



Utviklingsplan 2022-2037

Litt bedre hver dag

Styregodkjent 25.04.2022

Innhold

Sammendrag	3	5.3 Tiltak i planperioden -	
Sykehuset Østfold - på vei mot framtiden	5	Tiltak for å møte fremtidig behov for helsetjenester	30
1. Bakgrunn og historikk	7	Stråle- og somatikkbygg Kalnes	30
1.1 Historikk for helseforetaket	7	Kapasitet	30
1.2 Gjennomføring av prosjekt Utviklingsplan 2022-2037	7	Utredning av PCI og trombektomi ved SØ	30
2. Nåsituasjon	8	Dialyse	30
2.1 Hvor langt har SØ kommet i gjennomføring av siste utviklingsplan?	8	Psykisk helsevern og rus	30
2.2 Organisering av aktiviteten i SØ	10	Senter for laboratoriemedisin	30
2.3 Virksomhetsprofil	12	Bilddiagnostikk	31
2.4 Samarbeid	14	Kvinne - barn	31
2.5 Klima- og miljømål	16	Pandemi – intensiv	31
2.6 Fag- og forskningsprofil	16	Døgnplasser i rehabilitering	31
2.7 Særlige utfordringer	17	5.4 Tiltak innen innsatsområdene	31
3. Overordnede strategier og føringer	20	Vedlegg	37
4. Utviklingstrekk og framskriving	21	Vedlegg 1 Sluttrapport delprosjekter	37
4.1 Befolkningsutvikling	21	Vedlegg 2 Helseatlas – geografisk variasjon i måloppnåelse	37
4.2 Sykdomsutvikling	22	Vedlegg 3 Endring i antall innbyggere i Norge per opptaksområde	38
4.3 Endringsfaktorer	23	Vedlegg 4 Framskrivning av befolknings-sammensetning etter alder	38
4.4 Fremtidig aktivitet og kapasitetsberegning	26		
5. Analyse og veivalg	27		
5.1 Analyse	27		
5.2 Ønsket utviklingsretning	28		
Kvalitet	28		
Organisering og ledelse	28		
Samhandling og oppgavedeling	28		
Kompetanse	29		
Teknologi og utstyr	29		
Bygg	30		
Folkehelse	30		

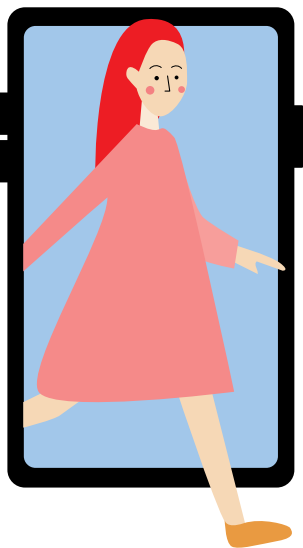


Sammendrag

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

Pasientenes behov er utgangspunkt for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Sykehuset Østfold HF (SØ) vil 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 utredning og behandling til rett tid gir bedre behandlingsresultat, sparer ressurser og tid for helsepersonell, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten og hos fastlegene.

SØ sin samhandling med kommunene og fastlegene blir enda viktigere framover. Helsefelleskapet vil være viktig for å sikre at pasientene får et godt og helhetlig tilbud på tvers av kommuner og sykehus, og vil bidra til god ressursutnyttelse og en bærekraftig helsetjeneste.



SØ ønsker å flytte spesialisthelsetjenester til pasientens hjem ved hjelp av teknologi. Det er størst potensial for pasientgruppene skrøpelige eldre, kreftpasienter og pasienter med psykiske sykdommer og rusavhengighet. Det er viktig å understreke at når SØ gir spesialisthelsetjenester i pasientens eget hjem er det fortsatt sykehuset sitt ansvar.

Ledelse er en av de viktigste forutsetningene for å nå målene. Lederskapet skal

bygge en organisasjon som hele tiden evner å utvikle nye løsninger for de utfordringene sykehuset står ovenfor. Kompetente og motiverte medarbeidere med nødvendige rammebetingelser er nøkkelen til suksess.



Pasientenes behov er utgangspunkt for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Sykehuset Østfold vil at pasienten skal delta aktivt i egen utredning og behandling

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.

Samhandling er en kompetanse som må videreutvikles. Sykehus og kommune må dele kompetanse og lære av hverandre. I framtiden trenger vi tett samarbeid om hospitering, muligheter for kombinerte stillinger og felles kompetanseplanlegging.

Utdanningsinstitusjonene er viktige samarbeidspartnere for sykehuset både i utdanning av nye og videreutvikling av egne medarbeiderne. SØ ønsker å styrke denne samhandlingen.

*Sykehusets hovedutfordringer
kan sammenfattes slik:
kvalitet, kompetanse og bygg.*



Tiltak for å øke kapasitet på døgn, dagbehandling og poliklinikk somatikk på kort sikt er vedtatt og under gjennomføring. Helse Sør-Øst RHF (HSØ) ga 10. februar 2022 SØ klarsignal om å starte arbeidet med prosjekt-innramming for nytt Stråle- og somatikkbygg Kalnes. Prosjektinnramming er første steg i tidligfaseplanlegging av sykehusbygg og styret for HSØ må godkjenne endelig oppstart. Prosjektet skal utrede fremtidig behov innenfor strålebehandling og somatiske døgnplasser og beskrive minst tre alternativer med definerte funksjoner, aktiviteter, utstyr og kapasitet.

I de siste årene har det vært stor oppmerksomhet om døgnplasser i psykisk helsevern. I opptaksområdet til SØ er forbruksraten 5 % lavere enn landet for øvrig. I følge nasjonal framskrivning, er det behov for å vurdere det totale antall døgnplasser for voksne og en økning av døgnplasser for barn og unge. Nasjonal framskrivning viser at det er behov for økt døgnkapasitet til de alvorligst syke. Nasjonal framskrivning 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. Det er bestilt ny framskrivning som skal benyttes for planlegging av fremtidig kapasitet i psykisk helsevern.

SØ har et høyteknologisk bygg på Kalnes. Kompetanse og utstyr må videreutvikles og vedlikeholdes for å møte fremtidig utvikling. En rekke verktøy vil i framtiden forbedre helsetjenestene gjennom digitalisering og automatisering. Eksempler på viktige teknologier vil være AI (kunstig intelligens), avansert analyse, Internet of Things (IoT¹) i helse, presisjonsmedisin, automatisert dokumentasjon og nye digitale løsninger i sykehusets relasjon med pasient og kommunehelsetjenesten.

Diagnostikken dreier mot persontilpasset medisin med bruk av AI og tverrfaglig tilnærming. Det forventes kraftig vekst av laboratorie- og MR-undersøkelser og bruk av CT, særlig innenfor kreftsykdommer. Bedre oversikt over den enkelte pasient vil for eksempel via AI gi muligheter for et prioriteringsverktøy for hvor og når pasienten skal møte neste gang.

SØ utviklingsplan heter Litt bedre hver dag. Sykehuset skal alltid være i utvikling, ta i bruk ny kunnskap og behandlingsformer som er erfarings- og forskningsbasert for å oppnå bedre kvalitet i pasientbehandlingen, og samtidig være et attraktivt sted å arbeide.

SØ ønsker å være et utadventt sykehus. Et sykehus med en utstrakt hånd som er med på å ta ansvar for pasientene også utenfor sykehuset. Dette må skje i samarbeid med pasienten selv, pårørende, kommunehelsetjenesten og fastlegene.



¹IoT Internet of things eller «Tingenes internett», handler om at smarte ting automatisk genererer informasjon fra vårt fysiske liv, uten at vi bruker tid på det eller legger merke til det. «Tingenes internett» betyr at for eksempel gjenstander som termostaten, joggeskoene og bilen blir smarte. De utstyres med sensorer og nettilkobling og kan automatisk samle, tolke og dele informasjon. (Kilde: Teknologirådet)

Sykehuset Østfold - på vei mot fremtiden

Det skjer mye godt forbedringsarbeid, forskning og innovasjon i Sykehuset Østfold. Her er ti eksempler på prosjekter og områder vi har jobbet med som inspirerer oss når vi fortsetter å jobbe mot å bli litt bedre hver dag.

Psykedeliske stoffer i behandling av psykiske lidelser

PSYKFORSK ved DPS Nordre Østfold er, i samarbeid med Senter for fremragende forskning NORMENT ved Universitetet i Oslo, helt i front når det gjelder forskning på behandling med de psykedeliske stoffene MDMA (også kjent som ecstasy) og psilocybin (virkestoffet i fleinsopp).

I 2021 har PSYKFORSK vært norsk utprøversted i den første europeiske studien med MDMA-assistert terapi mot post-traumatisk stresslidelse, og det er planlagt en studie med oppstart i løpet av 2022. De kommer også til å være utprøversted for en studie med psilocybin for behandlingsresistent depresjon de neste årene. PSYKFORSK har etablert det første, offentlige behandlingstilbudet i Norge med narkosemiddelet ketamin mot behandlingsresistent depresjon, og har også fått finansiering til en forskerinitiert studie som skal undersøke MDMA-assistert terapi mot depresjon.

PSYKFORSK er i ferd med å utvikle en unik kompetanse og har som ambisjon å bli et kompetansesenter for forskning og klinisk utprøving av psykedeliske stoffer og beslektede legemidler.



Økning i kliniske behandlingsstudier

SØ hadde i 2021 en ambisjon om å øke antall kliniske behandlingsstudier som inkluderer pasienter med minst 15 % sammenliknet med året før. Resultatet ble en økning på 18 %. (53 pågående i 2021 vs. 45 i 2020)



Lab under pandemien

Senter for laboratoriemedisin har håndtert prøvene for SARS-coV2 til både SØs opptaksområder og grenseovergangene.

Under pandemien har det blitt registrert og analysert over 670 000 prøver. I tillegg er det utført mutasjonsanalyser og sekvensering på positive prøver, og det er opprettet et serologisk tilbud for å undersøke immuniteten på enkelte. Under toppene var det over 16 000 prøver per uke og over 3000 prøver per døgn. I en periode var 80 % av de analyserte prøvene positive.

Senter for laboratoriemedisin har også hatt i oppdrag å etablere og drifte et koronasenter for sykehuset. Dette har bidratt til raske avklaringer av smitte for å sikre bemanningen i SØ og har hindret intern smitte.



Håndkirurgi

Håndkirurgisk seksjon i ortopedisk avdeling er nest størst i Norge i sitt slag, og har kommet svært langt i å ta i bruk kikkhullsmetoden. De er i front på dette området, og tar i mot hospitanter både fra Norge og utlandet, og deltar i opplæringen på andre sykehus. Håndkirurgisk seksjon mottar henvisninger fra hele landet, og er spesielt kjent for artroskopi.

Håndkirurgene jobber i team, og har en bevisst strategi for kunnskapsdeling, med et mål om at alle kirurgene kan gjøre de samme inngrepene. Teamarbeid er også en måte forebygge feil på. Seksjonen har også utstrakt forskningsvirksomhet.



Mobile løsninger med smarttelefon

Bruk av smarttelefon legger til rette for at medarbeiderne kan hente informasjon og dokumentere på farten. Dette bidrar til å forenkle og effektivisere arbeidshverdagen, flytte arbeidsprosessene nærmere pasienten og gi økt pasientsikkerhet. Eksempler på viktige applikasjoner som benyttes i klinisk sammenheng:



App for meldingsvarsling, portør og renhold

Medarbeiderne får varsler, alarmer, meldinger og oppgaver på mobilen. Det kan for eksempel være signal fra pasientrom, melding om prøvesvar, transport av pasient eller vask av pasientrom.

App for blodprøvetaking

Sikrer bedre dokumentasjon og sporbarhet, og gjør at det blir færre ID-avvik i forbindelse med blodprøvetaking av inneliggende pasienter.

App for lukket melkesløyfe

Bidrar til å sikre donormelk med riktige egenskaper til rett barn gjennom sporing, kontroll og dokumentasjon på mobiltelefon.

App for digital hjemmeoppfølging (Nimble Clinic)

Funksjonalitet for digitale skjemaer og enkel meldingsutveksling med tekst og bilde som benyttes til å følge opp helsetilstanden og kommunisere med pasienter som er hjemme.

Forskning på intensiv

Forskning er en viktig del av videreutvikling av helsetjenesten. Intensivavdelingen tilrettelegger for forskning og har én forsker, to stipendiater og åtte masterstudenter som har som hovedfokus å integrere forskning i klinisk hverdag. Temaene som forskes på er blant annet posttraumatisk stress, pasienter og pårørendes opplevelser, oppfølging av pasienter etter intensivbehandling, forebygging av senplager, sykepleiernes opplevelser under pandemien og sykepleiernes erfaringer med enerom. Et eksempel på resultat av forskning som er implementert er et kartleggingsverktøyet Behavioral Pain Scale (BPS), som er et verktøy for å kartlegge smerte hos sederte intensivpasienter.



Smertelindring i ambulansen

Det er innført flere nye medikamenter og prosedyrer i ambulansene i Østfold. Det gir helt andre og bedre måter å gi smertebehandling til pasientene før de kommer til sykehus. Alle, fra førsteårs lærlinger til erfarne medarbeidere, har gjennomgått opplæring i løpet av fagdager høsten 2021 og januar 2022.



Hoftebrudd

Ortopedisk avdeling vant forbedringsprisen i SØ i 2021 for sitt arbeid med hoftebrudd. En systematisk gjennomgang av pasientforløp ved hoftebrudd har gitt økt kompetanse og redusert ventetiden. Andelen pasienter som har blitt operert innen 48 timer har økt fra 65,7 % i 2018 til 95,9% i 2021. Det har også vært en økning i kvalitetsindikatoren 30 dagers overlevelse. Det er innført en rekke tiltak, blant annet hoftemottaksrom, preoperative prosedyrer, prioritering av hoftebrudd på operasjonsprogrammet, bedre smertelindring, osteoporosebehandling og sjekklister for pleiepersonell. Arbeidet har påvirket hele pasientforløpet, og det har vært mulig på grunn av et tverrfaglig samarbeid på tvers av seksjoner, avdelinger og klinikker.



Arbeid med veteraner

DPS Moss har siden 2018 tilbudt gruppeterapi og individuell utredning og behandling tilpasset veteraner fra internasjonale oppdrag. Moss DPS var første distriktpsikiatriske senter med et slikt tilbud. De har jobbet systematisk over tid, og lagt til rette for en målrettet og tilpasset behandling for denne gruppen.



Forebygging av fødselsskader

Sykehuset Østfold har landets laveste forekomst av fødselsrifter (1,1 %) og er også best i landet når det gjelder dype sårinfeksjoner etter keisersnitt (0,1 %).



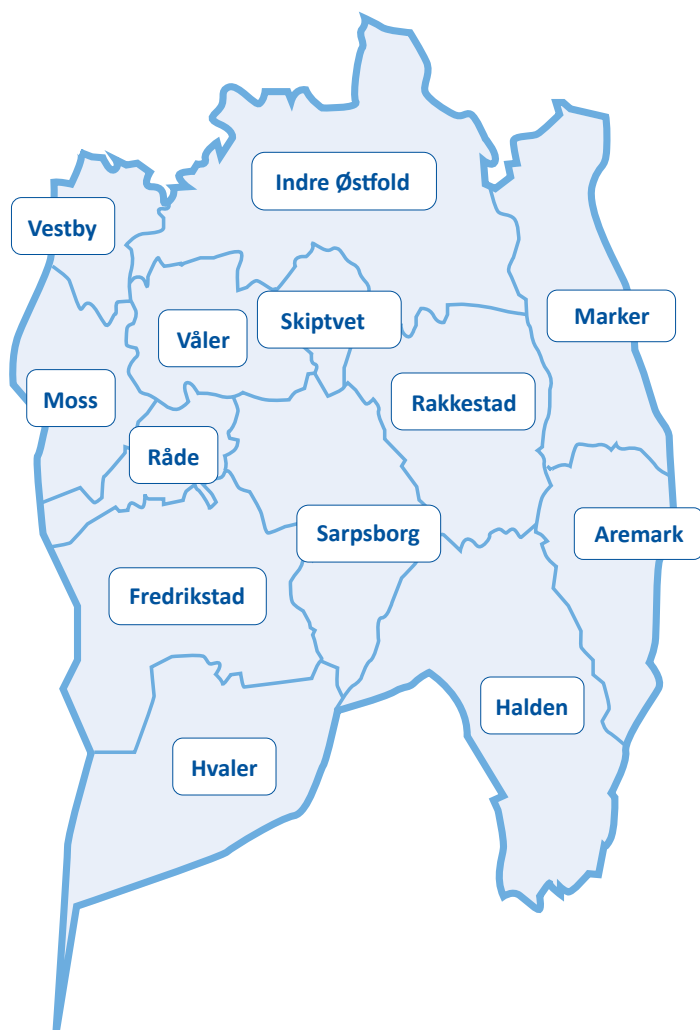
1. Bakgrunn og historikk

1.1 Historikk for helseforetaket

SØ ble etablert som helseforetak i 2001, og samlet til ett helseforetak i 2003. Somatikk har utviklet seg fra fem lokalsykehus til en struktur med ett akutt sykehus på Kalnes og et elektivt sykehus i Moss. 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 hvor all akuttvirksomhet ble samlet. Moss er et av landets største sentre for dagkirurgi, planlagt operasjonsvirksomhet og poliklinikk. 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 prosjekt Utviklingsplan 2022-2037

Mandat og organisering

Utviklingsplan for SØ er utarbeidet etter oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF (HSØ).

Arbeidet med 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 og publisering

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

Medvirkning og aktiviteter

Det er etablert fem delprosjekter for områder som skal vurderes særskilt:

- 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

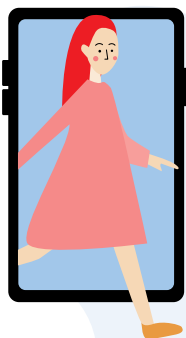
I tillegg er det etablert et delprosjekt for eiendom.

Tillitsvalgte, vernetjenesten, brukere, kommunene, utdanningsinstitusjoner og andre interessenter er tatt inn i arbeidet med delplanene. Det fremgår i [Vedlegg 1 Sluttrapport delprosjekter](#).

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

8. februar 2022 arrangerte SØ digitalt folkemøte om utviklingsplanen med nærmere 100 deltagere. Fra publikum kom innspill om utvikling av psykisk helsevern og somatikk i samme bygg, framtidig behov for sengeplasser, hvordan SØ kan bidra til å løse fastlegekrisen, persontilpasset trening for pasienter og pakkeforløp for flere pasientgrupper.



Program

Sykehuset Østfold - det utadvendte sykehuset, innledning ved adm. direktør Hege Gjessing

Det utadvendte sykehus - gode tjenester på tvers av sykehus og kommune
kommuneoverlege Guro Steine Letting og klinikkisjef Volker Solyga

Hva forventer morgendagens pasienter?

ungdomsrådsleder Fredrik Bøe og brukerutvalgsleder Svein Gurvin

Sett i lys av det vi vet om fremtiden - gjør vi de riktige tingene?

fastlege og nestleder i styret i SØ Petter Brelin og avdelingssjef Andreas Stensvold

Møteleder: Anne Grethe Erlandsen

2. Nåsituasjon

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

Ambisjoner utviklingsplan SØ 2018

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.

Utvikle en fremtidsrettet og god struktur for en bedre pasient- og brukeropplæring. Brukere, kommunehelsetjenesten og andre samarbeidspartnere vil inviteres med i dette arbeidet.

Hvor langt har vi kommet?

Pasientens medvirkning er styrket gjennom samvalg² og deltagelse i utarbeidelse av ulike pasientforløp. Det er gjennomført flere prosjekter innen digital hjemmeoppfølging og digital oppfølging og samhandling med pasient. Noen er tatt i bruk, andre er fortsatt i prosjekt.

Det er utviklet intranettsider om pasient- og pårørendeopplæring med undervisningsressurser og informasjon til helsepersonell, og internettsider for pasienter og pårørende.

En nasjonal kartlegging i 2020 viste at metoder og struktur i pasient- og pårørendeopplæringen er svært ulike. Utviklingen videre skal skje gjennom økt standardisering, og dette arbeidet er påbegynt gjennom det regionale nettverket. En nasjonal veileder er ønsket. SØ har utviklet både internett- og intranettsidene for pasient- og pårørendeopplæring.



Ambisjoner utviklingsplan SØ 2018

Utrede etablering av et kreftsentrum med strålebehandling. 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.

Bygningsmassen i Moss vil nærme seg slutten av sin levetid. Det vil dermed være behov for å utrede nye alternativer for dagens virksomhet i Moss mot slutten av planperioden.

Det vil være faglig og økonomisk hensiktsmessig å gjennomgå oppgavefordelingen mellom område-sykehusene, der det ikke av helsemessige årsaker er nødvendig at «alle gjør alt». SØ vil ta initiativ til at dette utredes videre.

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/selvetjening, bruk av kunstig intelligens og spillteknologi.

Utføre pasientnær forskning av høy kvalitet, som kan hevde seg både nasjonalt og internasjonalt, og som bidrar til økt kvalitet på helsetjenesten.

Hvor langt har vi kommet?



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 somatikkbygg Kalnes vil bli utredet i forbindelse med gjennomføring av prosjektinnramming i SØ i 2022.

Det er iverksett et arbeid i SØ for å gjennomgå teknisk infrastruktur og levetid i Moss, for å komme frem til en total vedlikeholdsplan.

Oppgave- og funksjonsfordeling er diskutert i fagdirektørlinjen i HSØ og SØ har gitt innspill på foreslåtte funksjonsfordelinger i regionen.

SØ har i flere år jobbet systematisk med innovasjon og har hatt høy innovasjonsaktivitet innen de strategiske fokusområdene og i samarbeid med næringsliv, aktører innen helsetjenesten og universitet og høyskoler. SØ har to innovasjonspartnerskapsprosjekter (innovative anskaffelser) innen digital hjemmeoppfølging, der det ene har endt med kjøp av utviklet løsning og der det andre er i utviklingsfasen.

Det er økende forskningsaktivitet i sykehuset og økning i antall pasienter som er med i kliniske studier.

² Samvalg er en prosess der du som helsepersonell sammen med pasient kommer frem til og tar beslutninger om undersøkelses- og behandlingsmetoder.

2.2 Organisering av aktiviteten i SØ

SØ er områdesykehus for kommunene i opptaksområdet, og skal sikre befolkningen et fullt ut dekkende spesialisttilbud med diagnostikk, behandling, habilitering og rehabilitering i god samhandling med fastleger, kommunehelsetjenesten og andre helseforetak. SØ har fire primære ansvarsområder: Pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring.

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 og ungdom), revmatologi, kreftsykdommer og fysisk medisin
- Psykisk helsevern for barn, ungdom og voksne
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- Habilitering for barn, ungdom og voksne
- Prehospital akuttmedisin inklusive ambulansetjeneste
- Anestesi, operasjon, intensiv- og smertebehandling
- Bilddiagnostikk, diagnostisk radiologi, intervensjonsradiologi og nukleærmedisin
- Laboratoriefag, patologi, mikrobiologi, medisinsk biokjemi og transfusjonsmedisin

SØ har 11 døgnområder på Kalnes og ett døgnområde i Moss med totalt 400 somatiske sengeplasser (ekskl. tekniske senger).

I SØ Moss er det operasjonsvirksomhet for pasienter innen ortopedi og kirurgi med tilhørende sengepost og en stor dagkirurgisk virksomhet.

Virksomheten innen øye- og revmatologiske sykdommer er samlet i SØ Moss. De øvrige fagområdene har virksomhet både i Moss og på Kalnes.



Akuttmottaket på Kalnes mottok i 2019 42 000 pasienter for undersøkelse, observasjon, diagnostikk og behandling. Mer enn 30 % av pasientene ferdigbehandles i akuttmottak og trenger ikke innleggelse i sykehuset.

SØ har høyere tilstrømning til akuttmottaket enn sammenlignbare helseforetak. Det har også vært en høyere vekst i ambulansetjenesten enn landet for øvrig. De røde turene vokser mest, med mer enn 80% økning på 10 år.



SØ har flerområdefunksjon i helseregionen innen plastikkirurgi og HPV-screening.



På grunn av en betydelig aktivitetsvekst er det besluttet en utvidelse av akuttmottaket. Utvidelsen er planlagt ferdigstilt i 2023. Det er også planlagt kapasitetsutvidelse av døgnområder med 18 senger i september 2022.

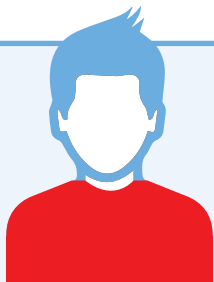




Psykisk helsevern for voksne har desentraliserte spesialisthelsetjenester ved distriktspsykiatriske sentre (DPS) og en spesialisert sykehusavdeling med døgnområder. Den spesialiserte sykehusavdelingen er lokalisert på Kalnes og ivaretar utredning og behandling av pasienter som har behov for mer spesialisert kompetanse og/eller der det er behov for forsterkede rammer rundt pasienten. Avdelingen har 95 døgnplasser.

DPS er ofte første kontaktpunkt med spesialisthelsetjenesten, og har hovedansvar for å gi behandlingstilbud i et gitt geografisk område både i akutsituasjoner og etter henvisning. DPS har totalt 65 døgnplasser og poliklinisk virksomhet.

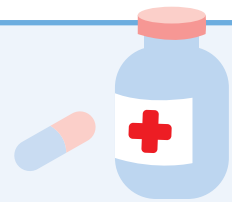
DPS Halden har områdeansvar for spiseforstyrrelser og har tilbud om medikamentfri behandling. DPS Moss har områdeansvar for tvangslidelser.



Psykisk helsevern for barn og ungdom omfatter barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUPP) som har ansvar for poliklinisk og ambulant utredning og behandling innenfor sine geografiske områder og poliklinikker som dekker hele opptaksområdet med et mer spesialisert og avgrenset ansvar.

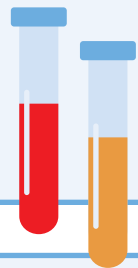
Døgnbehandling for ungdom er på Kalnes og har 10 døgnplasser. Døgnbehandling for barn er ved Åsebråten barne- og ungdomspsykiatriske klinikk og har 5 døgnplasser. Spesialister fra barne- og ungdomspsykiatrien gir i samarbeid med somatikk et tilbud rettet mot barn og unge der somatisk sykdom genererer psykiske reaksjoner og psykisk sykdom.

Habiliteringstjenesten for barn, og unge og voksne skal tilby ulike pasientgrupper regelmessige helhetlige og samordnet utredning og oppfølging. Tjenesten er en del av klinikk for psykisk helsevern.



Tilbudet til pasienter med rusproblemer 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 dekker hele opptaksområdet og har 34 døgnplasser i Moss. Akutt TSB er organisert som en del av øyeblikkelig hjelpforløpet i klinikk for psykisk helsevern og rus. Private institusjoner som har avtale med HSØ benyttes også for døgnbehandling.

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 bildediagnostiske tjenester innen diagnostisk røntgen, ultralyd, CT, MR, angiografi (bilde av blodårer), mammografi og nukleærmedisinske undersøkelser (diagnostikk ved hjelp av radioaktive isotoper). SØ har tilbud om mobilt røntgen til sykehjem i nedre Glomma-regionen. SØ har besluttet anskaffelse av en fjerde MR på grunn av kapasitetsutfordringer.

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



I samhandlingsreformen ble kommunene tilført midler for å etablere KAD-senger (Kommunale Akutte Døgnplasser). KAD skulle erstatte innleggelse i sykehus for pasienter som kan gis tilfredsstillende behandling og tilsyn i kommunene. Erfaringene så langt, er at antall innleggelse i SØ ikke er redusert som følge av dette tiltaket. 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.

2.3 Virksomhetsprofil

Folkehelse i Østfold³

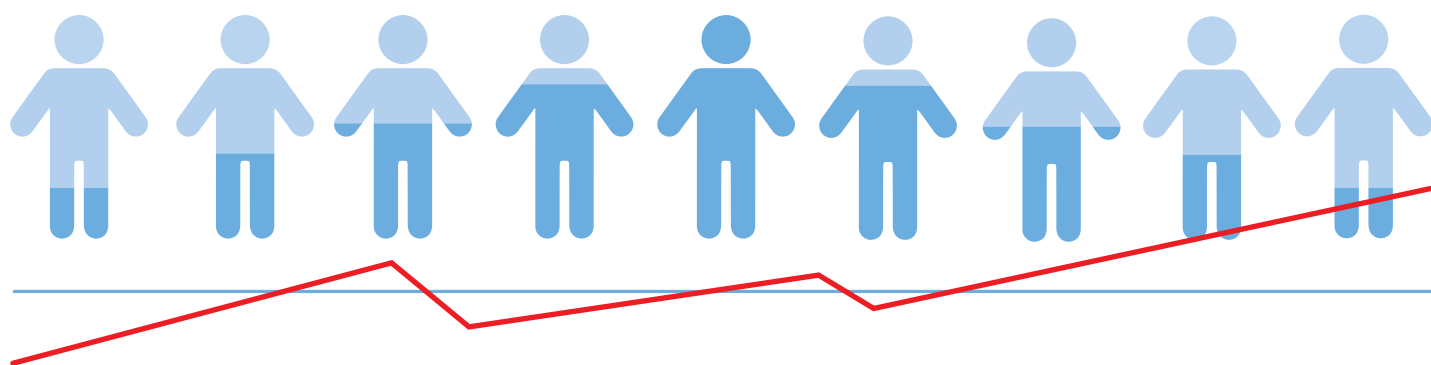
Østfoldingenenes levekår og helse er dårligere enn landsgjennomsnittet. Østfolds befolkning rammes av flere alvorlige sykdommer, flere er arbeidsledige og flere er uføre. Østfold ligger litt over landssnittet i forekomst av hjerte- og karsykdommer, men følger den samme synkende trenden som landet for 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, den skiller seg ikke ut fra resten av landet.

I Østfold er forekomsten av psykiske plager og lidelser høyere enn i 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 på neste side hvor rødt symbol indikerer at fylket er signifikant dårligere enn landsgjennomsnittet. ♦



³ Vestby kommune er ikke med i denne sammenstillingen.

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
- Verdi 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 levelkår	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		
Helsestatus	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 Muskel 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

0803191146 0803191430.01

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

Helseatlas

Helseatlas for kvalitet er utarbeidet nasjonalt og 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 ivaretatt. 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 for Sykehuset 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 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 utvikles i fellesskap og håndteres på en annen måte enn i dag. Kompetanseoverføring, utvikling, kommunikasjon og pasientopplæring må settes i system. Bedre samhandling med nye arbeidsformer og ny teknologi skal gi pasientene bedre tjenester og bidra til å dempe presset på helsetjenestene både i kommunene og i sykehuset. SØ samarbeider også med «Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Viken» som er etablert i Indre Østfold.

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 opptaksområdet 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 (kommunaldirektører - 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.

Utvalg for akuttberedskap (UFAB) er et fast underutvalg av Faglig samarbeidsutvalg (FSU). Utvalget hovedoppgave er å samarbeide om felles utfordringer og problemstillinger innen den akuttmedisinske kjeden. Utvalget består av to representanter fra hvert legevaktsdistrikt, to representanter fra prehospitale tjenester i SØ, en representant fra akuttmottaket i SØ, en representant fra akutt psykisk helsevern i SØ og to representanter fra Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) ved Oslo Universitetssykehus (OUS).

Med fastlegene

Praksiskonsulentordningen (PKO) er et nettverk av fastleger som er ansatt i deltidsstillinger i sykehuset med oppgave å bedre samhandling mellom fastleger og sykehus. 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 Helsefelleskapet for å sikre tidlig og god involvering av fastlegene 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 Oslo Universitetssykehus (OUS):

- all stråleterapi
- kreftkirurgi som for eksempel lunge, bukspyttkjertel, lever og nyre m fl.
- thorakale aortoaneurismer (utposning på hovedpulsåren)
- netthinneoperasjoner
- akutt hjerteinfarkt som har behov for PCI
- nevrokirurgi (operativ behandling i sentralt og perifert nervesystem)
- nevroradiologisk 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 (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke) - sykehuset på Gardermoen.

SØ har en avtale med Sunnaas sykehus om spesialisert rehabilitering for vårt sykehusområde.

AMK ble overført fra SØ til OUS i 2015.

Øvrige samarbeidspartnere

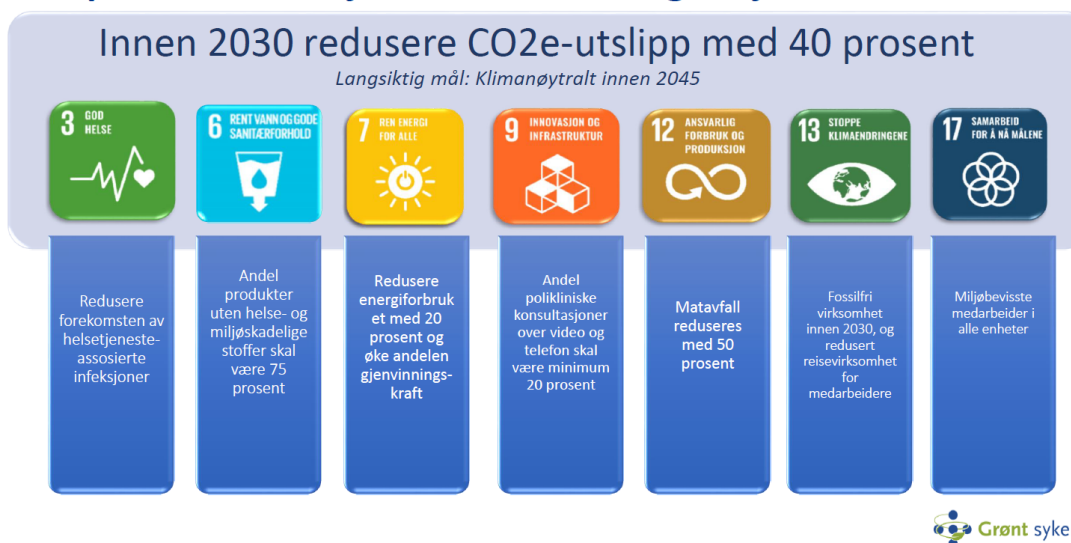
SØ samarbeider med private (kommersielle og ideelle) helseinstitusjoner som har avtale med HSØ. Dette gjelder særlig rus og psykisk helsevern.

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

SØ har samarbeidsavtale og samarbeidsmøter med NAV Øst-Viken.



Spesialisthelsetjenestens klima og miljømål 2022-2030



2.5 Klima- og miljømål

Tverregionalt samarbeidsutvalg for klima og miljø i spesialisthelsetjenesten har utarbeidet «Rammeverk for miljø og bærekraft». Rammeverket, som beskriver felles klima- og miljømål, aktiviteter, organisering og samarbeid regionalt og på tvers av regionene, ble vedtatt i styret i Helse Sør-Øst RHF 25.november 2021.

FN har utviklet 17 bærekraftsmål, som er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikheter og stoppe klimaendringene innen 2030. Bærekraftig utvikling betyr å ta vare på behovene til mennesker som lever i dag, uten å ødelegge fremtidige generasjoners muligheter til å dekke sine behov. Regjeringen har forpliktet Norge til å arbeide med målene, og syv av disse er spesielt relevante for spesialisthelsetjenesten.

For hver av de syv bærekraftmålene, er det utarbeidet nasjonale klima- og miljømål. Disse er beskrevet i «Rammeverk for miljø og bærekraft», og gjelder også for SØ. For å nå målene, er det viktig med samarbeid og bærekraft og miljøbelastning i alle ledd i organisasjonen, inkludert pasientbehandling. Sykehusets status for felles klima- og miljømål vil være årlig tema i oppfølgingsmøte mellom HF og RHF.

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 har følgende mål:

- Øke antall kliniske behandlingsstudier og arbeide 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. Forrige periodes satsing på innsamling av biologisk materiale i biobanker har gitt oss et godt utgangspunkt for nye prosjekter som utnytter vårt unike materiale.

2.7 Særlige utfordringer

a. Kvalitet

SØ sin utviklingsplan heter Litt bedre hver dag. Sykehuset skal alltid være i utvikling og arbeide for å oppnå bedre kvalitet i pasientbehandlingen og samtidig være et attraktivt sted å arbeide.

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

SØ har en arbeidsgruppe som skal utarbeide plan for kvalitetsheving i sykehuset, ledet av fagdirektør.

Arbeidsgruppens skal:

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. Kompetanse og bemanning

Kvalitet, kompetanse og kapasitet henger nøye sammen. Hvis kompetansen ikke er god nok kan det gå utover kvaliteten, når kvaliteten ikke er god nok går det utover kapasiteten. For pasientene kan det bety forlenget opphold, ikke godt nok tilrettelagt utskrivning og planlegging av videre oppfølging. Dette kan vise seg i form av for stort press på enheter som akuttmottak, døgnområder, overvåkning, intensiv og kommunehelsetjeneste.

Nytt sykehus på Kalnes har bygningsmessige og teknologiske utfordringer som påvirker de ansattes daglige arbeidsforhold, spesielt i døgnområdene. I evalueringsrapport nytt østfoldsykehus er det beskrevet at ensengsrommene har manglende fleksibilitet til drifts-

SØ sine hovedutfordringer er knyttet til
kvalitet, bygg og kompetanse



situasjoner som overbelegg. Det er nå etablert 47 rom som to-sengsrom, rom som egentlig er beregnet for en. Det er for få arbeidsplasser til helsepersonell i døgnområdene, særlig for leger. Ny teknologi fungerer ikke etter hensikten, det vanskeliggjør muligheten til å gjøre flere arbeidsprosesser på pasientrommene og oppgavene må gjøres andre steder. Støtterom som medisinerom, lager og arbeidsstasjoner er små og gir dårligere effektivitet. De tverrfaglige arbeidsområdene benyttes i stedet som arbeidsplasser. Dette gjør at personalet i døgnområdene mangler plass til daglig oppdateringer, drøftinger, refleksjon og læring. Det mangler også rom til å ha uforstyrrede samtaler. I døgnområder er arbeidet organisert slik at det ikke er muntlig rapport. Når medarbeiderne ikke har muntlig rapport mister man for mye erfaringsoverføring. Dette hemmer faglig utvikling og påvirker arbeidsmiljøet.

En erfaring under pandemien er at det har vært få muligheter for å kunne møtes fysisk, tidspresset har vært stort, dette har påvirket den faglige utviklingen negativt.

Det er en bekymring spesielt i noen døgnområder at det er mange unge sykepleiere med lite erfaring. Nyutdannede sykepleiere har ofte manglende forberedthet til en krevende arbeidssituasjon. I tillegg fører økt spesialisering til fragmentering av tjenestene. SØ må kompensere den økte spesialiseringen på en annen måte. Derfor er utvikling av breddekompetanse for sykepleiere viktig for å ivareta pasienter med komplekse helsetilstander og for den faglige utviklingen.

I tverrfaglige team skjer det mye erfaringsoverføring og læring. Teamene omkring pasienten må bygges og videreutvikles, det er viktig for å kunne beholde og utvikle både sykepleiere og helsefagarbeidere.

Kompetanseplanlegging er et verktøy for å kunne planlegge hva vi trenger i framtiden. Gode framskrivinger av behov må ses i sammenheng med medisinsk teknologisk utvikling og framtidig utdanning.

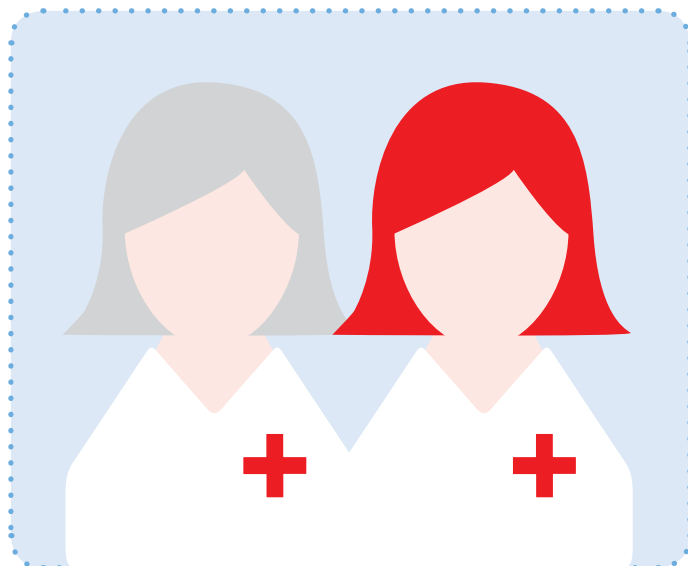
Det er et generelt problem i Norge at helsetjenesten mangler sykepleiere og helsefagarbeidere. I tillegg er en stor andel av spesialsykepleierne over 50 år. I 2037 vil disse sykepleierne være over 65 år.

Av det totale antall spesialsykepleiere over 50 år i SØ er andelen 56 % for operasjonssykepleiere, 53 % for intensivsykepleiere og 49 % for anestesisykepleiere. Blant 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.

Bemanningsutviklingen fra 2015-2021 viser en økning i fastlønnede overleger og sykepleiere. Overleger har økt fra 304 til 351, sykepleiere har økt fra 1462 til 1568, mens jordmødre har gått ned fra 68 til 62. Helsesekretærer har blitt redusert fra 344 til 339 og helsefagarbeidere har økt fra 233 til 278.

Det er 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.



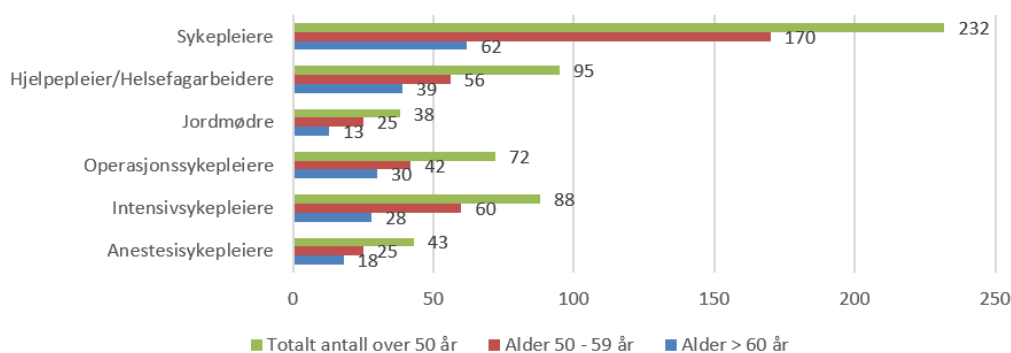
Det er rekrutteringsutfordringer og mangel på jordmødre nasjonalt, både på grunn av økning av jordmorstillinger i kommunen og utvidede lovpålagte oppgave for jordmødre som følge av nytt lovpålagt tilbud om tidlig ultralyd og NIPT-testing (en prøve av fosterets DNA som tas uten inngrep med en blodprøve fra mor).

Pandemien har synliggjort en mangel på intensivsykepleiere nasjonalt. I SØ er dette forsterket av at vikarer fra Sverige har uteblitt.

Sykehuset er en stor utdanningsinstitusjon med over 800 studenter og lærlinger årlig.

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

Antall helsearbeidere med alder over 50 år, mellom 50-59 år og over 60 år.



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

og rus og avhengighetsmedisin. Innen ortopedi og kirurgi er det en økende trend at flere leger som er ferdige med sin spesialisering ikke kan tilbys overlegestillinger i SØ. Det vil også bli mangel på patologer i framtiden.

I psykisk helsevern og rus er det behov for psykologspesialister/psykologer, vernepleiere med og uten videreutdanning, sykepleiere og spesialsykepleiere, 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 behovet er størst for psykologer og leger.

c. Bygg

SØ ble planlagt og bygget med ambisiøse mål, høy utnyttelsesgrad og store organisatoriske endringer. Vi har hatt høyere planlagt utnyttelsesgrad enn 90 % belegg, en ambisjon som i HSØ er redusert til 85 % for andre helseforetak. Dette, sammen med at framskrivningen ble gjort til 2020, har ført til et behov for å styrke sykehusets kapasitet på alle omsorgsnivå. Økende behov for arealer og vedlikeholdsetterlep i bygningene er en utfordring. Hovedutfordringer er beskrevet i kapittel 4.4 Framtidig aktivitet og kapasitetsberegning.

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

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

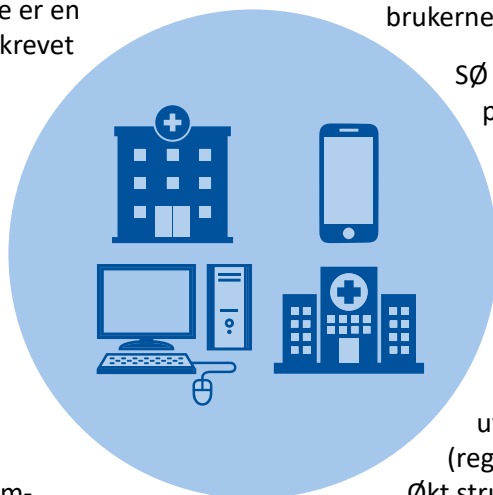
SØ leier administrasjonsbygg, med kontrakt til 2028 med mulighet til forlengelse. Bygget brukes i dag til administrasjon og undervisning. Mammografi er planlagt flyttet til administrasjonsbygget fra brakkerigg i første halvår 2022. Ambulansestasjonene i Sarpsborg og i Halden er planlagt oppgradert.

d. Teknologisk utvikling og digital transformasjon

SØ har arbeidet med tjenesteinnovasjon og er et av sykehusene i Europa som har kommet lengst når det gjelder å ta i bruk moderne teknologi for å styrke pasientbehandlingen. SØ er resertifisert på HIMSS nivå 6 (Healthcare Information and Management Systems Society), som viser at sykehuset har høy modenhet i bruk av IKT-verktøy og går mot et mer papirløst sykehus. Dette arbeidet gir gevinster som økt kvalitet og sikkerhet i behandling av pasientene. Allikevel har vi mange utfordringer i å levere gode og brukervennlige systemer.

Sykehuset har regionale og lokale IKT-løsninger som involverer flere aktører som må samarbeide for å klare å levere best mulig. De regionale løsningene styres av HSØ og forvaltes av Sykehuspartner HF og SØ. Noen av utfordringene er:

- Prosjektene krever store ressurser fra klinikk og fra teknologi og e-helse i SØ
- Lange innføringsløp og versjonsoppgraderinger
- Klinikken opplever ofte vedlikehold og nedetid på IKT-løsningene
- Lav endringstakt i systemene, rigide og tidkrevende endringsprosesser
- Lokale tilpasninger mangler, - løsningene skal være standardiserte pga. et enklere drifts- og forvaltningsperspektiv
- Manglende integrasjoner mellom systemene som medfører dobbeltregistrering av informasjon og unødvendig tidsbruk
- Dårlig ytelse og treghet i plattform- og IKT-løsningene som gir ineffektivitet og medfører frustrasjon blant brukerne



SØ bidrar i prosjekter og forvaltning for å påvirke, legge til rette for forbedringer og sikre våre innspill i prosessene til HSØ og Sykehuspartner sine planer og prosjekter.

SØ er i gang med å utvikle et data-varehus slik at vi kan hente ut egne data til kvalitetsarbeid og forskning. I tillegg deltar SØ i det regionale utviklingsprosjektet om R-dap (regional data og analyseplattform).

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. I det videre arbeidet med digitale løsninger må det legges til rette for at alle kan benytte løsningene og unngå digitalt utenforskap. SØ har flere lokale og regionale prosjekter (se vedlegg). I planperioden forventes et stort utvalg av helsetjenester å flyttes over til nettbaserte løsninger.

e. Organisering av tjenestene

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

Døgnområdene i psykisk helsevern på Kalnes har høyt belegg. Dette er utfordrende for pasientsikkerheten og HMS. Årsaken er økt antall pasienter til akutt innleggelse kombinert med pasienter som ikke kan overføres til et lavere omsorgsnivå. Det er iverksatt et systematisk forbedringsarbeid med pasientstrømmen inn i sykehuset, pasientlogistikken internt i sykehuset og pasientstrømmen ut av sykehuset.

Innen habilitering for barn, ungdom og voksne er pasientgruppen endret og økt. Det skal utvikles en regional fagplan for dette området, det vil også være naturlig å vurdere lokalisering og organisering av habiliteringstjenestene i SØ.

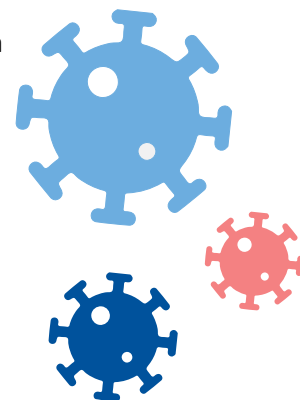
f. Pandemi og smittevern

Arbeidet med en evaluering av pandemiarbeidet i SØ starter våren 2022. Evalueringen vil bli fulgt opp av en plan for håndtering av framtidige pandemier, herunder vurdering av bruk av sengeposter og intensivavdelingen. En framtidig plan må være realistisk, beskrive hvilke

prioriteringer som bør gjøres, konsekvenser av valgene og være et trygt grunnlag for SØ og samarbeidet med kommunene.

Utbrudd av multiresistente bakterier er en hyppigere utfordring enn nye pandemier. Nasjonal handlingsplan for et bedre smittevern har som et av hovedmålene å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner. Et godt smittevern bidrar til bedre pasientsikkerhet og er en forutsetning for å begrense utbrudd og spredning av smittsomme sykdommer i helsetjenesten.

Smittevernsavdelingens hovedoppgave er å ha oversikt over sykehusassosierte infeksjoner, foreta jevnlig smittevernsrevisjoner, arbeide med reduksjon av bruken av bredspektret antibiotika, samt opplæring og oppfølging av smittevern i klinikkene. Smittevernavdelingen i SØ har også tett samarbeid med kommunene i vårt opptaksområde og to smittevernsykepleiere i avdelingen er finansiert av kommunene. De siste to årene med pandemi og utbrudd av multiresistente bakterier har vist viktigheten av en kompetent og tilgjengelig smittevernavdeling. Sykehuset må vurdere framtidig kapasitet i smittevernavdelingen.



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 i perioden 2025 - 2030. Når dette er på plass, vil store deler av 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.

Følgende er lagt til grunn for arbeidet med utviklingsplan 2022 - 2037:

- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023
- Nasjonal alkoholstrategi (2021-2025)
- Endring i fødepopulasjon (Helsedirektoratet mars 2020)
- Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (HOD 2021)

- Regional utviklingsplan 2035 – HSØ (HSØ styresak 114-2018)
- Årlige oppdrag og bestilling fra HSØ
- Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes. (HSØ styresak 064-2020)
- Vedtak om oppstart prosjektinnramming for Stråle- og somatikkbygg (HSØ styresak 008-2022)
- Regional kreftplan (HSØ styresak 030-2016 Etablering av nye stråleterapienheter i sykehusområder som ikke har eget strålebehandlingstilbud i dag)
- Regional delstrategi for teknologiområdet, 2020-25
- 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 er 71,3 % personer over 70 år. 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). Tallgrunnet tilsier en vekst i denne gruppen på 23 377 innbyggere.

Befolkningsframskriving - 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 innbyggere i opptaksområdet for SØ og Norge frem til 2040 basert på SSB framskriving 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 befolkningssammensetning 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 %

Oppsummert viser tallene at antall innbyggere øker mer i vårt opptaksområde enn i landet forøvrig. Det vil bli flere eldre. Antall risikosvangerskap forventes å øke som følge av stigende alder hos gravide. Flere risikosvangerskap kan føre til at selv om antall barn ser ut til å synke i perioden så betyr ikke det at antall barn med behov for helsetjenester også synker.

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 er:

- 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

I framtiden forventes det hyppigere pandemier. 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

GBD 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 at veksten er 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 diagnosegrupper har størst vekst fram mot 2030:

- Ondartede svulster
- Sykdommer i sirkulasjonssystemet
- Ischemiske hjertesykdommer
- Kronisk og akutt obstruktiv lungesykdom
- Sykdommer i urinveiene 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. I SØs opptaksområde er forbruksraten 5 % lavere enn landet for øvrig. Det er identifisert at mange gutter og menn har dårlig psykisk helse i SØs opptaksområde. Det er behov for å vurdere det totale antall døgnplasser for voksne og en økning av døgnplasser for barn og unge. Nasjonal framskriving viser at det er behov for økt døgnkapasitet til de alvorligst syke. Det kan bli aktuelt å forskyve behandling fra døgn til poliklinikk for de pasientene som best kan hjelpes på et lavere omsorgsnivå.

Nasjonal framskrivning viser også at vi har behov for å styrke polikliniskbehandling for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, ruslidelser, spiseforstyrrelser og post-traumatiske stresslidelser, samt barn/unge og eldre.

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

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

Behov for økt døgncapasitet 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

Spesialisthelsetjenesten må tilpasse seg utviklingstrekk i samfunnet, i medisinsk og medisinsk-teknologisk utvikling. I takt med nye, avanserte metoder innen utredning, diagnostikk og behandling og økt kunnskap i befolkningen, stilles det stadig nye, høyere forventninger og krav. Nye metoder gjør at sykdommer som tidligere ikke lot seg behandle, nå kan behandles. Flere lever lenger med sine sykdommer og flere blir friske. 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.

SØ vil se på nye grep og løsninger med spesielt innen teknologi, forskning, innovasjon og samhandling. Oppgavedeling og samspill med kommunehelsetjenesten blir enda viktigere fremover.

I psykisk helsevern skal tvangsbruken reduseres og mer av behandlingen baseres på frivillighet. Utformingen av helsetjenesten og helsepersonellet må tilpasse seg denne utviklingen blant annet gjennom kompetansebygging og holdningsskapende arbeid. Det er økt oppmerksomhet på effekt av behandling i psykisk helsevern, om behandlingen virker og om resultater blir som forventet. Det vil bli arbeidet mer med effektmålinger, løsninger for tilbakemeldinger fra pasientene og innføring av kvalitetsregister for å måle kvaliteten. Psykisk helsevern har hatt svake tradisjoner for å måle om tjenestetilbudet er godt.

Befolkningens etterspørsel og atferd

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

Kontaktlegeordningen skal bidra til at pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av en viss varighet får bedre oppfølging i spesialisthelsetjenesten ved at man har en bestemt lege å forholde seg til. Denne ordningen er forskriftsfestet og blir etterspurt av pasientene.

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

Teknologisk utvikling og digital transformasjon

Både dagens og fremtidige utfordringer i helsetjenesten stiller krav til utvikling av nye helsetjenester. Vi må finne trygge og innovative alternativer til hvordan vi løser oppgavene og hvordan vi tilbyr helsetjenester. Teknologi vil være en viktig endringsdriver og et sentralt verktøy for å yte gode og effektive helsetjenester fremover. Vi må bruke eksisterende teknologi og samtidig teste og ta i bruk ny teknologi. Den teknologiske utviklingen vil mest sannsynlig være så stor at vi kan kalle det en digital transformasjon. Det vil kreve nytenkning på mange nivåer og områder, og vil berøre både pasienter, medarbeidere, organisasjon og ledelse.

Ny teknologi vil bidra til å endre pasientrollen og gi pasientene større eierforhold til egen helse og behandling. Befolkningen forventer å kunne bruke selvbetjeningsteknologi, mobile applikasjoner og kunstig intelligens for å skaffe informasjon, kommunisere og utføre digitale tjenester på egenhånd. En mer digitalisert helsetjeneste hvor pasientene selv styrer timebestillinger og behandlingsforløp, har god tilgang til egen journal og faste kontaktpersoner vil bli hverdagen. Spesielt er dette viktig for pasienter med kroniske tilstander. SØ må møte disse forventningene.

Økt brukerstyring og –medvirkning, digitalisering og automatisering vil bety endringer i arbeidsprosesser og hvordan vi utfører oppgavene, hvordan vi tilbyr helsetjenester til pasienter og hvordan vi samhandler med andre i og utenfor sykehuset.

Økt kunnskap og stadig mer avansert teknologi gir nye muligheter for mer nøyaktig diagnostikk, mer målrettet og effektiv behandling, samt at pasient og pårørende kan ha en mer deltakende og aktiv rolle i behandlingsforløpet. Eksempler på sentrale teknologier som vil kunne forandre hverdagen til pasienter og helsepersonell er AI/kunstig intelligens, robotisering, sporings- og sensorteknologi og mobilteknologi. Økt bruk av informasjonssystemer i helsetjenesten og digitaliseringen av pasientinformasjon genererer store datamengder. Vi har et stort potensial for å utnytte denne datamengden bedre. Analyse av store datamengder, for eksempel ved bruk av kunstig intelligens, kan komme til nytte som beslutningsstøtte og gi nye muligheter innen tolkning av medisinske bilder, prognoser og diagnostikk.

Det er naturlig å ta i bruk digitale løsninger slik at stadig flere pasienter vil få digital oppfølging, konsultasjon og behandling i hjemmet. Dette kan være digitale kartlegginger før og etter konsultasjoner på sykehuset, og at pasienten selv registrerer symptomer, utfører målinger

av vitale parametere og har mulighet til å dele denne informasjonen og ha enkel digital dialog med helsepersonell på sykehuset. På den måten kan pasienten få være hjemme og mer deltakende i egen helse, og helsepersonell kan iverksette tiltak tidligere. Dette vil kunne forhindre sykehusinnleggelse og i noen tilfeller vil slik oppfølging kunne erstatte fysisk oppmøte på sykehuset.

Kombinasjon av høsting fra medisinskteknisk utstyr, egenregistreringer/-målinger og videokonsultasjon gir også helt nye muligheter for behandling i pasientens hjem (hjemmesykehus). Samtidig handler dette om mer enn bare teknologi. For å lykkes med denne helse-tjenesteutviklingen kreves vel så mye organisasjonsutvikling og endring i arbeidsprosesser.

Helsekompetanse

Helsekompetanse er definert som personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten. Ved å bedre den enkeltes helsekompetanse gir det barn, unge, foreldre, voksne og eldre forutsetninger til å ta sunne valg, øke egenmestring og egenbehandling av både ufarlige og kroniske sykdommer. Helsekompetanse gjør folk bedre i stand til å navigere i og bruke helse- og omsorgstjenestene på en mer hensiktsmessig måte. Bedre helsekompetanse bidrar til mindre feilbruk av medikamenter, overdiagnostikk og overbehandling, og derigjennom også økt bærekraft i helse-tjenesten.

Når vi vet at det er et lavere utdanningsnivå i opptaksområdet vil bedring av helsekompetanse være viktig for å redusere sosial ulikhet i helse. Dette arbeidet er det naturlig å gjøre i samarbeid med kommunene og utdanningsinstitusjonene i opptaksområdet.

Migrasjonshelse

Intern kartlegging i SØ (2019) viste at ca. 74 % av medarbeidere i det daglige har pasienter og pårørende med flerkulturell bakgrunn. Medarbeidere beskriver utfordringer med å forstå pasientens mentale helse ut fra kultur og kontekst, samt det å snakke om følelser. Spesielt er ulike uttrykk for følelser og rus, ulikhet knyttet til rusmiddelbruk som kulturelt fenomen, vanskelig å forstå uten kunnskap.



Mennesker med flerkulturell bakgrunn kan ha mangelfull kunnskap om forståelse av helsesystemer, helse, medisinsk behandling og hvordan de ser på det å bli frisk og livsstilsendringer.

Det er en ønsket utviklingsretning at SØ arbeider mer systematisk og strukturert med området likeverdige helsetjenester for innvandrerbefolkningen, slik at det legges til rette for og muliggjør å møte innvandrerbefolkningens behov på en bedre måte.

Nye behandlingsmetoder og nye legemidler

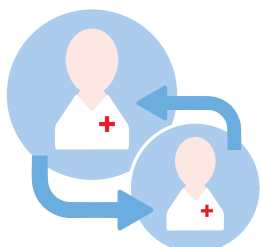
Nye behandlingsmetoder og nye legemidler er viktige endringsfaktorer, for eksempel innenfor kreftbehandling. Kreft vil i fremtiden i større grad bli en kronisk sykdom preget av immunterapi og persontilpasset medisin. Pasientene vil ta langt større del i valg av behandlingsform. «Big Data»⁵ som beslutningsstøtte 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 nye behandlingsmetoder og oppfølging av pasientgrupper, blant annet gjelder det hjelpemidler til barn, unge og voksne med diabetes. Nye, teknologiske løsninger er gunstige for pasienten og behandlingen, men svært kostbare for helseforetaket.

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 har mer komplekse tilstander og den gjennomsnittlige liggetiden vil derfor antagelig øke.



Utfordringene fremover vil være tilpasning av kompetanse og bemanning både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Nye teknikker og metoder påvirker skillelinjene mellom forvaltningsnivåene og 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.

Complex care unit

Sykehuset må samhandle bedre internt om utredning og behandling av pasienter med svært komplekse tilstander. I dag kan det ta lang tid før relevante spesialister hver for seg har vurdert pasienten, og konkludert med, eller ekskludert, diverse tilstander. Et slikt system er ineffektivt og lite tilfredsstillende. Disse pasientene med uklar tilhørighet til dagens fagområder trenger en annen organisering der pasienten kan få omfattende diagnostisk avklaring og raskere tverrfaglig vurdering. Sykehuset tester ut nå en egen utredningsenhet for denne pasientgruppen.

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 behandling for pasientene og en reduksjon i antall korridorpatienter. God logistikk frigjør kapasitet til flere pasienter, nye pasientgrupper og flere tjenestetilbud.

Endring i oppgavedeling mellom sykehus og kommunene

I framtida vil kommunehelsetjenesten overta flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, fordi behandlingsmetoder og teknologi endrer seg. Denne utviklingen er ikke ny, i dag bor mange pasienter som tidligere ville vært innlagt i sykehus i lange perioder i eget hjem. Den medisinske og teknologiske utviklingen gir muligheter for at pasienten i stadig større grad kan få behandling og oppfølging nærmere, eller i eget hjem. Når sykehuset yter spesialisthelsetjenester i pasientens hjem er det en forutsetning at sykehuset fortsatt har ansvar for behandling av pasienten. Dette er en ønsket utviklingsretning og vil være en av de viktigste endringsfaktorene i fremtiden.



Det betyr at helseforetaket, kommunehelsetjenesten og fastlegene 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.

Oppgaveforskyving mellom fagpersonell

Oppgaveforskyving mellom fagpersonell vil øke på grunn av mangel på flere typer helsepersonell i framtiden. 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.

⁵ Datasett som er for store eller komplekse å håndtere ved hjelp av tradisjonelle teknologier og metoder for databehandling

4.4 Fremtidig aktivitet og kapasitetsberegning

Kapasitet

Hovedutfordringer vil være kapasitet innen døgn, dag og poliklinikk innen somatikk. Behovet for sengeplasser for spesialisert rehabilitering skal utredes. Når det gjelder framtidig kapasitet i psykisk helsevern er det bestilt ny framskrivning som skal benyttes for framtidig planlegging av tjenestene. Endringer i en eventuell ny tvangs- begrensingslov vil kunne føre til økt behov for arealer og døgnplasser.

Framskrivingene i tabellen nedenfor vil bli kvalitetssikret i forbindelse med prosjektinnramming stråle- og somatikk- bygg Kalnes.

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 dialyseplasser	49	54	60	62	68
Antall plasser kje moterapi	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 døgnkirurgi	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

* I 2020 er det allerede en underdekning på 60 senger. I 2040 vil det være en underdekning på ytterligere 66 senger.

Bemanning

Det er særlig knapphet på arbeidskraft som vil sette grenser for hvordan SØ kan løse oppgavene. I opptaksområdet er det en framskrevet 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.

En bærekraftig spesialisthelsetjeneste er avhengig av en kommunehelsetjeneste med god kompetanse. Informasjons- og kompetansedeling mellom tjenestenivåene er ofte tidkrevende, og må i større grad foregå digitalt. En felles digital kompetanse- og samhandlingsplattform er nødvendig.

5. Analyse og veivalg

5.1 Analyse

Vi vet at

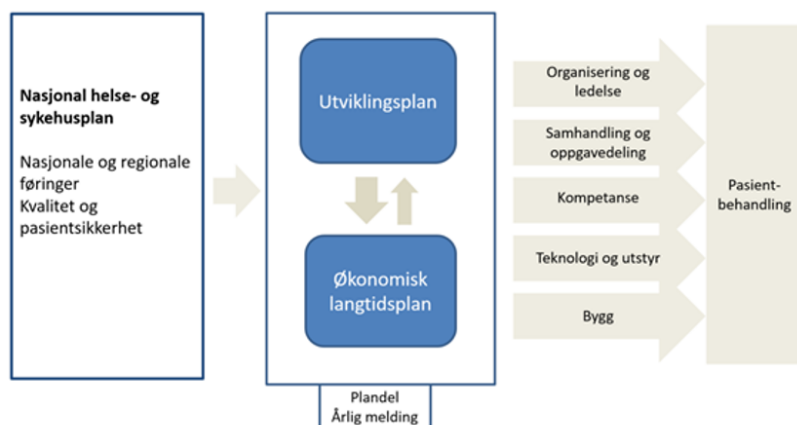
- befolkningens behov og forventninger endrer seg i tiden som kommer
- medisinsk og teknologisk utvikling vil endre helsetjenestene radikalt
- bemanning vil være den største framtidige utfordringen

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

Da må vi

- involvere pasienten i egen helsetjeneste
- ta i bruk ny kunnskap og behandlingsformer som er erfarings- og forskningsbasert
- tenke nytt og utvikle nye arbeidsformer
- utnytte teknologisk mulighetsrom og tilby digitale tjenester
- ha treffsikre tjenester, god behandling til riktig tid
- utvide satsningen på samhandling og brukermedvirkning
- unngå dobbeltarbeid i kommuner og spesialisthelsetjeneste
- samarbeide med kommunene og utdanningsinstitusjoner og gjøre det attraktivt å arbeide i SØ



Illustrasjonen er hentet fra Revidert veileder for mandat med utviklingsplaner fra HSØ.

5.2 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. Helseatlas brukes aktivt både i faglig normering og styring for å støtte forbedringsarbeidet og redusere uønsket variasjon. 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.

I tråd med oppdrag og bestilling fra HSØ skal det arbeides systematisk og målrettet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til beste for pasientene. Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet må sees i sammenheng. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten binder sammen kvalitet, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. «Litt bedre hver dag» heter SØ sin utviklingsplan. I sykehusets videre arbeid med prosessforbedring skal vi videreutvikle både kvalitet og arbeidsmiljø.

Organisering og ledelse

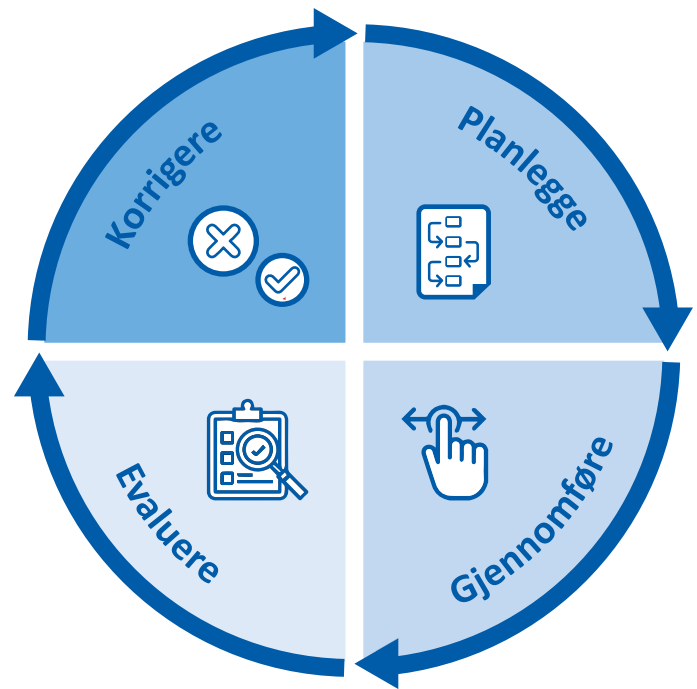
Hvor vil vi?

Mål: Pasienter, pårørende og helsepersonell i opptaksområdet opplever en helsetjeneste der SØ og kommunene samarbeider tett og målrettet for å gi trygge, forutsigbare og gode tjenester med utgangspunkt i våre verdier, kvalitet, trygghet og respekt.

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 løsninger for de utfordringene sykehuset står ovenfor. For å utvikle og drive framtidens sykehus skal ledere utvikle sin evne til å samhandle, monitorere og styre helsetjenesten. SØ er i gang med å utvikle et datavarehus slik at vi kan hente ut egne data til kvalitetsarbeid og forskning.

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 og 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.
- 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 ressurs-situasjon er effektivt samarbeid nødvendig. Derfor må sykehus og kommuner samhandle godt slik at vi organiserer oss for å utnytte ressursene best mulig.

Hvor vil vi?

SØ skal være et utadventt sykehus. Spesialister fra sykehuset skal samarbeide med kommunene og fastlegene, og pasienter skal i større grad kunne møte spesialisthelsetjenesten hjemme, digitalt eller med ambulante tjenester. SØ har en ambisjon om planlegge helsetjenester i samarbeid med kommunene.

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, videregående skoler og høgskoler og universitet i opptaksområdet.

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.

Samarbeidet med OUS er viktig for SØ som område-sykehus, spesielt i forhold til utdanning, samhandling om pasienter og om framtidig utvikling av spesialisthelsetjenester.

Kompetanse

Kompetente og motiverte medarbeidere med gode rammebetingelser er nøkkelen til suksess. Det faglige nivået er viktig for å være en attraktiv arbeidsplass. Det er nøkkelen for å rekruttere, beholde og videreutvikle personell som leger, sykepleiere, helsefagarbeidere. SØ må drive systematisk personellplanlegging, arbeide for en heltidskultur, rekruttere og beholde ansatte og drive strategisk kompetanseutvikling.

Ledelse er en av de viktigste forutsetningene for å nå SØ sine mål. Lederskapet skal bygge en organisasjon med evne til hele tiden å utvikle nye løsninger for de utfordringene sykehuset står ovenfor.

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.



Alle medarbeidere skal ha kontinuerlig kompetanseutvikling. Kompetanseplan må ta hensyn til den teknologiske utvikling og fremtidige behov for nye arbeidsformer, spesielt teamarbeid. Forskning må være integrert i praksis og bidra til god kvalitet, kompetanseutvikling og kunnskapsbasert praksis.

Det skal være utviklende og morsomt å arbeide i ordinære døgnområder. Vi trenger sykepleiere med erfaring i døgnområdene. Mange pasienter med komplekse problemstillinger trenger erfarne og faglig sterke sykepleiere.

Vi må videreutvikle samarbeidet med utdanningsinstitusjonene. Universitetet i Oslo, Universitetet for miljø og biovitenskap, Høgskolen i Østfold og fagskolen i Østfold er viktige samarbeidspartnere for sykehuset både i utdanning av nye og videreutvikling av sykehusets medarbeidere.

Fagskoleutdanningen for helsefagarbeidere planlegger en videreutdanning for medisinske fagområder. Slike utdanninger skaper forventninger om nye arbeidsoppgaver og krever oppfølging i praksis for å lykkes med oppgavedelingen.

Samhandling er en kompetanse som må videreutvikles. Sykehus og kommune må dele kompetanse og lære av hverandre. I fremtiden trenger vi tett samarbeid om hospitering, muligheter for kombinerte stillinger og felles kompetanseplanlegging.

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.

For å sikre bedre bruk av leger og sykepleieres kompetanse og tid bør SØ se på arbeidsoppgaver og riktig bruk av støttepersonell. Hvordan utnytte kompetansen til helsefagarbeidere, kontorfaglig personell, servicemedarbeidere, portører, og kanskje andre grupper i fremtiden? Likedan må SØ fortsatt vurdere teknologi og innovasjon som virkemidler for å bedre kvalitet og minske behovet for arbeidskraft.

Teknologi og utstyr

Tjenester som tidligere krevde oppmøte hos helsepersonell eller at helsepersonell møttes fysisk eller digitalt, 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. Informasjonsdeling mellom kommuner, fastleger og sykehus er en forutsetning for å lykkes med sammenhengende tjenester for pasientene.

Teknologi og utvikling av kirurgisk utstyr må ha fokus for å utvikle nye metoder i spesialist-helsetjenesten. Det er ønskelig at SØ utreder muligheter for å etablere et innovasjonslaboratorium.

Bygg

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



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

Folkehelse

Helsefremmende og forebyggende tiltak for å møte folkehelseutfordringene i opptaksområdet er en del av satsingen i helsefellesskapet. Kommunen og SØ kan for eksempel samarbeide om tilbudet til diabetespasienter. SØ vektlegger fysisk aktivitet for å mestre sykdom og bedring av helsetilstanden. Trening er en viktig del av oppfølgingen av pasienter, både før, under og etter diagnostikk og behandling.

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 har godkjent 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.

I planperioden vil SØ arbeide med å finne hensiktsmessig organisering av digitale tjenester for oppfølging og kommunikasjon med pasienter hjemme, kommunehelsetjenesten og fastlegene.

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.

Dialyse

Det er ønske om å se på fremtidens dialysebehov. Med endringer av samfunnet og økte muligheter til hjemmebehandling vil dette være den foretrukne behandlingen til dialysepasienter. I lys av dette må man revurdere organiseringen av dialysetilbudet. Vi skal være et utadvendt sykehus og gjøre mer hjemme hos pasienten enn slik situasjonen er i dag.

Psykisk helsevern og rus

Det er behov for økt døgnkapasitet til de alvorligst syke pasientene (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 ved hjelp av blant annet maskinlæring.

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 i 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.

Bildediagnostikk

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 (thorax/skjelett) trolig vil 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 og bruk av maskinlæring 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.

SØ opplever en stor økning av psykosomatiske helseutfordringer hos barn og unge. I tillegg øker spiseproblemer og psykiske helseutfordringer.

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 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 av 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. Utvalget leverte sin rapport 1. februar 2022. Utvalget anbefaler blant annet: felles nettside der aktørene kan navigere i tilbudene, informasjon til fastleger og henvisere, innhold i henvisningene, oversikt over kommunale tilbud, informasjon om koordinatorfunksjonene, oversikt over henvisningsflyt per kommune/BUPP, bruk av dialog-

meldinger ved avslutning av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. 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. ACT/FACT-team⁶ 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 sammen med styringsdata danne grunnlag 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 god kvalitet i alle regionene.

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 lunge-

betennelse, samt lidelser i sirkulasjonssystemet.

Folkehelseinstituttet sine analyser viser at hvert sjette sykehusopphold for eldre pasienter resulterer i reinnleggelser.

Antall personer over 80 år vil nærmest doble seg innen 2037. Mange vil være friske, men pga.

det høye antallet skrøpelige eldre 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/KS⁷ der kommuner og sykehus deltok. Første trinn, som er i gang er «Hva er innfor» 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.

⁶ ACT og FACT er modeller for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. ACT står for Assertive community treatment, på norsk Aktivt oppsøkende behandlingsteam. FACT står for Flexible Assertive Community Treatment, på norsk fleksibel aktiv oppsøkende behandling.

⁷KS er kommunesektorens interesseorganisasjon. Alle kommuner og fylkeskommuner er medlemmer.

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 vårt opptaksområde er blant områdene 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 oppstartssamtaler 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 tvangsbegrensingslov 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 ACT/FACT team i Fredrikstad og Sarpsborg. Det er gjennom samhandlingsavtaler planlagt oppstart av FACT team i Halden og i 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 døgn-kontinuerlig 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

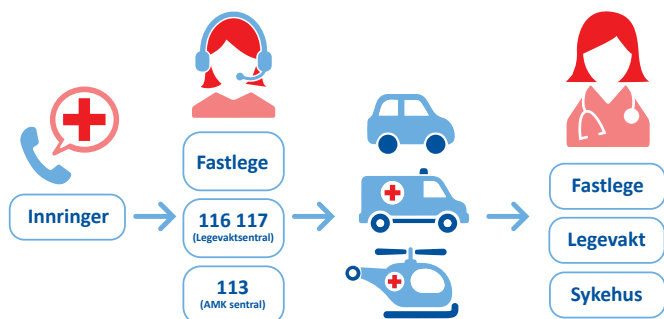
Oppfølging ved utviklingsforstyrrelser

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. Dette er en pasientgruppe som trenger tett samarbeid mellom psykisk helsevern og somatikk.

Det er vedtatt i Helse Sør-Øst 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. 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, fastlege-tjenesten, kommunale akutte døgnplasser (KAD), kommunalt helsepersonell i vakt og psykososialt støttearbeid i forbindelse med akutte hendinger. Samarbeidet i den akuttmedisinske kjede er i opptaksområdet regulert blant annet gjennom felles samarbeidsavtale i helsefelleskapet: 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 opptaksområdet.

Ambulansetjenesten hadde i perioden 2009 – 2019 en økning i antall ambulansoppdrag på 81 %, med størst vekst innenfor de akutte oppdragene. Også AMK og legevakter rapporterer om betydelig økning i antall henvendelser. Det er ønskelig å gjennomgå hele den akuttmedisinske kjeden for å identifisere forbedringsområder, både i og utenfor sykehus. De beste løsningene for en sammenhengende og effektiv akuttmedisinsk kjede finner vi ved at alle aktørene samarbeider.



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.

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 hørings svar. 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 hatt en arbeidsgruppe med representanter fra SØ og fra kommunehelsetjenesten som har satt 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 rusavhengighet.

En viktig forutsetning er at når SØ gir spesialisthelsetjenester i pasientens eget hjem så er det fortsatt sykehuset sitt ansvar.

En forutsetning for å flytte spesialisthelsetjenester til pasientens hjem ved hjelp av teknologi er felles IKT-overbygg over journalsystemene. Dette sikrer god elektronisk kommunikasjon, at systemene snakker sammen, at data gjøres tilgjengelig for involverte parter. Brukerstøtte for pasient og helsepersonell er avgjørende for et vellykket resultat.

Arbeidsgruppen har pekt på disse risikoområdene: driftskostnader flyttes til kommunehelsetjenesten, vanskelig å synliggjøre samfunnsøkonomisk nytte når besparelsene ikke kommer med en gang og lav digital modenhet/kompetanse hos mange av pasientene.

Skrøpelige eldre og eldre med demens

Differansen mellom gjennomsnittlig antall forventede friske leveår (ca. 71 år) og gjennomsnittlig totale leveår (ca. 84 år) vil, sammen med demografisk alderssammensetning, gjør 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 for 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, informasjon samles og følges opp 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 hjemmeoppfølging. 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 framskriving av aktivitet innen spesialisthelsetjenesten for perioden fram mot 2030» viser at vi i fremtiden blant annet vil få flere pasienter med 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 at flere blir friske, noe som vil kreve økt ressursbruk. Innovasjonspartnerskapet «Nyskapende pasientforløp» mellom kreftavdelingen i

SØ, Innovasjon Norge og leverandører av teknologi er ferdig med utviklingsfasen. 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 har med reising og tidsbruk.

Måleparameter, forslag:

Andel som følges opp gjennom digital hjemmeoppfølging. 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. 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 psykiske lidelser 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 helse-tilstand og lever i gjennomsnitt vesentlig kortere enn befolkningen for øvrig. Hos pasienter med milde/moderate lidelser brukes verktøy for bedre pasientmedvirkning, selvrappotering for å følge effekten av behandling og eMestring⁸.

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 behandlingssopplegg 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 for andre pasientgrupper enn de som er nevnt ovenfor. 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)

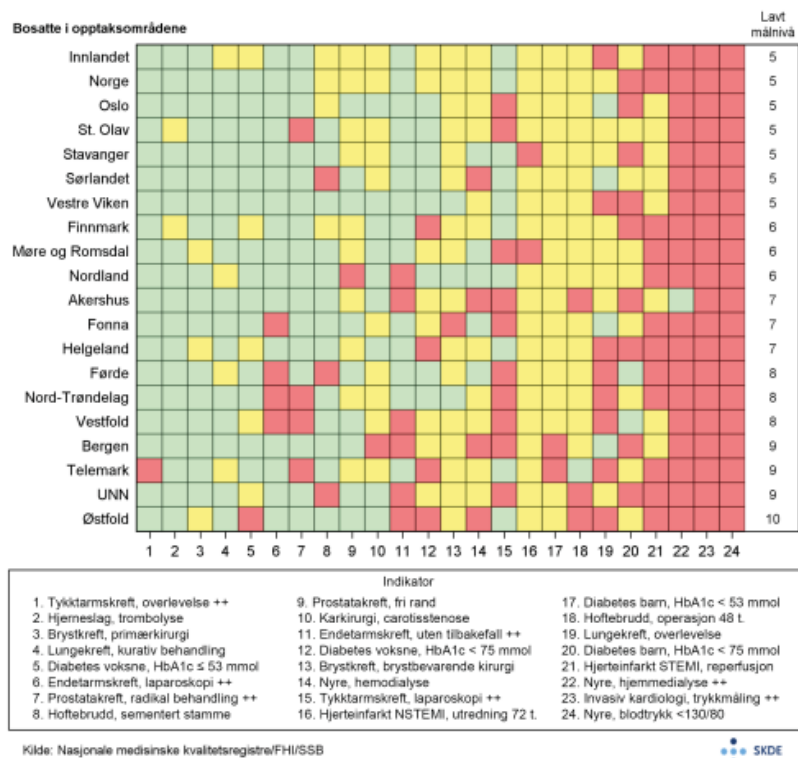
- 1 Livslang læring, mestring og kompetanseutvikling
- 2 Spesialutdanning av sykepleiere
- 3 Spesialistutdanning av leger (LIS)
- 4 Oppgavedeling og kompetansesammensetning
- 5 Praksisstudier og lærlingeordningen
- 6 Samarbeid med utdanningssektoren
- 7 Lederkompetanse
- 8 Kompetansedeling med kommunene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

⁸ eMestring er veiledet internettbehandling til mennesker som sliter med panikkklidelse, sosial angst eller depresjon

Vedlegg

Vedlegg 1 Sluttrapport delprosjekter

Vedlegg 2 Helseatlas – geografisk variasjon i måloppnåelse



Figur 4.1: Samlet oversikt over kvaliteten i utvalgte nødvendige helsetjenester, per opptaksområde. Høy, moderat og lav måloppnåelse er markert med henholdsvis grønn, gul og rød farge. Gjennomsnittlig resultat for perioden 2017–2019. ++ er indikatorer som har kun to målnivåer. Tallene til høyre for figuren viser antall indikatorer med lav måloppnåelse.

Vedlegg 3 Endring i antall innbyggere i Norge per opptaksområde

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

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 %

Vedlegg 4 Framskrivning av befolkningssammensetning etter alder

Tabell Framskrivning av befolkningssammensetning 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 %

Vedlegg 5 Aktive prosjekter i Sykehuset Østfold HF

Aktive prosjekter i 2021 som videreføres i 2022	Slutt
Digitale innbyggertjenester - Program	
Digitale brev til pasient, tilleggsoppdrag	30.06.2022
Mine henvisninger	28.02.2022
Innføring av CheckWare i psykisk helsevern	30.06.2022
Erstatte MinJournal	28.02.2022
Mine timeavtaler	28.02.2022
DMA – Digitalt mediearkiv	
DMA innføring	28.02.2022
Ta bilder med mobil app i pasientbehandling	30.03.2022
Videoopptak i pasientbehandling (psyk.helsevern)	31.12.2022
Dimensjonering og kapasitetsutvikling, kort sikt	31.12.2025
Delprosjekt 1, opprettelse døgnplasser Kalnes	31.12.2022
Delprosjekt 2, økt pol. og dagbeh. Moss og Kalnes	31.12.2022
DIPS interactor, mottaksprosjekt	31.06.2022
Heltidsstilling fase 2	31.12.2022
HIMSS reklassifisering - Program	
Mobil app for blodprøvetaking Delprosjekt	01.03.2022
Implementering av fullskala kompetanseportal	01.04.2022
Innføring av Teams	28.02.2022
Innføring e-mestring i psykisk helsevern	10.03.2022
Innovasjonspartnerskap 2 prøvetaking hjemme	31.12.2022
Kommunikasjonsrom SØ	07.10.2022
NEWS integrasjon	På vent
Ny ambulansestasjon Halden	07.10.2022
Ny ambulansestasjon Sarpsborg	06.10.2022
Opptrapping av SØs kapasitet for kliniske behandlingsstudier, forprosjekt	28.02.2022
Optimalisering av drift i Kvinneklinikken	31.12.2022
PPH presisjonsproduksjon helsestjenester (maskinlæring og sporing)	31.12.2024
Samhandling SØ og Fredrikstad kommune	31.12.2022
St. Joseph Fredrikstad	
Statistisk logganalyse	30.12.2022
Sterilforsyning	15.06.2022
STIM (infrastrukturmodernisering)	31.12.2023
Talegjenkjenning, gjennomføring	30.03.2022
Utvidelse akuttmottaket + MR 4 Kalnes	31.12.2023
Utviklingsplan	10.05.2022
Veiledning for veiledere	15.01.2023

Illustrasjoner: Karoline Kristiansen Lunde, kommunikasjonsavdelingen Sykehuset Østfold