har mye kunnskap om pasientene som er nyttige å kjenne til i sykehusets del av behandlingen.

6.8 Gi primærhelsetjenesten beslutningsstøtte i situasjoner hvor det kan hindre unødvendige/uhensiktsmessige innleggelse

Et sentralt mål er å redusere omfanget av unødvendige/uhensiktsmessige innleggelse. Her siktes det til situasjoner hvor primærhelsetjenesten er usikker på om en pasient har behov for utredning/behandling på SiV. Da er det viktig at SiV har systemer og rutiner som sikrer at det er de riktige pasientene som blir henvist til/lagt inn på SiV.

Det er de senere årene gjennomført flere tiltak for å gi primærhelsetjenesten beslutningsstøtte i vanskelige situasjoner:

- Ambulerende radiologi til sykehjemmene i Vestfold. Ved at radiograf har besøkt sykehjemmene er mange pasienter blitt avklart uten innleggelse.
- Den diagnostiske sløyfen som er etablert mellom lege på ØHD og lege i akuttmottaket på SiV er et annet tiltak. Her får pasienter en rask vurdering i akuttmottaket og sendes til ØHD-plass hvis det ikke er behov for innleggelse i SiV.
- Bemannet legevaktbil knyttet til den nye legevakten på Kjelle. Erfaring fra andre helseforetak og legevakter viser at pasienter ofte vil bli avklart der og da.
- Et bedre og mer koordinert tilbud til pasienter med KOLS er et av innsatsområdene. Blant tiltakene vil være å gi pasienter og primærhelsetjeneste beslutningsstøtte der hvor pasientens helsestilstand forverrer seg, og hvor man sammen kan diskutere hva som vil være hensiktsmessige tiltak.

Dette er bare eksempler på situasjoner hvor en rask dialog mellom fagmiljøer på SiV og pasient/behandler i kommunen kan avklare hvorvidt det er sannsynlig at pasienten har behov for innleggelse eller ikke.

6.9 Systematisk bruk av Helseatlas for å vurdere SiVs praksis opp mot andre helseforetak

Et viktig element i ønsket om å redusere presset på spesialisthelsetjenesten, er å unngå unødvendige og kostbare intervensjoner med liten eller ingen dokumentert helsegevinst.

Det har de senere årene vært fokus på variasjoner i praksis mellom helseforetakene. Å sammenlikne sykehusenes praksis mer systematisk, har kommet gradvis gjennom bruk av det såkalte Helseatlas. SiV vil bruke både Helseatlas og andre oversikter som viser variasjoner i forbruksrater/forekomsten av ulike typer intervensjoner for å at sykehusets praksis er vel begrunnet og i samsvar med oppdatert kunnskap om «hva som virker».

6.10 Utvikle pasientforløp i et hjem-til-hjem perspektiv

SiV ønsker å utvikle arbeidet med pasientforløp som grunnlag både for god logistikk, standardisering og etterlevelse av «beste praksis». For pasientforløp hvor det er relevant, ønsker sykehuset å ha et hjem-til-hjem perspektiv. Det vil si at forløpet også skal inkludere det som skjer med pasienten før vedkommende kommer til SiV, og det som skjer i oppfølgingen av pasienten etter utskrivelse. Det krever tett samarbeid med primærhelsetjenesten – både kommuner og fastleger.

6.11 Styrke den felles innsatsen om forskning og innovasjon

Et av målene med samhandlingsreformen var at kommuner og primærhelsetjeneste i større grad skulle engasjere seg i forskning og innovasjon. Det har skjedd mye innovasjonsvirksomhet i primærhelsetjenesten de senere årene – både knyttet til bruk av ny teknologi, nye måter å yte tjenester på, ansettelse av nye yrkesgrupper og utvikling av nye arbeidsformer.

Høringssvarene fra kommunene understreker at en framtidsrettet helsetjeneste forutsetter tjenesteinnovasjon og nye løsninger sammen med brukerne. De har høye ambisjoner og betydelig aktivitet innen velferdsteknologi og digitalisering, og ønsker SiV velkommen til å delta aktivt i et samarbeid på dette området.

Når det gjelder forskning i regi av primærhelsetjenesten har det skjedd mindre, og den samarbeidsavtalen som er undertegnet av SiV og kommunene i Vestfold på dette området, har vært lite aktivisert. Både kommunene, SiV og ikke minst pasientene vil være tjent med at det settes i gang flere forskningsaktiviteter også om de kommunale helsetjenestene og ulike typer samhandlingsaktiviteter. Høringsuttalelsene fra kommunen viser at partene står sammen om en slik ambisjon.

6.12 Utvikle og ta i bruk den felles styringsinformasjonen mellom SiV og kommunene i Vestfold

SiV vil styrke samhandlingsperspektivet, det forebyggende perspektivet, og ikke minst øke pasientenes evne til egenmestring betydelig. Da er det viktig at vi utvikler og tar i bruk systemer og måleparametre som lar oss følge med på om vi lykkes med satsingen. Dette er noen forutsetninger som må oppfylles dersom det skal ha noen hensikt å få utviklet og tatt i bruk gode, relevante og felles styringsdata:

- Partene må være enige om hvilke typer data som er nødvendig.
- Enighet om hvordan dataene skal framskaffes og hvordan de skal presenteres.
- Enighet om hvem som skal gjøre ovennevnte, og hvor ofte dataene skal framskaffes.
- Dataene må være forholdsvis enkle å framskaffe.
- Partene må være enige om hvordan dataene skal brukes.

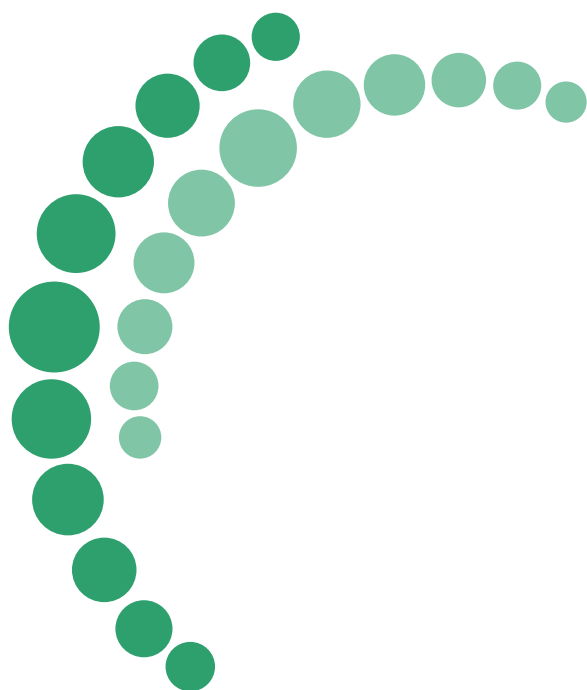
6.13 Oppsummering

Gjennom arbeidet med perspektiv 3 ønsker SiV å bidra til å:

1. Bremsse/forsinke sykdomsutviklingen i befolkningen.
2. Styrke det primær- og sekundærforebyggende – arbeidet; også med aktører utenfor helsetjenesten.
3. Behandle og følge opp pasienter på arenaer utenfor sykehuset.
4. Planmessig og strukturert overføre oppgaver til primærhelsetjenesten, med utgangspunkt i de arenaene og strukturene som allerede er etablert.
5. Understøtte kommuner og fastleger i arbeidet med stadig mer komplekse og krevende pasienter.
6. Trekke pasienter og pårørende mer aktivt med i arbeidet med mestring og oppfølging av egen sykdom.
7. Ta mer kraftfulle grep for å unngå overbehandling/behandlinger som har liten eller ingen dokumentert effekt.
8. Styrke den felles innsatsen om forskning og innovasjon.







Innsatsområder i planen



7.1 Kriterier for valg av innsatsområder

Her vil det beskrives noen temaer/områder SIV ønsker å sette på dagsorden i det kortsiktige perspektivet. Det betyr ikke at det her vil bli beskrevet konkrete løsninger/modeller for de ulike områdene som tas opp i dette kapitlet, men det vil gis et anslag til arbeidsopplegg, og begrunne hvorfor dette er viktige temaer/områder.

Det er lagt til grunn fire hovedkriterier for temaer/områder i det kortsiktige perspektivet:

1. Valgene av innsatsområder må bidra til å følge opp føringene fra HSØ.
2. De perspektivene som er beskrevet i planen og de grepene det er gjort rede for forutsetter samarbeid med kommuner og øvrige primærhelsetjeneste, og med pasienter og pårørende.
3. Innsatsområder som er strategisk viktige for å støtte opp under de overordnede veivalgene. Innsatsområdene må representere gode og målrettede anslag på veien mot å realisere målene og de strategiske grepene.
4. Det er lagt vekt på å identifisere områder hvor motivasjonen er god, og hvor grunnlaget for å få til gode resultater er tilstede.

7.2 Innsatsområde 1: Rehabilitering

Oppdraget fra HSØ inneholder følgende konkrete føringer innen spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet:

- Utviklingsplanen skal beskrive tilbudet for døgnbasert rehabilitering i tidlig fase etter akutt sykdom/skade og for ambulant virksomhet.
- Utviklingsplanen skal beskrive hvor og hvordan et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt er synlig organisert, hvilken virksomhet og kompetanse som inngår, samt tilhørende roller og oppgaver. Planen skal beskrive hvilke nødvendige endringer som skal gjennomføres i tidsperioden.

- Helseforetaket skal gjennom arbeidet med utviklingsplanen ta initiativ til å formalisere strukturer for samhandling innen rehabilitering i samarbeid med kommunene. Arbeidet skal forankres i de lovpålagte samarbeidsavtalene.

7.2.1 Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt

Det bør etableres et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt i sykehuset for å ivareta det medisinskfaglige ansvaret for rehabilitering til alle deler av rehabiliteringsprosessen – fra innleggelse til utskrivning, og både på system- og individnivå. Tyngdepunktet for dette bør legges til Klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering (KFMR).

KFMR er en egen medisinsk spesialitet som ivaretar det medisinskfaglige ansvaret for rehabilitering. De har fram til nå ikke hatt det fulle og hele medisinskfaglige ansvaret verken på system- eller individnivå til alle deler i rehabiliteringsprosessen - fra akutt innleggelse til utskrivning. Dette innebærer på individnivå å organisere og gjennomføre rehabiliterings tiltak ut ifra fysiske, psykiske og sosiale behov i tillegg til å vurdere på hvilket nivå og med hvilken tilnærming behovet best kan dekkes. På systemnivå innebærer det å være et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt, å ta ansvar for å definere og gjøre den spesialiserte rehabiliteringen kjent, avdekke nye behov, ta initiativ til og ansvar for etablering av nye, eller avvikle ikke relevante eller uhensiktsmessige forløp og tilbud. En slik rolle krever også å ta ansvar for god ressursutnyttelse, kvalitet, kompetanse, forskning og utvikling på rehabiliteringsområdet.

For at et slikt tyngdepunkt skal kunne utvikles og fungere best mulig i sykehuset, kreves tilgang til spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering i den akutte fasen av sykdomsforløpet. En slik ressurs og kompetanse må ha daglig, fysisk tilstedeværelse i sykehusets lokaliteter i Tønsberg for å bidra med den rehabiliteringskompetansen som kreves. Videre må det legges til rette for tilgang på kompletterende kompetanse fra andre faggrupper, f.eks. fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog, sosionom, logoped.

Det bør utarbeides bedre systemer for å fange opp behov, gjøre prioriteringer, og utvikle rutiner for hvordan samarbeidet med sykehusets øvrige spesialiteter og det tverrfaglige samarbeidet skal utvikles og struktureres.

7.2.2 Døgnbasert spesialisert rehabilitering i akutt og subakutt fase

Spesialisert rehabilitering i tidlig fase (akutt) er rehabiliteringen som skjer i sykehuset tidlig i behandlingsforløpet, og innbefatter medisinske problemstillinger med behov for tverrfaglighet. Det er bred enighet om at følgende prinsipper og forutsetninger bør legges til grunn for den døgnbaserte rehabiliteringen i akutt og subakutt fase:

- Rehabiliteringsfokus/perspektivet må integreres i eksisterende møter og rutiner på de enkelte enheter (seksjoner, avdelinger)
- Det må være en funksjon som samler inn relevant informasjon om pasienten for å vurdere den enkelte pasients behov for rehabilitering
- Det må kartlegges nærmere hva de eksisterende møtene/rutinene/prosedurene inneholder, og i hvilken grad informasjon som er vesentlig for en vurdering av rehabiliteringsbehovet fanges opp
- Risikomøter/risikotavler bør inneholde et punkt/en rute for rehabilitering
- Det må etableres et sett med kriterier for funksjonsnivå – et verktøy for screening av funksjon.
- Vurderingen må gjøres av en fagperson med «et trenet blikk»
- Samhandlingsverktøy som f.eks. PLO og IPLOS bør utvikles i retning av også å kunne brukes i vurdering og beskrivelse av funksjon og funksjonsnivå

Fysioterapeuter/ergoterapeuter har med dagens arbeidsorganisering minimum ett treffpunkt med omtrent 50 % av alle inneliggende pasienter. Da en av utfordringene ligger i å fange opp rehabiliteringsbehovet i den akutte fasen, er det bred enighet om at disse faggruppene har en spesielt viktig funksjon i denne delen av forløpet.

7.2.3 Ambulant virksomhet

Det bør i første omgang etableres ambulante tiltak for pasienter som ikke bør flyttes. Det gjelder for eksempel pasienter med hodeskader, som er forvirret eller har kognitive utfordringer, pasienter med rusproblematikk, med psykisk helse problematikk, eller pasienter med et godt etablert kommunalt nettverk. Ambulant virksomhet skal også bidra til god overføring av pasienter som har komplekse utfordringer og reiser direkte hjem eller til kommunale døgnenheter fra sykehuset. Det ambulante teamet bør ha tilgang til tilstrekkelig bred, tverrfaglig kompetanse, settes sammen ut ifra behov, og tilknyttes legespesialist/psykologspesialist.

SiV vil legge til grunn følgende oppgaver/premisser for ambulant virksomhet:

- Ivareta behov for informasjon, veiledning og kompetanseoverføring ved overføring av pasienter med komplekse problemstillinger fra sykehus
- Bidra til vurdering av rehabiliteringsbehov for pasienter som trenger lang og omfattende bistand fra kommunehelsetjenesten
- Foreta nye utredninger/kartlegginger for å justere aktuelle mål for rehabiliteringen
- Sette i gang tiltak når sykehusinnleggelse ikke er hensiktsmessig
- Ta i bruk telemedisin/videokonferanse som en integrert del av arbeidsmetodene

7.2.4 Formaliserte strukturer for samhandling med kommunene
Gode overganger mellom spesialisert rehabilitering i tidlig fase og videre til rehabilitering i nærmiljøet forutsetter systematisk samarbeid med god forankring hos alle involverte aktører. Rutiner for samarbeid og funksjonsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er en viktig forutsetning for dette. Det har vært dialog mellom SiV og kommunene i Vestfold om hvordan denne føringen best kan følges opp. For å komme videre i dette arbeidet, foreslås

det at Samhandlingsutvalget – som er det samarbeidsorganet SiV og kommunene har for å drøfte ulike spørsmål knyttet til samhandling – utarbeider et mandat med blant annet følgende spørsmål:

- Hvilke «verktøy» på henholdsvis system- og individnivå skal utvikles og brukes i arbeidet med å bedre samhandlingen?
- Hvordan skal samarbeidet gjøres kjent og synliggjøres?
- Hvordan skal arbeidet forankres i organisasjonene?
- Hvilket hovedfokus skal ligge til grunn for samhandlingen?
- Hvordan skal arbeidet følges opp?

SiV vil ta initiativ til at et slikt arbeid blir igangsatt etter at utviklingsplanen har vært på høring – blant annet til kommunene.

7.3 Innsatsområde 2: Habilitering

Det er i alt fire regionale føringer innen habiliteringsområdet:

- Helseforetaket skal gjennom arbeidet med utviklingsplanen etablere samarbeidsavtaler, retningslinjer og samarbeidsforum mellom spesialisthelsetjenesten for barn og unge i helseforetakene og barne- og ungdomstjenesten i kommunene.
- Utviklingsplanen skal beskrive hvordan ny regional behandlingsslinje for barn og unge (1 – 18 år) med ervervet hjerneskade skal implementeres.
- Utviklingsplanen skal beskrive hvordan tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten for barn og unge med autismespekterforstyrrelser (ASF) kan samles i én enhet i hvert sykehusområde.
- Utviklingsplanen skal beskrive hvordan pasientforløp for utredning og behandling av moderat og alvorlig grad av atferdsvansker kan implementeres.

7.3.1 Etablere samarbeidsavtaler/retningslinjer og et samarbeidsforum mellom spesialisthelsetjenestene for barn og unge i helseforetakene og barne- og ungdomstjenestene i kommunene

Målgruppe for habilitering i spesialisthelsetjenesten er barn, ungdom og voksne med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse av komplisert og sammensatt karakter. Pasientene kan ha flere diagnoser og flere funksjonsnedsettelser.

Ved SiV er det kompetente og ressurssterke fagmiljøer som sammen danner helheten innenfor habiliteringsfeltet i spesialisthelsetjenesten. I tillegg har kommunene gjennom de siste (ti)-årene også utviklet betydelig kompetanse på feltet. Dette innebærer at kommunene har overtatt oppgaver som tidligere ble ivarettatt av sykehuset, mens sykehuset har utviklet og spisset sitt tilbud ytterligere. Dette er en ønsket utvikling som skal fortsette. Samtidig er det føringer om økt og strukturert samhandling og kompetanseoverføring mellom tjenestene, samt forventinger til økt ambulansetjeneste fra sykehuset ut mot pasientens bosted.

Gjennom handlingsplanen for samhandling for 2015 mellom kommunene i Vestfold og SiV, ble det nedsatt en arbeidsgruppe bestående av sentrale ledere og fagfolk fra habiliteringsfeltet i kommuner og sykehus, i tillegg til brukerrepresentant. Arbeidsgruppen fikk et vidt mandat, med hovedvekt på å utvikle samarbeidsmodeller basert på pasientforløp. Arbeidsgruppen jobbet gjennom 2016 og 2017, og har levert en foreløpig rapport. De gir konkrete forslag på hvordan samhandlingsforløpet i habilitering skal innrettes i et livsløps perspektiv. Arbeidsgruppen sier i tillegg at de oppfatter at det er etablert strukturer og systemer, men de stiller spørsmål ved om de fungerer godt nok.

Med utgangspunkt i arbeidsgruppens innspill, har sykehuset og kommunene videreført arbeidet. Formålet og intensjonene som ligger i «Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator» vil bli lagt til grunn for videre utvikling fra sykehusets

side. Etablering av ytterligere formalisert samarbeid vil ta utgangspunkt i dette, herunder etablering av samarbeidsavtaler og samarbeidsfora.

7.3.2 Implementering av ny regional behandlinglinje for barn og unge (1-18 år) med ervervet hjerneskade

Sosial- og helsedirektoratet har i flere utredninger konkludert med at habiliteringstilbudet til barn og unge med ervervede hjerneskader har klare mangler. HSØ har på denne bakgrunn utarbeidet en behandlinglinje for ervervet hjerneskade hos barn og unge. HSØ anbefalte i mai 2016 helseforetakene å legge behandlinglinjen til grunn for det videre arbeidet med å sikre pasientgruppen et tilstrekkelig tilbud. Den nye regionale behandlinglinjen er implementert ved SiV.

SiV opplever at behandlinglinjen fungerer godt, men innser p.t. at det er behov for en nærmere grenseoppgang til overgangen mellom de ulike tjenesteyterne. Spesielt gjelder dette fra Fase 3 til Fase 4 (Fra Sunnaas sykehus til SiV). SiV mener at lokal kunnskap og relasjoner med kommunene, tilsier en tidligere ansvarsovertakelse på HF-nivå.

7.3.3 Tjenestetilbud og ansvarsplassering til barn og unge med autismspekterforstyrrelser (ASF) samles i en enhet

SiV tok kontakt med Sykehuset i Telemark HF (STHF) for å avklare grunnlag for å samle ansvaret for barn og unge med autismspekterforstyrrelse i én felles enhet i sykehusområdet. I samråd med HSØ avklarte STHF at de ikke ønsket et slikt samarbeid.

Barn og unge med autismeforstyrrelser er en pasientgruppe med et sammensatt og komplekst tilstandsbilde. De trenger høy og tverrfaglig kompetanse i spesialisthelsetjenesten og mange av disse trenger langvarig oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Da dette kommer som et supplement til det kommunale basistilbudet, er det avgjørende viktig med velfungerende og koordinerte tjenester.

For at «hele» pasienten skal ses, må flere deler av spesialisthelsetjenesten ha kunnskap om AFS. Dette for å ivareta disse pasientene og sørge for et godt videre pasientforløp til Glenne, samt samarbeide med Glenne ved komorbide tilstander.

7.3.4 Pasientforløp for utredning og behandling av moderat og

alvorlig grad av atferdsvansker ved utviklingshemming
Det skal foreligge definerte pasientforløp for utredning og behandling av moderate og alvorlige atferdsvansker ved utviklingshemming. Utredning og behandling av disse tilstandsgruppene må gjøres innenfor rammen av samhandling med kommunene, fastlege og eventuelt annen spesialisthelsetjeneste. Det skal også utvikles og tilpasses samarbeidsrutiner med pasienten og representanter, kommune og primærhelsetjeneste.

Videre arbeid med pasientforløp vil i tillegg til de faglige føringene og evidensbasert praksis, også bygge på formålet og intensjonene som ligger i «Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator».

Det er pasienter med atferdsvansker både blant voksne og barn. Disse pasientene utgjør en betydelig andel av pasientpopulasjonen ved habiliteringstjenesten. Det er vanlig å skille mellom tre kategorier av atferdsvansker:

1. Atferd som ønskes korrigerert fordi de hindrer læring, samspill og/eller utvikling.
2. Atferd som i tillegg til pkt. 1 er til fare for seg selv og også delvis andre.
3. Atferd som i tillegg til pkt. 1 og 2 gjør at de er farlige.

SiV vil videreføre arbeidet med å utvikle helhetlige pasientforløp for disse pasientgruppene – sammen med kommunene og andre viktige aktører.

7.4 Innsatsområde 3: Psykisk helsevern, inkludert samarbeidet med somatikken

De regionale premissene til SiVs utviklingsplan inneholder også klare føringer for hvilke problemstillinger som skal svares opp innenfor psykisk helsevern. Det er tre slike føringer på dette fagområdet:

- Utviklingsplanen skal beskrive hvordan brukermedvirkning kan styrkes i alle ledd innen psykisk helse og gjøre rede for hvordan en skal styrke erfaringskompetansen i kliniske enheter.
- Utviklingsplanen skal beskrive hvordan standardiserte pasientforløp (pakkeforløp) skal implementeres innen psykisk helse.
- Utviklingsplanen skal beskrive en struktur for forbedringsmetodikk innen psykisk helse. Arbeidet skal forankres i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten».

- 7.4.1 Hvordan kan brukermedvirkning styrkes i alle ledd innen psykisk helse, og hvordan styrke erfaringskompetansen i kliniske enheter?

Innspillene nedenfor gir anbefalinger til konkrete virkemidler som kan understøtte og bidra til at brukermedvirkning og bruken av erfaringskompetanse styrkes i alle ledd.

Å definere virkemidlene er i seg selv ikke tilstrekkelig for å fremme en ny brukerrolle. Hvordan virkemidlene blir implementert og tatt i bruk, hvilken kultur og hvilke holdninger som ligger til grunn for bruken, er av minst like stor betydning.

Nedenfor vil vi beskrive i alt 5 hovedtyper av tiltak/virkemidler for å sikre brukermedvirkning og erfaringskompetanse på system- og tjenestenivå:

1. God og tilpasset informasjon. Pasientens helsetjeneste forutsetter enkel tilgang til tilpasset, forståelig informasjon. Pasienter og brukere har relevant erfaring og kunnskap om hvordan informasjon og opplæring bør utformes. De skal involveres i utvikling av informasjonsmateriell og undervisningsopplegg. Informasjonen bør kunne skrives ut i brosjyreformat som kan fås med i hånda. På nettsidene skal det være aktuell og oppdatert informasjon om:
 - Sykdom/diagnose
 - Behandlingstilbud/helsehjelp
 - Pasient- og pårørendeopplæring
 - Pasient- og brukerrettigheter
 - Klagemulighet

2. Erfaringskonsulent/rådgiver for brukererfaring. Disse skal målbære brukernes stemme, bidra til brukermedvirkning i drift, klinisk arbeid, kvalitetsarbeid og kompetanseheving og kunnskapsutvikling i et brukerperspektiv. I tillegg skal de tilføre klinikken erfaringsbasert brukerkunnskap, styrke brukerperspektivet og bidra til at erfaringskompetansen benyttes aktivt i virksomheten. Videre skal erfaringskonsulenten styrke og koordinere samarbeidet med brukerorganisasjoner og kompetansesentra innen erfaringskunnskap.



Se det friske i folk

3. Brukererfaringer og pasientrapporterte resultater. Brukerperspektivet og brukererfaringer skal være en del av grunnlaget for planarbeid, kvalitetsforbedringsarbeid, tjeneste- og fagutvikling. Rutiner for systematisk og regelmessig innhenting av brukererfaringer og pasientrapporterte resultater via:

- Brukerundersøkelser på klinikk, avdelings- og seksjonsnivå
- Arbeidsutvalg for brukermedvirkning
- Kompetansebank/brukerpanel på avdelingsnivå
- Erfaringskonsulent/brukerrådgiver
- Dialogmøter og (fokusgruppe-) intervjuer
- SiV HF «Si din mening»

4. Brukermedvirkningsforum bør etableres. Dette sikrer en møtearena der representanter for brukere/brukerorganisasjoner, samt andre aktører, kan ta opp aktuelle saker.

5. Brukerrepresentasjon i de fora der beslutninger blir tatt. Det skal legges til rette for permanent og kvalifisert brukermedvirkning i:

- Ledergruppe på klinikk og avdelingsnivå
- Kvalitetsutvalg (KKU)
- Forskningsutvalg
- Arbeids-/utredningsgrupper for fag- og tjenstedesign/-utvikling (initiert av klinikk-/avdelingsledelsen)

Her beskrives 6 hovedtyper av tiltak/virkemidler for å sikre brukermedvirkning og erfaringskompetanse på individnivå:

1. Samvalg. En metode for å strukturere kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient slik at de sammen kan ta informerte valg. Opplæringsrammeverket «Klar for samvalg» skal iverksettes.

2. Individuell plan. En rettighet for brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

3. Evaluering underveis i behandlingsforløpet. Brukeren har rett til å medvirke i egen behandling gjennom å ta aktive valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Feedback informerte tjenester (FIT) handler om systematisk tilbakemelding fra brukere, samt endre og tilpasse tjenestene i tråd med disse tilbakemeldingene.

4. Krisemestringsplanen skal forebygge og redusere omfanget av psykisk krise og/eller forverring av psykisk lidelse ved å etablere tidlig hjelp eller forsterke allerede etablerte hjelpetiltak.

5. Egenvurdering ved inntakssamtale (Recoveryorientert anamneseopptak). Ved innkomst skal bruker få støtte til å klargjøre egne behov og mål gjennom et egenvurderingsskjema og inntakssamtale.

6. Mulighet til å skrive i egen journal. SiV bruker elektronisk pasientjournal som dokumentasjons- og planleggingsverktøy i behandlingen av pasientene. Pasient/bruker har innsynsrett. Journalen følger pasienten og det er derfor viktig at pasientens synspunkter framkommer gjennom mulighet til å skrive i egen journal.

7.4.2 Hvordan skal standardiserte pasientforløp implementeres?

KPR skal implementere en rekke pakkeforløp i perioden 2018 – 2020. Målet er større fokus på pasientenes somatiske helse. Økt og bedre systematisert samarbeid og forpliktelser mellom somatiske tjenester/klinikker og tjenester fra KPR for å oppnå dette, skal utvikles.

Implementering av standardiserte pasientforløp – pakkeforløp – i KPR, vil følge SiV-metoden for utvikling av pasientforløp. Pakkeforløpene stiller i hovedsak krav til logistikk og rapporteringspunkter innenfor sykehuset. Klinikken vurderer at hvis pakkeforløpene skal være et bidrag til forbedring av pasienttilbudet, er det avgjørende at de utvikles i samarbeid med brukerorganisasjoner og kommu-

nale tjenester. Det vil derfor bli utviklet og etablert mer helhetlige pasientforløp på de områder og diagnoser hvor pakkeforløpene primært stiller krav om logistikk og rapporteringer.

7.4.3 Hvordan få på plass en struktur for forbedringsmetodikk innen psykisk helse, og hvordan forankre den i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenester»?

Sentrale forhold som reguleres av ovennevnte forskrift er plikten til å: Planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere.

Det er tatt utgangspunkt i forbedringsmodellen som er beskrevet i pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender».

Gevinster

Kontinuerlig forbedringsmetodikk har en rekke potensielle gevinster. Først og fremst må gevinstene relateres til pasienter og pårørende. Videre vil det være en rekke gevinster knyttet til ressursbruk både på enkeltansattnivå og på organisasjonsnivå. Målet må være: «Gjør det riktig første gang».

7.5 Innsatsområde 4: Tverrfaglig Spesialisert rusBehandling (TSB)

De regionale premisene til SIVs utviklingsplan inneholder klare føringer for problemstillinger innenfor TSB:

- Beskrive utvikling av basistjenester innen TSB og en optimal organisering av disse for å understøtte et helhetlig behandlingstilbud til pasientene, smidig flyt, god oversikt over bruk av

ressurser og prioriteringer, synlighet/tilgjengelighet og robuste fagmiljøer som kan drive fagutvikling og forskning.

- Helseforetakene skal i arbeidet vurdere og beskrive hvilke etablerte samarbeidsstrukturer som skal utvikles og nye som planlegges utviklet i tidsperioden.

7.5.1 Hvordan bør basistjenestene innen TSB utvikles og hvordan bør disse organiseres?

Basistjenester er fra regionalt helseforetak definert til å være:

- Akuttbehandling
- Avrusning
- Polikliniske og ambulante tjenester
- Døgnplasser til pasienter med behov for komplekse og sammensatte tjenester

Akuttbehandling

I dag ivaretas ruspasienter med akutte behov gjennom innleggelse ved psykiatrisk akuttmot-tak. Subakutt tilbud om avrusning gis ved ARBs to avrusningsseksjoner. Klinikken er i gang med å utvikle forløp for akuttkjeden innen rus og psykiatri. På bakgrunn av de vurderinger og beslutninger som gjøres, vil akuttbehandling rus videreutvikles. I den sammenheng vil det også bli innhentet erfaringer fra drift av de kommunale ø-hjelpsplassene.

Avrusning

ARB har totalt 23 avrusings- og utredningsplasser. Belegg og ventetid tilsier at det er behov for å vurdere behovet for flere plasser for alkohol og medikamentavhengige. Det er særlig innleggelse til nedtrapping av medikamenter som opptar kapasiteten. Avdelingen har utviklet pasientforløp for personer med skadelig bruk og avhengighet av alkohol. Pasientforløp for medikamentavhengige er under vurdering. Dette skal inkludere et tett samarbeid mellom poliklinikker og døgnsesksjon.



Polikliniske og ambulante tjenester

TSB i Vestfold har to poliklinikker. I forbindelse med utvikling av pasient- og pakkeforløp vil det ses på muligheter for intensivering og standardisering av poliklinisk behandling. Utvikling av ambulante tjenester skal skje i sammenheng med utvikling av samarbeidsformer mellom kommunale tjenester, akutt ambulante team, ROP-teamet i Vestfold og eventuell utvikling av FACT (Flexible Assertive Community Treatment) team i Vestfold.

LAR (LegemiddelAssistert Rehabilitering) i Vestfold består i dag av flere LAR-team som er geografisk plassert i fire byer. I løpet av 1. halvår 2018 vil LAR opphøre som egen poliklinikk og pasientene vil integreres i poliklinikkene for rus og avhengighet.

Seksjon for behandling av stoffavhengige driver i dag polikliniske grupper for pasienter som er skrevet ut fra døgntilbud. Videre drift av tilbudet vil vurderes og ses på i en helhetlig vurdering av TSB tilbudet i Vestfold.

Døgnplasser til pasienter med komplekse og sammensatte tjenester Bruker Plan kartleggingen i 2016, viste at 76 prosent av pasientene med rusproblemer også har psykiske lidelser. Hoveddelen av pasientene, 66 prosent, er i aldersgruppen 30 – 60 år. Det er fortsatt betydelige utfordringer med egnet bolig for denne pasientgruppen. Et ROP-team jobber aktivt poliklinisk med pasientgruppen ute i kommunene. Utvikling av lokalbaserte døgntilbud til pasientgruppen er satt på dagsorden.

Videre planer

KPR satser på digital kommunikasjon og veiledet internetterapi. Klinikken har siden 2014 hatt tilbud om eMestring - internetbasert behandling med terapeutstøtte - i samarbeid med Helse Bergen og Universitetet i Bergen. Det tilbys behandlingsprogrammer for sosial angst, panikk lidelse og depresjon. KPR utvikler et nytt behandlingsprogram, eMestring alkohol, i forbindelse med at det er etablert et pasientforløp for pasienter med skadelig bruk og avhengighet av alkohol. Programmet vil være tilgjengelig våren 2018. Det skal

arbeides med videre utvikling av flere eMestringsprogrammer. Digital egenrapportering er implementert, og løsningen har direkte integrasjon til EPJ.

Det skal arbeides med utvikling av tilbud til pasienter med bruk av anabole steroider. Familie- og nettverkstilbudet skal utvikles som et eget tilbud; eventuelt i samarbeid med andre aktuelle aktører.

Fagutvikling

Arbeidet med fagutvikling bør prioriteres høyere og systematiseres bedre i avdeling for rusbehandling. Det er behov for å øke ressursinnsatsen til arbeidet med implementering av retningslinjer, metodeutvikling, samt forbedrings- og kvalitetsarbeid. Det skal satses på videre utvikling av kognitiv terapi, mentaliseringsbasert terapi, motiverende intervju og traumefokusert terapi.

Nærmere om utviklingstrekk for forskning i helseforetak Avdeling for rusbehandling har ansatte som kan drive forskningsprosjekter og veilede doktorgradsstipendiater. Avdelingen vil prioritere deltagelse i Naltrexon-studien knyttet til Akershus Universitetssykehus.

Det er vanskelig å se for seg at klinikk psykisk helse og rusbehandling ved SiV vil være i stand til å etablere nye, egne forskningsprosjekter innen TSB. Det er likevel viktig å ha ambisjoner om å delta i forskning, men da knyttet til større satsinger i samarbeid med andre helseforetak eller SERAF (Senter for rus- og avhengighetsforskning). Avdelingen bør ha ambisjoner om å delta som aktiv partner i forskningsprosessen, og ikke bare som dataleverandør til prosjekter hvor andre driver forskningsdelen av prosjektet.

7.5.2 Samarbeidsstrukturer

Samhandlingsutvalget

Samhandlingsutvalget (SU) er et aktivt samarbeidsforum mellom kommunene og SiV. Her deltar kommunaldirektører/-sjefer fra kommunene og klinikkjefer og fag- og samhandlingsdirektør ved SiV.

Forum for rus og psykisk helse

Forum for rus og psykisk helse har følgende oppgaver/mandat:

«Forum for rus – og psykisk helse i Vestfold» skal bidra til samhandling, felles kompetanseutvikling og erfaringsutveksling for kommunene og spesialisthelsetjenesten innen rus og psykisk helsevern. Målgruppe er barn, unge og voksne.

Forum for politi, psykiatri og kommuner

Forumet har deltakere fra politi, kommuner og KPR, og møtes flere ganger per år. Hensikten med forumet er å ta opp konkrete og prinsipielle saker. Det arrangeres en stor åpen fagdag hvert år.

Bistandsteam

Bistandsteam skal gi råd og veiledning i saker som omhandler tvang, og det er sammensatt av representanter fra kommunene og SiV.

7.5.3 Kommunenes ønsker om samarbeid

Kommunene ønsker faste samarbeidsmøter på operativt nivå/koordinatornivå for drøfting av enkeltsaker og hendelser med tanke på samarbeid og læring. Det er også et ønske om faste møtepunkter med enhetsledere/virksomhetsledere for kommunale rus- og psykiatritjenester, og med ledere på samme nivå i spesialisthelsetjenesten.

Kommunene ser for seg at det i framtiden kan bli behov for samarbeidsdrøftinger mellom legevakt, kommunale ø-hjelpsplasser, akutt

ambulanseteam og psykiatrisk akuttmottak.

Kommunene i Vestfold har ansatt flere erfaringskonsulenter og SiV jobber aktivt med brukermedvirkning. KPR benytter brukererfaringer både på systemnivå og i form av dybdeintervju med pasienter i forløpsarbeid. Det skal jobbes mer med å utvikle våre tjenester ved å innhente brukererfaringer og samarbeide med kommunale erfaringskonsulenter.

Aktivitet, jobb, bolig og ernæring som del av behandlingen



Klinikken satser på utvikling av flere pasientforløp i tillegg til pakkeforløpene fra Helsedirektoratet. I pasientforløp TSB ses det på muligheter for å legge inn faste samhandlingsmøter med koordinatore/teamledere i kommunene. Samhandlingsmøtene skal ta sikte på felles planlegging av behandling og avklare oppgavefordeling for pasienter som skal henvises til behandling i TSB og med vekt på døgntil behandling.

7.6 Innsatsområde 5: Multisyke pasienter

7.6.1 Hvordan skal pasientgruppen multisyke defineres/ beskrives?

Det er et klart behov for å sette fokus på høyrisikopasienter:

- Humanitære årsaker - de mest sårbare pasientene i samfunnet, med kompliserte helse- og sosialbehov
- Demografiske årsaker – økende levealder, kroniske sykdommer og stort forbruk av helsetjenester
- Helsetjeneste-årsaker – kvalitet og pasientsikkerhet
- Finansielle årsaker – 5 % med høy risiko forbruker 50 % av helseressursene

Gruppen multisyke omfatter et vidt diagnospekter og favner om både somatikk og psykiatri. Betegnelsen indikerer at utfordringene ikke er knyttet til enkeltdiagnoser, men pasienter hvor en grunn sykdom gjerne gir følgetilstander og behov for oppfølging av flere sykdommer. Hos barn og unge omfatter det medfødte alvorlige sykdommer.

Typisk for gruppen vil være tallrike forflytninger hvor det er behov for flere innleggelses årlig, og hvor det er behov for involvering av tjenester fra flere behandlingsnivåer.

7.6.2 Hva er hovedutfordringene til denne pasientgruppen i dag? Fra pasientens side er det utfordrende når det nødvendige helsetilbudet er lokalisert ulike steder. Det innebærer ofte venting i overgangen mellom tjenestenivåene, og mange ulike aktører å forholde seg til. Transport i seg selv kan også være belastende. Sett fra tjenesteleverandørens side er det utfordrende hvis nødvendig tilgang til spesialisthelsetjenesten ikke er sikret. I tillegg er kommunikasjon mellom ulike tjenestenivåer utfordrende. Typiske utfordringer kan være manglende behandlingsavklaringer eller manglende samsvar i legemiddellister.

7.6.3 Hvordan kan hovedelementene i en fremtidig modell se ut? Et nærmere samarbeid mellom de ulike behandlingsnivåene må være sentralt i et framtidig forbedringsarbeid. Det er en fordel om pasienten i størst mulig grad kan behandles «på samme sted». Konkret kan det innebære at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten arbeider sammen på en måte som sikrer pasientene nødvendig faglig kompetanse hele døgnet alle ukedager. Det grunnleggende målet er å yte mer koordinerte og bedre tilpassede tjenester i pasientens eget hjem, slik at de i større grad enn nå kan få den behandlingen og oppfølgingen de trenger uten å måtte flytte.

Å få til slike løsninger vil kreve regelmessig tverrfaglig samarbeid, hvor kommunal pleie- og omsorgstjeneste, fastlege og spesialisthelsetjeneste sammen utarbeider behandlingsplaner. Skole- og utdanningssystemet og NAV må trekkes tett inn i dette arbeidet.

Organisert frivillig arbeid kan også spille en vesentlig rolle. Teknologi for bedre samhandling vil være helt nødvendig, som tilgang til felles journalsystem, felles legemiddellister og dialogmeldinger mellom behandlere. I tillegg til dette gir utvikling av moderne velferdsteknologi store muligheter for å følge opp disse pasientgruppene bedre.

7.6.4 Hvordan kan en fremtidig modell implementeres? Det bør i regi av Samhandlingsutvalget etableres prosjekter som tar opp i seg ett eller flere elementer i modellen som er beskrevet i punktet over. Ett naturlig delprosjekt vil kunne gjelde pasienter med KOLS. Det vil være naturlig å pilotere arbeidet i én eller to kommuner, hvor forutsetningene ligger til rette for et slikt samarbeid. De aktuelle pilotene må tydelig beskrives og organiseres som prosjekter som skal piloteres med tanke på implementering i hele Vestfold, evalueres og følges opp i Samhandlingsutvalget.

7.7 Innsatsområde 6: KOLS-pasienter

7.7.1 Kroniske sykdommer generelt
Kroniske sykdommer har vært gjenstand for økt oppmerksomhet i helsevesenet og samfunnet. Ved kroniske lidelser er det ofte behov for en vedvarende behandlingssinnsats på tvers av forskjellige nivåer i helsevesenet. Det stilles derfor særlige krav til samordning og koordinering mellom aktører og nivåer for å sikre gode pasientforløp.

7.7.2 Nærmere om sykdommen KOLS
Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er, etter hjerte-kar sykdommer og ondartede svulster, en av de hyppigste årsakene til død. En stor del (1 av 20) av Norges voksne befolkning har KOLS, som er en av de vanligste årsakene til innleggelse ved norske sykehus. Seksjon for lungesykdommer ved SiV hadde over 5.000 KOLS-konsultasjoner og innleggelses i 2016. Mange av innleggelsene kunne vært unngått ved tidligere intervensjon. Ifølge data fra Norsk Helseatlas var 2.900 innbyggere i Vestfold diagnostisert med KOLS i 2015. Trolig er det reelle antallet med KOLS langt høyere, da mange lever udiagnostisert.

I denne pasientgruppen er potensialet for samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten stort, potensialet for egenmestring er betydelig, og det er utviklet teknologi som kan understøtte behandlings- og mestrings tiltak utenfor sykehus. Erfaringene som dannes gjennom arbeidet med KOLS-forløpet, kan brukes inn mot andre kronikergrupper. Å bidra med erfaringsoverføring, var en av grunnene til at KOLS-pasienter ble definert som et av innsatsområdene i Utviklingsplanen til SIV.

KOLS består av både akutte og kroniske faser, hvor hver eksaserbasjon (forverring) senker lungekapasiteten med 2-4 %. Disse krever en samlet, tverrfaglig og koordinert innsats fra pasienten, pårørende, sykehus, fastlege, kommunehelsetjenesten, samt «støttetjenester» som fysioterapi, ergoterapi osv. Pasienter med KOLS har også ofte andre kroniske sykdommer i tillegg. Ettersom sykdommen forverres, har en stor andel av pasientene med endestadiet KOLS, hyppige innleggelse på sykehus grunnet eksaserbasjoner og komorbiditet. Mange pasienter med KOLS opplever psykiske problemer som følge av sykdommen. Hovedsymptomet - tung pust - kan oppleves som skremmende og gi angstsymptomer. Det er påvist at depresjon og angst gir lengre og hyppigere sykehusopphold, reduserer livskvaliteten og gir tidligere død.

7.7.3 Hvordan gi KOLS pasientene et bedre tilbud?

Det ble utarbeidet et pasientforløp for KOLS i 2015 i samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten i Vestfold. Kommunene i Vestfold utarbeidet i samme prosess en rapport om forebygging av KOLS. SIV ønsker å bidra til bedre oppfølging av pasientene, og bidra til god pasientbehandling også utenfor sykehus.

Et av målene i KOLS-forløpet er å oppnå en «venstreforskyvning» av innsatsen mot forebygging. Samfunnsnyttene av dette vil være en mer hensiktsmessig bruk av ressursene, gjennom en tidlig intervensjon ved forverring og ved å sikre bedre overganger mellom tjenestenivåene. Arbeidet med pasientforløpet ønsker å ansvarliggjøre pasienten og sette fokus på egne ressurser og styrking av disse.

Dette kan gjøres gjennom livsstilsendringer og ved bedre oppfølging av egen sykdom. Pasient og pårørende kan slik bli en aktiv deltager og ko-produent av helsetjenester.

KOLS-forløpet fra 2015 hadde et overordnet mål om å redusere antall reinnleggelse med 20 % og liggetiden ved innleggelse med 10 % i 2020. Det vil være naturlig å etablere tilsvarende typer mål også dersom det settes i gang et tilsvarende arbeid nå.

7.7.4 Strategi for implementering

Arbeidet med KOLS-forløpet bør antakelig piloteres. Ulike løsninger kan bli aktuelt å pilotere i ulike kommuner, men det meste av opplegget og tilnærmingen bør likevel være felles. Det er nødvendig at KOLS-forløpet forankres på alle nivåer i både første- og andrelinjetjenesten, for å sikre et felles eierskap til og oppfølging av pasientforløpet. Det er derfor en forutsetning at arbeidet forankres i de etablerte samhandlingsstrukturene.

Et tett samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten må stå sentralt i utviklingen av pasientforløpet. Implementeringsstrategien vil utvikles i samarbeid med kommuner, fastleger og brukerorganisasjoner.

7.8 Innsatsområde 7: Akuttmedisinsk kjede og prehospitale tjenester

7.8.1 Bakgrunn

SIV besluttet i 2015 at utvikling og forbedring av den akuttmedisinske kjeden skulle være et strategisk satsingsområde de neste årene for å forbedre pasientsikkerhet og kvalitet.

Første skritt i dette arbeidet var en gjennomgang av akuttmottaket, med blant annet ny organisasjons- og ledelsesmodell og med styrking av den medisinskfaglige kompetansen i front. En gjennomgang synliggjorde at kjeden består av tre hovedfaser:

- Den prehospital delen
- Arbeidet i selve akuttmottaket
- Overføring av pasienter fra akuttmottaket til sengepostene eller ut av sykehuset

Arbeidet med å forbedre de to siste punktene/hovedfasene dreier seg i stor grad om interne forhold ved SiV, selv om det siste punktet også har relasjoner mot primærhelsetjenesten. Det pågår derfor et kontinuerlig arbeid med å forbedre de interne arbeidsprosessene og den interne pasientflyten i akuttmottaket og samarbeidet mellom akuttmottaket og sengepostene på SiV.

7.8.2 Samarbeid mellom SiV og kommunene

Akuttmedisinforskriften (2015), Faglige og organisatoriske krav til somatiske akuttmottak (2014) og forventninger om videre utvikling av samarbeidet mellom kommunene og SiV, har medført at et prosjekt som har fått navnet «Samhandling om den akuttmedisinske kjeden i Vestfold». Aktørene i den akuttmedisinske kjeden er kommunale helsetjenester, fastlegene, kommunale legevakter, ØHD enhetene, ambulansetjenesten, medisinsk nødmeldetjeneste (LVS, AMK) og helseforetakene.

Mål

Målet med prosjektet er å utvikle en sammenhengende akuttmedisinsk kjede, som oppfyller myndighetenes krav og partenes egne forventninger til tjenestene, og som gir pasientene trygge og kvalitativt gode akuttmedisinske tjenester.

Hovedelementer i prosjektet

Prosjektet består av fire faser:

1. Beskrivelse av nåsituasjonen i Vestfold (aktørene)
2. Beskrivelse av myndighetenes og partenes egne krav til den framtidige akuttmedisinske kjeden
3. Vurdering av nåsituasjonen opp mot kravene
4. Forslag til mål for den framtidige akuttmedisinske kjeden og tiltak for å nå målene

Metode

De første fasene av arbeidet er langt på vei avsluttet. Prosjektledelsen systematiserer de krav myndighetene setter til den akuttmedisinske kjeden, og skal deretter – sammen med aktørene - definere de krav parter og aktører sammen stiller til den akuttmedisinske kjeden og de ulike aktørene i denne kjeden.

Kommunikasjon

Prosjektet vil kommunisere det overordnede arbeidet til medarbeidere i kommuner og SiV, og gi relevant folkeopplysning til befolkningen i Vestfold. Ansattorganisasjoner og brukerutvalg/-råd vil bli orientert underveis i prosjektet. Medvirkning fra brukere vil bli sikret i utformingen av forslag til tiltak og ved kvalitative intervjuer.

7.9 Organisasjon, ledelse og teknologi

7.9.1 Linjeledelse som styringsprinsipp

Linjestyringen er entydig og ledere forventes å ta ansvar både for sin organisatoriske enhet og for helheten. De forventes også å ivareta de løpende driftsoppgavene, samt å arbeide med utvikling, endring og kontinuerlig forbedring.

Utfordringene SiV står overfor stiller store krav til sykehusets evne til:

- Faglig og organisatorisk utvikling og endring, styring og ledelse
- Å utnytte og styre de mulighetene som digitalisering gir
- Å mobilisere brukerne av helsetjenestene både på individ- og systemnivå
- Å utvikle pasientrollen og brukerinnflytelse og –makt
- Å mobilisere de kliniske medarbeiderne i utviklings- og endringsprosesser
- Å samhandle med kommunene og øvrig primærhelsetjeneste
- Å øke effektiviteten og produktiviteten for å skape «pasientenes helsetjeneste», uten forventning om økte ressurser i takt med økning i etterspørselen

Organisering og ledelse er virkemidler for å oppnå resultater. Organisering og ledelse er instrumentelt og må utvikles kontinuerlig i den aktuelle konteksten.

7.9.2 Styring og ledelse av tverrgående prosesser

Helseforetak er store driftsorganisasjoner med mange kjennetegn som høykompetanseorganisasjoner. Organiseringen av driften må ivaretas ved tydelig ansvarliggjøring, myndiggjøring og «ledelse helt ut» for å sikre best mulige løsninger og best mulig mobilisering av pasienter, brukere og medarbeidere. Det innebærer at driften uansett må organiseres tilsvarende klinikker, avdelinger og seksjoner.

Tradisjonell linjeorganisering er likevel ofte lite egnet for større utviklings- og omstillingsarbeid, særlig ikke hvis det er behov for løsninger på tvers av bestående organisering. Ulike former for prosjekt- og matriseorganisering blir da nødvendig.

Det pågår forsøk med alternative måter å organisere sykehus på: Organisering med grunnlag i pasientforløp, organisering uten basis i spesialitetene, samt nettverksorganisering og outsourcing. SiV vil følge med på og lære av disse.

De store utfordringene i sykehusene er knyttet til flyt/logistikk/forløp. Det vil bli sentralt å utvikle organisasjonen, lederne og medarbeiderne slik at pasientenes behov og ekspertise, og medarbeidernes ekspertise og kompetanse, øker kvaliteten på behandlingen, minsker leveransetider, øker effektiviteten og bedrer arbeidsmiljøet.

For pasientene vil nye måter å organisere tjenestene på innebære reduserte ventetider. Dette vil føre til effektivisering. Universitetssykehuset i Lund kan f.eks. vise til 100 prosent økt kapasitet på

ADHD-utredning som gjøres på tre uker i stedet for fire måneder. Tilsvarende er det forbedringer i akuttmottak, bl.a. i Sverige, som gir stor overføringsverdi til hvordan SiV skal drive akuttmottak enda bedre når Tønsbergprosjektet er ferdig. Lang ventetid i akuttmottaket og videre flyt mot sengeposter o.a. er gjennomgående utfordringer over hele Europa. Når det gjelder teamarbeid og høy kompetanse i akuttmottaket, er SiV kommet et stykke på vei, men nye lokaler gir muligheter til forbedring. Dette vil stå høyt på agendaen.

Tydelig mål og visjon



7.9.3 Nye yrkesgrupper og nye aktører

Flere av utviklingstrekkene utfordrer det organiserte arbeidslivet, og dermed rammebetingelsene for ledelse i den norske modellen. Den teknologiske utviklingen med digitalisering av stadig flere funksjoner og tjenester vil bidra til at en del yrkesgrupper med høy organisasjonsgrad etter hvert vil falle bort. Nye yrkesgrupper med andre preferanser knyttet til regulering og lønnsdannelse vil komme til.

Hvis slike utviklingstrekk blir forsøkt håndtert ved å laste inn stadig flere krav og reguleringer i det organiserte arbeidslivet, får dette betydning for

konkurransesevne, styringsautoritet og utøvelse av ledelse i disse virksomhetene. SiV må formidle til eier og arbeidsgiverorganisasjonen hvilke konsekvenser de samlede virkningene av reguleringene gir for den enkelte linjeleder.

Medvirkningsbestemmelsene er etablert for å bedre ledernes beslutninger. De ansatte skal bidra med sin kompetanse, slik at lederne får et bredest mulig grunnlag for å treffe beslutninger.

Medvirkning er ikke etablert for å gi de ansatte flere demokratiske rettigheter enn de har som borgere. Lederne må forstå lederrollen, herunder styringsretten og –plikten, og sammen med tillitsvalgte og fagforeninger må grunnlaget og grensene for medvirkning i virksomhetene bli gjensidig forstått og praktisert.

7.9.4 Ledelsesutvikling

Ledelse er sentralt i enhver organisasjon. Ledelsesutvikling vil de kommende årene tydeliggjøre sykehusets ledelsesfilosofi og ledelsestenking. I løpet av første halvår 2018 vil et helhetlig program for alle ledere bli utviklet og iverksatt. Ambisjonen er at innen 2021 skal 200 ledere ha vært gjennom et program bestående av bl.a. rolleforståelse og -utvikling, helhetlig styring og ledelse, ledelse og organisering i digitaliseringens mulighetsperspektiv, kunnskaps-erhvervelse om ledelse av prosesser, lov- og avtaleverk, styringsretten og styringsplikten, samhandling internt og eksternt, involvering og mobilisering av brukere og medarbeidere m.m.

7.9.5 Teknologi og teknologiutvikling

Verdiskapning skjer når våre medarbeidere bruker teknologi og teknologikompetanse på nye og smartere måter til beste for pasientene, og til å effektivisere arbeidsprosessene. Fokus for SiV vil være å ha inngående kunnskap om egen virksomhet og vurdere teknologisk utvikling opp mot godt definerte behov. Det betyr at man ved hjelp av strategisk ledelse skal definere og prioritere, men ikke i egenregi drive teknologiutviklingen. Derimot vil SiV søke partnerskap med eksterne aktører som er i front på teknologiutvikling, slik at man tidlig identifiserer nye muligheter for forbedring av helsetjenestene. Siden utviklingshastigheten innen teknologi og digitalisering går stadig raskere, vil det være umulig å forutse hvordan de beste teknologiske løsningene ser ut om 5-10 år. Langsiktige utviklingsplaner med spesifikke funksjonskrav vil derfor være krevende å ha som eneste tilnæringsmåte for å nå definerte mål. Tilsvarende vil omfattende og «tungdrevne» infrastrukturprosjekter i regional og nasjonal sammenheng kunne oppleves som bremsende på innovasjonstakt og effektivisering. Det vil derfor være viktig å

sikre et tilfang av lokale idéer og utprøvningsprosjekter som et supplement til langsiktig modernisering og teknologiutvikling. Målsettingen for SiV vil være å ta i bruk ny teknologi for å ivareta pasienten og vårt samfunnsoppdrag på best mulig måte. SiV vurderer forutsetningene for å nå denne målsettingen til å være:

- Inngående kunnskap om virksomhetens behov.
- Høy kompetanse på å vurdere og forstå nytteverdien ved teknologi.
- Evne til å skape samarbeidsarenaer og partnerskap med aktører som er i front av teknologiutviklingen.
- Høy kompetanse på å vurdere gjennomførbare og forutsetninger for å ta i bruk nye verktøy.

©Sykehuset i Vestfold grafisk AT november 2018
Illustrasjoner: Halogen, Sykehuset i Vestfold
Illustrasjonsfoto: Morten Rakke Photography

Utviklingsplan 2018 - 2035





Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 23.06.2021

Saksnr: 60/21

Sakstype: Orientering

Saksid: 20/05179-47

Saksbehandler: Katrine Svinterud

Brukerutvalgets leders orientering 23.06.2021

Vedlegg: ingen

Hensikten med saken:

Brukerutvalgets leder gir i hvert møte en muntlig orientering om aktuelle saker og temaer, som styret bør være kjent med.

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelsen til orientering.

Tønsberg, 16. juni 2021

Stein Kinserdal
administrerende direktør



Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 23.06.2021

Saksnr: 61/21

Sakstype: Orientering

Saksid: 20/05179-50

Saksbehandler: Katrine Svinterud

Administrerende direktørs orientering 23.06.2021

Vedlegg: ingen

Hensikten med saken:

Administrerende direktør gir i hvert møte en muntlig orientering om aktuelle saker og temaer, som styret bør være kjent med.

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelsen til orientering.

Tønsberg, 16. juni 2021

Stein Kinserdal
administrerende direktør



Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 23.06.2021

Saksnr: 62/21

Sakstype: Orientering

Saksid: 20/05179-49

Saksbehandler: Per Jørgen Olafsen

Status for eksterne tilsyn og revisjoner juni 2021

Vedlegg: Oppfølging etter eksterne tilsyn og revisjoner juni 2021

Hensikten med saken:

Sykehuset i Vestfold HF følger til enhver tid opp en rekke eksterne tilsyn og revisjoner, både varslede, pågående og nylig avsluttede saker. Hensikten med statusoversikten er å holde styret løpende orientert om disse tilsynene og revisjonene, hva som eventuelt er notert som avvik, og når sakene forventes lukket.

Forslag til vedtak:

Styret tar statusoversikt for eksterne tilsyn og revisjoner per juni 2021 til orientering.

Tønsberg, 16. juni 2021

Stein Kinserdal
administrerende direktør

Sykehuset i Vestfold HF
Oppfølging etter eksterne tilsyn og revisjoner

Utførende organ	Tema	Revisjon utført	Beskrivelse avvik	Status	Merknad
Vestfold interkommunale brannvesen IKS	Tilsyn 2020 - Habiliteringstjenesten på Solvang Welhavens vei 16	03.12.2020	Ingen avvik	Svar avventes	
Vestfold interkommunale brannvesen IKS	Tilsyn 2020 i Adlersgate 37-39	15.12.2020	Tilsynsrapporten ikke mottatt	Svar avventes	Tilsynet gjennomført, men tilsynsrapporten ikke mottatt
Statsforvalteren VT	Landsomfattende tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)	23.03.- 14.08.2021	-	Pågår	
Riksrevisjonen	Forvaltningsrevisjon av investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene	Pågår	-	Pågår	Svar er sendt Riksrevisjonen 9/3-2020, 14/9-2020 (via filoverføringsløsning), 6/1-2021 og 11/3-2021
Helsetilsynet	Tilsyn med medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker- egenvurdering	Svar sendt	-	Pågår	Svar sendt

Utførende organ	Tema	Revisjon utført	Beskrivelse avvik	Status	Merknad
Riksrevisjonen	Dokument 3:5 (2016-2017) Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene	-15.04.20	-	Pågår	Svarfrist 28.4.21
Riksrevisjonen	Forvaltningsrevisjon av myndighetenes arbeid med å sikre god behandling og oppfølging av personer med psykiske plager og lidelser	Pågår	-	Pågår	Riksrevisjonen sendte ut spørreskjema til ledere i KPA i uke 7 i 2020, men ut over det er det ingen ytterligere informasjon mottatt om forvaltningsrevisjonen.
Helsetilsynet	Tilsyn med håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev	12.-13.4.2021	Ingen avvik	Ingen avvik	Avsluttet
Larvik Brann og Redning	Varsel om branntilsyn på Kysthospitalet foreløpig avtalt dato 28.04.21	28.04.2021	Ingen avvik	Avsluttet	Tilsynsrapport mottatt datert 28.04.21
Larvik Brann og Redning	Varsel om branntilsyn på Furubakken foreløpig avtalt dato 08.04.21	08.04.2021	Ingen avvik	Avsluttet	Tilsynsrapport mottatt datert 23.04.21

Utførende organ	Tema	Revisjon utført	Beskrivelse avvik	Status	Merknad
Larvik Brann og Redning	Varsel om branntilsyn på Larvik sykehus foreløpig avtalt dato 06.04.21	06.04.2021	Ingen avvik	Avsluttet	Tilsynsrapport mottatt datert 14.04.21
Riksrevisjonen	Kliniske behandlingsstudier i helseforetakene	Våren 2020	Ingen avvik	Avsluttet	Ingen avvik påpekt for SiV individuelt
<i>DSB</i>	<i>Varsel om tilsyn - HMS og el-sikkerhet</i>	<i>17.- 20.11.20</i>	<i>-</i>	<i>Utsatt</i>	<i>Utsatt til 2021</i>



Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 23.06.2021

Saksnr: 63/21

Sakstype: Orientering

Saksid: 20/05179-48

Saksbehandler: Katrine Svinterud

Status for oppfølging av styrevedtak juni 2021

Vedlegg: Særskilt oppfølging av styrevedtak pr juni 2021

Hensikten med saken:

Saken gir oversikt over administrerende direktørs oppfølging av de styrevedtak som forutsetter særskilt tiltak.

Forslag til vedtak:

Styret tar statusoversikt for oppfølging av styrevedtak pr juni 2021 til orientering.

Tønsberg, 16. juni 2021

Stein Kinserdal
administrerende direktør

Sykehuset i Vestfold HF
Særskilt oppfølging av styrevedtak

Sist styrebeh	Saksnr	Sakstittel	Vedtak	Forventet styrebeh	Merknad
17.03.2021	23/21	Rapportering februar 2021	3. Adm direktør bes komme tilbake med en orientering om arbeidet for be-handling av spiseforstyrrelser i et styremøte før sommeren.	23.06.2021	På sakskart
17.03.2021	25/21	Samarbeid Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold	2. Styret ber om at saken følges opp i et senere styremøte.	22.12.2021	



Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 23.06.2021

Saksnr: 64/21

Sakstype: Konklusjon

Saksid: 20/05179-52

Saksbehandler: Katrine Svinterud

Styrets årsplan 2021 - oppdatering pr juni

Vedlegg: Styrets årsplan 2021 – oppdatert pr juni

Hensikten med saken:

Styret vedtok møteplan for 2021 i møte 18. juni 2020, sak 49/20. Her følger oppdatert versjon av styrets årsplan, med oversikt over de saker som forventes behandlet i 2021. Oppdateringen av årsplanen legges fram i hvert påfølgende styremøte.

Forslag til vedtak:

Styret tar oppdatert årsplan 2021 pr juni til orientering.

Tønsberg, 16. juni 2021

Stein Kinserdal
administrerende direktør

Overordnet møteplan 2021 Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato/ Oppmeldt sak	Merknad
onsdag 29. september 2021	
Godkjenning av protokoll fra styrets møte 23. juni 2021	
Temasak: Forskning og innovasjon i SiV	
Rapportering Tønsbergprosjektet	
Rapportering pr. august 2020	
Erfaringer med nytt psykiatribygg etter to års drift	
Innspill til Konsernrevisjonens revisjonsplan for 2022	
Arbeidet med å etablere heltidskultur og arbeidet med HMS-arbeidet for medarbeidere i døgnkontinuerlig arbeid	
Status for arbeidet med helsefelleskap og ny utviklingsplan	
Oppfølging av foretaksmøtet 3. juni 2021	
Brukerutvalgets leders orientering	
Administrerende direktørs orientering	
Status for eksterne tilsyn og revisjoner	
Status for oppfølging av styrevedtak	
Styrets årsplan 2021-2022 - oppdatering	
Referatsaker	
onsdag 20. oktober 2021	
Godkjenning av protokoll fra styrets møte 29. september 2021	
Temasak: Forskning og innovasjon i SiV	
Rapportering Tønsbergprosjektet	
Rapportering pr. september 2021	
Status for arbeidet med helsefelleskap og ny utviklingsplan	
Brukerutvalgets leders orientering	
Administrerende direktørs orientering	
Status for eksterne tilsyn og revisjoner	
Status for oppfølging av styrevedtak	
Styrets årsplan 2021-2022 - oppdatering	
Referatsaker	



Møtedato/ Oppmeldt sak	Merknad
onsdag 17. november 2021	
Godkjenning av protokoll fra styrets møte 20. oktober 2021	
Temasak: Forskning og innovasjon i SiV	
Rapportering Tønsbergprosjektet	
Rapportering pr. oktober 2021	
Budsjett 2022 - status for budsjettprosessen	
Status for arbeidet med helsefellesskap og ny utviklingsplan	
Brukerutvalgets leders orientering	
Administrerende direktørs orientering	
Status for eksterne tilsyn og revisjoner	
Status for oppfølging av styrevedtak	
Styrets årsplan 2021-2022 - oppdatering	
Referatsaker	
onsdag 22. desember 2021	
Godkjenning av protokoll fra styrets møte 17. november 2021	
Temasak: Forskning og innovasjon i SiV	
Rapportering Tønsbergprosjektet	
Rapportering pr. november 2021	
Budsjett 2022 - vedtak	
Oppsummering av LGG 2. tertial 2021	
Samarbeid Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold - oppfølging	Styresak 25/21
Status for arbeidet med helsefellesskap og ny utviklingsplan	
Brukerutvalgets leders orientering	
Administrerende direktørs orientering	
Status for eksterne tilsyn og revisjoner	
Status for oppfølging av styrevedtak	
Styrets årsplan 2021-2022 - oppdatering	
Referatsaker	



Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 23.06.2021

Saksnr: 65/21

Sakstype: Orientering

Saksid: 20/05179-51

Saksbehandler: Per Jørgen Olafsen

Referatsaker 23.06.2021

Vedlegg:

Helse Sør-Øst RHF - protokoll fra ekstraordinært styremøte 7. mai 2021 (foreløpig)

Helse Sør-Øst RHF - protokoll fra ekstraordinært styremøte 28. mai 2021 (foreløpig)

Sykehuset i Vestfold HF - protokoll fra foretaksmøte 3. juni 2021

Hensikten med saken:

Saken gir oversikt over nye, viktige dokumenter som er mottatt siden siste styremøte.

Forslag til vedtak:

Styret tar de framlagte referatsakene til orientering.

Tønsberg, 16. juni 2021

Stein Kinserdal
administrerende direktør

Møteprotokoll

Styre: Ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Digitalt møte
Dato: Fredag 7. mai 2021
Tidspunkt: Kl 17:00

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Olaf Qvale Dobloug	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Lasse Sølvberg	
Sigrun E. Vågang	

Fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus (under sak 055-2021)
Eierdirektør Tore Robertsen

Saker som ble behandlet:

055-2021	Godkjenning av innkalling og saksliste
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og saksliste til ekstraordinært styremøte 7. mai 2021.

056-2021	Administrerende direktør fratrer. Konstituering
----------	---

Saken er unntatt offentlighet, offl § 23, første ledd og ble behandlet i lukket møte, jf. Helseforetakslovens § 26 a, annet ledd.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar til etterretning at administrerende direktør Cathrine M. Lofthus i statsråd 7. mai 2021 er utnevnt til stillingen som departementsråd i Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Cathrine M. Lofthus fratrer som administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF f.o.m 8. mai 2021. Hun fortsetter sitt ansettelsesforhold i Helse Sør-Øst RHF til hun tiltrer stillingen i Helse- og omsorgsdepartementet 1. juni 2021.
3. Viseadministrerende direktør Jan Christian Frich konstitueres som administrerende direktør fra 8. mai 2021. Styreleder gis fullmakt til å avtale betingelsene for Jan Frich i den perioden han er konstituert administrerende direktør.
4. Rekruttering av ny administrerende direktør igangsettes. Det nedsettes et ansettelsesutvalg bestående av styreleder, nestleder og ett av de ansattevalgte styremedlemmene.
5. Styret vil i møte 28. mai 2021 drøfte nærmere opplegg og prosess for rekruttering av ny administrerende direktør.

Møtet hevet kl 17:15



Oslo, 7. mai 2021

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Kirsten Brubakk

Olaf Qvale Dobloug

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre:	Ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Digitalt møte
Dato:	Fredag 28. mai 2021
Tidspunkt:	Kl 1500-1700

Følgende styremedlemmer møtte:

Svein I. Gjedrem	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Olaf Qvale Dobloug	
Christian Grimsgaard	
Bushra Ishaq	
Vibeke Limi	
Einar Lunde	
Lasse Sølvberg	
Sigrun E. Vågeng	

Fra brukerutvalget møtte:

Nina Roland
Lilli-Ann Stendal

Fra administrasjonen deltok:

Konstituert administrerende direktør Jan Frich
Eierdirektør Tore Robertsen
Økonomidirektør Hanne Gaaserød, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og direktør personal og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø

Saker som ble behandlet:

057-2021	Godkjenning av innkalling og saksliste
-----------------	---

Styrets enstemmige
VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og saksliste til ekstra ordinært styremøte 28. mai 2021.

058-2021	Videreføring av planer for utviklingen av Sykehuset Innlandet HF
-----------------	---

Oppsummering

Foretaksrådet godkjente i møte den 8. mars 2019 at Helse Sør-Øst RHF kan endre framtidig sykehusstruktur i Innlandet i tråd med målbildet for Sykehuset Innlandet HF, jf. vedtak sak 005-2019 i styret i Helse Sør-Øst RHF.

Målbildet innebærer en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i et nytt akuttisykehus, Mjøspsykehuset, et akuttisykehus på Tynset og fortsatt sykehusdrift ved to av dagens somatiske sykehus i form av ett akuttisykehus og ett elektivt sykehus med døgnfunksjoner. Prehospitale tjenester og lokalmedisinske sentra skal videreutvikles.

Styret i Helse Sør-Øst RHF bes i denne saken ta stilling til lokalisering av ulike sykehus innen rammen av målbildet. Saken presenterer løsningsalternativer som foreslås utredet i konseptfase innenfor fastsatt økonomisk planleggingsramme. Saken beskriver forhold Sykehuset Innlandet HF må arbeide med for å sørge for god drift, rekruttering og opprettholdelse av kompetanse i mellomfasen fram til etablering av ny sykehusstruktur.

Administrerende direktørs forslag til
VEDTAK

1. Styret vektlegger at befolkningen i Innlandet skal ha gode og framtidsrettede spesialisthelsetjenester. Sykehusstrukturen skal underbygge samarbeid mellom flere sykehus i nettverk. Prehospitale tjenester skal videreutvikles i nært samarbeid med primærhelsetjenesten. Lokalmedisinske sentra, distriktpsikiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge skal styrkes og gi tilgjengelige tjenester desentralt. Befolkningen skal møte en kunnskapsbasert og nyskapende helsetjeneste og det skal være en lik tilnærming til arbeidet med pasientsikkerhet, kvalitet og helhetlige pasientforløp.

2. Arbeidet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF skal videreføres i konseptfase hvor følgende sykehusstruktur legges til grunn;
 - a. Mjøssykehus med en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, lokalisert til Moelv.
 - b. Stort akuttpsykehus med gastrokirurgi, ortopedisk kirurgi, fødetilbud og akutt indremedisin lokalisert i Lillehammer.
 - c. Elektivt sykehus med indremedisinsk profil, dagkirurgi og skadepoliklinikk lokalisert i Elverum sammen med en samhandlingsarena og ny luftambulansbase.
 - d. Akuttpsykehus på Tynset med dagens virksomhetsinnhold, styrket med mer elektiv kirurgi.
 - e. Lokalmedisinske sentra lokalisert til Nord-Gudbrandsdal, Valdres og Hadeland.
 - f. Distriktpsikiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Otta, Valdres og Hadeland.

Det skal i konseptfasen utredes om det kan legges indremedisinske akuttfunksjoner til det elektive sykehuset i Elverum for opptaksområdet som i dag har sykehuset i Elverum som sitt lokalsykehus.

3. Styret viser til at det i konseptfasen skal utredes et reelt nullalternativ (null-pluss alternativ), jf. *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*. Videre skal muligheter for trinnvis utvikling belyses.
4. Planleggingsrammen for etablering av ny sykehusstruktur er 8,65 milliarder kroner (2018-kroner). Styret tar til etterretning at videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF vil medføre vesentlige økonomiske konsekvenser for helseforetaket. Det legges til grunn at Sykehuset Innlandet HF både i perioden før og etter byggeperioden bedrer det økonomiske resultatet og at det i konseptfasen utarbeides konkrete beregninger av økonomisk bæreevne og oversikt over gevinster.
5. Styret ber administrerende direktør utarbeide mandat for konseptfasen og framlegge dette for styret.
6. Sykehuset Innlandet HF må arbeide med planer for god drift, rekruttering og opprettholdelse av kompetanse i mellomfasen fram til etablering av ny sykehusstruktur. Planene må være basert på oppdaterte risiko- og sårbarhetsanalyser.
7. Styret viser til at denne saken omfattes av bestemmelsene i paragraf 30 i helseforetaksloven og ber derfor om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF.

Votering

Styremedlem Christian Grimsgaard fremmet følgende alternative forslag til vedtak:

Styret i Helse Sør-Øst tar vedtaket i Sykehuset innlandet til orientering. Styret ber Sykehuset Innlandet, i samarbeid med Helse Sør-Øst, om å utvide idefasen til å inkludere og utvikle et reelt nullalternativ, som alternativ til hovedsykehus-modellen. Alternativet skal innebære videreføring og videreutvikling av sykehusene på Lillehammer og Gjøvik som store akutt sykehus. Videre vil det måtte utredes en bygningsløsning som muliggjør samordning av funksjonene mellom Elverum og Hamar. Styret ber om at en komplett idefaserapport fremlegges til behandling i Sykehuset Innlandets styre før endelig behandling i styret i Helse Sør-Øst.

Forslaget fikk én stemme og falt.

Styremedlem Kirsten Brubakk fremmet følgende alternative vedtakspunkter til administrerende direktørs forslag til vedtak:

Punkt 2 a:

Mjøssykehus med en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, lokalisert til Brumunddal.

Forslaget fikk fem stemmer. Administrerende direktørs forslag ble vedtatt med styreleders dobbeltstemme.

Punkt 2 c:

Elektivt sykehus i Gjøvik planlegges med ulike polikliniske og dagbehandlingstilbud innen medisin inkludert medikamentell kreftbehandling og dialyse. Videre er det anbefalt en kveldsåpen poliklinikk for øyeblikkelig hjelp innen indremedisin, samt døgndrift innen indremedisin og palliasjon. I tillegg kommer dagkirurgi og poliklinikk innen kirurgi inkludert ortopedi.

Forslaget fikk fem stemmer. Administrerende direktørs forslag ble vedtatt med styreleders dobbeltstemme.

Nytt punkt 7:

Det forutsettes medvirkning fra de ansattes organisasjoner, relevante fagmiljø, brukere og andre interessenter. Prosessen skal være åpen og forutsigbar for reel involvering.

Forslaget ble enstemmig vedtatt.

Forslagets punkt 7 blir nytt punkt 8.

Styrets endelige

VEDTAK

1. Styret vektlegger at befolkningen i Innlandet skal ha gode og framtidsrettede spesialisthelsetjenester. Sykehusstrukturen skal underbygge samarbeid mellom flere sykehus i nettverk. Prehospitaltjenester skal videreutvikles i nært samarbeid med primærhelsetjenesten. Lokalmedisinske sentra, distriktpsikiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge skal styrkes og gi tilgjengelige tjenester desentralt. Befolkningen skal møte en kunnskapsbasert og nyskapende helsetjeneste og det skal være en lik tilnærming til arbeidet med pasientsikkerhet, kvalitet og helhetlige pasientforløp.
2. Arbeidet med videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF skal videreføres i konseptfase hvor følgende sykehusstruktur legges til grunn;
 - a. Mjøssykehus med en samling av spesialiserte funksjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, lokalisert til Moelv.
 - b. Stort akutt sykehus med gastrokirurgi, ortopedisk kirurgi, fødetilbud og akutt indremedisin lokalisert i Lillehammer.
 - c. Elektivt sykehus med indremedisinsk profil, dagkirurgi og skadepoliklinikk lokalisert i Elverum sammen med en samhandlingsarena og ny luftambulansbase.
 - d. Akutt sykehus på Tynset med dagens virksomhetsinnhold, styrket med mer elektiv kirurgi.
 - e. Lokalmedisinske sentra lokalisert til Nord-Gudbrandsdal, Valdres og Hadeland.
 - f. Distriktpsikiatriske sentra og polikliniske tjenester innen psykisk helsevern for barn og unge lokalisert til Elverum, Hamar, Gjøvik, Lillehammer, Tynset, Otta, Valdres og Hadeland.

Det skal i konseptfasen utredes om det kan legges indremedisinske akuttfunksjoner til det elektive sykehuset i Elverum for opptaksområdet som i dag har sykehuset i Elverum som sitt lokalsykehus.

3. Styret viser til at det i konseptfasen skal utredes et reelt nullalternativ (null-pluss alternativ), jf. *Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter*. Videre skal muligheter for trinnvis utvikling belyses.
4. Planleggingsrammen for etablering av ny sykehusstruktur er 8,65 milliarder kroner (2018-kroner). Styret tar til etterretning at videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF vil medføre vesentlige økonomiske konsekvenser for helseforetaket. Det legges til grunn at Sykehuset Innlandet HF både i perioden før og etter byggeperioden bedrer det økonomiske resultatet og at det i konseptfasen utarbeides konkrete beregninger av økonomisk bæreevne og oversikt over gevinster.

5. Styret ber administrerende direktør utarbeide mandat for konseptfasen og framlegge dette for styret snarlig etter vedtak i foretaks møte i Helse Sør-Øst RHF.
6. Sykehuset Innlandet HF må arbeide med planer for god drift, rekruttering og opprettholdelse av kompetanse i mellomfasen fram til etablering av ny sykehusstruktur. Planene må være basert på oppdaterte risiko- og sårbarhetsanalyser.
7. Det forutsettes medvirkning fra de ansattes organisasjoner, relevante fagmiljø, brukere og andre interessenter. Prosessen skal være åpen og forutsigbar for reel involvering.
8. Styret viser til at denne saken omfattes av bestemmelsene i paragraf 30 i helseforetaksloven og ber derfor om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaks møtet i Helse Sør-Øst RHF.

Protokolltilførsel fra styremedlem Limi:

Innlandet HF er svært omfattende og vil få store økonomiske og samfunnsmessige konsekvenser. Et nytt hovedsykehus var omforent og ville spart oss for dragkampen og lokaliseringsdebatten.

Strukturendringene vil påvirke pasientbehandlingen gjennom ny organisering, struktur, arbeidsprosesser og økonomi.

Formålet må være:

- å sikre samlet sett, best mulig spesialisthelsetjenester til innbyggerne i Innlandet ved den mest optimale plasseringen.
- sekundært å unngå nye omkamper, særlig etter valget (ref. erfaringene med Ullevål)

Innstillingen til vedtak, basert på Sis vedtak, er godt underbygget og begrunnet, samtidig som alle alternativene viser enkelte svakheter. Derfor påpekes følgende:

- Reisevei for ansatte, når fagrapporten konkluderer med at Mjøs sykehuset bør etableres sør for Moelv, for pasienter/pårørende fra i Østerdalen og Solør og for helsepersonell fra Elverum/Sanderud som ikke vil bruke bil, men foretrekker kollektivt
- oppnå og forsterke gode fagmiljøer gjennom rekruttering. Det er fortsatt uforståelig at Hamar aldri har vært inne i analysen, siden de har dårligst bygningsmasse og vel så god veiforbindelse, samt best kollektivløsning.
- At vedtaket som fattes i dag kan bli grunnlag for nye omkamper, basert på det enkelte vil oppleve som geografisk skjevfordeling.
- Spørsmålet er videre om Moelv løsningen sikrer det fagmiljøet pasientene i Innlandet forventer? Vil ikke flere leger heller søke seg sørover til OUS, AHUS, LHL med dette vedtaket?
- Vil ikke Fritt sykehusvalg kunne gi uheldig pasientforskyvning sørover til Viken og Oslo.
- Det reiser også spørsmål ved om Elverum vil ha for lavt befolkningsgrunnlag. Den elektive enheten kan få vanskeligheter når den plasseres i utkanten av der konsentrasjonen av befolkningen er størst, i motsetning til Gjøvik.
- Har ikke Elverum hatt problemer tidligere, med rekruttering av spesialister?
- Sist, men ikke minst – svakheten ved det pålagte behovet for betydelige innsparinger, før og etter etablering av nytt hovedsykehus.
- **Om 0+ alternativet** allikevel kan fremstå som heldigere, ved at Hamar får det nye hovedsykehuset. En spesiell fordel vil da være å legge Hamar jernbanestasjon i kjelleren på det nye hovedsykehuset. For kollektivreisende er det en klar fordel med Hamar, på grunn av tilgang til jernbane fra så vel Gudbrandsdalen som Østerdalen uten å bytte tog, eller over til buss eller taxi

Det er vanskelig å stemme mot innstillingen som grunnlag for konseptfaseutredningen, samt utredningen av 0 + alternativet, men allikevel viktig å påpeke de eventualiteter som utfordringsbilde gir og som antas å ville komme før neste vedtak om prosjektfasen. Stemmemforklaringen til mindretallet i SI, kan bli høyst aktuelt.

Protokolltilførsel fra styremedlem Dobloug:

Dette styremedlemmet viser til protokolltilførsel fra mindretallet i styret i Sykehuset Innlandet HF ved behandlingen av saken 4. mai 2021.

Stemmeforklaring fra styremedlem Grimsgaard:

I Sykehuset Innlandets idéfase har en rekke alternative løsningsforslag basert på en hovedsykehus-modell vært vurdert. I alternativene som har vært oppe i slutfasen er hovedsykehuset gitt ulik plassering. Ulik plassering er koplet opp mot helt ulike løsninger i den øvrige innretningen, men nedleggelse av sykehusdrift ved Elverum versus Gjøvik sykehus. Gjennom arbeidet i Idefasen har det kommet fram at ulike alternativ basert på en hovedsykehus-modell innebærer vesentlige ulemper. En rekke forhold er også uavklart i de aktuelle løsningsforslagene. Blant disse er lekkasje til andre helseforetak fra deler av opptaksområdet, utgifter til flytting av stråleanlegget, og investeringsbehov i sykehusanleggene som skal videreføres. Etter det dette medlemmet kjenner til vil investeringsbehovene trolig være flere milliarder høyere enn rammen som er forslått. Det er videre lite sannsynlig at det ligger betydelig driftsgevinster i løsningsforslaget. Dette medlemmet anser at det er overhengende risiko for ytterligere svekket økonomi i foretaket med svekkelse av pasienttilbudet som følge.

059-2021	Protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 20. april 2021
----------	---

Oppsummering

Helse- og omsorgsdepartementets styring av de regionale helseforetakene gjøres i form av styringsbudskap gjennom:

- Oppdragsdokumentet som omhandler «sørge for»-ansvaret og supplerer den styring som skjer gjennom foretaksmøter, lover, forskrifter og øvrige myndighetstiltak. I oppdragsdokumentet fastslås spesialisthelsetjenestens overordnede mål og det bevilges midler til å gjennomføre oppgavene som er lagt til det regionale helseforetaket.
- Vedtak i foretaksmøter, der det stilles krav i kraft av at Helse- og omsorgsdepartementet er eier. Foretaksmøtet omhandler overordnede styringsbudskap, styringskrav og rammer.

I foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 20. april 2021 ble det gitt enkelte tilleggsoppdrag for 2021 som følge av vedtak fattet av Stortinget.

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF av 20. april 2021 til etterretning.
2. Styringsbudskapene følges opp gjennom den løpende virksomhetsstyringen. Aktuelle oppdrag videreføres til helseforetakene i foretaksmøter 3. juni 2021 og i eget brev til de relevante private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst.

3. Styret slutter seg til at det i egen sak i foretaksmøtene 3. juni 2021 stilles krav om prioritering og oppfølging av planer og styringskrav innen psykisk helsevern for barn og unge.
4. Styret ber om å bli orientert om gjennomføringen av oppdragene i den ordinære rapporteringen og i årlig melding.

060-2021	Ansettelse av administrerende direktør. Videre prosess
-----------------	---

Saken er unntatt offentlighet, offl § 23, første ledd og ble behandlet i lukket møte, jf. Helseforetakslovens § 26 a, annet ledd.

Styreleder orienterte i møtet om prosess for ansettelse av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.

Orienteringer

1. Brev fra Gjøvik kommune
2. Uttalelse fra Brukerutvalget i Sykehuset Innlandet HF
3. Brev fra Fellesrådet for Sykehusaksjonen i Innlandet
4. Brev fra Andreas Bosse
5. Brev fra Ole Jørn Alfstad
6. Brev fra Sammen for lokalsykehusene
7. Brev fra leger ved divisjon Hamar-Elverum
8. Brev fra ordfører Nils Røhne, Stange kommune
9. Brev fra Granheim Lungesykehus mot og etter 2023
10. Brev fra Hamar arbeiderparti
11. Brev fra ordfører Einar Busterud, Hamar kommune
12. Brev fra May Henny Moen Næss
13. Brev fra næringslivsaktører i Elverum

Møtet hevet kl 17:30



Oslo, 28. mai 2021

Svein I. Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Kirsten Brubakk

Olaf Qvale Dobloug

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Lasse Sølvberg

Sigrun E. Vågeng

Tore Robertsen
styresekretær

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I SYKEHUSET I VESTFOLD HF**

Torsdag 03. juni 2021 klokken 11:15 ble det avholdt foretaksmøte i Sykehuset i Vestfold HF. Møtet ble gjennomført digitalt, sammen med Sykehuset Telemark HF og Sørlandet sykehus HF.

Dagsorden:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Årlig melding 2020, jf. vedtektene §§ 6 og 14
4. Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2020, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6
5. Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44
6. Rehabiliteringstilbudet innen spesialisthelsetjenesten
7. Etablering av nettverk knyttet til helsefelleskap
8. Medikamentkostnader og konsultasjonsegenandeler for eggdonorer
9. Døgnkapasitet innenfor psykisk helsevern
10. Psykisk helsevern for barn og unge

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved styreleder Svein Gjedrem, som også ledet møtet.

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF:

Konstituert administrerende direktør Jan Frich
Eierdirektør Tore Robertsen, som også førte protokoll

Fra styret i Sykehuset i Vestfold HF møtte:

Styreleder Per Christian Voss
Styremedlem Lise Nordahl

I tillegg møtte fra administrasjonen i Sykehuset i Vestfold HF:

Administrerende direktør Stein Kinserdal

Foretakets revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med riksrevisjonsloven.

Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

Som øverste eiermyndighet og møteleder ønsket styreleder Svein Gjedrem velkommen og spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Per Christian Voss ble valgt til å godkjenne protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2: Dagsorden

Styreleder Svein Gjedrem spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden godkjennes.

Sak 3: Årlig melding 2020, jf. vedtektene §§ 6 og 14

Vedtektenes § 14 pålegger Sykehuset i Vestfold HF å oversende årlig melding til Helse Sør-Øst RHF. Meldingen skal omfatte styrets rapport for foregående år. Rapporten skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøte eller satt som vilkår for økonomisk kompensasjon, er oppfylt. Vilkår knyttet til bevilgningen fremgår av *Oppdrag og bestilling 2020* til Sykehuset i Vestfold HF.

Årlig melding for 2020 fra Sykehuset i Vestfold HF er behandlet i helseforetakets styre og oversendt Helse Sør-Øst RHF innen fristen.

Meldingen er gjennomgått i Helse Sør-Øst RHF og vurdert opp mot de krav som er stilt til helseforetaket i *Oppdrag og bestilling 2020* og foretaksmøter i løpet av året. Generelt vurderes den årlige meldingen å være dekkende og relevant for de etterspurte rapporteringspunktene.

Covid-19 pandemien har preget driften gjennom store deler av 2020. Ansatte i helseforetakene har blitt stilt overfor betydelige utfordringer, krav og forventninger. Det er gjort en stor innsats for å yte gode og trygge helsetjenester, gjennomføre godt smittevern, omstille og øke behandlingsskapiteten, samt prioritere og rasjonere på knappe ressurser. Ansatte i helseforetakene fortjener anerkjennelse og respekt for den innsatsen som er lagt ned for å bidra til å ta Norge trygt gjennom pandemien.

Helseforetaket har gjennom 2020 arbeidet godt med å normalisere driften og hente inn etterslep innen de rammer pandemien har tillatt.

2020 har også for teknologiområdet vært preget av den pågående pandemien. Foretaksmøtet er tilfreds med at en rekke større og mindre tiltak er iverksatt på kort tid, for blant annet å redusere fysisk oppmøte på sykehusene og støtte aktiviteter knyttet til prøvetaking og analyser. Bruken av videokonsultasjoner er også økt kraftig i omfang, og det planlagte arbeidet med digital hjemmeoppfølging er intensivert i helseforetakene.

I Helse Sør-Øst utarbeides det årlig en plakat med konkrete styringsmål. Styringsmålene i plakaten er tatt inn i oppdrag og bestilling til Sykehuset i Vestfold HF.

I gjennomgangen har Helse Sør-Øst RHF spesielt merket seg utviklingen innen nedenstående områder.

- Pakkeforløp kreft

Ved Sykehuset i Vestfold HF er 79 prosent av pakkeforløpene for kreft gjennomført innen standard forløpstid i 2020. I *Oppdrag og bestilling 2020* ble det fremmet krav om at andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skulle være minst 70 prosent. Foretaksmøtet er fornøyd med den samlede måloppnåelsen og forutsetter at det gode arbeidet videreføres i 2021. Kravet om 70 prosent måloppnåelse gjelder for hver enkelt av de 26 kreftformene og helseforetaket må intensivere innsatsen for å nå dette målet.

- Ventetider somatikk

Sykehuset i Vestfold HF har en gjennomsnittlig ventetid på 64,8 dager i 2020. Gjennomsnittlig ventetid innen somatikk er lengre enn kravet i *Oppdrag og bestilling 2020* om 54 dager.

- Ventetider psykisk helsevern

Sykehuset i Vestfold HF har en gjennomsnittlig ventetid på 25,4 dager innen psykisk helsevern for voksne i 2020. Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helsevern for voksne er kortere enn kravet i *Oppdrag og bestilling 2020* om 40 dager. Foretaksmøtet er fornøyd med måloppnåelsen og forutsetter at det gode arbeidet videreføres.

Helseforetaket har en gjennomsnittlig ventetid på 38,8 dager innen psykisk helsevern for barn og unge i 2020. Gjennomsnittlig ventetid innen psykisk helsevern for barn og unge er lengre enn kravet i *Oppdrag og bestilling 2020* om 37 dager. Målet er således ikke nådd for 2020 og det må arbeides for måloppnåelse i 2021.

- Ventetider tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Sykehuset i Vestfold HF har en gjennomsnittlig ventetid på 31,6 dager innen TSB. Gjennomsnittlig ventetid innen TSB er lengre enn kravet i *Oppdrag og bestilling 2020*

om 30 dager. Målet er således ikke nådd for 2020 og det må arbeides for måloppnåelse i 2021.

- Det er i Oppdrag og bestilling 2020 stilt krav om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Kravet måles ved gjennomsnittlig ventetid, aktivitet (polikliniske konsultasjoner) og kostnader.

Gjennomsnittlige ventetider ved Sykehuset i Vestfold HF er omtalt ovenfor.

Økning i poliklinisk aktivitet fra 2019 til 2020 har vært mindre for somatikk enn for psykisk helsevern. Økningen i poliklinisk aktivitet har vært høyere for somatikk enn for TSB. Kravet er dermed bare delvis oppfylt.

Kostnadsnivået har økt mindre for psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Kravet er ikke oppfylt.

- Foretaksmøtet vil understreke viktigheten av arbeidet med bedre måloppnåelse innen pakkeforløp psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det vises i den forbindelse også til Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF, jf. styresak 041-2021.
- Det er et mål at all behandling i størst mulig grad skal være basert på frivillighet. Brukerstyrte plasser for pasienter med psykiske lidelser og utbygging av differensiert ambulant virksomhet er satsingsområder i arbeidet for å redusere tvangsbruk.

Resultater i 2020 viser at målet om redusert bruk av tvang ikke er nådd på regionalt nivå. Utviklingen i bruk av tvang skal ha stor ledelsesmessig oppmerksomhet og tiltak som kan underbygge en positiv utvikling må følges opp.

Utvikling hittil i 2021

Pandemisituasjonen vil fortsatt være uforutsigbar i 2021 og nye smitteutbrudd kan oppstå lokalt. Sykehuset i Vestfold HF må derfor også i 2021 være forberedt på smitte og sykdom i befolkningen, med mulig behov for økt sengekapasitet og spesielt intensivkapasitet. Samtidig vil vaksinerings av befolkningen bidra til å forbedre situasjonen utover i 2021. Det er viktig at helseforetaket opprettholder en mest mulig normal drift gjennom 2021 og har særskilt oppmerksomhet på å hente inn noe av det etterslepet som har oppstått som følge av pandemien.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet tar årlig melding 2020 fra Sykehuset i Vestfold HF til orientering.

Sak 4: Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2020, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6

Forslag til årsregnskap og årsberetning 2020 for Sykehuset i Vestfold HF er behandlet i helseforetakets styremøte 17. mars 2021.

Styret i Sykehuset i Vestfold HF har fremlagt et positivt årsresultat på 223 millioner kroner. Det regnskapsmessige overskuddet overføres til annen egenkapital.

Foretaksmøtet viste til resultatkrav for Sykehuset i Vestfold HF slik det fremgår i *Oppdrag og bestilling 2020*:

Årsresultat 2020 for Sykehuset i Vestfold HF skal være på minst 100 millioner kroner.

Det fremlagte årsresultatet innebærer at årsresultatet er 123 millioner kroner høyere enn resultatkravet. Foretaksmøtet er tilfreds med at resultatkravet for 2020 er oppfylt.

Det fremlagte regnskapet er godkjent av helseforetakets revisor.

Foretaksmøtet vedtok:

Styrets fremlagte årsregnskap og årsberetning for 2020 godkjennes.

Sak 5: Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44

Lovpålagt revisjonshonorar omfatter honorar for nødvendig arbeid i forbindelse med avgivelse av revisjonsberetning. Sykehuset i Vestfold HF har i 2020 mottatt regning på kr 252 349,- for lovpålagt revisjon. I henhold til helseforetakslovens § 44 annet ledd, godkjente foretaksmøtet at revisors godtgjørelse dekkes etter regning.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet godkjenner revisors godtgjørelse for 2020.

Sak 6: Rehabiliteringstilbudet innen spesialisthelsetjenesten

I sammenheng med Stortingets behandling av Dokument 8:43 S (2020–2021), Innst. 271 S (2020–2021) gjorde Stortinget følgende vedtak:

"Stortinget ber regjeringen sørge for at rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten ikke legges ned før man har sikret at kommunene er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene."

Det vises til krav i oppdragsdokument for 2015 hvor det ble understreket at omstilling av tjenester som berører kommunene skal synkroniseres slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Foretaksmøtet ba

helseforetaket følge opp Stortingets vedtak og legge vekt på samarbeid mellom helseforetak og kommuner ved endringer i rehabiliteringstilbud.

Foretaksmøtet vedtok:

Helseforetaket bes om å sikre at rehabiliteringstilbud innen spesialisthelsetjenesten ikke legges ned før man har sikret at kommunene eventuelt er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene.

Sak 7: Etablering av nettverk knyttet til helsefelleskap

Foretaksmøtet viste til at helsefelleskapene har stor nytte av å utveksle erfaringer og lære av hverandre. Helsedirektoratet skal bistå helsefelleskapene med bl.a. styringsinformasjon på tvers og praktisk veiledning. For å legge til rette for erfaringsutveksling og informasjonsdeling vil Helsedirektoratet fasilitere et nasjonalt nettverk mellom de 19 helsefelleskapene. Dette vil bidra til at helsefelleskapene kan lære av hverandre, både i etableringsfasen og når de kommer i gang med utvikling og planlegging av tjenester til de fire pasientgruppene, og få tilgang til relevant informasjon fra Helsedirektoratet. De regionale helseforetakene og KS inviteres også til å delta i nettverket.

Foretaksmøtet vedtok:

Helseforetaket skal delta i nasjonalt nettverk for erfaringsutveksling og informasjonsdeling mellom helsefelleskap som fasiliteres av Helsedirektoratet.

Sak 8: Medikamentkostnader og konsultasjonsegenandeler for eggdonorer

Foretaksmøtet viste til at eggdonasjon ble lov fra 1. januar 2021. Donorene skal ikke belastes med kostnadene til medikamenter, egenandeler, e.l. De skal heller ikke være nødt til å legge ut for dette. Foretaksmøtet la til grunn at dette er kostnader som helseforetaket må dekke innenfor egne budsjетtrammer.

Foretaksmøtet vedtok:

I forbindelse med eggdonasjon skal helseforetaket dekke donors kostnader til medikamenter og egenandeler mv. Det må etableres hensiktsmessige systemer som sørger for at donorene ikke må legge ut for slike utgifter.

Sak 9: Døgnkapasitet innenfor psykisk helsevern

I sammenheng med behandlingen av Dokument 8:130 S (2019–2020), Innst. 243 S (2020–2021) gjorde Stortinget følgende vedtak:

"Stortinget ber regjeringen umiddelbart stanse nedbyggingen av døgnplasser i psykisk helsevern."

Foretaksmøtet ba helseforetaket følge opp Stortingets vedtak. Foretaksmøtet viste for øvrig til at det er satt i gang en gjennomgang av kapasitet og analyse av fremtidige behov for døgnplasser og øvrige tjenester i psykisk helsevern. Oppdraget ble gitt til Helse Sør-Øst RHF i revidert oppdragsdokument for 2019 og rapport om arbeidet skal leveres til Helse- og omsorgsdepartementet sommeren 2021. Kapasiteten innenfor psykisk helsevern vil vurderes på bakgrunn av denne rapporten.

Foretaksmøtet vedtok:

Helseforetaket skal ikke redusere døgnkapasiteten i psykisk helsevern før det er foretatt en ny vurdering på grunnlag av en samlet analyse av fremtidig kapasitetsbehov, jf. oppdrag til Helse Sør-Øst RHF i revidert oppdragsdokument 2019.

Sak 10: Psykisk helsevern for barn og unge

Det er økt oppmerksomhet om barn og unges psykiske helsesituasjon under koronapandemien. Helse Sør-Øst RHF har fulgt opp helseforetakenes arbeid med ivaretagelse av psykisk helsevern, særlig for barn og unge, tett under hele pandemien. Tilbakemelding fra helseforetak og sykehus og tall fra Norsk Pasientregister indikerer en økning i behandlingsbehov for barn og unge innen psykisk helsevern, spesielt innenfor spiseforstyrrelser. Videre pekes det på at smitteverntiltak i samfunnet har ført til flere og mer alvorlige lidelser blant barn og unge.

Foretaksmøtet er ikke fornøyd med årets utvikling innen psykisk helsevern og særlig for barn og unge. Det understrekes at det fortsatt er viktig med tett oppfølging av mål- og resultatstyringen innen psykisk helsevern for barn og unge i helseforetakene. Foretaksmøtet legger til grunn at arbeidet med å innfri prioriteringsregelen prioriteres høyt i 2021. Helseforetaket skal i 2021 utarbeide konkrete tiltaksplaner og avsette nødvendige ressurser til arbeidet med psykisk helsevern. Tiltak rettet mot barn og unge skal ha særskilt oppmerksomhet.

Foretaksmøtet vedtok:

Helseforetaket skal utarbeide konkrete tiltaksplaner og avsette tilstrekkelige ressurser for å nå målet om høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Tiltak rettet mot barn og unge skal prioriteres.

Møtet ble hevet klokken 11:35.

Oslo, 03. juni 2021.

styreleder Svein Gjedrem
Helse Sør-Øst RHF

styreleder Per Christian Voss
Sykehuset i Vestfold HF

Protokollen er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevet signatur.



Saksframlegg til

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtedato: 23.06.2021

Saksnr: 66/21

Sakstype: Annen

Saksid: 20/05179-46

Saksbehandler: Katrine Svinterud

Eventuelt 23.06.2021

.

xx