

Utviklingsplan for Sykehuset Østfold 2022 - 2037

Versjon 1.0

Høringsutkast

Innhold

| | |
|--|----|
| Sammendrag | 3 |
| 1. Bakgrunn og historikk | 5 |
| 1.1 Historikk for helseforetaket..... | 5 |
| 1.2 Gjennomføring av prosjektet | 5 |
| 2. Nåsituasjon | 6 |
| 2.1 Hvor langt har SØ kommet i gjennomføring av siste utviklingsplan?..... | 6 |
| 2.2 Organisering av aktiviteten i SØ | 7 |
| 2.3 Virksomhetsprofil | 9 |
| 2.4 Samarbeid..... | 11 |
| 2.5 Klima- og miljømål | 12 |
| 2.6 Fag- og forskningsprofil | 12 |
| 2.7 Særlige utfordringer | 13 |
| 3. Overordnede strategier og føringer | 16 |
| 4. Utviklingstrekk og framskrivning | 16 |
| 4.1 Befolkningsutvikling..... | 16 |
| 4.2 Sykdomsutvikling..... | 17 |
| 4.3 Endringsfaktorer..... | 19 |
| 4.4 Fremtidig aktivitet og kapasitetsberegning..... | 20 |
| 5. Analyse og veivalg..... | 22 |
| 5.1 Analyse | 22 |
| 5.2 Tiltak innen innsatsområdene | 22 |
| 5.3 Ønsket utviklingsretning..... | 30 |

Sammendrag

Pasientens behov er førende for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. SØ ønsker at pasienten skal delta aktivt i egen utredning og behandling. Pasienter og pårørende skal oppleve forutsigbarhet, trygghet og kontinuitet i helsetjenestene. God kvalitet, der pasienten får rett utredning og behandling til rett tid, sparer ressurser og tid for helsepersonell, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten og hos fastlegene.

Vi vet at befolkningens behov og forventninger endrer seg i tiden som kommer, den medisinske og teknologiske utviklingen vil endre helsetjenestene radikalt. Nye metoder gjør at sykdommer som tidligere ikke lot seg behandle, nå kan behandles. Flere lever lenger med sine sykdommer og flere blir friske av sykdommer som tidligere var kroniske. Dette fører til behov for økt behandling og oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer, og flere eldre pasienter.

Oppgavedeling og samhandling med kommunehelsetjenesten blir enda viktigere fremover. SØ vil fokusere på nye grep og løsninger med spesielt fokus på teknologi, forskning, innovasjon og samhandling. SØ satses videre på helsefelleskapet for godt samarbeid og ressursutnyttelse for å sikre en bærekraftig helsetjeneste.

Ledelse er en av de viktigste forutsetningene for å nå SØs mål. Lederskapet skal bygge en organisasjon med evne til hele tiden å utvikle nye og innovative løsninger for de utfordringene sykehuset står ovenfor. Kompetente og motiverte medarbeidere med nødvendige rammebetingelser er nøkkelen til suksess.

Bemanning er en av de største framtidige utfordringene i helsetjenesten. Vi kan ikke møte behovsveksten med tilsvarende økning i bemanning, det er ikke bærekraftig. Samfunnet trenger også personell til andre viktige samfunnsområder, andre virkemidler må derfor tas i bruk. Framskrivninger viser at behovet er størst for yrkesgruppene sykepleiere og helsefagarbeidere, men SØ har også rekrutteringsutfordringer for andre personellgrupper.

Tiltak for å øke kapasitet på døgnet og poliklinikk somatikk på kort sikt er vedtatt og under gjennomføring. SØ har nå fått klarsignal fra HSØ om å starte arbeidet med prosjektinnramming for *Stråle- og somatikkbygg Kalnes* for å utrede fremtidig kapasitet innenfor strålebehandling og somatiske døgnplasser. Prosjektinnramming er første steg i tidligfaseplanlegging av sykehusbygg og styret for HSØ må godkjenne oppstart. Konsekvenser av valg/tiltak og effekten av endringene vil utredes i prosjektinnrammingen og videre underveis i konseptfasen. I prosjektinnrammingen skal det utredes behov og beskrives minst 3 alternativer med definerte funksjoner, aktiviteter, utstyr og kapasitet.

I de siste årene har det vært stor oppmerksomhet om døgnplasser i psykisk helsevern. Det er ikke behov for en økning av antall døgnplasser for voksne, men døgnplasser for barn og unge må økes noe i årene fremover. Framskrivningen viser at det er behov for økt døgncapasitet til de alvorligst syke. Dette kan løses gjennom å forskyve behandling fra døgnet til poliklinikk for de pasientene som best kan hjelpes på et lavere omsorgsnivå. Framskrivningen viser også at vi har behov for å styrke poliklinisk behandling for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, ruslidelser, spiseforstyrrelser og posttraumatiske stresslidelser, samt barn/unge og eldre.

SØ er et høyteknologisk sykehus og kompetanse og utstyr må vedlikeholdes for å møte fremtidig utvikling. En rekke verktøy vil forbedre helsetjenestene gjennom digitalisering og automatisering. Eksempler på viktige teknologier vil være AI (kunstig intelligens), avansert analyse, IoT (Internet of Things¹) i helse, presisjonsmedisin, automatisert dokumentasjon og nye digitale løsninger i sykehusets relasjon med pasient.

Diagnostikken i laboriemedisin dreier mot persontilpasset medisin med bruk av AI (kunstig intelligens) og annen nyutviklet og tverrfaglig laboriediagnostikk. Dette vil kreve utskifting og endringer av nåværende instrumentpark og rekruttering av ny kompetanse/andre profesjoner enn det man har i dag.

Bilddiagnostikk vil få nye arbeidsprosesser og modaliteter. Det forventes kraftig vekst av MR-undersøkelser og bruk av CT, særlig innenfor kreftsykdommer. Dette skyldes økt krav til presisjonsdiagnostikk og persontilpasset medisin. IKT-baserte verktøy for radiologisk granskning vil være nødvendig for å møte den ventede veksten. Det forventes økt bruk av standardisering og utvikling i retning av strukturerte svarrapporter, bl.a. AI-basert beslutningsstøtte for bildegranskning.

UTKAST

1. Bakgrunn og historikk

1.1 Historikk for helseforetaket

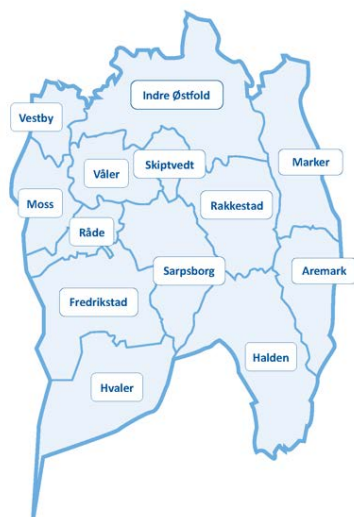
SØ ble etablert som ett helseforetak i 2003. Somatikk har utviklet seg fra fem lokalsykehus til en to-struktur modell det vil si Moss og Kalnes, mens psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har gått fra å ha sentraliserte institusjoner med fylkesdekkende funksjoner til også å vektlegge distriktbaserte tjenestetilbud spredt rundt i fylket.

Nytt sykehus på Kalnes ble tatt i bruk i 2015. Fra 2015 er all akuttvirksomhet samlet på Kalnes. Moss er et av landets største senter for dagkirurgi, planlagt operasjonsvirksomhet og poliklinikk. I tillegg er DPS, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk desentralisert.

Radiologiske og laboratoriemedisinske tjenester har desentraliserte tilbud i opptaksområdets regioner.

Ambulansetjenesten er etablert i alle opptaksområdets fem regioner.

Kartet under viser opptaksområdet for sykehuset.



1.2 Gjennomføring av prosjektet

Mandat og organisering

Utviklingsplan for SØ er utarbeidet etter oppdrag fra HSØ. Utviklingsplanen er basert på regionale føringer og felles mal.

Utarbeidelsen av utviklingsplanen er organisert som et prosjekt med administrerende direktør som prosjekteier. Representanter fra brukerne, tillitsvalgte, vernetjenesten og kommunene har sammen med deler av sykehusledelsen utgjort styringsgruppen.

Interessenter

Det ble gjennomført interessentanalyse innen arbeidet startet. Det er etablert egen nettside hvor aktiviteter og relevante dokumenter er publisert.

Medvirkning og aktiviteter

Det er etablert fem delprosjekter som har arbeidet med de områdene som særskilt må vurderes i utviklingsplanen:

1. Pasienter som har behov for både spesialisthelsetjenester og kommunale helsetjenester

2. Avklare kapasitetsbehov og organisering av psykisk helsevern og rusbehandling
3. Gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus sammen med kommunene og gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene
4. Sette egne mål for å flytte spesialisthelsetjenester i pasientens hjem ved hjelp av teknologi
5. Kompetanseplan – spesielt prioritere sykepleiere og helsefagarbeidere

I tillegg har SØ etablert et eget delprosjekt for eiendom.

Tillitsvalgte, vernetjenesten, brukere, kommunene, utdanningsinstitusjoner og andre interessenter er tatt inn i arbeidet med delplanene. Det fremgår i de vedlagte sluttrapportene hvem som har vært involvert.

Utviklingsplanen var tema i ledersamling hvor ca. 250 ledere fra alle ledernivå i SØ arbeidet i grupper som har gitt innspill om samhandling, kompetanse og kvalitet.

Det er gjennomført flere møter med HSØ for å avklare framskrivninger og kapasitet.

2. Nåsituasjon

2.1 Hvor langt har SØ kommet i gjennomføring av siste utviklingsplan?

| Ambisjoner utviklingsplan SØ 2018 | Hvor langt har vi kommet? |
|---|--|
| Øke pasientenes medvirkning og mestringsevne (patient empowerment). Dette innebærer å hjelpe folk til å ta kontroll over eget liv og øke deres muligheter og evne til å handle på områder som er viktige for dem. Moderne teknologi er et viktig verktøy for å sette pasientene i bedre stand til å ta egne valg, kommunisere med helsetjenesten og foreta enkle målinger som kan forhindre unødvendige oppmøter på sykehus. | Pasientens medvirkning er styrket gjennom samvalg ¹ og deltagelse i utarbeidelse av ulike pasientforløp. Flere prosjekter innen digital hjemmeoppfølging er gjennomført. Noen løsninger er tatt i bruk, andre er fremdeles i prosjekt. Det er utviklet intranettsider om pasient- og pårørendeopplæring med undervisningsressurser og informasjon til helsepersonell, og internettsider for pasienter og pårørende. |
| Utvikle en fremtidsrettet og god struktur for en bedre pasient- og brukeropplæring. Brukere, kommunehelsetjenesten og andre samarbeidspartnere vil inviteres med i dette arbeidet. | Godt arbeid i Rådet for pasient- og pårørendeopplæring, deltagelse i nettverk friskliv, læring og mestring hvor det er tilrettelagt for godt samarbeid med kommunene og kurs i helsepedagogikk med flere deltagere fra kommunene. |
| Utrede etablering av et kreftsentrum med stråleterapi. Gjennom gradvis utvikling og styrking av behandlingstilbudet for pasienter med kreft, skal det etableres et kreftsentrum som samler tilbudet for voksne kreftpasienter. Helse Sør-Øst har vedtatt at det skal etableres strålebehandling i SØ mellom 2025 og 2030. Når dette er på plass, vil hele pasientforløpet være samlet under ett tak, og store pasientgrupper slipper hyppig og belastende transport til Oslo. | Kreftsentrum med strålebehandling er ikke utredet videre etter at utviklingsplanen ble vedtatt. SØ har ventet på avklaring fra HSØ om oppstart av prosjektinnramming. Stråle- og somatikbygg Kalnes vil bli utredet i forbindelse med gjennomføring av prosjektinnramming i SØ i 2022. |

¹ Samvalg er en prosess der du som helsepersonell sammen med pasient kommer frem til og tar beslutninger om undersøkelses- og behandlingsmetoder.

| Ambisjoner utviklingsplan SØ 2018 | Hvor langt har vi kommet? |
|---|--|
| Bygningsmassen i Moss vil nærme seg slutten av sin levetid. Det vil dermed være behov for å utrede nye alternativ for dagens virksomhet i Moss mot slutten av planperioden. | Det er iverksett et arbeid i SØ for å gjennomgå teknisk infrastruktur og levetid i Moss, for å komme frem til en total vedlikeholdsplan. |
| Det vil være faglig og økonomisk hensiktsmessig å gjennomgå oppgavefordelingen mellom områdesykehusene, der det ikke av helsemessige årsaker er nødvendig at «alle gjør alt». SØ vil ta initiativ til at dette utredes videre. | Oppgave- og funksjonsfordeling er diskutert i fagdirektørlinjen i HSØ og SØ har gitt innspill på foreslåtte funksjonsfordelinger i regionen. |
| SØs moderne, teknologiske infrastruktur gir et stort potensial for innovasjon. Dette skal utnyttes systematisk blant annet gjennom innovasjonsaktiviteter i samarbeid med næringsliv, aktører i helsetjenesten, innovasjons-, høyskole- og universitetsmiljøer. SØ har tre strategiske fokusområder: digitalisering/selvbetjening, bruk av kunstig intelligens og spillteknologi. | Det er to pågående innovasjonspartnerskapsprosjekter innen digital hjemmeoppfølging. Ved ev. kjøp av utprøvde løsninger vil SØ kunne ta i bruk nyutviklede digitale løsninger for oppfølging av pasienter i hjemmet. |
| Utføre pasientnær forskning av høy kvalitet, som kan hevde seg både nasjonalt og internasjonalt, og som bidrar til økt kvalitet på helsetjenesten. | Det er økende forskningsaktivitet i sykehuset og økning i antall pasienter som er med i kliniske studier. |

2.2 Organisering av aktiviteten i SØ

SØ er et områdesykehus for kommunene i opptaksområdet.

SØ skal sikre befolkningen et fullt ut dekkende spesialisttilbud med diagnostikk, behandling og rehabilitering i god samhandling med fastleger, kommunehelsetjenesten og andre helseforetak.

SØ yter spesialisttjenester innen:

- kirurgiske fagområder – ortopedi, bløtdelskirurgi (med gren- og subspecialiteter), gynekologi, fødselsomsorg, øye og øre-nese-hals
- medisinske fagområder – indremedisin (med gren- og subspecialiteter), nevrologi, pediatri (barn), revmatologi, kreftsykdommer og fysikalsk medisin
- psykisk helsevern for barn, ungdom og voksne
- tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- habilitering
- prehospital akuttmedisin inklusive ambulansetjeneste
- anestesi, operasjon, intensiv- og smertebehandling
- bildediagnostikk, diagnostisk radiologi, intervensjonsradiologi og nukleærmedisin
- laboratoriefag, patologi, mikrobiologi, medisinsk biokjemi og transfusjonsmedisin

SØ har flerområdefunksjon innen plastikkirurgi.

SØ har 10 døgnområder på Kalnes og ett døgnområde i Moss med totalt 400 somatiske sengeplasser (ekskl. tekniske senger). SØ Moss har en omfattende virksomhet med planlagt behandling, hovedsakelig poliklinisk. Innenfor ortopedi og kirurgi er det i tillegg omfattende operasjonsvirksomhet for inneliggende pasienter med tilhørende sengepost og en stor dagkirurgisk virksomhet. Virksomheten innen øye- og revmatologiske sykdommer er i sin helhet samlet i SØ Moss. De øvrige fagområdene har virksomhet både i Moss og på Kalnes.

Psykisk helsevern for voksne består av desentraliserte spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) og en spesialisert sykehusavdeling med døgnområder. Den spesialiserte sykehusavdelingen for pasienter med psykiske lidelser er lokalisert på Kalnes og ivaretar utredning og behandling av pasienter som

har behov for mer spesialisert kompetanse og/eller der det er behov for forsterkede rammer rundt pasienten. Avdelingen har 95 døgnplasser. DPS er normalt første kontaktpunkt med spesialisthelsetjenesten, og har et hovedansvar for å gi behandlingstilbud i et gitt geografisk område både i akutt situasjoner og på bakgrunn av henvisninger. DPS har totalt 65 døgnplasser.

Psykisk helsevern for barn og ungdom omfatter barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUPP) som har ansvar for poliklinisk og ambulant utredning og behandling innenfor sitt geografiske område og fylkesdekkende poliklinikker som har et mer spesialisert og avgrenset ansvar. Døgnbehandling for ungdom med 10 døgnplasser er på Kalnes og for barn med 5 døgnplasser ved Åsebråten barne- og ungdomspsykiatriske klinikk. BUP CL-team (konsultasjon – liaison) består av spesialister fra barne- og ungdomspsykiatrien, som i samarbeid med somatikk gir et tilbud rettet mot barn og unge i somatiske enheter hvor somatisk sykdom genererer psykiske reaksjoner og psykisk sykdom.

Tilbudet til pasienter med rusmiddelproblemer ivaretas av avdeling for rusbehandling. Poliklinisk og ambulant virksomhet ivaretas av 5 poliklinikker for rus- og avhengighetsbehandling lokalisert i Askim, Halden, Fredrikstad, Moss og Sarpsborg. Døgnbehandlingstilbudet er fylkesdekkende, med 34 døgnplasser lokalisert i Moss. Akutt TSB er organisert som en del av øyeblikkelighjelp forløpet i klinikk for psykisk helsevern og rus. Private institusjoner som har avtale med HSØ brukes også for døgnbehandling.

Akuttmottaket på Kalnes mottok i 2019 42 000 pasienter for undersøkelse, observasjon, diagnostikk og behandling. Mer enn 30 % av pasientene ferdigbehandles i akuttmottak og legges ikke inn i sykehuset. SØ opplever å ha en høyere tilstrømning til akuttmottaket enn sammenlignbare helseforetak.

Helt siden innflytting på Kalnes har SØ hatt kapasitetsutfordringer både i akuttmottaket og ved døgnområdene. På bakgrunn av en betydelig aktivitetsvekst i akuttmottak, er det besluttet en utvidelse av arealet, som er planlagt ferdigstilt i 2023. Det er planlagt kapasitetsutvidelse av døgnområder på kort sikt.

I forbindelse med samhandlingsreformen ble kommunene tilført midler for å etablere KAD-senger (Kommunale Akutte Døgnplasser). KAD skulle erstatte innleggelse i sykehus for pasienter som kan gis adekvat behandling og tilsyn i kommunene. Erfaringene så langt, er at innleggelsesfrekvensen til SØ ikke er redusert som følge av dette tiltaket og sykehuset har hatt et vedvarende overbelegg. KAD i kommunene har i 2020-21 hatt et lavt belegg på ca. 45 %. SØ og kommunene arbeider i fellesskap for å utnytte KAD bedre for å avlaste sykehuset og å kunne tilby flere pasienter et tilbud nær hjemmet.

Senter for laboratoriemedisin leverer tjenester innenfor fagområdene medisinsk biokjemi, transfusjonsmedisin-blodbank, medisinsk bakteriologi, patologi, infeksjonsepidemiologi og genteknologi og rusmiddeltesting. Senter for laboratoriemedisin er lokalisert i Fredrikstad, Sarpsborg, Moss, Askim, Halden og Kalnes.

Avdeling for bildediagnostikk tilbyr et bredt utvalg bildediagnostiske tjenester innen diagnostisk røntgen, ultralyd/doppler, CT (datatomografi), MR (magnetisk resonans), angiografi (bilde av blodårer), mammografi (røntgenbilde av bryst) og nukleærmedisinske undersøkelser (diagnostikk ved hjelp av radioaktive isotoper). SØ har besluttet anskaffelse av en fjerde MR på grunn av langvarige kapasitetsutfordringer.

SØ har fem ambulansestasjoner lokalisert i Sarpsborg, Fredrikstad, Moss, Halden og Indre Østfold. Ambulansetjenesten ivaretar både akutte og planlagte ambulanseoppdrag.

2.3 Virksomhetsprofil

Folkehelse i Østfold

Østfoldingenenes levekår og helse er dårligere enn landsgjennomsnittet. Østfolds befolkning rammes av flere alvorlige sykdommer, flere er arbeidsledige og flere er uføre. Østfold ligger litt over landssnittet mht. forekomst av hjerte- og karsykdommer, men følger den samme synkende trenden som i landet for øvrig der dødsfall på grunn av hjerte og karsykdommer har gått ned i aldersgruppen 0-74 år. Østfold er et av de fylkene som har flest tilfeller av type 2-diabetes i aldersgruppen 30 til 74 år.

I rapporten «Oss i Østfold» fra 2016 skiller ikke Østfold seg mye fra landssnittet når det gjaldt dødelighet etter kreft, men tallet for dødsfall blant kvinner i Østfold lå 20 prosent høyere enn landssnittet. En av årsakene til dette kan være at det er betydelig flere kvinner i aldersgruppen 45-74 år som røyker i Østfold enn det som er landsgjennomsnittet. Det har vært jevnt over god tannhelse i Østfold og den skiller seg ikke ut fra resten av landet som helhet.

I Østfold er forekomsten av psykiske plager og lidelser høyere enn for landet som helhet. Dette gjelder både voksne og unge. Spesielt er forekomsten høyere blant unge menn og gutter i Østfold sammenlignet med landssnittet. Det høye antallet med psykiske helseplager gjenspeiler seg blant annet i sykefraværstatistikken. Østfold kommer høyt på lista over sykefravær i Norge. Sykefraværet er høyere både blant kvinner og menn, men kvinnene i Østfold skiller seg spesielt ut med høyt sykefravær.

Til tross for utfordringene man finner i helsetilstanden viser snittet at de fleste innbyggerne i Østfold vurderer egen helse som god, men tallene skjuler gruppeforskjeller. Andelen som vurderer egen helse som god er langt lavere i gruppen som er utenfor arbeidslivet og blant de med lavere utdanning. Hele 83 prosent av østfoldinger som er i arbeid opplever helsa si som god, mens det er bare 36 prosent av de som ikke har arbeid som synes det samme. Tilsvarende tall ser man hvis man sammenligner de med høy og lav utdanning. Østfold har en befolkning hvor den sosiale helsegradienten tydelig avtegnes i statistikken. Sosiale forskjeller i befolkningen i Østfold gir seg utslag i at grupper med lav utdanning statistisk sett kan forvente å leve kortere enn grupper med høyere utdanning. Folkehelseprofilene som publiseres av Folkehelseinstituttet viser at Østfold skårer dårligere enn landssnittet på de aller fleste indikatorene.

Se figur under hvor rødt symbol indikerer at fylket er signifikant dårligere enn landsgjennomsnittet.

FOLKEHELSEPROFIL 2019

Folkehelsebarometer for fylket

I oversikten nedenfor sammenliknes noen nøkkeltall i fylket med landstall. I figuren og tallkolonnene tas det hensyn til at fylket kan ha ulik alderssammensetning sammenliknet med landet. Klikk på indikatornavnene nedenfor for å se utvikling over tid i fylket. I [Norges helsestatistikkbank](#) finnes flere indikatorer samt utfyllende informasjon om hver enkelt indikator.

Vær oppmerksom på at også «grønne» verdier kan innebære en folkehelseutfordring for fylket, fordi landsnivået ikke nødvendigvis representerer et ønsket nivå.

- ◆ Fylket ligger signifikant bedre an enn landet som helhet
- ◆ Fylket ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet
- ◆ Fylket er ikke signifikant forskjellig fra landet som helhet
- ◊ Fylket er signifikant forskjellig fra landet som helhet
- ◇ Ikke testet for statistisk signifikans
- Verdien for landet som helhet
- ▬ Variasjonen mellom fylkene i landet

| Tema | Indikator (klikkbare indikatornavn) | Fylke | Norge | Enhet (*) | Periode | Folkehelsebarometer for Østfold | |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|-------|-----------------|-----------|---------------------------------|--|
| Befolkning | 1 Andel barn, 0-17 år | 20,7 | 21,3 | prosent | 2018 | | |
| | 2 Personer som bor alene, 45 år + | 25,0 | 25,4 | prosent | 2018 | | |
| Oppvekst og leveår | 3 Vgs eller høyere utdanning, 30-39 år | 75 | 80 | prosent (a) | 2017 | | |
| | 4 Lavinntekt (hushold.), 0-17 år (ny def.) | 13 | 9,2 | prosent | 2017 | | |
| | 5 Inntektsulikhet, P90/P10 | 2,7 | 2,8 | - | 2017 | | |
| | 6 Barn av enslige forsørgere | 17,5 | 14,9 | prosent | 2017 | | |
| | 7 Bor trangt, 0-17 år | 19 | 19 | prosent | 2017 | | |
| | 8 Stønad til livsopphold, 20-29 år | 11 | 8,5 | prosent | 2017 | | |
| | 9 Trives på skolen, 10. klasse | 86 | 84 | prosent | 2017/18 | | |
| | 10 Mobbing (Elevundersøkelsen) | 5,8 | 5,6 | prosent | 2017/18 | | |
| | 11 Digital mobbing (Elevundersøkelsen) | 4,1 | 3,1 | prosent | 2017/18 | | |
| | 12 Laveste mestringsnivå i lesing, 5. kl. | 27 | 24 | prosent | 2017/18 | | |
| | 13 Laveste mestringsnivå i regning, 5. kl. | 28 | 23 | prosent | 2017/18 | | |
| | 14 Frafall i videregående skole | 23 | 20 | prosent | 2017 | | |
| | 15 Sosial forskjell i frafall i vgs. | 30 | 28 | prosentpoeng | 2015-2017 | | |
| | Miljø, skader og ulykker | 16 God drikkevannsforsyning (ny def.) | 100 | 91 | prosent | 2017 | |
| | | 17 Forsyningsgrad, drikkevann | 88 | 88 | prosent | 2017 | |
| 18 Skader, 0-14 år, beh. i sykehus | | 11,4 | 9,4 | per 1000 (a) | 2017 | | |
| 19 Hoftebrudd, 75 år + | | 19 | 17 | per 1000 (a) | 2017 | | |
| Helserelatert atferd | 20 Røyking, daglig, 16-44 år | 11 | 7,6 | prosent (a,k) | 2014-2018 | | |
| | 21 Røyking, daglig, 45-74 år | 22 | 15 | prosent (a,k) | 2014-2018 | | |
| | 22 Snusbruk, daglig, 16-44 år | 16 | 16 | prosent (a,k) | 2014-2018 | | |
| Helsestilstand | 23 Forventet levealder, menn | 79,7 | 80,1 | år | 2011-2017 | | |
| | 24 Forventet levealder, kvinner | 83,3 | 83,9 | år | 2011-2017 | | |
| | 25 Utd.forskjeller i forventet levealder | 5,3 | 5 | år | 2010-2016 | | |
| | 26 Friske tenner, 5-åringer | 81 | 81 | prosent | 2017 | | |
| | 27 Psykiske sympt./lid., 15-29 år | 184 | 165 | per 1000 (a) | 2017 | | |
| | 28 Muskul og skjelett | 332 | 313 | per 1000 (a) | 2017 | | |
| | 29 Overvekt og fedme, 17 år | 25 | 23 | prosent | 2017 | | |
| | 30 Hjerte- og karsykdom | 16,7 | 16,4 | per 1000 (a) | 2017 | | |
| | 31 Type 2-diabetes, legemiddelbrukere | 45 | 38 | per 1000 (a) | 2017 | | |
| | 32 Tykk- og endetarmskreft, nye tilfeller | 89 | 78 | per 100 000 (a) | 2017 | | |
| | 33 Hudkreft, nye tilfeller | 93 | 83 | per 100 000 (a) | 2017 | | |
| | 34 Antibiotikabruk, resepter | 383 | 333 | per 1000 (a) | 2017 | | |

Forklaring (tall viser til linjenummer i tabellen ovenfor):

* = standardiserte verdier, a = aldersstandardisert, k = kjønnsstandardisert

Merknad: På grunn av at statistikkbanker og registre er tilrettelagt for Viken er oversikten fra 2019.

Helseatlas

Helseatlas for kvalitet er basert på informasjon om i underkant av 100 000 pasienter og behandlinger årlig. Hensikten er å undersøke om befolkningen får likeverdig kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, uavhengig av bosted og på tvers av fagområder. Atlaset synliggjør hvorvidt sørge-for-ansvaret for pasienter som rammes av alvorlige sykdommer er tilstrekkelig ivarettatt. Totalt inngår 31 kvalitetsindikatorer innen

fagområdene hjerte- og karsykdom, kreft, diabetes, nyresykdom og hoftebrudd i atlasen. For 24 indikatorer er det definert målnivå for behandlingskvalitet.

Det var betydelig geografisk variasjon i måloppnåelse for pasientene i helseforetakenes opptaksområder for mange av kvalitetsindikatorerne i perioden 2017-2019. Variasjon i måloppnåelse viser samtidig at det var mulig å oppnå høy kvalitet i behandlingen indikatoren måler, men at dette har lyktes i ulik grad i de forskjellige opptaksområdene. Utfordringene med lav måloppnåelse var aller størst i opptaksområde Østfold som hadde lav måloppnåelse for 10 av 24 indikatorer og for opptaksområdene Universitetssykehuset i Nord-Norge, Telemark og Bergen, som alle hadde lav måloppnåelse for 9 av 24 utvalgte indikatorer.

Tabell som viser variasjon i måloppnåelse ligger som vedlegg.

Forbruksrater

Basert på siste tilgjengelige beregninger på behov kontra forbruk er forbruket innen somatisk virksomhet i henhold til faktisk behov. Innenfor psykisk helsevern og TSB er forbruket ca. 5 % lavere enn beregnet behov. Behovet er basert på beregninger fra ny nasjonal inntektsmodell.

2.4 Samarbeid

Med kommunene

SØ har et formalisert samarbeid med alle kommunene i opptaksområdet gjennom Helsefelleskapet Østfold. Samarbeidet er regulert i avtaler og faste møteplasser. SØ og kommunene i Østfold har hatt en samarbeidsavtale siden 2005 og samarbeidsklimaet har vært godt, preget av tillit og vilje til å finne gode løsninger.

Partnerskapsmøtet er det strategisk overordnede organet for samhandlingsarbeidet. Møtet avholdes en gang per år og består av kommunedirektører fra alle kommunene og administrerende direktør og øverste ledelse ved SØ. Beslutninger baseres på konsensus og skal være førende for Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) og Faglig samarbeidsutvalg (FSU).

Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) beslutter saker av overordnet, prinsipiell karakter og saker med større økonomiske og administrative konsekvenser og består av 5 representanter fra kommunene (kommunedirektører - en fra hver region som representerer de øvrige kommunene i regionen), inntil 5 representanter fra SØ (klinikkledelsen), 3 observatører med tale- og forslagsrett (representant for bruker, ansattes organisasjoner og fastlege). Det avholdes ca. 4 møter per år. Vedtak forutsetter enstemmighet og forplikter partene.

Faglig samarbeidsutvalg (FSU) har ansvaret for det faglige, praktiske og strukturerte samarbeidet som ikke har større økonomiske og administrative konsekvenser. FSU består av 5 representanter fra kommunene (en fra hver region), inntil 5 representanter fra SØ og observatører. Representantene representerer kommunenes kommunedirektører og administrerende direktør i SØ.

SØ og kommunene står overfor store utfordringer som må løses i fellesskap, for eksempel i behandlingen av store grupper med kroniske lidelser. Felles for disse er høyt forbruk både av spesialist- og kommunehelsetjenester. Ytterligere forventet vekst av disse gruppene må håndteres på en annen måte enn i dag og tiltak utvikles i fellesskap. Kompetanseoverføring, utvikling, kommunikasjon og pasientopplæring må settes i system. Nye arbeidsformer og ny teknologi skal gi pasientene bedre tjenester og bidra til å dempe presset på helsetjenestene.

Med fastleger

SØ har en velfungerende praksiskonsulentordning (PKO) hvor fastlegene som er knyttet til ordningen involveres i forbedrings- og utviklingsarbeid i sykehuset. PKO har utviklet et kommunikasjons- og samhandlingsverktøy *Fastlegeportalen* til bruk for alle leger i og utenfor sykehuset.

Samhandlingsutvalg for fastleger (SUFF) er et fast underutvalg i Helsefellesskapet for å sikre tidlig og god involvering av fastleger i saker som påvirker dem. SØ arrangerer årlig mange kurs for fastlegene i samarbeid med PKO og Østfold legeforening.

Med andre helseforetak

Som et ledd i funksjonsfordelingen innen HSØ utføres følgende ved OUS:

- all stråleterapi
- kreftkirurgi som for eksempel lunge, bukspyttkjertel, lever og nyre m fl.
- thorakale aortoaneurismer (utposning på hovedpulsåren)
- netthinneoperasjoner
- akutt hjerteinfarkt
- nevrokirurgi (operativ behandling i sentralt og perifert nervesystem)
- nevreradiologisk intervensjon
- trombektomi («utfisking» av blodpropp ved alvorlig hjerneslag)
- behandling av barn født før uke 28

Per i dag behandles pasienter med hjerteinfarkt som har behov for intervensjonsdiagnostikk og behandling ved OUS eller LHL-sykehuset på Gardermoen.

Spesialisert rehabilitering utføres ved Sunnaas sykehus.

Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) ble overført fra SØ til OUS i 2015.

Øvrige samarbeidspartnere

SØ samarbeider med private (kommersielle og ideelle) helseinstitusjoner som har avtale med HSØ. Dette gjelder særlig rus og psykisk helsevern.

SØ har inngått samarbeidsavtaler med alle avtalespesialistene i Østfold. Avtalene omfatter blant annet ventetider, kapasitet, kommunikasjon og faglig samarbeid både mellom SØ og avtalespesialister og mellom fastleger og avtalespesialister.

2.5 Klima- og miljømål

Ferdigstilles første tertial 2022.

2.6 Fag- og forskningsprofil

Vår visjon er at forskning ved SØ skal gjøre en forskjell for pasientene og være en integrert del av den kliniske behandlingen. Gjennom forskning skal vi tilby et bedre helsetilbud og øke kompetansen hos ansatte. SØ har etablert flere forskningsmiljøer og et stabilt antall ansatte med avsatt tid til forskning (doktorsgradstipendiater og forskere), og har over tid hatt økende forskningsaktivitet og antall publikasjoner skal fortsette å øke ut planperioden.

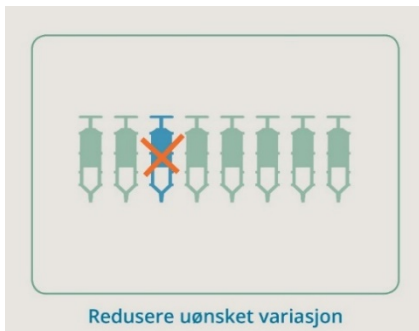
SØ skal prioritere fastsatte forskningsområder på bakgrunn av sentrale føringer og områder der SØ har fortrinn, og skal fokusere på følgende mål:

- Øke antall kliniske behandlingsstudier og jobbe for at flest mulig pasienter deltar i kliniske studier
- Styrke forskningsmiljøene ved målrettet fordeling av ressurser og prioritere forskere fremfor stipendiater
- Øke forskningsaktiviteten slik at SØ blir blant de beste ikke-universitetssykehusene i HSØ, målt med publiseringspoeng
- Legge til rette for at forskning blir en integrert del av den kliniske hverdagen og implementering av forskningsresultater i klinikken

For å oppnå målene må vi bygge videre på eksisterende infrastruktur for forskning og videreutvikle forskerstøtte i alle prosjektfaser. Dette omfatter videreutvikling av klinisk forskningsenhet og forrige periodes satsing på innsamling av biologisk materiale har gitt oss et godt utgangspunkt for nye prosjekter som utnytter vårt unike materiale.

2.7 Særlige utfordringer

a. Kvalitet



Styret for SØ har bedt om at det nedsettes en permanent arbeidsgruppe som skal utarbeide plan for kvalitetsheving i sykehuset. Arbeidsgruppen ledes av fagdirektør.

SØ har lav score på flere nasjonale kvalitetsindikatorer sammenlignet med sykehusene i Norge. SØ bør ha et potensial og en ambisjon om å heve kvalitetsresultatene, målt på nasjonale kvalitetsindikatorer og i helseatlasene.

Arbeidsgruppen har fått følgende mandat:

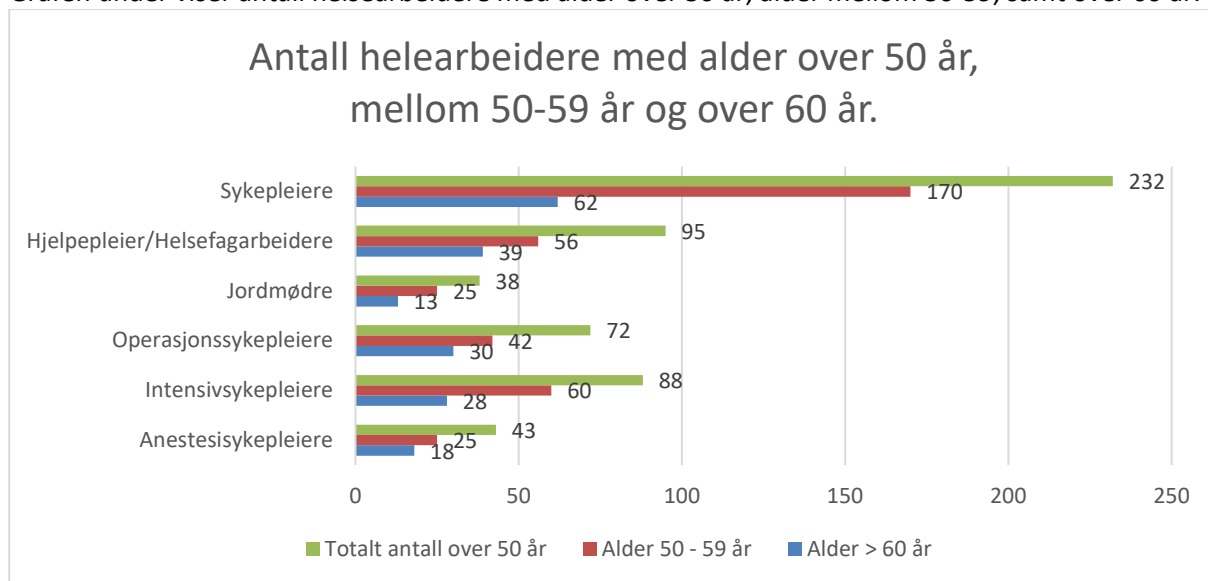
- Definere områder der SØ kan heve kvaliteten, utfra helseatlas og andre nasjonale kvalitetsindikatorer.
- Utrede muligheten for selv å trekke ut og analysere data internt for å få hyppigere oppdateringer og bedre kontroll på prosessen.
- Foreslå organisering, implementering og oppfølging av kvalitetsheving for å sikre varig endring.
- Utarbeide forslag til en kommunikasjonsstrategi for at medarbeidere i SØ skal være bevisst på hvordan SØ satser for å øke kvaliteten på pasientbehandlingen.

b. Personell og kompetanse

Det er et generelt problem at helsetjenesten mangler sykepleiere og helsefagarbeidere. I tillegg er en stor andel av spesialsykepleierne over 50 år. SØ må drive systematisk personellplanlegging, arbeide for en heltidskultur, rekruttere og beholde ansatte og drive strategisk kompetanseutvikling.

Av det totale antall spesialsykepleiere er andelen over 56 % av operasjonssykepleiere, 53 % av intensivsykepleiere og 49 % av anestesisykepleiere over 50 år. 50 år er Hos jordmødre er andelen over 50 år 42 %, for helsefagarbeidere er andelen 40 % og for sykepleiere er andelen litt i overkant av 20 %.

Grafen under viser antall helsearbeidere med alder over 50 år, alder mellom 50-59, samt over 60 år.



Data er hentet fra bemanningspivot (mars 2020) med alder justert til 2021.

I planperioden er det behov for å utdanne flere spesialsykepleiere, og jobbe aktivt med å beholde de sykepleierne vi har. Som en følge av kommende sykepleiermangel vil nye arbeidsmåter og oppgavedeling være viktig. Det er rekrutteringsutfordringer og mangel på jordmødre nasjonalt, både på grunn av økning av jordmorstillinger i kommunen og utvidede lovpålagte oppgaver for jordmødre som følge av nytt lovpålagt tilbud om tidlig ultralyd og NIPT-testing (en prøve av fosterets DNA som tas uten inngrep med en blodprøve fra mor). Pandemien har synliggjort en mangel på intensivsykepleiere nasjonalt. I Østfold er dette forsterket av at vikarer fra Sverige har uteblitt. I psykisk helsevern er det behov for økt rekruttering av sykepleiere og spesialsykepleiere.

Vi er avhengige av å utdanne de legespesialistene vi har behov for. Det er størst mangel på øyespesialister, nevrologer og anestesileger. Det er også mangel på spesialister innen psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rus og avhengighetsmedisin. Innen ortopedi og kirurgi er det tegn til flere leger som er ferdige med sin spesialisering uten at det er ledige overlegestillinger i SØ.

I klinikk for psykisk helsevern og rus er det behov for psykologspesialister/psykologer, vernepleiere med og uten videreutdanning, kliniske pedagoger og kliniske behandlere i barne- og ungdomspsykiatri. En stor del av tjenestene i klinikken er poliklinisk behandling der det er krav om minimum bachelor m/videreutdanning, men størst er behovet for psykologer og leger.

c. Teknologisk utvikling og digital transformasjon

Teknologisk utvikling forventes å være omfattende i planperioden, og en rekke verktøy vil forbedre helsetjenestene gjennom digitalisering og automatisering. Det vil komme omfattende krav til samhandling, koordinering, sanntidsinformasjon og prosessoptimalisering. Eksempler på viktige teknologier vil være AI (kunstig intelligens), avansert analyse, IoT i helse, presisjonsmedisin, automatisert dokumentasjon og utvidede digitale løsninger i sykehusets relasjon med pasient. Utviklingen innenfor medisinskteknisk utstyr med tilhørende systemløsninger gir følgende nye behandlingsmetoder og arbeidsprosesser: robotkirurgi og automatisering av manuelle prosesser, videreutviklet velferdsteknologi og sensorteknologi og økning og forbedring av minimalt invasive metoder. SØ vil være en pådriver i å ta i bruk ny teknologi for å løse fremtidens krav.

SØ er i gang med å utvikle et datavarehus for å hente ut egne data til kvalitetsarbeid og forskning. Økt strukturering av pasientjournal/-informasjon og gode integrasjonsgrensesnitt åpner nye muligheter for

automatisering, samhandling og prosess- og beslutningsstøtte. Mobil støtte til utvalgte arbeidsoppgaver gjennom enkle, intuitive grensesnitt gir effektivisering og bedre kvalitet i klinisk arbeidshverdag. Samarbeid med leverandører i tillegg til egenutvikling av programvare vil kunne sikre riktig funksjonalitet og gevinster.

Helsetjenester over nett vil gi gevinster både for pasient, pårørende, spesialisthelsetjenesten og samfunnet for øvrig. Pasienter som behandles hjemme, videreutvikling av videokonsultasjon, distribusjon og oppkobling av medisinskteknisk- og annet elektronisk utstyr i hjemmet og integrert samhandling med primærhelsetjenesten er områder som har lovende potensial. SØ har flere lokale og regionale prosjekter (se vedlegg). I planperioden forventes et stort utvalg av helsetjenester å flyttes over til nettbaserte løsninger.

d. Bygg

Gode bygg og områder og en effektiv eiendomsvirksomhet er nødvendig for å kunne drive god pasientbehandling og levere gode helsetjenester. For å sikre at kapasiteten i SØ er i samsvar med nåværende og fremtidig behov kreves det nødvendige investeringer og gjennomførte vedlikeholdsplaner.

Det har vært en betydelig effektivisering og forbedring av teknisk tilstand i bygningsporteføljen over en lengre periode. Det er samtidig behov for å vurdere helhetlig logistikk og bedre utnyttelse av teknologi og IKT-systemer. Endrete arbeidsformer og åpningstider vil kunne påvirke arealbehovet fremover. Med den høye endringstakten i pasientbehandlingen er det viktig at eiendomsvirksomheten har en helhetlig styring. Eiendomsmassen må ses på og styres som én portefølje, på tvers av fagområder, distrikt og enheter for å sikre helhet, utvikling og optimalisering.

SØ ble planlagt og bygget med meget ambisiøse mål, høy utnyttelsesgrad og store organisatoriske endringer. Dette, sammen med at framskrivingen ble gjort til 2020, har ført til et behov for å styrke sykehusets kapasitet på alle omsorgsnivå.

Økende behov for arealer og vedlikeholdsetterslep i bygningene er i ferd med å bli en utfordring. Nytt sykehus trenger også vedlikehold. Eiendomsstrategien som er vedlagt utviklingsplanen vil være grunnlag for prioritering, utvikling og styring.

Hovedutfordringer i forhold til kapasitet og kapasitetsutvikling vil i første del av planfasen være kapasitet innen døgn, dag og poliklinikk innen fagområdet somatikk. Lengre ut i planperioden må SØ styrke sin kapasitet innen operasjon, laboratorium, medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner. Total kapasitet innenfor psykisk helsevern og rusbehandling synes å være i samsvar med fremtidig behov, men fordeling av døgnkapasitet mellom sykehuspsykiatri og DPS bør vurderes, samt fordelingen av kapasiteten mellom de ulike DPS-ene. Endringer i en eventuell ny tvangsbegrensningslov vil kunne medføre et økt behov for arealer og døgnplasser.

I fremtidig struktur skal teknisk oppgraderingsbehov for lokasjonene beregnes, prioriteres og samles i et langsiktig vedlikeholdsprogram.

Det er et mål å samlokalisere psykisk helsevern og rusbehandling i distriktene (Moss, Halden, Sarpsborg, Fredrikstad og Askim). Samlokaliseringen er gjennomført i Halden, Indre Østfold, Moss og Sarpsborg. Arbeidet med samlokalisering i Fredrikstadklinikken er iverksatt med planlagt innflytting høsten 2022.

SØ leier administrasjonsbygg, med kontrakt til 2028 med mulighet til forlengelse. Bygget brukes i dag til administrasjon og undervisning. Mammografi er planlagt flyttet til administrasjonsbygget fra brakkerigg i 2022.

e. Organisering av tjenestene

SØ har to-strukturmodell som er videreutviklet med Kalnes som akuttpsykehus og Moss som elektivt sykehus. Moss er ikke egnet til utvidelse med akuttmottak og døgnseger, men skal videreutvikles med hensyn på dagbehandling og dagkirurgi.

De psykiatriske døgnområdene på Kalnes har hatt svært høyt belegg. Det har vært utfordrende for pasientsikkerhet og HMS. Årsaken er blant annet økning i antall pasienter til akutt innleggelse kombinert med at de pasientene som har behov for behandling innenfor rammene til psykiatriske døgnseksjoner ikke kan overføres til et lavere omsorgsnivå. Det er iverksatt en rekke tiltak i form av systematisk forbedringsarbeid, knyttet til pasientstrømmen inn i sykehuset, pasientlogistikken internt i sykehuset og pasientstrømmen ut av sykehuset.

Innen psykisk helsevern er det gjort en funksjonsfordeling mellom de ulike DPS-ene og Kalnes.

3. Overordnede strategier og føringer

Nasjonal helse- og sykehusplan, regional utviklingsplan og regionale strategier er førende for utviklingen i SØ.

HSØ har vedtatt at det skal etableres strålebehandling i SØ mellom 2025 og 2030. Når dette er på plass, vil hele pasientforløpet for pasienter med kreft være samlet i SØ. Hyppig og belastende transport til Oslo unngås. HSØ har gitt SØ klarsignal om å starte arbeidet med søknad om prosjektinnramming for SØ 2040, stråle- og somatikkbygg Kalnes, hvor hensikten er å øke kapasiteten på lang sikt. Styret i SØ skal behandle søknaden 20. desember 2021. Styret i HSØ får saken til behandling i februar 2022.

Følgende er lagt til grunn for arbeidet:

- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023
- Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025)
- Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (HOD 2021)
- Regional utviklingsplan 2035 – HSØ (HSØ styresak 114-2018)
- Evaluering av nytt østfoldsykehus (HSØ styresak 064-2020)
- Regional kreftplan (HSØ styresak 030-2016 Etablering av nye stråleterapienheter i sykehusområder som ikke har eget strålebehandlingstilbud i dag)
- Utviklingsplan for SØ 2018-2035
- Økonomisk langtidsplan SØ
- Framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitet SØ 2040
- Konseptrapport for utvidelse av akuttmottak (SØ styresak 57-19)
- Vedtak om leie av administrasjonsbygg til 2028 (SØ styresak 39-19)

4. Utviklingstrekk og framskriving

4.1 Befolkningsutvikling

Befolkningen i SØ sitt opptaksområde vil øke med 30 274 (9,46 %) frem til 2037. Av den totale befolkningsveksten vil 71,3 % gjelde personer over 70 år. Dette vil stille store krav til utvikling og utvidelse av helsetilbudet. Dette forsterkes ytterligere ved å beregne økningen i antall innbyggere i perioden fra forventede friske leveår (71,5 år) til forventet levealder (83,1 år). Det samme tallgrunnlaget tilsier en vekst i denne gruppen på 23 377 innbyggere.

Befolkningsfremskriving - MMMM

| | 2021 | | | 2037 | | | Vekst i % |
|------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| | Menn | Kvinner | Totalt | Menn | Kvinner | Totalt | |
| 0-9 år | 17 307 | 16 313 | 33 620 | 17682 | 16634 | 34316 | 2,07 % |
| 10-19 år | 20 215 | 18 761 | 38 976 | 18266 | 16998 | 35264 | -9,52 % |
| 20-29 år | 19 090 | 17 255 | 36 345 | 18958 | 17098 | 36056 | -0,80 % |
| 30-39 år | 19 652 | 19 413 | 39 065 | 20509 | 19254 | 39763 | 1,79 % |
| 40-49 år | 21 978 | 21 377 | 43 355 | 23581 | 22556 | 46137 | 6,42 % |
| 50-59 år | 23 295 | 22 456 | 45 751 | 22480 | 22044 | 44524 | -2,68 % |
| 60-69 år | 18 691 | 19 076 | 37 767 | 23744 | 23759 | 47503 | 25,78 % |
| 70-79 år | 14 456 | 16 005 | 30 461 | 18829 | 19260 | 38089 | 25,04 % |
| 80-89 år | 5 111 | 7 004 | 12 115 | 10515 | 12623 | 23138 | 90,99 % |
| 90-99 år | 833 | 1 806 | 2 639 | 2098 | 3462 | 5560 | 110,69 % |
| 100 år - | 6 | 51 | 57 | 17 | 61 | 78 | 36,84 % |
| Sum | 160 634 | 159 517 | 320 151 | 176 679 | 173 749 | 350 428 | 9,46 % |
| Kilde: SSB | | | | | | | |

Tabell nedenfor viser endringen i antall innbygger i opptaksområdet for SØ og Norge frem til 2040 basert på SSB fremskriving av 2020 hovedalternativ (opptaksområder = 2020).

| Opptaksområde | 2020 | 2040 | Endring % |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|
| Sykehuset Østfold | 317 489 | 355 323 | 12 % |
| Norge | 5 367 580 | 5 841 616 | 9 % |

Framskriving av befolknings sammensetning etter alder 2020-2040, SSB hovedalternativ (opptaksområder = 2020).

| Opptaksområde | Endring i % 2020-2040 | | |
|-------------------|-----------------------|----------|----------------|
| | 0-17 år | 18-64 år | 65 år og eldre |
| Sykehuset Østfold | -2 % | 3 % | 55 % |
| Norge | -4 % | 0 % | 54 % |

4.2 Sykdomsutvikling

Generelle vurderinger av sykdomsbildet

I de siste årene har det blitt gjennomført internasjonale beregninger av sykdomsbyrden som også inkluderer Norge. Beregningene er gjennomført av Senter for sykdomsbyrde ved Folkehelseinstituttet (FHI) i nært samarbeid med det globale sykdomsbyrdeprosjektet Global Burden of Disease Study (GBD).

Hovedresultatene for Norge:

- Sykdomsbildet i Norge domineres av ikke-smittsomme sykdommer, som forårsaker omtrent 87 prosent av den totale sykdomsbyrden
- Levealderen i Norge er høy, en stor andel av den norske befolkningen lever mange år med sykdom
- Ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdom, kreft, kronisk obstruktiv lungesykdom og demens er viktige årsaker til tapte leveår hos begge kjønn i Norge
- Ikke-dødelig helsetap utgjør 52 prosent av sykdomsbyrden målt i helsetapsjusterte leveår. Spesielt muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser og ruslidelser er viktig
- En økning av eldre pasienter med psykiske og sammensatte lidelser

Erfaringer fra Covid-19-pandemien 2020-22 skal evalueres, slik at SØ er forberedt til pandemier og andre utbrudd i fremtiden.

De siste ti årene har sykdomsbyrden (i aldersstandardiserte rater) sunket for mange tilstander som medfører tapte leveår, men ikke for tilstander som gir ikke-dødelig helsetap.

Forventet levealder

GDB gjør beregninger om forventet levealder for alle land. For Norge viser GBD-tallene at forventet levealder ved fødsel økte fra 82,7 år i 2018 til 83,1 år i 2020. Kvinner har høyere forventet levealder enn menn:

- kvinner: 84,9 år
- menn: 81,5 år

Forventede friske leveår

Ikke alle leveår tilbringes med god helse. Nordmenns forventede friske leveår (healthy life expectancy, HALE) ved fødsel er 71,5 år. Forventede friske leveår for kvinner er 72,7 år og for menn 70,3 år. Dette betyr at det vil være et styrket behov for helsetjenester fra forventede friske leveår og forventet levealder på 11,6 år, fordelt med kvinner 12,2 år og menn 11,2 år. Dersom denne differansen forblir stabil i planperioden viser befolkningsframskrivingen at det er i dette aldersintervallet veksten er desidert størst. En sammenstilling av befolkningsveksten i disse aldersintervallene viser at det vil være behov for styrking av kapasitet, bemanning og kompetanse.

Somatikk - vekst i diagnosegrupper

Helsedirektoratet publiserte rapport IS-2342 «Demografisk framskriving av aktivitet innen spesialisthelsetjenesten for perioden fram mot 2030». Rapporten viser at følgende 7 diagnosegrupper har størst vekst fram mot 2030:

- Ondartede svulster
- Sykdommer i sirkulasjonssystemet
- Iskemiske hjertesykdommer
- Kronisk og akutt obstruktiv lungesykdom
- Sykdommer i urinveien og mannlige kjønnsorgan
- Hjernekarssykdommer (hjerneslag)
- Sykdommer i blod og bloddannede organ

Psykisk helsevern og rus

I de siste årene har det vært stor oppmerksomhet om døgnplasser i psykisk helsevern. Rapporten «Framskrivning av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling», HOD 2021, konkluderer med at vi ikke har behov en økning av antall døgnplasser for voksne, men det er et behov for å øke døgnplasser for barn og unge noe i årene fremover. Det er fortsatt behov for å styrke ambulante- og polikliniske tilbud.

Framskrivningen viser at det er behov for økt døgnkapasitet til de alvorligst syke:

- Psykose
- Rusutløst psykose
- Bipolar lidelse
- Spiseforstyrrelser
- Barn og unge

Behov for økt døgnkapasitet til de alvorligst syke kan løses gjennom å forskyve behandling fra døgn til poliklinikk for de pasientene som best kan hjelpes på et lavere omsorgsnivå. Framskrivningen viser at vi har behov for å styrke poliklinikkene. Det er behov for en større poliklinisk vekst for

- Alvorlig psykisk lidelse
- Barn og unge
- Eldre
- Ruslidelser

- Spiseforstyrrelser
- Posttraumatiske stresslidelser

I tillegg til å overføre behandling fra døgn til dag, må vi utnytte ny teknologi og videreutvikle oppsøkende poliklinisk behandling i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

4.3 Endringsfaktorer

Sykehusene må tilpasse seg utviklingstrekk i samfunnet og innen medisinen. I takt med nye, avanserte metoder innen utredning, diagnostikk og behandling og økt kunnskap i befolkningen, stilles det nye og større krav til spesialisthelsetjenesten. Nye metoder gjør at sykdommer som tidligere ikke lot seg behandle, nå kan behandles. Flere lever lenger med sine sykdommer og flere blir friske av sykdommer som tidligere var kroniske. Pasienter som blir behandlet for kreftsykdommer kan få senskader som må følges opp. Dette fører til økning av behandling og oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer og flere eldre pasienter. Det siste stiller krav til god geriatrisk kompetanse. Oppgavefordeling og samspill med kommunehelsetjenesten blir enda viktigere fremover. SØ vil se på nye grep og løsninger med spesielt innen teknologi, forskning, innovasjon og samhandling.

I psykisk helsevern skal tvangsbruken reduseres og det meste av behandlingen baseres på frivillighet. Utformingen av helsetjenesten og helsepersonellet må tilpasse seg denne utviklingen blant annet gjennom kompetansebygging og holdningsskapende arbeid.

Det er et økt oppmerksomhet på effekten av behandlingen – *virker den? og ga behandlingen resultater som forventet?* Psykisk helsevern og rusbehandling vil arbeide mer med effektmålinger, feedbackløsninger og innføring av kvalitetsregister for å måle kvaliteten av pasientbehandling. I følge HSØ har psykisk helsevern svake tradisjoner for å måle om tjenestetilbudet er godt og det er med stor sannsynlighet også et forbedringspotensial innen somatiske fagområder. Det vil stilles større krav til alle fagområder for å dokumentere effekt av behandlingen som gis.

Befolkningens etterspørsel og atferd

Pasientene får stadig større valgfrihet både i forhold til behandlingssted og behandlingsform. Pasientrettighetene utvides og ventetid til utredning og behandling reduseres. Helsetjenesten må tilpasse seg dette gjennom god logistikk, riktig prioritering og effektivisering.

Med økt brukermedvirkning og samvalg gis pasientene større påvirkning, både på system- og individnivå. Brukerne er den viktigste stemmen inn i helsevesenet. Dette styrkes også med økt brukerkompetanse og større innsikt gjennom blant annet bruk av internett/sosiale medier og sterkere brukerorganisasjoner.

Ny teknologi vil bidra til å endre pasientrollen og gi pasientene større eierforhold til egen helse og behandling. Befolkningen forventer å møte en sterkere digitalisert helsetjeneste, hvor de selv kan styre timebestillinger og behandlingsforløp og ha god tilgang til egen journal og faste kontaktpersoner ved hjelp av ny teknologi. Spesielt gjelder dette pasienter med kroniske lidelser. SØ må innrettes for å møte disse forventningene.

Nye behandlingsmetoder og nye legemidler er viktige endringsfaktorer, for eksempel innenfor kreftbehandling. Kreft vil i fremtiden i større grad bli en kronisk sykdom preget av immunterapi og persontilpasset medisin. Pasientene vil ta langt større del i valg av behandlingsform og «bigdata» vil føre til raskere diagnostikk og evaluering av behandlingen. Det er en rivende utvikling innen kreftforskning, og nye legemidler utvikles kontinuerlig. Dette er positivt for pasientene, men stiller også helsevesenet overfor vanskelige etiske og økonomiske dilemmaer.

Det er en rask utvikling i behandlingsmetoder og oppfølging av pasientgrupper, blant annet diabetes. Nye, teknologiske løsninger er gunstig for pasienten og behandlingen, men svært kostbar for helseforetaket. Det arbeides med overføring av midler fra Helfo til helseforetaket for slike behandlingshjelpemidler.

Endring i organisering av tjenestetilbudet

Nye medisinske og teknologiske metoder innen kirurgi, anestesi og medikamentbehandling bidrar til at flere pasienter som tidligere ble innlagt, kan behandles uten behov for innleggelse. Dette gir en ytterligere forskyvning fra døgn til dag og poliklinikk. Denne trenden går raskere enn forventet. Pasienter som trenger innleggelse blir mer komplekse, den gjennomsnittlige liggetiden vil antagelig øke.

Utfordringene fremover vil være tilpasning av kompetanse og bemanning både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Nye teknikker og metoder påvirker skillelinjene mellom fagfeltene. Hjertelidelser som tidligere krevde åpen kirurgi, behandles med intervensjonsteknikker av radiologer eller kardiologer. Robotkirurgi, intraoperativ monitorering og andre nye teknikker bidrar til større grad av organisering i tverrfaglige team.

Generell effektivisering og reduksjon i interne ventetider

Gjennom utvikling av pakke- og pasientforløp arbeides det systematisk med å forbedre pasientlogistikken og dermed redusere intern forløpstid. Dette vil bidra til bedre og mer effektiv pasientbehandling og en reduksjon i antall korridorpasienter. God logistikk frigjør kapasitet til flere pasienter, nye pasientgrupper og flere tjenestetilbud.

Endring i oppgavedeling

Kommunehelsetjenesten vil overta flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, blant annet fordi behandlingsmetoder og teknologi endrer seg og dette er en ønsket retning. Den medisinske og teknologiske utviklingen gir muligheter for at pasienten i stadig større grad kan få behandling og oppfølging nærmere eller i eget hjem. Dette vil antakelig være en av de viktigste endringsfaktorene i fremtiden, og helseforetaket og kommunehelsetjenesten må samarbeide tett om kompetanseoverføring, dimensjonering og teknologi. Dette vil kreve gode arenaer for samhandling og kommunikasjon og åpenhet for nye måter å yte helse- og omsorgstjenester på, til beste for pasientene.

Innenfor enkelte fagområder, for eksempel radiologi, er det et betydelig innslag av private aktører i dag. For å være pasientenes foretrukne valg, må SØ opprettholde og videreutvikle høy kvalitet på tjenester og fagpersonell.

Oppgaveforskyving mellom fagpersonell vil øke i fremtiden blant annet på grunn av mangel på flere typer helsepersonell. Det vil også komme nye yrkesgrupper. Det vil være nødvendig å vurdere hva som er mest hensiktsmessig oppgavefordeling ut fra behov, oppgaver og tilgjengelig kompetanse.

4.4 Fremtidig aktivitet og kapasitetsberegning

Hovedutfordringer i første del av planfasen vil være kapasitet innen døgn, poliklinikk og dag innen somatikk. Lengre ut i planperioden kan det være nødvendig å styrke kapasitet innenfor operasjon, laboratorium, medisinske og ikke-medisinske støttefunksjoner. Total kapasitet innenfor psykisk helsevern og rusbehandling synes å være i samsvar med fremtidig behov, men både fordelingen av døgnkapasitet mellom sykehuspsykiatri og DPS døgn og kapasiteten mellom de ulike distriktsbaserte tilbudene må vurderes.

Vår dato
09.12.2021Vår referanse
21/04294

| Somatikk | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Kapasitetsberegning - døgn (ordinære senger) | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 |
| Antall senger totalt | 460 | 479 | 499 | 515 | 526 |
| Kapasitetsberegning - dagbehandling og poliklinikk | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 |
| Antall dialyse plasser | 49 | 54 | 60 | 62 | 68 |
| Antall plasser kjemoterapi | 23 | 26 | 28 | 30 | 33 |
| Antall infusjonsplasser | 13 | 14 | 16 | 17 | 19 |
| Antall poliklinikkrom (inkl. endoskopi og småpros.) | 151 | 167 | 184 | 201 | 217 |
| Kapasitetsberegning operasjonsrom | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 |
| Antall operasjonsrom døgnekirurgi | 11 | 12 | 12 | 13 | 14 |
| Antall operasjonsrom dagkirurgi | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Psykisk helsevern og TSB | | | | | |
| Kapasitetsberegning - psykisk helsevern voksne | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 |
| Antall døgnplasser | 182 | 177 | 170 | 161 | 151 |
| Antall dagplasser | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Antall konsultasjonsrom | 81 | 89 | 96 | 102 | 108 |
| Kapasitetsberegning - psykisk helsevern barn og unge | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 |
| Antall døgnplasser | 13 | 13 | 11 | 11 | 11 |
| Antall dagplasser | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| Antall konsultasjonsrom | 44 | 48 | 49 | 52 | 57 |
| Kapasitetsberegning - TSB | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 |
| Antall døgnplasser | 34 | 33 | 31 | 29 | 27 |
| Antall konsultasjonsrom | 35 | 39 | 41 | 44 | 47 |

Bemanning

Det er særlig knapphet på arbeidskraft som vil sette grenser for hvordan SØ kan løse oppgavene. I opptaksområdet er det en framskreven vekst i spesialisthelsetjenesten i perioden 2017-2035 på ca. 2000 årsverk, det vil si ca. 27 % økning (SSB-rapport 2019/26). Framskrivningene viser at behovet er størst for yrkesgruppene sykepleiere og helsefagarbeidere. Vi kan ikke møte behovsveksten med tilsvarende økning i bemanning, det er ikke bærekraftig. Samfunnet trenger også personell til andre viktige samfunnsområder. Både vertikal og horisontal oppgavedeling vil bli et viktig virkemiddel.

God kvalitet, der pasienten får rett utredning og behandling til rett tid, sparer tid for helsepersonell og sparer ressurser både i spesialisthelsetjenesten, hos fastlegene og i kommunehelsetjenesten.

Innovasjon som effektiviserer helsetjenesten er avgjørende for en bærekraftig helsetjeneste. Det forutsetter at vi utnytter mulighetene den teknologiske utviklingen gir. Digitalisering, ny teknologi og nye behandlingsmetoder vil prege utviklingen av helsetjenestene, og nye yrkesgrupper bør få innpass. I tillegg er sykehuset avhengig av høyere digital- og endringskompetanse hos medarbeiderne. Både nåværende og fremtidige utdanninger må tilpasses den teknologiske utviklingen.

En bærekraftig spesialisthelsetjeneste er avhengig av en kommunehelsetjeneste med god kompetanse. Faglig omstilling i tjenestene er knyttet til sterkere vektlegging av mestring, rehabilitering, forebygging, tidlig innsats, aktivisering, nettverksarbeid, miljøarbeid, veiledning av pårørende og frivillige, og til innføring av velferdsteknologi. Kompetansedeling mellom tjenestenivåene er ofte tidkrevende, og må i størst grad foregå digitalt. En felles digital kompetanse- og samhandlingsplattform er derfor nødvendig.

5. Analyse og veivalg

5.1 Analyse

Vi vet at

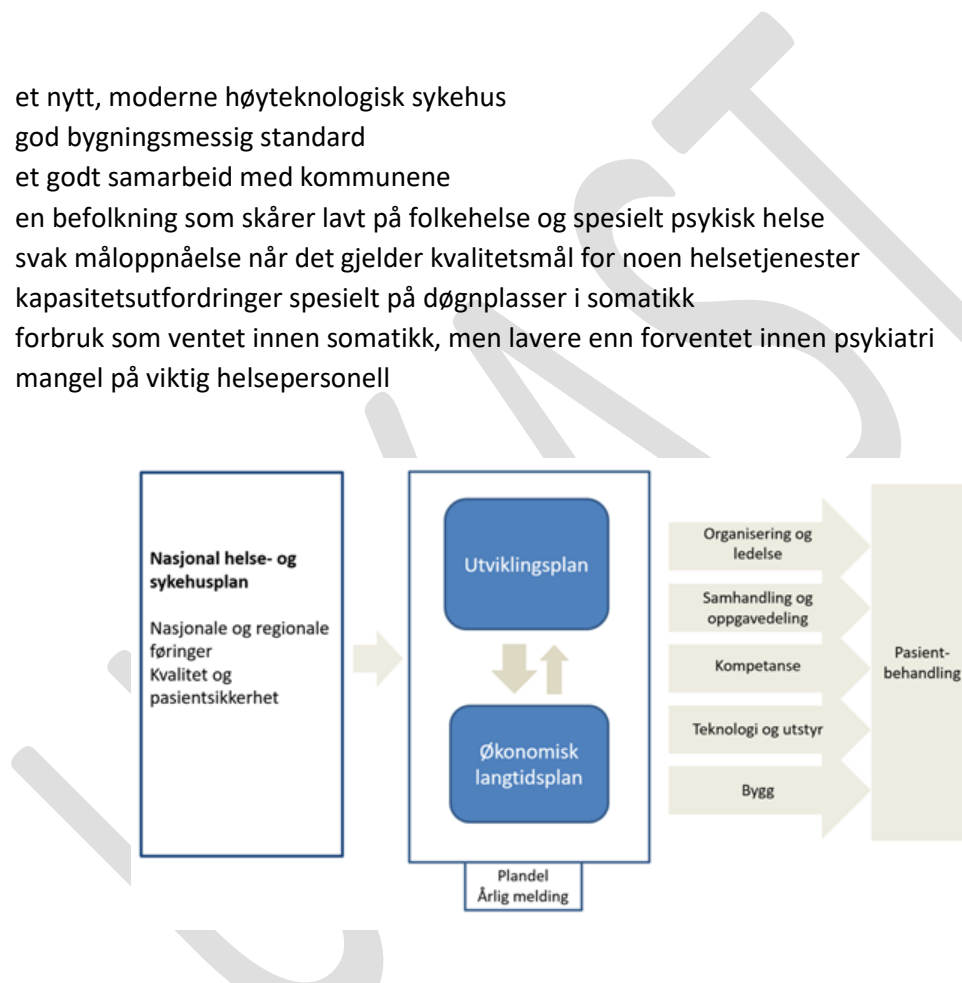
- befolkningens behov og forventninger endrer seg i tiden som kommer
- medisinsk og teknologisk utvikling vil endre helsetjenestene radikalt
- bemanning vil være den største framtidige utfordringen

Da må vi

- involvere pasienten i egen helsetjeneste
- ha treffsikre tjenester, rett pasient til rett tid
- unngå dobbeltarbeid i kommuner og spesialisthelsetjeneste
- ha høyere kvalitet og utvidet satsning på samhandling og brukermedvirkning

Vi har

- et nytt, moderne høyteknologisk sykehus
- god bygningsmessig standard
- et godt samarbeid med kommunene
- en befolkning som skårer lavt på folkehelse og spesielt psykisk helse
- svak måloppnåelse når det gjelder kvalitetsmål for noen helsetjenester
- kapasitetsutfordringer spesielt på døgnplasser i somatikk
- forbruk som ventet innen somatikk, men lavere enn forventet innen psykiatri
- mangel på viktig helsepersonell



5.2 Tiltak innen innsatsområdene

Sluttrapportene fra delprosjektene er vedlegg til utviklingsplanen.

Delprosjekt 1. Pasienter som har behov for både spesialisthelsetjenester og kommunale helsetjenester

Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP), vedtatt av Stortinget, har fastsatt at helsefelleskapene spesielt skal arbeide med fire prioriterte pasientgrupper.

Barn og unge

I Norge behandles om lag fem prosent av barn og ungdom i alderen 0–18 år hvert år i psykisk helsevern. 10 % av barn og unge med mest omfattende tjenestebruk stod for vel 60 % av ressursbruken og 99 % av alle oppholdsdøgnene i psykisk helsevern for barn og unge i 2016. Denne gruppen har stort behov for tjenester og tett oppfølging. Ofte kan problemene være sammensatte, og det gir ikke mening å forsøke å løse problemene hver for seg, eller ett av gangen. Stortinget har i NHSP vedtatt at tidlig innsats og samarbeid på

tvers av forvaltningsnivå innad i helse- og omsorgstjenesten og med andre kommunale tjenester er særlig viktig for denne gruppen.

Et underutvalg Helsefelleskap Østfold med representanter fra kommuner, sykehus (BUP/HABU), brukerutvalg, ungdomsråd og fastlegene er nedsatt og skal levere sin rapport 01.2.22. De skal utrede og foreslå tjenestebehov, tilbud, ansvar og rollefordeling mellom sykehus og kommuner og internt i de samme virksomhetene. I tillegg skal samhandlingsflater, manglende tilbud og ønsket pasientforløp beskrives. Dette arbeidet følges videre i Helsefelleskap Østfold.

Voksne med alvorlig psykiske lidelser og rusproblem

I psykisk helsevern for voksne står om lag 10 % av pasientene for om lag tre firedeler av ressursbruken. Mange har store og sammensatte behov, betydelige rusproblemer og somatiske utfordringer. Disse har behov for godt integrerte tjenester fra mange instanser i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten. FACT-team vil kunne bidra for å sikre likeverdige tjenester, gode overganger og høy kvalitet på tjenestene og må være et tilbud til alle i vårt opptaksområde.

Helsefelleskapet vil igangsette arbeidet høst/vinter 21/22. Erfaringer fra «Struktur for samhandling (Fredrikstad)» og «Storforbrukerprosjektet» vil danne grunnlag (sammen med styringsdata) for videre arbeid. En formell møteplass for strukturert samarbeid mellom sykehus, DPS, TSB og kommunene er etablert regionsvis gjennom helsefelleskapet. Dette er en viktig møteplass for praktisk samarbeid lokalt og det vil bidra til å gi bedre sammenheng og kvalitet i tjenestene som tilbys pasientene. Regionene i opptaksområdet har litt ulik tilnærming til dette arbeidet og helsefelleskapet må sikre at møtene i alle regionene har god kvalitet.

Skrøpelige eldre

Skrøpeligheit er en tilstand som særlig rammer eldre. Den kjennetegnes blant annet ved redusert muskelstyrke, utilsiktet vekttap og redusert motstandskraft mot sykdom. Disse pasientene har som regel et tilbud fra kommunal pleie- og omsorgstjeneste og legges hyppig inn på sykehus som øyeblikkelig hjelp for ulike tilstander. Blant de vanligste årsakene for innleggelse er fall, influensa og lungebetennelse, samt lidelser i sirkulasjonssystemet. Folkehelseinstituttet sine analyser viser at hvert sjettede sykehusopphold for eldre pasienter resulterer i reinnleggelse. Antall personer over 80 år vil nærmest doble seg innen 2037. Mange vil være friske, men pga. det høye antallet vil behovet for helse- og omsorgstjenester for denne aldersgruppa øke betydelig.

Utvikling av overordnet pasientforløp for eldre/pasienter med kroniske sykdommer/multisyke er under arbeid. Dette er et samarbeid mellom kommuner og sykehus der også brukere og fastleger deltar. Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) er oppdragsgiver og pasientforløpet er en videre utvikling av læringsnettverket arrangert av FHI/KS der kommuner og sykehus deltok. Første trinn, som er i gang er «Hva er innafor» og beskriver metode, retningslinje og eget verktøy for en forsterket utskrivning fra sykehus med detaljert behandlingsplan for oppfølging i kommunen. Målet er tidlig intervensjon, felles behandlingsmål og tiltaksplan. Resultatmålet er at aktuelle pasienter utsetter sykdomsforverring og dermed hindrer reinnleggelse.

Personer med flere kroniske lidelser

For denne gruppa er det et stort potensial for å forebygge utvikling av større behov for helse- og omsorgstjenester gjennom tidlig innsats og godt samarbeid. Kategorien alvorlig kompleks kronisk sykdom inkluderer pasienter med minst tre komplekse lidelser eller minst seks mindre komplekse lidelser. HSØ fant at dette utgjorde i underkant av 15 000 individer i spesialisthelsetjenesten i 2017. Dette er stormottakerne i spesialisthelsetjenesten og utgjorde om lag 220 000 liggedøgn det året. Kategorien moderat kompleks kronisk sykdom, utgjorde over 230 000 individer.

Skrøpelige eldre utgjør en stor del av denne gruppa og derfor er tiltakene en del av forrige punkt. Det vil bli behov for å samarbeide tett på flere ulike områder for å forbedre de samlede tjenestene

Delprosjekt 2. Kapasitetsbehov og organisering av psykisk helsevern og rusbehandling

Behandling av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hos barn og unge

Det forventes en stor økning av antall henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge. Det henvises flere barn og unge med store utfordringer. Dette omfatter også barn i barnevernsinstitusjon hvor kommunene i Østfold og Vestby er blant opptaksområdene med flest institusjoner. Institusjonene er kommunale, private eller under BUFETAT. Institusjonene huser ofte de mest utsatte og sårbare barna i opptaksområdet. Det er behov for flere tiltak som bidrar til å sikre individuell oppfølging av barn i og utenfor institusjon, som ressurser til ambulant oppfølging og spesialiserte team.

Nye satsningsområder

- bedre samhandlingen med kommunene i opptaksområdet
 - etablere ordninger der flere pasienter/familier får avklarende oppstartsamtaler der henvisningen ikke gir tilstrekkelig vurderingsgrunnlag
 - Inntaksarbeid prøves ut i samarbeid med enkelte kommuner (inntak ute)
 - utarbeide veikart for pasientforløp i samarbeid med kommunene i opptaksområdet på oppdrag fra Helsefelleskapet

Forebygging av selvmord

Forebygging av selvmord er et satsningsområde i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling. Satsningsområdet vil videreføres gjennom eksisterende systematiske opplæring.

Nye satsningsområder

- ta i bruk nye behandlingsmetoder
- forebygging ved ambulante pasientnære tjenester
- øke samhandlingen mellom TSB, psykisk helsevern og somatiske tjenesteområder i eget helseforetak

Redusert og riktig bruk av tvang

Nye satsningsområder

- en eventuelt ny tvangsbegrensningslov kan føre til endringer som kan gi økt behov for arealer, medarbeidere og døgnplasser. Utformingen av helsetjenesten og helsepersonellet må tilpasse seg utviklingen blant annet gjennom kompetansebygging, holdningsskapende arbeid, nye metoder som et alternativ for tvang, og økt dialog og samhandling med bruker- og pårørendeorganisasjoner og kommunene.

Oppfølging av ROP-lidelser (Rus og psykiske lidelser)

TSB er integrert som en del av nytt ø-hjelpsforløp i psykisk helsevern. Det er opprettet FACT team i Fredrikstad og Sarpsborg. Det er gjennom samhandlingsavtaler planlagt oppstart av FACT team i Halden og Moss. I tillegg er samarbeid med NAV om Individuell jobbstøtte (IPS) ved fire av fem poliklinikker. Dette er et viktig tiltak og skal videreutvikles.

Nye satsningsområder

- utvikle og utvide bruk av videokonsultasjoner og andre digitale verktøy
- innføre pasientforløp overdose og døgnkontinuerlig tilgang til legeressurs på vakt i TSB

Alkohol og helse

En rekke sykdommer er alkoholrelaterte og en stor andel av innleggelses til somatiske avdelinger i sykehuset har sitt opphav i skadelig bruk av alkohol. Det er viktig at disse underliggende problemene avdekkes gjennom gode kartleggingsrutiner i somatiske avdelinger, slik at rett hjelp kan tilbys. I psykisk helsevern for øvrig, vil mange pasienter ha et problemfylt forhold til alkohol. Skadelig bruk av alkohol kan tilsløre og forsterke psykiske helseutfordringer.

Nye satsningsområder

- SØ vil utvikle samhandlingen mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB, herunder sikre at pasienter blir kartlagt for problemfylt bruk av alkohol og får behandling for dette
- legge til rette for polikliniske avrusninger som alternativ til innleggelse

Oppfølging ved utviklingsforstyrrelser

I de siste 20 årene er det fremlagt flere rapporter som peker på at habiliteringstjenestene i Norge gir ulikt tilbud og at det er manglende ressursmessig prioritering. Ulikhetene i tilbudene handler både om kapasitet, kompetanse, organisering og ressurser. I tillegg er det mangel på faglige retningslinjer.

Det er behov for å utarbeide en samlet regional fagplan for habilitering. Fagplanen vil inneholde prioriterte tiltak for videre utvikling, både på kort og lang sikt, og ivareta behovet for en styrking av habiliteringstjenestene og utvidelse av periodevis intensive tilbud. SØ vil følge opp dette arbeidet i opptaksområdet.

Delprosjekt 3. Gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus sammen med kommunene

Den akuttmedisinske kjeden omfatter de tiltak og tjenester som er etablert for å yte nødvendig medisinsk hjelp ved akutt, behandlingstrengende sykdom. (.....)

I den akuttmedisinske kjeden der tidsfaktoren er viktig, betyr det at mangelfulle ressurser tidlig i kjeden (prehospitalt), ikke kan kompenseres fullt ut ved godt utbygde tjenester senere i kjeden (sykehus). Tilstrekkelige ressurser tidlig i kjeden er blant de viktigste betingelsene for at pasienter som trenger tjenester sent i kjeden, kan nyttiggjøre seg disse. (NOU 1998:9, s 14).



Den akuttmedisinske kjeden omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjenesten, akuttmottak i spesialisthelsetjenesten, kommunal legevakt, fastlegetjenesten, kommunale akutte døgnplasser (KAD), kommunalt helsepersonell i vakt og psykososialt støttearbeid i forbindelse med akutte hendinger. Samarbeidet i den akuttmedisinske kjede er i Østfold regulert blant annet gjennom felles samarbeidsavtale i helsefellesskapet: Retningslinje 11 b: *Plan for den akuttmedisinske kjede* (ref. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2,11). Formålet med avtalen er å sikre at befolkningen får faglig forsvarlige akuttmedisinske tjenester i og utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp. Gjennom denne avtalen forplikter partene seg til å utvikle og samarbeide om den akuttmedisinske kjeden i Østfold.

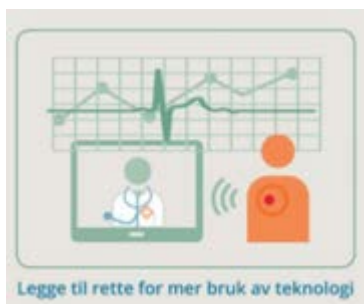
Utvalg for akuttmedisinsk beredskap (UFAB) er et underutvalg av Strategisk samarbeidsutvalg (SSU), med representanter fra både spesialist- og kommunehelsetjeneste. UFAB har mandat til å overvåke og utvikle samarbeidet i den akuttmedisinske kjede. SØ har hatt en prosess med kommunene gjennom UFAB og SSU. Partene har konkludert med at det er behov for en felles gjennomgang av de akuttmedisinske tjenestene. Arbeidet planlegges gjennomført første halvdel av 2022.

Gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene

Dokumentet *Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak – nasjonal faglig retningslinje* er nylig revidert av en nasjonal arbeidsgruppe. Dokumentet er sendt på høring fra Helsedirektoratet i november 2021. SØ har gitt høringssvar. Det planlegges en helhetlig gjennomgang av organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottaket så snart endelig dokument foreligger.

Delprosjekt 4. Spesialisthelsetjenester i pasientens hjem ved hjelp av teknologi

SØ har en arbeidsgruppe som skal sette mål for å flytte spesialisthelsetjenester til pasientens hjem ved hjelp av teknologi. Arbeidsgruppen har sett størst potensial for pasientgruppene skrøpelige eldre, kreftpasienter og pasienter med psykiske sykdommer og rusmisbruk.



Generell forutsetning: implementering av et felles IKT-overbygg/paraply over journalsystemene som sikrer god elektronisk kommunikasjon og datatilgang for aktørene. Brukerstøtte for pasient og teknologistøtte er avgjørende for et vellykket resultat.

Generell risiko/flaskehals: driftskostnader forflyttes til kommunehelsetjenesten; vanskelig å synliggjøre samfunnsøkonomisk nytte når besparelsene kommer etter hvert; lav digital modenhet/kompetanse hos mange av pasientene.

Skrøpelige eldre og demente eldre

Differansen mellom gjennomsnittlig antall forventede friske leveår (ca. 71 år) og gjennomsnittlig totale leveår (ca. 84 år) vil, sammen med demografisk alderssammensetning, gjøre at gruppen skrøpelige eldre vil øke med rundt 34 % i nedslagsområdet frem mot 2040. Pasientgruppen er heterogen med tanke på sykdomspanorama, men fellestrekk er nedsatt muskelstyrke, kognitiv funksjon og balansesans, og nedsatt reservekapasitet ved akutte tilstander som infeksjoner. Innovasjons- og samhandlingsprosjekter rettet mot denne pasientgruppen er foreløpig i tidlige faser.

Mål: Så mange som mulig lever i eget hjem selv om de har dårlig helse. Spesialisthelsetjenesten kobler seg på eksisterende løsninger i hjemmet. Sykdomsforverring eller nyoppståtte tilstander fanges opp tidligere og monitoreres tettere gjennom pasientforløp med hovedhensikt å opprettholde høyest mulig funksjonsnivå.

- Måleparameter: Antall overliggedøgn etter USK, reinnleggelser. Frekvens digital vs. fysisk poliklinikk, Andel skrøpelige eldre med avstandsoppfølging. Antall transporter av skrøpelig eldre. Utvikling i samhandlingsavvik.

Mål: Unngå unødvendig flytting av pasienter med dårlig helse fra sykehjem til sykehus. Dette krever god støtte fra spesialisthelsetjenesten til behandlere og pleiepersonell på kommunale institusjoner.

- Måleparameter: Antall innleggelser fra sykehjem. Andel skrøpelige eldre på kommunal institusjon med iverksatt digital legevisitt fra SØ. Antall akutte ambulanseoppdrag.

Kreftpasienter

«Demografisk framskrivning av aktivitet innen spesialisthelsetjenesten for perioden fram mot 2030» viser at vi i fremtiden får flere pasienter med blant annet kreftsykdommer, samtidig som medisinskteknologisk utvikling er i rivende utvikling både innen utredning og behandling.

Det forventes en signifikant økning i antall kreftpasienter (pasienter med maligne blodsykdommer eller svulster) med aldrende befolkning. Nye screeningsprogrammer, medikamenter og operasjonsteknikker fører til kurativt forløp hos flere, noe som krever økt ressursbruk. Innovasjonspartnerskapet «Nyskapende pasientforløp» mellom kreftavdelingen, Innovasjon Norge og leverandører av teknologi er ferdig med utviklingsfasen og SØ er i gang med å forberede kjøpsbeslutning.

Mål: Så mange som mulig mottar oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i eget hjem. Dette er tryggere for pasientene med tanke på smitterisiko, og vil øke mestring samtidig som det reduserer belastningen pasientene opplever i form av reising og tidsbruk.

- Måleparameter, forslag: Andel digital kreftpoliklinikk. Andel pasienter med utstyr for blodprøvetaking i hjemmet.

Palliative behandlingsforløp

Mål: Så mange som mulig mottar lindring, støtte og behandling fra spesialisthelsetjenesten i hjemmet (eller i palliative enheter i kommunene/hospice). Dette gir bedre kvalitet på behandlingen i et palliativt forløp, nødvendig intervensjon skjer raskere og under trygge rammer i hjemmet.

- Måleparameter, forslag: Antall palliative tilsyn i hjemmet. Antall innleggelser i SØ på grunn av forverring/smerter. Pasientevaluering av tilbudet.

Pasienter med psykiatriske sykdommer og/eller rusmisbruk

Pasientgruppen er heterogen med tanke på sykdomspanorama og rusmidler, men særlige fellestrekk er redusert etterlevelse og oppmøtekompetanse. Pasienter med de mest alvorlige psykiske lidelsene eller rusmisbruk har ofte redusert somatisk helsetilstand og lever i gjennomsnitt vesentlig kortere enn befolkningen for øvrig. Hos pasienter med milde/moderate lidelser brukes verktøyene Checkware og eMestring.

Mål: Bruk av teknologiske hjelpemidler i hjemmet gir økt tilgang på spesialisthelsetjenester og dermed bedre mulighet til å foreta nødvendige forbedringsintervensjoner i pasientforløpet.

- Måleparameter, forslag: Antall og andel behandlingsopplegg på videokonsultasjon/digital plattform. Andel brutte behandlingsopplegg på digital plattform. Andel ikke-møtt på videokonsultasjon/digital plattform versus tradisjonell konsultasjon.

Generelt

Det vil i framtiden oppstå både nye behov og nye satsingsområder, også utenfor de definerte pasientgruppene. Det må derfor utredes om spesialisthelsetjenester utenfor sykehuset i pasientens hjem bør organiseres i en egen paraplyenhet, som kan både utvikle, forvalte og prioritere nye metoder og satsingsområder. Alternativt er tjenesten tilknyttet det enkelte fagområde og prioritering av framtidige satsingsområder foretas i et eget tverrfaglig utvalg.

Delprosjekt 5 Kompetanseplan – spesielt prioritere sykepleiere og helsefagarbeidere

Kompetanseplanen må ta hensyn til den teknologiske utviklingen, sykdomsutviklingen og fremtidig tilgang på helsepersonell. Framskrivningen viser spesielt mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere, og disse to gruppene vil bli prioritert.

Det må settes inn tiltak for å utdanne, rekruttere, beholde, mobilisere og utvikle kritisk viktig kompetanse. God personellplanlegging legger også grunnlaget for kompetanseplanleggingen, og det er viktig med langsiktige rekrutteringsplaner. Gode verktøy for framskrivninger av bemanning er avgjørende.

Den teknologiske utviklingen gjør at det blir vanskeligere å skille digital kompetanse fra annen kompetanse i et fag eller et område. Utviklingen vil føre til både automatisering av oppgaver og ny oppgavedeling mellom yrkesgrupper. Medarbeiderne må ha enda større breddekompetanse dvs. kompetanse til å jobbe på tvers, spisskompetanse både innen eget fagområde og innen teknologi, omsetningskompetanse fra teori til praksis og endringskompetanse. Oppgaver må løses og fordeles på nye måter, og oppgavene må løses av team, både på tvers av yrkesgrupper, fagområder og institusjoner. Teknologi vil være en naturlig del av dette.

Prioriterte veivalg (se vedlegg for nærmere beskrivelse)

1. Livslang læring, mestring og kompetanseutvikling
2. Spesialutdanning av sykepleiere
3. Spesialistutdanning av leger (LIS)
4. Oppgavedeling og kompetansesammensetning
5. Praksisstudier og lærlingeordningen
6. Samarbeid med utdanningssektoren
7. Lederkompetanse
8. Kompetansedeling med kommunene
9. Behov for kompetanse og kapasitet i en pandemisituasjon



5.3 Tiltak i planperioden

Tiltak for å møte fremtidig behov for helsetjenester

Stråle- og somatikkbygg Kalnes

SØ har fått klarsignal fra HSØ om å starte arbeidet med prosjektinnramming for SØ 2040 for å utrede fremtidig kapasitet somatikk, samt kreft- og strålebehandling. Prosjektinnrammingen er første steg i tidligfaseplanlegging av sykehusbygg. Styret for HSØ må godkjenne oppstart av prosjektinnrammingen. Konsekvenser av valg/tiltak og effekten av endringene vil utredes i prosjektinnrammingen og underveis i konseptfasen.

Kapasitet

Den somatiske døgnkapasiteten i SØ ligger under det faktiske behovet. I framskrivningen som ble gjort i rapporten «Evaluering av nytt østfoldsykehus» (HSØ-styresak 064-2020), er det beregnet en manglende kapasitet på 60 senger i 2020, 80 senger i 2025 og 100 senger i 2030. Den viktigste utviklingen for SØ er å øke sengekapasiteten, på både kort og lang sikt.

Akuttmottaket på Kalnes har siden starten hatt utfordringer knyttet til areal for både pasienter, pårørende og medarbeidere. I perioder med høy aktivitet er det opp mot 40 % flere pasienter enn akuttmottaket er dimensjonert for å håndtere. Målet er at det nye akuttmottaket skal stå klart i løpet av 2023. Utvidelsen av akuttmottaket bygges i én etasje, men planlegges for tre ekstra etasjer slik at det er mulig å bygge på i høyden senere.

Utredning av PCI og trombektomi ved SØ

Det er ønskelig å utrede om SØ skal behandle PCI og trombektomi. For begge prosedyrene har SØ et tilstrekkelig volum for å kunne etablere dette og det er enighet i fagmiljøene om at disse behandlingene ville være ønskelige på sikt. Lokal behandling vil kunne sikre ytterligere helsegevinst for disse pasientgruppene med mindre reising og bedre tilgjengelighet.

Psykisk helsevern og rus

Det er behov for økt døgnkapasitet til de alvorligst syke (psykose, rusutløst psykose, bipolar lidelse, spiseforstyrrelser og barn og unge). Kapasiteten kan økes gjennom å forskyve behandling fra døgn til poliklinikk for dem som kan hjelpes ved polikliniske tjenester. Det er samtidig behov for en større poliklinisk vekst (alvorlig psykisk lidelse, barn og unge, eldre, ruslidelser, spiseforstyrrelser og posttraumatiske stresslidelser).

I tillegg må vi utnytte ny kunnskap og teknologi og videreutvikle oppsøkende poliklinisk behandling i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Senter for laboratoriemedisin

SØ vil følge den laboratoriediagnostiske utviklingen, og utviklingen fra manuelle til automatiserte arbeidsprosesser for å kunne gi et fullverdig laboratoriediagnostisk tilbud. Diagnostikken dreier mot persontilpasset medisin, bruk av AI (kunstig intelligens) og annen nyutviklet og tverrfaglig laboratoriediagnostikk. Dette vil kreve utskifting og endringer av nåværende instrumentpark og rekruttering av ny kompetanse og andre profesjoner.

SØ venter på innføring av digital patologi som vil bedre arbeidsprosessen innen patologifaget og vil gi sikrere og raskere diagnostikk.

Senter for laboratoriemedisin har utestasjoner lokalisert i eller i tilknytning til legevakt og helsehus i Fredrikstad, Moss, Halden, Askim og Sarpsborg. Utestasjonene har muligheter til større grad å bistå kommunene med diagnostikk nærmere pasienten og gi et bedre beslutningsgrunnlag ved vurderingen av innleggelse i akuttmottak eller behandling lokalt. Senter for laboratoriemedisin ønsker å vurdere om utestasjonene kan ha en sterkere rolle i samhandling med kommunehelsetjeneste og legevakten. Denne samhandlingen fordrer tilgang på mer areal og ressurser ved utestasjonene.

Bilediagnostikk

MR vil ha viktig rolle, sammen med gen-diagnostikk i persontilpasset medisin. MR gir særlig mye informasjon om bløtvev, derfor vil MR-funksjonsdiagnostikk få en mer sentral betydning. Det vil være økt indikasjon for bruk av MR innenfor en rekke kliniske fagområder, og dermed kraftig vekst av MR-undersøkelser og MR-maskiner.

Innenfor CT vil det bli betydelig vekst, særlig innenfor kreftsykdommer, mens konvensjonell røntgendiagnostikk (thoraks/skjelett) vil trolig være uendret eller gå noe ned. Ultralyddiagnostikk vil trolig gå ytterligere ned og vil erstattes av CT/MR.

Non-vaskulær intervensjon antas å få noe vekst. Det kan bli vekst i biopsier ved økt persontilpasset medisin. Angiografi vil trolig være uendret, på sikt vil det være nedgang.

Arbeidsprosesser i bildediagnostikk vil endre seg ved bruk av IKT-baserte verktøy for radiologisk granskning, dette vil være viktig for å møte veksten av bildediagnostikk. Det ventes økt bruk av standardisering og utvikling av strukturerte svarrapporter. De mest aktuelle verktøyene vil trolig være AI-basert beslutningsstøtte for bildegranskning.

Kvinne barn

Gruppen fødende endrer seg med et økende antall risikosvangerskap, blant annet på grunn av de fødende er eldre enn tidligere og hyppigere forekomst av overvekt. Tilbudet må endres i takt med pasientpopulasjonens behov.

Pandemi - intensiv

I lys av pandemien skal SØ utrede fremtidige behov for intensivkapasitet. Utredningen skal omfatte organisering, kompetanse, antall plasser og utstyrsnivå. Arbeidet skal bygge på HSØ sin framtidige behovsanalyse og plan for å sikre kapasitet og kompetanse. Utredningen må ivareta variasjoner i behov og skal bidra til å ivareta behovet for å utdanne, rekruttere og beholde intensivsykepleiere og deres kompetanse.

Døgnplasser i rehabilitering

SØ ønsker i planperioden å utrede behovet for døgnplasser innen rehabilitering.

5.4 Ønsket utviklingsretning

Kvalitet

Vi bygger våre tjenester på kunnskap, hva som har dokumentert effekt og et aktivt og kontinuerlig arbeid for å utnytte ressurser og muligheter i vårt opptaksområde. Uønsket variasjon blant annet gjennom bruk av helseatlas brukes aktivt både i faglig normering og styring for å støtte forbedringsarbeidet. Styringsinformasjon er tilgjengelig på alle nivåer. Ledere med handlingsrom og beslutningsstøtte gjennomfører nødvendig forbedringsarbeid. Det er god meldekultur og åpenhet om uønskede hendelser. Kunnskap om hva som virker er kjent, medarbeidere bruker ikke verdifull tid på behandling med liten effekt.

Organisering og ledelse

Hvor vil vi?

Mål: Pasienter, pårørende og helsepersonell i Østfold opplever en helsetjeneste der SØ og kommunene samarbeider tett og målrettet for å gi trygge, forutsigbare og gode tjenester.

Ledelse er en av de viktigste forutsetningene for å nå våre mål. Lederskapet skal bygge en organisasjon med evne til hele tiden å utvikle nye og innovative løsninger på de utfordringene sykehuset står ovenfor. For å utvikle og drive framtidens sykehus, skal ledelsen profesjonalisere sin evne til å samhandle, overvåke og styre helsetjenesten. Kompetente og motiverte medarbeidere med nødvendige rammebetingelser er nøkkelen til suksess. SØ skal derfor ha en lederkultur der lederne er raus, tydelige og modige, og hvor den enkelte leder baserer sin ledelse på tillit, involvering og dialog. Lederne i sykehuset skal bruke mer av sin tid til å lede og utvikle pasientens helsetjeneste og arbeidsmiljøet, og mindre tid til å administrere. Systemene og verktøyene lederne bruker i sin lederhverdag skal forenkles, den enkelte skal ha løpende tilgang på oppdaterte nøkkeltall og resultater på egne kvalitetsindikatorer, lederkompetansen skal heves og ledergruppene skal utvikles.

Hvordan skal vi jobbe i fremtiden?

- Pasienten kan forvente å delta aktivt i egen utredning og behandling og er forberedt i sitt møte med sykehuset.
- Pasienten opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommunen der spesialisthelsetjenester gis fysisk eller virtuelt, på sykehuset, hjemme hos pasienten, i ambulant virksomhet, i kommunehelsetjenesten og sammen med andre helsetjenester.
- SØ bruker innovative metoder og moderne medisinske og teknologiske muligheter.
- Helsetjenestene i opptaksområdet utvikles sammen med fastleger, kommuner, andre sykehus og helsetjenester der vi lærer av hverandre og gjør hverandre gode.
- SØ skaper god pasientflyt gjennom å redusere og eliminere flaskehals, – internt i sykehuset og i overgangen mellom sykehuset og eksterne samarbeidspartnere.

Samhandling og oppgavedeling

Helsefelleskapet Østfold er basis for utvikling av helsetjenester i opptaksområdet fram mot 2037. I en fremtid med flere oppgaver og vanskelig ressursituasjon er et effektivt samarbeid nødvendig. Derfor må sykehus og kommuner samhandle godt slik at vi organiserer oss på en effektiv måte for å utnytte ressursene best mulig.

Hvor vil vi?

SØ skal være et utadvendt sykehus som er til stede nærmere pasienten.

Satsningsområder for helsefelleskapet:

- Barn og unge
- Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusproblem

- Skrøpelige eldre
- Mennesker med flere kroniske lidelser

SØ arbeider i nettverk med andre helseforetak og med videregående skoler, høyskoler og universitet i opptaksområdet.

Sykehuset må samhandle internt med utredning og behandling av pasienter med komplekse tilstander. Sykehuset ønsker å behandle flest mulig av pasientene i opptaksområdet i eget helseforetak. Pasienter unngår unødvendig reising utenfor opptaksområdet. Dette er spesielt viktig for pasienter som trenger hyppig kontakt med helsetjenesten.

Kompetanse

Alle medarbeidere skal ha kontinuerlig kompetanseutvikling. Kompetanseplan må ta hensyn til den teknologiske utvikling og fremtidige behov for nye arbeidsformer, spesielt teamarbeid. Forskning er integrert i praksis og bidrar til god kvalitet, kompetanseutvikling og kunnskapsbasert praksis. Sykehus og kommune deler kompetanse og lærer av hverandre.

Vi planlegger behov for kompetanse på kort, mellomlang og lang sikt, i tett samarbeid med kommunene og ansattes organisasjoner. Utdanning og rekruttering er naturlige virkemidler i dette arbeidet.

Teknologi og utstyr

Tjenester som tidligere krevde oppmøte hos helsepersonell eller at helsepersonell møttes fysisk, ytes til pasientene ved hjelp av videokonsultasjoner, oppfølging basert på pasientrapporterte data og sensorteknologi og nettbaserte behandlingsprogram. For sårbare pasientgrupper flyttes det medisinske utstyret dit pasienten er – ikke omvendt. Pasientene opplever økt grad av mestring, et mer tilpasset tilbud og at sykdomsutvikling fanges opp tidligere. Både pasienter og helsepersonell unngår unødvendige reiser. Felles journalsystem for kommuner og sykehus er en forutsetning for å lykkes med sammenhengende tjenester for pasientene.

Bygg

SØ har to-strukturmodell som er videreutviklet med Kalnes som akuttsykehus og Moss som sykehus med planlagt virksomhet. Moss skal videreutvikles med dagbehandling og dagkirurgi.

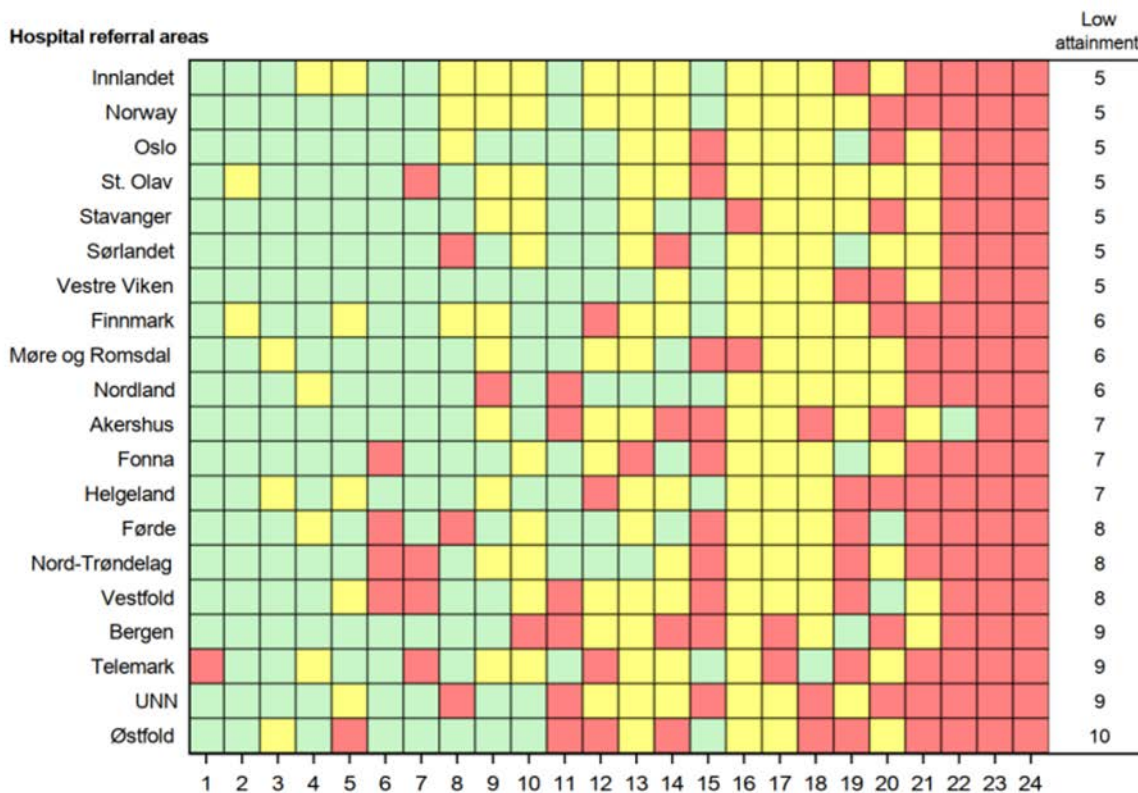
SØ har startet et arbeid for å utrede somatisk behandlingsskapitet og strålekapasitet i opptaksområdet. Det er planer for å utvide akuttmottaket og etablere ytterligere en MR. I tillegg er det planer om å bygge ambulansestasjoner i Sarpsborg og Halden.

Folkehelse

Folkehelseutfordringene i opptaksområdet er en del av satsingen i helsefellesskapet. Kommunen og SØ kan for eksempel samarbeide om tilbudet til diabetespasienter. Fysisk aktivitet er viktig for mestring av sykdom og bedring av helsetilstanden for pasienter som er i aktiv utredning og behandling.

VEDLEGG

Helseatlas - geografisk variasjon i måloppnåelse



| Indikator | | |
|--|--|--|
| 1. Colon cancer, survival ++ | 9. Prostate cancer, clear surgical margin | 17. Diabetes in children, HbA1c < 53 mmol |
| 2. Stroke, thrombolysis | 10. Vascular surgery, carotid stenosis | 18. Hip fractures, surgery 48 h. |
| 3. Breast cancer, primary surgery | 11. Rectal cancer, without relapse ++ | 19. Lung cancer, survival |
| 4. Lung cancer, curative therapy | 12. Diabetes in adults, HbA1c < 75 mmol | 20. Diabetes in children, HbA1c < 75 mmol |
| 5. Diabetes in adults, HbA1c <= 53 mmol | 13. Breast cancer, breast-conserving surgery | 21. Heart attack STEMI, reperfusion |
| 6. Rectal cancer, laparoscopy ++ | 14. Kidney, hemodialysis | 22. Kidney, home dialysis ++ |
| 7. Prostate cancer, radical treatment ++ | 15. Colon cancer, laparoscopy ++ | 23. Invasive cardiology, pressure measurement ++ |
| 8. Hip fractures, cemented stem | 16. Heart attack non-STEMI, examined 72 h. | 24. Kidney, BP < 130/80 |

Source: The Norwegian National Medical Quality Registries / NIPH / Statistics Norway



Tabell nedenfor viser endringen i antall innbygger i Norge over opptaksområder frem til 2040 basert på SSB framskriving av 2020 hovedalternativ.

Tabell 1 Befolkningsframskriving hovedalternativ SSB 2020 til 2050 etter opptaksområder i Norge (opptaksområder = 2020)

| Opptaksområde | 2020 | 2040 | Endring % |
|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Akershus universitetssykehus HF | 579 099 | 670 672 | 16 % |
| Diakonhjemmet Sykehus | 142 123 | 164 183 | 16 % |
| Finnmarksykehuset HF | 75 472 | 77 375 | 3 % |
| Helgelandssykehuset HF | 77 863 | 75 394 | -3 % |
| Helse Bergen HF | 456 500 | 502 849 | 10 % |
| Helse Fonna HF | 180 398 | 183 676 | 2 % |
| Helse Førde HF | 108 404 | 106 391 | -2 % |
| Helse Møre og Romsdal HF | 271 201 | 281 342 | 4 % |
| Helse Nord Trøndelag HF | 149 508 | 152 256 | 2 % |
| Helse Stavanger HF | 371 121 | 412 959 | 11 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus | 156 788 | 170 295 | 9 % |
| Nordlandssykehuset HF | 138 145 | 140 255 | 2 % |
| Oslo universitetssykehus HF | 282 930 | 319 777 | 13 % |
| St. Olavs hospital HF | 313 231 | 349 659 | 12 % |
| Sykehuset i Vestfold HF | 246 041 | 269 397 | 9 % |
| Sykehuset Innlandet HF | 338 965 | 352 609 | 4 % |
| Sykehuset Telemark HF | 173 355 | 178 614 | 3 % |
| Sykehuset Østfold HF | 317 489 | 355 323 | 12 % |
| Sørlandet Sykehus HF | 307 231 | 333 985 | 9 % |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge HF | 193 066 | 197 915 | 3 % |
| Vestre Viken HF | 488 650 | 546 690 | 12 % |
| Norge | 5 367 580 | 5 841 616 | 9 % |

Vår dato
09.12.2021Vår referanse
21/04294

Tabell 5 Framskrivning av befolknings sammensetning etter alder over opptaksområder Norge 2020-2040, SSB hovedalternativ (opptaksområder = 2020)

| Opptaksområde | 2020 | | | 2040 | | | Endring i % | | |
|------------------------------------|-----------|-----------|----------------|-----------|-----------|----------------|-------------|----------|----------------|
| | 0-17 år | 18-64 år | 65 år og eldre | 0-17 år | 18-64 år | 65 år og eldre | 0-17 år | 18-64 år | 65 år og eldre |
| Akershus universitetssykehus | 127 913 | 359 440 | 91 746 | 131 160 | 384 898 | 154 614 | 3 % | 7 % | 69 % |
| Diakonhjemmet Sykehus | 26 094 | 93 251 | 22 778 | 26 708 | 99 603 | 37 873 | 2 % | 7 % | 66 % |
| Finnmarksykehuset | 14 708 | 46 801 | 13 963 | 13 501 | 42 550 | 21 324 | -8 % | -9 % | 53 % |
| Helgelandssykehuset | 15 368 | 45 804 | 16 691 | 13 101 | 39 072 | 23 221 | -15 % | -15 % | 39 % |
| Helse Bergen | 97 183 | 284 449 | 74 868 | 93 854 | 292 354 | 116 641 | -3 % | 3 % | 56 % |
| Helse Fonna | 40 226 | 106 747 | 33 425 | 34 145 | 99 925 | 49 606 | -15 % | -6 % | 48 % |
| Helse Førde | 23 259 | 63 033 | 22 112 | 19 808 | 55 682 | 30 901 | -15 % | -12 % | 40 % |
| Helse Møre og Romsdal | 56 736 | 160 659 | 53 806 | 51 238 | 152 295 | 77 809 | -10 % | -5 % | 45 % |
| Helse Nord Trøndelag | 31 438 | 86 770 | 31 300 | 28 057 | 79 974 | 44 225 | -11 % | -8 % | 41 % |
| Helse Stavanger | 87 713 | 230 547 | 52 861 | 82 848 | 237 797 | 92 314 | -6 % | 3 % | 75 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus | 22 154 | 121 277 | 13 357 | 22 730 | 126 136 | 21 429 | 3 % | 4 % | 60 % |
| Nordlandssykehuset | 27 359 | 82 956 | 27 830 | 24 588 | 76 206 | 39 461 | -10 % | -8 % | 42 % |
| Oslo universitetssykehus | 60 429 | 186 022 | 36 479 | 61 849 | 198 623 | 59 305 | 2 % | 7 % | 63 % |
| St. Olavs hospital | 63 850 | 198 209 | 51 172 | 63 569 | 206 650 | 79 440 | 0 % | 4 % | 55 % |
| Sykehuset i Vestfold | 49 855 | 147 543 | 48 643 | 47 679 | 146 950 | 74 768 | -4 % | 0 % | 54 % |
| Sykehuset Innlandet | 64 236 | 200 744 | 73 985 | 60 435 | 188 610 | 103 564 | -6 % | -6 % | 40 % |
| Sykehuset Telemark | 33 900 | 103 172 | 36 283 | 31 074 | 95 762 | 51 778 | -8 % | -7 % | 43 % |
| Sykehuset Østfold | 65 139 | 190 709 | 61 641 | 63 617 | 195 898 | 95 808 | -2 % | 3 % | 55 % |
| Sørlandet Sykehus | 67 195 | 185 696 | 54 340 | 63 515 | 186 253 | 84 217 | -5 % | 0 % | 55 % |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge | 37 747 | 118 482 | 36 837 | 34 870 | 110 051 | 52 994 | -8 % | -7 % | 44 % |
| Vestre Viken | 106 106 | 294 845 | 87 699 | 103 508 | 303 462 | 139 720 | -2 % | 3 % | 59 % |
| Norge | 1 118 608 | 3 307 156 | 941 816 | 1 071 854 | 3 318 750 | 1 451 012 | -4 % | 0 % | 54 % |

Vår dato
09.12.2021Vår referanse
21/04294

Vedlegg

Pågående prosjekter

| Prosjekt | Lokalt/ regionalt |
|--|--|
| Blodgiverapplikasjon | lokalt |
| Digitale brev til pasient_ delprosjekt tilleggsoppdrag (klart språk) | regionalt |
| Mine henvisninger, mottak | regionalt |
| Innføring av CheckWare i psykisk helsevern | lokalt |
| Erstatte MinJournal | regionalt |
| Mine timeavtaler, mottak | regionalt |
| DMA - Digitalt mediearkiv, bredding | lokalt |
| DMA - Ta bilder med mobil app i pasientbehandling | lokalt |
| DMA - Videoopptak i pasientbehandling (psykiskhelsevern) | lokalt |
| Digital samhandlingsplattform kompetanse, fase 2 | samhandling med mellom USHT Viken (Østfold), Sarpsborg kommune (som representant for kommunene), HiØ og SØ |
| Dimensjonering og kapasitetsutvikling kort sikt | lokalt |
| Driftsendring pasientservice og booking | lokalt |
| Døgnplasser Kalnes | lokalt |
| Poliklinikk og dagbehandling Moss og Kalnes | lokalt |
| IHR mottaksprosjekt (Dips interactor) | regionalt |
| Innføring E-Mestring i psykisk helsevern, mottak | regionalt |
| Heltidstillinger | lokalt |
| HIMSS reklassifisering | lokalt |
| Mobilapp for blodprøvetaking | lokalt |
| Ny datavarehusløsning | lokalt |
| Implementering av fullskala kompetanseportal | regionalt |
| Innovasjonspartnerskap, Nyskapende pasientforløp | lokalt |
| Innovasjonspartnerskap 2 Prøvetaking og analyse hjemme | lokalt |
| PPH presisjonsproduksjon av helsetjenester | lokalt |
| MR 4 Kalnes | lokalt |
| News integrasjon | lokalt |
| Regional fosterdiagnostikk, mottaksprosjekt | regionalt |
| Samhandling mellom SØ og kommunene | lokalt |
| Statistisk logganalyse | regionalt |
| STIM (infrastrukturmodernisering) | regionalt |
| Talegjenkjenning, gjennomføring | lokalt |
| Sterilforsyning SØ, forprosjekt | lokalt |
| Innføring av Teams | regionalt |
| Optimalisering av drift i kvinneklinikken | lokalt |
| Intertransport, forbedringsprosjekt | lokalt |
| Utreiseenhet, forprosjekt | lokalt |
| Utviklingsplan | regionalt |
| Opptrapping av SØs kapasitet for kliniske behandlingsstudier | lokalt |
| Veilede veiledere | lokalt |
| Byggprosjekter | |
| Utvidelse akuttmottaket, konseptrapport steg 2 | lokalt |
| Samlokalisering psykisk helsevern og rusbehandling i St. Joseph, eie | lokalt |
| Ny ambulansestasjon Halden | lokalt |
| Ny ambulansestasjon Sarpsborg | lokalt |
| Kommunikasjonsrom SØ | lokalt |