



UTVIKLINGSPLAN FOR SYKEHUSET I VESTFOLD (SiV)

24.APRIL 2018

Forord

Som oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, har Sykehuset i Vestfold laget sin egen utviklingsplan. Utviklingsplanen 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 og 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.

Utviklingsplanen for SiV 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.

Når utviklingsplanen er endelig vedtatt av styret i SiV og godkjent av det regionale helseforetaket, vil vi lage en kortere utgave – med et mer operativt og konkluderende preg. Samtidig vil vi begynne arbeidet med å følge opp planen med konkrete strategier og tiltak, og vi vil følge opp planen med delplaner/delstrategier for ulike innsatsfaktorer, slik som organisasjon og ledelse, kompetanse, IKT mv. På viktige områder må denne oppfølgingen skje i tett dialog med de andre aktørene som har bidratt i arbeidet med planen.

Jeg vil 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.

Stein Kinserdal

Administrerende direktør

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
1 – RAMMER OG FØRINGER FOR SIVS UTVIKLINGSPLAN	5
1.1 HVA ER EN UTVIKLINGSPLAN, OG HVA ER MÅLET MED PLANEN?	5
1.2 KONKRETISERING AV AMBISJONENE MED PLANEN	7
1.3 HVEM ER MÅLGRUPPE FOR UTVIKLINGSPLANEN?.....	8
1.4 KRAV TIL PLANEN OG PLANPROSESSEN.....	8
1.5 HVA ER EN UTVIKLINGSPLAN IKKE?	9
1.6 FORHOLDET MELLOM UTVIKLINGSPLANEN OG ANDRE PLANPROSESSER OG PLANDOKUMENTER	9
1.7 OVERORDNEDE FØRINGER FOR ARBEIDET MED UTVIKLINGSPLANEN	11
1.8 ORGANISATORISK OG LEDELSESMESSIG KRAFT TIL Å FØLGE OPP PLANEN	12
2 KAPITTEL – ORGANISERING OG PROSESS	13
2.1 ÉN UTVIKLINGSPLAN OG TRE SPOR	13
2.2 ORGANISERING AV ARBEIDET	14
2.3 FASEINDELING.....	16
2.4 KOMMUNIKASJON OG INFORMASJON.....	17
3 KAPITTEL – NÅSITUASJONEN	18
3.1 AKTIVITET	18
3.2 KVALITET OG PASIENTSIKKERHET	22
3.3 BRUKERPERSPEKTIV	25
3.4 OPPGAVEDELING OG SAMHANDLING	26
3.5 NASJONALE OG REGIONALE FUNKSJONER.....	28
3.6 ORGANISASJON OG LEDELSE	29
3.7 BEMANNING OG KOMPETANSE	32
3.8 FORSKNING OG INNOVASJON	34
3.9 ØKONOMI	36
3.10 TEKNOLOGI OG UTSTYR	36
3.11 DAGENS BYGG	38
3.12 KORT OPPSUMMERING.....	40
4 KAPITTEL – OVERORDNEDE SAMFUNNSMESSIGE UTFORDRINGER OG DRIVERE FOR ENDRING	41
4.1 BAKGRUNN	41
4.2 VEIER TIL BÆREKRAFTIG VERDISKAPNING OG VELFERD.....	41
4.3. DRIVKREFTER PÅ SAMFUNNSNIVÅ - VELFERDSSTATENS BÆREKRAFT	42
4.3 TILGANG PÅ ARBEIDSKRAFT.....	43
4.4 KOMPETANSE	46
4.5 UTVIKLING, OMSTILLING OG INNOVASJON.....	48
4.6 HELSEFORETAKENE OG ANDRE AKTØRER I SPESIALISTHELSETJENESTEN	49
5 KAPITTEL – UTVIKLINGSTREKK, FRAMSKRIVINGER OG ENDRINGSFAKTORER	50
5.1 HENSIKTEN MED KAPITLET	50
5.2 FRAMSKRIVINGSMODELLEN – PRINSIPPER OG PRAKTISK BRUK	51
5.3 BESKRIVELSE AV DE ENDRINGSFAKTORENE SOM LIGGER I MODELLEN – SOMATIKK.....	52
5.4 BESKRIVELSE AV DE ENDRINGSFAKTORENE SOM LIGGER I MODELLEN – PHV OG TSB.....	54

5.5	BESKRIVELSE AV ØVRIGE ENDRINGSFAKTORER UTOVER MODELLEN	56
5.6	ILLUSTRASJON AV UTVIKLINGSBANER BASERT PÅ ULIKE FORUTSETNINGER	58
5.7	KORT OPPSUMMERING.....	60
6	KAPITTEL – INTERNASJONALE TENDENSER OG SENTRALE PREMISSE FOR VEIVALG I SIVS UTVIKLINGSPLAN	61
6.1	INNLEDNING.....	61
6.2	NOEN INTERNASJONALE TENDENSER I UTVIKLINGEN AV SPESIALISTHELSETJENESTEN	61
6.3	SENTRALE PREMISSE FOR VALG AV UTVIKLINGSRETNING FOR SiV.....	65
6.4	TRE HOVEDPERSPEKTIVER FOR DEN FRAMTIDIGE UTVIKLINGEN AV SiV.....	71
7	KAPITTEL – PERSPEKTIV 1: INTERN UTVIKLING OG KONSOLIDERING AV SIV 72	
7.1	INNLEDNING.....	72
7.2	MÅLBILDER FOR PERSPEKTIV 1	72
7.3	HVILKE PASIENTGRUPPER OMFATTES SÆRLIG AV DETTE PERSPEKTIVET – HELT GENERELT OG OVERORDNET?.....	77
7.4	FAGLIG UTVIKLING INNENFOR RAMMENE AV PERSPEKTIV 1	77
7.5	FORTSATT STERKT FOKUS PÅ EFFEKTIVISERING OG GOD KAPASITETSUTNYTTING	86
7.6	FORBEDRING OG EFFEKTIVISERING AV ARBEIDSFORMER OG ARBEIDSPROSESSER.....	87
7.7	OVERFØRING MELLOM OMSORGSNIVÅENE INTERNT VED SYKEHUSET	89
7.8	STERKERE INTEGRERING MELLOM SOMATIKK OG PSYKISK HELSEVERN/TSB.....	90
7.9	STØRRE ORGANISATORISKE GREP FOR MER EFFEKTIV PASIENTBEHANDLING.....	90
7.10	SYKEHUS I NETTVERK	92
7.11	TEKNOLOGISK UTVIKLING.....	92
7.12	ØKT BRUKERINNFLYTELSE OG STØRRE MEDVIRKNING FRA PASIENTER OG PASIENTORGANISASJONER	93
7.13	KVALITET OG PASIENTSIKKERHET	94
7.14	BEREDSKAP.....	94
7.15	KOMPETANSEUTVIKLING OG REKRUTTERING.....	95
7.16	FORSKNING OG INNOVASJON	96
7.17	OPPSUMMERING	97
8	KAPITTEL – PERSPEKTIV 2: UTVIKLE SIV GJENNOM SAMARBEID OG KONKURRANSE INTERNT I SPESIALISTHELSETJENESTEN.....	98
8.1	INNLEDNING.....	98
8.2	MÅLBILDER FOR PERSPEKTIV 2	98
8.3	FORHOLDET TIL ANDRE ALLSIDIGE AKUTTSYKEHUS.....	99
8.4	FORHOLDET TIL UNIVERSITETSSYKEHUSENE	100
8.5	FORHOLDET TIL PRIVATE AKTØRER.....	101
8.6	NOEN PROBLEMSTILLINGER KNYTTET TIL FORHOLDET MELLOM SiV OG DE PRIVATE LEVERANDØRENE.....	103
8.7	OPPSUMMERING.....	104
9	KAPITTEL – PERSPEKTIV 3: UTVIKLE SIV GJENNOM TETTERE SAMARBEID MED KOMMUNER OG ØVRIG PRIMÆRHELSETJENESTE I VESTFOLD	105
9.1	INNLEDNING.....	105
9.2	MÅLBILDER FOR PERSPEKTIV 3	106
9.3	UNDERSTØTTE FOLKEHELSEARBEIDET/PRIMÆRFOREBYGGENDE ARBEIDET	109
9.4	VÆRE MER PROAKTIVE I DET SEKUNDÆRFOREBYGGENDE ARBEIDET.....	109
9.5	BIDRA TIL Å STYRKE PASIENTENES EVNE TIL EGENMESTRING	110

9.6	ØKE INNSATSEN PÅ ARENAER UTENFOR SYKEHUSET.....	111
9.7	OVERFØRE OPPGAVER TIL PRIMÆRHELSETJENESTEN PÅ EN MER SYSTEMATISK OG STRUKTURERT MÅTE	112
9.8	KOMPETANSEUTVEKSLING MELLOM SiV OG PRIMÆRHELSETJENESTEN	113
9.9	GI PRIMÆRHELSETJENESTEN BESLUTNINGSSTØTTE I SITUASJONER HVOR DET KAN HINDRE UNØDVENDIGE/UHENSIKTSMESSIGE INNLEGGELSER	113
9.10	SYSTEMATISK BRUK AV HELSEATLAS FOR Å VURDERE SiVs PRAKSIS OPP MOT ANDRE HELSEFORETAK.....	114
9.11	UTVIKLE PASIENTFORLØP I ET HJEM-TIL-HJEM PERSPEKTIV	115
9.12	STYRKE DEN FELLES INNSATSEN OM FORSKNING OG INNOVASJON	115
9.13	UTVIKLE OG TA I BRUK DEN FELLES STYRINGSINFORMASJONEN MELLOM SiV OG KOMMUNENE I VESTFOLD115	
9.14	OPPSUMMERING	116
10	KAPITTEL – INNSATSOMRÅDER I PLANEN	117
10.1	KRITERIER FOR VALG AV INNSATSOMRÅDER.....	117
10.2	INNSATSOMRÅDE 1: REHABILITERING.....	117
10.3	INNSATSOMRÅDE 2: HABILITERING.....	120
10.4	INNSATSOMRÅDE3: PSYKISKHELSEVERN; INKLUDERTSAMARBEIDET MEDSOMATIKKEN.....	123
10.5	INNSATSOMRÅDE4: TSB(TVERRFAGLIG SPESIALISERTUSBEHANDLING).....	127
10.6	INNSATSOMRÅDE 5: MULTISYKE PASIENTER.....	131
10.7	INNSATSOMRÅDE 6: KOLS PASIENTER.....	134
10.8	INNSATSOMRÅDE 7: AKUTTMEDISINSK KJEDE OG PREHOSPITALE TJENESTER	136
10.9	ORGANISASJON, LEDELSE OG TEKNOLOGI	138
11	KAPITTEL – SAMARBEIDET MED SYKEHUSET TELEMARK	142
11.1	GENERELT	142
11.2	SAMARBEID INNEN KREFTOMRÅDET.....	143
12	KAPITTEL – OPPFØLGING AV UTVIKLINGSPLANEN – REGI, MULIGHETER OG RISIKOFAKTORER.....	144
12.1	HVORDAN SKAPE ORGANISATORISK KRAFT TIL Å HÅNDBERE ENDRINGENE?.....	144
12.2	MULIGHETS- OG RISIKOANALYSE AV VALGT HOVEDRETNING	146
12.3	OPPSUMMERING	151
	VEDLEGG 1 – OVERORDNEDE STRATEGIER OG FØRINGER FOR PLANARBEIDET	- 1 -
	VEDLEGG 2 – UTVIKLINGSTREKK, FRAMSKRIVINGER OG ENDRINGSFAKTORER	- 4 -
	VEDLEGG 3	- 38 -

Sammendrag

Om planen og planprosessen

Sykehuset i Vestfold (SiV) fikk gjennom styresak 008/2017 i HSØ oppdraget med å lage en utviklingsplan for helseforetaket for perioden 2018 – 2035. Arbeidet med å lage planen ble påbegynt i mars 2017, og har pågått til og med april 2018; inkludert en formell høringsperiode fra januar til april 2018.

SiV har hatt et ønske om at planen både skal stille helt grunnleggende spørsmål om hvilke veivalg sykehuset bør foreta i årene framover, men at den også skal være relevant og interessant for øvrige aktører i helsetjenesten i Vestfold. Det vil si for kommuner og fastleger og for pasienter, brukere og pårørende. Planprosessen har derfor vært lagt opp med bred medvirkning fra disse aktørene. Høringsrunden viser at planen synes å ha truffet bra på det punktet.

Ambisjonene med utviklingsplanen er altså å sette retningen for SiVs utvikling for en lengre tidsperiode, og vise hvilke hovedgrep sykehuset ønsker å ta for å bringe oss i den retningen som planen trekker opp. Av den grunn opererer planen gjennomgående på et nivå som beskriver hva *foretaket som helhet* må gjøre av grep og veivalg i årene framover. Beskrivelser av enkeltfagområder hører hjemme i senere og mer detaljerte planer og prosesser. Det samme gjelder beskrivelsen av viktige innsatsfaktorer som organisasjon og ledelse, kompetanse, IKT mv., selv om disse også er omtalt i selve utviklingsplanen.

Endringsdrivere

Utviklingsplanen legger til grunn at vi får lite veiledning for hvilke grep vi må foreta framover ved å "se oss i bakspeilet". SiV har derfor lagt stor vekt på å beskrive områder hvor det er behov for retningsforandringer/omlegging av kurs, og ikke minst utfordringer av eksisterende måter å løse oppgavene på.

I kapitlene 4, 5 og 6 har vi beskrevet de endringsfaktorene vi tror vil komme til å påvirke oss sterkest i årene framover. De viktigste endringsfaktorene er disse:

Trangere økonomiske rammer og et sterkere trykk for effektivisering, kapasitetsutnyttning og omstilling

- Nye krav og annen form for medvirkning fra pasienter og pårørende
- Nye teknologiske muligheter
- Nye behandlingsformer og en rivende medisinsk utvikling
- Mer effektive driftsformer; for eksempel ytterligere overgang fra døgn til dag og poliklinikk
- Nye krav til kompetanse og økt behov for nye fag-/yrkesgrupper
- Andre organisasjons- og arbeidsformer
- Krav om – og muligheter for – at flere tjenester kan ytes utenfor sykehus, og dermed uten at pasientene alltid trenger å bli lagt inn for å få god og adekvat utredning og behandling
- Nye – og mer integrerte - samarbeidsmodeller mellom sykehus innbyrdes og mellom sykehus og andre aktører
- Endret arbeidsdeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten

Noen av disse endringsaktorene har vi allerede høstet en god del erfaringer med. Andre må det tas grep om på en mer offensiv og radikal måte enn hittil. På flere av områdene er det helt avgjørende at arbeidet skjer i tett dialog med fastleger og den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten i Vestfold.

Framskrivinger

SiV har brukt den framskrivingsmodellen som er utviklet i et samarbeid mellom Sykehusbygg og de regionale helseforetakene i arbeidet med utviklingsplanen. Ved hjelp av denne modellen er det i kapittel 6 illustrert hvordan behovet for spesialisthelsetjenester vil kunne utvikle seg – basert på ulike forutsetninger og gitt ulike «verdier» på viktige endringsfaktorer.

Modellen viser at selv små årlige endringer i behovet for spesialisthelsetjenester, og ikke minst i måten tjenestene leveres på, gir betydelige utslag i kapasitetsbehovet over tid. Det gjelder for eksempel i antall senger det vil være behov for. Samtidig vil selvsagt endringene i døgn- og sengekapasitet måtte skje i tett dialog med de andre aktørene i helse- og omsorgstjenesten.

SiV har opplevd det som nyttig å gjennomføre denne typen framskrivinger. Samtidig viser de også klart at det har begrenset «prognostisk verdi» å gjøre slike analyser, fordi både interne og eksterne endringsfaktorer vil bidra sterkt til å endre de utviklingsbanene man får ved å legge til grunn en lineær framskrivning av aktiviteten basert på nåsituasjonen. Den viktigste nytteverdien av framskrivningene er derfor å øke organisasjonens beredskap og kompetanse for endring og omstilling. Den sikreste «spådommen» som kan gis, er at framtidens helsetjeneste ikke blir et speilbilde av fortiden.

Hovedgrep i planen

På grunnlag av de endringsfaktorer og utviklingstrekk som det er gjort rede for i planen, er den framtidige utviklingen av SiV beskrevet ved hjelp av tre hovedperspektiver:

- Det *ene hovedperspektivet* har fokus på den interne utviklingen og konsolideringen av SiV. Dette perspektivet dreier seg om å utvikle spesialisthelsetjeneste både i egne bygg, men også som leverandør av spesialisthelsetjenester i hele Vestfold – uavhengig av bygg.
- Det *andre hovedperspektivet* dreier seg om å utvikle SiV innenfor rammene av en helhetlig spesialisthelsetjeneste. Dette dreier seg om tre litt ulike fokusområder/problemstillinger:
 - Forholdet mellom SiV og andre helseforetak "på samme nivå". Det vil si andre allsidige akutt sykehus. 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.
- Det *tredje hovedperspektivet* dreier seg om et tettere samarbeid mellom SiV og kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold.

Disse tre perspektivene henger naturligvis tett sammen, og det er én, samlet organisasjon som må møte dem. Sykehuset har likevel valgt å rendyrke beskrivelsen av dem i tre separate kapitler. Dette er mest av analytiske og pedagogiske hensyn, men også for å få fram *at det faktisk er* tre ulike perspektiver/fokusområder, og at arbeidet med dem krever litt ulike regjer.

Til grunn for hele planen – og dermed også hvert av de tre perspektivene – ligger et sterkt fokus på *pasientsikkerhet og kvalitet* - og at tjenestene skal være *helhetlige* og *godt koordinerte*.

Hvert av de tre hovedperspektivene tar utgangspunkt i noen målbilder med tilhørende kjennetegn som beskriver hvordan vi ønsker å utvikle SiV framover – i tett dialog og nært samarbeid med kommuner/fastleger, andre helseforetak, og ikke minst med pasienter og brukere - og med deres organisasjoner.

Målbildene og de tre valgte perspektivene viser en framtidig spesialisthelsetjeneste hvor pasientenes medvirkning i ulike typer beslutningsprosesser har økt vesentlig fra i dag. De viser også at det er lagt betydelig arbeid i å styrke pasientenes og pårørendes mestringsevne i ulike faser av sykdommen og behandlingen.

Et annet helt vesentlig trekk er at sykehuset og de kommunale helse- og omsorgstjenestene i framtiden vil måtte arbeide langt tettere sammen, og betydelig mer integrert, enn i dag. Mer av behandlingen og oppfølgingen vil skje i hjemmet og i regi av primærhelsetjenesten, men med støtte og kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Dette vil være utfordrende både for SiV og for våre samarbeidspartnere. Det vil utfordre kultur, vaner og arbeidsformer, men også være krevende med hensyn til incitamentsordninger og finansieringssystemer. Det blir derfor viktig å arbeide aktivt for å få utviklet finansieringssystemer som i større grad enn i dag støtter opp under ambulante arbeidsformer, e-mestringstjenester, omlegging fra døgn til dag og poliklinikk osv.

Selv om utviklingsplanen i all hovedsak dreier seg om pasientbehandlingen – diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter – understreker planen også viktigheten av at SiV fortsatt må ha høye ambisjoner innen forskning og innovasjon, og som utdanningsinstitusjon.

Planen presiserer også sterkt at realiseringen av planen forutsetter en fortsatt sunn og bærekraftig økonomi. Dersom ikke foretaket oppfyller budsjettforutsetningene, blir det heller ikke kraft til å realisere de høye faglige ambisjonene som ligger i planen.

Innsatsområder i det kortsiktige perspektivet

Hovedhensikten med utviklingsplanen er å trekke opp perspektivene for utviklingen av SiV i et relativt langt tidsperspektiv – fram mot 2030/2035. Samtidig legger planen opp til at det relativt raskt skal være mulig å se "fotavtrykk" av planarbeidet i praksisfeltet. Kapittel 10 i planen inneholder derfor en del temaer som SiV ønsker å sette på dagsorden også i det kortsiktige perspektivet.

De kortsiktige innsatsområdene har som siktemål både å følge opp de føringene SiV har fått fra HSØ, men de bidrar også til å støtte opp under de overordnede veivalgene som er gjort i planen. Ikke minst gjelder det arbeidet med å gi mer helhetlige og integrerte tjenester til multisyke pasienter.

Innsatsområdene i kapittel 10 er således ment å representere gode og målrettede anslag på veien mot å realisere målene og de strategiske grepene i planen. Ved valg av innsatsområder har sykehuset lagt stor vekt på å følge opp de innspillene vi fikk fra aktørene i de tidlige fasene av planarbeidet.

I tillegg til de rent faglige innsatsområdene, har vi lagt til grunn at vi også må styrke SiVs organisasjon og ledelseskraft dersom vi skal lykkes med å følge opp ambisjonene i denne planen. Sykehuset har derfor valgt som et eget innsatsområde å utvikle en mer framtidsrettet, offensiv og gjennomføringsdyktig organisasjons- og ledelsesmodell.

De innsatsområdene som er valgt, er som følger:

- Rehabilitering
- Habilitering
- Psykisk helsevern; inkludert samarbeidet med somatikken
- Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB)
- Multisyke pasienter
- KOLS pasienter
- Akuttmedisinsk kjede og prehospitale tjenester
- Organisasjon, ledelse og teknologi

Oppfølging og operasjonisering av planen

Enhver plan må måles på sine «frukter». Det vil si hvilke resultater sykehuset greier å oppnå som følge av planen. Et hovedgrep for å få til resultater er at planen må følges opp på foretaksnivå, og at allerede etablerte strukturer og prosesser må brukes i oppfølgingen av planen. Det gjelder både SiVs interne strukturer og prosesser, og det gjelder de arenaene og strukturene som er etablert for å fremme samhandlingen mellom SiV og primærhelsetjenesten i Vestfold.

Samtidig er det viktig relativt raskt å «oversette» de strategiske veivalgene til konkrete endringer i praksisfeltet. Gitt de veivalgene som planen legger opp til, er det også helt avgjørende at oppfølgingen av planen samkjøres godt med kommunene i Vestfold. Betydningen av dette ble sterkt understreket av kommunene i høringsprosessen. Arbeidet med å få dette til er allerede godt i gang.

1 – Rammer og føringer for SiVs utviklingsplan

1.1 Hva er en utviklingsplan, og hva er målet med planen?

I følge veilederen fra Helse Sør-Øst er en utviklingsplan en plan for hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidige behov for helsetjenester. Den er en samlet plan som skal sørge for at underliggende planer støtter opp om et overordnet felles mål. Utviklingsplanen skal beskrive dagens situasjon, virksomhetens profil, og strategiske, overordnede føringer. Deretter skal det beskrives hvilke trender som åpner for endringer før det gjøres en framskriving/beskrivelse av en ønsket utviklingsretning.

Siden planen skal stake ut en retning for 12 – 15 år framover, har SiV i arbeidet med sin utviklingsplan lagt stor vekt på å stille helt grunnleggende spørsmål om hvilke drivere/endringsfaktorer som trekker i retning av at en lineær framskriving av dagens helsetjeneste og dagens måte å løse oppdraget på, vil bli utfordret og må endres/legges om. *Vi tror ikke vi finner svaret på morgendagens helseutfordringer ved å "se oss i bakspeilet". I hvert fall må et slikt tilbakeskuende blikk suppleres med andre og mer radikale perspektiver.* Denne hovedkonklusjonen ligger til grunn for de valg og prioriteringer som er gjort i denne planen.

Vi ønsker således å bruke planen til å stille helt grunnleggende spørsmål om hvilke veivalg SiV bør foreta for årene framover, og hvilke hovedgrep sykehuset da må ta. Gjennom arbeidet med planen – og ikke minst oppfølgingen av den – er ambisjonen å forberede organisasjonen – men også sykehusets viktigste samarbeidspartnere – på viktige og krevende, men også spennende og motiverende, endringer som må gjøres dersom vi skal kunne løse morgendagens helseutfordringer på en kvalitativt god og samtidig kostnadseffektiv måte.

SiV har lagt stor vekt på å svare opp de regionale plankravene i veilederen på en best mulig måte – både med hensyn til prosess og innhold. Samtidig har det vært viktig for oss å gjøre planen så nyttig og relevant som mulig ut fra lokale ønsker og behov, og ikke minst ut fra behovet for lokale retningsforandringer, og nye måter å løse oppgavene på. I det alt vesentlige har det gått greit å kombinere de to hensynene.

Utviklingsplanen skal ha en planhorisont på 12 – 15 år, men samtidig ha føringer for en kortere tidshorisont (3 – 4 år). Utviklingsplanen skal basere seg på nasjonale og regionale føringer og overordnede strategier. Den skal virke sammen med ØLP, og skal gi en samlet utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene (Bygg, kompetanse, utstyr mv). SiV har forstått veilederen dit hen at beskrivelsen av innsatsfaktorene skal være *en konsekvens av planen*, og derfor i hovedsak skje i form av *egne planer etter at selve utviklingsplanen er vedtatt*. Vi har derfor viet disse temaene relativt liten oppmerksomhet i selve planen, og kommer nærmere tilbake til dem i form av egne planer etter at utviklingsplanen er vedtatt. En slik rekkefølge er naturlig siden planen i all hovedsak har fokus på sykehusets kjernevirksomhet – altså pasientbehandlingen. Hvor sykehuset går i forhold til IKT, kompetanse, rekruttering osv., må være en konsekvens av i hvilken retning kjernevirksomheten skal dreies.

Den langsiktige planhorisonten tilsier at de perspektivene som velges for den framtidige utviklingen av SiV og de målbildene/målene som settes opp for helseforetaket, bør være av en viss overordnet karakter, og således ikke nødvendigvis være realisérbare fullt ut i løpet av de første årene av planperioden. SiV har også forutsatt at veivalgene og målene kan komme til å utfordre noen av de rammebetingelsene som dagens helsetjeneste arbeider innenfor – eksempelvis et til tider temmelig sterkt skille mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Også visse deler av finansieringssystemet kan måtte endres/justeres dersom noen av målbeskrivelsene og veivalgene skal la seg realisere fullt

ut. Siden planen har en så vidt lang tidshorisont, mener vi det er både riktig, nødvendig og realistisk også å utfordre slike mer grunnleggende rammeforutsetninger. I hvert fall reise spørsmål og antyde modeller og arbeidsformer som kan utfordre rammebetingelsene. Så får eventuelt det videre arbeidet med planen vise hvorvidt vi greier å løse utfordringene innenfor eller utenfor de organisatoriske og finansielle rammene som dagens helsetjeneste er underlagt. Her må det også være et tett samarbeid med HSØ.

Ut fra det som står i avsnittene ovenfor, er ambisjonene med utviklingsplanen å *sette retningen for SiVs utvikling for en lengre tidsperiode*, og vise *hvilke hovedgrep* sykehuset ønsker å ta for å bringe oss i den retningen. Planhorisonten er perioden fram mot 2030/2035. Samtidig skal planen også ha føringer for en kortere tidsperiode på 3 - 4 år. Men uansett om man legger det langsiktige eller det mellomlange tidsperspektivet til grunn, må *målene* for planen være av en viss *overordnet, langsiktig og strategisk karakter*. De målene som er beskrevet i kapitlene 7, 8 og 9, er derfor ment å ha et lengre tidsperspektiv enn 3 - 4 år, slik for eksempel ØLP perioden er. I det praktiske arbeidet med planen vil de langsiktige målene bli brutt ned i delmål med en mer kortsiktig tidshorisont. Det praktiske arbeidet med å følge opp planen må også avstemmes med sykehusets viktigste samarbeidspartnere.

Det er også viktig å presisere at vi ikke har hatt som ambisjon å lage en plan som viser detaljert utvikling og behov på de enkelte fagområdene i sykehuset. Planen opererer gjennomgående på et nivå hvor vi beskriver hva *foretaket som helhet* må gjøre av grep og veivalg. Beskrivelsen av enkeltfagområder hører hjemme i senere og mer detaljerte planer og prosesser.

Det er likevel noen unntak fra dette hovedbildet. I kapittel 10 beskrives en del innsatsområder/temaer som SiV vil prioritere i det kortsiktige perspektivet. Noen av disse temaene er definert som føringer fra HSØ. Andre har sykehuset valgt å prioritere selv – ut fra de hovedveivalgene som er gjort i planen. Disse temaene er av en mer *operativ og kortsiktig karakter*, og dette kapitlet har derfor mer preg av å være en handlingsplan.

Det avgjørende ved valg av de kortsiktige innsatsområdene er at de:

- Må henge sammen med de perspektivene som beskrives i kapitlene 7 - 9
- Må være avledet av de målbildene som er beskrevet i de samme kapitlene
- Må bidra til å bringe SiV og sykehusets samarbeidspartnere i den retningen som målene og perspektivene trekker opp.

Siden utviklingsplanen skal være nyttig og relevant både på lang og noe kortere sikt, har det vært viktig innledningsvis i planprosessen å ta en grundig diskusjon om *hva vi vil med planen* – utover at den skal peke ut en kurs for en periode som går lengre enn ØLP perioden.

Som antydnet i avsnittene ovenfor, er det første, og kanskje enkleste svaret på det spørsmålet, at planen *skal være nyttig for SiV*, og for *SiVs samarbeidspartnere i Vestfold*. I tillegg til å svare opp føringene fra HSØ, skal planen altså ta opp spørsmål og problemstillinger som det er viktig for SiV og andre lokale interessenter å få satt på dagsorden, diskutert og avklart. Det betyr at vi har lagt mer vekt på å beskrive områder hvor det er behov for *retningsforandringer/omlegging av kurs*, og ikke minst *utfordringer av eksisterende måter å løse oppgavene på* – enn på en utfyllende faktabeskrivelse av nåsituasjonen.

Sykehuset har derfor også hatt som ambisjon at vi gjennom arbeidet med denne utviklingsplanen skal bidra til å skape et felles bilde – *en delt visjon* – av hvordan helsetjenesten i Vestfold bør utvikle seg i tiden framover. Da har det vært viktig å gjøre arbeidet med planen interessant også for SiVs samarbeidspartnere i Vestfold.

De innspillene sykehuset har fått i høringsprosessen, tyder på at vi langt på vei har lyktes med en slik ambisjon.

1.2 Konkretisering av ambisjonene med planen

Før vi går videre, ønsker vi å oppsummere hvilke overordnede mål sykehuset har hatt med planarbeidet; altså hvilke hensyn vi har lagt størst vekt på når vi har prioritert hva slags type plan vi ønsker å lage og hva slags planprosess vi har lagt opp til. En slik oppsummering er viktig for å skape et felles bilde av hva denne planen er, og hva den ikke er. Hva SiV ønsker å oppnå med denne planen, kan oppsummeres i følgende punkter:

1. SiV ønsker å bruke planen til å beskrive hvilke *utfordringer, handlingsalternativer* og *veivalg* sykehuset står overfor i årene framover når vi skal møte framtidens behov for helsetjenester – under til dels nye rammebetingelser. Vi ønsker altså å skape *et felles bilde av fremtiden* og de utfordringer og muligheter som ligger i den.
2. SiV ønsker å bruke planen og planarbeidet til å *konsolidere og mobilisere egen organisasjon* i forhold til å møte disse utfordringene, og de veivalgene vi må ta. Det er krevende oppgaver sykehuset står overfor, og de vil utfordre både kultur, holdninger, arbeidsformer, økonomiske incentiver – og kanskje også hva som er meritterende i organisasjonen. Å øke organisasjonens og ledelsens kapasitet, beredskap og evne til å møte utfordringene, er derfor en helt vesentlig ambisjon med planen. Et viktig element i denne forståelsen må være at det i mye større grad enn i dag vil være riktig å yte spesialisthelsetjenester på andre arenaer – og på helt andre måter – enn vi gjør i dag. Et annet viktig element er at helsevesenet kommer til å møte en helt annen brukermakt i årene framover enn vi har vært vant med hittil. Begge disse endringsfaktorene må sykehuset ta innover seg på en langt mer radikal måte enn vi har gjort hittil.
3. Som en konsekvens av de to punktene ovenfor, ønsker SiV at planen skal ha en *overordnet og prinsipiell karakter*. Sykehuset ønsker en plan som fokuserer mer på «*hvorfor*» og «*hva*» enn på «*hvordan*». Av den grunn blir diskusjon av endringsfaktorer/drivere for endring, utvikling av målbilder og gjennomføring av veivalg helt sentrale elementer i planarbeidet. Hvordan vi skal realisere målbildene, kommer vi i hovedsak tilbake til i arbeidet med oppfølging av planen, men i noen grad starter vi på dette gjennom de innsatsområdene som er beskrevet i kapittel 10, og selvsagt gjennom de prosessene som ligger bak arbeidet med planen.
4. Selv om plandokumentet er relativt overordnet og strategisk, er det et viktig mål med planen å *bygge bro* mellom de overordnede målbildene og perspektivene på den ene siden og de veivalgene/hovedgrepene sykehuset må ta for å realisere målbildene på den andre. For å bygge denne broen, er det ikke bare kapittel 10 som er viktig, men *hele den røde tråden i dokumentet*. Særlig viktig i denne forbindelse er kapitlene 4, 5 og 6. I disse kapitlene forsøker vi å begrunne hvorfor det må gjøres endringer i tiden framover, og i hvilken retning disse endringene bør gå. Før vi er enige om «*hvorfor*», er det vanskelig å bli enige om «*hvordan*», og det er heller ikke særlig hensiktsmessig.
5. SiV har lagt stor vekt på å lage en utviklingsplan som er relevant og viktig for *hele helsetjenesten i Vestfold*. I det ligger en erkjennelse av at SiV ikke greier å løse sitt oppdrag uten et avklart og forpliktende samarbeid med andre aktører. Helsevesenet i store deler av den vestlige verden står overfor så store utfordringer at vi ikke vil være i stand til å løse dem «*hver for oss*», og heller ikke med etablerte måter å løse dem på. Det gjelder også for helsetjenesten i Norge, selv om vi har en solid offentlig økonomi. Ikke minst gjelder det arbeidet med de store kronikergruppene, som i dag mister mange potensielt gode leveår. Det gjelder også pasienter med mange og sammensatte sykdommer/lidelser. At vi må arbeide forvaltningsovergripende – og til dels på tvers av etablerte organisasjonsgrenser og ansvarsforhold – har derfor vært et helt vesentlig premiss for arbeidet med planen. Vi trenger «*felles målbilder*», som

alle helseaktørene kan kjenne seg igjen i, og disse må også deles av pasienter, pårørende og befolkningen for øvrig. Det er etablert gode strukturer for samarbeidet mellom de ulike aktørene i helsetjenesten i Vestfold, og det er viktig å bygge videre på disse.

6. SiV ønsker at utviklingsplanen skal være et *dynamisk dokument*. Med det mener vi blant annet at det skal rapporteres på resultater og framdrift etter et forberedt opplegg, at utviklingsplanen skal gi føringer for ØLP og de årlige budsjettene, og at nye temaer/ innsatsområder tas inn/prioriteres etter hvert som sykehuset oppnår resultater på de områdene som er prioritert i denne første utgaven av planen. For å få det til må planen rulleres med jamne mellomrom. I tillegg vil nye versjoner av planen selvsagt bli påvirket av de utviklingsplanene som lages på regionalt og nasjonalt nivå.

1.3 Hvem er målgruppe for utviklingsplanen?

Når det skal lages en utviklingsplan med en tidshorison på 12 – 15 år, er det avgjørende å avklare hvem som er den primære målgruppen for planen. SiV har lagt vekt på å lage en plan som særlig skal være nyttig og relevant for *beslutningstakere i og utenfor SiV*. Når det gjelder beslutningstakere utenfor SiV, er følgende særlig viktige:

- HSØ
- Kommunene i Vestfold
- Andre lokale samarbeidspartnere

Med dette som primære målgrupper, er det naturlig at samfunnsperspektivet og det overordnede helsepolitiske perspektivet har stått sentralt i arbeidet med planen. Det har også medført at planen har fått en analyserende og drøftende karakter, og ikke gått rett på konklusjoner og anbefalinger. De mer faglige og driftsmessige konsekvensene av planen vil bli fulgt opp av egne planer; jfr. punkt 1.6.

Det vil også bli laget en kortversjon av planen – hvor det legges større vekt på konklusjoner og konsekvenser, og noe mindre på analyser og begrunnelser.

1.4 Krav til planen og planprosessen

Helse Sør-Øst har laget en veileder for arbeidet med lokale utviklingsplaner. I tillegg til de krav som stilles til innholdet i dokumentet, legges det her også tydelige føringer for selve planprosessen; altså hvordan arbeidet med de lokale utviklingsplanene skal legges opp. I denne veilederen presiseres det sterkt at planprosessen skal være:

1. Åpen
2. Inkluderende
3. Forutsigbar

Berørte parter/interessenter skal *selv kunne avgjøre* hvorvidt de vil *involveres* eller *informeres* i planarbeidet. *Kommunene* skal alltid *involveres*. Et stykke på vei har vi lagt tilsvarende til grunn når det gjelder medvirkning fra brukere/pasienter og pårørende. I begrepet involvering har SiV blant annet lagt følgende:

- Det betyr at de partene som skal involveres, må få mulighet til å komme med innspill både til mål for den framtidige helsetjenesten i Vestfold, og til hvilke temaer/innsatsområder planen bør inneholde. Det betyr igjen at SiV har ønsket å trekke dem inn i arbeidet med planen på et så tidlig tidspunkt som mulig - der hvor agendaen for planen settes opp.

- Det betyr også at sykehuset har ønsket en løpende dialog – særlig med kommunene – underveis i arbeidet med planen. Ikke minst har sykehuset hatt en tett dialog med kommunene rundt de perspektivene som er beskrevet i kapittel 9 og de innsatsområdene som er beskrevet i kapittel 10.

I tillegg til ledere, ansatte og tillitsvalgte i SiV har vi i arbeidet med planen særlig lagt vekt på å involvere kommunene/primærhelsetjenesten i Vestfold og brukere/pasienter og pårørende.

Som nevnt, står det også i føringene fra HSØ at arbeidet skal foregå *i åpenhet*. Det betyr at det har skullet være mulig å følge prosessen gjennom de ulike fasene for alle som har ønsket innsyn. Det har vi forsøkt å få til både ved å involvere sentrale partnere aktivt i arbeidet med innholdet i planen, og ved å informere underveis i prosessen – både skriftlig og muntlig.

1.5 Hva er en utviklingsplan ikke?

Like viktig som å beskrive hva som er målet med utviklingsplanen, er det å *avklare hva en utviklingsplan ikke er*. Det vil si hva leseren ikke vil finne i dette dokumentet. Her vil vi særlig trekke fram to viktige poenger.

For det *første* er det ikke en plan som skal beskrive «alt SiV arbeider med», eller for den saks skyld «alt som er viktig» i årene framover. Det er *de særlig viktige områdene/temaene* som skal kanaliseres inn i planen, det er de temaene hvor *endringsbehovet er størst og mest krevende*, og det er de områdene som vil *ha størst behov for den oppmerksomheten* som ligger i å bli omfattet av en slik plan. Det er med andre ord de områdene og veivalgene som krever *særskilt mobilisering, oppmerksomhet og besluttsomhet*.

Det *andre* viktige poenget dreier seg om hvilket detaljeringsnivå det skal være på plandokumentet. Vi har – ut fra de målene med planen som er beskrevet i punkt 1.1. – lagt til grunn at detaljeringsnivået på dokumentet skal være relativt overordnet. Det betyr at heller ikke de innsatsområdene som beskrives i kapittel 10 skal ha detaljerte beskrivelser av hvordan tjenesten skal utformes. På dette stadiet i arbeidet med utviklingsplanen, er hovedhensikten å begrunne *hvorfor* innsatsområdene er viktige og *hvordan* de henger sammen med de overordnede veivalgene som gjøres i planen. Men det er ikke vår ambisjon at det skal beskrives konkrete løsningsforslag eller modeller på dette stadiet i prosessen. En viktig grunn til det er at de fleste innsatsområdene krever tett samarbeid og dialog med kommunene, fastlegene og pasientorganisasjonene i Vestfold, og da må løsningsforslagene utvikles i tett samarbeid og åpen dialog med disse aktørene.

Vi legger, som nevnt, også til grunn at det skal være en løpende rapportering på – og evaluering av – framdriften i arbeidet med å realisere mål og innsatsområder i planen. I det ligger en sterk forpliktelse til ytterligere konkretisering, detaljering og oppfølging i tiden framover.

1.6 Forholdet mellom utviklingsplanen og andre planprosesser og plandokumenter

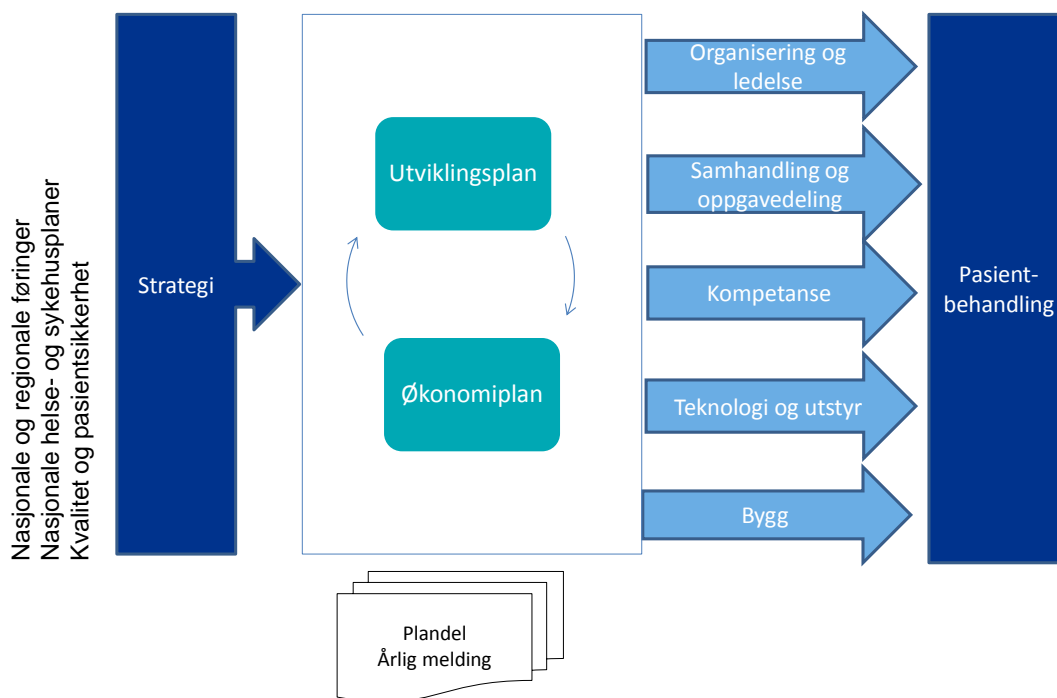
For å forstå oppbyggingen av og "nivået" på SiVs utviklingsplan, er det helt avgjørende å se utviklingsplanen i sammenheng med andre plandokumenter og planprosesser. Som nevnt i punkt 1.1., har utviklingsplanen en horisont på 12 - 15 år. Økonomisk

langtidsplan (ØLP) oppdateres hvert år, og denne prosessen starter alltid med en vurdering av virksomheten som skal baseres på utviklingsplanen. Tilsvarende gjelder de årlige budsjettene, som også skal baseres på utviklingsplanen og synliggjøre hvordan de langsiktige prioriteringene og veivalgene i utviklingsplanen «slår inn i» de årlige budsjettene og satsingene. Langsiktige satsinger som krever investeringer vil innarbeides og prioriteres gjennom ØLP og de årlige budsjettene. Men også på dette området skal utviklingsplanen gi viktige føringer.

På samme måte vil utviklingsplanen bli fulgt opp av mer konkrete planer for utvikling, vedlikehold og forbedring av de viktigste innsatsfaktorene. Det gjelder særlig:

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

Disse sammenhengene er vist i figuren nedenfor:



Figur 1-1 Sammenhengene i plansystemet

Utviklingsplanen kan også bli fulgt opp med forsterket planlegging på andre områder enn de som går fram av figuren ovenfor, slik som for eksempel *beredskap* og *krisehåndtering*.

Siden SiVs utviklingsplan har et så sterkt fokus på samhandling og samarbeid med kommunene, er det naturlig at viktige deler av den også forankres i den årlige *Handlingsplanen for samhandling* som gir rammene for samarbeidet mellom SiV og kommunene i Vestfold. SiV og kommunene i Vestfold er enige om dette.

Resultatene av arbeidet med oppfølging av utviklingsplanen, vil bli rapportert i Årlig Melding.

1.7 Overordnede føringer for arbeidet med utviklingsplanen

Gjennom styresak 008 – 2017 har styret i Helse Sør-Øst gitt viktige føringer for innholdet i helseforetakenes utviklingsplaner. Disse føringene har vært å anse som absolutte krav til hva helseforetakenes utviklingsplaner som et minimum må svare opp. Nedenfor er det – helt overordnet - gjort rede for disse føringene.

1.7.1 Generelt

Det foreligger en rekke strategier og overordnede planer som skal legges til grunn for de lokale utviklingsplanene. Det vil føre for langt å gjøre rede for alle disse. Det presiseres imidlertid i de regionale føringene at *kvalitet og pasientsikkerhet* fortsatt skal være hovedprioritet og danne basis for alt utviklingsarbeid i helseforetakene. I tillegg skal *pasientens helsetjeneste* få en tydeligere plass.

Følgende generelle føringer framheves fra HSØ:

- Utviklingsplanen skal beskrive hvordan *nye arbeidsformer og modeller* kan tas i bruk.
- Utviklingsplanen skal vise hvordan helseforetaket *scorer på PasOpp* – undersøkelsene, og hvordan utviklingen har vært over tid.
- Utviklingsplanen skal beskrive *forbedringstiltak knyttet til utskriving* fra sykehus for å sikre overgangen mellom tjenestenivåene.
- Utviklingsplanen skal beskrive hvordan spesialisthelsetjenesten sammen med kommunene kan legge til rette for *de pasientene som bruker spesialisthelsetjenesten* mest.

SiV har lagt stor vekt på alle disse generelle føringene i arbeidet med utviklingsplanen. Særlig har det vært arbeidet mye med å følge opp kulepunktene én og fire ovenfor.

1.7.2 Spesielle fagområder

I tillegg til de generelle føringene, som er omtalt i punktet ovenfor, har Helse Sør-Øst valgt ut noen fagområder som skal beskrives særskilt i utviklingsplanen. Det gjelder:

1. Psykisk helsevern
2. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
3. Rehabilitering
4. Habilitering

Begrunnelsen er at dette er fagområder med store grenseflater mot primærhelsetjenesten og kommunene, og som i tillegg har stort potensiale for oppgavedeling og kompetanseoverføring. Etter Helse Sør-Øst sin vurdering kan arbeidet med disse fagområdene tjene som modeller for hvordan helseforetakene kan utvikle sitt samarbeid med andre aktører og representere områder der aktørene sammen utvikler og prøver ut nye arbeidsmåter og nye samarbeidsmodeller.

Videre er hjerneslagsbehandling valgt ut som et satsingsområde, da det foreligger en faglig anbefaling for organisering av *hjerneslagsbehandlingen* i regionen som er klar til gjennomføring. Det foreligger også regionale føringer på områdene *kreftkirurgi* og *prehospitale tjenester*.

1.7.3 Samarbeid innen sykehusområdet

I OBD for 2017 er det to punkter som legger føringer for SiVs arbeid med utviklingsplanen. Disse er som følger:

- Sykehuset i Vestfold skal utarbeide utviklingsplaner basert på regionale føringer. Det vises til sak 008-2017 *Regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner*, behandlet i styret for Helse Sør-Øst RHF i møte 2. februar 2017.
- Det legges til grunn at Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold utarbeider egne utviklingsplaner for det respektive helseforetak. Det settes dog som en forutsetning at helseforetakene inngår et forpliktende samarbeid og utvikler felles planer for fagområder hvor det er utfordringer med rekruttering og/eller hvor lavt pasientvolum gir utfordringer med kvalitet og opprettholdelse av robuste fagmiljøer.

For nærmere utdyping av disse føringene vises til vedlegg 1.

1.8 Organisatorisk og ledelsesmessig kraft til å følge opp planen

De perspektivene og veivalgene som beskrives i kapitlene 7 - 9, vil stille store krav til SiV – organisatorisk, ledelsesmessig og med hensyn til kompetanse. Et viktig spørsmål å stille er om planen burde vært spissere og prioriteringene skarpere. Vi har valgt å lage et dokument med et så vidt bredt spenn fordi dette *ikke er en handlingsplan*, men en *utviklingsplan med et betydelig tidsperspektiv*. I tillegg har det vært viktig å sette sykehusets utfordringer inn i et større, samfunnsmessig perspektiv.

Da mener vi det er riktig å favne bredt. Samtidig blir det viktig å «oversette» dette brede perspektivet til konkrete og operative strategier og beslutninger i årlige planer og budsjetter – både på foretaksnivå og innen de ulike fagområdene. I det arbeidet blir også rekkefølgeproblematikken viktig, og med det også de spissede prioriteringene. Men det er altså de neste fasene i arbeidet.

2 KAPITTEL – Organisering og prosess

2.1 Én utviklingsplan og tre spor

Som det framgår av kapittel 1, foreligger det en rekke krav fra HSØ til hvordan prosessen med å utarbeide utviklingsplanen skal legges opp (involvering, åpenhet og transparens, medvirkning mv.). Det foreligger også krav til innholdet i planen; jfr. punkt 1.7.

Det er mange aktører som skal involveres i arbeidet med planen – både innenfor og utenfor SiV. Det gjør at det også er mange hensyn som må avveies når organisering, styring og regi for arbeidet skal besluttes. I dette kapitlet vil vi gi en kort beskrivelse av hvordan arbeidet med utviklingsplanen har vært organisert og lagt opp.

Ut fra en kombinasjon av regionale føringer og ønsket om at planen skal fange opp lokale behov og prioriteringer, har SiV valgt å la arbeidet med utviklingsplanen gå langs tre hovedspor:

1. De problemstillingene/temaene SiV skal avklare i et samarbeid med Sykehuset Telemark, har vært håndtert i ett hovedspor.
2. De problemstillingene/temaene SiV skal avklare i et samarbeid med kommunene, øvrig primærhelsetjeneste og pasienter og brukere lokalt her i Vestfold, har vært håndtert i et annet hovedspor.
3. De problemstillingene/temaene sykehuset i hovedsak skal jobbe med alene - altså mer SiV interne forhold -, har vært håndtert i et tredje hovedspor

Selv om arbeidet med utviklingsplanen har vært lagt opp med utgangspunkt i disse tre hovedsporene, har det vært viktig å beholde et overordnet og koordinert grep om hele arbeidet, slik at vi har fått en helhetlig og gjennomførbar planprosess.

Når vi har hatt *relativt kort tid* på oss, det har vært *mange aktører/interessenter* vi har ønsket å involvere, og vi i tillegg har hatt *tre hovedspor* å gjennomføre arbeidet i, har det vært desto viktigere å organisere det på en mest mulig enkel og tydelig måte, og ikke minst bygge på etablerte strukturer og arenaer. I punktene nedenfor har vi forsøkt å gjøre rede for hvordan vi har håndtert dette.

Men før vi beskriver nærmere hvordan arbeidet har vært organisert, ønsker vi å understreke to viktige poenger:

For det *første* er det viktig å understreke at selv om SiV har ønsket bred deltakelse fra andre aktører i arbeidet med planen, er dette både formelt og reelt *SiVs Utviklingsplan*. Det er altså administrerende direktør ved SiV som er ansvarlig for at det planforslaget som legges fram for styret, har tilstrekkelig kvalitet, og at det svarer opp de føringene som er gitt fra HSØ. Den involveringen og det samarbeidet som det har vært lagt opp til med andre aktører, har vært nødt til å legge dette premisset til grunn. Samtidig har det hele tiden vært et sterkt ønske fra SiVs side at involveringen av andre aktører skal gi disse reell påvirkning både på valg av temaer, på hvordan prosessen skal legges opp, og ikke minst på innholdet i, og den videre oppfølgingen av, planen.

Det *andre* poenget vi vil trekke fram, er at arbeidet med utviklingsplanen har vært lagt opp på nokså ulike måter i henholdsvis fase 1 og i fasene 2 og 3 (se mer om faseinndelingen i punkt 2.3).

I fase 1 var det særlig tre arbeidsoppgaver som sto i fokus:

1. Den *ene* var å få beskrevet nåsituasjonen på en del viktige områder så presist og kortfattet som mulig.

2. Den *andre* hovedoppgaven var å få definert, og deretter skapt størst mulig konsensus om, hvilke endringsfaktorer/drivere for endring som helsetjenesten vil stå overfor i tiden framover. Og deretter beskrive hvilke konsekvenser disse driverne vil ha når det gjelder det framtidige behovet for helsetjenester, og måten disse tjenestene blir produsert på.
3. Den *tredje* hovedoppgaven var å «bli enige om» det framtidige målbildet for helsetjenesten i Vestfold, og hvilke temaer/innsatsområder vi må arbeidet med dersom vi skal nå disse målene.

Den første hovedoppgaven ble i hovedsak gjort i form av tradisjonelle utredninger. Det vil si uten noen omfattende prosess knyttet til arbeidet.

De to siste hovedoppgavene ble det arbeidet med på en ganske bred og involverende måte:

- Det ble arrangert tre workshops for henholdsvis:
 - Kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold
 - Pasienter/brukere og pårørende
 - Ledere og ansatte ved SiV
- Deretter ble det arrangert en stor oppstartskonferanse i begynnelsen av juni 2017 med bred deltakelse fra de som hadde deltatt i workshopene og andre representanter både fra SiV, kommunene og pasienter/brukere og pårørende.

Det er resultatet av denne prosessen/dette arbeidet som har vært hovedgrunnlaget for de veivalgene som er gjort i og de målene som er beskrevet i kapitlene 7 – 9, og deretter de innsatsområdene som er prioritert i kapittel 10. Det var altså gjennom denne prosessen at «dagsorden» for planen ble satt. Når dagsorden var satt, la *det* la naturligvis viktige føringer for det videre arbeidet med planen.

I denne fasen av arbeidet med planen – altså fram mot medio juni 2017 – var det SiVs ledergruppe som hadde den overordnede regien. Gjennom flere saker til ledergruppen ble rammer, framdriftsplan og regi for planarbeidet besluttet. I tillegg var det i denne fasen en tett dialog både med representanter for brukerne og for kommunesamarbeidet i Vestfold om hvordan medvirkningen/involveringen fra deres side mest hensiktsmessig kunne legges opp. Det var i denne fasen også dialog med brukere/brukerorganisasjoner og med de ansattes organisasjoner om hvordan de skulle trekkes inn i arbeidet på en mest mulig hensiktsmessig måte.

2.2 Organisering av arbeidet

2.2.1 Overordnet styring av arbeidet fra SiVs side

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

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

2.2.2 Samarbeidet mellom SiV, primærhelsetjenesten, brukere og pasientorganisasjoner

Det har vært en klar ambisjon fra SiVs side at både kommunene i Vestfold og brukere og pasientorganisasjoner skulle få mulighet til å øve reell påvirkning på planarbeidet. I fase 1 av planprosessen ble dette gjort slik det framgår av punkt 2.1.

I september presenterte SiV forslag til mål/målbilder, valg av hovedperspektiver og forslag til temaer/innsatsområder for Samhandlingsutvalget (SU) i Vestfold. SU er et organ som består av representanter for kommunene i Vestfold, ledere fra SiV, sentrale fagforeninger og brukerorganisasjoner. Her ble det invitert til videre samarbeid for å konkretisere arbeidet med innsatsområdene fram mot desember.

2.2.3 Samarbeidet med Sykehuset Telemark (ST)

Det har ligget som en klar føring fra HSØ om at SiV og ST skal bruke arbeidet med sine respektive utviklingsplaner til å gjennomgå områder som enten er rekrutteringssvake, eller hvor volumet ved hvert av helseforetakene er for lavt til å få tilstrekkelig god kvalitet i tilbudet.

I føringene fra HSØ er organiseringen av kreftkirurgien og etablering av ett senter for pasienter med autismspekterforstyrrelser spesielt nevnt. Punktet om autismspekterforstyrrelser ble senere presisert av HSØ til at de to helseforetakene kunne løse dette hver for seg – hvis de fant det hensiktsmessig.

Samarbeidet med ST har i all hovedsak fulgt den vanlige linjestrukturen (administrerende direktør, klinikkjefer osv.). Det ble tidlig i september avviklet en fellessamling mellom sentrale ledere ved de to helseforetakene. Her ble samarbeidsområder identifisert og regien for arbeidet med dem besluttet.

Det er viktig å presisere at den videre regien for samarbeidet mellom de to helseforetakene i det vesentlige skjer i andre fora/regier enn de respektive helseforetakenes utviklingsplaner. Se mer om dette i kapittel 11.

2.2.4 Medvirkning fra ansattes organisasjoner

Medvirkningen fra tillitsvalgte og vernetjeneste har vært organisert på følgende måter:

- De ansattes organisasjoner og vernetjenesten deltok på den oppstartkonferansen som ble avviklet tidlig i juni, og som var et vesentlig element i arbeidet med å sette dagsorden for planarbeidet. Her ble retningen for planarbeidet trukket opp, og de viktige prioriteringene gjort
- For det andre har sykehuset brukt de vanlige kanalene med kontaktmøter osv. Det har vært orientert på ett kontaktmøte før sommeren 2017, to møter i løpet av høsten 2017, og ett møte primo januar 2018.
- For det tredje har planutkastet vært på formell høring hos de ansattes organisasjoner – på samme måte og i samme periode som hos kommuner, brukerorganisasjoner og andre aktører.

Det er i denne sammenheng viktig å understreke det som står i kapittel 1, nemlig at dette er en overordnet og strategisk plan – som skal *gi retning* for SiV og helsetjenesten i Vestfold i mange år framover. Det vil være naturlig at de ansattes organisasjoner blir trukket inn i arbeidet på en annen og mer direkte måte når vi skal inn i det mer operative arbeidet med å følge opp veivalg og innsatsområder.

2.3 Faseinndeling

Det tredje prosesskravet i veilederen var at planprosessen skulle være *forutsigbar*. Det forutsetter en tydelig faseinndeling. Framdriftsplanen for arbeidet med planen ble besluttet ultimo april 2017, og det ble da lagt til grunn den faseinndelingen som er beskrevet i punktene 2.3.1. – 2.3.5. nedenfor.

2.3.1 Fase 1 – fram til sommeren 2017

Denne fasen ble gjennomført i perioden fra primo april til primo juli, og hadde fokus på følgende oppgaver og leveranser:

- Beskrivelse av nåsituasjonen på viktige områder. Hvilke områder det er snakk om, framgår av kapittel 3.
- Beskrivelse av framtidige målbilder for SiV og helsetjenesten i Vestfold. Med målbilder menes beskrivelser av hvordan vi ønsker den framtidige helsetjenesten i Vestfold skal være/se ut noen år fram i tid (fram mot år 2030/2035). Målbildene er beskrevet i kapitlene 7 – 9; knyttet opp mot de tre hovedperspektivene som planen bygger på.
- Identifisering av endringsfaktorer/drivere for endring. Med endringsfaktorer menes forhold som enten vil kunne påvirke behovet for helsetjenester eller måten vi leverer tjenestene på. De viktigste endringsfaktorene er beskrevet i kapittel 6.
- Identifisering av hvilke temaer/innsatsområder planen samlet sett skulle omfatte – utover de som allerede lå i føringene fra HSØ. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 10.

Det var tidlig i planarbeidet bred enighet om at det var denne første fasen som skulle legge rammene for det videre arbeidet med planen, og ikke minst sikre at den fokuserte på de temaer som ble opplevd som viktigst – både for SiV og for de sentrale samarbeidspartnerne. Det var også i denne fasen det viktigste arbeidet med å få forankret planarbeidet på bred basis ble gjort. Det ble derfor i fase 1 lagt stor vekt på at partene skulle få mulighet til å "komme ordentlig til orde", og således sette sitt preg på de valgene som ble tatt både i denne og i senere faser.

2.3.2 Fase 2 – fram til medio september 2017

Arbeidet i perioden fra juli til medio september besto i det alt vesentlige i å redigere og strukturere det materialet som var produsert i den første fasen. I denne prosessen var samspillet mellom sekretariatet og SiVs ledergruppe helt sentral, og det var også en dialog med de ansattes organisasjoner via Kontaktmøtet. Før fasen ble avsluttet, var det en dialog med Samhandlingsutvalget som ble invitert til å komme med innspill til planen og delta i det videre arbeidet utover høsten.

Da denne fasen var over, var det enighet om følgende:

- Hvilke mål/målbilder vi skulle ha for SiV fram mot 2030 – 2035. Disse målbildene ble forsøkt formulert på en slik måte at de også kunne være gjenkjennelige – og mulige å identifisere seg med - for kommunene og pasienter/pårørende.
- Hvilke temaer/innsatsområder vi skulle prioritere i den første utgaven av planen (jfr. kapittel 10), og en regi for hvordan SiV og kommunene sammen skulle arbeide videre utover høsten med å konkretisere disse temaene.
- Regien for det videre samarbeidet med ST.
- Regien for det videre arbeidet med kapasitetsanalyser og trendframskrivinger (jfr. kapittel 5).

2.3.3 Fase 3 – fram til ultimo januar 2018

Arbeidet i perioden fra medio september og fram til ultimo januar 2018 besto i en praktisk oppfølging av de veivalg og prioriteringer som var gjort i fase 2. Mye av dette arbeidet skjedde i en tett dialog med representanter for kommunene i Vestfold.

Resultatet av arbeidet i denne fasen var et planutkast som ble sendt på høring i perioden ultimo januar – primo mars. For kommunene ble høringsfristen forlenget til 15. april, slik at det også skulle bli mulig å få behandlet planutkastet politisk. Hvem som har vært høringsinstanser framgår av vedlegg 3.

2.3.4 Fase 4 – fram til medio april 2018

I denne perioden ble det gjennomført høringsprosesser hos de tre aktørene som er beskrevet i vedlegg 3.

2.3.5 Fase 5 – fram til primo mai 2018

I denne perioden ble:

- Høringssvarene gjennomgått og bearbeidet
- Et nytt planutkast laget
- Planen behandlet i styret for SiV

2.4 Kommunikasjon og informasjon

I tillegg til den informasjon og kommunikasjon som ligger i å delta i selve arbeidet (workshops, seminarer mv.), har det vært informert gjennom følgende kanaler:

- Kontaktmøter
- Møter i flere klinikker
- Møter i Samhandlingsutvalget
- Møter i Brukerutvalget
- Orientering for styret ved SiV
- Skriftlig informasjon til deltakerne i arbeidet om status og framdrift
- Bruk av internett
- Saker til ledergruppen, som er offentlig tilgjengelige

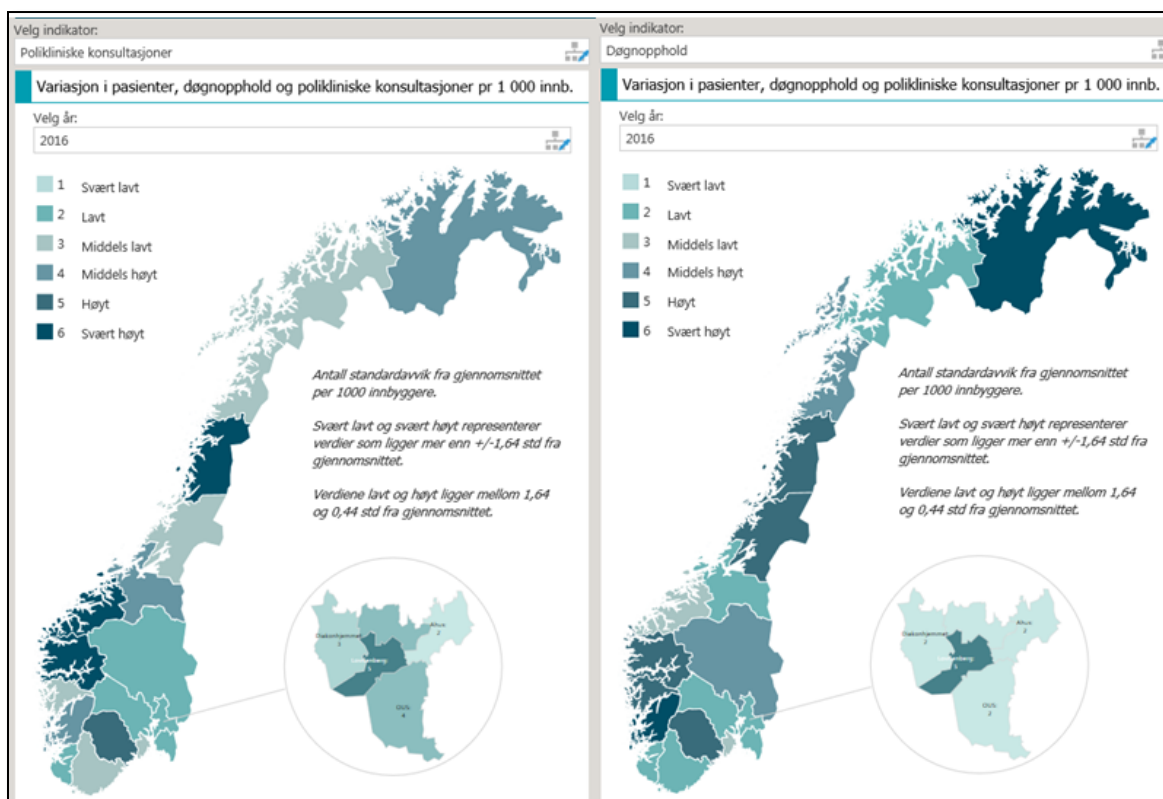
3 KAPITTEL – Nåsituasjonen

Formålet med dette kapitlet er å gi en helt overordnet beskrivelse av situasjonen ved SiV på en del sentrale områder. Kapitlet vil i noen grad bære preg av vurderinger, men hovedfokus er på rent faktiske forhold.

3.1 Aktivitet

3.1.1 Overordnet om aktivitet

Befolkningen i Vestfold har et spesialisthelsetjenesteforbruk som ligger tilnærmet på gjennomsnittet i Helse Sør-Øst for somatikk (justert for behovsindeks) målt både i forhold til antall døgnopphold og konsultasjoner pr 1 000 innbyggere.



Figur 3-1 Variasjon i forbruk per 1 000 innbygger for hhv polikliniske konsultasjoner og døgnopphold.

For psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er Vestfoldbefolkningens forbruk av tjenester over gjennomsnittet både for PHV og TSB når man ser på antall kontakter, men under gjennomsnittet dersom man ser på unike pasienter pr 1000 innbygger.

Innenfor somatikken er forbruket de siste årene vridd over mot dag- og poliklinisk behandling. For eksempel har antall polikliniske konsultasjoner pr 1 000 innbygger i Vestfoldbefolkningen økt med 11 % mellom 2011 og 2016, mens tilsvarende tall for døgnopphold er redusert med 2,5 %. For PHV og TSB har forbruket i flere år vært mer rettet mot poliklinisk behandling snarere enn mot døgntbehandling.

3.1.2 Pasientstrømmer

Vel 82 % av alle kontakter Vestfoldbefolkningen har med den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten, skjer ved SiV (75 % av DRG-poengene og 80 % av alle liggedøgn). Sammenliknet med andre helseforetak ligger SiV klart høyere enn Vestre Viken (76 % egendekning), noe lavere enn Innlandet og Telemark (inkludert Betanien), som har ca. 85 % og mye lavere enn Sørlandet (92 %).

Vestfoldbefolkningens nest største leverandør av somatiske spesialisthelsetjenester er Oslo universitetssykehus (OUS) med 9,5 % av alle kontakter (16,5 % av DRG-poengene og 11,1 % av alle liggedøgn). Deretter følger Sykehuset Telemark (2,8 % av alle kontakter), Betanien hospital Skien (1,4 % av alle kontakter) og Vestre Viken (1,4 % av alle kontakter). Private sykehus leverer 0,6 % av alle somatiske spesialisthelsetjenestekontakter til Vestfoldbefolkningen.

Også for PHV og TSB er SiV største tjenesteleverandør til Vestfoldbefolkningen. Snaue 98 % av alle Barne- og ungdomspsykiatriske kontakter er ved SiV og drøye 1 % er ved OUS. For Voksne er tilsvarende tall snaue 95 % ved SiV, 2 % ved OUS og 1 % ved Modumbad. Også for TSB er aktiviteten i all hovedsak ved SiV (94,3 %). Blå kors og Tyrilistiftelsen følger deretter med vel 1 % hver.

I tillegg til denne institusjonsbaserte aktiviteten beskrevet ovenfor, har landets befolkning en omfattende bruk av avtalespesialister. Det er også tilfellet for Vestfold. 26 % av alle somatiske, polikliniske kontakter Vestfoldbefolkningen hadde i 2016, ble utført hos avtalespesialister (gjennomsnittet for landet er 25 %). Øyefaget er desidert størst når det gjelder bruk av private avtalespesialister, og i Vestfold er rundt 56 % av alle konsultasjoner innenfor øyefaget gjennomført hos avtalespesialister.

Tilsvarende tall for PHV var henholdsvis 27 % og 26 %. Her er det store forskjeller i forbruksratene innenfor PHV både mellom regionene, internt i regionene og når det gjelder bruken av avtalespesialister.

3.1.3 Helseatlas og forbruksrater

Vestfolds befolkning er eldre enn landsgjennomsnittet, og har en overrepresentasjon av aldersgruppene 45 år og eldre, og tilsvarende underrepresentasjon av aldersgruppene under 45 år. I Vestfold er det 15 % flere i aldersgruppen 75 – 79 år enn gjennomsnittet for landet.

Aldersgruppen 70 år og eldre utgjør ved SiV en fjerdedel av pasientene og en tredjedel av kontaktene gjennom et år. I gjennomsnitt er hver pasient i somatikken i kontakt med sykehuset 3,4 ganger i året (288 000 kontakter og 81 200 pasienter). Det er aldersgruppen 70 - 74 år som utgjør flest - både i antall pasienter og i antall kontakter, mens det er gruppen 75 – 79 år som har flest kontakter per pasient.

Utviklingen i helsetilstanden og tilbudet til de eldre aldersgruppene legger med andre ord sterke føringer på utviklingen av spesialisthelsetjenestetilbudet i Vestfold. For eksempel diagnostiseres det årlig cirka 10 500 nye krefttilfeller i aldersgruppen 75 år og eldre. Fram mot 2030 forventes antall nye krefttilfeller hos eldre å øke med 76 %. Den eldre befolkningen i Vestfold ligger helt øverst i oversikten over antall nye krefttilfeller per 1000 innbygger (2015). Dette gjenspeiles blant annet i at bosatte i opptaksområdet Vestfold får medikamentell kreftbehandling dobbelt så hyppig som bosatte i Finnmark. Økningen i antall nye krefttilfeller vil stille store krav til kapasitet og kompetanse i sykehusene. Dette gjelder særlig fordi eldre pasienter ofte har flere sykdommer enn kreft.

SiV har hatt en lavere andel dagkirurgi enn landsgjennomsnittet. Dette er endret gjennom de siste par årene, og andelen er nå over gjennomsnittet. Det er likevel en del inngrep der sykehuset fremdeles er konservativ i overgangen fra døgn- til dagbehandling.

Om lag 12 % av alle kontakter ved SiV er innenfor hoveddiagnosegruppen "*Faktorer som påvirker helsetilstanden – andre kontakter med helsetjenesten*". Dette er langt høyere enn ved andre helseforetak, og skyldes i all hovedsak poliklinisk rehabilitering innenfor en rekke fagområder ved SiV.

På samme måte er virksomheten relatert til overvekt avvikende høy ved SiV. I underkant av 5 % av Vestfoldbefolkningens forbruk av somatiske konsultasjoner ved SiV er relatert til overvekt. Utvider vi perspektivet til å omfatte pasienter fra alle landets kommuner, utgjør overvektsrelaterte konsultasjoner 7,3 % av alle somatiske konsultasjoner ved SiV. Av alle polikliniske konsultasjoner i landet med overvekt som hoveddiagnosekode, er hver femte av dem ved SiV (21,3 %).

I den andre enden av skalaen finner vi hoveddiagnosegruppene "*Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer*" og "*Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid*". Disse hoveddiagnosegruppene utgjør en lavere andel av totalt antall kontakter enn ved andre helseforetak, og også lavere antall per 1 000 innbygger.

3.1.4 Omfanget av gjestepasienter ved SiV

SiV leverer i hovedsak spesialisthelsetjenester til innbyggerne i eget fylke. En viss del av aktiviteten utføres imidlertid også på pasienter fra andre fylker. Dette vil kort bli gjort rede for nedenfor.

Somatikk

Tabell 3.1 viser at andelen gjestepasienter innenfor somatikk - målt i DRG-poeng - i 2016 var 8 % totalt, ca. 9 % for døgnopphold og noe lavere for polikliniske tjenester.

Antall DRG- poeng 2016	Opphold ved SiV			
	Alle	Fra SiVs opptaksområde	Utenfor SiVs opptaksområde	Andel utenfor SiVs opptaksområde
Poliklinisk konsultasjoner	8568	7970	598	7,0 %
Dagbehandling	4707	4500	207	4,4 %
Døgnopphold	42238	38539	3699	8,8 %
Totalt	55513	51009	4504	8,1 %

Tabell 3-1 antall drg-poeng 2016. Fordelt på personer bosatt i og utenfor SiVs nedslagsfelt. somatikk.

Volumet av gjestepasienter er stort innenfor områder der SiV har fått tildelt spesielle oppgaver, slik som SSO (Senter for Sykelig Overvekt) eller har et definert større opptaksområde (fysikalsk medisin og rehabilitering der 44 % er utenfor SiVs opptaksområde og karkirurgi (34 % utenfor Vestfold)).

PHV og TSB

Tabell 3.2. viser at ca. 2,5 % av den polikliniske og drøyt 5 % av den døgnbaserte aktiviteten ved SiV innenfor PHV/TSB gjaldt pasienter bosatt utenfor SiVs opptaksområde.

Behandling	Enhet	Alle	Fra SiVs opptaksområde	Utenfor SiVs opptaksområde	Andel utenfor SiVs opptaksområde
Poliklinisk behandling (eksklusiv Raskere Tilbake PHV)	Konsultasjoner (SHO) (per november 2017)	122 941	119 689	3 252	2,6 %
Døgnopphold	Liggedøgn (per november 2017)	44 428	41 894	2 534	5,7 %

Tabell 3-2 aktivitet fordelt på personer bosatt i og utenfor SiVs nedslagsfelt. Sum PHV/TSB. Tall for 2017. November

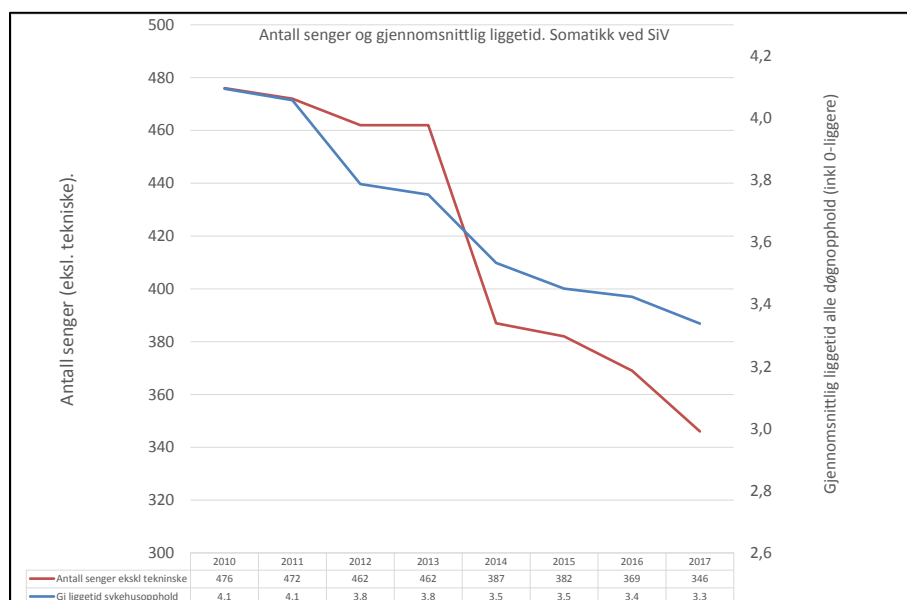
Andelen gjestepasienter (GP) innenfor polikliniske konsultasjoner er like store for VOP (2,7 %), TSB (2,6 %) og BUP (2,6 %).

Døgnoppholdene utenfor SiV gjelder nesten utelukkende VOP og TSB.

- VOP har 994 GP-døgn av totalt 28.560, tilsvarende 3,5 %
- TSB har 1536 GP-døgn av totalt 14.574, tilsvarende 10,5 %
- BUP har 4 GP-døgn av totalt 1.165, tilsvarende 0,3 %

3.1.5 Utviklingen i sengeforbruk og liggetid - somatikk

Liggetiden blir stadig kortere og antall senger innenfor den somatiske virksomheten går nedover. Fra figur 3.2. ser vi blant annet at nedgangen i liggetid har vært relativt jevn, mens nedgangen i antall senger har foregått mer stegvis. Vi kommer nærmere tilbake til denne problemstillingen i senere kapitler.



Figur 3-2 antall senger (ekskl tekniske) og gjennomsnittlig liggetid sykehusopphold. (alle døgnopphold) 2010-2017.

Gjennomsnittlig liggetid innenfor somatikk er i dag¹ på nivå med sammenliknbare sykehus innenfor Helse- Sørøst.

¹ Ca. 3,8 døgn ekskl. 0-dagsliggere, som er 0,5 døgn høyere enn tallet i figuren som inkluderer pasienter registrert med døgnopphold som ikke overnatter. Nevnes fordi det er nivå ekskl. 0-dagsliggere som er sammenliknet med andre sykehus.

3.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

3.2.1 Kvalitet og pasientsikkerhet

SiV har de tre siste årene hatt tre hovedsatsningsområder innenfor arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet:

1. Legemiddelhåndtering
2. Pasientforløp
3. Den akuttmedisinske kjeden

Det er en klar erkjennelse at dersom arbeidet på disse krevende områdene skal gi resultater, må det arbeides langsiktig og fokusert med dem, og arbeidet må skje i nær dialog med kommuner, fastleger og pasienter/pårørende.

Resultater på 30 dagers overlevelse

SiV ligger på landsgjennomsnittet for 30-dagers overlevelse etter innleggelse i sykehus; jfr. tabellen nedenfor. Overlevelse etter hjerteinfarkt er høyere enn landsgjennomsnitt, for øvrige diagnoser ligger SiV på landsgjennomsnittet.

Behandlingssted	Andel
Hele landet	95,2
Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	96,3
Diakonhjemmet sykehus AS	96,1
Helse Sør-Øst, private	95,8
Helse Bergen HF	95,8
Helse Stavanger HF	95,5
Vestre Viken HF	95,4
Lovisenberg Diakonale	95,4
Oslo universitetssykehus HF	95,3
Akershus universitetssykehus HF	95,2
St. Olavs Hospital HF	95,2
Nordlandssykehuset HF	95,2
Helse Fonna HF	95,2
Helse Møre og Romsdal HF	95,2
Sykehuset i Vestfold HF	95,2
Helse Førde HF	95,1
Helgelandssykehuset HF	95,0
Sørlandet sykehus HF	94,9
Helse Nord-Trøndelag HF	94,9
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	94,8
Sykehuset Innlandet HF	94,7
Sykehuset Telemark HF	94,7
Finnmarkssykehuset HF	94,0
Sykehuset Østfold HF	93,7

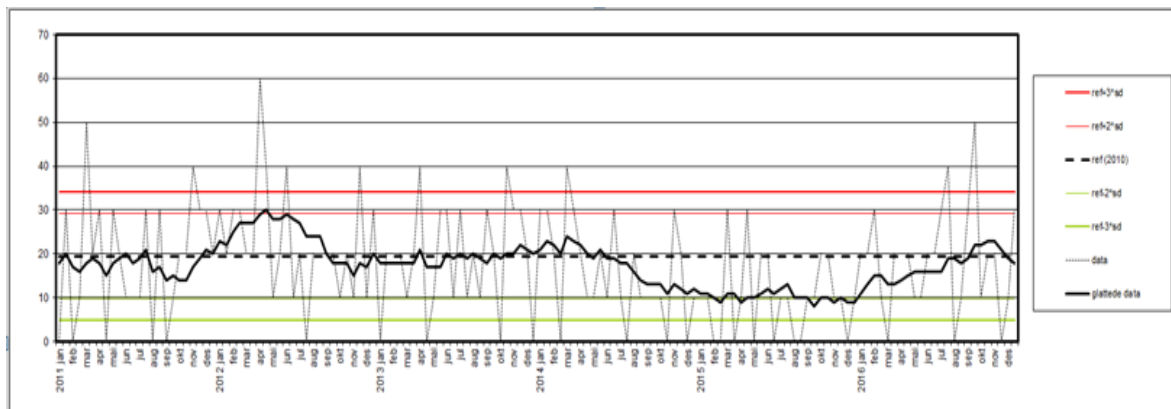
Tabell 3-3 30 dagers overlevelse etter innleggelse i sykehus.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24-7", har som mål å redusere andelen pasientskader med 25 % innen utgangen av 2018, samt å forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Hvert år publiseres en nasjonal oversikt over frekvensen av pasientskader målt ved metoden Global Trigger Tool (GTT), som baseres på strukturert journalgjennomgang av et uttrekk av journaler. I 2015 omfattet undersøkelsen alle 19 helseforetak og fem private sykehus. Metoden er lite egnet til sammenligning mellom helseforetak, men gir indikasjoner på utviklingen lokalt over tid. Andel pasienter med minst én pasientskade ved kirurgi og medisin fremgår av tabellene

nedenfor. Dette rapporteres til Hovedkvalitetsutvalget (HKU) ved SiV, og brukes aktivt i forbedringsarbeidet ved klinikkene.

Sykehuset i Vestfold HF – Kirurgisk klinikk

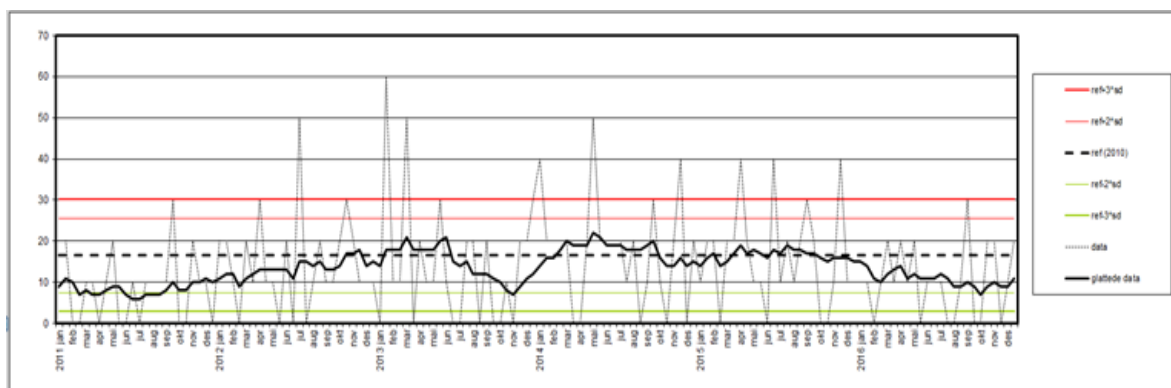
Figur 3-3 Andel pasientopphold med minst én pasientskade 2010–2016



2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
19,5 %	18,8 %	22,9 %	18,8 %	15,8 %	10,0 %	18,8 %

Sykehuset i Vestfold HF – Medisinsk klinikk

Figur 3-4 Andel pasientopphold med minst én pasientskade 2010–2016

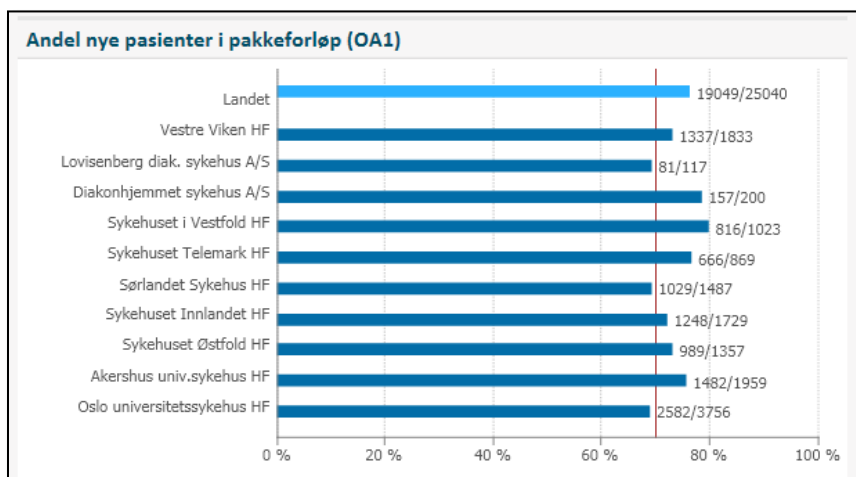


2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
16,5 %	8,8 %	14,6 %	14,6 %	17,9 %	16,3 %	10,4 %

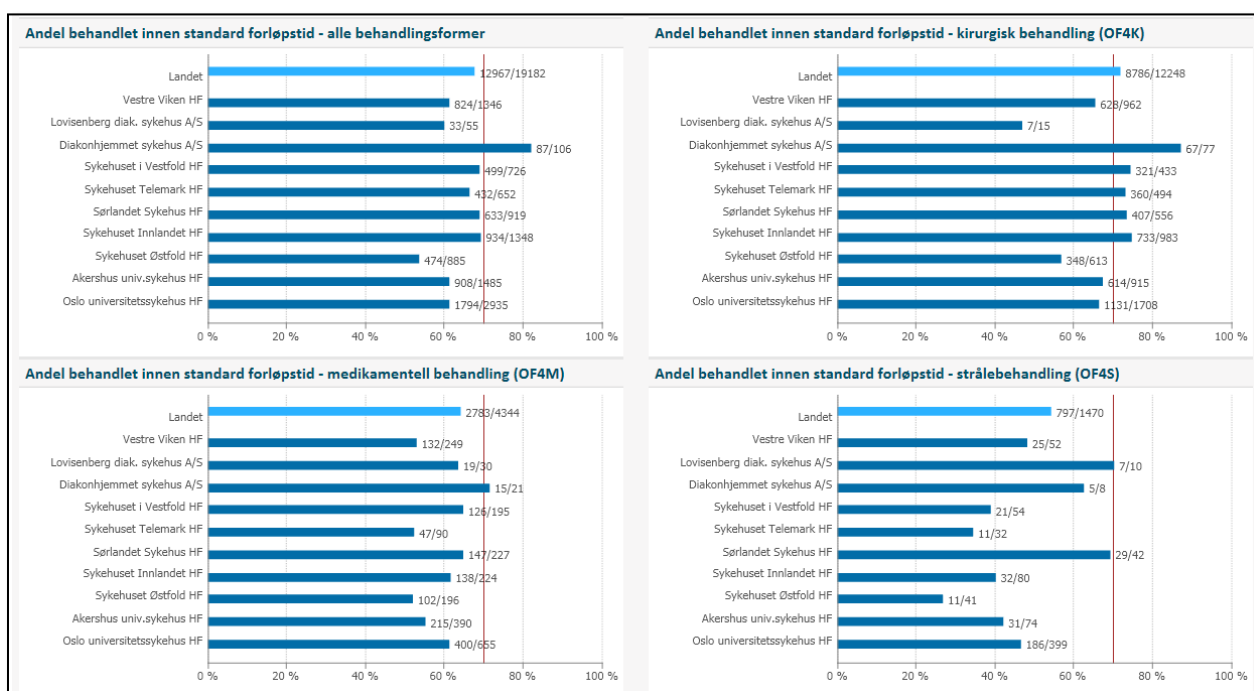
3.2.2 Pasientforløp

SiV har implementert de 28 nasjonale pakkeforløpene for kreft. Sykehuset har etablert en egen funksjon som kreftkoordinator. Vedkommende er leder for et korps av forløpskoordinatorer, som til sammen dekker alle pakkeforløpene innen kreft. Forløpskoordinatorene samarbeider med kommunale kreftkoordinatorer. Det rapporteres månedlig på nasjonale kvalitetsparametere knyttet til kreftforløpene. SiV oppfyller (i all hovedsak) kravene i de såkalte «kongemålene», som angir:

- Andel nye pasienter i pakkeforløp (80 % - mål 70 %)
- Andel behandlet innen standard forløpstid (mål 70 %)



Tabell 3-4 Andel nye pasienter i pakkeforløp 2017 (Kilde: NPR)



Tabell 3-5 Andel innenfor normert forløpstid fordelt på type behandling og samlet (kilde: NPR)

SiV har også tatt organisatoriske grep om arbeidet med å utarbeide, implementere og monitorere andre, diagnosespesifikke pasientforløp i et eget program. Det er utarbeidet en egen veileder, «SiV-metoden», for utarbeidelse og oppfølging av slike pasientforløp, og det er etablert et korps av prosessveiledere som bistår forløpseierne med å utvikle forløpene. Arbeidet med pasientforløp rapporterer til et eget Programstyre. Eksempler på slike forløp er «Brudd i øvre femurende», «Hjerneslag», «Alkohol», «Benamputasjoner» mv. Flere forløp er under utarbeidelse.

Det er en ambisjon at flest mulig av pasientforløpene skal ha et hjem-til-hjem perspektiv.

3.3 Brukerperspektiv

3.3.1 Forutsigbarhet og kontinuitet

Et sentralt område i arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste er å øke forutsigbarheten for pasienten i møtet med spesialisthelsetjenesten, herunder å sikre kontinuitet i behandlingen. Derfor jobbes det kontinuerlig med å øke andelen pasienter som får direkte time, redusere antallet pasienter som ikke får time til den tiden sykehuset har sagt at de skal få time (redusere etterslepet), redusere ventetiden for nyhenviste pasienter, redusere antall oppmøter for hver enkelt pasient ved å samordne tidspunktene for ulike utredninger/behandlinger osv. Sentralt i arbeidet med å redusere variasjon og sikre kontinuitet og forutsigbarhet, står arbeidet med å utvikle, innføre og følge opp pasientforløp.

3.3.2 Brukermedvirkning og brukertilfredshet

SiV har eget Brukerråd med regelmessig møtevirksomhet. Brukerrepresentanter har møterett i sykehusets styre, Hovedkvalitetsutvalget, Samhandlingsutvalget med kommunene, og de deltar også i klinikkenes kvalitetsutvalg. De deltar også i konkret prosjekt- og annet utviklingsarbeid. KPR har egne, ansatte brukerrepresentanter/erfaringskonsulenter.

SiV har de senere årene lagt økt vekt på å supplere brukermedvirkning på systemnivå med å involvere brukere med konkrete pasienterfaringer på utvalgte områder i praktisk utviklings- og forbedringsarbeid. Det er sykehusets erfaring at dette gir svært verdifulle innspill til arbeidet med å forbedre tjenestene, og det må forsterkes i tiden framover.

Et eget Ungdomsråd ble etablert vinteren 2018.

Brukertilfredshet måles nasjonalt ved Kunnskapssenterets PasOpp-undersøkelser. I tillegg gjennomføres det lokal brukertilfredshetsundersøkelse ved SiV med «Si din mening». I denne spørreundersøkelsen gis pasientene mulighet til å rapportere pasientopplevelser på seksjonsnivå.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomfører hvert år en nasjonal brukererfaringundersøkelse blant voksne døgnpasienter ved somatiske sykehus. Tabell 3.6. viser resultatene fra 2015 på 9 pasienterfaringssindikatorer, i tillegg til en totalvurdering av pasienterfaringer ved sykehuset basert på disse. Formålet med totalvurderingen er at pasienter og befolkning skal få resultatene presentert på en enkel og forståelig måte. Erfaringene med pleiepersonalet og legene viser en svak positiv utvikling, men har fortsatt potensial for ytterligere forbedring. Pasienttilfredsheten totalt ved SiV ligger gjennomgående på landsgjennomsnittet.

Indikator	Antall svar 2015	Gjennom -snitt 2015	Lands- snitt 2015	Endringer		Resultatene for pasienterfaringsindikatorer presenteres på en skala fra 0 til 100, der 100 er best
				2014-2015	2011-2015	
Pleiepersonalet	200	76	77	↔	↔	Totalvurderingen uttrykker hvordan sykehuset skårer sammenlignet med andre sykehus i landet (skala 1-5, der 5 er best)
Legene	197	76	76	↔	↑	
Informasjon	198	74	73	↔	↔	
Organisering	211	66	68	↔	↔	
Pårørende	162	77	77	↔	↔	
Standard	211	73	73	↔	↔	
Utskriving	175	58	58	↔	↔	
Samhandling	142	66	64	↔	↔	
Ventetid	74	67	65	↔	↔	
Totalvurdering av pasienterfaringene ved sykehuset: 3 av 5						

Tabell 3-6 Pasienterfaringer ved Sykehuset i Vestfold HF 2015 (PasOpp)

3.3.3 Pasientopplæring

Pasient- og pårørendeopplæring er en av sykehusets fire hovedoppgaver. *Lærings- og mestringssenteret (LMS)*, organisert under medisinsk klinikk, arbeider for at pasienter og pårørende skal få informasjon, utvidet innsikt i egen situasjon, og tilegne seg kunnskaper for bedre å mestre sin egen livssituasjon. Lærings- og mestringssenteret bidrar til å utvikle et likeverdig samarbeid mellom erfarne brukere og fagpersonell om helsepedagogiske tilbud.

LMS stimulerer til samhandling med kommunehelsetjenesten om pasient- og pårørendeopplæring, og arbeider for å styrke likemannsarbeidet ved å samarbeide med de ulike pasientorganisasjonene.

«Pusterommet» er et trenings- og aktivitetstilbud, i samarbeid med «Aktiv mot kreft», til kreftpasienter. Målet er å redusere bivirkninger, opprettholde og forbedre fysisk form, samt gi økt energi. Det kan også være en møteplass og sosial arena for pasienter i samme situasjon.

3.4 Oppgavedeling og samhandling

3.4.1 Innen eget helseforetak

Antall pasienter med sammensatte tilstander øker, noe som nødvendiggjør samarbeid mellom spesialavdelinger i sykehuset, med andre helseforetak og kommunene. Gjennom de siste tiårene har en hurtig økende kunnskapsmengde gitt behov for fagfolk med spesifikke kunnskaper og prosedyreferdigheter. I kjølvannet av dette har det vokst frem en rekke nye helseprofesjoner, medisinske spesialiteter og grenspesialiteter. Medisinsk og helsefaglig breddekunnskap har måttet vike for spisskompetanse.

Stadig flere avdelinger i sykehuset er involvert i utredning og behandling av den enkelte pasient. Antall pasienter med sammensatte tilstander øker, blant annet som følge av eldrebølgen og fordi mange pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblemer har somatiske tilstander og omvendt. Pasientene har dermed behov for sammensatt oppfølging, noe som nødvendiggjør samarbeid mellom spesialavdelinger. Likevel foregår fortsatt det meste av samarbeidet innenfor spesialisthelsetjenesten ved at pasienten henvises fra den ene spesialavdelingen til den andre.

Dagens organisering av behandlingstilbudet ivaretar ikke koordineringsbehovet på en tilfredsstillende måte. Det finnes likevel gode eksempler på at nye samarbeidsformer har

vokst frem. Blant de viktigste av disse er *multidisiplinære team*. Nasjonale retningslinjer for behandling av kreft forutsetter at et multidisiplinært team bestående av leger fra ulike spesialiteter skal samarbeide tett om diagnostisering og behandling. Ved Sykehuset i Vestfold finnes velfungerende multidisiplinære team for alle større kreftformer. Teamene møtes en eller flere ganger i uken for å fatte beslutninger om enkeltpasienter.

3.4.2 Med andre helseforetak

Mange pasienter må forholde seg til flere sykehus. Økende grad av kirurgisk spesialisering har ført til at stadig flere elektive inngrep har blitt sentralisert. Sentralisering av oppgaver fører til at pasientforløp går på tvers av helseforetakene og kan gi oppstykkede forløp. SiV har et utstrakt samarbeid med vårt regionsykehus OUS innen de fleste fagområder. En sentral utfordring er å gi pasienten opplevelsen av at behandlingen er sammenhengende og helhetlig også når den foregår ved flere helseforetak. Der deler av pasientforløpet må foregå ved andre sykehus, må dette gjennomføres med god planlegging og i nært samarbeid med alle involverte aktører. Samarbeidet foregår i økende grad elektronisk ved hjelp av 3-strøms multimediamøter.

Strålebehandling for pasienter fra Vestfold foregår ved Oslo universitetssykehus. Det er vedtatt at strålesenter for sykehusområdet Telemark-Vestfold skal lokaliseres i Skien.

SiV samarbeider med Vestre Viken og Sykehuset Telemark om et «Prostatasenter».

Helseforetakene har separate journalsystemer, og mye av kommunikasjonen foregår derfor gjennom utveksling av epikriser. Dette gjør at vekslingene mellom foretakene ikke alltid fungerer tilfredsstillende. Det arbeides med en felles standardisert journal i regionen, planlagt ferdig i 2018. SiV var først ute med regional standard for DIPS høsten 2016. Elektronisk utveksling av epikriser m.m. (HF – HF-kommunikasjon) med OUS planlegges gjennomført i 2018.

3.4.3 Med kommuner og fastleger

Sykehuset i Vestfold har overordnet samarbeidsavtale og delavtaler med alle kommunene i Vestfold. Vestfold får i løpet av få år redusert antall kommuner fra 12 til 6 (10 i 2017, 8 i 2018, 6 i 2020). På bakgrunn av dette er de overordnede strukturene i samhandlingsarbeidet med kommunene endret fra våren 2017. Overordnet Samhandlingsutvalg er avviklet. Samhandlingsutvalget, med færre deltakere enn til nå, får utvidet beslutningsfullmakt delegert fra henholdsvis rådmenn og administrerende direktør. Det er i ferd med å bli opprettet et strategisk forum bestående av rådmenn, kommunale helse- og sosialsjefer (-direktører) og sykehusledelsen (klinikksjefer og deler av direktørens stab)

Ett viktige satsningsområde nå er arbeidet med «Samhandlingsforløpet, fra hjem til hjem», hvor første del har konsentrert seg om overgangen ved utskrivning fra sykehus til kommunal omsorg. Dette arbeidet har skjedd i samarbeid med det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet, organisert med lokale forbedringsteam fra kommuner og sykehusenheter. Neste fase i arbeidet blir å se nærmere på overgangen ved innleggelse til sykehuset.

Dette arbeidet vil ha grenseflater mot det andre, store samhandlingsprosjektet som pågår akkurat nå, «Den akuttmedisinske kjeden i Vestfold.» Her er det gjennomført en kartlegging av aktivitet på de ulike nivåene i kjeden, og hvordan de ulike aktørene er organisert og samhandler i dag. Deretter vil det bli utarbeidet forslag til bedre oppgavedeling og mer sammenhengende pasientforløp for den akuttmedisinske pasienten. Prosjektet knyttes opp mot det pågående forbedringsarbeidet arbeidet internt i akuttmottaket ved SiV. Se mer om dette i punkt 10.8.

Det er opprettet et «Fagutvalg for ØHD i Vestfold», som har bidratt til å etablere «diagnostisk sløyfe» med mulighet for tilsyn/diagnostikk av pasientene i akuttmottaket før innleggelse i kommunal ØHD-enhet.

I 2016 ble det gjennomført en omfattende kartlegging av kompetanseutviklingstiltak og behov for slike både i kommunene og på SiV. På bakgrunn av denne kartleggingen er det nå etablert et Fagutvalg for kompetanseutvikling og kompetansedeling, med representasjon fra kommuner, sykehuset og Høgskolen i Sørøst-Norge.

SiV har en PKO-ordning som består av praksiskoordinator i 40 % stilling, samt 7 praksiskonsulenter i stillingsbrøker varierende fra 10–20 %. Praksiskonsulentene arbeider i ulike klinikker, deltar i forskjellige prosjekter, utgir Praksisnytt og arrangerer meget godt besøkte Samhandlingsmøter mellom sykehusleger og fastleger. Ved nyrekruttering sørges det for god geografisk spredning i fylket av praksiskonsulentene. De trekkes også mer systematisk inn i samhandlingen med den kommunale helsetjenesten og fastlegene, bl.a. gjennom aktiv deltakelse i ALU, allmenlegeutvalgene i kommunene.

3.4.4 Med private aktører

SiV benytter seg av private leverandører av helsetjenester ved å bruke de avtalene som er inngått mellom HSØ og avtalespesialistene.

HSØ har inngått formelle driftsavtaler med private spesialister innen flere fagområder. Særlig innen psykiatri (leger og psykologer), øye og ØNH er det et betydelig antall avtalespesialister i Vestfold. Disse er en del av spesialisthelsetilbudet, men det er utfordringer knyttet til det konkrete samarbeidet mellom avtalespesialistene og sykehuset når det gjelder oppgavefordeling, håndtering av ventelister m.m. Det er initiert et arbeid fra HSØ for å inngå mer formaliserte avtaler mellom helseforetakene og de private avtalespesialistene.

3.5 Nasjonale og regionale funksjoner

SiV har også noen nasjonale og regionale funksjoner. Disse vil kort bli omtalt nedenfor.

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (NKAH)

NKAH, som er sykehusets eneste nasjonale tjeneste, driver kompetanseutvikling og forskning og spredning av denne nasjonalt og internasjonalt. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse skal sikre nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning om [alderspsykiatri](#), [demens](#), [funksjonshemming](#) og aldring og [utviklingshemning](#) og aldring. Videre driver NUKUT godkjent fagskole innen alderspsykiatri og utviklingshemning og aldring. Tjenesten drives i eiersamarbeid med OUS og har hovedlokasjonen på Granli, videre lokaler i OUS, samt noen leide lokaler andre steder i Sør Norge. NKAH har en bred og stor samarbeidsportefølje/ samhandlingsflate. Her inngår andre helseforetak, de fleste kommuner i landet, flere universiteter og høyskoler, Helsedirektoratet og HOD, samt aktuelle bruker- og interesseorganisasjoner. Videre har de internasjonalt samarbeid både i Norden og i EU, med deltakelse i forsknings- og utviklingsprosjekter.

Senter for sykkelig overvekt (SSO) i Helse Sør-Øst,

SSO har regionalt ansvar for behandling av pasienter med sykkelig overvekt med følgesykdommer (diabetes mellitus, hypertensjon, søvnapné, respirasjonssvikt eller

belastningsrelaterte skjelettsmerter). Senteret har både kirurgiske og konservative behandlingstilbud. Forskning og fagutvikling, og nettverk mot lokale helseforetak, sykehusområder og primærhelsetjeneste ligger også innenfor hovedoppgavene til SSO.

Glenne regionale senter for autisme

Glenne er lokalisert i egne lokaler i Borre. Glenne har som ansvar å tilby spesialiserte tjenester til mennesker med autismspekterforstyrrelser. Glenne yter tjenester i et livsløpsperspektiv. Det vil si tjenester overfor både barn/unge og voksne, og gir utredning, diagnostikk og behandling av autismspekter forstyrrelser, inkludert komorbide tilstander.

Senteret samhandler med kommuner og andre helseforetak om kompetanseoverføring og kompetanseutvikling. Videre samarbeider senteret med høyskoler, universiteter og andre aktuelle kompetansemiljøer - både nasjonalt og internasjonalt - om innovasjon/utvikling og forskning.

Klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering (KFMR)

KFMR (Kysthospitalet) er lokalisert i Stavern. Klinikken representerer et ledende kompetansemiljø i tverrfaglig spesialisert rehabilitering og fysikalsk medisin. Hovedtyngden av tilbudene er innen fagfeltene; nevrologi med blant annet hjerneslag og MS, kompleks ortopedi, kreft, overvekt og rygg-, nakke- og skulderrehabilitering. Klinikken tilbyr også rehabilitering til barn og unge.

3.6 Organisasjon og ledelse

Utskilling av offentlig virksomhet i egne selskaper, med tilhørende deregulering og etablering av markeder, har vært ett av virkemidlene i moderniseringen av offentlig sektor og forvaltning de siste 25 årene. Erfaringene så langt viser at de fleste av disse omstillingene har vært vellykkede. I de aller fleste fristilte statlige foretakene, produseres det nå flere og bedre tjenester enn før, til lavere kostnader. Det gjelder også sykehusene.

De offentlige sykehusene i Norge var fram til 2002 eid av fylkeskommunene, og var da en del av den fylkeskommunale forvaltningen. Fra 2002 har sykehusene vært organisert som *helseforetak*, eid av staten. Sykehusene er dermed også utskilt fra forvaltningen.

Den statlige organiseringen av helseforetakene er organisert slik:

- Stortinget er det politiske nivået, og vedtar bl.a. lover og Nasjonal helse- og sykehusplan
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ved helseministeren utøver eierskapet på vegne av Stortinget/Staten, og det skjer formelt gjennom *foretaksmøter* (tilsvarende generalforsamling i aksjeselskap). Instruksjon og styring kan kun skje gjennom foretaksmøter
- Staten eier *de regionale helseforetakene* (RHF-ene) Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. RHF-ene er selvstendige juridiske enheter. RHF-ene har styrer som er oppnevnt av foretaksmøtene, altså helseministeren. Disse styrene er ikke politiske styrer, men virksomhetsstyrer.

- RHF-ene eier *helseforetakene* (HF-ene) i hver sine regioner. HF-ene er også selvstendige juridiske enheter. HF-ene har styrever som er oppnevnt av foretaksmøtene, altså RHF-styret. Disse styrene er heller ikke politiske styrever, men virksomhetsstyrever.
- Til sammen er det 20 helseforetak som skal utøve RHF-enes «sørge for»-ansvar. I tillegg er det noen regionale og nasjonale helseforetak som er eid enten av det enkelte RHF, eller av RHF-ene sammen. Eksempler på dette er Sykehusinnkjøp HF, Sykehusbygg HF, Pasientreiser HF, Sykehuspartner HF m.fl.

SiVs samfunnsoppdrag er å levere spesialisthelsetjenester til Vestfolds befolkning. Det er imidlertid slik at noen kommuner (p.t. Sande og Svelvik) hører til Vestre Viken HFs opptaksområde, og det er en rekke oppgaver der Oslo Universitetssykehus har regionale og nasjonale funksjoner på vegne av mange foretak. Det er også noen områder der helseforetakene har funksjoner som skal tilbys befolkningen ut over eget område. Eksempler på dette er at strålesenter skal bygges i Skien og ikke i Tønsberg, og at SiV har regionale funksjoner innen sykkelig overvekt og autisme. Se mer om dette i punkt 3.5.

Pasientene har store muligheter til selv å velge tjenester på andre steder enn der de geografisk sokner til, enten i andre helseforetak eller hos private eller ideelle sykehus, som har avtaler med f.eks. RHF-ene, HELFO, forsikringsselskaper m.fl.

Sykehuset i Vestfold samarbeider tett med kommunene både på systemnivå og på individnivå for å utvikle gode og sammenhengende tjenester. Samhandlingsreformens intensjon er bl.a. at pasientene skal oppleve en sømløs helsetjeneste.

Sykehuset i Vestfolds oppdrag defineres innenfor lover og forskrifter, og gjennom vedtak fattet av foretaksmøtet. Foretaksmøter kan finne sted flere enn én gang pr. år, men det er særlig foretaksmøtet i februar hvert år som er førende. Der får SiV oppdraget fra Helse Sør-Øst gjennom *Oppdrag og bestillingsdokumentet (OBD)*; tilsvarende det oppdraget Helse Sør-Øst har fått fra sitt foretaksmøte, altså helseministeren. OBD inneholder en rekke mål, oppgaver, aktivitets- og resultatkrav, og er i praksis operasjonaliseringen av Stortingets og regjeringens politiske ambisjoner for å skape en sterk offentlig spesialisthelsetjeneste.

I Sykehuset i Vestfold realiseres oppdrag og bestillinger gjennom ca. 5.500 medarbeidere fordelt på ca. 4.100 årsverk.

Sykehuset i Vestfold er organisert slik:



Figur 3-5 Organisasjonskart for Sykehuset i Vestfold

Administrerende direktør er organisasjonens øverste leder og eneste ansvarlige for HF-ets resultater på alle virksomhetsområder overfor styret.

Organisasjonen styres og ledes innenfor lov- og avtaleverk, med delegert og desentralisert styrings- og ledelsesstruktur der lederne på alle nivåer har ansvar og myndighet både for sin del av virksomheten, men også for *SiV-helheten*. Det innebærer at det gjennom hele organisasjonen er etablert tydelige resultatkrav og at lederne primært styres på resultat, og i mindre grad på virkemidler.

Organisasjonen har fire ledelsesnivåer:

1. Administrerende direktør
2. Klinikker
3. Avdelinger
4. Seksjoner

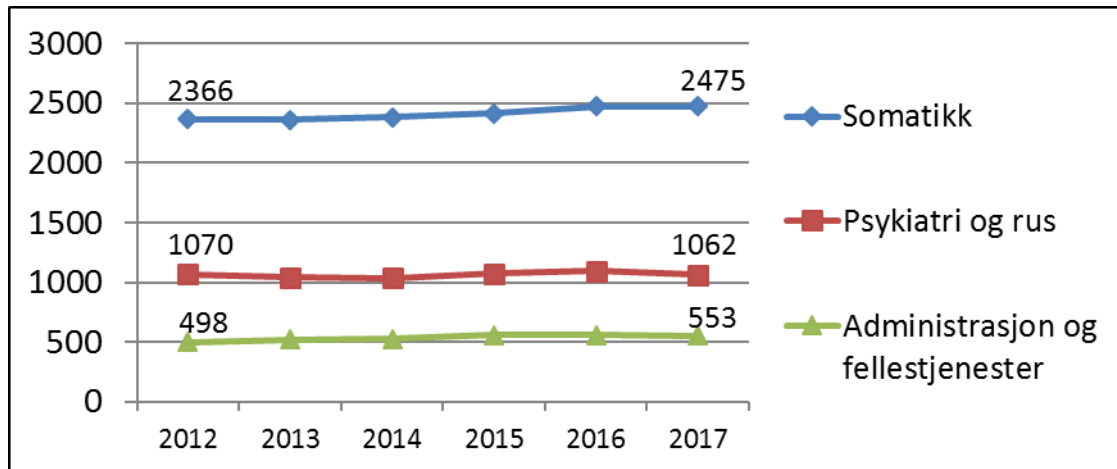
Styring, ledelse og organisering har vært prioriterte innsatsområder i SiV siden 2007. Fra 2009 til dags dato er SiV det mest kostnadseffektive helseforetaket i landet (det HF-et som leverer mest helsetjenester for pengene), og gjennomgående leverer SiV gode resultater på de fleste økonomi- og kvalitetsindikatorerne som foretaket blir målt og fulgt opp på.

Sykehus blir ofte betegnet som «siloorganisert». Pasientenes gang gjennom systemet er imidlertid kjennetegnet av at det er en rekke personer, organisatoriske enheter, spesialiteter osv. som er deltagere i pasientforløpene. Dette speiler både den hierarkiske historien, spesialitetenes premissgivende posisjon og profesjonenes styrke, og den tradisjonelt svake pasient- og brukerrollen i sykehusene. Dette forsøkes kompensert med teammøter, forløpskoordinatorer, formell brukermedvirkning mv.

Organiseringen av sykehusene vil i årene som kommer måtte endres organisatorisk og ledelsesmessig. Pasientenes rolle og makt, behov for flerfaglighet og nødvendigheten av mer (kostnads-)effektiv og rasjonell pasientbehandling av høyeste kvalitet, gjør dette nødvendig (mer om dette i kapittel 10.9.).

3.7 Bemanning og kompetanse

Sykehuset i Vestfold hadde i 2017 ca. 5 500 ansatte, fordelt på 4 100 årsverk. 37 prosent av medarbeiderne jobbet deltid. Bemanningsutviklingen i perioden 2012–2017 fremgår av figuren nedenfor.



Figur 3-6 Bemanningsutvikling innen tjenesteområdene 2012–2017. Kilde: HR-kuben.

Tilgang på medarbeidere med riktig kompetanse er en forutsetning for at SiV nå og i framtiden 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. Utfordringene må møtes med flere ulike tiltak, bl.a. nye driftsformer, bruk av teknologi, effektivisering, endringer i arbeidstidsbestemmelser, etablering av nye profesjoner, endring i oppgavedeling innenfor og mellom yrkesgrupper, seniorpolitiske virkemidler, endring i utdanningene og i utdanningssystemet mv.

Det er også nødvendig å ha kontinuerlig oppmerksomhet på å rekruttere og beholde medarbeidere med relevant kompetanse for å sikre forsvarlig og god drift til det beste for pasientene. I dag rekrutterer SiV i all hovedsak godt, men enkelte fag er mer utfordrende enn andre. Blant legespesialitetene gjelder dette bl.a. onkologi, bryst- og endokrinkirurgi, karkirurgi, immunologi og transfusjonsmedisin, medisinsk biokjemi, radiologi, hematologi og klinisk nevrofysiologi. Det er også utfordrende å rekruttere spesialsykepleiere, radiografer med spesialkompetanse, fysioterapeuter med spesialutdanning, AMK-operatører og miljøterapeuter/høyskolepersonell med relevant grunn- og videreutdanning.

En sentral strategi for å skaffe til veie driftskritisk kompetanse er å utvikle tilstrekkelig robuste og attraktive fagmiljøer. Med nasjonal mangel på enkelte typer spesialister, er sykehuset selv avhengig av å utdanne disse. Når det gjelder legegruppene, forutsetter dette at SiV er godkjent som utdanningsinstitusjon innenfor den enkelte spesialitet, og at sykehuset har en lang planleggingshorisont. SiV er godkjent som utdanningsavdeling innenfor de fleste spesialiteter, men enkelte unntak er det, bl.a. spesialiteten bryst- og endokrinkirurgi.

Sykepleiere innenfor anestesi, intensiv og operasjon (AIO) er driftskritiske personellgrupper. Uten tilstrekkelig bemanning vil operasjonskapasiteten og tilbudet til akutt og kritisk syke pasienter reduseres. Det er høy alderssammensetning blant AIO-sykepleierne på SiV, og omfanget av overtid og ekstern innleie er relativt stort. Det er få, om noen, søkere til nyutlyste stillinger innenfor disse spesialutdanningene, og SiV har derfor hatt behov for å utdanne egne sykepleiere på disse områdene. SiV har opprettet såkalte utdanningsstillinger for disse gruppene. Det innebærer at ansatte etter søknad

gis permisjon med lønn i tre semestre for å gjennomføre aktuelle spesialsykepleierutdanninger. Forutsetningen er at de jobber noe under studietiden og aksepterer en bindingstid på tre år. For å dekke framtidige behov, vil det i forbindelse med kommende høgskoleopptak vurderes opprettelse av flere utdanningstillinger for spesialsykepleierne.

SiV har et traineeprogram for nyutdannede, nyansatte sykepleiere. Formålet er bl.a. å sikre de nyutdannede sykepleierne 100 % faste stillinger, og gjennom særskilt fokus på fagutvikling sikre at sykepleierne blir trygge i, og mestrer, sin rolle. Traineeprogrammet er grundig evaluert, og den største gevinsten som trekkes frem, er at man har klart å redusere «praksissjokket» som mange opplever når de går fra å være student til å bli nyansatt.

SiV ser stadig oftere at nyutdannede sykepleiere starter i jobb uten å tilfredsstille kravene til vurderings- og handlingskompetanse som er nødvendig for å ivareta pasientens behov i en meget travel og utfordrende hverdag på sykehuset. Nyutdannede sykepleiere har stor turnover, og mange gir uttrykk for at faglig utrygghet er en medvirkende årsak til at de slutter. For å sikre trygghet/mestring, og redusere uønsket turnover, har SiV etablert et eget kompetanseprogram for de nyutdannede, nytilsatte sykepleierne.

SiV har som helseforetak store utdanningsforpliktelser. Arbeidet for å oppfylle utdanningsforpliktelsene går i korthet ut på å sikre et tilstrekkelig antall lære-, praksis- og turnusplasser for lærlinger, studenter og helsepersonell. I tillegg skal SiV sørge for at tilbudet som ytes er av god kvalitet. SiV tar hvert år imot i overkant av 400 lærlinger, elever/studenter og turnuskandidater, og disse gjennomfører årlig i overkant av 7000 praksisuker totalt sett på SiV. Utdanningsoppgavene som sykehuset utfører, er viktige for å sikre god framtidig kvalitet i pasientbehandlingen og for rekruttering av framtidige arbeidstakere. Utdanning er en kjerneaktivitet, og sykehuset har stor oppmerksomhet på å være en attraktiv læringsarena for alle typer helsefaglige studenter, elever, lærlinger, hospitanter, turnuskandidater og spesialistkandidater.

Utdanning av helsepersonell skjer i samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Samspillet mellom tjenestene og UH-sektoren må styrkes for å sikre at dimensjoneringen og innholdet i utdanningene samsvarer bedre med arbeidslivets faktiske og framtidige behov. For å få til dette, må arenaer for samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og yrkesfeltet utnyttes på en mer kraftfull måte både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Helsetjenesten må fortelle utdanningene hvilken kompetanse som behøves, og dette må i neste omgang være styrende når utdanningsinstitusjonene formulerer læringsmål. Dimensjoneringen av studieplasser må også foregå i en mer forpliktende dialog enn i dag.

Sykehuset jobber for å ha tette og gode samarbeidsrelasjoner med Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN) om bl.a. praksisgjennomføring, forsknings- og utviklingssamarbeid, men også innhold og læringsutbytte i aktuelle profesjonsutdanninger. SiV, Vestre Viken, Sykehuset Telemark og HSN er i ferd med å etablere nødvendige arenaer for å ivareta forpliktende dialog og samhandling. For SiV er et sentralt siktemål med samarbeidet at sykehusene sikres større innflytelse på innhold og dimensjonering av utdanningene. SiV ønsker økt oppmerksomhet på kvaliteten og innholdet i bachelorutdanningen i sykepleie. Sykehuset har først og fremst behov for høyere kompetanse innenfor det praksisrettede feltet.

SiV er i dialog med HSN om det bør opprettes en formalisert hospiteringsordning for å bidra til at fagpersonalet ved HSN har oppdatert og god kjennskap til sykehusets oppgaver, utfordringer og arbeidsmetodikk. At høgskolelærere deltar i de alminnelige arbeidsoppgavene i praksisfeltet i en gitt periode, og at dette etableres som en regelmessig aktivitet, kan potensielt sett være et godt tiltak for å bidra til at studentene

tilbys en utdanning med helhet og sammenheng. Kombinerte stillinger, hvor enten ansatte i sykehuset eller HSN utfører avtalte arbeidsoppgaver i begge institusjonene, kan også være et aktuelt tiltak å teste ut for å sikre en mer praksisnær og relevant utdanning.

På SiV er det kontinuerlig oppmerksomhet på kompetanseutvikling og sikring av kompetanse hos medarbeiderne. Men det er store forskjeller i kvaliteten på hvordan dette arbeidet utføres. Enkelte enheter jobber systematisk og godt og er ISO-sertifiserte og akkrediterte. Andre enheter jobber mindre systematisk og mangler tilstrekkelig oversikt over medarbeidernes kompetanse til å utføre nærmere beskrevne oppgaver. Arbeidsgiver har ansvar for å sikre at de ansatte vet hva de skal gjøre, når de skal gjøre det, og hvordan de skal gjøre det. Sykehuset har besluttet å innføre et IKT-basert kompetansesystem som skal støtte lederne og medarbeiderne i arbeidet med kompetanseutvikling og kompetansesikring. Lykkes vi, vil det kunne ha en betydelig positiv effekt på kvalitet og pasientsikkerhet.

Stadig mer av aktiviteten ved SiV foregår i team og med stor grad av tverrfaglighet. Dette stiller også nye krav til de ansattes kompetanse, og dermed til sykehusets satsing på kompetanseutvikling i årene framover. Tilsvarende gjelder for nye samarbeidsformer med primærhelsetjenesten. Disse teamene består både av personer fra ulike profesjoner, men også mellom ulike spesialiteter innen samme profesjon.

For å kunne bruke arbeidskraften mer ressurseffektivt, frigjøre tid til mer spesialiserte oppgaver, fjerne flaskehals og gi mer effektiv pasientbehandling, kan oppgavedeling mellom og innen yrkesgrupper være et hensiktsmessig virkemiddel. På SiV er beskrivende radiograf, og sykepleiere som setter intravitreale injeksjoner eksempler på slik oppgavedeling. Oppgavedeling må framover vurderes innen flere områder, f.eks. mellom leger og administrativt støttepersonell, mellom operasjonssykepleiere og ordinære sykepleiere, mellom radiologer og radiografer knyttet til ultralyddiagnostikk, mellom patologer og bioingeniører knyttet til makrobeskjæringer, mellom leger og sykepleiere i forbindelse med koloskopier osv.

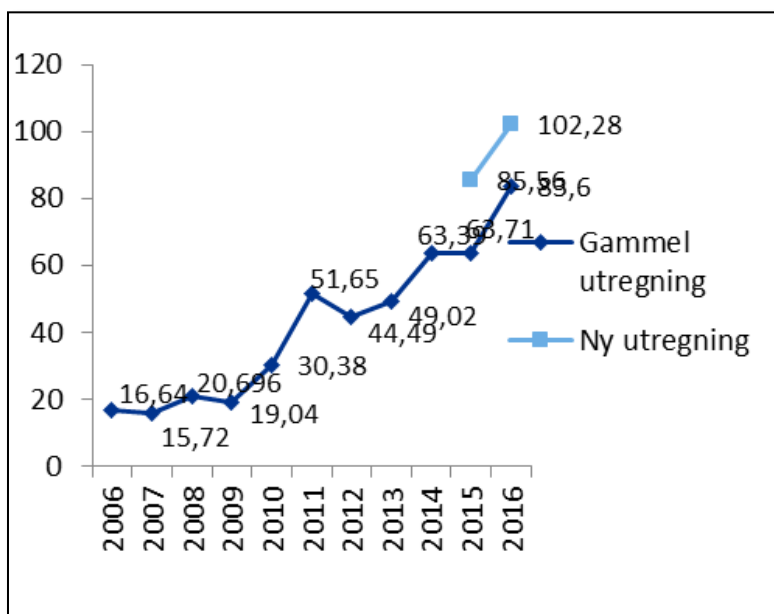
3.8 Forskning og innovasjon

Forskning er en av sykehusets lovpålagte kjerneoppgaver, og er viktig for kvaliteten og sikkerheten i pasientbehandlingen. For SiV er det et viktig mål at forskningen kan gi noe tilbake til pasientene, enten det er ny kunnskap, nye behandlingsmetoder eller nye rutiner. Forskningen skal så langt det lar seg gjøre være forankret i brukermedvirkning. Samarbeid med industrien, som ved utprøving av ny teknologi eller legemidler, skal foregå i åpne og ryddige former.

SiV ser at mangfoldet i forskning er viktig, men at etableringen av sterke miljøer fører til et stabilt og faglig godt forskningsmiljø, som er avgjørende for fortsatt høy kvalitet og kvantitet. Gjennom en kombinasjon av intern og ekstern finansiering har SiV etablert forskningsfyrtårn innen aldring og helse, sykkelig overvekt og mikrobiologi.

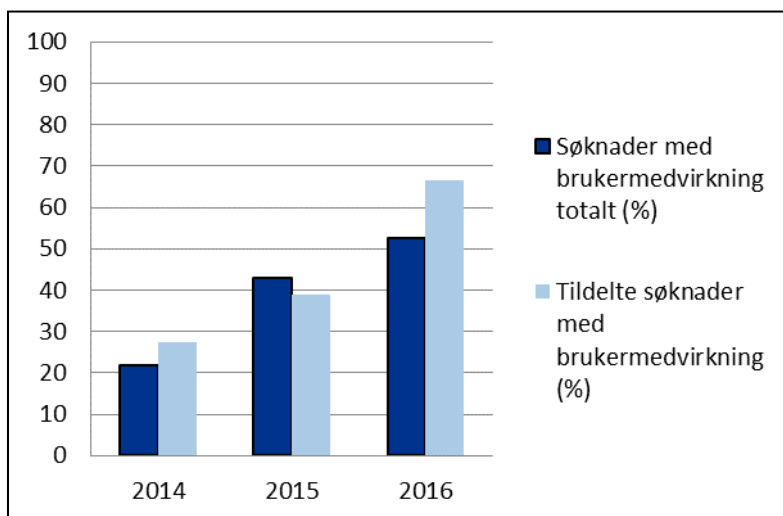
Forskningsformidling er en avgjørende del av anvendt forskning. SiV følger opp regjeringens mål om at resultater av offentlig finansiert forskning skal være åpent tilgjengelig, og det er stadig økende fokus på publisering i tidsskrifter med åpen tilgang (Open Access). I tillegg deltar forskere fra SiV på forskningsarenaer og i den offentlige helsedebatten.

Forskningspoeng ved SiV



Figur 3-7 Utvikling av forskningspoeng ved SiV

Brukermedvirkning i forskningsprosjekter



Figur 3-8 Antall forskningsprosjekter med brukermidvirkning

Innovasjon er helt essensielt i forhold til å løse morgendagens behov for helsetjenester. Det foregår en rekke aktiviteter ved Sykehuset i Vestfold av innovativ karakter. Med et pågående byggeprosjekt benytter SiV dette som en brekkstang i innovasjon av nye konsepter for bygg, med tilhørende teknologi og tjenester/behandling. Det er også en ambisjon å integrere forskning og innovasjon mer med klinikk.

Parallelt med utviklingsplanen har SiV utviklet et framtidig målbilde for teknologi i sykehuset. Et hovedpoeng i målbillediskusjonen er at en forutsetning for å lykkes er en fleksibel organisasjon med evne til innovasjon og endring.

3.9 Økonomi

For at SiV skal ha kompetanse, MTU (Medisinsk Teknisk Utstyr) og bygg til å kunne drive en pasientsikker og kvalitativt god behandling, må foretaket drifte sykehuset effektivt og med god produktivitet. Det er helt nødvendig for SiV å drive med overskudd, da SiVs behov for å investere er høyere enn de investeringsmidler eier tilfører foretaket hvert år. SiV budsjetterer derfor med overskudd, og har de senere år i tillegg hatt positivt budsjettavvik i regnskapet. Nivået på overskuddet i budsjettet bestemmes av behovet for driftsmidler i forhold til behovet for investeringsmidler ut fra målet om en bærekraftig økonomisk utvikling. Derfor kan budsjettert overskudd variere fra år til år. De nevnte overskuddene har gitt SiV grunnlag gjennom flere år til å gjøre viktige og riktige investeringer både i forhold til MTU og bygg. Særlig er arealer innenfor PHV og TSB blitt fornyet de senere årene. Gjennomsnittlig levealder på MTU som klassifiseres som investeringer har gått ned de siste årene, og kartlegging av standard på bygningsmassen i hele HSØ viser at SiVs bygningsmasse er blant de aller beste. Se mer om dette i punktene 3.10. og 3.11.

Det har vært nødvendig med kontinuerlige omstillinger i driften for å oppnå de nevnte resultatene. Foretaket har også økonomiske utfordringer foran seg som krever ytterligere, og kanskje også økte, omstillinger. Foretaket fikk i 2016 godkjent å gå fra forprosjekt til gjennomføring av det 7. byggetrinn i den langtidsplanen som Vestfold fylkeskommune la midt på 1980-tallet for å fornye bygningsmassen for sykehuset i Tønsberg. SiV tildeles 70 % lån til prosjektet, men slik nybygg finansieres i dagens økonomiske modell i HSØ, må SiV selv skaffe driftsmidler til å dekke økte drifts-, avskrivnings- og rentekostnader. Det er lagt en plan for å opparbeide en driftsøkonomi som gjør at store deler av denne forbedringen skjer innen foretaket tar i bruk den nye bygningsmassen.

Foreløpig følges nevnte plan - med et overskudd i 2017 på ca. 95 mill kr -, men foretaket går inn i en krevende periode i forhold til å opprettholde dagens bærekraftige økonomi. Det er foretakets vurdering at så langt har de nødvendige endringene ikke påvirket pasientsikkerhet og kvalitet negativt, snarere tvert i mot. Dette er en klar ambisjon også for fremtiden. Lykkes foretaket med dette, samtidig som bygningsmassen i stor grad vil være fornyet innen 2021, ligger forholdene godt til rette for at SiV skal kunne fortsette å gi et godt spesialisthelsetjenestetilbud til Vestfolds befolkning, og fortsatt opprettholde sin bærekraftige økonomisk utvikling.

3.10 Teknologi og utstyr

3.10.1 IKT

SiVs IKT portefølje kan i dag grupperes i følgende hovedkategorier:

- Nasjonale og regionale prosjekter; Digital fornying/Sykehuspartner infrastrukturprosjekter
- Lokale SiV initierte prosjekter
- Tønsbergprosjektet (bygnær IKT)
- Ikke-bygnær IKT i Tønsbergprosjektet

Mye av rammene for teknologiutviklingen i SiV er lagt gjennom nasjonale og regionale målbilder og planer. Fra HSØ er programmer gjennom Digital fornying viktige premissgivere og leverandører av store deler av porteføljen. Det er fra sykehusets side ønskelig i tiden framover å skape mer rom for å arbeide med prosjekter i de tre siste kategoriene.

SiV benytter i dag en relativt moderne IKT plattform for sine applikasjoner, men vil i tiden framover oppgradere denne i takt med Sykehuspartners infrastrukturmoderniseringsprogram. Dette vil skje gradvis fram mot innflytting i nytt bygg i 2021.

Kliniske applikasjoner

RKL (et program for Regional Klinisk Løsning i HSØ) skal bidra til å bedre pasientsikkerheten og kvaliteten i pasientbehandlingen i Helse Sør-Øst gjennom å standardisere, konsolidere og modernisere regionens kliniske løsninger og prosesser.

SiV har oppgradert til siste standardiserte regionale versjon av DIPS i HSØ, med felles regionale prosedyrer, rutiner og tilgangsstyring. Det samme gjelder for medikamentell kreftbehandling, kjernejournal, e-resept og epikriser mellom noen Helseforetak (OUS)

Digital samhandling med primærhelsetjenesten gjennomføres via meldinger til og fra legekontorer og kommuner. Dette gjelder interaktiv henvisning og rekvisisjon (IHR), pleie og omsorgsmeldinger (PLO), og elektroniske LABsvar fra våre laboratoriesystemer.

Arbeidet med elektronisk kurve har så vidt startet og er planlagt levert i begynnelsen av 2019. Sykehusets laboratorie- og radiologisystemer er ikke regionale foreløpig. Dette er estimert levert i løpet av 2021/22.

Administrative systemer

SiV benytter i dag regional ERP som sitt regnskaps- og logistikksystem. Innen sak/arkiv bruker sykehuset Public360, som også er et regionalt driftet system. EK benyttes som kvalitetssystem av hele sykehuset, og EQS benyttes som et felles avvikssystem.

Eiendom

Til bruk i forvaltning, drift og vedlikehold av sykehusets eiendommer benytter sykehuset i dag blant annet programmene Lydia og Jonatan Clean. BIM er sentralt for sykehuset og i Tønsbergprosjektet

3.10.2 Medisinsk teknisk utstyr (MTU)

SiV har over flere år standardisert MTU så langt som mulig, og det har gitt gode effekter i form av bedre kunnskap/trygghet i bruken for ansatte, og ikke minst gitt økt pasientsikkerhet.

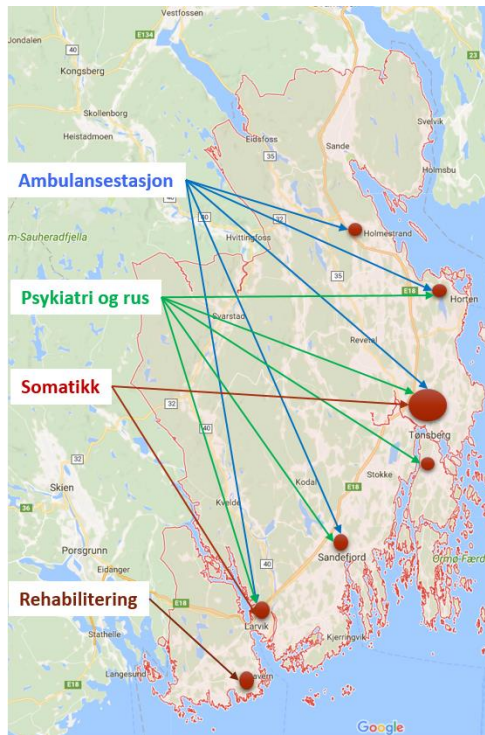
Siste store oppgradering av MTU skjedde i 2005-2006 ved innflytning i byggetrinn 6. Det medførte en stor nedgang i gjennomsnittsalderen på MTU ved sykehuset. Siden den gang har det blitt investert store beløp årlig i nytt MTU. Gjennomsnittsalderen for MTU ved SiV er 9 år, og for hele HSØ ligger den på 9,4 år (2016 tall). Det er gjort beregninger som viser at for å opprettholde dagens gjennomsnittsalder på MTU, bør det investeres rundt kr. 50 millioner årlig bare i MTU.

Investeringene de siste årene spesielt innen radiologi, laboratoriene og kirurgi har vært med på å gjøre SiV konkurransedyktig i et stadig mer konkurransutsatt marked. Sykehuset skal ta i bruk nytt Psykiatribygg i 2019 og nytt Somatikkbygg i 2021. Ved innflytting er det bestemt at sykehuset skal ha et gjenbruk av MTU på 50 %, noe som er meget lavt sett i forhold til tidligere utbygginger i HSØ. Men dette må sees i sammenheng med beslutningen om at de årlige investeringene skal fortsette i samme takt fram til innflytting.

3.11 Dagens bygg

3.11.1 Areal og kapasitet:

Sykehuset i Vestfold har aktivitet på i alt 21 lokasjoner innenfor opptaksområdet.



By	Areal kvm(BTO)	Antall lokasjoner /bygg	Funksjoner
Holmestrand	Amb.stasjon - 352 kvm	1 bygg	Ambulansestasjon
Horten	Glennie - 1.603 kvm Amb.stasjon - 352 kvm HMS - 549 kvm (innleie)	3/3 bygg	DPS Amb.stasjon DPS og LAR
Tønsberg	Sykehusområdet – 119.000 kvm Solvang – 3.640 kvm Granlli – 8.470 kvm Leieobjekter – 6.280 kvm	1/26 bygg 1/3 bygg 1/8 bygg 4/4 bygg	Somatikk, Psykiatri og Amb.stasjon Somatikk og habilite Psykiatri og NSAH BUPA, LAR og adm.
Nøtterøy	Linde – 7.860 kvm Skjerve – 6.330kvm	1/3 bygg 1/4 bygg	DPS RUS
Sandefjord	Amb.stasjon - 500 kvm Preståsen – 1.930 kvm Leieobjekter – 293 kvm	1/1 1/4 bygg 2/2 bygg	Amb.stasjon DPS LAR og Blodbank
Larvik	Larvik sykehus – 12.985 kvm Furubakken – 4.712 kvm Leieobjekter - 1.216 kvm	1/3 bygg 1/3 bygg 1	Somatikk, Amb.stasj Utleie DPS DPS
Stavern	Kysthospitalet – 11.421 kvm	1/ 6 bygg	Fysikalskmedisinsk rehabilitering
Totalt	187.495 kvm - Eide arealer = 179.156 kvm - Leie arealer = 8.338 kvm - Utleide arealer= 2.650 kvm	21/72 bygg	

Figur 3-9 Oversikt over SiVs lokasjoner

Virksomheten har sitt hovedsete på sykehuset i Tønsberg. 64 % av arealene er her. Brorparten av arealene er i eget eie, men sykehuset leier også lokaler på til sammen 8.338 kvm. Dette er lokaler som i hovedsak benyttes til psykisk helsevern og rusbehandling og ambulansestasjoner.

Totalt areal (brutto)	Eide arealer (brutto)	Leide arealer (brutto)	Totale leiekostnader Pr år
187.495 kvm	179.156 kvm	8.338 kvm	18,4 mnok

Tabell 3-7 Oversikt over eide og leide lokaler

3.11.2 Sengekapasitet

Sengekapasiteten for den somatiske medisinske og kirurgiske virksomheten per desember 2017 var på 337 normerte senger og 298 bemannede senger. 15 av de bemannede og normerte sengene er i Larvik. For oversikt over sengekapasitet og bemannede senger, viser vi til tabellen nedenfor.

Tabell 3-8 oversikt over sengekapasitet og bemannede senger

Sammendrag sengekapasitet (normerte/effektive og tekniske senger)	Antall
Normert sengekapasitet/effektive senger Tønsberg	322/283

Tekniske senger (intensiv 8/5, postoperativ 22, medisinsk overvåkning 8, Nyfødt 12, føde 4, obs 10)	64/61			
Sum senger Tønsberg (inkl. tekniske senger)	386/344			
Normert sengekapasitet Larvik	15			
Tekniske senger – Oppvåkning	6			
Sum senger Larvik (inkl. tekniske senger)	21			
Totalt	407/365			
Lokalisering	Seksjon/post	Normerte senger(areal)	Effektive senger(bemannet)	
Tønsberg	Kir 2A gastro-bryst	29	25/21	
	Kir 2B kreft	18	14/11	
	Kir 3AB uro-gyn-kar	29	25/17	
	Kir 6C orto	27	27	
	Kir 4B Mottak	12	12	
	Føde-Barsel 4C	24	24	
	Senger Kirurgi	139	127/112	
	Med 2C gastro-nyre-endo	27	19	
	Med 3C nevro-geriatri	27	27	
	Med 5A lunge	28	28	
	Med 5BC hjerte	28	25	
	Med 7A felles	27	14 sommer/20 vinter	
	Med 7C infeksjon/hematologi	23	23	
	Med 1AB barn/ung	23	20	
	Senger Medisin	183	156/162	
	Tønsberg	Totalt	322	283/274
Larvik	Kir post L	15	15	

Tabell 3-9 Oversikt over sengekapasitet fordelt på seksjon (kirurgisk og medisinsk klinikk)

Kirurgisk klinikk

Klinikken har drift i Tønsberg og i Larvik. I Larvik er det operasjonsstuer for ortopedisk planlagt operativ virksomhet innen hoft-/kneprotese- og ryggkirurgi, ortopedisk sengepost, ortopedisk dagbehandling og ortopedisk poliklinikk.

Virksomheten justerer aktivitet og operasjonsplanlegging i forhold til normal drift og lavaktivitet gjennom året.

Medisinsk klinikk

Medisinsk klinikk har hoveddriften i Tønsberg, med all inneliggende aktivitet. Klinikken har polikliniske tilbud i Larvik innen diabetes (sykepleierpoliklinikk) og geriatri (daghospital).

Det gjøres fortløpende vurderinger av hvor mange senger som skal benyttes. Klinikken benytter antall normerte senger som ikke er i bruk i beredskap ved overbelegg. Medisinsk klinikk har lite variasjon gjennom uken med over 95 % øyeblikkelig hjelp innleggelser. Derfor har de samme sengetall i helg som i ukedager.

Operasjonskapasitet:

Infrastruktur	Sentraloperasjon		Dagkirurgi	
	Tønsberg	Tønsberg	Larvik	Larvik
Antall operasjonsstuer	11	5	4	4
Antall oppvåkning	16	6	6	6

Klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering, Kysthospitalet

I Stavanger ligger Sykehuset i Vestfolds tilbud til pasienter som trenger rehabilitering: Klinikk Fysikalsk Medisin og Rehabilitering. Klinikken er godkjent som gruppe 1-institusjon for spesialisering av leger innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Klinikken har 45 senger.

3.12 Kort oppsummering

Beskrivelsen ovenfor kan oppsummeres i noen viktige hovedpunkter:

1. Over 80 % av Vestfoldbefolkningens behov for somatiske helsetjenester dekkes ved SiV (målt som andelen kontakter med spesialisthelsetjenesten).
2. Denne andelen er enda en god del større for PHV og TSB; inkludert barne- og ungdomspsykiatrien.
3. SiV har god dekning innen de aller fleste av de hovedspesialiteter som vanligvis ligger til allsidige akutt sykehus.
4. I tillegg har sykehuset noen fagområder som til dels også utfører oppgaver for pasienter utenfor eget sykehusområde. Blant disse kan nevnes:
 - Behandling av sykkelig overvekt (SSO)
 - Karkirurgi
 - Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
 - Glensenter for autisme
 - Klinikk Fysikalsk Medisin og Rehabilitering
5. SiV rekrutterer godt innen de aller fleste spesialiteter og innen de fleste profesjoner.
6. SiV leverer gjennomgående godt på de aller fleste av de kvalitetsindikatorerne som sykehuset måles på.
7. SiV har en bærekraftig økonomi, og har gjennom en årrekke levert resultater som budsjettert eller bedre.
8. Som følge av en bærekraftig økonomi har sykehuset god standard på bygningsmassen og MTU, og har brukt betydelige summer de senere årene på å oppgradere disse innsatsfaktorene.
9. SiV har gjennom en årrekke arbeidet systematisk med å utvikle en robust organisasjons- og ledelsesmodell. Som det framgår av kapittel 10, vil dette arbeidet bli ytterligere forsterket i årene som kommer.
10. SiV har gode samhandlingsstrukturer med kommunene i Vestfold, og vil om relativt kort tid bare ha 6 kommuner å forholde seg til. Dette gir gode forutsetninger for å utvikle samhandlingen ytterligere.

4 KAPITTEL – Overordnede samfunnsmessige utfordringer og drivere for endring

4.1 Bakgrunn

Siden denne utviklingsplanen har et tidsperspektiv fram mot 2035, er det viktig å sette den inn i en større, samfunnsmessig sammenheng. Vi vil derfor i dette kapitlet gi en overordnet beskrivelse av noen viktige samfunnsmessige utfordringer som også vil måtte prege helsesektoren i årene som kommer, og som SiV må ha et aktivt og bevisst forhold til.

Helse- og omsorgssektoren er et politikkområde med høyt og vedvarende engasjement fra mange parter. Særinteresser har organisert seg i over 140 interesseorganisasjoner, og de ansatte har organisert seg i rundt 35 fagforeninger. Helse spørsmål preger nærmest daglig både mediene og den politiske dagsorden.

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 offentliges 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 – som andre helseforetak - legge til rette for en betydelig økning i innovasjonsevnen også på andre områder enn det teknologiske og rent medisinskfaglige.

4.2 Veier til bærekraftig verdiskaping og velferd

Arbeidslivspolitikken er viktig for alle helseforetak. Den berører lov- og avtaleverk og andre tiltak som gir rammene blant annet for arbeidsgivers handlingsrom gjennom utøvelse av styringsretten. En målrettet arbeidslivspolitikkk skal bidra til økt arbeidsdeltakelse, et godt arbeidsmiljø og høy produktivitet.

Det nære samspillet, og den gjensidige avhengigheten, mellom offentlig og privat sektor er et annet viktig utgangspunkt. De gode velferdsordningene i Norge forutsetter høy økonomisk verdiskaping og en mest mulig effektiv offentlig sektor. Velfungerende offentlige tjenester og universelle velferdsordninger er nødvendige forutsetninger for høy verdiskaping og utviklingen av et bærekraftig samfunn.

Den norske samfunnsmodellen, med en sterk privat sektor, en velutviklet velferdsstat, og et organisert arbeidsliv, har gitt gode resultater. Modellen har langt på vei vært avgjørende for at vi har hatt tilstrekkelig og kompetent arbeidskraft til både privat og offentlig sektor, og har samtidig bidratt til betydelig omstillingsevne i arbeidslivet.

Perspektivmeldingen som ble behandlet i Stortinget våren 2017, viste at det går mot trangere økonomiske tider også i Norge, med lite rom for vekst i offentlige utgifter. Meldingen beskriver at i årene framover vil handlingsregelen kun åpne for 3-4 milliarder

kroner mer i offentlige utgifter per år. De siste 15 årene har det i gjennomsnitt vært 12 milliarder kroner ekstra i statsbudsjettet per år.

På lang sikt er utfordringene enda større. Fra slutten av 2020-tallet av må det kuttes 5 milliarder kroner i utgifter per år for å dekke de voksende utgiftene til pensjon og helsesektoren, som følge av at befolkningen blir eldre.

Meldingen pekte også på at Norge står overfor krevende statsfinansielle utfordringer i de neste tiårene, og at det må påregnes at både forventede endringer og uforutsette hendelser vil stille vår evne til omstilling og samarbeid på prøve. Skal de framtidige utfordringene løses på en god måte, må det iverksettes tiltak som både er produktivetsfremmende og som sikrer høy yrkesdeltakelse.

4.3. Drivkrefter på samfunnsnivå - velferdsstatens bærekraft

Regjeringens perspektivmelding har grundig dokumentert at velferdsstaten, slik den er organisert og finansiert i dag, ikke er bærekraftig over tid. I tillegg har Produktivitetskommisjonen i sine rapporter pekt på at produktivetsveksten har falt fra i gjennomsnitt 3 prosent vekst i perioden 1996 – 2005, til 0,8 prosent vekst i perioden 2006- 2015. Dette er bekymringsfullt.

Velferden avhenger av et konkurransedyktig næringsliv - som på sin side er avhengig av en effektiv offentlig sektor. Produktiviteten og omstillingsevnen må økes både i offentlig og privat sektor.

Det norske samfunnet har gjennom de siste tiårene opplevd sterk inntektsutvikling. Norge er tre ganger rikere i dag enn i 1970, og mens vi den gangen lå under gjennomsnittet i OECD, er Norge i dag blant verdens rikeste land.

Den økte rikdommen har preget de offentlige budsjettene. På tross av at de folkevalgte er enige om behovet for sterkere prioriteringer, har stort sett alle budsjettområder hatt vekst i bevilgningene hvert eneste år. Det vil ikke kunne fortsette. Olje- og gassvirksomhetens reduserte betydning for norsk økonomi, kombinert med økte utgifter som følge av en aldrende befolkning, vil måtte føre til strengere prioriteringer i offentlige budsjetter. Mange av de offentlige virksomhetene må derfor være forberedt på økte krav til produktivitet og strammere budsjetter i årene framover. Det gjelder også helseforetakene.

4.2.1 Demografiske endringer

Forventet levealder har aldri vært høyere, og den er forventet å stige ytterligere med omtrent ett år per tiår fram mot det neste århundreskiftet. Ifølge framskrivinger fra SSB, vil antall personer over 70 år dobles i forhold til antall personer i yrkesaktiv alder fram mot 2065. Aldringen av befolkningen påvirker virksomhetene i landet på flere måter. Det vil først og fremst medføre at kostnadene til pensjoner og behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke kraftig, og dermed kreves nye og mer effektive måter å organisere disse tjenestene på.

En annen demografisk trend er befolkningsveksten, spesielt i og rundt de store byene. Norge passerte 5 millioner innbyggere i 2012, og er ventet å passere 6 millioner like etter 2030. Samtidig bor en økende andel av befolkningen i sentrale strøk. Hovedkildene til sentraliseringen er innenlands flytting, og innvandrere som i stor grad bosetter seg i sentrale kommuner når de kommer til Norge. Befolkningsveksten gir økt etterspørsel etter offentlige tjenester, og sammen med sentraliseringen får den betydning både for utbygging av infrastruktur og for organisering og lokalisering av offentlige tjenester.

En tredje demografisk trend som påvirker virksomhetenes rammevilkår, er innvandring. Den gjør både arbeidsstokken og befolkningen det skal ytes tjenester til, mer mangfoldig. Det får konsekvenser både for arbeidsgiverrollen og utviklingen av tjenestene. En vellykket integrering av ansatte med ulik etnisk og kulturell bakgrunn forutsetter et målrettet arbeid med inkludering i virksomhetene. Samtidig vil det øke mangfoldet på brukersiden og øke kravene til mangfold og skreddersøm i utformingen av produkter og tjenester.

4.2.2 Privat og offentlig sektor

Den norske velferdsstaten bygger på forutsetningen om en privat sektor som evner å sikre økonomisk verdiskaping som grunnlag for finansiering av offentlig sektor. På samme måte må produktivitetstilveksten i offentlig sektor være høy, slik at man unngår et skattenivå som belaster privat sektor så sterkt at konkurranseevnen svekkes.

Befolkningen forventer stadig flere velferdstilbud tilgjengelig døgnet rundt, og de politiske kravene til tilgjengelighet på velferdstjenestene øker. Arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser må derfor utvikles slik at de i større grad enn i dag samsvarer med arbeidstakernes, virksomhetenes og samfunnets behov. Gode løsninger som kan gi mer hensiktsmessig drift og flere heltidsstillinger, vil bidra til å styrke velferdstilbudet og verdiskapingen.

Produktivitetskommisjonen pekte i NOU 2015: 1 *Produktivitet – grunnlag for vekst og velferd* på flere viktige sammenhenger mellom arbeidstidsreguleringer og produktivitet, og understreket behovet for at samfunnet holder fast ved en norm om heltid. Kommisjonen viste til at investeringer ikke blir utnyttet fullt ut, særlig i sykehusene, og at måten arbeidstidsreguleringene praktiseres på, medfører at bemanningen utenom ordinær dagtid blir lavere enn det som er optimalt. Dette rammer først og fremst brukerne av offentlige tjenester.

4.3 Tilgang på arbeidskraft

4.4.1. Inkluderingsutfordringer

Yrkesdeltakelsen er høy i Norge sammenliknet med de fleste andre land. Likevel er det stadig flere som av ulike årsaker står utenfor arbeidslivet, slik at sysselsettingsraten er synkende. Med innvandringen og aldringen av befolkningen vil denne trenden forsterkes.

Arbeidsledigheten i Norge er lav i et internasjonalt perspektiv. I enkelte grupper er ledigheten likevel vesentlig høyere enn gjennomsnittet. For eksempel viste SSBs arbeidskraftundersøkelse blant unge under 25 år rundt 11,9 prosent arbeidsledighet i andre kvartal 2017, mot 4,4 prosent for befolkningen under ett. Også blant innvandrere er arbeidsledigheten høyere enn i den øvrige befolkningen, men her er det store forskjeller med hensyn til landbakgrunn. Det er høyere sysselsetting blant innvandrere fra EØS-området enn befolkningen eksklusive innvandrere. Innvandrere fra Asia og Afrika har lavest sysselsetting, men forskjellene er store innad i gruppen. Siden innvandrere ventet å utgjøre en økende andel av befolkningen framover, vil behovet for en styrket integreringsinnsats i arbeidslivet øke.

Til tross for at yrkesdeltakelsen fortsatt er høy, er arbeidstiden i Norge lav sammenliknet med andre land. Gjennomsnittlig arbeidstid har gått gradvis ned siden 1970. Blant annet jobber mange deltid, eller velger å redusere arbeidsinnsatsen til fordel for økt fritid. Det er også en utfordring å få eldre arbeidstakere til å stå lenger i jobb.

Mange står utenfor arbeidslivet på grunn av sykdom eller redusert arbeidsevne. Rundt 1/5 av befolkningen i yrkesaktiv alder mottar en helserelatert trygdeytelse. Til tross for trepartssamarbeidet om inkluderende arbeidsliv (IA), er sykefraværet fortsatt høyt sammenlignet med land det er naturlig å sammenligne med. Det er også en høy andel i yrkesaktiv alder som står permanent utenfor arbeidslivet på en eller annen helserelatert ytelse.

4.3.1 Mobilisering av arbeidskraft

Produktivitetsforbedringer må først og fremst gjennomføres på den enkelte arbeidsplass. Utvikling av arbeidsprosessene både i produksjon og tjenesteyting skjer i dag i rask tempo. Det krever utvikling av nye arbeidsformer og ny kompetanse.

Det er også grunn til å se nærmere på sammenhengen mellom produktivitet og mobilisering. Det er lønnsomt for samfunnet at flest mulig får anledning til å bidra i arbeidslivet. Samtidig vil økt inkludering av utsatte grupper redusere produktiviteten og gjøre omstillinger mer krevende i den enkelte virksomhet.

Dette dilemmaet kan også oppstå i arbeidet med å få seniorer til å stå lenger i arbeid. Med digitaliseringen og den økte endringstakten i arbeidslivet, kan det bli mer krevende å opprettholde produktiviteten blant eldre arbeidstakere. Derfor må mange av dagens seniorgoder avvikles til fordel for kompetansebyggende tiltak. Tilførsel av økt kompetanse vil gjøre seniorene mer attraktive i et framtidig konkurranseutsatt arbeidsmarked.

Det er samfunnets totale produktivitet som er avgjørende for velferdsstatens framtid. Politikktutviklingen framover må derfor fremme og forene hensynene til behovet for økt mobilisering og økt produktivitet så langt som mulig, slik at hensynet til den samlede samfunnsøkonomiske lønnsomheten ivaretas, uten at det går på bekostning av den enkelte virksomhets lønnsomhet.

Ved siden av å øke arbeidstilbudet, er det viktig å få mest mulig verdiskapning ut av arbeidskraften. En bærekraftig velferdsstat forutsetter høy yrkesdeltakelse. Arbeidsgiverforeningen Spekter har utviklet «Arbeidskraftsfond – Innland», som viser verdien av arbeidskraften og effekten av å øke arbeidstilbudet i ulike grupper. For beregningen av «Arbeidskraftsfond – Innland», la Spekter til grunn en årlig produktivitsvekst på 1,5 prosent. Med lavere produktivitsvekst vil den framtidige avkastningen av arbeidskraften bli vesentlig lavere.

Beregningene viser at fondet vil kunne øke sin verdi med over 8 600 milliarder, omtrent like mye som verdien av framtidig avkastning fra dagens oljefond, dersom følgende forhold legges til grunn:

- Kvinners gjennomsnittlige arbeidstid økes fra 31 til 34 timer i uken
- Gapet mellom innvandreres og den øvrige befolkningens yrkesdeltakelse halveres
- Sykefraværet reduseres i henhold til målsettingen i IA-avtalen
- Reell avgangsalder øker med ett år
- Unge får et mer effektivt utdanningsløp og starter karrieren ett år tidligere
- Årlige produktivitsvekst blir på 1,5 prosent

Hvis den årlige produktivitsveksten blir 2,0 prosent i stedet for 1,5 prosent, vil det øke avkastningen med 15 200 milliarder kroner, altså langt over det man kan forvente av avkastning fra Oljefondet.

4.4.3. Kvinners yrkesdeltakelse

Gjennom aktiv likestillingspolitikk er Norge blitt et av de mest likestilte landene i verden. Det er høy sysselsetting blant kvinner, og det er innført ordninger som gjør at familier kan kombinere arbeid og familieliv på en god måte. Likevel arbeider fortsatt 38 prosent

av kvinnene deltid, mot 13 prosent av mennene. Det er fortsatt kvinnene som tar mesteparten av ansvaret hjemme, og som dermed velger bort arbeid til fordel for omsorgsoppgaver. Dette er en av de største likestillingsutfordringene framover.

Norge trenger kvinnearbeidskraften, og det må utvikles tiltak som bidrar til at flere kvinner får mulighet til å øke sin yrkesdeltakelse. Et avgjørende tiltak er å endre arbeidstidsbestemmelsene.

4.4.4. Innvandreres yrkesdeltakelse må styrkes

Det er allmenn enighet om at arbeidslivet spiller en sentral rolle i arbeidet med å få til en vellykket integrering. Partene i arbeidslivet og myndighetene har signert en samarbeidserklæring om en del premisser for arbeidet med integrering i arbeidslivet. Dette er særlig knyttet til integrering av flyktninger. Kvalifisering og satsing på kompetanse skal fortsatt være hovedstrategien i inkluderingsarbeidet. Det skal ikke etableres egne støtteordninger for flyktninger. I stedet skal eksisterende ordninger gjøres mer målrettede og skreddersydde for å få flyktninger raskere i jobb. Det er også etablert et såkalt «hurtigspor», hvor flyktnings kompetanse bedre og raskere kan tas i bruk på områder hvor det er behov for arbeidskraft.

Også Sykehuset i Vestfold vil bidra til å nå målene i erklæringen ved å arbeide for at det skapes flere og varierte tiltaksplasser i arbeidslivet, slik at flyktninger får relevant arbeidstrening og jobb.

4.3.2 Økning i reell avgangsalder.

Eldre arbeidstakere utgjør en ressurs for arbeidslivet. Derfor må arbeidslivspolitikken innrettes slik at det blir attraktivt for eldre arbeidstakere å stå lengre i arbeid. Med pensjonsreformen er folketrygden nå endret, slik at den både er økonomisk mer bærekraftig og stimulerer til arbeid. Den gir en mer fleksibel avgangsalder og større muligheter til å kombinere pensjon og arbeid. Utvikling av pensjonssystemet må i størst mulig grad stimulere til fortsatt yrkesaktivitet.

Det er også nødvendig med en kritisk gjennomgang av alle særaldersgrensene. Målsettingen må være at pensjonsordningene og lovverket i privat og offentlig sektor utvikler seg i samme retning, i tråd med målene i pensjonsreformen og på en slik måte at det letter mobiliteten i arbeidslivet også for eldre arbeidstakere.

Helseforetakene er omfattet av egne særlover knyttet til pensjon, f.eks. lovgivning som gir særaldersgrenser. Sykehuset i Vestfold støtter arbeidet for at disse særlovene (for eksempel sykepleiepensjonsloven) oppheves, og at virksomhetene omfattes av samme lovgivning som andre virksomheter.

4.3.3 Sykefraværet m reduseres

Inneværende avtale om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) ble inngått mellom partene i arbeidslivet og myndighetene i mars 2014 og utløper i desember 2018. Avtalen har tre delmål:

- Reduksjon av sykefravær
- Inkludering av personer med redusert funksjonsevne
- Økning av den reelle pensjonsalderen

Avtalen har gitt resultater, men målene er ikke nådd. Målet for sykefraværsreduksjonen er en nedgang på 20 prosent sammenlignet med 2. kvartal 2001. Nedgangen hittil har vært på om lag 11 prosent, og de siste årene har sykefraværet stabilisert seg på dette nivået. Det er ikke tilfredsstillende. Andelen sysselsatte funksjonshemmede har vært ganske stabil i avtaleperioden.

En økning av den reelle pensjonsalderen er det IA-målet hvor man har kommet lengst. Tall fra 2016 viser at yrkesaktiviteten foreløpig har økt med 0,9 år fra 2009, og er nå bare 0,1 år unna målet på 1 år i 2018.

En forutsetning for IA-avtalen har vært enigheten om å bevare sykelønnsordningen. Ordningen er imidlertid svært kostnadskrevende. I 2015 kostet den samfunnet 27 milliarder kroner, og det er betydelige kostnader for arbeidsgiver også ut over arbeidsgiverperioden de 16 første dagene av sykefraværet. Gjennom 15 år er det med andre ord forsøkt ulike tiltak og tilnærminger uten at det har gitt de ønskede resultater.

Helseforetakenes arbeidsgiverorganisasjon Spekter vil iverksette et arbeid for å vurdere om det er hensiktsmessig å fortsette med IA- avtaleordningen, og om dagens delmål er de riktige, eller om alternative mål kan tjene virksomhetene bedre. I dette arbeidet bør det også vurderes om det kan utvikles alternative sykelønnsmodeller og mer balanserte ansvarsforhold mellom de tre avtalepartene. NAVs rolle i arbeidet må også evalueres.

Sykehuset i Vestfold vil støtte arbeidet for at det nedsettes et offentlig utvalg som skal se nærmere på årsaker til sykefravær, og i tillegg foreslå tiltak for å redusere sykefraværet i Norge. Utvalget skal særlig se på tiltak for å redusere sykefraværet blant kvinner. Arbeidslivets parter må være representert i dette utvalget.

I tillegg til mobilisering er også kvalifisering et nøkkelord i diskusjonen rundt IA- avtalen. Kvalifisering er et spesielt viktig virkemiddel for at grupper med høyt frafall fra, og svak tilknytning til, arbeidslivet skal komme i, eller beholde arbeid. I de kommende IA-avtaleforhandlingene må disse to sentrale elementene få en større plass enn tidligere.

4.4 Kompetanse

4.4.1 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. Nok og riktig kompetanse er derfor en forutsetning for produktivitet, omstilling og mobilisering av arbeidskraft. Det gjelder både faglige kvalifikasjoner og evnen og viljen til fleksibilitet og omstilling. Dette skjerper i sin tur kravene til utdanning, kompetanse og livslang læring.

For eksempel øker kravene til de ansattes kunnskaper og ferdigheter til å mestre og utnytte den digitale teknologien.

Det er for liten sammenheng mellom arbeidslivets behov for kompetanse og utdanningsinstitusjonenes tilbud. I en undersøkelse Opinion har utført, sier over halvparten av virksomhetene at nyutdannede arbeidstakere ikke er godt nok forberedt på arbeidslivet. Dette synet deles på tvers av virksomhetsstørrelse, bransje og geografi. Ifølge virksomhetene er også mangel på tilstrekkelig og relevant kompetanse den viktigste hindringen for økt produktivitet i deres virksomhet.

Utviklingen i retning av et arbeidsliv med stadig høyere krav til relevant kompetanse, vil få betydning ikke bare for utdannings- og forskningssektoren, men også for virksomhetene. Behovet for at den enkelte arbeidstaker fornyer og videreutvikler kompetansen gjennom hele karrieren vil øke.

4.4.2 Utdanning og kompetanse

Tilgang til god, relevant og tilstrekkelig kompetanse forutsetter en tett kobling mellom arbeidslivspolitikken og utdannings- og kompetansepolitikken.

For helseforetakene er det virksomhetsperspektivet og anvendelsen 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.

Frafall fra videregående opplæring er et betydelig problem. Tall fra 2016 viser at andelen som har bestått fem år etter påbegynt videregående opplæring har økt med to prosentpoeng fra 2014 til 2015, men fortsatt er det 27 prosent som ikke fullfører. Dette representerer en stor sløsing med ressurser både for individ og samfunn. Tilgangen til kompetent og kvalifisert arbeidskraft blir lavere enn den ellers ville ha vært, og mange står i fare for å falle varig utenfor arbeidslivet.

Det legges i dag stor vekt på ungdommens egne ønsker ved dimensjonering av utdanningstilbudene. For å møte etterspørselen etter arbeidskraft med rett kompetanse, må ungdom gis bedre forutsetninger for å ta kvalifiserte valg. Samtidig bør det legges mer vekt på arbeidslivets behov ved dimensjonering av utdanningene. Selv om Norge har et høyt utdanningsnivå, er det stort behov både for yrkesrettede utdanninger på videregående nivå, fagskoleutdanning og profesjonsrettede utdanninger i høyere utdanning. Det må legges større vekt på hensiktsmessig oppgavedeling mellom yrker og profesjoner, spesielt innenfor helsesektoren.

Endringer i arbeidsmarkedet krever at voksne i større grad enn før må rekvalifisere seg. Dette vil kreve mer fleksible kvalifikasjonsmodeller og livslang karriéreveiledning, og det vil kreve godt samarbeid mellom den enkelte arbeidstaker og arbeidsgiverne.

4.4.3 Kompetanseutvikling i livsløpet

Arbeidslivet framover vil bli preget av hyppigere endringer som følge av internasjonal konkurranse, teknologisk utvikling, kompetanseskift og naturlige omstillinger. Det øker behovet for individuelle karriérevalg og oftere jobbskifter gjennom et livsløp, og da med en sterkere forankring i *kompetansetrygghet* enn i *stillingstrygghet*. Arbeidslinjen handler ikke om å være tilknyttet en enkelt arbeidsplass hele eller store deler av livet. Aktiv tilknytning til arbeidslivet gjennom forskjellige livsfaser, krever løpende kompetanseutvikling og endringsvilje. Utvikling av kompetansetrygghet vil være helt avgjørende for å kunne foreta individuelle valg i ulike faser av livet. Dette krever målrettet innsats både fra den enkelte arbeidstaker og fra virksomhetene.

Mobilisering av eldre arbeidstakere dreier seg ikke bare om pensjon. Arbeidsforhold, arbeidsoppgaver og kompetansebehov må også vies oppmerksomhet. Særskilte seniorgoder som innebærer redusert tilstedeværelse på jobb bør derfor utvikles. Det er viktigere med tiltak som gir mestringsopplevelse, faglig utvikling og sosial tilhørighet til arbeidsplassen.

Folk må stimuleres til å stå lengst mulig i arbeid, og mobiliteten blant medarbeidere over 50 år må øke. Det meste av oppmerksomheten har så langt vært på individenes rettigheter og muligheter og samfunnets arbeidskraftbehov framover. Men behovet for å øke mobiliteten blant seniorer må også belyses ut fra virksomhetenes utfordringer, krav til produktivitet og behovet for omstilling. I et arbeidsliv i stadig omstilling bør den enkelte stimuleres til å ta større ansvar for egen kompetanse og karriéreutvikling i tillegg til det arbeidsgiver kan dekke som følge av virksomhetens behov.

4.5.4. Kompetanse og arbeidsprosesser må tilpasses virksomhetenes behov

Helsesektoren er profesjonenes sektor. 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.

Det er ledelsen i virksomheten som 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. Her kreves det mer målrettede og strategiske grep i årene framover.

4.5 Utvikling, omstilling og innovasjon

4.5.1 Utviklingsarbeid

En forutsetning for at velferdsstaten skal være bærekraftig i et generasjonsperspektiv, er at offentlig sektor hele tiden evner å fornye seg og bli mer effektiv. Målet må være en offentlig sektor preget av kvalitet, tilgjengelighet og økonomisk effektivitet, samtidig som den er fleksibel nok til å endre seg i takt med nye utfordringer og endrede behov. Innovasjon, omstilling og økt bruk av digitale løsninger i offentlig sektor er en nøkkel for å få dette til.

Forbedringer og omstillinger kan likevel være vanskelige å gjennomføre i praksis, fordi det krever endringer i rotfestede tankemåter, arbeidsrutiner og lovverk – eller fordi det truer interessene til enkeltgrupper. Innovasjon innebærer også alltid en risiko for å mislykkes. Hvis man vil legge til rette for en innovasjonskultur i offentlig sektor, må det derfor være aksept for risiko, og for at innovasjon er en lærende prosess hvor det er rom for å gjøre feil.

Samfunnet må få mest mulig velferd ut av de ressursene og kronene som stilles til rådighet. Det er grunn til å stille spørsmål om oljerikdommen har bidratt til å senke bevisstheten om at hver brukt krone eller arbeidstime har en alternativ anvendelse.

Skal man ha ambisjon om å få mest mulig ut av hver krone anvendt i offentlig sektor, må sektoren være godt styrt, godt organisert og ha rammebetingelser som legger til rette for fornyelse og innovasjon. Innovasjon handler, som nevnt ovenfor, ikke bare om utvikling av nye produkter og tjenester, men også om nye og mer effektive arbeidsmetoder og organisasjonsformer. I offentlig sektor vil den sistnevnte formen for innovasjon ofte være vel så virkningsfull.

4.5.2 Digitalisering og økt endringstakt

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

Norge er et av landene i verden hvor digitaliseringen har kommet lengst. Dette har stor betydning for samfunnsutviklingen, blant annet gjennom mulighetene til økt produktivitet og utvikling av nye tjenester og markeder. Den teknologiske utviklingen øker potensialet for effektivisering av offentlig sektor og forbedring av offentlige tilbud. Ved å levere bedre tjenester til lavere kostnader, kan velferdsstaten både bli bedre og mer bærekraftig.

Samtidig skaper digitaliseringen nye og krevende utfordringer. På virksomhetsnivå forsterker den behovet for omstilling og ny kompetanse. Mange virksomheter vil dessuten ha behov for endrede regulatoriske rammer for å kunne lykkes i markedet.

I tillegg kan det være utfordrende for mange 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 framover. Digitale løsninger går raskt ut på dato og krever hyppige utskiftninger, noe som er kapitalkrevende. I tillegg øker behovet for økt beredskap for å redusere den digitale sårbarheten i samfunnet, også innenfor helse og omsorg. Dette har vi flere eksempler på den siste tiden.

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.

4.6 Helseforetakene og andre aktører i spesialisthelsetjenesten

Det er stor grad av enighet om mange av de overordnede velferdspolitiske målene i Norge. Verdier som likhet, trygghet og kvalitet er sentrale for våre velferdstjenester. De politiske debattene nasjonalt og lokalt, står derfor gjerne om virkemidlene. De siste årene har debatten handlet mer om hvem som skal, bør og kan levere velferdstjenester, enn om hva innholdet i tjenestene skal være, og hvem som skal finansiere dem. Tidvis er posisjonene så fastlåste at det politiske handlingsrommet blir begrenset.

Det er bred oppslutning blant folket og politikerne i Norge om en sterk offentlig helse- og omsorgssektor tuftet på verdier som likhet, trygghet og kvalitet. Samfunnsansvar er fellesnevner for både offentlige og private som leverer tjenester innen helse, omsorg og rehabilitering. Uansett om de er offentlige, ideelle eller kommersielle, er virksomhetene opptatt av kvalitet, nytenkning og innovasjon for å levere stadig bedre tjenester.

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 de har, kombinert med en pragmatisk politikktutforming 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. Mer om dette i kapittel 8.

5 KAPITTEL – Utviklingstrekk, framskrivinger og endringsfaktorer

5.1 Hensikten med kapitlet

Som nevnt i kapittel 1, er en utviklingsplan en plan som skal beskrive hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidens behov for spesialisthelsetjenester, slik at disse kan leveres med god kvalitet, på en kostnadseffektiv måte, og gi høy grad av brukertilfredshet.

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

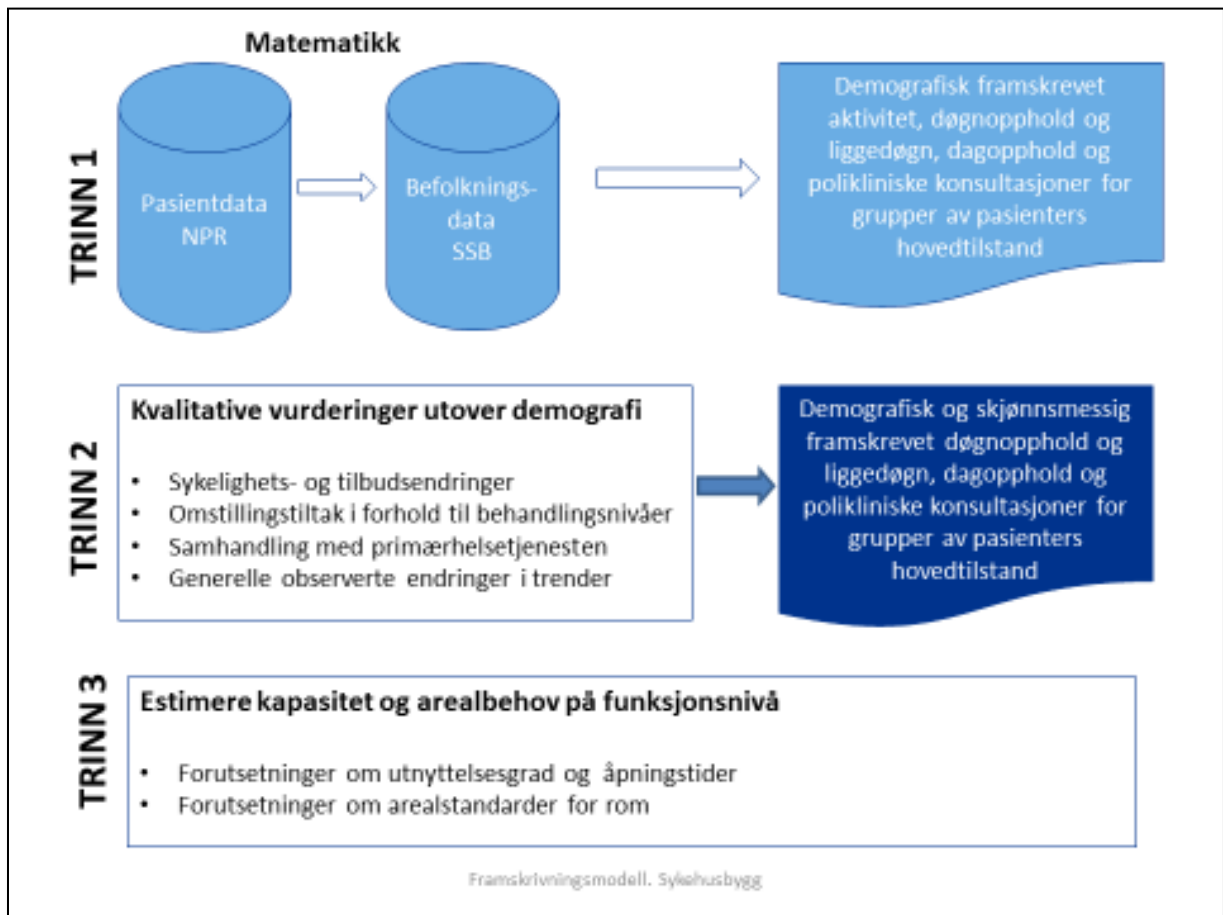
Med utgangspunkt i ovennevnte, er det fire hovedhensikter med dette kapitlet:

- For det *første* å beskrive ganske kort noen viktige endringsfaktorer (drivere for endring) som enten vil påvirke behovet for spesialisthelsetjenester framover, eller måten vi vil komme til å levere disse tjenestene på. Dette er på noen områder en utdyping av deler av kapittel 4. Men mens kapittel 4 hadde et bredere samfunnsperspektiv, har dette kapitlet et spissere fokus på spesialisthelsetjenesten.
- For det *andre* å kople disse endringsfaktorene mer direkte til de konkrete utfordringene, mulighetene og veivalgene som SiV står overfor. Altså å vise at de har konkrete implikasjoner for sykehusets «hverdag», aktuelle situasjon og strategiske grep.
- For det *trede* å illustrere - med noen få eksempler - hvilke forskjeller i behov for ulike typer spesialisthelsetjenester vi vil få 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. Kapitlet viser også hvilken begrenset verdi det har å lage detaljerte framskrivinger av behov basert på dagens situasjon og historiske data. Altså å legge fortid og nåsituasjon til grunn for hva som vil skje framover.
- For det *fjerde* å 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.

For mer utfyllende beskrivelser av utviklingstrekk og framskrivinger viser vi til vedlegg 2.

5.2 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 5.1. gis en skisse over prinsippene i modellen.



Figur 5-1 Skisse over prinsippene i RHFenes modell for framskriving av aktivitet. Kilde: Sykehusbygg.

Trinn 1 i arbeidet med modellen er en framskriving av aktiviteten for det HF-et eller 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 fram 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.

5.3 Beskrivelse av de endringsfaktorene som ligger i modellen – somatikk

I dette punktet vil vi gi en litt nærmere beskrivelse av de endringsfaktorene som ligger i modellen – for den somatiske virksomheten. Den årlige effekten av de ulike endringsfaktorene – slik de er beregnet i modellen – er beskrevet i tabell 5.1.

5.3.1 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 10 % 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.

For mer detaljert oversikt over hvordan dette slår ut for ulike diagnosegrupper, vises til vedlegg 2. Samtidig er det grunn til å presisere at disse oversiktene viser *mulige utviklingsbaner*, og ikke situasjonen slik den kommer til å være.

5.3.2 Generell vekst (for polikliniske konsultasjoner)

For polikliniske konsultasjoner er det lagt til grunn en generell vekst på 1 % 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.

5.3.3 Samhandling med kommunene og øvrig primærhelsetjeneste

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 innleggelses helt kan unngås i framtiden, mens for andre grupper vil bare 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.

5.3.4 Overføring til pasienthotell

Det forutsettes at en prosentandel av liggedøgnene kan overføres fra ordinær seng til pasienthotell for noen diagnosegrupper. Utslagene forutsettes å variere mellom de ulike diagnosegruppene.

5.3.5 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.

Selv om overgang til dagbehandling har foregått lenge ved SiV, er det fortsatt grunn til å anta at man med nye behandlingsmåter kan forvente ytterligere overgang til dagbehandling (kreftbehandling, øyeblikkelig hjelp, rask tilgang til diagnostikk).

5.3.6 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 % av oppholdene, da det antas at en del av oppholdene ikke er aktuelle i utgangspunktet.

5.3.7 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 være viktige bidrag til fortsatt reduserte liggetider. Det vil omfatte input (akuttmottak og prehospitale tjenester med tidlig diagnostikk og behandling, herunder diagnostikk i ambulanser), throughput (fast-track for en del forløp, god kommunikasjon, fokus på kvalitet og rask tilgang på diagnostikk og beslutningskompetanse) og output (gode utskrivingsprosedyrer, tett samhandling med primærhelsetjenesten) osv. Samtidig vil et økende antall eldre – med et sammensatt og komplekst sykdomsbilde – kunne trekke i motsatt retning.

5.3.8 Samlet oversikt over effektene av endringsfaktorene for somatisk sektor

I tabell 5.1. gis en samlet oversikt av de årlige effektene² 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 eks. 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 døg	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 akt	0,2 %	1,0 %	1,2 %	-0,4 %		0,1 %			0,1 %	0,8 %

Tabell 5-1 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 % pr år, og at antall liggedøgn vil bli redusert med – 0,5 % 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 ganske betydelige. Med effekter menes altså sammenlikninger av utviklingsbaner basert på ren demografisk endring og utviklingsbaner basert på ulike typer endringsfaktorer. Dette er nærmere illustrert i vedlegg 2.

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

I dette punktet vil vi gi en tilsvarende beskrivelse av de endringsfaktorene som ligger i modellen for PHV og TSB. Som nevnt i innledningen til kapitlet, er utviklingen for PHV-BU 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.

5.4.1 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

5.4.2 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.

² Som er multiplikative

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 var 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 ikke minst for å støtte opp under kommunenes og fastlegenes arbeid med de pasientene som i større grad vil bli tatt hånd om i primærhelsetjenesten. En slik omlegging må skje gradvis, og i nært samarbeid og tett dialog med brukerorganisasjoner og kommuner/fastleger.

5.4.3 Reduksjon i oppholdstider

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

5.4.4 Samlet oversikt over effektene av endringsfaktorene for PHV og TSB

I tabell 5.2. gis en samlet oversikt av de årlige effektene av de ulike endringsfaktorene – lik for alle diagnosegrupper.

	Epidemiologisk og medisinsk utvikling (Tilbud og etterspørsel)	Samhandling	Intern omstilling (Reduksjon i oppholdstider)	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 5-2 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 den 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.

5.5 Beskrivelse av øvrige endringsfaktorer utover modellen

De endringsfaktorene som er beskrevet i punktene 5.3 og 5.4., er basert på den framskrivingsmodellen som er laget av RHF ene og Sykehusbygg. I dette punktet vil vi kort beskrive noen ytterligere endringsfaktorer som bør hensyntas når vi skal legge grunnlaget for SiVs utviklingsplan og forberede sykehuset så målrettet og proaktivt som mulig på framtidens muligheter og utfordringer.

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.

5.5.1 Oppgavedeling mellom sykehus og mellom offentlige og private aktører i spesialisthelsetjenesten

SiV har i dag en ganske høy egendekningsgrad 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. Det kan skje en utvikling hvor flere oppgaver blir sentralisert; enten helt eller delvis
2. Det kan skje 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. Det kan skje en utvikling hvor mer krevende oppgaver kan håndteres av de lokale sykehusene – mot at det etableres faste ordninger (en form for «bakvakt»), der legene ved universitetssykehusene kan konsulteres i krevende situasjoner

I tillegg til oppgavedeling innen den offentlige spesialisthelsetjenesten, kan det skje en videre utvikling av private leverandører av spesialisthelsetjenester (se mer om dette i kapittel 8). Hvordan dette vil utvikle seg, vet vi selvsagt mindre om, men det er all grunn til å ha en høy bevissthet om – og beredskap i forhold 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 i forhold til.

5.5.2 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 og 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 med hensyn 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, dagopphold, radiologi og laboratorier. Dette kan gi en økning i etterspørselen etter disse tjenestene som kan bli ganske betydelig.

Økt tilfang av private tjenesteytere med nye tilbud kan både øke forbruket av helsetjenester og antall pasienter som henvises til sykehuset. Omfanget av dette er selvsagt også usikkert.

5.5.3 Organisasjon og kompetanse som endringsdrivere

Også 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 også 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. Kompetanse vil forvitre/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 (antakelig også yrkesgrupper som ikke eksisterer i dag).

5.5.4 Teknologisk utvikling

Den digitale revolusjonen innenfor helsevesenet er bare i sin spede begynnelse. Utviklingen framover 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 vil innrette seg. Utviklingen av sensorteknologi, "Big Data" og "Internet of Things" gjør det mulig for pasienter i stor grad 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 for endring i årene framover, synes hevet over tvil.

Dette er noen områder hvor vi antakelig vil komme til å se betydelige effekter av en stadig raskere teknologisk utvikling:

- Felles tilgang til medisinske data – på tvers av organisatoriske enheter og forvaltningsnivåer
- Fjernmonitorering av pasienter i eget hjem; for eksempel «smarte kropp» med sensorer som måler helsetilstanden og gir «beskjeder og råd» direkte via applikasjoner på smarttelefoner
- Bedre oppfølging av intensjonene med samhandlingsreformen; mer integrerte samarbeidsmodeller og bedre oppfølging av pasienter fra sykehuset etter utskriving
- Bedre klinisk beslutningsstøtte (informasjon i sann tid og på mobile plattformer)
- Økt bruk av mini-invasive teknikker

5.5.5 Forventninger til egendeltakelse og medvirkning fra pasienter og brukere

Rollen som pasient og bruker vil gjennomgå store endringer i årene framover. 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 mye 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 ved det lokale helseforetaket, eller måten de blir møtt på der.

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 for pasienter med kroniske lidelser.

5.6 Illustrasjon av utviklingsbaner basert på ulike forutsetninger

Som nevnt i punkt 5.1., er et av formålene med dette kapitlet å illustrere hvilke forskjeller i behovet for helsetjenester vi vil få avhengig av om vi forutsetter en utvikling basert på en ren befolkningsframskriving, eller en utvikling hvor vi legger inn ulike typer endringsfaktorer.

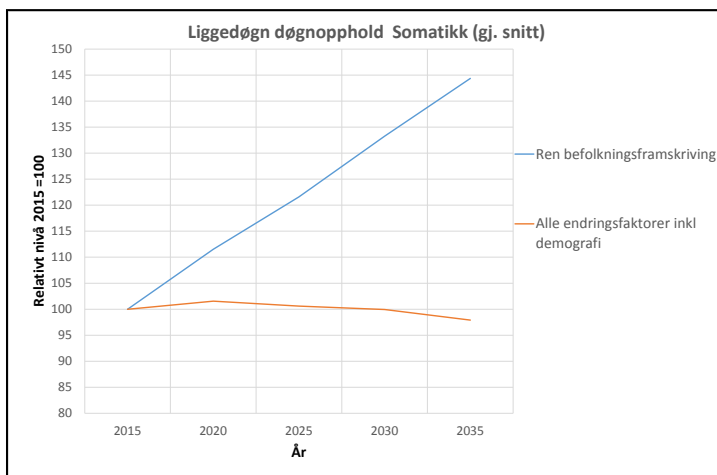
I dette punktet vil vi gi *to eksempler/illustrasjoner* på hvor forskjellige utviklingsbaner vi vil kunne få – avhengig av hvilke forutsetninger vi legger til grunn.

5.6.1 Utvikling i liggedøgn – somatikk

Figur 5.2. viser forskjellen i antall liggedøgn fram mot år 2035 basert på henholdsvis en ren befolkningsframskriving og en framskriving basert på alle de endringsfaktorene som ligger i framskrivingsmodellen fra Sykehusbygg.

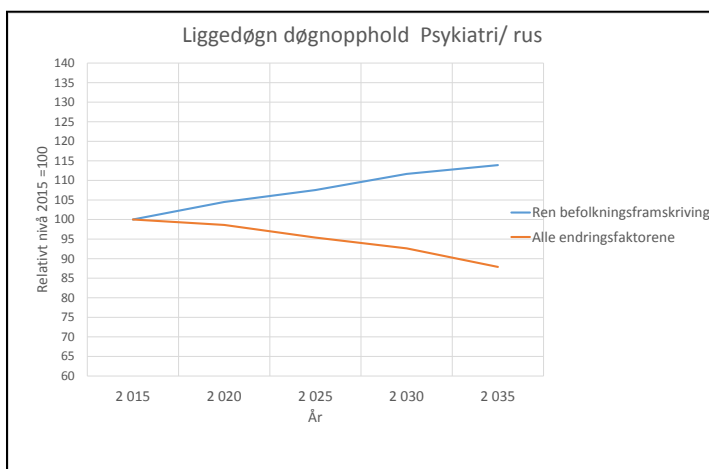
Regnet i antall senger gir en utvikling fram til 2035 basert på en ren befolkningsframskriving en økning på knapt 180 senger. Summen av de andre endringsfaktorene gir en beregnet nedgang fram til 2035 på drøyt på 180 senger. Utviklingen basert på alle endringsfaktorene samlet, gir dermed tilnærmet likt sengetall i 2035 som i 2015.

Dette er utelukkende ment for å illustrere hvor ulike utviklingsretninger vi får avhengig av hvilke forutsetninger vi legger til grunn, og ikke som en prognose for forventet behov for sengekapasitet. Samtidig er det grunn til å understreke at man i tidligere planprosesser ikke sjelden har lagt inn større vekst i behovet for sengekapasitet enn den faktiske utviklingen har vist.



Figur 5-2 Ren befolkningsframskriving og utvikling basert på alle endringsfaktorer - liggedager. Forskjellen mellom disse banene er summen av de andre endringsfaktorene.

5.6.2 Utvikling i liggedøgn – PHV/TSB



Figur 5-3 Ren befolkningsframskriving og utvikling basert på alle endringsfaktorene - liggedager. Forskjellen mellom disse banene er summen av de andre endringsfaktorene

Figur 5.3. viser forskjellen i antall liggedøgn fram mot år 2035 for PHV/TSB basert på henholdsvis en ren befolkningsframskriving og en framskriving basert på de endringsfaktorene som ligger i framskrivingsmodellen. Som vi ser, er forskjellen mellom de to utviklingsbanene betydelig mindre enn for somatikken. Det viser betydningen av å gjøre separate utredninger for henholdsvis somatikk og PHV/TSB.

5.7 Kort oppsummering

Vi har i dette kapitlet gitt en helt kort beskrivelse av den framskrivingsmodellen for spesialisthelsetjenester som er utviklet i regi av Sykehusbygg, og som alle helseforetak er forutsatt å gjøre bruk av i forbindelse med sine utviklingsplaner.

Når vi bruker denne modellen, og de forutsetninger og endringsfaktorer den bygger på, 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.

I tillegg til de endringsfaktorene som ligger i modellen fra Sykehusbygg, har vi i dette kapitlet også beskrevet noen endringsfaktorer som ikke ligger i modellen, men som det er all grunn til å anta vil påvirke både behovet for spesialisthelsetjenester framover, og måten disse tjenestene vil bli levert på.

Av dette materialet er det 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 befolkningsframskriving.
- Selv små årlige endringer (forbedringer) gir store utslag når vi analyserer dem over en tidsperiode på 10 – 15 år.

I kapitlene 7 – 9 vil vi gå nærmere inn på hvilke hovedveivalg SiV vil ta basert på de endringsfaktorene som er beskrevet, og de analysene som er gjort, i dette kapitlet.

6 KAPITTEL – Internasjonale tendenser og sentrale premisser for veivalg i SiVs utviklingsplan

6.1 Innledning

Vi har i kapittel 4 beskrevet et samfunnsmessig bakteppe av betydning for den videre utviklingen av offentlig sektor i Norge generelt. Denne beskrivelsen er i stor grad gjeldende også for helsesektoren.

I kapittel 5 har vi beskrevet ulike forutsetninger for den framtidige utviklingen av SiV – både basert på en framskrivingsmodell laget av Sykehusbygg, og basert på endringsfaktorer/drivere for endring som sykehuset selv mener det er avgjørende å ha et bevisst forhold til dersom vi selv skal kunne styre SiV framover på en måte som gir kvalitativt gode og kostnadseffektive helsetjenester, og som møter befolkningens behov på en god måte.

I dette kapitlet vil vi gjøre to ting:

- Vi vil først oppsummere noen *internasjonale tendenser i utviklingen av spesialisthelsetjenesten*. Dette gjør vi for å få et "bakteppe" å vurdere våre egne analyser i forhold til. Dette gjøres i punkt 6.2.
- Deretter vil vi gjøre rede for/oppsummere *de viktigste premissene* vi legger til grunn for de valgene av perspektiv og utviklingsretning som beskrives i dette kapitlet. Mye av dette har vi vært innom både i kapittel 4 og i kapittel 5. Det er imidlertid viktig å være tydelige og eksplisitte når det gjelder hvilke premisser vi baserer våre retningsvalg på. Derfor en slik oppsummering før vi i de påfølgende kapitlene ser nærmere på selve veivalgene.

6.2 Noen internasjonale tendenser i utviklingen av spesialisthelsetjenesten

Selv om både organisering og finansiering av helsevesenet varierer betydelig mellom land, er det likevel viktige å ta inn impulser også fra utviklingen av spesialisthelsetjenesten i andre land når SiV skal lage sin utviklingsplan. Men vi må selvsagt vurdere andre lands erfaringer i lys av vår egen situasjon, våre egne rammebetingelser, og måten helsetjenesten er organisert på i Norge.

Det kanskje aller viktigste budskapet vi får når vi løfter blikket ut av Norge, er at spesialisthelsetjenesten *"ikke bare kan fortsette som før"*. Både i Norge og i store deler av den vestlige verden *står spesialisthelsetjenesten overfor et paradigmeskifte*. Spesialisthelsetjenesten utfordres på kapasitet, effektivitet, evnen til å ta i bruk ny teknologi, brukerforventninger mv. Men det kanskje aller mest grunnleggende er at vi utfordres på hva som er rollen og kjerneoppdraget vårt. Gitt en aldrende befolkning, økende medisinske muligheter, økende kunnskap om hva som "virker/ikke virker", og ikke minst økende forventninger og et økt kunnskapsnivå i befolkningen: Hva blir da kjerneoppgaven til spesialisthelsetjenesten framover? Nedenfor vil vi beskrive noen av tendensene i dette paradigmeskiftet.

Et helt tydelig budskap er at vi vil få mindre og mindre veiledning for valg og kloke grep for framtiden ved å "se oss i bakspeilet". Vi må i mye større grad gjøre vurderinger basert på forhold og faktorer som i liten grad har styrt utviklingen fram til nå, og som vi bare delvis kjenner til.

Sykehusene 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 eventuelt 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 dette behovet. Det er for eksempel godt dokumentert at land med god primærhelsetjeneste leverer bedre helsetjenester enn land uten, eller land som mer ensidig har satset på spesialisthelsetjenesten. Det er også "likere tilgang" til helsetjenester i disse landene.

Som en følge av dette etableres det stadig flere *alternativer til det tradisjonelle sykehuset*. Figuren nedenfor illustrer et fleksibelt helsevesen som organiseres og "designes" ut fra pasientens behov, 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. *På mange måter kan en si at denne utviklingen er med på å gjøre skillet mellom hva som er spesialisthelsetjeneste og hva som er primærhelsetjeneste, mindre skarpt*. Eksempler på slike etableringer/partnerskap i Norge er Helsehus, Distriktsmedisinske sentra, desentrale poliklinikker i "kompaniskap" med fastlegekontorer osv.

Bygg systemet rundt pasienten

Foreslåtte omsorgsmodeller setter sykehuset i periferien



Figur 6-1 Hvordan helsetjenesten kan fungere på pasientens premisser.

Sykehusene diskuterer også i økende grad hvordan oppgaver som hittil har blitt løst innen egne organisatoriske og bygningsmessige rammer, kan ivaretas like godt eller bedre på *andre arenaer – utenfor selve sykehuset*, men hvor likevel sykehusene har hovedansvaret for å levere 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 opp i

Utgangspunktet er hele tiden "hva som gir mest verdi for pasienten", og hvor og hvordan tjenesten da må gis? Ofte knyttes desentrale spesialisthelsetjenester opp mot de nye aktørene som er beskrevet i avsnittet ovenfor. Helsetjeneste i nettverk – på tvers av organisatoriske grenser - blir stadig vanligere.

Også den *teknologiske utviklingen* og *kostnadsutviklingen* presser fram nye og mer kostnadseffektive måter/modeller å levere tjenestene på. Det blir stadig viktigere å stille spørsmålet om hvor en "ny krone" investert i helse vil gi størst helsegevinst. Begrepet "scalability" er også mye brukt internasjonalt. Det innebærer at valg av behandlingsmetode vil være styrt av effekt målt opp mot kostnad. I kostnadsberegningen inngår også krav til utdanning og veiledning. Førstevalget vil være metoder som har en rimelig god effekt, samtidig som de ikke krever for mye med hensyn 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.

Den teknologiske utviklingen presser også fram helt nye og langt mer innovative tjenester. Samspillet – og rollefordelingen - mellom helsetjenesten og brukerne endres kraftig som en konsekvens av ny teknologi. Her er vi antakelig bare helt i starten på en prosess som vil gi helt nye muligheter i årene framover, men som også vil utfordre oss.

Det er en hovedtendens i den internasjonale utviklingen av spesialisthelsetjenesten 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 ulike 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 klart medisinske behov og vurderinger. Forutsetningen er selvsagt at det er kunnskapsmessig grunnlag for standardiseringen.

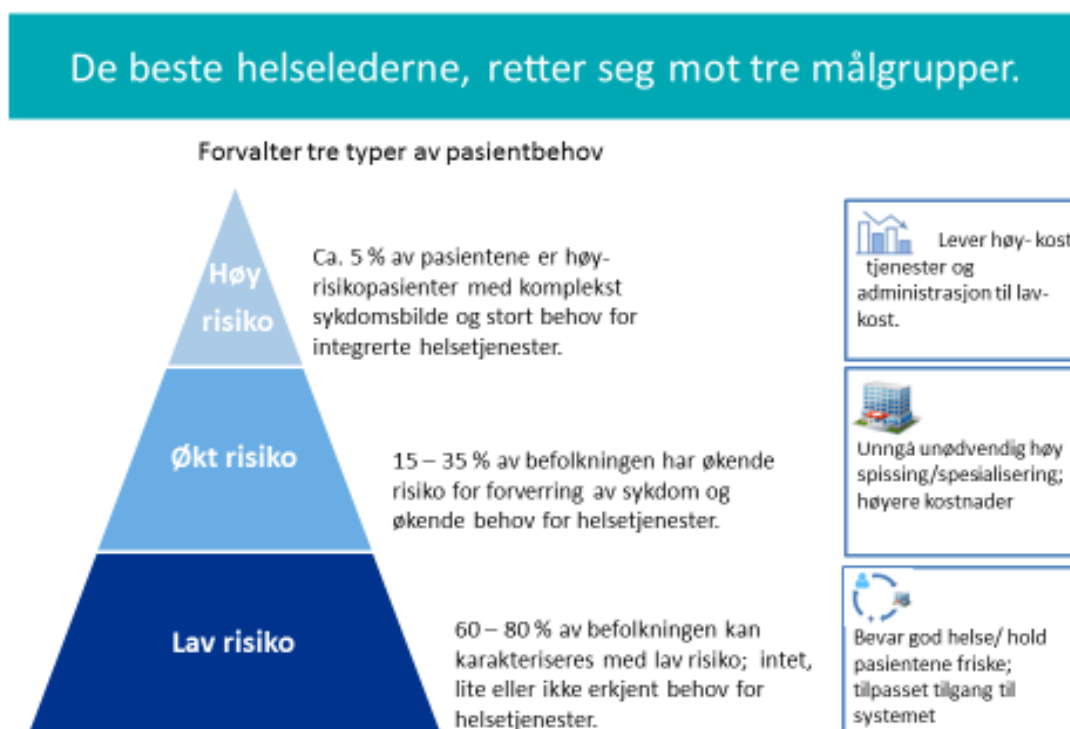
Kravet om standardisering utfordres imidlertid av et behov for å gi mer individuelt tilpassede tjenester når situasjonen krever det. Sykehusene må således evne å levere både effektive, standardiserte og strukturerte tjenester, samtidig som det må være faglig kompetanse, vurderingsevne og tid til å yte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

Det er også en økende erkjennelse at for å møte nåværende og fremtidige utfordringer i helsetjenesten, må man *i mye 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 % av befolkningen.
- Pasienter med *økende risiko for forverring* av sykdom og økende behov for helsetjenester. Denne gruppen utgjør 15 – 35 % av befolkningen.
- *Lav-risiko* pasienter med intet, lite eller ikke erkjent behov for helsetjenester. Disse utgjør 60 – 80 % av befolkningen.

For å kunne arbeide målrettet med en slik tilnærming, kreves det et arbeid med risikostratifisering, klassifikasjon og identifikasjon av gruppene for å kunne samstemme pasientenes behov med tjenestetilbudet, og ikke minst koordinere de ulike tjenesteleverandørenes innsats overfor pasientene. Det finnes ulike måter å tilnærme seg denne stratifiseringen på, men det krever at man analyserer faktorer både innenfor og utenfor sykehuset. Men også både innenfor og utenfor 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. For en nærmere beskrivelse av dette viser vi til kapittel 10 – punkt 10.6.

Ovennevnte tredeling kan illustreres ved hjelp av følgende figur:



Figur 6-2 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 brukerroлле. 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. "Ikke noen valg skal tas om meg/for meg uten at det skal gjøres i dialog med meg". 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 behandlingmessig effekt (jfr. det vi skrev ovenfor om "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 "totalpakken". 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 med pasienten -*, til en finansieringsform som i større grad 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.

6.3 Sentrale premisser for valg av utviklingsretning for SiV

I dette punktet vil vi oppsummere *de viktigste premissene* for valg av framtidig utviklingsretning for SiV. Disse premissene er de viktigste begrunnelsene for de veivalgene/ valg av hovedretning som gjøres i punkt 6.4.

6.3.1 SiV må levere på alle områdene i spesialisthelsetjenesteoppdraget

Det er selvsagt 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

Hvis SiV skal fortsette å utvikle seg som et godt og allsidig sykehus for befolkningen i Vestfold, er sykehuset helt avhengig av å levere tjenester av høy kvalitet på alle disse områdene. Det er viktig både å ha – og å levere godt på – de funksjonene SiV har som dekker et større geografisk område enn Vestfold. Det gjelder både innen somatikk, psykisk helsevern og TSB, og det gjelder innen habilitering og rehabilitering. Mer om dette i kapittel 7.

Ovennevnte betyr imidlertid ikke at alle disse 5 områdene har fått like stor plass verken i planen som helhet, eller i dette kapitlet. Hovedfokuset i planarbeidet har, naturlig nok, vært på den første oppgaven – pasientbehandlingen -, men vi kommer også inn på de andre oppgavene i oppdraget.

6.3.2 Fortsatt sterkt trykk på omstilling, forbedring og effektivisering

Det vil fortsatt være et sterkt trykk i retning av *omstilling, forbedring og effektivisering* av sykehuset (jfr. de driverne for endring som er beskrevet i kapittel 5). SiV vil ikke kunne møte framtidens krav til helsetjenester uten å arbeide målrettet med å forbedre og effektivisere arbeidsprosesser og pasientbehandling. Av kapittel 5 framgår det at det største potensialet SiV har for å møte framtidens behov for helsetjenester i Vestfold på

en vel forberedt og offensiv måte, fortsatt vil ligge i et systematisk internt forbedringsarbeid.

Sentrale elementer i arbeidet 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, som kan bli en konsekvens av dette, 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. Dette vil være vesentlig for å optimalisere pasientforløpene.
- Raskere diagnostikk
- Fortsatt overgang fra døgn til dag og poliklinikk
- Optimalisering av pasientforløpene når sykehuset åpner nytt akuttmottak med flere observasjons-/avklaringsenger og lettere tilgang til diagnostisk støtte

6.3.3 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 oppgavene på, 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 vi både sykehuset og den enkelte helsearbeider stå overfor viktige og vanskelige valg med hensyn til hvordan knappe helseressurser skal forvaltes – ut fra hva som gir mest helsegevinst for hver investert krone.

6.3.4 Økt bruk av samvalg og forsterket brukervedvirkning

Sykehusene kommer til å oppleve et *helt annet krav om brukervedvirkning* enn de har sett hittil. Brukerne/ pasientene kommer til å kreve å få delta i valg av behandlingsretning/-behandlingsform, de kommer til å delta i overvåking og monitorering av egen helse, de vil komme til sykehuset vel forberedt og med "kritiske"/vel forberedte spørsmål, de kommer til å kreve at flere tjenester ytes utenfor sykehus, og de kommer til å kreve at de selv skal kunne rapportere inn data om egen helsetilstand i stedet for å måtte møte opp til kontroller og konsultasjoner på sykehuset. De vil også kreve innsikt i "hvordan vi gjør ting", hvilke resultater de enkelte sykehusene har osv. Dersom de ikke er fornøyde med de svarene de får, vil de i økende grad gå til andre leverandører. De vil rett og slett sette krevende premisser for å bruke SiV som den foretrukne leverandøren av spesialisthelsetjenester. I mye større grad enn i dag vil pasientperspektivet være pådriver for endring og kontinuerlig forbedring

Som nevnt i punkt 6.2. om de internasjonale erfaringene, vil ovennevnte stille oss overfor vanskelige *utfordringer og dilemmaer*:

- Hvordan sikre mest mulig lik og rettferdig tilgang til helsetjenester når noen pasientgrupper både er mer ressurssterke og har lettere tilgang til offentligheten enn andre?
- Hvordan sikre åpne, transparente og godt begrunnede prioriteringsprosesser – både på overordnet nivå og på pasientnivå?

- Hvordan sikre den god dialogen mellom pasient og behandler, slik at både pasientens/brukerens og behandlerens/terapeutens vurderinger av hva som er gode veivalg, blir hensyntatt? Her vil den tradisjonelle "ekspertrollen" måtte suppleres med rollen som samarbeidspartner og prosessveileder.

6.3.5 Rask og forsterket teknologisk utvikling

Den *teknologiske utviklingen* (jfr. kapitlene 4 og 5) vil med all sannsynlighet være en kraftig driver for endring framover. Kanskje vil den være 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 sentrale helsemyndigheter forventer en økt satsing på e-helse. Dette innebærer bruk av IKT på langt flere områder og til flere formål enn det som er tilfelle i dag. Framtidige brukere av helsetjenester vil også ha et helt annet forhold til den digitale brukerplattformen enn mange av dagens pasienter og behandlere. Denne 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. Men for å få det til, kreves en betydelig satsing på kompetanse.

6.3.6 Reduksjon i omfanget av uhensiktsmessige innleggelser, konsultasjoner mv

Spesialisthelsetjenesten vil måtte ta et sterkere grep om arbeidet *med å redusere omfanget av unødvendige/uhensiktsmessige innleggelser, konsultasjoner og behandlinger i sykehus*. Det vil si både å spisse oppdraget til SiV som spesialisthelsetjeneste, utvikle større fleksibilitet med hensyn 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 viktige elementer i en slik strategi:

- Like viktig som effektiv behandling av de pasientene som blir tatt hånd om "inne på SiV", er det å ha en strategi for diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter utenfor sykehus – enten helt i regi av SiV, eller ofte i et samarbeid med primærhelsetjenesten. Grensesnittet mellom hvilke spesialisthelsetjenester som skal ytes "innomhus" versus de som skal ytes "utomhus", vil bli endret.
- Det må gjøres et målrettet arbeid med sikte på å overføre oppgaver både til primærhelsetjenesten/fastlegene (for eksempel utvalgte polikliniske kontroller), 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, og det må skje gjennom tillitsfull og åpen dialog. I høringsrunden påpekte både kommunene og fastlegene at en slik overføring av oppgaver må skje i tett dialog med primærhelsetjenesten og i et tempo som sikrer at det kan skje på en faglig forsvarlig måte.
- Helseatlasen viser at det er betydelige variasjoner mellom helseforetak når det gjelder omfanget av ulike 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 økt fokus. Det er viktig for SiV å ha en bevisst strategi for hvordan sykehuset ønsker å møte denne utfordringen. Og de valgene som tas, må kommuniseres godt både til pasientene og til befolkningen mer generelt. Samtidig er det naturligvis viktig å presisere at det som i ettertid – når fakta er på bordet – kan vise seg å være en "unødvendig innleggelse", framstår med betydelig større usikkerhet når fastlegen får pasienten til konsultasjon/vurdering.

6.3.7 Understøtte kommuner og øvrig primærhelsetjeneste

Som en følge av punkt 6.3.6., vil SiV måtte ta et mye kraftigere grep om den store oppgaven det er å *understøtte kommuner og øvrig primærhelsetjeneste* i deres arbeid. 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 hva som er spesialisthelsetjeneste og hva som er primærhelsetjeneste, vil på en del områder bli mindre skarpt.
- Aktivt og forpliktende understøtte andre aktører i deres arbeid. Dersom kommuner og fastleger skal kunne overta deler av de oppgavene som spesialisthelsetjenesten i dag utfører, krever det at sykehuset tar veiledningsplikten på større alvor, og langt mer systematisk og strukturert, enn i dag. Det vil si å understøtte primærhelsetjenesten, slik at de kan ta hånd om stadig mer krevende og komplekse pasienter. Det må også bli tettere dialog mellom SiV og primærhelsetjenesten om hva innholdet i veiledningsplikten bør være. Sist, men ikke minst, må en slik overføring av oppgaver skje strukturert og i tett dialog med kommuner og fastleger.
- Vurdere forpliktende partnerskap med disse aktørene, slik at vi i større grad kan løse oppgavene sammen og samtidig; enten på felles arenaer eller i nettbasert dialog.

6.3.8 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 på arenaer utenfor selve sykehusbygget, vil særlig være aktuelt for noen store pasientgrupper (kategoriene er ikke gjensidig utelukkende): Det gjelder for *pasienter med kroniske og til dels uspesifikke helseplager*, det gjelder for *pasienter med mange sykdommer* (multisyke/multimorbide), det gjelder for store grupper av *eldre pasienter*, og det gjelder for pasienter i *palliativ fase*. For å møte disse pasientenes behov på en god måte, 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 diagnosetilnærmingen 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 – hvor aktørene fra primær- og spesialisthelsetjenesten i større grad jobber sammen og samtidig – på de samme arenaene – og 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 også trekker inn og samarbeider tettere med aktører utenfor helsetjenesten, slik som skole- og utdanningssystemet og NAV/sosialtjenesten. Mange av pasientene med omfattende og sammensatte behov har også mye kontakt med disse tjenestene.

- Det vil også kreve at sykehuset tar i bruk ny teknologi for bedre samhandling – både mellom helseaktørene, og mellom helseaktørene og pasientene.

Å følge opp disse pasientgruppene med helhetlig og godt integrerte pasientforløp og forpliktende samarbeid, blir noe av det aller viktigste å ta tak i når planen skal følges opp med praktiske forbedringstiltak. Dette krever nye arbeidsformer, men til dels også annen kompetanse.

6.3.9 Delta mer forpliktende i det forebyggende arbeidet

Punktet ovenfor dreier seg i stor grad om de to øverste nivåene i figur 6.2. Det tredje nivået i pyramiden dreier seg mer om det *generelt forebyggende* arbeidet, og *folkehelsearbeidet*. Tradisjonelt har dette i særlig grad vært kommunenes og primærhelsetjenestens ansvarsområde, selv om også sykehusene har bidratt med opplæring og veiledning – både overfor pasienter, pårørende og primærhelsetjenesten. Og slik vil det nok også være i tiden framover. Det er primært kommunene som har det virkemiddelapparatet som er nødvendig for å nå disse gruppene, og det er selvsagt kommunene som er nærmest befolkningen generelt og kan nå dem med generelle befolkningsrettede tiltak.

Men spesialisthelsetjenesten vil måtte ha en tydeligere og mer forpliktende rolle på dette området framover – ikke minst ved å stille opp med sin kompetanse og erfaringer. Skal vi kunne bremse tilstrømming av pasienter inn i de to øverste nivåene, vil det kreves et mer systematisk primær- og sekundærforebyggende arbeid enn i dag. Dette gjelder naturligvis inn mot alle grupper i befolkningen, men særlig viktig er det inn mot gruppen av barn og unge. Siden vi vet at det er systematiske sosiale og kulturelle ulikheter i helse og i tilgangen til helsetjenester, er det også viktig at folkehelseiltakene/de forebyggende tiltakene greier å fange opp de grupper i befolkningen som i dag i liten grad fanges opp, og benytter seg, av, tilbud på områdene folkehelse/primærforebyggende arbeid.

Som en del av denne satsingen, må sykehuset også utvikle sine tilbud og sin kompetanse på det vi kan kalle "mestringsperspektivet". Det ligger et stort potensiale i å utnytte pasienters og pårørendes egenmestringsevne. Kunnskapen og bevisstheten om hvordan dette kan gjøres, må få en sterkere plass også i spesialisthelsetjenesten.

6.3.10 Åpne opp for 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.

Kompetanse vil forvitre/ 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 (antakelig også yrkesgrupper som ikke eksisterer i dag). Samtidig er det selvsagt viktig å ha et bevisst og kritisk forhold til de "begrensningene" som eksisterer med hensyn til hvem som kan og bør gjøre hvilke oppgaver. Men så langt har helsevesenet opplagt hatt et større fokus på begrensningene enn på mulighetene. Dette vil måtte endres i årene som kommer.

Samtidig som det vil bli stilt nye kompetansekrav til enkeltmedarbeiderne i SiV, vil også kravene til "organisatorisk læring" forsterkes. Skal SiV lykkes i framtiden, vil helt avgjørende forutsetninger være at sykehuset har et mer systematisk og årvåkent blikk mot hva som skjer i andre deler av helsetjenesten (nasjonalt og internasjonalt), at vi evner å ta i bruk ny kunnskap raskere, og ikke minst at vi greier å omsette ny kunnskap i ny praksis. SiV må dessuten generelt sett bli flinkere til å beskrive og realisere gevinster av igangsatte forbedringsarbeider – enten disse organiseres som prosjekter eller som mer ordinære linjeaktiviteter. Dette vil kreve mye av både ledere, medarbeidere og av organisasjonen som sådan.

6.3.11 Utvikle forholdet til andre leverandører av spesialisthelsetjenester

Når det gjelder *forholdet til andre leverandører av spesialisthelsetjenester*, vil dette 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 hvor 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 selvsagt Helse Sør-Øst RHF en helt avgjørende rolle med hensyn 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 – fordi det vil bli stilt krav om "robuste fagmiljøer" og store volumer som det ikke vil være rom for på alle sykehus. Samtidig vil vi kanskje oppleve enda raskere overføring til "modersykehuset" når inngrepet eller den livreddende behandlingen er utført ved universitetssykehuset/det sentrale sykehuset. For at SiV fortsatt skal kunne levere en stor del av spesialisthelsetjenesteoppdraget til Vestfolds befolkning, er det helt avgjørende å videreutvikle og fortsatt forsterke sykehusets spissede funksjoner (kjernen i spesialisthelsetjenesteoppdraget).

Hvorvidt det blir mer eller mindre konkurranse mot *private leverandører*, er vanskelig å si, men sannsynligheten taler nok for at det blir økt konkurranse mellom ulike leverandører. Uansett hvilken retning nasjonale helsepolitikere vil velge på dette området, 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 av et større tilfang av private kommersielle, og kanskje også ideelle, aktører. En følge av en slik utvikling blir at gode leveranser/en god totalpakke, høy kvalitet og et godt omdømme vil bli helt avgjørende for å lykkes. Det vil si å bli den foretrukne leverandøren av spesialisthelsetjenester i Vestfold. Et godt samarbeid mellom SiV og primærhelsetjenesten vil også kunne bli et viktig "konkurransefortrinn" i forhold til andre leverandører. På mange måter er et godt og tillitsfullt samarbeid med primærhelsetjenesten i Vestfold den viktigste garantien for at Vestfolds befolkning også i framtiden vil se på SiV som det naturlige førstevalget av spesialisthelsetjenester. Å utvikle og styrke dette samarbeidet blir derfor også et ledd i den strategiske posisjoneringen av SiV i årene framover.

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 premisene 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; eventuelt ikke eksisterende. Her vil det regionale helseforetaket måtte spille en helt vesentlig rolle.

6.4 Tre hovedperspektiver for den framtidige utviklingen av SiV

I punkt 6.2 ovenfor er det gjort rede for noen overordnede internasjonale tendenser for utviklingen av helsevesenet. Disse er viktige å ha med som referanseramme for vår SiVs egen utviklingsplan, selv om organisering og finansieringsformer av helsetjenesten varierer mellom land.

I punkt 6.3. er det oppsummert 12 viktige premisser som legges til grunn for den framtidige utviklingen av SiV. Sammen med de overordnede samfunnsmessige utfordringene som er beskrevet i kapittel 4 og de utviklingstrekkene og framskrivningene som er beskrevet i kapittel 5, vil disse legge grunnlaget for de grepene som beskrives i kapitlene 7, 8 og 9.

Selv om "alt henger sammen med alt", vil den framtidige utviklingen av SiV bli beskrevet ved hjelp av *tre hovedperspektiver*:

1. Det *ene hovedperspektivet* har fokus på den interne utviklingen og konsolideringen av SiV. Dette perspektivet dreier seg om å utvikle det vi kan kalle den "spissede spesialisthelsetjenesten" – med sterkt fokus på det som fortsatt skal skje «innomhus».
2. Det *andre hovedperspektivet* dreier seg om å utvikle SiV innenfor rammene av en helhetlig spesialisthelsetjeneste. Her er det egentlig snakk om tre litt ulike fokusområder/problemstillinger:
 - Forholdet mellom SiV og andre helseforetak "på samme nivå". Det vil si andre allsidige akuttstusykehus. 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.

Disse perspektivene henger naturligvis tett sammen, og det er én, samlet organisasjon som må møte dem. Vi har likevel valgt å rendyrke beskrivelsen av dem i tre separate kapitler. Dette er mest av analytiske og pedagogiske hensyn, men også for å få fram *at det faktisk er* tre ulike perspektiver/fokusområder, og med det også litt ulike regjer.

Det er litt ulike siktemål med kapitlene 7 og 9 på den ene siden og kapittel 8 på den andre. Omtalene av perspektivene 1 (kapittel 7) og 3 (kapittel 9) har som siktemål å gi ganske konkrete beskrivelser av hva som vil være innholdet i disse perspektivene; altså hvilke konkrete retningsvalg SiV ønsker å foreta, og hvordan disse skal gjennomføres. Omtalen av perspektiv 2 – samarbeid internt i spesialisthelsetjenesten – har i større grad som siktemål å tydeliggjøre noen områder/problemstillinger som sykehuset delvis bare må forholde seg til, og delvis ta aktive valg i forhold til. Men beskrivelsen av dette perspektivet har i mindre grad som ambisjon å si i hvilken retning utviklingen vil gå, eller hvilke grep SiV ønsker å ta – bortsett fra å øke egen bevissthet og handlingsberedskap i forhold til å håndtere dem på en adekvat måte. Av den grunn er også beskrivelsen av perspektiv 2 betydelig kortere enn beskrivelsen av de to andre perspektivene. Men det betyr ikke at perspektiv 2 er mindre viktig enn de to andre perspektivene. Ikke minst vil det i årene framover bli nødvendig å styrke samarbeidet – og til dels også oppgave- og funksjonsfordelingen – mellom helseforetakene, dersom disse fortsatt skal være i stand til å yte kvalitativt gode spesialisthelsetjenester.

Den organisasjon som kort er beskrevet i punkt 10.9., må evne å håndtere alle de tre perspektivene i ett, samlet grep.

Den risiko- og mulighetsanalysen som er beskrevet i kapittel 12, gir også en helhetlig vurdering av de tre perspektivene samlet.

7 KAPITTEL – Perspektiv 1: Intern utvikling og konsolidering av SiV

7.1 Innledning

Kapittel 6 ble avsluttet med en kort beskrivelse av tre hovedperspektiver for den framtidige utviklingen av SiV. I dette kapitlet vil det bli gitt en beskrivelse av det første av disse tre perspektivene. Kjernen i dette perspektivet er å videreutvikle SiV som et allsidig akuttsykehus for befolkningen i Vestfold. For å skille dette perspektivet ut fra perspektivene 2 og 3, fokuseres det i dette perspektivet *i særlig grad* på de oppgavene som mest sannsynlig også i årene framover vil måtte løses "innomhus", altså i SiVs egen bygningsmasse. Ofte krever disse funksjonene tverrfaglige arbeidsformer (deltakelse fra flere spesialiteter), tilgang til dyrt – og til dels tungt – utstyr osv.

Som nevnt i punkt 6.3.1., er det en forutsetning at SiV leverer på alle de 5 hovedoppgavene som ligger til spesialisthelsetjenesten. Vi vil ha størst fokus på sykehusets arbeid med utredning, diagnostikk og behandling av pasienter, men beskriver også kort de andre hovedoppgavene til spesialisthelsetjenesten.

Det er også en forutsetning i dette perspektivet at SiV fortsetter å utvikle funksjoner som gir tilbud til pasienter også utenfor SiVs "opptaksområde". Disse er med på å styrke rollen som allsidig akuttsykehus for Vestfolds egen befolkning.

Før det blir gjort rede for hovedinnholdet i dette perspektivet, vil vi det bli presentert i alt 8 målbilder som kan illustrere hva vi ønsker å oppnå med å satse så tungt på denne delen av virksomheten. I tillegg til de 8 målbildene som beskrives under dette perspektivet, er det beskrevet 2 målbilder under perspektiv 2 og 4 målbilder under perspektiv 3. Til sammen blir det 14 målbilder. Dette kan synes som et høyt tall, men det er en mangslungen virksomhet som skal beskrives, og det er et langt tidsperspektiv som trekkes opp.

Som det særlig framgår av beskrivelsen i kapittel 9 (perspektiv 3), er flere av målbildene formulert på en slik måte at de "omfatter" flere av helseaktørene i Vestfold enn SiV. Det er gjort ut fra en erkjennelse av at SiV ikke greier å løse samfunnsoppgavet sitt uten at det skjer i nært samarbeid med kommunene og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold. Men det er også viktig å samarbeide med aktører utenfor helsetjenesten, slik som for eksempel NAV og skoleverket. Målene forutsetter også et tettere og mer forpliktende samarbeid med pasienter og pårørende og deres organisasjoner.

7.2 Målbilder for perspektiv 1

Det er formulert i alt 8 målbilder for dette perspektivet. I utgangspunktet har alle målbildene 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. Dette er gjort for å konkretisere hva som ligger i de 14 målformuleringene. 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 løsning 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 datadreven beslutningsstøtte i diagnostikk og behandling
- SiV driver systematisk skoloring 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 utjamne 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 innvandrergupper
- Forventet levealder for pasienter med kort utdanning og lav inntekt har økt minst like mye som for de med mellomlang og lang utdanning

7.3 Hvilke pasientgrupper omfattes særlig av dette perspektivet – helt generelt og overordnet?

Det er ikke hensikten med dette kapitlet å beskrive alle pasientkategorier som det må antas også i framtiden vil få sine behov dekket på "selve SiV". – enten i form av en innleggelse, en dagbehandling, eller en poliklinisk konsultasjon. Det er likevel mulig å si noe generelt om hvilke pasientkategorier som også i framtiden vil ha det største behovet for det man kan kalle "spissede" spesialisthelsetjenester. Det vil være:

- De sykeste pasientene
- De pasientene som har de mest komplekse og kompliserte tilstandene
- De pasientene hvor det er behov for å ta i bruk de mest krevende prosedyrene
- De pasientene hvor det er nødvendig å bruke det dyreste – og til dels mest kompliserte – utstyret
- De pasientene som har behov for den mest tverrfaglige (ofte på tvers av spesialiteter) kompetansen
- De pasientene som har relativt sjeldne lidelser.

Ovennevnte beskrivelse gjelder både for somatikken og for psykiske helsevern og TSB, og også i stor grad for rehabiliterings- og habiliteringsfeltene. Vi kommer mer utførlig tilbake til dette i punktet nedenfor.

7.4 Faglig utvikling innenfor rammene av perspektiv 1

I punkt 7.3. er det gitt en helt overordnet beskrivelse av hvilke pasientgrupper som vil ha det største behovet for det en kan kalle "spissede spesialisthelsetjenester". 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 (punktene 7.4.1. – 7.4.4.).

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

Dette gjøres i punktene 7.4.5.- 7.4.9. I punkt 7.4.10. gis en kort beskrivelse av sentrale utfordringer innen legemiddelbruk og legemiddelhåndtering.

7.4.1 Generelt og overordnet

SiV har fortsatt 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. En god generell medisinsk og kirurgisk akuttberedskap, og en god intensivavdeling, er helt avgjørende for en god traumefunksjon. SiV oppfyller nå alle de faglige og organisatoriske kravene som stilles til sykehus med traumefunksjon.

Sett fra et pasientperspektiv, er det viktig å ha tilgang til en helsetjeneste av høy kvalitet og i rimelig nærhet av der man bor. Som nevnt tidligere i denne planen, kan det forventes en kraftig utvikling innen IKT og digital kommunikasjon i årene framover. Dette

kan fremme økt sentralisering, ved at tjenestene blir ytterligere spesialisert. Men utviklingen kan også fremme en desentralisering ved at høyspesialiserte metoder kan bli mer tilgjengelige på lokalsykehusene uten at pasienten fysisk behøver å forflytte seg. En slik utvikling kan blant annet skje ved at faglige nettverk kan integrere behandlere på flere nivåer. SiV har som ambisjon å utvikle foretaket videre blant annet gjennom denne typen nettverksbygging.

7.4.2 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 også tas hensyn til hva som er nødvendig for å skape gode fagmiljøer lokalt. Sentralisering er en prosess som kan gå begge veier. For høyspesialisert og multidisiplinær behandling der volumet er lite og kravet til spesialisering er stort (for eksempel kreft i spiserør og magesekk, eller lever og bukspyttkjertel) 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. Dette er viktig både for lokalsykehusene og for OUS - dersom de skal kunne komplettere hverandre og bruke ressursene mest mulig optimalt.

7.4.3 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 prehospitale tjenester med AMK og ambulansetjenesten. 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. Arbeidet med å få dette på plass har vært høyt prioritert de senere årene – og sykehuset har registrert betydelige forbedringer. Viktig i dette arbeidet framover blir utvikling av nye spesialiteter i mottaksmedisin og vaktbærende generell kirurg.
- SiV må ha gode rutiner og god infrastruktur for å håndtere de pasientene som skal transporteres videre til OUS. Da er en helikopterlandingsbase, i tillegg til kapasitet for intensivtransporter, helt avgjørende.

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

7.4.4 Samarbeid mellom fagområder og spesialiteter

Sykehuset har gjennom mange år opparbeidet flere sterke fagmiljøer innen *minimalinvasive behandlingsmetoder*. Dette gir pasienter ved SiV et viktig og 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 gjennom bruk av minimalinvasive behandlingsmetoder – både på kirurgiske og indremedisinske pasienter (laparoskopi, robotkirurgi, ulike kateterteknikker osv). Den teknologiske utviklingen og arbeidet i tverrfaglige team vil videreutvikles og være et viktig strategisk satsingsområde for SiV. Denne kunnskapsoverføringen mellom pasientgrupper og fagmiljøer vil øke kvaliteten på behandlingen, og gi langt flere muligheter for behandling i tiden framover.

Blant de mest aktuelle pasientgruppene i dag for slike intervensjoner er urologi, gynekologi, onkologi, kar- og gastrokirurgi, samt ulike medisinske pasientgrupper. Bruk av angiografi med intervensjon vil for eksempel kunne være det foretrukne valget for behandling av blødende magesår og blodpropp i hjernen.

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. Et godt eksempel på dette er de multimodale teamene som sykehuset har etablert i forbindelse med kreftbehandlingen, og som har vist seg å være svært nyttige. .

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, og ikke hva som tjener den enkelte profesjon.

7.4.5 Nærmere om det kirurgiske fagområdet

Mye av det som er skrevet ovenfor, omhandler kirurgiske fagområder, og deres sentrale rolle i arbeidet med å utvikle det allsidige akutt-sykehuset. 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 betyr at det må være en god kombinasjon av basale kirurgiske oppgaver på den ene siden og områder der sykehuset er i forkant på den andre siden. En viktig forutsetning for å få til denne kombinasjonen er at det investeres i ny teknologi og gode fysiske rammer for å utvikle behandlingstilbudet videre.

Ovenfor er det beskrevet noen viktige utviklingstrekk innenfor det kirurgiske fagområdet knyttet til utviklingen av minimalinvasive teknikker og til teamarbeid mellom spesialiteter. Denne beskrivelsen viser at det er mulig å utvikle robuste og faglig sterke fagmiljøer også utenfor universitetssykehusene. Beskrivelsen viser også at det er mulig å utvikle – og ikke minst beholde over tid - fagmiljøer og tilbud som kan ha et "nedslagsfelt" utenfor eget fylke. Innenfor kirurgi gjelder dette ved SiV blant annet karkirurgi, bariatrisk kirurgi og urologi. SiV har fortsatt ambisjoner om å fortsette en slik utvikling – når kompetanse og ressurser gjør det mulig. Et svært aktuelt eksempel er det potensialet sykehuset ser i utvidelse av avansert endometriosebehandling.

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.

For palliative kreftpasienter er det etablert egne palliative senger, ambulant team og «Pusterom».

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

7.4.6 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 akuttstusykehus. Klinikken har i dag en stor bredde både i utredning og behandling, og har god dekning på overlegenivå for alle 8 spesialiteter innen indremedisin.

Den stadig økende subspecialiseringen innenfor de indremedisinske spesialitetene har internasjonalt ført til økt fokus på behov for generalistkompetanse innenfor indremedisin (og også innen kirurgi). I USA har en ny generell sykehusspesialitet – "Hospitalist" – fått stor og økende utbredelse. Utvikling av spesialitet i "mottaksmedisin" pågår internasjonalt, og planlegges nå som ny spesialitet i Norge. SiV har ved organisering av legetjenesten i akuttmottaket startet utviklingen i retning mot dette.

Flere av seksjonene i medisinsk klinikk har god samhandling med øvrige fagmiljøer i somatikken, som intervensjonsradiologi og kirurgi (jfr. det som er skrevet ovenfor). Dette gir muligheter for et robust tilbud 24/7 for tilstander som akutte mage-/tarmblødninger, osteoporosebehandling og tumorrettet invasiv cytostaticabehandling. Sistnevnte kommer til å bli mer aktualisert i tiden framover. Samarbeidet med intervensjonsradiologi legger, som nevnt ovenfor, til rette for oppstart av nye, avanserte behandlingsmetoder, som trombectomi ved hjerneslag. Her vil en prosess i regi av HSØ bli førende for en videre spredning av dette tilbudet fra Universitetssykehusene.

SiV har et *stort og robust kardiologisk miljø*. Gjennom klinisk forskning har Hjertesenteret via samarbeid med industrien drevet fram klinisk bruk av ultralyd gjennom håndholdte apparater. Dette har blant annet medført betydelig kompetanseheving hos sykehusets LIS.

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.

7.4.7 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. Teknologien vil gi bedre og mere målrettet behandling, styrke smittevernberedskapen og redusere utbrudd av forskjellige sykdommer/infeksjoner. Oppbygging av lokal kompetanse på NGS er viktig for å være forberedt til å møte folkehelsemessige utfordringer knyttet til antibiotikaresistens og eldrebølgen (med økende forekomst av kreft og kompliserte infeksjoner).

Eksempler på denne utviklingen er:

- Utvikling av flere molekylærpatologiske analyser (kreftmarkører) som bidrar til individuell kreftbehandling ved hjelp av persontilpasset medisinering
- 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)

De to sistnevnte punktene er nye fagområder som vil få betydning for framtidig pasientbehandling. Denne 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 også revolusjonere mulighetene for samhandling med andre aktører og bedrer forutsetningene betydelig for å samarbeide i nettverk.

Innen laboratoriefagene ser vi også en spennende utvikling med "mønsterkjennings" 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 teknologisk 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.

Mønsterkjennings, Dr Watson, kan også bli løsningen for bildetolkning. Det betyr at man vil få frigjort radiologkapasiteten 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 (fysikk ol). 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.

7.4.8 Nærmere om fysikalsk medisin og rehabilitering

SiV er ett av relativt få helseforetak i HSØ som utfører en betydelig del av den spesialiserte rehabiliteringen i egen regi. Både ved andre helseforetak i HSØ og i øvrige deler av landet utføres en stor del av spesialisthelsetjenesterehabiliteringen av private rehabiliteringsinstitusjoner. Befolkningen i Vestfold har, som følge av dette, bare 81 oppholdsdøgn per 1000 innbyggere i private rehabiliteringsinstitusjoner i 2016, mens gjennomsnittet for HSØ området var 120 oppholdsdøgn per 1000 innbygger.

I tillegg til at Vestfoldpasientene har færre oppholdsdøgn ved de private institusjonene enn gjennomsnittet for HSØ området, er det også betydelige forskjeller i liggetider for rehabiliteringsopphold mellom de private institusjonene og SiV. Mens liggetiden for rehabiliteringsopphold ved SiV er på i gjennomsnitt 7,5 døgn, er den ved de private rehabiliteringsinstitusjonene på ca. 21 dager.

Kort om den spesialiserte rehabiliteringen ved SiV

Fokuset i rehabilitering handler til forskjell fra behandling ikke om å gjøre pasienten frisk, men om å gjøre pasienten i stand til å takle og leve med endrede forutsetninger som følge av sykdom/skader/plager. I sum fører dette til at mange av pasientene i dag mottar en langt mer kompleks rehabilitering enn tidligere, og med flere faggrupper involvert.

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 hjerneskader og MS pasienter. SiV ser det som viktig at KFMR opprettholder disse funksjonene for å beholde et spennende fagmiljø og for sikre rekruttering av spesialister til klinikken

Pasienter med uspesifikke helseplager

Mange av de pasientene som henvises til behandling og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, har uspesifikke helseplager, hvor årsakssammenhengene i mange tilfeller er uklare. Spesifikk, symptombasert behandling har da gjerne liten eller ingen effekt.

Disse pasientene blir ofte utredet på flere poliklinikker i spesialisthelsetjenesten, og ofte flere ganger. For å møte pasientenes behov, tilbys gjerne et behandlingsopplegg som baseres utelukkende på mestring av symptomer, arbeid og øvrige aktiviteter i det daglige livet - på tross av de plagene pasientene har. Ved å kartlegge faktorer som opprettholder symptomene, kan man sette inn målrettede tiltak og redusere bruken av helsetjenester/unødvendige innleggelser.

For pasienter med uspesifikke helseplager pågår det en diskusjon om de "hører hjemme" i spesialisthelsetjenesten, eller om det er mer hensiktsmessig å utvikle tilbud på primærhelsetjenestenivå; eventuelt i en kombinasjon av tilbud 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

Som det framgår av punkt 10.2.2., vil SiV 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. For nærmere beskrivelse av dette, vises det til punkt 10.2.2.

7.4.9 Nærmere om psykisk helsevern og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)

I punktene ovenfor har det vært hovedfokus på utviklingen av SiVs tilbud til pasienter med somatiske sykdommer. Det er like viktig å ha en klar oppfatning av hva som skal være SiVs strategi i forhold til pasienter med psykiske lidelser og/eller rusrelaterte lidelser. Dette vil bli gjort rede for i punktene nedenfor.

Problemstillingen er både hvilke pasientgrupper som vil ha det største behovet for fysisk frammøte i SiVs bygninger - enten frammøtet dreier seg om døgn-, dag-, eller poliklinisk behandling -, men også i noen grad hvilke tilbud SiV mer generelt bør utvikle til disse pasientgruppene.

Psykisk helsevern for voksne

Det har siden 1980 tallet skjedd en kraftig nedbygging av døgnplasser på sykehusnivå, til fordel for å bygge opp en desentral psykiatri hvor tilbudet skulle gis ved Distriktpsykiatriske sentra (DPS). Utviklingen har således alt over mange år gått i retning av færre døgnplasser og mer utadrettet virksomhet. Det vil si at også pasienter med tilstander som tidligere medførte innleggelse på sykehusnivå, nå behandles poliklinisk/ambulant.

Sykehuset i Vestfold har fram til i dag ligget lavt med hensyn til antall døgnplasser innen psykisk helsevern sammenliknet med andre helseforetak.

Selv om det er rimelig å anta en viss videreutvikling i en slik retning som beskrevet ovenfor, begynner vi å nærme oss en grense for hvor langt denne utviklingen bør fortsette. Det er flere grunner til at utviklingen med reduksjon av antall døgnplasser i noen grad vil "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
- Alvorlige 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 framtiden være behov for egne døgnplasser innen sikkerhetspsykiatri.

Behovet for innleggelse vil avhenge av symptomutforming, grad av sykdomsinnsikt m.m. 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 plattformer, noe som gjør behovet for fysisk oppmøte mindre. Mange av disse pasientene antas også i framtiden å få tilbud ute i kommunene.

Utredning av demens/nevropsykologisk utredning vil også som hovedregel kunne skje uten innleggelse.

Dette innebærer at det framtidige psykiske helsevernet på spesialistnivå vil være svært spisset, hvor det er de dårligste pasientene som vil kreve rammer som innebærer innleggelse på sykehusnivå.

Det kan diskuteres om ikke all innleggelse i framtiden vil komme til å skje på sykehusnivå, på grunn av tilstandens alvorlighetsgrad. Det vil 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 til en viss grad 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 i det ambulante arbeidet.

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 om 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

Ut fra prinsippet om fritt valg av behandlingssted og mange private aktører, kan et for lavt antall døgnplasser på SiV føre til en dreining av hvor pasienter søkes/søker seg hen.

Det er derfor grunn til å anta at antall døgnplasser i hovedsak vil være uendret i planperioden.

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 - ofte samtidig. Nivåene består av en behandlingsskjede, en omsorgsskjede og en pedagogisk kjede. Spesialisthelsetjenesten vil ha sine sentrale oppgaver knyttet til behandlingsskjeden, men tiltak vil som hovedregel kreve et omfattende samarbeid med andre 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. Dette vil stille krav til bygningsmasse så vel som kompetanse. 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. Dette er pasienter som kan ha alvorlige somatiske komplikasjoner knyttet til sin tilstand. Denne gruppen vil kreve et tett samarbeid mellom somatikk og psykiatri. Dette er en diagnosegruppe hvor SiV dag henviser til aktører utenfor eget sykehus - både private og regionale.

Generelt kan det sies at barn og unge med alvorlige lidelser - herunder også de med alvorlige atferdsvansker - vil være en stor belastning for familien, og det vil ofte ligge en sterk forventning om avlastning. BUPA må ha et tilbud som minst er på linje med hva eksterne aktører kan tilby, 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 i form av kognitive vansker og atferdsvansker.
- 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 instanser
- Styrket samarbeid mellom somatikken og barne- ungdomspsykiatrien for deler av pasientpopulasjonen
- 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

7.4.10 Nærmere om legemidler og legemiddelhåndtering

Nye og kostbare legemidler utgjør en stadig større del av sykehusenes legemiddelbudsjetter, og stadig flere legemidler overføres til helseforetaksfinansiering. Dette vil i økende grad påvirke sykehusenes økonomi og handlingsrom i årene framover. 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 insidensøkningen. 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 («biologiske medikamenter») raskt kommer på markedet.

Dette stiller økende krav til bevissthet hos klinikerne ved valg av behandlingsalternativ og konkret preparat, samt system for intern budsjettering av disse kostnadene og internkontroll. Det forventes også et fortsatt press fra legemiddelindustrien, pasienter og pårørende om å ta i bruk nye medikamenter før de er vurdert nasjonalt i Beslutningsforum. Dette krever lojal oppfølging til vedtatte prosesser fra klinikere og ledelse på alle nivåer. Det er knyttet spesielle utfordringer til samarbeid med

avtalespesialister med forskrivningsrett til denne typen medikamenter, som finansieres av helseforetaket.

Feilbruk av legemidler i og utenfor sykehus er et betydelig problem, og et stort antall pasientskader knyttes til legemiddelfeil. 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 («Metavision») blir også et viktig element i dette. Bruk av kliniske farmasøyter er etablert og bør evalueres fortløpende med tanke på økt bruk.

7.5 Fortsatt sterkt fokus på effektivisering og god kapasitetsutnyttning

I det perspektivet som er beskrevet i dette kapitlet, ligger også et økende fokus på effektiv utnyttelse av personell, arealer/rom og utstyr. Disse viktige 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. Store og tunge investeringer står i dag ubrukt en for stor del av døgnet og uken. I et 10 – 15 års perspektiv vil en endring her måtte presse seg fram. Det gjelder kostbart utstyr og det gjelder arealer som det i dag er stort press på, og hvor kapasitetsutnyttelsen tidvis er lav.
- Det er også grunn til å anta at "normalarbeidsdagen" vil måtte bli definert på en annen måte enn i dag. I et samfunn som blir stadig mer preget av 24/7/365, vil det også bli endringer i hva som defineres som "normal" arbeidsdag/arbeidstid. Bruken av personalet må i større grad enn i dag tilpasses når på dagen/uken behovet for arbeidskraft er størst. Og da vil pasientenes behov være styrende for når personalet er på jobb og dimensjoneringen av det. Behovet for å gå inn i denne problemstillingen har både å gjøre med effektiv kapasitetsutnyttelse, men også med pasientsikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen. Dagens vaktordninger gir i for liten grad garanti for at pasientsikkerheten og pasienttilbudet er like godt 24/7/365. 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, slik at partene kan samarbeide aktivt en større del av døgnet og uken.
- I årene framover vil det antakelig også bli behov for å utnytte kapasiteten best mulig til aktiv tjeneste ved å se nærmere både på antall *vaktsjikt* og på antall *vaktlinjer*. Det vil si antall spesialiteter som har egne vaktlinjer, og hvor mange vaktsjikt det er innen hver spesialitet. Det gjelder selvsagt primært på legesiden. Spørsmålet om vakt samarbeid mellom foretak kan også bli mer aktuelt enn i dag.
- Kapasitetsutnyttning dreier seg også om å bruke ulike faggrupper best mulig i forhold til kompetanse, erfaring og ferdigheter. Et viktig tiltak for å få til dette, er oppgaveglidning både innen og mellom faggrupper/profesjoner. SiV har allerede noe erfaring med slik oppgaveglidning mellom radiologer og radiografer (beskrivende radiografer) og mellom leger og sykepleiere (for eksempel på øyepoliklinikken). I mange andre land har de betydelig lengre erfaring med systematisk arbeid for å få til oppgaveglidning, og med gode resultater. Både i et

kompetanseutviklingsperspektiv og i et perspektiv knyttet til kapasitetsutnyttning av nøkkelpersonell, vil arbeidet på dette området måtte forsterkes i årene som kommer.

- I høringsrunde til utviklingsplanen er det – særlig fra legesiden – tatt opp spørsmålet om hvor hensiktsmessig arbeidsdelingen er mellom sykehusleger og helsesekretærer. Legeforeningen foreslår at det bør ses nærmere på om denne arbeidsdelingen i dag er optimal. Det er et innspill det er naturlig å se nærmere på i en større diskusjon om arbeidsfordeling og oppgavegliding.

7.6 Forbedring og effektivisering av arbeidsformer og arbeidsprosesser

Som det framgår av kapittel 5, ligger det i framskrivingsmodellen til Sykehusbygg – og de endringsfaktorene som den bygger på – et betydelig potensiale for omstilling og effektivisering av driften ved SiV. Dette dreier seg både om overgang mellom behandlingsnivåer – fra døgn til dag og poliklinikk – og om *effektivisering av selve aktiviteten på de ulike omsorgs-/behandlingsnivåene* – enten det dreier seg om døgn, dag eller poliklinikk. Fokus vil blant annet være på ytterligere reduksjon av oppholdstider/liggetider.

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

- På litt *overordnet nivå* vil det dreie seg om et fortsatt systematisk arbeid med å *strukturere og standardisere pasientforløpene* ved SiV – der hvor det er kunnskapsgrunnlag for slik standardisering. Det gjelder både faglig innhold, samarbeid/samhandling og logistikk. SiV har i dag et eget program for pasientforløp og en metode for arbeidet med forløp som er i ferd med å bli godt integrert i organisasjonen. Dette arbeidet bør fortsette og forsterkes, og det må etableres måleparametre som gjør at det er mulig på en relativt enkel måte å monitorere om vi gjennomfører forløpene slik vi er blitt enige om/har vedtatt. Her er det allerede mye godt arbeid å bygge på.
- Samtidig er det viktig, slik flere av høringsinstansene peker på, å supplere standardisering med *skreddersøm og individuelt tilpasset behandling*, der hvor det er riktig og nødvendig.
- På mer *operativt nivå* er det viktig å understreke poenget med god logistikk, enkle og lett tilgjengelige prosedyrer, felles maler og standardisering av arbeidsprosesser. I dette ligger også et økt fokus på å etablere egne "fast tracks", der hvor det er hensiktsmessig, riktig og mulig. Den siste tiden har det vært arbeidet mye med å strukturere de kirurgiske akuttforløpene – blant annet ved å optimalisere arbeidsprosessene i akuttmottaket. Dette kan overføres også til andre typer forløp og til dagbehandling og poliklinisk drift.
- For å få til gode og effektive pasientforløp, er det også noen andre forutsetninger som må være på plass, og hvor arbeidet må intensiveres i tiden framover:
 - Behandlerne må ha rask og lett tilgang til relevant og sann tids informasjon om pasienten (diagnostisk informasjon, oppdatert legemiddelliste osv.). Det vil si god beslutningsstøtte i forbindelse med kliniske vurderinger og beslutninger. Med at informasjonen skal være lett tilgjengelig, menes at den må være mest mulig "bedside". I det ligger at informasjonen må være tilgjengelig hos behandler når vedkommende er "hos pasienten", og ikke være avhengig av PC på et vaktrom eller liknende. Informasjonen må være tilgjengelig i sann tid og på mobile enheter.

- Det er også en forutsetning for effektive pasientforløp at informasjon lett kan overføres mellom de ulike leddene i kjeden (for eksempel informasjon fra ambulansen til akuttmottaket). Både fra fastleger og sykehusleger framheves dialogmeldinger som et kommunikasjonsmiddel de ønsker å ta i bruk i større grad enn i dag. Her står vi imidlertid overfor noen juridiske utfordringer knyttet til personvern, sikker overføring av sensitiv informasjon mv., men disse bør kunne løses. Gode digitale verktøy knyttet sammen med forutsigbare og oversiktlige arbeidsprosesser vil være avgjørende bidrag for å få på plass korte og effektive opphold/konsultasjoner. På tilsvarende måte er det behov for felles systemer/verktøy for overvåking og observasjon av pasienter. Ett eksempel på dette er beslutningen om å ta i bruk NEWS (National Early Warning System) over hele SiV.
- Det er viktig at arbeidsprosessene rundt den medisinske diagnostikken bidrar til korte og effektive pasientforløp – enten pasienten er innlagt, eller behandles på dag/poliklinikk. Her vil det også åpne seg helt nye muligheter ved innflytting i nytt akuttmottak.
- Det er en forutsetning for fortsatt effektivisering og kortere liggetider/ oppholdstider at sengepostdriften optimaliseres ut fra et logistikkperspektiv. Det betyr at visittgang, utskrivingsprosedyrer, klargjøring av senger, ferdigstilling av epikriser osv legges opp med sikte på at pasienten skal kunne forlate sykehuset så raskt som overhode mulig etter at pasientbehandlingen er avsluttet og nødvendig dokumentasjon (epikriser mv) er skrevet.
- Et tiltak som vil kunne bidra både til egenmestring og ansvarliggjøring av pasientene og til å effektivisere oppholdet/konsultasjonen på SiV, er å få pasientene til enten å sende inn viktig informasjon om egen helsetilstand/annen viktig informasjon i forkant av besøket (gjelder naturligvis primært i forbindelse med elektive opphold), eller å ha den "ferdig utfylt" når vedkommende kommer til oppholdet/konsultasjonen. En slik praksis vil kunne gi flere fordeler:
 - Det vil bedre kvaliteten på informasjonen – ved at pasientene kan fylle den ut i ro og mak i forkant av besøket
 - Det vil sikre at informasjonen faktisk er tilgjengelig når det er behov for den
 - Det vil ytterligere ansvarliggjøre pasientene
 - Det vil kunne gjøre oppholdet/konsultasjonen mer effektiv
- Det siste poenget det vil bli fokusert på under punktet om "forbedring og effektivisering av arbeidsprosesser og arbeidsformer", er at sykehuset bør ha et enda sterkere fokus på *rehabilitering i akutt og subakutt fase*. En kartlegging våren 2017 viste at rehabiliteringsinnsatsen ved SiV varierer for mye i denne fasen. Det forsinker rehabiliteringsprosessen hos pasientene, og det medfører også at liggetidene i noen tilfeller blir lengre enn nødvendig. Men dette har også sammenheng med vaktordninger og tilstedeværelse for terapeuter og annet nøkkelpersonell utover "vanlig arbeidstid". For en nærmere beskrivelse av dette vises til kapittel 10 – punkt 10.2., og til punktet om kapasitetsutnyttning ovenfor (7.5.).

7.7 Overføring mellom omsorgsnivåene internt ved sykehuset

Mens punkt 7.6 dreier seg om å effektivisere arbeidsprosessene på *de enkelte omsorgsnivåene* i SiV, dreier dette punktet seg om å overføre aktivitet *mellom omsorgsnivåene*. De tre omsorgsnivåene er:

- Døgnopphold
- Dagopphold
- Polikliniske opphold

I framskrivingsmodellen til Sykehusbygg er det en forutsetning at et en overføring fra døgn til dag og poliklinikk vil fortsette også i årene framover. Det er også et viktig element i de strategiske grepene som SiV legger opp til i denne utviklingsplanen, og som sykehuset er godt i gang med allerede. I forlengelsen av en slik "intern forskyvning", ønskes også en videre "venstreforskyvning" fra spesialist- til primærhelsetjeneste. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 9, men det er viktig at ikke den "interne forskyvingen" på SiV bidrar til å forsinke overføringen av oppgaver mellom sykehuset og primærhelsetjenesten.

Det har ofte vært argumentert med – og det har vært en reell innvending – at en overføring av aktivitet mellom omsorgsnivåene har vært økonomisk risikabelt for helseforetakene. Det kan både skyldes at dagopphold og/eller polikliniske opphold er dårligere finansiert enn døgnoppholdene, og det kan skyldes at det er vanskelig å få redusert kostnadene i samme tempo som inntektene (finansieringen) reduseres. Det vil si at sykehuset ikke greier å "ta ned" kostnadene tilstrekkelig raskt og besluttsomt når pasienter overføres fra for eksempel døgn til dag. Kostnadene blir i for stor grad beholdt, mens inntektene blir redusert.

ISF systemet er imidlertid under kontinuerlig utvikling, og myndighetene forsøker også å fange opp/støtte opp under en utvikling som beskrevet ovenfor. For 2018 vil ISF systemet blant annet 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 tillegg presiserer Helsedirektoratet at siktemålet er å legge grunnlaget for en større og mer gjennomgående endring fra og med 2019 "for å redusere insentiver til overnatting i sykehus."

Det er en viktig strategisk satsing for SiV å være i forkant av denne utviklingen.

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 behandlingskjeden. Det gjelder naturligvis særlig kommunene og fastlegene.

7.8 Sterkere integrering mellom somatikk og psykisk helsevern/TSB

Det er mange pasientgrupper som både har somatiske sykdommer/plager og sykdommer/ plager knyttet til psykisk helse og/eller rus-/medikamentmisbruk. Det er også et faktum at 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 rusutfordringer, oppsøker helsevesenet senere enn andre pasientgrupper. Det er blant årsakene til at de også har lavere levealder.

Det er et kjent faktum at det er krevende 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. Det gjelder både for voksne pasienter og for barn/unge. Ett eksempel på pasienter som trenger godt koordinerte tjenester både fra somatikk og psykisk helse, er barn og unge med spiseforstyrrelser. Men dette er bare ett av mange eksempler.

Det er en ambisjon i denne utviklingsplanen 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.

7.9 Større organisatoriske grep for mer effektiv pasientbehandling

I punkt 7.4. beskrives kjernen i den spissede spesialisthelsetjenesten og betydningen av å videreutvikle disse funksjonene for at SiV fortsatt skal være et sterkt, robust og allsidig akutt sykehus. I punktene 7.5. – 7.8. beskrives hvordan SiV skal møte framtidens utfordringer som "spisset" spesialisthelsetjeneste gjennom løpende effektivisering og omlegging av driften – uten nødvendigvis å gjennomføre "organisatoriske" tiltak. 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.

7.9.1 Samling og konsolidering av fagmiljøer/faglig ansvar

SiV er et "relativt stort" allsidig akutt sykehus". Samtidig har også SiV fagområder som er små og sårbare, og hvor det kan diskuteres om en form for faglig og organisatorisk konsolidering vil gi mer robuste og faglig sterke miljøer.

Det er ikke hensikten på dette stadiet i arbeidet med utviklingsplanen å konkretisere hvilke områder dette kan dreie seg om, men det kan illustreres med noen få eksempler hva som kan ligge i denne formen for grep:

- KPR har nylig vedtatt å samle de to DPS ene i Vestfold i én organisatorisk enhet, og de samler også ansvaret for rusbehandlingen/TSB i én enhet. En viktig begrunnelse for disse endringene er å konsolidere og styrke det faglige tilbudet til pasientene, og etablere forutsetninger for kvalitativt bedre og mer effektiv drift.
- SiV har lyktes ganske godt de senere årene med å samkjøre fagmiljøene innen karkirurgi og intervensjonsradiologi. Det har styrket begge miljøene, posisjonert sykehuset godt, og gitt Vestfoldpasienten et faglig godt tilbud i nærmiljøet. Tilbudet benyttes også av pasienter fra andre fylker enn Vestfold.
- Samarbeidet mellom ulike spesialiteter knyttet til behandling av pasienter som lider av sykkelig overvekt – rundt Senter for Sykelig Overvekt (SSO) – er også et eksempel på hva det er mulig å få til når sykehuset samler ulike disipliner/fagmiljøer i én, stor kraftsatsing.

- I denne planen foreslås det (jfr. punkt 10.2.) å etablere KFMR som det *rehabiliteringsfaglige tyngdepunktet* ved SiV. Også det er i erkjennelsen av at en samling av ansvar og myndighet på rehabiliteringsområdet vil gi bedre forutsetninger for faglig konsolidering og en styrket kompetanse.
- I denne planen (jfr. punk 10.6.) settes tilbudet til de multisyke pasientene tydelig på dagsorden. Dette er pasientgrupper som ofte har behov for tverrfaglig og multidisiplinære tiltak/intervensjoner. For noen av disse pasientgruppene må SiV være åpen for å vurdere om sykehuset i tilstrekkelig grad greier å yte koordinerte og helhetlige helsetjenester, slik vi i dag er organisert.

Som en nyansering av det som står i punktene ovenfor, er det også viktig å understreke at slik faglig konsolidering og samkjøring ikke alltid må ha som forutsetning at det gjennomføres formelle organisatoriske endringer. Fagmiljøer kan selvsagt også finne fram til gode samarbeidsmodeller på andre måter enn gjennom organisatoriske tiltak.

7.9.2 Overføring av funksjonene i Larvik sykehus til sykehuset i Tønsberg

Et større – og strukturelt – grep som sykehuset ønsker å legge grunnlaget for gjennom denne planen, er å samle det alt vesentlige av SiVs virksomhet i Larvik sykehus i sykehuset i Tønsberg. Det vil gi gode forutsetninger for mer effektiv, samlet og koordinert drift – særlig knyttet til den kirurgiske virksomheten som nå drives i Larvik. Men det vil også gjelde den delen av virksomheten i Larvik som skjer i regi av medisinsk klinikk og KMD. Samtidig vil sykehuset også spare betydelige beløp knyttet til drift og forvaltning av bygget dersom vi ikke lenger selv skal drifte det. 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 (fortsatt overgang fra døgn til dag, mer effektiv utnyttelse av operasjonskapasiteten, fortsatt kortere liggetider mv) den delen av virksomheten som også i framtiden skal finne sted i sykehusbygget i Tønsberg (de "spissede" spesialisthelsetjenestene). Blant disse er naturligvis den kirurgiske aktiviteten og operasjonsaktiviteten helt vesentlig.
- Sykehuset må intensivere arbeidet med å støtte opp under pasientbehandling "utenfor sykehus". Det dreier seg både om å følge opp pasienter utenfor sykehus (ambulante team, hjemmesykehus, fjernmonitorering av kronisk syke pasienter, oppfølging av pasienter på sykehjem mv), det dreier seg om å understøtte kommuner og fastleger i deres arbeid med stadig mer krevende pasienter (gi dem kompetanse og beslutningsstøtte), og det dreier seg om fortsatt overføring av oppgaver fra spesialist- til primærhelsetjenesten. Alle disse tiltakene vil kunne bidra til å frigjøre areal og kapasitet i Tønsberg, som igjen kan være med å skaffe rom/arealer til en planlagt overføring av aktivitet fra Larvik. Alt dette krever koordinerte og godt planlagte grep og prosesser – med klare krav til gevinster og gevinstuttak. Sykehuset er allerede godt i gang med å planlegge dette arbeidet.
- Sykehuset må begynne arbeidet med OU prosessen inn mot Tønsbergprosjektet. Det er mange elementer i Tønsbergprosjektet. I denne sammenhengen vil det være naturlig å særlig trekke fram de driftsmessige konsekvenser av et nytt akuttmottak:
 - Større kapasitet på observasjons-/avklaringsenger
 - Mer diagnostikk tilgjengelig i akuttmottaket
 - Mer avklarte pasienter før de overføres til sengepost
 - Potensiale for ytterligere reduksjon av liggetid og en mer strømlinjeformet aktivitet på sengepostene når pasientene er mer avklarte i akuttmottaket
 - Enda flere pasienter vil bli "snudd" i akuttmottaket

- Siden flere pasienter vil bli "snudd" i akuttmottaket, kan det hende at de som skal legges inn, gjennomgående vil være tyngre/mer krevende. Det må det i hvert fall tas høyde for at kan være tilfellet.

Det er imidlertid viktig å være klar over at det potensialet som ligger i at sykehuset får flere observasjonssenger og et annet type akuttmottak, vil variere mellom pasientgrupper (jfr. framskrivingsmodellen i kapittel 5). Her må det derfor gjøres konkrete vurderinger i forhold til ulike pasientkategorier.

- 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 i Tønsberg.

7.10 Sykehus i nettverk

Som det framgår av beskrivelsen av de internasjonale utviklingstrekkene i punkt 6.2., er en nokså gjennomgående tendens at spesialisthelsetjenesten fokuserer mer og mer på samarbeid i nettverk. Det dreier seg både om nye arbeidsformer internt - mer tverrfaglighet, større vekt på multimodale team, tydeligere forpliktelser for og forventninger til teamene osv - og det dreier seg om samarbeid og nettverk med eksterne aktører. Eksterne aktører kan være andre sykehus, det kan være forsknings- og utdanningsinstitusjoner, det kan være frivillige/ideelle organisasjoner, det kan være aktører i primærhelsetjenesten, men det kan også være kommersielle aktører.

Dersom SiV skal nå de ambisiøse målene som er satt i denne utviklingsplanen, er sykehuset helt avhengig av å ta aktive grep for å posisjonere seg i forhold 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.

7.11 Teknologisk utvikling

Ambisjonene i denne planen er helt avhengig av at SiV lykkes med å få etablert og implementert moderne teknologisk plattformer og løsninger. Siden SiV nylig har utarbeidet målbilder og en plan for den teknologiske utviklingen til foretaket fram mot 2022, går vi ikke nærmere inn på dette her. Målsettingen for SiV vil være å ta i bruk ny teknologi for å ivareta pasienten og sykehusets samfunnsoppdrag på best mulig måte. Teknologi vil dermed være et virkemiddel for å skape bedre pasientbehandling. Dette vil være førende for SiV i det videre arbeidet med teknologi og IKT. SiV vurderer at 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 (teknologiens egenskaper)
- Evne til å 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. Dette innebærer for eksempel risikoforståelse, planlegging og forståelse av handlingsrom

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

Utover dette vises det til beskrivelsen av teknologiens betydning i:

- Kapitlene 4 og 5 (teknologisk utvikling som driver for endring)
- Punkt 6.3.6. (teknologi som viktig premisse for den videre utviklingen av SiV)
- Punkt 10.10 (hvordan sykehuset kan tilnærme seg bruken av ny teknologi).

7.12 Økt brukerinnflytelse og større medvirkning fra pasienter og pasientorganisasjoner

Poenget med økt brukerinnflytelse og sterkere medvirkning fra pasienter og pasientorganisasjoner er beskrevet flere steder i planen, og da med hovedvekten på hvilke sterke drivere for endring som ligger i dette temaet/denne problemstillingen. 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.

Dette vil utfordre SiV på overordnet nivå, med å sikre god innflytelse for pasienter og pasientorganisasjoner på system- og styringsnivå. Her er mye på plass. Utfordringene er betydelig større på pasient- og brukernivå; altså på individnivå. Dette er noen grep sykehuset må ta for å svare opp enkeltpasienters 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 begynner etter hvert å få gode erfaringer og god kompetanse med å gjennomføre intervjuer av enkeltpasienter om deres erfaringer med sykehuset. Det viser seg at det nesten uten unntak kommer fram mye nyttig informasjon gjennom slike intervjuer, og det er informasjon som sjelden kommer fram gjennom spørreundersøkelser.
- Sykehuset må ta pasienters ønsker om samvalg og medvirkning reelt sett på større alvor. Det dreier seg om mer enn å etablere rutiner for når i et behandlingsforløp pasientene skal involveres/konsulteres – selv om det også er viktig å strukturere dette. Vel så viktig er det å utvikle kompetanse til å fylle rollen som samarbeidspartner og prosessveileder – i dialog med pasienten. Det vil si at det må være to likeverdige parter som sammen finner fram til de gode løsningene. For å styrke dette samspillet, må det arbeides både med kompetanseutvikling og rolleforståelse hos de ansatte ved sykehuset.
- I tillegg til å styrke pasientens posisjon i pasientforløpet, vil SiV ta i bruk teknologiske verktøy som gjør at sykehuset kan kommunisere med pasientene på helt andre måter enn i dag. Det kan dreie seg om blant annet følgende:
 - Etablere chattefunksjoner hvor pasient og behandler kan ha en dialog uten at pasienten trenger å oppsøke SiV rent fysisk
 - Gjennomføre konsultasjoner over nett, slik sykehuset allerede har noen eksempler på
 - Avstandsovervåking og monitorering av pasienter (følge med på vitale parametre, fange opp hurtige endringer i status)
 - Sikre at pasientene selv kan sende inn vitale data til SiV – uten selv å måtte møte opp for å få vurdert/analysert dataene – men at det gjøres "over nett".
 - Etablere mer serviceorienterte funksjoner av typen selvinnsjekk, bestilling av poliklinisk time på nett osv.

Poenget her er at SiV – som andre helseforetak – må reorientere seg ganske 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.

7.13 Kvalitet og pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet og kvalitet vil være et hovedsatsingsområde for sykehuset i planperioden. Det er et hovedmål å levere effektive, trygge helsetjenester som gir individuelle og samfunnsøkonomiske resultater.

Det drives et systematisk arbeid tuftet på nasjonalt pasientsikkerhetsprogram og på ny «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring» (2016). Disse elementene, som vektlegger lederrollen på alle nivåer i organisasjonen, vil være bærebjelkene i satsingen.

Det er lagt et solid fundament for denne satsingen. En videreutvikling vil være sterkere fokus på læringssløyfer som en del av et kontinuerlig forbedringsarbeid. Dette vil sette ledere i stand til å gjennomføre selvevalueringer i tillegg til ekstern audits. Det er en nasjonal målsetting at alle innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet skal kunne evalueres ved hjelp av elektronisk datafangst innen to år. SiV har imidlertid ambisjoner ut over dette.

Sykehuset ønsker å operasjonalisere «pasientens helsevesen» gjennom tilnærmingen verdibasert helsetjeneste. Helsetjenesten er sterkt lovregulert, og en slik satsing må baseres på at ledere i sykehuset settes i stand til å redusere kompleksiteten i oppfølgingen av ulikt lovverk. Med lovverk forstås her også prioriteringsveiledere og oppdaterte faglige veiledere. Det å unngå å gjøre noe ulovlig er ikke nok i et moderne helsevesen. Det kreves derfor verktøy for å kunne måle verdien av det som utføres.

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. De teknologiske løsningene vil i framtiden påvirke prosesser og organisasjon, samt sikre at det eksponentielt økende tilfang av kunnskap innen medisin og andre deler av helsetjenesten vil være tilgjengelig til enhver tid. Moderne teknologi vil forbedre virksomhetsstyringen, herunder risikovurdering og en mer automatisert vurdering av lederes etterlevelse av beste praksis.

For å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten, vil sykehuset søke å bygge nettverk for å lære av og sammenligne seg med andre (jfr. punkt 7.10 ovenfor). 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.

7.14 Beredskap

Mye av det som er skrevet i punktene ovenfor, dreier seg om SiVs evne og kapasitet til å håndtere det en kan kalle "normale driftssituasjoner." Selv med normal drift har sykehuset kapasitet til å håndtere et ganske stort trykk - en ganske stor pågang - av pasienter utover normalsituasjonen.

SiV har imidlertid også en beredskap og et planverk som trer i kraft når ekstraordinære situasjoner inntreffer. Det kan være store trafikkulykker, brann og eksplosjon, eller det kan være ulike former for ekstremvær. Dette gjøres ved å aktivere planverket for eksterne ulykker.

For å være mest mulig forberedt til å håndtere dette, foretar sykehuset regelmessige vurderinger av ulike scenarier som kan utfordre organisasjon og kapasitet. Disse scenariene kan være knyttet til ulike utfordringer innen klima, miljø, terror mv.

I tillegg til ovennevnte har sykehuset delplaner innen områder som vannforsyning, elforsyning, IKT sikkerhet mv.

En viktig del av beredskapsarbeidet er det forebyggende arbeidet. Det dreier seg ikke minst om å sikre bygget gjennom vakttjenester, ulike former for soneinndeling av bygningsmassen (ulike begrensinger 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.

Øvelser og hendelser gir muligheter for læring. En viktig del av alt beredskapsarbeid er å evaluere og implementere funn. SiV skal derfor fortsette å øve og trene. Det er på den måten den allerede gode kulturen sykehuset har på beredskapsområdet, kan videreutvikles ytterligere.

7.15 Kompetanseutvikling og rekruttering

Tilgang på medarbeidere med riktig kompetanse er en forutsetning for at SiV nå og i framtiden 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. Utfordringene må møtes med flere ulike tiltak, bl.a. nye driftsformer, bruk av moderne teknologi, målrettet og behovsdrivet kompetanseutvikling, effektivisering av arbeidsprosesser, endringer i arbeidstidsbestemmelser, åpning for andre og nye profesjoner, endring i oppgavedeling innenfor og mellom yrkesgrupper, seniorpolitiske virkemidler, endring i utdanningene og i utdanningssystemet mv.

I kapittel 3 – punkt 3.7. – er nåsituasjonen og noen utfordringer beskrevet hva angår rekruttering og kompetanseutvikling og når det gjelder SiVs rolle som utdanningsinstitusjon. Det framgår av den beskrivelsen at SiV i all hovedsak rekrutterer godt, men at enkelte fagområder har utfordringer. For mer utfyllende beskrivelser, vises til dette kapitlet. 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 er grunn til å presisere at det aller viktigste SiV kan gjøre for fortsatt å ha god rekruttering av nøkkelpersonell, er å levere godt på pasientbehandling. Det vil si å fortsatt være et allsidig akutt sykehus, med et bredt spekter av funksjoner, og med god kvalitet i utredning, behandling og oppfølging av pasienter. Gode resultater og et godt omdømme på dette området, er den beste garantien for fortsatt god rekruttering av nøkkelpersonell.
- Tilsvarende gjelder for områdene forskning og innovasjon og i rollen som utdanningsinstitusjon. Sykehuset har store forpliktelser som utdanningsinstitusjon – både for leger, sykepleiere og andre faggrupper. For framtidig rekruttering er det viktig at sykehuset fortsatt er en attraktiv læringsarena for alle typer helsefaglige studenter, elever, lærlinger, hospitanter, turnuskandidater og spesialistkandidater.
- For fortsatt å rekruttere godt, og ha en kompetanse som er tilpasset oppgaver og funksjoner, er det nødvendig å ta et mer systematisk og strategisk grep om kompetanseutviklingen. På SiV er det kontinuerlig oppmerksomhet på kompetanseutvikling og sikring av kompetanse hos medarbeiderne. Men det er store forskjeller i kvaliteten på det arbeidet som gjøres i ulike deler av sykehuset. 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. Men dette må suppleres

med gode analyser både av hvilke personellgrupper sykehuset vil trenge i årene framover, og hva slags kompetanse disse må ha. Her er det fortsatt en del å gå på. Et nytt IKT system er bare et første, men likevel viktig, skritt på veien.

- 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. Her arbeides det med å få på plass gode arenaer for samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og yrkesfeltet – både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Dialogen om hvilke kompetansebehov sykehusene har, og hvordan utdanningsinstitusjonene best mulig kan levere i forhold til det, må fortsatt styrkes.

7.16 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.

7.16.1 Forskning

Pasientnær forskning, med brukermedvirkning, skal prioriteres og temaene skal være knyttet til sykehusets kjerneoppgaver. Kvalitativt god forskning vil være viktig for kvaliteten og sikkerheten i pasientbehandlingen, samt å rekruttere høyt kompetente fagpersoner.

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 «forskningsfyrtårn» 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. Disse miljøene vil fortsatt være bærebjelkene i SiVs forskningsaktivitet de nærmeste årene.

Nettverkene vil være delvis «SiV-interne», men samhandling med universitetssykehus, (primært OUS), andre sykehus med nettverk innenfor samme forskningsområder, universitet (primært UiO), og høyskoler, (primært HSN) vil utvide mulighetene for ytterligere å styrke forskningen. Vestfold har med sin stabile befolkning et spesielt godt utgangspunkt for longitudinelle studier av populasjoner der både spesialist- og primærhelsetjenesten inngår som premissleverandør, leverandør av data, samt driver aktiv forskning. Et viktig strategisk grep for å få til det, kan være å inngå i større multisenterstudier med andre helseforetak og kommuner, både i og utenfor HSØ området. Bruk av moderne teknologi vil trolig revolusjonere dette området i et tiårs perspektiv.

En risiko ved å framheve kun sterke forskergrupper, er at relevant og god pasientnær forskning ikke når fram. Områder som TSB, nevrologi, fysikalsk medisin og rehabilitering, har vanskelig for å hevde seg i konkurransen med allerede etablerte forskningsgrupper, og disse og andre fag trenger derfor spesiell oppmerksomhet for å sikre et mangfold i forskningstema i «forskningsfattige fag».

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). I tillegg skal forskere fra SiV delta på forskningsarenaer og i den offentlige helsedebatten.

7.16.2 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. På den måten integreres forskning og innovasjon mer med klinikk. Som nevnt i punkt 7.11., har SiV parallelt med utviklingsplanen utviklet et framtidig mål bilde for teknologi i sykehuset. Både bygg og teknologi vil legge til rette for nye driftsformer og konsepter. 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 - med en transparent gjennomføring av endringer - vil bidra til å utvikle bedre helsetjenester i et nettverk av tilbydere på tvers av forvaltningsnivåer.

Sykehuset vil styrke dette samarbeidet både lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Dette er nå mulig gjennom teknologi for deling av idéer, løsninger og strukturert dokumentasjon på hvordan man gjennomfører og repliserer innovasjoner.

Av høringsrunden framgår det at kommunene i Vestfold ønsker et nærmere samarbeid med SiV om forskning og innovasjon. Dette samsvarer godt med sykehusets egne ambisjoner, og vil bli fulgt opp i det videre arbeidet med planen.

7.17 Oppsummering

SiV vil innenfor rammene av perspektiv 1:

1. Fortsette å utvikle de "spissede spesialisthelsetjenestefunksjonene"; inkludert rollen som allsidig akuttsykehus.
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.

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

8.1 Innledning

Hensikten med å beskrive perspektiv 2 er primært å bevisstgjøre organisasjonen i forhold til de utfordringer og muligheter som ligger både i et utvidet samarbeid innen spesialisthelsetjenesten, men også den konkurransesituasjonen SiV antakelig vil bli stilt overfor i årene framover.

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

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

Nedenfor vil det bli gitt en kort beskrivelse av noen viktige problemstillinger langs disse tre aksene, men også her starter vi med å beskrive noen målbilder.

8.2 Målbilder for perspektiv 2

Nummereringen av målbilder fortsetter der vi sluttet i kapittel 7, slik at det blir en fortløpende nummerering. Dermed unngås det misforståelser når det henvises til numrene på de enkelte målbildene.

Målbilde 9

SiV samarbeider forpliktende med andre helseforetak og viktige regionale fagmiljøer

Kjennetegn:

- SiV har etablert en omforent oppgave- og funksjonsfordeling med andre allsidige akuttsykehus 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

8.3 Forholdet til andre allsidige akuttpsykehus

I et tidsperspektiv fram mot 2030/2035 er det grunn til å regne med at det kommer til å skje endringer i forholdet mellom SiV og kanskje særlig ST og VV. Dette fordi disse to helseforetakene både geografisk og tidsmessig (reisetid) ligger svært nær SiV. Reisetiden til Skien er ca. 45 minutter og til Drammen enda litt kortere. Dette er korte avstander både for pasienter og ansatte/fagfolk.

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

- For det første vil det 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. Uansett er det viktig at det er gode, transparente og forutsigbare prosesser rundt denne typen oppgave- og funksjonsfordeling, og at SiV har en strategi på foretaksnivå som gir en felles retning for hvordan sykehuset skal «posisjonere» seg i slike prosesser.
- Et annet viktig område dreier seg om å lage gode og helhetlige pasientforløp der hvor deler av et forløp foregår på det ene helseforetaket og andre deler på et annet helseforetak. Da er det viktig å enes om protokoller som gjør at forløpet gjennomføres etter "beste praksis", og slik man har blitt enige om. Ett eksempel på dette er det samarbeidet ST og SiV er i ferd med å etablere om stråleterapi i Skien – som også skal være for Vestfoldpasienter. Her vil den øvrige delen av utredning og behandling foregå ved SiV, og da er det viktig i størst mulig grad å enes om felles tilnærminger, felles prosedyrer og felles protokoller.
- En tredje mulig problemstilling dreier seg om utdanningsløp – kanskje særlig for Leger I Spesialisering (LIS). Antakelig ligger det et potensiale i et tettere samarbeid om LIS – utdanningen mellom de tre helseforetakene.
- Et fjerde område *kan være* samarbeid om vaktordninger, enten hele eller deler av året (for eksempel i forbindelse med ferieavvikling). Jfr. det som står i kapittel 7 om bedre kapasitetsutnyttning, og flere timer i aktivt arbeid.
- 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

Poenget med punktene ovenfor er *ikke å gjøre rede for hva som kommer til å skje* i forholdet mellom SiV og nabosykehusene, men at sykehuset *utvikler en strategi* og en *handlingsberedskap* for å møte de muligheter og utfordringer som ligger i dette samspillet.

Til grunn for en slik strategi ligger en antakelse om at også de allsidige akuttisykehusene vil måtte foreta noen valg om hva de ønsker/har forutsetninger for å bli særlig gode på, og at det igjen vil bidra til tettere samarbeid med andre tilsvarende sykehus – som vil utvikle *sine sterke sider*. Dermed vil de antakelig både måtte og ønske å inngå mer forpliktende samarbeid enn i dag. Alternativet til et forpliktende samarbeid mellom allsidige akuttisykehus, kan lett bli at tilbudene sentraliseres.

8.4 Forholdet til Universitetssykehusene

En god del av det som er skrevet i punkt 8.3., 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 i forhold til hvordan oppgave- og funksjonsfordelingen vil utvikle seg mellom SiV/de allsidige akuttisykehusene 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 (en form for "bakvakt"), der legene på Universitetssykehusene kan konsulteres i krevende beslutningssituasjoner?

Mest sannsynlig vil det kunne finne sted bevegelser i alle de tre retningene som er beskrevet i kulepunktene ovenfor.

- Det bør være et potensiale for å styrke samarbeidet om forskning og innovasjon mellom SiV og Universitetssykehusene; ikke minst om multisenterstudier.
- En viktig forutsetning for å få til kontinuerlig utvikling og forbedring er at sykehuset raskere evner å ta i bruk ny kunnskap. I dag tar det ofte relativt lang tid fra ny kunnskap er utviklet og dokumentert til den blir tatt systematisk i bruk. Spørsmålet er om Universitetssykehusene kan ha en sterkere, og kanskje også mer formalisert, rolle med tanke på å sikre at hele helseregionen raskere tar i bruk kunnskap når den er dokumentert? Det bør åpenbart ligge et potensiale i å etablere samarbeidsmodeller med Universitetssykehusene som kan sikre "raskere spredning" av ny kunnskap.
- En siste problemstilling hvor det kan ligge et potensiale for forbedring, knytter seg til utdanningsløpet for LIS leger. I dag foregår den dels på SiV/de allsidige akuttisykehusene 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 SiV og de andre allsidige akuttpsykehusene.

8.5 Forholdet til private aktører

Det er en rekke ulike typer private aktører som 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. Til sammen bruker det offentlige mellom 6 og 8 milliarder kroner årlig på kjøp av spesialisthelsetjenester fra private aktører for befolkningen i HSØ området.

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

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

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

Nedenfor vil det bli gitt en kort omtale av de fire første gruppene/typene avtaler. Deretter avsluttes beskrivelsen med noen overordnede problemstillinger/utfordringer.

8.5.1 Private avtalespesialister

Dette er en vel etablert ordning. Avtalespesialistene har avtale med HSØ, og det er stort sett snakk om leger og psykologer.

De enkelte helseforetakene har mulighet for å melde inn behov for slike hjemler i «sitt område» utfra hvilket behov man mener å se. I den senere tiden har de lokale helseforetakene ofte blitt trukket inn i arbeidet med å utforme avtalene med avtalespesialistene, slik at det blir lettere å få til både samarbeid og arbeidsdeling mellom helseforetakene og de private avtalespesialistene. Men det er ingen «styringslinje» fra de lokale helseforetakene til avtalespesialistene, og samarbeidet er derfor basert på frivillighet. Innenfor noen fagområder – særlig øyefaget – er antallet avtalespesialister høyt.

8.5.2 Virksomheter som har avtale med HSØ etter forutgående anbudsprosesser

I motsetning til punktet ovenfor, er det her snakk om ganske store virksomheter, og det er snakk om store volumer (Aleris, laboratorieinstitutter, private rehabiliteringsinstitusjoner osv).

Her er prosedyren at HSØ lyser ut et volum tjenester på anbud, og så gjennomføres det en anbudskonkurranse med påfølgende valg av leverandør(er). Slike avtaler er inngått på en rekke ulike tjenesteområder:

- Laboratorietjenester
- Radiologitjenester
- Rehabiliteringstjenester
- Tjenester inn psykisk helse og rusbehandling

Valg av leverandører foregår etter på forhånd definerte kriterier, og leverandørene får en fast pris «per levert tjeneste». De enkelte helseforetakene trekkes i sin ramme ut fra hvor mye tjenester de private leverandørene har levert til befolkningen i det «opptaksområdet» som helseforetaket har sørge-for-ansvar for.

Grovt sett er rammetrekket omtrent på størrelse med hva det ville kostet å produsere den aktuelle tjenesten ved helseforetaket selv.

8.5.3 Virksomheter som er godkjent etter ordningen med fritt behandlingsvalg

Stortinget har lovfestet reformen *Fritt behandlingsvalg*. Hensikten er å redusere ventetiden og øke valgfriheten for pasientene ved å ta i bruk private aktører. Reformen har virket siden høsten 2015, og det har vært en gradvis utvidelse i løpet av 2016 og 2017. Hittil er ca. 5000 pasienter behandlet innenfor denne ordningen. Regjeringen har som mål å utvide ordningen i inneværende stortingsperiode.

For å inngå i ordningen med Fritt behandlingsvalg, må leverandøren godkjennes av Helfo. Under denne ordningen er det ikke fastsatt noe volum på det antall tjenester den enkelte leverandør kan levere, men det er fastsatt en pris.

Alle pasienter kan benytte seg av fritt behandlingsvalg, og fakturaen betales av det helseforetaket som har sørge-for-ansvaret for pasienten. I motsetning til den ordningen som er nevnt ovenfor, er det ikke satt noe krav til *hvor tjenesten skal produseres* i ordningen med fritt behandlingsvalg.

8.5.4 Virksomheter som er godkjent av Helfo og knyttet opp mot diagnoser/lidelser hvor det ofte er fristbrudd ved helseforetakene

Også denne ordningen er knyttet opp mot Helfo. Ordningen er i hovedsak knyttet opp mot diagnoser/lidelser hvor helseforetakene har fristbrudd, og hvor Helfo bistår pasientene med å finne en alternativ leverandør til det helseforetaket som har sørge-for-ansvaret, men ikke greier å levere et tilbud innen de frister som er fastsatt.

Også her betales fakturaen av det foretaket som har sørge-for-ansvaret.

8.6 Noen problemstillinger knyttet til forholdet mellom SiV og de private leverandørene

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

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

Hovedutfordringene ligger på følgende områder:

- *Få til gode og helhetlige pasientforløp.* Når det gjelder privatpraktiserende spesialister – som for så vidt også fastleger – avgjør de selv (sammen med pasientene, naturligvis) hvor pasientene skal henvises videre. Det kan gi brudd i pasientforløpene hvis deler av forløpet blir gjennomført hos én leverandør og resten på SiV. Denne utfordringen vil med stor sannsynlighet forsterkes i årene framover. Her ligger det en mulighet for SiV til å ta et mer aktivt grep for å sikre felles protokoller, standardisering av forløpene mv også overfor andre aktører – når de utfører deler av forløpet for Vestfoldpasienter. Dette kan selvsagt være både utfordrende og krevende, men bør på ingen måte være umulig.
- *Sikre likeverdige tjenester.* Det pågår en kontinuerlig diskusjon om hva som skal gi rett til helsehjelp betalt av det offentlige, og hva som skal være "indikasjonsstillingen" for ulike typer diagnostikk, behandling og rehabilitering. Av hensyn til likeverdighet i tjenesten, er det naturligvis viktig at det er de samme faglige kravene som gjelder for de private leverandørene som for de offentlige. Det må være de samme prinsippene/prioriteringsreglene som gjelder for hva som skal behandles - og hvordan - enten leverandøren er privat eller offentlig – så lenge tjenesten finansieres av det offentlige.
- *Unngå fragmentering av organisasjonen.* Internasjonalt foregår det en utvikling hvor deler av de offentlige sykehusene blir kjøpt opp av/outsourcet til store private leverandører. Det gjelder særlig den medisinske diagnostikken (laboratiefagene, radiologi og patologi). Begrunnelsen er som regel økonomi og stordriftsfordeler. 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. SiV har den siste tiden arbeidet mye med å standardisere pasientforløpene og sikre autoritet til forløpseiere på tvers av organisatoriske skiller og budsjettområder. Det er også en klar tendens til at arbeidsformene på sykehusene blir mer interdisiplinære og tverrfaglige, hvor grensene mellom spesialitetene i mange tilfeller blir mer uklare og mindre fastlåste (se mer om dette i kapittel 7). Det kan bli vanskeligere å få til denne typen smidig samarbeid hvis den man skal utøve autoritet overfor "rapporterer til Brussel.", og ikke til Administrerende direktør ved SiV.
- *Beholde nøkkelpersonell.* Det er i dag stor mangel på en del typer nøkkelpersonell ved norske helseforetak. Det er grunn til å forvente at denne utfordrende rekrutteringssituasjonen på viktige områder vil forsterkes i årene framover. Det er åpenbart at tilstedeværelsen av private leverandører vil gjøre dette enda mer utfordrende. Helseforetakene må derfor ha et sterkt fokus på hvordan de kan bli mest mulig attraktive som arbeidsgivere og som arbeidsplass, slik at nøkkelarbeidskraften ikke forsvinner.

8.7 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».

9 KAPITTEL – Perspektiv 3: Utvikle SiV gjennom tettere samarbeid med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold

9.1 Innledning

Det tredje hovedperspektivet i utviklingsplanen har vi altså kalt "utvikle SiV gjennom tettere samarbeid med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold." For å forstå dette grepet, er det nødvendig å vende tilbake til kapittel 6. Her beskrev vi behovet for et paradigmeskifte i helsetjenesten, og særlig når det gjelder spesialisthelsetjenester. Like viktig som å diskutere hvordan SiV mest effektivt og med best mulig kvalitet skal utrede, diagnostisere og behandle de pasientene som blir behandlet inne på SiV, er det å diskutere hvordan spesialisthelsetjenesten kan bidra til å:

- Bremsse/forsinke sykdomsutviklingen i befolkningen
- Delta i det primær- og særlig det sekundærforebyggende – arbeidet; også med aktører utenfor helsetjenesten
- Behandle og følge opp pasienter på arenaer utenfor sykehuset
- Overføre oppgaver til primærhelsetjenesten på en planmessig og strukturert måte, og at det skjer gjennom de strukturer og på de arenaer som er etablert med primærhelsetjenesten i Vestfold
- Understøtte kommuner og fastleger i deres arbeid med stadig mer komplekse og krevende pasienter, og slik at dette gjøres på en strukturert og forsvarlig måte
- Trekke pasienter og pårørende mer aktivt med i arbeidet med mestring og oppfølging av egen sykdom, og selv utvikle et sterkere fokus på funksjon – i tillegg til diagnose
- Ta mer kraftfulle grep for å unngå overbehandling/behandlinger som har liten eller ingen dokumentert effekt

Perspektiv 3 dreier seg om alt dette. Og det er i en erkjennelse av at SiV for å løse den «spissede» delen av spesialisthelsetjenestoppdraget – jfr. perspektivene 1 og 2 – er helt avhengig av å lykkes i arbeidet med å dempe veksten i antall pasienter som trenger behandling inne på selve sykehuset. Alternativer til innleggelse er i mange tilfeller både billigere for samfunnet og bedre for pasienter og pårørende. Hvis vi vender tilbake til figuren i punkt 6.2., må SiV engasjere seg i «hele pyramiden», men selvsagt vil hovedinnsatsen fortsatt måtte være på de to øverste nivåene.

Før dette perspektivet beskrives litt nærmere, er det nødvendig å understreke at hele prosessen med SiVs utviklingsplan har vært lagt opp med sikte på å understøtte perspektiv 3. Sykehuset har forsøkt å trekke kommuner/primærhelsetjenesten - og også pasienter og brukere - aktivt med i planarbeidet - både i valg av perspektiver, målbilder og innsatsområder. Det har også i fellesskap med kommunene vært avholdt to seminarer med Advisory Board, hvor de har presentert sentrale, internasjonale tendenser i utviklingen av helsetjenesten. Dette er gjort ut fra en erkjennelse av at uten felles målbilder/delte visjoner for hvor vi vil, er det vanskelig å bli enige om felles innsats og felles prioriteringer.

Selv om fokus i perspektiv 3 er videre enn som så, dreier det seg mye om å «vende tilbake til» det som var kjernen i samhandlingsreformen da den kom i 2012, nemlig å etablere alternativer til sykehusinnleggelse, bremse/forsinke sykdomsutviklingen i befolkningen, og ikke minst mobilisere pasienters og pårørendes egen evne til mestring, rehabilitering og håndtering av egen sykdom. Som nevnt flere steder i planen, er en sterk og kompetent primærhelsetjeneste en viktig forutsetning for god helse i befolkningen.

I punktene nedenfor vil noen av de viktigste elementene i dette perspektivet bli konkretisert.

9.2 Målbilder for perspektiv 3

Også dette perspektivet starter med å beskrive noen sentrale målbilder. Nummereringen av målbilder fortsetter fra kapitlene 7 og 8, slik at det blir en løpende nummerering.

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 sann tid 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/øvrig 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 ivaretatt 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/øvrig 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 akuttinnleggelsler er redusert med y % (egne måltall for psykisk helse og rus)

Målbilde 14

SiV og kommunene i Vestfold bruker felles styringsinformasjon i sann tid – 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 behandlingsskjeden, og som benyttes for planlegging av alle funksjoner som bidrar til å understøtte en effektiv pasientlogistikk/ effektive pasientforløp
- SiV og kommuner/øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold har i fellesskap utviklet og tatt i bruk en applikasjon som viser sentrale parametre knyttet til blant annet følgende forhold:
 - Antall innleggelses 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

Med utgangspunkt i ovennevnte fire målbilder, vil det i punktene nedenfor bli beskrevet hvordan SiV vil bidra til å realisere disse.

9.3 Understøtte folkehelsearbeidet/primærforebyggende arbeidet

Folkehelsearbeidet/det primærforebyggende arbeidet har i utgangspunktet hele befolkningen som målgruppe, og er i hovedsak kommunenes ansvar. Dette ansvaret er forsterket gjennom ny lovgiving (blant annet ny lov om folkehelse) i etterkant av samhandlingsreformen. Alle kommuner får hvert år en såkalt folkehelseprofil fra Folkehelseinstituttet, som viser viktige trekk ved befolkningens helseprofil, og som følges opp gjennom planer og strategier for å bedre folkehelsen. Kommunene har en rekke tiltak for å støtte opp under folkehelsearbeidet, ofte i samarbeid med frivillig sektor.

Målgruppen for folkehelsearbeidet er, som nevnt, befolkningen generelt, og ikke primært personer som enten er blitt syke, eller nødvendigvis er i «risikozonen» for å bli det.

Hva kan så SiV bidra med i forhold til det mer befolkningsrettede arbeidet? Det viktigste er å stille opp med den kompetansen de ulike fagmiljøene ved sykehuset har på sine fagområder, og informere om hva som representerer risikofaktorer i forhold til å utvikle ulike sykdommer og helseplager. I den grad sykehuset har kunnskap om det, er det naturligvis også viktig å bidra med informasjon om gode mestringsstrategier. Senter for Sykelig Overvekt er blant de fagmiljøene på SiV som per i dag er mest aktive på dette området. Flere fagmiljøer bør kunne 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. Denne 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 i forhold til pasienter/pårørende og i forhold til primærhelsetjenesten. Likevel bør arbeidet både forsterkes og struktureres ytterligere. Og det vil gjelde både primær- og sekundærforebyggende arbeid.

9.4 Være mer proaktive i det sekundærforebyggende arbeidet

Mens punktet ovenfor dreier seg om befolkningen generelt, dreier sekundærforebygging – nivå to i pyramiden – seg 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.

Et konkret tiltak som SiV i dag gjennomfører med visse mellomrom, og som tangerer det vi har skrevet her, er den befolkningsinformasjonen som ansatte på nevrologisk seksjon gir om "symptomer på slag" – de såkalte FAST symptomene. Slik informasjon gis både gjennom åpne informasjonsmøter på sykehuset og gjennom andre kanaler, og har som siktemål at pasienter som har disse symptomene skal komme raskt til sykehuset, og dermed bedre prognosen betraktelig. Slike informasjonsopplegg er viktige både overfor befolkningen generelt og overfor personell i primærhelsetjenesten.

Det er viktig å balansere det som står i dette punktet med det som står i punkt 9.5 nedenfor. Det er ikke alle plager helsetjenesten er i stand til å gjøre noe med, og det er både sykdommer og plager som *skal håndteres* i primærhelsetjenesten, og *ikke er spesialisthelsetjenestens ansvar*. Det er også plager hvor "konservativ behandling" er å foretrekke framfor operative inngrep (for eksempel fysikalsk medisinsk behandling som erstatning for artroskopisk skulderkirurgi).

Hvordan ønsket om tidlig agering fra SiVs side skal praktiseres, må vurderes på hvert fagområde, slik at man finner balansen mellom tidlig agering på den ene siden og unngår overbehandling/inngrep som ikke er nødvendige, eller ikke har noen dokumentert helsegevinst, på den andre.

Men som det ble sagt fra en av pasientorganisasjonene i høringsrunden:

"Forebygging innebærer at folk må kunne få hjelp før de er tildelt en diagnose, før de er helt på randen av selvmord, eller før overgrep har funnet sted."

9.5 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.

Arbeidet med denne planen har vist at sykehuset fortsatt har et forbedringspotensial i forhold til å mobilisere pasientenes egne ressurser og fokusere sterkere på funksjons- og mestringsevne og mindre ensidig på sykdom og diagnose. Pasientene sier ofte i møte med sykehuset at de ønsker at behandler skal "se hele mennesket", og ikke bare den diagnosen/ sykdommen de er til behandling for.

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. På disse fagområdene fokuseres det sterkere på mestring, funksjon og egenmobilisering enn man ofte gjør i de mer klassiske behandlingsmiljøene
- 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. Det er god dokumentasjon for at pasienter som har deltatt i beslutninger om egen behandling, rehabiliteres raskere enn de som ikke har blitt det. Det skyldes både motivasjon og ansvarliggjøring. Involverte pasienter er også gjennomgående mer fornøyde med de valgene som blir tatt.
- 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" – som delvis erstatning for kontroller i form av fysisk oppmøte – kunne være.
- Et viktig tiltak for å øke graden av egenmestring er også dialogen med pasienter om hva som er plager og hva det er mulig/hensiktsmessig å behandle. Pasienter med kroniske plager – kanskje særlig knyttet til muskel og skjelett – vil i noen tilfeller ønske ytterligere utredning/behandling hvis de ikke opplever effekter av den behandlingen de har vært gjennom. Noen ganger vil det selvsagt være riktig med ytterligere behandling, men i en del tilfeller vil ytterligere behandling ha liten effekt; ja til og med gi mer plager. I slike tilfeller er det viktig at behandler og pasient har en god dialog om begrunnelsen for at behandlingen eventuelt avsluttes, og hva som kan gjøres for å øke pasientens evne til å leve med og mestre plagene. Det krever en annen terapeutrolle, som er mer av en pedagog og veileder enn en som alltid "vet best", eller som skal ha "det siste ordet".
- Høringsuttalelsen fra NAV Vestfold til utviklingsplanen viser på en god måte 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 i forhold til pasienter med kroniske og sammensatte plager. Det er mange gode samarbeidsrelasjoner å bygge videre på innen dette området i Vestfold, men det både kan og bør struktureres bedre.

- 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. Det foregår mye aktivitet på sykehuset som drar i denne retningen – for eksempel deltakelse av den internasjonale "Hva er viktig for deg?" dagen den 6. juni. Men det er et potensiale for å sette det enda bedre i system.

9.6 Øke innsatsen på arenaer utenfor sykehuset

I kapittel 6 står det at spesialisthelsetjenesten i langt større grad enn i dag må 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. Innleggelse i sykehus er den mest kostbare behandlingsformen i helsetjenesten, men ikke alltid den som gir best effekt.
- Sett fra et pasientperspektiv er det ønskelig å få behandling og oppfølging "så nærme 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. Det viser seg for eksempel å være stor forskjell på å få smertelindring, støttesamtaler og medisiner i eget hjem framfor å få det i en sykehusseng/i fremmede omgivelser.
- Behandling utenfor sykehuset – når det passer pasienten best – gjør også at pasientene har bedre forutsetninger for å kunne fortsette i jobb; ved at jobb og behandling bedre kan tilpasses hverandre. Hjemmedialyse er et eksempel på dette. Det fins flere, og mange flere vil helt sikkert komme i årene framover.
- 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, hvor personell fra spesialisthelsetjenesten møter pasienten og andre samarbeidspartnere rent fysisk i pasientens hjem eller på en annen arena utenfor sykehuset.
- Skype, videokonferanse eller telemedisin. Her kan ofte personellet fra spesialisthelsetjenesten sitte på sykehuset, men delta i et virtuelt møte med pasient og annet helsepersonell i pasientens nærmiljø.
- Fellekonsultasjoner mellom spesialisthelsetjenesten, pasienten og for eksempel pasientens fastlege. Flere steder benyttes slike konsultasjoner for pasienter hvor behandlingen i spesialisthelsetjenesten skal avsluttes og videre oppfølging skje i regi av primærhelsetjenesten.
- Hjemmesykehus. I særlig grad er dette tenkt og prøvd ut for barn, hvor siktemålet er å kunne gi til dels omfattende og krevende hjelp/behandling i barnets hjem – for å unngå innleggelse i sykehus i så stor grad som mulig.
- Fjernmonitorering av pasienter – ofte i samarbeid med primærhelsetjenesten – er også en form for arenafleksibel arbeidsform, hvor pasienten får oppfølging uten å måtte komme til sykehuset rent fysisk.

De er mange pasientgrupper hvor oppfølging utenfor sykehus kan være et godt alternativ til sykehusinnleggelse; for eksempel barn, eldre, ulike kronikergrupper, palliative pasienter mv. Og det gjelder både pasienter med somatiske lidelser og pasienter med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet.

I kapittel 10 beskrives flere pasientgrupper hvor det kan være høyst aktuelt å sette i gang tiltak – med integrerte tjenester på tvers av forvaltningsnivåene – for å gi mer helhetlige, koordinerte og sammenhengende tjenester, og hvor flere av tjenestene kan ytes utenfor sykehus. En rekke av høringsinstansene gir sin tilslutning til dette. Men felles for dem alle er at det må gjøres planmessig, strukturert og i en tett dialog mellom partene. Det nevnes også som en viktig forutsetning at det på en tydelig måte kommuniseres til pasienter og pårørende at dette er god og trygge tjenester – selv om de altså gis et annet sted enn inne på selve sykehuset.

For å oppnå gode resultater med slike arbeidsformer, gir det ofte ekstra god effekt å aktivisere/mobilisere pasientens nettverk, enten det dreier seg om familie, venner, eller frivillige organisasjoner.

Det er særdeles viktig at bruk av nye digitale verktøy for å følge opp pasienter utenfor sykehus, skjer i former som sikrer personvernet på en god måte. Personvernreglementet blir stadig strengere. Det forutsetter at nye applikasjoner tilfredsstillende disse kravene. Her har helsevesenet et klart ansvar.

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

Punkt 9.6 dreier seg langt på vei om å utføre spesialisthelsetjenester på arenaer utenfor sykehuset. Dette punktet har fokus på å overføre oppgaver/pasientgrupper fra SiV til kommuner og øvrig primærhelsetjeneste. Altså at de overtar behandleransvaret for pasienten. Samtidig er det ikke noe skarpt skille mellom denne problemstillingen og problemstillingen med å overføre oppgaver mer systematisk til primærhelsetjenesten. Som vi skrev i kapittel 6, vil nye arbeidsformer og ny teknologi generelt bidra til å gjøre grensesnittet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten mindre skarpt enn det er i dag.

Det er likevel mulig å antyde noen problemstillinger som det bør arbeides med innenfor rammene av dette temaet:

- Det mest åpenbare er forholdet mellom SiV leger og fastleger når det gjelder ansvaret for polikliniske kontroller, og på noen områder også antallet konsultasjoner per pasient. Sykehuset diskuterer med visse mellomrom hvordan det kan være mulig å frigjøre ressurser til nyhenviste pasienter ved å overføre pasienter som allerede er i behandling raskere til primærhelsetjenesten, og ved at fastlegene kan ta flere av de kontrollene som sykehuslegene i dag utfører. Disse problemstillingene bør det arbeides mer systematisk og beslutsomt med.
- SiV har også noen pasienter som blir liggende inne lenger enn nødvendig fordi kommunene mangler den spisskompetansen som er nødvendig for å kunne gi pasientene et godt tilbud enten hjemme eller på kommunal institusjon.
- På tilsvarende måte kan det oppstå situasjoner hvor pasienter blir lagt inn på SiV som følge av manglende kompetanse enten i den kommunale sykepleietjenesten eller for eksempel på legevakten.

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

nødvendig opplæring og kompetanseoverføring før slik overføring av oppgaver og ansvar kan finne sted.

Det understrekes i høringssvarene både fra kommunene og fra fastlegene - og for så vidt også fra andre høringsinstanser - at prosessen med oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten må gjøre 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.

9.8 Kompetanseutveksling mellom SiV og primærhelsetjenesten

En av spesialisthelsetjenestens primæroppgaver er kompetanseoverføring til primærhelsetjenesten. Dersom SiV skal lykkes med å gjennomføre hovedintensjonene med perspektiv 3 i denne planen, er sykehuset helt avhengig av å ta et mer helhetlig grep om denne oppgaven, og da selvsagt i nær dialog med kommuner og fastleger. 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 (inkludert fastlegene) har mye kunnskap om pasientene som SiV ikke har, og som er nyttige å kjenne til i sykehusets del av behandlingen. Det er viktig at helsepersonellet i sykehuset er lydhøre overfor denne kompetansen, og etterspør den aktivt. Ikke minst er primærhelsetjenesten langt mer trent enn sykehuset i å se "hele mennesket" og i en funksjonsorientert tilnærming.

Det er også viktig å merke seg hva kommunene skriver om kompetanse i sine høringsuttalelser:

"Vestfold utgjør ett felles rekrutterings- og arbeidsmarked, hvor spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenestene er gjensidig avhengig av tilgang på arbeidskraft og kompetanse. Samhandling må vektlegges framfor konkurranse. Kommunene og helseforetaket må bidra til å gjøre hverandre gode, og utnytte og utvikle kompetanse i fellesskap for å løse felles samfunnsoppgaver."

9.9 Gi primærhelsetjenesten beslutningsstøtte i situasjoner hvor det kan hindre unødvendige/uhensiktsmessige innleggelses

Et sentralt mål med perspektiv 3 i utviklingsplanen er å redusere omfanget av unødvendige/ uhensiktsmessige innleggelses, eller for å si det på en annen måte: «Sikre algoritmer for riktige innleggelses». Flere av punktene ovenfor har også dette perspektivet, men her siktes det til situasjoner hvor primærhelsetjenesten er usikker på om en pasient har behov for utredning/behandling på SiV, eller om situasjonen er slik at de selv kan ta hånd om pasienten. 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 med diagnostisk utstyr, er mange pasienter, som ellers ville måttet komme til SiV rent fysisk, 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 kan pasienter får en rask vurdering i akuttmottaket og sendes videre til ØHD plass hvis det ikke er behov for innleggelse i SiV. Uten denne sløyfen, ville den største delen av disse pasientene blitt lagt inn på SiV.
- Bemannet legevaktbil knyttet til den nye legevakten på Kjelle. Tanken bak dette tiltaket er at terskelen for at pasienter blir lagt inn på SiV vil bli høyere når legevaktlege rykker ut til pasienten og kan benytte seg av det utstyret som er i ambulansene. Erfaring fra andre helseforetak og legevakter viser at dette vil skje, fordi pasienten ofte vil bli avklart der og da.
- Som det framgår av punkt 10.6., er et bedre og mer koordinert tilbud til pasienter med KOLS et av innsatsområdene i utviklingsplanen. Blant tiltakene i dette innsatsområdet vil være å gi pasienter og primærhelsetjeneste beslutningsstøtte i situasjoner hvor pasientens helsetilstand forverrer seg, og hvor man sammen kan diskutere hva som vil være hensiktsmessige tiltak. Samtidig er det viktig å presisere at dersom arbeidet med slike innsatsområder/pasientforløp skal lykkes, må arbeidet forankres godt i etablerte samhandlingsarenaer – både på overordnet, strategisk nivå - og på fagnivå, og arbeidet må gjøres systematisk og strukturert.

Dette er bare ment som *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. På dette området er det antakelig mye å hente i tiden framover – ikke minst med støtte av ny og moderne teknologi.

Samtidig er det viktig å presisere, slik innspill fra fastlegene i høringsrunden viser, at det som i ettertid – når fasiten foreligger – kan vise seg som en "unødvendig innleggelse" – kan framstå som langt mer uavklart og uoversiktlig i den første fasen av konsultasjonen. Da er det som regel betydelig større usikkerhet og langt flere uavklarte spørsmål.

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

Som nevnt i innledningen til dette perspektivet, er et viktig element i det et ønske om å redusere presset på spesialisthelsetjenesten, unngå unødvendige og kostbare intervensjoner med liten eller ingen dokumentert helsegevinst, for derigjennom å optimalisere med helseressursene.

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

9.11 Utvikle pasientforløp i et hjem-til-hjem perspektiv

I kapittel 7 står det at SiV fortsatt 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. Det forutsetter også at partene i fellesskap finner fram til gode måleparametre som kan gi oss informasjon om vi lykkes med pasientforløpet som helhet, og ikke bare hver "vår del" av det.

Her er det også mye godt arbeid å bygge videre på; ikke minst det som har skjedd i regi av "Samhandlingsforløpet."

9.12 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 (for eksempel en kraftig satsing på hjemmerehabilitering og velferdsteknologi), ansettelse av nye yrkesgrupper (mange kommuner har for eksempel gjennomført en kraftig satsing på psykologtjenesten de senere årene) og utvikling av nye arbeidsformer.

Høringssvarene fra kommunene understreker viktighetene av 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, derimot, 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.

Hvis aktørene lykkes med å implementere betydelige deler av det som er kalt hovedperspektiv 3 i denne utviklingsplanen, er det viktig at det også forskes på effektene av de tiltakene som iverksettes. Det bør derfor være en viktig del av SiVs forskningsstrategi at den også bidrar til – sammen med kommuner og fastleger - å få i gang noen forskningsaktiviteter knyttet til samhandlingsarbeidet og den felles innsatsen partene gjør for bedre folkehelse, økt egenmestring, mer integrerte tjenester osv.

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

Både SiV og kommunene i Vestfold har hver for seg gode styringssystemer for å følge opp egen drift, og vi har gode arenaer og prosesser for å drøfte resultatene. Partene har også en god del data knyttet til pasienter og pasientgrupper som det samhandles om, og det er etablert et første sett av styringsindikatorer for å følge opp status i samhandlingsarbeidet.

Med perspektiv 3 i denne utviklingsplanen ønsker SiV både å styrke samhandlingsperspektivet, det forebyggende perspektivet, og ikke minst øke pasientenes evne til egenmestring betydelig. Ikke minst har SiV som ambisjon at en større del av spesialisthelsetjenesteoppdraget i årene framover vil måtte ytes utenfor sykehusets egne lokaler. Sykehuset er ganske overbevist om at dette vil kreve innsats over tid og med mange ulike virkemidler. Da blir det særdeles viktig at vi også utvikler og tar i bruk systemer og måleparametre som kan gi oss mulighet til å følge med på om vi lykkes med denne satsingen, eller ikke. Det foreligger, som nevnt, allerede en del data å bygge på, men dette bør videreutvikles og systematiseres.

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 (det er viktig at de er relevante for det partene ønsker å undersøke)
- Partene må være enige om hvordan dataene skal framskaffes, og hvordan de skal presenteres
- Partene må være enige om hvem som skal gjøre ovennevnte, og hvor ofte dataene skal framskaffes (løpende/sann tid, eller etter faste tidsintervaller)
- Dataene må være forholdsvis enkle å framskaffe (uten for mange nye prosedyrer)
- Partene må være enige om hvordan dataene skal brukes; blant annet på hvilke arenaer dataene skal drøftes

Det vil gå for langt i denne sammenhengen å beskrive hvilke typer data som kan være aktuelle/relevante, og det må vi dessuten bli enige om i fellesskap med kommuner og fastleger. Men det er vist noen eksempler på typer data som *kan være aktuelle* i tilknytning til målbilde 14 ovenfor. Men dette er bare ment som en illustrasjon, og det er viktig å ta utgangspunkt i de dataene/den informasjonen som allerede er i bruk.

9.14 Oppsummering

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

1. Bremsse/forsinke sykdomsutviklingen i befolkningen
2. Styrke det primær- og særlig det sekundærforebyggende – arbeidet; også med aktører utenfor helsetjenesten
3. Behandle og følge opp pasienter på arenaer utenfor sykehuset
4. Overføre oppgaver til primærhelsetjenesten på en planmessig og strukturert måte, og med utgangspunkt i de arenaene og strukturene som allerede er etablert
5. Understøtte kommuner og fastleger i deres arbeid 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

10 KAPITTEL – Innsatsområder i planen

10.1 Kriterier for valg av innsatsområder

Hovedhensikten med denne utviklingsplanen er å trekke opp perspektivene for utviklingen av SiV i et relativt langsiktig perspektiv – fram mot 2030/2035. Samtidig må arbeidet med å bevege sykehuset i den retningen som planen trekker opp, og som blant annet er beskrevet i form av 14 målbilder – med tilhørende kjennetegn -, begynne nå. *Det må være mulig å se "fotavtrykk" ganske raskt på den veien som skal bringe sykehuset til de målene som planen har trukket opp.*

I dette kapitlet vil det bli beskrevet noen temaer/områder som SiV ønsker å sette på dagsorden også 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 bli gitt et *anslag til arbeidsopplegg* videre, og ikke minst *begrunne hvorfor* dette er viktige temaer/områder. Konkrete løsninger og modeller på de enkelte områdene må utvikles sammen med sykehusets viktigste samarbeidspartnere.

Det er lagt til grunn fire hovedkriterier når det er valgt temaer/områder for det mer kortsiktige perspektivet:

1. Valgene av innsatsområder må bidra til å følge opp føringene fra HSØ jfr. kapittel 1).
2. De perspektivene som er beskrevet i planen og de grepene det er gjort rede for i kapittel 9, forutsetter i stor grad samarbeid med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste, og med pasienter og pårørende. Det er derfor i valg av innsatsområder også lagt stor vekt på å følge opp de innspillene disse aktørene kom med tidlig i planprosessen.
3. Det er selvsagt lagt vekt på innsatsområder som er strategisk viktige for å støtte opp under de overordnede veivalgene som er gjort. Innsatsområdene må representere gode og målrettede anslag på veien mot å realisere målene og de strategiske grepene.
4. Endelig er det lagt vekt på å identifisere områder hvor motivasjonen er god, og hvor grunnlaget for å få til gode resultater er tilstede.

I tillegg til de rent faglige innsatsområdene, er det lagt til grunn at det også må arbeides med å utvikle og styrke SiVs organisasjon og ledelseskraft dersom sykehuset skal lykkes med å følge opp ambisjonene i denne planen. Det er derfor valgt som et eget innsatsområde å utvikle en mer framtidsrettet, offensiv og gjennomføringsdyktig organisasjons- og ledelsesmodell.

10.2 Innsatsområde 1: Rehabilitering

I de regionale føringene for helseforetakenes utviklingsplaner, som igjen er basert på sentrale føringer og tidligere oppdragsdokumenter, beskrives et *særskilt mandat* for spesialisert og tverrfaglig rehabilitering. Helseforetakene skal legge til rette for tilstrekkelig kapasitet for døgn- og dagtilbud, samt ressurser til samhandling med kommunene. Spesialisthelsetjenesten skal ivareta tidlig og kompleks rehabilitering. Kommunene skal framover ivareta større rehabiliteringsoppgaver og det forventes et godt samarbeid mellom helseforetakene og kommunene.

Oppdraget fra HSØ inneholder følgende konkrete føringer på rehabiliteringsområdet:

- Utviklingsplanen skal beskrive tilbudet for døgnbasert rehabilitering *i tidlig fase etter akutt sykdom/skade og for ambulant virksomhet*. Beskrivelsen skal inkludere organisering, prioritering og nødvendige endringer i tidsperioden.
- 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.

Disse føringene vil bli besvart i punktene nedenfor

10.2.1 Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt

SiV er innstilt på at det bør etableres et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt i sykehuset for å ivareta det medisinskfaglige ansvaret for rehabilitering i forhold til alle deler av rehabiliteringsprosessen – fra innleggelse til utskrivning, og både på system- og individnivå. Det er vurdert at dette tyngdepunktet bør legges til klinikk Fysikalsk Medisin og Rehabilitering (KFMR). Fysikalsk medisin og rehabilitering er en egen medisinsk spesialitet som ivaretar det medisinskfaglige ansvaret for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Klinikk FMR har fram til nå ikke hatt det fulle og hele medisinskfaglige ansvaret verken på system- eller individnivå i forhold til alle deler i rehabiliteringsprosessen - fra akutt innleggelse til utskrivning. Dette innebærer på individnivå å organisere og gjennomføre rehabiliteringstiltak ut ifra fysiske, psykiske og sosiale behov i tillegg til å vurdere på hvilket nivå og med hvilken tilnærming behovet best kan dekkes (ambulant, med døgn- eller polikliniske dagopphold og/eller med telerehabilitering etc.). 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 avvike 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. Det vil si at en slik ressurs og kompetanse må ha daglig, fysisk tilstedeværelse i sykehusets lokaliteter i Tønsberg for derigjennom konkret å bidra med den rehabiliteringskompetansen som kreves for å utvikle sykehusets rehabiliteringsvirksomhet i ønsket retning. Videre må det legges til rette for tilgang på kompletterende kompetanse fra andre faggrupper, for eksempel fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog, sosionom, logoped med flere i denne fasen.

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.

Det er fortsatt behov for litt videre prosess – og noen flere avklaringer - før sykehuset endelig lander organisering og oppgaver for det rehabiliteringsfaglige tyngdepunktet.

10.2.2 Døgnbasert spesialisert rehabilitering i akutt og subakutt fase

Spesialisert rehabilitering i tidlig fase (akutt) er den rehabiliteringen som skjer i sykehuset tidlig i behandlingsforløpet, og innebærer medisinske problemstillinger med behov for stor grad av tverrfaglighet. Den bygger på kunnskapen om at effekten av

tiltakene henger tett sammen med tidlig vurdering, kartlegging og oppstart av rehabiliteringstiltak i tilstrekkelig omfang - og med tilstrekkelig intensitet - i den akutte fasen av forløpet. 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 (på hver enhet) som har som dedikert oppgave å samle inn relevant informasjon om pasienten, slik at det er mulig å vurdere den enkelte pasients behov for rehabilitering
- Det må kartlegges nærmere hva de eksisterende møtene/rutinene/prosedyrene inneholder, og i hvilken grad informasjon som er vesentlig for en vurdering av rehabiliteringsbehovet fanges opp på de ulike arenaene
- Risikomøter/risikotavler bør kompletteres med et punkt/en rute for rehabilitering
- Det må etableres et sett med kriterier for funksjonsnivå – et verktøy for screening av funksjon – helst sammen med kommunene
- Vurderingen må gjøres av en fagperson med «et trent 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 ved sykehuset i Tønsberg har med dagens arbeidsorganisering minimum ett treffpunkt med omtrent 50 % av alle inneliggende pasienter. De deltar i seksjonsspesifikke møter og risikomøter sammen med pasientansvarlig lege, og vurderer behandlings- og rehabiliteringsbehov. 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.

10.2.3 Ambulant virksomhet

Å styrke den ambulante virksomheten er et prioritert innsatsområde. Det bør i første omgang etableres ambulante tiltak for pasienter som ikke bør flyttes. Det gjelder for eksempel pasienter med hodeskader, pasienter 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. Dette med tanke på spesialisthelsetjenestens ansvar for veiledning og kompetanseoverføring til kommunen (jfr. tidlig støttet utskrivning ved hjerneslag, EDS).

Det ambulante teamet bør ha tilgang til tilstrekkelig bred, tverrfaglig kompetanse, settes sammen ut ifra behov (vil variere fra pasient til pasient og over tid), og bør tilknyttes legespesialist/psykologspesialist. Teamet kan ha ulik funksjon og ulik tverrfaglig sammensetning i forhold til om behovet er vurdering, behandling, rehabilitering og/eller veiledning og kompetanseoverføring. Vesentlig er også å ta i bruk tilgjengelige tekniske kommunikasjonsløsninger (digitale møteplattformer) for effektiv bruk av ressurser.

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

10.2.4 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 (for eksempel fagforum, nettverk, ambulante tjenester, felles funksjonsbeskrivelser, felles rehabiliteringsplaner, tilgjengelige og synlige overføringsrutiner, systematisk kompetanseoverføring, råd- og veiledning) 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.

10.3 Innsatsområde 2: Habilitering

De regionale føringene til SiVs utviklingsplan inneholder også klare føringar for hvilke problemstillinger som skal svares opp på habiliteringsområdet. Det er i alt fire slike føringar, og de er som følger:

- 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 *behandlingslinje 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. (Som nevnt ovenfor, presiserte HSØ senere at ST og SiV kunne løse denne problemstillingen hver for seg – hvis de fant det hensiktsmessig).
- Utviklingsplanen skal beskrive hvordan *pasientforløp for utredning og behandling av moderat og alvorlig grad av atferdsvansker* kan implementeres.

Disse føringene vil bli besvart i punktene nedenfor.

10.3.1 Etablering av samarbeidsavtaler/retningslinjer og et samarbeidsforum for samarbeid 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 Sykehuset i Vestfold 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, og det prioriteres betydelige ressurser til pasientgruppen. Gjennom kommunereformen vil Vestfold uten unntak få store og robuste kommuner, som kan sikre kompetente og gode tjenester for disse pasientene.

Dette innebærer at kommunene har overtatt oppgaver som tidligere ble ivaretatt 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 ambulant virksomhet fra sykehuset ut mot pasientens bosted - og i nært samarbeid med kommunale tjenesteytere.

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.

Arbeidsgruppen 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.

I tillegg vil arbeidet med videre konkretisering og utvikling av samarbeidsforløp habilitering videreføres, jfr. punkt 10.3.3. og 10.3.4.

10.3.2 Implementering av ny regional behandlingslinje 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 hadde klare mangler. HSØ har på denne bakgrunn utarbeidet en behandlingslinje for ervervet hjerneskade hos barn og unge. HSØ anbefalte i mai 2016 helseforetakene å legge behandlingslinjen til grunn for det videre arbeidet med å sikre pasientgruppen et tilstrekkelig tilbud. Den nye regionale behandlingslinjen er implementert ved SiV.

SiV opplever at behandlingslinjen fungerer godt, men innser p.t. at det er behov for en nærmere grenseoppgang i forhold 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 samarbeidsrelasjoner med kommunene, tilsier en tidligere ansvarsovertakelse på HF-nivå.

SiV prioriterer dette arbeidet, og vi vil bidra til at den nye behandlingslinjen skal fungere og videreutvikles.

10.3.3 Tjenestetilbud og ansvars plassering i spesialisthelsetjenesten i forhold til barn og unge med autismespekterforstyrrelser (ASF) samles i en enhet i hvert sykehusområde

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

SiV tilbyr spesialiserte helsetjenester til mennesker med autismespekterforstyrrelser ved Glenne regionale senter for autisme. Glenne yter tjenester i et livsløpsperspektiv, og har som hovedoppgaver utredning, diagnostikk og behandling av barn og unge med autismespekter forstyrrelser. Dette inkluderer også samtidige psykiske helse utfordringer, samt samhandling med kommunene rundt kompetanseoverføring og kompetanseutvikling. Glenne er i tillegg henvisningskompetansesenter for Helse Sør-Øst.

Barn og unge med autismedforstyrrelser 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, jfr. pkt. 10.3.1.

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.

10.3.4 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 legges vekt på å utvikle og tilpasse gode samarbeidsrutiner med pasienten og dennes representanter, kommune og primærhelsetjeneste.

Gjennom handlingsplanen for samhandling for 2015 mellom kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold, ble det, som nevnt i punkt 10.3.1, nedsatt en arbeidsgruppe bestående av sentrale ledere og fagfolk fra habiliteringsfeltet i kommuner og sykehus, i tillegg til brukerrepresentant. Anbefalingen fra denne arbeidsgruppen er relevant også i forhold til ovennevnte målgruppe, og det vil det derfor bli arbeidet videre med grunnlag i anbefalingene fra arbeidsgruppen også i forhold til denne føringen.

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 vises ellers til punkt 10.3.1.

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. De som har atferd som ønskes korrigert fordi de hindrer læring, samspill og/eller utvikling.
2. De som har atferd som i tillegg til pkt. 1 er til fare for seg selv og også delvis andre.
3. De som har atferd som i tillegg til pkt. 1 og 2 gjør at de er farlige (overgripere, brannstiftere, voldelige).

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

10.4 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 området psykisk helsevern. Det er tre slike føringer på dette fagområdet, og de er som følger:

- 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".

Disse føringene vil bli besvart i punktene nedenfor.

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

Etter styrking av pasient- og brukerrettighetene gjennom lovfestet rett til medvirkning, har brukermedvirkning vært i stadig utvikling og pasientrollen i endring. Brukerne har rett til å medvirke og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Dette innebærer endringer både for pasienter og helsepersonell. Brukere skal medvirke på systemnivå, i utforming av tjenesten og på individnivå. Pasienter skal kunne ta større ansvar for egen helse og ha innflytelse på behandling, opplæring og rehabilitering/oppfølging. Informasjon, *samvalg* og god kommunikasjon skal bidra til å styrke likeverdigheten mellom pasienter/brukere og behandlere, og gir bedre mestring av egen sykdom.

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

Å definere (og vedta) 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.

Brukermedvirkning og erfaringskompetanse på system- og tjenestenivå

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.** Dette er en grunnleggende forutsetning for medvirkning. Pasientens helsetjeneste forutsetter enkel tilgang til tilpasset, forståelig informasjon om sykdom, behandlingsalternativer og -opplegg, kontaktpersoner, kvalitetsresultater og opplæringstilbud. Pasienter og brukere har relevant erfaring og kunnskap med tanke på hvordan slik informasjon og opplæring bør utformes. De *skal* involveres i klinikkens utvikling av informasjonsmateriell og undervisningsopplegg. Informasjonen bør kunne skrives ut i brosjyreformat som pasient og pårørende kan få med seg i hånda. På klinikkens nettsider 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 har som oppgave å målbære brukernes stemme, bidra til brukermedvirkning i drift, klinisk arbeid, kvalitetsarbeid og kompetanseheving og kunnskapsutvikling i et brukerperspektiv. Erfaringskonsulenter skal 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.
- 3. Brukererfaringer og pasientrapporterte resultater.** Dette er en viktig del av brukermedvirkningen på system – og tjenestenivå, og skal brukes aktivt til forbedring av informasjon, opplæringsverktøy og behandlingsforløp i KPR. Brukerperspektivet og brukererfaringer skal være en del av grunnlaget for klinikkens planarbeid, kvalitetsforbedringsarbeid, tjeneste- og fagutvikling. Klinikken skal ha 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 på klinikknivå. Et brukermedvirkningsforum sikrer en møtearena der representanter for brukere/brukerorganisasjoner, samt andre aktører, kan ta opp aktuelle saker som angår klinikken for slik å kunne påvirke utvikling og drift. Forumet skal ha en rådgivende funksjon for klinikkens ledelse.
- 5. Brukerrepresentasjon** i de fora der beslutninger blir tatt er en forutsetning for reell brukermedvirkning. Klinikken skal legge til rette for permanent og kvalifisert brukermedvirkning i klinikkens fora og utvalg, og bør derfor sørge for brukerrepresentasjon i:
 - Ledergruppe på klinikk og avdelingsnivå
 - Kvalitetsutvalg (KKU)
 - Forskningsutvalg
 - Arbeids-/utredningsgrupper for fag- og tjenestedesign/-utvikling (initiert av klinikk-/avdelingsledelsen)

Brukermedvirkning og erfaringskompetanse på individnivå

Nedenfor vil det bli beskrevet i alt 6 hovedtyper av tiltak/virkemidler for å sikre brukermedvirkning og erfaringskompetanse på individnivå:

1. **Samvalg.** Dette er en metode for å strukturere kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient, slik at de sammen kan ta informerte valg rundt diagnostikk og behandling. Samvalg kan understøttes med andre verktøy. Opplæringsrammeverket "*Klar for samvalg*" skal iverksettes.
2. **Individuell plan.** Dette er en rettighet for brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Individuell plan har følgende hovedformål: 1) bidra til at bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud 2) avklare brukerens mål, ressurser og behov for tjenester 3) *styrke samhandlingen* mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, samt mellom etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.
3. **Evaluerings 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. Dette er viktige elementer i arbeidet med å benytte erfaringer fra brukere til å forbedre tjenestene. Feedback-informerte rus- og psykisk helse tjenester setter brukerne, og deres opplevelse av hva som er virksom hjelp, i sentrum. Kontinuerlig og umiddelbar tilbakemelding satt i system på denne måten gir utgangspunkt for læring og endring, og sikrer stor grad av brukermedvirkning.
4. **Krisemestringsplan.** Krisemestringsplanens hovedhensikt er å forebygge og redusere omfanget av psykisk krise og/eller forverring av psykisk lidelse ved å etablere tidlig hjelp eller forsterke allerede etablerte hjelpetiltak. Krisemestringsplanen skal være et redskap som bidrar til vekst og læring hos den enkelte, og til en bedring av den psykiske helsen.
5. **Egenvurdering ved inntakssamtale (Recoveryorientert anamneseopptak).** Ved inntakssamtale skal bruker få støtte til å klargjøre egne behov og mål gjennom et egenvurderingsskjema og inntakssamtale. Egenvurderingsskjema kan gi viktig informasjon om hva som er viktig for pasienten/bruker under innleggelse/behandling.
6. **Mulighet til å skrive i egen journal.** SiV bruker elektronisk pasientjournal (EPJ) som dokumentasjons- og planleggingsverktøy i behandlingen av pasientene. Pasient/bruker har innsynsrett. Journalen følger pasienten gjennom hele behandlingsforløpet, og det er derfor av betydning at pasientens synspunkter framkommer gjennom mulighet til å skrive i egen journal.

10.4.2 Hvordan skal standardiserte pasientforløp (pakkeforløp) implementeres innen psykisk helse og TSB?

Klinikk psykisk helse og rusbehandling (KPR) skal implementere en rekke pakkeforløp i perioden 2018 – 2020. Pakkeforløpene utarbeides av Helsedirektoratet. Det er i de organisasjonsendringer klinikken har gjennomført, lagt vekt på at forløpstenkning og overordnede målsettinger for pakkeforløpene skal legges til grunn.

For pakkeforløpene innen psykisk helse og TSB er et av målene større fokus på pasientenes somatiske helse. Økt og bedre systematisert samarbeid og forpliktelser i sykehuset mellom somatiske tjenester/klinikker og tjenester fra KPR for å oppnå dette, skal utvikles via arbeidet med pakkeforløp.

Sykehuset i Vestfold, SiV, har de siste årene satset på utvikling av helhetlige pasientforløp i tillegg til standardiserte pakkeforløp. Det er utviklet en egen veileder for etablering, utvikling og forbedring av pasientforløp, «SiV-metoden for utvikling av pasientforløp». I tillegg er det gjennomført kompetansehevende tiltak for ledere og prosessveiledere.

Klinikk psykisk helse og rusbehandling har utarbeidet både klinikkinterne pasientforløp, samt klinikkovergripende forløp. Det er krevende å etablere pasientforløp på tvers av ulike organisatoriske enheter. Det utfordrer etablerte ledelsesformer når ansvar for kvalitet og innhold går ut over egen seksjon/avdeling. SiV har definert en forløpseierrolle som har fullmakter for hele forløpet fra start til slutt.

Implementering av standardiserte pasientforløp – pakkeforløp – i KPR, vil følge SiV-metoden for utvikling av pasientforløp. Arbeidet er forankret i Programstyret for 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 kommunale 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.

10.4.3 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 å korrigere.*

En struktur for forbedringsmetodikk vil i prinsippet være generisk, og ikke noe som er spesielt for psykisk helse. Forbedringsmetodikken som er beskrevet nedenfor vil også kunne benyttes i andre deler av spesialisthelsetjenesten.

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

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/Forbedringskunnskap/Forbedringsarbeid/forbedringsmodellen>

Forbedringsmetodikken i seg selv beskriver hva og hvordan forbedringsarbeidet bør legges opp. I SiVs sammenheng; klinikk, avdeling og seksjon. Det må beskrives på hvilken måte forbedringsmetodikken tilpasses organisasjonens eksisterende styringssystem. Et styringssystem er et sett prosesser, prosedyrer, rutiner, dokumenter mv. satt i et system for å oppnå kontinuerlig forbedring. Ettersom "Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten" er gjeldende for hele foretaket, er det unaturlig å beskrive dette her da slikt arbeidet bør initieres på foretaksnivå.

Den forbedringsmodellen som både sykehuset og klinikken legger til grunn, framgår av figuren nedenfor.



Figur 10-1 Modell for forbedringsarbeid.

Gevinster

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

10.5 Innsatsområde 4: TSB (Tverrfaglig Spesialisert rusBehandling)

De regionale premissene til SiVs utviklingsplan inneholder også klare føringer for hvilke problemstillinger som skal svares opp innenfor området TSB. Det er to slike føringer på dette fagområdet, og de er som følger:

- Utviklingsplanen skal 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 med utviklingsplanen vurdere og beskrive hvilke etablerte *samarbeidsstrukturer* som skal utvikles og nye som planlegges utviklet i tidsperioden.

Disse føringene vil bli besvart i punktene nedenfor.

10.5.1 *Hvordan bør basistjenestene innen TSB utvikles, og hvordan bør disse organiseres for å understøtte et helhetlig behandlingstilbud til pasientene?*

Klinikk psykisk helse og rusbehandling (KPR), gjorde en rekke organisatoriske endringer av tjenestene fra og med 01.01.18. Hensikt og målsetting med endringene har særlig vært å få økt fokus på pasientforløp, kvalitet, standardisering og brukermedvirkning. Overordnede målsettinger for pakkeforløp har vært lagt til grunn.

Innen TSB innebærer det at Poliklinikk for rus og avhengighet (PRA) nord og sør, flyttes organisatorisk fra distriktpsikiatrisk senter (DPS) til Avdeling for rusbehandling (ARB), men vil fortsatt være lokalisert på DPS. ARB vil bestå av to poliklinikker inkludert LAR team, samt 3 døgnsseksjoner. Døgnsseksjonene har til sammen 54 døgnplasser fordelt på:

- Avrusning og utredning for stoffavhengige, 16 plasser
- Behandling for stoffavhengige, 25 plasser
- Avrusning, utredning og behandling - alkohol og medikamentavhengige, - 13 plasser. (avrusning/utredning -7 plasser, behandling 6 plasser).

ARB er godkjent utdanningsinstitusjon for 3 av 3,5 år innen Rusmedisin. Godkjenning for de siste 0,5 år for akuttbehandling er under vurdering i Helsedirektoratet.

Utvikling av basistjenester

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 innleggelser ved psykiatrisk akuttmottak. Subakutt tilbud om avrusning gis ved ARB's 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-hjelps plassene.

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 døgnsseksjon. Aktuelle tiltak kan være korte, planlagte innleggelser for reduksjon av medikamentdoser, kombinert med støtteterapi i poliklinikk. Samarbeid med psykiatriske døgnplasser vurderes som en del av tilbudet.

Polikliniske og ambulante tjenester

TSB i Vestfold har 2 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 Assertvie Community Treatment) team i Vestfold.

LAR (Legemiddel Assistert Rehabilitering) i Vestfold består i dag av flere LAR team som er geografisk plassert i 4 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 døgnbehandling. 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

Døgnplasser til pasienter i denne gruppen er ikke definert å tilhøre en egen seksjon i Klinikken psykisk helse og rusbehandling. Bruker Plan kartleggingen i 2016, viste at 76 % av pasientene med rusproblemer også har psykiske lidelser. Hoveddelen av pasientene, 66 %, er i aldersgruppen 30 – 60 år. Det er fortsatt betydelige utfordringer med egnet bolig for denne pasientgruppen.

Klinikken har et ROP-team som jobber aktivt poliklinisk med pasientgruppen ute i kommunene. Utvikling av lokalt baserte døgntilbud til pasientgruppen er satt på dagsorden.

Videre planer

KPR satses 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. Videre bredding på går.

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.

Avdelingen ønsker å delta aktivt i Nasjonalt kompetansetjenestes prosjekter og nettverk for utvikling av TSB.

Nærmere om utviklingstrekk for forskning i helseforetak

Avdeling for rusbehandling har for tiden to ansatte med doktorgrad, samt en doktorgradsstipendiat i deltids stilling. Avdelingen har ansatte som kan drive forskningsprosjekter og veilede doktorgradsstipendiater. Avdelingen vil prioritere deltagelse i Naltrexon-studien knyttet til Akershus Universitetssykehus.

Gjennom mange år har det vært en tendens til at forskning i sykehusene i økende grad skjer innenfor større miljøer, enten ved enkelte sykehus som ser seg i stand til å etablere sentra for forskning innenfor et bestemt fagområde, eller at forskere ved det enkelte sykehus deltar i regionale og nasjonale forskergrupper. Sentrale drivere i utviklingen av forskning er skjerpet konkurranse om ekstern finansiering, og økte krav til kvalitet i

forskningen. Dette er operasjonalisert ved at en stor andel av publikasjonene skal ha utenlandsk medforfatterskap og publiseres i nivå 2 tidsskrifter.

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.

I tillegg til fagutvikling bør det ses på muligheter for å sette av egne ressurser, for på den måten å ha mulighet til å bidra til framtidige forskningsprosjekter og doktorgradsstipendiatstillinger. ARB har som mål å systematisere fagutvikling og å være aktiv deltaker i multisenter studier.

10.5.2 Samarbeidsstrukturer

Vestfold er et fylke hvor kommunene jobber aktivt med sammenslåing (jfr. kapittel 3) For SiV og TSB området vil dette forenkle samarbeidet ved at det er færre kommuner å samhandle med, og kommunene får større og mer robuste enheter innen rus og psykisk helse.

Samhandlingsutvalget

Samhandlingsutvalget (SU) er et aktivt samarbeidsforum mellom kommunene og SiV. Her deltar kommunaldirektører/-sjefer fra kommunene og klinikkssjefer og fag- og samhandlingsdirektør ved SiV. Det meste av arbeidet med samhandling i Vestfold drives fram av dette forumet.

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.

Forumets samlinger finansieres av Fylkesmannen. KPR deltar i forumets arbeidsutvalg. Forumet har en fagsamling for forumets deltakere hver vår og en stor åpen konferanse, hvor ulike aktuelle tema settes på dagsorden.

Forum for politi, psykiatri og kommuner.

Forumet ble i sin tid startet etter en del uenigheter om arbeidsoppgaver og ansvarfordeling mellom politiet og daværende Psykiatrien i Vestfold HF. Forumet har deltakere fra politi, kommuner og KPR, og det møtes flere ganger pr år. Hensikten med forumet er å ta opp konkrete og prinsipielle saker. Det arrangeres en stor åpen fagdag hvert år.

Bistandsteam

Bistandsteam er et nytt samarbeidsforum som ble startet opp 01.01.2018. Det skal gi råd og veiledning i saker som omhandler tvang, og det er sammensatt av representanter fra kommunene og SiV.

10.5.3 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. Ønskede tema for slike møter kan være tjeneste- og kompetanseutvikling, informasjonsutveksling og forbedringsområder innen samhandling.

Kommunene ser også for seg at det i framtiden kan bli behov for samarbeidsdrøftinger mellom legevakt, kommunale ø-hjelp plasser, akutt ambulant team og psykiatrisk akuttmottak.

10.5.4 Oppsummert om samarbeidsstrukturer

Alle kommunene i Vestfold har samorganisert sine rus- og psykiatritjenester. «Bruker Plan» kartleggingene som kommunene har gjennomført, viser at de fleste pasienter med rus og avhengighetsproblematikk, også har psykiske lidelser. Vestfold følger landsgjennomsnittet på 77 %. Det vil derfor være naturlig at en i utvikling av samarbeidsstrukturer tar hensyn til dette. Det gjelder også deltakelse i møtene DPS' et har med fastleger og kommunale koordinatører.

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.

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 koordinatører/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.

10.6 Innsatsområde 5: Multisyke pasienter

10.6.1 Bakgrunn

Det er en økende erkjennelse nasjonalt og internasjonalt at for å møte nåværende og framtidige utfordringer i helsetjenesten, må man i mye større grad fokusere på befolkningens og pasientgruppers ulike behov for helsetjenester. Dette krever en mye mer integrert helsetjeneste, hvor pasientenes tilbud må utvikles på tvers av dagens ulike forvaltnings- og tjenestenivåer. 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 % av pasientene.
- Pasienter med økende risiko for forverring av sykdom og økende behov for helsetjenester. Denne gruppen utgjør 15 – 35 % av befolkningen.
- Lav-risiko pasienter med intet, lite, eller ikke erkjent behov for helsetjenester. Disse utgjør 60 – 80 % av pasientene.

Det kreves et arbeid med risiko-stratifisering, klassifikasjon og identifikasjon av gruppene for å kunne samstemme pasientenes behov med tjenestetilbudet. Det finnes ulike måter å tilnærme seg denne stratifiseringen på, men det kreves at man analyserer faktorer både innenfor og utenfor sykehuset, og innenfor og utenfor helsetjenesten. Psykososiale og sosioøkonomiske faktorer må også vurderes i et helhetsperspektiv. Sykehuset må i det lange perspektivet i fellesskap med kommunal helsetjeneste utvikle strategier for å håndtere disse tre gruppene.

10.6.2 Hvordan skal pasientgruppen multisyke defineres/beskrives?

Det er et klart behov for å sette fokus på høyrisikopasienter. Det er flere begrunnelser for dette:

- 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. Dette er ikke bærekraftig på sikt.

Gruppen multisyke vil omfatte et vidt diagnosespekter, og favne om både somatikk og psykiatri, og alle aldersgrupper. Selve betegnelsen multisyke indikerer at utfordringene ikke er knyttet til enkeltdiagnoser, men vil omfatte pasienter hvor en grunnsykdom gjerne gir følgetilstander og behov for oppfølging av flere sykdommer. Eksempler på diagnoser som kan resultere i at pasienter havner i denne kategorien, kan være alvorlig hjerte- og lungesykdom, ulike nevrologiske sykdommer og kreftsykdommer. Hos barn og unge vil det omfatte medfødte alvorlige sykdommer. Også ulykker kan bringe pasienter inn i en slik gruppe. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse, med eller uten rusproblematikk, kan også gi grunnlag for et komplekst sykdomsbilde som kjennetegner denne pasientgruppen.

Typisk for gruppen vil være tallrike forflytninger hvor det er behov for flere innleggelsesår, og hvor det er behov for involvering av tjenester fra flere behandlingsnivåer. Mange vil ha polyfarmasi som en kompliserende faktor. Noen av pasientgruppene vil ha utfordringer knyttet til bolig og sosioøkonomiske forhold. Erfaringer fra Danmark (KORA-modellen) viser at de 2 % sykeste på sykehusene (med størst forbruk av sykehustjenester) står for 25 % av forbruket av kommunale tjenester.

10.6.3 Hva kjennetegner en pasient som "er i ferd med å komme over i" gruppen multisyk?

Som beskrevet i punkt 10.6.2., er selve begrepet multisyk knyttet til pasienter med flere sykdommer, og ikke enkeltdiagnoser. Likevel er det enkelte diagnoser som oftere enn andre gir en utvikling som fører til "multisykdom". Derfor vil det å ha diagnoser som drøftet under pkt. 10.6.2. i seg selv indikere en risiko for å komme over i gruppen «multisyk». Men det viktigste kriterium vil være å registrere et økt forbruk av helsetjenester, både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten. Her må det utvikles systemer som fanger risikopasientene/-gruppene både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten.

10.6.4 Hva er hovedutfordringene i forhold 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.

10.6.5 Hvordan kan hovedelementene i en fremtidig modell se ut?

Et nærmere samarbeid mellom de ulike behandlingsnivåene må være sentralt i et framtidig forbedringsarbeid på dette området. Det er en fordel om pasienten i størst mulig grad kan behandles «på samme sted», ved at de praktiske utfordringene som kommer av skillet mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste gjøres mindre. 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 der – 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.

10.6.6 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 (mer om dette i punkt 10.7.). 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.

Høringsrunden viste at det er betydelig tilslutning til et slikt arbeid, men det er viktig at det legges opp strukturert, og at det forankres i de samarbeidsarenaene som allerede er etablert i Vestfold.

10.7 Innsatsområde 6: KOLS pasienter

10.7.1 Kroniske sykdommer generelt

Kroniske sykdommer har i de senere år vært gjenstand for økt oppmerksomhet i både helsevesenet og i samfunnet generelt. Både Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og sykehusplan har som mål at samhandlingen mellom behandlingsnivåene skal bedres når det gjelder disse sykdomsgruppene, og at kommunene skal ta et større ansvar i behandlingen av pasientene. Ved kroniske lidelser er det ofte behov for en vedvarende behandlingsinnsats 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 for disse pasientene. Fra pasientens side er det utfordrende når det nødvendige tilbudet er lokalisert ulike steder, og dette innebærer ventetider mellom tjenestenivåer og med mange aktører å forholde seg til. Kommunikasjon mellom ulike tjenestenivåer er også ofte utfordrende.

10.7.2 Utbredelsen av KOLS

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er et folkehelseproblem, og forekomsten er økende både i Norge og i resten av verden. Det er, etter hjerte-kar sykdommer og ondartede svulster, en av de hyppigste årsakene til død. Det er beregnet at KOLS vil ha en 5. plass på listen over de mest belastende sykdommene i verden i 2020.

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 5000 KOLS konsultasjoner og innleggelser i 2016. Mange av innleggelsene kunne vært unngått ved tidligere intervensjon. Ifølge data fra Norsk Helseatlas var 2900 innbyggere i Vestfold diagnostisert med KOLS i 2015. Trolig er det reelle antallet innbyggere i Vestfold med KOLS langt høyere, da mange lever udiagnostisert. Underdiagnostikk skyldes bagatellisering av symptomer hos pasienter og manglende årvåkenhet hos helsepersonell. Tidlig identifisering av sykdom kan forsinke sykdomsutvikling.

10.7.3 Nærmere om sykdommen KOLS

Pasientgruppen består av personer med kroniske lidelser, hvor potensialet for samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten er stort, potensialet for egenmestring er betydelig, og det er utviklet mye teknologi som kan understøtte behandlings- og mestringstiltak utenfor sykehus. Erfaringene som dannes gjennom arbeidet med KOLS forløpet, kan brukes inn mot andre kronikergrupper ved SiV. Å bidra med slik erfaringsoverføring til andre kronikergrupper, var en av grunnene til at KOLS pasienter ble definert som et av innsatsområdene i Utviklingsplanen til SiV.

Pasientforløpet for KOLS består av både akutte og kroniske faser, hvor hver eksaserbasjon (forverring) senker lungekapasiteten med 2-4 %. Eksaserbasjoner og forverring av sykdommen hos disse pasientene krever en samlet, tverrfaglig og koordinert innsats fra både pasienten, pårørende, sykehus, fastlege, kommunehelsetjenesten, samt "støttetjenester" (f.eks. fysioterapi, ergoterapi, ernæringsfysiolog). Pasienter med KOLS har også ofte andre kroniske sykdommer i tillegg. Dette omfatter sykdommer som kan ha felles årsaksfaktorer, faller tilfeldig sammen i tid (pga. aldring) eller er resultat av systemeffekt ved KOLS. Ettersom sykdommen progredierer (forverres), har en stor andel av pasientene med endestadiet KOLS, hyppige innleggelser på sykehus grunnet eksaserbasjoner og komorbiditet.

Mange pasienter med KOLS opplever psykiske problemer som en følge av sykdommen. Sykdommens hovedsymptom - tung pust - kan oppleves som skremmende og kan gi

angstsymptomer. Det er påvist at depresjon og angst gir lengre og hyppigere sykehusopphold, reduserer livskvaliteten og gir tidligere død.

10.7.4 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. Det foreligger derfor mye godt materiale å bygge videre på fra arbeidet i 2015, men det må oppdateres med ny kunnskap og nye teknologiske løsninger og muligheter. I et videre arbeid bør det innhentes erfaringer fra inn- og utland, for å kunne utnytte og bygge på det som har hatt suksess andre steder. SiV ønsker å bidra til bedre oppfølging av pasientene, og bidra til god pasientbehandling også utenfor sykehus. Som tidligere nevnt, antas det også at det vil være stor overføringsverdi fra KOLS pasienter til andre kronikergrupper.

Det nye pasientforløpet for KOLS i Vestfold skal dreie behandling og oppfølging mot en mer koordinert tjeneste hvor samhandling, ny teknologi og kompetanse er sentralt. Dette for å redusere antall eksaserbasjoner for pasientene og utvikling av sykdommen, for økt livskvalitet og reduksjon i antall sykehusinnleggelseser. Et av målene i KOLS forløpet er å oppnå en «venstreforskyvning» av innsatsen mer mot forebygging. Samfunnsnyttene av en forsterket innsats vil være en mer hensiktsmessig bruk av ressursene til pasientgruppen, gjennom a) tidlig intervensjon ved forverring og b) gjennom å sikre bedre overganger mellom tjenestenivåene. Dette vil igjen føre til mer hensiktsmessig bruk av tilgjengelige ressurser i helse- og omsorgstjenesten. Gjennom arbeidet med pasientforløpet i Vestfold er det også ønskelig å ansvarliggjøre pasienten og sette fokus på pasientens egne ressurser og styrking av disse. Dette kan gjøres både gjennom livsstilsendringer og ved bedre oppfølging av egen sykdom. Slik kan tjenestemottaker (pasient og pårørende) bli en aktiv deltager og ko-produsent av helsetjenester.

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

10.7.5 Evaluering og læring

For å vite om en endring fører til en faktisk forbedring, er det avgjørende at vi måler før, under og etter at KOLS forløpet er iverksatt både i sykehus og kommune. Forskning og evaluering på måleparameterne bør skje fortløpende i prosessen, for å ha et bevisst forhold til effekten av tiltakene som iverksettes.

Sentrale målinger i prosjektet vil være knyttet til:

- Endringer antall reinnleggelseser totalt
- Endringer i liggetid
- Antall benyttet «ø-hjelp poliklinikker»
- Antall pasienter som deltar i lungerehabilitering, kommunalt og ved SiV
- Antall pasienter med egenbehandlingsplan
- Antall KOLS-mapper i bruk
- Opplevelse av egenmestring
- Livskvalitet

- Komorbiditet
- Mortalitet
- Reduserte kostnader
- Angst og depresjon (vanlig for KOLS pasienter)
- Ernæring
- Bedre pasienttilfredshet (Brukerundersøkelser)

Arbeidet med KOLS-forløpet bør antakelig piloteres, da pilot som metode ofte er nyttig når en skal implementere nye løsninger og evaluere effekter. 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 planlegges godt, og at det forankres i de allerede etablerte samhandlingsstrukturene.

10.7.6 Strategi for implementering

Ambisjonen er å få til et godt KOLS forløp for hele Vestfold. Et tett samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten må stå sentralt i utviklingen av pasientforløpet. Implementeringsstrategien vil utvikles i samarbeid med kommuner, fastleger og brukerorganisasjoner. For pasienten vil det være en fordel om mer av behandlingen kan utføres på samme sted, slik at de slipper mange forflytninger. Konkret innebærer dette mer ambulante funksjoner fra spesialisthelsetjenesten, og at primærhelsetjenesten sikrer økt faglig kompetanse gjennom hele døgnet. Teknologi for bedre samhandling mellom nivåene vil være helt nødvendig. Målet er økt trygghet for pasientene, med økt tilgjengelighet til nødvendige helsetjenester der behovet er.

10.8 Innsatsområde 7: Akuttmedisinsk kjede og prehospitaler tjenester

10.8.1 Bakgrunn

Samarbeidet om akutt syke og skadde pasienter representerer noen av de mest krevende oppgavene som helsevesenet står overfor. Sykehuset i Vestfold besluttet derfor i 2015 at utvikling og forbedring av den akuttmedisinske kjeden skulle være ett av tre strategiske satsingsområder de nærmeste årene for å forbedre pasientsikkerhet og kvalitet.

Første skritt i dette arbeidet var en gjennomgang av selve akuttmottaket ved SiV – med blant annet ny organisasjons- og ledelsesmodell, og med styrking av den medisinskfaglige kompetansen i front. Den interne gjennomgangen synliggjorde tydelig at den akuttmedisinske kjeden består av tre hovedfaser:

- Den prehospitaler delen av kjeden
- Arbeidet i selve akuttmottaket
- Overføring av pasienter fra akuttmottaket enten til sengepostene på SiV 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.

10.8.2 Utvikling av en helhetlig akuttmedisinsk kjede – samarbeid mellom SiV og kommunene

Akuttmedisinforskriften (2015), Faglige og organisatoriske krav til somatiske akuttmottak (2014) og forventninger om videre utvikling av det formelle samarbeidet mellom kommunene i Vestfold og SiV, har medført at SiV og kommunene har blitt enige om å gå sammen om 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

Det overordnede målet med prosjektet er å utvikle en sammenhengende akuttmedisinsk kjede i Vestfold, som oppfyller både 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 i Vestfold og *tiltak* for å nå målene

Metode

De første fasene av arbeidet er langt på vei avsluttet. Prosjektledelsen er nå i ferd med å systematisere de krav myndighetene setter til den akuttmedisinske kjeden, og skal deretter – sammen med aktørene - definere hvilke 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 vil avslutningsvis 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.

10.9 Organisasjon, ledelse og teknologi

10.9.1 Linjeledelse som styringsprinsipp

I november 2015 la Regjeringen fram Nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget, som med noen forbehold sluttet seg til planen. Det er ikke stilt krav til at det skal skje konkrete endringer i sykehusstruktur og akuttmedisinske tilbud som følge av denne planen, eller at scenariene i planen skal være førende for lokale og regionale utviklingsprosesser.

Som følge av det regjeringsoppnevnte Kvinnsland-utvalget ble stortingsmeldingen «Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – Hvordan bør statens eierskap innrettes framover» -, lagt fram i 2016. I forslaget til Statsbudsjettet for 2018 fremgår at dette også er Regjeringens syn, og det foreslås ingen endringer i dagens styring og organisering av spesialisthelsetjenesten.

I kapittel 3.6 presenteres et overordnet bilde av status innenfor organisasjon og ledelse ved SiV. Sentralt er det at organisasjonen styres og ledes innenfor lov- og avtaleverk, med delegert og desentralisert styrings- og ledelsesstruktur, der lederne på alle nivåer har ansvar og myndighet både for sin del av virksomheten, men også for *SiV-helheten*. Det innebærer at det gjennom hele organisasjonen er etablert tydelige resultatkrav, og at lederne primært styres på resultater, og i mindre grad på virkemidler.

Linjestyringen er entydig og ledere forventes å ta ansvar både for sin organisatoriske enhet og for helheten, og de forventes både å ivareta de løpende driftsoppgavene, samt å arbeide med utvikling, endring og kontinuerlig forbedring.

Utfordringene Sykehuset i Vestfold står overfor, og som denne planen handler om både i fireårsperspektiv og 12-15 års perspektiv, stiller store krav til sykehusets evne til:

- Faglig og organisatorisk utvikling og endring, styring og ledelse
- Å utnytte og styre de eksponentielle mulighetene som digitalisering av både helsevesenet og samfunnet gir mulighet til
- 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 økning av ressurser i takt med økning i etterspørselen etter tjenestene.

Organisering og ledelse er *virkemidler* for å oppnå resultater. Organisering og ledelse er instrumentelt og må utvikles kontinuerlig i den aktuelle konteksten. Det er altså ingen generell «riktig» måte å organisere helseforetak på.

10.9.2 Styring og ledelse av tverrgående prosesser

I all hovedsak er sykehus og helseforetak store *driftsorganisasjoner* med mange kjennetegn som høykompetanseorganisasjoner. Organiseringen av den løpende driften må ivaretas ved tydelig ansvarliggjøring og myndiggjøring og «ledelse helt ut» for å sikre best mulige løsninger og best mulig mobilisering av pasienter, brukere og medarbeidere. Det innebærer erkjennelse av at den omfattende driften med 4.000 årsverk 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 mange steder i verden med alternative måter å organisere sykehus på: Organisering med grunnlag i pasientforløp, organisering uten basis i spesialitetene, samt nettverksorganisering og outsourcing er eksempler på dette. Sykehuset i Vestfold vil følge med på, og lære av hva som skjer andre steder.

Sentralt i organiseringen og ledelsen av SiV vil fortsatt være tydelig ansvars- og oppgavedeling og –plassering, og videreføring av «ledelse helt ut». Det er imidlertid liten grunn til å tro at klinikk-, avdelings- og seksjonsstrukturer vil være den samme i et 5 – 10-års perspektiv.

De store utfordringene i sykehusene er knyttet til *flyt/logistikk/forløp*. Det vil bli helt sentralt i årene som kommer å utvikle både organisasjonen, lederne og medarbeiderne slik at pasientenes behov og ekspertise og medarbeidernes ekspertise og kompetanse øker kvaliteten på pasientbehandlingen, minsker leveransetider, øker effektiviteten og bedrer arbeidsmiljøet. Det dysfunksjonelle ved siloorganisering må bli erstattet av at virksomheten har logistikk og flyt, spesielt pasientflyten, som premiss for arbeidsprosessene og organiseringen. Det innebærer at alle involverte deltar i arbeidet med å løse utfordringene, at kvalitet og pasientsikkerhet bygges inn i flyten, og at organisasjonen blir selvforbedrende.

For pasientene vil nye måter å organisere tjenestene på innebære reduserte ventetider, f.eks. ved at alle undersøkelser, diagnostisering og igangsatt behandling kan skje i løpet av timer og ikke uker. Dette vil også innebære betydelig effektivisering.

Universitetssykehuset i Lund kan f.eks. vis til 100 prosent økt kapasitet på ADHD-utredning som gjøres på tre uker i stedet for fire måneder. Tilsvarende er det mange 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 i sykehus i hele Europa. Når det gjelder teamarbeid og høy kompetanse i akuttmottaket, er SiV kommet et stykke på vei, men nye lokaler gir nye muligheter til ytterligere forbedring. Dette vil stå høyt på agendaen den nærmeste tiden.

10.9.3 Nye yrkesgrupper og nye aktører

Flere av utviklingstrekkene som beskrives i denne utviklingsplanen, 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. Delingsøkonomien stimulerer også til nye organisasjons- og tilknytningsformer i arbeidslivet. Forskjellige former for arbeidslivskriminalitet vil være utfordrende for virksomheter som driver seriøst i henhold til etablerte reguleringer.

Hvis slike utviklingstrekk blir forsøkt håndtert ved å laste inn stadig flere krav og reguleringer i det organiserte arbeidslivet, får dette betydning for konkurranseevne, styringsautoritet og utøvelse av ledelse i disse virksomhetene. Sykehuset i Vestfold må formidle til eier og arbeidsgiverorganisasjonen hvilke konsekvenser de samlede virkningene av reguleringene gir for den enkelte linjeleder.

Medvirkningsbestemmelsene er etablert for å gjøre ledernes beslutninger bedre. De ansatte skal bidra med sin kompetanse om virksomheten, 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 i samfunnet. Lederne i SiV må forstå lederrollen, herunder styringsretten og –plikten, og i samarbeid med tillitsvalgte og fagforeninger må grunnlaget og grensene for medvirkning i virksomhetene bli gjensidig forstått og praktisert

10.9.4 Ledelsesutvikling

Ledelse er sentralt i enhver organisasjon, også i helseforetak. Ledelsesutvikling og lederutvikling vil fortsatt være satsningsområder i SiV. Ledelsesutvikling vil de kommende årene tydeliggjøre sykehusets ledelsesfilosofi og ledelsestenking, som f.eks. at:

- SiV vil ha ledere med personlig engasjement som drivkraft for handlekraftig ledelse
- SiV vil ha ledere som skaper resultater sammen med andre
- SiV vil ha ledere med pasientfokus/kundefokus, der disses behov og opplevelser skal være omdreiningspunktet for løpende prioriteringer og beslutninger
- SiV vil ha ledere som stiller spørsmål og kontinuerlig utfordrer måten ting gjøres på, og selv stimulerer til å gjøre arbeidet smartere og bedre og riktig første gang.
- SiV vil ha ledere som arbeider for innovasjon i SiV, basert på at innovasjon ikke bare handler om utvikling av nye produkter og tjenester, men også om nye og mer effektive arbeidsmetoder og organisasjonsformer
- SiV vil ha ledere som tenker helhetlig – både fra brukernes ståsted og internt i helseforetaket.

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, kunnskapservvervelse om ledelse av prosesser, lov- og avtaleverk, styringsretten og styringsplikten, samhandling internt og eksternt, involvering og mobilisering av brukere og medarbeidere m.m.

10.9.5 Teknologi og teknologiutvikling

Økt velstand, høyere levealder, utvikling av ny teknologi og digitalisering av samfunnet er med på å endre norsk helsevesen. Samtidig skjer det en utvikling av hva som påvirker opplevelsen av livskvalitet. Livskvalitet er ikke like mye knyttet til god helse eller til graden av plager og sykdom som tidligere. Det blir stadig viktigere å kunne forstå, vurdere og mestre egen situasjon. Teknologiutvikling og digitalisering bidrar i denne sammenheng med både muligheter og nye utfordringer for individ og samfunn.

For å nå helsepolitiske mål om bedre kvalitet, økt pasientsikkerhet, mer effektivitet og bedre ressursbruk, er det nødvendig å utnytte mulighetene som ligger i teknologi på en bedre måte.

SiV ønsker å ta i bruk nyvinninger som oppstår gjennom teknologisk utvikling, men dette betyr ikke at vi skal utvikle teknologien selv. 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 og 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. SiV må derfor ha alternative tilnæringsmåter.

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. For å unngå at man «kaster bort» for mye ressurser på oppstart av prosjekter som på et senere stadium vurderes som ikke ønskelige å fullføre, legges et kost-nytte perspektiv til grunn når man vurderer potensialet ved å prøve ut og ta i bruk nye teknologiske verktøy og hjelpemidler. SiV vil på bakgrunn av dette etablere vurderingssystematikk og bruk av evalueringskriterier som et fokusområde innen satsningen på teknologiutvikling.

Målsettingen for SiV vil være å ta i bruk ny teknologi for å ivareta pasienten og vårt samfunnsoppdrag på best mulig måte. Teknologi vil dermed være et virkemiddel for å skape forbedret pasientbehandling. Dette vil være førende for SiV i det videre arbeidet med teknologi og IKT. SiV vurderer forutsetningene for å nå denne målsettingen, også kalt drivere eller kritiske suksessfaktorer, til å være:

- Inngående kunnskap om virksomhetens behov, gitt foretakets utviklingsperspektiv.
- Høy kompetanse på å vurdere og forstå nytteverdien ved teknologi (teknologiens egenskaper).
- Evne til å skape samarbeidsarenaer og partnerskap med aktører som er i front av teknologiutviklingen.
- Høy kompetanse på å vurdere gjennomførbarhet og forutsetninger for å ta i bruk nye verktøy. Dette innebærer for eksempel risikoforståelse, planlegging, og forståelse av handlingsrom.

11 KAPITTEL – Samarbeidet med Sykehuset Telemark

11.1 Generelt

Når det gjelder konkret samarbeid med andre helseforetak om SiVs utviklingsplan, er det i OBD for 2017 særlig to punkter som legger føringer for SiVs arbeid med planen. Disse to punktene er som følger:

- Sykehuset i Vestfold skal utarbeide utviklingsplaner basert på regionale føringer. Det vises til sak 008-2017 *Regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner*, behandlet i styret for Helse Sør-Øst RHF i møte 2. februar 2017.
- Det legges til grunn at Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold utarbeider egne utviklingsplaner for det respektive helseforetak. Det settes dog som en forutsetning at helseforetakene inngår et forpliktende samarbeid og utvikler felles planer for fagområder hvor det er utfordringer med rekruttering og/eller hvor lavt pasientvolum gir utfordringer med kvalitet og opprettholdelse av robuste fagmiljøer.

I tillegg til dette har SiV fått to føringer fra HSØ i forbindelse med det nevnte styrevedtaket om utviklingsplanarbeidet, som også dreier seg om samarbeid med andre helseforetak. Disse er som følger:

- Arbeidet med *organisering av kreftkirurgien* inngår som en del av helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner.
- Utviklingsplanen skal beskrive hvordan tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten for *barn og unge med autismspekterforstyrrelser (ASF)* kan samles i én enhet i hvert sykehusområde.

For å følge opp punktet om habilitering, tok SiV kontakt med ST for å avklare grunnlaget for å samle dette i én felles enhet i sykehusområdet. I samråd med HSØ, avklarte ST at de ikke ønsket et slikt samarbeid. SiV har derfor svart opp dette punktet utelukkende basert på forholdene i Vestfold.

Når det gjelder samarbeid innen kreftområdet, vises det til punkt 11.2. nedenfor.

Når det gjelder samarbeid innen sykehusområdet Vestfold/Telemark mer generelt, har det vært avholdt flere møter mellom ledelsen ved de to helseforetakene i den perioden planarbeidet har pågått. Det har på disse møtene vært enighet om at det fortsatt er et potensiale for å utnytte kompetanse og kapasitet ved de to helseforetakene i fellesskap, men at et slikt samarbeid ikke nødvendigvis er best tjent med å bli koplet til de tidsfrister som ligger i arbeidet med utviklingsplanene.

Dette er noen av de områdene hvor det kan ligge potensiale for et økt samarbeid mellom ST og SiV:

- Behandling av sykkelig overvekt og postbariatrisk plastikkirurgi
- Mammae- og endokrinkirurgi
- Radiologi
- Sikkerhetspsykiatri
- Spiseforstyrrelser
- Rehabilitering

På flere av disse områdene foregår det allerede konkret samarbeid, men det er altså ikke knyttet spesifikt opp mot de to foretakenes utviklingsplaner.

11.2 Samarbeid innen kreftområdet

11.2.1 Kreftkirurgi

Det er opprettet et fagråd for kreft i regi av HSØ. Det gjøres årlige evalueringer av kreftkirurgien og oppfølging av om besluttede funksjonsfordelinger er gjennomført. Sykehuset i Vestfold har lojalt fulgt opp dette arbeidet. Et av hovedpoengene er vurdering av volum innen de enkelte kreftformene. For den kirurgien som gjøres ved SiV, er volumet tilstrekkelig ut fra de faglige føringene som er lagt. Kreftkirurgien er også vesentlig for å opprettholde robuste fagmiljøer. I dialogen med ST er det en felles vurdering av at man slik situasjonen er nå, ikke ser grunnlag for å gjøre endringer.

11.2.2 Stråleterapi

Sykehuset Telemark har fått i oppdrag å planlegge for en stråleenhet for sykehusområdet Telemark/Vestfold. Stråleenheten skal være etablert og i drift i 2020. Dette er nødvendig for å kunne opprettholde den regionale kapasiteten i HSØ. Strålekapasiteten ved ST skal kunne dekke 80 % av behovet til befolkningen i Vestfold og Telemark. Den skal være administrativt og faglig selvstendig. Det er forventet at det blir besluttet konseptfase i februar/mars 2018. SiV skal understøtte arbeidet i prosjektfasen. Det er vesentlig for Vestfolds befolkning at tilbudet etableres raskest mulig.

12 KAPITTEL – Oppfølging av utviklingsplanen – regi, muligheter og risikofaktorer

I kapitlene 7 – 9 er det beskrevet viktige veivalg for den framtidige utviklingen av SiV. Disse veivalgene har et tidsperspektiv fram mot år 2030/2035. I kapittel 10 er det gjort rede for noen viktige innsatsområder i det kortsiktige perspektivet, og i kapittel 11 har er det kort beskrevet samarbeidet med Sykehuset Telemark.

I dette kapitlet vil det først bli gitt en kort beskrivelse av noen hovedgrep som SiV som organisasjon må ta for å følge opp både de strategiske veivalgene som tas i denne utviklingsplanen, og også for å ta grep om de mer kortsiktige innsatsområdene. Deretter vil det bli gjort rede for noen av de muligheter og risiki som ligger i de veivalgene som tas. Muligheter og risiki blir beskrevet samlet, og ikke for hvert enkelt av de tre perspektivene som trekkes opp i planen. Begrunnelsen for det er at det vil være elementer fra alle de tre hovedperspektivene i den utviklingsretningen som velges, og at det sånn sett verken vil være mulig eller ønskelig å rendyrke noen av dem. Organisasjonen må derfor håndtere alle de tre perspektivene som én, samlet utfordring.

12.1 Hvordan skape organisatorisk kraft til å håndtere endringene?

SiV har som organisasjons- og ledelsesprinsipp at ansvaret for å gjennomføre både større omstillinger og løpende driftsforbedringer i hovedsak skal legges i linjen. Det må også være tilfellet med de omstillinger og forbedringer som må finne sted som en oppfølging av denne planen. Samtidig representerer planen så vidt store utfordringer for hele SiV som foretak, at det må lages regier som sikrer at foretaket som helhet skaper tilstrekkelig "trykk" i oppfølgingen og gjennomføringen. Det faktum at mye av planen dreier seg om samarbeidet med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold, tilsier også at det må etableres *et oppfølgingsregime på foretaksnivå, og dette må samkjøres tett med de samhandlingsstrukturene som er etablert i Vestfold.*

I punktene nedenfor vil det kort bli gjort rede for noen hovedtrekk i oppfølgingen av planen. Disse hovedtrekkene må konkretiseres og utdypes når planen er vedtatt.

12.1.1 Planen må "oversettes" til praksisfeltet og det kortsiktige perspektivet

Denne utviklingsplanen trekker opp retningen for den framtidige utviklingen av SiV på et relativt overordnet og prinsipielt nivå, og med et langt tidsperspektiv. Det blir derfor viktig relativt raskt å begynne prosessen med å "oversette" det som står i planen til praksisfeltet og det mer kortsiktige perspektivet. I første omgang ligger det klare føringer i de innsatsområdene som er beskrevet i kapittel 10. For å følge opp disse, gjenstår det imidlertid mye praktisk og konkret arbeid.

Helt konkret må følgende spørsmål stilles forholdsvis raskt: Hvordan tar sykehuset tak i de perspektivene som beskrives i planen i løpet av 1 – 2 år? Det er helt avgjørende at perspektivene i planen relativt raskt viser seg i sykehusets prioriteringer, strategiske valg, årsbudsjetter, ØLP, og ikke minst i arbeidsmåter og arbeidsformer. Denne planen forutsetter ganske radikalt andre måter både og tenke og arbeide på enn spesialisthelsetjenesten tradisjonelt har lagt til grunn. Derfor må planen forankres og kommuniseres godt både internt i egen organisasjon og i forhold til sentrale samarbeidspartnere (kommuner, fastleger, pasienter og brukere m.fl.).

12.1.2 Oppfølgingen av planen må samkjøres med kommunene og fastlegene i Vestfold

Dersom SiV skal lykkes med å følge opp denne utviklingsplanen, og da i særdeleshet perspektiv 3, er sykehuset helt avhengig av at det er god koordinering mellom den delen av oppfølgingen som skal skje i "SiV interne" prosesser og på SiVs arenaer, og de delene som skal skje i samarbeid med kommunene og fastlegene, og på arenaer som sykehuset har sammen med dem. Høringsinnspillene til planen understreker dette tydelig.

Naturlige fellesarenaer for oppfølging av det sykehuset skal og må gjøre sammen med kommunene og fastlegene, er de samhandlingsarenaene som er etablert i Vestfold – med Samhandlingsutvalget som det viktigste. I tillegg er det viktig at den Handlingsplanen for samhandling som SiV og kommunene blir enige om hvert år, på en tydelig måte speiler viktige aspekter av utviklingsplanen. Disse felles regiene er allerede i ferd med å komme på plass – gjennom Handlingsplanen for samhandling for 2018. I tillegg må det være god dialog mellom SiV, kommunene og fastlegene om oppfølgingen av planen, slik at også den sistnevnte gruppen blir involvert på en god måte. I det hele tatt blir det viktig at både tempo og konkretisering av perspektiv tre skjer i tett dialog med kommunene, fastlegene og andre viktige samarbeidspartnere, og at det skjer på de fellesarenaene som er etablert.

Som nevnt tidligere, har det også vært god dialog med kommuner og pasienter og pårørende i selve arbeidet med planen – for å skape et felles utfordringsbilde og felles målbilder.

12.1.3 Planen må følges opp på foretaksnivå

Som nevnt tidligere, er hovedfokuset i denne planen på SiV som helhetlig organisasjon. Den reiser utfordringer og beskriver perspektiver som "hele SiV" må samle seg om dersom sykehuset skal greie å møte dem på en kraftfull og besluttsom måte. Planen berører i liten grad enkeltfagområder eller spesifikke deler av virksomheten, og oppfølgingen vil fort bli fragmentert dersom hver del av organisasjonen skal ta "sin del".

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

12.1.4 Oppfølgingen må integreres i allerede etablerte strukturer for oppfølging og rapportering

Det som står i punkt 12.1.3, betyr ikke at etablerte strukturer for oppfølging og rapportering ikke skal benyttes. Tvert imot må det være tett kopling mellom utviklingsplanen og øvrige prosesser og dokumenter, slik som:

- ØLP
- Årlig Melding
- Sykehusets årlige strategi- og prioriteringsprosesser
- LGG (Ledelsens GjennomGang)
- Prosjekt- og porteføljerapporteringen
- Mv

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

12.1.5 Det må etableres en "motor" som kan holde i oppfølgingsarbeidet

Som nevnt innledningsvis i dette punktet, har SiV lang tradisjon for linjestyring og plassering av ansvaret både for drift og utvikling i regi av den etablerte linjeorganisasjonen – klinikker, avdelinger og seksjoner. Dette prinsippet må også legges til grunn for oppfølgingen av utviklingsplanen. Samtidig bør det, som det framgår av punkt 12.1.3., være en sentral regi for arbeidet og en systematisk rapportering/oppfølging av framdrift og resultater opp mot Administrerende direktør. Dette er viktig ikke minst fordi mange av de utfordringene som tas opp i denne planen, går på tvers av enheter i den etablerte organisasjonen, og krever god og helhetlig koordinering dersom de skal ha mulighet for å lykkes.

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

Dersom ikke et slikt ansvar blir tydelig plassert, risikerer vi fort at oppfølgingen blir fragmentert og suboptimal, og dermed ikke bidrar til det paradigmeskiftet og den retningsforandringen som beskrives i planen.

12.2 Mulighets- og risikoanalyse av valgt hovedretning

Den mulighets- og risikoanalysen som er beskrevet nedenfor, tar utgangspunkt i SiVs evne til å løse samfunnsoppdraget, og forsøker å definere risikoområder og muligheter i forhold til denne leveransen. I samfunnsoppdraget legger vi alle de 5 kjerneoppgavene som er beskrevet tidligere i denne planen. Det er også lagt til grunn at samfunnsoppdraget skal løses så kostnadseffektivt som mulig. Det er altså risikofaktorer og muligheter i forhold til å løse dette oppdraget som er vurdert i punktene 12.2.1. – 12.2.4. nedenfor.

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

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

I punktene 12.2.1. – 12.2.4, vil retningsvalg og hovedgrep bli vurdert mot hvert av disse fire områdene.

12.2.1 Muligheter og risikofaktorer knyttet til organisasjon, kompetanse og rekruttering

Muligheter:

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

Risikofaktorer:

- SiV kan som organisasjon risikere ikke å greie og håndtere kompleksiteten i de omstillingene det legges opp til. Det kan bli utfordrende både å gripe omstillingen an på en hensiktsmessig måte, og å gjennomføre endringsprosessene i et riktig tempo og med tilstrekkelig beslutningskraft.
- I forlengelsen av dette kan sykehuset risikere at det oppstår en "rekkefølgeproblematikk": Hvordan starte prosessen med å realisere de grepene som er beskrevet i planen? Hvordan rigge et helhetlig arbeid som gir de beste garantiene for å lykkes?
- SiV kan risikere å ikke greie omstillingen til perspektiv 3 raskt nok. Hvis sykehuset justerer kapasiteten knyttet til perspektiv 1 raskere enn sykehuset greier å hente ut effektene av perspektiv 3, kan vi risikere lengre ventelister og økte ventetider.
- Dette kan gå utover både pasienttilbud og omdømme.
- Hvis SiV ikke greier omstillingen raskt nok, men delvis blir utkonkurrert av andre leverandører, vil sykehuset kunne miste posisjonen som det foretrukne alternativet for Vestfolds befolkning, og med det en forvitring av organisasjonen.
- Det er en risiko for at sykehuset ikke greier å håndtere den driften som nå skjer i Larvik sykehus, i de lokalene som er tilgjengelige i Tønsberg. Sykehuset greier ikke omstillingen i Tønsberg raskt nok. Det gjelder særlig *den kirurgiske aktiviteten* i Larvik.
- Perspektiv 3 støter til dels an mot etablerte vaner, kultur og arbeidsformer i spesialisthelsetjenesten. Den interne motstanden – eventuelt usikkerheten - i organisasjonen kan bli krevende å håndtere. Det kan medføre at sykehuset ikke greier å endre arbeidsformer og vaner raskt nok.
- Hvis perspektiv 3 ikke oppfattes som spennende og meritterende nok for nøkkelpersonell i organisasjonen, vil det kunne gjøre SiV mindre attraktiv som arbeidsgiver og arbeidsplass. Det gjelder særlig knyttet til de spissede funksjonene.
- De grepene som er beskrevet, forutsetter til dels en tilpasning av når og hvordan arbeidskraften brukes – for å sikre riktig utnyttelse av kapasitet i forhold til behov. Dette krever visse omlegginger av lover og avtaleverk (arbeidstidsbestemmelser).

Dette har sykehuset ikke tilstrekkelig herredømme over selv, og det kan også være konfliktfylt og ta tid.

12.2.2 Muligheter og risikofaktorer knyttet til økonomi og finansieringsordninger

Muligheter:

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

Risikofaktorer:

- SiV kan risikere at de økonomiske incentivordningene ikke endres raskt nok til å støtte opp under ny og endret atferd/nye samarbeidsmodeller:
 - Ambulante tjenester
 - Konsultasjoner utenfor sykehuset
 - Overgang fra døgn til dag
 - Integreerte samarbeidsmodeller med kommunene – utenfor sykehus ..med derav følgende økonomiske utfordringer.
- Det kan bli aktuelt med samarbeidsmodeller som er gunstige sett fra et pasientperspektiv, men som det er krevende å finansiere. Særlig perspektiv 3 kan gjøre det aktuelt å utvikle slike modeller. Men slike integrerte modeller – som kan være gode sett fra et pasientperspektiv - vil naturligvis kunne medføre en økonomisk utfordring/risiko, dersom det ikke utvikles finansieringsmodeller som bidrar til å understøtte en ny og endret praksis. Det er derfor viktig at omleggingene skjer planmessig og strukturert – med gode konsekvensanalyser. Det blir også en viktig utfordring for SiV å forsøke og bidra til at finansieringssystemene gradvis endres i tråd med den praksis som særlig ligger i perspektiv tre. Her vil det være nødvendig med drahjelp også fra det regionale helseforetaket og fra andre, strategiske allierte.

12.2.3 Muligheter og risikofaktorer knyttet til samarbeid med andre aktører

Muligheter:

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

Risikofaktorer:

- Det kan ta tid å få etablert nødvendige samarbeidsordninger med andre aktører – i og utenfor spesialisthelsetjenesten. Å bygge robuste allianser er tidkrevende, og kan også være konfliktfylt.
- SiV kan risikere å ende opp i endeløse diskusjoner med partnerne om hvem som skal finansiere såkalte "fellestiltak". Særlig utfordrende vil det være hvis det er snakk om tiltak som ikke omfattes av spesialisthelsetjenestens finansieringsordninger.
- Hvis sykehuset ikke får samarbeidet med andre aktører til å fungere godt nok, kan en risikere flere overganger og brudd i pasientforløpene; altså det motsatte av helhetlige og integrerte tjenester
- Et utvidet og forpliktende samarbeid med andre helseforetak/andre aktører i spesialisthelsetjenesten, kan også medføre krevende diskusjoner om "hvilken praksis" som skal gjelde/være styrende. Det gjelder naturligvis særlig der hvor samarbeidende fagmiljøer er uenige.
- En arbeidsdeling med andre helseforetak/andre aktører i spesialisthelsetjenesten kan bidra til å svekke samhandlingsflaten mot primærhelsetjenesten. Det vil kunne gjelde for pasientgrupper som får deler av sitt pasienttilbud dekket ved SiV og andre deler ved andre helseforetak/hos andre leverandører av spesialisthelsetjenester.
- Hvis SiV ikke greier å fylle rollen med å understøtte primærhelsetjenesten, vil deres forutsetninger for å fylle sin rolle bli redusert, og perspektiv 3 vil generelt svekkes
- Det kan være en risiko for at partene ikke greier å bli enige om hvordan effektene av ulike samarbeidsmodeller skal evalueres og dokumenteres. Hvis man ikke lykkes med å måle/evaluere effektene av samarbeidet, kan lett litt av energien gå ut av det.
- Et viktig siktemål med perspektiv 3 i planen er at flere spesialisthelsetjenester skal kunne gis utenfor SiV. Det kan være utfordrende å få pasienter og pårørende til å akseptere at slike tjenester er like trygge som de en får "inne på SiV".

12.2.4 Muligheter og risikofaktorer knyttet til IKT/informasjonsutveksling mv

Muligheter:

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

Risikofaktorer:

- Strenge personvernregler vil kunne gjøre det vanskelig å utveksle informasjon på tvers av organisatoriske grenser. Det kan også ligge en utfordring i at samarbeidende aktører – for eksempel fastleger – har teknologiske plattformer/løsninger som "ikke kommuniserer med sykehusets".
- Hvis SiV ikke greier å skape økonomisk handlingsrom, vil sykehuset kunne bli sittende med utdaterte teknologiske løsninger, og dermed gjøre det vanskelig å samhandle med andre aktører og med pasienter og pårørende
- Innføring av ny teknologi kan også ta lengre tid enn utvikling og forbedring av arbeidsprosesser og samhandlingsmodeller, og på den måten forsinke en utvikling som ellers ville vært både mulig og ønskelig.
- Men her kan vi også oppleve den motsatte tendensen; nemlig at sykehuset blir "hengende" i gamle arbeidsmåter parallelt med at ny teknologi innføres og tas i bruk. I begge tilfeller vil sykehuset ha problemer med å få realisert de gevinstene som den nye teknologien gjør mulig.
- Generelt medfører den teknologiske utviklingen en risiko for økt sårbarhet med hensyn til sikkerhet for systemene og den informasjon som ligger i dem. Men denne risikoen er antakelig langt på vei uavhengig av hvilke hovedretninger som velges.

12.3 Oppsummering

I dette kapitlet er det beskrevet en del viktige forhold knyttet til måten arbeidet med å følge opp utviklingsplanen bør legges opp på. Det er også beskrevet hvilke risikofaktorer og muligheter som planen stiller SiV overfor – på alle de fire områdene som står omtalt innledningsvis i punkt 12.2.

Det er viktig at det videre arbeidet med planen legges opp på en slik måte at alle involverte parter både forstår *hvorfor* SiV har valgt den utviklingsretningen det er lagt opp til, og *hva* disse valgene konkret *innebærer*. Det er, som nevnt ovenfor, særlig viktig at det etableres en regi for oppfølging som både synliggjør de operative konsekvensene av planen, og ikke minst beskriver de resultatene som etter hvert oppnås.

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

FIGUROVERSIKT

FIGUR 1-1 SAMMENHENGENE I PLANSYSTEMET	10
FIGUR 3-1 VARIASJON I FORBRUK PER 1 000 INNBYGGER FOR HHV POLIKLINISKE KONSULTASJONER OG DØGNOPPHOLD.	18
FIGUR 3-2 ANTALL SENGER (EKSKL TEKNISKE) OG GJENNOMSNI TT LIGGETID SYKEHUSOPPHOLD. (ALLE DØGNOPPHOLD) 2010-2017.	21
FIGUR 3-3 ANDEL PASIENTOPPHOLD MED MINST ÉN PASIENTSKADE 2010–2016	23
FIGUR 3-4 ANDEL PASIENTOPPHOLD MED MINST ÉN PASIENTSKADE 2010–2016	23
FIGUR 3-5 ORGANISASJONSKART FOR SYKEHUSET I VESTFOLD	31
FIGUR 3-6 BEMANNINGSUTVIKLING INNEN TJENESTEOMRÅDENE 2012–2017. KILDE: HR-KUBEN.	32
FIGUR 3-7 UTVIKLING AV FORSKNINGSPOENG VED SiV	35
FIGUR 3-8 ANTALL FORSKNINGSPROSJEKTER MED BRUKERMEDVIRKNING	35
FIGUR 3-9 OVERSIKT OVER SiVs LOKASJONER.....	38
FIGUR 5-1 SKISSE OVER PRINSIPPENE I RHFENES MODELL FOR FRAMSKRIVING AV AKTIVITET. KIILDE: SYKEHUSBYGG.	51
FIGUR 5-2 REN BEFOLKNINGSFRAMSKRIVING OG UTVIKLING BASERT PÅ ALLE ENDRINGSFAKTORER - LIGGEDAGER. FORSKJELLEN MELLOM DISSE BANENE ER SUMMEN AV DE ANDRE ENDRINGSFAKTORENE.....	59
FIGUR 5-3 REN BEFOLKNINGSFRAMSKRIVING OG UTVIKLING BASERT PÅ ALLE ENDRINGSFAKTORENE - LIGGEDAGER. FORSKJELLEN MELLOM DISSE BANENE ER SUMMEN AV DE ANDRE ENDRINGSFAKTORENE	59
FIGUR 6-1 HVORDAN HELSETJENESTEN KAN FUNGERE PÅ PASIENTENS PREMISSE.	62
FIGUR 6-2 PASIENTER MED ULIK GRAD AV RISIKO.....	64
FIGUR 7-1 MODELL FOR FORBEDRINGSARBEID.	127

TABELLOVERSIKT

TABELL 3-1 ANTALL DRG-POENG 2016. FORDELT PÅ PERSONER BOSATT I OG UTENFOR SiVs NEDSLAGSFELT. SOMATIKK.	20
TABELL 3-2 AKTIVITET FORDELT PÅ PERSONER BOSATT I OG UTENFOR SiVs NEDSLAGSFELT. SUM PHV/TSB. TALL FOR 2017. NOVEMBER.....	21
TABELL 3-3 30 DAGERS OVERLEVELSE ETTER INNLEGGELSE I SYKEHUS.	22
TABELL 3-4 ANDEL NYE PASIENTER I PAKKEFORLØP 2017 (KILDE: NPR)	24
TABELL 3-5 ANDEL INNENFOR NORMERT FORLØPSTID FORDELT PÅ TYPE BEHANDLING OG SAMLET (KILDE: NPR).....	24
TABELL 3-6 PASIENTERFARINGER VED SYKEHUSET I VESTFOLD HF 2015 (PASOPP)	26
TABELL 3-7 OVERSIKT OVER EIDE OG LEIDE LOKALER	38
TABELL 3-8 OVERSIKT OVER SENGEKAPASITET OG BEMANNEDE SENGER.....	38
TABELL 3-9 OVERSIKT OVER SENGEKAPASITET FORDELT PÅ SEKSJON (KIRURGISK OG MEDISINSK KLINIKK).....	39
TABELL 3-10 OVERSIKT OVER KAPASITETEN PÅ OPERASJONSSTUER.....	40
TABELL 5-1 ÅRLIG ENDRING FOR SiV. ANDRE ENDRINGSFAKTORER ENN DEMOGRAFI. VEID GJENNOMSNI TT FOR SOMATIKK.	54
TABELL 5-2 ÅRLIG ENDRING FOR SiV. ANDRE ENDRINGSFAKTORER ENN DEMOGRAFI. LIKT FOR ALLE DIAGNOSEGRUPPER PHV OG TSB.	55

Vedlegg 1 – Overordnede strategier og føringer for planarbeidet

Gjennom styresak 008 – 2017 har styret i Helse Sør-Øst gitt viktige føringer for innholdet i helseforetakenes utviklingsplaner. Disse føringene har vært å anse som absolutte krav til hva helseforetakenes utviklingsplaner som et minimum må svare opp. Nedenfor er det – helt overordnet - gjort rede for disse føringene.

12.4 Generelt

Det foreligger en rekke strategier og overordnede planer som skal legges til grunn for de lokale utviklingsplanene. Det vil føre for langt å gjøre rede for alle disse. Det presiseres imidlertid i de regionale føringene at *kvalitet og pasientsikkerhet* fortsatt skal være hovedprioritet og danne basis for alt utviklingsarbeid i helseforetakene. I tillegg skal *pasientens helsetjeneste* få en tydeligere plass. Følgende generelle føringer framheves fra HSØ:

- Utviklingsplanen skal beskrive hvordan *nye arbeidsformer og modeller* kan tas i bruk.
- Utviklingsplanen skal vise hvordan helseforetaket *scorer på PasOpp* – undersøkelsene, og hvordan utviklingen har vært over tid.
- Utviklingsplanen skal beskrive *forbedringstiltak knyttet til utskrivning* fra sykehus for å sikre overgangen mellom tjenestenivåene. Utviklingsplanen skal beskrive hvordan spesialisthelsetjenesten sammen med kommunene kan legge til rette for *de pasientene som bruker* spesialisthelsetjenesten mest.

12.5 Spesielle fagområder

I tillegg til de generelle føringene, som er omtalt i punkt 1.1., har Helse Sør-Øst valgt ut noen fagområder som særlig viktige. Det gjelder psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, rehabilitering og habilitering. Begrunnelsen for å fokusere spesielt på disse fagområdene, er at dette er fagområder med store grenseflater mot primærhelsetjenesten og kommunene, og som i tillegg har stort potensiale for oppgavedeling og kompetanseoverføring. Etter Helse Sør-Øst sin vurdering kan arbeidet med disse fagområdene tjene som modeller for hvordan helseforetakene kan utvikle sitt samarbeid med andre aktører og representere områder der aktørene sammen kan utvikle og prøve ut nye arbeidsmåter og nye samarbeidsmodeller.

Helse Sør-Øst gjennomførte en dialog med helseforetakene og kommunene i hvert sykehusområde høsten 2016 for å få innspill til problemstillinger på disse fire fagområdene. De føringene helseforetakene har fått for utviklingsplanen på disse områdene, har i stor grad vært basert på disse prosessene, hvor både kommuner og helseforetak deltok aktivt.

Videre er hjerneslagsbehandling valgt ut som et satsingsområde, da det foreligger en faglig anbefaling for organisering av *hjerneslagsbehandlingen* i regionen som er klar til gjennomføring. Det foreligger også regionale føringer på områdene *kreftkirurgi og prehospitale tjenester*.

De konkrete føringene på de ovennevnte fagområdene er kort beskrevet i punktene 1.2.1. – 1.2.7. nedenfor.

12.5.1 Psykisk helsevern

De regionale føringene kan oppsummeres som følger:

- 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".

12.5.2 TSB

De regionale føringene kan oppsummeres som følger:

- Utviklingsplanen skal 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 med utviklingsplanen vurdere og beskrive hvilke etablerte *samarbeidsstrukturer* som skal utvikles og nye som planlegges utviklet i tidsperioden.

12.5.3 Rehabilitering

De regionale føringene kan oppsummeres som følger:

- Utviklingsplanen skal beskrive tilbudet for døgnbasert rehabilitering *i tidlig fase etter akutt sykdom/skade og for ambulant virksomhet*. Beskrivelsen skal inkludere organisering, prioritering og nødvendige endringer i tidsperioden.
- 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.

12.5.4 Habilitering

De regionale føringene kan oppsummeres som følger:

- 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 *behandlingslinje 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.

12.5.5 Hjerneslag

De regionale føringene kan oppsummeres som følger:

- *Organisering av hjerneslagsbehandling* og etablering av nettverksstruktur inngår som en del av helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner.

12.5.6 Kreftkirurgien

De regionale føringene kan oppsummeres som følger:

- Arbeidet med *organisering av kreftkirurgien* inngår som en del av helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner.

12.5.7 Prehospitale tjenester

De regionale føringene kan oppsummeres som følger:

- Eksisterende samarbeid og samarbeidsavtaler vurderes og konkretiseres slik at det fungerer som felles planleggingsverktøy for kommuner og helseforetak for å sikre en best mulig akuttmedisinsk kjede med hensiktsmessig ressursbruk.

12.6 Samarbeid innen sykehusområdet

I OBD for 2017 er det to punkter som legger føring for SiVs arbeid med utviklingsplanen. Disse er som følger:

- Sykehuset i Vestfold skal utarbeide utviklingsplaner basert på regionale føring. Det vises til sak 008-2017 *Regionale føring for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner*, behandlet i styret for Helse Sør-Øst RHF i møte 2. februar 2017.
- Det legges til grunn at Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold utarbeider egne utviklingsplaner for det respektive helseforetak. Det settes dog som en forutsetning at helseforetakene inngår et forpliktende samarbeid og utvikler felles planer for fagområder hvor det er utfordringer med rekruttering og /eller hvor lavt pasientvolum gir utfordringer med kvalitet og opprettholdelse av robuste fagmiljøer.

12.7 Samarbeid med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste

Når det gjelder samarbeidet med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste, er føringene primært av prosessuell karakter. Flere av de innholdsmessige føringene forutsetter imidlertid et aktivt og forpliktende samarbeid med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold.

Som det framgår av selve utviklingsplanen, har SiV lagt stor vekt på å trekke disse aktørene aktivt og forpliktende inn i arbeidet også med det øvrige innholdet i planen. Det gjelder både hovedveivalg og mål, men også de innsatsområdene som er beskrevet i kapittel 10 i planen.

I hele arbeidsformen med utviklingsplanen har SiV forsøkt å støtte opp under det hovedperspektivet som legger opp til et sterkere og mer partnerskapsorientert samarbeid mellom SiV og primærhelsetjenesten i Vestfold. Med primærhelsetjenesten menes også fastlegene i Vestfold.

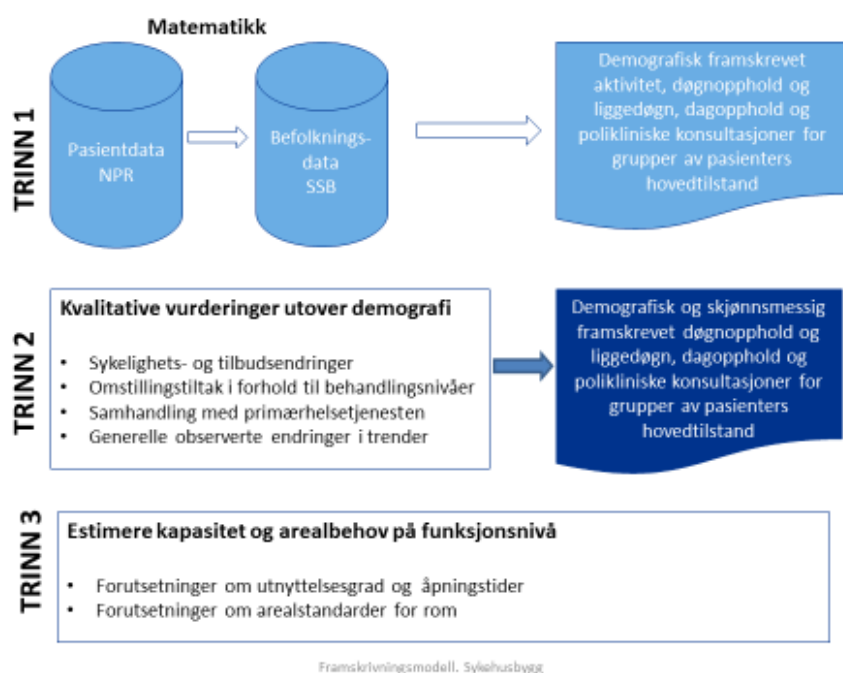
VEDLEGG 2 – Utviklingstrekk, framskrivinger og endringsfaktorer

12.8 Hensikten med vedlegget

Som nevnt i kapittel 1 i utviklingsplanen, er en utviklingsplan en plan som viser hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidens behov for helsetjenester. Hensikten med dette vedlegget er å gi en litt mer utfyllende informasjon om den framskrivingsmodellen som er beskrevet i kapittel 5 i selve utviklingsplanen, og til å illustrere hvordan den kan brukes i praksis til å simulere ulike utviklingsbaner for SiV.

12.9 Framskrivingsmodellen – prinsipper og praktisk bruk

Det er utviklet en modell for framskrivning av aktivitet som eies av RHF-ene og forvaltes av Sykehusbygg (SB). Alle helseforetakene skal bruke denne framskrivingsmodellen i forbindelse med sine utviklingsplaner. Modellen ble i sin tid utviklet av Kompetansenettverket for sykehusbygging i samarbeid med RHF-ene, Helsedirektoratet og SINTEF. Sykehusbygg har benyttet modellen i flere framskrivningsprosjekter for HF og RHF i de senere årene. I figur 1 gis en skisse over prinsippene i modellen. Det er denne modellen som ligger til grunn for de beregningene og vurderingene som er gjort i dette vedlegget. I tillegg er det lagt innen noen «egne» endringsfaktorer i punkt 1.5.



FIGUR 1. SKISSE OVER PRINSIPPENE I RHF-ENES MODELL FOR FRAMSKRIVING AV AKTIVITET

12.9.1 Demografisk framskrivning

Trinn 1 i arbeidet med modellen er en framskrivning av utgangsaktiviteten for det HF-et eller enheten som skal framskrives. Her benyttes data fra Norsk pasientregister (NPR). I trinn 1 kobles disse aktivitetsdataene med befolkningsdata framskrevet av Statistisk Sentralbyrå (SSB) (demografisk framskrivning). SSB publiserer befolkningsframskrivinger basert på ulike forutsetninger om vekst i fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring. Her benyttes SSB's befolkningsframskrivning med alternativ MMMM, dvs. *middels vekst* i fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring.

Aktiviteten ved et HF eller en enhet inndeles i ulike grupper avhengig av hvilke ICD-10 diagnosekoder som er registrert som hovedtilstand for oppholdet eller konsultasjonen. I somatisk sektor er det benyttet i overkant av 30 ulike grupper, mens det i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er benyttet i underkant av 20 grupper. Disse gruppene er vist i tabellene 1 og 2 nedenfor. Tre av gruppene i somatisk sektor er rene prosedyregrupper: Kjemoterapi, strålebehandling og dialyse. Grunnen til at man ønsker å framskrive aktiviteten på denne måten, er at man ønsker å frigjøre seg fra dagens organisering av den kliniske aktiviteten, da mye vil være endret framover i tid på dette området.

Aktiviteten framskrives så til ønsket tidspunkt med utgangspunkt i SSBs

befolkningsframskrivning. Her benyttes 1-årige aldersgrupper, separering av kjønn og bosted både i aktivitetsdata fra HF-et og i befolkningsdata. På denne måten blir framskrivningstallene i trinn 1 et speilbilde av dagens aktivitets sammensetning i et HF eller HF-ets bidrag til forbruksnivået i bostedsområdet. Forbruksratene for hver alder framskrives som i dag, men når alderssammensetningen endres framover i tid, endres også det gjennomsnittlige forbruket for pasientene. Dette skyldes at det er ulike forbruksrater avhengig av alder. Beregnet fremtidig aktivitet blir dermed påvirket både av endring i befolkningsvolum og alders- og kjønnssammensetning

12.9.2 Endringsfaktorene

I trinn 2 av analysen gjøres vurderinger utover de demografiske endringene som skjer. Her er det laget et sett av kvalitative faktorer/endringsfaktorer basert blant annet på vurderinger fra fagfolk og erfaringer fra gjennomførte prosjekter i helseforetakene. I somatisk sektor er det følgende faktorer som inngår i dagens versjon av modellen:

For somatikken er det lagt inn følgende 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. 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 diagnosegruppene som framskrives. I PHV og TSB er det ikke beregnet noen forskjell i effekt av faktorene mellom diagnosegruppene. Disse faktorene ble fastsatt i en tidlig fase av utviklingen av modellen. Som nevnt, ble vurderingene gjort av fagfolk i et utviklingsprosjekt i regi av SINTEF, bestilt av Helsedirektoratets kompetansenettverk for sykehusplanlegging. Faktorene har senere blitt gjennomgått på nytt i et stort framskrivningsprosjekt i Helse Sør-Øst. Faktorene er også endret noe gjennom erfaringer som er vunnet gjennom framskrivningsprosjekter som er utført de senere årene.

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 SiV har med planen.

12.9.3 Oversikt over diagnosegruppene i henholdsvis somatikken og PHV/TSB

ICD-10 grupper	Antall i 2015			
	Døgn-opphold	Liggedøgn døgnopphold	Dagopphold	Poliklinisk aktivitet
Sum alle	32 586	124 202	12 211	246 816
14 J00-J39 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	2 393	10 877	687	2854
30 Z50 Rehabilitering	1 393	10 794	0	17674
15 K00-K99 Sykdommer i fordøyelsessystemet	3 060	10 780	588	11460
2 C00-C99 Ondartede svulster	2 249	10 403	136	18222
12 Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	2 326	9 060	347	12335
1 A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	1 445	7 278	23	2058
21 O00-O99 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	2 369	7 253	219	6847
13 J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	1 108	6 214	16	4951
18 M15-M99 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	1 662	6 158	1 122	18820
5 E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/nefritter og di	1 822	6 126	46	22170
27 S70-S99 Skade i hofte og lår, underekstremiteter	922	4 567	65	3135
24 R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	2 232	4 455	77	14637
29 T00-T39, T66-T99 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsak	759	3 390	179	3117
10 I60-I69 og G459 Hjernekarssykdommer (hjerneslag) inkl TIA	696	3 115	0	626
22 P00-P99 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	236	2 897	1	381
7 G00-G99 eksklusive G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA	824	2 637	343	13823
3 D00-D48 Godartede svulster eller med usikre malignitetspotensial	861	2 525	420	4860
11 I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer	1 090	2 444	0	6166
31 Rest Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	892	2 443	557	34951
26 S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (eksl hofte/lår/underekstr)	960	2 329	333	5169
19 N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	990	2 066	367	4547
16 L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	330	1 479	56	1872
6 F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	388	1 122	0	2261
25 S00-S09 Hodeskader (commotio mm)	419	982	14	1412
4 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	232	826	0	1507
8 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	117	464	1 094	11351
20 N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	306	432	551	2114
17 M00-M14 Infeksiøse og inflammatoriske leddsykdommer	94	402	3	211
9 H60-H95 Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	110	220	357	8492
28 T40-T65 Intox	158	216	0	144
23 Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	68	121	56	2199
32 Z511,Z512 Kjemoterapi	68	113	0	6315
Mangler kode	7	14	0	135
34 Dialyse dagbehandling	0	0	4 554	0
33 Stråleterapi	0	0	0	0

Tabell 1 antall³ døgnopphold⁴, Antall liggedøgn, antall dagopphold⁵ og Antall polikliniske konsultasjoner⁶ i 2015. Somatikk. sortert etter antall liggedøgn

Tabell 2. antall døgnopphold. Antall liggedøgn antall dagopphold⁷ og Antall polikliniske konsultasjoner⁸ 2015. Sum PHV og TSB. Sortert etter antall liggedøgn.

ICD-10 grupper	Antall i 2015 - sum PHV (Voksne), PHV (barn og unge) og TSB			
	Døgnopphold	Liggedøgn døgnopphold	Dagopphold	Poliklinisk aktivitet
Sum alle	3747	61834	4	210811
2 F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	1543	26895	0	34199
3 F20,F21 F24-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	505	11410	2	13635
17 Hovedtilstand mangler/ugyldig kode	219	8283	0	35217
5 F30,F32-F39, Affektive lidelser stemningslidelser	330	3562	0	19267
6 F31 Bipolar affektiv lidelser	261	3466	1	7002
4 F22-F23 Paranoide og akutte psykoser	153	2107	1	2197
7 F40-F49 ekskl F43.1 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser ekskl PTSD	263	1543	0	20365
9 F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	52	1223	0	11545
1 F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	62	928	0	1951
10 F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	160	842	0	10605
16 Andre ICD-10 tilstander	41	678	0	8248
8 F43.1 PTSD	75	468	0	10258
11 F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i baren- og ungdomsalder	27	195	0	23816
14 F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	20	129	0	5228
15 Z-koder	24	73	0	6328
13 F70-F79 Psykisk utviklingshemming	11	32	0	344
12 F99 Uspesifisert psykisk lidelse	1	0	0	606

12.10 Gjennomgang av endringsfaktorene i modellen – somatikk

I dette punktet vil det bli gitt en kort beskrivelse av de endringsfaktorene som ligger i modellen. Dette for å få et grunnlag til å vurdere de tallmessige utslagene som er beskrevet/beregnet senere i dette kapitlet. Beskrivelsen nedenfor er basert på informasjonen sykehuset har fått fra Helse Sør-Øst vedrørende hva som legges inn i selve modellen⁹.

12.10.1 Epidemiologisk og medisinsk utvikling

Det forutsettes en prosentvis vekst i både antall opphold, liggedøgn, poliklinikk og dagbehandling som følge av epidemiologi og medisinsk utvikling. Det er bare forutsatt endringer for noen diagnosegrupper. Hvilke diagnosegrupper og forutsatt endring pr. år for framgår av neste tabell.

Effekten av denne endringsfaktoren for et veid gjennomsnitt innenfor somatikk er beregnet til å være 0,1% pr år for døgnopphold¹⁰ og 0,2 % for dagbehandling og poliklinikk.

³ Friske og litt syke nyfødte er holdt utenfor datagrunnlaget

⁴ Døgnopphold er alle opphold med minst 1 overnatting. Det er ikke sykehusopphold, men avdelingsopphold som er benyttet.

⁵ Dagopphold er dialyse og dagkirurgi

⁶ Polikliniske konsultasjoner består av alle vanlige konsultasjoner (900-DRG-ene) samt dagmedisinske opphold utover dialyse som for eksempel kjemoterapi (856-DRG-ene), endoskopier (700-DRG-ene), småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl kjemoterapi). I tillegg blir alle andre DRG-er med 0 dager i liggetid klassifisert som poliklinikk

⁷ Det er ikke kodet mange dagopphold slik at antall konsultasjoner inneholder også det som er av dagbehandling ved HF-et

⁸ Ambulante konsultasjoner er inkludert i aktiviteten

⁹ Modellberegningene er gjort av Sykehusbygg. På basis av resultatene her SiV selv beregnet gjennomsnittlig årlig effekt for somatikk samlet.

¹⁰ Likt for antall døgnopphold og antall liggedager.

Tabell 3. Epidemiologisk og medisinsk utvikling. Årlig endring . Diagnosegrupper med endring. Øvrige grupper ingen endring.

	Endring epidemiologi			
	Døgn	Liggedøgn	Dag	Pol
C00-C99 Ondartede svulster	0,6 %	0,6 %	0,8 %	0,6 %
Z511, Z512 Kjemoterapi	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %
Stråleterapi	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %
Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %
A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
E00-E90, Z49, N00-N19 Endokrine sykd, ernæringssykd metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/nefritter og dialyse	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %
G00-G99. Ekskl G45.9 Sykdommer i nervesystemet, ekskl TIA	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
I60-I69, G45.9 Hjernekar sykdommer (hjerneslag), inkl TIA	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
Dialyse dagbehandling	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %
M15-M99 Rest sykdommer i muskelskjelettsystemet	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %

Til grunn for disse vurderingene ligger blant annet en forventet økning i antall liggedager på 10 % 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.

12.10.2 Generell vekst (for polikliniske konsultasjoner)

For polikliniske konsultasjoner er det lagt til grunn en generell vekst på 1 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.

Effekten av denne endringsfaktoren er beregnet til å være 1% pr år for alle diagnosegrupper.

12.10.3 Samhandling med kommunene

Det forutsettes at aktivitetsveksten dempes gjennom endret oppgavefordeling eller andre samarbeidsformer mellom sykehus og kommune. Effekten varierer mellom de ulike diagnosegruppene slik det framgår av tabell 4.. For noen grupper antas det at enkelte innleggelse kan unngås i framtiden, mens for andre grupper vil bare liggetiden bli redusert.

Effekten av denne endringsfaktoren for et veid gjennomsnitt innenfor somatikk er beregnet til å være - 0,3% pr år for antall døgnopphold, - 0,5 % for antall liggedøgn og - 0,4 % polikliniske konsultasjoner. Det er ikke vurdert å bli noen endringer for dagopphold.

Tabell 4. Overføring til kommunen. årlig endring for sykehuset.

	Overføring til kommune			
	Døgn	Liggedøgn	Dag	pol
F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	-1,1 %	-1,1 %	0,0 %	-1,1 %
J00-J39 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	-1,1 %	-1,1 %	0,0 %	-1,1 %
Z50 Rehabilitering	-1,1 %	-1,1 %	0,0 %	-1,1 %
Rest Z, ekskl Z37 og Z50 Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	-1,1 %	-1,1 %	0,0 %	-0,3 %
J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	-1,1 %	-1,1 %	0,0 %	0,0 %
M00-M14 Infeksjøse og inflammatoriske leddsykdommer	0,0 %	-0,8 %	0,0 %	-0,8 %
A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	-0,3 %	-0,8 %	0,0 %	-0,6 %
D00-D48 Godartede svulster, in situ svulster	0,0 %	-0,8 %	0,0 %	-0,3 %
I60-I69, G45.9 Hjernekarssykdommer (hjerneslag), inkl TIA	0,0 %	-0,8 %	0,0 %	0,0 %
K00-K93 Sykdommer i fordøyelsessystemet	-0,6 %	-0,6 %	0,0 %	0,0 %
L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	-0,3 %	-0,3 %	0,0 %	-1,1 %
S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (ekskl hofte/lår/underekstr)	0,0 %	-0,3 %	0,0 %	-0,8 %
R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	-0,3 %	-0,3 %	0,0 %	-0,8 %
N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	0,0 %	-0,3 %	0,0 %	-0,6 %
G00-G99. Ekskl G45.9 Sykdommer i nervesystemet, ekskl TIA	-0,3 %	-0,3 %	0,0 %	-0,6 %
M15-M99 Rest sykdommer i muskelskjelettsystemet	-0,3 %	-0,3 %	0,0 %	-0,6 %
S70-S99 Skader i hofte og lår, underekstremiteter	-0,3 %	-0,3 %	0,0 %	-0,6 %
Rest S T Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	-0,3 %	-0,3 %	0,0 %	-0,6 %
C00-C99 Ondartede svulster	0,0 %	-0,3 %	0,0 %	-0,3 %
E00-E90, Z49, N00-N19 Endokrine sykd, ernæringssykd metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/nefritter og dialyse	0,0 %	-0,3 %	0,0 %	-0,3 %
H60-H95 Sykdommer i øre og ørebenskne	0,0 %	-0,3 %	0,0 %	-0,3 %
I20-I25 Ischemiske hjertesykdommer	0,0 %	-0,3 %	0,0 %	0,0 %
Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	-0,3 %	-0,3 %	0,0 %	0,0 %
T40-T65 Intox	0,0 %	0,0 %	0,0 %	-0,8 %
O00-O99, Z37 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	0,0 %	0,0 %	0,0 %	-0,6 %
D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	0,0 %	0,0 %	0,0 %	-0,3 %
N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	-0,3 %

Samhandlingsreformen vil fortsatt måtte være en pådriver for endring i pasientstrømmer der en del av de pasientene som i dag behandles i spesialisthelsetjenesten vil kunne bli behandlet hjemme, i institusjoner drevet av kommunene, eller i et samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Ved en overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjeneste til kommuner og ved desentrale tjenestetilbud må det forutsettes at det er mulig å ta i bruk gode IKT-systemer, der pasientdata kan hentes fram uavhengig av hvor tjenesten ytes. Dette gjelder både pasientens kjernejournal og data fra radiologi og laboratorietjenester.

I forbindelse med utviklingsarbeidet ved andre helseforetak er det lagt til grunn blant annet følgende effekter av samhandlingen med kommunene:

- En betydelig reduksjon av antall liggedager for *KOLS* pasienter.
- Redusert antall innleggelser av pasienter som trenger langtids, intravenøs antibiotikabehandling
- Redusert antall liggedager for pasienter som er innlagt i somatiske avdelinger med psykisk sykdom, da disse kan behandles i kommunene
- Overført en del av den rehabiliteringen som i dag skjer i spesialisthelsetjenesten enten til pasientens eget hjem eller til kommunal rehabilitering
- En stor andel av diabetes 2-pasientene følges i dag opp i kommunene. Det forutsettes at denne trenden vil fortsette ytterligere, der en stor andel av polikliniske kontroller for endokrine sykdommer kan overføres til kommunene/primærhelsetjenesten

12.10.4 Overføring til pasienthotell

Det forutsettes at en prosentandel av liggedøgnene kan overføres fra ordinær seng til pasienthotell for noen diagnosegrupper. Hvilke diagnosegrupper og forutsatt endring pr. år framgår av neste tabell.

Effekten av denne endringsfaktoren for et veid gjennomsnitt innenfor somatikk er beregnet til å være - 0,3% pr år for liggedøgn.

Tabell 5 Overføring pasienthotell Årlig endring. Diagnosegrupper med endring. Øvrige grupper ingen endring.

	Overføring pasienthotell	
	Døgn	Liggedøgn
O00-O99, Z37 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	0,0 %	-2,2 %
H60-H95 Sykdommer i øre og ørebensknute	0,0 %	-1,1 %
N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	0,0 %	-1,1 %
N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	0,0 %	-1,1 %
D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	0,0 %	-0,6 %
G00-G99. Ekskl G45.9 Sykdommer i nervesystemet, ekskl TIA	0,0 %	-0,6 %
H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	0,0 %	-0,6 %
J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	-0,6 %	-0,6 %
K00-K93 Sykdommer i fordøyelsessystemet	0,0 %	-0,6 %
L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	0,0 %	-0,6 %
Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	0,0 %	-0,6 %
Z50 Rehabilitering	0,0 %	-0,6 %
C00-C99 Ondartede svulster	0,0 %	-0,3 %
Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	0,0 %	-0,3 %
M00-M14 Infeksiøse og inflammatoriske leddsykdommer	0,0 %	-0,3 %
M15-M99 Rest sykdommer i muskelskjelettsystemet	0,0 %	-0,3 %
Z511, Z512 Kjemoterapi	0,0 %	-0,3 %
Stråleterapi	0,0 %	-0,3 %

Dersom bruk av pasienthotell er inkludert i datagrunnlaget for framskrivningen blir framskrivningen nye døgn i pasienthotell.

Føde/barsel har tradisjonelt vært de som har hatt det største potensialet for å ta i bruk pasienthotellplasser. Det gjelder diagnosegruppe Z og O knyttet til føde/barsel. I tillegg gjelder det pasienter med kreft. Generelt øker pasienthotell mulighetene for dagbehandling.

Samtidig er reiseavstandene i Vestfold så vidt korte at potensialet her kanskje ikke er så stort?

12.10.5 Omstilling fra døgn til dag/poliklinikk

Det antas at omlegging fra døgn- til dagbehandling fortsetter i tiden framover. Det forutsettes at andelen døgnopphold som overføres til dagopphold varierer mellom diagnosegruppene. Hvilke diagnosegrupper og forutsatt endring pr. år framgår av tabell 6.

Effekten av denne endringsfaktoren for et veid gjennomsnitt innenfor somatikk er beregnet til å være - 0,4% pr år for antall liggedøgn og antall døgnopphold.

Tabell 6. Overføring fra døgnopphold til poliklinikk/dagbehandling Årlig endring. Diagnosegrupper med endring. Øvrige grupper ingen endring.

	Overføring til dag/pol
	Døgn
N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	-2,8 %
N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	-2,8 %
R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	-2,8 %
H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	-1,1 %
H60-H95 Sykdommer i øre og ørebensknute	-1,1 %
L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	-1,1 %
Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	-1,1 %
Z50 Rehabilitering	-1,1 %
F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	-0,8 %
M00-M14 Infeksiøse og inflammatoriske leddsykdommer	-0,8 %
D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	-0,6 %
G00-G99. Ekskl G45.9 Sykdommer i nervesystemet, ekskl TIA	-0,6 %
Rest Z, ekskl Z37 og Z50 Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	-0,6 %
Z511, Z512 Kjemoterapi	-0,6 %
Stråleterapi	-0,6 %
A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	-0,3 %
C00-C99 Ondartede svulster	-0,3 %
D00-D48 Godartede svulster, in situ svulster	-0,3 %
E00-E90, Z49, N00-N19 Endokrine sykd, ernæringssykd metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/nyfritter og dialyse	-0,3 %
I20-I25 Ischemiske hjertesykdommer	-0,3 %
J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	-0,3 %
K00-K93 Sykdommer i fordøyelsessystemet	-0,3 %
M15-M99 Rest sykdommer i muskelskjelettsystemet	-0,3 %
S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (ekskl hoftelår/underkstr)	-0,3 %
Dialyse dagbehandling	-0,3 %
Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	-0,1 %

Oppholdene fordeles i kirurgiske og ikke-kirurgiske opphold før beregning av antall som skal overføres. Kirurgiske opphold blir dagkirurgi og ikke-kirurgiske opphold blir poliklinikk, inkludert noe dagmedisin.

Effekten av denne endringsfaktoren for et veid gjennomsnitt innenfor somatikk er beregnet til å være 0,3% økning pr år for dagbehandling og 0,1% økning for poliklinikk.

Selv om det lenge har funnet sted en overgang til dagbehandling ved SiV, er det fortsatt grunn til å anta at man med nye behandlingsmåter kan forvente en ytterligere overgang på dette området (kreftbehandling, øyeblikkelig hjelp, rask tilgang til diagnostikk).

12.10.6 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 % av oppholdene, da det antas at en del av oppholdene ikke er aktuelle i utgangspunktet.

Hvilke diagnosegrupper og forutsatt endring pr. år framgår av tabell 7.

Effekten av denne endringsfaktoren for et veid gjennomsnitt innenfor somatikk er beregnet til å være - 0,2% pr år for liggedøgn.

Tabell 7. Overføring til observasjonseenhet. Årlig endring. Diagnosegrupper med endring. Øvrige grupper ingen endring.

	Overføring til observasjonseenhet
	Døgn
T40-T65 Intox	-2,8 %
R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	-1,4 %
G00-G99. Ekskl G45.9 Sykdommer i nervesystemet, ekskl TIA	-1,1 %
A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	-1,1 %
Rest Z, ekskl Z37 og Z50 Faktorer som har betydning for helsestilstand og kontakt med helsetjenesten	-1,1 %
S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (ekskl hofte/lår/underekstr)	-1,1 %
J00-J39 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	-1,1 %
S00-S09 Hodeskader (commotio mm)	-1,1 %
Rest S T Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	-1,1 %
I20-I25 Ischemiske hjertesykdommer	-0,8 %
F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	-0,6 %
J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	-0,6 %
K00-K93 Sykdommer i fordøyelsessystemet	-0,6 %
D00-D48 Godartede svulster, in situ svulster	-0,3 %
E00-E90, Z49, N00-N19 Endokrine sykd, ernæringssykd metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/nefritter og dialyse	-0,3 %
M15-M99 Rest sykdommer i muskelskjelettsystemet	-0,3 %
Dialyse dagbehandling	-0,3 %
Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	-0,3 %
I60-I69, G45.9 Hjernekar sykdommer (hjerneslag), inkl TIA	-0,3 %
S70-S99 Skader i hofte og lår, underekstremiteter	-0,3 %

12.10.7 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. Det legges til grunn at potensialet vil variere mellom diagnosegruppene slik det framgår av tabell 8.

Effekten av denne endringsfaktoren er beregnet til å være i gjennomsnitt 0,5% pr. år for somatikk.

Tabell 8. intern effektivisering. Årlig endring liggedøgn.

	Intern effektivisering
	Liggedøgn
H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	-0,8 %
H60-H95 Sykdommer i øre og ørebensknute	-0,8 %
M15-M99 Rest sykdommer i muskelskjelettsystemet	-0,8 %
N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	-0,8 %
N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	-0,8 %
S70-S99 Skader i hofte og lår, underkstremiteter	-0,6 %
A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	-0,4 %
C00-C99 Ondartede svulster	-0,4 %
D00-D48 Godartede svulster, in situ svulster	-0,4 %
D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	-0,4 %
Dialyse dagbehandling	-0,4 %
E00-E90, Z49, N00-N19 Endokrine sykd, ernæringssykd metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/nefritter og dialyse	-0,4 %
F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	-0,4 %
G00-G99. Ekskl G45.9 Sykdommer i nervesystemet, ekskl TIA	-0,4 %
I20-I25 Ischemiske hjertesykdommer	-0,4 %
I60-I69, G45.9 Hjernekar sykdommer (hjerneslag), inkl TIA	-0,4 %
J00-J39 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	-0,4 %
J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	-0,4 %
K00-K93 Sykdommer i fordøyelsessystemet	-0,4 %
L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	-0,4 %
M00-M14 Infeksiøse og inflammatoriske leddsykdommer	-0,4 %
O00-O99, Z37 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	-0,4 %
P00-P99 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	-0,4 %
Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	-0,4 %
R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	-0,4 %
Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	-0,4 %
Rest S T Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	-0,4 %
Rest Z, ekskl Z37 og Z50 Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	-0,4 %
S00-S09 Hodeskader (commotio mm)	-0,4 %
S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (ekskl hofte/lår/underkstr)	-0,4 %
Stråleterapi	-0,4 %
T40-T65 Intox	-0,4 %
Z50 Rehabilitering	-0,4 %
Z511, Z512 Kjemoterapi	-0,4 %
Somatikk (gj. snitt)	-0,6 %

Arbeidet med å optimalisere pasientforløp og et løpende trykk på bedre logistikk, forutsettes å være viktige bidrag til fortsatt reduserte liggetider. Det vil omfatte input (akuttmottak og prehospitaltjenester med tidlig diagnostikk og behandling, herunder diagnostikk i ambulanser), throughput (fast track for en del forløp, god kommunikasjon, fokus på kvalitet og rask tilgang på diagnostikk og beslutningskompetanse) og output (gode utskrivingsprosedyrer, tett samhandling med primærhelsetjenesten) osv.

12.10.8 Samlet oversikt over effektene av endringsfaktorene for somatisk sektor

I tabell 8 gis en samlet oversikt av de årlige effektene¹¹ av de ulike endringsfaktorene for et veid gjennomsnitt. Tabellen viser også en oppsummeringen av effektene – samlet sett:

- Overføring til pasienthotell, dagkirurgi/ poliklinikk og observasjonspost samt intern effektivisering er summert sammen til intern omstilling

¹¹ Som er multiplikative

- Den generelle vekstfaktoren for poliklinikk er «innlemmet i» epidemiologisk og medisinsk utvikling.

Tabell 9 Årlig endring for SiV. Andre endringsfaktorer enn demografi. Veid gjennomsnitt for somatikk.

	Epidemiologisk og medisinsk utvikling			Samhandling med kommunene	Intern omstilling					Alle endringsfaktorene samlet eks. demografi
	Endring epidemiologi	Genvekstfaktor (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 døg	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 akt	0,2 %	1,0 %	1,2 %	-0,4 %		0,1 %			0,1 %	0,8 %

Det beskrives nærmere hvordan disse endringsfaktorene kan slå ut for SiVs del i punkt 1.7., men det framgår at *effektene over tid kan være ganske betydelige*. Med effekter menes altså sammenlikninger av utviklingsbaner basert på ren demografisk endring og utviklingsbaner basert på ulike typer endringsfaktorer/drivere for endring.

12.11 Gjennomgang av endringsfaktorene i modellen – PHV og TSB

I dette avsnittet vil det bli gitt en tilsvarende beskrivelse av de endringsfaktorene som ligger i modellen for PHV og TSB. Som nevnt i innledningen til kapitlet, er utviklingen for PHV-BU vurdert til å være den samme for PHV-Voksne og TSB. Som det framgår, er det langt færre endringsfaktorer for disse fagområdene. Det er heller ikke lagt inn ulike effekter for ulike pasientgrupper, slik som for somatikken.

12.11.1 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.

Effekten av denne endringsfaktoren er beregnet til å være en årlig økning på 0,6% for antall døgnopphold og liggedøgn og 1,7% for polikliniske konsultasjoner og dagopphold.

12.11.2 Samhandling med kommunene

Det forutsettes at aktivitetsveksten 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 – noe som sikkert kan diskuteres.

Effekten av denne endringsfaktoren er beregnet til å være en årlig reduksjon på 0,8% for liggedøgn og 0,3% for polikliniske konsultasjoner og dagopphold. Ingen endring i antall døgnopphold

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 var

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 antakelig 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 ikke minst for å støtte opp under kommunenes og fastlegenes arbeid med de pasientene som i større grad vil bli tatt hånd om i primærhelsetjenesten. En slik omlegging må skje gradvis, og i nært samarbeid med brukerorganisasjoner og kommuner/fastleger.

1.1.1. Reduksjon i oppholdstider

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

Effekten av denne endringsfaktoren er beregnet til å være en årlig reduksjon på 0,8% for liggedøgn

1.1.2. Samlet oversikt over effektene av endringsfaktorene for PHV og TSB

I tabell 9 gis en samlet oversikt av de årlige effektene av de ulike endringsfaktorene – lik for alle diagnosegrupper.

Tabell 10. Årlig endring for SiV. Andre endringsfaktorer enn demografi. Likt for alle diagnosegrupper. PHV og TSB.

	Epidemiologisk og medisinsk utvikling (Tilbud og etterspørsel)	Samhandling	Intern omstilling (Reduksjon i oppholdstider)	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 %

Også for fagområdene PHV og TSB framgår altså at de ulike endringsfaktorene vil endre den 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 nødvendighetene av å lage egne oversikter for henholdsvis somatikk og PHV/TSB.

12.12 Endringsfaktorer utover modellen

De endringsfaktorene som er beskrevet i punktene 1.2. – 1.4., er basert på den framskrivingsmodellen som er laget av RHF ene og Sykehusbygg. I dette punktet vil det bli gitt en kort beskrivelse av noen ytterligere endringsfaktorer som sykehuset mener bør hensyntas når vi skal legge grunnlaget for SiVs utviklingsplan og forberede sykehuset så målrettet og proaktivt som mulig på framtidens muligheter og utfordringer.

I motsetning til endringsfaktorene i framskrivingsmodellen er det ikke satt noen «tallmessig verdi» på disse faktorene. De kan imidlertid være like viktige å beskrive av den grunn.

12.12.1 Oppgavedeling mellom sykehus og mellom offentlige og private aktører

SiV har i dag en ganske høy egendekningsgrad 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 funksjonsfordeling mellom SiV/allsidige akutt sykehus og universitetssykehusene. Her kan det skje endringer på flere måter og i flere retninger:

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

I tillegg til oppgavedeling innen den offentlige spesialisthelsetjenesten, kan det skje en videre utvikling av private leverandører av spesialisthelsetjenester (se mer om dette i kapittel 7 – punkt 7.6.). Hvordan dette vil utvikle seg, vet man selvsagt mindre om, men det er all grunn til å ha en høy bevissthet om – og beredskap i forhold til – denne problemstillingen. En viktig problemstilling er hvorvidt SiV skal forholde seg «passiv/reaktiv» i forhold til private leverandører, eller hvorvidt sykehuset skal innta en aktiv konkurransestrategi, alternativt et målrettet samarbeid med noen av disse aktørene.

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

12.12.2 Tilbuds- og etterspørselspress

Det er vel dokumentert at aktivitet og kostnader i spesialisthelsetjenesten øker parallelt med økningen i BNP. En prognose for BNP gir en ramme for den forventede aktiviteten i 2030/2035. Forbruket av helsetjenester er i stor grad tilbudsdrivet. Nye tilbud innen diagnostikk og behandling øker forbruket. 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 og 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 derfor stor usikkerhet med hensyn til prognoser for den økonomiske utviklingen og fordeling av rammene 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, dagopphold, radiologi og laboratorier. Dette kan gi en økning i etterspørselen etter polikliniske konsultasjoner og dagopphold som kan bli ganske betydelig.

Økt tilfang av private tjenesteytere med nye tilbud kan både øke forbruket av helsetjenester og antall pasienter som henvises til sykehuset. Omfanget av dette er selvsagt også usikkert.

12.12.3 Organisasjon og kompetanse som endringsdrivere

Også 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 også 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. Kompetanse vil forvitte/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 (antakelig også yrkesgrupper som ikke eksisterer i dag).

12.12.4 Teknologisk utvikling

Den digitale revolusjonen innenfor helsevesenet er bare i sin spede begynnelse. Utviklingen framover 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 vil innrette seg. Utviklingen av sensorteknologi, "Big Data" og "Internet of Things" gjør det mulig for pasienter i stor grad 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. Det vil

selvsagt fortsatt være behov for sykehus i overskuelig fremtid, men nye organisasjons- og driftsmodeller må utvikles. For mer om dette vises til kapittel 7 i utviklingsplanen.

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 imidlertid vanskelig å anslå hvor stor denne effekten vil være «i form av tall».

Dette er noen områder hvor vi antakelig vil komme til å se betydelige effekter av en stadig raskere teknologisk utvikling:

- Felles tilgang til medisinske data – på tvers av organisatoriske enheter og forvaltningsnivåer
- Fjernmonitorering av pasienter i eget hjem; for eksempel «smarte kropper» med sensorer som måler helsetilstanden og gir «beskjeder og råd» direkte via applikasjoner på smarttelefoner
- Økt hjemmebehandling av pasienter (spesialisthelsetjenester)
- Bedre oppfølging av intensjonene med samhandlingsreformen; mer integrerte samarbeidsmodeller og bedre oppfølging av pasienter fra sykehuset etter utskrivning
- Bedre klinisk beslutningsstøtte (informasjon i sann tid og på mobile plattformer)
- Økt bruk av mini-invasive teknikker

12.12.5 Forventninger til egendeltakelse og medvirkning fra pasienter og brukere

Rollen som pasient og bruker vil gjennomgå store endringer i årene framover. 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 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 ved det lokale helseforetaket, eller måten de blir møtt på der.

Globale plattformer (helse on line) 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 for pasienter med kroniske lidelser.

12.13 Vestfold i et landsperspektiv – noen overordnede sammenlikninger¹²

I avsnitt 1.3 - 1.5. er det beskrevet noen viktige endringsfaktorer som vil kunne bidra til å endre den utviklingsbanen for etterspørsel etter spesialisthelsetjenester fra SiV som vi får basert på en ren demografisk framskrivning. Det potensialet som ligger i disse endringsfaktorene, kan variere noe fra helseforetak til helseforetak. Før det gjøres en vurdering av disse faktorene for SiVs del, kan det derfor være nyttig å se nærmere på situasjonen ved SiV sammenliknet med andre helseforetak på noen viktige områder. Dette er gjort i punktene 1.6.1. – 1.6.6 nedenfor.

12.13.1 Forbruksrater

Befolkningen i Vestfold har et spesialisthelsetjenesteforbruk som er tilnærmet lik gjennomsnittet i Helse Sør-Øst for somatikk (justert for behovsindeks) målt både i forhold til antall døgnopphold og konsultasjoner pr 1 000 innbyggere. Aldersgruppen 70 år og eldre utgjør ved SiV en fjerdedel av pasientene og en tredjedel av kontaktene gjennom et år. I gjennomsnitt er hver pasient i somatikken i kontakt med sykehuset 3,4 ganger i året (288 000 kontakter og 81 200 pasienter). Det er aldersgruppen 70 - 74 år som utgjør flest - både i antall pasienter og i antall kontakter, mens det er gruppen 75 – 79 år som har flest kontakter pr pasient.

For psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er Vestfoldbefolkningens forbruk av tjenester over gjennomsnittet både for PHV og TSB når man ser på antall kontakter, men under gjennomsnittet dersom man ser på unike pasienter pr 1000 innbygger. Innenfor psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er forbruket pr. innbygger høyest for innbyggere under 40 år og deretter avtagende etter alder.

Ulikheten i forbruksrater etter alder mellom somatikk og PHV/ TSB gjør at en framskrivning basert på konstante rater, med klart større relativ økning i eldrebefolkningen, vil gi klart større vekst innenfor somatikk enn PHV/ TSB; jfr. avsnitt 1.7.1.og 1.8.1.

12.13.2 Andel egenproduksjon

Vel 82 % av alle kontakter Vestfoldbefolkningen har med den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten, skjer ved SiV (75 % av DRG-poeng og 80 % av alle liggedøgn).

Sammenliknet med andre HF ligger SiV klart høyere enn Vestre Viken (76 %), noe lavere enn Innlandet og Telemark (inkl. Betanien) (ca .85 %) og mye lavere enn Sørlandet med 92 %.

Også for PHV og TSB er SiV største tjenesteleverandør til Vestfoldbefolkningen. Snaue 98 % av alle barn- og ungdomspsykiatriske kontakter for barn og unge fra Vestfold skjer ved SiV. For voksne er tilsvarende tall snaue 95 %. Også for TSB er aktiviteten i all hovedsak ved SiV (94,3 %)

12.13.3 Omfanget av gjestepasienter ved SiV.

SiV leverer i hovedsak spesialisthelsetjenester til innbyggerne i eget fylke.

¹² Med unntak av omfang av gjestepasienter samt senger og liggetid somatikk – i hovedsak gjentatt fra kapittel 3.

Somatikk

Tabell 10 viser at andelen gjestepasienter innenfor somatikk - målt i DRG-poeng - i 2016 var 8 % totalt, ca. 9 % for døgnopphold og noe lavere for polikliniske tjenester.

Tabell 10. Antall Drg – poeng 2016. Fordelt på personer bosatt i og uten SiVS nedslagsfelt. Somatikk

Antall DRG- poeng 2016	Opphold ved SiV			
	Alle	Fra SiVs opptaksområde	Utenfor SiVs opptaksområde	Andel utenfor SiVs opptaksområde
Poliklinisk konsultasjoner	8568	7970	598	7,0 %
Dagbehandling	4707	4500	207	4,4 %
Døgnopphold	42238	38539	3699	8,8 %
Totalt	55513	51009	4504	8,1 %

Volumet av gjestepasienter er stort innenfor områder der SiV har fått tildelt spesielle oppgaver (som SSO) eller har et definert større opptaksområde (fysikalsk medisin og rehabilitering der 44 % er utenfor SiVs opptaksområde) og karkirurgi (34 % utenfor Vestfold)).

PHV/ TSB

Tabell 11. viser at ca. 2,5 % av den polikliniske og drøyt 5 % av den døgnbaserte aktiviteten ved SiV innenfor PHV/TSB gjaldt pasienter bosatt utenfor SiVs opptaksområde.

Tabell 11. Aktivitet fordelt på personer bosatt i og uten SiVS nedslagsfelt. Sum PHV/TSB. Tall for 2017 pr. november

Behandling	Enhet	Alle	Fra SiVs opptaksområde	Utenfor SiVs opptaksområde	Andel utenfor SiVs opptaksområde
Poliklinisk behandling (eksklusiv Raskere Tilbake PHV)	Konsultasjoner (SHO) (per november 2017)	122 941	119 689	3 252	2,6 %
Døgnopphold	Liggedøgn (per november 2017)	44 428	41 894	2 534	5,7 %

Andelen gjestepasienter (GP) innenfor polikliniske konsultasjoner er like store for VOP (2,7 %), TSB (2,6 %) og BUP (2,6 %).

Døgnoppholdene utenfor SiV gjelder nesten utelukkende VOP og TSB.

- VOP har 994 GP-døgn av totalt 28.560, tilsvarende 3,5 %
- TSB har 1536 GP-døgn av totalt 14.574, tilsvarende 10,5 %
- BUP har 4 GP-døgn av totalt 1.165, tilsvarende 0,3 %

12.13.4 Offentlig vs. privat produksjon

Somatikk

Vestfoldbefolkningens nest største leverandør av somatiske spesialisthelsetjenester for døgnopphold er OUS med 9,5 % av alle kontakter (16,5 % av DRG-poengene og 11,1 % av alle liggedøgn). Deretter følger Sykehuset Telemark (2,8 % av alle kontakter), Betanien Hospital Skien (1,4 % av alle kontakter) og Vestre Viken (1,4 % av alle kontakter). Private sykehus står kun for 0,6 % av alle somatiske spesialisthelsetjenestekontakter til Vestfoldbefolkningen.

I tillegg til denne institusjonsbaserte aktiviteten er det en omfattende bruk av avtalespesialister. 26 % av alle somatiske, polikliniske kontakter Vestfoldbefolkningen hadde i 2016, ble utført hos avtalespesialister (gjennomsnittet for landet er 25 %). Øyefaget er desidert størst når det gjelder bruk av private avtalespesialister, og i Vestfold er rundt 56 % av alle konsultasjoner innenfor øyefaget gjennomført hos avtalespesialister.

PHV/ TSB

Den institusjonsbaserte aktiviteten innenfor PHV/ TSB foregår også nesten utelukkende i offentlige sykehus. Innenfor TSB er Blå kors og Tyrilistiftelsen størst utenom SiV med vel 1 % hver. Innenfor Barne- og ungdomspsykiatrien er OUS nest størst med drøyt 1 %. For Voksne er tilsvarende tall 2 % ved OUS og 1 % ved Modumbad.

Det er omfattende bruk av avtalespesialister innenfor PHV. 27 % av alle polikliniske kontakter ble utført hos avtalespesialister (gjennomsnittet for landet er 26 %). Her er det store forskjeller i forbruksratene innenfor PHV både mellom regionene, internt i regionene og når det gjelder bruken av avtalespesialister.

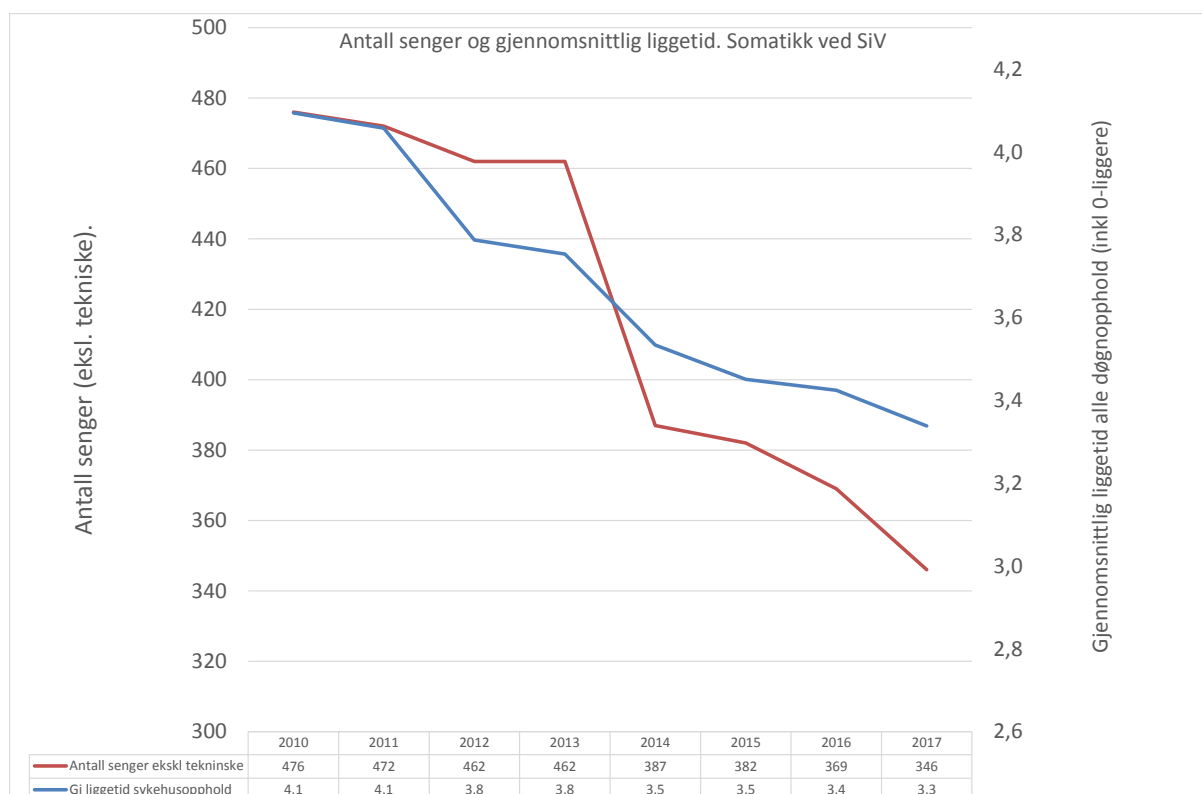
12.13.5 Andelen døgnbehandling

Innenfor somatikken er forbruket de siste årene vridd over mot dag- og poliklinisk behandling. For eksempel har antall polikliniske konsultasjoner pr 1 000 innbyggere i Vestfoldbefolkningen økt med 11 % mellom 2011 og 2016, mens tilsvarende tall for døgnopphold er redusert med 2,5 %. Når det gjelder dagkirurgi har SiV hatt en lavere andel enn landsgjennomsnittet. Dette er endret gjennom de siste par årene, og andelen er nå over gjennomsnittet. Det er likevel en del inngrep der SiV fremdeles har en konservative profil vedrørende overgangen fra døgn- til dagbehandling.

For PHV og TSB har forbruket i flere år vært mer rettet mot poliklinisk behandling snarere enn mot døgnbehandling.

12.13.6 Senger og liggetid somatikk

Liggetiden blir stadig kortere og antall senger innenfor somatikk går nedover. Fra figur 2. ser vi blant annet at nedgangen i liggetid er relativt jevn, mens nedgangen i antall senger foregår mer stegvis.



Figur 2. Antall senger (ekskl. tekniske) og gjennomsnittlig liggetid sykehusopphold (alle døgnopphold). 2010 -2017.

Gjennomsnittlig liggetid innenfor somatikk er i dag¹³ på nivå med sammenliknbare sykehus innenfor Helse- Sørøst.

12.13.7 Kort oppsummering

Oversikten ovenfor viser at SiV ikke skiller seg vesentlig ut fra andre helseforetak på områder som forbruksrater, egendekningsgrader, liggetider, andelen dagkirurgi/dagbehandlinger osv. Dette oversiktsbildet gjør det naturlig å anta at SiV har noenlunde samme mulighet som andre helseforetak når det gjelder å utnytte/dra nytte av de endringsfaktorene som er beskrevet i modellen fra Sykehusbygg, og at potensialet for å skape andre utviklingsbaner enn de som ligger i en ren befolkningsframskriving derfor må antas å være ganske godt.

¹³ Ca. 3,8 døgn ekskl. 0-dagsliggere, som er 0,5 døgn høyere enn tallet i figuren som inkluderer pasienter registrert med døgnopphold som ikke overnatter. Nevnes fordi det er nivå ekskl. 0-dagsliggere som er sammenliknet med andre sykehus.

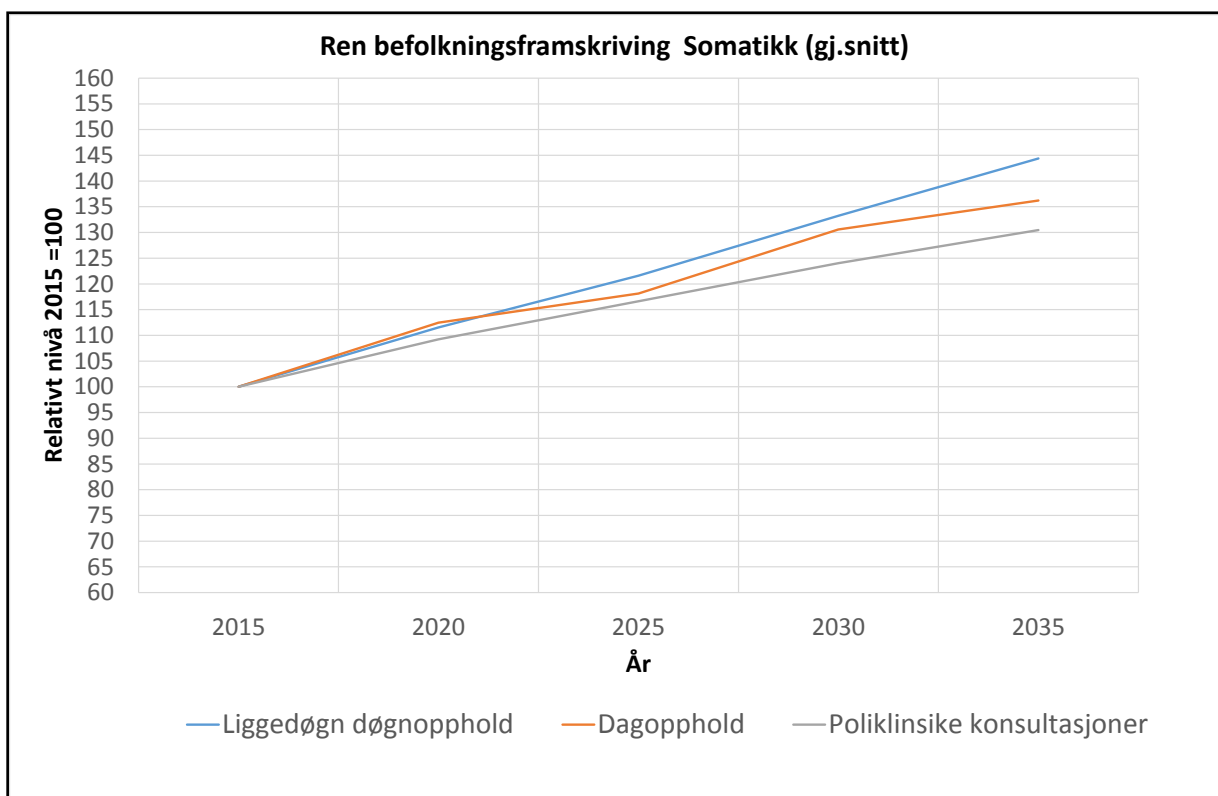
12.14 Utviklingsbaner basert på ulike forutsetninger - somatikk

Med utgangspunkt i den modellen og de endringsfaktorene som er beskrevet ovenfor (de endringsfaktorene som ligger i modellen fra Sykehusbygg), vil det i dette punktet bli gitt en beskrivelse av noen utviklingsbaner som viser det framtidige behovet for/etterspørselen etter spesialisthelsetjenester i Vestfold innenfor somatikk.

Det gjøres ved å beskrive den relative utviklingen for et veid gjennomsnitt¹⁴ fra 2015 til 2035 der 2015 = 100. De absolutte tallene for basisåret 2015¹⁵ finnes i avsnitt 1.2.3.

12.14.1 Utvikling basert på ren befolkningsframskriving

Endring i antall innbyggere og alderssammensetningen i befolkningen gir en økning i både antall liggedager, dagopphold og polikliniske konsultasjoner. Utviklingen vises i neste figur.



Figur 3. Utvikling basert på ren befolkningsframskriving. Veiet gjennomsnitt somatikk.

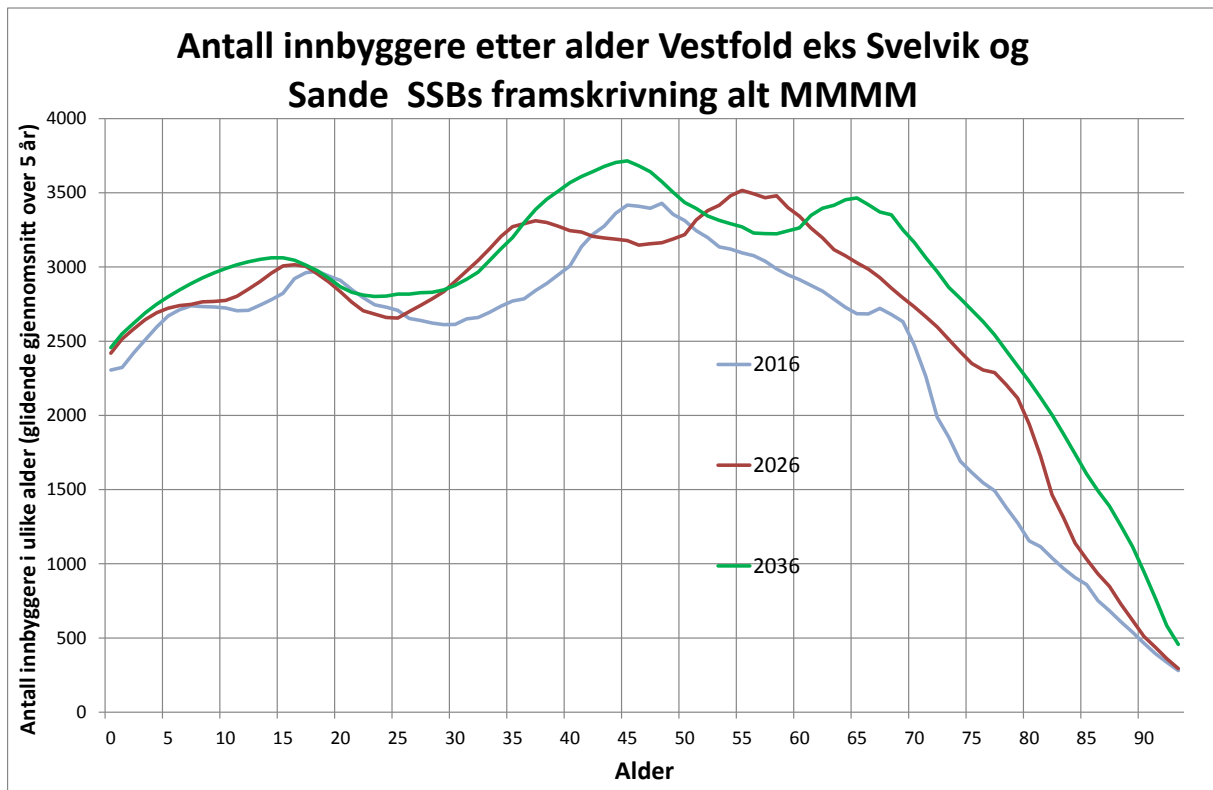
Av figuren framgår blant annet at en ren befolkningsframskriving vil føre til at antall liggedøgn blir økt til drøyt 120 % av 2015- nivået i 2025 og videre opp til knapt 145 % i 2035.

¹⁴ Sykehusbyggs beregninger levert desember 2017 ligger til grunn utviklingsbanene.

¹⁵ I leveransene fra Sykehusbygg framgår ikke tall for antall døgnoophold knyttet til hver utviklingsbane/ år. Derfor bare den relative utviklingen for liggedøgn, dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

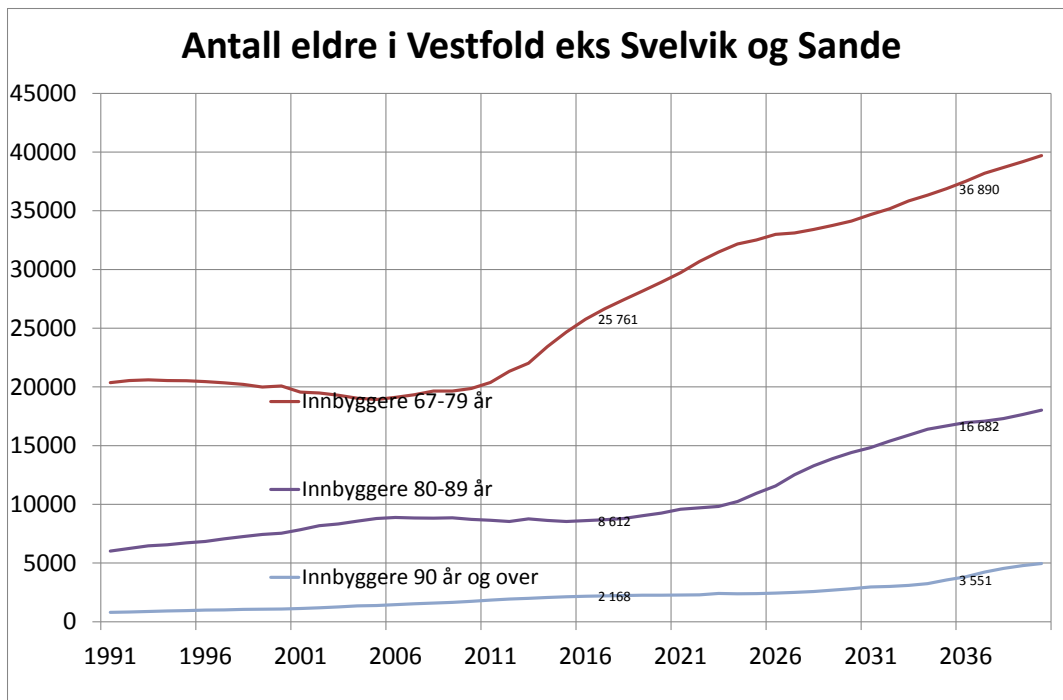
Dette innebærer en økning i antall liggedøgn på ca. 26 000 i 2025 og ca. 55 000 i 2035 basert på en ren demografisk framskrivning. Forutsatt 85 % belegg tilsvarer dette en økning på ca. 85 senger i 2025 og knapt 180 flere senger i 2035.

Av figuren framgår videre at økningen er noe høyere for liggedøgn enn for poliklinisk aktivitet. Dette skyldes ulike forbruksrater etter alder. Høyere andel eldre jfr. figurene 4. og 5. – som i større grad blir innlagt – er årsaken til større økning av døgnopphold.



Figur 4. Antall innbyggere etter alder. 2016, 2026 og 2036. Sivs nedslagsfelt

Mer konkrete tall for endring av eldrebefolkningen vises i figuren nedenfor

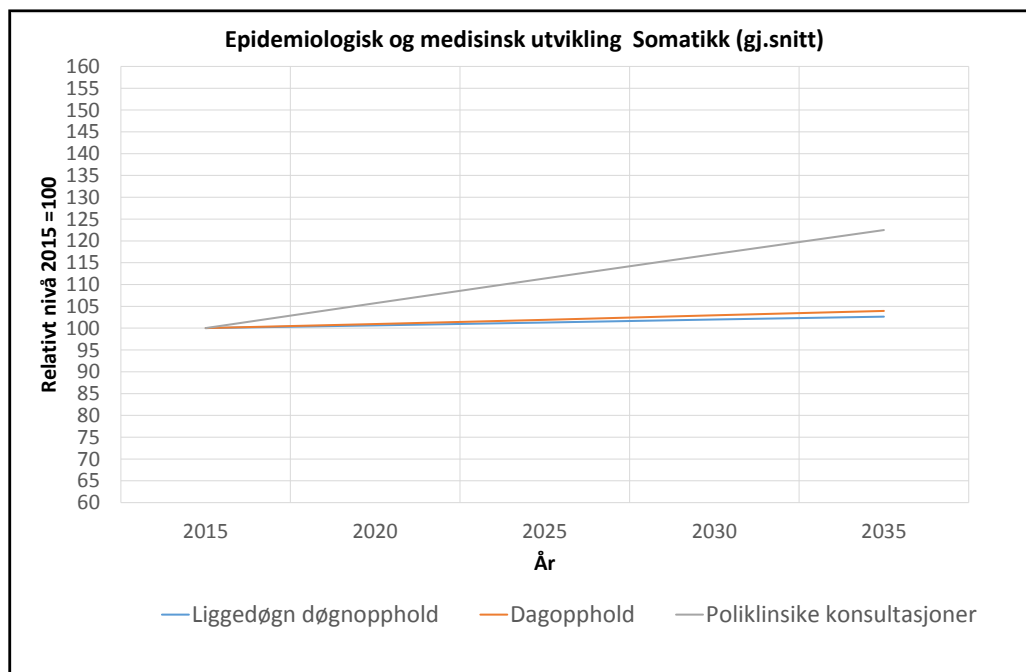


Figur 5. Antall eldre over tid. Angitte tall er for 2016 og 2035

12.14.2 Utvikling basert på epidemiologisk og medisinsk framskriving

I punktene 1.3.1. og 1.3.2. er det gitt en beskrivelse av de endringsfaktorene som er kalt "Epidemiologisk og medisinsk utvikling" og "Generell vekst (polikliniske konsultasjoner)". Effekten av disse endringsfaktorene for et veid gjennomsnitt innenfor somatikk er beregnet til å være 0,1 % pr år når det gjelder liggedager for døgnopphold, 0,2 % for dagbehandling og 1,2 % poliklinikk.

Figuren under viser hvordan denne effekten akkumulerer seg over tid.



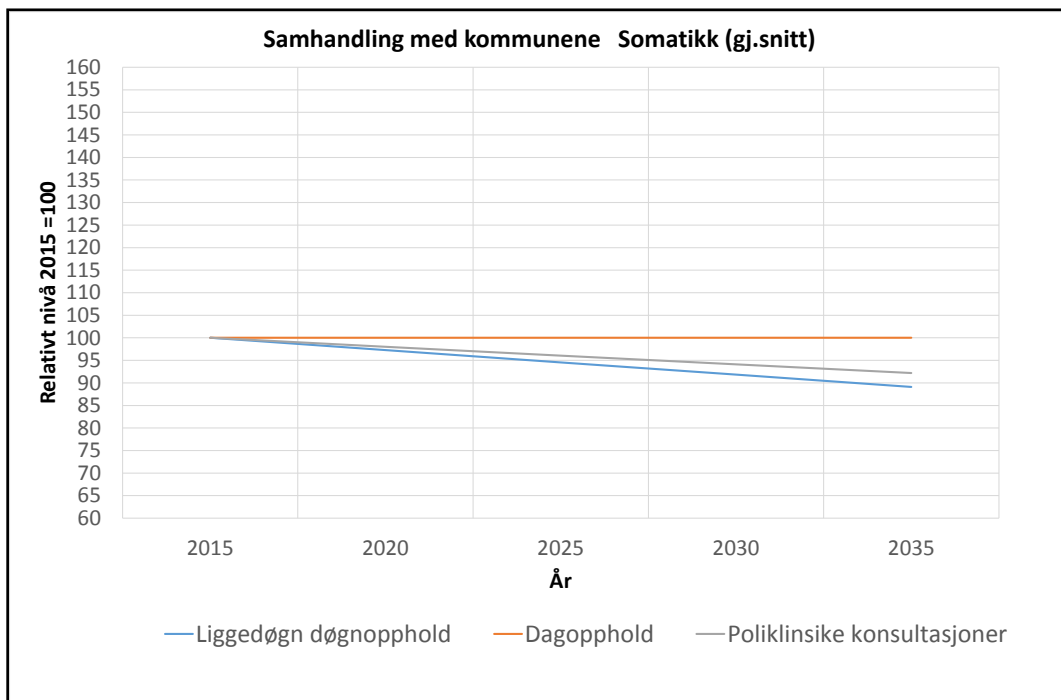
Figur 6. Utvikling basert på epidemiologisk og medisinsk utvikling. Veid gjennomsnitt somatikk.

12.14.3 Utvikling basert på samhandling med kommunene

Den endringsfaktoren som omhandler "samhandling med kommunene", er beskrevet i punkt 1.3.3. Her er det også gjort rede for variasjoner mellom ulike diagnosegrupper.

Effekten av denne endringsfaktoren for et veid gjennomsnitt innenfor somatikk er beregnet til - 0,5 % når det gjelder antall liggedøgn for døgnopphold og - 0,4 % for polikliniske konsultasjoner. Det er ingen endring for dagopphold.

Figuren nedenfor viser hvordan denne effekten akkumulerer seg over tid.



Figur 7. Utvikling basert på samhandling med kommunene. Veiet gjennomsnitt somatikk.

Av figuren framgår blant annet at samhandling med kommunene skal føre til at antall liggedøgn blir redusert ned til 95 % i 2025 og videre ned til 89 % i 2035.

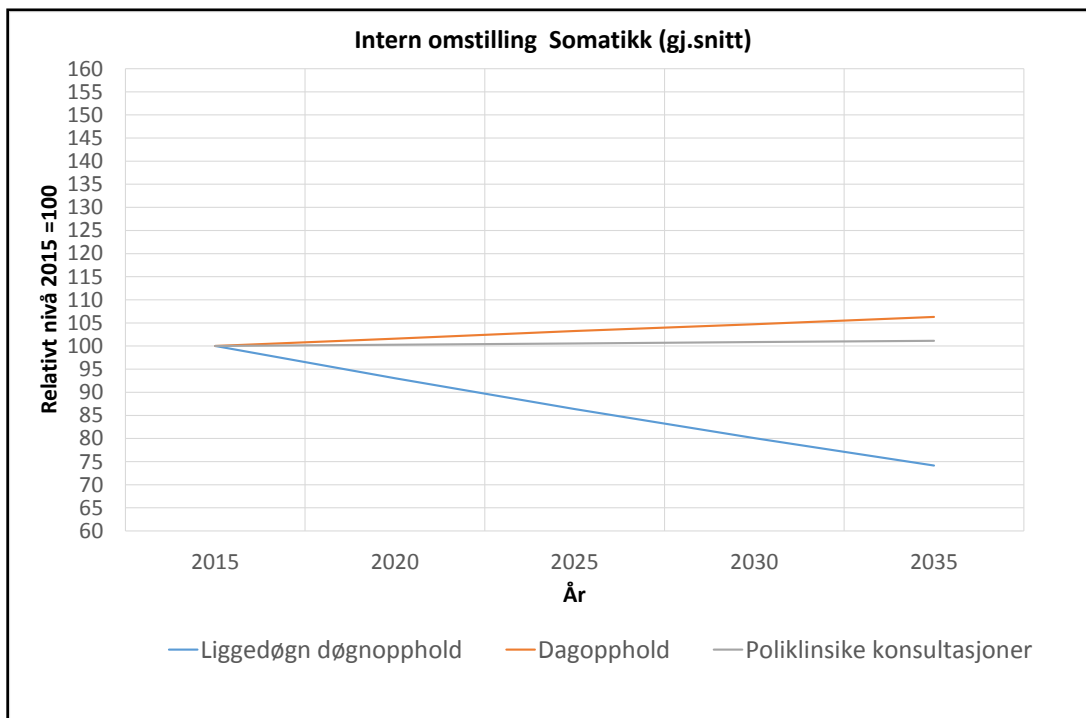
Dette innebærer at samhandling med kommunene reduserer antall liggedøgn med drøyt 8 000 i 2025 og ca. 20 000 i 2035 i forhold til en ren demografisk framskriving. Forutsatt 85% belegg, tilsvarer dette knapt 30 senger i 2025 og 65 senger i 2035.

12.14.4 Utvikling basert på intern omstilling

De driverne som ser på effekten av interne omstillinger er beskrevet i punktene 1.3.4 - 1.3.7. Her framgår også variasjoner mellom ulike diagnosegrupper.

Effekten av disse endringsfaktorene samlet er beregnet til å være 1,4 % årlig reduksjon når det gjelder antall liggedøgn for døgnopphold, 0,1 % økning for polikliniske konsultasjoner, og 0,3 % økning for dagopphold.

Figuren nedenfor viser hvordan denne effekten akkumulerer seg over tid.



Figur 8. Utvikling basert på intern omstilling. Veiet gjennomsnitt somatikk.

Av figuren framgår blant annet at intern omstilling skal føre til at antall liggedøgn blir redusert ned til drøyt 85 % i 2025 og videre ned til knapt 75 % i 2035.

Dette innebærer at disse driverne skal medføre en samlet endring som reduserer antall liggedøgn med ca. 20 000 i 2025 og drøyt 40 000 i 2035 i forhold til en ren demografisk framskrivning. Forutsatt 85% belegg tilsvarer dette ca. 65 senger i 2025 og knapt 140 senger i 2035.

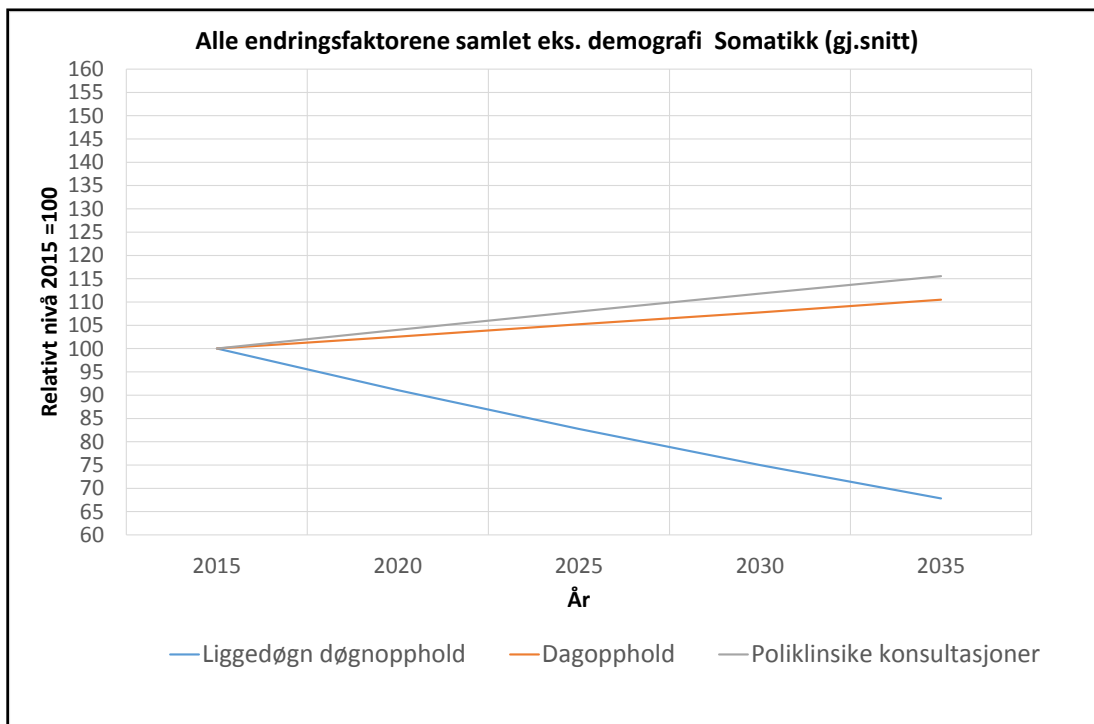
Det er viktig å understreke at dette tallet ikke er i forhold til dagens sengetall, men i forhold til et sengetall basert på en forventet demografisk utvikling fra 2015 til 2035. Det er viktig å presisere at dette er ment som en *illustrasjon av hva som kan komme til å skje – gitt ulike forutsetninger*. Det er altså *ikke en plan* for hva som skal skje.

12.14.5 Utvikling basert på alle endringsfaktorene samlet

Før det gis en oversikt over alle endringsfaktorene samlet, vises det i figuren nedenfor først utviklingen basert på alle driverne; eksklusive demografisk utvikling.

Effekten av disse endringsfaktorene samlet er beregnet til å være 1,4 % årlig reduksjon når det gjelder antall liggedøgn for døgnopphold, 0,1 % økning for polikliniske konsultasjoner og 0,3 % økning for dagopphold.

Figuren nedenfor viser hvordan denne effekten akkumulerer seg over tid.



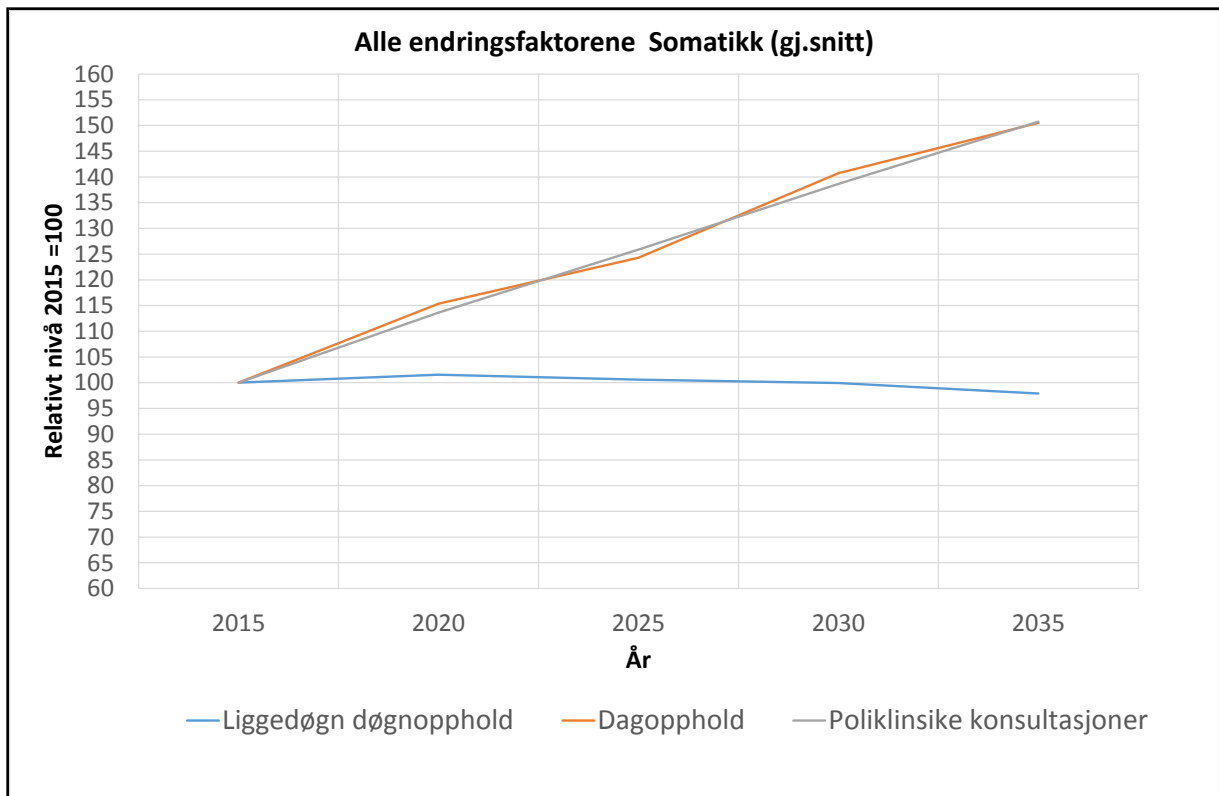
Figur 9. Utvikling basert på alle endringsfaktorer eks demografi. Veiet gjennomsnitt somatikk.

Av figuren framgår at endringsfaktorene samlet sett skal føre til at antall liggedøgn blir redusert ned til 83 % i 2025 og videre ned til 68 % i 2035.

Dette innebærer at disse driverne samlet sett er forutsatt å medføre en endring som reduserer antall liggedøgn med ca. 26 000 i 2025 og 58 000 i 2035 i forhold til en ren demografisk framskrivning. Forutsatt 85 % belegg tilsvarer dette drøyt 80 senger i 2025 og ca. 185 senger i 2035.

Det er viktig å se dette tallet ikke i forhold til dagens sengetall, men i forhold til et sengetall basert på en forventet demografisk utvikling fra 2015 til 2035. Dette vises i figur 11.

Figuren nedenfor viser hovedresultatet i form av en endring basert på alle endringsfaktorene.

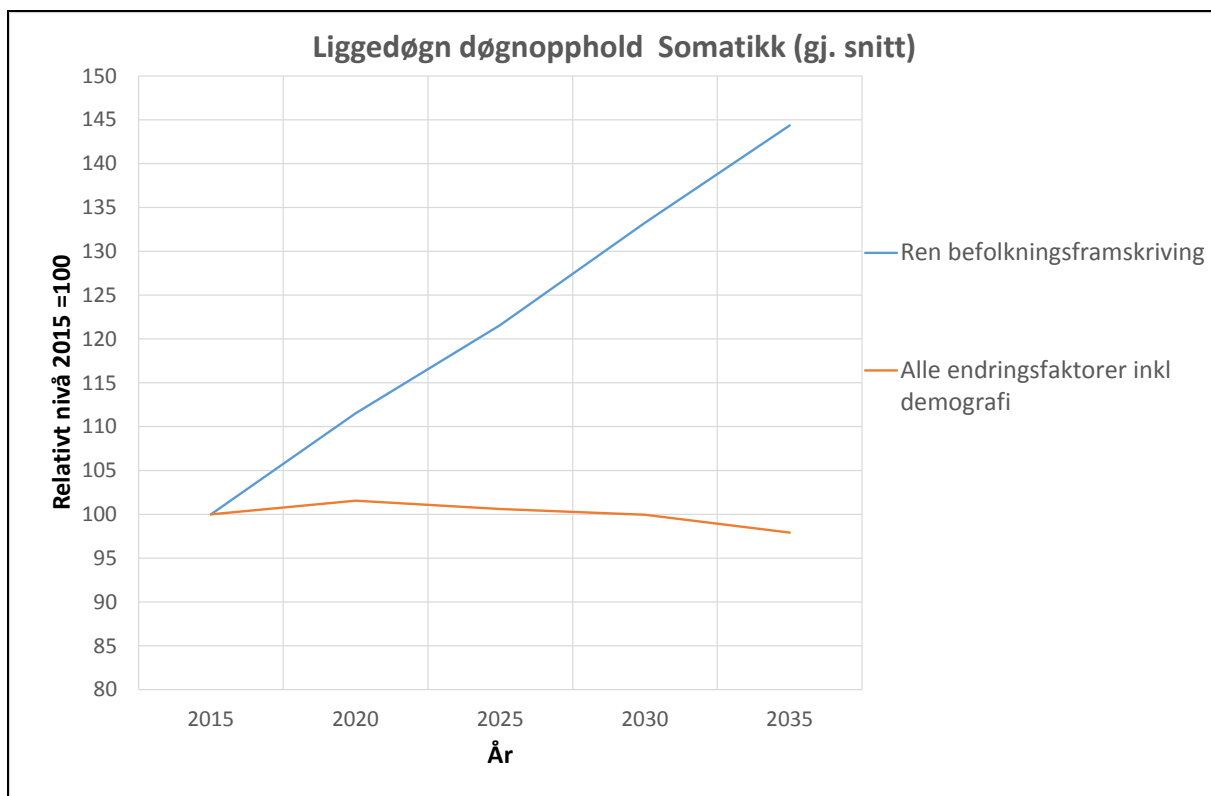


Figur 10. UTVIKLING BASERT PÅ ALLE ENDRINGSFAKTORER inkl. DEMOGRAFI. VEIET GJENNOMSNIITT SOMATIKK.

AV figuren framgår at endringsfaktorene samlet gir følgende endringer i forhold til nivået i 2015:

- Antall dagopphold øker til 125 % av nivået i 2015 i 2025 og videre opp til 150 % i 2035.
 - Dette tilsvarer en økning med ca. 3000 i 2025 og ca. 6 000 i 2035.
- Antall polikliniske konsultasjoner øker til drøyt 125 % av nivået i 2015 i 2025 og videre opp til 150 % i 2035.
 - Dette tilsvarer en økning med ca. 65000 i 2025 og ca. 125 000 i 2035.
- Antall liggedøgn blir tilnærmet uendret fram til 2035. Det skyldes at den økningen som følger av den rene befolkningsendringen, er omtrent like stor som summen av de andre endringsfaktorene.

Dette sistnevnte poenget går fram av neste figur, der effekten av de andre endringsfaktorene er gapet mellom de to linjene.



Figur 11 Ren befolkningsframskriving og utvikling basert på alle endringsfaktorer – Liggedager. Forskjellen mellom disse banene er summen av de andre endringsfaktorene.

Regnet i antall senger gir en utvikling fram til 2035 basert på en ren befolkningsframskriving en økning på knapt 180 senger. Summen av de andre endringsfaktorene gir en beregnet nedgang fram til 2035 på drøyt på 180 senger. Utviklingen basert på alle endringsfaktorene samlet, gir dermed tilnærmet likt sengetall i 2035 som i 2015.

12.15 Utviklingsbaner basert på ulike forutsetninger - PHV og TSB

Med utgangspunkt i den modellen og de endringsfaktorene som er beskrevet i punkt 1.4, vil det i dette punktet bli gitt en beskrivelse av noen utviklingsbaner¹⁶ for det framtidige behovet for/etterspørselen etter spesialisthelsetjenester i Vestfold for PHV¹⁷ og TSB¹⁸.

Det gjøres i form av en relativ utvikling for et veid gjennomsnitt fra 2015 til 2035 der 2015 = 100. De absolutte tallene for basisåret 2019 finnes i avsnitt 1.2.3. Her framgår det at det er svært få dagopphold innenfor PHV og TSB. I figurene vises derfor bare den relative utviklingen for antall polikliniske konsultasjoner og liggedøgn.

¹⁶ Sykehusbyggs beregninger levert desember 2017 ligger til grunn utviklingsbanene.

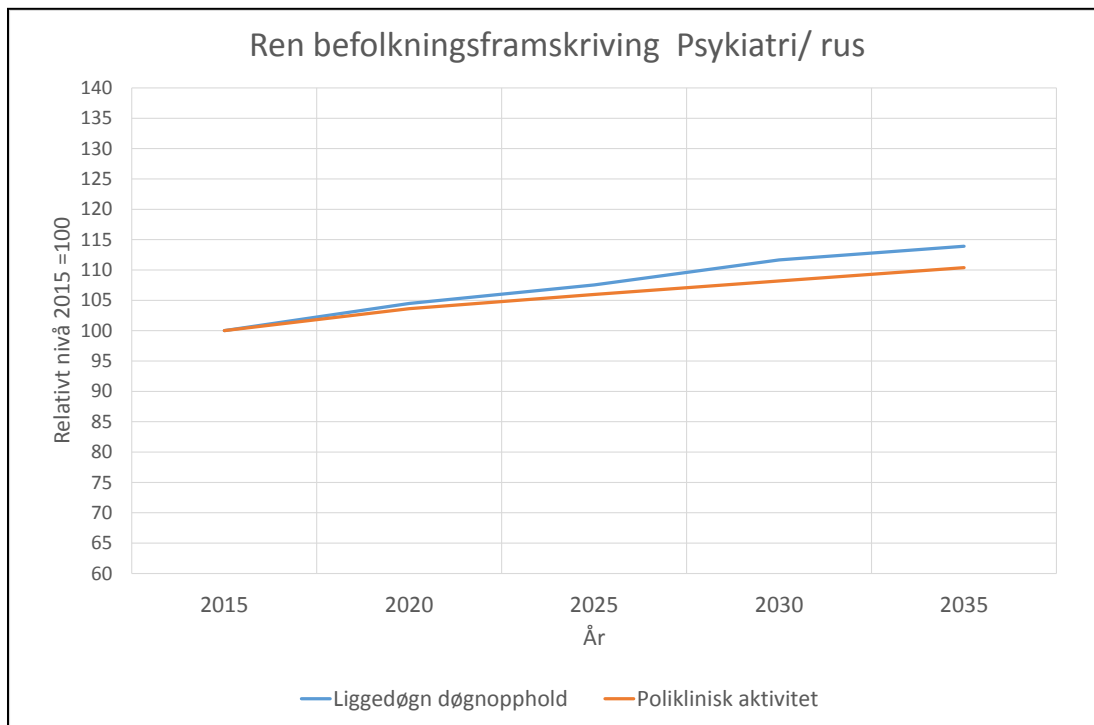
¹⁷ Psykisk helsevern – både for voksne (VOP) og barn/unge (BUP).

¹⁸ Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

¹⁹ Her – som ellers i modellen- framgår ikke antall døgnopphold. For utviklingsbanene basert på ren befolkningsframskriving og alle endringsfaktorer inkl. befolkningsframskriving vises derfor ikke den relative utviklingen for antall døgnopphold.

12.15.1 Utvikling basert på ren befolkningsframskriving

Endring i antall innbyggere og alderssammensetningen i befolkningen gir en økning i både antall liggedager, dagopphold og polikliniske konsultasjoner. Utviklingen er vist i neste figur.



Figur 12. Utvikling basert på ren befolkningsframskriving. PHV og TSB. Vektet gjennomsnitt for alle diagnosegrupper.

Av figuren framgår blant annet at en ren befolkningsframskriving vil føre til at antall liggedøgn blir økt til 108 % av 2015- nivået i 2025 og videre opp til 114% i 2035.

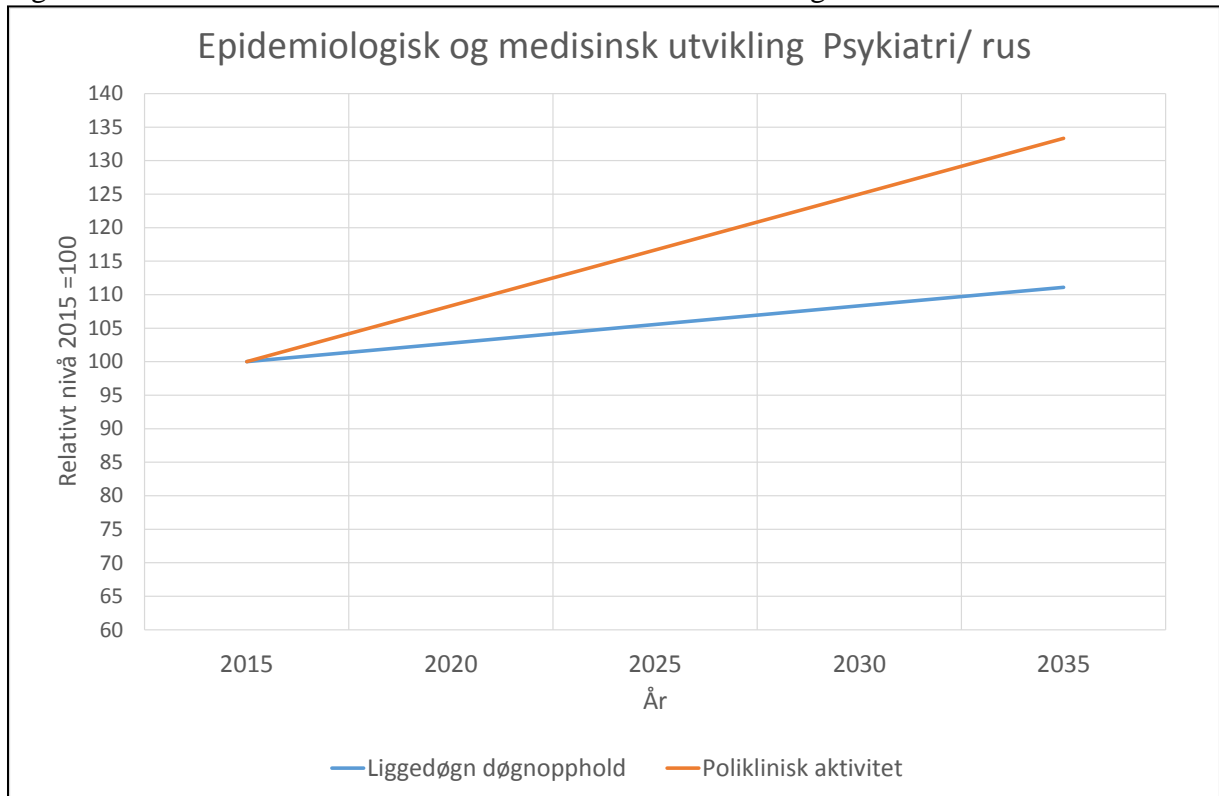
Dette innebærer en økning i antall liggedøgn på knapt 4 700 i 2025 og ca. 8 600 i 2035 i forhold til en ren demografisk framskriving. Forutsatt 85 % belegg tilsvarer dette en økning på 15 senger i 2025 og knapt 25 senger i 2035.

Figuren viser videre at økningen er noe høyere for liggedøgn enn for poliklinisk aktivitet, men klart lavere enn økningen for antall sengedøgn innenfor somatikk. Dette skyldes ulike forbruksrater etter alder. Høyere andel eldre innenfor somatikk enn PHV/TSB – der økningen i befolkningen er størst – er årsaken til en markant større økningen i antall liggedøgn innenfor somatikk.

12.15.2 Utvikling basert på epidemiologisk og medisinsk framskriving

Denne driveren er beskrevet i punkt 1.4.1. Effekten av denne endringsfaktoren er beregnet til å være 0,6 % pr år for liggedager og 1,7 % for poliklinikk.

Figuren nedenfor viser hvordan denne effekten akkumulerer seg over tid.

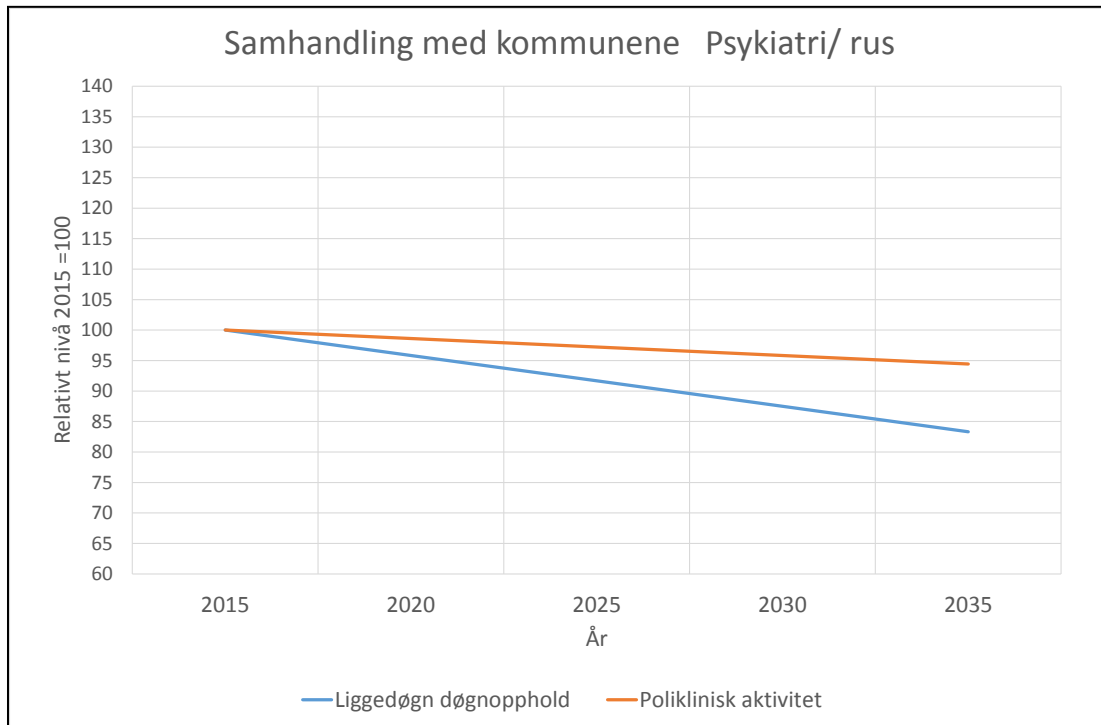


Figur 13 Utvikling basert på epidemiologisk og medisinsk utvikling. PHV og TSB. Likt for alle diagnosegrupper.

12.15.3 Utvikling basert på samhandling med kommunene

Denne driveren er beskrevet i punkt 1.4.2. Effekten av denne endringsfaktoren er beregnet til å være 0,8 % pr år for liggedager og 0,3 % for poliklinikk. Ingen endring for antall døgnopphold

Figuren nedenfor viser hvordan denne effekten akkumulerer seg over tid.

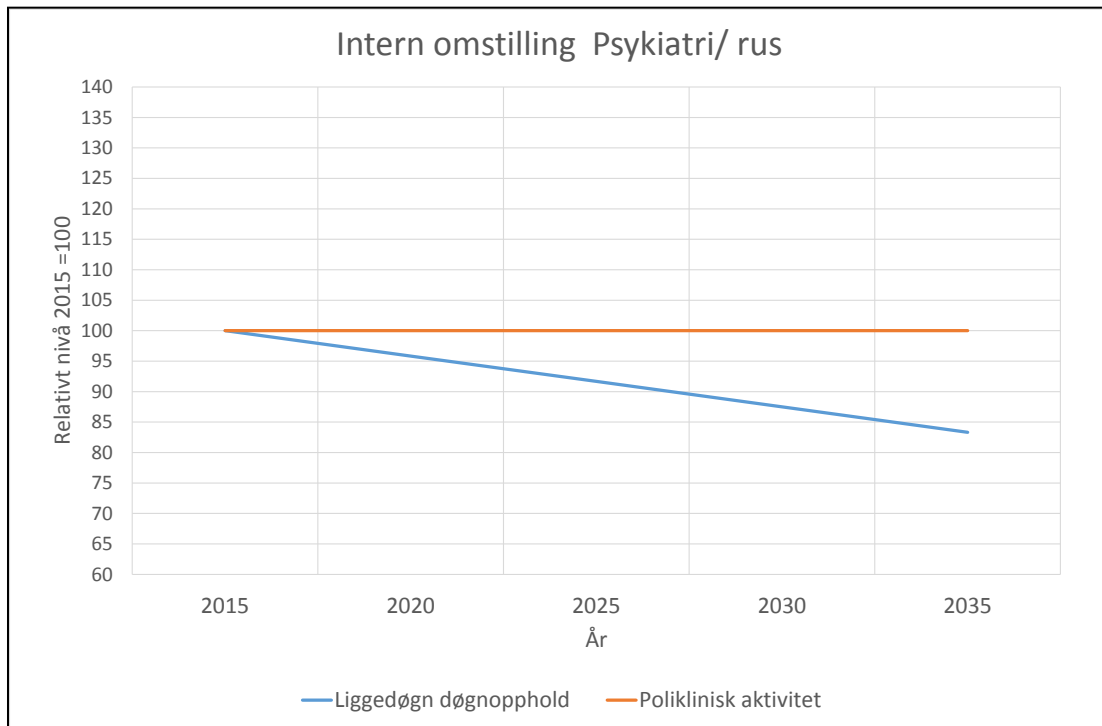


Figur 14 Utvikling basert på samhandling med kommunene. PHV og TSB. Likt for alle diagnosegrupper.

12.15.4 Utvikling basert på intern omstilling

Denne driveren er beskrevet i punkt 1.4.3. Effekten av denne endringsfaktoren er beregnet til å være 0,8 % pr år for liggedager.

Figuren nedenfor viser hvordan denne effekten akkumulerer seg over tid.

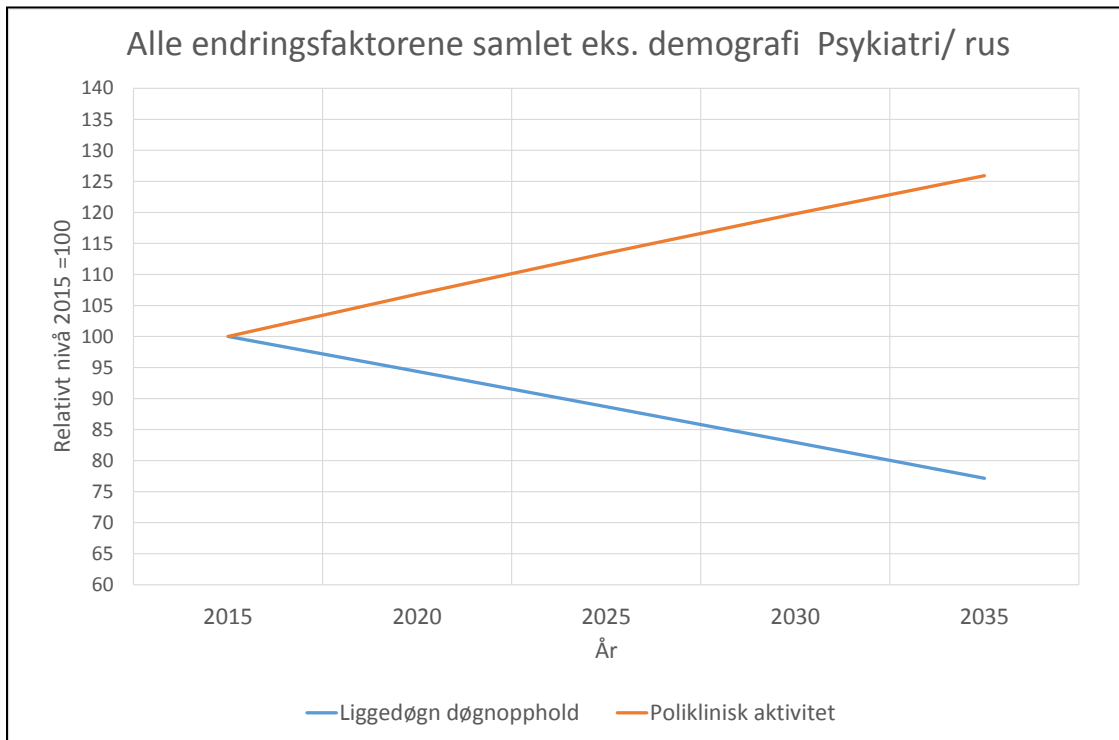


FIGUR 15 Utvikling basert på intern omstilling. PHV og TSB. Likt for alle diagnosegrupper.

12.15.5 Utvikling basert på alle endringsfaktorene samlet

Før alle endringsfaktorene blir beskrevet samlet, vises i neste figur først utviklingen basert på alle driverne, eksklusive demografisk utvikling. Effekten av disse endringsfaktorene samlet er beregnet til å være 1,0 % årlig reduksjon for antall liggedøgn og 1,4 % økning for polikliniske konsultasjoner.

Figuren nedenfor viser hvordan denne effekten akkumulerer seg over tid.



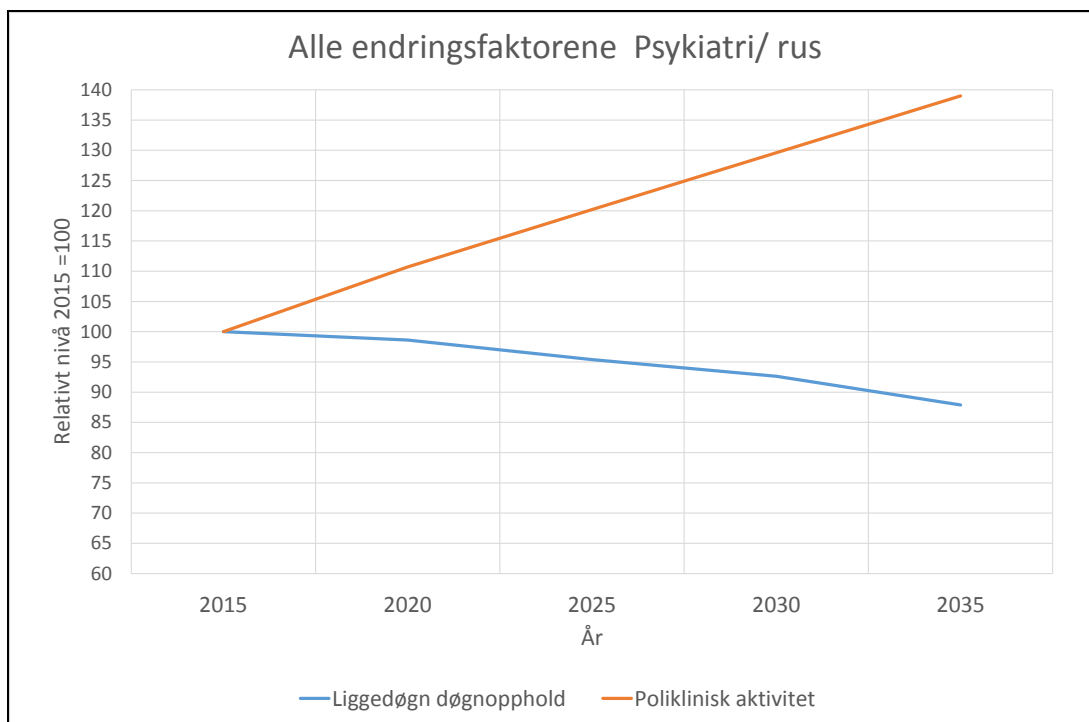
Figur 16. Utvikling basert på alle endringsfaktorer eks demografi. PHV og TSB. Likt for alle diagnosegrupper.

Av figuren framgår at endringsfaktorene samlet sett skal føre til at antall liggedøgn blir redusert ned til 89 % i 2025 og videre ned til drøyt 77 % i 2035.

Dette innebærer at disse driverne samlet sett skal medføre en endring som reduserer antall liggedøgn med ca. 7 500 i 2025 og 16 000 i 2035 i forhold til en ren demografisk framskrivning. Forutsatt 85 % belegg tilsvarer dette ca. 25 senger i 2025 og ca. 50 senger i 2035.

Det er viktig å se dette tallet ikke i forhold til dagens sengetall, men i forhold til et sengetall basert på en forventet demografisk utvikling fra 2015 til 2035. Dette vises i figur 18.

Figuren nedenfor viser hovedresultatet i form av samlet endring basert på alle endringsfaktorene.

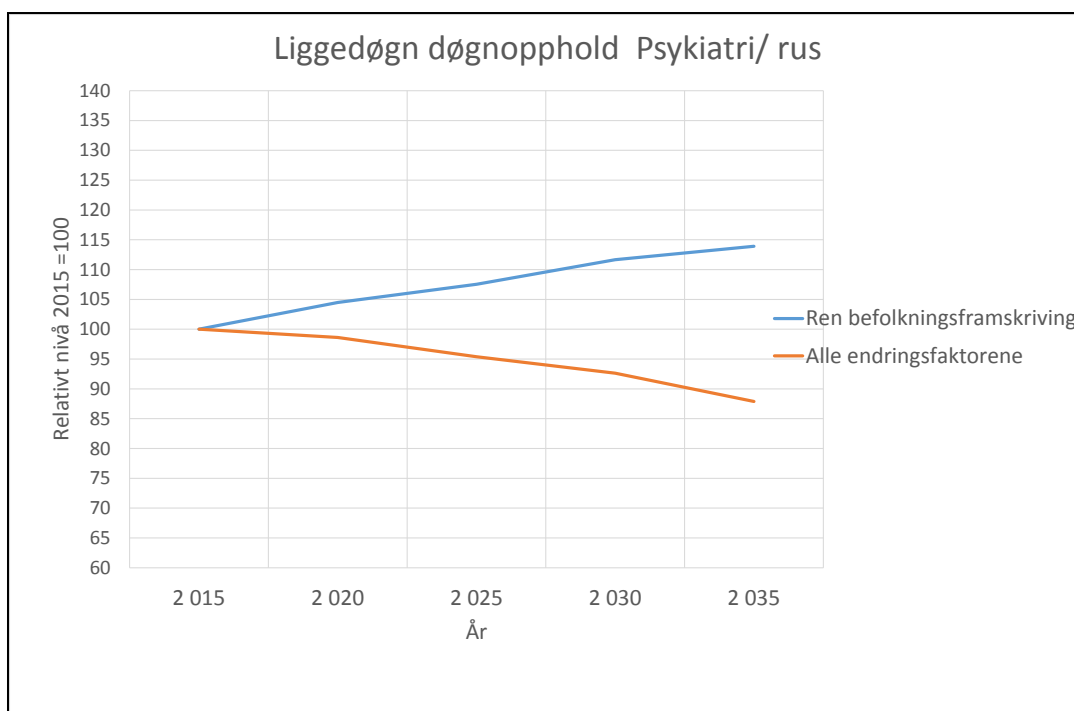


Figur 17 UTVIKLING BASERT PÅ ALLE ENDRINGSFAKTORER inkl. DEMOGRAFI. PHV og TSB.

AV figuren framgår at endringsfaktorene samlet gir følgende endringer i forhold til nivået i 2015:

- Antall polikliniske konsultasjoner øker til 120 % av nivået i 2015 i 2025 og videre opp til knapt 140 % i 2035. Dette tilsvarer en økning med ca. 42 000 i 2025 og ca. 82 000 i 2035.
- Antall liggedøgn blir redusert ned til 95 % av nivået i 2015 i 2025 og videre ned til 88 % i 2035. Dette tilsvarer en reduksjon på knapt 1500 i 2025 og drøyt 3 000 i 2035. Forutsatt 85 % belegg, tilsvarer dette en reduksjon på 10 senger i 2025 og ca. 25 senger i 2035.

Reduksjon i antall liggedøgn skyldes en kombinasjon av en moderat økning i ren befolkningsframskriving og en større økning som viser samlet effekt av de andre endringsfaktorene. Denne sammenhengen vises i figur 18, der effekten av de andre endringsfaktorene er gapet mellom de to linjene.



FIGUR 18. REN BEFOLKNINGSFRAMSKRIVING OG UTVIKLING BASERT PÅ ALLE ENDRINGSFAKTORER – LIGGEDAGER. FORSKJELLEN MELLOM DISSE BANENE ER SUMMEN AV DE ANDRE ENDRINGSFAKTORENE.

12.16 Kort oppsummering

I dette vedlegget er det gitt en beskrivelse av den framskrivingsmodellen for spesialisthelsetjenester som er utviklet i regi av Sykehusbygg, og som alle helseforetak er forutsatt å gjøre bruk av i forbindelse med sine utviklingsplaner.

Når man bruker denne modellen, og de forutsetninger og endringsfaktorer den bygger på, ser man at behovet for spesialisthelsetjenester ved SiV endres kraftig sammenliknet med den utviklingsbanen en får basert på en ren demografisk utvikling. Det gjelder både for somatikken og for PHV/TSB.

I tillegg til de endringsfaktorene som ligger i modellen fra Sykehusbygg, er det i dette kapitlet også beskrevet noen endringsfaktorer som ikke ligger i modellen, men som det er all grunn til å anta vil påvirke både behovet for spesialisthelsetjenester framover, og måten disse tjenestene vil bli levert på.

Av dette materialet er det mulig å trekke følgende konklusjoner:

Utviklingen i behovet for/etterspørselen etter spesialisthelsetjenester avhenger i betydelig grad av hvilke forutsetninger som legges 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 markant annen retning enn den man får basert på en ren befolkningsframskriving.

Selv små årlige endringer (forbedringer) gir store utslag når de analyseres over en tidsperiode på 10 – 15 år.

Vedlegg 3

Vår referanse:

Dato:
22.1.2018

Høringsinstanser – Utviklingsplan Sykehuset i Vestfold HF

Virksomheter	E-postadresser
Kommunene i Vestfold (7) Horten kommune Larvik kommune Re kommune Tønsberg kommune Sandefjord kommune Færder kommune Holmestrand kommune	postmottak@horten.kommune.no postmottak@larvik.kommune.no postmottak@re.kommune.no postmottak@tonsberg.kommune.no post@sandefjord.kommune.no postmottak@faerder.kommune.no postmottak@holmestrand.kommune.no
Vestfold fylkeskommune	firmapost@vfk.no
Fylkesmannen	fmvepost@fylkesmannen.no
NAV	nav.vestfold@nav.no
Tillitsvalgte og vernetjeneste i SiV HF	SIVHF-DL-Hovedtillitsvalgte Lisbeth.rudlang@sykepleierforbundet.no Vestfold Legeforening
Brukerutvalget SiV HF 9 medlemmer	perwernerlarsen@gmail.com ; annefor@online.no richardmads@gmail.com tkhau@online.no ehans4@online.no ellenbente@outlook.com aefrogner@gmail.com mohknu@gmail.com Tovemariebergton@gmail.com
Brukerorganisasjoner i Vestfold:	
FFO Vestfold	post.vestfold@ffo.no ; post@ffo.no
Pensjonistforbundet i Vestfold	Elsebjorg.th@gmail.com
Kreftforeningen	post@kreftforeningen.no
SAFO	post@safo.no
Mental helse	post@mentalhelse.no
Rusmisbrukernes interesseorg.	post@rio.no
Diabetesforbundet	vestfold@diabetes.no
Organisasjon for synshemmede	Vestfold@blindeforbundet.no
Astma- og allergiforbundet	info@nescos.no ; viwen@sf-nett.no
Landsforeningen for hjerte og lungesyk	vestfold.post@lhl.no
Revmatikerforbundet	vestfold@revmatiker.no