

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

Delprosjektleder Odd Petter Nilsen.

Mandat/ oppdrag:	Mandat - Gjennomgå utviklingsplan SØ 2018-2035 og se om det er endringer i kapitlene 2, 3 og 4 om nåsituasjonen, overordnede strategier og føringer og utviklingstrekk og fremskrivninger. - Hva er vår ambisjon i helsefellesskapet, hvor langt har vi kommet og er vi på (rett) vei? - Beskrive utvikling av tjenester som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. - Hvordan vil vi håndtere nye satsningsområder? Vurdere om det er behov for nye strategier og tiltak for pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Følgende grupper skal prioriteres: • Barn og unge • Voksne med alvorlig psykiske lidelser og rusproblem • Skrøpelige eldre • Personer med flere kroniske lidelser Tilbudet innen habilitering for barn, unge og voksne skal styrkes, herunder ambulant virksomhet til pasienter. Veiledning til kommunalt personell skal prioriteres slik at tilbudet til pasienter og pårørende kan styrkes lokalt. Dette arbeidet skal prioriteres og omtales i de lokale utviklingsplanene. Helseforetakene og kommunene har et felles ansvar for forebygging, og Sykehuset Østfolds bidrag til det felles ansvaret for å fremme folkehelse og forebygge sykdom og skade må omtales.
Deltakere i arbeidsgruppa	SU nedsetter en gruppe som får i oppdrag å besvare mandatet. Brukere: Mona Larsen fra Brukerutvalget SØ Tillitsvalgt: Anita Talåsen Granli – NSF Samhandlingssjef kommune Guro Steine Letting Samhandlingssjef SØ - Odd Petter Nilsen Andreas Joner fra delprosjekt 2.

Oppgave	Tiltak / utførelse	Status
Gjennomgå utviklingsplan SØ 2018-2035 og se om det er endringer i kapitlene 2, 3 og 4 om nåsituasjonen, overordnede strategier og føringer og utviklingstrekk og framskrivninger.	Utført gjennomgang og levert sekretariatet	Utført – sendt sekretariatet 25.8.21 Odd Petter
Hva er vår ambisjon i helsefellesskapet, hvor langt har vi kommet og er vi på (rett) vei?	Helsefellesskapet Østfold ble etablert iht. «Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) 2020-2023», gjennom vedtak i Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) 3.9.2020. All elementene som er beskrevet for et Helsefellesskap i NHSP er på plass Ambisjonen er å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Pasienter, pårørende og ansatte i helsesektoren inkl. fastlegene, skal oppleve en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste der pasienten kan være en aktiv deltaker i egen helse og behandling. Det er etablert god samhandlingskultur, felles forståelse av hva helseforetak og kommuner skal samhandle om og hvordan de skal gjøre det. Helseforetak og samarbeidende kommuner møtes som likeverdige partnere i Helsefellesskapet Østfold. Vi blir flere, vi blir eldre og vi forventer mer. Det gjør det krevende å forene ønsker og muligheter innenfor ressursrammene vi har til rådighet. Det er særlig knapphet på arbeidskraft som vil sette grenser for hvordan vi kan løse oppgavene. En bærekraftig helsetjeneste forutsetter derfor at vi utnytter mulighetene teknologien gir, bruker kompetansen hos de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig.	Odd Petter
Beskrive utvikling av tjenester som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.	Helsefellesskapet vil videreutvikle tjenester/tilbud for pasienter med behov for tjenester fra både spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste på bakgrunn av felles, kvalitetssikret styringsinformasjon, framskrivnings- og prediksjonsverktøy og selverkjente forbedringsområder. Helsedirektoratet vil produsere styringsinformasjon til Helsefellesskapene for de fire prioriterte gruppene – alt dette vil danne grunnlag for behandling i Helsefellesskapet	Utført - arbeidsgruppa

	Helsefellesskapet vil bruke arbeidsmetoden som er beskrevet i samarbeidsavtalen: Etter grundig drøfting nedsettes partssammensatte underutvalg med bred representasjon av fagfolk og brukere innen hvert område. Helsefellesskapet utarbeider mandat og tidsfrist for arbeidet i underutvalget. Arbeidet med hver enkelt fokusgruppe har ulike oppstarts- og sluttdatoer og skal iht. Nasjonal helse og sykehusplan (NHSP) være ferdigstilt innen 2023. Utfordringer og oppdrag er beskrevet i Nasjonal helse – og sykehusplan (NHSP) 2020-2023. <i>Se sak under for detaljer om hver fokusgruppe</i>	
Hvordan vil vi håndtere nye satsningsområder? Vurdere om det er behov for nye strategier og tiltak for pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Følgende grupper skal prioriteres: • Barn og unge • Voksne med alvorlig psykiske lidelser og rusproblem • Skrøpelige eldre • Personer med flere kroniske lidelser	• Barn og unge I Norge behandles om lag fem prosent av barn og ungdom i alderen 0–18 år hvert år i psykisk helsevern for barn og unge. 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. Tidlig innsats og samarbeid på tvers av forvaltningsnivå innad i helse- og omsorgstjenesten og med andre kommunale tjenester er særlig viktig for denne gruppen (NHSP). Et underutvalg med representanter fra kommuner, sykehus (BUP/HABU), brukerutvalg, ungdomsråd og fastlegene er nedsatt og skal levere sin rapport 1.12.21. 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. • 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.. Mange har også betydelige rusproblemer og somatiske utfordringer. Disse har behov for godt integrerte tjenester fra mange instanser i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten. (NHSP). FACT-team vil kunne bidra for å sikre likeverdige tjenester, gode overganger og høy kvalitet på tjenestene og bør være et tilbud til alle i vårt område.	Utført - arbeidgruppa

	Helsefellesskapet vil igangsette arbeidet høst/vinter 21/22. Erfaringer fra «Struktur for samhandling (Fredrikstad)» og «Storforbrukerprosjektet» vil danne grunnlag (sammen med styringsdata) for videre arbeid. En formell møteplass for strukturert samarbeid mellom sykehus / DPS /rus og kommunene er etablert regionsvis gjennom Helsefellesskapet. Denne 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 har litt ulik tilnærming til dette arbeidet og Helsefellesskapet må sikre at møtene i alle regionene har god kvalitet. • Skrøpelige eldre Skrøpeligheit er en tilstand som særlig rammer eldre. Den kjennetegnes blant annet ved redusert muskelstyrke, utilsiktet vekttap og redusert motstandskraft mot sykdom. Disse pasientene har som regel et tilbud fra kommunal pleie- og omsorgstjeneste og legges hyppig inn på sykehus som øyeblikkelig hjelp for ulike tilstander. Blant de vanligste årsakene for innleggelse er fall, influensa og lungebetennelse, samt lidelser i sirkulasjonssystemet. Folkehelseinstituttet sine analyser viser at hvert sjette sykehusopphold for eldre pasienter resulterer i reinnleggelser (NHSP). Antall personer over 80 år vil nærmest doble seg innen 2037. Mange vil være friske, men pga. det høye antallet vil behovet for helse- og omsorgstjenester for denne aldersgruppa øke betydelig Utvikling av overordnet pasientforløpet for eldre/kronikere/multisyke er under arbeid. Dette er et samarbeid mellom kommuner og sykehus der også brukere og fastleger deltar. Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) er oppdragsgiver og pasientforløpet er en videre utvikling av læringsnettverket arrangert av FHI/KS der kommuner og sykehus deltok. Første trinn (som pågår) er «Hva er innafor» og beskriver metode, retningslinje og eget verktøy for en forsterket utskrivning fra sykehus med detaljert behandlingsplan for oppfølging i kommunen. Målet er tidlig intervensjon, felles behandlingsmål og tiltaksplan. Resultatmålet er at aktuelle pasienter utsetter sykdomsforverring og dermed hindrer reinnleggelse. • Personer med flere kroniske lidelser For denne gruppa er det et stort potensial for å forebygge utvikling av større behov for helse- og omsorgstjenester gjennom tidlig innsats og godt samarbeid.	
--	--	--

	Kategorien alvorlig kompleks kronisk sykdom inkluderer pasienter med minst tre komplekse lidelser eller minst seks mindre komplekse lidelser. Helse Sør-Øst 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 under, 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 prikkpunkt. Det vil bli behov for å samarbeide tett på flere ulike områder for å forbedre de samlede tjenestene.	
Tilbudet innen habilitering for barn, unge og voksne skal styrkes, herunder ambulant virksomhet til pasienter. Veiledning til kommunalt personell skal prioriteres slik at tilbudet til pasienter og pårørende kan styrkes lokalt. Dette arbeidet skal prioriteres og omtales i de lokale utviklingsplanene.	Habilitering er et «lite» og sårbart fagområde i spesialisthelsetjenesten. Habilitering av barn, unge og voksne bør av den grunn få en tydeligere plass faglig og organisatorisk i Sykehuset Østfold. Habiliteringstjenestene skal tilby ulike pasientgrupper regelmessig, helhetlig og samordnet oppfølging. Nasjonale og regionale retningslinjer, veiledere, planer og andre førende dokumenter viser til et behov for økte ressurser og tilstrekkelig tverrfaglig kompetanse i Habilitering for å møte de faglige krav og behov som pasienter og deres familier/omsorgsgivere har rett på i ulike livsfaser. Det er et behov for å styrke HABU og HAVO i Sykehuset Østfold knyttet til kompetanse og kapasitet/ressurser for å kunne følge opp dette i tilstrekkelig grad. Det bør vurderes om det er hensiktsmessig å etablere Habilitering som egen avdeling og gjøre en vurdering av i hvilken klinikk i sykehuset det er mest hensiktsmessig at denne plasseres, for å sikre nødvendig arealer og synergi av fag, kompetanse og ressurser. Videre er det økt behov for spesialkompetanse for å ivareta spesialiseringsbehov og tverrfaglig tilnærming i arbeidet. <u>Nye satsningsområder</u> • <i>Autismespekterforstyrrelser</i>- Intensiv og helhetlig utredning, behandling og oppfølging av barn og unge og voksne med autismespekterforstyrrelser og deres familier og kommunale instanser (NOU 2020:1) Antallet førskolebarn med autisme har mer enn doblet seg de siste 3-4 årene. Dette gir et stort behov for økte ressurser, kompetanse og tiltak innenfor feltet små barn, autisme og migrasjon. Tjenestetilbudet til pasienter med ASF uten PU må videreutvikles slik at pasientene får tjenester med rett kompetanse og tilstrekkelig ressurs. Det bør vurderes om det skal opprettes et nevroteam for voksne pasienter med ASF uten PU, det må vurderes hvor det skal ligge organisatorisk: Psykisk helsevern eller habilitering. • <i>Etablering av tilbud om Intensiv habilitering i SØ</i> - Utvikling og oppbygging av tilbud i SØ innen 2024. Utenlandstilbudene skal avvikles og erstattes med nye tverrfaglige, familieorienterte	Andreas Joner

	intensive habiliteringstilbud i eget HF og regionalt. jfr Rapport «Et nasjonalt løft for barn og unge» • <i>Cerebral Parese</i> - Nasjonalt oppfølgingsprogram for barn og unge har eksistert i mange år. Det vurderes nå om det skal etableres et nasjonalt oppfølgingsprogram også for voksne. Det er igangsatt et planarbeid nasjonalt om utvikling av nasjonal faglig retningslinje for CP. Dette innebærer en økt innsats innen voksenhabilitering som fordrer økte ressurser og kompetanse i habiliteringstjenesten i sykehuset • <i>Palliasjon</i> – implementering av nasjonal faglig veileder samt utvikling av godt tjenestetilbud til pasienter og deres familier i Habiliteringstjenesten i SØ • <i>Ervervet hjerneskade</i> – implementering av behandlingslinje – kompetanseheving • Utviklingshemming og psykisk helse/utfordrende atferd – avklaringer og utvikling av tjenester • <i>Lov om HSO</i> - Kapittel 9 - Lovpålagte oppgaver knyttet til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, Kapittel 9 vedrørende bruk av makt og tvang overfor enkeltpersoner med utviklingshemning. • <i>Seksuell helse</i> - vansker knyttet til seksualitet • <i>Omfattende og spise-</i> og ernæringsvansker i målgruppene <u>Utviklingsforstyrrelser – Barn og unge</u> Antall utredninger av barn med utviklingsforstyrrelser har økt i BUP. Dette er en pasientgruppe med livslange behov hvor forventningene til samarbeid med kommunen og hvilke tilbud barna og familiene kan få der er avgjørende. Per i dag er det stor ulikhet i tilbudene som finnes i den enkelte kommune. Det er behov for en tydelighet og standardisering av det kommunale tilbudet på tvers av kommunene, slik at oppfølgingstilbudet som gis fra BUP kan bli mer ensartet og forutsigbart for familiene.	
Helseforetakene og kommunene har et felles ansvar for forebygging, og Sykehuset Østfolds bidrag til det felles ansvaret for å fremme folkehelse og	Befolkningen i Østfold har høy sykkelig og det er viktig å forebygge sykdom og skader for ikke å overbelaste tjenestene. Det har vært vanskelig å finne områder for felles samarbeid om forebygging. Helsefellesskapet vil jobbe for å identifisere aktuelle forebyggingsområder det kan samarbeides om og forankre felles innsats. Helsefellesskapet skal, i større grad samarbeide med og gi støtte til pasient- og pårørende-organisasjoner og andre i frivillig sektor. Disse bidrar på forskjellige måter til læring og mestring innen	Faglig samarbeids-utvalg

forebygge sykdom og skade må omtales.	helse, inkluderende lokalsamfunn der flest mulig i alle aldre kan leve aktive og meningsfulle liv samt hindre ensomhet og utenforskap gjennom å legge til rette for aktiviteter og fellesskap med andre. Dette er god forebygging av sykdom og kan gi store helsegevinster til en lav kostnad.	
---------------------------------------	--	--

1. Behandling av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hos barn og unge

Kapasitetsutfordringer

Det ses 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 Østfold / Vestby er blant opptaksområdene med flest institusjoner. Institusjonene er kommunale, private eller under BUFETAT. Institusjonene huser ofte de mest utsatte og sårbare barna i opptaksområdet. Det er behov for flere tiltak som bidrar til å sikre individuell oppfølging av barn i og utenfor institusjon, som ressurser til ambulant oppfølging og spesialiserte team.

Rekruttere og beholde spesialister

Det er behov for flere spesialister i BUP. Andelen spesialister per seksjon har gått ned de siste årene. Det er en utfordring å rekruttere og beholde spesialister og flere oppgir at de slutter grunnet stort arbeidspress. Dette omdømmet bidrar dessverre også til at få spesialister søker seg til BUP Østfold.

Utviklingsforstyrrelser

Antall utredninger av barn med utviklingsforstyrrelser har økt i BUP. Dette er en pasientgruppe med livslange behov hvor forventningene til samarbeid med kommunen og hvilke tilbud barna og familiene kan få der er avgjørende. Per i dag er det stor ulikhet i tilbudene som finnes i den enkelte kommune. Det er behov for en tydelighet og standardisering av det kommunale tilbudet på tvers av kommunene, slik at oppfølgingstilbudet som gis fra BUP kan bli mer ensartet og forutsigbart for familiene.

Nye satsningsområder

- Det er iverksatt tiltak som har til hensikt å redusere avslag og bedre samhandlingen med kommunene i opptaksområdet
 - Det arbeides for å etablere ordninger der flere pasienter/familier tas inn for avklarende oppstartsamtaler der informasjonen i henvisningen ikke gir et tilstrekkelig vurderingsgrunnlag.
 - Utprøving av inntaksarbeid i samarbeid med enkelte kommuner (inntak ute)
 - Utarbeide veikart for pasientforløp i samarbeid med kommunene i opptaksområdet på oppdrag fra Helsefellesskapet
- Samhandling barnevernsinstitusjoner
 - Det er utarbeidet samarbeidsavtale med barnevernsinstitusjonene i opptaksområdet. Ordlyden er utarbeidet i samarbeid med BUFETAT.
- Teknologi
 - Innføring av Checkware for å sikre raskere og sikrere innhenting av informasjon ved oppstart og gjennomføring av utredninger.
 - Prosjekt videoopptak i pasientbehandling – tiltak for å sikre forsvarlig gjennomføring og oppbevaring av videoopptak og bilder som benyttes i utredning og behandling.
 - Det er lagt til rette for at behandlere kan gjennomføre konsultasjoner via Join helsenett.
- FACT ung- Utredning av muligheter for å etablere FACT ung – et samarbeidprosjekt mellom Fredrikstad kommune og BUPP Fredrikstad

2. Forebygging av selvmord

Forebygging av selvmord er et satsningsområde i Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling. Satsningsområdet vil videreføres gjennom eksisterende systematiske opplæring som består av følgende:

- Obligatorisk dagskurs for alle nye medarbeidere «suicidologi og vurdering av selvmordsfare»
- Spesifikk opplæring for leger/psykologer i psykiatrisk avdeling
- Opplæringsplan for LIS (leger i spesialisering)/LIS sommervikarer
- Kvalifiseringsprogram for vurdering av selvmordsrisiko for nytilsatte medarbeidere innenfor ambulante akutteam/ACT- team
- Det er avdelings-/seksjonsvis opplæring
 - Gjennomgang av retningslinjer og interne prosedyrer
 - Opplæring av nyansatte medarbeidere
 - Spesifikk opplæring for nye leger før de inngår i vaktturnus
 - Fortløpende undervisning i selvmordsforebygging
- Det er utarbeidet eget undervisningsprogram, av flere kurs knyttet til selvmordsforebygging i tillegg til obligatorisk dagskurs

Handlingsplan og tiltaksplaner

Det er utarbeidet egen handlingsplan for forebygging av selvmord for perioden 2020-2025. Det vil være fokus på å videreføre arbeidet med klinikkens tiltaksplan for forebygging av selvmord med prioritert målområder og tiltak innenfor:

- Retningslinjer og prosedyrer
- Dokumentasjon og journalføring
- Kompetanse og kvalitet
- Nasjonalt kartleggingssystem
- Undersøkelse og forskning

Etterlevelse av nasjonale retningslinjer og prosedyrer

Det er fokus på å kontrollere om retningslinjer og prosedyrer følges i klinikken og dette fokuset vil fortsatt være en del av forbedringsarbeidet fremover. Gjennom internrevisjoner, stikkprøvekontroller og egenkartlegging. Det vil videre være aktuelt å gjennomføre årsak- og hendelsesanalyse i tilknytning til selvmord i døgnsesjon.

Nye satsningsområder

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling vil ta i bruk nye behandlingsmetoder, eks ketaminbehandling ved depresjon og selvmordstanker. Videre ha et økt fokus på forebygging ved ambulante pasientnære tjenester; AAT, FACT, ACT, ROP-team. Øke samhandlingen mellom TSB, psykisk helsevern og somatiske tjenesteområder i eget helseforetak. Eks vurdere å ha stedlig vurderingsteam TSB i somatikk og psykisk helsevern.

3. Redusert og riktig bruk av tvang

Redusert og riktig bruk av tvang er et satsningsområde og vil videreføres. Overordnede mål og krav om riktig og redusert bruk av tvangsmidler er konkretisert i handlingsplaner. I psykisk helsevern skal tvangsbruken reduseres og det meste av behandlingen baseres på frivillighet. Frivillighet kan i noen grad kompliseres av at enkelte pasienter ikke ønsker å motta frivillig behandling eller mangler samtykkekompetanse. Man bestreber seg på frivillighet innenfor de rammene som gjelder for den enkelte.

Nye satsningsområder

I Psykiatrisk avdeling har en tverrfaglig og bredt sammensatt arbeidsgruppe har arbeidet systematisk med å implementere føringer og anbefalinger gitt i rapporten Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst. Det er utarbeidet en milepælsplan for implementering av de enkelte anbefalingene i tvangsmiddelrapporten. Forbedringsarbeidet er forankret i - og følges opp - gjennom styringslinjen. Arbeidet har inkludert alle seksjoner i klinikken som er hjemlet for bruk av tvang. Videre er det implementert MAP (Møte med Aggresjonsproblematikk) som et kompetansehevende tiltak for å arbeide med aggresjonsproblematikk på en kvalitetssikret måte.

Innenfor Psykisk helsevern og rusbehandling er det varslet en ny tvangsbegrensningslov. Dette kunne medføre endringer i form av et økt behov for arealer, medarbeidere og døgnplasser. Utformingen av helsetjenesten og helsepersonellet må tilpasse seg denne utviklingen blant annet gjennom kompetansebygging/ holdningsskapende arbeid, nye metoder som et alternativ for tvang samt økt dialog og samhandling med bruker/pårørende organisasjoner og kommune.

4. Oppfølging av ROP-lidelser

Oppfølging av ROP lidelser krever tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling. Det er særlig langs to spor Sykehuset Østfold jobber med dette; samhandling mellom psykisk helsevern og TSB internt og samhandlingstiltak med våre kommuner.

- Vi har i de fleste DPS områder etablert faste samarbeidsrutiner for vurdering av henvisninger og for integrerte behandlingstiltak.
- TSB er integrert som en del av nytt ø-hjelpsforløp i psykisk helsevern
- Det er opprettet FACT team i Fredrikstad og Sarpsborg. Det er gjennom samhandlingsavtaler planlagt oppstart av FACT team i Halden og i Moss.
- Det er etablert rusmestringsenheter i alle fengslene i Sykehusets opptaksområde. TSB sin områdefunksjon i alle fengsler dekkes av psykologer tilknyttet den enkelte rusmestringsenhet.
- Samarbeid med NAV om IPS (Individuell jobbstøtte) ved fire av fem poliklinikker. Dette er et viktig tiltak for og skal videreutvikles.

Nye satsningsområder

- Digitale behandlingstiltak. Utvikle og utvide bruk av videokonsultasjoner og andre digitale verktøy
- Implementere pakkeforløp overdose (kap 4 i TSB pakkeforløp). Herunder etablere døgnkontinuerlig tilgang til legeressurs på vakt i TSB.

5. Alkohol og helse

En rekke sykdommer er alkoholrelaterte og en stor andel av innleggelser 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. Dette poengteres også i nasjonal alkoholstrategi (2021-2025).

Også i psykisk helsevern for øvrig, vil mange pasienter ha et problemfylt forhold til alkohol. I tillegg til at det er et problem i seg selv, vil skadelig bruk av alkohol både kunne tilsløre og forsterke psykiske helseutfordringer. Også her er det viktig at problemfylt alkoholbruk adresseres på en god måte.

Nye satsningsområder

- Sykehuset Østfold har nedsatt en arbeidsgruppe for å utvikle samhandlingen mellom somatikk, psykisk helsevern og TSB. I dette arbeidet vil en se på hensiktsmessige måter å sikre at pasienter blir screenet/kartlagt for problemfylt bruk av alkohol, samt utvikle samarbeidsmodeller som sikrer at pasienter tilbys god behandling. TSB vil her spille en viktig rolle.
- Avdeling for rusbehandling vil videreutvikle tilbudet til mennesker med alkoholproblemer gjennom å legge bedre til rette for polikliniske avrusninger som alternativ til innleggelse. Dette betyr en at en styrkning både av medisinsk faglig kompetanse og utstyr vil prioriteres.
- Avdelingen ønsker å fortsette implementeringen av pakkeforløpet Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.
- Gjennom å være utdanningsinstitusjon for leger i spesialiteten Rus og Avhengighetsmedisin, forsterke det medisinsk faglige fokuset i den tverrfaglige behandlingstilnærmingen og rekruttere – og beholde spesialister.

6. Oppfølging ved utviklingsforstyrrelser

Oppfølging ved utviklingsforstyrrelser

Habiliteringstjenestene for barn, unge og voksne skal tilby ulike pasientgrupper regelmessig, helhetlig og samordnet utredning og oppfølging. Nasjonale og regionale retningslinjer, veiledere, planer og andre førende dokumenter viser til et behov for økte ressurser og tilstrekkelig tverrfaglig og spesialisert kompetanse for å møte behovene som pasienter og deres familier/omsorgsgivere har rett på i ulike livsfaser. Antall pasienter med utviklingsforstyrrelser har økt. Det vil medføre et behov for å utvikle flere samhandlingsarenaer med kommuner og ny vurdering av intern organisering av habiliteringsseksjonene i SØ.

Nye satsningsområder

Det er store ulikheter i tilbudene i habiliteringstjenestene når det gjelder kapasitet, kompetanse og organisering. Videre er det ressursmangel og mangel på faglige retningslinjer. I de siste 20 årene er det fremlagt flere rapporter som setter fokus på at habiliteringstjenestene gir ulikt tilbud og på den manglende ressursmessige prioriteringen. Det er behov for å utarbeide en samlet regional fagplan for habilitering. Fagplanen vil inneholde prioriterte tiltak for videre utvikling, både på kort og lang sikt, og ivareta behovet for både en generell styrking av habiliteringstjenestene og utvidelse av periodevis intensive tilbud.

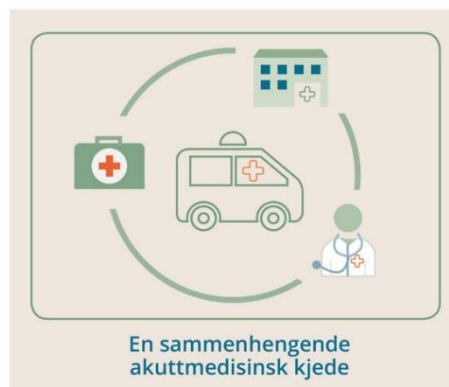
Utviklingsplan SØ 2022 – 2037, delprosjekt 3:

Akuttmedisinske tjenester i og utenfor sykehus, og organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene

3a Gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus sammen med kommunene

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

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



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

Utvalg for akuttmedisinsk beredskap (UFAB) er et underutvalg av Strategisk samarbeidsutvalg (SSU), med representanter fra både spesialist- og kommunehelsetjeneste. UFAB har mandat til å overvåke og utvikle samarbeidet i den akuttmedisinske kjede.

SØ har hatt en prosess med kommunene gjennom UFAB og SSU. Partene har konkludert med at det er behov for en felles gjennomgang av de akuttmedisinske tjenestene. Arbeidet planlegges gjennomført første halvdel av 2022.

3b Gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene

Dokumentet *Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak – nasjonal faglig retningslinje* er nylig revidert av en nasjonal arbeidsgruppe. Dokumentet er sendt på høring fra Helsedirektoratet, med høringsfrist 17. november. SØ vil gjennomgå dokumentet og gi et høringssvar. Det planlegges en helhetlig gjennomgang av organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottaket så snart endelig dokument foreligger. HSØ sitt fagutvalg for akuttmottak utarbeidet i 2015 en rapport med anbefalinger for organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottak (*Kompetanse i front i akuttmottak – sluttrapport midlertid fagutvalg for akuttmottak 2015*). SØ har gjennomgått dokumentet og oversendt status til fagutvalget.

Delprosjekt 4 - Spesialisthelsetjenester i pasientens hjem ved hjelp av teknologi

Nye satsningsområder frem mot 2035 – håndtering og strategier:

Arbeidsgruppen har sett størst potensial for pasientgruppene skrøpelige eldre, kreftpasienter og pasienter med psykiatriske sykdommer og/eller rusmisbruk.

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

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

Skrøpelige eldre og demente eldre: Differansen mellom gjennomsnittlig antall forventede friske leveår (ca. 71 år) og gjennomsnittlig totale leveår (ca. 84 år) vil, sammen med demografisk alderssammensetning, ha som effekt 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, samt nedsatt reservekapasitet ved akutte tilstander som infeksjoner. Innovasjons-/samhandlingsprosjekter rettet mot denne pasientgruppen er foreløpig i tidlige faser.

Strategi/håndtering skrøpelige eldre som bor hjemme:

- Mål: Så mange som mulig lever med sin dårlige helse i hjemmet. Spesialisthelsetjenesten kobler seg på eksisterende løsninger i hjemmet. Sykdomsforverring eller nyoppståtte tilstander kan tidligere fanges opp og monitoreres tettere gjennom pasientforløp med hovedhensikt å opprettholde høyest mulig funksjonsnivå.
- Metoder: VK (digital poliklinikk, tverrfaglig samarbeid med kommune-helsetjeneste), digital egenrapportering, sensortechnologi.
- Forutsetninger: Kommunehelsetjeneste/fastlege iverksetter avstandsoppfølging så tidlig som mulig ved helsesvikt/fare for svikt, slik at dette oftest er etablert før sykehusinnleggelse. Tilgang til nødvendig brukerstøtte for pasient i form av hjemmetjenester, kompetente pårørende eller teknologiassistent. God pårørendeopplæring.
- Måleparameter, forslag: Reduserte overliggedøgn etter USK. Reduksjon reinnleggelser. Frekvens digital vs. fysisk poliklinikk. Andel skrøpelige eldre med avstandsoppfølging (monitorering av prosedyrekode). Reduksjon transportutgifter. Utvikling i samhandlingsavvik.

Strategi/håndtering skrøpelige eldre som bor på sykehjem/andre boformer:

- Mål: Så mange som mulig lever med sin dårlige helse på sykehjemmet. Dette krever god støtte fra spesialisthelsetjenesten til behandlere og pleiepersonell på kommunale institusjoner.
- Metoder: VK (digitale legevisitter). Mer avansert MTU på institusjoner med støtte fra SØ.
- Forutsetninger: Etablerte kliniske samhandlingsstrukturer via digitale plattformer. Aksept i befolkning og personalgrupper for at terskel for sykehusinnleggelse fra kommunal institusjon heves (kulturendring). Ambisjonsnivå for behandling hos pasienter i denne livsfasen må bli en obligatorisk avklaring mellom sykehuslege og tilsynslege.
- Måleparameter, forslag: Reduksjon innleggelser fra sykehjem. Andel skrøpelige eldre på kommunal institusjon med iverksatt digital legevisitt fra SØ (monitorering av prosedyrekode). Reduksjon akutte ambulanseoppdrag.

Kreftpasienter: Det forventes en signifikant økning i antall kreftpasienter (pasienter med maligne blodsykdommer eller svulster) i sammenheng med aldrende befolkning. Nye screeningsprogrammer, medikamenter og operasjonsteknikker medfører kurativt forløp hos flere, noe som krever økt ressursbruk. Innovasjonspartnerskapet «Nyskapende pasientforløp» mellom Kreftavdelingen, Innovasjon Norge og leverandører av teknologi er i slutten av en utviklingsfase.

Strategi/håndtering ved kurative behandlingsforløp:

- Mål: Så mange som mulig mottar oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i hjemmet. Dette er tryggere for pasientene med tanke på smitterisiko, og vil øke mestring samtidig som det reduserer belastningen pasientene opplever i form av reising og tidsbruk.
- Metoder: VK (legevisitt/poliklinikk) mellom kurdager. Blodprøvetaking i hjemmet (pasient eller pårørende). Kirurgipasienter kan få fjernet dren/slanger og gjort sårstell postoperativt gjennom digital samhandling mellom SØ og kommunehelsetjenesten. Egenrapportering via helse-app. LMS-kurs for kreftoverlever på VK.
- Forutsetninger: Beskrivelser av standardiserte behandlingsforløp hvor spesialisthelsetjeneste i pasientens hjem inngår.
- Måleparameter, forslag: Andel digital kreftpoliklinikk (monitorering av prosedyrekode). Andel pasienter med utstyr for blodprøvetaking i hjemmet.

Strategi/håndtering ved palliative behandlingsforløp:

- Mål: Så mange som mulig mottar lindring, støtte og behandling fra spesialisthelsetjenesten i hjemmet (eller på hospice). Dette gir bedre kvalitet på behandlingen i et palliativt forløp; nødvendig intervensjon skjer raskere og under de trygge rammene i hjemmet.
- Metoder: VK (digitalt tilsyn i hjemmet av lege og andre palliative ressurser ved SØ). Tett samarbeid mellom SØ, fastlege og kommunale ressurser via tverrfaglige digitale møter. Egenrapportering av smerte/kvalme/opplevd livskvalitet via helse-app. Blodprøvetaking i hjemmet gjort av pasient eller pårørende.
- Forutsetninger: Digital avstandsoppfølging etableres og testes i hjemmet når palliativ behandlingsstrategi blir besluttet.
- Måleparameter, forslag: Antall palliative tilsyn i hjemmet (monitorering av prosedyrekode). Antall innleggelser på SØ pga. forverring/smerter. Pasientevaluering av tilbudet.

Pasienter med psykiatriske sykdommer og/eller rusmisbruk: Utviklingen i samfunnet viser en økende forekomst av dette sykdomsspekteret. Sosial bakgrunn er en av de viktigste faktorene som spiller inn på psykisk helse. Pasientgruppen er ellers en heterogen med tanke på sykdomspanorama og rusmidler, men særlige fellestrekk er redusert compliance og oppmøtekompetanse. De mest alvorlige psykiske lidelsene eller rusmisbruk medfører ofte redusert somatisk helsetilstand. SØ plasserer seg nasjonalt midt på treet hva gjelder bruk av teknologi i behandlingsforløp for denne pasientgruppen. Hos pasienter med milde/moderate lidelser brukes verktøyene Checkware og eMestring.

- Mål: Bruk av teknologiske hjelpemidler i hjemmet gir denne pasientgruppen økt tilgang på spesialisthelsetjenester og dermed bedre mulighet til å foreta nødvendige forbedringsintervensjoner i pasientforløpet.
- Metoder: Digitale konsultasjoner per VK. Helse-appen Checkware – kartlegging av symptom og funksjonsnivå ved utredningsfase gjennom spørreskjema og automatisert datafangst. Helse-appen eMestring – kombinerte pasientforløp gjennom miks av fysisk oppmøte og internettassistert behandling, bl.a. selvstudium av opplæringsmateriell og film. Monitorering av aktivitet via helse-app der dette er en viktig del av symptombildet (fysisk aktivitetsnivå, nettbruk, søvnmonster).
- Forutsetninger: Reell mulighet for individualisert behandlingsopplegg hvis digital kompetanse er lav.

- Måleparameter, forslag: Antall og andel behandlingsopplegg på VK/digital plattform. Andel brutte behandlingsopplegg på digital plattform. Andel ikke-møtt på VK/digital plattform versus tradisjonell konsultasjon.
- Særlig risiko/flaskehalser: Tilgjengeligheten på teknologiske verktøy (smart-telefon, PC) hos de mest alvorlig psykisk syke er ofte lav, og disse har ofte dårlig motivasjon for behandling både hos fastlege og i spesialisthelsetjenesten.

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

Delprosjekt 5

Kompetanse

Sluttrapport



Versjonskontroll:

Versjon	Dato	Forklaring	Utført av
1.0	22.10.21	1.utkast til sluttrapport	Mette Bøhn Meisingset
2.0	11.11.21	2.utkast til sluttrapport	Mette Bøhn Meisingset

Godkjent av:

Navn	Rolle	Stilling	Dato

Innholdsfortegnelse

Bakgrunn for prosjektet.....	3
Mandat	3
Milepæler	4
Prosjektgruppe	4
Ressursgrupper og personer	5
Gjennomførte møter	6
Møter i prosjektgruppa.....	6
Møter i ressursgruppene	6
Evaluering av prosess	7
Vedlegg	7

Bakgrunn for prosjektet

Utviklingsplanen skal beskrive dagens situasjon, utfordringer og muligheter som virksomheten står overfor, og velge utviklingsretning, sentrale valg og prioriterte tiltak.

Det må synliggjøres hvordan tjenestetilbudet skal utvikles for å:

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

Datagrunnlaget må ta utgangspunkt i felles, regional framskrivning av aktivitet –. Befolkningsutvikling skal hentes fra Statistisk sentralbyrås prognoser og sykdomsutvikling skal baseres på Folkehelseinstituttets analyser.

Det ble henvist til:

- Revidert veileder for arbeidet med utviklingsplaner
- Sak 148-2020 Revisjon av veileder for utviklingsplaner
- Sak 043-2021 Premisser og føringer for arbeidet med lokale utviklingsplaner
- [Utviklingsplan SØ 2018-2035](#)
- [Regional utviklingsplan 2035 Helse Sør-Øst](#)
- [Regional delstrategi for teknologiområdet i Helse Sør-Øst](#)
- Styrking av tjenestetilbudet innen habilitering for barn, unge og voksne, herunder ambulant virksomhet
- Styrket samarbeid på tvers av lokalisasjoner og virksomheter i samme helseforetak innen utdanning og kompetanse, samt prosedyrer og fagutvikling

Mandat

Mandat: Lage en plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Det skal legges til rette for livslang læring og en heltidskultur. Sykepleiere og helsefagarbeidere skal ha prioritet i dette planarbeidet:

- Gjennomgå utviklingsplan SØ 2018-2035 og se om det er endringer i kapitlene 2, 3 og 4 om nåsituasjonen, overordnede strategier og føringer og utviklingstrekk og framskrivninger.
-
- Hvor langt har vi kommet og er vi på (rett) vei?
- Hvordan vil vi håndtere nye satsningsområder? Vurdere om det er behov for nye strategier og tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse.
- Sette konkrete mål for kompetansedeling sammen med kommunene i helsefellesskapene.

Korona-pandemien har gitt helseforetakene godt grunnlag for å vurdere hvilken beredskapskapasitet de har, og innen hvilke områder det er behov for å styrke kompetanse og kapasitet.

Milepæler

M1 Når prosjektgruppe og ressurspersoner er etablert

Målet var at vi 15.09 skulle ha avklart personer som skulle delta i prosjektgruppen og ressurspersoner klart.

- Målet ble nådd 15.09

M2 Når nåsituasjonen er revidert og status beskrevet (kap.2)

Prosjektet hadde behov for mer tid til å bli enige om beskrivelsen av nåsituasjonen enn planlagt, da prosjektgruppemedlemmene hadde behov for å involvere aktuelle ressurser i egne enheter.

- Målet ble nådd 01.11

M3 Når utviklingstrekk og framskrivninger er beskrevet (kap.4)

Prosjektet hadde behov for mer tid til å bli enige om beskrivelsen av nåsituasjonen enn planlagt, da prosjektgruppemedlemmene hadde behov for å involvere aktuelle ressurser i egne enheter.

- Målet ble nådd 01.11

M4 Når nye satsningsområder er definert og behov for handlingsplaner vurdert (kap.5) – inkludert:

- Når mål for kompetansedeling med kommunene er definert
- Når behov for kompetanse og kapasitet i en pandemisituasjon er beskrevet
- *Målet ble nådd 11.11.21*

Prosjektgruppe

Prosjektleder

Mette Bøhn Meisingset, avdelingssjef, fag- og kompetanseavdelingen

Prosjektdeltakere

Anne-Lene Andresen, fag- og kompetanserådgiver, fag- og kompetanseavdelingen

Maud Kristiansen, klinikkrådgiver, klinikk for medisin

Carina Linchausen, avdelingssjef, klinikk for kirurgi

Finn Arild Andersen, klinikkrådgiver, klinikk for psykisk helsevern og rus

Ann Morris, fagutviklingsjormor, klinikk for kvinne, barn

Katja Susan Stenjør, seksjonsleder, kreftavdelingen

Ane Grimsrud, HR-rådgiver, HR

Imre Banfi, koordinerende verneombud

Wenche Charlotte Hansen, leder USHT Viken (Østfold)

Ina Kristin Blågestad, konst. Leder USHT Viken (Østfold)

Anita Talåsen Granli, HTV NSF – deltok på siste møte i prosjektgruppa

Ressursgrupper og personer

Advisory Board

Advisory Board (AB) er et formelt samarbeidsmøte mellom Høgskolen i Østfold, helse- og sosialfag og kommunene, fylkeskommunen, NAV og Sykehuset Østfold.

Deltakere fra Høgskolen i Østfold:

Randi Magnus Sommerfelt, dekan

Kirsti Skovdahl, Prodekan FoU

Kirsti Lauvli Andersen, Prodekan Utdanning

Lars Rune Halvorsen, Instituttleder VLO

Laila Garberg Hagen, Instituttleder SHB

Björg Helene Knoph, Rådgiver, HiØ-videre

Deltakere fra fylkeskommunen

Monica Carmen Gåsvatn (Statsforvalteren i Oslo og Viken)

Maria Kjølberg Evensen (vara for Monica) (Statsforvalteren i Oslo og Viken)

Deltakere fra kommunene

Elisabet Baade-Mathiesen, Moss Kommune

Mette Sörvik, Halden Kommune

Wenche Sydvoid, Fredrikstad kommune

Live Hovin, Sarpsborg kommune

Fagskolen i Viken

Gry Ulvedal, utviklingsleder

Fag og samarbeidsråd

Kirstin L. Andersen, Prodekan, HiØ

Lloyd Forbes, Fagforbundet Viken (Østfold)

Anna Lena Gaup, rådgiver KS Viken

Reidun Heksem, Seksjonsleder koordinering og inntak, Indre Østfold kommune

Trude Prangerød, Fagkonsulent, USHT Viken (Østfold)

Eirik Hågensen, Rektor, Fagskolen Viken

Annette Bjerkenes, Fagkonsulent, USHT Viken (Østfold)

Eivind Bjørnstad, Fagkonsulent, USHT Viken (Østfold)

Ina Kristin Blågestad, Konstituert enhetsleder, USHT Viken (Østfold)

Helen Christoffersen, Fagkonsulent, USHT Viken (Østfold)

Linda Egeland, Fagkonsulent, USHT Viken (Østfold)

Monica Carmen Gåsvatn, seniorrådgiver, Statsforvalteren i Oslo og Viken

Håkon Johansen, Fagkonsulent, USHT Viken (Østfold)

Nina Beate Andfossen, Sykepleier PhD, Senter for omsorgsforskning

Øyvind Olafsrud, seksjonsleder, pleie og omsorg Indre Østfold kommune

Ledersamling SØ: Alle ledere i sykehuset

Gjennomførte møter

Møter i prosjektgruppa

- 27.09.21 – Oppstart, gjennomgang av styringsdokument og forslag til tekst kap. 2 og 4.
- 18.10.21 – Revidert tekst til kap. 2 og 4 kvalitetsikttet. Gjennomgang av forslag til tekst for kap.5.
- 01.11.21 – Sist kvalitetsjekk av dokumenter. Revidert tekst til kap.5 kvalitetsikret.

Tre arbeidsmøter er gjennomført. Alle har vært forberedt og deltatt aktivt i møtene. Mellom møtene har prosjektdeltakere involvert ressurspersoner i egen klinikk. Innspillene ble sendt prosjektleder i forkant og etterkant av prosjektmøtene. Forslag til tekster for forberedelse og innspill ble utarbeidet av prosjektdeltaker fra Fag- og kompetanseavdelingen og prosjektleder.

Møter i ressursgruppene

Advisory Board HiØ (AB) 01.10.21

Her ble det sendt ut dokumenter til forberedelse til møtet. AB har gitt innspill på tre områder:

- Samarbeid med kommunehelsetjenesten
- Samarbeid med utdanningsinstitusjon
- Praksisstudier

Høy aktivitet i møtet, mange gode innspill kom. Flere hadde sendt ut forberedelse til ressurspersoner i egen etat i forkant av møtet og vi fikk også inn innspill i etterkant av møtet.

Møte med Fagskolen i Viken 18.10.21

Representanten fra Fagskolen fikk tilsendt forslag til tekst på alle tre kapitlene i forkant og ga gode innspill på alle dokumentene både før selve møtet, i møtet og etter møtet.

Møte med Fag- og samarbeidsråd 12.10.21

Deltakere på møtet ble bedt om innspill på samarbeid med kommunen. Mange gode innspill kom i selve møtet og i etterkant av møtet.

Ledere i sykehuset 20.10.21 (tema på ledersamling)

Dette ble gjennomført som gruppearbeid etter en kort innledning om tema kompetanse. Innspillene ble skrevet på ark og innlevert til prosjektleder. Innspillene ble sortert og oppsummert og aktuelle innspill ble tatt med i kapittelet som omhandler veivalg.

Fagutviklingsrådgiversamling 8.11.21

Kort orientering om utviklingsplan og arbeidet i delprosjekt kompetanse. To områder for veivalg ble presentert (Livslang læring, mestring og kompetanseutvikling og Oppgavedeling og kompetansesammensetning).

Evaluering av prosess

Det ble gjort en muntlig evaluering av prosessen for arbeidet i siste møtet med deltagerne i prosjektgruppa:

- Tydelig og tilstrekkelig informasjon om prosjekt, mandat og resultatmål i starten på prosjektet.
- Fint med tydelige krav til forberedelser til møtene. Tidspress har ført til en effektiv prosess.
- Strukturert, tydelig og god møteledelse.
- Alle har jobbet godt mellom møtene, og det har vært tilstrekkelig tid til å forankre innspill i egen avdeling.
- Godt samarbeidsklima i gruppa med gode diskusjoner.
- Bra sammensatt gruppe som har gjort at det har kommet opp mange relevante innspill.

Vedlegg

- *Vedlegg 1- Nåsituasjonen og status (kap.2)*
- *Vedlegg 2- Utviklingstrekk og framskrivninger (kap.4)*
- *Vedlegg 3- Analyse og veivalg (kap.5)*
- *Vedlegg 4- Oppsummering fra ledersamling 20.10.21*

Linker til aktuelle dokumenter som er benyttet i arbeidet:

- [Regional utviklingsplan Helse Sør-Øst – delstrategi Utdanning og kompetanse](#)
- [SINTEF Open: Aktivitet- og kapasitetsanalyse 2030 Helse Sør-Øst \(unit.no\)](#) (nyeste fra 2014)
- [Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035 - SSB](#)
- [Regionale framskrivninger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, 2017-2035 - SSB](#)
- [09547: Spesialisthelsetjenesten. Årsverk, etter statistikkvariabel, region, tjenesteområde, helseutdanning og år. Statistikkbanken \(ssb.no\)](#)
- [NOU 2020: 15 - regjeringen.no](#) (Kapittel 6 – Aldring og økt behov for helse – og omsorgstjenester)
- [Notat 27 2020 Hvorfor-trenger-Norge-flere-sykepleiere-enn-nesten-alle-andre-land.pdf \(civita.no\)](#)
- [Folkehelse rapporten – Helse i innvandrerbefolkningen \(FHI\)](#)

Kap 2. Nåsituasjon og status – kortversjon

Bemanning og kompetanse

Teknologiutviklingen i sykehuset, herunder digitalisering og automatisering, har gitt våre medarbeidere endrede arbeidsprosesser og arbeidsmetoder. Det har krevd ny kunnskap og digital kompetanse.

Opplæringen i sykehuset foregår i stort omfang bed-side, på fagdager, i simuleringssenteret, på klasseromskurs og digitalt. Alle medarbeidere får tildelt kompetanseplaner i Kompetanseportalen i løpet av 2022. Alle enheter utarbeider årlig en plan for etter- og videreutdanning, og medarbeidere får en individuell utviklingsplan i årlig medarbeidersamtale. Leger i spesialisering har egne utdanningsplaner. Sykehuset har et omfattende onboarding-program for nyansatte.

Utdanning av helsepersonell er en lovpålagt oppgave. Utfordringen er å tilby tilstrekkelig antall praksisplasser i forhold til behov, og samtidig ivareta god kvalitet. Flere prosjekt er etablert med mål om å øke kvaliteten og antall praksisplasser. Samarbeidet med utdanningsinstitusjonene er godt etablert, og styres gjennom samarbeidsavtaler fulgt opp av møter både regionalt og lokalt. Det samarbeides om utvikling av studier for ulike yrkesgrupper, både på bachelor og fagskolenivå.

Sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre

Noen døgnområder har større turnover enn ønskelig, og det er høy alder på mange spesialsykepleiere. Det er store rekrutteringsutfordringer og stor mangel på jordmødre nasjonalt, grunnet økning av jordmorstillinger i kommunen og utvidede lovpålagte oppgaver (ny lovgivning om tilbud om tidlig ultralyd og NIPT testing). Pandemien har synliggjort en mangel på intensivsykepleiere nasjonalt, og i tillegg uteble vikarer fra Sverige. I psykisk helsevern er det behov for økt rekruttering av sykepleiere og spesialsykepleiere.

Et av sykehusets viktigste rekrutteringstiltak er å tilby praksisplasser med god kvalitet. Trainee-programmet for sykepleiere er et godt tiltak for å rekruttere/beholde sykepleiere og øke kompetanse. Et prosjekt med å øke heltidsstillinger er etablert, og et prosjekt med fokus på fag- og kompetanseutvikling for sykepleiere på døgnområdene er under planlegging.

Antall utdanningsstillinger til sykepleiere som tar prioritert videreutdanning har økt for å tilpasse behovet.

Helsefagarbeidere

Som en følge av kommende sykepleiemangel vil oppgavedeling være viktig. Helsefagarbeiderne utfører enkelte fagprosedyrer som opprinnelig er gjort av sykepleiere. Standardisert opplæring ligger til grunn før oppgavedeling gjennomføres. Helsefagarbeidere er også ansatt i trainee-stillinger. Det bør vurderes om helsefagarbeideren kan utføre ytterligere sykepleieoppgaver. I tillegg vil det være nødvendig å se på andre former for oppgavedeling mellom øvrige yrkesgrupper.

Vi har utviklet flere utdanninger i samarbeid med Fagskolen i Viken. *Videreutdanning i kirurgisk virksomhet* for helsefagarbeidere er igangsatt, og det planlegges nå en *videreutdanning i medisinsk virksomhet*.

Sykehuset har 32 lærlinger innen helsearbeiderfaget, herunder rekruttert fra prosjektet «Menn i helse». Målet er å opprettholde antallet helsefagarbeiderstillinger og øke antall lærlinger. I psykisk helsevern er det ansatt mange assistenter. Det ses nå på tiltak for å gi de muligheten til å ta fagbrev.

Leger i spesialisering (LIS)

Det er vanskelig å rekruttere spesialister, og vi er derfor avhengige av å selv utdanne de spesialistene vi har behov for. Det er rekrutteringsutfordringene innen flere medisinske spesialiteter. Innen de kirurgiske spesialitetene er øyespesialister og anestesileger den største utfordringen. Innen ortopedi og kirurgi er det derimot tegn til opphopning av leger som er ferdige med sin spesialisering uten at det er ledige overlegestillinger. Det er et mangel på spesialister innen psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rus og avhengighetsmedisin innen psykisk helsevern. Det åpnes for lengre tjeneste i de tre spesialistområdene som klinikken utdanner, da flere læringsmål kan oppfylles i DPS, TSB og BUP nå enn før. Det er behov for en plan for riktig dimensjonering og rekruttering til LIS stillinger.

Andre sårbare yrkesgrupper

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling er i en særstilling når det gjelder behov for andre yrkesgrupper. I klinikken er det et udekket behov for psykologspesialister/psykologer, vernepleiere med og uten videreutdanning, kliniske pedagoger og kliniske behandlere i barne- og ungdomspsykiatri – R-BUP spesialistutdanning. En stor del av tjenestene i klinikken er poliklinisk behandling der det er krav om minimum bachelor m/videreutdanning, men størst behov for psykologer og leger.

I Klinik for psykisk helsevern og rusbehandling vil det bli prioritert bachelorkompetanse, spesielt knyttet til ambulante akutt team og poliklinikker. Det er økt fokus på formalkrav for å sikre medisinkompetanse, ansvarshavende opp mot tvangslovgivning og selvmordsrisikovurderinger.

I klinikk for kirurgier det mangel på ortoptister. Det vurderes nå å starte en utdanning i Norge.

Sekretærer har en viktig funksjon i pasientforløpene og som en administrativ ressurs for behandlere/leger. Andre sårbare grupper er sosionomer, logopeder, spesialistleger og teknikere (HFA) innen klinisk nevrologisk fysiologi.

Lederkompetanse

Sykehuset har et program for utvikling av ledere i sykehuset. Programmet revideres og utvikles fortløpende. Lederopplæring gis innen relevante områder.

Kap 4 Utviklingstrekk og framskrivninger – kortversjon

Endringsfaktorer som påvirker bemanning og kompetanse ([Folkehelserapporten - FHI](#))

Utviklingen i folketall, alderssammenstilling i befolkningen, endringer i sykdomsbilde, pandemier, folks forventninger til helsetjenesten og teknologisk utvikling har stor betydning når vi planlegger fremtidig behov for bemanning og kompetanse. Den sammensatte pasient- og brukergruppen av eldre, rask omstillingstakt, sterke krav til effektivitet og prioritering og mer kvalitetsbevisste pasienter og pårørende stiller store krav til helsetjenestens utviklings- og endringskompetanse.

Befolkningen øker og blir eldre. Antall personer i aldersgruppen 67 år og eldre ligger an til å bli fordoblet i 2060. Sykehusets opptaksområde vil få større andel eldre enn landsgjennomsnittet. Innvandrerbefolkningen er yngre enn den øvrige befolkningen. Over halvparten av innvandrere er i aldersgruppen 20–44 år, mot en tredjedel i den øvrige befolkningen. I gruppen norskfødte med innvandrerforeldre er 70 prosent under 15 år.

Generelt er innvandrere mindre syke og bruker helsetjenester i mindre grad enn befolkningen for øvrig, men det er store forskjeller mellom grupper (SSB, FHI). Sammenlignet med befolkningen for øvrig er det tre ganger høyere forekomst av diabetes blant innvandrere fra Sri Lanka, India og Pakistan, større utbredelse av hjerte- og karsykdommer blant innvandrere fra Sør-Asia og Balkan-regionen, og mer psykiske helseplager hos voksne innvandrere fra konflikt- og krigsområder.

Med en økende andel skrøpelige eldre i befolkningen vil flere pasienter ofte ha flere sykdommer samtidig, og de vil leve lenger med sykdommene og motta behandling for flere sykdommer samtidig. Det vil være en dobling av demens innen år 2050, og en økning i kirurgisk og ortopedisk behandling. En konsekvens av denne økningen vil være at operasjonskapasitet vil være en kritisk faktor fremover. Hjerte- og karsykdommer og kreft er de to viktigste årsakene til dødsfall i Norge, men færre under 70 år dør av kreft og hjerte-karsykdommer nå enn før. Innvandrere har samlet sett lavere forekomst av kreft.

Norge er ett av landene i Europa som har hatt størst økning i forekomsten av fedme, med en vekst på 44 prosent siden 2000. I dag har over 23 prosent av alle nordmenn fedme. Det er en sterk sammenhengen mellom fedme og hjerte- og karsykdom, hjerneslag, enkelte kreftsykdommer, diabetes samt psykiske lidelser.

Videre er fødepopulasjonen i endring, med blant annet høyere alder og økt kompleksitet hos de fødende. Andelen fødende med tilleggsfaktorer som genererer økt behov av oppfølging i spesialisthelsetjenesten og intervensjoner i svangerskap og fødsel øker. Nye føringer fra helsedirektoratet medfører behov av økt bemanning og kompetanse i kvinneklinikken.

Mellom én av seks og én av fire vil ha en psykisk lidelse i løpet av et år. Vi vet lite om enkeltårsakene, men både genetiske og miljømessige faktorer kan øke risikoen for å utvikle psykiske lidelser. Rusbrukslidelser ses ofte sammen med andre psykiske lidelser og mange rusmisbrukere har i tillegg kroppslig sykdom. Det er en økning på verdensbasis når det gjelder rusbrukslidelser.

I psykisk helsevern skal tvangsbruken reduseres, og det meste av behandlingen baseres på frivillighet. Ambulante arbeidsformer og en stadig økning i antall henvisninger i poliklinikk krever flere medarbeidere med rett kompetanse. Selv med nye digitale løsninger vil det ikke kunne kompensere for behovet. Klinikken pasientgrupper med komplekse problemutfordringer er i behov av tjenester som krever medarbeidere med kompetanse og som ikke kan kompenseres på andre

måter. Dette gjelder både poliklinikk og døgnbehandling. I tillegg er det en økning i antall pasienter som blir dømt til psykisk helsevern, som krever sikkerhetskompetanse.

Det er videre et behov for økt samhandling mellom somatisk og psykisk helsevern, da flere pasienter har lidelser som krever behandling fra både psykisk helsevern og somatikk.

En bærekraftig helsetjeneste

Det er særlig knapphet på arbeidskraft som vil sette grenser for hvordan vi kan løse oppgavene. I opptaksområdet Østfold er det en framskreven vekst i spesialisthelsetjenesten på ca. 2000 årsverk i 2035, det vil si ca. 27% økning. Framskrivningene viser at behovet er størst for yrkesgruppene sykepleiere og helsefagarbeidere. Vi vil ikke få tilgang på helsepersonell som vi har behov for. Både vertikal og horisontal oppgavedeling vil bli et viktig virkemiddel.

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

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

Befolkningens etterspørsel og atferd

Pasientene får stadig større valgfrihet både i forhold til behandlingssted og behandlingsform. Pasientrettighetene utvides og ventetid til utredning og behandling reduseres. Befolkningen forventer å møte en sterkere digitalisert helsetjeneste, hvor de selv kan styre timebestillinger og behandlingsforløp ved hjelp av ny teknologi. Det er forventninger om god tilgang til egen journal, faste kontaktpersoner og behandling fra hjemmet spesielt for pasienter med kroniske lidelser.

Økt brukermedvirkning gir pasientene større påvirkning, både på system, tjeneste- og individnivå. Brukerne er den viktigste stemmen inn i helsevesenet. Å styrke pasientenes helsekompetanse blir en viktig del av sykehusets strategiske arbeid fremover. Pasienter/pårørende med god helsekompetanse bidrar til å redusere behov for helsetjenester, og pasient- og pårørendeopplæring bør derfor forsterkes. Standardisert metode for samvalg er vedtatt i sykehuset, og det er behov for at helsepersonellet tilegner seg kompetanse på denne metoden.

Kap. 5 Analyse og veivalg

Kompetanseplanen må ta hensyn til den teknologiske utviklingen, sykdomsutviklingen og fremtidig tilgang på helsepersonell. Framskrivningen viser at det blir et fremtidig mangel 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. Det tradisjonelle synet på å utvikle og sikre kompetanse endres og utfordres. Det blir viktig med nok tid og god kultur for å lære i praksis.

Den teknologiske utviklingen gjør at det blir vanskeligere å skille digital kompetanse fra annen kompetanse i et fag eller et område. Utviklingen vil måtte medføre både automatisering av oppgaver og ny oppgavedeling mellom yrkesgrupper. Medarbeiderne må ha enda større breddekompetanse dvs. kompetanse til å jobbe på tvers, spisskompetanse (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.

Livslang læring, mestring og kompetanseutvikling

Livslang læring vil si at vi aldri blir ferdig utlært, og at vi må tilegne oss ny kompetanse gjennom hele yrkeslivet. Helsetjenesten er i kontinuerlig endring, og vi vil måtte tilpasse oss teknologisk og medisinsk utvikling. Arbeidsplassen er og vil være den primære arenaen for læring og utvikling.

Følgende blir viktig:

- Sykehuset er en attraktiv arbeidsgiver der lederne legger til rette for at medarbeiderne opplever faglig utvikling, mestring og godt psykososialt arbeidsmiljø.
- God tilbakemeldingskultur.
- Kompetansedeling, teamarbeid og hospitering mellom avdelinger.
- Alle medarbeidere skal ha en utviklingsplan og en kompetanseplan.
- Alle enheter skal ha en plan for etter- og videreutdanning basert på analyse av kompetansebehov.
- Nye medarbeidere skal gjennomføre et introduksjonsprogram, og har nødvendig kompetanse før de settes til selvstendig arbeid.
- Heve medarbeidernes digitale kompetanse.
- Høy grad av apparatfortrolighet til medisinsk teknisk utstyr.
- Etablere gode, pasientnære forskningsmiljøer/klinisk forskning.
- Styrke digitale læringsressurser og medisinsk simulering i opplæringen.
- Ha god oversikt over eksisterende kompetanse og undervisningsressurser.
- Tid, ressurser og nok egnede lokaler til fagdager, fagutvikling, teamtrening og simulering.
- Sikre gode rammebetingelser for å rekruttere og beholde, spesielt gjelder dette sykepleiere og helsefagarbeidere

Spesialutdanning av sykepleiere

Spesialutdanningene er avhengig av at sykehuset tilbyr nok praksisplasser med god kvalitet.

Følgende blir viktig:

- Tilpasse utdanningskapasiteten og utdanningsstillinger i tråd med løpende analyser av behov.
- Styrke veilederkompetansen, og avsette ressurser til veiledning.
- Sikre gode rammebetingelser for å rekruttere og beholde.

Spesialistutdanning av leger (LIS)

Spesialistutdanning av leger skal ha høy faglig kvalitet og gjennomføres effektivt.

Følgende blir viktig:

- Dimensjonere LIS stillinger i henhold til sykehusets behov for spesialister innen de forskjellige spesialitetene.
- Sikre at legene har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet innen veiledning og supervisjon.
- Deltagelse i regionalt arbeid som understøtter høy faglig kvalitet i utdanningen, bedre samordning og harmonisering.
- Følge opp endrede krav i forskrift, herunder tydeliggjøring av roller/ansvar.
- Utdanningsansvarlige overleger for alle spesialiteter.
- Sikre gode rammebetingelser for å rekruttere og beholde.

Oppgavedeling og kompetansesammensetning

Bemanningen blir planlagt ut fra oppgaver som skal løses, med riktig sammensetning av kompetanse og bruk av effektive team. Det er sentralt å vurdere om kompetansen brukes riktig.

Følgende blir viktig:

- Analysere behov for kompetanse fremover i tid og kartlegging av kompetansebehov.
- Oppgavedeling der det er hensiktsmessig, og som gir mer tid til pasientbehandling. Sykepleiere og helsefagarbeidere vil bli prioritert.
- Etablere samarbeid om oppgavedeling med andre helseforetak og kommunehelsetjenesten.
- Vurdere kompetanseprofiler og behov for rekruttering av nye yrkesgrupper.
- Økt brukerinvolvering og brukerkompetanse i oppgaveløsningen.
- Videreutvikle kompetanse innen omstillings- og forbedringsarbeid.

Praksisstudier og lærlingeordningen

Et av de viktigste rekrutteringstiltakene sykehuset har er å tilby kvalitativt gode praksisstudier og lærlingeløp.

Følgende blir viktig:

- Implementere nye, standardiserte modeller for gjennomføring av praksisstudiene og kunnskapsbaserte veiledningsmodeller.
- Øke kvalitet og kapasitet i praksisstudiene og lærlingeløpene.
- Profesjonalisere veilederfunksjonen.

Samarbeid med utdanningssektoren

Et likeverdig og gjensidig forpliktende samarbeid med utdanningsinstitusjonene er avgjørende for å sikre at innholdet i utdanningene dekker tjenestenes behov, og at studie-, lære-, og praksisplasser er riktig dimensjonert.

Følgende blir viktig:

- Bidra til at etter – og videreutdanninger for helsepersonell utvikles i tråd med kompetansebehovet.
- Sikre kvalifiserte representanter til prosjekter, arbeidsgrupper og utvalg.
- Etablere kombinerte stillinger mellom sykehuset og høghskolen.
- Økt bruk av hospitering.
- Systematisere kompetanseoverføringen mellom sykehuset og utdanningssektoren.

Lederkompetanse

Ledere som har kompetanse på ledelse, på hva som virker og hvordan skape, realisere og forfølge forventninger/mål er avgjørende for resultatene sykehuset leverer. Å utvikle lederen som «verktøy» er en forutsetning for å skape gode ledere. Program for utvikling av ledere i sykehuset endres kontinuerlig i tråd med behov for lederkompetanse. Program for ledergruppeutvikling bidrar til effektive og virksomme ledergrupper.

Følgende blir viktig:

- Identifisere personer med lederpotensial, og tilby de et egnet kompetanseløp.
- Utvikle lederkandidater og eksisterende ledere.
- Sikre at alle ledere har grunnleggende lederkompetanse.

Kompetansedeling med kommunene

Helsefellesskapet skal bygge på en tydelig samarbeidsstruktur, forpliktende beslutningsprosesser og tettere samarbeid.

Helsefellesskapet må sette konkrete mål for deling av kompetanse mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse – og omsorgstjenesten.

Følgende blir viktig:

- Utarbeide en felles kompetanseplan med kommunene.
- Etablere en standardisert modell for hospitering.
- Implementere en digital plattform for samhandling og kompetansedeling mellom sykehus, kommuner og utdanningsinstitusjoner (Eks. Kompetansebroen Østfold (Viken)).
- Samarbeid om pasient – og pårørendeopplæring.
- Videreutvikling av fag – og læringsnettverk.

Behov for kompetanse og kapasitet i en pandemisituasjon

Sykehuset har bemanningsutfordringer i normaldrift. I en pandemisituasjon vil det være ekstra krevende, da flere ansatte også kommer i karantene. Både opplæringen og pleietyngden blir større under en pandemi.

Følgende blir viktig:

- God ressursstyring og tilstrekkelig rekruttering.
- Øke utdanningsstillinger for intensivsykepleiere.
- Gi tilstrekkelig opplæring for sykepleiere og spesialsykepleiere som skal bidra i intensivavdelingen (nasjonalt opplæringsprogram).
- Sikre tilstrekkelig kompetanse og bemanning i kohortene.
- Gjennomføre nødvendig opplæring som kreves i en pandemisituasjon.
- I størst mulig grad opprettholde obligatorisk undervisning.
- Ivareta annen kritisk viktig kompetanse.
- Smittevernsforebygging.
- Digitale verktøy for undervisning og digital kompetanse.

Oppsummering gruppearbeid fra ledersamling 20.oktober

Livslang læring og kompetanseutvikling

- Gjennomføre verdistrømanalyser og kartlegging av framtidig behov for kompetanse
- Sette av nødvendig tid for fag- og kompetanseutvikling, og oppfølging av medarbeidere
- Sikre kompetanseoverføring ved planlagt turnover. Gi seniorer opplæringsansvar - kompetanseoverføring basert på erfaring
- Kompetansedeling – alle har et felles ansvar for å dele kompetanse – sette i system – dele på tvers av enheter også - ambulante team internt.
- Teamtrening og simuleringstrening. God tilbakemeldingskultur. Kollegastøtte.
- Gode introduksjons- og opplæringsprogrammer for nye medarbeidere (veiledning/fadder/mentor)
- Utvikle gode læringskulturer som skaper psykologisk trygghet
- Utarbeide trainee program for flere yrkesgrupper
- Integre forskning på avdelingene, også for sykepleiere
- Heltidkultur - tilby faste stillinger, hele stillinger
- Oppfølging av sykepleiere etter modell fra legespesialister – veiledning
- Motivere de ansatte og være tydelig på hva vi vil oppnå. Spørre ansatte hva de trenger for å jobbe hos oss
- Etablere en kompetansepool med medarbeidere som underviser i egen avdeling
- Opparbeide en kompetansebank med undervisningspakker/fagpakker
- Høy kvalitet på fagdager og tid til fagdager. Invitere hverandre inn i undervisning
- Utarbeide faglige spesifiserte utdanningsløp på hhv kirurgi, medisin
- Sette av tid til fagutviklingsrådgivere / fagsykepleiere – fulle stillinger som jobber på tvers av avdelinger
- Hospitering internt, og i inn og utland
- Innføre sertifiseringskrav for alle profesjoner – jevnlig oppdatering
- Relevante eksterne/interne kurs/utarbeide mikrolæring – 5-min/nettkurs
- Motivasjonsarbeid, kontinuerlig, tydelig forventninger, naturlig variasjon i oppgavene
- Livsfasepolitikk med mål om å beholde kompetanse
- Bredde ut kompetanse så man blir mindre sårbar ift spesialoppgaver
- Gode planer for etter- og videreutdanning. Gi karriereveier. Plukke ut talenter
- Godt MTU med god og grundig opplæring – høy grad av apparatfortrolighet
- Tverrfaglig jobbing
- Bruke medisinerstudenter, sykepleiestudenter til fastvakter, spare eget personell
- Være holdningsskapende/rollemodell
- Sikre hva overlegepermisjon skal benyttes til – krav om å ta med tilbake til seksjonen – fremlegg for andre

Spesialutdanning for sykepleiere

- Utdanningsstillinger og videreutdanninger er behovsstyrt
- Utdanne kliniske spesialsykepleiere innenfor de forskjellige fagområdene
- Flere utdanningsstillinger. Må satse på utdanning.
- Sykepleier i spesialisering – bygge videre på traineeprogrammet, for eksempel intensiv + døgnområder

Spesialutdanning for leger

- Kartlegge framtidig behov og tilrettelegg for riktig antall stillinger – overlegestillinger
- Tredelt turnus for LIS 1 – medisin, kirurgi, psykiatri
- Kompetansekrav i kompetanseportalen – mindre detaljeringsnivå. Fagspesifikke krav
- Mestersvenn veiledere innen kirurgiområdet
- Tverrfaglig teamarbeid v kirurgi
- Sikre at de kan beherske aktuelle verktøy/teknikker

Oppgavedeling og kompetansesammensetning

- Standardisere oppgavedeling – gjøre likt på alle avdelinger
- Utfordre profesjongrensene og vurdere nye yrkesgrupper
- Oppgavedeling – sykepleier- til merkantilt personell (ansette sekretærer)
- Oppgavedeling lege- spesialsykepleier
- Nye yrkesgrupper: Logistikere, samhandlings og koordineringskompetanse
- Spesialutdanning av helsefagarbeidere – verdsette kompetansen – økonomiske intensiver
- Profesjoner gjør det de er utdannet til – nok støttepersonell

Samarbeid med utdanningsinstitusjonene

- Tettere samarbeid med utdanningsinstitusjonene om praksis

Praksis

- Rekruttere gjennompraksis
- God mottakelse av studenter
- Ta imot besøk fra vgs for å promotere jobb i helsetjenesten
- Lærere må mer ut i drift
- Kombistillinger
- Bedre praksis for studentene
- Økt veilederkompetanse
- Avsette tid til veiledninger for både studenter og nyansatte

Samarbeid med kommunen

- Jobbe forebyggende ut mot befolkningen
- Samarbeide om forskningsprosjekter
- Samarbeide tett med kommunen
- Mer digitale verktøy
- Avsette midler til etter- og videreutdanning

Lederutvikling

Suksessfaktorer for ledere er:

- Å begeistre

- Å beholde og bevare medarbeidere
- Å bli en attraktiv arbeidsgiver
- Å være konkurransedyktige på lønn
- Være nytenkning – tenke annerledes
- Ta imot nye teknologiske løsninger
- Ta ansvar for helheten
- Ha handlingsrom og tid til å lede
- Godt samarbeid med TV og HVO
- Være endringsvillige og villige til å forsøke nye ting, men også være villig til å avslutte prosjekter som ikke gir ønsket effekt.
- Nok lederstøtte

Kompetansebehov

Leder må få tid til egen kompetanseutvikling

- Lederutvikling-bli bevisst på seg selv som leder
- Opplæring i lederrollen
- Utvikle interne nettverk for seksjonsledere for å lære av hverandre
- Utvikle gode AMLer
- Hvordan gjennomføre gode medarbeidersamtaler + iverksette og gjennomføre plan

Annet som kom frem

- Automatisering av systemer (talegjenkjenning) - Mindre generell rapportering – automatisering. Talegjenkjenning for flere yrkesgrupper
- Innovasjon på tekniske løsninger for at fagfolk kan konsentrere seg om det fagpersoner må gjøre
- Være nysjerrige, stjele/låne andres vellykkede prosjekter og ideer. Herunder også teknologi
- Reklamere utad hva som gjøres bra
- Jobbe smartere, kartlegge tidstyver slik at det blir mer tid til kompetanseheving
- Barnehage ved sykehuset – døgnåpnet
- Jobbe evidensbasert
- Endring av overenskomster/avtaler for alle yrkesgrupper – ulike faser i livet har ulike behov
- Kompetanse ved beredskap (hva gjør klinikere hvis strømmen går)