

Helsefellesskapet i opptaksområdet for Sykehuset i Vestfold HF

Organer pr. 11. august 2021

Partnerskapsmøtet

Partnere	Medlemmer
Færder kommune	Ordfører Jon Sanness Andersen
Færder kommune	Kommunedirektør Toril Eeg
Holmestrand kommune	Ordfører Elin Gran Weggesrud
Holmestrand kommune	Kommunedirektør Hans Erik Utne
Horten kommune	Ordfører Are Karlsen
Horten kommune	Kommunedirektør Ragnar Sundklakk
Larvik kommune	Ordfører Erik Bringedal
Larvik kommune	Kommunedirektør Gro Herheim
Sandefjord kommune	Ordfører Bjørn Ole Gleditsch
Sandefjord kommune	Rådmann Bjørn Gudbjørgrud
Tønsberg kommune	Ordfører Anne Rygh Pedersen
Tønsberg kommune	Kommunedirektør Egil Johansen
Sykehuset i Vestfold HF	Styreleder Per Christian Voss
Sykehuset i Vestfold HF	Adm direktør Stein Kinserdal

Andre	Medlemmer
Representant fastleger	Rune Burkeland-Matre
Representant fastleger	Geir Dunseth, leder PKO SiV HF
Representant brukere	Anne-Britt Forbord, FFO/ Lupe
Representant brukere	Erik Hansen, leder brukerutvalget SiV HF

Sekretariat	Medlemmer
	?
	Rannveig Velken, kvalitetsrådgiver Færder kommune
	Irene Jørgensen, samhandlingssjef SiV HF
	Per Jørgen Olafsen, spesialrådgiver SiV HF

Hjemmel: Avtalens pkt 5

Partnerskapsmøtet er helsefellesskapets øverste organ. Møtet består av ordfører og kommunedirektør fra hver kommune i opptaksområdet, styreleder og administrerende direktør for helseforetaket, samt to representanter for fastlegene (praksiskonsulentene) og to representanter for brukerne i opptaksområdet. Prinsippet om gjennomgående representasjon gjelder for fastleger og brukere i partnerskapsmøtet og i strategisk samarbeidsutvalg.

Partnerskapsmøtet drøfter spørsmål av strategisk og overordnet karakter knyttet til helsetjenestene i helseforetakets opptaksområde, herunder drøfting av årlige handlingsplaner for helsefellesskapet. Partnerskapsmøtets konklusjoner bør være omforente. Konklusjoner som innebærer forpliktelse, oversendes kommunene og helseforetaket til behandling. Konklusjonene legges til grunn for helsefellesskapets arbeid når alle kommunene og helseforetaket har gitt sin tilslutning.

Møtene ledes sirkulerende av helseforetakets styreleder og av ordførerne, etter kommunenavn i alfabetisk orden. Det første partnerskapsmøtet ledes av helseforetakets styreleder. Partnerskapsmøtet holdes minst 1-2 ganger årlig. Møtene holdes for åpne dører.

Strategisk samarbeidsutvalg

Partnere	Medlemmer
Færder kommune	?
Holmestrand kommune	?
Horten kommune	?
Larvik kommune	?
Sandefjord kommune	?
Tønsberg kommune	?
Sykehuset i Vestfold HF	?
Sykehuset i Vestfold HF	?
Sykehuset i Vestfold HF	?
Sykehuset i Vestfold HF	?
Sykehuset i Vestfold HF	?
Sykehuset i Vestfold HF	?

Andre	Medlemmer
Representant fastleger	Rune Burkeland-Matre
Representant fastleger	Geir Dunseth, leder PKO SiV HF
Representant brukere	Anne-Britt Forbord, FFO/ Lupe
Representant brukere	Erik Hansen, leder brukerutvalget SiV HF

Observatører	Medlemmer
Observatør ansatte	?
Observatør ansatte	?
Observatør kommuneoverleger	?Jakobsen?

Sekretariat	Medlemmer
	?
	Rannveig Velken, kvalitetsrådgiver Færder kommune
	Irene Jørgensen, samhandlingssjef SiV HF
	Per Jørgen Olafsen, spesialrådgiver, SiV HF

Hjemmel: Avtalens pkt 6

Strategisk samarbeidsutvalg samordner helsefellesskapets oppgaver mellom partnerskapsmøtene. Utvalget består av en representant for hver kommune i opptaksområdet utpekt av respektive kommunedirektør, like mange representanter for helseforetaket utpekt av administrerende direktør for helseforetaket, samt to representanter for fastlegene (praksiskonsulentene) og to representanter for brukerne i opptaksområdet. Prinsippet om gjennomgående representasjon gjelder for fastleger og brukere i partnerskapsmøtet og i strategisk samarbeidsutvalg. Utvalget velger selv sin leder for en periode av ett år.

De ansatte hos partnerne utpeker i fellesskap to observatører. Kommunene utpeker i fellesskap en kommuneoverlege/samfunnsmedisiner. Observatører deltar med tale- og forslagsrett.

Utvalget utarbeider og fremmer forslag til partnerskapsmøtet om alle tiltak av strategisk karakter, samt forslag til handlingsplaner. Utvalgets møter fastsettes av utvalget selv, men møtene holdes ikke sjeldnere enn fire ganger per år. Utvalget oppretter de faglige samarbeidsutvalg som vurderes hensiktsmessig for helsefellesskapet. Strategisk samarbeidsutvalg kan fastsette funksjonstid for hvert faglig samarbeidsutvalg.

Faglig samarbeidsutvalg - A

Partnere	Medlemmer	Varamedlemmer
Færder kommune	?	
Holmestrand kommune	?	
Horten kommune	?	
Larvik kommune	?	
Sandefjord kommune	?	
Tønsberg kommune	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	

Andre	Medlemmer	Varamedlemmer
Representant fastleger	?	
Representant fastleger	?	
Representant brukere	?	
Representant brukere	?	

Sekretariat	Medlemmer
	?
	?

Faglig samarbeidsutvalg - B

Partnere	Medlemmer	Varamedlemmer
Færder kommune	?	
Holmestrand kommune	?	
Horten kommune	?	
Larvik kommune	?	
Sandefjord kommune	?	
Tønsberg kommune	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	

Andre	Medlemmer	Varamedlemmer
Representant fastleger	?	
Representant fastleger	?	
Representant brukere	?	
Representant brukere	?	

Sekretariat	Medlemmer
	?
	?

Faglig samarbeidsutvalg - C

Partnere	Medlemmer	Varamedlemmer
Færder kommune	?	
Holmestrand kommune	?	
Horten kommune	?	
Larvik kommune	?	
Sandefjord kommune	?	
Tønsberg kommune	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	

Andre	Medlemmer	Varamedlemmer
Representant fastleger	?	
Representant fastleger	?	
Representant brukere	?	
Representant brukere	?	

Sekretariat	Medlemmer
	?
	?

Faglig samarbeidsutvalg - D

Partnere	Medlemmer	Varamedlemmer
Færder kommune	?	
Holmestrand kommune	?	
Horten kommune	?	
Larvik kommune	?	
Sandefjord kommune	?	
Tønsberg kommune	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	
Sykehuset i Vestfold HF	?	

Andre	Medlemmer	Varamedlemmer
Representant fastleger	?	
Representant fastleger	?	
Representant brukere	?	
Representant brukere	?	

Sekretariat	Medlemmer
	?
	?

Hjemmel: Avtalens pkt 7

Faglige samarbeidsutvalg utvikler prosedyrer og tjenestemodeller på avgrensede områder, og rapporterer til strategisk samarbeidsutvalg. Medlemmene av de faglige samarbeidsutvalgene utpekes av strategisk samarbeidsutvalg. Tverrfaglighet bør tilstrebes ved sammensetning av utvalgene. Ellers skal hvert utvalg bestå av 1-2 representanter for fastlegene og 1-2 representanter for brukerne i opptaksområdet, såfremt fastlegene og brukerne selv ønsker å være representert i respektive utvalg. Hvert utvalg velger selv sin leder for en periode av ett år.

Epostliste partnerskapsmøtet:

jon.sanness.andersen@faerder.kommune.no;
elin.weggesrud@holmestrand.kommune.no; are.karlsen@horten.kommune.no;
erik.bringedal@larvik.kommune.no; bjorn.ole.gleditsch@sandefjord.kommune.no;
anne.rygh.pedersen@tonsberg.kommune.no; per.christian.voss@stykketholding.no;
toril.eeg@faerder.kommune.no; hans.erik.utne@holmestrand.kommune.no;
ragnar.sundklakk@horten.kommune.no; gro.herheim@larvik.kommune.no;
bjorn.gudbjorgsrud@sandefjord.kommune.no; egil.johansen@tonsberg.kommune.no;
stein.kinserdal@siv.no; rpmatre@hotmail.com; geidun@siv.no; annefor@online.no;
ehans4@online.no

Helsefellesskapet i Vestfold

Innkalling til *Partnerskapsmøte*

Møtetid	19. august 2021, kl 13:00-16:00
Møtested	Hotel Klubben i Tønsberg, møterom Blanca

Saker til behandling

1. Status for to samhandlingsprosjekter
 - o Multisyke – et samhandlingsprosjekt i Vestfold v/ prosjektleder Marte Sofie Wang-Hansen
 - o Ung Arena+ Vestfold v/ prosjektleder Kari Martinsen Marin
2. Handlingsplan for helsefellesskapet 2021-2022
3. Arbeid med ny utviklingsplan for SiV HF 2022-2025
4. Eventuelt

Eventuelle forfall meldes til per.jorgen.olafsen@siv.no eller til +47 93266094.

Med vennlig hilsen
Sekretariatet

Helsefellesskapet i Vestfold

Saksframlegg til

Partnerskapsmøtet

Møtedato: 19.08.2021

Saksnr. 1/21

Saksbehandler: Per Jørgen Olafsen

Status for to samhandlingsprosjekter pr. august 2021

Vedlegg: Ingen

Hovedpunkter i saken:

Som innledning til sak om helsefellesskapets handlingsplan 2021-2022, gis partnerskapsmøtet i denne saken en statusgjennomgang for to igangsatte samhandlingsprosjekter:

- a) Multisyke – et samhandlingsprosjekt i Vestfold v/ prosjektleder Marte Sofie Wang-Hansen
- b) Ung Arena+ Vestfold v/ prosjektleder Kari Martinsen Marin

Ordførerne, kommunedirektørene og helseforetakets ledelse ble gitt en første orientering om prosjektene i det forberedende møtet for helsefellesskapet 16. oktober 2020.

Forslag til beslutning:

Partnerskapsmøtet tar statusgjennomgangen for de to samhandlingsprosjektene Multisyke og Ung Arena+ Vestfold til orientering.

Helsefellesskapet i Vestfold

Saksframlegg til

Partnerskapsmøtet

Møtedato: 19.08.2021

Saksnr. 2/21

Saksbehandler: Per Jørgen Olafsen

Handlingsplan for helsefellesskapet 2021-2022

Vedlegg: Forslag til handlingsplan 2021-2022

Hovedpunkter i saken:

Det framgår av avtalen om helsefellesskapet i Vestfold at partnerskapsmøtet drøfter spørsmål av strategisk og overordnet karakter knyttet til helsetjenestene i helseforetakets opptaksområde, herunder drøfting av årlige handlingsplaner for helsefellesskapet. Kommunene og helseforetaket bes deretter gi tilslutning til handlingsplanene, som angir hvilke temaer som skal prioriteres for den kommende perioden.

Av tidsmessige årsaker har det denne gang ikke vært mulig å gjennomføre saksbehandling av forslaget til handlingsplan i helsefellesskapets sekretariat. Det vedlagte forslaget til handlingsplan er derfor konsentrert om satsinger og prioriteringer som samhandlingsutvalget og arbeidsutvalget allerede har lagt til grunn, i forkant av helsefellesskapets etablering.

Forslag til beslutning:

- 1) Partnerskapsmøtet legger forslaget til handlingsplan 2021-2022 til grunn for helsefellesskapet i Vestfold.
- 2) Kommunene og helseforetaket bes om å slutte seg til handlingsplanen.

Faktaopplysninger:

Det framgår av punkt 3 i avtalen om helsefellesskapet i Vestfold at partnerskapsmøtet drøfter spørsmål av strategisk og overordnet karakter knyttet til helsetjenestene i helseforetakets opptaksområde, herunder drøfting av årlige handlingsplaner for helsefellesskapet. Avtalens punkt 9 legger dessuten opp til at kommunene og helseforetaket i etterkant bes om å gi tilslutning til handlingsplanen, som angir hvilke temaer som skal prioriteres for den kommende perioden.

I tråd med den nasjonale avtalen om helsefellesskap, skal følgende pasientgrupper være satsingsområder ved etablering:

- a) barn og unge
- b) personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- c) skrøpelige eldre, og
- d) personer med flere kroniske lidelser

Det foreliggende forslaget til handlingsplan for helsefellesskapet i Vestfold omfatter fem satsingsområder, der gruppe c) og d) fra den nasjonale avtalen er slått sammen til ett område:

- 1) barn og unge
- 2) personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- 3) skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser
- 4) Akuttmedisinsk samhandlingskjede
- 5) Kvalitet og tjenesteutvikling

Momenter til vurdering:

Den årlige handlingsplanen er et strategisk nøkkeldokument for det nye helsefellesskapet. Dokumentet skal angi retning og innhold i det partnerskapsarbeid som skal utføres det nærmeste året. Derfor er det beklagelig at det denne gang ikke har vært mulig å gjennomføre en grundigere og bredere drøfting av aktuelle utfordringer og tiltak, der ikke minst strategisk samarbeidsutvalg har en viktig rolle. Det har i denne omgang vært viktigst å få på plass de organer og styringsverktøy som skal til for å etablere og idriftsette helsefellesskapet i SiVs opptaksområde.

Helsefellesskapet i Vestfold

Handlingsplan 2021-2022

Nasjonal avtale om helsefellesskap

Regjeringen og KS undertegnet 23. oktober 2019 en avtale om innføring av helsefellesskap, som i hvert tilfelle skal bestå av et helseforetak og kommunene i dette helseforetakets opptaksområde.

Hensikten med avtalen er å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester, til fordel for pasienter som trenger tjenester fra både den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Avtalen skal bidra til at kommunene og helseforetaket ser hverandre som likeverdige partnere, med felles eierskap og ansvar for pasientene. En viktig siktemål med helsefellesskapene er dessuten å skape forutsetninger for felles planlegging og utvikling av tjenester, for pasienter som trenger både kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester.

Lokal avtale om helsefellesskap

Avtale om helsefellesskap i Sykehuset i Vestfold HFs opptaksområde ble godkjent av de seks kommunestyrene og helseforetakets styre i perioden februar-april 2021. Avtalens punkt 9 legger følgende til grunn om helsefellesskapets handlingsplan:

Helsefellesskapet utarbeider og ber kommunene og helseforetaket gi tilslutning til årlige handlingsplaner, som angir hvilke temaer som skal prioriteres for den kommende perioden. Ved etablering av helsefellesskapet er prioriterte pasientgrupper a) barn og unge, b) personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, c) skrøpelige eldre og d) personer med flere kroniske lidelser.

Temaområder for helsefellesskapets handlingsplan 2021-2022

1. Pasientgruppen barn og unge
2. Pasientgruppen personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
3. Pasientgruppene skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser
4. Akuttmedisinsk samhandlingskjede
5. Kvalitet og tjenesteutvikling

Barn og unge

For målgruppen barn og unge ble det høsten 2019 satt i gang et forprosjekt som hadde til hensikt å foreslå en samhandlingsmodell for aldersgruppen 12-25 år, med risiko for å utvikle psykososiale problemer og som ikke søker til de ordinære tjenestene. Forprosjektet ble godkjent i SU januar 2020, med vedtak om å etablere et eller flere tilbud etter en «utvidet Ung Arena-modell». Samhandlingsmodellen skal være en modell som integrerer kommunale tjenester, spesialisthelsetjenester og eventuelt andre velferdstjenester og frivillige i et felles lavterskeltilbud for unge / unge voksne.

Målgruppen er unge / unge voksne i aldersgruppen 16 - 25 år med risiko for å utvikle psykososiale problemer og som ikke søker til de ordinære tjenestene.

Målet er å ha utviklet en samhandlingsmodell for barn og unge innen våren 2023 som skal bidra til mer integrerte og mer helhetlige tjenester, med et sterkere fokus på tidlig

innsats for å hindre forverring. Det skal foreligge en godkjent løsning (modell Ung Arena) som er klar for pilotering innen april 2022. Pilotering og justering av modellen vil pågå 1. og 2. halvår 2022.

Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

- ✓ *Pasientforløp «Utskriving og oppfølging av pasienter i tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold»*

Utskriving og oppfølging av pasienter i tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Et samarbeidsprosjekt mellom SiV og kommunene.

Målgruppe: Pasienter i tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Målet er at det foreligger en tjenestemodell/tjenesteavtale i løpet av 2022 som sikrer gode overganger, trygg utskrivning- og oppfølging av pasienter «i tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold».

- ✓ *Pasientforløp «Utskriving og oppfølging av barn og ungdom med spiseforstyrrelse»*

Utskriving og oppfølging av barn og ungdom med spiseforstyrrelse. Et samarbeidsprosjekt mellom SiV og kommunene.

Målgruppe: Barn og ungdom med spiseforstyrrelse

Målet er at det foreligger en tjenestemodell/tjenesteavtale i løpet av 2022 som sikrer gode overganger, trygg utskrivning – og oppfølging av barn og ungdom med spiseforstyrrelse.

- ✓ *Pasientforløp «Utskriving og oppfølging av personer med behov for legemiddelassistert rusbehandling»*

Utskriving og oppfølging av personer med behov for legemiddelassistert rusbehandling.

Målgruppe: Brukere med behov for legemiddelassistert rusbehandling.

Målet er at det foreligger en tjenesteavtale om «utskrivning og oppfølging av brukere med behov for legemiddelassistert rusbehandling» i løpet av høsten 2021.

Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser

For målgruppene «personer med flere kroniske lidelser / skrøpelige eldre» ble det høsten 2019 satt i gang et samhandlingsprosjekt som har som mål å utvikle en ny tjenestemodell som skal ivareta personer med multisykdom på en bedre måte enn i dag. Prosjektet ble kalt «Multisyke – et samhandlingsprosjekt i Vestfold».

Kravene til modellen er at den skal sikre helhetlige, integrerte og koordinerte tjenester for Vestfolds innbyggere med multisykdom.

Modellen skal ivareta hjemmeboende som står i fare for forverring av sin helsetilstand, og pasienter som skrives ut fra sykehuset etter et sykehusopphold. Tilnærmingen til pasientgruppen er dermed tosidig, men for begge gruppene er målet å styrke mestring og forebygging i helsetjenestene de tilbys. I tillegg skal det etableres et tverrfaglig ambulant team ved SiV med geriater og eldrekoordinator. Fagpersonene tilknyttet teamet har delt arbeidssted mellom kommune og SiV, men hovedtilhørighet til det geriatriske miljøet på SiV. Koordinatoren i teamet skal ha en proaktiv tilnærming, og identifisere pasienter som trenger oppfølging etter utskrivelse fra sykehuset. Teamets oppgave er å gjennomføre en bred geriatrisk kartlegging av pasientene etter utskrivelse med utarbeidelse av en individuell plan.

✓ *Målgruppe: Skrøpelige eldre / personer med flere kroniske sykdommer*

Mål 1: Etablere strukturer for systematisk kartlegging av skrøpeligheit i primær- og spesialisthelsetjenesten i løpet av 2021.

Mål 2: Etablere et pasientsentrert helsetjenesteteteam sammensatt av deltakere både fra primær og spesialisthelsetjenesten i løpet av 2022.

Akuttmedisinsk samhandlingskjede

Temaområdet er basert på delavtalen «planer for den akuttmedisinske samhandlingskjede og øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)»

✓ *Målgruppe: Alle pasientforløp i den akuttmedisinske kjede.*

Hovedmålet er å sikre at befolkningen i Vestfold får faglige og forsvarlige akuttmedisinske tjenester i og utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp.

Fagutvalget skal sørge for at det gjennomføres et årlig samarbeidsmøte for aktørene i samhandlingskjeden. Relevante områder for møtet vil være oppfølging av aktuelle forbedringstiltak, erfaringsutveksling, og kompetansedeling.

Resultatmålene for 2022 blir utarbeidet når det er konstituert et fagutvalg i løpet av høsten 2021, i henhold til samarbeidsavtalen og godkjent mandat.

Kvalitet og tjenesteutvikling

Det skal arbeides for at pasient og bruker til enhver tid opplever bedre pasientsikkerhet og livskvalitet, ved at helsefelleskapet jobber målrettet og samordner innsatsen for et trygt, likeverdig og koordinert pasientforløp i helse- og omsorgstjenesten.

Resultatmålene for 2022 blir utarbeidet når det er konstituert et fagutvalg i løpet i løpet av høsten 2021, i henhold til godkjent mandat. Fagutvalget skal utarbeide resultatmål for områdene som beskrives i eget kapittel.

✓ *Brukermedvirkning og helsekompetanse*

Brukermedvirkning skal være en integrert del av samhandlingen mellom kommunene og SiV HF. Dette betyr blant annet at det skal tilrettelegges for at pasienter og pårørende gis mulighet til å delta aktivt i beslutningen om egen helse og behandling – og at «ingen beslutninger skal tas om meg- uten meg» og «hva er viktig for deg».

Personers evne til å forstå, vurdere og bruke helseinformasjon, for å kunne ta kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse, er en forutsetning for å forebygge sykdom. Det skal derfor legges til rette for et mer målrettet arbeid for å øke helsekompetansen i befolkningen.

✓ *Innovasjon, teknologi og digitalisering*

Innovasjon dreier seg om å utvikle og innføre nye og bedre tjenester, men også om endringer i virksomheten i form av bedre og mer kostnadseffektive prosesser, organisatoriske løsninger og pasientflyt.

Det pågår to innovasjonsprosjekter hvor både innovasjon, teknologi og digitalisering står sentralt. Kolsprosjektet «e-kols» har til hensikt å skape en gjenbrukbar modell for design av pasientforløp til pasienter med kroniske lidelser, hvor egenmestring, bruk av ny teknologi, pasientsikkerhet og kvalitet er nøkkelfaktorer.

Prosjektet «avstandsoppfølging av pasienter som oppholder seg hjemme» i regi av Larvik kommune inngår også i rekken av digitale løsninger, som kan gjenbrukes og videreutvikles til andre målgrupper.

Helse Sør-Øst RHF har utpekt SiV som en viktig samarbeidspartner for utvikling av moderne helsetjenester, som setter brukeren i sentrum. Dette innebærer at SiV har en sentral rolle i utvikling av fleksible tjenester som utnytter det nye mulighetsrommet, som følger med økende bruk av digitale verktøy. Disse inkluderer også fleksible samhandlingsverktøy, som inviterer til bedre samarbeid mellom aktører på tvers av foretak og forvaltningsnivåer.

✓ *Gode pasientforløp / Læringsnettverk*

Kommunene i Vestfold og SiV HF deltar i Læringsnettverk for gode pasientforløp i regi av FHI. Utvikling av Gode pasientforløp med utgangspunkt i «hva er viktig for deg» er et nasjonalt satsningsområde.

✓ *Samhandlingsavvik – læring og forbedring*

Det innhentes oversikt over samhandlingsavvik, foreslår forbedringstiltak, initierer og følger opp disse.

✓ *Revisjon av samarbeidsavtaler*

Ny veileder for samarbeidsavtaler vil foreligge andre halvdel av 2022 (Helsedirektoratet). Avtalene revideres med utgangspunkt i denne.

✓ *Kompetanseutvikling*

Kompetansehevende tiltak skal følges opp, for å sikre måloppnåelse i prosjektene. Tiltakene rettes både mot kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

✓ *Kompetansebroen – en nettportal for kompetansedeling*

Kompetansebroen er en nettportal som skal styrke kompetansesamarbeidet og dekke behovet for å dele og nå frem med tiltak på tvers av nivåer og virksomheter, skape likhet og standardisering av opplæring/undervisning og tilgjengeliggjøring av faginnhold, filmer og e-læringskurs som kan brukes lokalt i den enkelte virksomhet eller avdeling. Helsepersonell og studenter vil på en enkel måte få tilgang til kurs og kunne gjennomføre læringsaktiviteter gjennom nettportalen der de er. Standardisering av faglig innhold som benyttes i opplæringen vil bidra til en bedre samhandling og tryggere overføringer av pasienter mellom kommuner og sykehus.

Helsefellesskapet i Vestfold

Saksframlegg til

Partnerskapsmøtet

Møtedato: 19.08.2021

Saksnr. 3/21

Saksbehandler: Per Jørgen Olafsen

Arbeid med ny utviklingsplan for SiV HF 2022-2025

Vedlegg: Utviklingsplan for Sykehuset i Vestfold HF 2018-2035

Hovedpunkter i saken:

Meld St 7 (2019-2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*, ga de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide nye lokale og regionale utviklingsplaner. Styret for Helse Sør-Øst RHF (HSØ) vedtok 22. april 2021, at helseforetakene skal oppdatere sine utviklingsplaner innen 1. mai 2022.

Hensikten med saken er å gjøre kommunene kjent med forutsetningene for planarbeidet, og drøfte hvordan kommunene og andre eksterne interessenter best kan involveres i arbeidet.

Forslag til beslutning:

1. Premisser og opplegg for arbeidet med ny utviklingsplan for Sykehuset i Vestfold HF 2022-2025 tas til orientering.
2. Partnerskapsmøtet gir sin tilslutning til det skisserte opplegget for involvering under planarbeidet.

Faktaopplysninger:

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

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

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

Hovedpunkter i veilederen

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

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

Veilederen gir tre hovedpremisser for planarbeidet:

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

Veilederen gir også uttrykk for at plandokumentene ikke skal være for omfattende, og kan alternativt henvise til delstrategier og handlingsplaner. Endelig skal utviklingsplanen gi oversikt over hvilke plandokumenter helseforetaket har og vurdere behov for nye planer, særlig på områdene organisasjon og ledelse, samhandling og oppgavedeling, kompetanse, teknologi og utstyr, samt bygg.

Ny utviklingsplan skal særlig vurdere disse temaene:

1. Prioritering av tjenesteutvikling for *pasienter som involverer både spesialisthelsetjeneste og kommunal helsetjeneste*. Prioriterte pasientgrupper er barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblem, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser. De prioriterte gruppene sammenfaller med fokusgruppene for det nye helsefellesskapet, og planarbeidet må derfor skje i nær tilknytning til dette fellesskapet.
2. *Kapasitetsbehov* for og organisering av psykiske helsevern

3. *Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus sammen med kommunene*
4. *Organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene*
5. *Flytting av spesialisthelsetjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi*
6. *Plan for sikring av tilstrekkelig kompetanse, der erfaringene fra pandemien bør spille en viktig rolle*
7. *Bedre bruk av ressursene; ressursbruk i tråd med overordnede prioriteringer, mindre uønsket variasjon, effektivisert tjenesteyting og færre pasientskader*
8. *Framskrivning av kapasitets- og bemanningsbehov basert på felles nasjonal metodikk.*

Momenter til vurdering:

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

De strategiske vurderingene bør i størst mulig grad hentes fra gjeldende utviklingsplan. Også denne gang kan de samme tre hovedperspektivene for den framtidige utviklingen av SiV legges til grunn for planarbeidet:

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

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

Planarbeidet skal i en viss grad innenfor rammen av det nye helsefellesskapet. Dette sikrer god involvering for planarbeidet, og kan samtidig bidra til å strukturere og konsolidere arbeidet i helsefellesskapet i etableringsfasen. Helsefellesskapets strategiske samarbeidsutvalg vil her spille en viktig rolle.

Trolig kan involvering særlig gjelde planfasene analyse, strategi og strategiske tiltak. Arbeidet med beskrivelse av nåsituasjon, utfordringer, muligheter og framskrivning, vil i større grad kunne gjennomføres med mer begrenset grad av involvering.

Dersom det vurderes mulig og hensiktsmessig, kan også en bredere anlagt innspillskonferanse arrangeres i september/ oktober måned.

Siktemålet bør være at helseforetakets styre tar stilling et høringsforslag i sitt møte 22. desember 2021, med påfølgende høringsrunde fra januar til mars 2022. Høringsrunden vil lagt opp bredt, der både andre helseforetak, offentlige organer i opptaksområdet, frivillige organisasjoner og arbeidstakerorganisasjoner inviteres.



Utviklingsplan
2018 - 2035



Forord

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

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

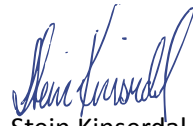
Styret for SiV vedtok utviklingsplanen på sitt møte den 8. mai 2018. Selve utviklingsplanen med vedlegg er et omfattende dokument. Jeg mener vi trenger et slikt dokument når vi skal analysere og begrunne hovedveivalg for en så kompleks organisasjon som et helseforetak er, og for en så lang tidsperiode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

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

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

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

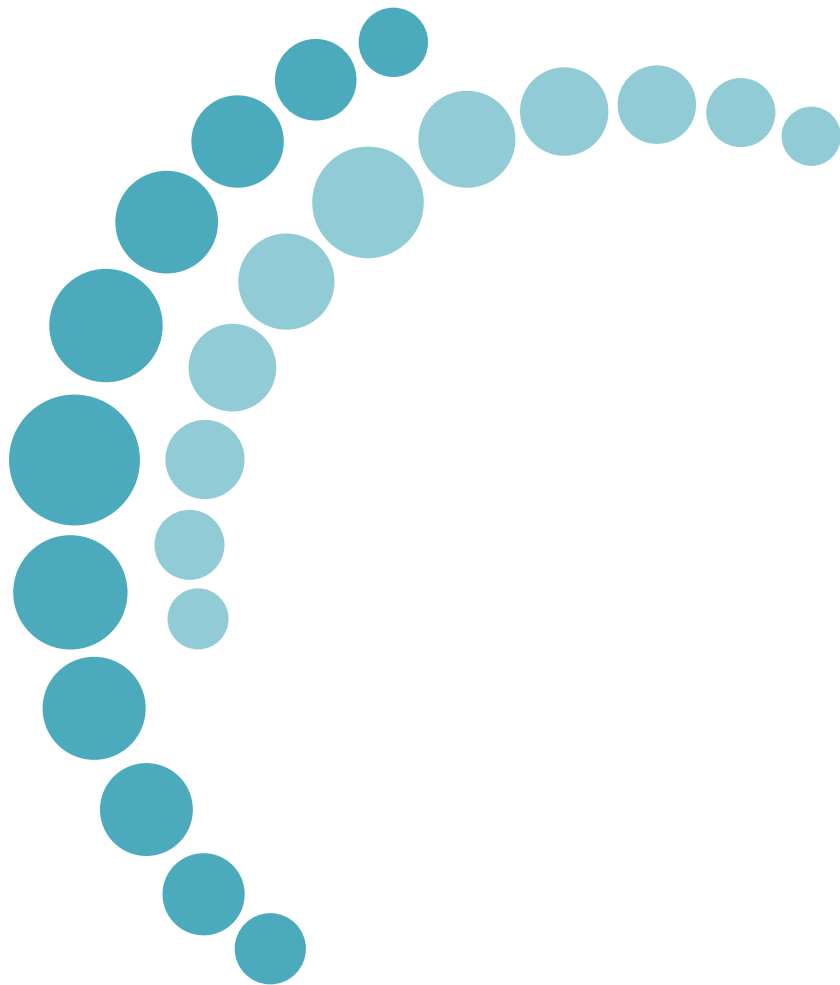
November 2018



Stein Kinserdal

Administrerende direktør

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



Overordnede samfunnsmessige utfordringer
og drivere for endring

1

1.1 Bakgrunn

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

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

1.2 Kompetanse

1.2.1 Økte krav til kunnskap

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

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

1.2.2 Kompetanse og arbeidsprosesser må tilpasses virksomhetens behov

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

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

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

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

1.3 Digitalisering og økt endringstakt

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

Kompetansedeling mellom aktører



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

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

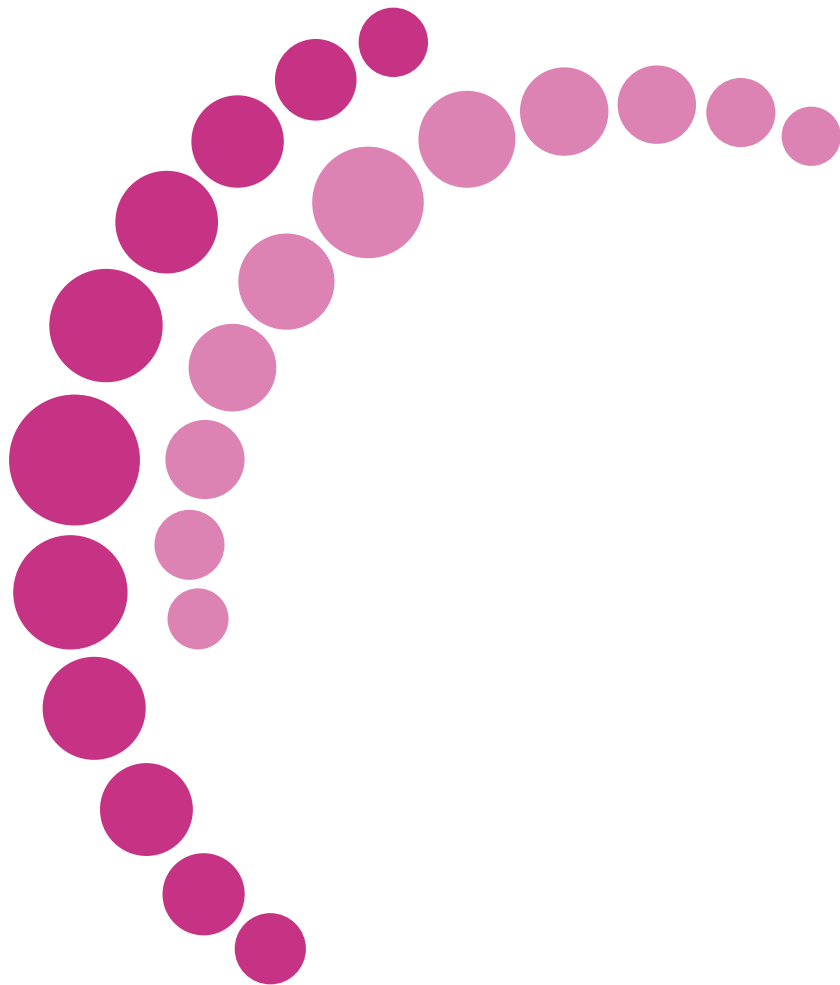
1.4 Helseforetakene og andre aktører i spesialisthelsetjenesten

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

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

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





Utviklingstrekk, framskrivinger og endringsfaktorer



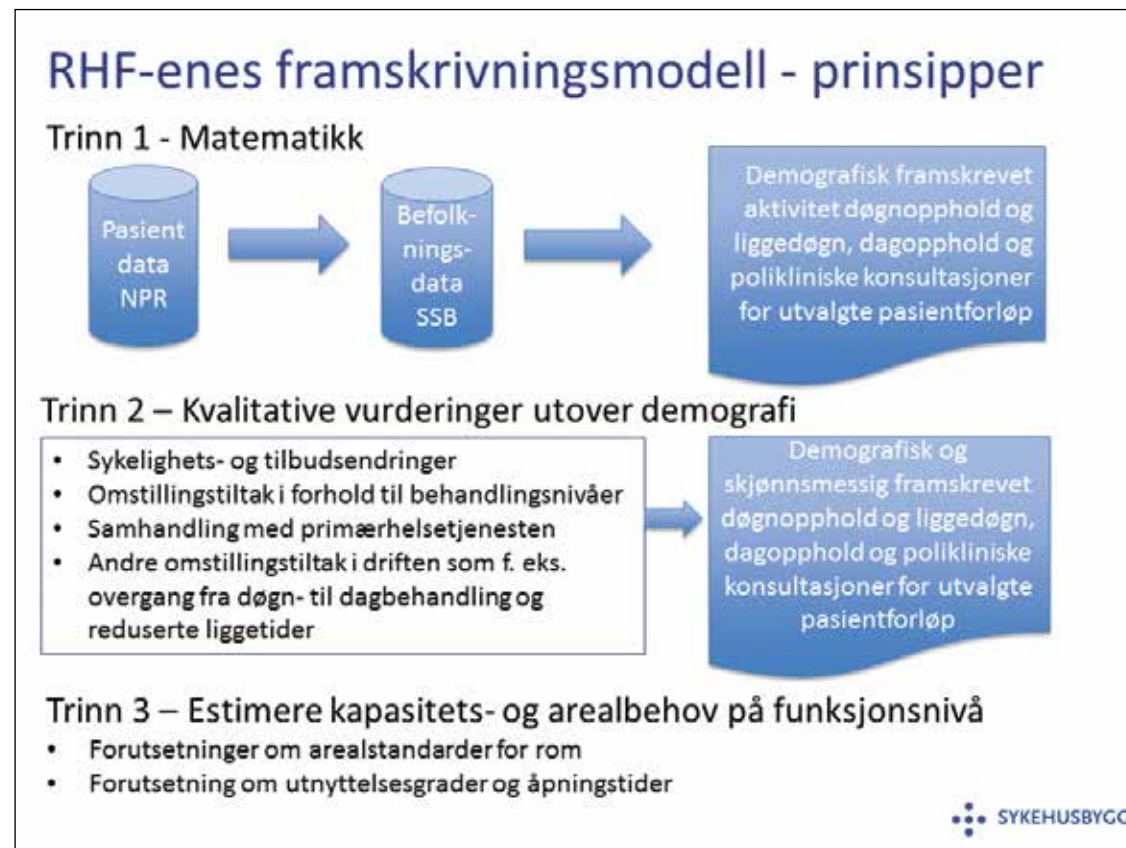
Dersom SiV skal møte framtiden på en vel forberedt måte, er sykehuset avhengig av å analysere hvilke faktorer som vil endre behovet for helsetjenester og/eller måten disse tjenestene bør leveres på. Sykehuset må med andre ord foreta analyser og vurderinger av forhold som i større eller mindre grad vil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

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

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

2.1 Framskrivingsmodellen – prinsipper og praktisk bruk

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



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

Kilde: Sykehusbygg

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

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

For somatikken er det lagt inn følgende drivere/endringsfaktorer:

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

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

For PHV og TSB er det lagt inn følgende endringsfaktorer:

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

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

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

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

2.2 Beskrivelse av endringsfaktorene i modellen – somatikk

2.2.1 Epidemiologisk og medisinsk utvikling

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

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

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

2.2.2 Generell vekst (for polikliniske konsultasjoner)

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

2.2.3 Samhandling med kommunene og øvrig primærhelsetjeneste

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

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

2.2.4 Overføring til pasienthotell

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

2.2.5 Omstilling fra døgn til dag/poliklinikk

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

2.2.6 Overføring til observasjonsenhet

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

2.2.7 Intern effektivisering (liggetidsreduksjon)

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

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

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

2.2.8 Oversikt over effektene av endringsfaktorene for somatisk sektor

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

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

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

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

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

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

2.3 Beskrivelse av endringsfaktorene i modellen – PHV og TSB

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

2.3.1 Epidemiologisk og medisinsk utvikling (tilbud og etterspørsel)

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

2.3.2 Samhandling med kommunene

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

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

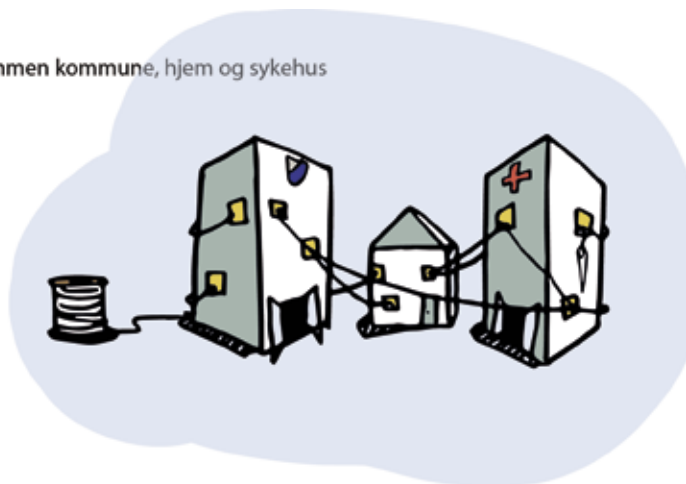
av det er blant annet at den utvidede plikten til øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene fra 2016 også ble utvidet til å omfatte området psykisk helsevern.

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

skjedd de senere årene.

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

Sy sammen kommune, hjem og sykehus



2.3.3 Reduksjon i oppholdstider

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

2.3.4 Oversikt over effektene av endringsfaktorene for PHV og TSB

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

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

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

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

2.4 Beskrivelse av øvrige endringsfaktorer utover modellen

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

2.4.1 Oppgavedeling mellom sykehus og mellom offentlige og private aktører

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

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

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

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

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

2.4.2 Tilbuds- og etterspørselspress

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

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

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

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

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

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

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

2.4.4 Teknologisk utvikling

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

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

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

2.4.5 Forventninger til egendeltakelse og medvirkning

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

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

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

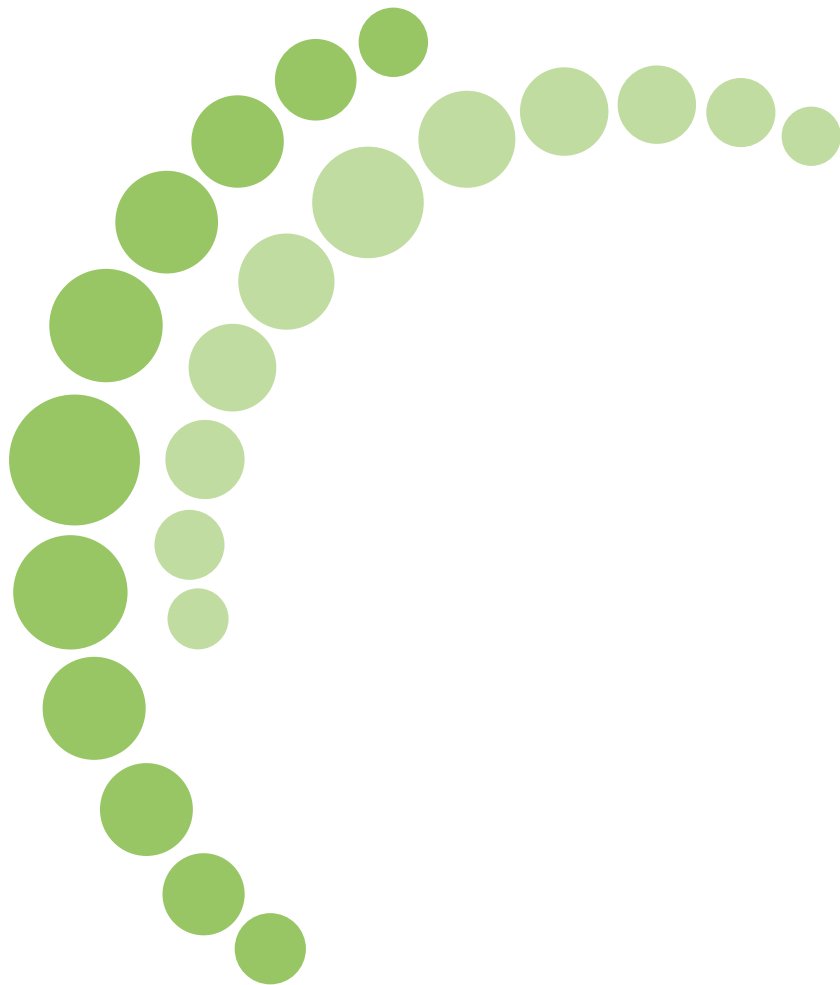
2.5 Kort oppsummering

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

Det er mulig å trekke følgende konklusjoner:

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





Internasjonale tendenser og sentrale premisser
for veivalg i SiVs utviklingsplan

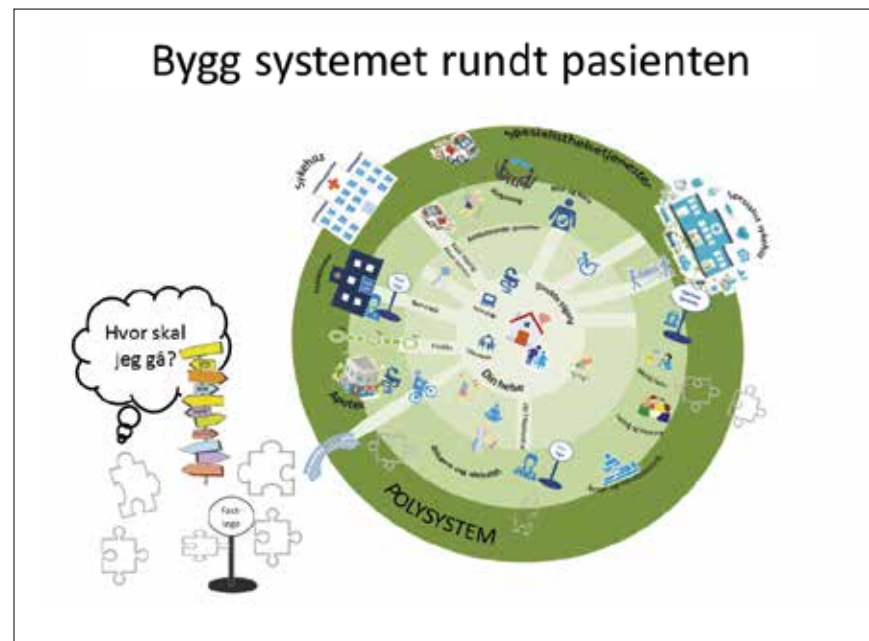


3.1 Internasjonale tendenser

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

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

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



Figur 3.1. Hvordan helsetjenesten kan fungere på pasientens premisser.

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

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

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

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

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

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

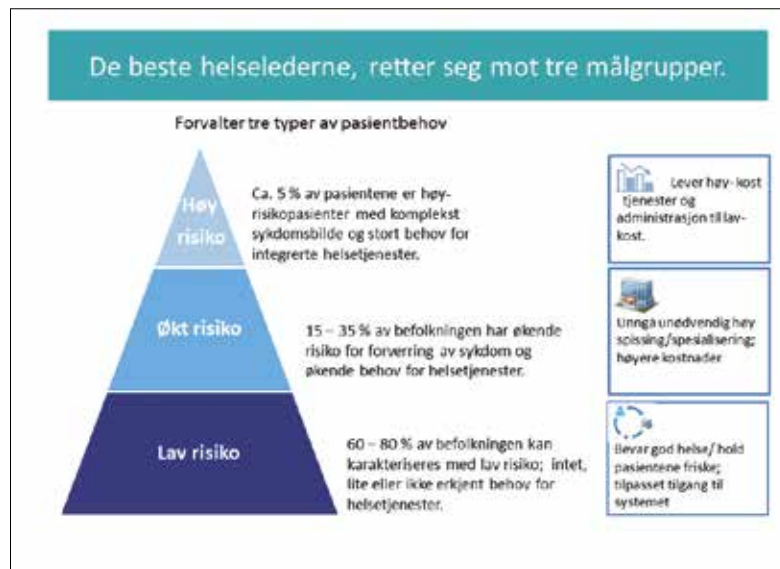
Kravet om standardisering utfordres av et behov for å gi mer individuelt tilpassede tjenester når situasjonen krever det. Sykehusene må evne å levere både effektive, standardiserte og strukturerte tjenester, samtidig som det må være faglig kompetanse, vurderingsevne og tid til å yte individuelt tilpassede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

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

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

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

Ovennevnte tredeling kan illustreres ved hjelp av følgende figur:



Figur 3.2. Pasienter med ulik grad av risiko.

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

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

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

3.2 Sentrale premisser for valg av utviklingsretning for SiV

3.2.1 SiV må levere på alle områdene i spesialisthelsetjenesteoppgavet

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

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

3.2.2 Fortsatt sterkt trykk på omstilling, forbedring og effektivisering

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

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

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



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

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

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

3.2.5 Rask og forsterket teknologisk utvikling

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Tre hovedperspektiver for den framtidige utviklingen av SiV

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

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

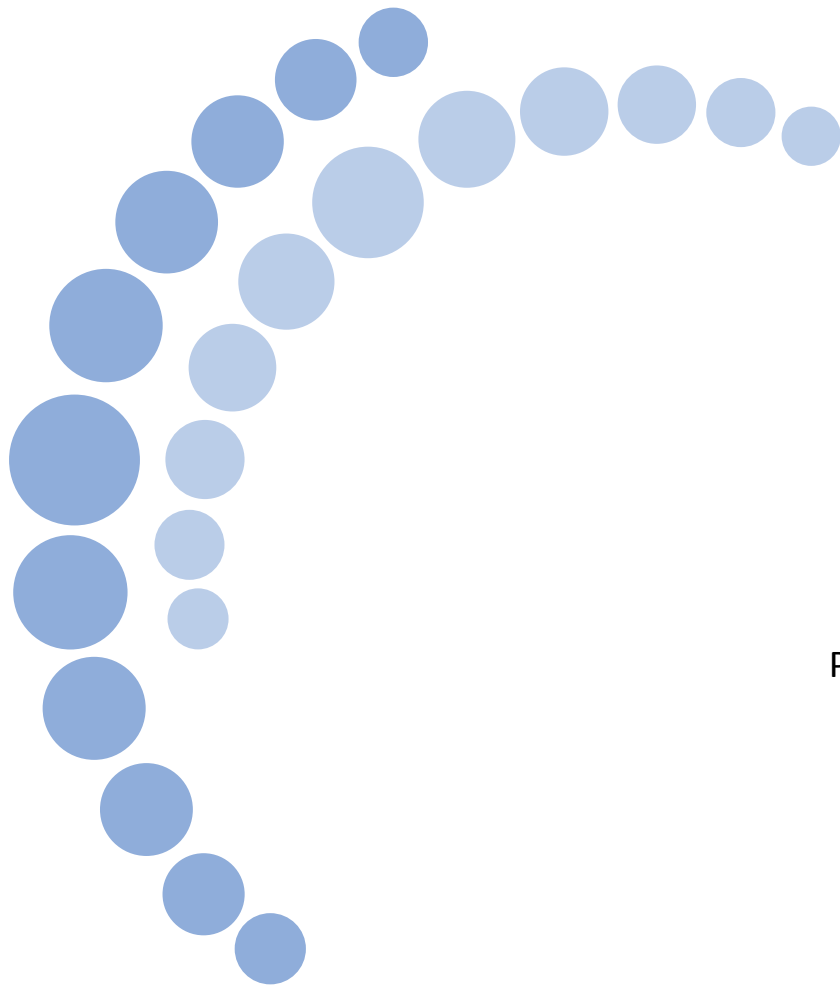
2. Hovedperspektivet dreier seg om å utvikle SiV innenfor rammene av en helhetlig spesialisthelsetjeneste. Her er det snakk om tre ulike problemstillinger:

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

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







Perspektiv 1: Intern utvikling og konsolidering av SIV



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

Målbilde 1

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

Kjennetegn:

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

Målbilde 2

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

Kjennetegn:

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

Målbilde 3

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

Kjennetegn:

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

Målbilde 4

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

Kjennetegn:

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

Målbilde 5

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

Kjennetegn:

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

Målbilde 6

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

Kjennetegn:

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

Målbilde 7

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

Kjennetegn:

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

Målbilde 8

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

Kjennetegn:

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

4.1 Faglig utvikling innenfor rammene av perspektiv 1

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

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

4.1.1 Generelt og overordnet

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

4.1.2 Desentralisering av funksjoner

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

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

4.1.3 Nærmere om akuttkjeden

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

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

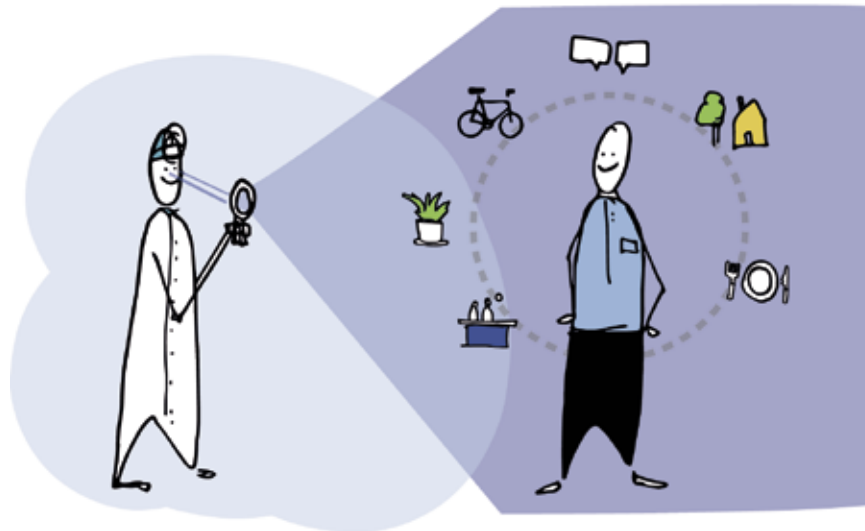
Arbeidet langs disse tre dimensjonene er vesentlig for å styrke SiV som allsidig akutt sykehus. Rammebetingelsene for dette vil bli forbedret med innflytting i nytt sykehusbygg i 2021. Da vil SiV få et både større og mer «strømleformet» akuttmottak.

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

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

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

Se hele mennesket



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

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

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

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

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

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

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

4.1.7 Nærmere om medisinsk diagnostikk

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

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

Eksempler på denne utviklingen er:

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

Satsingen bidrar til å styrke SiV som en attraktiv samarbeidspartner både nasjonalt og internasjonalt innen arbeidet med antibiotikaresistens, styrket smittevern og diagnostikk av kreftmarkører. Digital patologi vil revolusjonere mulighetene for samhandling med andre aktører og bedrer forutsetningene for å samarbeide i nettverk.

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

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

Mønsterkjennelse kan også bli løsningen for bildetolkning. Da kan man frigjøre radiologkapasitet til andre modaliteter som ultra-lyd, angio/intervensjon, for utredning og behandling.

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

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

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

Pasienter med uspesifikke helseplager

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

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

Akutt og subakutt rehabilitering

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

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

SiV bør ha en klar strategi overfor pasienter med psykiske lidelser og/eller rusrelaterte lidelser. Problemstillingen er hvilke pasientgrupper som vil ha behov for fysisk frammøte ved SiV - enten frammøtet dreier seg om døgn-, dag-, eller poliklinisk behandling - men også hvilke tilbud SiV bør utvikle til disse pasientgruppene.

Psykisk helsevern for voksne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

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

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

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

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

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

Psykisk helsevern for barn og unge

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

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

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

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

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

Dette er faktorer som kan påvirke den framtidige sykdomsutviklingen:

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

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

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

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

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

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

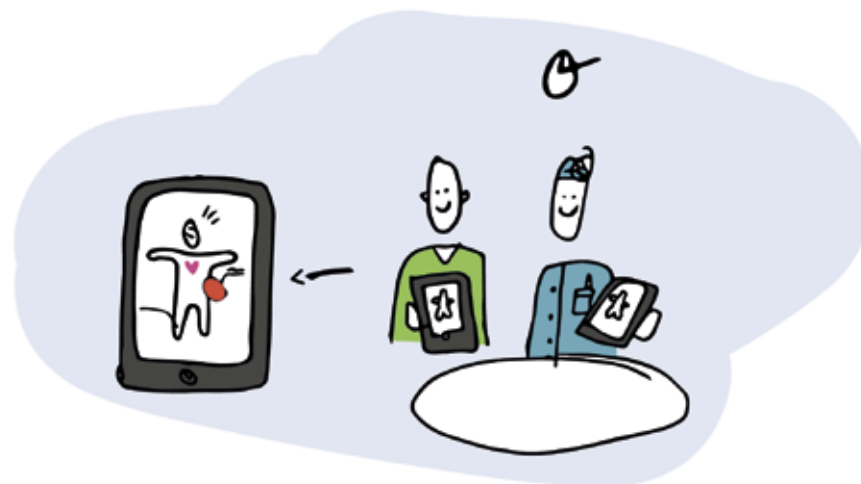
Etablering av lukket legemiddelsøyfe knyttet opp mot elektronisk kurve blir også et element i dette. Bruk av kliniske farmasøyter er etablert og bør evalueres fortløpende med tanke på økt bruk.

4.2 Fortsatt fokus på effektivisering og god kapasitetsutnyttning

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

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

Aktiv i egen behandling



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

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

4.3 Forbedring og effektivisering av arbeidsformer og arbeidsprosesser

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

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

tiden framover:

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

4.4 Overføring mellom omsorgsnivåene internt ved sykehuset

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

- Døgnopphold
- Dagopphold
- Polikliniske opphold

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

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

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

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

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

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

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

4.6 Større organisatoriske grep for mer effektiv pasientbehandling

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

4.6.1 Overføring av funksjonene i Larvik sykehus til sykehuset i Tønsberg

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

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

4.7 Sykehus i nettverk

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

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

4.8 Teknologisk utvikling

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

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

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

4.9 Brukerinnflytelse/medvirkning fra pasienter og organisasjoner

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

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

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

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

4.10 Kvalitet og pasientsikkerhet

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

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

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

4.11 Beredskap

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

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

4.12 Kompetanseutvikling og rekruttering

Tilgang på medarbeidere med riktig kompetanse er en forutsetning for at SiV nå og i framtiden skal kunne tilby pasienter kvalitativt god og riktig behandling på en effektiv måte. Prognoser viser at tilgangen på helsepersonell vil endres de kommende årene, og at «kampen om arbeidstagerne» vil bli en realitet innen noen profesjonsgrupper.

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

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

4.13 Forskning og innovasjon

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

4.13.1 Forskning

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

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

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

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

4.13.2 Innovasjon

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

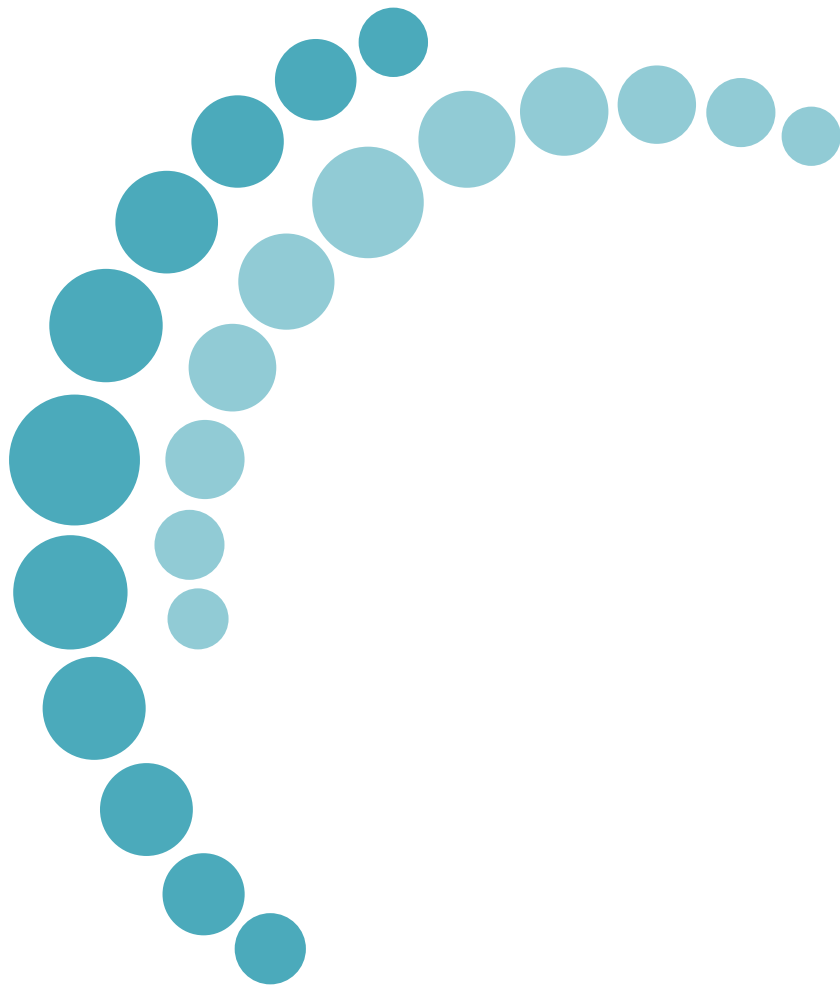
Høringsrunden viser at kommunene i Vestfold ønsker et nærmere samarbeid med SiV om forskning og innovasjon. Dette vil bli fulgt opp i det videre arbeidet.

4.14 Oppsummering

SiV vil innenfor rammene av perspektiv 1:

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





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



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

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

5.1 Målbilder for perspektiv 2

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

Målbilde 9

SiV samarbeider forpliktende med andre helseforetak og viktige regionale fagmiljøer

Kjennetegn:

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

Målbilde 10

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

Kjennetegn:

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

5.2 Forholdet til andre allsidige akuttstusykehus

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

- Det vil kunne bli en mer målrettet diskusjon om oppgaver/funksjoner/spesialiteter som det over tid vil kunne være vanskelig å opprettholde på alle de tre helseforetakene. Spørsmålet blir da hvilke prinsipper og prosesser som bør etableres for å sikre en utvikling som styrker alle helseforetakene, og gir et best mulig behandlingstilbud til pasientene. Noe av utviklingen på dette området vil antakelig skje gjennom en innbyrdes dialog mellom helseforetakene; andre deler vil kunne initieres av HSØ. Det er viktig at det er gode, transparente og forutsigbare prosesser rundt denne typen oppgave- og funksjonsfordeling, og at SiV har en strategi på foretaksnivå som gir en felles retning for hvordan sykehuset skal «posisjonere» seg i slike prosesser.
- Gode og helhetlige pasientforløp der hvor deler av et forløp foregår på det ene helseforetaket og andre deler på et annet helseforetak vil komme. Da er det viktig å enes om protokoller som gjør at forløpet gjennomføres etter «beste praksis».
- Det ligger trolig et potensiale innen utdanningsløp om tettere samarbeid om LIS – utdanningen.
- Et fjerde område kan være samarbeid om vaktordninger, enten hele eller deler av året (for eksempel i forbindelse med ferieavvikling).
- I tillegg til disse mer driftsmessige samarbeidsområdene, bør det også ligge et potensiale i å samarbeide om:
 - Forskning og innovasjon
 - Kvalitet og pasientsikkerhet
 - Pasientforløp – også utover de pasientforløpene hvor det er konkret samarbeid/arbeidsdeling mellom foretakene
 - Analyser for å sammenlikne ulike områder

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

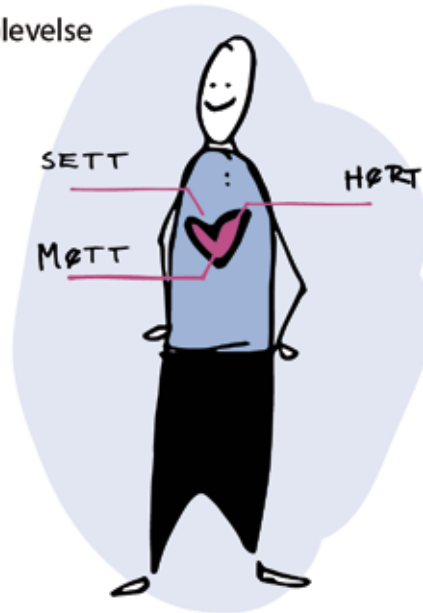
Poenget med punktene ovenfor er at sykehuset utvikler en strategi og en handlingsberedskap for å møte de muligheter og utfordringer som ligger i samspillet.

5.3 Forholdet til universitetssykehusene

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

- Det er grunn til å være årvåken om hvordan oppgave- og funksjonsfordelingen vil utvikle seg mellom SiV/de allsidige akutt sykehusene og universitetssykehusene:
 - Vil flere oppgaver bli sentralisert; enten helt eller delvis?
 - Vil det skje en utvikling hvor den første delen av behandlingen vil skje på universitetssykehusene, men hvor pasientene vil bli overført raskere til de lokale sykehusene for oppfølging?
 - Vil det skje en utvikling hvor mer krevende oppgaver kan håndteres av de lokale sykehusene – mot at det etableres faste ordninger der legene på universitetssykehusene kan konsulteres i krevende beslutningssituasjoner?
- Det bør være et potensiale for å styrke samarbeidet om forskning og innovasjon mellom SiV og universitetssykehusene; ikke minst om multisenterstudier.

Pasientopplevelse



- En viktig forutsetning for kontinuerlig utvikling og forbedring er at sykehuset raskere evner å ta i bruk ny kunnskap. Spørsmålet er om universitetssykehusene kan ha en sterkere, og kanskje også mer formalisert, rolle med tanke på å sikre at hele helseregionen raskere tar i bruk kunnskap når den er dokumentert?
- Utdanningsløpet for LIS-leger foregår i dag dels på SiV/de allsidige akutt sykehusene og dels på universitetssykehusene. Etter hvert som kompetansemålene i utdanningene blir tydeligere, mer presise og operasjonelle, vil det også øke muligheten for at større deler av utdanningsløpet kan skje på de allsidige akutt sykehusene.

5.4 Forholdet til private aktører

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

private leverandører/følgende typer avtaler:

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

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

5.5 Problemstillinger knyttet til forholdet mellom SiV og de private

Hvilke problemstillinger/utfordringer kan private leverandører av spesialisthelsetjenester stille SiV overfor i årene framover? Det er viktig å presisere at hovedutfordringen ikke primært er av økonomisk art. Det rammetrekket/de fakturaene som SiV får for behandling av/tjenester til vestfoldpasienter hos de private leverandørene, er av om lag samme størrelsesorden som det ville kostet SiV å produsere tjenestene selv.

Hovedutfordringene ligger på følgende områder:

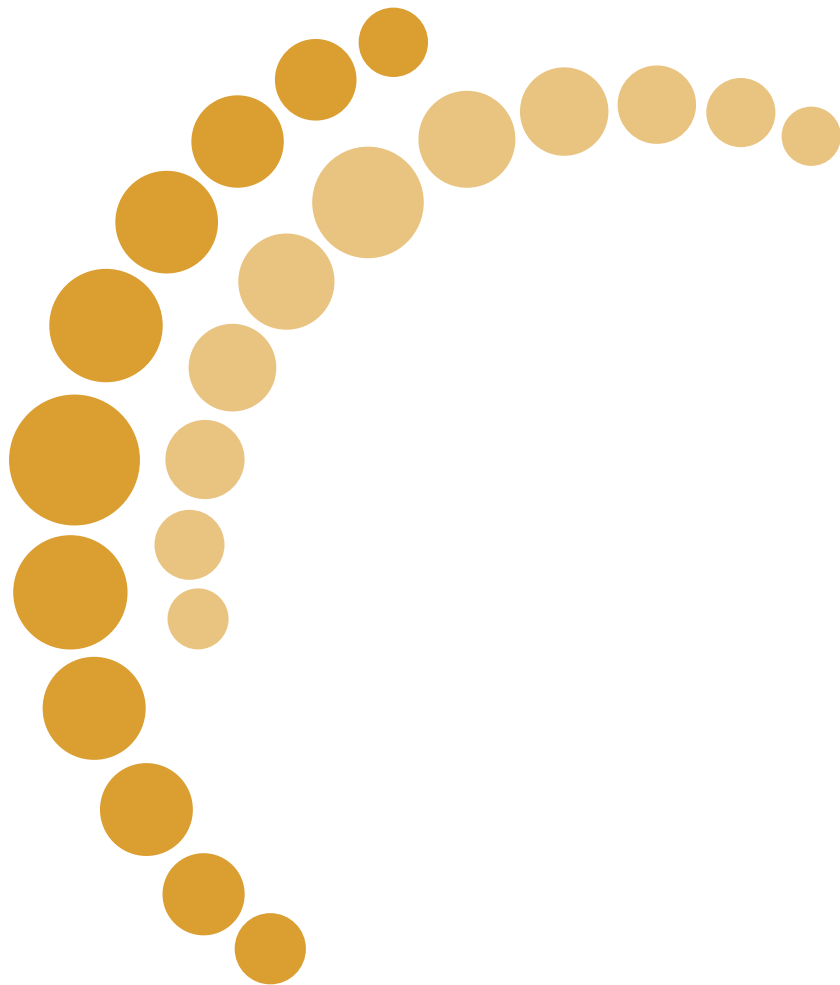
- Få til gode og helhetlige pasientforløp. Privatpraktiserende spesialister – også fastleger – avgjør selv (sammen med pasientene) hvor pasientene skal henvises. Det kan gi brudd i pasientforløpene hvis deler av forløpet blir gjennomført hos én leverandør og resten på SiV. Denne utfordringen vil med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

5.6 Oppsummering

Gjennom arbeidet med perspektiv 2 ønsker SiV å:

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





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



6.1 Innledning

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

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

Målbilder for perspektiv 3

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

Målbilde 11

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

Kjennetegn:

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

Målbilde 12

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

Kjennetegn:

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

Målbilde 13

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

Kjennetegn:

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

Målbilde 14

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

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

Kjennetegn:

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

6.2 Understøtte folkehelsearbeidet/det primærforebyggende arbeidet

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

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

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

6.3 Være mer proaktive i det sekundærforebyggende arbeidet

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

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

6.4 Bidra til å styrke pasientenes evne til egenmestring

Det er god empiri for å hevde at det ligger mye potensial for bedre helse og raskere rehabilitering gjennom å mobilisere de ressursene som ligger i pasienten selv, i familien og i nettverket rundt pasienten. Sykehuset har et forbedringspotensial innen det å mobilisere pasientenes egne ressurser og fokusere sterkere på funksjons- og mestringsevne og mindre ensidig på sykdom og diagnose. Det er

mange tiltak SiV kan gjennomføre for å støtte opp under arbeidet med egenmestring:

- SiV kan bli flinkere til å ta i bruk den kompetansen sykehuset har på LMS og i rehabiliteringsmiljøene på SiV – også i andre deler av sykehuset.
- SiV kan bli flinkere til å ta i bruk det verktøyet som heter samvalg. Kravene om samvalg understreker at ingen beslutning om pasienten skal tas uten etter samtale med pasienten selv.
- En mer individuelt tilpasset oppfølging av pasienter – med mulighet for å konsultere sykehuset via digitale verktøy – vil også kunne være effektive tiltak i arbeidet med å øke graden av egenmestring. Det samme vil en viss bruk av «egenkontroller» kunne være.
- For å øke graden av egenmestring er det viktig å ha god dialog med pasienter om hva som er plager en må leve med, og hva det er mulig/hensiktsmessig å behandle.
- Høringsuttalelsen fra NAV Vestfold til utviklingsplanen viser hvor viktig samarbeidet mellom arbeid og helse er for å styrke pasientenes egenmestringsevne, og dermed bidra til å øke sannsynligheten for å komme i arbeid. Ikke minst gjelder dette pasienter med kroniske og sammensatte plager.



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

6.5 Øke innsatsen på arenaer utenfor sykehuset

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.7 Kompetanseutveksling mellom SiV og primærhelsetjenesten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.10 Utvikle pasientforløp i et hjem-til-hjem perspektiv

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

6.11 Styrke den felles innsatsen om forskning og innovasjon

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

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

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

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

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

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

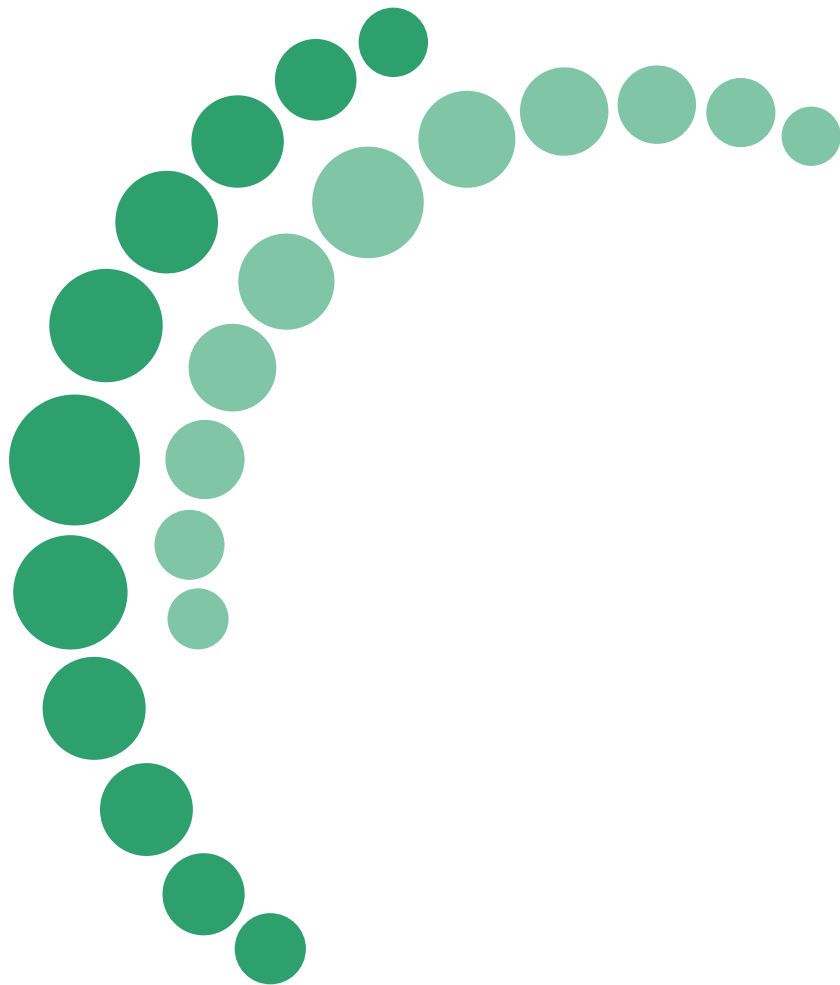
6.13 Oppsummering

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

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







Innsatsområder i planen



7.1 Kriterier for valg av innsatsområder

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

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

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

7.2 Innsatsområde 1: Rehabilitering

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

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

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

7.2.1 Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt

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

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

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

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

7.2.2 Døgnbasert spesialisert rehabilitering i akutt og subakutt fase

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

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

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

7.2.3 Ambulant virksomhet

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

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

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

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

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

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

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

7.3 Innsatsområde 2: Habilitering

Det er i alt fire regionale føringer innen habiliteringsområdet:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.3.4 Pasientforløp for utredning og behandling av moderat og alvorlig grad av atferdsvansker ved utviklingshemming

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

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

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

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

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

7.4 Innsatsområde 3: Psykisk helsevern, inkludert samarbeidet med somatikken

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

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

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

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

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



Se det friske i folk

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

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

- Sykdom/diagnose
- Behandlingstilbud/helsehjelp
- Pasient- og pårørendeopplæring
- Pasient- og brukerrettigheter
- Klagemulighet

2. Erfaringskonsulent/rådgiver for brukererfaring. Disse skal målbære brukernes stemme, bidra til brukermidvirkning i drift, klinisk arbeid, kvalitetsarbeid og kompetanseheving og kunnskapsutvikling i et brukerperspektiv. I tillegg skal de tilføre klinikken erfaringsbasert brukerkunnskap, styrke brukerperspektivet og bidra til at erfaringskompetansen

benyttes aktivt i virksomheten. Videre skal erfaringskonsulenten styrke og koordinere samarbeidet med brukerorganisasjoner og kompetansesentra innen erfaringskunnskap.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.4.2 Hvordan skal standardiserte pasientforløp implementeres?

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

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

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

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

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

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

Gevinster

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

7.5 Innsatsområde 4: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

De regionale premissene til SiVs utviklingsplan inneholder klare føringer for problemstillinger innenfor TSB:

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

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

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

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

Basistjenester er fra regionalt helseforetak definert til å være:

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

Akuttbehandling

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

Avrusning

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



Polikliniske og ambulante tjenester

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

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

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

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

Videre planer

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

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

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

Fagutvikling

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

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

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

7.5.2 Samarbeidsstrukturer

Samhandlingsutvalget

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

Forum for rus og psykisk helse

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

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

Forum for politi, psykiatri og kommuner

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

Bistandsteam

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

7.5.3 Kommunenes ønsker om samarbeid

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

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

ambulant team og psykiatrisk akuttmottak.

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

Aktivitet, jobb, bolig og ernæring som del av behandlingen



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

7.6 Innsatsområde 5: Multisyke pasienter

7.6.1 Hvordan skal pasientgruppen multisyke defineres/ beskrives?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.7 Innsatsområde 6: KOLS-pasienter

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

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

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

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

7.7.3 Hvordan gi KOLS pasientene et bedre tilbud?

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

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

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

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

7.7.4 Strategi for implementering

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

Et tett samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten må stå sentralt i utviklingen av pasientforløpet. Implementeringsstrategien vil utvikles i samarbeid med kommuner, fastleger og brukerorganisasjoner.

7.8 Innsatsområde 7: Akuttmedisinsk kjede og prehospitale tjenester

7.8.1 Bakgrunn

SiV besluttet i 2015 at utvikling og forbedring av den akuttmedisinske kjeden skulle være et strategisk satsingsområde de neste årene for å forbedre pasientsikkerhet og kvalitet.

Første skritt i dette arbeidet var en gjennomgang av akuttmottaket, med blant annet ny organisasjons- og ledelsesmodell og med styrking av den medisinskfaglige kompetansen i front. En gjennomgang synliggjorde at kjeden består av tre hovedfaser:

- Den prehospital delen
- Arbeidet i selve akuttmottaket
- Overføring av pasienter fra akuttmottaket til sengepostene eller ut av sykehuset

Arbeidet med å forbedre de to siste punktene/hovedfasene dreier seg i stor grad om interne forhold ved SiV, selv om det siste punktet også har relasjoner mot primærhelsetjenesten. Det pågår derfor et kontinuerlig arbeid med å forbedre de interne arbeidsprosessene og den interne pasientflyten i akuttmottaket og samarbeidet mellom akuttmottaket og sengepostene på SiV.

7.8.2 Samarbeid mellom SiV og kommunene

Akuttmedisinforskriften (2015), Faglige og organisatoriske krav til somatiske akuttmottak (2014) og forventninger om videre utvikling av samarbeidet mellom kommunene og SiV, har medført at et prosjekt som har fått navnet «Samhandling om den akuttmedisinske kjeden i Vestfold». Aktørene i den akuttmedisinske kjeden er kommunale helsetjenester, fastlegene, kommunale legevakter, ØHD enhetene, ambulansetjenesten, medisinsk nødmeldetjeneste (LVS, AMK) og helseforetakene.

Mål

Målet med prosjektet er å utvikle en sammenhengende akuttmedisinsk kjede, som oppfyller myndighetenes krav og partenes egne forventninger til tjenestene, og som gir pasientene trygge og kvalitativt gode akuttmedisinske tjenester.

Hovedelementer i prosjektet

Prosjektet består av fire faser:

1. Beskrivelse av nåsituasjonen i Vestfold (aktørene)
2. Beskrivelse av myndighetenes og partenes egne krav til den framtidige akuttmedisinske kjeden
3. Vurdering av nåsituasjonen opp mot kravene
4. Forslag til mål for den framtidige akuttmedisinske kjeden og tiltak for å nå målene

Metode

De første fasene av arbeidet er langt på vei avsluttet. Prosjektledelsen systematiserer de krav myndighetene setter til den akuttmedisinske kjeden, og skal deretter – sammen med aktørene - definere de krav parter og aktører sammen stiller til den akuttmedisinske kjeden og de ulike aktørene i denne kjeden.

Kommunikasjon

Prosjektet vil kommunisere det overordnede arbeidet til medarbeidere i kommuner og SiV, og gi relevant folkeopplysning til befolkningen i Vestfold. Ansattorganisasjoner og brukerutvalg/-råd vil bli orientert underveis i prosjektet. Medvirkning fra brukere vil bli sikret i utformingen av forslag til tiltak og ved kvalitative intervjuer.

7.9 Organisasjon, ledelse og teknologi

7.9.1 Linjeledelse som styringsprinsipp

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

Utfordringene SiV står overfor stiller store krav til sykehusets evne til:

- Faglig og organisatorisk utvikling og endring, styring og ledelse
- Å utnytte og styre de mulighetene som digitalisering gir
- Å mobilisere brukerne av helsetjenestene både på individ- og systemnivå
- Å utvikle pasientrollen og brukerinnflytelse og –makt
- Å mobilisere de kliniske medarbeiderne i utviklings- og endringsprosesser
- Å samhandle med kommunene og øvrig primærhelsetjeneste
- Å øke effektiviteten og produktiviteten for å skape «pasientenes helsetjeneste», uten forventning om økte ressurser i takt med økning i etterspørselen

Organisering og ledelse er virkemidler for å oppnå resultater. Organisering og ledelse er instrumentelt og må utvikles kontinuerlig i den aktuelle konteksten.

7.9.2 Styring og ledelse av tverrgående prosesser

Helseforetak er store driftsorganisasjoner med mange kjennetegn som høykompetanseorganisasjoner. Organiseringen av driften må ivaretas ved tydelig ansvarliggjøring, myndiggjøring og «ledelse helt ut» for å sikre best mulige løsninger og best mulig mobilisering av pasienter, brukere og medarbeidere. Det innebærer at driften uansett må organiseres tilsvarende klinikker, avdelinger og seksjoner.

Tradisjonell linjeorganisering er likevel ofte lite egnet for større utviklings- og omstillingsarbeid, særlig ikke hvis det er behov for løsninger på tvers av bestående organisering. Ulike former for prosjekt- og matriseorganisering blir da nødvendig.

Det pågår forsøk med alternative måter å organisere sykehus på: Organisering med grunnlag i pasientforløp, organisering uten basis i spesialitetene, samt nettverksorganisering og outsourcing. SiV vil følge med på og lære av disse.

De store utfordringene i sykehusene er knyttet til flyt/logistikk/forløp. Det vil bli sentralt å utvikle organisasjonen, lederne og medarbeiderne slik at pasientenes behov og ekspertise, og medarbeidernes ekspertise og kompetanse, øker kvaliteten på behandlingen, minsker leveransetider, øker effektiviteten og bedrer arbeidsmiljøet.

For pasientene vil nye måter å organisere tjenestene på innebære reduserte ventetider. Dette vil føre til effektivisering. Univer-sitetssykehuset i Lund kan f.eks. vise til 100 prosent økt kapasitet på

ADHD-utredning som gjøres på tre uker i stedet for fire måneder. Tilsvarende er det forbedringer i akuttmottak, bl.a. i Sverige, som gir stor overføringsverdi til hvordan SiV skal drive akuttmottak enda bedre når Tønsbergprosjektet er ferdig. Lang ventetid i akutt-mottaket og videre flyt mot sengeposter o.a. er gjennomgående utfordringer over hele Europa. Når det gjelder teamarbeid og høy kompetanse i akuttmottaket, er SiV kommet et stykke på vei, men nye lokaler gir muligheter til forbedring. Dette vil stå høyt på agendaen.

Tydelig mål og visjon



7.9.3 Nye yrkesgrupper og nye aktører

Flere av utviklingstrekkene utfordrer det organiserte arbeidslivet, og dermed rammebetingelsene for ledelse i den norske modellen. Den teknologiske utviklingen med digitalisering av stadig flere funksjoner og tjenester vil bidra til at en del yrkesgrupper med høy organisasjonsgrad etter hvert vil falle bort. Nye yrkesgrupper med andre preferanser knyttet til regulering og lønnsdannelse vil komme til.

Hvis slike utviklingstrekk blir forsøkt håndtert ved å laste inn stadig flere krav og reguleringer i det organiserte arbeidslivet, får dette betydning for

konkurranssevne, styringsautoritet og utøvelse av ledelse i disse virksomhetene. SiV må formidle til eier og arbeidsgiverorganisasjonen hvilke konsekvenser de samlede virkningene av reguleringene gir for den enkelte linjeleder.

Medvirkningsbestemmelsene er etablert for å bedre ledernes beslutninger. De ansatte skal bidra med sin kompetanse, slik at lederne får et bredest mulig grunnlag for å treffe beslutninger.

Medvirkning er ikke etablert for å gi de ansatte flere demokratiske rettigheter enn de har som borgere. Lederne må forstå lederrollen, herunder styringsretten og –plikten, og sammen med tillitsvalgte og fagforeninger må grunnlaget og grensene for medvirkning i virksomhetene bli gjensidig forstått og praktisert.

7.9.4 Ledelsesutvikling

Ledelse er sentralt i enhver organisasjon. Ledelsesutvikling vil de kommende årene tydeliggjøre sykehusets ledelsesfilosofi og ledelsestenking. I løpet av første halvår 2018 vil et helhetlig program for alle ledere bli utviklet og iverksatt. Ambisjonen er at innen 2021 skal 200 ledere ha vært gjennom et program bestående av bl.a. rolleforståelse og -utvikling, helhetlig styring og ledelse, ledelse og organisering i digitaliseringens mulighetsperspektiv, kunnskaps-erhvervelse om ledelse av prosesser, lov- og avtaleverk, styringsretten og styringsplikten, samhandling internt og eksternt, involvering og mobilisering av brukere og medarbeidere m.m.

7.9.5 Teknologi og teknologiutvikling

Verdiskapning skjer når våre medarbeidere bruker teknologi og teknologikompetanse på nye og smartere måter til beste for pasientene, og til å effektivisere arbeidsprosessene. Fokus for SiV vil være å ha inngående kunnskap om egen virksomhet og vurdere teknologisk utvikling opp mot godt definerte behov. Det betyr at man ved hjelp av strategisk ledelse skal definere og prioritere, men ikke i egenregi drive teknologiutviklingen. Derimot vil SiV søke partnerskap med eksterne aktører som er i front på teknologiutvikling, slik at man tidlig identifiserer nye muligheter for forbedring av helsetjenestene. Siden utviklingshastigheten innen teknologi og digitalisering går stadig raskere, vil det være umulig å forutse hvordan de beste teknologiske løsningene ser ut om 5-10 år. Langsiktige utviklingsplaner med spesifikke funksjonskrav vil derfor være krevende å ha som eneste tilnæringsmåte for å nå definerte mål. Tilsvarende vil omfattende og «tungdrevne» infrastrukturprosjekter i regional og nasjonal sammenheng kunne oppleves som bremsende på innovasjonstakt og effektivisering. Det vil derfor være viktig å

sikre et tilfang av lokale idéer og utprøvningsprosjekter som et supplement til langsiktig modernisering og teknologiutvikling. Målsettingen for SiV vil være å ta i bruk ny teknologi for å ivareta pasienten og vårt samfunnsoppdrag på best mulig måte. SiV vurderer forutsetningene for å nå denne målsettingen til å være:

- Inngående kunnskap om virksomhetens behov.
- Høy kompetanse på å vurdere og forstå nytteverdien ved teknologi.
- Evne til å skape samarbeidsarenaer og partnerskap med aktører som er i front av teknologiutviklingen.
- Høy kompetanse på å vurdere gjennomførbarhet og forutsetninger for å ta i bruk nye verktøy.

Utviklingsplan
2018 - 2035

 SYKEHUSET I VESTFOLD

