



Sykehuset i Vestfold

HELSE SØR-ØST

Til	SSUs faste medlemmer
Tema	Innkalling SSU
Dato/sted	10.02.22, kl.13.30-15.30, TEAMS
14 Vedlegg	Referat SSU 25.11.21 Sak 2022.3, 1 vedlegg: Saksfremlegg Sak 2022.4, 4 vedlegg: Saksfremlegg, Faserapport, Faseplan Tjenesteutvikling, Samarbeidsavtale med Larvik kommune. Sak 2022.5, 2 vedlegg: Saksfremlegg, Invitasjon til å komme med innspill Sak 2022.6, 3 vedlegg: Saksfremlegg, Utviklingsplan høringsdokument, Link til høringsuttalelser fra 2018 Sak 2022.8, 3 vedlegg: Hjem for pasienter med kreft – pakkeforløp, Nasjonal plan for implementering, Høringssvar fra Allmennlegeforeningen
Referent	Irene

Innkalling

Saksnr.		Ansvar
2022.1	Godkjenning av innkalling og dagsorden Forslag til konklusjon: Innkalling og dagsorden godkjennes	
2022.2	Referat SSU 25.11.21 Forslag til konklusjon: Referatet godkjennes	Irene Rannveig
2022.3 Orientering Beslutning Vedlegg	Multisyke i Vestfold Prosjektleder Marthe S. Wang-Hansen orienter om fremdrift og plan for utbredelse av prosjektet. Forslag til konklusjon: <ol style="list-style-type: none"> Videre utbredelse av prosjektet følger i 2 puljer, med 2 kommuner i pulje 1, og 3 kommuner i pulje 2. Forslag til kommuner i pulje 1: Sandefjord og Horten. Kommunene oppfordres til å godkjenne forslaget i løpet av de første 2 ukene etter SSU. Fremlagt budsjett og finansieringsplan tas til orientering. 	Marthe Wang- Hansen

2022.4 Orientering Beslutning 3 vedlegg	<p>Ung arena+ Vestfold Kari Marthinsen Marin orienterer om fremdrift og behov for avklaringer.</p> <p>Forslag til konklusjon:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faserapporten Innsikter, mål og gevinster godkjennes. 2. Faseplanen for fase 3 Tjenesteutvikling godkjennes, herunder: 3. Målgruppen for arbeidet er ungdom i alderen 13 – 25 år. 4. Larvik kommune fases inn i prosjektet i hht samarbeidsavtalen. 5. Kommunene oppnevner inntil tre deltakere til kommunal referansegruppe snarlig. 6. Risikovurderingen tas til orientering. 	Kari Marthinsen Marin
2022.5 Orientering Beslutning 2 Vedlegg	<p>Nasjonal helse og sykehusplan Høringsfrist 1. april. Helsefelleskapet er høringsinstans.</p> <p>Forslag til konklusjon: Forslag til regi for arbeid med innspillnotat fra Helsefelleskapet godkjennes</p>	Irene
2022.6 Orientering Beslutning 3 vedlegg	<p>Utviklingsplan for SiV Høringsfrist 30. april. Det oppfordres til å bruke høringsprosessen til innspill.</p> <p>Forslag til konklusjon: Redegjørelsen for høringsutkast til utviklingsplan 2022-2025 for Sykehuset i Vestfold HF tas til orientering.</p>	Jon Anders
2022.7 Orientering	<p>Oppfølging av handlingsplan for helsefelleskapet Orientering om status for Fagutvalg og arbeidsgrupper.</p>	Rannveig
2022.8 Orientering 3 vedlegg	<p>Nasjonal plan for pakkeforløp «Hjem for kreftpasienter» Snarlig oppstart av arbeidsgruppe planlegges. Kreftkoordinator i SiV Kristine Lindhjem orienterer.</p>	Kristine Lindhjem
2022. 8	Eventuelt	



Til	SSUs faste medlemmer
Tema	Referat SSU
Dato/sted	25.11.21 kl.13.30 – 15.30 Bjørn Farmand, Halfdan Wilhelmsens allé 2, Tønsberg, møterom Briskeby
Vedlegg	2021.31 referat fra SSU 23.9.21 2021.33 sak 2021.33 Kompetansebroen 2021.33 vedlegg til sak 2021.33 Kompetansebroen 2021.36 vedlegg møteplan 2022
Referent	Rannveig Velken

Innkalling

Saksnr.		Ansvar
2021.30	Godkjenning av innkalling og dagsorden Konklusjon: Godkjent	
2021.31	Godkjenning av referat fra SSU 23.9.21 Merknad: Sak 2021.24 Ung Arena+: <i>Kommunal referansegruppe bør bestå av en til tre representanter fra hver kommune.</i> Konklusjon: Godkjent med merknad.	
2021.32 Ca.kl.13.40	Utskrivningsklare pasienter og overliggerdøgn Sommeren og høsten har vært preget av stor tilstrømming av pasienter til SiV i tillegg til mange utskrivningsklare pasienter. Gode eksempler på arbeid for å redusere antall overliggerdøgn fra kommunal side fremlegges fra Tønsberg og fra Holmestrand kommune. 1. «Snuoperasjonen i Tønsberg kommune» ved ass. virksomhetsleder Marte Gundersen Berg og koordinerende sykepleier Charlotte Andersson Bjørnsen. 2. «Hvordan jobber vi med overliggerdøgn i Holmestrand kommune» ved virksomhetsleder for forvaltning og tjenestetildeling, Henriette Pande. Fremleggene illustrerer det komplekse i situasjonsbilde og viktigheten av tverrfaglig/tverrprofesjonelt samarbeid.	

<p>2021.33 2 vedlegg</p>	<p>Kompetansebroen Redaktør Trine S. Skov orienterer om arbeidet i Kompetansebroen; samarbeid med ulike aktører, aktivitet og bruk, økonomi og videre og potensiale og muligheter. Redaktør har vært ansatt i 60% stilling siste året, kombinert med 40% stilling i HR ved SiV. Anita Elmer orientere om en til nå fleksibel bruk av redaktørtid og HR-tid i stillingen. Det anslås at 80-90% tid har vært brukt til redaktørstillingen og at dette vurderes som nødvendig % for å ivareta god drift av Kometansebroen. Dersom stillingen skal være redusert i videre drift vil det bli klarere avgrensinger i redaktør oppgaver slik at kun angitt % tid vil brukes til dette. Helse Sør-Øst RHF bidrar med driftsstøtte slik at utgiftene reduseres noe. Nye partnere kan også bidra til reduksjon av kostnadene for den enkelte part. Det foreslås link fra SiV sin nettside til Kompetansebroen. Kompetansebroen oppleves som nyttig for fastlegene og det arbeides med utvikling av legesiden. Kompetansebroen oppleves nyttig for å formidle informasjon om arbeidet i Helsefelleskapet og det arbeides med utvikling av samhandlingssiden.</p> <p>Konklusjon SiV er positive til 100% redaktør stilling. Kommunene vil behandle videre % redaktørstilling i sitt lederforum i desember.</p>	<p>Trine S. Skov/ Anita Elmer</p>
<p>2021.34</p>	<p>Oppfølging av handlingsplan for Helsefelleskapet Rannveig og Irene orientering om status for Faglige samarbeidsutvalg og arbeidsgrupper.</p> <p>Faglig samarbeidsutvalg psykiske helse barn og unge.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Prosjektet Ung Arena+ Vestfold</i>, prosjektgruppen er etablert og i gang med arbeidet. Det mangler tverrkommunal referansegruppe. Aktiv rekrutering til referansegruppen har ikke startet. • <i>Arbeidsgruppe pasientforløp «Utskriving og oppfølging av barn og ungdom med spiseforstyrrelser»</i> har hatt sitt første møte. Mangler kommunal representant fra Larvik, gjerne fra forebyggende helsetjeneste. • <i>Arbeidsgruppe pasientforløp «Utskriving og oppfølging av pasienter i tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold».</i> <p>Oppstart avventes.</p> <p>Faglig samarbeidsutvalg skrøpelige eldre/kroniske lidelser Prosjektet Integreerte helsetjenester for skrøpelige leder(multisyke) er etablert og i drift.</p> <p>Faglig samarbeidsutvalg akuttmedisinsk kjede mangler følgende representanter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fastlege ○ Bruker 	<p>Rannveig/Irene</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sykehjemslege ○ Repr. fra kommunal institusjonstjeneste <p>Representanter fra Larvik og Horten kommuner mangler i tillegg til representant fra Kirurgisk klinikk, SiV. Oppstart planlegges på nyåret.</p> <p>Faglig samarbeidsutvalg kvalitet og tjenesteutvikling mangler følgende representanter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fastlege ○ Bruker <p>Oppstart planlegges på nyåret.</p> <p>Kompetansebroen kan brukes for å dele informasjon om mandater og arbeidet i de faglige samarbeidsutvalgene. Aktuelle deltagere i utvalg og arbeidsgrupper samt andre interesserte kan på den måten lett finne utfyllende informasjon. Brukerrepresentanten i SSU kan kontaktes for å være behjelpelig med rekruttering av brukere til faglige samarbeidsutvalg og arbeidsgrupper.</p>	
2021.35	<p>Utviklingsplan for SiV HF Jon Anders orientering om status. <u>Revidering /justering av Helseforetakets utviklingsplan 2018-2035</u> Klinikkene arbeider nå med innspill til revidering av utviklingsplanen. Dokumenter angående samhandling vil sendes ut til kommunene og SSUs medlemmer for innspill innen 17.12.21. Helsefellesskapet er en viktig bidragsyter til HF sin utviklingsplan.</p> <p>Helsefellesskapet er bedt om å komme med innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024-2027 gjennom å besvare 6 spørsmål som er utsendt av HOD v/ Bent Høye, med frist 1.april 2022.</p> <p>For å få en felles forståelse av oppdragene er det innkalt til et innspillmøte mellom SiV og kommunene 17.12.21. Viktigheten av åpenhet i prosessen understrekes og det åpnes for at de av deltagerne i SSU som ønsker det kan delta på innspillmøte.</p>	
2021.36	<p>Møteplan SSU og AU 2022</p> <p>Konklusjon: Vedlagt møteplan godkjennes</p>	Rannveig/Irene
2021.37	<p>Eventuelt Palliativt ambulant team Henning Mørland orienter og beklager at feil informasjon om redusert tilbud fra ambulerende palliativt team til kommunene er blitt sendt ut. Han understreker at det fremdeles skal være et godt og tilgjengelig ambulerende palliativt tilbud til kommunene.</p>	

	<p><u>Fastlegekrisen</u> Tom Ole Øren ønsker at fastlegekrisen skal settes på agendaen i SSU. Det understrekes at dette er et kommunalt ansvar men at SSU kan brukes som informasjonskanal.</p>	
--	--	--

Saksframlegg til Strategisk samhandlingsutvalg

Møtedato: 10.02.2022

Saksnr: / 2022

Sakstype: [Beslutningssak]

Saksbehandler: Marte Wang-Hansen

Multisyke i Vestfold

Vedlegg: Milepælsplan

Hensikten med saken:

Hensikt med saken er å holde SSU orientert om prosjektarbeidet så langt, informere om status til prosjektet i Lavik og legge frem en plan for videre utbredelse til kommunene i Vestfold.

Skisser til budsjett og finansiering av pilotfasen i alle kommunene legges frem i møtet til orientering. Budsjett og finansiering ønskes behandlet og besluttet i neste møte i SSU i mai-22.

Forslag til konklusjon:

1. Videre utbredelse av prosjektet følger i 2 puljer, med 2 kommuner i pulje 1, og 3 kommuner i pulje 2. Forslag til kommuner i pulje 1: Sandefjord og Horten. Kommunene oppfordres til å godkjenne forslaget i løpet av de første 2 ukene etter SSU.
2. Fremlagt budsjett og finansieringsplan tas til orientering.

Faktagrunnlag

Prosjektet har sin forankring i forprosjektet Multisyke i Vestfold. Prosjektgruppa har det siste halvåret jobbet parallellt med arbeidsgruppa i Larvik for å utvikle prosjektet videre og planlegger oppstart av pilot våren 22. Vi har etablert strukturen til de 2 ulike delene av modellen for integrerte helsetjenester. Del 1 er forebyggende tjenester med etablering av en helsestasjon for eldre. Her har Larvik funnet egnede lokaler og omstilt ansatte for å fylle rollene som eldrehelsekoordinator, ergo- og fysioterapeut. Del 2 er etablering av et ambulant team som skal følge pasienter ut av sykehuset etter innleggelse. Det er gjort ansettelse av geriater, eldrehelsekoordinator, farmasøyt og helsesekretær. Planlagt oppstart i stillingene er 01.mars.

Vurdering:

Videre utbredelse av prosjektet:

For å følge opp tjenesteutviklingsfasen og piloteringen i de resterende kommunene på en tilfredstillende måte, foreslåes det å dele opp kommunene i 2 puljer. I pulje 1 ønskes det 2 kommuner og i pulje 2 de resterende 3 kommunene.

En gjennomgang av forankring og status i de ulike kommunene viser at Sandefjord har kommet lengst i arbeidet knyttet til forankring av prosjektet i egen organisasjon. Horten kommune har allerede gode rutiner for vurdering av pasienter som søker om tjenester første gang og passer fint som kommune nummer 2 i pulje 1.

Pulje 2 vil da bestå av Færder, Tønsberg og Holmestrand. Vi ser det som en fordel å ha disse tre kommunene samlet, da de allerede samarbeider på flere områder. En puljevise utbredelse av prosjektet vil styrke arbeidet fra prosjektledelsen inn mot arbeidsgruppene i de enkelte kommunene i fasen med tjenesteutvikling og pilotering. Alle kommunene har litt ulik organsering både av tjenester, IKT løsninger og behov, noe som gjør at alle kommuner må følges opp enkeltvis, og det må utvikles tilpassede løsninger.

Milepælsplan for pulje 1 og 2 legges ved som tillegg til saken. Den skisserte løsningen viser pilotering i pulje 1 et år etter oppstart pilotering i Larvik og at pulje 2 følger et halvt år etter det.

Budsjett og finansieringsplan:

Hittil er prosjektet i hovedsak finansiert av midler fristilt fra SiV's drift. Lønn og andre utgifter knyttet til prosjektledelse dekkes 100% av disse midlene. For arbeid i prosjektgruppa fristiller alle kommunene en deltaker for ca 6 møter av 3 timers varighet/år. SiV dekker utgiftene til 7 deltakere i prosjektgruppa.

Larvik kommune har i sin tjenesteutviklingsperiode avsatt tid for 9 medarbeidere og betalt en fastelege for møter av 3 timers varighet ca hver 3. uke. Totalt 12 møter/år.

Ved oppstart i Larvik omdisponeres ressurser lokalt for å fristille 3 x 100% stilling som henholdsvis eldrehelsekoordinator, fysioterapeut og ergoterapeut i teamet. Kommunen frigjør også lokaler til opprettelse av helsestasjon for eldre og utstyrer disse lokalene.

Fra sykehuset sin side er det ansatt medarbeidere (geriater 50%, eldrehelsekoordinator 100% og helsesekretær 40%) i nyopprettede stillinger knyttet til teamet. I tillegg er det inngått et samarbeid med sykehusapoteket for benyttelse av farmasøyt i 20%. De ansatte er rekruttert både internt og eksternt, enkelte jobber i delte stillinger med medisinsk klinikk i SiV.

En del av utgiftene knyttet til drift av teamet vil for SiV's del dekkes av ISF knyttet til DRG'er for tjenestene som leveres. SiV har for piloten også mottatt midler fra HSØ som bidrag til dekning av pukkelkostnader knyttet til etablering.

Kommunene i pulje 1 må avsette ressurser til lokale arbeidsgrupper fra høsten-22 og planlegge for oppstart pilot første kvartal-23.

Kommunene i pulje 2 må avsette ressurser til lokale arbeidsgrupper fra -23 og planlegge for oppstart av pilot høsten-23.

Helsefelleskapet utfordres til å diskutere mulige finansieringsløsninger til drift av prosjektet i den resterende tiden av prosjektperioden som vil strekke seg til 2024.



Sykehuset i Vestfold

HELSE SØR-ØST

Dato: 10.02.2022

Saksnr:	Møteorgan:	Type sak	Saksbehandler
2022	SSU	beslutning	KMM

UNG ARENA+ Vestfold

Vedlegg:

1. Faserapport. Innsikter, mål og gevinster
2. Faseplan, fase 3 Tjenesteutvikling
3. Samarbeidsavtale Larvik kommune og Sykehuset i Vestfold HF

Hensikten med saken:

Hensikt med saken er todelt. Prosjektet er i et faseskifte og i den forbindelse legges følgende styringsdokumenter fram for godkjenning:

1. Faserapport. Innsikter, mål og gevinster
2. Faseplan, fase 3 Tjenesteutvikling

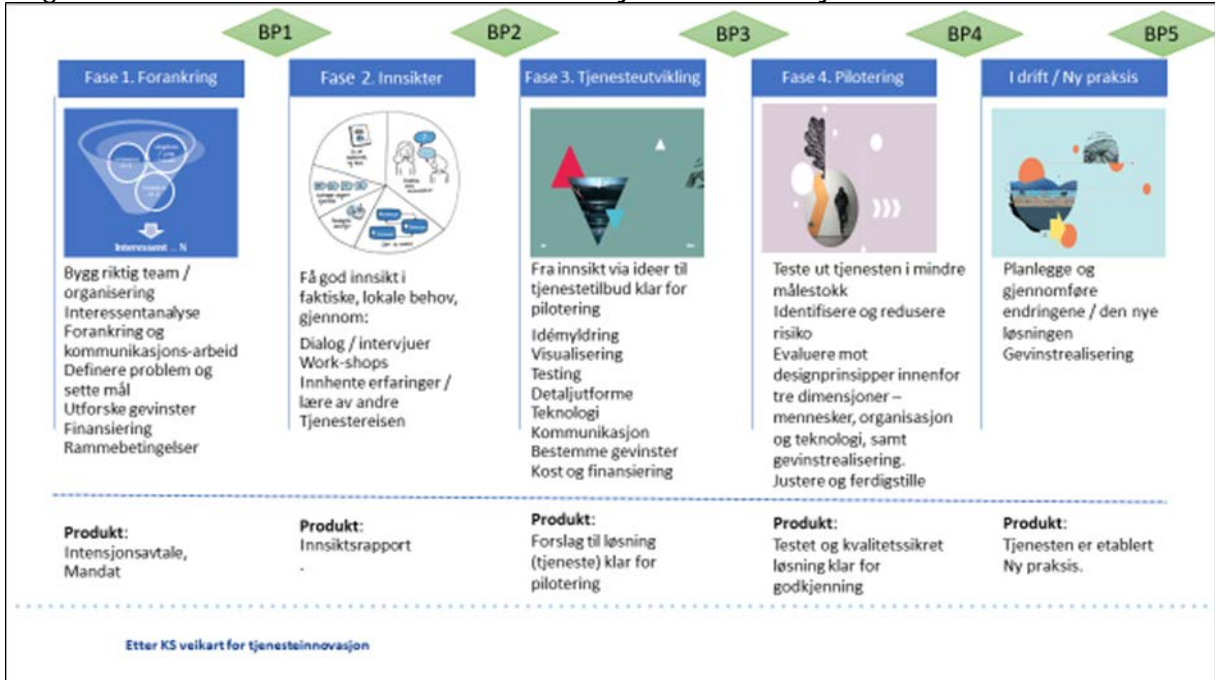
Forslag til konklusjon:

1. Faserapporten Innsikter, mål og gevinster godkjennes.
2. Faseplanen for fase 3 Tjenesteutvikling godkjennes, herunder:
3. Målgruppen for arbeidet er ungdom i alderen 13 – 25 år.
4. Larvik kommune fases inn i prosjektet i hht samarbeidsavtalen.
5. Kommunene oppnevner inntil tre deltakere til kommunal referansegruppe snarlig.
6. Risikovurderingen tas til orientering.

Faktagrunnlag.

Prosjektet har sin forankring i forprosjektet Barn og Unge som ble godkjent av SU i januar 2020. I vedtaket står det at det i Vestfold skal etableres et eller flere tilbud etter en «utvidet Ung Arena-modell». På grunn av Korona-situasjonen ble prosjektet utsatt. Prosjektleder ble ansatt fra februar 2021 og prosjektet ble gjenopptatt. Prosjektet endret navn til Ung Arena +.

Ung Arena+ arbeider etter KS sin modell for tjenesteinnovasjon.



Fase 1 . Forankring. 23.09.2021 –>

Det vises til tidligere sak nr. 14 2021, som besluttet Tønsberg kommune som pilotkommune.. Mandat for prosjektet ble godkjent i SSU 23.september 2021. Det er inngått samarbeidsavtaler mellom prosjektpartnerne og også med Ung Arena, bydel Gamle Oslo. Samtidig foreligger det en samarbeidsavtale mellom SiV HF og UiO, Senter for helsetjenesteforskning, NORCHER, om følgeforskning – nærmere bestemt evaluering av tiltakets nyttevirksomheter. Det er bekreftet via epost at USN, Senter for psykisk helse og rus, opprettes en phd-stipendiatstilling med prosjekttittelen «Samskaping i tjenester for barn og unge med psykisk helse- og rusutfordringer» og vil følge Ung Arena+ med fokus på samskappingsprosessen.

Forankringsfasen ble formelt avsluttet med BP1, da mandatet ble godkjent 23.september 2021. Det er allikevel verdt å merke seg at forankringsfasen er i praksis en løpende prosess. Resultater av forankringsarbeid høsten 2021:

- Det er ønskelig å bredde prosjektet til flere Vestfold-kommuner enn Tønsberg. Det arbeidet pågår parallelt. Et resultat er at Larvik kommune fra og med fase 3, inngår i prosjektet. Samarbeidsavtalen mellom Larvik kommune og SiV HF ligger som vedlegg nr. 3.
- En del av forankringsarbeidet handler om å sikre prosjektes gjennomføringsevne, bl.a. ved å søke om eksterne ressurser. I desember fikk prosjektet innvilget 320 timer prosessstøtte av [InnoMed](#) – et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon innen helsesektoren. Det utgjør et betydelig tilskudd og kompetanseløft til fase 3 Tjenesteutvikling. InnoMed bidrar med støtte til å

- designer tjenesten inkludert rolle- og ansvarsfordeling, samt til å utarbeide en verktøykasse for implementering og bredning.
- c) Pågår en dialog med Helsedirektoratet og prosjektet [DigiUng](#) vedrørende et framtidig samarbeid.
- d) Avslag på søknad om innovasjonsmidler fra Helse Sørøst RHF.

Fase 2 Innsiktsfasen 23.september 2021 – 10.februar 2022

Fasen ble innledet i september og avsluttes formelt med at faserapporten godkjennes i SSU , jfr. BP2. Formålet med innsiktsarbeidet har vært å bli bedre kjent med lokale forhold, behov og forventninger, skape interesse og engasjement. Innsiktene som er tilført ligger til grunn for de målene og gevinstene som foreslås. På den måten blir innsiktene «kompasset» som prosjektet skal styre etter.

Innsikter og kunnskap er innhentet på flere måter: Ungdomspanelet og prosjektgruppa har fungert godt og bidratt med verdifulle innspill – både når det gjelder forventninger, mål og erfaringer. Det er gjort dokumentanalyser og innhentet statistiske data om lokale forhold, men også om nasjonale føringer og rammebetingelser.

Dette arbeidet ligger til grunn for effekt- og gevinstmålene som foreslås. Gevinstarbeidet fortsetter i neste fase. Ved BP 3 vil det foreligge en fullstendig gevinstrealiseringsplan.

Resultatet av innsiktsarbeidet presenteres i faserapporten som legges fram for SSU til godkjenning i dette møtet. (Vedlegg 1) Innsiktene vil bli nærmere presentert i møtet.

Fase 3. Tjenesteutvikling 11.februar 2022 – 31.januar 2023.

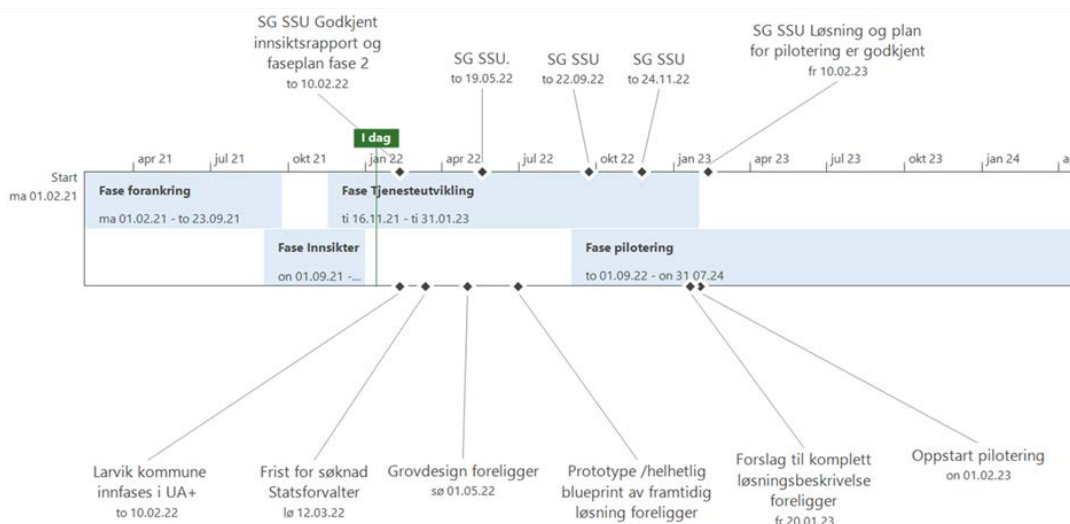
Innledes formelt ved at SSU godkjenner faseplanen. (Vedlegg 2)

Hensikten med denne fasen er å omsette innsikter til et løsningskonsept, klar for pilotering. Planen viser hvordan prosjektet har lagt opp arbeidet for å kunne levere ønsket resultat innenfor prosjektets rammer.

Leveranse: En rapport som viser løsningsbeskrivelse og anbefalinger. Rapporten skal gi et fullstendig bilde av det konseptet som behandles (UA+) som et tilstrekkelig grunnlag for å beslutte:

- a) om prosjektet skal tas videre til pilotering slik det foreligger,
- b) om modellen må utredes ytterligere eller
- c) om beslutningen skal utsettes.

Tidsplan for fasen – med hovedmilepæler.



Grovt sett kan fasen deles i to:

- Første halvår 2022: den kreative fasen med tjenstedesign, småskallatesting og samskapingsverksteder.
- Annet halvår 2022: analyser og utredninger, eventuelle justeringer og tilpasninger. Forberedelse av saksgrunnlag og leveranse. Forberedelser til pilotering.

Paralelt løper et kontinuerlig arbeid for å sikre interessentmedvirkning og involvering. Det er etablert et samarbeid mellom kommunikasjonsenhetene i SiV og Tønsberg kommune og prosjektet for å sikre riktig og målrettet informasjon.

Vurdering

Innsiktsfasen

Innsiktsrapporten beskriver relevant kunnskap som prosjektet bør bygge videre på. Rapporten vil være et viktig verktøy for den videre prosjektstyringen.

Prosjektet vektlegger brukermedvirkning og samskaping. Det har vært spesielt nyttig å samarbeide med ungdommen omkring hva som skal til for at tjenesten skal oppleves som god, deres forventninger til tjenesten og hvilke suksesskriterier som er spesielt viktige. Prosjektgruppa er bredt sammensatt av fagpersoner fra ulike virksomhetssområder i kommunen, NAV, UiO og spesialisthelsetjenesten, samt fire ungdommer som er eksperter på nettopp det «å være ungdom». Denne sammensetningen har gitt en dypere forståelse for hverandre og for målbildet. Mål og gevinstkartet som foreslås er basert på konsensus i gruppa.

Kartleggingen har gitt oss et bilde av nåsituasjonen, av smertepunkter og forbedringsområder. Samtidig er det viktig å erkjenne at det hele tiden vil framkomme nye innsikter og ny kunnskap. En viktig del av prosjektstyringen vil være å fange opp dette og vurdere disse i forhold til målene som er satt i innsiktsfasen.

Det er en klar forventning om at prosjektet skal gi noen gevinster som skal realiseres etter at prosjektet er avsluttet – og muligens også underveis i prosjektperioden. Ung Arena+ er et prosjekt som vil gi størst effekt på lang sikt, men det er allikevel viktig at prosjektet (- etter hvert tjenesten) observeres og følges opp løpende med tanke på å fange eventuelle ikke-tilsiktete virkninger, samt for å høste kortsiktige gevinster. For nærmere beskrivelse av effektmål, gevinster og indikatorer vises til innsiktsrapporten.

Faseplan for fase 3. Tjenesteutvikling

En faseplan er en detaljert plan for styring og oppfølging i en fase. Denne faseplanen er styringsdokumentet for fase 3 Tjenesteutvikling. Planen legger rammene og premisene for arbeidet. I tjenesteutviklingsfasen omsettes innsikter til ideer, som igjen blir videreutviklet til et tjenestetilbud. I det følgende fremheves enkelte risikovurderinger som er knyttet til gjennomføringen i forhold til planforutsetningene – tid, kost og kvalitet.

Tid

Ung Arena+ er å betrakte som tjenesteinnovasjon. Innovasjonsprosjekter kjennetegnes av høy grad av kompleksitet. Dette gjør at prosjektgjennomføringen får et uforutsigbart forløp – ofte preget av flere tilbakesløyer. Det i seg selv er en usikkerhetsfaktor.

Er tidsplanen for ambisiøs? Planen er vurdert til å være krevende, men realistisk. Det er mye som skal gjøres og mange som skal involveres i løpet av denne fasen. Det er en risiko for at enkelte aktiviteter og milepæler blir forskjøvet i tid, men at tidsrammen for fasen totalt sett, skal holdes. Konsekvensen dersom prosjektet forsinkes vesentlig er

vurdert til å være alvorlig; det kan føre til at pilotering utsettes ytterligere et år. Dette fordi løsningen med stor sannsynlighet vil ha elementer i seg som må behandles i de respektive budsjettprosessene.

Risikoplanen omhandler flere forhold som kan føre til forsinkelser. Det settes i gang tiltak for å håndtere dette, slik at den ytre sammen blir overholdt.

Kvalitet

De viktigste risikoelementene knyttet til prosjektgjennomføringen er tilgang på nødvendig kompetanse. Det er viktig å involvere både brukere, ansatte og andre sentrale interessenter underveis for å sikre forankring og **treffsikke** løsninger. Det legges opp til en prosess som ivaretar interessentmedvirkning i vid forstand og brukerinvolvering spesielt. Av flere grunner er det allikevel risiko for at prosjektet ikke å når viktige interessenter. Det kan for eksempel handle om at informasjon ikke når fram; at viktige fagressurser ikke kan delta i den grad som er nødvendig; eller at prosjektet ikke blir prioritert.

Det er imidlertid svært viktig at det settes av tilstrekkelige ressurser i henhold til det behovet som er meldt i prosjektplanen, og at disse ikke bare blir respektert, men også aktivt støttet av kollegaer, overordnede og samarbeidspartnere. Viktige tiltak:

- Fra prosjekteier /SSU: spre informasjon i sine respektive virksomheter. Sikre relevant kompetanse i prosjektet. Her vises til tidligere vedtak i SSU som omhandler en kommunal referansegruppe, 23.09.2021: «Kommunene tar oppnevner inntil tre deltakere til kommunal referansegruppe innen 15.oktober.» Denne mangler fremdeles.
- Fra prosjektets side, vil være å planlegge aktiviteter og møter i god tid, målrette informasjonen (jfr. kommunikasjonsplanen), kartlegge pågående andre prosesser og planlegge for å hindre samtidighetskonflikter.
- Fra den enkelte prosjektmedarbeider: organisere og tilrettelegge i forhold til sin egen arbeidstid, eventuelt ta dette opp med sin leder. Det er budsjettet tid både til prosjektaktiviteter og for-/etterarbeid.

Kommunikasjon med - og informasjon til, ungdommer er forutsetninger for virkelig å skape engasjement og interesse hos ungdom. Og da nå «de rette» ungdommene. Dette er en utfordring for prosjektet, da svært få – om noen, av de kanalene som brukes i dag av hhv Tønsberg kommune og SiV appellerer til ungdom.

Prosjektet har derfor opprettet en egen ungdomsgruppe som sammen med Ung i Tønsberg skal omsette prosjektinformasjon til mer ungdomsvennlige uttrykk.

Økonomi

Når det gjelder økonomiplanen, er den vurdert til å utgjøre middels risiko for denne fasen, men prosjektet ville stå mye sterkere hvis det ble tilført eksterne midler.

Det vil bli søkt om midler fra Statsforvalter / Helsedirektoratet gjennom tilskuddsordningen «Tilbud til barn og unge med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester». Det vurderes som svært sannsynlig at prosjektet vil bli innvilget tilskudd, men beløpets størrelse er høyst usikkert.

Hva så om prosjektet ikke får eksterne tilskudd? Blir det nedlagt? Redusert ambisjon? Denne risikoen er etter samtale med AU og fagdirektør ved sykehuset, vurdert til å være liten. Det understrekes at denne vurderingen gjelder for fase 3 Tjenesteutviklingen.

*Ungdommen skal oppleve bedre psykisk helse og
trivsel i hverdagen.*

(Visjon for arbeidet)

Ung Arena + Vestfold

Faseplan for fase 3 Tjenesteutvikling 2022

Innhold

Nye samarbeidspartnere	2
Ung Arena Larvik	2
DIGI-UNG	2
InnoMed	2
NAV UNG Tønsberg	2
Overordnet tidsplan	3
Planlagte leveranser/produkter (resultatmål i fasen).....	4
Milepæler i fasen.....	5
Tilnærming og hovedaktiviteter.....	5
Prosjektmodell	5
Interessentmedvirkning	6
Aktivitetsplan.....	7
Organisering	9
Budsjett og finansieringsplan for fase3	10
Risikovurdering av planen	12
Prosjektstyring og rapporteringsmekanismer	13
Vedlegg 1. Milepæler og aktiviteter	14
Vedlegg 2. Risikoplan.....	15
Vedlegg 3. Kommunikasjonsplan. 1.halvår 2022	17
Vedlegg 4 Oversikt over prosjektdeltakere 2022	18
Vedlegg 5. Nyttig dokumentasjon i fasen	19

En faseplan er en detaljert plan for styring og oppfølging i en fase. Denne faseplanen er styringsdokumentet for fase 3 Tjenesteutvikling. Planen legger rammene og premissene for arbeidet. I tjenesteutviklingsfasen omsettes innsikter til ideer, som igjen blir til et konsept for en ny type integrert og ungdomsvennlig tjeneste. Fase 3 forbereder for neste fase som er pilotering.

Tønsberg 2.februar 2022

Kari Marthinsen Marin

prosjektleder

Nye samarbeidspartnere

Ung Arena Larvik

SiV HF skal levere likeverdige tjenester til befolkningen – uavhengig av kommunetilknytning. Det er et uttrykt ønske om en felles modell for hele Vestfold. Larvik kommune har lenge arbeidet med å etablere Ung Arena. Innsiktsrapporten foreligger og det er ansatt prosjektleder for å gjennomføre prosjektet. Basert på samtaler med kommunalsjef for Oppvekst og kvalifisering, Jan-Erik Norder og prosjektleder Vemund Strand Aspeggen, er det innledet et samarbeid mellom prosjektene. Dette er i tråd med ambisjonene for UA+ Vestfold, jfr. mandat s.3. Samarbeidet er nå formalisert i en samarbeidsavtale. (Følger som eget dokument.)

I størst mulig grad involveres Larvik i de felles prosessene som er planlagt for UA+ første halvår, men vil splittes i eget resultatløp der det er hensiktsmessig.

DIGI-UNG

DIGI-UNG programmet er et nasjonalt tiltak i regi av Helsedirektoratet. Program er tverrsektorielt og har til hensikt å samle offentlige tjenester for ungdom på ett sted, slik at man slipper å lete i en jungel av offentlige virksomheter. «Programmet jobber med å videreutvikle [ung.no](https://www.digiung.no) til å bli en brukervennlig inngangsport til kvalitetssikret informasjon og hjelpetjenester drevet av det offentlige og frivillighet på tvers av sektorer. Ung.no er statens kommunikasjonskanal for ungdom og skal tilby ungdom informasjon, hjelp og veiledning som utvikler deres handlingskompetanse og setter dem i stand til å ta gode valg.» (Ref. <https://www.digiung.no/om-programmet>)

DIGI-UNG og UA+ Vestfold har felles interesser. Med stor sannsynlighet vil digitale flater også være en del av UA+ løsningen. Det er derfor tatt initiativ til samtaler med leder av programmet Bård Olesen, m.t.p. et mulig framtidig samarbeid. Det er usikkert nå hvorvidt og/eller i hvilken grad et samarbeid vil påvirke tidsplanen. Dette utredes i løpet av første halvår 2022.

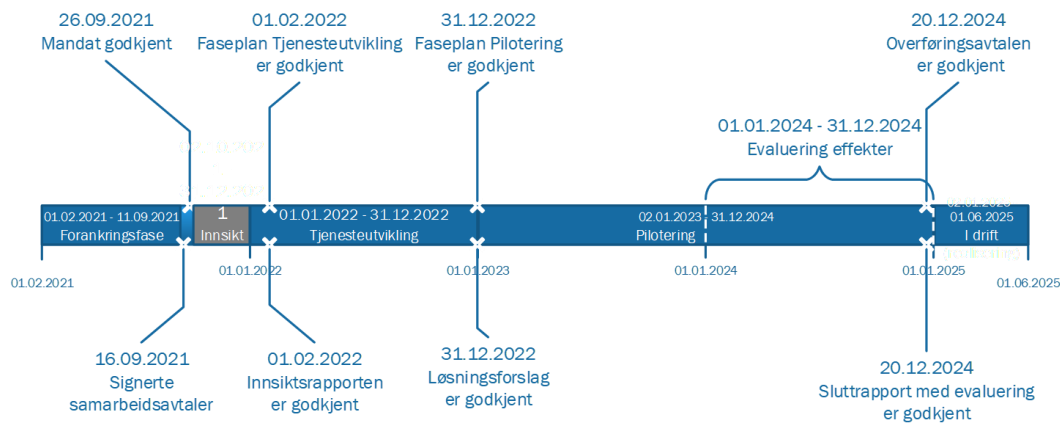
InnoMed

[InnoMed](#) er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon innen helsesektoren og eies av KS og de regionale helseforetakene i fellesskap. InnoMed skal spre kompetanse om tjenesteinnovasjon på tvers av helsetjenestene og bistår kommuner og helseforetak med prosessveiledning og –ledelse. UA+ har søkt InnoMed om bistand for å gjennomføre interessentkonferanser og work-shops, samt være sparringspartner for prosjektleder. Det er innvilget 320 timer prosessveiledning som må benyttes i løpet av 2022. Forutsetningen for et samarbeid med InnoMed er at prosjektets tematikk har relevans for andre helseforetak og kommuner, og at Helsefellesskapet i Vestfold – gjennom UA+, deler erfaringer og kunnskap som tilegnes gjennom prosjektet.

NAV UNG Tønsberg

I Innsiktsfasen har NAV Ung Tønsberg gitt verdifulle bidrag til prosjektet ved å delta i prosjektgruppa. Det er felles og tilgrensende interesser for UA+ og Ungt utenforskap (Prosjekt NAV UNG Tønsberg) og for NAV Ung i videre forstand. Som innsiktsrapporten viser er det et økende antall unge som står utenfor arbeidsliv og utdanning. Av disse har flere sammensatte psykososiale problemer. Det vil fremdeles være behov av NAV sin kompetanse inn i prosjektet – både når det gjelder å utvikle tjenesten, men muligens også som en del av løsningen. Det siste gjenstår å se. I denne fasen er det behov for kreativitet og langsiktig tenkning.

Overordnet tidsplan

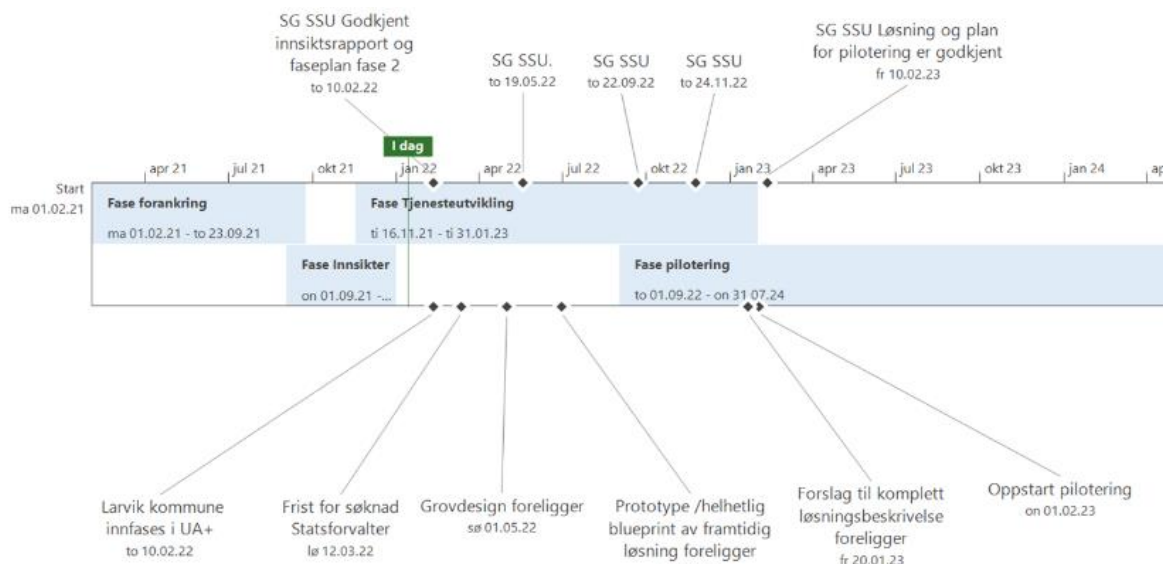


Figur 1 Tidsplan for prosjektet UA+ jfr. godkjent mandat

Bildet over viser tidsplanen for prosjektet i henhold til mandatet. Denne tidsplanen blir noe forskjøvet og tilpasset andre prosesser – bl.a. møter i Helsefellesskapet; partnerskapsmøtet og SSU. Det kan også være andre ytre prosesser som gjør at tidsplanen blir gjenstand for justeringer. Eksempelvis kan det dreie seg om administrative og politiske prosesser i hhv. kommuner og helseforetak, som vi ikke har oversikt over i dag.

Oppstart av fase 3 Tjenesteutvikling er forskjøvet om lag to uker – til medio februar 2022. Dette for å tilpasse det møteplanen til styringsgruppa, SSU. Av samme grunn forlenges fasen med halvannen måned – fra 1.1.23 til medio februar 2023.

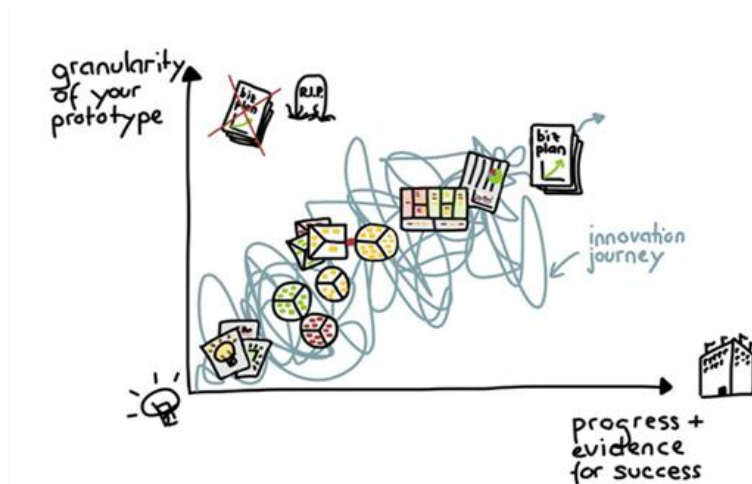
Tidsplanen under gir et overblikk over de viktigste milepælene og beslutningspunktene i fase 3 Tjenesteutvikling. For nærmere detaljer, se milepæl- og aktivitetsplan.



Figur 2 Tidslinje for fase 3 Tjenesteutvikling

Prosjektet UA+ er å betrakte som et tjenesteinnovasjonsprosjekt, basert på tjenstedesign og samskaping. Dette er prosesskrevende arbeid som ikke følger en forutsigbar framdrift. Se illustrasjonen under. En må regne med flere tilbakesløyfer og gjennomganger før en kommer fram til

den optimale løsningen. Det betyr også at tidsplanen ikke er statisk, men dynamisk; interne frister kan bli endret. Dette styres av prosjektleder. De de ytre rammene for fasen, samt beslutningspunktene skal overholdes.



Figur 3 Illustrasjon av framdriften i en innovasjons-prosess. Kilde: <https://www.strategyzer.com>

Planlagte leveranser/produkter (resultatmål i fasen)

I henhold til mandatet skal fase 3 resultere i følgende leveranser:

1. Rapport som viser løsningsbeskrivelse og anbefalinger. Rapporten skal gi et fullstendig bilde av det konseptet som behandles (UA+) som et tilstrekkelig grunnlag for å beslutte:
 - om prosjektet skal tas videre til pilotering slik det foreligger,
 - om modellen må utredes ytterligere eller
 - om beslutningen skal utsettes.
2. Løsningsbeskrivelsen skal inneholde
 - a. Tjenestebeskrivelser; hvilke behov skal tjenesten dekke? Hvilke roller og funksjoner skal Ung Arena+ ha i den samlede helse- og sosialtjenesten i hhv. Tønsberg kommune og SiV? I Larvik? Og Vestfold? Forhold til andre velferdstjenester?
 - b. Juridiske forhold, spesielt knyttet til helse- og sosialrettslige spørsmål og dilemmaer.
 - c. Tekniske og funksjonelle krav for en tilfredsstillende løsning
 - d. Krav til areal/lokalisering
 - e. Organisering; hvilket organisatorisk design anbefales for tjenestene? Ansvarsdeling og ressursallokering.
 - f. Ressursanalyse og anbefalinger for hhv nødvendig kompetanse, fasiliteter og utstyr
 - g. Kostnadsestimater for investeringer, utstyr og drift.
 - h. Plan for gjennomføring i pilot
 - i. Gevinstrealiseringsplan.

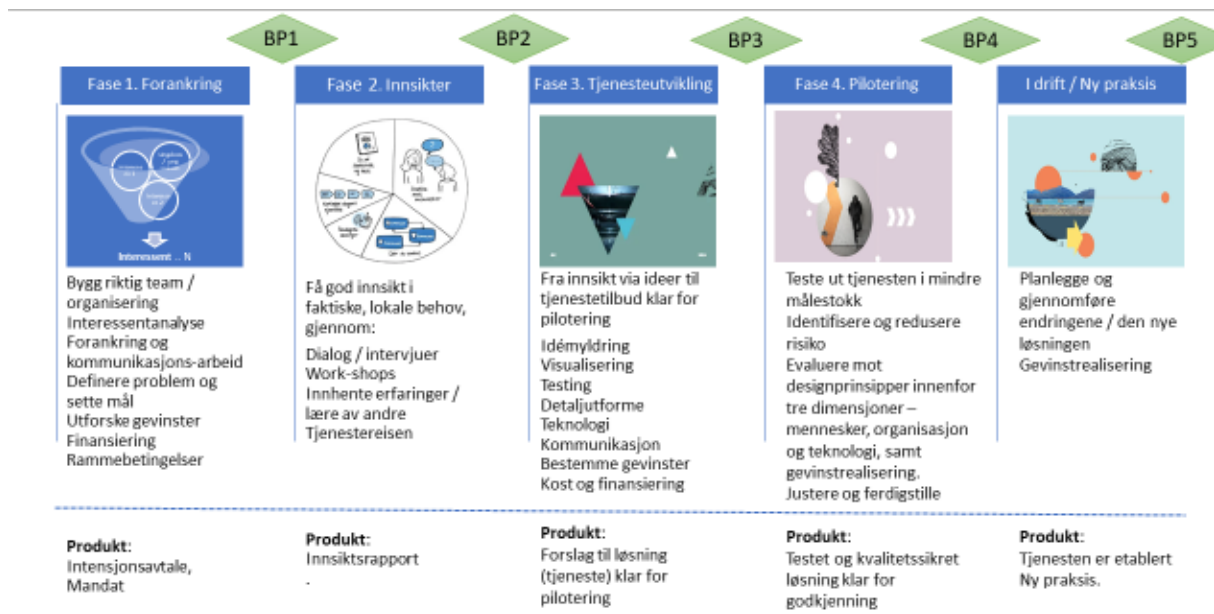
Milepæler i fasen

Aktivitetsnavn	Start	Slutt	2021																					
			s	o	n	d	Halvdel 1, 2022				Halvdel 2, 2022				Halvdel 1, 2023									
							j	f	m	a	m	j	j	a	s	o	n	d	j	f	m	a	m	j
Fase Tjenesteutvikling	ti 16.11.21	ti 31.01.23																						
Faseplan for fase 2 Tjenesteutvikling er god	to 10.02.22	to 10.02.22																						
Larvik kommune innfases i UA+	to 10.02.22	to 10.02.22																						
Frist for søknad Statsforvalter	lø 12.03.22	lø 12.03.22																						
Grovdesign foreligger	sø 01.05.22	ma 02.05.22																						
Ha gjennomført testinger (småskala)	lø 30.04.22	lø 30.04.22																						
Konseptforslag / blueprint foreligger	to 30.06.22	to 30.06.22																						
Organisatorisk løsningsbeskrivelse foreligger	to 01.09.22	to 01.09.22																						
Teknisk løsningsbeskrivelse foreligger	to 01.09.22	to 01.09.22																						
Behov for areal og fysiske fasiliteter er besk	lø 01.10.22	lø 01.10.22																						
Kost-ressursanalyser/-vurderinger foreligger	ti 01.11.22	ti 01.11.22																						
Barnerettighetsvurdering foreligger	ti 01.11.22	ti 01.11.22																						
ROS-analyser m/tiltaksplan foreligger	to 01.12.22	to 01.12.22																						
Gevinstrealiseringsplan foreligger	fr 20.01.23	fr 20.01.23																						
Oppdatere og videreutvikle gevinstplaner	to 22.09.22	ti 20.12.22																						
Forslag til komplett løsningsbeskrivelse for	fr 20.01.23	fr 20.01.23																						
Gjennomføre informasjonsarbeid i hht str	ma 14.02.22	ti 31.01.23																						
SG SSU.	to 19.05.22	to 19.05.22																						
SG SSU	to 22.09.22	to 22.09.22																						
SG SSU	to 24.11.22	to 24.11.22																						
SG SSU. Komplett løsningsbeskrivelse er god	fr 10.02.23	fr 10.02.23																						
SG SSU Løsning og plan for pilotering er god	fr 10.02.23	fr 10.02.23																						

Tilnærming og hovedaktiviteter.

Prosjektmodell

Prosjektet er organisert i faser etter KS sitt veikart for tjenesteinnovasjon. Denne er inndelt i faser og mellom hver fase er et beslutningspunkt (BP) som krever behandling i SSU.



Figur 4 KS. Veikart for tjenesteinnovasjon

Arbeidsmetodikken vil være mangesidig; det tas i bruk tjenestedesign- teknikker, tradisjonelle teknikker for utredning- og planarbeid, prosjektmøter, work-shops, interessentkonferanser mv. Det vil bli en blanding av virtuelle og fysiske møteplasser.

Interessentmedvirkning

Det er viktig å involvere både brukere, ansatte og andre sentrale interessenter underveis for å sikre forankring og treffsikre løsninger. Første halvår preges av høy grad av involvering. Det legges opp til en prosess som ivaretar interessentmedvirkning i vid forstand og brukerinvolvering spesielt. Brukere og samarbeidspartnere skal være aktive deltakere i prosessen, slik at sluttresultatet er noe som er skapt i fellesskap.

Ungdommen skal ha en tydelig stemme inn i utviklingen av løsningen og UA+ er også på agendaen til ungdomsrådene i hhv. SiV og Tønsberg kommune. Prosjektgruppa vil fortsatt ha fire ungdomsrepresentanter som bidrar på lik linje som fagpersonene.

Ungdomspanelet vil ha en viktig rolle i arbeidet gjennom hele prosjektet. Panelet består av 19 ungdomsrepresentanter som er rekruttert via ungdomsrådene i hhv SiV HF og Tønsberg kommune, og via Ung i Tønsberg. Panelet møtes 2-3 ganger i halvåret og diskuterer forhold som er av sentral betydning for dem. Det er opprettet en lukket Messenger-gruppe for korte innspill og informasjonsutveksling mellom deltakerne i ungdomspanelet og prosjektledelsen.

I tillegg opprettes en gruppe av fire ungdommer for å arbeide spesielt med kommunikasjon med / informasjon til unge. (Se senere)

Ansatte i virksomhetene involveres direkte gjennom å delta aktivt i prosjektgruppa, arbeidsgruppene tilknyttet det enkelte resultatløp og i interessentkonferansene. Det arbeides med å legge til rette for innspill og dialog gjennom kanaler for toveis-kommunikasjon. Det dreier seg om både fysiske informasjon-/dialogmøter og digitale informasjonstjenester.

Informasjon og samråd med fagorganisasjoner og vernetjenesten vil skje i tråd med lover og avtaleverk.

Øvrige interessenter involveres i ulik grad alt etter hvilken oppgave som skal løses. Dette blir synliggjort i en ansvarsmatrise knyttet til aktivitetsplanen.

Kommunikasjon med og informasjon til ungdommer er forutsetninger for virkelig å skape engasjement og interesse hos ungdom. Dette er en utfordring for prosjektet, da svært få – om noen, av de kanalene som brukes i dag av hhv Tønsberg kommune og SiV appellerer til ungdom. Uttrykksformen virker heller ikke tiltrekkende. I tillegg er styringsdokumentene og annen prosjektdokumentasjon karakterisert av et tungt språk og en presentasjonsform som er vanskelig å fatte for ungdom. Det lages derfor en egen kommunikasjonsaktivitet rettet mot målgruppen «ungdom». Til å bistå i arbeidet har det meldt seg fire unge fra Ungdomspanelet som sammen med Ung i Tønsberg skal jobbe fram informasjonsmaterieil.

Det er utarbeidet en kommunikasjonsplan for 1.halvår 2022. Det tas sikte på å nå fram med informasjon til ulike interessenter gjennom flere kanaler. (Se vedlegg 3)

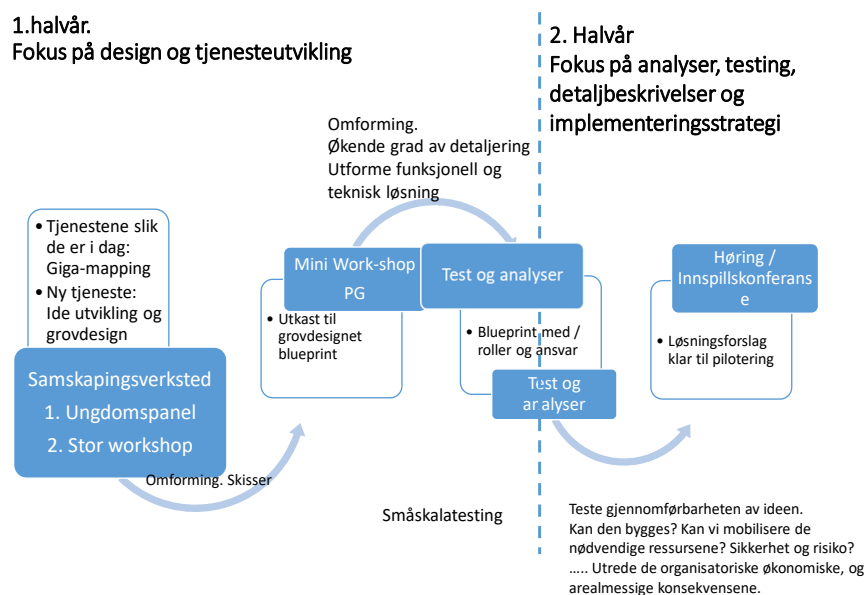
Aktivitetsplan

Aktivitetsplanen er ikke uttømmende, men inneholder hovedaktiviteter. (For visning i GANTT-diagram vises til Vedlegg 1. Milepæler og aktiviteter.)

Første halvår 2022 vil i all hovedsak dreie seg om å utvikle et design for tjenesten. Til det tenkes gjennomført to store interessentkonferanser/-verksteder, samt et verksted med et mindre utvalg interessenter. De to første handler om å sikre en felles forståelse for utfordringene og for oppdraget, skape tillit og interesse for å skape en ny integrert tjeneste, samt generere ideer til hvordan løsningen kan materialiseres. I mellom hvert verksted arbeides med å omforme og videreutvikle ideene til det som etter hvert blir til løsningsskisser- prototyper. Det tas sikte på å utvikle to alternative løsninger – en inkrementell og en radikal løsning (prototype 1 og 2). Opplegget kan bli gjenstand for endringer – avhengig av økonomi og covidsituasjonen. Samarbeidet med InnoMed kan også føre til endringer i det praktiske opplegget..

Deretter følger en periode preget av analyser og vurderinger: Før den løsningsforslaget blir lagt fram for SSU, sikres innspill fra interessentene gjennom en «høring». Det er ikke tatt stilling til hvordan denne skal foregå. Det blir planlagt i dialog med de mest sentrale interessentene.

Veien mot en løsning kan illustreres som bildet under viser.

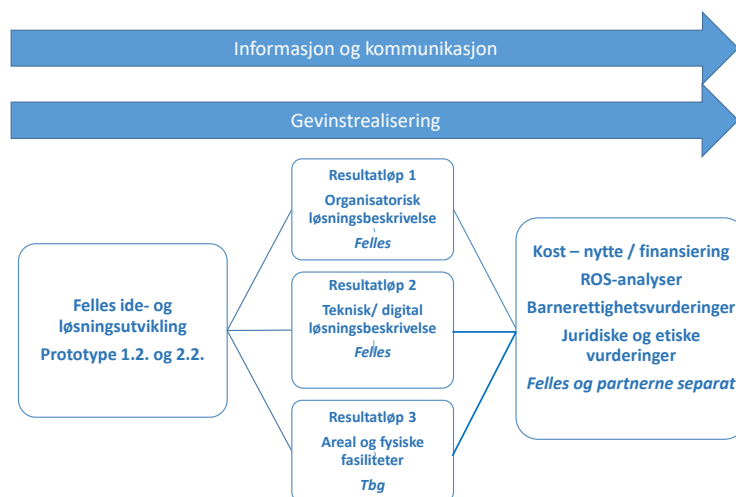


Figur 5 Illustrasjon av planlagt framdrift 2022

Når løsningsskissene («blueprintene») foreligger skal det jobbes videre med å detaljere og utrede løsningene. Prosjektarbeidet brytes da ned i resultatløp. Disse organiseres i mindre arbeidsgrupper med hver sin gruppeleder. Det vil bli laget egne tids- / aktivitetsplaner for det enkelte resultatløp. Hver arbeidsgruppe leverer i hht en spesifikk oppdragsbeskrivelse med vekt på følgende aktiviteter:

- 1) Organisering: Foreløpig oppdragsbeskrivelse:
 - a) Arbeidsprosesser, roller og ansvar
 - b) Kompetansebehov og plan for kompetanseutvikling
 - c) Beskrive prosedyrer og rutiner
 - d) Identifisere og drøfte juridiske og etiske problemstillinger knyttet til organisering og overgripende samarbeid
 - e) Finansielle konsekvenser
 - f) Evt. partnerskap skal beskrives og formaliseres
- 2) Teknisk løsningsbeskrivelse. Foreløpig oppdragsbeskrivelse:
 - a) Beskrive digitale løsninger
 - b) Uttrykk på digitale løsninger
 - c) Identifisere og drøfte juridiske og etiske problemstillinger knyttet til informasjonsflyt
 - d) Beskrive ressurs- og utstysbehov
 - e) Forslaget skal vurderes ut fra følgende behov og krav til teknologien: Brukerbehov, integrasjoner, skalerbarhet, personvern og kostnader
- 3) Areal og fysiske fasiliteter. Foreløpig oppdragsbeskrivelse:
 - a) Beskrive og vurdere arealbehov,
 - b) Interiør og designuttrykk
 - c) Annet utstysbehov
 - d) Forslaget skal vurderes ut fra følgende behov og krav: brukerbehov – både ungdom og ansatte, funksjonalitet, personvern og kostnader.

Arbeidsnedbrytningsstrukturen er illustrert i figur 6.



Figur 6 Arbeidsnedbrytningsstruktur (WBS) for UA+ Vestfold

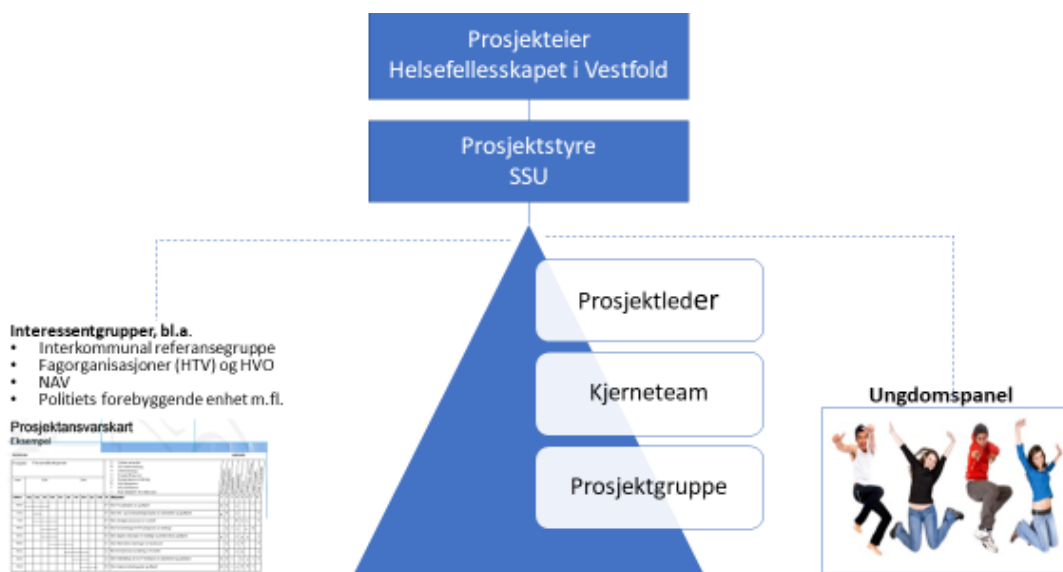
I tillegg til de tre resultatløpene som er nevnt over, løper arbeidet med gevinstrealisering og kommunikasjon. Dette arbeidet ledes av prosjektleder.

Gevinster er ønskede, planlagte og helst forhåndsdefinerte nyttevirkninger av prosjektet, men det kan også oppstå ikke-tilsiktete virkninger underveis eller etter prosjektet. Ikke minst av den grunn er det viktig å følge prosjektets løpende utvikling, for tidlig å kunne fange opp virkninger som oppstår underveis. Det kan framkomme virkninger som ikke er ønskelig. En må ta tak i dette tidlig og iverksette hindrende eller skadereduserende tiltak.

Gevinstrealisering er integrert i alt prosjekt- og utviklingsarbeid og følger prosjektets faser. Fase 2 Innsiktfasen var oppgaven å utlede og bestemme gevinster ut fra effektmålene. Det resulterte i et gevinstkart som presenterer en oversikt over effektmål, ønskede gevinster og evaluering-/ oppfølgingsmetode. Hovedansvarlig for gevinstarbeidet i fase 3 er å følge opp dette videre i en konkret plan for å høste gevinstene. Gevinstrealiseringsplanen skal ligge ved fasens sluttleveranse.

Organisering

Overordnet blir fasen organisert som tidligere. (Ref. godkjent mandat.) Det blir mindre endringer internt i prosjektet, slik at organiseringen tilpasses oppdraget for fasen.



Figur 7 Organisering av UA+

- Styringsgruppe blir uendret. Det må klargjøres hvordan forholdet mellom SSU og styringsgruppa i Larvik skal være.
- Kjerneteamet blir styrket med deltakere fra Larvik kommune, hhv. kommunalsjef for Oppvekst og Kvalifisering og virksomhetsleder for Barn og familietjenester. Disse blir viktige medspillere og mellomledd til den lokale styringsgruppa i Larvik kommune.
- Prosjektgruppa suppleres med nye deltakere:
 - Prosjektleder for UA Larvik.
 - Seksjonsledere for BUPA på begge lokasjoner. (Avdelingssjef, Eileen Lund går ut av prosjektgruppa, men fortsetter i kjerneteamet)

- Tjenesteleder fra Psykisk helse og avhengighet, Tønsberg kommune
- Prosjektgruppa i denne fasen er mer dynamisk sammensatt enn i forrige fase. Det er en stor gruppe og for å kunne jobbe mest mulig effektivt vil deltakerne bli innkalt etter behov; etter hvilken type oppgave som skal løses. Prosjektgruppa deltar og bidrar inn i interessent-konferansene. Disse kommer ikke i tillegg til, men i stedet for separate møter. Det legges altså opp til høy grad av fleksibilitet.
- Ref. arbeidsnedbrytningen opprettes det tre arbeidsgrupper. Gruppeleder er ansvarlig for «sitt» resultatløp. For å sikre kontinuitet og koordinering er gruppelederne «rekruttert» fra prosjektgruppa. Koordineringsansvaret ligger hos prosjektleder. Arbeidsgruppenes sammensetning vil henge sammen med oppgaven som skal løses. Det er vesentlig at arbeidsgruppene kan trekke veksler på nødvendig kompetanse alt etter behov. Det kan f.eks. dreie seg om ressurser til analyse, økonomi, eiendom, IKT mm.

Når leveransene foreligger, samles alt med sikte på å gjøre helhetlige analyser og vurderinger.

- Ungdomspanelet fortsetter. Består av 19 ungdommer, hvorav
 - 4 deltar i prosjektgruppa
 - 4 deltar i arbeidsgruppe for ungdomsvennlig kommunikasjon/informasjon
- «Kommunal referansegruppe» inviteres med i interessentkonferansene (work-shops) og eventuelt i særskilte møter, hvis behov.

Budsjett og finansieringsplan for fase3

Budsjettet er utarbeidet på grunnlag av aktivitetsplanen slik den foreligger pr. dato.

Lønnskostnader

- Direkte lønnskostnader knytter seg til lønn for prosjektleder i 100% stilling og prosjektmedarbeider i 20% stilling, samt honorar til ungdomsrepresentantene. Ungdomsrepresentantene honoreres i hht avtale mellom SiV og brukerorganisasjonene.
- Indirekte lønnskostnader relatert til deltakelse i møter, inkl. for- og etterarbeid og dekkes i stor grad av partnerne selv. Det er budsjettert tid til for- og etterarbeid. (Faktor 2)

Samskaping krever høy grad av samarbeid og involvering. I dette prosjektet er det svært mange aktører som er enten direkte eller indirekte berørt. Samskapingsverksteder / interessentkonferanser koster. Det må leies lokaler og fasiliteter, da ingen av partnerne disponerer lokaler som kan romme så mange mennesker og overholde regler knyttet til covid-situasjonen.

InnoMed har innvilget 320 timer prosesstøtte. InnoMed dekker egne lønnskostnader, reiseutgifter for sine rådgivere som bistår prosjektet. Det er derfor ikke budsjettert

kostnader til InnoMed. Dette gjør at prosjektet sparer kostnader til prosessledelse og tjenestedesign.

I og med at det er andre deltakere med nå enn i forprosjektet, er det lagt inn midler til studiebesøk til kompetansemiljøer innenfor feltet «barn og unge / psykisk helse og rus»

Å nå de rette ungdommene er et suksesskriterium for prosjektet. Som beskrevet i innsiktssrapporten er det behov for å utvikle ungdomsvennlig informasjons- og kommunikasjonsmateriell. Det kan være seg å lage filmer, blogger, brosjyremateriell, sosiale medier m.m. Kommunikasjonsenhetene i hhv. Tønsberg kommune og SiV samarbeider med prosjektet om informasjonsarbeidet. Kompetansebroen benyttes aktivt. I tillegg engasjeres personer fra ungdomspanelet og Ung i Tønsberg for å utvikle materiell med ungdomsvennlige uttrykk. Det kan allikevel bli nødvendig å kjøpe spesialkompetanse. Kommunikasjonsplanen for neste halvår følger som vedlegg.

Følgforskningen er holdt utenom: finansieres gjennom de respektive forskningsmiljøene

Budsjett	Tjeneste- utvikling 2022	Merknader
Lønnsutgifter med sosiale utgifter	2 802 824	Direkte og indirekte lønnskostnader, inkl. sos.kost.
Reiseutgifter, arrangement, møter, konferanser	105 600	Samskaping: ungdomspanel, prosjektgruppe, kommunal referansegruppe. Studiebesøk
Innovasjonslab / samskapingsverksted	135 000	Store samlinger inntil 100 personer. Dagpakker og prosessledelse/fasilitator
Kommunikasjon- og informasjonsmateriell	50 000	Utvikling av ungdomsvennlig informasjon/kommunikasjon
Driftsutgifter, forbruksmateriell og kontortjenester inkludert lokaler og energi	50 000	
Andre utgifter,	50 000	Buffer; uforutsette utgifter
Sum	3 193 424	
Finansieringsplan	2022	Merknader
Egenfinansiering SiV HF	277 369	Direkte og indirekte lønnskostnader.
Egenfinansiering Tønsberg Kommune	277 369	Indirekte kostnader
Egenfinansiering Larvik kommune	138 685	Indirekte kostnader
Tilskudd fra Helsedirektoratet	2 500 000	Antatt søknadsfrist mars 2022. Dekke direkte kostnader
Delfinansiering/tilskudd fra andre instanser		
Sum	3 193 424	

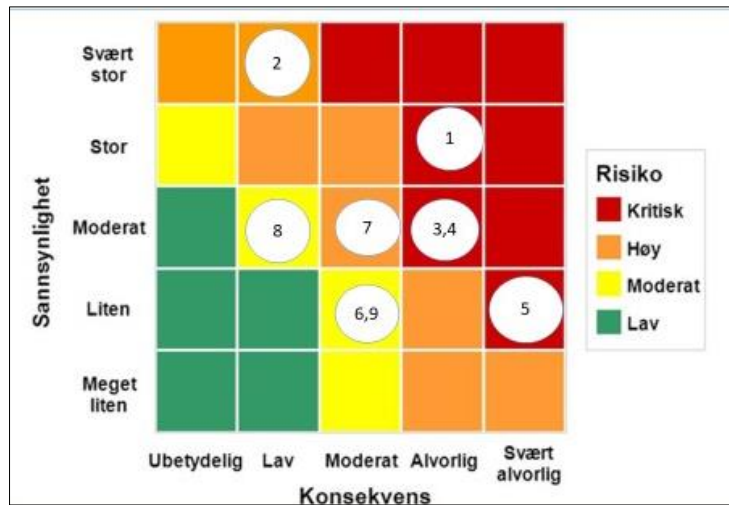
Finansiering

Forankringsfasen og innsiktsfasen har i sin helhet vært finansiert av partnerne. SiV HF har dekket alle direkte kostnader, bl.a. lønn til prosjektleder i 100% stilling og honorar til ungdomsdeltakerne. Indirekte lønnskostnader (arbeidstid medgått til møter inkl. forberedelse/etterarbeid) er dekket over de respektive virksomhetenes budsjetter.

Den fasen som starter nå – tjenesteutvikling, er ressurskrevende. Det blir derfor nødvendig å søke eksterne tilskudd – prioritert til å finansiere direkte kostnader knyttet til samskapingsverksteder, informasjonsarbeid og direkte lønnskostnader (prosjektleder). Det forutsettes egenfinansiering av indirekte kostnader i hht planen.

Risikovurdering av planen

Hva kan hindre prosjektet i å gjennomføre i henhold til planen?



Figur 8 Risikokart for fase 3 Tjenesteutvikling

UA+ innebærer solid deltakelse både fra de virksomhetsområdene som er direkte berørt og av stabsheter. Samskaping er et premiss for prosjektet. Samtidig er virksomhetene i en svært krevende driftssituasjon. Det utgjør en risiko for gjennomføringen – ikke bare når det gjelder tidsplanen, men også for kvaliteten i leveransen. I det følgende fremheves enkelte risikovurderinger som er knyttet til gjennomføringen i forhold til planforutsetningene – tid, kost og kvalitet. For detaljplan, se Vedlegg 2. Risikoplan

Tid

Er tidsplanen for ambisiøs? Planen er vurdert til å være krevende, men realistisk. Det er mye som skal gjøres og mange som skal involveres i løpet av denne fasen. Det er en risiko for at enkelte aktiviteter og milepæler blir forskyvet i tid, men det tilstrebes at tidsrammen for fasen totalt sett, skal holdes. Konsekvensen dersom prosjektet forsinkes vesentlig er vurdert til å være alvorlig; det kan føre til at pilotering utsettes ytterligere et år. Dette fordi løsningen med stor sannsynlighet vil ha elementer i seg som må behandles i de respektive budsjettprosessene.

Risikoplanen omhandler flere forhold som kan føre til forsinkelser. Det settes i gang tiltak for å håndtere dette, slik at den ytre sammen blir overholdt.

Kvalitet

De viktigste risikoelementene knyttet til prosjektgjennomføringen er tilgang på nødvendig kompetanse. Det er viktig å involvere både brukere, ansatte og andre sentrale interessenter underveis for å sikre forankring og **treffsikre** løsninger. Det legges opp til en prosess som ivaretar interessentmedvirkning i vid forstand og brukerinvolvering spesielt. Av flere grunner er det allikevel risiko for at prosjektet ikke å når viktige interessenter. Det kan for eksempel

handle om at informasjon ikke når fram; at viktige fagressurser ikke kan delta i den grad som er nødvendig; eller at prosjektet ikke blir prioritert.

Det er imidlertid svært viktig at det settes av tilstrekkelige ressurser i henhold til det behovet som er meldt i prosjektplanen, og at disse ikke bare blir respektert, men også aktivt støttet av kollegaer, overordnede og samarbeidspartnere. I dette har både prosjekteier (SSU), linjeledere, prosjektet og den enkelte medarbeider et ansvar.

Og nå «de rette» ungdommene er en utfordring for prosjektet, da svært få – om noen, av de kanalene som brukes i dag av hhv Tønsberg kommune og SiV appellerer til ungdom. Prosjektet har derfor opprettet en egen ungdomsgruppe som sammen med Ung i Tønsberg skal omsette prosjektinformasjon til mer ungdomsvennlige uttrykk.

Når det gjelder økonomiplanen, er den vurdert til å utgjøre middels risiko for denne fasen, men prosjektet ville stå mye sterkere hvis det ble tilført eksterne midler.

Økonomi

Det vil bli søkt om midler fra Statsforvalter / Helsedirektoratet gjennom tilskuddsordningen «Tilbud til barn og unge med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester». Det vurderes som svært sannsynlig at prosjektet vil bli innvilget tilskudd, men beløpets størrelse er høyst usikkert.

Hva så om prosjektet ikke får eksterne tilskudd? Blir det nedlagt? Redusert ambisjon? Denne risikoen er etter samtale med AU og fagdirektør ved sykehuset, vurdert til å være liten.

Det understrekes at denne vurderingen gjelder for fase 3 Tjenesteutviklingen.

Prosjektstyring og rapporteringsmekanismer

Prosjektleder rapporterer til SSU. Leder av SSU fyller rollen som prosjekteier på fullmakt av partnerskapsmøtet. Samhandlingssjef, Irene Jørgensen, koordinerer kommunikasjonen mellom prosjektleder og SSU. Det er tett dialog mellom samhandlingssjef og prosjektleder.

Prosjektleder er ansvarlig for å styre prosjektet innenfor rammen av tid, kost og kvalitet. Større avvik fra planen meldes til SSU.

Alle styringsdokumenter (mandat, faseplan og rapporter) legges fram for SSU for godkjenning. Fase 3 har en varighet på ca. et år. Faserapport og komplett løsningsforslag skal legges fram i SSU's første møte i 2023. Prosjektet rapporterer status om framdrift, kost og kvalitet i hvert SSU-møte i 2022.

Kjernegruppa består foruten prosjektleder – av linjeledere i hhv. SiV, Tønsberg kommune og Larvik kommune. Kernegruppa har månedlige oppfølgingsmøter. Hovedansvar er å bistå i prosjektstyringen.

Vedlegg 1. Milepæler og aktiviteter

Aktivitetsnavn	Start	Slutt	2021																							
			s	o	n	d	j	f	m	a	m	j	j	a	s	o	n	d	j	f	m	a	m	j	f	
Fase Tjenesteutvikling	ti 16.11.21	ti 31.01.23																								
Faseplan for fase 2 Tjenesteutvikling er god	to 10.02.22	to 10.02.22	♦ 10.02																							
Larvik kommune innfases i UA+	to 10.02.22	to 10.02.22	→ 10.02																							
Planlegge og formalisere samarbeid UA+ og Larvik kommune	ma 08.11.21	ma 31.01.22																								
Samarbeidsavtale m Larvik godkjent	to 10.02.22	to 10.02.22	♦ 10.02																							
Frist for søknad Statsforvalter	lø 12.03.22	lø 12.03.22	♦ 12.03																							
Skrive søknad om finansiering	ma 14.02.22	on 23.02.22																								
Grovdesign foreligger	sp 01.05.22	sp 01.05.22	→ 01.05																							
Planlegge og gjennomføre samskappingsverksted 1 Ungdomspanel -	on 26.01.22	to 17.02.22																								
Planlegge og gjennomføre samskappingsverksted. Oppstart	ma 03.01.22	ma 07.03.22																								
Skissere , visualisere løsningsforslag.	to 24.02.22	sp 01.05.22																								
Ha gjennomført testinger (småskala)	lø 30.04.22	lø 30.04.22	♦ 30.04																							
Utvikle nye kontaktpunkter	ma 07.03.22	fr 01.04.22																								
Konseptforslag / blueprint foreligger	to 30.06.22	to 30.06.22	→ 30.06																							
Planlegge og gjennomføre dialogkonferan	fr 01.04.22	ma 20.06.22																								
Omforming. Detaljering. Tjenestereisen	to 07.04.22	ti 10.05.22																								
Detaljutforming Design	to 12.05.22	ma 27.06.22																								
Samarbeidsavtale m H-dir / DigiUng forel	to 30.06.22	to 30.06.22	♦ 30.06																							
Utforske og planlegge evt samarbeid	ma 15.11.21	fr 31.12.21																								
Møte PL-gruppa og programleder for E	ma 14.02.22	ma 28.02.22																								
Møte programstyret for Digi Ung	ma 02.05.22	ti 31.05.22																								
Organisatorisk løsningsbeskrivelse foreligge	to 01.09.22	to 01.09.22	♦ 01.09																							
Teknisk løsningsbeskrivelse foreligger	to 01.09.22	to 01.09.22	♦ 01.09																							
Behov for areal og fysiske fasiliteter er besk	lø 01.10.22	lø 01.10.22	♦ 01.10																							
Kost-ressursanalyser/-vurderinger foreligge	ti 01.11.22	ti 01.11.22	♦ 01.11																							
Barnerettighetsvurdering foreligger	ti 01.11.22	ti 01.11.22	♦ 01.11																							
ROS-analyser m/tiltaksplan foreligger	to 01.12.22	to 01.12.22	♦ 01.12																							
Gevinstreiseringsplan foreligger	fr 20.01.23	fr 20.01.23	♦ 20.01																							
Forslag til komplett løsningsbeskrivelse for	fr 20.01.23	fr 20.01.23	♦ 20.01																							
Gjennomføre informasjonsarbeid i hht stra	ma 14.02.22	ti 31.01.23																								
SG SSU.	to 19.05.22	to 19.05.22	♦ 19.05																							
SG SSU	to 22.09.22	to 22.09.22	♦ 22.09																							
SG SSU	to 24.11.22	to 24.11.22	♦ 24.11																							
SG SSU. Komplette løsningsbeskrivelse er god	fr 10.02.23	fr 10.02.23	♦ 10.02																							
SG SSU Løsning og plan for pilotering er god	fr 10.02.23	fr 10.02.23	♦ 10.02																							

Vedlegg 2. Risikoplan

A: Hovedansvarlig B: beslutning R: Rådføres I: Informeres U: utfører
a: delansvarlig

Nr	Kritisk faktor (Hva kan hindre prosjektet i å gjennomføre i henhold til planen?)	Konsekvens	Vurdering av Risiko ($S_1 \cdot K_1 = R_1$)			Risikoreducerende tiltak	Ansvarskart				
			S ₁	K ₁	R ₁		SSU	PL	PE Tbg	PE/PL Larvik	PE SiV
1	Info /kommunikasjon når ikke målgruppen	Vesentlig dårlige resultat enn planlagt	4	4	16	Utvikle og tilpasse ungdomsvennlig informasjon Sikre finansiering til info	AB	a/U			
2	Interne prioriteringer. Drift vs. prosjekt? Dårlig kontinuitet	Forsinkelser i hht plan. Kan føre til en ikke optimal løsning	5	3	15	Sette av tid og ressurser til prosjektet Planer skal foreligge tidlig. Muligheter for å planlegge et halvt år fram i tid	a	u	Au	Au	Au
4	Pandemien: fravær av nødvendig kompetanse til prosjektet Mindre kreative på digitale medier	Dårligere kvalitet enn ambisjonen Brudd på kritisk linje	3	4	12	Sørge for back-up systemer / stedfortreder Profesjonell prosessledelse		aU	AU	AU	AU
3	Svært mange interessenter; utfordrende medvirkning og informasjonsarbeid	Viktig kunnskap glipper Dårligere kvalitet enn ambisjonen	3	4	12	Grundig interessentanalyse og medvirkning i hht aktivitet. Agil tilnærming God samarbeid mellom kommunikasjonsenhetene		aU			

Nr	Kritisk faktor (Hva kan hindre prosjektet i å gjennomføre i henhold til planen?)	Konsekvens	Vurdering av Risiko (S ₁ * K ₁ = R ₁)			Risikoreducerende tiltak	Ansvarskart				
			S ₁	K ₁	R ₁		SSU	PL	PE Tbg	PE/PL Larvik	PE SiV
		Vanskelig å spre/dele info og sikre medvirkning				Samordnet informasjon. kommunikasjonsplan			Ru	Ru	Ru
5	Tid: ambisiøs tidsplan	Sluttmilepæl ikke nådd 1 år forsinkelse pga budsjettprosesser	2	5	10	<i>Streng risikostyring for å sikre framdrift Endring i plan skal meldes SSU</i>	AB	aU			
6	Økonomi: Hva skjer hvis ikke prosjektet tilføres eksterne midler?	Worst case: prosjektet legges ned eller utsettes	2	3	6	Finansieringen ivaretas av partnerne Endret tilnærming	ab		B	B	B
7	Samtidighetskonflikter: fravær av nødvendig kompetanse til prosjektet	Kan føre til en ikke optimal løsning. Dårligere enn ambisjonen	3	3	9	<i>Innhente info om pågående prosesser. Streng koordinering</i>		aU	R	R	R
8	Innfasing av Larvik kommune; kan gi forskyvninger i aktivitetsplanen mht framdrift og innhold	Ubetydelig endring i planer	3	2	6	Justere aktiviteter. Påvirker ikke ytre rammer	A	au		au	
9	Forskjellig kultur og kunnskap mellom fagmiljøene /-nivåene	Forsinkelser i hht plan. Kan føre til en ikke optimal løsning	2	3	6	Legge til rette for god dialog og gjensidig læring Samskaping		aU			

Vedlegg 3. Kommunikasjonsplan. 1.halvår 2022

		Info- / kommunikasjonsplan									
Aktivitetsnavn		Info / kommunikasjonsstiltak				Ansvarskart					
Fase Tjenesteutvikling, aktivitetsplan	Dato	Budskap (Hva ønsker du å si? Budskapet er ordene du velger å si akkurat denne gangen – ikke helheten om temaet du snakker om.)	Hensikt Hva ønskes oppnådd med informasjonen?	Kommunikasjonstiltak (nyhetssak, infomøte mm)	Når	Kommunikasjons-kanal	PL / komm. kontakt	Komm. SIV	Komm. . Tbg	Ung i Tbg	Komm. Larvik
Oppstart fase 3. Tjenesteutvikling. Ungdomspanel. Framtidsverksted. Lage film,	17.02.2022		Oppslutning og engasjement.	Invitasjon; / innkalling	03.02.2023	E-post, sms, messenger	Kari / (AU)			ung i Tbg (U)	
Oppstart fase 3 Tjenesteutvikling . Samskappingsverksted 7.mars 2022	07.03.2022	psykisk helse og trivsel i hverdagen! (visjon) Nå utvikles innholdet i den nye ungdomsvennlige tjenesten Ung Arena + - Nå utvikles Ung Arena+ - et nytt lavterskiltbud for ungdom. Vestfold satser på ungdommen.	Tilgjengeligjøre informasjon om prosjektets fase og skape engasjement blant involverte aktører, og legge til rette for medvirkning.	Nyhetssak på SIV.no, Tønsberg kommunes nettside og intranet. Invitasjon til -arrangementene i fasen utgis: Samskappingsverksted Youtube video legges ved faseplan og nyhetssak. ublisere arrangement på nettsider (siv.no, Kompetansebroen.no, Tønsberg kommunes intranet/internetsider/ ansattesider på facebook, samt Larvik kommune sin nettside/intranet.	Utkast til infopakke 10.02.2022. Publisering av sak : 03.2022	SIV.no, Tønsberg kommunes nettside, intranet, youtube (sosiale medier- take over instagram en dag i vinterferien?) Kompetansebroen- nyhetssak	AM/Kari, Birgitte og Kristian (A),	Merete (U)	Birgitte/ Kristian (A og U)	Kari S. og ungdomgr. (U)	
Larvik kommune innfases i UA+. Godkjenning av faseplan. SSU	to 10.02.22	Ung Arena Larvik blir en del av Ung Arena + Vestfold. Sykehuset, Tønsberg og Larvik samarbeider om nye ungdomstjenester.	Informere om at Larvik kommune innfases i Ung Arena + i fasen hvor tjenesten skal utformes. Gi informasjon til involverte, skape engasjement og involvere aktører.	Larvik kommunes nettside og intranet, samt Kompetansebroen.no	Medio februar	Larvik kommunes nettside, intranet, Kompetansebroen.no,	AM/ Kari/ Vemund (A)	Merete (R)	Birgitte/ Kristian (R)	Kari S. og de fire ungdommene (R)	Vemund (A) (U)
Samarbeidsavtale m Larvik kommune foreligger	10.02.22	Ung Arena+ Vestfold inngår samarbeidsavtale med Larvik kommune.	Gi informasjon om at avtalen foreligger og hvilke konsekvenser det får i fasen.	Signert avtale oversendes parter og det informeres i SSU i februar, samt i prosjektgruppen.	Medio februar	SSU	Kari og Vemund (U)	Merete (R)	Birgitte/ Kristian (U)	Kari S. og de fire ungdommene (R)	Vemund (A)
Det foreligger positivt svar på økonomisk eller annen prosjektstøtte		Prosjektmidler til Ung Arena + Vestfold. Ung Arena+ Vestfold får støtte avNN	Gi informasjon samt skape engasjement om prosjektet og konsekvensene støtten har for videre arbeid i utviklingen av Ung Arena + i Vestfold.	Informere beslutningstakere og samarbeidsparter, samt aktørene i prosjektet.			Kari/AM og Vemund (U)				
Grovedsign av ny tjeneste foreligger	sø 01.05.22	dette kan bli Vestfolds nye tilbud til ungdom som sliter Slik kan en ny ungdomsvennlig tjeneste se ut i Vestfold.	Gi informasjon om hva prosjektgruppen har jobbet frem, skape engasjement og gi informasjon og involvere aktører.	Nyhetssak på intranet i Larvik og Tønsberg og SIV, samt hjemmesider og Kompetansebroen.no, samt Youtubefilm evt. sosiale medier. Informasjon på skoler, informasjon hos skolehelsetjenesten.	Medio Mai	SIV.no, Tønsberg og Larvik kommunes hjemmesider, Lokalavisen/NRK Vestfold?	AM/Kari/Vemund (A)	Merete (U)	Birgitte/ Kristian (U)	Kari S. og de fire ungdommene (U)	Vemund (A)
Samskappingsverksted nr 1. 7.mars 2022	23.02.2022	Interessentkonferanse/Workshop i Ung Arena + 02.03.2022 klokkeslett, sted og program.	Gi informasjon om hensikten med konferansen/workshop med innholdet/programmet/tid og sted. Sende ut invitasjon til aktuelle aktører/deltagere til konferansen.	Publisere arrangement på nettsider (siv.no, Kompetansebroen.no, Tønsberg kommunes intranet/internetsider/ ansattesider på facebook, samt Larvik kommune sin nettside/intranet.	27.01.2022	SIV.no, Tønsberg kommunes ansatteside på facebook, direkte kommunikasjon med aktører, opprette arrangement på Kompetansebroen.no	AM/Kari/ Vemund (A)	Merete (U)	Kristian (U)	Kari S og de fire ungdommene (U)	Amund (A)
Oppstart av småskåtesteringer											
Prototype /helhetlig blueprint av framtidig løsning foreligger	to 30.06.22										
Samskappingsverkstede nr 2. 11.mai	11.05.2022	Interessentkonferanse i Ung Arena + 11.mai, klokkeslett, sted og program.	Gi informasjon om hensikten med konferansen/workshop med innholdet/programmet/tid og sted. Sende ut invitasjon til aktuelle aktører/deltagere til konferansen.	Publisere arrangement på nettsider (siv.no, Kompetansebroen.no, Tønsberg kommunes intranet/internetsider, samt Larvik kommune sin nettside/intranet.	06.04.2022	SIV.no, Tønsberg kommunes nettside/intranet evt ansatte facebookside, Larvik kommunes nettside/intranet/ evt. ansatteside	AM/Kari/Vemund (A)	Merete (U)	Kristian (U)	Kari S og de fire ungdommene (U)	Amund (A)
Samarbeidsavtale m H-dir / DigiUng foreligger	31.06.22	Samarbeidsavtale mellom Ung Arena + DigiUng (H.dir) er på plass.	Gi involverte parter informasjon om formalisering av samarbeid og hva det innebærer for aktørene.	Youtubefilm som invoverer og informerer de unge, samt øvrige aktører med et ungdomsvennlig uttrykk.	31.06.2022	SIV.no, Tønsberg kommunes nettside/intranet evt. ansattes facebookside, Larvik kommunes nettside/intranet/evt. ansatteside.	AM/Kari/Vemund (A)	Merete(U)	Kristian (U)	Kari S. og de fire ungdommene (U)	Amund (A)

Vedlegg 4 Oversikt over prosjektdeltakere 2022

Navn	Tittel
Kari Marthinsen Marin	Prosjektleder
Kjerneteam	
Line Tonholt Børresen	Virksomhetsleder Barn og unge, Tbg.kommune
Kari Seierstad	Virksomhetsleder Ung i Tønsberg, Tbg. kommune
Eileen Christine Lund	Avdelingssjef, SiV HF, BUPA
Katarina Krokeborg	Avdelingssjef, SiV HF, ARA
Jan Erik Norder	Kommunalsjef, Oppvekst og kvalifisering, Larvik kom.
Rikke Hellum	Virksomhetsleder, Barn og familietjenester
Prosjektgruppe	
Fredrik Bonde Marthinsen	Ungdomsrepresentant. Ungdomsrådet, Tbg.kommune
Emma Lina Stordalen	Ungdomsrepresentant. Ungdomsrådet, Tbg.kommune
Johanne Langklepp	Ungdomsrepresentant. Ungdomsrådet SiV.
Oliver S. Bøe	Ungdomsrepresentant. Ung i Tønsberg
Kari Seierstad	Virksomhetsleder Ung i Tønsberg, Tbg.kommune
Line Tonholt Børresen	Virksomhetsleder Barn og unge, Tbg.kommune
Arve Howlid	Tjenesteleder Ung i Tønsberg og SLT koordinatør
Katrine Viken Foyen	Forebyggende helse, ungdomshelsestasjonen
Marte Opsal	Psykolog, Barn og Unge, psykisk helse. Tbg. kommune
Marita Kruse-Moss	Barnevern, Tbg.kommune
Laila Standsnes	Tjenesteleder, Psykisk helse og avhengighet. Tbg.
Hege Aurora Bekkevahr	Brukerkonsulent, SiV HF, DPS
Marit Holter	Psyk.spl., SiV HF, DPS, TIPS
Katinka Lødrup	Psykolog, SiV HF, ARA
Bård Bugge	Seksjonsleder, SiV HF, BUPA Tbg
Solfrid Espegren	Seksjonsleder, SiV HF, BUPA Larvik
<i>Navn, ikke bekreftet pr. dato</i>	<i>DPS</i>
Anne Mari Næss Øyen (20 %)	Prosjektmedarbeider Samhandling
Vemund Strand Aspeggen	Prosjektleder Ung Arena Larvik
Eline Aas	Førsteamanuensis, UiO, NORCHER
Kjersti With	PL Ungt utenforskap, NAV Tbg
Vara:	
Monica Fjeld	Los Ung i Tønsberg og hovedtillitsvalgt FO
Eirill Næs	Psykisk helse, Tbg.kommune

Vedlegg 5. Nyttig dokumentasjon i fasen

Henvisninger til dokumentasjon, utover styringsdokumentasjonen, som kan være nyttig.

- Ung Arena+ Innsiktsrapport 2021
- Helsedirektoratet 2021 [Psykisk helsearbeid for barn og unge - en innsiktsrapport](#)
- KS og Arkitekt- og designhøgskolen i Oslo (AHO). [Tiden er inne for tjenstedesign. Innføring for kommunale innovasjonsprosesser](#)
- Barneombudet. [Verktøy for barnerettighetsvurderinger og medvirkning](#)
- Helsedirektoratet. Rapport 2018 [Ungdomshelse i en digital verden](#)
- Tønsberg kommune. [Budsjett 2021. Økonomiplan 2021-2024](#)
- Sintef. KS Rapport 2018 [En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer.](#)

*Ungdommen skal oppleve bedre psykisk helse og
trivsel i hverdagen.*

(Visjon for arbeidet)

Ung Arena + Vestfold

Faseplan for fase 3 Tjenesteutvikling 2022

Innhold

Nye samarbeidspartnere	2
Ung Arena Larvik	2
DIGI-UNG	2
InnoMed	2
NAV UNG Tønsberg	2
Overordnet tidsplan	3
Planlagte leveranser/produkter (resultatmål i fasen).....	4
Milepæler i fasen.....	5
Tilnærming og hovedaktiviteter.....	5
Prosjektmodell	5
Interessentmedvirkning	6
Aktivitetsplan.....	7
Organisering	9
Budsjett og finansieringsplan for fase3	10
Risikovurdering av planen	12
Prosjektstyring og rapporteringsmekanismer	13
Vedlegg 1. Milepæler og aktiviteter	14
Vedlegg 2. Risikoplan.....	15
Vedlegg 3. Kommunikasjonsplan. 1.halvår 2022	17
Vedlegg 4 Oversikt over prosjektdeltakere 2022	18
Vedlegg 5. Nyttig dokumentasjon i fasen	19

En faseplan er en detaljert plan for styring og oppfølging i en fase. Denne faseplanen er styringsdokumentet for fase 3 Tjenesteutvikling. Planen legger rammene og premissene for arbeidet. I tjenesteutviklingsfasen omsettes innsikter til ideer, som igjen blir til et konsept for en ny type integrert og ungdomsvennlig tjeneste. Fase 3 forbereder for neste fase som er pilotering.

Tønsberg 2.februar 2022

Kari Marthinsen Marin

prosjektleder

Nye samarbeidspartnere

Ung Arena Larvik

SiV HF skal levere likeverdige tjenester til befolkningen – uavhengig av kommunetilknytning. Det er et uttrykt ønske om en felles modell for hele Vestfold. Larvik kommune har lenge arbeidet med å etablere Ung Arena. Innsiktsrapporten foreligger og det er ansatt prosjektleder for å gjennomføre prosjektet. Basert på samtaler med kommunalsjef for Oppvekst og kvalifisering, Jan-Erik Norder og prosjektleder Vemund Strand Aspeggen, er det innledet et samarbeid mellom prosjektene. Dette er i tråd med ambisjonene for UA+ Vestfold, jfr. mandat s.3. Samarbeidet er nå formalisert i en samarbeidsavtale. (Følger som eget dokument.)

I størst mulig grad involveres Larvik i de felles prosessene som er planlagt for UA+ første halvår, men vil splittes i eget resultatløp der det er hensiktsmessig.

DIGI-UNG

DIGI-UNG programmet er et nasjonalt tiltak i regi av Helsedirektoratet. Program er tverrsektorielt og har til hensikt å samle offentlige tjenester for ungdom på ett sted, slik at man slipper å lete i en jungel av offentlige virksomheter. «Programmet jobber med å videreutvikle [ung.no](https://www.digiung.no) til å bli en brukervennlig inngangsport til kvalitetssikret informasjon og hjelpetjenester drevet av det offentlige og frivillighet på tvers av sektorer. Ung.no er statens kommunikasjonskanal for ungdom og skal tilby ungdom informasjon, hjelp og veiledning som utvikler deres handlingskompetanse og setter dem i stand til å ta gode valg.» (Ref. <https://www.digiung.no/om-programmet>)

DIGI-UNG og UA+ Vestfold har felles interesser. Med stor sannsynlighet vil digitale flater også være en del av UA+ løsningen. Det er derfor tatt initiativ til samtaler med leder av programmet Bård Olesen, m.t.p. et mulig framtidig samarbeid. Det er usikkert nå hvorvidt og/eller i hvilken grad et samarbeid vil påvirke tidsplanen. Dette utredes i løpet av første halvår 2022.

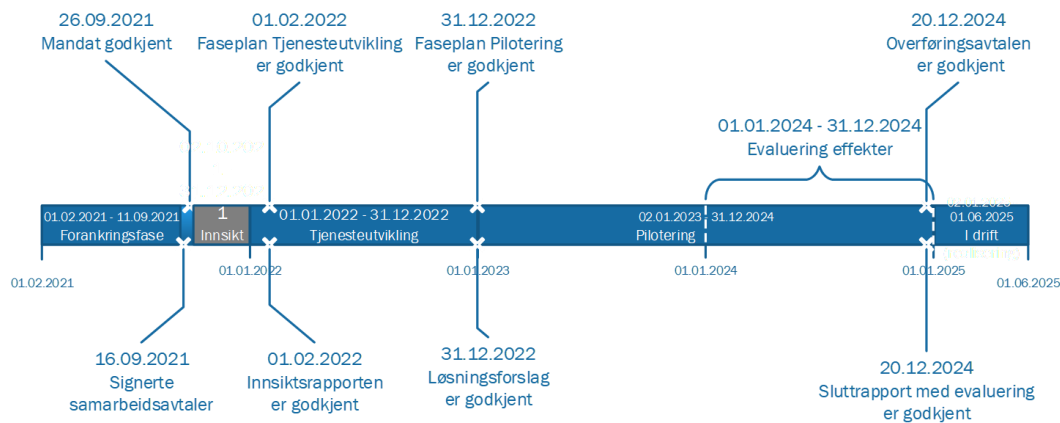
InnoMed

[InnoMed](#) er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon innen helsesektoren og eies av KS og de regionale helseforetakene i fellesskap. InnoMed skal spre kompetanse om tjenesteinnovasjon på tvers av helsetjenestene og bistår kommuner og helseforetak med prosessveiledning og –ledelse. UA+ har søkt InnoMed om bistand for å gjennomføre interessentkonferanser og work-shops, samt være sparringspartner for prosjektleder. Det er innvilget 320 timer prosessveiledning som må benyttes i løpet av 2022. Forutsetningen for et samarbeid med InnoMed er at prosjektets tematikk har relevans for andre helseforetak og kommuner, og at Helsefellesskapet i Vestfold – gjennom UA+, deler erfaringer og kunnskap som tilegnes gjennom prosjektet.

NAV UNG Tønsberg

I Innsiktsfasen har NAV Ung Tønsberg gitt verdifulle bidrag til prosjektet ved å delta i prosjektgruppa. Det er felles og tilgrensende interesser for UA+ og Ungt utenforskap (Prosjekt NAV UNG Tønsberg) og for NAV Ung i videre forstand. Som innsiktsrapporten viser er det et økende antall unge som står utenfor arbeidsliv og utdanning. Av disse har flere sammensatte psykososiale problemer. Det vil fremdeles være behov av NAV sin kompetanse inn i prosjektet – både når det gjelder å utvikle tjenesten, men muligens også som en del av løsningen. Det siste gjenstår å se. I denne fasen er det behov for kreativitet og langsiktig tenkning.

Overordnet tidsplan

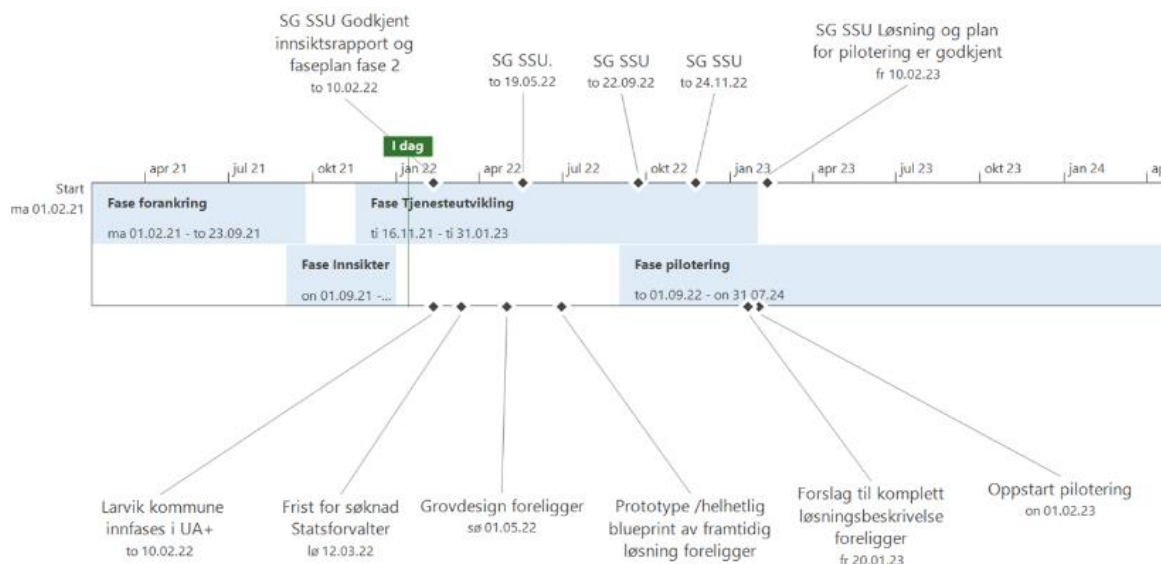


Figur 1 Tidsplan for prosjektet UA+ jfr. godkjent mandat

Bildet over viser tidsplanen for prosjektet i henhold til mandatet. Denne tidsplanen blir noe forskjøvet og tilpasset andre prosesser – bl.a. møter i Helsefellesskapet; partnerskapsmøtet og SSU. Det kan også være andre ytre prosesser som gjør at tidsplanen blir gjenstand for justeringer. Eksempelvis kan det dreie seg om administrative og politiske prosesser i hhv. kommuner og helseforetak, som vi ikke har oversikt over i dag.

Oppstart av fase 3 Tjenesteutvikling er forskjøvet om lag to uker – til medio februar 2022. Dette for å tilpasse det møteplanen til styringsgruppa, SSU. Av samme grunn forlenges fasen med halvannen måned – fra 1.1.23 til medio februar 2023.

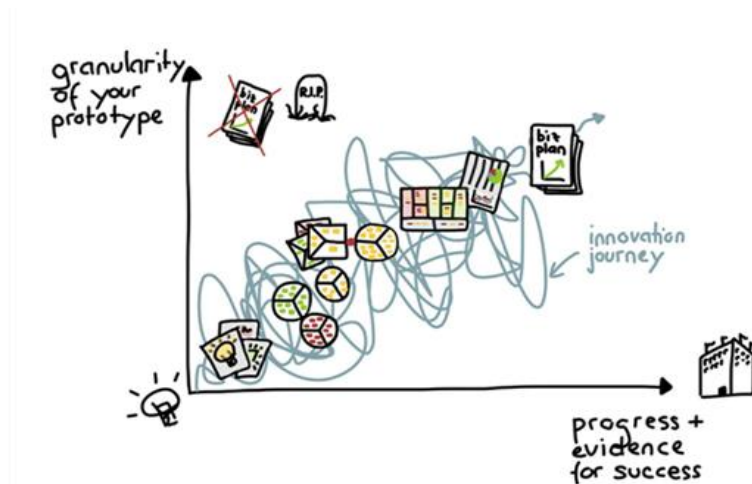
Tidsplanen under gir et overblikk over de viktigste milepælene og beslutningspunktene i fase 3 Tjenesteutvikling. For nærmere detaljer, se milepæl- og aktivitetsplan.



Figur 2 Tidslinje for fase 3 Tjenesteutvikling

Prosjektet UA+ er å betrakte som et tjenesteinnovasjonsprosjekt, basert på tjenstedesign og samskaping. Dette er prosesskrevende arbeid som ikke følger en forutsigbar framdrift. Se illustrasjonen under. En må regne med flere tilbakesløyfer og gjennomganger før en kommer fram til

den optimale løsningen. Det betyr også at tidsplanen ikke er statisk, men dynamisk; interne frister kan bli endret. Dette styres av prosjektleder. De de ytre rammene for fasen, samt beslutningspunktene skal overholdes.



Figur 3 Illustrasjon av framdriften i en innovasjons-prosess. Kilde: <https://www.strategyzer.com>

Planlagte leveranser/produkter (resultatmål i fasen)

I henhold til mandatet skal fase 3 resultere i følgende leveranser:

1. Rapport som viser løsningsbeskrivelse og anbefalinger. Rapporten skal gi et fullstendig bilde av det konseptet som behandles (UA+) som et tilstrekkelig grunnlag for å beslutte:
 - om prosjektet skal tas videre til pilotering slik det foreligger,
 - om modellen må utredes ytterligere eller
 - om beslutningen skal utsettes.
2. Løsningsbeskrivelsen skal inneholde
 - a. Tjenestebeskrivelser; hvilke behov skal tjenesten dekke? Hvilke roller og funksjoner skal Ung Arena+ ha i den samlede helse- og sosialtjenesten i hhv. Tønsberg kommune og SiV? I Larvik? Og Vestfold? Forhold til andre velferdstjenester?
 - b. Juridiske forhold, spesielt knyttet til helse- og sosialrettslige spørsmål og dilemmaer.
 - c. Tekniske og funksjonelle krav for en tilfredsstillende løsning
 - d. Krav til areal/lokalisering
 - e. Organisering; hvilket organisatorisk design anbefales for tjenestene? Ansvarsdeling og ressursallokering.
 - f. Ressursanalyse og anbefalinger for hhv nødvendig kompetanse, fasiliteter og utstyr
 - g. Kostnadsestimater for investeringer, utstyr og drift.
 - h. Plan for gjennomføring i pilot
 - i. Gevinstrealiseringsplan.

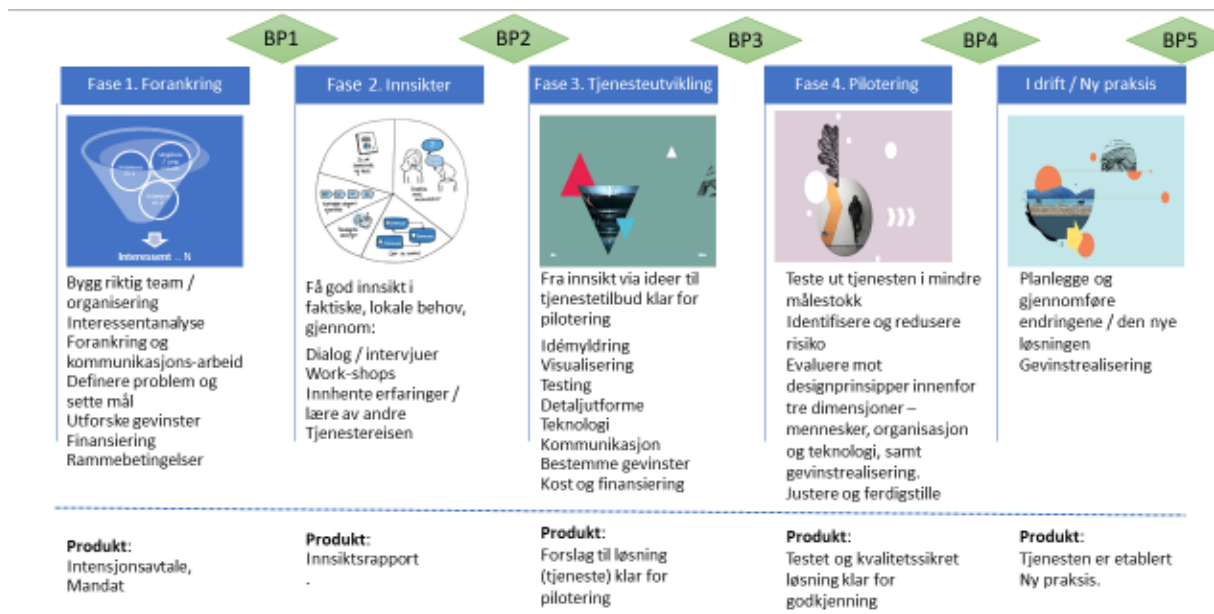
Milepæler i fasen

Aktivitetsnavn	Start	Slutt	2021															
			s	o	n	d	Halvdel 1, 2022			Halvdel 2, 2022			Halvdel 1, 2023					
Fase Tjenesteutvikling	ti 16.11.21	ti 31.01.23																
Faseplan for fase 2 Tjenesteutvikling er god	to 10.02.22	to 10.02.22																
Larvik kommune innfases i UA+	to 10.02.22	to 10.02.22																
Frist for søknad Statsforvalter	lø 12.03.22	lø 12.03.22																
Grovdesign foreligger	sø 01.05.22	ma 02.05.22																
Ha gjennomført testinger (småskala)	lø 30.04.22	lø 30.04.22																
Konseptforslag / blueprint foreligger	to 30.06.22	to 30.06.22																
Organisatorisk løsningsbeskrivelse foreligger	to 01.09.22	to 01.09.22																
Teknisk løsningsbeskrivelse foreligger	to 01.09.22	to 01.09.22																
Behov for areal og fysiske fasiliteter er besk	lø 01.10.22	lø 01.10.22																
Kost-ressursanalyser/-vurderinger foreligger	ti 01.11.22	ti 01.11.22																
Barnerettighetsvurdering foreligger	ti 01.11.22	ti 01.11.22																
ROS-analyser m/tiltaksplan foreligger	to 01.12.22	to 01.12.22																
Gevinstrealiseringsplan foreligger	fr 20.01.23	fr 20.01.23																
Oppdatere og videreutvikle gevinstplaner	to 22.09.22	ti 20.12.22																
Forslag til komplett løsningsbeskrivelse for	fr 20.01.23	fr 20.01.23																
Gjennomføre informasjonsarbeid i hht str	ma 14.02.22	ti 31.01.23																
SG SSU.	to 19.05.22	to 19.05.22																
SG SSU	to 22.09.22	to 22.09.22																
SG SSU	to 24.11.22	to 24.11.22																
SG SSU. Komplett løsningsbeskrivelse er god	fr 10.02.23	fr 10.02.23																
SG SSU Løsning og plan for pilotering er god	fr 10.02.23	fr 10.02.23																

Tilnærming og hovedaktiviteter.

Prosjektmodell

Prosjektet er organisert i faser etter KS sitt veikart for tjenesteinnovasjon. Denne er inndelt i faser og mellom hver fase er et beslutningspunkt (BP) som krever behandling i SSU.



Figur 4 KS. Veikart for tjenesteinnovasjon

Arbeidsmetodikken vil være mangesidig; det tas i bruk tjenestedesign- teknikker, tradisjonelle teknikker for utredning- og planarbeid, prosjektmøter, work-shops, interessentkonferanser mv. Det vil bli en blanding av virtuelle og fysiske møteplasser.

Interessentmedvirkning

Det er viktig å involvere både brukere, ansatte og andre sentrale interessenter underveis for å sikre forankring og treffsikre løsninger. Første halvår preges av høy grad av involvering. Det legges opp til en prosess som ivaretar interessentmedvirkning i vid forstand og brukerinvolvering spesielt. Brukere og samarbeidspartnere skal være aktive deltakere i prosessen, slik at sluttresultatet er noe som er skapt i fellesskap.

Ungdommen skal ha en tydelig stemme inn i utviklingen av løsningen og UA+ er også på agendaen til ungdomsrådene i hhv. SiV og Tønsberg kommune. Prosjektgruppa vil fortsatt ha fire ungdomsrepresentanter som bidrar på lik linje som fagpersonene.

Ungdomspanelet vil ha en viktig rolle i arbeidet gjennom hele prosjektet. Panelet består av 19 ungdomsrepresentanter som er rekruttert via ungdomsrådene i hhv SiV HF og Tønsberg kommune, og via Ung i Tønsberg. Panelet møtes 2-3 ganger i halvåret og diskuterer forhold som er av sentral betydning for dem. Det er opprettet en lukket Messenger-gruppe for korte innspill og informasjonsutveksling mellom deltakerne i ungdomspanelet og prosjektledelsen.

I tillegg opprettes en gruppe av fire ungdommer for å arbeide spesielt med kommunikasjon med / informasjon til unge. (Se senere)

Ansatte i virksomhetene involveres direkte gjennom å delta aktivt i prosjektgruppa, arbeidsgruppene tilknyttet det enkelte resultatløp og i interessentkonferansene. Det arbeides med å legge til rette for innspill og dialog gjennom kanaler for toveis-kommunikasjon. Det dreier seg om både fysiske informasjon-/dialogmøter og digitale informasjonstjenester.

Informasjon og samråd med fagorganisasjoner og vernetjenesten vil skje i tråd med lover og avtaleverk.

Øvrige interessenter involveres i ulik grad alt etter hvilken oppgave som skal løses. Dette blir synliggjort i en ansvarsmatrise knyttet til aktivitetsplanen.

Kommunikasjon med og informasjon til ungdommer er forutsetninger for virkelig å skape engasjement og interesse hos ungdom. Dette er en utfordring for prosjektet, da svært få – om noen, av de kanalene som brukes i dag av hhv Tønsberg kommune og SiV appellerer til ungdom. Uttrykksformen virker heller ikke tiltrekkende. I tillegg er styringsdokumentene og annen prosjektdokumentasjon karakterisert av et tungt språk og en presentasjonsform som er vanskelig å fatte for ungdom. Det lages derfor en egen kommunikasjonsaktivitet rettet mot målgruppen «ungdom». Til å bistå i arbeidet har det meldt seg fire unge fra Ungdomspanelet som sammen med Ung i Tønsberg skal jobbe fram informasjonsmateriell.

Det er utarbeidet en kommunikasjonsplan for 1.halvår 2022. Det tas sikte på å nå fram med informasjon til ulike interessenter gjennom flere kanaler. (Se vedlegg 3)

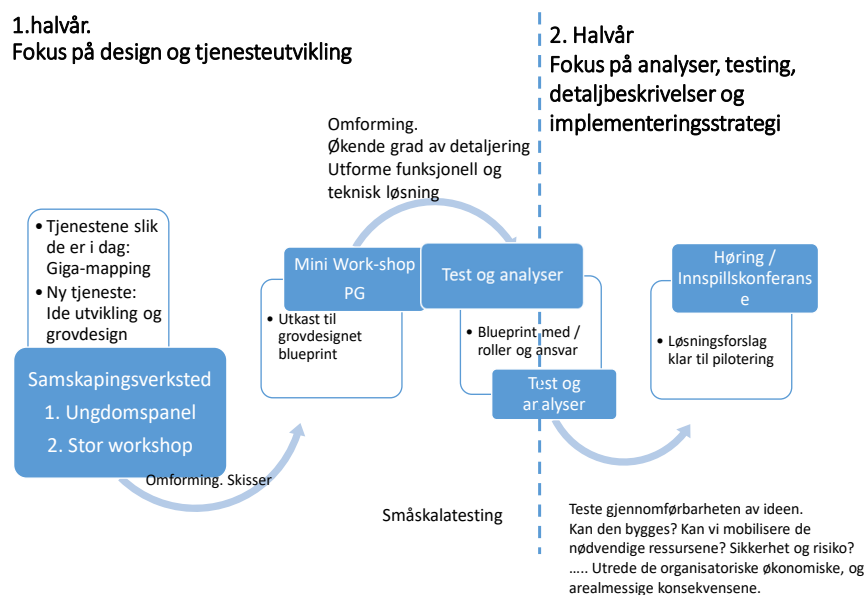
Aktivitetsplan

Aktivitetsplanen er ikke uttømmende, men inneholder hovedaktiviteter. (For visning i GANTT-diagram vises til Vedlegg 1. Milepæler og aktiviteter.)

Første halvår 2022 vil i all hovedsak dreie seg om å utvikle et design for tjenesten. Til det tenkes gjennomført to store interessentkonferanser/-verksteder, samt et verksted med et mindre utvalg interessenter. De to første handler om å sikre en felles forståelse for utfordringene og for oppdraget, skape tillit og interesse for å skape en ny integrert tjeneste, samt generere ideer til hvordan løsningen kan materialiseres. I mellom hvert verksted arbeides med å omforme og videreutvikle ideene til det som etter hvert blir til løsningsskisser- prototyper. Det tas sikte på å utvikle to alternative løsninger – en inkrementell og en radikal løsning (prototype 1 og 2). Opplegget kan bli gjenstand for endringer – avhengig av økonomi og covidsituasjonen. Samarbeidet med InnoMed kan også føre til endringer i det praktiske opplegget..

Deretter følger en periode preget av analyser og vurderinger: Før den løsningsforslaget blir lagt fram for SSU, sikres innspill fra interessentene gjennom en «høring». Det er ikke tatt stilling til hvordan denne skal foregå. Det blir planlagt i dialog med de mest sentrale interessentene.

Veien mot en løsning kan illustreres som bildet under viser.

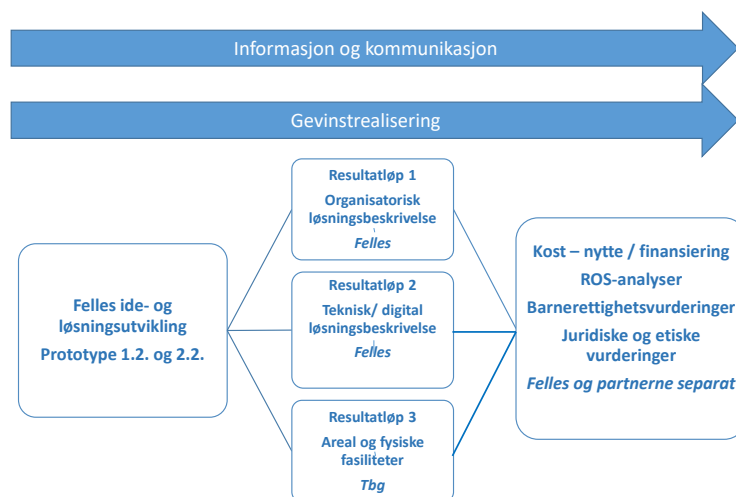


Figur 5 Illustrasjon av planlagt framdrift 2022

Når løsningsskissene («blueprintene») foreligger skal det jobbes videre med å detaljere og utrede løsningene. Prosjektarbeidet brytes da ned i resultatløp. Disse organiseres i mindre arbeidsgrupper med hver sin gruppeleder. Det vil bli laget egne tids- / aktivitetsplaner for det enkelte resultatløp. Hver arbeidsgruppe leverer i hht en spesifikk oppdragsbeskrivelse med vekt på følgende aktiviteter:

- 1) Organisering: Foreløpig oppdragsbeskrivelse:
 - a) Arbeidsprosesser, roller og ansvar
 - b) Kompetansebehov og plan for kompetanseutvikling
 - c) Beskrive prosedyrer og rutiner
 - d) Identifisere og drøfte juridiske og etiske problemstillinger knyttet til organisering og overgripende samarbeid
 - e) Finansielle konsekvenser
 - f) Evt. partnerskap skal beskrives og formaliseres
- 2) Teknisk løsningsbeskrivelse. Foreløpig oppdragsbeskrivelse:
 - a) Beskrive digitale løsninger
 - b) Uttrykk på digitale løsninger
 - c) Identifisere og drøfte juridiske og etiske problemstillinger knyttet til informasjonsflyt
 - d) Beskrive ressurs- og utstysbehov
 - e) Forslaget skal vurderes ut fra følgende behov og krav til teknologien: Brukerbehov, integrasjoner, skalerbarhet, personvern og kostnader
- 3) Areal og fysiske fasiliteter. Foreløpig oppdragsbeskrivelse:
 - a) Beskrive og vurdere arealbehov,
 - b) Interiør og designuttrykk
 - c) Annet utstysbehov
 - d) Forslaget skal vurderes ut fra følgende behov og krav: brukerbehov – både ungdom og ansatte, funksjonalitet, personvern og kostnader.

Arbeidsnedbrytningsstrukturen er illustrert i figur 6.



Figur 6 Arbeidsnedbrytningsstruktur (WBS) for UA+ Vestfold

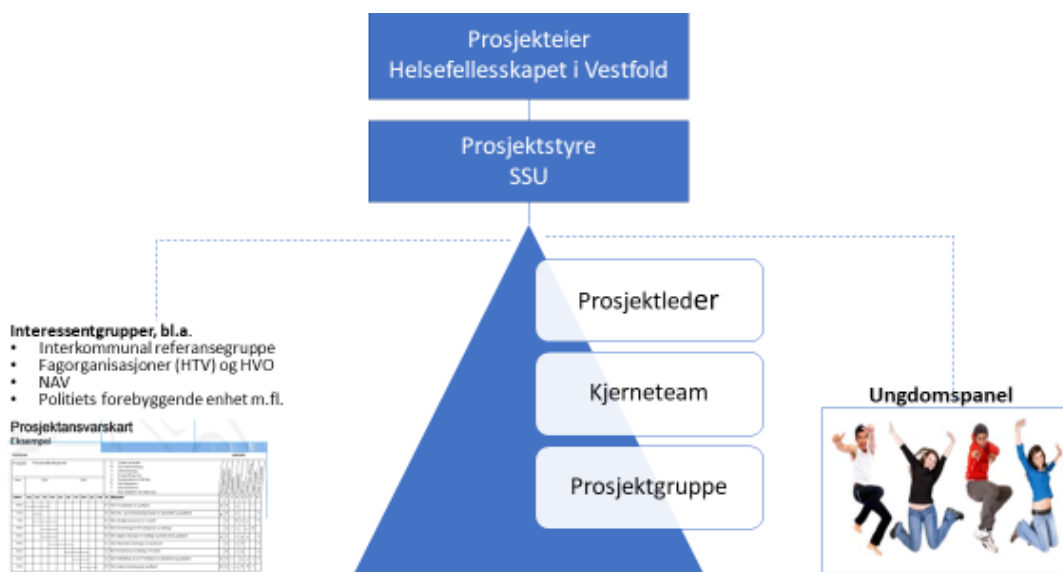
I tillegg til de tre resultatløpene som er nevnt over, løper arbeidet med gevinstrealisering og kommunikasjon. Dette arbeidet ledes av prosjektleder.

Gevinster er ønskede, planlagte og helst forhåndsdefinerte nyttevirkninger av prosjektet, men det kan også oppstå ikke-tilsiktete virkninger underveis eller etter prosjektet. Ikke minst av den grunn er det viktig å følge prosjektets løpende utvikling, for tidlig å kunne fange opp virkninger som oppstår underveis. Det kan framkomme virkninger som ikke er ønskelig. En må ta tak i dette tidlig og iverksette hindrende eller skadereduserende tiltak.

Gevinstrealisering er integrert i alt prosjekt- og utviklingsarbeid og følger prosjektets faser. Fase 2 Innsiktfasen var oppgaven å utlede og bestemme gevinster ut fra effektmålene. Det resulterte i et gevinstkart som presenterer en oversikt over effektmål, ønskede gevinster og evaluering-/ oppfølgingsmetode. Hovedansvarlig for gevinstarbeidet i fase 3 er å følge opp dette videre i en konkret plan for å høste gevinstene. Gevinstrealiseringsplanen skal ligge ved fasens sluttleveranse.

Organisering

Overordnet blir fasen organisert som tidligere. (Ref. godkjent mandat.) Det blir mindre endringer internt i prosjektet, slik at organiseringen tilpasses oppdraget for fasen.



Figur 7 Organisering av UA+

- Styringsgruppe blir uendret. Det må klargjøres hvordan forholdet mellom SSU og styringsgruppa i Larvik skal være.
- Kjerneteamet blir styrket med deltakere fra Larvik kommune, hhv. kommunalsjef for Oppvekst og Kvalifisering og virksomhetsleder for Barn og familietjenester. Disse blir viktige medspillere og mellomledd til den lokale styringsgruppa i Larvik kommune.
- Prosjektgruppa suppleres med nye deltakere:
 - Prosjektleder for UA Larvik.
 - Seksjonsledere for BUPA på begge lokasjoner. (Avdelingssjef, Eileen Lund går ut av prosjektgruppa, men fortsetter i kjerneteamet)

- Tjenesteleder fra Psykisk helse og avhengighet, Tønsberg kommune
- Prosjektgruppa i denne fasen er mer dynamisk sammensatt enn i forrige fase. Det er en stor gruppe og for å kunne jobbe mest mulig effektivt vil deltakerne bli innkalt etter behov; etter hvilken type oppgave som skal løses. Prosjektgruppa deltar og bidrar inn i interessent-konferansene. Disse kommer ikke i tillegg til, men i stedet for separate møter. Det legges altså opp til høy grad av fleksibilitet.
- Ref. arbeidsnedbrytningen opprettes det tre arbeidsgrupper. Gruppeleder er ansvarlig for «sitt» resultatløp. For å sikre kontinuitet og koordinering er gruppelederne «rekruttert» fra prosjektgruppa. Koordineringsansvaret ligger hos prosjektleder. Arbeidsgruppenes sammensetning vil henge sammen med oppgaven som skal løses. Det er vesentlig at arbeidsgruppene kan trekke veksler på nødvendig kompetanse alt etter behov. Det kan f.eks. dreie seg om ressurser til analyse, økonomi, eiendom, IKT mm.

Når leveransene foreligger, samles alt med sikte på å gjøre helhetlige analyser og vurderinger.

- Ungdomspanelet fortsetter. Består av 19 ungdommer, hvorav
 - 4 deltar i prosjektgruppa
 - 4 deltar i arbeidsgruppe for ungdomsvennlig kommunikasjon/informasjon
- «Kommunal referansegruppe» inviteres med i interessentkonferansene (work-shops) og eventuelt i særskilte møter, hvis behov.

Budsjett og finansieringsplan for fase3

Budsjettet er utarbeidet på grunnlag av aktivitetsplanen slik den foreligger pr. dato.

Lønnskostnader

- Direkte lønnskostnader knytter seg til lønn for prosjektleder i 100% stilling og prosjektmedarbeider i 20% stilling, samt honorar til ungdomsrepresentantene. Ungdomsrepresentantene honoreres i hht avtale mellom SiV og brukerorganisasjonene.
- Indirekte lønnskostnader relatert til deltakelse i møter, inkl. for- og etterarbeid og dekkes i stor grad av partnerne selv. Det er budsjettert tid til for- og etterarbeid. (Faktor 2)

Samskaping krever høy grad av samarbeid og involvering. I dette prosjektet er det svært mange aktører som er enten direkte eller indirekte berørt. Samskapingsverksteder / interessentkonferanser koster. Det må leies lokaler og fasiliteter, da ingen av partnerne disponerer lokaler som kan romme så mange mennesker og overholde regler knyttet til covid-situasjonen.

InnoMed har innvilget 320 timer prosesstøtte. InnoMed dekker egne lønnskostnader, reiseutgifter for sine rådgivere som bistår prosjektet. Det er derfor ikke budsjettert

kostnader til InnoMed. Dette gjør at prosjektet sparer kostnader til prosessledelse og tjenestedesign.

I og med at det er andre deltakere med nå enn i forprosjektet, er det lagt inn midler til studiebesøk til kompetansemiljøer innenfor feltet «barn og unge / psykisk helse og rus»

Å nå de rette ungdommene er et suksesskriterium for prosjektet. Som beskrevet i innsiktssrapporten er det behov for å utvikle ungdomsvennlig informasjons- og kommunikasjonsmateriell. Det kan være seg å lage filmer, blogger, brosjyremateriell, sosiale medier m.m. Kommunikasjonsenhetene i hhv. Tønsberg kommune og SiV samarbeider med prosjektet om informasjonsarbeidet. Kompetansebroen benyttes aktivt. I tillegg engasjeres personer fra ungdomspanelet og Ung i Tønsberg for å utvikle materiell med ungdomsvennlige uttrykk. Det kan allikevel bli nødvendig å kjøpe spesialkompetanse. Kommunikasjonsplanen for neste halvår følger som vedlegg.

Følgforskningen er holdt utenom: finansieres gjennom de respektive forskningsmiljøene

Budsjett	Tjeneste- utvikling 2022	Merknader
Lønnsutgifter med sosiale utgifter	2 802 824	Direkte og indirekte lønnskostnader, inkl. sos.kost.
Reiseutgifter, arrangement, møter, konferanser	105 600	Samskaping: ungdomspanel, prosjektgruppe, kommunal referansegruppe. Studiebesøk
Innovasjonslab / samskapingsverksted	135 000	Store samlinger inntil 100 personer. Dagpakker og prosessledelse/fasilitator
Kommunikasjon- og informasjonsmateriell	50 000	Utvikling av ungdomsvennlig informasjon/kommunikasjon
Driftsutgifter, forbruksmateriell og kontortjenester inkludert lokaler og energi	50 000	
Andre utgifter,	50 000	Buffer; uforutsette utgifter
Sum	3 193 424	
Finansieringsplan	2022	Merknader
Egenfinansiering SiV HF	277 369	Direkte og indirekte lønnskostnader.
Egenfinansiering Tønsberg Kommune	277 369	Indirekte kostnader
Egenfinansiering Larvik kommune	138 685	Indirekte kostnader
Tilskudd fra Helsedirektoratet	2 500 000	Antatt søknadsfrist mars 2022. Dekke direkte kostnader
Delfinansiering/tilskudd fra andre instanser		
Sum	3 193 424	

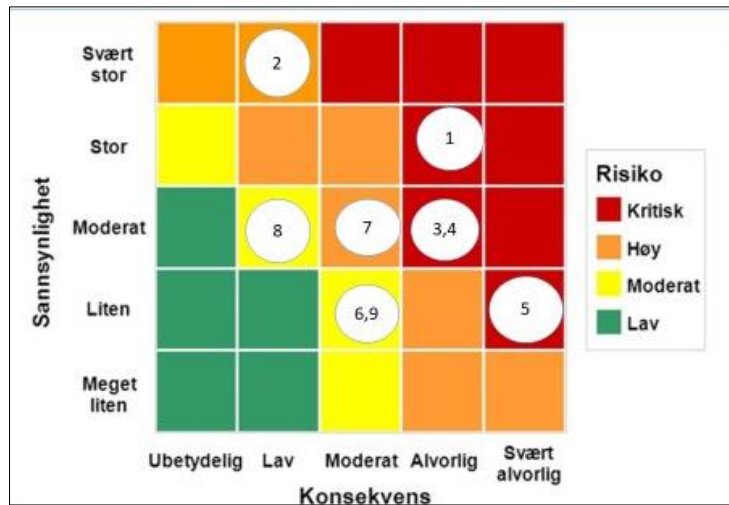
Finansiering

Forankringsfasen og innsiktsfasen har i sin helhet vært finansiert av partnerne. SiV HF har dekket alle direkte kostnader, bl.a. lønn til prosjektleder i 100% stilling og honorar til ungdomsdeltakerne. Indirekte lønnskostnader (arbeidstid medgått til møter inkl. forberedelse/etterarbeid) er dekket over de respektive virksomhetenes budsjetter.

Den fasen som starter nå – tjenesteutvikling, er ressurskrevende. Det blir derfor nødvendig å søke eksterne tilskudd – prioritert til å finansiere direkte kostnader knyttet til samskapingsverksteder, informasjonsarbeid og direkte lønnskostnader (prosjektleder). Det forutsettes egenfinansiering av indirekte kostnader i hht planen.

Risikovurdering av planen

Hva kan hindre prosjektet i å gjennomføre i henhold til planen?



Figur 8 Risikokart for fase 3 Tjenesteutvikling

UA+ innebærer solid deltakelse både fra de virksomhetsområdene som er direkte berørt og av stabsenheter. Samskaping er et premiss for prosjektet. Samtidig er virksomhetene i en svært krevende driftssituasjon. Det utgjør en risiko for gjennomføringen – ikke bare når det gjelder tidsplanen, men også for kvaliteten i leveransen. I det følgende fremheves enkelte risikovurderinger som er knyttet til gjennomføringen i forhold til planforutsetningene – tid, kost og kvalitet. For detaljplan, se Vedlegg 2. Risikoplan

Tid

Er tidsplanen for ambisiøs? Planen er vurdert til å være krevende, men realistisk. Det er mye som skal gjøres og mange som skal involveres i løpet av denne fasen. Det er en risiko for at enkelte aktiviteter og milepæler blir forskyvet i tid, men det tilstrebes at tidsrammen for fasen totalt sett, skal holdes. Konsekvensen dersom prosjektet forsinkes vesentlig er vurdert til å være alvorlig; det kan føre til at pilotering utsettes ytterligere et år. Dette fordi løsningen med stor sannsynlighet vil ha elementer i seg som må behandles i de respektive budsjettprosessene.

Risikoplanen omhandler flere forhold som kan føre til forsinkelser. Det settes i gang tiltak for å håndtere dette, slik at den ytre sammen blir overholdt.

Kvalitet

De viktigste risikoelementene knyttet til prosjektgjennomføringen er tilgang på nødvendig kompetanse. Det er viktig å involvere både brukere, ansatte og andre sentrale interessenter underveis for å sikre forankring og **treffsikre** løsninger. Det legges opp til en prosess som ivaretar interessentmedvirkning i vid forstand og brukerinvolvering spesielt. Av flere grunner er det allikevel risiko for at prosjektet ikke å når viktige interessenter. Det kan for eksempel

handle om at informasjon ikke når fram; at viktige fagressurser ikke kan delta i den grad som er nødvendig; eller at prosjektet ikke blir prioritert.

Det er imidlertid svært viktig at det settes av tilstrekkelige ressurser i henhold til det behovet som er meldt i prosjektplanen, og at disse ikke bare blir respektert, men også aktivt støttet av kollegaer, overordnede og samarbeidspartnere. I dette har både prosjekteier (SSU), linjeledere, prosjektet og den enkelte medarbeider et ansvar.

Og nå «de rette» ungdommene er en utfordring for prosjektet, da svært få – om noen, av de kanalene som brukes i dag av hhv Tønsberg kommune og SiV appellerer til ungdom. Prosjektet har derfor opprettet en egen ungdomsgruppe som sammen med Ung i Tønsberg skal omsette prosjektinformasjon til mer ungdomsvennlige uttrykk.

Når det gjelder økonomiplanen, er den vurdert til å utgjøre middels risiko for denne fasen, men prosjektet ville stå mye sterkere hvis det ble tilført eksterne midler.

Økonomi

Det vil bli søkt om midler fra Statsforvalter / Helsedirektoratet gjennom tilskuddsordningen «Tilbud til barn og unge med behov for langvarig oppfølging og sammensatte tjenester». Det vurderes som svært sannsynlig at prosjektet vil bli innvilget tilskudd, men beløpets størrelse er høyst usikkert.

Hva så om prosjektet ikke får eksterne tilskudd? Blir det nedlagt? Redusert ambisjon? Denne risikoen er etter samtale med AU og fagdirektør ved sykehuset, vurdert til å være liten.

Det understrekes at denne vurderingen gjelder for fase 3 Tjenesteutviklingen.

Prosjektstyring og rapporteringsmekanismer

Prosjektleder rapporterer til SSU. Leder av SSU fyller rollen som prosjekteier på fullmakt av partnerskapsmøtet. Samhandlingssjef, Irene Jørgensen, koordinerer kommunikasjonen mellom prosjektleder og SSU. Det er tett dialog mellom samhandlingssjef og prosjektleder.

Prosjektleder er ansvarlig for å styre prosjektet innenfor rammen av tid, kost og kvalitet. Større avvik fra planen meldes til SSU.

Alle styringsdokumenter (mandat, faseplan og rapporter) legges fram for SSU for godkjenning. Fase 3 har en varighet på ca. et år. Faserapport og komplett løsningsforslag skal legges fram i SSU's første møte i 2023. Prosjektet rapporterer status om framdrift, kost og kvalitet i hvert SSU-møte i 2022.

Kjernegruppa består foruten prosjektleder – av linjeledere i hhv. SiV, Tønsberg kommune og Larvik kommune. Kernegruppa har månedlige oppfølgingsmøter. Hovedansvar er å bistå i prosjektstyringen.

Vedlegg 1. Milepæler og aktiviteter

Aktivitetsnavn	Start	Slutt	2021																							
			s	o	n	d	j	f	m	a	m	j	j	a	s	o	n	d	j	f	m	a	m	j	f	
Fase Tjenesteutvikling	ti 16.11.21	ti 31.01.23																								
Faseplan for fase 2 Tjenesteutvikling er god	to 10.02.22	to 10.02.22	♦ 10.02																							
Larvik kommune innfases i UA+	to 10.02.22	to 10.02.22	→ 10.02																							
Planlegge og formalisere samarbeid UA+ og Larvik kommune	ma 08.11.21	ma 31.01.22																								
Samarbeidsavtale m Larvik godkjent	to 10.02.22	to 10.02.22	♦ 10.02																							
Frist for søknad Statsforvalter	lø 12.03.22	lø 12.03.22	♦ 12.03																							
Skrive søknad om finansiering	ma 14.02.22	on 23.02.22																								
Grovdesign foreligger	sp 01.05.22	sp 01.05.22	→ 01.05																							
Planlegge og gjennomføre samskappingsverksted 1 Ungdomspanel -	on 26.01.22	to 17.02.22																								
Planlegge og gjennomføre samskappingsverksted. Oppstart	ma 03.01.22	ma 07.03.22																								
Skissere , visualisere løsningsforslag.	to 24.02.22	sp 01.05.22																								
Ha gjennomført testinger (småskala)	lø 30.04.22	lø 30.04.22	♦ 30.04																							
Utvikle nye kontaktpunkter	ma 07.03.22	fr 01.04.22																								
Konseptforslag / blueprint foreligger	to 30.06.22	to 30.06.22	→ 30.06																							
Planlegge og gjennomføre dialogkonferan	fr 01.04.22	ma 20.06.22																								
Omforming. Detaljering. Tjenestereisen	to 07.04.22	ti 10.05.22																								
Detaljutforming Design	to 12.05.22	ma 27.06.22																								
Samarbeidsavtale m H-dir / DigiUng forel	to 30.06.22	to 30.06.22	♦ 30.06																							
Utforske og planlegge evt samarbeid	ma 15.11.21	fr 31.12.21																								
Møte PL-gruppa og programleder for E	ma 14.02.22	ma 28.02.22																								
Møte programstyret for Digi Ung	ma 02.05.22	ti 31.05.22																								
Organisatorisk løsningsbeskrivelse foreligge	to 01.09.22	to 01.09.22	♦ 01.09																							
Teknisk løsningsbeskrivelse foreligger	to 01.09.22	to 01.09.22	♦ 01.09																							
Behov for areal og fysiske fasiliteter er besk	lø 01.10.22	lø 01.10.22	♦ 01.10																							
Kost-ressursanalyser/-vurderinger foreligge	ti 01.11.22	ti 01.11.22	♦ 01.11																							
Barnerettighetsvurdering foreligger	ti 01.11.22	ti 01.11.22	♦ 01.11																							
ROS-analyser m/tiltaksplan foreligger	to 01.12.22	to 01.12.22	♦ 01.12																							
Gevinstrealiseringsplan foreligger	fr 20.01.23	fr 20.01.23	♦ 20.01																							
Forslag til komplett løsningsbeskrivelse for	fr 20.01.23	fr 20.01.23	♦ 20.01																							
Gjennomføre informasjonsarbeid i hht stra	ma 14.02.22	ti 31.01.23																								
SG SSU.	to 19.05.22	to 19.05.22	♦ 19.05																							
SG SSU	to 22.09.22	to 22.09.22	♦ 22.09																							
SG SSU	to 24.11.22	to 24.11.22	♦ 24.11																							
SG SSU. Komplette løsningsbeskrivelse er god	fr 10.02.23	fr 10.02.23	♦ 10.02																							
SG SSU Løsning og plan for pilotering er god	fr 10.02.23	fr 10.02.23	♦ 10.02																							

Vedlegg 2. Risikoplan

A: Hovedansvarlig B: beslutning R: Rådføres I: Informeres U: utfører
a: delansvarlig

Nr	Kritisk faktor (Hva kan hindre prosjektet i å gjennomføre i henhold til planen?)	Konsekvens	Vurdering av Risiko ($S_1 \cdot K_1 = R_1$)			Risikoreducerende tiltak	Ansvarskart				
			S ₁	K ₁	R ₁		SSU	PL	PE Tbg	PE/PL Larvik	PE SiV
1	Info /kommunikasjon når ikke målgruppen	Vesentlig dårlige resultat enn planlagt	4	4	16	Utvikle og tilpasse ungdomsvennlig informasjon Sikre finansiering til info	AB	a/U			
2	Interne prioriteringer. Drift vs. prosjekt? Dårlig kontinuitet	Forsinkelser i hht plan. Kan føre til en ikke optimal løsning	5	3	15	Sette av tid og ressurser til prosjektet Planer skal foreligge tidlig. Muligheter for å planlegge et halvt år fram i tid	a	u	Au	Au	Au
4	Pandemien: fravær av nødvendig kompetanse til prosjektet Mindre kreative på digitale medier	Dårligere kvalitet enn ambisjonen Brudd på kritisk linje	3	4	12	Sørge for back-up systemer / stedfortreder Profesjonell prosessledelse		aU	AU	AU	AU
3	Svært mange interessenter; utfordrende medvirkning og informasjonsarbeid	Viktig kunnskap glipper Dårligere kvalitet enn ambisjonen	3	4	12	Grundig interessentanalyse og medvirkning i hht aktivitet. Agil tilnærming God samarbeid mellom kommunikasjonsenhetene		aU			

Nr	Kritisk faktor (Hva kan hindre prosjektet i å gjennomføre i henhold til planen?)	Konsekvens	Vurdering av Risiko (S ₁ * K ₁ = R ₁)			Risikoreducerende tiltak	Ansvarskart				
			S ₁	K ₁	R ₁		SSU	PL	PE Tbg	PE/PL Larvik	PE SiV
		Vanskelig å spre/dele info og sikre medvirkning				Samordnet informasjon. kommunikasjonsplan			Ru	Ru	Ru
5	Tid: ambisiøs tidsplan	Sluttmilepæl ikke nådd 1 år forsinkelse pga budsjettprosesser	2	5	10	<i>Streng risikostyring for å sikre framdrift Endring i plan skal meldes SSU</i>	AB	aU			
6	Økonomi: Hva skjer hvis ikke prosjektet tilføres eksterne midler?	Worst case: prosjektet legges ned eller utsettes	2	3	6	Finansieringen ivaretas av partnerne Endret tilnærming	ab		B	B	B
7	Samtidighetskonflikter: fravær av nødvendig kompetanse til prosjektet	Kan føre til en ikke optimal løsning. Dårligere enn ambisjonen	3	3	9	<i>Innhente info om pågående prosesser. Streng koordinering</i>		aU	R	R	R
8	Innfasing av Larvik kommune; kan gi forskyvninger i aktivitetsplanen mht framdrift og innhold	Ubetydelig endring i planer	3	2	6	Justere aktiviteter. Påvirker ikke ytre rammer	A	au		au	
9	Forskjellig kultur og kunnskap mellom fagmiljøene /-nivåene	Forsinkelser i hht plan. Kan føre til en ikke optimal løsning	2	3	6	Legge til rette for god dialog og gjensidig læring Samskaping		aU			

Vedlegg 3. Kommunikasjonsplan. 1.halvår 2022

		Info- / kommunikasjonsplan									
Aktivitetsnavn		Info / kommunikasjonsstiltak				Ansvarskart					
Fase Tjenesteutvikling, aktivitetsplan	Dato	Budskap (Hva ønsker du å si? Budskapet er ordene du velger å si akkurat denne gangen – ikke helheten om temaet du snakker om.)	Hensikt Hva ønskes oppnådd med informasjonen?	Kommunikasjonstiltak (nyhetssak, infomøte mm)	Når	Kommunikasjons-kanal	PL / komm. kontakt	Komm. SIV	Komm. . Tbg	Ung i Tbg	Komm. Larvik
Oppstart fase 3. Tjenesteutvikling. Ungdomspanel. Framtidsverksted. Lage film,	17.02.2022		Oppslutning og engasjement.	Invitasjon; / innkalling	03.02.2023	E-post, sms, messenger	Kari / (AU)			ung i Tbg (U)	
Oppstart fase 3 Tjenesteutvikling . Samskappingsverksted 7.mars 2022	07.03.2022	psykisk helse og trivsel i hverdagen! (visjon) Nå utvikles innholdet i den nye ungdomsvennlige tjenesten Ung Arena + - Nå utvikles Ung Arena+ - et nytt lavterskiltbud for ungdom. Vestfold satser på ungdommen.	Tilgjengeligjøre informasjon om prosjektets fase og skape engasjement blant involverte aktører, og legge til rette for medvirkning.	Nyhetssak på SIV.no, Tønsberg kommunes nettside og intranet. Invitasjon til -arrangementene i fasen utgis: Samskappingsverksted Youtube video legges ved faseplan og nyhetssak. ublisere arrangement på nettsider (siv.no, Kompetansebroen.no, Tønsberg kommunes intranet/internetsider/ ansattesider på facebook, samt Larvik kommune sin nettside/intranet.	Utkast til infopakke 10.02.2022. Publisering av sak : 03.2022	SIV.no, Tønsberg kommunes nettside, intranet, youtube (sosiale medier- take over instagram en dag i vinterferien?) Kompetansebroen- nyhetssak	AM/Kari, Birgitte og Kristian (A),	Merete (U)	Birgitte/ Kristian (A og U)	Kari S. og ungd.gr. (U)	
Larvik kommune innfases i UA+. Godkjenning av faseplan. SSU	to 10.02.22	Ung Arena Larvik blir en del av Ung Arena + Vestfold. Sykehuset, Tønsberg og Larvik samarbeider om nye ungdomstjenester.	Informere om at Larvik kommune innfases i Ung Arena + i fasen hvor tjenesten skal utformes. Gi informasjon til involverte, skape engasjement og involvere aktører.	Larvik kommunes nettside og intranet, samt Kompetansebroen.no	Medio februar	Larvik kommunes nettside, intranet, Kompetansebroen.no,	AM/ Kari/ Vemund (A)	Merete (R)	Birgitte/ Kristian (R)	Kari S. og de fire ungdomm ene (R)	Vemund (A) (U)
Samarbeidsavtale m Larvik kommune foreligger	10.02.22	Ung Arena+ Vestfold inngår samarbeidsavtale med Larvik kommune.	Gi informasjon om at avtalen foreligger og hvilke konsekvenser det får i fasen.	Signert avtale oversendes parter og det informeres i SSU i februar, samt i prosjektgruppen.	Medio februar	SSU	Kari og Vemund (U)	Merete (R)	Birgitte/ Kristian @	Kari S. og de fire ungdomm ene (R)	Vemund (A)
Det foreligger positivt svar på økonomisk eller annen prosjektstøtte		Prosjektmidler til Ung Arena + Vestfold. Ung Arena+ Vestfold får støtte avNN	Gi informasjon samt skape engasjement om prosjektet og konsekvensene støtten har for videre arbeid i utviklingen av Ung Arena + i Vestfold.	Informere beslutningstakere og samarbeidsparter, samt aktørene i prosjektet.			Kari/AM og Vemund (U)				
Grovdessign av ny tjeneste foreligger	sø 01.05.22	dette kan bli Vestfolds nye tilbud til ungdom som sliter Slik kan en ny ungdomsvennlig tjeneste se ut i Vestfold.	Gi informasjon om hva prosjektgruppen har jobbet frem, skape engasjement og gi informasjon og involvere aktører.	Nyhetssak på intranet i Larvik og Tønsberg og SIV, samt hjemmesider og Kompetansebroen.no, samt Youtubefilm evt. sosiale medier. Informasjon på skoler, informasjon hos skolehelsetjenesten.	Medio Mai	SIV.no, Tønsberg og Larvik kommunes hjemmesider, Lokalavisen/NRK Vestfold?	AM/Kari/Ve mund (A)	Merete (U)	Birgitte/ Kristian (U)	Kari S. og de fire ungdomm ene (U)	Vemund (A)
I Samskappingsverksted nr 1. 7.mars 2022	23.02.2022	Interessentkonferanse/Workshop i Ung Arena + 02.03.2022 klokkeslett, sted og program.	Gi informasjon om hensikten med konferansen/workshop med innholdet/programmet/tid og sted. Sende ut invitasjon til aktuelle aktører/deltagere til konferansen.	Publisere arrangement på nettsider (siv.no, Kompetansebroen.no, Tønsberg kommunes intranet/internetsider/ ansattesider på facebook, samt Larvik kommune sin nettside/intranet.	27.01.2022	SIV.no, Tønsberg kommunes ansatteside på facebook, direkte kommunikasjon med aktører, opprette arrangement på Kompetansebroen.no	AM/Kari/ Vemund (A)	Merete (U)	Kristian (U)	Kari S og de fire ungdomm ene (U)	Amund (A)
Oppstart av småskåtesteringer											
Prototype /helhetlig blueprint av framtidig løsning foreligger	to 30.06.22										
Samskappingsverkstede nr 2. 11.mai	11.05.2022	Interessentkonferanse i Ung Arena + 11.mai, klokkeslett, sted og program.	Gi informasjon om hensikten med konferansen/workshop med innholdet/programmet/tid og sted. Sende ut invitasjon til aktuelle aktører/deltagere til konferansen.	Publisere arrangement på nettsider (siv.no, Kompetansebroen.no, Tønsberg kommunes intranet/internetsider, samt Larvik kommune sin nettside/intranet.	06.04.2022	SIV.no, Tønsberg kommunes nettside/intranet evt ansatte facebookside, Larvik kommunes nettside/intranet/ evt. ansatteside	AM/Kari/Ve mund (A)	Merete (U)	Kristian (U)	Kari S og de fire ungdomm ene (U)	Amund (A)
Samarbeidsavtale m H-dir / DigiUng foreligger	31.06.22	Samarbeidsavtale mellom Ung Arena + DigiUng (H.dir) er på plass.	Gi involverte parter informasjon om formalisering av samarbeid og hva det innebærer for aktørene.	Youtubefilm som invoverer og informerer de unge, samt øvrige aktører med et ungdomsvennlig uttrykk.	31.06.2022	SIV.no, Tønsberg kommunes nettside/intranet evt. ansattes facebookside, Larvik kommunes nettside/intranet/evt. ansatteside.	AM/Kari/Ve mund (A)	Merete(U)	Kristian (U)	Kari S. og de fire ungdomm ene (U)	Amund (A)

Vedlegg 4 Oversikt over prosjektdeltakere 2022

Navn	Tittel
Kari Marthinsen Marin	Prosjektleder
Kjerneteam	
Line Tonholt Børresen	Virksomhetsleder Barn og unge, Tbg.kommune
Kari Seierstad	Virksomhetsleder Ung i Tønsberg, Tbg. kommune
Eileen Christine Lund	Avdelingssjef, SiV HF, BUPA
Katarina Krokeborg	Avdelingssjef, SiV HF, ARA
Jan Erik Norder	Kommunalsjef, Oppvekst og kvalifisering, Larvik kom.
Rikke Hellum	Virksomhetsleder, Barn og familietjenester
Prosjektgruppe	
Fredrik Bonde Marthinsen	Ungdomsrepresentant. Ungdomsrådet, Tbg.kommune
Emma Lina Stordalen	Ungdomsrepresentant. Ungdomsrådet, Tbg.kommune
Johanne Langklepp	Ungdomsrepresentant. Ungdomsrådet SiV.
Oliver S. Bøe	Ungdomsrepresentant. Ung i Tønsberg
Kari Seierstad	Virksomhetsleder Ung i Tønsberg, Tbg.kommune
Line Tonholt Børresen	Virksomhetsleder Barn og unge, Tbg.kommune
Arve Howlid	Tjenesteleder Ung i Tønsberg og SLT koordinatør
Katrine Viken Foyen	Forebyggende helse, ungdomshelsestasjonen
Marte Opsal	Psykolog, Barn og Unge, psykisk helse. Tbg. kommune
Marita Kruse-Moss	Barnevern, Tbg.kommune
Laila Standsnes	Tjenesteleder, Psykisk helse og avhengighet. Tbg.
Hege Aurora Bekkevahr	Brukerkonsulent, SiV HF, DPS
Marit Holter	Psyk.spl., SiV HF, DPS, TIPS
Katinka Lødrup	Psykolog, SiV HF, ARA
Bård Bugge	Seksjonsleder, SiV HF, BUPA Tbg
Solfrid Espegren	Seksjonsleder, SiV HF, BUPA Larvik
<i>Navn, ikke bekreftet pr. dato</i>	<i>DPS</i>
Anne Mari Næss Øyen (20 %)	Prosjektmedarbeider Samhandling
Vemund Strand Aspeggen	Prosjektleder Ung Arena Larvik
Eline Aas	Førsteamanuensis, UiO, NORCHER
Kjersti With	PL Ungt utenforskap, NAV Tbg
Vara:	
Monica Fjeld	Los Ung i Tønsberg og hovedtillitsvalgt FO
Eirill Næs	Psykisk helse, Tbg.kommune

Vedlegg 5. Nyttig dokumentasjon i fasen

Henvisninger til dokumentasjon, utover styringsdokumentasjonen, som kan være nyttig.

- Ung Arena+ Innsiktsrapport 2021
- Helsedirektoratet 2021 [Psykisk helsearbeid for barn og unge - en innsiktsrapport](#)
- KS og Arkitekt- og designhøgskolen i Oslo (AHO). [Tiden er inne for tjenstedesign. Innføring for kommunale innovasjonsprosesser](#)
- Barneombudet. [Verktøy for barnerettighetsvurderinger og medvirkning](#)
- Helsedirektoratet. Rapport 2018 [Ungdomshelse i en digital verden](#)
- Tønsberg kommune. [Budsjett 2021. Økonomiplan 2021-2024](#)
- Sintef. KS Rapport 2018 [En samfunnsøkonomisk vurdering av tjenester til mennesker med lettere psykiske helseproblemer.](#)



<http://www.re.kommune.no/>
<http://www.tonsberg.kommune.no/http://www.holmestrand.kommune.no/?index=Nyheter->



[Oppslag](#)



Sykehuset i Vestfold

HELSE SØR-ØST

Dato: 10.02.22

Saksnr:	Møteorgan:	Type sak	Saksbehandler
2022	SSU	beslutning	Irene/Rannveig

Invitasjon til å komme med innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027

I Meld. St. 7 (2019 – 2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023 ble det varslet at regjeringen ønsker at neste nasjonale helse- og sykehusplan blant annet skal bygge på innspill fra helsefelleskapene. Dette er også en oppfølging av avtalen mellom KS og regjeringen om innføring av helsefelleskap av 23. oktober 2019

Helse- og omsorgsdepartementet inviterer helsefelleskapene til å komme med innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027. *Det oppfordres til at det sendes inn felles innspill fra kommunene og helseforetaket i helsefelleskapene.*

Frist for innspill er satt til 1. april 2022.

Departementet ber om at følgende spørsmål danner grunnlag for diskusjon og innspill:

1. Hvilke erfaringer har dere høstet så langt, bl.a. knyttet til samarbeid mellom kommunene, mellom kommunene og helseforetak, etablering av sekretariatsfunksjoner, gode og likeverdige beslutningsprosesser, samt etablering av felles prosjekter?
2. Hva opplever helsefelleskapet som mest krevende for å nå målene om mer sammenhengende, bærekraftige tjenester for pasienter med sammensatte behov? Hva gjør dere konkret for å adressere disse utfordringene?
3. Har dere gode eksempler på tjenester som er utviklet/er i ferd med å utvikles i fellesskap for de fire prioriterte pasientgruppene? Hvordan kan innsikt fra disse eksemplene overføres til andre helsefelleskap og/eller forsterkes gjennom neste nasjonale helse- og sykehusplan?
4. Hvordan kan nasjonale myndigheter (departement, direktorater) støtte helsefelleskapene i arbeidet med å nå sine mål? Hvilke justeringer i nasjonale virkemidler (faglige råd, regulering, styringsinformasjon, finansieringsordninger) vil bidra til å realisere målene? Hvilken støtte fra Helse direktoratet og andre etater har vært spesielt nyttig så langt? Hvilken støtte savner dere?
5. Hvordan kan regionale aktører (KS, regionale helseforetak, statsforvalteren) støtte helsefelleskapene i arbeidet med å nå sine mål? Hvilken støtte har vært spesielt nyttig så langt? Hvilken støtte savner dere?
6. Er det noe annet dere vil spille inn til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027?

Forslag til regi for arbeid med innspillnotat til NHSP 2024-2027 fra Helsefelleskapet i Vestfold

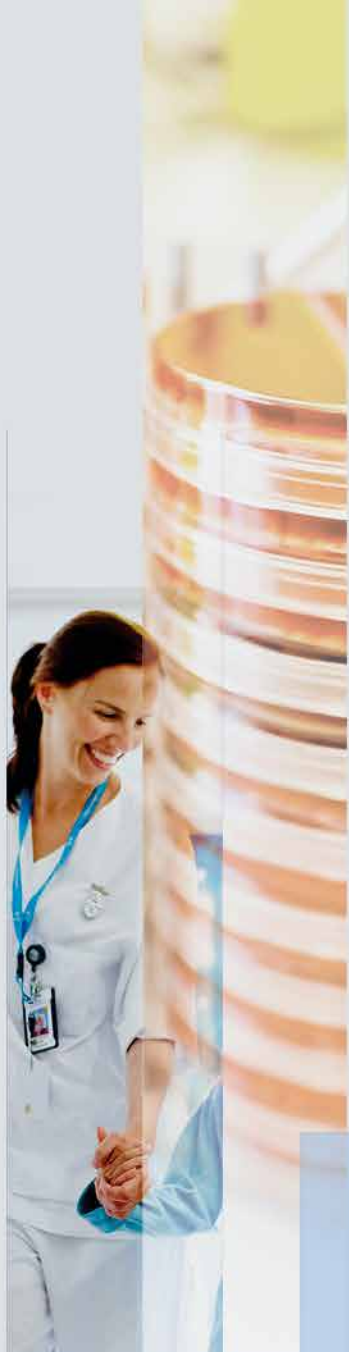
Fristen for innspill til Departementet er 1.april 2022. I følge møteplanen for SSU er neste møte 19.mai og det foreslås derfor at det legges opp til følgende arbeidsprosess frem mot fristen 1.4.22. Sekretariatet lager et utkast til innspillsnotat med utgangspunkt i veiledende spørsmål fra Departementet. Innspillene baserer seg på erfaringer fra samhandlingsarbeidet i Vestfold og diskusjoner vi har hatt i SSU.

SSU deles inn i grupper og sekretariatet avtaler møter med disse, enten ved teams-møter eller fysiske møter. Utkast til innspillsnotat oversendes i forkant av møtene og diskusjonene i gruppene tar utgangspunkt i utkastet. Sekretariatet sammenstiller innspillene og oversender «forslag til innspill» til SSUs medlemmer for godkjenning.

Et eventuelt behov for ekstraordinært møte i SSU, der notatet kan diskuteres og godkjennes, avklares.

Forslag til inndeling av grupper:

- Brukerrepresentantene i SSU
- Fastlegene/kommuneoverlege i SSU / ansattes representanter i SSU
- Klinikksjefene ved SiV i SSU
- Kommunalsjefene i SSU



Styrebehandlet 20.1.2022

Utviklingsplan Sykehuset i Vestfold 2022 – 2025 - høringsutkast



Innhold

KAPITTEL 1 – Føringer for arbeidet og konkretisering av oppdrag	3
1.1 Bakgrunn og mål.....	3
1.2 Tre perspektiver for den framtidige utviklingen av SiV.....	4
1.3 Føringer fra HSØ for innholdet i utviklingsplanen.....	4
1.4 Kort om dokumentet	7
KAPITTEL 2 – Organisering, prosess og regi.....	8
2.1 Krav til prosess.....	8
2.2 Overordnet om planprosessen og plandokumentet.....	9
2.3 Én utviklingsplan og tre perspektiver	9
2.4 Organisering og regi	9
2.5 Overordnet om plandokumentet og forholdet til andre plandokumenter.....	10
KAPITTEL 3 – Hva er målene med planen og hvordan nå dem?	11
3.1 Overordnede føringer for utviklingsplanen.....	11
3.2 Konkretisering av mål	13
3.3 Overordnet om virksomhetsutvikling i SiV	14
KAPITTEL 4 – Befolkningsutvikling, framskrivinger og endringsfaktorer	20
4.1 Befolkningsutvikling og framskrivinger	20
4.1 Endringsfaktorer med økt aktualitet etter behandling av forrige utviklingsplan.....	24
KAPITTEL 5 – Overordnet beskrivelse av SiV som organisasjon og tjenesteprodusent.....	32
5.1 Aktivitet	32
5.2 Kvalitet og pasientsikkerhet	36
5.3 Brukerinvolvering og helsekompetanse.....	37
5.4 Forskning og innovasjon.....	40
5.5 Medarbeidere, kompetanse og ledelse.....	42
5.6 SiV som utdanningsinstitusjon	44
5.7 Teknologi og digitalisering.....	45
5.8 Eiendom.....	48
5.9 Økonomi	48
5.10 Klima og miljø	49
KAPITTEL 6 – Perspektiv 1: Intern utvikling og konsolidering av SiV. Analyse og veivalg	52
6.1 Nærmere om kapitlet	52
6.2 Program for organisasjonsutvikling 2020 – 2021 – hovedgrep.....	52
6.3 Oppfølging av forrige utviklingsplan på rehabiliteringsområdet (KFMR).....	59
6.4 Oppfølging av forrige utviklingsplan innen PHV, TSB og BUP	60
6.5 Faglige grep som vil bli prioritert i arbeidet med å følge opp utviklingsplanen.....	62

6.6 Organisatoriske grep som vil bli prioritert i arbeidet med å følge opp utviklingsplanen.....	68
KAPITTEL 7 – Perspektiv 2: Utvikling gjennom samarbeid og konkurranse i spesialisthelsetjenesten.	72
7.1. Pasientstrømmer	72
7.2 Forholdet til andre allsidige akutt sykehus	72
7.3 Forholdet til universitetssykehusene	75
7.4 Forholdet til private aktører	76
KAPITTEL 8 – Perspektiv 3: Samarbeid med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold	77
8.1 Organisering av samhandlingsarbeidet	77
8.2 Viktige samarbeidsområder	78
8.3 utfordringer i fastlegeordningen	79
8.4 Forebyggende helsearbeid	79
8.5 Skrøpelige, multisyke eldre pasienter	80
8.6 Barn og unge med behov for rask hjelp og/eller risiko for å utvikle psykososiale problemer....	82
8.7 Styrke den akuttmedisinske kjeden	84
8.8 Styrke samarbeidet innen psykisk helse og avhengighet	84
KAPITTEL 9 – Oppsummering og videre arbeid	85
9.1 Innramming av arbeidet med videre konkretisering av hovedgrepene i planen.....	85
9.2 Hvorfor akkurat de grepene som er foreslått?	85
9.3 Hovedgrep i planen	86
KAPITTEL 10 – Mulighets- og risikoanalyse	87
KAPITTEL 11 – Regi for oppfølging av utviklingsplanen.....	88

KAPITTEL 1 – Føringer for arbeidet og konkretisering av oppdrag

1.1 Bakgrunn og mål

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

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

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

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

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

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

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

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

Målet med denne planen blir da som følger:

- Oppsummere resultater og erfaringer med de hovedgrep som ble tatt i planen fra 2018.
 - Dette vil bli gjort innenfor rammene av de tre hovedperspektivene som planen fra 2018 var bygd opp rundt (se punkt 1.2.)
 - Det er viktig at planen også har dette siktemålet.
- identifisere sentrale endringer i rammebetingelser og/eller endringsfaktorer som har fått økt aktualitet/styrke i tiden etter at den forrige planen ble vedtatt.
 - Endrede planforutsetninger og nye premisser
- Svare opp de nye føringene som ligger i veileder fra HSØ og i styresak 043-2021 fra HSØ.
 - Jfr. punkt 1.3. nedenfor
- På grunnlag av ovennevnte tre kulepunkter skal planen analysere behovet for kursjusteringer, og identifisere de strategiske grepene som er nødvendige for å møte disse endringene.

1.2 Tre perspektiver for den framtidige utviklingen av SiV

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

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

Disse perspektivene henger naturligvis tett sammen, og det er én, samlet organisasjon som må møte dem. Sykehuset valgte likevel i den forrige planen å rendyrke beskrivelsen av den framtidige utviklingen av sykehuset innen rammene av disse tre perspektivene. Dette ble gjort både av analytiske og pedagogiske hensyn, men også for å få fram at det faktisk er tre ulike perspektiver/fokusområder, og med det også ulike regjer for oppfølging.

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

1.3 Føringer fra HSØ for innholdet i utviklingsplanen

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

1.3.1 Veilederens føringer for innholdet i utviklingsplanen

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

Områder som skal vurderes/beskrives særskilt

- Prioritere utvikling av tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette arbeidet skal være basert på felles planlegging og utvikling i helsefellesskapene. Barn og unge, voksne med

alvorlige psykiske lidelser og rusproblem, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser skal prioriteres i dette arbeidet (se også nedenfor under helsefellesskap og utviklingsplaner)

- Avklare kapasitetsbehov og organisering av psykiske helsevern
- Gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus sammen med kommunene
- Gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene
- Sette egne mål i utviklingsplanene for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi
- Lage en plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Det skal legges til rette for livslang læring og en heltidskultur. Sykepleiere og helsefagarbeidere skal ha prioritet i dette planarbeidet

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

Bedre bruk av ressurser

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

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

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

Helsefellesskapene og utviklingsplaner

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

- Barn og unge
- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- Skrøpelige eldre
- Personer med flere kroniske lidelser

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

1.3.2 Ytterligere føringer gitt i styresak 043-2021 fra HSØ

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

Oppfølging av Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst

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

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

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

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

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

Oppfølging av andre regionale planer, delstrategier og fagplaner

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

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

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

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

Det en uttalt målsetting av tilbudet innen *habilitering for barn, unge og voksne* skal styrkes, herunder ambulant virksomhet til pasienter. Videre er det viktig at veiledning til kommunalt personell

prioriteres, slik at tilbudet til pasienter og pårørende kan styrkes lokalt. Dette arbeidet skal prioriteres og omtales i de lokale utviklingsplanene.

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

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

1.4 Kort om dokumentet

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

I kapittel 2 beskrives organisering, prosess og regi for planarbeidet. Her beskrives også hva en utviklingsplan ikke er, og kort om forholdet mellom utviklingsplanen og andre plandokumenter og –prosesser.

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

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

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

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

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

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

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

I kapittel 9 gis det en kortfattet oppsummering av de grep som foreslås i planen – innenfor all de tre hovedperspektivene som er beskrevet i kapitlene 6, 7 og 8. Disse grepene vil bli konkretisert i høringsperioden – på grunnlag av innspill fra høringsinstansene og andre viktige samarbeidspartnere.

Kapittel 10 skal inneholde en vurdering av risikofaktorer og muligheter i arbeidet med å realisere utviklingsplanen. Dette kapitlet vil det bli arbeidet med fram mot endelig plan – blant annet basert på innspill i høringsrunden.

Kapittel 11 skal inneholde en regi for arbeidet med å følge opp planen – innenfor alle de tre hovedperspektivene. Dette kapitlet vil det bli arbeidet med fram mot endelig plan – blant annet basert på innspill i høringsrunden.



KAPITTEL 2 – Organisering, prosess og regi

2.1 Krav til prosess

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

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

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

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

2.2 Overordnet om planprosessen og plandokumentet

Som det framgår av veilederen, skal det være en bred høringsprosess før endelig plan behandles i helseforetakenes styrer. Denne høringsprosessen er satt til perioden 01.02.2022 – 01.05.2022; altså 3 måneder.

SiV har lagt til grunn at denne perioden skal brukes aktivt til:

- Å forankre arbeidet med planen ytterligere gjennom gode dialoger med eksterne og interne interessenter. Det gjelder ikke minst Helsefelleskapet, kommunene, fastlegene og brukerorganisasjonene. Ambisjonen er å bruke disse månedene til aktiv og forpliktende dialog med alle interessentene.
- Konkretisere samarbeidsområder med Sykehuset Telemark (ST). Som det framgår av kapittel 7, er det identifisert flere potensielle samarbeidsområder mellom SiV og ST. Arbeidet med å konkretisere og utdype disse, vil være kommet betydelig lenger når den endelige planen skal behandles.
- Gjennom denne prosessen er ønsket å forbedre og ytterligere spisse det planutkastet som sendes på høring. Det gjelder ikke minst de hovedgrepene som er beskrevet i kapitlene 6, 7 og 8, og oppsummert i kapittel 9. Også kapitlene 10 og 11 vil bli utviklet gjennom høringsprosessen. Den planen som legges fram for styret i mai 2022, vil derfor forhåpentligvis både ha god forankring i Vestfoldsamfunnet, og den vil være ytterligere forbedret og spisset innholdsmessig.

2.3 Én utviklingsplan og tre perspektiver

Som det framgår av punkt 1.2., legger planen til grunn at SiVs utvikling tar utgangspunkt i tre hovedperspektiver. Det betyr også at det vil være litt ulike prosesser knyttet til hvert av de tre perspektivene, og også til hvordan de skal følges opp; jfr. kapittel 11.

Det er likevel viktig å presisere at det er én, samlet utviklingsplan som nå legges opp. Selv om sykehuset har ønsket bred deltakelse fra mange parter i arbeidet med planen, er det både formelt og reelt *SiVs utviklingsplan*. Det er administrerende direktør ved SiV som er ansvarlig for at det planforslaget som legges fram for styret, har tilstrekkelig kvalitet, og at det svarer opp de føringene som er gitt fra HSØ.

2.4 Organisering og regi

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

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

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

- Styret for SiV ga sine føringer for planarbeidet gjennom den saken som det er referert til ovenfor. Styret har også behandlet flere saker om planen i løpet av høsten 2021. Mye av fokuset i disse sakene har vært knyttet mulige samarbeidsområder med Sykehuset Telemark.

- Klinikkene har diskutert alle de tre perspektivene på grunnlag av konkrete bestillinger fra administrerende direktør. I disse bestillingene ba administrerende direktør klinikkene eksplisitt om å svare opp føringene fra HSØ. Denne prosessen har vært bindeleddet mellom fagmiljøene på sykehuset og ledergruppen som styringsgruppe.
- Brukerutvalget har vært informert om planarbeidet, og det er lagt opp til videre dialog med Brukerutvalget i høringsfasen.
- De tillitsvalgte har hatt dialog-/innspillsmøte med administrerende direktør på et første utkast før styrebehandlingen.
- Kommunene i Vestfold ble invitert til en innspillsrunde i november/desember, men foretrakk å vente med sine innspill og synspunkter til det forelå et mer helhetlig forslag fra sykehuset. Det vil derfor bli lagt særlig vekt på dialog med og forankring hos kommunene/Helsefellesskapet i høringsrunden. Se mer om det i punkt 2.2.
- Brukerorganisasjonene for øvrig (utover brukerutvalget) vil både få tilsendt høringsutkastet, og det vil bli lagt opp til egne møter med disse i høringsrunden.

2.5 Overordnet om plandokumentet og forholdet til andre plandokumenter

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

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

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

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

- Denne utviklingsplanen er mer å anse som en rullering og oppfølging av den planen som ble vedtatt i 2018, enn som en fullstendig revisjon. Det betyr at de perspektiver, utviklingstrekk og retningsvalg som ble beskrevet i den planen, fortsatt er gjeldende. Men denne planen oppdaterer og aktualiserer planen fra 2018, og tar også inn noen nye perspektiver.
- Dokumentet inneholder også en relativt kortfattet oppsummering av hvordan SiV har fulgt opp de grepene og retningsvalgene som ble tatt i den forrige planen. Administrerende direktør anser det som viktig på denne måten å synliggjøre de røde trådene og den kontinuiteten som ligger til grunn for sykehusets utviklings- og strategiarbeid.
- Planen har i det store og hele et foretaksperspektiv. Det innebærer at den tar opp utfordringer og signaliserer grep og retningsvalg som i det vesentlige er felles for hele foretaket. Det vil si at mer klinikkinterne og fagspesifikke temaer i liten grad er berørt.

- Avslutningsvis er det viktig å understreke at hovedfokus i planen er på kjernevirksomheten og pasientbehandlingen. Utfordringer knyttet til kompetanse, teknologi, infrastruktur mv, tas opp i andre plansammenhenger.



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

3.1 Overordnede føringer for utviklingsplanen

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

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

3.1.1 Utvikle tjenestene på pasientenes premisser

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

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

3.1.2 Sikre flyt, kontinuitet og forutsigbarhet i tjenestene

Tjenestene skal være preget av *flyt, kontinuitet og forutsigbarhet* – med færrest mulig forflytninger. Der hvor det er mulig, er det sykehusets ambisjon at helsearbeideren og helsetjenesten skal komme

til pasienten snarere enn at pasienten skal måtte forflytte seg for å møte helsearbeideren/helsetjenesten. Samtidig er det viktig å utnytte det potensialet som ligger i at ny teknologi gjør det mulig å samhandle i form av digitale møter og treffpunkter, og ikke bare fysiske.

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

3.1.3 Sikre mer sammenhengende og integrerte helsetjenester

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

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

3.1.4 Sikre god pasientsikkerhet og kvalitet

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

Et av elementene i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet, er en økt standardisering og reduksjon av uønsket variasjon. Det er godt dokumentert at standardisering bidrar til bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

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

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

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

3.1.6 Utnytte teknologisk muligheter

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

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

3.1.7 Styrke forskning og innovasjon

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

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

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

3.1.8 Økt vekt på teamarbeid

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

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

3.1.9 Øke evnen til endring og omstilling

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

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

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

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

3.2 Konkretisering av mål

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

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

De 8 målbildene for dette perspektivet, er som følger:

- 1 SiV er kjent for å ha inkludert brukerne aktivt i forbedrings- og utviklingsarbeidet – både på individ- og systemnivå
- 2 SiV arbeider etter helsefremmende prinsipper, og har bidratt til økt egenmestring hos befolkningen i Vestfold

- 3 SiV leverer spesialisthelsetjenester av dokumentert høy kvalitet, og har et godt omdømme og stor troverdighet på disse tjenestene
- 4 SiV har utviklet en organisasjons- og ledelsesform som sikrer løpende utvikling og forbedring av tjenestene
- 5 SiV ligger i front når det gjelder tverrfaglig samarbeid, og de ansatte har god digital støtte i alle arbeidsprosesser
- 6 Forsknings- og innovasjonsarbeidet ved SiV har høy kvalitet, og bidrar til at sykehuset leverer stadig bedre pasientbehandling
- 7 SiV har etablert en sterk posisjon i markedet for rekruttering, og er en attraktiv arbeidsplass for nøkkelpersonell
- 8 SiV bidrar til å utjevne sosiale og kulturelle forskjeller i helse ved å sikre befolkningen lik tilgang til helsetjenester

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

De 2 målbildene for dette perspektivet, er som følger:

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

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

De fire målbildene for dette perspektivet, er som følger:

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

3.3 Overordnet om virksomhetsutvikling i SiV

3.3.1 Virksomhetsutviklingens nødvendighet

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

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

I dette punktet redegjøres det kort for

- SiVs behov for lokal utvikling for å øke handlingsrommet for å løse oppgavene innenfor de til enhver tid gjeldende betingelser
- Erkjennelser om sammenhenger og kompleksiteter – særlig knyttet til forståelse av *kvalitet*
- Utviklingstrender som forutsetter virksomhetsutvikling
- Eksempler fra Hurdalsplattformen som illustrerer at forutsetninger og rammer også er konsekvenser av politisk eierskap og styring.

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

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

Erkjennelsene av alle gjensidige avhengigheter mellom de strategiske innsatsområdene

- pasientsikkerhet og kvalitet
- virksomhetsutvikling (tidl. produksjons-, prosess- og ressursoptimalisering)
- organisasjonsutvikling
- ledelse
- kompetanse
- medarbeidere,

og drivere som

- digitalisering
- medisinsk utvikling
- økonomiske forutsetninger
- kultur og arbeidsmiljø

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

Det er behov for ny kunnskap om sammenhengen mellom ressursbruk, kvalitet og organisatoriske forhold. Effektiviteten i produksjonen av tjenester og den kvalitet de har, har betydning for oppslutningen i befolkningen til offentlig styrte og finansierte helse- og velferdstjenester. Lav kvalitet vil redusere betalingsviljen, men for høy kvalitet kan også innebære feil bruk av ressurser.

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

Det offentlig oppnevnte Velferdstjenesteutvalget skriver:

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

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

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

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

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

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

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

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

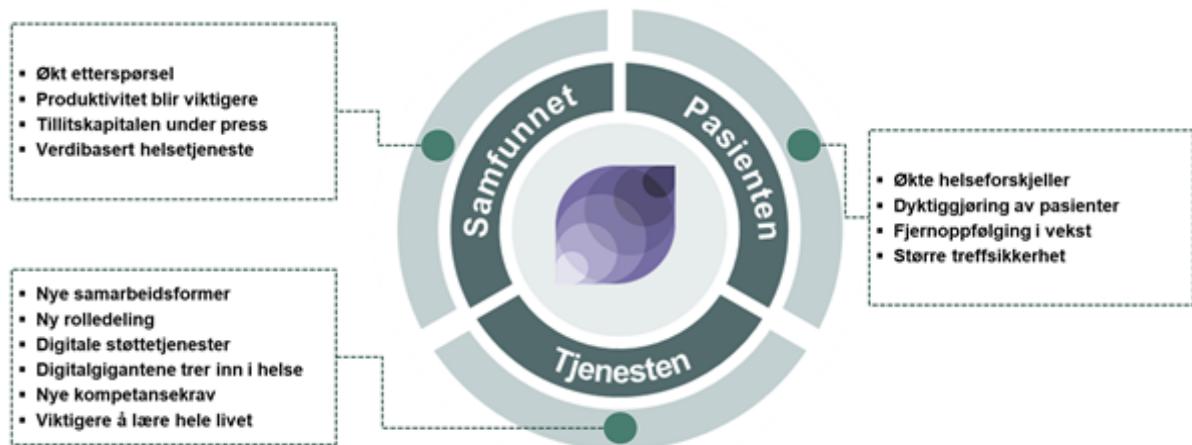
Skal det norske velferdssamfunnet møte morgendagens utfordringer på en god måte, må effektiviteten i tjenesteytingen øke. Det betyr å levere riktig kvalitet med mindre ressursinnsats. Ny teknologi sprer seg inn i personlig tjenesteyting med voldsom kraft.

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

3.3.2 Nærmere om utviklingstrender som forutsetter virksomhetsutvikling

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

Figur 3-1: Virksomhetsutvikling i helsetjenesten



1. Samfunn

1.1 Økt etterspørsel

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

1.2 Produktivitet blir viktigere

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

1.3 Tillitskapitalen under press

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

1.4 Verdibasert helsetjeneste

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

2. Pasienten

2.1 Økte helseforskjeller

Økte helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper og geografisk, mellom sentrale

områder og distrikter. Polarisert helsetrend, hvor noen trener mer enn noensinne og andre faller utenfor.

2.2 Dyktiggjøring av pasienter blir viktigere

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

2.3 Fjernoppfølging i vekst

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

2.4 Presisjonsbehandling

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

3. Tjenesten

3.1 Nye samarbeidsformer

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

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

3.3 Digitale støttetjenester

Helsepersonell kan avlastes av maskiner innen f.eks dokumentasjon, utdeling av mat og medisiner og med koordinering

3.4 Digitalgigantene trer inn i helse og omsorg

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

3.5 Nye kompetansekrav

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

3.6 Viktigere å lære hele livet

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

3.3.3 Helsepolitikken i regjeringsplattformen

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

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

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

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

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

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



KAPITTEL 4 – Befolkningsutvikling, framskrivinger og endringsfaktorer

4.1 Befolkningsutvikling og framskrivinger

4.1.1 Befolkningsutvikling generelt

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

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

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

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

4.1.2. Framskrivinger, utviklingstrekk og endringsfaktorer

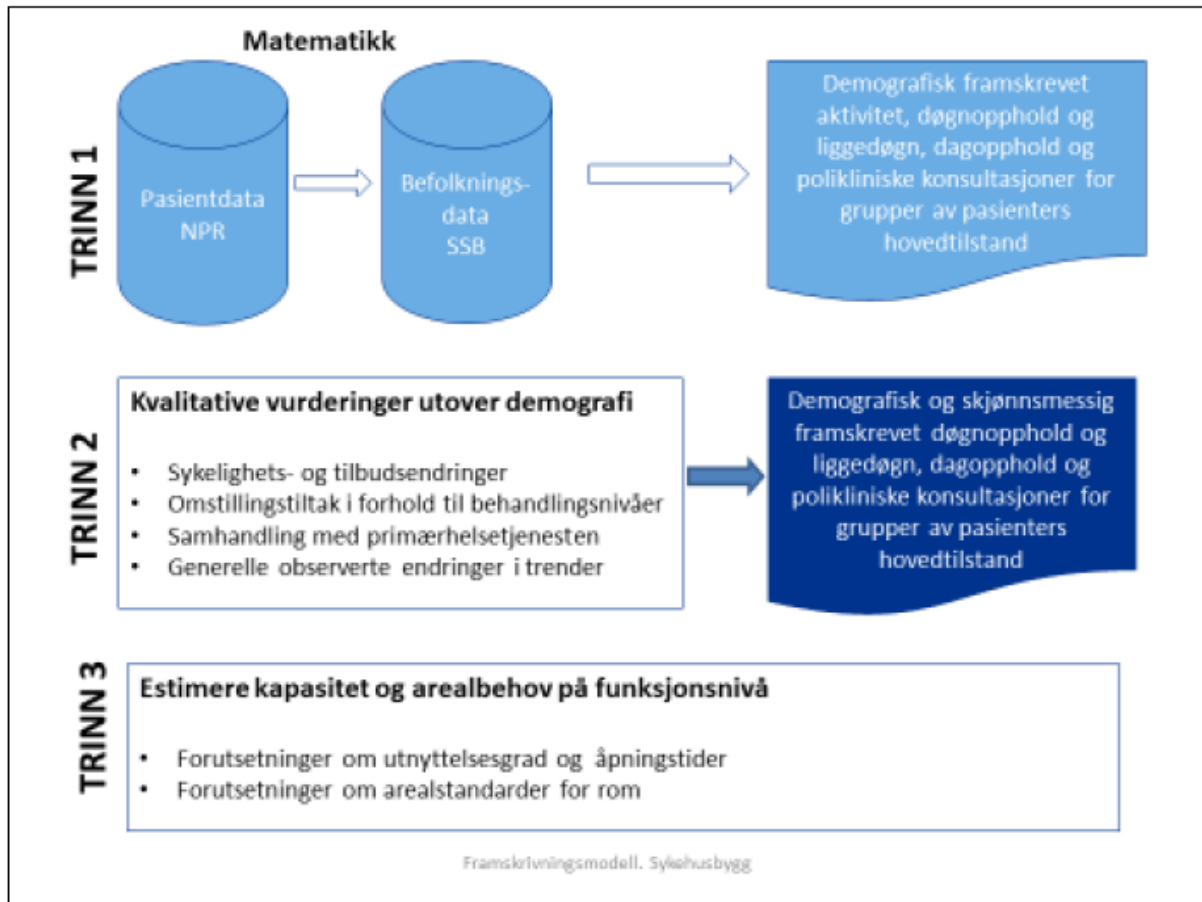
Dersom SiV skal møte framtiden på en vel forberedt måte, er sykehuset avhengig av å analysere hvilke faktorer som vil endre behovet for helsetjenester og/eller måten disse tjenestene bør leveres på. Sykehuset må med andre ord foreta analyser og vurderinger av forhold som i større eller mindre grad vil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

Framskrivningsmodellen - prinsipper

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

Under gis en skisse over prinsippene i modellen.

Figur 4-1; 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, år 2019). 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. Blant annet utvikling i diagnostikk, utredning og behandling og teknologiske framskritt medfører at helsetjenestene endrer seg. I trinn 2 er det derfor laget et sett av drivere/endringsfaktorer basert blant annet på vurderinger fra fagfolk og erfaringer fra gjennomførte prosjekter i helseforetakene.

I modellen har man lagt inn følgende inn følgende drivere/endringsfaktorer:

- Sykdomsutvikling baseres på Folkehelseinstituttets analyser
- Effekt av primær og sekundær forebygging, effekt av nye behandlingsmetoder, nye legemidler, ny teknologi i behandling, nye screeningprogram mm
- Endring i oppgavedeling (internt i helseforetak, mellom helseforetak, mellom offentlige og private sykehus/avtalespesialister og samhandling mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste, innspill fra helsefelleskapene)
- Endring i organisering av tjenestetilbudet (f.eks. fra døgnopphold til dagopphold og polikliniske konsultasjoner, bruk av observasjonsenheter, pasienthotell, hjemmesykehus etc.)
- Økt digitalisering, arbeidsbesparende teknologiske løsninger og endret bruk av kompetanse
- Generell effektivisering, tiltak for å redusere uønsket variasjon, bedre prioritering, reduksjon i interne ventetider (bedre logistikk)

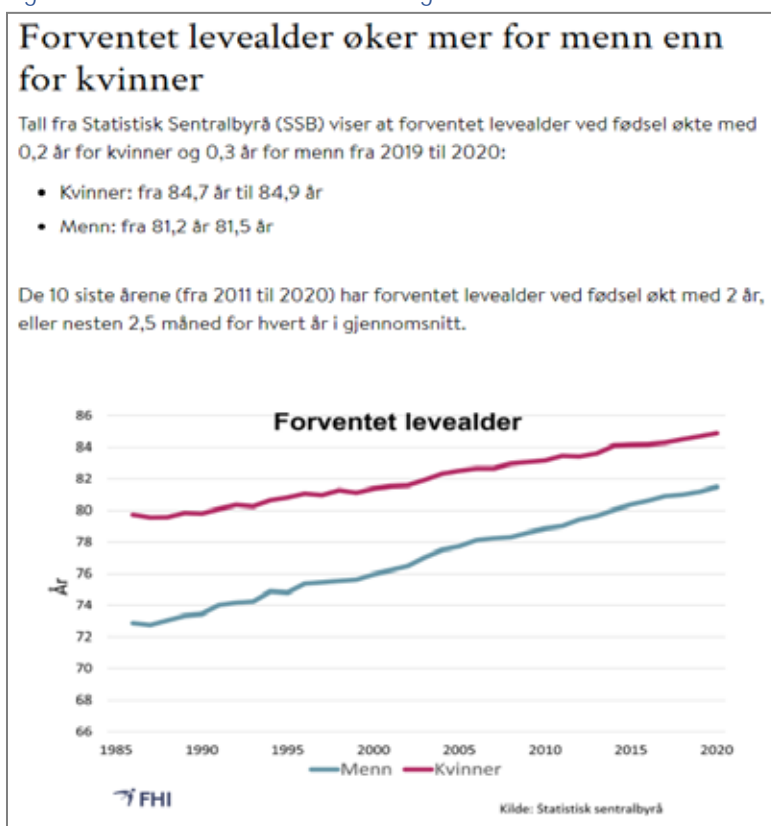
- Pasienten som aktiv deltaker, helsekompetanse og befolkningens etterspørsel etter tjenester
- Krav til beredskap – mangelsituasjoner og mulige trusler/pandemi
- Endringer i bemanningsbehov ut fra sammensetning av ansatte, forventet aktivitetsendring, oppgavedeling, teknologisk utvikling og andre modifierende faktorer

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.

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

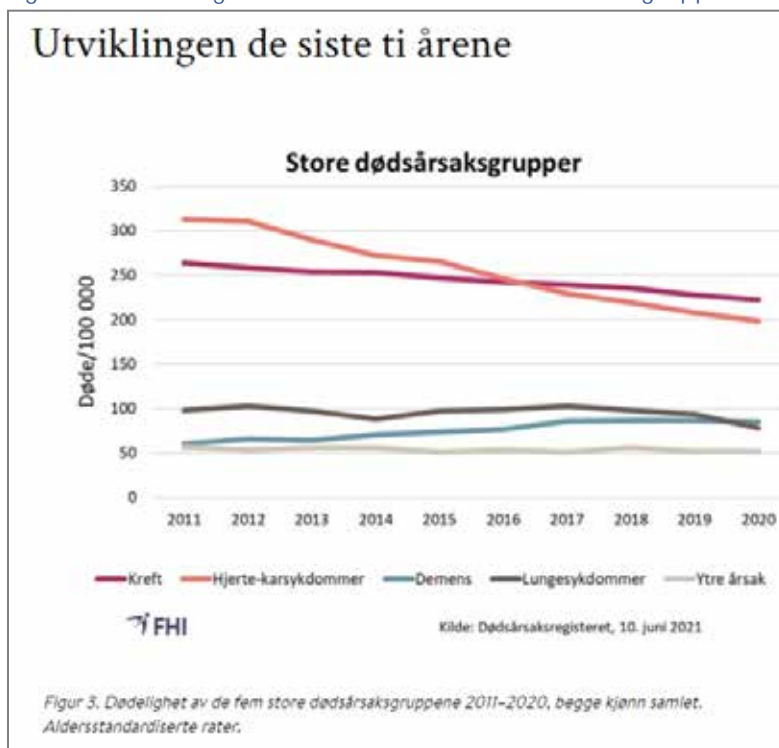
Noen av de utviklingstrekkene som vil påvirke behovet for spesialisthelsetjenester, og kompetansesammensetningen i spesialisthelsetjenesten, mest i kommende år, er kombinasjonen av at stadig flere lever stadig lenger:

Figur 4-2: Forventet levealder - Norge



Og dermed lever lenger med sine sykdommer:

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



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

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

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

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

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

Epidemiologisk og medisinsk utvikling (tilbud og etterspørsel)

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

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

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

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

4.1 Endringsfaktorer med økt aktualitet etter behandling av forrige utviklingsplan

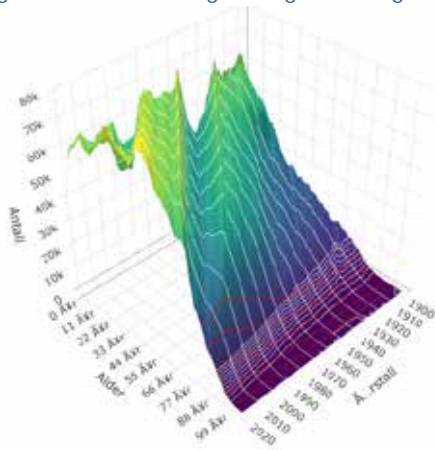
Etter at den forrige utviklingsplan ble behandlet i mai 2018, er det noen faktorer som har fått økt aktualitet, og som vil bli kort beskrevet nedenfor. Med økt aktualitet menes at det har skjedd en utvikling på det aktuelle området de siste fire årene, som medfører at sykehuset må forholde seg til dem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

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

4.2.1 Økt forekomst av demens

Demens vil i årene framover gi helsetjenesten og SiV utfordringer. Demens vil fremover øke fordi våre innbyggere lever lenger og årskullene de nærmeste årene (etterkrigskullene) er betydelig større enn tidligere årskull. Figur 4.3. nedenfor illustrerer den store økningen av eldre >75 år vi vil få i samfunnet.

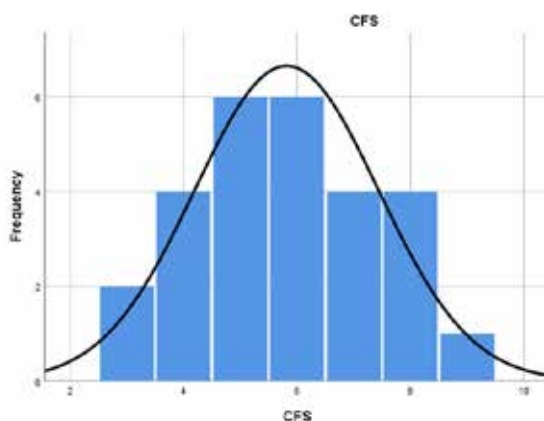
Figur 4-3: Befolningsmengde i Norge etter alder.



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

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

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



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

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

4.2.2 Utfordringer innen psykisk helsevern og TSB

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

Spiseforstyrrelser

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

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

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

Ruslidelser

De siste årene har antall pasienter med diagnostisert ruslidelse i Norge økt med 0,3 % årlig. Samtidig vet vi at rus- og avhengighetslidelser er vesentlig underdiagnostisert. Over halvparten av pasientene med diagnostisert ruslidelse hadde en alkoholrelatert lidelse, mens pasienter som er i behandling for flere stoffer – opiat og cannabinoide - utgjorde 15-20 % av populasjonen.

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

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

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

Alvorlig psykisk lidelse

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

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



4.2.3 Økte krav til beredskap

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

Beredskapsledelsen er i SiV direktørens ledergruppe (lik ledelsen i ordinær drift) med tillegg av beredskapssjef. Gjennom øvelser og reelle hendelser har SiV som organisasjon vist stor mobiliseringsevne og fleksibilitet til å håndtere akutte, større hendelser.

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

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

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

Under pågående pandemi covid-19 har SiV etablert eget beredskapslager for MTU med forbruksmateriell som videreføres. Lageret styrker SiVs evne til å håndtere større hendelser både av kort og lang varighet. Det er etablert systemer som sikrer oppdatering og vedlikehold av dette.

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

4.2.4 Økte muligheter innen presisjonsmedisin

Hva er presisjonsmedisin?

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

SiV er på flere områder innen presisjonsmedisin i front i utviklingen. Vi vil nevne noen hovedpunkter:

- SiV var det første helseforetaket i Helse Sør-Øst (HSØ) og det første ikke-universitetssykehuset som kunne tilby neste generasjons sekvensering (NGS) på kreftvev. NGS er en multigentest som gir informasjon om mulige endringer i mange gener i samme analyse. Metoden er ved SiV også akkreditert, og det er ingen andre laboratorier i landet som har akkreditert en analyse med så mange gener på tumorvev.
- SiV bidrar også aktivt i nasjonalt arbeid for kompetanseutvikling hos fagpersoner som skal jobbe med denne typen analyser.
- Sykehuset har også etablert en pilot for et tverrfaglig møte for presisjonsmedisin der målet er å gi bedre tverrfaglig presisjonsdiagnostikk av kreftpasienter ved å kombinere tumorbiologiske karakteristika, digitalpatologi, radiolog, radiomics, farmakologi og klinikk.
- SiV er pilotsykehus for innføring av digital patologi i HSØ.
- I tillegg arbeides det aktivt for å ta i bruk verktøy for kunstig intelligens både for digital patologi og radiologi.
- Mikrobiologisk avdeling bruker også NGS for å avgjøre om bakterieisolater fra forskjellige pasienter tilhører samme stamme slik at kostnadsdrivende sykdomsutbrudd med for eksempel multiresistente bakterier kan oppdages og bekjempes raskere. Det samme gjelder påvisning og karakterisering av gener og mutasjoner som gjør bakterier resistente mot antibiotika. Dette gir pasientene en individrettet behandling som medfører en tryggere og riktigere bruk av antibiotika.

Veien videre

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

Et *eksempel* som kan illustrere dette: Å ta i bruk digital patologi ved å samle vevs- og celleprøver digitalisert i et felles multimediaarkiv (VNA) som en enhetlig informasjonskilde for å ta i bruk/utvikle

¹ https://no.wikipedia.org/wiki/Persontilpasset_medisin

² [Towards precision medicine | Nature Reviews Genetics](#)

kunstig intelligensprogramvare som kan gi nyttig merverdi i det diagnostisk arbeidet, og ikke minst enklere datadeling med andre.

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

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

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

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

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

³ [Prosjektrapport-NGS diagnostikk innen kreft v1.0 offentlig.pdf \(spesialisthelsetjenesten.no\)](#)

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

⁵ [Prosjekter - Spesialisthelsetjenesten](#)

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

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

4.2.5 Mer arenaflexible løsninger

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

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

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

Arenauavhengig leveranse av helsetjenester utfordrer roller både som pasient og som tjeneste. Som nevnt ovenfor, vil pasientene i spesialisthelsetjenesten ha muligheten til å utforme egne helsetjenester i større grad. Det er imidlertid ulik digital modenhet og helsekompetanse i befolkningen, samt det er ulik grad av kognitiv mottagelighet og kulturelle forskjeller.

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

4.2.6. Utfordringer i fastlegeordningen

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

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

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



KAPITTEL 5 – Overordnet beskrivelse av SiV som organisasjon og tjenesteprodusent.

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

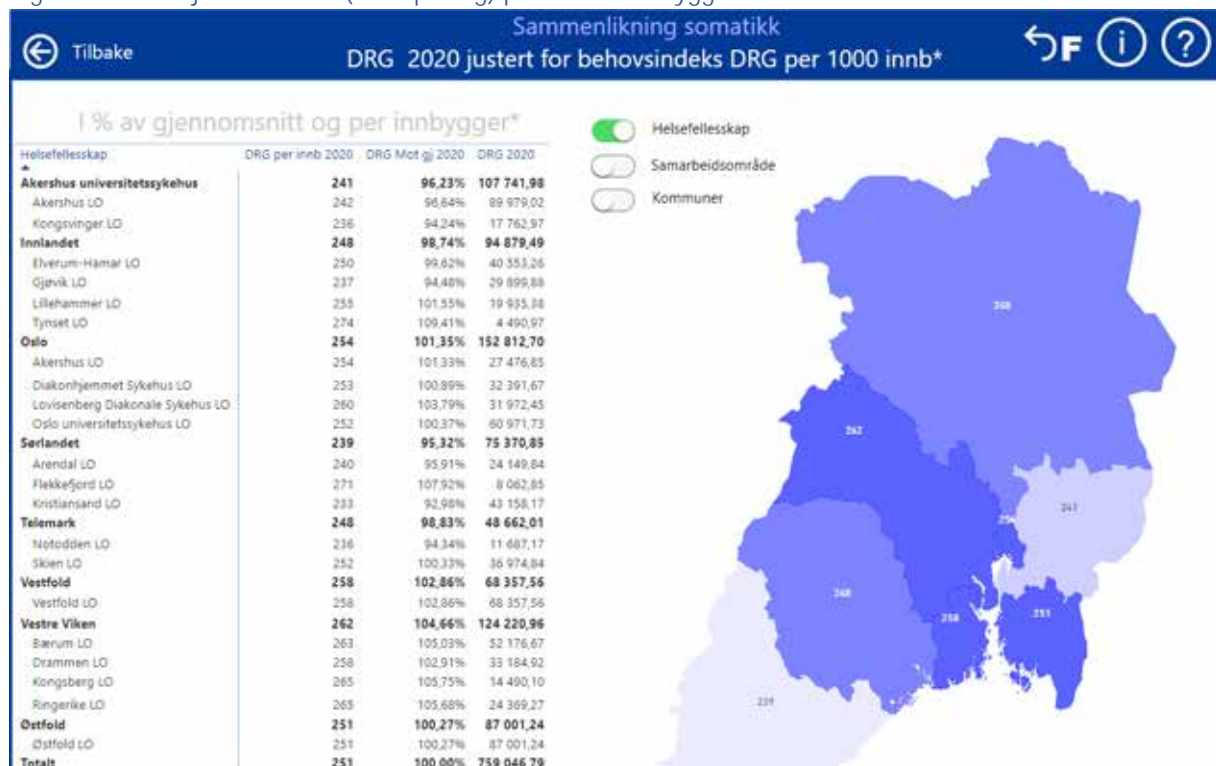
I dette kapitlet vil vi gi en overordnet beskrivelse av SiV som organisasjon og tjenesteprodusent. Her beskrives mye av det felles grunnlaget – organisatorisk, kompetansemessig, bygningsmessig, teknologisk mv., - som alle de tre perspektivene bygger på. I dette kapitlet gis også en kortfattet beskrivelse av den samlede pasientbehandlingen ved sykehuset, og sykehusets prinsipper og policy innen pasientsikkerhet og kvalitet, og når det gjelder brukerinvolvering og helsekompetanse for pasienter og pårørende.

5.1 Aktivitet

5.1.1 Overordnet om aktivitet

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

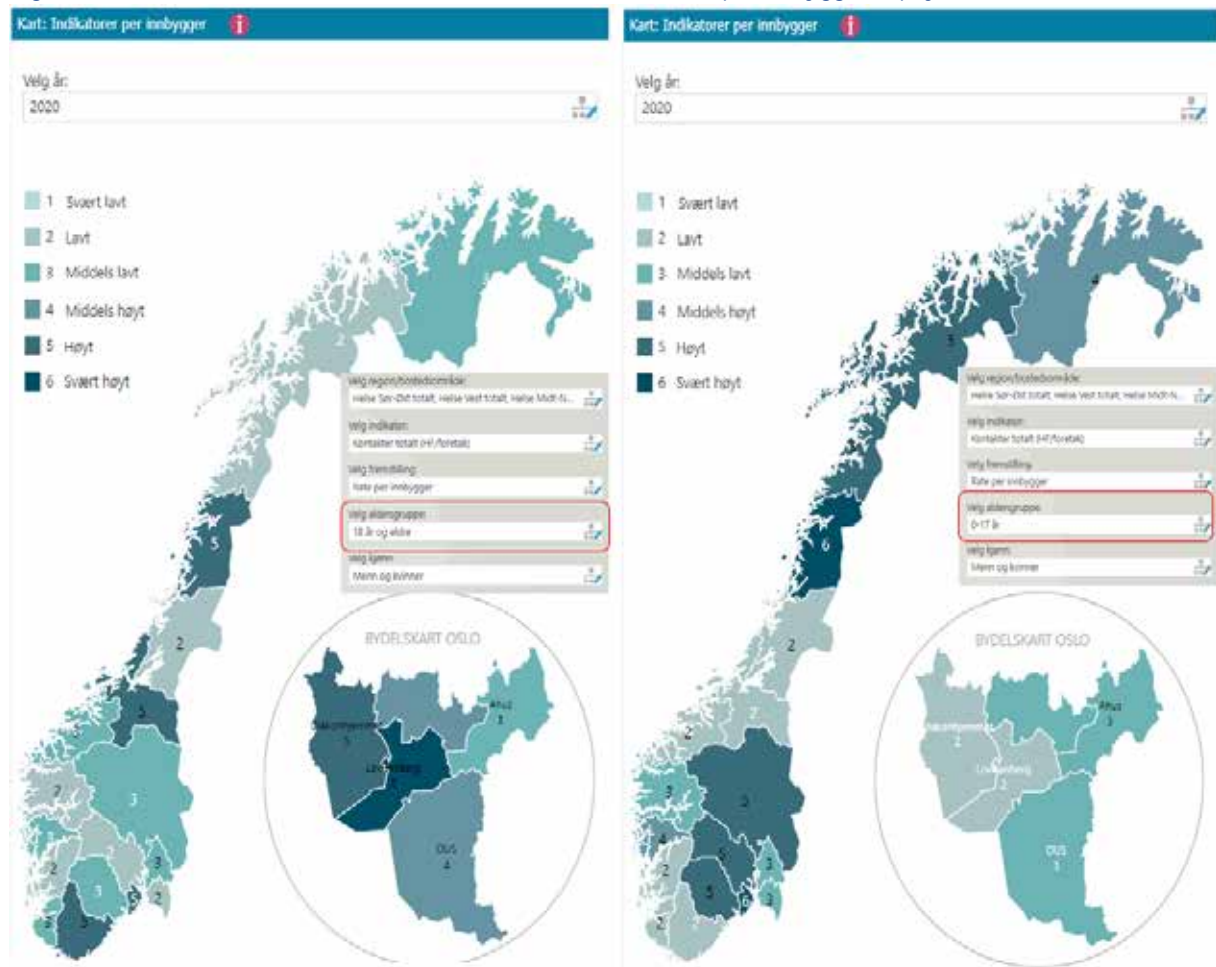
Figur 5-1 Variasjon i forbruk (DRG-poeng) per 1 000 innbygger.



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

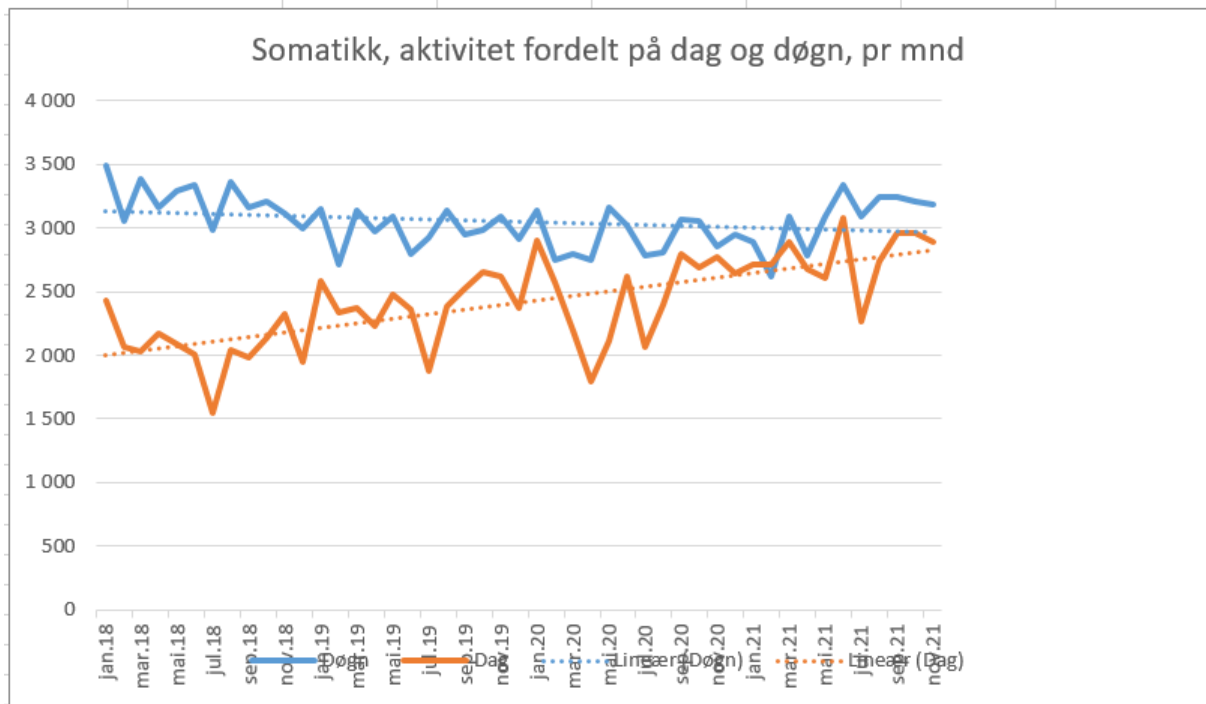
For psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er Vestfoldbefolkningens forbruk av tjenester over gjennomsnittet både for PHV og TSB når man ser på antall kontakter, men under gjennomsnittet dersom man ser på unike pasienter pr 1 000 innbygger.

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

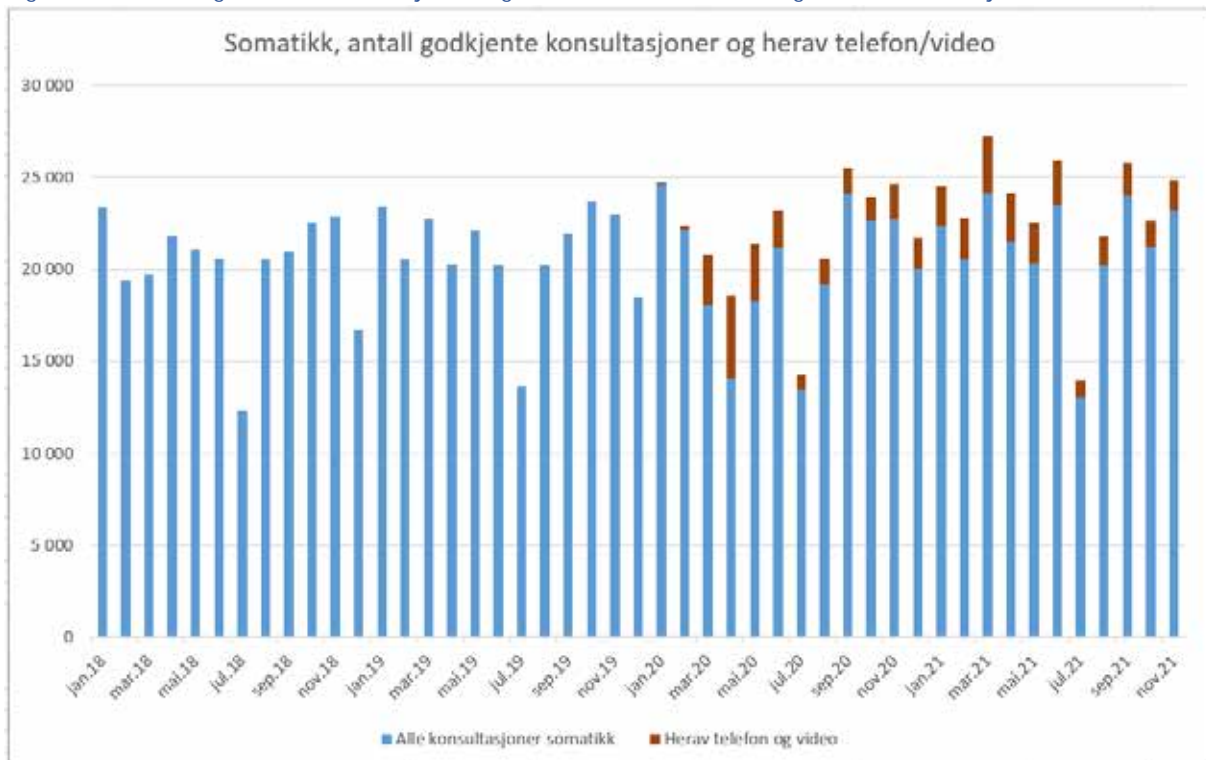


Innenfor somatikken er forbruket de siste årene vridd over mot dag- og poliklinisk behandling. For PHV og TSB har forbruket i flere år vært mer rettet mot poliklinisk behandling snarere enn mot døgnbehandling.

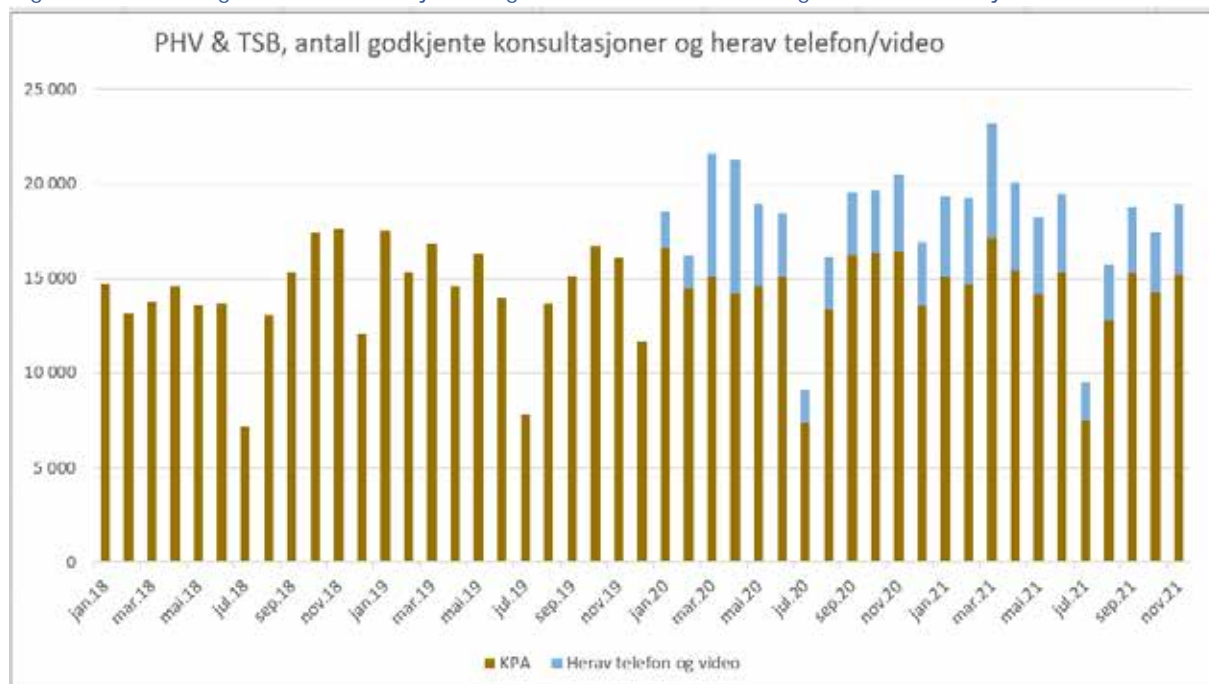
Figur 5-3: Somatikk, aktivitet fordelt på dag og døgn pr måned



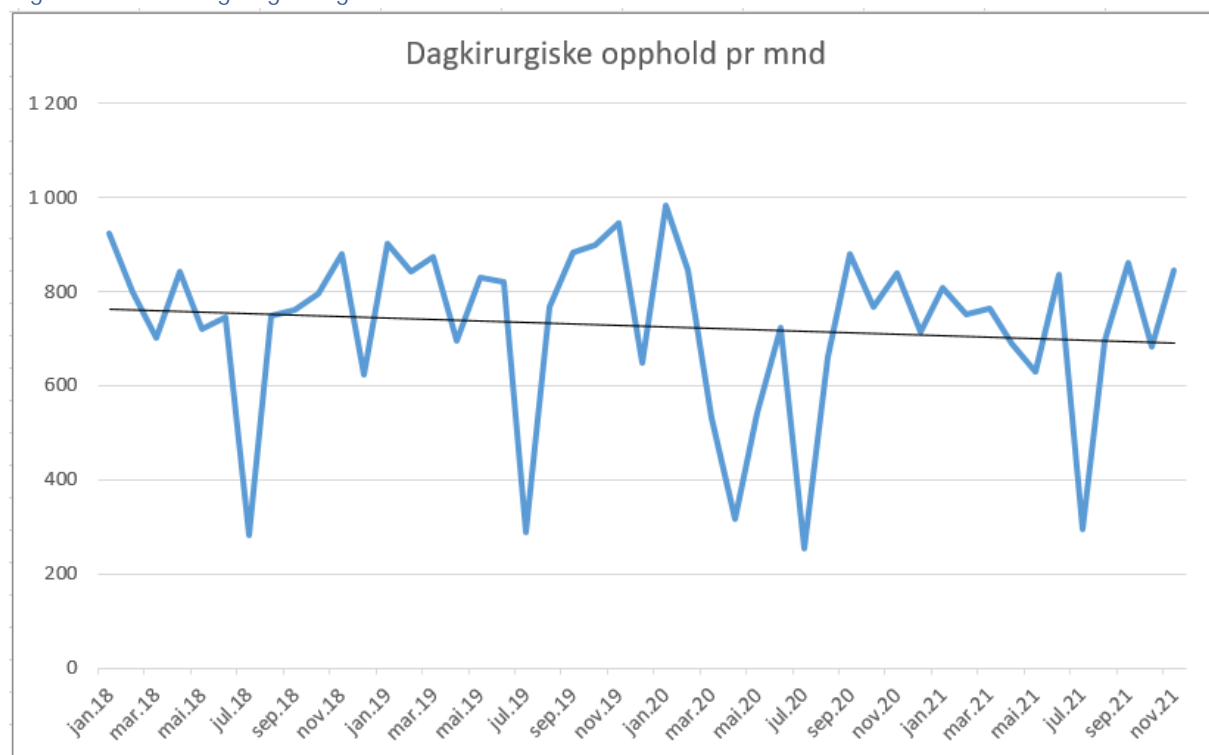
Figur 5-4: Utvikling antall konsultasjoner og inntreden av telefon- og videokonsultasjoner, somatikk



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



Figur 5-6: Utvikling dagkirurgi



5.1.2 Pasientstrømmer

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

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

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

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

5.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

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

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

Tradisjonelt har det vært en utbredt oppfatning at styrket kvalitet og pasientsikkerhet er avhengig av tilførsel av økte ressurser. Framover må dette endres, da SiV skal styrke pasientsikkerheten og kvaliteten uten medfølgende ressursøkninger. For å oppnå dette må fokus på kvalitet og pasientsikkerhet være kjernen i SiV sine øvrige definerte innsatsområder. Sykehuset må skape en kultur gjennom ledelse, fag og kompetanse som stimulerer til ønske om kvalitetsforbedring. Det foreligger allerede i dag mange indikatorer, men det kan være utfordrende å følge utviklingen i sanntid. Teknologisk støtte med automatisering og systematisering av data presentert for ledere og medarbeidere på en hensiktsmessig måte, vil være viktig for å skape en økt bevissthet om, og aktiv bruk av, kvalitetsdata i sanntid. Det vil framover være viktig å definere kvalitetsmål som avspeiler om formålet med tjenestene oppnås.

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

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

- Gjennom systematisk opplæring av medarbeidere og ledere skal SiV ha god kompetanse i forbedringsarbeid. Innsatsområdene skal reflektere pasientbehov.
- Pasientsikkerhet og kvalitet er et tydelig lederansvar.
- Brukerinvolvering skal stå sentralt i utvikling av tjenestetilbud.
- SiV skal ha god oversikt over mål for å oppfylle eierkrav.
- Mestringsevne, både for pasienter og pårørende, skal styrkes.

- SiV skal være transparente på kvalitetsmål og resultater.
- SiV skal legge til rette for kunnskaps- og erfaringsbasert læring, også med aktører utenfor SiV.
- SiV benytter aktivt digitale verktøy i utvikling, utførelse og oppfølging av forbedringsarbeid og pasientforløp.

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

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

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

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

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

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

5.3 Brukerinvolvering og helsekompetanse

5.3.1 Brukerinvolvering og helsekompetanse

Regional delstrategi for kvalitet og pasientsikkerhet ble lansert i 2021 for å bidra til å realisere Helse Sør-Østs visjon og Regional utviklingsplan 2035. Et satsningsområde i strategien er å øke pasienters helsekompetanse. Gjennom tre tiltaksområder - Pasient- og pårørendeopplæring, Kommunikasjon og Brukermedvirkning - skal pasienter, brukere og pårørende gis kunnskap om og mulighet til å ivareta sin helse og sine rettigheter, medvirke i egen behandling og i arbeidet med å forbedre tjenestene.

5.3.2 Fra brukermedvirkning til aktiv og forpliktende brukerstyring

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

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

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

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

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

- Samvalg er en enhetlig og kunnskapsbasert metode for gjennomføring av samvalg og medvirkning i pasientforløp, med utgangspunkt i pasientens egen helsekompetanse og forutsetninger. Det skal utvikles, og implementeres, samvalgsverktøy for å lette gjennomføringen og styrke pasienter i egne valg.
- gode vaner
- Hva er viktig for deg?
- Ansettelse av erfaringskonsulenter
- Individuell plan (IP).
- Evaluering underveis i behandlingsforløpet.
- Krisemestringsplan.
- Egenvurdering ved inntakssamtale (recoveryorientert anamneseopptak).
- Mulighet for å skrive i egen journal

Økt endringstakt og fleksibilitet i helsetjenestene legger til rette for at pasienter kan ha en mer aktiv og forpliktende rolle. Samvalg, der pasientens individuelle prioriteringer og behov legges til grunn, gir pasientene en mer aktiv rolle enn det som tradisjonelt er assosiert med begrepet medvirkning. Asynkrone digitale helsetjenester gjør det allerede nå mulig å tilrettelegge for brukerstyrte tjenester innenfor dagens etablerte rammer for organisering. Emestring er et slikt asynkront behandlingstilbud ved SiV, der noen pasientgrupper kan benytte seg av behandlingstilbudet på det tidspunktet pasienten selv mener at han eller hun trenger det - uten at den behandlingsansvarlige legen må være fysisk eller virtuelt tilgjengelig på samme tidspunkt. Pasienten kan altså velge og gjøre sine aktiviteter når det passer for pasienten, og behandlingsansvarlig helsepersonell kan ha fleksibilitet til å følge opp når dette er hensiktsmessig. Vissheten om at tjenesten er tilgjengelig når pasienten selv opplever å trenge hjelp, kan i seg selv være såpass betryggende at pasienten velger å avvende situasjonen eller velger en mindre ressurskrevende kontaktform.

Asynkrone tjenester vil i seg selv være en mindre ressurskrevende organiseringsform. Etter hvert som SiV får mer erfaring med hvordan brukerstyrte tjenester påvirker etterspørsel og rammer for organisering, så kan det utarbeides konkrete planer for hvordan prinsippet om brukerstyring kan gjøres mer og mer gjeldende for stadig større deler av helsetjenestetilbudet i SiV.

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

5.3.3 Kommunikasjon

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

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

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

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

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

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

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

5.3.4 Pasient- og pårørendeopplæring

For å sette pasienter og brukere bedre i stand til å ivareta egen helse og delta i beslutninger om egen behandling, må SiV bidra til å styrke den enkelte bruker sin helsekompetanse. I tillegg til god kommunikasjon med den enkelte bruker, må det tilbys lærings- og mestringskurs og støttetjenester som gjøre brukeren best mulig rustet til å takle og leve med egen sykdom. Det jobbes med å samorganisere og samlokalisere støttetjenester og lærings- og mestringsstilbud tilknyttet sykehuset, slik at tjenestene skal bli mer tilgjengelige og like for alle brukergrupper. En slik nyorganisering vil også kunne være et godt bidrag til å synliggjøre og tydeliggjøre brukerstemmen.



5.4 Forskning og innovasjon

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5 Medarbeidere, kompetanse og ledelse

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

5.5.1 Medarbeidere

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

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

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

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

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

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



5.5.2 Kompetanse

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

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

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

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

Kompetansestrategien skal revideres i 2022. Videreutviklingen av strategien og den påfølgende handlingsplanen må sikre at ny kunnskap og kompetanse i sum gir mest mulig nytteverdi for pasienten. Det betyr også at faglig utvikling må kombineres med forståelse for nye digitale og teknologiske løsninger. Innøvelse av logiske ferdigheter og evne til å beherske stadig flere digitale løsninger vil være en forutsetning for både pasientsikkerhet, kvalitet og muligheten til å jobbe effektivt.

Strategien må også ta opp i seg behovet for ny og helt annen kompetanse om nye arbeidsformer som gir god flyt og som optimaliserer driften. For eksempel produkt-/tjenesteteteam og kontinuerlig

forbedring satt i system. Det forutsetter at det utvikles spesialisert kompetanse innenfor miljøene IKT- og Medisinsk teknisk avdeling. Disse vil være leverandører nettopp til dette.

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

5.5.3 Ledelse

Når SiV fokuserer på ledelse som en strategisk innsatsfaktor, er det ut fra en erkjennelse av at god ledelse og gode ledere er helt grunnleggende for sykehusets vilje og evne til å utvikle organisasjonen og realisere foretakets oppdrag og utvikling innenfor de rammebetingelser som er stilt til rådighet. Ledere i SiV har et helhetlig ansvar og skal bidra til å videreutvikle et spesialisthelsetjenestetilbud som pasienter og brukere, pårørende og befolkningen har tillit til. Ledere og medarbeidere skal oppleve det som utviklende og inspirerende å være en del av sykehuset. SiVs ledere skal oppnå resultater gjennom sine medarbeidere, og slik ivareta ansvaret både for egen virksomhet og for SiV som helhet.

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

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

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

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

5.6 SiV som utdanningsinstitusjon

Sykehuset jobber systematisk for å sikre tilstrekkelig antall lære-, praksis- og turnusplasser for elever, lærlinger, studenter fra helsefaglige grunnutdanninger og videreutdanninger. I tillegg er det et kontinuerlig arbeid med å sørge for at praksisstudier som tilbys er av god kvalitet.

Utdanningsoppgavene som sykehuset utfører er viktig for å sikre god fremtidig kvalitet i pasientbehandlingen og for rekruttering av fremtidige arbeidstakere.

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

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

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

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

5.7 Teknologi og digitalisering

5.7.1 Satsinger siden forrige utviklingsplan ble vedtatt

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

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

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

SiV har i perioden gjennomført flere digitale løft som hver for seg, er forutsetninger for at informasjonen skal være digitalt tilgjengelig og ikke på papir. SiV har dermed kommet langt i å ferdigstille en «datafabrikk» som produserer digital informasjon fra alle datakilder og sammenstiller disse for bruk i beslutningsprosesser. En slik samlet tilgang på data gjør det mulig å digitalisere tjenester og utvikle nye arbeidsformer. Men de nye arbeidsformene kommer selvsagt ikke av seg selv. Det kreves gjerne ny kompetanse og bedre logiske ferdigheter for at nye arbeidsprosesser skal bli effektive for både ansatte og pasienter. Dette må trenes og erfares gjennom praktisk rettet arbeid og opplæring. Det er etablert mange slike utviklingsarenaer der spesialkompetanse fra ulike profesjoner møtes til felles beste. Slike tverrfaglige team der klinikere og teknologer jobber sammen og former forpliktende samarbeid, prøves ut gjennom lokale initiativ i SiV og videreføres i regionale sammenhenger. Dette har gitt SiV en fremtredende rolle i arbeidet med å digitalisere og transformere helsetjenesten og teknologiutviklingen i Helse Sør-Øst (HSØ).

5.7.2 Hva vil være satsinger framover?

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

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

Å planlegge aktivitet som skal gjennomføres noen måneder frem i tid, har vist seg å være vanskelig på grunn av kompleksitet og mangel på forutsigbarhet i helsetjenesten. Det er derfor mye som tyder på at innsatsen for å utarbeide planer som likevel ikke følges, bør erstattes i betydelig grad eller i det

minste suppleres med en annen tilnærming der man fokuserer på å utvikle organisasjonens evne til økt endringstakt og læring.

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

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

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

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

I den kommende perioden tar SiV i bruk digitale verktøy som gjør det mulig å tilby presisjonsmedisin til stadig flere pasientgrupper. Beslutningsstøtteverktøy integrert med rask endringstakt og bedre flyteffektivitet, vil ha stor effekt på kvaliteten i pasientbehandlingen. Samtidig vil SiV kunne behandle

flere pasienter med de samme ressursene som man har i dag. Dette krever kompetanseutvikling på nye områder, men den resulterende transformasjonen vil relativt raskt gi grunnlag for en mer robust helsetjeneste som setter trygghet og pasientopplevelsen i fokus når det jobbes datadrevet i sann tid. For det er i nuet man kan gjøre noe med resultatet, i ettertid kan man bare lære av det man burde gjort.



5.8 Eiendom

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

5.9 Økonomi

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

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

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

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

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

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

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

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

5.10 Klima og miljø

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

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

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



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

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

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

- Reduksjon av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI)
Reduksjon av helsetjenesteassosierte infeksjoner bidrar til redusert forbruk av legemidler og materiell, som igjen vil bidra til å redusere utslipp.
- Redusere andel produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer.
Samarbeid mellom innkjøp lokalt og sentralt hvor man arbeider aktivt med å benytte produkter som er produsert på en måte som beskytter pasienten, ansatte på sykehusene og i leverandørkjeden, og miljøet. Dette inkluderer blant annet:
 - Kirurgiske produkter, laboratorieprodukter og -utstyr, medisinske forbruksvarer og medisinsk teknisk utstyr.
 - Økt andel miljømerkede produkter
 - Legemidler uten unødvendig utslipp (anestesigasser, inhalatorer mm.)
- Redusere energiforbruk med 20%.
Med energiforbruk menes den energien som skal til for å drifte et sykehus. Dette omfatter

oppvarming og kjølebehov samt elektrisitet til tekniske anlegg og medisinteknisk utstyr. Energiforbruk i sykehus er den største enkeltfaktoren av direkte klimagassutslipp fra spesialisthelsetjenesten. Med et europeisk energimarked er det ikke lenger slik at strømmen i stikkontakten er ren vannkraft. Det betyr at et av de viktigste bidragene til klimagassreduksjon for sykehusene blir å redusere forbruk av energi.

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



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

6.1 Nærmere om kapitlet

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

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

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

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

6.2 Program for organisasjonsutvikling 2020 – 2021 – hovedgrep

6.2.1 Bakgrunn for programmet

På sen vinteren 2020 besluttet administrerende direktør ved SiV at det skulle settes i gang et bredt anlagt OU-program for å forberede organisasjon best mulig på innflytting i nytt bygg høsten 2021. Det var et klart premiss for programmet at det skulle ha et betydelig lenger tidsperspektiv og fange

langt bredere enn «bare» å ta imot nye og moderne bygg. Det nye bygget skulle primært huse sengeposter og et stort, nytt Akuttsenter, men OU-programmet skulle omfatte hele SiVs somatiske virksomhet i Tønsberg.

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

Oppdraget tok utgangspunkt i 6 prosjekter:

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

6.2.2 Føringer og begrunnelser for konseptvalgene i programmet

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

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

6.2.3 Nytt akuttsenter

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

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

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

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

For å sikre bedre styring av pasientstrømmene inn til akuttsenteret, vil det bli etablert en konfereringstelefon mellom fastlege/LV-lege og overlege i akuttsenteret. En gradvis styrking og

oppbygging av en akuttpoliklinikk vil også kunne bidra til forskyve mottaket i retning av flere elektive ankomster.

6.2.4 Ny sengepoststruktur og felles driftskonsepter for sengepostene

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

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

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

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

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

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

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

1. Riktige pasienter til riktig konsultasjon med riktig kompetanse på riktig arena
 - Redusere antall pasienter som med fordel kan bli konsultert på et annet sted/nivå (primærhelsetjeneste)
 - Med faglighet som grunnlag redusere antall kontrollkonsultasjoner
 - Øke andelen konsultasjoner foretatt av sykepleier, fysioterapeut m.fl. for å frigjøre legetid til de meste krevende pasientene

2. Riktig form på konsultasjon og monitorering
 - Fjernkonsultasjon (video/telefon) skal tilbys der dette er hensiktsmessig
 - Fjernovervåking skal innføres der dette er hensiktsmessig

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

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

6.2.6 Etablering av senter for kreft og blodsykdommer

Prinsipielt om senteret

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

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

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

Nærmere om pasientpopulasjonen i det nye senteret

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

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

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

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

døgnopphold for spesialisert lungebehandling, vil fortsatt bli behandlet i sengeposten ved lungeseksjonen.

For hematologisk pasienter ble det besluttet pasienter både med maligne og ikke maligne diagnoser skal få sin behandling i kreftsentret.

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

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

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

SiV mener at den satsingen sykehuset har gjort ved å etablere et nytt senter for kreft og blodsykdommer, vil gi et vesentlig bedre og mer framtidsrettet tilbud til disse pasientgruppene.

6.2.7 Etablering av barne- og ungdomsavdeling

Overordnet om den nye barne- og ungdomsavdelingen

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

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

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

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

Bedre tilbud til barn og unge med spiseforstyrrelser

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

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

Samarbeid og samhandling med habiliteringsseksjonen

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

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



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

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

6.2.8 Omstilling av kirurgisk virksomhet; med særlig fokus på operasjonsvirksomheten

Behov for forbedringer

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

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

Hovedgrep som er vedtatt og i ferd med å bli implementert

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

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

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

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

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

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

6.3 Oppfølging av forrige utviklingsplan på rehabiliteringsområdet (KFMR)

Rehabilitering var et prioriterte innsatsområdene i den utviklingsplanen SiV lagde i 2018. Det har vært viktig grunnlag for den utviklingen som har skjedd innen rehabilitering ved Sykehuset i Vestfold i den perioden som har gått siden da.

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

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

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

6.3.1 Døgnbasert rehabilitering i tidlig fase

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

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



6.3.2 Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt

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

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

6.3.3 Ambulant virksomhet og samarbeidet med kommunene

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

6.4 Oppfølging av forrige utviklingsplan innen PHV, TSB og BUP

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

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

6.4.1 Brukermedvirkning

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

6.4.2 Implementering av standardiserte pasientforløp

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

6.4.3 Forbedringsmetodikk

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

6.4.4 TSB: Utvikling av basistjenester, organisering og forskning

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

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

6.4.5 Barn og unges psykiske helse

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

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

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

6.4.6 Samarbeidsstrukturer

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

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

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

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

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

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

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

De grepene som det redegjøres for nedenfor, bidrar samlet sett til å støtte opp under alle disse funksjonene. Vi har likevel valgt ikke å sortere dem på grunnlag av ovennevnte kulepunkter. Det

skyldes blant annet at flere av grepene må kunne sies å støtte opp under flere av de nevnte funksjonene.

6.5.1 Styrking av kapasitet for å håndtere akutt kritisk syke pasienter

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

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

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

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

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

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

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

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

6.5.2 Akuttmottakene og den akuttmedisinske kjeden

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

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

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

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

Når akuttmottakene og den akuttmedisinske kjeden fortsatt skal stå høyt på dagsorden i sykehusets strategiske utviklingsarbeid, er det viktig at det ikke bare omfatter det somatiske akuttmottaket og «den somatiske akuttmedisinske kjeden». Det er sykehusets klare ambisjon at arbeidet også skal omfatte psykiatrisk akuttmottak og den akuttpsykiatriske kjeden. Men det skal også være fokus på samarbeidet mellom de to akuttmottakene og på helheten i akuttfunksjonen.

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

6.5.3 Skrøpelige eldre pasienter

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

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

Denne satsingen vil bli forsterket i årene som kommer. Det økende antallet pasienter med demens vil ytterligere aktualisere og forsterke dette behovet. For mer om denne utfordringen vises til kapittel 4, punkt 4.2.1. Ikke minst er det i dette arbeidet viktig å ha et kritisk fokus på hva som er spesialisthelsetjenestens og hva som er primærhelsetjenestens oppgaver i forhold til disse pasientgruppene. Dette selvsagt i tillegg til selve samhandlingen mellom de to nivåene.

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

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

6.5.4 Pasienter med diffuse/uspesifikke plager og smerter

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

Timingene nå synes å være god for å få satt disse problemstillingene på dagsorden. Det er i ferd med å utvikles en gradvis økende erkjennelse av at sykehuset vil ha mye å hente på et tettere samarbeid mellom de ulike fagområdene for å gi disse pasientene en mer helhetlig, fullstendig og håndterbar tilnærming. Ved enkelte andre sykehus har man samordnet henvisningsforløpet mellom en rekke spesialiteter for å sikre en koordinert og samordnet tilnærming. Det er også gode eksempler fra andre land, ikke minst Danmark, som det kan hentes inspirasjon fra og bygges videre på.

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

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

6.5.4 Styrke rehabiliteringsinnsatsen ved SiV

Som det framgår av punkt 6.3., dreide den forrige utviklingsplanen dreide seg i betydelig grad om å *styrke og samordne innsatsen innen rehabilitering*. Som det framgår av beskrivelsen i ovennevnte punkt, har SiV realisert mange av de ambisjonene som lå i denne planen innen rehabiliteringsområdet. Blant annet er KFMR tydelig etablert som sykehusets rehabiliteringsfaglige tyngdepunkt. Det betyr blant annet at flere av rehabiliterings- og mestringstilbudene i Tønsberg nå er organisatorisk lagt inn under KFMR. Samarbeidet mellom KFMR og akuttsykehuset i Tønsberg er styrket både inn mot intensiv og mot flere av de ordinære sengepostene; for eksempel nevrologi. I tiden framover vil arbeidet med å utvikle sykehusets innsats og tilbud innen rehabilitering bli ytterligere styrket gjennom blant annet:

- Forsterke tilbudet til pasienter med komplekse senfølger av Covid-19.

- Implementere et tilbud om tidlig oppstart av rehabiliteringsforløpet (den subakutte rehabiliteringen). Det vil si å etablere dedikerte rehabiliteringsplasser på akutt sykehuset i Tønsberg. Dette tilbudet vil være oppe å stå fra nyttår 2022.
- Etablering av senter for kliniske støttetjenester i regi av KFMR. Jfr det som står i avsnittet ovenfor.
- Utvikle en mer helhetlig tilnærming til oppfølging av pasienter utenfor sykehus – enten det skjer i form av ambulante tjenester, eller bruk av digital hjemmoppfølging.

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

6.5.6 Videreutvikle bruken av minimal-invasive metoder

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

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

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

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

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

6.5.7 Styrke og koordinere tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser

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

Men spiseforstyrrelser dreier seg ikke bare om anoreksi, bulemi mv. Spiseforstyrrelser dreier seg også om pasienter som lider av sykelig overvekt. Når sykehuset nå ønsker å sette spiseforstyrrelser ytterligere på dagsorden, og ta et mer helhetlig og klinikkovergripende grep om tematikken, vil det være naturlig at også problemstillinger knyttet til sykelig overvekt blir en del av satsingen. Det gjelder både barn/unge og voksne.

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



6.5.8 Forsterke innsatsen overfor barn og unge med psykiske helseproblemer

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

Det er gjort mye godt arbeid for å følge opp dette – både ut mot kommunene og primærhelsetjenesten – og i egn regi. Når det gjelder arbeidet ut mot kommunene, vises det særlig til kapittel 8 og prosjekt Ung Arena+.

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

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

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

Alle disse poengene viser viktigheten av tidlig intervensjon, og ikke minst at spesialisthelsetjenesten evner å jobbe godt sammen med andre aktører – både i og utenfor helsetjenesten. Samtidig viser de også at potensialet dersom man lykkes, kan være formidabelt – både helse- og velferdsmessig og samfunnsøkonomisk.

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

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

6.6.1 Utvikle en mer helhetlig og bedre koordinert helsetjeneste

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

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

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

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

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

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

6.6.2 Kople alt bildeproduserende MTU til sykehusets VNA

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

6.6.3 Styrke det forebyggende arbeidet

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

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

- Direkte kompetanseoverføring (for eksempel fallforebyggende tiltak blant eldre)
- Forebyggende behandling (utrede og initiere osteoporosebehandling)
- Etablere ambulante poliklinikker (for eksempel sårpoliklinikk)

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

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

Det vil være naturlig at dette blir en del av de videre diskusjonene i Helsefellesskapet.

6.6.4 Systematisere arbeidet med å utvikle arenaflexible tilbud

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

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

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

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

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

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

6.6.5 Redusere uønsket variasjon

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

Noen gjennomgående innsatsområder kan likevel trekkes fram:

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

SiV opplever således å ha et ganske systematisk fokus på, og en variert tilnærming til, arbeidet med å redusere omfanget av uønsket variasjon. Men også i årene framover må dette arbeidet både forsterkes og ytterligere systematiseres.



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

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

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

7.1. Pasientstrømmer

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

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

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

I SiVs utviklingsplan 2018 – 2035 er det formulert to målbilder for Perspektiv 2. Under hvert målbilde er det beskrevet en del kjennetegn på vår praksis når målbildene er realisert.

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

7.2 Forholdet til andre allsidige akuttsykehus

Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark ble definert av HSØ som ett sykehusområde for mer enn et decennium siden. Intensjonen var bl.a. at hvert sykehusområdet skulle arbeide for å bidra til at det ikke skulle være ytterligere sentralisering enn det som var faglig vel begrunnet, og at HF-ene i et sykehusområde skulle styrke samarbeid og funksjonsfordeling på områder der det var formålstjenelig. Ambisjonene for sykehusområdene er kraftig nedtonet de senere år, og det er mye som tilsier at definerte sykehusområder som tilnærmet «selvforsynt» er for lite dynamisk og

innovativt, og dermed for konserverende. Ulike samarbeidsformer, digitalisering, nettverk og strategisk oppgavedeling/-løsninger blir stadig viktigere. I oppdrags- og bestillingsdokumentet (OBD) for 2017 ble det forutsatt at de to helseforetakene skulle inngå forpliktende samarbeid, og utvikle felles planer for fagområder hvor det var rekrutteringsutfordringer, eller hvor lavt pasientvolum ga utfordringer for kvalitet og opprettholdelse av robuste fagmiljøer.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Det vil kunne bli en mer målrettet diskusjon om oppgaver/funksjoner/ spesialiteter som det over tid vil kunne være vanskelig å opprettholde på alle helseforetakene. Spørsmålet blir da hvilke prinsipper og prosesser som bør etableres for å sikre en utvikling som styrker alle helseforetakene, og gir et best mulig behandlingstilbud til pasientene. Noe av utviklingen på dette området vil antakelig skje gjennom en innbyrdes dialog mellom helseforetakene; andre deler vil kunne initieres av HSØ. Uansett er det viktig at det er gode, transparente og forutsigbare prosesser rundt denne typen oppgave- og funksjonsfordeling, og at SiV har en strategi på foretaksnivå som gir en felles retning for hvordan sykehuset skal forholde seg i slike prosesser.
- Et annet viktig område dreier seg om å lage gode og helhetlige pasientforløp der hvor deler av et forløp foregår på det ene helseforetaket og andre deler på et annet helseforetak. Da er det viktig å enes om protokoller som gjør at forløpet gjennomføres etter "beste praksis", og slik man har blitt enige om. Ett eksempel på dette er det samarbeidet ST og SiV er i etablerer rundt 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 Spesialiseing (LIS)
- Et fjerde område kan være samarbeid om vaktordninger, enten hele eller deler av året (for eksempel i forbindelse med ferieavvikling)

- I tillegg til disse mer driftsmessige samarbeidsområdene, bør det også ligge et potensiale i å samarbeide om:
 - Forskning og innovasjon
 - Kvalitet og pasientsikkerhet
 - Pasientforløp – også utover de pasientforløpene hvor det er konkret samarbeid/arbeidsdeling mellom foretakene
 - Analyser for å sammenlikne ulike områder

- Det er selvsagt også områder hvor det kan være konkurranse mellom foretakene. Det gjelder særlig:
 - Om oppgave- og funksjonsfordeling
 - Om pasienter (fritt sykehusvalg)
 - Om fagfolk/kompetanse

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

7.3 Forholdet til universitetssykehusene

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

- Det er grunn til å være årvåken i forhold til hvordan oppgave- og funksjonsfordelingen vil utvikle seg mellom SiV/de allsidige akutt sykehusene og universitetssykehusene:
 - Vil flere oppgaver bli sentralisert, enten helt eller delvis?
 - Vil det skje en utvikling hvor den første delen av behandlingen vil skje på Universitetssykehusene, men hvor pasientene vil bli overført raskere til de lokale sykehusene for oppfølging?
 - Vil det skje en utvikling hvor mer krevende oppgaver kan håndteres av de lokale sykehusene – mot at det etableres faste ordninger (en form for «bakvakt»), der legene på universitetssykehusene kan konsulteres i krevende behandlingssituasjoner?
 - Mest sannsynlig vil det kunne finne sted bevegelser i all de tre retningene som er beskrevet i kulepunktene ovenfor.

- Det bør være potensiale for å styrke samarbeidet om forskning og innovasjon mellom SiV og Universitetssykehusene; ikke minst om multisenterstudier.

- En viktig forutsetning for å få til kontinuerlig utvikling og forbedring er at sykehusene raskere evner å ta i bruk ny kunnskap. I dag tar det ofte relativt lang tid fra ny kunnskap er utviklet og dokumentert til den blir tatt i systematisk bruk. Spørsmålet er om Universitetssykehusene kan ha en sterkere, og kanskje også mer formalisert, rolle med tanke på å sikre at hele helseregionen raskere tar i bruk kunnskap når den er dokumentert.

- En siste problemstilling hvor det kan ligge et potensiale for forbedring, knytter seg til utdanningsforløpet for LIS leger. I dag foregår den dels på SiV/de allsidige akutt sykehusene

og dels på Universitetssykehusene. Etter hvert som kompetansemålene i utdanningsløpene blir tydeligere, mer presise og operasjonelle, vil det også øke muligheten for at større deler av utdanningsløpet kan skje på SiV og de andre allsidige akuttsykehusene.

7.4 Forholdet til private aktører

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

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

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

- Private avtalespesialister
- Virksomheter som har avtale med HSØ etter forutgående anbudsprosesser
- Virksomheter som er godkjent etter ordningen med fritt behandlingsvalg
- Virksomheter som er godkjent av Helfo og knyttet opp mot diagnoser/lidelser hvor det ofte er fristbrudd ved helseforetakene.
- I tillegg er det en del private spesialister innen fag som fysioterapi, manuell terapi, kiropraktorer mv.

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.
- *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.
- *Unngå fragmentering av organisasjonen.* Internasjonalt foregår det en utvikling hvor deler av de offentlige sykehusene blir kjøpt opp av/outsourcet til store private leverandører. Det

gjelder særlig den medisinske diagnostikken (laboratoriefagene, radiologi og patologi). Hvis en slik utvikling også kommer til Norge med økt aktualitet, er det viktig å sikre så godt som mulig at dette ikke «fliser opp» og fragmenterer organisasjonen.

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



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

8.1 Organisering av samhandlingsarbeidet

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

Gjennom samarbeidet i Helsefellesskapet vil SiV bidra til å:

- Bremsse/forsinke sykdomsutviklingen i befolkningen.
- Styrke det primær- og sekundærforebyggende arbeidet; også med aktører utenfor helsetjenesten.
- Behandle og følge opp pasienter på arenaer utenfor sykehuset.
- Understøtte kommuner og fastleger i arbeidet med stadig mer komplekse og krevende pasienter.

- Trekke pasienter og pårørende mer aktivt med i arbeidet med mestring og oppfølging av egen sykdom.
- Ta mer kraftfulle grep for å unngå overbehandling/behandlinger som har liten eller ingen dokumentert effekt.
- Styrke felles innsats om forskning og innovasjon.
- Utvikle en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom SiV og primærhelsetjenesten med utgangspunkt i Helsefellesskapet.

8.2 Viktige samarbeidsområder

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

Teknologisk utvikling skjer i et raskt tempo. Både avstandsoppfølging via digitale medier og fjernmonitorering av pasienter i hjemmet er allerede tatt i bruk og vil bli viktige hjelpemidler for en stadig større andel av pasienter tilknyttet helsefellesskapet. Systemer, både administrative og pasientrettede, som snakker sammen på tvers av kommuner, fastleger og SiV er nødvendig for å skape en felles helsetjeneste og sikre god kvalitet i alle ledd av tjenesteytingen. Samtidig må tjenesteutviklingen også ta hensyn til at ikke alle pasienter evner å nyttiggjøre seg de nye teknologiske løsningene i like stor grad.

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

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

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

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

8.3 utfordringer i fastlegeordningen

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

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

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

8.4 Forebyggende helsearbeid

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

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

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

Særlig de to første områdene har det blitt arbeidet mye med i oppfølgingen av den forrige planen. Det vil derfor i punktene 8.5. og 8.6 bli gitt litt mer omfattende beskrivelser av disse arbeidene. Samtidig er det viktig å se disse satsingene som ledd i en mer omfattende og helhetlig satsing på

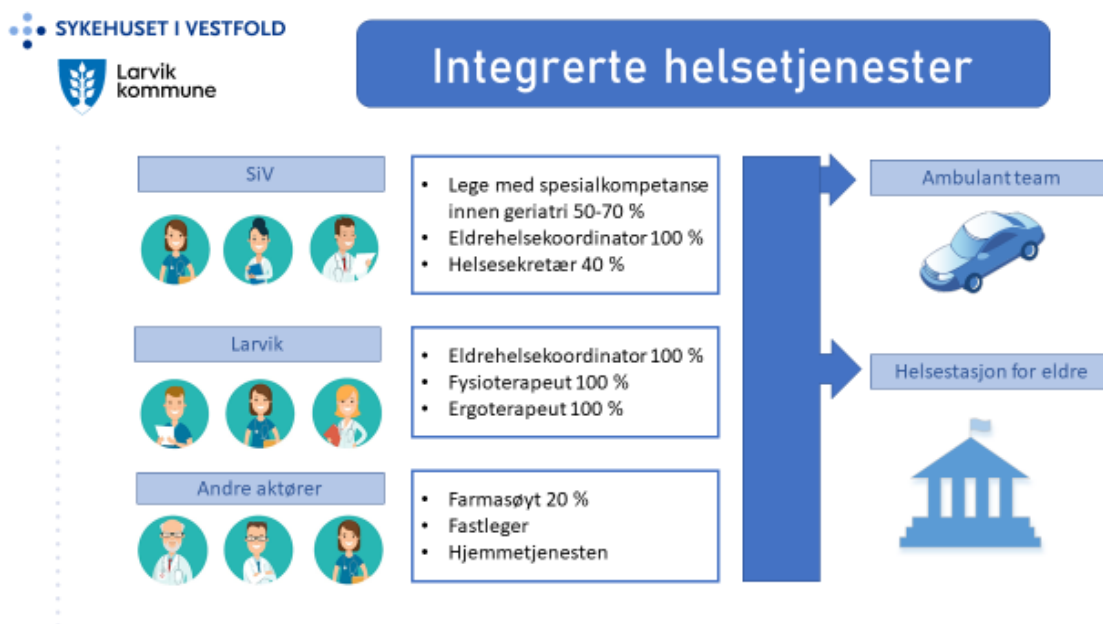
pasientgrupper som krever langvarig og koordinert innsats fra mange aktører – både i og utenfor helsetjenesten – dersom vi skal lykkes.

8.5 Skrøpelige, multisyke eldre pasienter

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

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

Figur 8-1: Integrerte helseteam



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

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

Figur 8-2: Vestfoldmodellen har fokus på 6 områder



Fysisk funksjon



Psykisk funksjon



Kognitiv funksjon



Ernæringsstatus



Hørsel



Syn

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

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

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

8.6 Barn og unge med behov for rask hjelp og/eller risiko for å utvikle psykososiale problemer

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

Det skal være et kommunalt tilbud med arenaer som SiV deltar aktivt på. Gjennom dette prosjektet vil en etablere nye samhandlingsarenaer der bruker raskere får helsetjenestetilbud på rett nivå uavhengig av hvilken del av helsetjenesten det er behov for. Arbeidet vil medføre behov for nye arbeidsmåter for medarbeidere i SiV, med en større arenafleksibilitet og tett samarbeid med bruker i fokus.

Målgruppen for Ung Arena+ er unge/unge voksne i aldersgruppen 16 - 25 år med behov for rask hjelp og/eller med risiko for å utvikle psykososiale problemer og som ikke søker til de ordinære tjenestene. Nedre aldersgrense vurderes og må ses i sammenheng med lokale behov. I utgangspunktet er hensikten at det prosjektet skal gjennomføres med Tønsberg som pilotkommune. Erfaringene fra piloteringen er ment å bringe fram ny kunnskap som kan ligge til grunn for eventuell utvidelse av partnerskapet og/ eller videre utrulling til øvrige kommuner i Vestfold.

Som et del av folkehelseprogrammet 24/7 har Larvik kommune arbeidet lenge for å etablere Ung Arena. Det er et uttalt ønske at Larvik inkluderes i Ung Arena+, og kobles på i det arbeidet som gjelder integrasjonen med spesialisthelsetjenesten m.m. Dette vil bli gjort fra tidlig i 2022.

Samtidig utredes muligheten for et samarbeid med DIGI-UNG⁶. DIGI-UNG er et nasjonalt prosjekt i regi av Helsedirektoratet, BUF-direktoratet, KS og Direktoratet for eHelse, som har til hensikt å samle offentlige digitale tjenester knyttet til landets ungdom. Målet er at unge skal finne informasjon og tjenester på ett samlet sted, fremfor å lete i en jungel av offentlige virksomheter.

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

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

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

Prosjektet vektlegger samskaping og brukerinvolvering spesielt. Ungdommens stemme skal høres og ungdommer har en sentral plass i prosjektet. Per i dag (des.2021) deltar fire ungdommer i prosjektgruppen på lik linje med fagpersonene. Det er etablert et ungdomspanel som består av 19 unge i alderen 15-23 år. Ungdomspanelet ledes skiftevis av unge prosessledere og av prosjektleder; avhengig av tema. Panelet kommuniserer løpende via en lukket Messengergruppe – ikke sensitiv informasjon. F.o.m. januar 2022 vil prosjektet ha støtte av et utvalg av unge fra panelet som vil bistå med å «oversette» prosjektinformasjon til et ungdomsvennlig språk og uttrykk.

Det er svært mange aktører og interessenter i dette landskapet. Prosjektet har derfor en dynamisk arbeidsform, hvor en trekker veksler på ressurser alt etter hva som skal løses og hvem som blir berørt. Våren 2022 blir det invitert til interessentkonferanser⁷ som vil trekke inn bredden av aktører – både profesjonelle og frivillige. Prosjektet har opprettet egne sider på Kompetansebroen. Der publiseres nyheter og prosjektinformasjon.⁸

⁶ <https://www.digiung.no>

⁷ Med forbehold knyttet til covid-situasjonen

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

8.7 Styrke den akuttmedisinske kjeden

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



8.8 Styrke samarbeidet innen psykisk helse og avhengighet

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

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

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

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

1. Innbyggere som står i fare for å utvikle (alvorlig) psykisk lidelse og ruslidelser, særlig barn og unge. Her er det etablert et samarbeidsprosjekt kalt Ung Arena.
2. Innbyggere med mild-moderate psykiske lidelser, hvor tiltak omkring felles prioritering kan gi raskere og mer effektiv helsehjelp
3. Innbyggere med psykiske lidelser og/eller ruslidelser som (i perioder) har behov for omfattende helsehjelp i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
4. Pasienter med nevroutviklingsforstyrrelser som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen. Her har helseforetakene/sykehusene fått et særskilt

oppdrag om å utvikle og tydeliggjøre behandlingsforløp, gjennom samarbeid i Helsefelleskapene.

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

KAPITTEL 9 – Oppsummering og videre arbeid

9.1 Innramming av arbeidet med videre konkretisering av hovedgrepene i planen

Som det framgår av kapitlene 1 og 2, legger SiV opp til at høringsrunden på utviklingsplanen skal brukes aktivt til å forankre det utkastet som nå sendes ut på høring, men også til å forbedre, konkretisere og ytterligere spisse budskapet. Det vil si at grepene og veivalgene som er beskrevet i kapitlene 6, 7 og 8, vil bli diskutert, utdypet og konkretisert gjennom høringsfasen – i nær dialog med høringsinstansene og andre sentrale samarbeidspartnere (Helsefelleskapet/kommunene, brukerorganisasjonene, egne ansatte mv).

Når høringsrunden er ferdig, er det sykehusets ambisjon at de grepene som er beskrevet i de tre nevnte kapitlene, vil være ytterligere utdypet og forbedret. Det betyr ikke at arbeidet med dem skal være ferdig. Arbeidet med å følge opp grepene og veivalgene vil jo være fundamentet for sykehusets utviklingsstrategi for hele den 4 – års perioden vi nå går inn i. Men mandat, regi, tempo, og ikke minst rekkefølge, skal være kommet betydelig lenger når den endelige planen legges fram til styrebehandling i mai.

Dette betyr også at kapitlene 10 om risikofaktorer og muligheter og kapittel 11 om regi for oppfølging av planens ulike elementer, også skal utvikles i løpet av høringsperioden. Etter høringsperioden vil sykehuset ha et mye bedre grunnlag for å utforme også disse to kapitlene.

På denne måten kan høringsrunden forhåpentligvis bli et reelt «verksted» for gode dialoger og utvikling av framtidrettede helsefaglige løsninger – til det beste for befolkning og pasienter i Vestfold, og som stimulans for fagfolk, ledere, brukerorganisasjoner og andre i de ulike foraene hvor planen blir diskutert.

9.2 Hvorfor akkurat de grepene som er foreslått?

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

Det er på grunnlag av disse føringene og strategiene at SiV har utviklet og prioritert de grepene som er foreslått i kapitlene 6, 7 og 8, og som stikkordsmessige vil bli oppsummert i punkt 9.3. nedenfor.

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

9.3 Hovedgrep i planen

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

Selv om flere av de grepene som foreslås i planen, «hører hjemme» i mer enn ett av perspektivene, vil vi likevel ta utgangspunkt i disse perspektivene når vi nedenfor gjør rede for grepene. Hvordan regien for videre arbeid med grepene skal være, vil, som nevnt ovenfor, blant annet bli nærmere utdypet og konkretisert i høringsperioden.

9.3.1 Perspektiv 1: Intern utvikling og konsolidering av SiV

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

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

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

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

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

SiV vil følge opp tidligere styrevedtak om å utvikle samarbeidet med Sykehuset Telemark. Styret har prioritert følgende områder for videre samarbeid (styremøtet 22.12.2021):

1. Stråleterapi
2. Sikkerhetspsykiatri

3. Fysikalsk medisin og rehabilitering
4. Karkirurgiske pasientgrupper

Det vil bli oppnevnt et styringsutvalg for dette arbeidet etter oppnevning av nye, eieroppnevnte styremedlemmer fra februar 2022.

De to administrerende direktørene vil i fellesskap avstemme samarbeidsområder, som så legges fram for styringsutvalget.

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

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

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



KAPITTEL 10 – Mulighets- og risikoanalyse

Dette kapitlet skal inneholde en vurdering av risikoområder og muligheter i arbeidet med realisere ambisjonene i utviklingsplanen.

Det vil bli arbeidet med dette kapitlet fram mot endelig plan – blant annet basert på innspill i høringsrunden.

KAPITTEL 11 – Regi for oppfølging av utviklingsplanen

Dette kapitlet skal inneholde en regi for oppfølging av utviklingsplanen.

Det vil bli arbeidet med å konkretisere dette kapitlet fram mot endelig plan – blant annet basert på innspill i høringsrunden.



<http://www.siv.no/webpro/>

Dato: 02.02.2022

Saksnr:	Møteorgan:	Type sak	Saksbehandler
2022.5	SSU	Orientering	Per Jørgen Olafsen

Utviklingsplan for Sykehuset i Vestfold HF 2022-2025 - høringsutkast

Vedlegg:

Utviklingsplan Sykehuset i Vestfold 2022-2025 - høringsutkast

Hensikt med saken:

Styret for Sykehuset i Vestfold HF vedtok i møte 20. januar 2022, sak 2/22, et utkast til utviklingsplan 2022-2025. Utkastet er sendt ut til høring hos kommunene og andre interessenter i opptaksområdet, med frist for eventuell uttalelser satt til 30. april 2022. Det legges opp til en egen workshop eller høringskonferanse i løpet av høringsperioden.

Fag- og samhandlingsdirektør Jon Anders Takvam vil gi en presentasjon av høringsutkastet i strategisk samarbeidsutvalgs møte, samt invitere til drøfting om hvordan helsefelleskapet kan benytte utviklingsplanen i sitt videre arbeid.

Forslag til konklusjon:

Redegjørelsen for høringsutkast til utviklingsplan 2022-2025 for Sykehuset i Vestfold HF tas til orientering.

Link til høringsuttalelser fra 2018 angående SiV sin utviklingsplan

<https://www.siv.no/om-oss/utviklingsplan-2018-2035#nasjonale-foringer>

Hjem for pasienter med kreft (gjelder fra 1. januar 2022)

Pakkeforløp

Først publisert: 29. desember 2021

Sist faglig oppdatert: 29. desember 2021



Innhold

1. Samhandlingspunkt 1: Behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten etter en kreftdiagnose	3
2. Samhandlingspunkt 2: Behovskartlegging i kommunen 3–4 måneder etter en kreftdiagnose	6
3. Samhandlingspunkt 3: Behovskartlegging i kommunen 12–18 måneder etter en kreftdiagnose	8
4. Om pakkeforløpet	11

Samhandlingspunkt 1: Behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten etter en kreftdiagnose

Aktivitet

Samtale med behovskartlegging

Det bør gjennomføres en samtale med pasienten om pasientens livssituasjon utover kreftbehandling og oppfølging etter at pasienten er informert om sin kreftdiagnose. Det vil variere når det passer å gjennomføre en slik samtale. Samtalen skal ta hensyn til pasientens situasjon på det aktuelle tidspunktet, herunder pasientens mulighet for å gjennomføre en behovskartlegging.

Det bør tilrettelegges for at pasienten kan ha med seg pårørende eller andre i samtalen dersom pasienten ønsker det.

Pasienter som ikke ønsker en samtale med behovskartlegging bør spørres igjen på et senere tidspunkt.

Hvem skal gjennomføre samtale med behovskartlegging

Samtalen med behovskartlegging bør gjennomføres av lege eller sykepleier, eventuelt forløpskoordinator eller annet helsepersonell i helseforetaket. Det er opp til helseforetaket å bestemme hvem som skal gjennomføre behovskartleggingen.

Hvis pasienten overføres til et annet helseforetak i forbindelse med kreftbehandlingen, bør helseforetakene bli enige om hvem som skal gjennomføre behovskartleggingen.

Temaområder for behovskartleggingen

Behovskartleggingen kan omfatte følgende temaområder, tilpasset den enkelte pasient:

- Familiesituasjon og nettverk
- Jobb/skole/utdanning
- Økonomi og boforhold
- Hjelp og tilrettelegging i hjemmet
- Rehabilitering
- Fysisk aktivitet og fysisk funksjon
- Ernæring/mat/måltider
- Ivaretagelse av egen helse
- Egne ressurser / læring og mestring
- Fritid/sosiale aktiviteter
- Psykisk helse
- Seksuell helse
- Oral helse

Behovskartleggingsverktøy

Det kan i forbindelse med behovskartleggingen benyttes et behovskartleggingsverktøy, som for eksempel behovskartleggingsverktøyet [Termometer for grad av påkjenning \(PDF\)](#). Skjemaet er oversatt fra verktøyet Distress thermometer (nccn.org).

Samtalen kan gjennomføres uten bruk av et behovskartleggingsverktøy, men det bør sikres at temaområdene blir en naturlig del av samtalen/behovskartleggingen.

Bruken av kartleggingsverktøy må være i tråd med prinsippene for god klinisk praksis og regler om behandling av personopplysninger.

Informasjon til pasient og eventuelt pårørende

- Pasienten informeres i samtalen om tilbud om ny samtale med behovskartlegging etter 3–4 måneder (jf. samhandlingspunkt 2).
- Pasienten selv, eventuelt med bistand fra sykehuset, gjør avtale om neste samtale med fastlege eller kontaktpunkt i kommunen.
- Pasienten bør få informasjon om ulike tilbud som finnes for pasienter med kreft (brukerorganisasjoner, Vardesenteret, Pusterommet, m.fl.).

Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5](#).

Aktivitet

Dokumentere og formidle

- Relevant og nødvendig informasjon om behovskartleggingen, og resultatet av denne, dokumenteres i pasientens journal.
- I dialog med pasienten avgjøres hvem som skal informeres om behovskartleggingen og om eventuelle behov for videre oppfølging. På grunnlag av dette bør det sendes en melding

Med melding i pakkeforløp hjem for pasienter med kreft menes elektronisk informasjonsoverføring via etablerte digitale kanaler, som for eksempel epikrise, poliklinisk notat, ulike pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) eller elektronisk melding (EDI). Telefonkontakt eller møter kan også være aktuelt, men relevant og nødvendig informasjon må dokumenteres i journal.

til kontaktpunktet i kommunen

Kommunene bør ha kontaktpunkt for henvendelser i forbindelse med pakkeforløpet som er kjent for spesialisthelsetjenesten, pasienter/pårørende og etater utenfor helse- og omsorgstjenesten. Det bør gjøres lokale avtaler i kommunen om hvilke kontaktpunkt som skal benyttes.

Aktuelle kontaktpunkt kan være forvaltningsenhet/tildelingsenhet, koordinerende enhet, fastlege, kreftsykepleier, kreftkoordinator o.l.

og/eller andre aktører som skal følge opp pasienten videre.

Dokumentasjonen skal være i tråd med [reglene om helsepersonellets dokumentasjonsplikt](#). Formidling av opplysninger må være i tråd med [reglene om taushetsplikt og opplysningsrett](#).

Registrering av behovskartlegging

Det skal registreres en medisinsk prosedyrekode etter gjeldende kodeverk i NCMP den dagen behovskartleggingen er gjennomført. Prosedyrekoden skal benyttes for alle pasienter med kreftdiagnose, uavhengig av om pasienten er i et pakkeforløp for kreft fra før eller ikke.

Kode: WMFG10 Kartlegging av pasientens behov for oppfølging ut over tjenester i spesialisthelsetjenesten (bistandsvurdering).

Samhandlingspunkt 2: Behovskartlegging i kommunen 3–4 måneder etter en kreftdiagnose

Aktivitet

Samtale med behovskartlegging

En ny samtale med pasienten om pasientens livssituasjon utover kreftbehandling og oppfølging bør gjennomføres ca. 3–4 måneder etter at pasienten ble informert om sin kreftdiagnose. Samtalen bør bygge på behovskartleggingen som ble gjennomført ved samhandlingspunkt 1. Samtalen må ta hensyn til pasientens situasjon på det aktuelle tidspunktet, herunder pasientens mulighet for å gjennomføre behovskartlegging.

Det er viktig at nye punkter som har kommet til etter samhandlingspunkt 1 tas opp, og at den som gjennomfører samtalen har kjennskap til kommunens tjenester og tilbud.

Det bør tilrettelegges for at pasienten kan ha med seg pårørende eller andre i samtalen dersom pasienten ønsker det.

Pasienter som ikke ønsker en samtale med behovskartlegging bør spørres igjen på et senere tidspunkt.

Hvem skal gjennomføre samtale med behovskartlegging

Samtalen med behovskartlegging bør gjennomføres av fastlege, kreftsykepleier/kreftkoordinator eller annet helsepersonell i kommunen. Det bør gjøres lokale avtaler om hvem som skal gjennomføre behovskartleggingen.

Temaområder for behovskartleggingen

Behovskartleggingen kan omfatte følgende temaområder, tilpasset den enkelte pasient:

- Familiesituasjon og nettverk
- Jobb/skole/utdanning
- Økonomi og boforhold
- Hjelp og tilrettelegging i hjemmet
- Rehabilitering
- Fysisk aktivitet og fysisk funksjon
- Ernæring/mat/måltider
- Ivaretagelse av egen helse
- Egne ressurser / læring og mestring
- Fritid/sosiale aktiviteter
- Psykisk helse
- Seksuell helse
- Oral helse

Behovskartleggingsverktøy

Det kan i forbindelse med behovskartleggingen benyttes et behovskartleggingsverktøy, som for eksempel behovskartleggingsverktøyet [Termometer for grad av påkjenning \(PDF\)](#). Skjemaet er oversatt fra verktøyet Distress thermometer (nccn.org).

Samtalen kan gjennomføres uten bruk av et behovskartleggingsverktøy, men det bør sikres at temaområdene blir en naturlig del av samtalen/behovskartleggingen.

Bruken av kartleggingsverktøy må være i tråd med prinsippene for god klinisk praksis og regler om behandling av personopplysninger.

Informasjon til pasient og eventuelt pårørende

- Pasienten og den som gjennomfører behovskartleggingen bør avtale et tidspunkt for ny behovskartlegging ca. 12–18 måneder etter at pasientene fikk sin kreftdiagnose, jf. samhandlingspunkt 3.
- Pasienten bør få informasjon om ulike tilbud som finnes for pasienter med kreft og som de selv kan kontakte ved behov (f.eks. brukerorganisasjoner og kommunale frisklivssentraler).

Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven %C2%A7 3-5](#).

Aktivitet

Dokumentere og formidle

- Relevant og nødvendig informasjon om behovskartleggingen, og resultatet av denne, dokumenteres i pasientens journal.
- I dialog med pasienten avgjøres hvem som skal informeres om behovskartleggingen og om eventuelle behov for videre oppfølging. På grunnlag av dette, bør det sendes en melding

Med melding i pakkeforløp hjem for pasienter med kreft menes elektronisk informasjonsoverføring via etablerte digitale kanaler, som for eksempel epikrise, poliklinisk notat, ulike pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) eller elektronisk melding (EDI). Telefonkontakt eller møter kan også være aktuelt, men relevant og nødvendig informasjon må dokumenteres i journal.

til aktører som skal følge opp pasienten videre.

Dokumentasjonen skal være i tråd med [reglene om helsepersonellens dokumentasjonsplikt](#). Formidling av opplysninger må være i tråd med [reglene om taushetsplikt og opplysningsrett](#).

Samhandlingspunkt 3: Behovskartlegging i kommunen 12–18 måneder etter en kreftdiagnose

Aktivitet

Samtale med behovskartlegging

Det bør gjennomføres en ny samtale med pasienten om pasientens livssituasjon utover kreftbehandling og oppfølging ca. 12–18 måneder etter at pasienten ble informert om sin kreftdiagnose. Samtalen bør bygge på behovskartleggingene som er gjennomført ved samhandlingspunkt 1 og 2. Samtalen må ta hensyn til pasientens situasjon på det aktuelle tidspunktet, herunder pasientens mulighet for å gjennomføre behovskartlegging.

Det er viktig at nye punkter som har kommet til etter samhandlingspunkt 2 tas opp, og at den som gjennomfører samtalen har kjennskap til kommunens tjenester og tilbud.

Det bør tilrettelegges for at pasienten kan ha med seg pårørende eller andre i samtalen dersom pasienten ønsker det.

Hvem skal gjennomføre samtale med behovskartlegging

Samtalen med behovskartlegging bør gjennomføres av fastlege, kreftsykepleier/kreftkoordinator eller annet helsepersonell i kommunen. Det bør gjøres lokale avtaler om hvem som skal gjennomføre behovskartleggingen.

Temaområder for behovskartleggingen

Behovskartleggingen kan omfatte følgende temaområder, tilpasset den enkelte pasient:

- Familiesituasjon og nettverk
- Jobb/skole/utdanning
- Økonomi og boforhold
- Hjelp og tilrettelegging i hjemmet
- Rehabilitering
- Fysisk aktivitet og fysisk funksjon
- Ernæring/mat/måltider
- Ivaretagelse av egen helse
- Egne ressurser / læring og mestring
- Fritid/sosiale aktiviteter
- Psykisk helse
- Seksuell helse
- Oral helse

Behovskartleggingsverktøy

Det kan i forbindelse med behovskartleggingen benyttes et behovskartleggingsverktøy, som for eksempel behovskartleggingsverktøyet [Termometer for grad av påkjenning \(PDF\)](#). Skjemaet er oversatt fra verktøyet Distress thermometer (nccn.org).

Samtalen kan gjennomføres uten bruk av et behovskartleggingsverktøy, men det bør sikres at temaområdene blir en naturlig del av samtalen/behovskartleggingen.

Bruken av kartleggingsverktøy må være i tråd med prinsippene for god klinisk praksis og regler om behandling av personopplysninger.

Informasjon til pasient og eventuelt pårørende

- Pasienten bør informeres om kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten og kontaktpunkt i kommunen de kan kontakte ved behov for videre oppfølging.
- Pasienten bør få informasjon om ulike tilbud som finnes for pasienter med kreft og som de selv kan kontakte ved behov (f.eks. brukerorganisasjoner og kommunale frisklivssentraler).

Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5](#).

Aktivitet

Dokumentere og formidle

- Relevant og nødvendig informasjon om behovskartleggingen, og resultatet av denne, dokumenteres i pasientens journal.
- I dialog med pasienten avgjøres hvem som skal informeres om behovskartleggingen og om eventuelle behov for videre oppfølging. På grunnlag av dette, bør det sendes en melding

Med melding i pakkeforløp hjem for pasienter med kreft menes elektronisk informasjonsoverføring via etablerte digitale kanaler, som for eksempel epikrise, poliklinisk notat, ulike pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) eller elektronisk melding (EDI). Telefonkontakt eller møter kan også være aktuelt, men relevant og nødvendig informasjon må dokumenteres i journal.

til aktører som skal følge opp pasienten videre.

Dokumentasjonen skal være i tråd med [reglene om helsepersonellens dokumentasjonsplikt](#). Formidling av opplysninger må være i tråd med [reglene om taushetsplikt og opplysningsrett](#).

Avslutning av pakkeforløpet

Dette er det siste samhandlingspunktet i pakkeforløpet. Det betyr ikke at oppfølgingen av pasienten avsluttes. Samtaler om behov og videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten, hos fastlegen og/eller andre kommunale tjenester bør fortsette så lenge pasienten har behov for det.

4

Om pakkeforløpet

Målene med pakkeforløpet

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft skal bidra til å sikre god struktur og logistikk i helsetjenesten, samt sikre trygghet og forutsigbarhet for personer som lever med kreft eller etter endt kreftbehandling.

Pakkeforløpet skal bidra til:

- økt fokus på livskvalitet, god helse og mestring.
- mer systematisk avdekking av pasientens individuelle behov, dvs. behov som går utover kreftbehandling og oppfølging, og er tilknyttet pasientens livssituasjon og hva som er viktig for den enkelte pasient.
- at pasientens behov blir fulgt opp gjennom tydelig kommunikasjon til andre tjenesteytere, og plassering av ansvar for videre oppfølging.
- mindre uønsket variasjon i pasientens oppfølging etter en kreftdiagnose, uavhengig av hvor i landet de bor.
- sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.
- bedre samhandling mellom aktørene som har kontakt med pasienten.
- økt trygghet for pasienten når pasienten overføres mellom tjenestenivåene.

Det medisinskfaglige innholdet i utredning, behandling og oppfølging av pasienter med kreft beskrives ikke. Dette omhandles i de nasjonale faglige retningslinjene på kreftområdet (nasjonale handlingsprogram) og faglige råd, se oversikt på [temaside om kreft](#).

Hvem som omfattes av pakkeforløpet

Alle pasienter som får en kreftdiagnose omfattes av pakkeforløp hjem for pasienter med kreft, uavhengig av om de allerede er i et diagnosespesifikt pakkeforløp for kreft eller ikke, og uavhengig av om behandlingsforløpet har kurativ eller palliativ intensjon.

Pasienter som får tilbakefall/residiv inkluderes også i pakkeforløpet.

Pakkeforløpet omfatter også barn. For nærmere informasjon om oppfølging av barn med kreft, se:

- [Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft hos barn](#)
- [Palliasjon til barn og unge](#)
- [Nasjonal pårørendeveileder](#)
- [Helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#)

Sammenhengen mellom pakkeforløp hjem for pasienter med kreft og pakkeforløpene for kreft

I 2015 ble det implementert 26 diagnosespesifikke pakkeforløp for kreft, ett diagnostisk pakkeforløp og ett for metastaser uten kjent primærtumor, med tilhørende diagnoseveiledere for fastlegene og informasjonsskriv til pasientene, se oversikt på [temaside om kreft](#).

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft har hovedfokus på kartlegging av pasientenes behov utover selve kreftbehandlingen og oppfølgingen.

De fleste pasienter med kreft vil både være inkludert i et diagnosespesifikt pakkeforløp og i dette pakkeforløpet samtidig, men ikke alle. Pasienter som har fått sin kreftdiagnose etter at de er henvist for andre sykdommer, og ø-hjelpspasienter, er eksempler på pasienter som ikke alltid er inkludert i et av de 26 diagnosespesifikke pakkeforløpene for kreft, men som skal inkluderes i dette pakkeforløpet.

Pakkeforløpene for kreft skal oppdateres (2022) for å integrere dette pakkeforløpet.

Dette består pakkeforløpet av

Pakkeforløpet består av tidsavgrensede samhandlingspunkter. Samhandlingspunktene angir tidsrom for når det bør gjennomføres samtaler med pasienten (og eventuelt pårørende), inkludert behovskartlegging. Tidsrommene som angis mellom samhandlingspunktene er ikke definert som "forløpstider" slik vi kjenner det fra andre pakkeforløp.

Pakkeforløpet inneholder 3 samhandlingspunkt:

- Behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten etter en kreftdiagnose
- Behovskartlegging i kommunen ca. 3–4 måneder etter en kreftdiagnose
- Behovskartlegging i kommunen ca. 12–18 måneder etter en kreftdiagnose

Behovskartleggingen skal bidra til at pasientenes livssituasjon og ulike behov for oppfølging blir avdekket gjennom forløpets ulike faser, og til å sette fokus på hva som er viktig for den enkelte pasient.

Relevant og nødvendig informasjon om behovskartleggingen, og resultatet av denne, skal dokumenteres i pasientens journal og formidles til aktører som skal følge opp pasienten videre.

Avslutning av pakkeforløpet

Siste samhandlingspunkt i pakkeforløpet er 12–18 måneder etter at pasientene har fått en kreftdiagnose. Det betyr ikke at oppfølgingen av pasienten avsluttes. Samtaler om behov og videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten, hos fastlegen og/eller andre kommunale tjenester fortsetter så lenge pasienten har behov for det.

Ansvarsforhold og samhandling

Ansaret for ivaretagelse og oppfølging av de ulike stegene i pakkeforløpet er ikke spesifisert utover å peke på hvilke av tjenestenivåene som har et hovedansvar. For øvrig vises det til gjeldende regelverk som regulerer spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og samhandling mellom tjenestenivåene. Samhandlingen er også regulert i lokale samhandlingsavtaler og rutiner.

[Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023](#) legger rammer for samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, blant annet gjennom helsefellesskap og tjenestemodeller for prioriterte pasientgrupper. Helsefellesskapene vil være aktuelle samarbeidsarenaer for å etablere avtaler og rutiner i forbindelse med pakkeforløpet.

Kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten

Helseforetakene bør ha et kontaktpunkt som aktuelle aktører i kommunen kan kontakte i forbindelse med pakkeforløpet. Det er opp til helseforetakene å beslutte hvilket kontaktpunkt som skal benyttes.

Kontaktlege

Alle pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse og behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt kontaktlege. Ordningen er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven og i spesialisthelsetjenesteloven. [Veileder om ordningen: Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten](#).

Kontaktpunkt i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Kommunene bør ha kontaktpunkt for henvendelser i forbindelse med pakkeforløpet som er kjent for spesialisthelsetjenesten, pasienter/pårørende og etater utenfor helse- og omsorgstjenesten. Det bør gjøres lokale avtaler i kommunen om hvilke kontaktpunkt som skal benyttes.

Aktuelle kontaktpunkt kan være forvaltningsenhet/tildelingsenhet, koordinerende enhet, fastlege, kreftsykepleier, kreftkoordinator o.l.

Individuell plan og koordinator

Pasienter med kreft har på lik linje med andre rett til individuell plan og koordinator dersom de har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Koordinerende enhet har et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7 \(lovdata.no\)](#).

Samhandling med arbeids-, utdannings- og velferdssektoren

De kommunale tjenestene gjelder mange livsområder, som bolig, familie, arbeidsplass og skole/utdanning. Det er viktig at tiltakene som iverksettes er tilpasset den enkelte pasient og at de understøtter hverandre. Ved behov bør det etableres et samarbeid mellom helsetjenesten og andre aktører.

Bakgrunn og oppdrag

I mars 2018 fikk Helsedirektoratet følgende oppdrag:

"Helsedirektoratet gis i oppdrag å utarbeide pakkeforløp hjem (for kreftpasienter), pakkeforløp eller annet normerende budskap/produkt innen CFS/ME og utbredte muskelsmerter og sammensatte, uavklarte tilstander preget av funksjonssvikt av flere årsaker, med særlig fokus på rehabilitering. Helse- og omsorgsdepartementet vil spesifisere oppdragene om pakkeforløp i eget brev."

"Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal sikre forutsigbarhet og trygghet for pasientene og kvalitet i utredning, behandling og oppfølging, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste".

Kunnskapsgrunnlaget

Pakkeforløpet er utviklet med bakgrunn i faglige råd og nasjonale faglige retningslinjer på kreftområdet, kliniske erfaringer og brukererfaringer.

Kunnskap om hva som er viktig for pasientene ble innhentet i tidlig fase av arbeidet gjennom intervjuer med pasienter, pårørende og helsepersonell.

Innspill fra representantene fra spesialisthelsetjenesten, kommunene, pasient- og brukerorganisasjoner og aktuelle interesse- og fagorganisasjoner som har vært deltakere i ressursgruppe og referansegruppe (se lister under), har også bidratt til å styrke kunnskapsgrunnlaget.

Pakkeforløpet har vært på ekstern høring, og alle innspill er samlet og gjennomgått på en systematisk måte.

Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere, råd og pakkeforløp

- [Nasjonale handlingsprogrammer for kreft](#)
- [Generell informasjon – Pakkeforløp for kreft](#)
- [Diagnoseveiledere – Pakkeforløp for kreft](#)
- [Palliasjon i kreftomsorgen](#)
- [Palliasjon til barn og unge](#)
- [Fastlegens rolle ved kreft](#)
- [Fysioterapi ved kreft](#)
- [Seneffekter etter kreftbehandling](#)
- [Helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#)
- [Pårørendeveileder](#)
- [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)
- [Oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#)
- [Kontaktleger i spesialisthelsetjenesten](#)
- [Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak](#)
- [Handlingsplan for fysisk aktivitet \(regjeringen.no\)](#)
- [Kommunale frisklivssentraler](#)
- [Aktivitetshåndboken](#)

Implementeringsplan

[Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp hjem for kreftpasienter 2022–2023](#)

Monitorering og evaluering

Pakkeforløpet vil monitoreres i spesialisthelsetjenesten ved at data om pasienter med kreftdiagnose sammenstilles med informasjon om hvorvidt behovskartlegging er gjennomført (jf. bruk av prosedyrekode WMFG10).

Pakkeforløp hjem vil evalueres ved at det inkluderes spørsmål til pasientene om deres eventuelle erfaringer med pakkeforløp hjem for pasienter med kreft i Folkehelseinstituttets årlige pasientundersøkelse blant et utvalg voksne personer som blir utskrevet fra døgnopphold ved somatisk sykehusavdelinger. Spørsmålene inkluderes fra høsten 2021 (basismåling), og gjentas årlig.

Det kan på sikt iverksettes egne nasjonale evalueringer av pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.

Arbeidsgrupper

Ressursgruppe

- Akershus Universitetssykehus, Samhandlingssjef, Bente Gerner
- Aktiv for kreft, Helle Arnesen
- Alta kommune, Helena Marie Hykkerud
- Askøy kommune, Tone Steinfeld
- Barnekreftforeningen, Britt Ingunn Wee Sævig
- Brystkreftforeningen, Ellen Harris Utne
- Finnmarkssykehuset, Tina-Agnete Bønå
- Fransiskushjelpen, Saskia Berdahl og Kikki Marie Sveum (vara)
- Kreftforeningen, Elin Stoermann-Næss
- Kristiansand kommune, Virksomhet Helsefremming og innovasjon, Frisklivssentralen, Hilde Tørring Enoksen
- Leder av arbeidsgruppen for seneffekter etter kreft (Hdir), Cecilie E. Kiserud, OUS
- Lungekreftforeningen, Cecilie Bråthen
- Nannestad kommune, Line Finstad
- Nittedal kommune, Anne Lindalen
- NORILCO, Roy Aleksander Farstad
- Norsk forening for allmenntmedisin, Annette Fosse
- Norsk forening for palliativ medisin, Siri Brelin
- Norsk onkologisk forening, Astrid Dalhaug
- Norsk Palliativ forening, Martina Tønnies
- Norsk sykepleierforbund, Faggruppen for Kreftsyepleiere (FKS), Mona Grytten
- Onkologisk faggruppeleder (prostata), Andreas Stensvold
- Oslo Universitetssykehus, Kreftklinikken, Sjur Bjørnar Hansen
- Oslo kommune, helse og omsorg, Sagene bydel, Anne Lorentse Onarheim
- Oslo universitetssykehus, Kreftklinikken, Torhild Birkeland
- Oslo Universitetssykehus, Samhandlingssjef, Bente Thorsen
- Prosjekt Palliativ plan/plan for lindring i Møre og Romsdal, Tanja Yvonne Alme
- Prostatakreftforeningen, Hans-Fredrik Donjem
- Pårørendealliansen, Anita Vatland
- Ringsaker kommune, Primærhelseteam, Emilie Risheim
- Tromsø kommune/UNN, Pasientsentrert helsetjenestetteam, Birgitte Forsaa Åbotsvik
- Universitetssykehuset i Nord-Norge, Koordinerende enhet, Audhild Høyem

Referansegruppe

- Helse Nord RHF: Astrid Dalhaug og Kari Margrethe Larsen
- Helse Sør-Øst RHF: Gunvor Øfsti og Tone Westby
- Helse Midt RHF: Turid Lund og Morten Thronæs
- Helse Vest RHF: Guro Ringen Rana og Gjertrud Jacobsen
- KS Sentralt: Torunn Risnes
- KS Nord Norge: Lisa Friborg
- KS Vest: Elin Wetås Jara
- Ergoterapiforbundet: Malin Mongs
- Fagforbundet: Eskild Hustvedt
- FFO/SAFO: Rolf Ledal, generalsekretær i Hjernesvulstforeningen
- Kliniske ernæringsfysiologers forening (KEFF): Malene Slott og Martine Espeland (vara)
- Kreftforeningen: Elin Kristine Wilson Horn

- Kristiansand kommune: Lisbeth U. Bergstøl
- Norsk forening for allmenntmedisin: Andreas Pahle
- Norsk Forening for Ernæringsfysiologer: Linn Tryfoss Gerhardsen
- Norsk fysioterapiforbund: Heidi Tjugum
- Norsk sykepleierforbund: Karin Kvande Anda
- Oslo kommune: Odd Rune Andersen
- Psykologforeningen: Tone Hansen
- Tannlegeforeningen: Kirsten N. Ahlsen

Implementeringsgruppe

- Andreas Stensvold, Sykehuset Østfold
- Geir Arne Larsen, Akershus universitetssykehus HF
- Lene Thorsen, Oslo universitetssykehus
- Tone Steinfeld, Askøy kommune
- Guro Ringen Rana, Helse Vest RHF
- Tanja Yvonne Alme, Sula kommune
- Hans-Fredrik Donjem, Prostatakreftforeningen
- Elin Wetås Jara, KS Vest – Rogaland
- Vibeche Fahsing, Kreftforeningen
- Siv Tove Engebråten, Psykologforeningen
- Cecilie Kiserud, Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreft, OUS
- Harald Roar Lind, Fag- og kvalitetssenteret, UNN
- Øyvind Antonsen, Akershus universitetssykehus HF
- Kristine Lindhjem, Kreftkoordinator Sykehuset i Vestfold HF
- Line Finstad, Kreftkoordinator, Nannestad kommune
- Anders Vege, Folkehelseinstituttet

Ressurser

- [Hva er viktig for deg? \(fhi.no\)](http://fhi.no)
- [Rehabiliteringstelefonen](#)
- [Koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering. Sunnaas sykehus](#)
- [Pusterommet \(aktivmotkreft.no\)](http://aktivmotkreft.no)
- [Vardesenteret \(kreftforeningen.no\)](http://kreftforeningen.no)
- [Oversikt over kommuner med frisklivssentral](#)

Kontakt

pakkeforlophjem@helsedir.no

Høringsvar fra Allmennlegeforeningen til Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Allmennlegeforeningen ønsker å svare på denne høringen fordi vi mener den legger opp til økt arbeidsbyrde for fastlegene.

Alle pasienter som får en kreftdiagnose innlemmes i pakkeforløp hjem for kreftpasienter, uavhengig av om de allerede er i et diagnosespesifikt pakkeforløp for kreft eller ikke, og uavhengig av om behandlingsforløpet har kurativ eller palliativ intensjon. Målet med dette pakkeforløpet er:

- mer systematisk avdekking av pasientenes individuelle behov, dvs. behov som går utover den rent medisinskfaglige oppfølgingen, tilknyttet pasientens livssituasjon og med fokus på hva som er viktig for den enkelte pasient.
- at pasientenes behov blir fulgt opp gjennom tydelig kommunikasjon til andre tjenesteytere, og plassering av ansvar for videre oppfølging.
- færre uønskede variasjoner i pasientenes oppfølging etter en kreftdiagnose, uavhengig av hvor i landet de bor.
- sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.
- bedre samhandling mellom aktørene som har kontakt med kreftpasienter.
- økt trygghet for pasienter som overføres mellom tjenestenivåene.

For å nå disse målene legges det opp til at det skal være fem samhandlingspunkt hvor pasientens behov skal kartlegges. Det legges et betydelig ansvar på fastlegene, som etter Allmennlegeforeningens mening går utover det som følger av lov og forskrift.

Det er angitt under samhandlingspunkt 1 og 2 at resultatet av behovskartleggingen i spesialisthelsetjenesten skal videreformidles til fastlegen, som har ansvar for å kontakte tildelingskontoret i kommunen når pasienten ikke er under behandling i spesialisthelsetjenesten. Imidlertid følger det av lov om spesialisthelsetjenester § 2-5 om individuell plan at:

Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Dersom en pasient har behov for tjenester både etter loven her og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunen når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

Det bør derfor klargjøres under samhandlingspunkt 1 og 2 at det primært er *kommunen* som skal varsles om pasientens behov. Det er naturlig at fastlegen informeres som vanlig via epikrise fra spesialisthelsetjenesten, men det medfører ikke riktighet at det er fastlegen som skal melde behovet videre til kommunen. Fastlegen skal iht. fastlegeforskriften § 19 *medvirke* til at det oppnevnes koordinator og utarbeides individuell plan.

Samhandlingspunkt 3, 4 og 5 angir at fastlegen skal «*henvise til spesialist og utredning ved nyoppståtte plager eller problemer*», gjøre behovskartlegging, samt kontakte tildelingskontoret i kommunen og andre deler av tjenesten ved behov.

Det fungerer allerede slik at ved nyoppståtte plager eller problemer, skal pasienten primært kontakte sin faste lege, som gjør en medisinsk vurdering av situasjonen. Det er ikke alltid vurderingen resulterer i henvisning til spesialist eller utredning fordi mange problemstillinger kan løses uten slike tiltak. Det er derfor ønskelig at denne ordlyden justeres til at «*fastlegen skal gjøre en vurdering av nyoppståtte plager eller problemer og henvide videre ved behov*». Pasientene oppsøker heldigvis fastlege når et behov oppstår – de venter ikke til neste definerte samhandlingspunkt.

Mange av elementene i behovskartleggingen vil i stor grad allerede være kjent for fastlegen. Det er derfor ikke nødvendig at fastlegen bruker verdifull tid på å kartlegge slike behov ved hjelp av et skjema. Dersom slik kartlegging skal være et krav til fastlegene er det etter Allmennlegeforeningens oppfatning en ny oppgave som ikke er kompensert.

Avslutningsvis vil Allmennlegeforeningen minne om at fastlegeordningen er i dyp krise. Over 120.000 innbyggere står uten fastlege. Dette vil kunne utgjøre en trussel mot implementering av dette pakkeforløpet. Pasienter med kreft og annen kronisk sykdom trenger først og fremst en fast lege å forholde seg til – ikke faste oppfølgingspunkter på et skjema.

På vegne av styret i Allmennlegeforeningen,

Marit Tuv
styremedlem

Nasjonal plan for implementering

Nasjonal plan for implementering av
pakkeforløp hjem for kreftpasienter
2022–2023

RAPPORT
IS-3015



Nasjonal plan for implementering av
pakkeforløp hjem for kreftpasienter
2022–2023

Utgitt 01/2022

IS-nummer: IS-3015

Utgitt av Helsedirektoratet

Avdeling spesialisthelsetjenester

Pb. 2020 Skøyen

0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, Oslo

Telefon 47 47 20 20

E-post postmottak@helsedir.no

Design Itera as

www.helsedirektoratet.no

Nettadresse

www.helsedirektoratet.no/publikasjoner

Forord

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide Pakkeforløp hjem for kreftpasienter sammen med fagmiljø og bruker- og pasientorganisasjoner. Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal sikre forutsigbarhet og trygghet for pasientene og kvalitet i utredning, behandling og oppfølging, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er et mål at kreftpasienter og pårørende opplever et velorganisert, helhetlig og forutsigbart forløp med fokus på avklaring av pasientens behov for oppfølging fra kommunen, inkludert psykososial oppfølging.

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal bidra til at

- Kreftpasienter opplever trygghet og forutsigbarhet i oppfølgingen de mottar, på tvers av forvaltningsnivåene
- Kreftpasienter og deres pårørende opplever at helse- og omsorgstjenesten avdekker eventuelle behov for psykososial oppfølging
- Kreftpasienter og deres pårørende opplever god brukermedvirkning og brukertilfredshet
- Kreftpasienter og deres pårørende opplever god tilgjengelighet til tjenestene, og at tilbudet til kreftpasienter og deres pårørende er likeverdige, uavhengig av hvor i landet de bor.

For at Pakkeforløp hjem skal tas i bruk og bidra til bedre og mer sammenhengende forløp for pasientene, er det nødvendig at både spesialisthelsetjenesten og kommunene tar verktøyet i bruk. For å få til en god implementering av Pakkeforløp hjem i hele landet, har Helsedirektoratet utarbeidet denne planen for hvilke tiltak som bør settes i verk og gjennomføres for å få til vellykket implementering av Pakkeforløp hjem. Planen er skrevet i samarbeid med, og etter innspill og dialog med eksterne fagpersoner, representanter fra helse- og omsorgstjenesten og representanter fra bruker- og pasientorganisasjoner.

Helsedirektoratet vil takke alle som har bidratt i arbeidet!



Bjørn Guldvog
helsedirektør

Innhold

FORORD	3
1 INNLEDNING	5
1.1 Oppdrag om Pakkeforløp hjem for kreftpasienter	5
1.2 Mål med pakkeforløp hjem for kreftpasienter	6
1.3 Organisering av arbeidet med Pakkeforløp hjem for kreftpasienter	6
2 PAKKEFORLØP HJEM FOR KREFTPASIENTER	7
2.1 Beskrivelse av Pakkeforløp hjem for kreftpasienter	7
3 IMPLEMENTERING AV PAKKEFORLØP HJEM FOR KREFTPASIENTER – NASJONALE TILTAK	8
4 IMPLEMENTERING I SPESIALISTHELSETJENESTEN/SYKEHUSENE	12
4.1 Nasjonale tiltak rette mot spesialisthelsetjenesten	12
4.2 Forslag til regionale tiltak	13
5 IMPLEMENTERING I KOMMUNENE OG HOS FASTLEGENE	14
5.1 Fastlegene/allmennlegene	14
5.2 Kommunene	16
6 SAMHANDLING MELLOM SPESIALISTHELSETJENESTEN OG KOMMUNENE	17
7 KODING OG MONITORERING AV PAKKEFORLØP HJEM FOR KREFTPASIENTER	19
8 EVALUERING AV PAKKEFORLØP HJEM FOR KREFTPASIENTER	20
9 OPPDATERING AV NASJONALE FAGLIGE RETNINGSLINJER OG PAKKEFORLØP PÅ KREFTOMRÅDET	21

1 Innledning

1.1 Oppdrag om Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

22. mars 2018 fikk Helsedirektoratet følgende oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet:

«Helsedirektoratet gis i oppdrag å utarbeide pakkeforløp hjem (for kreftpasienter), pakkeforløp eller annet normerende budskap/produkt innen CFS/ME og utbredte muskelsmerter og sammensatte, uavklarte tilstander preget av funksjonssvikt av flere årsaker, med særlig fokus på rehabilitering. Helse- og omsorgsdepartementet vil spesifisere oppdragene om pakkeforløp i eget brev.»

«Med bakgrunn i regjeringens politiske plattform (Jeløya plattformen), vil Helse- og omsorgsdepartementet presisere dette oppdraget som følger:

Helsedirektoratet gis i oppdrag å utarbeide følgende pakkeforløp:

- Pakkeforløp for 'kreftpasienter hjem'
- Smertebehandling
- Utmattelse
- Muskel- og skjelettlidelser

Helsedirektoratet skal innarbeide rehabilitering i pakkeforløp der dette er en naturlig del av behandlingsforløpet.»

I brev av 4. juni 2018 kom det presisering av oppdraget om pakkeforløp hjem:

«Det skal i løpet av en 3-årsperiode utarbeides og implementeres pakkeforløp hjem for kreftpasienter.

Pakkeforløpene skal sikre forutsigbarhet for pasientene og kvalitet i utredning og behandling, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det skal være et spesielt fokus på psykososial oppfølging for pasienter, pårørende og etterlatte og rollen til forløpskoordinatorer i spesialisthelsetjenesten, kontaktlege og koordinatorfunksjoner i kommunen må beskrives.

Det nødvendige kunnskapsgrunnlaget må avklares som grunnlag for pakkeforløpet.

For alle pakkeforløpene må direktoratet ta utgangspunkt i kommunenes frihet til å organisere sine tjenester på en hensiktsmessig måte, og ivareta hensynet til at pasienter som mottar tjenester fra kommunen ofte vil ha flere lidelser samtidig. Det bør sees hen til hvordan man har beskrevet kommunenes ansvar og oppgaver i pakkeforløpene for hjerneslag, psykisk helse og rus.

I arbeidet med pakkeforløpene bes Helsedirektoratet om å involvere brukere, fagfolk, kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjeneste og andre relevante aktører.»

1.2 Mål med pakkeforløp hjem for kreftpasienter

I oppdraget til Helsedirektoratet er det satt følgende mål for pakkeforløp hjem for kreftpasienter:

«Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal sikre forutsigbarhet og trygghet for pasientene og kvalitet i utredning, behandling og oppfølging, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Videre skal kreftpasienter, deres pårørende og etterlatte oppleve et velorganisert, helhetlig og forutsigbart forløp med et spesielt fokus på psykososial oppfølging.»

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal bidra til at følgende oppnås:

- Kreftpasienter opplever trygghet og forutsigbarhet i oppfølgingen de mottar, på tvers av forvaltningsnivåene
- Kreftpasienter og deres pårørende opplever at helse- og omsorgstjenesten avdekker eventuelle behov for psykososial oppfølging
- Kreftpasienter og deres pårørende opplever god brukermedvirkning og brukertilfredshet
- Kreftpasienter og deres pårørende opplever god tilgjengelighet til tjenestene
- Tilbudet til kreftpasienter og deres pårørende er likeverdige, uavhengig av hvor i landet de bor

1.3 Organisering av arbeidet med Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Arbeidet med Pakkeforløp hjem har vært organisert som et prosjekt i Helsedirektoratet, med en nedsatt styringsgruppe, prosjektgruppe, ekstern ressursgruppe og ekstern referansegruppe.

Organisering av arbeid med implementeringsplan

Helsedirektoratet har etablert en nasjonal implementeringsgruppe som i samarbeid med Helsedirektoratet skal planlegge implementering av Pakkeforløp hjem for kreftpasienter og har bidratt til utarbeidelse av Nasjonal plan for implementering av Pakkeforløp hjem for kreftpasienter.

Tiltakene i planen skal gjennomføres i perioden fra desember 2021 og gjennom hele 2022.

2 Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

2.1 Beskrivelse av Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal bidra til økt fokus på livskvalitet, god helse og mestring for personer som lever med kreft, eller etter endt kreftbehandling. Pakkeforløp hjem skal bidra til:

- mer systematisk avdekking av pasientenes individuelle behov, dvs. behov som går utover den rent medisinskfaglige oppfølgingen – tilknyttet pasientens livssituasjon – og med fokus på hva som er viktig for den enkelte pasient. (Jf. bruk av behovskartleggingsverktøy og sjekklister)
- at pasientenes behov blir fulgt opp gjennom tydelig kommunikasjon til andre tjenesteytere, og plassering av ansvar for videre oppfølging
- færre uønskede variasjoner i pasientenes oppfølging etter en kreftdiagnose, uavhengig av hvor i landet de bor
- sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner
- bedre samhandling mellom aktørene som har kontakt med kreftpasienter
- økt trygghet for pasienter som overføres mellom tjenestenivåene.

Pasientene skal vite hvem som er ansvarlig for videre behandling og oppfølging, og hvem som kan kontaktes ved behov.

Samhandlingspunktene i pakkeforløp hjem for kreftpasienter beskriver ulike aktiviteter, og definerer de aktuelle aktørenes oppgaver og ansvarsområder.

Det faglige innholdet i utredning, behandling og oppfølging av kreftpasienter beskrives ikke. Dette omhandles i de nasjonale faglige retningslinjene på kreftområdet (nasjonale handlingsprogram). (<https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft>)

3 Implementering av pakkeforløp hjem for kreftpasienter – Nasjonale tiltak

Helsedirektoratet skal utarbeide nasjonale implementerings- og kommunikasjonstiltak for Pakkeforløp hjem for kreftpasienter. Målsetting med implementeringstiltakene og kommunikasjonsarbeidet er å bidra til god implementering av pakkeforløpet gjennom informasjon til relevant personell i helseforetakene, kommunene, fastlegene og andre aktører som kan bli en del av oppfølgingen av pakkeforløpet. Tiltakene skal også bidra til god informasjon til pasientene og befolkningen for øvrig om hva pakkeforløp hjem er, og hva de kan forvente seg dersom de får en kreftdiagnose. Relevant informasjon til pasienter og pårørende skal ligge på helsenorge.no. Helsepersonell vil finne informasjon på helsedirektoratet.no, sammen med pakkeforløpet.

Tiltakene i implementeringsplanen er beskrevet overordnet. Det er beskrevet hvem som har hovedansvar for gjennomføring av tiltakene, men det vil i de fleste tilfeller være behov for involvering og samarbeid med andre for selve gjennomføringen.

Nasjonal implementeringsgruppe for pakkeforløp hjem

Helsedirektoratet har etablert en nasjonal implementeringsgruppe for pakkeforløp hjem for kreftpasienter som sammen med direktoratet har utarbeidet plan for implementering av pakkeforløp hjem, og som skal bidra til oppfølging og gjennomføring av de nasjonale tiltakene.

— Ansvar: Helsedirektoratet

Implementeringsgruppen består av følgende medlemmer:

Andreas Stensvold	Sykehuset Østfold, avdelingsleder, kreftavdelingen
Geir Arne Larsen	Akershus universitetssykehus HF
Lene Thorsen	Oslo universitetssykehus
Tone Steinfeld	Askøy kommune
Guro Ringen Rana	Helse Vest RHF
Tanja Aas Alme	Sula kommune
Hans-Fredrik Donjem	Prostatakreftforeningen
Elin Wetås Jara	KS. Vest – Rogaland

forts.

Vibeche Fahsing	Kreftforeningen
Siv Tove Engebråten	Psykologforeningen
Cecilie Kiserud	Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreft, OUS
Harald Roar Lind	Fag- og kvalitetssenteret, UNN
Øyvind Antonsen	Akershus universitetssykehus HF
Kristine Lindhjem	Kreftkoordinator Sykehuset i Vestfold HF
Line Finstad	Kreftkoordinator, Nannestad kommune
Anders Vege	Folkehelseinstituttet

Nettverksgruppe for (de diagnosespesifikke) pakkeforløpene for kreft

Helsedirektoratet etablerte en implementeringsgruppe i forbindelse med de diagnosespesifikke pakkeforløpene i 2014. Denne gruppen har også vært involvert i plan for implementering av pakkeforløp hjem, og vil fremover bidra til forankring av pakkeforløp hjem i tjenesten.

Gruppen består av representanter fra RHF-ene og NFA/fastlegen.

Gruppen suppleres med representanter fra kommunene.

— Ansvar: Helsedirektoratet

Høring pakkeforløp hjem

Pakkeforløp hjem ble sendt på høring september 2021. Formålet var å få innspill til pakkeforløp hjem fra alle aktuelle instanser, men høringen vil også bidra til å gjøre Pakkeforløp hjem for kreftpasienter kjent.

— Ansvar: Helsedirektoratet

Publisering av Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Pakkeforløp hjem skal publiseres i digital versjon på helsedirektoratet.no i desember 2021. Pakkeforløpet kan også skrives ut som pdf. Samtidig sendes brev til RHF-ene og kommunene.

— Ansvar: Helsedirektoratet

Møter med aktuelle fagorganisasjoner/fagforeninger

Det er avgjørende for implementering av Pakkeforløp hjem at Helsedirektoratet har dialog med fagforeninger og fagorganisasjoner.

Helsedirektoratet skal ha møter med aktuelle fagforeninger og fagorganisasjoner første kvartal 2022.

— Ansvar: Helsedirektoratet

Brev til aktuelle fagforeninger og fagorganisasjoner

Brev med informasjon til aktuelle fagforeninger og fagorganisasjoner sendes fra Helsedirektoratet.

— Ansvar: Helsedirektoratet

E-postboks for spørsmål fra helsetjenesten

Helsedirektoratet oppretter en e-postboks for spørsmål om Pakkeforløp hjem. Saksbehandlere fra Helsedirektoratet svarer på generelle spørsmål om pakkeforløp for kreft, pakkeforløp hjem og monitorering. Det må også vurderes om spørsmål og svar skal legges på helsedirektoratet.no, eller om det skal svares ut i andre fora, i tillegg til direkte tilbakemelding til spørsmålsstiller.

Målgruppe: ansatte i kommunene, sykehusene og fastleger.

— Ansvar: Helsedirektoratet

Artikler i aktuelle tidsskrift

Kronikker i diverse fagmedisinske tidsskrifter og ulike helsefagorganisasjoners tidsskrifter.

Kommunal rapport, Sykepleien, Dagens Medisin, Tidsskrift for Den Norske Legeforening, Utposten, Vi over 60, tidsskrift for omsorgsforskning, tidsskrift Omsorg/palliativ medisin, Tidsskrift kreftsykepleie, ONKO-nytt legeforeningen mv.

Dette er ikke en uttømmende liste – men eksempler på aktuelle tidsskrifter.

— Ansvar: Helsedirektoratet sammen med fastleger i fastlegegruppen

Kommunikasjon og medieplan

Helsedirektoratet utarbeider en kommunikasjonsstrategi for Pakkeforløp hjem for kreftpasienter. Denne inneholder mer detaljert beskrivelse av informasjonstiltakene.

— Ansvar: Helsedirektoratet

Informasjon om Pakkeforløp hjem for kreftpasienter til helsepersonell og merkantilt personell i kommuner og i spesialisthelsetjenesten

Helsedirektoratet skal utarbeide generell informasjon om Pakkeforløp hjem for kreftpasienter. Dette skal gjøres tilgjengelig på helsedirektoratet.no, og på helsenorge.no.

— Ansvar: Helsedirektoratet

Informasjon om pakkeforløp hjem for kreftpasienter til pasienter og pårørende

Helsedirektoratet skal utarbeide informasjon til pasienter og pårørende om Pakkeforløp hjem for kreftpasienter. Informasjon skal også sendes til aktuelle interesse-, pasient- og brukerorganisasjoner. Informasjonen skal gjøres tilgjengelig på helsenorge.no.

— Ansvar: Helsedirektoratet i samarbeid med Kreftforeningen/organisasjonene

Kreftforeningen og pasientforeningene utarbeider informasjon på nett

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter omtales på nett og i nyhetsbrev o.l. hos Kreftforeningen og pasientforeningene

— Ansvar: Kreftforeningen og pasientforeningene

Informasjonsfilm

Det skal utarbeides en animasjonsfilm som gir informasjon om og forklarer Pakkeforløp hjem for kreftpasienter.

■ Ansvar: Helsedirektoratet

Erfaringskonferanse høst 2022

Konferanse om erfaringer fra implementering av pakkeforløp hjem.

Deltakere: deltakere fra kommunene, forløpskoordinatorer, kreftkoordinatorer, kommuneleger, helseledere, fastleger, praksiskoordinatorer, onkologiske faggruppetledere, ledere fra RHF og HF, regionale brukerutvalg, nasjonal implementeringsgruppe og Helsedirektoratet.

■ Ansvar: Helsedirektoratet

4 Implementering i spesialisthelsetjenesten/sykehusene

I dette kapittelet beskrives hvilke tiltak som skal gjennomføres rettet mot sykehusene, og det beskrives hvilke regionale tiltak som anbefales gjennomført for å implementere Pakkeforløp hjem for kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten.

Tiltak som tjenesten selv skal planlegge og gjennomføre er å anse som anbefalinger fra Helsedirektoratet og Nasjonal implementeringsgruppe.

4.1 Nasjonale tiltak rette mot spesialisthelsetjenesten

Under følger tiltak som primært er rettet mot spesialisthelsetjenesten og sykehusene. Se også [kapittel 3, Implementering av Pakkeforløp hjem](#), om nasjonale implementeringstiltak rettet mot alle nivåer i helsetjenesten der det er beskrevet flere tiltak som også er rettet mot spesialisthelsetjenesten.

Regionale konferanser

Regionale konferanser om Pakkeforløp hjem for kreftpasienter for både spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Målgruppen for møtene er ledere med overordnet ansvar for oppfølging og implementering av Pakkeforløp hjem for kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og andre samarbeidende etater, samt ansatte med roller og ansvar i Pakkeforløp hjem for kreftpasienter. Representanter fra interesse-, pasient- og brukerorganisasjonene inviteres også.

Møtene strømmes direkte.

■ Ansvar: Helsedirektoratet i samarbeid med RHF-ene

4.2 Forslag til regionale tiltak

Nedenfor beskrives forslag til tiltak som kan gjennomføres i sykehusene (HF-ene).

Tiltak er å anse som anbefalinger fra Helsedirektoratet, med mindre det er tiltak som er gitt RHF-ene i oppdragsbrev fra HOD.

Informasjon på helseforetakenes/sykehusenes nettsider om Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Informasjon om Pakkeforløp hjem for kreftpasienter, med lenker til *Helsedirektoratet.no*, bør være tilgjengelig på helseforetakenes/sykehusenes nettsider.

— Ansvar: Helseforetakene/sykehusene

Kontaktinformasjon for pasienter/pårørende og fastleger/henviser

Sykehusene bør ha en kontakt for pasienter og for fastleger, eller annen henvisende instans, og et telefonnummer som besvares på dagtid. Det kan eventuelt også etableres en e-post-adresse, hvis man har mulighet og kapasitet til å lese all innkommet e-post samme dag.

Informasjon om kontaktpunkt i sykehus

Informasjon til regionens fastleger bør fremgå på sykehusenes egne nettsider. Alle helseforetak som utreder og behandler kreft har informasjon på sine nettsider om pakkeforløpene for kreft i dag, og dette bør suppleres med informasjon om Pakkeforløp hjem for kreftpasienter. Informasjonssidene bør ha:

1. Generell informasjon om hva Pakkeforløp hjem er – med lenke til informasjon på *Helsedirektoratet.no*
2. Spesifikk informasjon om lokal organisering og løsninger
3. Kontaktinformasjon, e-post og telefonnummer til koordinatorkfunksjon/kontor og andre relevante kontaktpersoner

Lokale implementeringsplaner ved helseforetakene/sykehusene

Det anbefales at HF-ene som utreder og behandler kreftpasienter utarbeider lokale implementeringsplaner i samarbeid med kommunene.

Planen bør beskrive ansvars plasseringer i forløpet, kontaktpunkt i sykehuset, kontaktpunkt i den enkelte kommune i helseforetakets opptaksområde, hvordan samhandlingen skal gjennomføres i praksis m.m. Planen bør også inneholde avtaler for involvering av andre yrkesgrupper/etater der det er aktuelt. Planen bør også omtale hvordan man skal bruke monitorering til læring og kvalitetsutvikling, samt hvem som er ansvarlig for analyser.

Regionale implementeringsplaner

RHF-ene kan utarbeide regionale implementeringsplaner.

Monitorering og koding av Pakkeforløp hjem – organisering og opplæring

Det enkelte helseforetak avgjør hvem som skal registrere koder i Pakkeforløpene for kreft og Pakkeforløp hjem, og må lage egne rutiner og kvalitetskontroll for koding. Opplæring av personell som skal kode er nødvendig.

5 Implementering i kommunene og hos fastlegene

I dette kapittelet beskrives hvilke tiltak som skal gjennomføres rettet mot fastlegene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene, slik at de gjøres kjent med – og tar i bruk – Pakkeforløp hjem for kreftpasienter.

Det er Helsedirektoratet som har hovedansvar for at de nasjonale tiltakene rettet mot fastlegene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene settes i verk og gjennomføres.

Samarbeid mellom representanter for kommunene, fastlegene og aktuelle foreninger og etater er avgjørende for å lykkes med implementeringen.

5.1 Fastlegene/allmennlegene

Fastlegegruppe – Pakkeforløp for kreft

Helsedirektoratet etablerte en fastlegegruppe med representanter fra Norsk forening for allmenntilleggsmedisin (NFA) i forbindelse med utarbeidelse av pakkeforløpene for kreft som også har bidratt inn i arbeidet med utarbeidelse av pakkeforløp hjem. Gruppen kan fungere som en referansegruppe og ressursgruppe/rådgivingsgruppe for implementeringsarbeidet rettet mot fastlegene i 2021–2022.

— Ansvar: Helsedirektoratet og NFA

Informasjon til alle landets fastleger om Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Det utarbeides et informasjonsskriv til fastlegene om Pakkeforløp hjem. Teksten skal være kortfattet og gi en generell innføring i hva Pakkeforløp hjem er. Teksten er tilpasset fastlegenes behov for informasjon om deres oppgaver i pakkeforløpet. Teksten skal være tilgjengelig på nett og kan også publiseres som en pdf-brosjyre som kan skrives ut fra nettet (Helsedirektoratet.no, Helsebiblioteket og NEL).

I tillegg kan det utarbeides en introduksjonspresentasjon i Power Point-format rettet mot fastlegene, som kan brukes over hele landet i forbindelse med implementering av Pakkeforløp hjem.

Kopi av informasjonen som sendes fastlegene sendes også til kommunene til orientering.

— Ansvar: Helsedirektoratet, i samarbeid med NFA/fastlegegruppen

Informasjon sendes til alle fastlegene (ca. 4500) om pakkeforløpet.

■ Ansvar: Helsedirektoratet

Informasjon om kontaktpunkt i sykehus og i kommunene

Informasjon til regionens fastleger bør fremgå på sykehusenes egne nettsider. Alle helseforetak som utreder og behandler kreft har informasjon på sine nettsider om pakkeforløpene for kreft i dag, og dette bør suppleres med informasjon om Pakkeforløp hjem for kreftpasienter. Informasjonssidene bør ha:

1. Generell informasjon om hva Pakkeforløp hjem er – med lenke til informasjon på *Helsedirektoratet.no*
2. Spesifikk informasjon om lokal organisering og løsninger
3. Kontaktinformasjon, e-post og telefonnummer til koordinatorkontor/kontor og andre relevante kontaktpersoner

Tilsvarende bør alle kommuner gi informasjon til tilhørende sykehus om kontaktpunkt for Pakkeforløp hjem i kommunen. Dette bør også fremgå på kommunenes nettsider. Informasjonen bør også være tilgjengelig for kommunens befolkning.

■ Ansvar: Ansvar for nettsider og regional og lokal informasjon: De regionale helseforetakene (RHF-ene), sykehusene (HF-ene) og kommunene

Arrangere møter som søkes godkjent som tellende kurs

Arrangere 1-dags møte/kurs for praksiskoordinatorer og fastleger i 2022, der det søkes Dnlf om å få godkjent dette som kurs for resertifisering av spesialister i allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin, med tellende poeng. PKO-ene kan involveres i planlegging i det enkelte RHF.

■ Ansvar: Helsedirektoratet i samarbeid med KS, RHF-ene og kurskomiteer/aktuelle spesialitetskomiteer tilknyttet Dnlf

Deltakelse på nasjonale konferanser/møter for fastlegene

Helsedirektoratet deltar og har innlegg på aktuelle konferanser og møter for fastlegene, som f.eks. Primærmedisinsk uke, Innlegg på årsmøte NFA m.fl.

■ Ansvar: Helsedirektoratet og NFA

Informasjon gjennom aktuell fagmedisinsk forening

Norsk forening for allmenntilleggsmedisin forespørres om de kan sende ut informasjon via sine informasjonsbrev som sendes ut jevnlig på e-post til medlemmene. (NFA organiserer de fleste av landets fastleger).

■ Ansvar: Helsedirektoratet kontakter NFA

5.2 Kommunene

Kommunen bør gjøre seg kjent med innholdet i pakkeforløpet og inngå samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å avklare roller og ansvar i arbeidet med Pakkeforløp hjem for kreftpasienter. Kommunen bør også avklare og tydeliggjøre hvor kontaktpunktet skal være for overføring av informasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen i forbindelse med gjennomførte behovskartlegginger m.m.

Informasjonsbrev om Pakkeforløp hjem for kreftpasienter til diverse etater og organisasjoner

Informasjonsbrev om Pakkeforløp hjem sendes blant annet til kommunene, Statsforvalterne, Helsetilsynet og Arbeids- og velferdsetaten.

■ Ansvar: Helsedirektoratet

Deltakelse på nasjonale konferanser/møter i regi av KS

■ Ansvar: Helsedirektoratet og KS

Deltakelse på aktuelle nasjonale konferanser

Eksempler på konferanser som kan være aktuelle å delta på: Pasientsikkerhetskonferansen, Helsekonferansen, Nasjonal konferanse for utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Nasjonal konferanse i palliasjon 2022.

■ Ansvar: Helsedirektoratet

Kontaktinformasjon for pasienter/pårørende og fastleger/henviser

Kommunene bør ha en kontakt for pasienter og fastleger, eller annen henvisende instans, og et telefonnummer som besvares på dagtid. Det kan eventuelt også etableres en e-postkasse som besvares jevnlig.

6 Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

Pakkeforløpene har som mål å bidra til at brukerne får gode, koordinerte og sammenhengende tjenester. De skal sikre samhandling mellom bruker, eventuelt pårørende, og tjenestene, uavhengig av nivå. En god oppgave- og ansvarsfordeling, og et godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, er avgjørende for at pasientene opplever tjenestene som helhetlige og gode.

Tjenestene har i dag ulike ordninger som skal sikre samhandling, som for eksempel:

- helsefellesskap
- samarbeidsavtaler
- felles prosjekter
- felles møtearenaer

God ledelsesforankring og kjennskap til hverandres arbeidsbetingelser og rammeverk er sentralt for godt samarbeid. Helsedirektoratet anbefaler at de eksisterende samarbeidsavtalene og de underliggende tjenesteavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommune revideres i tråd med anbefalingene i pakkeforløpet, og at felles møtearenaer benyttes i arbeidet. Det er viktig med gjensidig og fortløpende dialog mellom tjenestene.

Helsefellesskapene som arena for implementering

Helsefellesskap er ikke en organisatoriske enhet, men en samhandlingsarena. Kommune i helsefellesskapet og foretaket har hver sine sekretariatsfunksjoner i de fleste helsefellesskap.

Oppfølging av Pakkeforløp hjem må gjøres lokalt, og det må gjøres lokale avtaler om organisering av tjenestene. Helsedirektoratet vil ta kontakt med helsefellesskapene via brev til kommunene og foretakene, og foreslå at Pakkeforløp hjem for kreftpasienter tas opp som tema i helsefellesskapene. Det er etablert et nasjonalt nettverk for helsefellesskapene som fasiliteres av Helsedirektoratet. Pakkeforløp hjem kan være en aktuell sak å informere om i nettverket.

— Ansvar: Helsedirektoratet sender brev. Oppfølging: Helsefellesskapene

Samarbeidsavtaler

De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner er viktige for å avklare roller og oppgaver. Samarbeidsavtalene er et verktøy for å sikre enighet om det felles ansvar tjenestene har for god samhandling mellom bruker og tjenestene, uavhengig av nivå. Spesialisthelsetjenesten og kommunene bør vurdere hvordan samarbeid knyttet til kreftpasienter og oppfølging av Pakkeforløp hjem kan integreres i samarbeidsavtalene.

Koordinering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Det anbefales at fastleger og den kommunale helse- og omsorgstjenesten får informasjon om telefonnummer/mailadresse til kontaktperson på sykehuset, og at sykehuset har informasjon om kontaktpunkt i kommunene. Informasjon bør legges ut på sykehusets og kommunenes nettsider, og i tillegg gis på fellesmøter og via andre aktuelle kanaler sykehusene har mot fastleger og kommuner i sitt opptaksområde.

Kommunen bestemmer selv hvordan arbeidet med koordinering skal organiseres, og hvilken instans som skal ha dette ansvaret. Det er et lederansvar å sørge for koordinering. Informasjon om ansvarlig enhet bør fremkomme på nettsidene til kommunen/bydelen med nødvendig kontaktinformasjon.

7 Koding og Monitorering av pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Pakkeforløpet hjem for kreftpasienter inkluderer 2 målepunkt i spesialisthelsetjenesten, dvs. i forbindelse med samhandlingspunktene «klinisk beslutning» og «primær kreftbehandling igangsatt». Det vil utarbeides informasjon fra Helsedirektoratet om koding i pakkeforløpet til alle HFene. Dette vil også sendes ut digitalt og publiseres på helsedirektoratet.no.

Helsetjenesten som er ansvarlig for koding i pakkeforløpet må tilrettelegge for opplæring og ansvarsplassering av disse oppgavene.

Pakkeforløp hjem vil monitoreres i spesialisthelsetjenesten ved at data om pasienter med kreftdiagnose sammenstilles med informasjon om hvorvidt behovskartlegging er gjennomført (jf. bruk av prosedyrekode i spesialisthelsetjenesten). Informasjon basert på monitoreringen av pakkeforløpet gjøres tilgjengelig ved publisering på helsedirektoratet.no og helsenorge.no.

Når det gjelder monitorering i kommunene er det per i dag ikke systemer eller registre som kan benyttes til å følge alle kreftpasienter i kommunehelsetjenesten. Det som rapporteres inn i sentrale registre, som KPR i dag, er begrenset til visse tjenester.

I fremtiden, dersom KPR blir utvidet, kan det bli aktuelt å benytte data fra KPR til monitorering.

8 Evaluering av pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Pakkeforløp hjem vil evalueres ved at det inkluderes spørsmål til kreftpasienter om deres erfaringer med pakkeforløp hjem i Folkehelseinstituttets årlige pasientundersøkelse blant et utvalg voksne personer som blir utskrevet fra døgnopphold ved somatisk sykehusavdelinger. Spørsmålene inkluderes fra høsten 2021 (basismåling), og gjentas årlig. Informasjon fra denne pasientundersøkelsen, samt monitoreringen av målepunktene, vil publiseres på helsedirektoret.no.

Det kan på sikt iverksettes egne evalueringer av pakkeforløpet, samt at ulike forskningsmiljø kan være interessert i å igangsette forskning på ulike sider ved innføringen av dette – og andre – pakkeforløp.

9 Oppdatering av nasjonale faglige retningslinjer og pakkeforløp på kreftområdet

Oppdatering av (de diagnosespesifikke) pakkeforløpene for kreft

De diagnosespesifikke pakkeforløpene vil oppdateres med informasjon om, og lenke til, Pakkeforløp hjem for kreftpasienter.

Vurderingen av behov for endring i det enkelte pakkeforløp for kreft gjøres ellers i forbindelse med oppdatering av de nasjonale faglige retningslinjene for den enkelte diagnose/diagnosegruppe, eller at fagmiljø – eller andre – melder inn til direktoratet behov for oppdatering av konkrete deler av pakkeforløpene.

Oppdatering av Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter vil oppdateres ved behov.

Det er forventet utvikling av blant annet digitale verktøy for samhandling som vil styrke samhandlingen også ifm. Pakkeforløp hjem. Det vil derfor på sikt være naturlig at disse inkluderes i pakkeforløpet.

Nasjonale handlingsprogram for kreft

Det faglige innholdet i utredning, behandling og oppfølging av kreftpasienter beskrives ikke i Pakkeforløp hjem for kreftpasienter. Dette omhandles i de nasjonale faglige retningslinjene på kreftområdet (nasjonale handlingsprogram). (<https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft>)

Oppdatering av de nasjonale handlingsprogrammene for kreft er et pågående arbeid i Helsedirektoratet.

