

Del 2

REGIONAL UTVIKLINGSPLAN 2040

*Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det,
når de trenger det.*

Rammer og forutsetninger

Innhold

1	Overordnede føringer for regional utviklingsplan.....	3
2	Framskrivinger	4
3	Rekruttering, bemanning og utdanning	11
4	Persontilpasset medisin.....	13
5	Bilddiagnostikk og laboratorieundersøkelser.....	14
6	Legemiddelhåndtering	14
7	Teknologi og digitalisering	16
8	Personvern	17
9	Informasjonssikkerhet	18
10	Miljø og bærekraft.....	18
11	Eiendom.....	19
12	Økonomi	20
13	Felleseide selskaper.....	23

1 Overordnede føringer for regional utviklingsplan

Regional utviklingsplan er Helse Sør-Østs overordnede strategi. Den setter retningen for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i vår region og peker på ønsket utvikling på kort sikt og fram mot 2040.

Kapitlet beskriver de viktigste rammene for arbeidet med den regionale utviklingsplanen.

Nasjonale føringer

Alle regionale helseforetak og helseforetak med pasientbehandling skal ha utviklingsplaner. Planene skal vise hvordan virksomheten bør utvikles for å møte fremtidige behov og sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester i helseregionene og helseforetakenes opptaksområder. De regionale helseforetakene og helseforetakene skal samarbeide med kommuner og andre aktører, og involvere dem i planarbeidet. Helsefellesskapene skal bidra til at helseforetak og kommuner planlegger og utvikler sammenhengende, helhetlige og bærekraftige tjenester.

Utviklingsplanene rulleres hvert fjerde år. De regionale helseforetakene har en felles veileder for arbeidet med utviklingsplaner som gir rammene for helseregionenes arbeid (jf. Helse Sør-Øst RHF styresak 147-2025). Veilederen legger opp til:

- åpenhet, involvering og forankring
- fleksibilitet i tilnærming mellom regionene
- styrket samarbeid i regionen, der helseforetak og regionalt helseforetak utvikler planene parallelt og i tett samarbeid

Regional utviklingsplan utledes fra nasjonal helsepolitikk, slik den kommer til uttrykk i overordnede planer og stortingsmeldinger. Helseforetakenes utviklingsplaner bygger på nasjonale føringer, regional utviklingsplan og nasjonale framskrivninger.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024-2027) peker ut hvordan kommune- og spesialisthelsetjenesten sammen skal gi en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste.

Regjeringen har fem overordnede mål for «vår felles helsetjeneste»:

- god helse og mestring i befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn
- gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet
- en helse- og omsorgstjeneste som er et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp
- bærekraftig og rettferdig ressursbruk
- beredskap i møte med kriser og katastrofer

«Vår helse 2030» – Regjeringens ambisjoner for en helse- og omsorgstjeneste i verdensklasse

Regjeringen beskriver tre ambisjoner for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene fram mot 2030:

- en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste tilpasset folks hverdag, med korte ventetider, digitale løsninger og mer valgfrihet
- en bærekraftig tjeneste der helsepersonell bruker mer tid på pasienter og eldre, og der fagfolk opplever tillit, mestring og eierskap
- en friskere befolkning og bedre beredskap – i Norge og i verden

Regionale føringer

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok [plan for revisjon av Regional utviklingsplan i styremøtet 18. desember 2025 \(styresak 147-2025\)](#). Følgende føringer ble lagt til grunn for revisjonen:

- overordnede mål og satsingsområder i gjeldende plan står seg fortsatt godt
- oppdatering av regional og lokale utviklingsplaner gjennomføres parallelt
- Helse Sør-Øst RHF skal legge til rette for koordinering og samordning mellom regionalt helseforetak og helseforetak
- planen suppleres med oppdaterte framskrivninger, nye føringer, trender og drivere som påvirker utviklingen i planperioden
- læringspunkter fra pandemien vurderes og innarbeides
- spesialisthelsetjenestens rolle i beredskap og sikkerhet tydeliggjøres
- krav til bærekraft og tilgang på helsepersonell tydeliggjøres
- felleseide helseforetaks rolle oppdateres i samarbeid med de andre helseregionene

I det videre beskriver vi hva de oppdaterte framskrivingene sier om det kommende aktivitetsbehovet, og vi beskriver noen av de sentrale forutsetningene som må være på plass for å gjennomføre Regional utviklingsplan.

Vi må rekruttere og beholde medarbeidere og sørge for at utdanning og kompetanseutvikling møter dagens og framtidens behov. Akuttkjeden og medisinske servicefunksjoner, som bildediagnostikk og laboratorietjenester, må fungere godt og videreutvikles. Kvalitet og pasientsikkerhet krever blant annet trygg legemiddelhåndtering.

Virksomhetene må ha trygge teknologiske løsninger som støtter faglig arbeid og daglig drift, og bygg som er tilpasset moderne og bærekraftig sykehusdrift.

2 Framskrivninger

Spesialisthelsetjenesten bruker felles framskrivingsmodeller. Et nasjonalt fagnettverk, ledet av Helse Sør-Øst RHF, utvikler og forvalter modellene med deltakere fra de regionale helseforetakene, helseforetakene, tillitsvalgte, brukerrepresentanter, Sykehusbygg HF, Helsedirektoratet og KS. Framskrivningene brukes blant annet i planlegging av personell og utdanning, bygg, kjøp av tjenester, teknologisk infrastruktur og organisering av helsetjenesten.

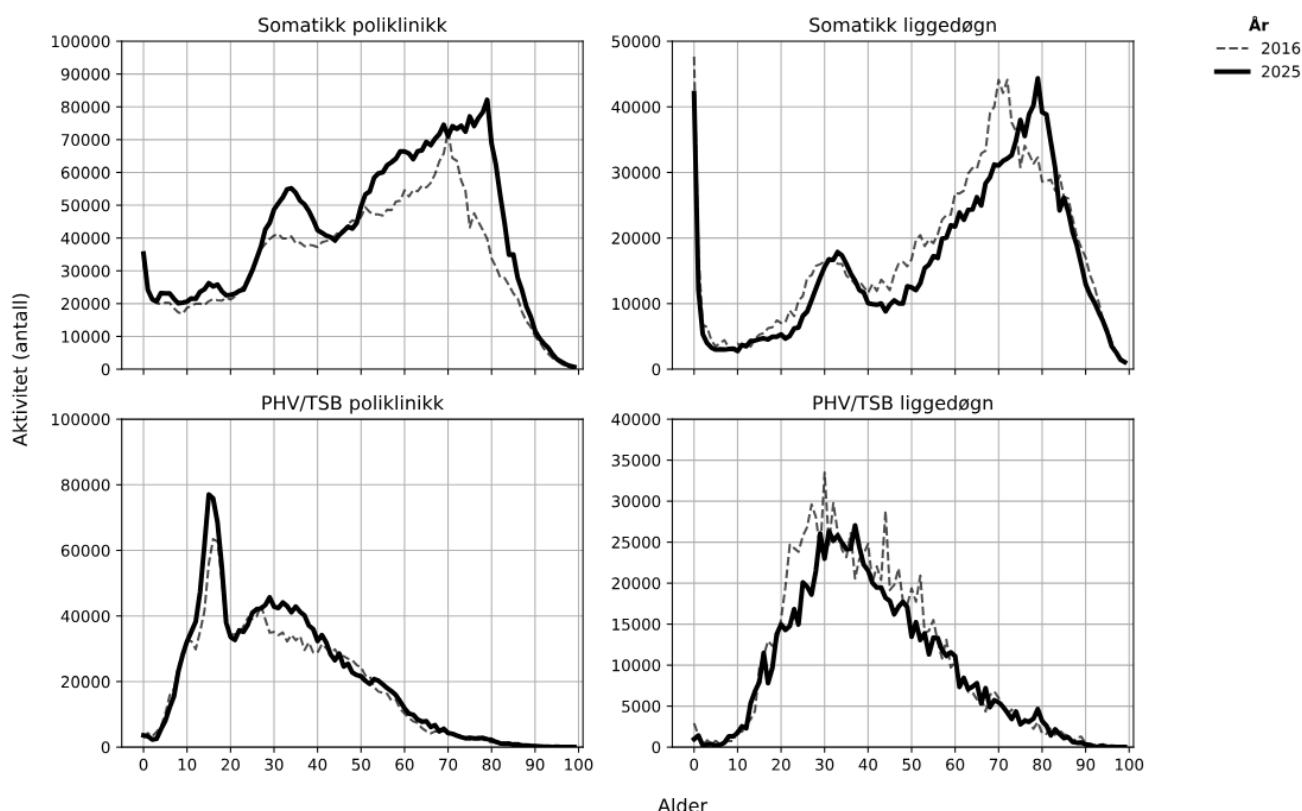
Modellene styrebehandles og oppdateres jevnlig. Resultatene i denne planen bygger på aktivitet i 2025. Modellene revideres våren 2026 blant annet med oppdaterte befolkningsframskrivninger fra SSB og framskriving til 2045. Resultatene vil foreligge høsten 2026 og inkluderes i endelig versjon av utviklingsplanen.

Framskrevet aktivitetsbehov tar utgangspunkt i et basisår. Aktiviteten framskrives så med SSBs demografi- og befolkningsframskrivninger, samt kvalitative vurderinger av forventet framtidig sykdomsutvikling og andre endringsfaktorer.

Oppdaterte framskrivninger 2025-2040

Befolkningsutviklingen er en sentral del av framskrivningene ettersom behov for spesialisthelsetjenester har en sterk sammenheng med både antall innbyggere og alderssammensetning. Figuren nedenfor viser fordeling av aktivitet (antall liggedøgn og poliklinikk) i somatikk og psykisk helsevern/TSB etter alder i 2016 og 2025. For somatikken illustreres en tydelig forskyvning av aktivitet mot høyere aldersgrupper. Dette er dels relatert endringer i befolknings sammensetning og dels relatert til bedre helse hos eldre.

Aktivitet (antall) fordelt på tjeneste, alder og type



Befolkningsframskrivingene fra Statistisk sentralbyrå (SSB) utgjør grunnstrukturen i modellene. For somatiske spesialisthelsetjenester er det særlig avgjørende hvordan den eldre delen av befolkningen utvikler seg, mens det for psykisk helsevern/TSB er befolkningen i alderen 14-39 år som har et størst forbruk og behov for helsehjelp. Fra 2025 og frem mot 2040 forventes det at antall innbyggere 65 år og eldre vil øke fra 605 000 til 831 000 individer (37%) i Helse Sør-Øst.

Tabellen under viser utviklingen 2025–2040 i helseforetakenes opptaksområder i Helse Sør-Øst.

Innbyggere i Helse Sør-Øst 2025 og 2040 og andel 65 år og eldre

	Befolkning			Andel over 65 år	
	2025	2040	Endring i %	2025	2040
Akershus universitetssykehus*	626 825	583 204	-7 %	17 %	23 %
Oslo SO	610 814	794 224	30 %	13 %	17 %
Sykehuset i Vestfold	258 071	277 898	8 %	22 %	27 %
Sykehuset Innlandet	345 139	358 860	4 %	24 %	28 %
Sykehuset Telemark	177 863	184 198	4 %	23 %	28 %
Sykehuset Østfold	334 262	365 490	9 %	21 %	26 %
Sørlandet sykehus	322 188	348 138	8 %	19 %	24 %
Vestre Viken	511 141	552 935	8 %	19 %	25 %
Helse Sør-Øst	3 186 303	3 464 947	9 %	19 %	24 %

*Grorud, Stovner og Alna er overført til Oslo SO fra og med 2032

Kilde: SSB

Somatikk

Utover endringer i befolkningssammensetning forventes det at behovet for spesialisthelsetjenester og kapasitet vil påvirkes av flere ulike forhold. Dette henger sammen med den generelle folkehelsen, utvikling i diagnostikk og behandling, samarbeidsstrukturer og andre driftsformer. I framskrivningsmodellene omtales dette ofte som modifierende faktorer.

De modifierende faktorene som påvirker framskrivningen for somatiske spesialisthelsetjenester utover demografi er:

- bedre helse i den eldre befolkningen (friskere aldring)
- utvikling i kreftbehandling
- liggedøgn for utskrivningsklare pasienter
- reduksjon i oppholdstider
- overgang fra døgn til dag- og poliklinisk behandling
- reduksjon av behov for innleggelser ved bedre samhandling

For poliklinikk/dagbehandling forventes det en fortsatt økning utover det som befolkningsutviklingen tilsier, men noe svakere enn hva utviklingen har vært i perioden 2016 til 2025. Forventningen om en noe svakere vekst i poliklinikk er særlig begrunnet med redusert overgang fra døgn til dag/poliklinikk, reduksjon i antall kontroller, bedret samhandling og digital oppfølging med brukerstyring.

Gitt at befolkningen bruker spesialisthelsetjenesten på lik måte som i 2025, ville endringen i befolkningssammensetningen medført en samlet vekst i liggedøgn på 27 prosent i Helse Sør-Øst frem mot 2040. Men med de modifierende faktorene som legges til grunn, forventes veksten i gjeldende modell å være nærmere 18 prosent. Dette innebærer derfor at framskrivningen ikke vil avstedkomme en like stor økning i døgnkapasitet som en ren demografisk framskrivning av forbruket i 2025 ville gitt.

Tabellene nedenfor viser framskrevet utvikling i liggedøgn og polikliniske kontakter per sykehusområde i Helse Sør-Øst. Aktiviteten følger pasienten uavhengig av behandlingssted. Dette innebærer at aktivitet utført for innbyggere i opptaksområdet til Akershus universitetssykehus som er utført ved regional funksjon ved Oslo universitetssykehus HF – vises ved opptaksområde Akershus universitetssykehus. Opptaksområdene i Oslo er gruppert til Oslo sykehusområde (Oslo SO).

Somatikk

Liggedøgn somatikk 2025, framskrevet til 2040 (sykehusområder)

Opptaksområde	Aktivitet			Endring	
	Aktivitet 2025	Etter demografi 2040	Aktivitet 2040 etter modifierende faktorer	Etter demografi	Etter modifierende faktorer
Akershus universitetssykehus*	324 393	352 465	327 590	9 %	1 %
Oslo SO	265 253	425 384	399 180	60 %	50 %
Sykehuset i Vestfold	125 332	155 257	143 844	24 %	15 %
Sykehuset Innlandet	193 107	227 015	210 342	18 %	9 %
Sykehuset Telemark	106 033	126 801	117 050	20 %	10 %
Sykehuset Østfold	177 936	224 928	209 638	26 %	18 %
Sørlandet sykehus	147 843	182 596	172 017	24 %	16 %
Vestre Viken	230 087	292 425	273 478	27 %	19 %

Helse Sør-Øst	1 569 984	1 986 871	1 853 139	27 %	18 %
---------------	-----------	-----------	-----------	------	------

*Alna er overført Oslo SO fra 2026; Grorud, Stovner fra 2032

Polikliniske kontakter somatikk 2025, framskrevet til 2040 (sykehusområder)

Opptaksområde	Aktivitet			Endring	
	Aktivitet 2025	Etter demografi 2040	Aktivitet 2040 etter modifierende faktorer	Etter demografi	Etter modifierende faktorer
Akershus universitetssykehus*	677 709	657 939	687 312	-3 %	1 %
Oslo SO	720 205	1 005 163	1 047 251	40 %	45 %
Sykehuset i Vestfold	347 461	401 823	420 319	16 %	21 %
Sykehuset Innlandet	410 406	446 132	466 448	9 %	14 %
Sykehuset Telemark	229 542	249 659	260 112	9 %	13 %
Sykehuset Østfold	414 908	481 412	502 734	16 %	21 %
Sørlandet sykehus	405 402	467 010	487 135	15 %	20 %
Vestre Viken	597 380	694 712	726 027	16 %	22 %
Helse Sør-Øst	3 803 013	4 403 851	4 597 338	16 %	21 %

*Alna er overført Oslo SO fra 2026; Grorud, Stovner fra 2032

Avtalespesialister er en viktig del av det polikliniske tilbudet. Aktivitet hos avtalespesialister inngår ikke i helseforetakenes framskrivningsmodeller, og framskrives her med befolkningsutviklingen for å synliggjøre volum.

Polikliniske kontakter hos avtalespesialister somatikk framskrevet til 2040

Opptaksområde	Aktivitet 2025	Etter demografi 2040	Endring etter demografi
Akershus universitetssykehus*	385 254	398 939	4 %
Oslo SO	353 266	501 027	42 %
Sykehuset i Vestfold	137 896	162 451	18 %
Sykehuset Innlandet	165 823	185 695	12 %
Sykehuset Telemark	110 112	121 568	10 %
Sykehuset Østfold	224 440	265 682	18 %
Sørlandet sykehus	187 184	218 531	17 %
Vestre Viken	293 116	349 774	19 %
Helse Sør-Øst	1 857 091	2 203 668	19 %

*Alna er overført Oslo SO fra 2026; Grorud, Stovner fra 2032

Psykisk helsevern

Det er behov for økt døgnkapasitet for pasienter med alvorlig psykisk lidelse i psykisk helsevern for voksne. Mer oppsøkende og tett poliklinisk oppfølging forventes å redusere behovet for døgnbehandling.

Demografi gir en forventet økning i liggedøgn på 7 prosent fram mot 2040 i psykisk helsevern for voksne, mens samlet behov vurderes til 13 prosent. I poliklinikk ventes veksten å være sterkere enn demografi (14 vs. 4 prosent), drevet av flere henvisninger og overgang fra døgn til poliklinikk.

For barn og unge ventes en svak reduksjon i behovet som følge av færre innbyggere i aktuell aldersgruppe. Det forventes endringer i behandlingsansvaret til spesialisthelsetjenesten for barn- og unge. Dette gjelder barn- og unge med rusrelatert lidelser, samt tverrfaglig helsekartlegging. Disse endringene medfører at det tilkommer aktivitet, som samlet gir en svak økning frem mot 2040. For TSB vil blant annet innføring av integrert ettervern øke behovet for poliklinisk aktivitet, samtidig som sterkere satsning på intensiv ambulant behandling vil redusere døgnbehov noe og øke behovet i poliklinikk.

Tabellene nedenfor viser framskrevet liggedøgn og polikliniske kontakter for PHV VOP, PHV BUP og TSB. På lik måte som for somatikk følger aktiviteten her pasientens bosted (opptaksområde). Områdene i Oslo er gruppert til Oslo sykehusområde (Oslo SO).

Psyriske helsevern

Liggedøgn voksne 2025, framskrevet til 2040 (sykehusområder)

Opptaksområde	Aktivitet			Endring	
	Aktivitet 2025	Etter demografi 2040	Aktivitet 2040 etter modifierende faktorer	Etter demografi	Etter modifierende faktorer
Akershus universitetssykehus*	80 772	70 583	72 291	-13 %	-10 %
Oslo SO	95 169	123 298	130 882	30 %	38 %
Sykehuset i Vestfold	36 586	38 457	40 911	5 %	12 %
Sykehuset Innlandet	52 602	54 694	56 749	4 %	8 %
Sykehuset Telemark	34 878	35 098	36 528	1 %	5 %
Sykehuset Østfold	52 597	56 545	58 122	8 %	11 %
Sørlandet sykehus	57 056	60 938	64 188	7 %	12 %
Vestre Viken	61 983	67 357	71 732	9 %	16 %
Helse Sør-Øst	471 643	506 968	531 403	7 %	13 %

*Gorud, Stovner og Alna er overført til Oslo SO fra og med 2032

Polikliniske kontakter voksne 2025, framskrevet til 2040 (sykehusområder)

Opptaksområde	Aktivitet			Endring	
	Aktivitet 2025	Etter demografi 2040	Aktivitet 2040 etter modifierende faktorer	Etter demografi	Etter modifierende faktorer
Akershus universitetssykehus*	199 011	165 338	177 108	-17 %	-11 %
Oslo SO	269 078	336 898	362 410	25 %	35 %
Sykehuset i Vestfold	88 782	92 114	98 592	4 %	11 %
Sykehuset Innlandet	111 140	112 324	120 423	1 %	8 %
Sykehuset Telemark	52 503	52 400	56 147	0 %	7 %
Sykehuset Østfold	82 281	85 525	91 105	4 %	11 %
Sørlandet sykehus	129 789	136 024	145 883	5 %	12 %
Vestre Viken	156 479	163 927	175 966	5 %	12 %
Helse Sør-Øst	1 089 063	1 144 549	1 227 633	5 %	13 %

*Gorud, Stovner og Alna er overført til Oslo SO fra og med 2032

Liggedøgn barn og unge 2025, framskrevet til 2040 (sykehusområder)

Aktivitet			Endring	
-----------	--	--	---------	--

	Aktivitet 2025	Etter demografi 2040	Aktivitet 2040 etter modifiserende faktorer	Etter demografi	Etter modifiserende faktorer
Opptaksområde					
Akershus					
universitetssykehus*	7 604	7 617	7 617	0 %	0 %
Oslo SO	8 276	9 326	9 326	13 %	13 %
Sykehuset i Vestfold	1 680	1 668	1 668	-1 %	-1 %
Sykehuset Innlandet	5 416	5 263	5 263	-3 %	-3 %
Sykehuset Telemark	1 847	1 809	1 809	-2 %	-2 %
Sykehuset Østfold	3 474	3 251	3 251	-6 %	-6 %
Sørlandet sykehus	2 248	2 221	2 221	-1 %	-1 %
Vestre Viken	4 267	4 228	4 228	-1 %	-1 %
Helse Sør-Øst	34 812	35 383	35 383	2 %	2 %

*Gorud, Stovner og Alna er overført til Oslo SO fra og med 2032

Polikliniske kontakter barn og unge 2025, framskrevet til 2040 (sykehusområder)

	Aktivitet 2025	Aktivitet Etter demografi 2040	Aktivitet 2040 etter modifiserende faktorer	Endring Etter demografi	Endring Etter modifiserende faktorer
Opptaksområde					
Akershus					
universitetssykehus*	101 532	87 018	92 446	-14 %	-9 %
Oslo SO	108 974	128 587	136 496	18 %	25 %
Sykehuset i Vestfold	58 372	54 398	57 739	-7 %	-1 %
Sykehuset Innlandet	58 716	56 535	59 987	-4 %	2 %
Sykehuset Telemark	39 201	36 915	39 159	-6 %	0 %
Sykehuset Østfold	50 514	48 711	51 743	-4 %	2 %
Sørlandet sykehus	50 633	47 726	50 675	-6 %	0 %
Vestre Viken	130 122	121 541	129 037	-7 %	-1 %
Helse Sør-Øst	598 064	581 431	617 282	-3 %	3 %

*Gorud, Stovner og Alna er overført til Oslo SO fra og med 2032

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Liggedøgn TSB 2025 – framskrevet til 2040 (sykehusområder)

	Aktivitet 2025	Aktivitet Etter demografi 2040	Aktivitet 2040 etter modifiserende faktorer	Endring Etter demografi	Endring Etter modifiserende faktorer
Opptaksområde					
Akershus					
universitetssykehus*	18 591	16 130	15 840	-13 %	-15 %
Oslo SO	22 109	27 386	26 892	24 %	22 %
Sykehuset i Vestfold	11 054	11 321	11 130	2 %	1 %
Sykehuset Innlandet	9 431	9 502	9 333	1 %	-1 %
Sykehuset Telemark	2 699	2 625	2 579	-3 %	-4 %
Sykehuset Østfold	9 404	9 776	9 594	4 %	2 %
Sørlandet sykehus	18 312	19 195	18 881	5 %	3 %
Vestre Viken	11 182	11 607	11 415	4 %	2 %

Helse Sør-Øst	102 782	107 541	105 665	5 %	3 %
---------------	---------	---------	---------	-----	-----

*Grorud, Stovner og Alna er overført til Oslo SO fra og med 2032

Polikliniske kontakter TSB 2025, framskrevet til 2040 (sykehusområder)

Opptaksområde	Aktivitet			Endring	
	Aktivitet 2025	Etter demografi 2040	Aktivitet 2040 etter modifierende faktorer	Etter demografi	Etter modifierende faktorer
Akershus universitetssykehus*	37 874	32 377	34 376	-15 %	-9 %
Oslo SO	52 146	64 730	68 679	24 %	32 %
Sykehuset i Vestfold	42 770	44 600	47 583	4 %	11 %
Sykehuset Innlandet	17 912	18 482	19 643	3 %	10 %
Sykehuset Telemark	13 684	13 707	14 634	0 %	7 %
Sykehuset Østfold	31 310	32 900	35 024	5 %	12 %
Sørlandet sykehus	33 134	34 686	36 859	5 %	11 %
Vestre Viken	35 461	37 027	39 292	4 %	11 %
Helse Sør-Øst	264 291	278 509	296 090	5 %	12 %

*Grorud, Stovner og Alna er overført til Oslo SO fra og med 2032

Polikliniske konsultasjoner hos avtalespesialister (psykisk helsevern), framskrevet til 2040

Opptaksområde	Aktivitet 2025	Etter demografi 2040	Endring etter demografi
Akershus universitetssykehus*	82 220	62 751	-24 %
Oslo SO	143 709	175 440	22 %
Sykehuset i Vestfold	31 526	32 199	2 %
Sykehuset Innlandet	30 492	30 787	1 %
Sykehuset Telemark	22 795	22 515	-1 %
Sykehuset Østfold	30 131	31 497	5 %
Sørlandet sykehus	24 938	26 063	5 %
Vestre Viken	55 275	57 693	4 %
Helse Sør-Øst	421 086	438 944	4 %

*Grorud, Stovner og Alna er overført til Oslo SO fra og med 2032

Utnyttelsesgrader

Modellene estimerer aktivitet (f.eks. liggedøgn, kirurgiske opphold og polikliniske konsultasjoner). Ved planlegging av bygg må dette omregnes til behov for senger og rom.

For dimensjonering av sengekapasitet gjelder følgende forutsetninger:

Utnyttelsesgrader for sengebelegg	
Somatikk voksne	85 %
Somatikk for barn og unge	75 %
Psykisk helsevern for voksne	85 %

Psykisk helsevern for barn og unge	75 %
TSB	85 %

For dimensjonering av polikliniske rom gjelder følgende forutsetninger:

Somatikk

- 45 minutter konsultasjonstid
- Åpningstid: 230 dager og 8 timer åpningstid

Psykisk helsevern og TSB

- 75 minutter konsultasjonstid
- Åpningstid: 230 dager og 8 timer åpningstid

Den polikliniske aktiviteten utføres på ulike måter; digitalt, på telefon, i grupper, fysiske konsultasjoner eller skjemabasert. Helse Sør-Øst RHF vil derfor gjennomgå de dimensjonerende faktorene for poliklinikk.

Framskrivning av bemanning

Personell er avgjørende for å kunne gi gode tjenester. Befolkningsutviklingen innebærer færre helsepersonell per pasient. Vi må derfor bruke ressursene bedre. Det påvirker planlegging av bygg, digital infrastruktur og utdanning. Rekrutteringsutfordringer i enkelte grupper og områder krever en langsiktig strategi for likeverdige tjenester. Felles modeller på tvers av kommune- og spesialisthelsetjeneste er nødvendige for å se utdannings- og kompetansebehov i sammenheng.

Det er behov for å sammenstille personellbehov, utdanningskapasitet og forventet sykdoms- og behandlingsutvikling. Særlig innen fødsel, psykisk helsevern, rus og enkelte medisinske fag må ressursene utnyttes bedre på tvers av nivåer. Arbeidet følger opp oppdraget om analyser for fremtidig behov for spesialsykepleiere på kort, mellomlang og lang sikt. Helse Sør-Øst vil ta i bruk nye framskrivingsmodeller for å styrke kunnskapen om fremtidig personellbehov.

3 Rekruttering, bemanning og utdanning

Kjernen i vår virksomhet er kompetansen til medarbeidere og ledere. Beholde og utvikle personell er hovedstrategien.

Helse Sør-Øst har om lag 87 000 medarbeidere og er landets største arbeidsplass. Vi har likevel rekrutteringsutfordringer innen visse områder og tilgangen på arbeidskraft varierer mellom helseforetakene. Hovedstadsområdet har generelt bedre tilgang på nyutdannede, selv om enkelte høgskoleutdannede grupper rekrutteres bedre i distriktene. Bærekraft kan ikke baseres på økt tilgang alene. Hovedinnsatsen må rettes mot å beholde, utvikle og mobilisere eksisterende kompetanse, samt styrke oppgavedeling, organisering og arbeidsformer som øker kapasitetsutnyttelsen.

Spesialisthelsetjenesten har et særskilt ansvar for å utdanne helsepersonell for hele helsetjenesten. Framtidens rekrutteringsutfordringer løses ikke først og fremst ved å utdanne flere. Vi må bruke

kompetansen bedre, sette sammen team med flere ulike yrkesgrupper og styrke arbeidet med oppgavedeling.

Beholde og utvikle personell

Økt andel heltidsstillinger gir bedre rekruttering, kontinuitet og kvalitet. Reduksjon av uønsket deltid, helhetlig arbeidstidsplanlegging og tydelig oppgavedeling gir bedre bruk av tid og kompetanse. Vi skal dreie fra hovedvekt på ekstern rekruttering til sterkere satsing på medarbeiderskap, kompetanseutvikling, heltidskultur og bærekraftig organisering av arbeid. Dette forutsetter systematisk samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte og medarbeidere, samt en organisering av arbeidet som gjør det mulig å stå i hele stillinger over tid.

God bemanningsplanlegging og ressursstyring gjør at kompetansen brukes bedre. Det er et viktig virkemiddel for å rekruttere, utvikle og beholde helsepersonell. Alle helseforetak har etablert bemanningsenheter. Enhetene avlaster klinikken ved å skaffe ekstravakter, håndtere vikarbruk og dekke sykefravær.

Sykehusene bør i større grad samarbeide og utvikle kompetanse på tvers av helseforetak. På noen områder må samarbeidet skje sammen med kommunene, for eksempel innen svangerskapsomsorg og psykisk helsevern. Dette kan gi bedre samlet kompetanseforvaltning, likere pasientbehandling på tvers av nivåer og bidra til at flere kan arbeide heltid.

Helsefremmende arbeidstidsordninger er viktige for trivsel og motivasjon. Arbeidet må organiseres slik at ansatte kan stå i jobb til pensjon, at belastningen er håndterbar og at yrkesskader forebygges. Helseforetakene prøver ut nye ordninger og deler erfaringer på tvers. Bransjeprogrammet IA i sykehus gir kunnskapsbaserte og målrettede verktøy for et helsefremmende arbeidsliv. Vi bør også bidra til at pensjonert helsepersonell kan fortsette å være en ressurs for helseforetakene.

Utdanning og kompetanse – livslang læring

Livslang læring er styrket gjennom felles digitale løsninger og strukturer som gir bedre oversikt over kompetanse, tydeligere krav og mer målrettede læringsløp. Kompetansedata skal brukes som beslutningsstøtte i planlegging og prioritering, ikke bare til registrering.

Antall sykepleiere med spesialutdanning økte fra 10 700 i 2021 til 11 400 i 2025, særlig innen barne-, intensiv- og kreftsykepleie. Foretakene har om lag 550 utdanningsstillinger årlig. Dagens utdanningskapasitet vurderes å dekke behovet. Videre innsats rettes mot kompetansesammensetning, rekruttering av andre yrkesgrupper, redusert turnover, fagutvikling og større påvirkning på egen arbeidshverdag.

Helseforetakene har ansvar for gjennomføring og kvalitet i utdanningsløpet for leger i spesialisering. De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for spesialister dekkes, og at det legges til rette for helhetlige utdanningsløp på tvers av foretak og andre aktører. Analyser av utviklingen i antall legestillinger tilsier behov for en større gjennomgang av organisering og gjennomføring av spesialistutdanningen. Regionens handlingsplan for LIS-utdanningen i Helse Sør-Øst støtter opp under dette arbeidet. Områder i planen er blant annet; dimensjonering, gode utdanningsforløp, kvalitet i utdanningen, økt kompetanse innenfor veiledning og supervisjon, samt bruken av vurderingskollegium.

Samarbeid på tvers av yrkesgrupper

God pasientbehandling forutsetter samarbeid mellom yrkesgrupper og best mulig bruk av samlet kompetanse. Bevisst oppgavedeling innebærer at oppgaver prioriteres til fagpersonell der

kompetansen er nødvendig, mens andre oppgaver kan løses av annet personell, nye metoder, teknologi eller i samarbeid med pasienter og pårørende. Det gir bedre ressursbruk, arbeidsflyt og kvalitet.

Helseforetakene har innført logistikkroller som frigjør tid til pasientrettet arbeid. Rollen bestiller og fyller på varer og tøy, leverer mat, håndterer avvik og retur/avfall. Dette har gitt bedre oversikt, mindre svinn og færre haste- og feilbestillinger.

Praksis og lærlingeordning

Spesialisthelsetjenesten skal tilby studenter praksis gjennom studieforløpet. Praksis skal være kunnskapsbasert, godt organisert og gi planlagt læringsutbytte. Veilederkompetanse, tid til veiledning og tydelige roller er sentralt. Forutsigbar organisering av utdanningsoppgavene kan gjøre veilederrollen til en attraktiv karrierevei og bidra til å beholde kompetanse.

Studenter og lærlinger er potensielle nye medarbeidere. Flere helseforetak har etablert lærlingekontor og standardiserte lærlingeløp fram til fag- eller svenneprøve. Læretiden er tidsbegrenset og er både et utdanningsløp og ansettelse, med krav til opplæring og forventninger til verdiskaping.

Tiltak for rekruttering, bemanning og utdanning konkretiseres ytterligere i [delstrategi for utdanning og kompetanse](#) (denne revideres i 2026).

4 Persontilpasset medisin

Den faglige utviklingen åpner for mer målrettet diagnostikk og behandling, som ofte betegnes som persontilpasset medisin eller presisjonsmedisin.

Utviklingen innen molekylærbiologi, genomikk og analyse av andre storskala helsedata gir mulighet for mer presis diagnostikk og målrettet behandling. Behandling kan tilpasses undergrupper eller enkeltindivider, med bedre effekt og færre bivirkninger.

Norge har fulgt opp [Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023–2030](#) gjennom målrettede investeringer i kunnskap, infrastruktur og koordinering. Det er blant annet etablert et nasjonalt kompetansenettverk for persontilpasset medisin (NorPreM) med regionale fagråd og en nasjonal infrastruktur for presisjonsdiagnostikk på kreftområdet (InPreD). InPreD arbeider nå for en betydelig kapasitetsutvidelse slik at presisjonsdiagnostikk med store genpaneler blir tilgjengelig for flere pasienter og tidligere i forløpet. Studien IMPRESS-Norway er et nasjonalt flaggskip for persontilpasset kreftbehandling, med mer enn 4000 inkluderte pasienter, og har oppnådd betydelig internasjonal anerkjennelse. Samlet bidrar disse tiltakene til likeverdig tilgang til avansert diagnostikk og kliniske studier i hele landet.

Videre utvikling fram mot 2040 vil understøttes av etablering av et nasjonalt genomsenter, en avansert analyseplattform som skal styrke datadeling, analysekapasitet og implementering i klinikk på tvers av helseregionene. I tråd med den nasjonale strategien skal persontilpasset medisin integreres i forebygging, diagnostikk, behandling og oppfølging. Dette forutsetter økt evne til å

analysere og fortolke store og komplekse datamengder, samt videre utvikling av tverrfaglig samarbeid, kompetanse, teknologi og forskning.

5 Bildediagnostikk og laboratorieundersøkelser

Bildediagnostikk og laboratorieundersøkelser er blitt stadig viktigere i diagnostikk og oppfølging av pasientene i og utenfor sykehus. Økende bruk kan bli en flaskehals for sykehusenes kliniske drift.

Bildediagnostikk og laboratorieundersøkelser er stadig viktigere for diagnostikk og oppfølging i og utenfor sykehus. Etterspørselen har økt over tid og forventes å fortsette å stige. Dette kan bli en flaskehals for klinisk drift dersom utviklingen ikke håndteres med tydelig prioritering og bærekraftig ressursbruk.

Uønsket variasjon og bruk av lavverdiundersøkelser viser behov for bedre henvisningskvalitet, tydeligere prioritering og styrket samhandling med henvisere. Felles regionale kriterier, standarder og henvisningsstøtte skal bidra til mer ensartet praksis og bedre kapasitetsutnyttelse.

Digitalisering og avansert informasjonsstøtte, inkludert kunstig intelligens, vil få økende betydning fram mot 2040. Innføring skal være forsvarlig og basert på kvalitet, etikk, pasientsikkerhet og validerte metoder. Felles og standardiserte regionale teknologiske løsninger er en forutsetning for samhandling, effektiv drift og god datakvalitet, også på tvers av offentlige og private leverandører.

Digital patologi

Digital patologi støttes av ny programvare og teknologi for bildebehandling av vevssnitt. Dette muliggjør bruk av kunstig intelligens i diagnostikk og mer samarbeid om utredning og oppfølging på tvers av helseforetak, inklusive ved avanserte og sjeldne tilstander. DoMore! er et eksempel på teknologi som kommersialiserer bedre diagnostikk ved kolorektal kreft.

Redusere uønsket variasjon - unngå unødige undersøkelser og analyser

Riksrevisjonen rapporterte i 2016 at om lag 25–30 prosent av bildediagnostiske undersøkelser ikke har betydning for videre diagnostikk eller behandling. Tilsvarende gjelder en andel laboratorieanalyser.

Drivere for forbruk er blant annet ny teknologi, nye metoder og indikasjoner, kommersielle interesser, demografiske endringer og økt fokus på pasientautonomi. Det er et mål å unngå dobbeltundersøkelser og dobbelgranskning uten medisinsk indikasjon og å standardisere protokoller og metodebøker. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å informere øvrige deler av helsetjenesten om beste praksis og bidra til mer ensartet utredning og henvisning.

6 Legemiddelhåndtering

Vi arbeider med å gjøre legemiddelhåndteringen tryggere og bedre, men mye kan fortsatt bli bedre.

Legemiddelkostnader utgjør en betydelig andel av helseforetakenes kostnader og har vært stabilt på rundt seks prosent de senere årene). I Helse Sør-Øst administreres årlig om lag 40 millioner tabletter og kapsler til innlagte pasienter.

Legemiddelrelatert skade er den hyppigst rapporterte skadetyper i spesialisthelsetjenesten. Andelen sykehusopphold med legemiddelrelaterte skader var tre prosent i 2024, den høyeste forekomsten siden 2012. Skadene kan gi alvorlig pasientskade og dødsfall, og gir også store samfunnskostnader.

[WHO kampanjen Medication without harm](#) peker på at nesten halvparten av forebyggbar skade i helsetjenesten skyldes legemidler og terapeutiske tiltak. Et gjennomgående problem er mangelfull oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk. I Norge adresseres dette blant annet gjennom Helsedirektoratets Nasjonal plan for riktig legemiddelbruk.

Riktig legemiddelbruk er et prioritert innsatsområde i [nasjonalt rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet 2024–2027](#) og er sentralt i [regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring](#). [Veileder om legemiddelhåndtering](#) (Sykehusapotekene HF) beskriver satsingsområder og tiltak. Flere forbedringstiltak kan løses i regionen, mens andre krever samarbeid på kommunalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Riktig, samordnet og oppdatert legemiddelforordning

Legemiddelforordninger skal være riktige, samordnet og løpende oppdatert gjennom hele pasientforløpet. Alle sykehus i regionen har samme hovedjournalssystem, samme elektroniske kurve- og medikasjonsløsning og samme IKT-løsning for medikamentell kreftbehandling. E-resept ble innført i hovedjournalssystemet i 2013.

I 2026 deltar regionen i nasjonal samhandling om pasientens legemiddelliste med integrasjoner mot journalssystem og kurve- og medikasjonsløsning (Klinisk legemiddelsamhandling, fase 4). Dette reduserer risiko i ansvarsoverganger og gjør verktøyene mer effektive i klinisk hverdag.

Sykehusapotekene HF oppgraderte i 2025 produksjonsanlegg for endoser og fikk samme år ansvar for regionens legemiddeldata. Felles legemiddeldata på tvers av journal- og logistikk-løsninger vil understøtte tryggere og mer effektiv samhandling. Nye konsepter prøves ut, blant annet farmasitun ved Oslo universitetssykehus i 2026, der apotekmedarbeidere klargjør legemidler med legemiddelroboter i dedikerte lokaler.

Sykehuspartner HF utvikler sammen med sykehusene et mobilt konsept for legemiddeladministrering basert på skanning av endoser og pasientarmbånd, med samtidig oppdatering av medikasjonsløsning og lager. Datadeling og automatisert logistikk planlegges også for å støtte innflytting i Nye Aker og Nye Rikshospitalet med mer effektiv og trygg legemiddelpraksis.

Tiltakene skal gi bedre kliniske verktøy, forenkle arbeidsprosesser og ta i bruk robotisering og automatisering for å redusere legemiddelfeil og kassasjon, og dermed også kostnader og miljøbelastning.

Kontroll av behandlingseffekt

Regional data- og analyseplattform (RDAP) skal gi bedre innsikt i egen praksis, støtte faglig utvikling og legge til rette for reduksjon av uønsket variasjon og bedre pasient- og brukersikkerhet, også på legemiddelområdet.

Medikamentforordning og -håndtering og behandlingseffekt skal kunne analyseres og kontrolleres mot felles retningslinjer ved hjelp av IKT-løsninger. Felles elektronisk kurve- og medikasjonsløsning og løsning for medikamentell kreftbehandling gjør analyser mulig på en måte som tidligere var mer ressurskrevende.

7 Teknologi og digitalisering

Vi vil bruke mulighetene teknologi og digitale løsninger gir for bedre helsehjelp.

Norge som samfunn ligger langt framme når det gjelder digitalisering. Innen helsesektoren er det fortsatt et stort urealisert potensial knyttet til de mulighetene digitalisering kan gi. En årsak til dette er det store antallet unike IKT-løsninger som finnes i helsesektoren, ofte med mangelfulle integrasjoner.

I Helse Sør-Øst er det per mai 2026 over 1150 unike digitale løsninger og om lag 170 000 medisinsk-tekniske enheter i bruk ved sykehusene. Fokus på bedre integrerte løsninger med gode og effektive brukergrensesnitt og mer sammenhengende arbeidsprosesser skal skape mer tid til pasientene og en bedre arbeidshverdag for de ansatte.

Digitalisering

Helse Sør-Øst RHF investerer mer enn 2 milliarder kroner årlig i digitalisering. [Regional delstrategi for teknologiområdet](#) peker ut syv innsatsområder som skal styre arbeidet i planperioden.

De fire innsatsområdene sentralt i figuren under berører kjernevirksomheten direkte. I tillegg er to innsatsområder knyttet til *hvordan* kjernevirksomheten skal videreutvikles (*datadrevet utvikling av helsetjenesten* og *brukernær utvikling av teknologi*), og ett område er en forutsetning for at alt annet skal lykkes (*effektive felles IKT-tjenester*).



De strategiske målene for de syv innsatsområdene er:

- Pasienter behandles og følges opp hjemme når det gir effektiv ressursbruk, god kvalitet og økt egenmestring.
- Kunstig intelligens, beslutningsstøtte og persontilpasset medisin gir arbeidsbesparende effekter og mer presise og likeverdige tjenester.

- Nødvendig og relevant pasientinformasjon er tilgjengelig for pasienter og helsepersonell på tvers av helsetjenesten.
- Brukervennlig teknologi gir effektive arbeidsprosesser og forenkler hverdagen for helsepersonell.
- Økt datafangst og bruk av informasjon forbedrer pasientbehandling, sykehusdrift og grunnlag for forskning.
- Brukerdrevne utviklingsmetoder gir raskere endringer og gode brukeropplevelser.
- Moderne og kostnadseffektive felles IKT-tjenester gir økt endringsevne.

Delstrategien skal brukes som verktøy for strategisk porteføljestyring og aktivt i prioritering, planlegging og budsjettering.

Datadrevet utvikling og bruk av kunstig intelligens

Bruk av helsedata er en grunnleggende forutsetning for utvikling av sammenhengende pasientforløp, bedre ressursutnyttelse og en mer kunnskapsbasert helsetjeneste. Helsedata finnes i både de ulike fagsystemene i sykehusene, i Helse Sør-Østs regionale data- og analyseplattform (RDAP) og i de mange nasjonale kvalitetsregistrene. Begrepet «helsedata» er et vidt begrep og inkluderer både direkte pasientsensitive data og styringsdata/metaddata. Like viktig som mer aktiv bruk av og tilgang til relevante pasientrelaterte data i hele helsetjenesten, er mer aktiv bruk av og tilgang til styringsdata/metaddata. Slike styringsdata/metaddata er sentralt for å få økt innsikt i arbeidsprosessene i sykehusene, men ikke minst vil det være en forutsetning for å lykkes med å styre og realisere mer sammenhengende helsetjenester på tvers av omsorgsnivåene. Videreutvikling av RDAP er derfor en forutsetning for å lykkes med innsatsområdet *Datadrevet utvikling av helsetjenesten*.

Kunstig intelligens (KI) vil være et sentralt virkemiddel for å forbedre helsetjenesten den kommende perioden. Data er «råstoffet» for KI og god tilgang til data er derfor en forutsetning for evnen til å kunne høste gevinster fra KI. Bruken av KI vil gradvis øke, strukturert og risikobasert for store deler av helsetjenesten. I perioden mot 2040 vil det sannsynligvis oppstå mange spørsmål og vurderinger knyttet til personvern, MDR-direktivet og klassifisering av KI-baserte løsninger. Juridisk kompetanse knyttet til dette vil derfor være en viktig kompetanse for at Helse Sør-Øst skal evne å gradvis ta i bruk flere og mer avanserte KI-baserte løsninger den kommende perioden.

8 Personvern

Vi kan ikke gi god helsehjelp uten at riktige helseopplysninger er knyttet til riktig person. Effektiv digitalisering krever at vi innhenter, bruker og sammenstiller store mengder helsedata og personopplysninger om pasienter, pårørende, ansatte og andre.

Personvern er en menneskerett og er nedfelt i Grunnloven. Personvernarbeidet handler om å bruke nødvendige opplysninger til pasientbehandling, drift og forskning, samtidig som retten til privatliv ivaretas. Ansvaret ligger i lederlinjen og omfatter både tekniske og organisatoriske tiltak, som IT-sikkerhet, tilgangsstyring, avviksrapportering, opplæring og samhandling.

Personvern vurderinger må gjøres tidlig i utviklingsprosesser slik at risikoreduserende tiltak kommer inn fra start. Det er også viktig med felles regional forståelse av regelverket for å unngå forskjellsbehandling og å fjerne unødvendige hindringer for samarbeid og sikker informasjonsutveksling. Økt bevissthet i foretaksgruppen om personvern, og de muligheter som ligger i godt personvern, er en prioritert oppgave framover. Dette omfatter opplæring tilpasset ulike roller, videreutvikling av digitale administrative støttesystemer på personvernområdet (eks. regional behandlingsprotokoll, digitale innsynsløsninger og maler for personvernkonsekvensvurderinger) og systematisk kartlegging av personverntilstanden i regionen.

I 2025 ble det etablert en felles uavhengig personvernombudsfunksjon for alle helseforetakene i Helse Sør-Øst. Helseforetakene har egne personvernledere, og disse møtes jevnlig i regionalt personvernråd.

9 Informasjonssikkerhet

Sikker behandling av informasjon inngår i alle systemer og alle ansattes arbeid.

Informasjonssikkerhet skal gjøre at helsetjenester kan leveres også når flom, brann eller cyberangrep rammer virksomhetskritiske systemer. Det handler om å kunne forebygge og håndtere innbrudd, behandle opplysninger fortrolig (konfidensialitet), hindre uautoriserte endringer (integritet) og sikre at nødvendige opplysninger er tilgjengelige når helsepersonell trenger dem (tilgjengelighet).

Informasjonssikkerhet skal være en del av virksomhetsstyringen og inngå i helhetlige beslutninger. Arbeidet skal gjøres i tråd med overordnet [mål og strategi for informasjonssikkerhet](#).

Roller og ansvar for informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst er oppdatert og tydeliggjort i [Ledelsessystem for informasjonssikkerhet - Helse Sør-Øst RHF](#). I planperioden skal det arbeides for bedre samsvar mellom ansvar for måloppnåelse, herunder pasientsikkerhet, og ansvar for informasjonssikkerhet. På tvers av virksomheter skal det som hovedregel være samsvar mellom ansvar for pasientbehandlingen og ansvar for bruk av pasientopplysninger, med tilhørende informasjonssikkerhet.

Arbeidet med informasjonssikkerhet skal være risikobasert, og helseforetakene skal ha kontroll med risiko. Oppdatert trusselbilde og gode holdninger til digital sikkerhet er sentrale forutsetninger.

Sårbarheter oppdages jevnlig i programvare og infrastruktur. Sikkerhetssenteret i Sykehuspartner HF har god evne til å avdekke og håndtere hendelser og arbeider tett med HelseCERT. Angrep skjer kontinuerlig, og noen vil lykkes. Evnen til å oppdage, begrense og håndtere hendelser skal derfor videreutvikles i takt med trusselbildet.

Digitalsikkerhetsloven og -forskriften trådte i kraft 1. oktober 2025. Regelverket stiller krav til tilbydere av samfunnsviktige tjenester. For Helse Sør-Øst betyr det blant annet krav om risikobaserte sikkerhetstiltak og at ledelsen skal sikre et forsvarlig sikkerhetsnivå. Det innføres også varslingsplikt for hendelser som i betydelig grad påvirker leveransen av tjenestene.

10 Miljø og bærekraft

Vi skal ta vare på mennesker, miljø og ressurser – samtidig.

En bærekraftig helsetjeneste er sosialt ansvarlig, miljø- og klimamessig bærekraftig og godt styrt, og bidrar til bedre pasientopplevelser (<https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>).

I Helse Sør-Øst arbeides det for å redusere miljøbelastningen og ivareta kvalitet gjennom blant annet digitale konsultasjoner, mindre unødvendig forbruk, mer sirkulære løsninger og klimavennlig bygningsdrift. Pasientperspektivet skal integreres i bærekraftsarbeidet for å sikre likeverdige, tilgjengelige og framtidsrettede tjenester.

Sosial bærekraft innebærer anstendige og trygge arbeidsforhold for egne medarbeidere og for arbeidstakere i leverandørkjeden. Gjennom systematiske aktsomhetsvurderinger, krav i anskaffelser og oppfølging av leverandører skal foretaksgruppen forebygge brudd på menneskerettigheter, arbeidslivskriminalitet og sosial dumping. Arbeidet med mangfold, inkludering og likestilling skal bidra til gode arbeidsmiljøer og bedre pasientforløp.

Sykehusdrift er ressurs- og materialintensiv, med utslipp knyttet til bygg, energi, transport, legemidler, medisinsk utstyr og forbruksvarer. Helse Sør-Øst RHF deltar i nasjonalt samarbeidsutvalg for miljø og bærekraft og arbeider for å redusere klimagassutslipp, energieffektivisere bygningsmassen og fremme mer bærekraftige innkjøp og transportløsninger.

Sirkulære løsninger i sykehusdrift prioriteres framover. Mindre unødvendig forbruk, mer ombruk og materialgjenvinning, samt overgang fra engangs- til flergangsprodukter der det er faglig og smittevernmessig forsvarlig, skal gi lavere belastning på klima og miljø og bedre ressursutnyttelse. Tiltakene styrker også forsyningssikkerheten ved å redusere avhengighet av globale leverandørkjeder.

Klimaendringer og mer ekstremvær krever klimatilpasning og robuste tjenester. Helse Sør-Øst skal identifisere og håndtere natur- og klimarisiko gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser, styrket beredskapsplanlegging og klimatilpasset bygg- og eiendomsforvaltning, for å sikre kontinuitet i kritiske helsetjenester og god pasientsikkerhet.

Frem mot 2040 skal bærekraft være integrert i styring, planlegging og utvikling i Helse Sør-Øst, med felles mål, systematisk rapportering og kontinuerlig forbedring.

11 Eiendom

Vi skal utvikle og ta vare på byggene

Foretaksgruppen forvalter om lag 2,9 millioner kvadratmeter bruttoareal. Eiendomsporteføljen representerer store verdier og langsiktige bindinger. Hvordan porteføljen forvaltes og utvikles har direkte betydning for kvalitet i pasientbehandlingen, arbeidsforhold for ansatte, ressursbruk og driftssikkerhet.

Helse Sør-Øst RHF har i perioden arbeidet med styrket eierstyring, standardisering og helhetlig porteføljestyling. God bærekraft forutsetter at vi tar vare på byggene. Vi prioriterer derfor verdibevarende vedlikehold.

Utviklingen av eiendomsområdet tar utgangspunkt i tre overordnede strategiske grep.

Ta vare på og videreutvikle eksisterende bygningsmasse

Eksisterende bygningsmasse er hovedgrunnlaget for sykehusdriften i Helse Sør-Øst. Den vil også framover være bærebjelken i eiendomsporteføljen. En viktig strategisk prioritering er derfor å ta vare på og videreutvikle denne bygningsmassen.

Forvaltningen skal sikre forsvarlig teknisk tilstand og langsiktig verdibevaring. Videreutvikling av eksisterende bygg skal støtte endrede behov for aktivitet, organisering og behandlingsformer over tid.

Investeringer i vedlikehold, rehabilitering, utvikling og eventuell avhending skal vurderes samlet gjennom helhetlig porteføljestyring. Prioriteringer skal bygge på kunnskap om teknisk tilstand, risiko og byggenes betydning for virksomheten.

Systematisk og verdibevarende vedlikehold er avgjørende. Målet om arealvektet tilstandsgrad 1,2 eller bedre innen 2035 og eliminering av tilstandsgrad 3 innen 2030 ligger fast for bygg som inngår i den langsiktige porteføljen for pasientbehandling.

En livsløpsorientert tilnærming skal sikre bedre sammenheng mellom investeringer, drift og vedlikehold, redusere vedlikeholdsetterslep og bidra til bærekraftig ressursbruk.

Utvikle nye sykehusbygg som støtter pasientbehandling og gode arbeidsforhold

Sykehusbygg er en integrert del av pasientforløpene og arbeidshverdagen til ansatte. Utvikling av bygg og eiendom skal derfor ta utgangspunkt i virksomhetens behov.

Eiendomsutviklingen skal legge til rette for effektive pasientforløp og nye behandlingsformer. Byggene skal støtte endrede driftsmodeller og god samhandling internt og på tvers av virksomheten.

Arealer og funksjonsløsninger skal bidra til personaleffektiv drift og god logistikk. Målet er bedre flyt, mindre unødig kompleksitet og mer tid til pasientrettet arbeid.

Nye og eksisterende bygg skal planlegges for fleksibilitet og tilpasningsevne. Løsningene skal kunne brukes og videreutvikles gjennom byggenes levetid. Store byggeprosjekter skal ses i sammenheng med den samlede eiendomsporteføljen og inngå i langsiktig porteføljestyring.

Beredskap

Eiendomsområdet er sentralt for virksomhetens beredskap. Bygg og infrastruktur skal sikre kontinuitet i pasientbehandlingen også under vesentlig endrede rammevilkår. Eiendomsporteføljen må være robust, driftssikker og tilpasningsdyktig, med evne til å håndtere økt belastning og nye krav. Beredskap er et grunnleggende premiss i planlegging og utvikling av eiendomsområdet.

12 Økonomi

God økonomistyring er en forutsetning for å kunne tilby gode og likeverdige spesialisthelsetjenester

Helse Sør-Øst skal innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav i statsbudsjett, foretaksmøter og oppdragsdokument, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og det legges til rette for bærekraftig utvikling over tid.

Helse Sør-Øst hadde i 2025 en omsetning på 129 milliarder kroner og et årsresultat på 3 144 millioner kroner. Positive resultater gir handlingsrom for investeringer, men økte kapitalkostnader fra pågående og planlagte investeringer forutsetter fortsatt omstilling og effektiv ressursbruk. Kvalitet i pasientbehandling og effektiv pasientflyt er viktige bidrag til god økonomi.

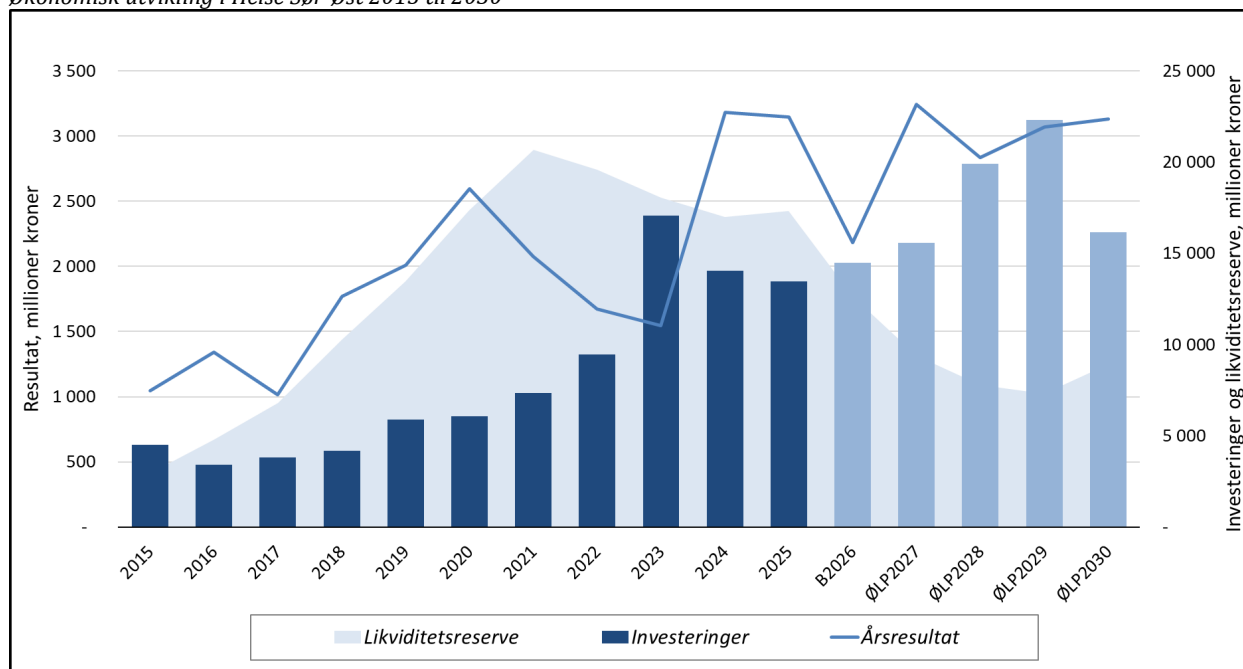
Økonomisk bærekraft

Bærekraftig utvikling over tid forutsetter god ressurs- og kapasitetsutnyttelse, god økonomisk styring og effektive arbeidsprosesser.

Helse Sør-Øst bruker økonomisk langtidsplan som konsekvensvurdering av vedtatte strategier og samlet framstilling av planlagt utvikling i sentrale innsatsfaktorer. Første året er grunnlag for budsjett og rapportering. Den samlede økonomiske utviklingen i Helse Sør-Øst er under kontroll, men enkelte helseforetak når fortsatt ikke fastsatte økonomiske mål.

Foretaksgruppen har akkumulert likviditet gjennom positive resultater. Samtidig videreføres et høyt investeringsnivå i bygg, utstyr og teknologi, med planlagt gevinstrealisering, inkludert bedre bruk av helsepersonell. For å realisere gevinstene må organisasjoner og driftsmodeller tilpasses. Investeringer skal følges opp med god økonomisk styring slik at prosjekter gjennomføres innen vedtatte styringsrammer.

Økonomisk utvikling i Helse Sør-Øst 2015 til 2030



Kilde: Årsregnskaper, budsjett 2026 og økonomisk langtidsplan 2027-2030 Helse Sør-Øst. Med likviditetsreserve menes innestående i bank med tillegg av ledig driftskredittramme i statskassen. Konsekvensene av revidert nasjonalbudsjett 2026 er ikke innarbeidet i figuren.

Risiko for kostnadsvekst i en periode med høyt investeringsnivå

Helseforetakene har ulike forutsetninger, med både nye og eldre sykehusbygg og betydelige investeringsbehov i medisinsk-teknisk utstyr og teknologi. Flere har begrenset finansielt handlingsrom, og videre produktivitetsutvikling er avgjørende for å opprettholde en bærekraftig økonomi. Oppspart likviditet er planlagt brukt til investeringer blant annet i nye sykehusbygg i kommende periode.

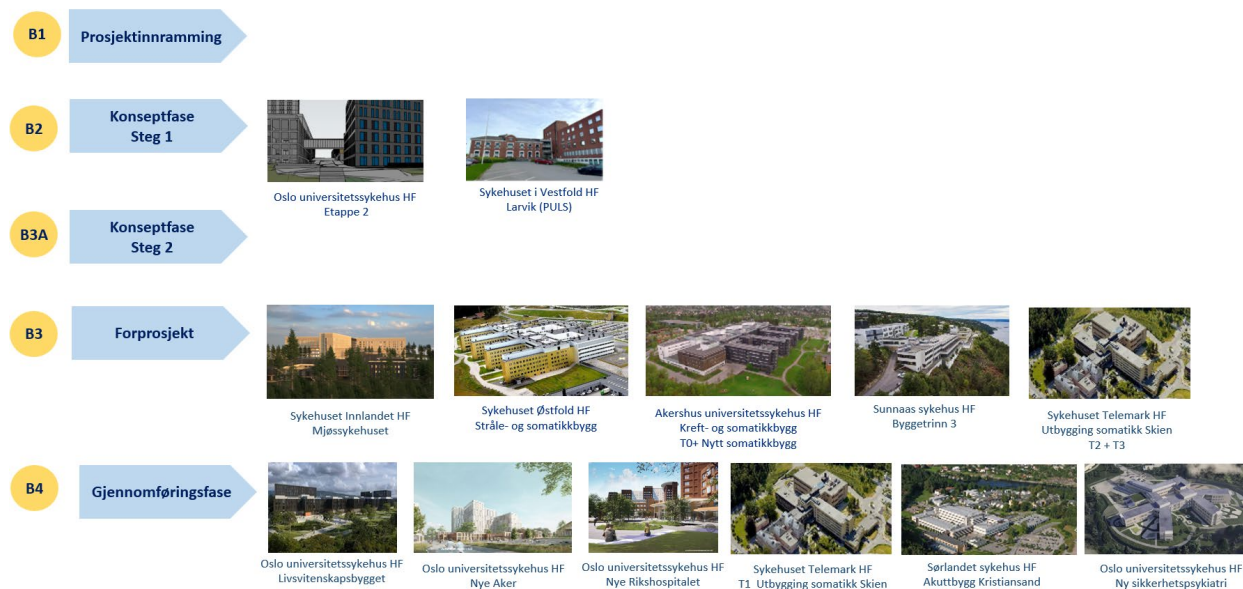
Markedsuro, krig, geopolitisk usikkerhet og energikrise kan øke anskaffelseskostnader og gi generell prisvekst. I en periode med høyt investeringsnivå øker behovet for stram prioritering, effektiv ressursutnyttelse og løpende oppfølging av kostnadsutviklingen.

Helse Sør-Øst RHF fordeler inntekter til sykehusområdene etter en inntektsmodell som skal legges til rette for likeverdige tjenester. Modellen ble sist revidert i 2023 og brukes fra budsjettåret 2025. Det kan ikke legges til grunn inntektsvekst utover inflasjon og demografidrevne behov. Samtidig øker forventninger og kostnader, blant annet som følge av nye og mer avanserte behandlingsformer.

Behov for effektivisering og omstilling

Ny teknologi gir store muligheter, samtidig som det er et betydelig etterslep på vedlikehold og oppgradering av bygg og medisinsk-teknisk utstyr. I 2025 ble nytt sykehus i Drammen (Vestre Viken HF) tatt i bruk. Det pågår og planlegges flere store byggeprosjekter, blant annet Nye Aker og Nye Rikshospitalet (Oslo universitetssykehus HF) og videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF med nytt Mjøssykehus i Moelv, i tillegg til øvrige investeringer i regionen.

Regionale byggeprosjekter 2026



Figur 1: regionale byggeprosjekter per første tertial 2026

Investeringene gir økte kapitalkostnader og forutsetter videre effektivisering og omstilling. Når nye sykehusbygg og regionale digitale løsninger tas i bruk, må helseforetakene realisere gevinstene som lå til grunn for investeringsbeslutningene, inkludert økonomiske gevinster, bedre kapasitetsutnyttelse, enklere arbeidsprosesser og bedre kvalitet. Manglende gevinstrealisering svekker det økonomiske handlingsrommet og øker risikoen. Det regionale helseforetaket følger dette arbeidet opp systematisk.

De neste sju årene er flere av de store byggeprosjektene planlagt ferdigstilt. Utover 2030-tallet vil investeringene i større grad dreies mot systematisk vedlikehold, teknisk oppgradering og utvikling av eksisterende bygningsmasse. Dette er nødvendig for funksjonelle og trygge bygg, redusert risiko for driftsavbrudd og svikt i kritisk infrastruktur, og for å begrense kostnader ved utsatt vedlikehold. Vedlikeholdsprosjekter gir stor nytte gjennom bedre pasientsikkerhet, arbeidsmiljø, stabil drift og bedre ressursutnyttelse.

13 Felleseide selskaper

De felleseide foretakene skal bidra til å styrke og forbedre tilbudet til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet, samt å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse.

Helse Sør-Øst RHF eier, sammen med de andre regionale helseforetakene, fem helseforetak:

- Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO)
- Luftambulansetjenesten HF (LAT)
- Pasientreiser HF
- Sykehusbygg HF
- Sykehusinnkjøp HF

De felleseide foretakene styres gjennom årlige oppdragsdokumenter som angir særskilte krav og oppgaver, fastsetter aktivitetskrav og eiernes finansiering. Det pågår en prosess for å oppdatere målbildene.