Høringsversjon 18 juni 2026

HELSE SØR-ØST

DEL 1

REGIONAL UTVIKLINGSPLAN

2027 - 2040

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

Mål og satsingsområder

Innhold

1 Bakgrunn 6
2 Trender og utviklingstrekk 7
2.1 Befolkningen og samfunnet 8
2.2 Pasienter og pårørende 11
2.3 Helsetjenesten 11
2.4 Framskrivinger 18
3 Mål og satsingsområder 18
3.1 Helsekompetanse, pasientinvolvering og likeverd 20
3.1.1 Helsekompetanse 20
3.1.2 Pasient- og pårørendeinvolvering 22
3.1.3 Likeverdige helsetjenester 23
3.2 Samarbeid om de som trenger det mest 24
3.2.1 Videreutvikling av helsefellesskapene 25
3.2.2 Svangerskap, fødsel og barselsomsorg 26
3.2.3 Helsetjenester til barn og unge 26
3.2.4 Voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer 27
3.2.5 Skrøpelige eldre 30
3.2.6 Pasienter med flere kroniske lidelser 33
3.2.7 Spesialiserte rehabilterings- og habiliteringstjenester 33
3.2.8 Helse og arbeid 33
3.3 Ta tiden tilbake – bedre bruk av tid for ansatte og pasienter 34
3.3.1 Nye arbeidsformer 34
3.3.2 Rett kompetanse og organisering 36
3.3.3 Teknologi og data i pasientforløp 39
3.4 Ta kunstig intelligens i praktisk bruk 42
3.5 Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester 46
3.6 Forskning og innovasjon – ny kunnskap og bedre helsetjenester 48
3.6.1 Forskning 48
3.6.2 Bedre på jobb – ny metode for tjenesteinnovasjon 49
3.6.3 Veien videre for forskning og innovasjon 52
3.7 Beredskap 53
4 Fra plan til gjennomføring 55

Innledning

Regional utviklingsplan er Helse Sør-Øst overordnede strategi. Den setter retning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i regionen på kort sikt og fram mot 2040. Planen gir føringer for regionale delstrategier og fagplaner som konkretiserer mål og milepæler.

Forrige versjon av Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i november 2022. I revisjonen er det langsiktige perspektivet mot 2040 beholdt. Ambisjonen har vært å videreføre kvalitetene i den forrige planen, samtidig som innholdet er oppdatert i lys av nye erfaringer og endrede rammevilkår.

Regional utviklingsplan har beholdt sin innretning. Samtidig har læring fra pandemien, et skjerpet trussel- og sikkerhetsbilde og behovet for styrket beredskap gjort det nødvendig å tydeliggjøre enkelte temaer. De fire tidligere hovedmålene er videreført, og styrket beredskap er lagt til som et femte mål.

- Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet
- Styrket helseberedskap for krise og krig

Planen løfter fram satsingsområder som går på tvers av pasientgrupper, fagområder og delstrategier. De tidligere satsingsområdene videreføres, og beredskap og praktisk bruk av kunstig intelligens er lagt til som egne satsingsområder. Felles for dem alle er at de gjelder på tvers av hele vår virksomhet.

Satsingsområdene som skal bidra til at vi når målene, er:

- Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering
- Samarbeide om de som trenger det mest
- Ta tiden tilbake -bedre bruk av tid for ansatte og pasienter
- Ta kunstig intelligens i praktisk bruk
- Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av tjenester
- Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste
- Inkludere beredskapstenkning i alle fagområder

Planen bygger på overordnede nasjonale og regionale føringer, samt helseforetakenes utviklingsplaner. Planarbeidet har involvert mange ansatte i Helse Sør-Øst RHF og er utviklet i dialog med brukere og aktører rundt oss. Dette er en høringsversjon. Den vil bli oppdatert basert på innspill fra høringen.

Terje Rootwelt
Administrerende direktør

Trygg og god spesialisthelsetjeneste til alle

Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF jobber for at alle pasienter i regionen skal få rett hjelp, til rett tid, tilpasset sine behov.

En av forutsetningene er at helsetjenestene utvikles med pasienterfaringer som utgangspunkt, og at pasienter og pårørende involveres både i egen behandling og i utviklingen av tjenestene. Brukermedvirkning er en lovpålagt oppgave i helsetjenesten og samtidig et av de mest effektive virkemidlene for utvikling av treffsikre behandlinger og bedre tjenester.

Regional utviklingsplan skal bidra til mindre uønsket variasjon, tydeligere prioriteringer og en helsetjeneste som utvikler seg i én retning. Samtidig er det viktig å understreke at en plan alene ikke er nok. Brukerutvalget vil derfor bidra aktivt i oppfølgingen av regional utviklingsplan for at ambisjonene blir til reell endring.

En av de viktigste satsingene i planen er å styrke helsekompetanse. Høy helsekompetanse trengs for å navigere helsetjenestene og for at pasienter som forstår egen situasjon, kan medvirke aktivt blant annet i samvalg. Medvirkning er en forutsetning for trygge, forutsigbare og sammenhengende pasientforløp. Det er særlig viktig i utviklingen av nye løsninger i helsetjenesten, både gjennom tilpasset informasjon til brukerne og systemer som legger til rette for reell medvirkning i praksis.

Det må tas hensyn til FN-konvensjon CRPD (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) innlemmelse i menneskerettighetsloven i utøvelse av helsehjelp. Menneskerettighetsloven har forrang foran andre lover i helsetjenesten, og det vil framover bli viktig å blant annet gi økt tilgang for ledsagere og sørge for medvirkning relatert til tvangsbruk.

Brukerutvalget støtter sterkt at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

løftes frem som områder med behov for betydelige og varige forbedringer, og forventer at det følges opp med ressurser, konkrete tiltak og reelle resultater. Det samme gjelder nye ansvarsområder som skal dekke helsebehov i barnevern og fengsler.

Brukerutvalget er også positive til det regionale fokuset på likeverd og mangfold. En helsetjeneste som ikke er tilgjengelig for alle, oppfyller ikke sørge-for-ansvaret. Språk, kulturforståelse og tilrettelagt kommunikasjon er ikke tilleggstjenester, men en del av forsvarlig pasientbehandling. Brukerutvalget forventer at handlingsplan for mangfold, likeverdige helsetjenester og migrasjonshelse fører til en mer inkluderende spesialisthelsetjeneste.

Avslutningsvis er brukerutvalget klar over at helsetjenesten opplever økte effektiviseringskrav. Brukermedvirkning gir innsikt som gjør behandlingen mer treffsikker og bidrar til riktigere ressursbruk. Systematisk medvirkning kan frigjøre tid for helsepersonell, styrke kvaliteten og bidra til mer bærekraftige løsninger over tid.

Regionalt brukerutvalg vil være en aktiv samarbeidspartner i realiseringen av regional utviklingsplan gjennom reell brukermedvirkning. Vår ambisjon er klar: En helsetjeneste som er trygg, tilgjengelig, helhetlig og likeverdig, for alle som trenger den, når de trenger den.

Regionalt brukerutvalg

1 Bakgrunn

Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2027- 2040 beskriver utviklingsretningen for spesialisthelsetjenesten i regionen. Planen er revidert fra 2022, men tidshorisonten og det overordnede grepet er beholdt.

Regional utviklingsplan er delt i to deler. Del 1 beskriver noen av de viktigste utviklingstrendene vi står overfor, og hvordan vi skal møte dem. Den forteller hvor vi mener vi skal.

Del 2 beskriver viktige rammer og forutsetninger for at det vil være mulig.

Om Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst sin visjon er:
«Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det».

Virksomheten bygger på de nasjonale verdiene kvalitet, trygghet og respekt.

Helse Sør-Øst RHF har to lovpålagte oppgaver:

- Eier av helseforetakene i helseregionen (eieransvaret)
- Sørge for at befolkningen i regionen tilbys spesialisthelsetjenester (sørge-for-ansvaret)

I tillegg har Helse Sør-Øst oppgaver innen forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. Samlet har foretaksgruppen, helseforetakene og private leverandører et betydelig samfunnsansvar.

Helse Sør-Øst RHF har et sørge-for-ansvar for spesialisthelsetjenester til mer enn halvparten av Norges befolkning fordelt på åtte fylker: Agder, Akershus, Buskerud, Innlandet, Oslo, Telemark, Vestfold og Østfold. Per mars 2026 omfatter dette 146 kommuner. Endringer i fylkes- og kommunestruktur endrer ikke automatisk organiseringen av sykehus og opptaksområder, men kan kreve nye avklaringer, blant annet for prehospitale tjenester.

Helse Sør-Øst RHF eier elleve helseforetak:

- Akershus universitetssykehus HF
- Oslo universitetssykehus HF
- Sunnaas sykehus HF
- Sykehusapotekene HF
- Sykehuset i Vestfold HF
- Sykehuset Innlandet HF
- Sykehuset Telemark HF
- Sykehuset Østfold HF
- Sykehuspartner HF
- Sørlandet sykehus HF
- Vestre Viken HF

Helseforetakene driver virksomhet mange steder i regionen, inkludert somatiske og psykiatriske sykehus, distriktspsykiatriske sentre, poliklinikker og desentraliserte tilbud i tett samarbeid med kommunene. Helseforetakene er nærmere beskrevet her: Våre helseforetak

Sammen forvalter foretaksgruppen en av landets største eiendomsporteføljer, med om lag 2,9 millioner kvadratmeter bruttoareal.

Oslo universitetssykehus HF ivaretar flere nasjonale, flerregionale og regionale oppgaver. Sunnaas sykehus HF er eget helseforetak for spesialisert rehabilitering. Rehabilitering og habilitering tilbys også i øvrige helseforetak, ved private ideelle sykehus og gjennom avtaler med private institusjoner.

Nøkkeltall om Helse Sør-Øst 2025

Norges største arbeidsplass	87 000 medarbeidere, 69 000 årsverk
Kjøp av helsetjenester fra private leverandører av helsetjenester	5 400 millioner kroner
Ressursbruk til forskning og innovasjon	4 500 millioner kroner, og mer enn 2 700 årsverk
Innleggelser	520 000
Polikliniske konsultasjoner	5,5 millioner
Telefon og videokonsultasjoner	722 000
Konsultasjoner hos avtalespesialist	2,3 millioner
Driftsinntekter	129 milliarder kroner

Private aktører er et viktig supplement til helseforetakenes tilbud og bidrar til å oppfylle Helse Sør-Øst RHFs sørge-for-ansvar.

Helse Sør-Øst RHF har et tett og forpliktende samarbeid med fire private ideelle sykehus:

- Betanien Hospital
- Diakonhjemmet sykehus
- Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Revmatismesykehuset

I tillegg kommer avtaler med andre private ideelle og kommersielle aktører, særlig innen rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helse Sør-Øst RHF har også driftsavtaler med avtalespesialister innen flere fagområder, som står for nesten 30 prosent av regionens samlede polikliniske aktivitet. Avtalespesialister er selvstendig næringsdrivende lege- og psykologspesialister som arbeider innenfor offentlig finansiering.

2 Trender og utviklingstrekk

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 og helseforetakenes utviklingsplaner peker på flere utviklingstrekk som vil påvirke helsetjenesten i årene framover. Noen trender er langsiktige og relativt stabile. Andre er mer usikre. Samlet gir de et bilde av hvilke utfordringer og muligheter spesialisthelsetjenesten må møte.

Trendene er for det meste de samme som i tidligere utviklingsplaner. De fordeler seg innenfor tre områder: befolkning og samfunn, pasienter og pårørende og helsetjenesten. Samtidig er enkelte forhold blitt mer fremtredende:

- Behovet for økt beredskap, geopolitisk usikkerhet og risiko for krig på norsk jord.
- Forsterket behov for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Behovet for bedre sammenheng mellom arbeidsmiljø, kompetanseutvikling og evnen til å beholde og rekruttere fagfolk.
- Fremveksten av en mer kommersiell og teknologidrevet helsetjeneste.
- Økt praktisk bruk av kunstig intelligens.

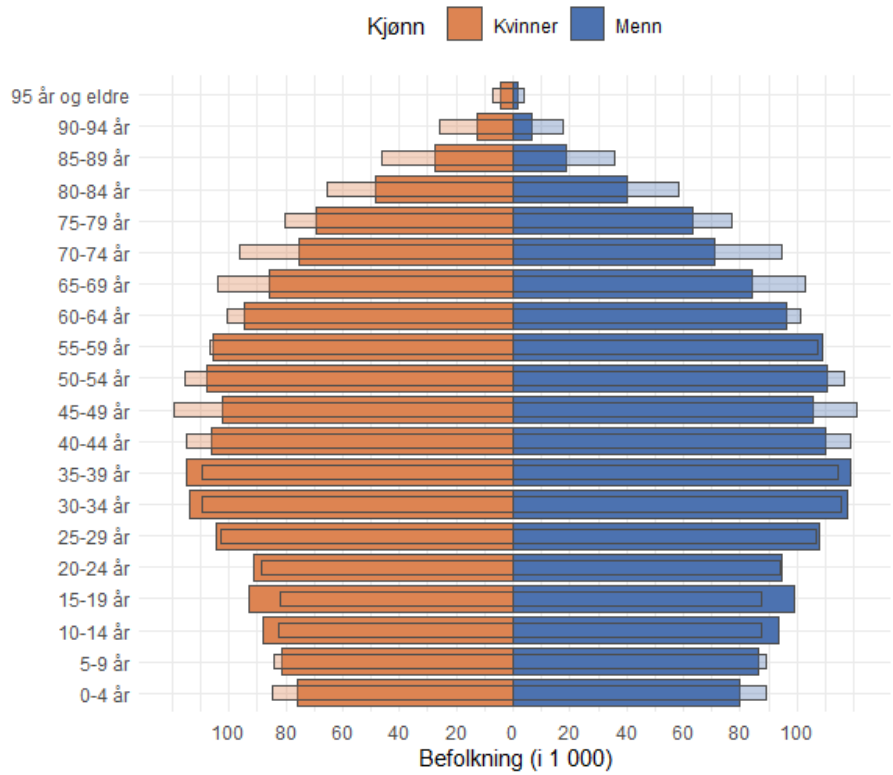
Planlegging av framtidige helsetjenester bygger på analyse av trender og på framskrivinger av befolkningens behov.

2.1 Befolkningen og samfunnet

Vi blir flere eldre og færre yngre

Balansen i befolkningen er i endring. Vi blir flere eldre og færre ungdom og unge voksne. Det betyr flere pasienter med kroniske og sammensatte sykdomsbilder og økt behov for helse- og omsorgstjenester over tid. Samtidig kan medisinske framskritt og bedre folkehelse gjøre det lettere å leve med sykdom.

Framskrevet befolkning for Helse Sør-Øst, 2026 (solid), 2040 (gjennomsiktig farge)



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Denne utviklingen er også viktig for demens. Dersom aldersspesifikk forekomst holder seg stabil, vil økt levealder kunne bidra til at antall personer med demens mer enn dobles fra 2020 til 2050.

Samtidig blir det færre yngre i befolkningen. For å holde folketallet stabilt må det fødes 2,1 barn per kvinne. I 2024 var tallet 1,44 mens det i 2025 var steget til 1,48. Det betyr at det fødes litt flere barn, men betyr fortsatt færre yrkesaktive per trygdemottaker og en mindre rekrutteringsbase for helsetjenesten.

De unge flytter mot sentrum, og de eldre blir

Flyttemønsteret i Norge er sentraliserende. Selv om Statistisk sentralbyrå anslår en generell befolkningsvekst for landet som helhet, er veksten utenfor de aller største byene lavere enn gjennomsnittet, og folketallet vil synke i de fleste av landets 356 kommuner. Oslo fortsetter å vokse, mens veksten er enda større i nærområdene rundt.

Befolkningsframskriving 2026 til 2040 etter opptaksområder for sykehusene i Helse Sør-Øst .

Opptaksområde	2026	Befolkning 2040	Endring i %	Andel 80 år og eldre	
				2026	2040
Akershus universitetssykehus	584 823	583 204	-0,3 %	4,5 %	6,6 %
Diakonhjemmet sykehus	149 314	161 567	8,2 %	5,4 %	8,1 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	173 681	228 670	31,7 %	1,7 %	3,5 %
Oslo universitetssykehus	343 439	403 987	17,6 %	3,6 %	5,7 %
Sykehuset i Vestfold	260 197	277 898	6,8 %	5,6 %	8,8 %
Sykehuset Innlandet	347 971	358 860	3,1 %	6,4 %	9,5 %
Sykehuset Telemark	179 228	184 198	2,8 %	6,0 %	9,4 %
Sykehuset Østfold	337 337	365 490	8,3 %	5,4 %	8,2 %
Sørlandet sykehus	325 634	348 138	6,9 %	5,0 %	7,8 %
Vestre Viken	514 050	552 935	7,6 %	5,3 %	7,9 %
Helse Sør-Øst	3 215 674	3 464 947	7,8 %	5,0 %	7,5 %

Til figur: Endringene påvirkes av at Akershus universitetssykehus HF overfører bydeler tilbake til Oslo universitetssykehus HF og at Lovisenberg Diakonale Sykehus overtar Sagene bydel.

Unge mennesker bidrar til en sentralisering, ikke bare til de store byene, men også sentralisering rundt tettstedene i distriktene. Fram til 2040 vil antallet personer over 80 år i distriktene nesten doble seg. De unge flytter mer enn de eldre, og kvinner flytter mer enn menn. Dette skaper et «forsørgergap» i distriktene.

Forventningene til helsetjenesten vil fortsette å stige

Ny diagnostikk, nye og ofte kostbare behandlingsformer og et mer globalt helsemarked vil bidra til økte forventninger i befolkningen. Et tilgjengelig og brukervennlig helsetilbud er viktig for å opprettholde tilliten til en offentlig finansiert helsetjeneste. God kontroll på ventetider vil derfor fortsatt være avgjørende for tilliten til helsetjenesten.

Samfunnet har færre arbeidsplasser for folk uten høyere utdanning

Det blir færre arbeidsplasser som ikke krever høyere utdanning. Det er tenkelig at denne utviklingen kan snu eller dempes ettersom kunstig intelligens tar bort analytiske og administrative oppgaver i motsetning til praktiske og manuelle gjøremål. Ny oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten åpner for flere lærlinger og fagarbeidere. Nye utdanningsløp rettet mot sykehusarbeid kan utvikles i samarbeid med kommuner og fylker.

Helse- og omsorgstjenesten har stort potensial for å gi arbeid til de som står utenfor arbeidslivet

Om lag 700 000 mennesker står nå utenfor arbeidslivet. Mange av dem kan bidra i oppgaver som ikke krever lang helsefaglig utdanning, for eksempel som pleieassistent, servicemedarbeider eller innen logistikk. Det kan avlaste helsepersonell og gi mer tid til oppgaver som krever spesialisert kompetanse. Samtidig kan det øke rekrutteringen videre til for eksempel helsefagutdanningen. Potensialet og nytten er stor både for individ, samfunn og helsetjenesten.

Framtidens arbeidstakere er digitale innfødte

Arbeidslivet er i endring. Helsetjenesten møter en ny generasjon arbeidstakere som er vokst opp i et digitalt, brukertilpasset og raskt informasjonssamfunn. Dette påvirker forventninger til teknologi, læring, ledelse og arbeidsformer. Offentlig helsetjeneste har litt å ta igjen på dette området.

Klimaendringer har betydning også for helse

Norges befolkning har generelt god helse, men klimaendringer vil over tid påvirke både folkehelsen og kapasiteten i helsetjenestene. Mer nedbør, hyppigere ekstremvær, hetebølger og tørke vil få betydning for beredskap, sykdomsbyrde og arbeidsbelastning.

Klimaendringer påvirker både fysisk og psykisk helse, og kan bidra til økt forekomst av kroniske og smittsomme sykdommer, allergier og skader. Det stiller krav til overvåkning, forebygging og tilpasning. Spesialisthelsetjenesten må derfor arbeide målrettet for å nå klima- og bærekraftsmål. Det betyr å legge til rette for en langsiktig omstilling til lavutslippssykehus. Samtidig må vi tilpasse eksisterende bygg og infrastruktur til de klimaendringene vi allerede ser.

Tillit er viktig for et velfungerende samfunn

Norge er et samfunn med høy tillit, både mellom mennesker og mellom innbyggere og myndigheter. Tillit gjør endringer mer gjennomførbare og var avgjørende også under pandemien. Samtidig utfordres tilliten av økt polarisering, sosiale medier og feilinformasjon.

Fallende vaksinasjonsgrad som følge av vaksineskepsis øker risikoen for sykdom, både for den enkelte og for samfunnet. Sykdommer som har vært utryddet, begynner å komme tilbake. Vaksineskepsis har effekt for individet, men også på samfunnsnivå.

Sosiale medier tilbyr en overflod av ikke-kvalitetssikret helseinformasjon og villet eller ikke-villet desinformasjon. Kunstig intelligens bidrar til spredning og forsterking av ikke-dokumenterbar viten om helse, og dette er en økende utfordring også for de akademiske miljøene. Det har blitt langt vanskeligere å skille pålitelig helseinformasjon fra desinformasjon.

Det digitale trusselbildet er skjerpet

Økende geopolitisk uro øker faren for hybrid krigføring og cyberangrep. Digitale angrep mot helsetjenesten pågår kontinuerlig og et vellykket angrep kan potensielt gi store konsekvenser som bortfall av digitale løsninger og at helseopplysninger kommer på avveie. Det skjerpede digitale trusselbildet gjør cybersikkerhet til en grunnleggende forutsetning for helsetjenesten.

Verden endrer seg fort

Produksjon av varer og tjenester er blitt mer spesialisert og globalt fordelt. Det gjør forsyningskjedene mer sårbare. Pandemien viste hvor store konsekvenser bortfall av arbeidskraft, produkter og legemidler kan få. Koronakommisjonen viste også behovet for bedre krisehåndtering i et mangfoldig samfunn. Beredskapsplanverket må derfor i større grad omfatte minoritetsspråklige og andre sårbare grupper.

Krig er ikke lenger noe som bare foregår andre steder, og spillereglene endres

Russlands angrep på Ukraina har pågått siden 2022. Tapene og lidelsene i Ukraina er enorme. Over 100 000 ukrainere er bosatt i Norge. Denne konflikten og USAs endrede rolle gjør at vi må tenke annerledes rundt geopolitisk sikkerhet og samarbeid. Styrking av forsvaret betyr færre midler til andre formål.

Situasjonen i Midtøsten har siden oktober 2023 vært preget av brutal og vedvarende krigføring. Felles for de to konfliktene er at sykehus, helsepersonell og sivilbefolkning har blitt behandlet som militære mål i strid med folkeretten. Det betyr at vi må tenke beredskap annerledes og planlegge annerledes. Beredskap må styrkes innad i hele helsetjenesten, men også som en del av samfunnets totalforsvar.

Krig er det mest ekstreme scenariet. Kriser og konflikter kan også ha stor innvirkning på helsetjenesten, for eksempel ved bortfall av strøm, vann, elektronisk kommunikasjon og sammensatte hendelser. Derfor er beredskap nytt satsingsområde.

2.2 Pasienter og pårørende

Pasientene ønsker og vil få mulighet til å medvirke mer

Kombinasjonen av pasienters ønske om å delta aktivt i egen behandling og nye teknologiske muligheter gir stort potensial for nye løsninger. Noen oppgaver kan flyttes nærmere pasienten, mens andre kan løses bedre og mer effektivt i helsetjenesten. Dette forutsetter tilstrekkelig helsekompetanse hos både pasienter og pårørende. Dette er nærmere omtalt i kapittel tre.

Utviklingen innen sensorteknologi, stordata og oppkoblet teknologi gjør det mulig for pasienter å følge egen helse tettere og hente støtte fra flere typer helsetjenester og kunnskapsmiljøer.

Pårørende og frivillige yter allerede en viktig innsats. Mange pasientorganisasjoner bidrar med likepersonarbeid, mentorordninger og ledsagertjenester. Denne innsatsen er avgjørende for kapasiteten i helsetjenesten.

Det er behov for bedre koordinering og tilrettelegging, for eksempel gjennom økt bruk av frivillighetskoordinatorer og tydeligere samarbeid mellom tjenestene og frivillig sektor.

2.3 Helsetjenesten

Norge har svært gode helsetjenester

Norsk spesialist- og primærhelsetjeneste er alltid blant de beste i internasjonale sammenligninger. Samtidig har vi forbedringsområder, særlig knyttet til pasientforløp for personer med kroniske lidelser, forebygging, pasientmedvirkning og likeverdig tilgang til tjenester.

Utviklingen innen diagnostikk og behandling går raskt. Derfor må vi planlegge sykehus og tjenester med fleksibilitet for endringer vi ennå ikke kjenner fullt ut.

Likeverdige helsetjenester er en utfordring

Geografi og bosetningsmønster gjør det krevende å gi likeverdige tjenester i hele landet, men også alder, sosial bakgrunn, språk og helsekompetanse påvirker om mennesker får et tilbud med like god kvalitet og effekt. Likeverdige tjenester krever løsninger som er tilpasset ulike behov. Det innebærer å fjerne barrierer og unngå at tjenestene forutsetter én bestemt måte å forstå, kommunisere eller mestre helse på. Utviklingen i befolkningens sammensetning påvirker også mulighetene for oppgavedeling, rekruttering og bærekraft. I distriktene blir utfordringen særlig tydelig. Høyere andel eldre, lavere andel yrkesaktive og store avstander stiller krav til regionalt samarbeid, gjensidig veiledning og aktiv bruk av helsefellesskapene.

Sosial ulikhet i helse

Norge er et av de landene i verden hvor det er minst forskjell på fattig og rik, men forskjellene har økt de siste ti årene, også når det gjelder helse. Andelen som oppgir god helse, øker med utdanning og inntektsnivå. Ulikheten kommer blant annet til uttrykk i forventet levealder.

Sosiale ulikheter i helse er en etisk, velferdsmessig og økonomisk utfordring. Helsetjenesten kan bidra ved å styrke helsekompetansen, samarbeide bedre om dem som trenger det mest og redusere uønsket variasjon i kvalitet og tilgang. Likeverdighet handler ikke bare om tilgang, men også om likeverdig mulighet til å ta i bruk helsetjenester.

Verdens helseorganisasjon anerkjenner helsekompetanse som en kritisk faktor for helse og har det som en av tre hovedinnsatser frem til 2030.

Vi må samtidig sikre at ny teknologi og nye arbeidsformer ikke forsterker sosial ulikhet eller digitalt utenforskap.

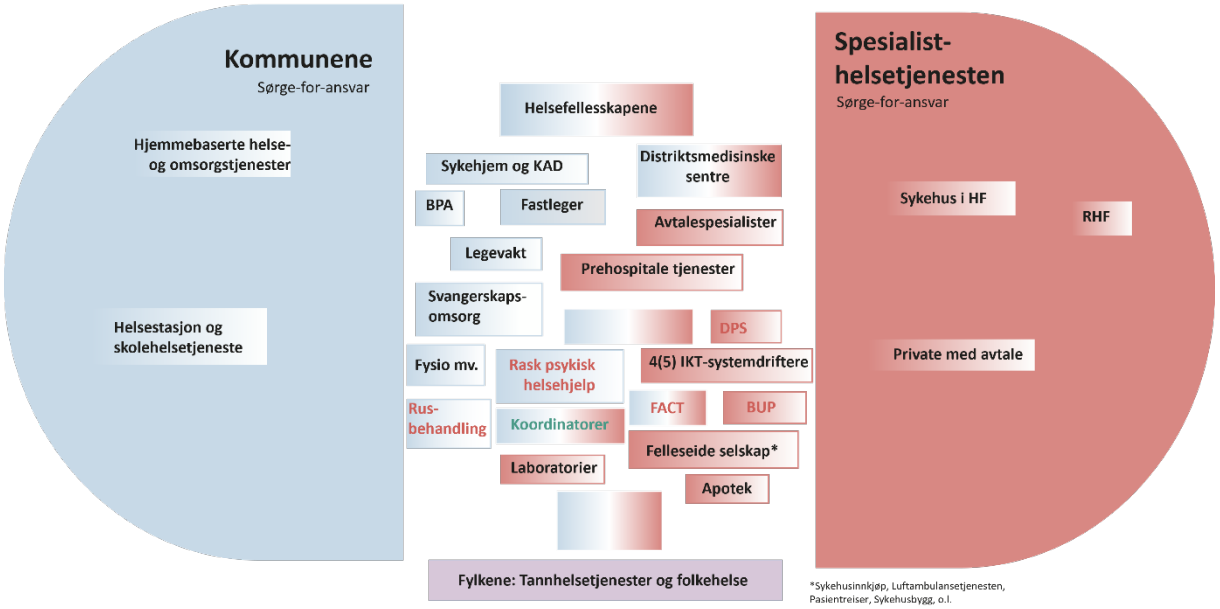
Forventet levealder for 65-åringer i perioden 2018-2024 over fylker og bydeler i Helse Sør-Øst

Fylke/bydel	Kvinner	Menn
Norge	86,8	84,7
Agder	86,7	84,6
Akershus	87,1	85,0
Buskerud	86,8	84,6
Innlandet	86,3	84,3
Telemark	86,6	84,3
Vestfold	86,9	84,8
Østfold	86,3	84,2
Oslo (fylke)	86,9	84,6
Alna	86,4	83,7
Bjerke	87,1	83,8
Frogner	87,8	84,9
Gamle Oslo	85,6	83,1
Grorud	84,6	81,9
Grünerløkka	85,2	82,8
Nordre Aker	88,6	85,7
Nordstrand	88,3	85,7
Sagene	84,6	82,0
St. Hanshaugen	86,1	84,2
Stovner	86,0	83,3
Søndre Nordstrand	87,0	83,8
Ullern	87,7	86,0
Vestre Aker	89,4	86,6
Østensjø	87,4	84,7

Kilde: Folkehelseinstituttet for fylker. Oslo kommune for bydeler (Oslo kommune estimerer forventet levealder basert på 2018-2022)

Vår felles helsetjeneste utvikler seg mot en sammenhengende integrert helsetjeneste

Samhandlingen mellom de ulike aktørene og nivåene i helsetjenesten er en velkjent utfordring. Samhandlingsreformen av 2012 hjalp noe, men mange av problemene er der fortsatt. En ny reform er på vei (jf. mandat for Helsereformutvalget). Den vil beskrive ulike modeller for tettere integrering – enten strukturelt, organisatorisk eller kanskje som en felles digital overbygging kombinert med tiltak for bedre samarbeid. Oppfølgingen av regional utviklingsplan vil legge de endringer som måtte komme til grunn. Endring vil ta tid, og satsingsområdene og tiltakene i denne planen vil være relevante uansett organisering.



Helsereformutvalgets beskrivelse av dagens organisering

Mange andre samfunnsområder har utviklet seg ved å lage en digital førstelinje samtidig som man har brukt data til å skreddersy tilbudet. Bank, forsikring, Skatteetaten, NAV – alle møter deg med en digital inngang og spørsmålet «Hva kan vi hjelpe deg med?». Skattemeldingen er et godt eksempel der en virksomhet bruker alle tilgjengelige data for å tilrettelegge for brukeren. Innbyggerne vi i stigende grad forvente en lignende utvikling innen helse.

Samtidig er det en vesentlig forskjell mellom helsetjenesten og bransjene som nevnes ovenfor. I helse behandler vi fysiske pasienter, mens i de øvrige bransjene er en større del av kjernetjenesten digital. Det gjør det vanskeligere for helse, men ikke umulig.

Ny teknologi åpner for nye arbeidsmåter og utvikling av tjenester og produkter

Digitalisering er en av de sterkeste driverne for utvikling i samfunn og næringsliv, og vil også endre helsetjenesten. Rimelig forbrukerteknologi gir allerede enkel tilgang til private helsetjenester. Kunstig intelligens kan bidra til beslutningsstøtte, automatisering av oppgaver og mer effektive arbeidsprosesser.

Ny teknologi vil påvirke både organisering, drift og rollefordeling mellom medarbeidere og ledere. Det vil også gi nye muligheter når det gjelder samarbeid og fordeling av oppgaver mellom de ulike aktørene helsetjenesten slik at pasientenes opplevelse blir én felles integrert helsetjeneste. Et annet utviklingstrekk er rask utvikling av de prehospitale tjenestene. Flere oppgaver som tidligere ble løst i sykehus, håndteres nå i ambulansetjenesten, understøttet av bedre tilgang til data, nye diagnostiske hjelpemidler og mobile løsninger.

Teknologigigantene vil skape et internasjonalt og kanskje nasjonalt helsetilbud

Store teknologiselskaper kan på sikt påvirke helsetjenesten også i Norden. I USA kombinerer Amazon logistikk, skytjenester, kunstig intelligens og helsetjenester og kan dermed tilby innbyggerne rask og enkel tilgang til lege, forebygging og digital oppfølging.

Eksempelet viser hvordan teknologi, brukeropplevelse og tilgang til data kan bli et konkurransefortrinn også i helse. Det offentlige helsevesenet må bruke sitt handlingsrom godt dersom vi skal møte denne utviklingen og samtidig ivareta fellesskapets interesser.

Utviklingen ligner endringene vi har sett i andre sektorer. Banktjenester gikk fra fysisk oppmøte og manuelle prosesser til digitale, raske og selvbetjente løsninger. Befolkningen vil over tid forvente en tilsvarende forenkling også i helsetjenesten.

Husker du at en bank var en bygning?

Og hvordan vi betalte regninger? Den kom hjem i posten. Så tok du den med deg og reiste til banken. Hen som satt bak skranken la inn tallene i datamaskinen og stemplet den. Du fikk kvitteringen tilbake og kunne reise hjem. Slik var det frem til 1991.

Har du prøvd å forklare barna dine hvorfor det var en god løsning?

Dette sier administrerende direktør Andy Jassy i Amazon om fremtidens helsetjeneste:

«Hvis du spoler 10 år frem vil ingen tro hvordan (primær)helsetjenesten var organisert. I mange tiår var det slik at du ringte legen din og gjorde en avtale, ofte med 3-4 ukers ventetid, så kjørte du til legen, parkerte bilen, skrev deg inn og ventet i resepsjonen, før du ventet enda lengere på venteværelset, deretter var du hos legen 5-10 minutter, som ga deg en resept som du så kjørte til apoteket for å hente. Om du da ikke måtte til en spesialist først. Da ble hele prosessen gjentatt og tok vanligvis enda lengre tid.

Vi mener vi kan gjøre helsetjenesteopplevelsen lettere, raskere og mer praktisk for alle».

Amazon's Healthcare Revolution: Transforming Patient Care | Medwave

Sentralisere, desentralisere eller pasientsentrere

Organiseringen av helsetjenester har lenge vært preget av sentralisering, begrunnet med kvalitet. Den utviklingen vil forsterkes ettersom befolkningsgrunnlaget rundt små sykehus reduseres. Samtidig åpner ny teknologi for å tenke mer pasientsentrert og desentralisert.

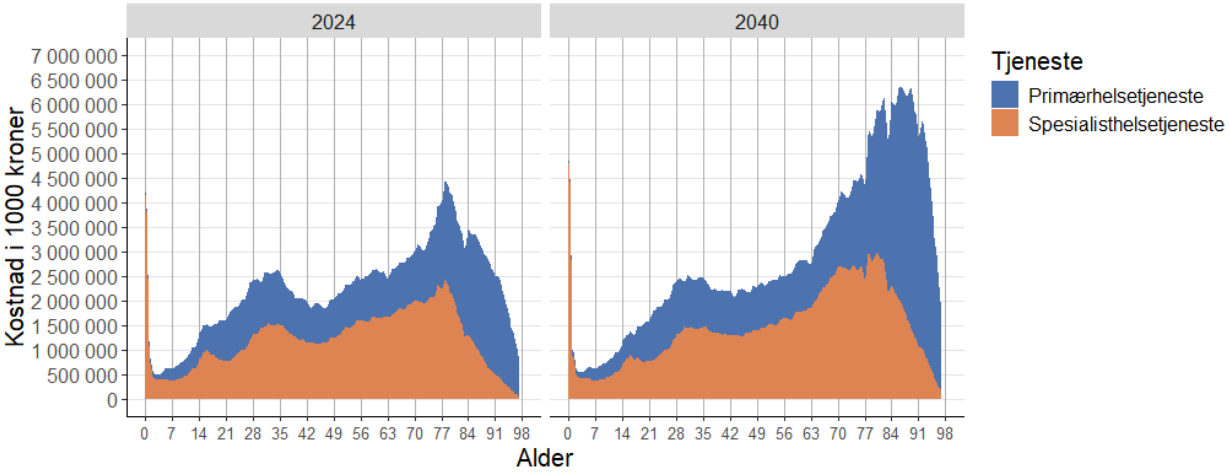
Bedre kommunikasjonsteknologi gjør det enklere å samle kompetanse rundt pasienten i stedet for å flytte pasienten mellom tjenester. Ambulerende team og hjemmebasert oppfølging gir også nye muligheter.

Målet må være å flytte behandling og oppfølging så nær pasienten som mulig, uten å svekke kvaliteten. Det må også kontinuerlig vurderes hvilke oppgaver som kan desentraliseres fra regionsykehus til andre helseforetak i regionen.

Helsetjenesten i kommunene er under økende press

Figuren under viser med all tydelighet at utfordringene knyttet til en aldrende befolkning vil treffe kommunehelsetjenesten i størst grad. Spesialisthelsetjenesten må derfor i mindre grad planlegge for hvordan de skal overføre oppgaver til primærhelsetjenesten, og i større grad spørre hvordan sykehusene kan understøtte og avlaste helsetjenesten i kommunene.

Fordeling av kostnader relatert til aktivitet over alder i spesialist- og primærhelsetjeneste i Helse Sør-Øst 2024 og framskrevet til 2040 i 2024-kroner basert på befolkningsutvikling.



Kilde: Helse Sør-Øst RHF

En stabil fastlegeordning er avgjørende også for spesialisthelsetjenesten – det går riktig vei

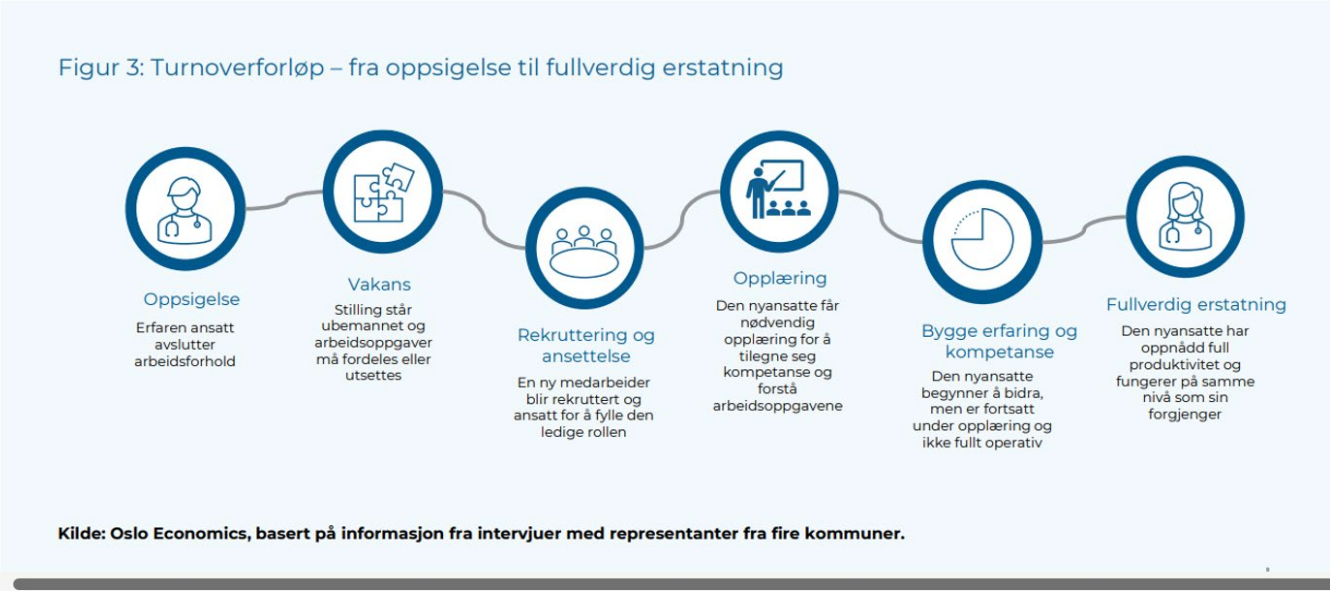
Fastlegeordningen er en viktig del av grunnmuren i norsk helsetjeneste. Selv om det fortsatt er utfordringer, har mye endret seg de siste årene. Antall personer som ikke har fastlege, er redusert fra 230 000 til 136 000 de tre siste årene. Stadig flere fastleger velger kommunal ansettelse i stedet for å være selvstendig næringsdrivende. Antallet pasienter som den enkelte fastlege har ansvaret for, er på vei ned og er i gjennomsnitt under 1 000 i 2024. Det betyr lavere arbeidsbelastning og er trolig med på å gjøre yrket mer attraktivt.

Det er uklart i hvilken grad dette påvirker turnover på sykehus. Foreløpig viser ikke tallene noen økning, men utviklingen vil følges nøye.

Vi må forstå kostnadene bedre når noen slutter og skal erstattes

Turnover har både økonomiske og ikke økonomiske konsekvenser. Oslo Economics har beregnet gjennomsnittlig turnoverkostnad for en sykepleier i kommunen til om lag 120 000 kroner. Det er liten grunn til å tro at kostnaden er lavere på sykehus.

I tillegg kommer virkninger på arbeidsmiljø, kvalitet og drift. Kostnadene ved turnover må derfor inngå tydeligere i vurderingen av tiltak for å utvikle og beholde medarbeidere. Det bør øke vår vilje til å investere i våre medarbeidere.



Sykehuset som arbeidsplass må ha tid og rom for menneskene
Vi rekrutterer fortsatt godt til helse- og omsorgstjenesten. Mange ønsker seg et yrkesliv hvor de kan yte omsorg. Det betyr å bruke seg selv og den man er i jobben. En forutsetning for det siste er tid til å yte omsorg. Ikke bare for pasienter, men også for kollegaer.

Gjennom mange år har vi effektivisert og rasjonalisert både fysiske rom og bruk av tid. Det etterlater av og til for lite av begge til å drive omsorg.

I forrige utviklingsplan skrev vi at vi må gå fra arealeffektive til personaleffektive sykehus. Vi må følge den veien videre til at det også blir mer tid og rom for omsorg.

Helsetjenesten har lang erfaring med å registrere feil og rapportere avvik. Det gir grunnlag for læring, men det kan være like mye å lære av hva som går godt.

#Råbra – et enkelt system for å få tak i den gode jobben

I #Råbra melder vi positive "avvik". Vi melder inn det som går bra – og hendelsene dokumenteres, analyseres og systematiseres for læring og kvalitetsforbedring.

Det er et supplement til det tradisjonelle avvikssystemet: Der lærer vi av feil, her lærer vi av det som lykkes.

Hva vi har oppnådd
- Etablert nettside med ressursmateriell
- Utviklet digitalt opplæringsmateriell og refleksjonskort
- Etablert forskningssamarbeid
- Utarbeidet kriterier for #Råbrasykehus etter modell av Kloke valg sykehus

Alle må tenke forebygging
Morgendagens kapasitetsutfordringer kan ikke løses innenfor sykehusenes vegger alene. Spesialisthelsetjenesten må ta en mer aktiv rolle i forebygging, både der sykdom allerede har oppstått, og ved å bruke kunnskap og kompetanse i det primærforebyggende arbeidet.

Kapasitets- og bemanningsutfordringene må møtes sammen og ikke hver for seg
Med uendrede arbeidsformer vil bemanningsbehovet fortsette å øke betydelig både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgssektor. En slik bemanningsvekst er hverken realistisk eller bærekraftig. Dersom vi ikke samarbeider, vil vi i økende grad konkurrere om de samme ressursene. Vi bør finne løsninger som både kan virke på tvers av nivåene, og som er attraktive for medarbeidere både i kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Stor andel av akuttinnleggelser går direkte til sykehusene
I kirurgiske avdelinger er en betydelig andel innleggelser planlagte. Nesten alle innleggelser i medisinske avdelinger skjer som øyeblikkelig hjelp. Samtidig avklares mange akutte henvisninger i akuttmottak uten behov for videre sykehusinnleggelse.

På landsbasis skjer om lag 25 prosent av akuttinnleggelsene via fastlege, 31 prosent via legevakt og 43 prosent direkte via ambulansetjenesten. Ved sykehus i de mest sentrale områdene

kommer opptil 61 prosent av de akutte innleggelsene direkte fra ambulanse. Dette må vi forstå bedre.

Tilstrekkelig antall ansatte med riktig kompetanse er den største utfordringen framover

Pandemien synliggjorde sårbarheten i spesialiserte fagmiljøer. Samtidig viste den potensialet for raskere oppgavedeling og mer bruk av teknologi. Det er fortsatt et stort potensial for å avlaste kritisk kompetanse ved økt bruk av støttepersonell og smartere organisering.

Framtidens utfordring handler derfor ikke bare om antall ansatte, men om å bruke kompetansen bedre og organisere arbeidet mer hensiktsmessig.

Kan det hende at vi har nok leger og sykepleiere, men bare bruker tiden deres dårlig?

I OECD landene er det i gjennomsnitt 3.9 leger per 1000 innbyggere. I Norge er tallet 5.0 leger per 1000 innbyggere. For sykepleiere er det i OECD-landene 9 sykepleiere per 1000 innbyggere, mens det i Norge er 16 sykepleiere per 1000 innbyggere.

Vi vet ikke med sikkerhet hvorfor. Det kan være ulike måter å måle, men mest sannsynlig er forskjell i bruk av hjelpepersonell. Vi vet også at norsk helsepersonell både opplever systemene, rapporteringen og samarbeid som tungvinte.

Riksrevisjonens tall viser at fra 2015 til 2024 ble det 29 prosent flere leger på sykehus og 33 prosent flere i kommunene. For sykepleiere er tallene henholdsvis 15 prosent og 24 prosent. Det kan også tyde på at det er et større problem hvordan vi ber dem bruke tiden sin enn det absolutte antallet.

Tid til ledelse og plass for tjenesteutvikling

De som arbeider med omlegging av arbeidsformer og ibruktagelse av ny teknologi i sykehus, er enige om hva som er den største utfordringen i deres arbeid: tid hos mellomledere og klinikere. Utvikling av helsetjenesten er ikke en lovpålagt oppgave. Og trenger kanskje ikke være det, men vi trenger å øke interesse, etterspørsel og mulighet.

Potensialet for å utvikle og forenkle tjenesten vår er svært stort. Det krever at vi sørger for at helsepersonell har rom i sin hverdag til å finne nye løsninger.

Har spesialiseringen gått for langt – hvor blir det av generalistene?

Medisinsk utvikling er tett koblet til spesialisering. I dag er det 46 medisinske spesialiteter. Ny utdanningsordning fra 2017 bidrar til mer spesialisering. En bivirkning av dette er at det kreves flere ulike spesialister for å ivareta en pasient med flere lidelser.

Samtidig får vi flere eldre med sammensatte lidelser. Det fører til økende og ikke avtagende behov for både leger og sykepleiere med generell kompetanse. Det gjelder for de store sykehusene som har stor grad av subspesialisering. Det er enda tydeligere i de små sykehusene der mindre befolkningsgrunnlag gjør det faglig vanskelig å opprettholde mange spesialiteter. Det fører jevnlig til diskusjoner om sentralisering av behandlingstilbud.

Samtidig er det oftest slik at både befolkningen og politikerne ønsker at lokalt tilbud opprettholdes. Det krever at vi styrker utdanning som gir generalistkompetanse, men også at vi verdsetter den.

Ny teknologi og nye arbeidsformer krever ny kompetanse og tilpasningsdyktige utdanninger

Teknologisk utvikling og nye arbeidsformer vil påvirke behovet for kompetanse i hele helsetjenesten. I tillegg til teknologisk forståelse blir helsekompetanse, samvalg, samhandling, koordinering, logistikk, endringsledelse og organisering viktigere.

Tverrfaglige team på tvers av nivåer vil bli mer nødvendige. Det stiller krav til utdanningene, til tverrprofesjonell læring og til kontinuerlig kompetanseutvikling i tjenesten.

Økonomiske rammer stiller større krav til nytenking
De økonomiske rammene for spesialisthelsetjenesten er en sentral premiss for tjenesteutvikling. Perspektivmeldingen 2024 viser at endringer i befolkningens sammensetning vil gi svakere vekst i skatteinntektene samtidig som utgiftene øker.

Det gjør det mer krevende å finansiere spesialisthelsetjenesten utover det demografiske behovet. Utfordringen må møtes med mer effektive behandlingsformer, nye arbeidsmåter og større evne til omstilling.

Privat og forsikringsbasert helsetjeneste vokser sterkt
Behandlingsforsikring skal sikre raskere utredning og behandling. Ved utgangen av 2024 hadde 840 000 nordmenn slik forsikring. Ni av ti er tegnet av arbeidsgiver. Forsikringen gir raskere tilgang til fysioterapi, psykolog, digital lege med mere. Alvorlig sykdom utredes i all hovedsak av offentlig helsetjeneste. Forventning om hurtig tilgang vil gjøre arbeidet med å redusere ventetider i det offentlige enda viktigere.

På sikt utfordrer dette prinsippet om en felles og solidarisk finansiert helsetjeneste.

2.4 Framskrivinger

Framskriving av aktivitet er en grunnleggende forutsetning for planarbeidet. Framskrivings-modellen baserer seg på befolkningsdata fra Statistisk sentralbyrå og aktivitetsdata fra Norsk pasientregister. Dette tas inn i en faglig prosess der regionens fagfolk gjør en vurdering av forventet medisinsk utvikling. Denne legges til grunn for justering av de rene befolknings- og aktivitetsdata.

Det er den demografiske utviklingen som har størst innvirkning på fremtidig kapasitetsbehov. Den sier som kjent at vi blir flere eldre og færre yngre. Innenfor somatiske fag er det den eldre pasienten som dominerer. Når vi ser frem mot 2040, avtar økningen i antall eldre mot slutten av perioden. Forbruket av helsetjenester innenfor psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er høyest før 30 års alder. Færre unge demper dermed dette behovet i noen grad.

Det betyr at i denne oppdateringen forentes noe lavere vekst enn i tidligere. Dette er beskrevet i detalj i del 2 av utviklingsplanen.

3 Mål og satsingsområder

Regional utviklingsplan 2027-2040 setter fem hovedmål for utviklingen av spesialisthelsetjenesten:

- Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- Bærekraftige helsetjenester for samfunnet
- Styrket helseberedskap for krise og krig

Når vi ser trender og utviklingstrekk i sammenheng, blir flere forhold tydelige. Helsetjenesten står overfor en utfordring med å sørge for riktig og tilstrekkelig kompetanse. Samtidig har vi ennå ikke fått til en god nok arbeidsdeling mellom nivåer og fagområder. Teknologi og økt bruk

av helsedata gir muligheter for mer effektiv sykehusdrift, bedre brukeropplevelser og høyere kvalitet i pasientbehandlingen, og den teknologiske utviklingen gjør det mulig å flytte mer behandling ut av sykehusene. Mange pasienter ønsker mer innsyn og medvirkning i egen behandling. Parallelt må vi ivareta beredskap og sikkerhet i alt vi gjør.

Vi har samlet fellestrekkene i seks satsingsområder. Satsingsområdene skal peke framover og beskrive hva som bør ligge til grunn for samlet utvikling av helsetjenesten. De skal kunne brukes på tvers av fagfelt.

Satsingsområdene er:

- Styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse og involvering
- Samarbeid om de som trenger det mest
- Ta tiden tilbake - bedre bruk av tid for ansatte og pasienter
- Ta kunstig intelligens i praktisk bruk
- Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av tjenester
- Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste
- Inkludere beredskapstenkning i alle fagområder

Planen gir kort status for hvert av satsingsområde, hva som er nytt siden forrige revisjon, hva vi vil gjøre og hvilke effekter vi forventer for pasienter, ansatte og helsetjenesten. De konkrete målene og aktivitetene for årene framover fastsettes gjennom regionale delstrategier og fagplaner.

Ledelse som forutsetning

Utviklingen av framtidens helsetjeneste vil kreve betydelig omstillingsevne og gjennomføringskraft i hele foretaksgruppen. Økt kompleksitet, nye arbeidsformer, teknologisk utvikling og skjerpede beredskapskrav stiller større krav til hvordan ledergrupper prioriterer og følger opp. Det samme gjelder for økte krav til samarbeid og samhandling.

Evnen til å lede endring og mobilisere organisasjonen vil være en avgjørende forutsetning for å lykkes. Det forutsetter tydelig og samordnet ledelse i hele foretaksgruppen. Ledere må har tid til å både lede og utvikle tjenestene. Da må nødvendig tid frigjøres ved å redusere administrasjon og rapportering.

Helse Sør-Øst RHF har igangsatt en regional satsing på utvikling av ledergruppene i helseforetakene. Satsingen skal bidra til felles forståelse, bedre samhandling og økt gjennomførings- og utviklingsevne.

Fremtidens ledere må klare å bygge tillit, håndtere ulike forventninger og lede gjennom dialog, samtidig som de er tydelige på ansvar og retning.

Ledere må også kunne gjøre mål om til konkret handling, prioritere over tid og sørge for sammenheng mellom det som besluttes, hvordan organisasjonen er bygget opp og hvordan vi jobber i praksis.

Ledere må forstå teknologi og kunstig intelligens godt nok til å ta gode valg. De må kunne lede endring drevet av teknologi og sikre at teknologi og data brukes på en trygg og ansvarlig måte.

Uten god ledelse vil det rett og slett ikke være mulig å nå målene i utviklingsplanen.

Foto: Sunnaas sykehus HF

«Helse er å ha overskudd til hverdagens krav».

Peter Hjort

3.1 Helsekompetanse, pasientinvolvering og likeverd

Pasienten og pårørende skal delta aktivt i egen behandling og utformingen av helsetjenesten

En betydelig del av befolkningen har utfordringer med å forstå og bruke helseinformasjon. Dette kan føre til svakere etterlevelse av behandling, økt bruk av helsetjenester og redusert mestring. Eldre og personer med sammensatte helseutfordringer er særlig utsatt, og det er derfor viktig å styrke helsekompetansen i disse gruppene.

Helsekompetanse, pasient- og pårørendeinvolvering og likeverdig helsetjeneste utgjør tre gjensidig avhengige forutsetninger for en bærekraftig og pasientsentrert helsetjeneste. God helsekompetanse legger grunnlaget for at pasienter og pårørende kan delta aktivt i beslutninger om egen helse.

Involvering styrker kvalitet, pasientsikkerhet og mestring. Likeverdige helsetjenester sikrer at alle pasienter får tilgang til tjenester de kan forstå og få reel nytte av.

Sammen skal helsekompetanse, pasient- og pårørendeinvolvering og likeverdig helsetjeneste gjøre spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst forståelig, mer inkluderende og bedre tilpasset morgendagens behov.

3.1.1 Helsekompetanse

Helsekompetanse handler om pasienters og pårørendes evne til å finne, forstå og bruke helseinformasjon for å ta informerte valg om egen helse. Den avhenger både av den enkeltes forutsetninger og av hvordan helsetjenestene utformes og kommuniserer.

I spesialisthelsetjenesten betyr dette at pasienter og pårørende skal kunne orientere seg i tjenestene og delta i beslutninger. Det kan være om screening, utredning, behandling og oppfølging gjennom samvalg, hvordan kommunisere med helsepersonell samt å forstå og håndtere egen helse og bruke digitale verktøy. Tjenestene må derfor være forståelige, tilgjengelige og brukervennlige for personer med ulike nivåer av helsekompetanse, språk og

bakgrunn. Økt ansvar for egen behandling forutsetter tydelig informasjon, opplæring, gode løsninger og ansatte med kompetanse til å støtte pasienter og pårørende. Dette er et lederansvar.

En regional ressursside støtter helseforetakene i arbeidet med tilpasset helsekommunikasjon, med eksempler fra praksis og forskning.

Utfordringer i spesialisthelsetjenesten
Tiltak for å styrke helsekompetanse finnes i alle helseforetak, men er ofte prosjektbaserte og lite integrert i daglig klinisk arbeid. Manglende standardisering, ujevn kvalitet og svak ledelsesforankring reduserer effekten. Det er behov for bedre kunnskap om nytte, tydeligere lederansvar, videreutvikling av finansieringsordninger og bedre samhandling mellom tjenestenivåene. Økt forskning, innovasjon og systematisk bruk av eksisterende verktøy kan bidra til mer helsekompetansevennlige tjenester.

Digitalisering og risiko for forsterket ulikhet i helse.
Manglende digitale ferdigheter, språkkompetanse eller trygghet vil forsterke ulikhet. Pasienter og pårørende må kunne bruke løsninger som Helsenorge, digital dialog og hjemmeoppfølging. Helsetjenesten må derfor aktivt støtte utvikling av digital helsekompetanse og forebygge digitalt utenforskap.

Digitaliseringen stiller økte krav til kritisk vurdering av informasjon. Helsepersonell må veilede, sikre universell utforming og vurdere digital sårbarhet ved nye tjenester. Pasient- og brukerorganisasjoner er viktige i dette arbeidet. Felles regionale og nasjonale løsninger for digitale læringselementer skal styrke kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdighet.

Det er behov for lett tilgjengelig, kvalitetssikret informasjon og opplæring. Helse Sør-Øst RHF vil bidra til utvikling og bruk av KI i pasient- og pårørendeopplæring. Eksempler er nasjonale KI-tjenester og KI-strategi for læringsstøtte ved Oslo universitetssykehus HF.

De fire helseregionene har etablert Nasjonalt senter for helsekompetanse og mestring ved Oslo universitetssykehus HF og et interregionalt nettverk ved Sørlandet sykehus HF. Senteret skal sammenstille og formidle kunnskap, mens nettverket bidrar til likeverdige tilbud, utvikling av digitale kurs og deling av metoder. Begge kan være ressurser for spesialist- og kommunehelsetjenesten og gir en samlet faglig infrastruktur for videre utvikling.

Tilpasset informasjon og opplæring til pasienter og pårørende
Pasient- og pårørendeopplæring er en hovedoppgave i spesialisthelsetjenesten. Opplæringen skal være kunnskapsbasert, tilpasset den enkelte og kan gis individuelt eller i gruppe. God opplæring styrker mestring, deltakelse i behandling og samvalg. Målet er at pasienter får den kompetansen de trenger for å fremme helse og livskvalitet og forebygge sykdom og funksjonsnedsettelse. Samhandling med kommuner og brukerorganisasjoner er nødvendig for helhetlige forløp.

Det er stor variasjon i tilbud og kvalitet. Informasjon og opplæring må derfor forankres tydeligere i strategisk arbeid og ledelse. Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring bidrar til felles utvikling, blant annet gjennom felles retningslinjer.

Barn som pårørende skal få tilpasset informasjon og opplæring. Foretakskoordinatorer og barneansvarlig personell er sentrale støttespillere i dette arbeidet.

Økt helsekompetanse er også en del av samfunnsberedskapen. Pasienter og pårørende trenger kunnskap som gjør dem i stand til å ivareta egen helse ved akutte hendelser. Erfaringer fra pandemien viser behov for målrettet og mangfoldstilpasset kommunikasjon.

Regional delstrategi for styrket helsekompetanse i Helse Sør-Øst beskriver prioriterte mål og tiltak innen helsekompetanse i perioden.

3.1.2 Pasient- og pårørendeinvolvering

Å involvere pasienter og pårørende kan skje på individ-, tjeneste- og systemnivå, og gjelder både utvikling, evaluering og beslutninger.

Brukermedvirkning på system- og tjenestenivå

Brukere deltar blant annet gjennom brukerutvalg og brukerråd. Vi bruker pasienterfaringer systematisk i kvalitetsforbedring, blant annet gjennom digitale løsninger for tilbakemeldinger.

Hvordan opplever pasientene helsetjenesten?

Pasienterfaringsundersøkelser (PREM - Patient Reported Experience Measures) er målinger av pasientenes erfaringer med helsetjenesten. Målingene kan handle om hvordan pasientene blir møtt av personalet, informasjonen de har fått, muligheter for involvering og opplevelsen av trygghet.

Vi vil bruke pasientenes erfaringer til å forbedre helsetjenesten. Dette skal vi gjøre gjennom en ny felles pasienterfaringsundersøkelse for hele regionen regionalt verktøy for pasienterfaringsundersøkelser (PREM)

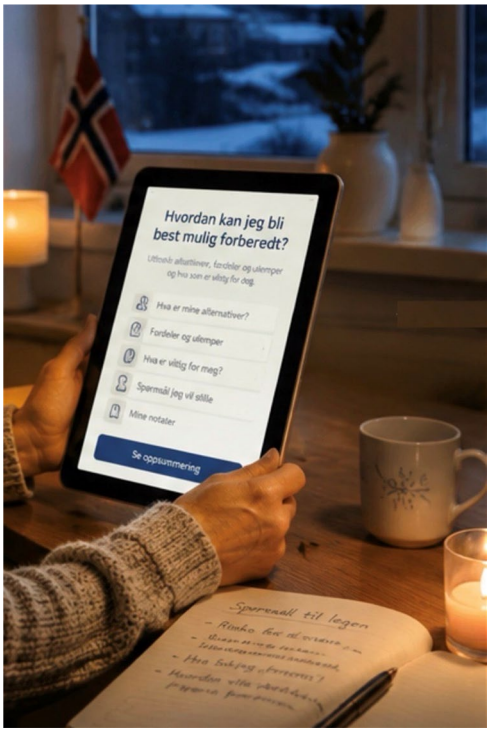
Samvalg er brukermedvirkning på individnivå

Samvalg er en prosess der pasienten og helsepersonellet jobber sammen for å ta beslutninger om behandlingen og oppfølging. Regional delstrategi for innføring av samvalg i Helse Sør-Øst beskriver prioriterte mål og tiltak for samvalg i perioden. Mer informasjon finner du også på Samvalg.

Dette er viktig når vi innfører samvalg:

- god lederforankring og tydelig organisering gjennom handlingsplaner i foretakene og et nettverk av samvalgskoordinatorer.
- nødvendig kompetanse hos helsepersonell gjennom systematisk opplæring, blant annet via «Klar for samvalg».
- å mobilisere pasienter gjennom målrettede tiltak, som informasjon om samvalg på venterommene.

- å utvikle samvalgsverktøy og forbedre pasientinformasjon, og måle effekten gjennom indikatorer. Inkludert resultater fra den regionale pasienterfaringsundersøkelsen.



Samvalgsapp
Appen er beregnet til bruk før konsultasjoner, slik at pasienter stiller godt forberedt til viktige samtaler om helsevalg. Slik kan en komme raskt til poenget og kan treffe beslutninger som samsvarer med hva som er viktig for pasienten.

Appen skal gi pasienten forståelse av hva samvalg er, hvorfor det er viktig, og motivasjon til å delta. I appen presenteres beslutningen som skal tas, tilgjengelige og forsvarlige alternativer, og fordeler og ulemper ved alternativene. Pasienten får også støtte til å tenke gjennom hva som er viktig for hen.

3.1.3 Likeverdige helsetjenester

Likeverdige helsetjenester betyr at tjenestene tilpasses slik at alle pasienter får reell tilgang til helsehjelp av like høy kvalitet. Tiltak må ta hensyn til sammensatte behov knyttet til blant annet språk, kultur, funksjonsnivå og alder. Innsats rettet mot enkelte grupper gir ofte bred gevinst.

Helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse
Helse Sør-Øst RHF skal styrke kompetansen om samisk språk, kultur og rettigheter i tråd med nasjonale føringer. Felles interregionale tiltak, blant annet e-læringskurs, er etablert.

Tolketjenester for samiske språk utvides, og SANKS (Samisk nasjonal kompetansetjeneste) gir et desentralisert behandlingstilbud.

e-læringskurs om samiske pasienter ble etablert i 2025.

Kurset finner du her: Samiske pasienter - Helse Sør-Øst RHF

Likeverdige helsetjenester til personer med innvandrerbakgrunn
Befolkningen kjennetegnes av stort mangfold. Migrasjon påvirker helse sammen med levekår, erfaringer og botid i Norge. Økt kompetanse i kultursensitivitet og migrasjonshelse bidrar til tryggere pasientmøter, riktig diagnostikk og god oppfølging.

Informasjon, kommunikasjon og tjenestetilbud, også digitale og hjemmebaserte, skal tilpasses pasientgruppens mangfold. Når språkbarrierer kan hindre forsvarlig helsehjelp, skal kvalifisert tolk brukes.

Care to Translate er en app som støtter trygg, enkel kommunikasjon som supplement til kvalifisert tolk. Denne appen er tilgjengelig for alle.

Fra 2026 får alle ansatte i Helse Sør-Øst tilgang til tale-til-tale-oversettelse i sanntid på over 130 språk.

Regional handlingsplan for mangfold, likeverdige helsetjenester og migrasjonshelse beskriver prioriterte mål og tiltak innen området i perioden.

De neste fire årene vil vi:	Hvordan vet vi om vi er på riktig vei?
• Utvikle mer helsekompetansevennlige tjenester • Ta i bruk teknologi som fremmer helsekompetanse, mestring og samvalg • Tilby likeverdige, tilgjengelige og forståelige helsetjenester.	• Helseforetakene følger opp gjeldende regionale planer for økt helsekompetanse, involvering og likeverd • Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser brukes systematisk i forbedringsarbeid • Helsekompetanse, involvering og likeverd er forankret i strategier og praksis.

3.2 Samarbeid om de som trenger det mest

Bedre koordinerte tjenester gir bedre kvalitet og opplevelse for pasienter, pårørende og ansatte

Vår felles helsetjeneste

Siden forrige revidering av regional utviklingsplan har det blitt innført øremerkede rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Det er startet nasjonale pilotprosjekter (prosjekt X) for å prøve ut nye arbeidsformer på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Samhandling med kommunene skal skje gjennom helsefellesskapene. Helsefellesskapene skal prioritere tjenester til barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, personer med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre. Nasjonal helse- og samhandlingsplan løfter i tillegg kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid som et område for særlig oppmerksomhet.

Mye av utviklingsarbeidet mellom sykehus og kommuner handler nettopp om integrerte helsetjenester.

3.2.1 Videreutvikling av helsefellesskapene

Helsefellesskapene er partnerskap som utvikles etter lokale behov og ønsker

Helsefellesskapene er samarbeid mellom kommuner og helseforetak. I Helse Sør-Øst er det etablert åtte helsefellesskap: Agder, Telemark, Vestfold, Vestre Viken, Oslo, Østfold, Innlandet og Akershus med kommuner. Helsefellesskapene varierer i størrelse og trenger ulike tilpasninger i samarbeidsstrukturen. Helsefellesskapet i Oslo omfatter også ideelle aktører (Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus), i tillegg til Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF (tre bydeler).

Videreutvikling av helsefellesskapene er viktig for å styrke felles planlegging, bedre pasientforløp og mer bærekraftig bruk av personell og ressurser på tvers av tjenestenivåene.

Bedre tilgang til data åpner for bedre samordning og mer sammenhengende pasientforløp

Helsefellesskapene trenger data for å planlegge og forbedre tilbudet til de prioriterte pasientgruppene. Helsedirektoratet leverer styringsinformasjon, supplert med lokale analyser og regional styringsinformasjon.

Det pågår regionalt og nasjonalt arbeid for å koble datakilder slik at de kan brukes strategisk, taktisk og operativt. Behovet er synliggjort gjennom arbeidet med barrierer i Prosjekt X. Regjeringens arbeid med digital samhandling er beskrevet her: Digital samhandling og nasjonale e-helseløysingar - regjeringen.no.

Bedre datagrunnlag gjør det mulig å målrette tilbud, velge mer skreddersydd behandling og følge effekt på tvers av tjenestenivå.

En slik samordning av data åpner for at helsefellesskapene kan vurdere hvilke tilbud som bør styrkes for akkurat deres befolkning, at man kan velge behandling som er skreddersydd til dette, og at vi kan vurdere effekten på de ulike tjenestenivåene. Vi vil legge til rette for at disse data blir tilgjengelige for helsefellesskapene i et praktisk format. Vi vil også fortsette å bistå Helsedirektoratet med å utvikle kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon som skal understøtte arbeidet i helsefellesskapene.

Videreutvikle samhandlingslegeordningen

Alle helseforetak i Helse Sør-Øst har samhandlingslegeordning. Ordningen bidrar til å løse konkrete samhandlingsutfordringer og kan støtte helsefellesskapene sammen med fastleger som deltar i samarbeidsutvalg.

En nasjonal evaluering i 2020–2021 viste at helseforetakene i regionen ønsker å videreføre og styrke ordningen. Rammeavtalen mellom de fire regionale helseforetakene og Den norske

legeforening ble revidert i 2023 og tydeliggjør rollen til samhandlingslegene og deres ledere i samhandlingen.

3.2.2 Svangerskap, fødsel og barselsomsorg

Kvinner skal oppleve et sammenhengende og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Helse Sør-Øst RHF vil videreutvikle tilbudet gjennom mer sammenhengende og likeverdige pasientforløp i tett samarbeid med helseforetakene.

Erfaringer fra blant annet «Min Jordmor» i Drammen og prosjekt X i Oslo i samarbeid med Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF skal brukes for å styrke kontinuitet, kvalitet, kompetanseutnyttelse og hensiktsmessig oppgavedeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet gjennomførte i 2025 en nasjonal brukererfaringsundersøkelse for kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Resultatene blir et viktig kunnskapsgrunnlag for videre kvalitetsforbedring.

I 2024 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å gjennomgå følgetjenesten for gravide med lang reisevei til fødested, inkludert kvalitet, nytteeffekt og organisering. Rapporten ble ferdigstilt i november 2025, og Helse Sør-Øst RHF vil følge opp anbefalingene.

3.2.3 Helsetjenester til barn og unge

Behandling av barn og unge berører hele familien. Målet er at barn og unge med langvarige behov for helsehjelp skal kunne leve så normale liv som mulig. Tidlig avklaring av hjelpebehov og ansvar er viktig for å forebygge helsetap og bedre livskvalitet. Dette krever samhandling i og mellom helse- og omsorgstjenestene og med barnehage, skole, NAV og andre offentlige tjenester.

Sykdom gir ofte fravær fra skole og hverdagsliv. Digitale løsninger kan gi bedre mestring og mer kontroll. Barn og unge skal tilbys egnede løsninger, som app-basert dialog med behandler, selvrapportering og videokonsultasjoner, for å redusere reise, fravær og belastning.

Oppmerksomheten om psykiske plager blant barn og unge har økt. Bruk av psykiske helsetjenester varierer mellom regioner og sykehusområder.

Barn og unge skal oppleve at hjelpen er tilgjengelig, av god kvalitet og bidrar til bedre helse. Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse ligger til grunn for økt innsats.

Det er igangsatt regionale og lokale aktiviteter på disse områdene, og helseforetakene utvikler blant annet ambulante og arenafleksible tjenester. Vi vil spre dokumenterte gode løsninger.

Barn og unge med langvarig somatisk sykdom har økt risiko for psykiske problemer. Belastende utredning og behandling kan også gi psykiske plager, inkludert posttraumatiske symptomer på stress.

Antall barn og unge med sammensatte symptomer uten klar medisinsk forklaring (sammensatte symptomlidelser) er økende, blant annet ved kronisk utmattelsessyndrom/ME, fibromyalgi/kroniske smertetilstander og irritabel tarmsyndrom. Dette krever tverrfaglig oppfølging som inkluderer både biologiske og psykososiale faktorer.

Utviklingen forsterker behovet for helhetlig og tverrfaglig tilnærming på tvers av tjenestenivå. Helse Sør-Øst RHF vil arbeide for bedre integrering av psykisk helse i somatiske tjenester for barn og unge og tilsvarende integrere somatisk kompetanse i psykisk helsevern der det er relevant.

Overgang barn- voksenavdeling
Ungdom med langvarig sykdom kan ha behov for oppfølging i mange år, noen livet ut. Overgangen fra barne- og ungdomstjenester til voksenavdelinger oppleves ofte vanskelig og kan gi negative helsemessige konsekvenser.

Voksenavdelinger må ta hensyn til at pasienten ofte fortsatt er i en sårbar livsfase. Den norske barnelegeforeningen har laget veileder for overgangen til voksenavdeling Veileder overganger-ungdom. Sykehuset Telemark HF og Akershus universitetssykehus HF har i samarbeid med ungdomsråd utarbeidet etablert bedre overganger.

Eget overgangsforløp ved Barne- og ungdomspoliklinikken, Akershus universitetssykehus HF
Poliklinikken har utviklet et overgangsforløp med gradvis ansvarliggjøring og planlagt overføring. Forløpet har tre faser: 12–16 år (forberedelse), 17 år (overføring) og mottak/oppfølging i voksenavdeling fra 18 år.
Overgang til voksenavdeling - Akershus universitetssykehus HF

Helse Sør-Øst RHF vil i planperioden prioritere:
- samhandling med kommunale tjenester (primært gjennom helsefellesskapene)
- bedre bruk av teknologi
- utvikling av spesialisert rusbehandling til barn og unge
- samarbeidsmodeller som sikrer relevant kompetanse inn mot barnevernsinstitusjoner

3.2.4 Voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
Personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller ruslidelse lever i gjennomsnitt minst 15 år kortere enn den øvrige befolkningen. Denne overdødeligheten skyldes ofte somatiske sykdommer som det er mulig å forebygge og behandle. Mange pasienter i denne målgruppen har behov for døgnbehandling, og innsatsen skal styrkes, både når pasienten bor hjemme, i institusjon eller i fengsel.

Personer med sammensatte rus- og psykiske lidelser utgjør en spesielt sårbar gruppe. Riksrevisjonens rapport fra 2025 dokumenterte vedvarende svikt overfor denne pasientgruppen og poengterte behovet for å innføre mer effektive og koordinerte tiltak som ivaretar både utbygging av kapasitet, styrket kompetanse og samordnet innsats. Flere helseforetak har satt i gang vellykkede prosjekter for å bedre oppfølgingen av somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer.

Somatisk helse i farta

DPS Groruddalen har flyttet utredning og kartlegging av somatiske sykdommer hjem til pasientene som følges i psykiatrien.

Andel pasienter som har fått kartlagt sin somatiske helsetilstand er pr. våren 2026 på 71%.

«Vi har blitt bedre til å fange opp kroppslige symptomer som i verste fall kunne blitt ignorert fordi vi hadde psykiatribrillene på».
Kari Eng, Prosjektleder FACT Groruddalen

Et nytt grep for bedre helse | KORUS

Redusere bruk av tvang
I Helse Sør-Øst er det i flere år arbeidet for å redusere bruk av tvang innen psykisk helsevern. Et overordnet mål er å bidra til minst mulig inngripende tvang i klinisk praksis, ivareta pasienters rettssikkerhet og samtidig ivareta samfunnets ansvar for aktuell pasientgruppe. Pasienters rett til autonomi og medbestemmelse må legges til grunn, sammen med helsepersonellets rett til å ha en trygg arbeidssituasjon. Registrering av tvangsmiddelvedtak omfatter mange områder, og per 1. juni 2026 rapporteres alle vedtak om tvang i psykisk helsevern etter ny mal til NPR, slik at tvangsbruk kan publiseres som nasjonal kvalitetsindikator.

Helsetjeneste til kvinner i fengsel
Kvinner i fengsel med særskilte psykiske helseutfordringer skal få tilstrekkelig oppfølging via forsterkede ressursteam. En nasjonal forsterket fellesskapsavdeling (NFFA) ved Skien fengsel åpnet, og Oslo universitetssykehus HF er gitt i oppdrag å styrke behandlingstilbudene i spesialisthelsetjenesten til voldsutsatte kvinner med ruslidelse.

Forebygge selvmord
Selvmordsratene blant pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er sterkt forhøyet sammenlignet med den generelle befolkningen. Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord skal bidra til bedre forebygging og mer systematikk i arbeidet med selvmord. Helseforetak og sykehus skal ha rutiner for selvmordsforebygging på sykehusnivå, på tvers av fagområder.

Alle behandlingssteder bør bruke den digitale treningsplattformen for selvmordsforebygging (Simple) for oppdatert og systematisk opplæring i selvmordsforebygging i psykisk helsevern. Etterlatte skal følges opp helhetlig med blant annet oppfølgingssamtale og med særlig fokus på barn/unge som etterlatt.

Ettervern og koordinerte tjenester
Rapport fra nasjonal arbeidsgruppe om integrert ettervern for pasienter i rusbehandling skal følges opp i videre tjenesteutvikling som inkluderer brukerstyrte plasser, i samarbeid med kommunene.

Pasienter med samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse (ROP) utgjør om lag 4 200 personer og i overkant av 15 prosent av populasjonen med alvorlig psykisk lidelse i Norge. Det er sannsynligvis underdiagnostikk av både ruslidelser og psykiske lidelser.

Mange i målgruppen har også somatiske sykdommer og trenger koordinerte tilbud. Pasientforløpene er ofte fragmenterte og med lav kontinuitet. Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) har økt levealder for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblemer som et sentralt resultatmål. Dette er fulgt opp med handlingsplan for økt levealder i 2025.

Målet er mer samordnede tjenester i spesialisthelsetjenesten og på tvers av nivåer, og at mest mulig av tilbudet gis der pasienten bor. Helsefellesskapene er derfor sentrale arenaer for planlegging og utvikling av tjenester for denne gruppen. Samtidig må spesialisthelsetjenesten ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse, inkludert døgnbehandling når det er nødvendig.

Helsefellesskapene skal spesielt vektlegge behandlingsforløp for pasienter med ROP-lidelser som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Helseforetakene peker blant annet på digitale verktøy, arenafleksible tilbud, ambulante tjenester og dagtilbud som viktige tiltak. De fleste har etablert FACT-team som sentralt tilbud for fleksibel og langvarig oppfølging. Erfaringer fra ACT- og FACT-team kan også være relevante i somatikken der det er behov for tett tverrfaglig samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste for pasienter med omfattende behov.

Nye arbeidsformer i psykisk helsevern

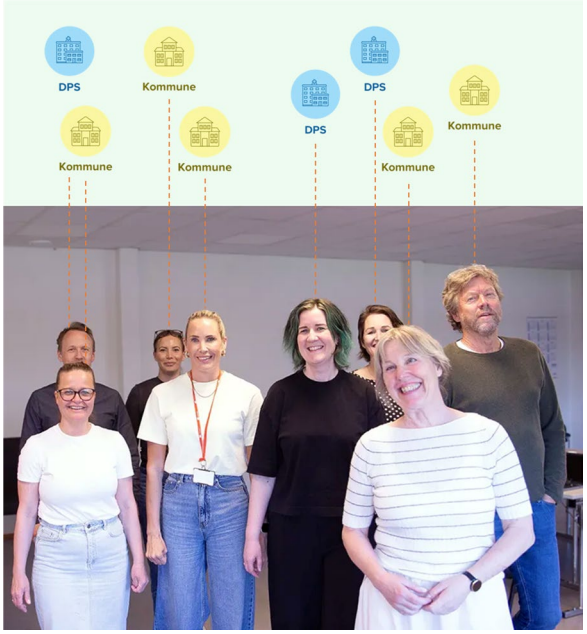
Det pågår mange initiativer for å fornye arbeidsformen i psykisk helsevern. Det finnes mange tilgjengelige digitale tilbud og hjelpemidler, men disse er ikke bundet sammen til et helhetlig tilbud. Et nettverk for digital psykisk helse er etablert i Helse Sør-Øst og arbeider med forbedret pasientbehandling og et mer sømløst tilbud. Vi arbeider for å øke andelen digitale intervensjoner og heldigitale behandlingsforløp. En av forklaringene til at vi ikke har lykkes er at digital oppfølging har blitt lagt til ved siden av og ikke integrert i den eksisterende organiseringen.

DelMedMeg
Digital egenrapportering

Målet er å bygge et økosystem rundt pasientrapporterte data og slik styre flere pasienter direkte til eBehandling, og at digitale intervensjoner blir en naturlig del av behandlingstilbudet i poliklinikk.

DelMedMeg

Ansvaret for psykiske helsetjenester er delt mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste, noe som kan føre til at brukere blir «kasteballer» mellom tjenestene. Veien til helsehjelp kan bli lang med flere henvisninger, avslag og «strafferunder». «En vei inn» representerer ny og lovende samarbeidsform med kommunene.



En vei inn

For å gi en enklere og mer helhetlig inngang har Sandefjord kommune og DPS Vestfold utviklet en ny tjenestemodell med et *felles* psykisk helsemottak. Her blir ditt videre behandlingstilbud avklart i møte med enten kommune eller DPS.

Målet er rask avklaring, kortere ventetid og mindre runddans i systemet.

Det store målet er nasjonal innføring innen 2029

Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling beskriver prioriterte mål og tiltak innen området i perioden.

3.2.5 Skrøpelige eldre

Skrøpelighet beskriver redusert motstandskraft ved sykdom og belastninger og brukes ofte som uttrykk for biologisk alder. Tilstanden utvikles over tid gjennom samspill mellom aldring, sykdom, skader og livsstil. Forekomsten øker med alder og er om lag 10 prosent blant personer over 70 år. Koordinert innsats for skrøpelige eldre kan bidra til å opprettholde funksjon og forebygge innleggelser.

Skrøpelige eldre har økt risiko for bivirkninger og komplikasjoner ved behandling. Tidlig identifisering er derfor nødvendig for å tilpasse behandling individuelt.

Helsedirektoratet fullfører våren 2026 et oppdrag om bruk av klinisk skrøpelighetsskala (Clinical Frailty Scale) som kartleggingsverktøy. Anbefalinger ventes i første halvår 2026. Flere av helseforetakene er i ferd med å innføre verktøyet. Det innebærer også en styrket mulighet for samhandling med kommunene der pasientens funksjon blir viktigere enn diagnosen.

Målet er at skrøpelige eldre i størst mulig grad får hjelp og behandling hjemme. Ved innleggelse skal pasientene møtes med ordninger som tar hensyn til sårbarhet, og tiltakene gjenspeiles i helseforetakenes utviklingsplaner. Det er et mål at fagfolk undersøker og behandler skrøpelige eldre i avdelingen der de er innlagt, slik at pasienten unngår unødige forflytninger og skjermes for støy og uro.

Fra 2015 har det blitt flere eldre, men færre som får helsetjenester hjemme eller i sykehjem. Riksrevisjonen la i mai 2026 fra en rapport som viste at det har blitt 16 prosent flere eldre over 80 år fra 2015 til 2024. Det har i samme periode vært en større vekst i årsverk i kommunehelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. Til tross for det, var det likevel færre eldre over 80 år som fikk helsetjenester hjemme eller var brukere av sykehjem i kommunene (både i absolutte tall og per 1000 innbygger). Samtidig vokste forbruket til denne pasientgruppen med 36% for polikliniske konsultasjoner og 11% på akutte korttids liggedøgn på sykehus.

Rapporten viser også store forskjeller mellom kommunene når det gjelder mottak av ferdigbehandlede pasienter. Det dominerende antallet kommer fra de kommunene som har et sykehus i egen kommune.

Dette er forhold som vi må ta med videre i utviklingen av et helhetlig tilbud med omsorg på riktig nivå.

Samhandlingsarena Kongsberg

Samhandlingsarena Kongsberg skal gi et helhetlig tilbud til pasientgruppen «eldre med skrøpelighet». Målet med prosjektet er å utvikle og implementere en ny samhandlingsmodell med nasjonal overføringsverdi.

Eldre i Agder (EAX)

EAX øker befolkningens motstandsdyktighet mot skrøpelighet gjennom tre aktiviteter:

- Etablere felles datasjø mellom sykehus og kommuner.
- Teste WHO rammeverk for integrerte helsetjenester
- Gjennomføre intervensjon på kommende storforbrukere av kommune- og spesialisthelsetjeneste 4 år før de blir storforbrukere.

Integrerte helsetjenester til sårbare pasienter (IHT)

Personer med flere kroniske lidelser er en stor og sammensatt gruppe med ulike behov for tjenester og koordinering. Helsedirektoratet definerer gruppen som personer med kompleks multimorbiditet, det vil si tre eller flere kroniske sykdommer i ulike organsystem.

Mange kan følges opp i kommunen. Andre har store og sammensatte behov og er i liten grad i stand til å koordinere egen oppfølging. Mellom disse ytterpunktene er det mange som trenger oppfølging fra både kommune og spesialisthelsetjeneste. Samarbeidet overlapper ofte med arbeidet med integrerte helsetjenester i helsefellesskapene.

Integrerte helsetjenester (IHT) er en personsentrert modell der aktører på tvers av nivåer og sektorer samarbeider for å møte pasientens behov. Modellen skal gi bedre koordinering og tverrfaglig samarbeid innen forebygging, behandling, rehabilitering og oppfølging.

Flere helsefellesskap i Helse Sør-Øst prøver ut IHT for eldre med skrøpelighet. Helse Sør-Øst RHF ga i oktober 2024 Akershus universitetssykehus HF i oppdrag å etablere et læringsnettverk for helseforetak som arbeider med integrerte helsetjenester.

Skrøpelige eldre er et av satsingsområdene. Nettverket pågår i perioden 2025–2027, og team fra alle helsefellesskap deltar. Arbeidet og dialogen er koordinert med Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet gjennom Prosjekt X.

Integrerte helsetjenester

Integrerte helsetjenester (IHT eldre) er et tverrfaglig samarbeid mellom AHUS, kommuner og fastleger. Prosjektet etablerer et oppfølgingsteam på tvers av fag og tjenestenivå, kartlegger pasientens behov, mål og risikoområder og oppretter individuell behandlingsplan. Prosjektet har også utviklet og tatt i bruk digitale verktøy som støtter det tverrfaglige teamet.

Breddes nå til alle kommuner i AHUS sitt område

Integrerte helsetjenester - Akershus universitetssykehus HF

Læringsnettverk om integrerte helsetjenester til eldre med skrøpelighet

Læringsnettverket er en felles møteplass for erfaringsdeling, inspirasjon, samarbeid og felles tjenesteutvikling. Alle de åtte helsefellesskapene i regionen deltar i nettverket med til sammen 13 team/prosjekter.

Helse Sør-Øst RHF ga i oktober 2024 Akershus universitetssykehus HF i oppdrag å etablere et læringsnettverk for helseforetak som arbeider med integrerte helsetjenester. Skrøpelige eldre er et av satsingsområdene. Nettverket pågår i perioden 2025–2027, og team fra alle helsefellesskap deltar.

Demens og kognitive utfordringer

Forekomst av kognitiv svikt og demens vil øke betydelig som følge av flere eldre. Det vil kreve bedre organisering av utredning og økt samarbeid mellom fastleger, andre deler av kommunehelsetjenesten og sykehusene.

Regional handlingsplan for ivaretakelse av personer med kognitiv svikt og demens beskriver prioriterte mål og tiltak innen området i perioden.

3.2.6 Pasienter med flere kroniske lidelser

Dette er en stor pasientgruppe der behovet for sammenhengende tjeneste på tvers av nivåene er spesielt stort. Generell kompetanse fra flere fagområder er viktig, og dette utfordres av den medisinske spesialiseringen. Tiltakene for denne gruppen er dels fagspesifikke men fanges også opp i satsingen på integrerte helsetjenester, samarbeid om de som trenger det mest og nye arbeidsformer. Det betyr behov for koordinering mellom ulike fag og bruk av individuelle behandlingsplaner

3.2.7 Spesialiserte rehabilterings- og habiliteringstjenester

Rehabilitering er å gjenvinne eller trene opp ferdigheter som har gått tapt etter skade eller sykdom. Habilitering er å utvikle ferdigheter man ikke har hatt tidligere.

Innen de fire gruppene som skal prioriteres i arbeidet med helsefellesskap finnes mange som trenger ulike former for rehabilitering og habilitering. Det er blant annet stadig flere med rehabiliterings- og habilteringsbehov som har tilleggsproblematikk innen rus/psykiatri. Tilbakemelding fra brukerne er at disse tjenestene er fragmenterte og dårlig koordinert - særlig i overgangen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Habilitering har over tid hatt sterk økning i henvisninger, særlig for barn med autisme, uten tilsvarende ressursvekst.

Viktige tiltak for planperioden vil være:

- Etablere regionalt nettverk med fagmiljøer (fysikalsk medisin og rehabilitering, psykisk helsevern), NAV og kommune (fastlege/samhandlingslege).
- Understøtte faglig utvikling for mer likeverdige tilbud, mindre uønsket variasjon og bedre ressursutnyttelse.

Både habilitering og rehabilitering har store samarbeidsflater med kommunene. Regional fagplan for habilitering og regional fagplan for rehabilitering beskriver prioriterte mål og tiltak innen områdene i perioden.

3.2.8 Helse og arbeid

Arbeidsrettede behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten skal forebygge funksjonsfall og bidra til at pasienter kommer tilbake til, eller kan stå i, arbeid eller utdanning.

Tilbud innen Helse og arbeid retter seg for det meste mot personer med angst og depresjon og muskel- og skjelettlidelser. Behandlingen gis i sykehus og hos private leverandører innen psykisk helsevern og fysikalsk medisin og rehabilitering.

Norsk forskning viser at pasienter med angst og depresjon kommer om lag dobbelt så raskt tilbake i jobb med kort, jobbfokusert behandling sammenliknet med dem som måtte vente på samme behandling.

Individuell jobb støtte (IPS) er et tilbud til personer med moderate til alvorlige psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer som ønsker hjelp til å komme i eller bli i ordinært, lønnet arbeid. Metodikken bygger på forpliktende samarbeid mellom helsetjenestene og NAV. Arbeid og utdanning integreres som del av behandlingen. Individuell jobbstøtte (IPS) - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet vedtok i 2021 Strategi for fagfeltet arbeid og helse. Den gir føringer for videre arbeid i planperioden. Helse Sør-Øst RHF og NAV har også

en samarbeidsavtale som skal styrke koordinering og samtidige tjenester og legge til rette for deltakelse i utdanning og arbeidsliv uavhengig av funksjonsevne.

Viktige tiltak for planperioden vil være:

- Utvikle kvalitetsindikator for andel som returnerer til arbeid i samarbeid med brukerutvalg i Helse Sør-Øst RHF.
- Øke bruk av digital behandling (eBehandling) for arbeid og helse.
- Implementere behandlingsmodeller som kombinerer terapi med tydelig jobbfokus.

3.3 Ta tiden tilbake – bedre bruk av tid for ansatte og pasienter

Mer tid til pasientrettet arbeid: nye arbeidsformer og teknologi krever endret kompetanse og organisering

I forrige utgave av utviklingsplanen var «Ta tiden tilbake» og «Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi» to separate satsingsområder. Gjennom de siste fire årene har dette skillet visket seg ut. Teknologiske løsninger, organisering, oppgavedeling og utvikling av kompetanse griper i så stor grad inn i hverandre at vi omtaler dem sammen.

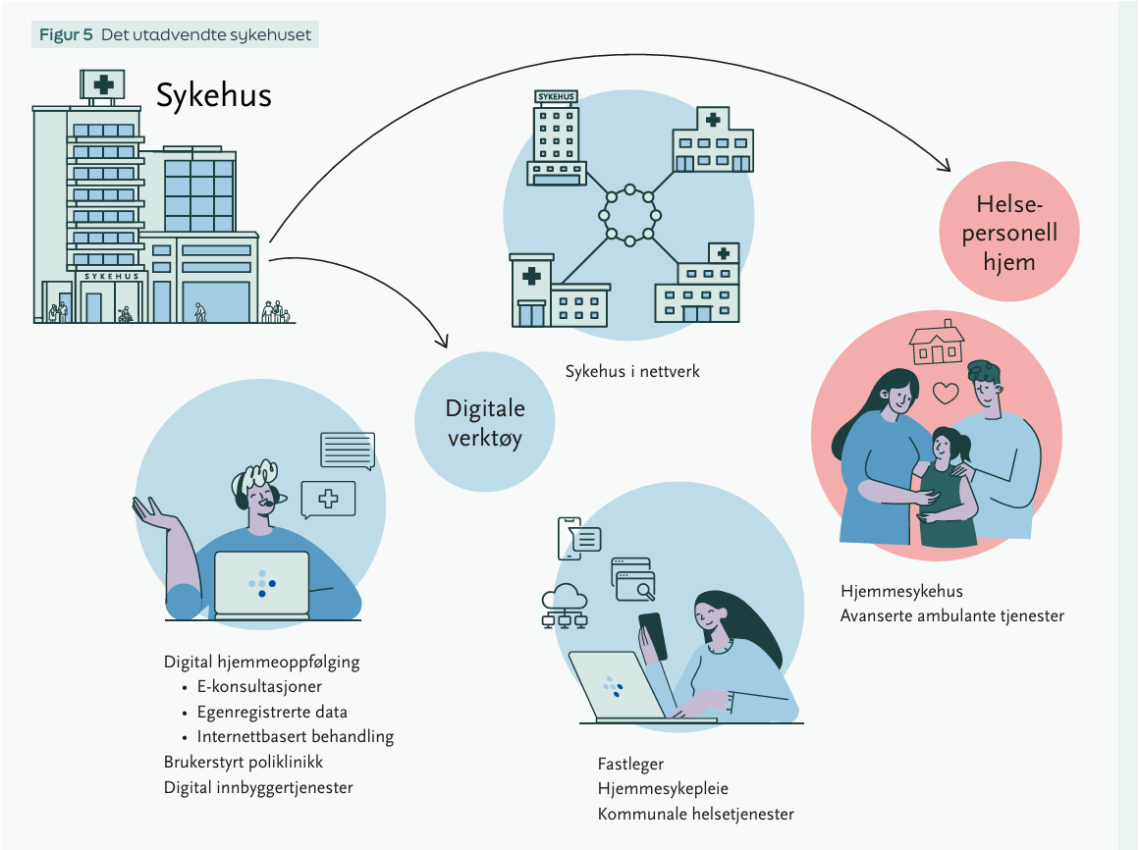
Klinisk personale ønsker å bruke mer tid til klinisk arbeid, samtidig som vi mangler fagfolk. Det betyr at vi må organisere oss bedre. Vi må dele oppgaver bedre, og vi må forenkle rapportering og administrative oppgaver. Når vi innfører nye rutiner og systemer, må vi spørre «blir dette bedre for de ansatte?». Nye løsninger har fram til nå ofte medført at klinisk personale opplever arbeidet som tyngre mens gevinstene kanskje hentes ut andre steder.

En hypotese er at vi undervurderer *hvor* tungvinte endringene kan være. Helsepersonell er eksperter i å finne omveier som skjuler hvor tunge systemene egentlig er. Det pågår flere initiativer for å redusere plunder og heft, blant andre «Sykehuspartner på hjul». I kommende periode vil vi øke vår innsats for å gjøre arbeidsdagen lettere og systemene enklere. Målet vårt må være at nye systemer eller oppdateringer oppleves som forbedring av de som faktisk bruker dem.

3.3.1 Nye arbeidsformer

Utadvendt sykehus

Mye helsehjelp kan gis hjemme eller nær der folk bor. Sykehusene må derfor i større grad støtte kommunene med kompetanse, veiledning, digitale løsninger og ambulante team. Et mer utadvendt sykehus betyr at vi bygger tjenester rundt pasientens behov, ikke rundt bygget. Det kan gi færre unødige oppmøter på sykehusene, bedre overganger og mer forutsigbar oppfølging for pasienter og pårørende.



For ansatte innebærer dette nye arbeidsformer og tydeligere samhandling på tvers av nivåer. Det krever klare avtaler om ansvar, felles kompetanse og gode arbeidsverktøy som gjør det enkelt å dele plan, informasjon og oppgaver med kommunene.

Utadvendt sykehus favner både ivaretakelse av pasienten hjemme og støtte til helsetjenesten utenfor sykehus. Digital teknologi legger til rette for hjemmeoppfølging, beslutningsstøtte, samkonsultasjoner med annet helsepersonell og bedre samarbeid mellom sykehus. Hjemmesykehus betyr at spesialisthelsetjenesten beholder ansvaret for pasienten og behandling, og at det er vårt personale som i utgangspunktet reiser ut hvis dette er nødvendig. Hjemmesykehus kommer også til å utvikle seg til en praktisk samarbeidsarena mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

I Danmark er pasienten "innlagt" i sykehus også de to første døgnene etter utskrivelse. Vestre Viken HF piloterer nå en lignende ordning. En slik fleksible utskriving vil både kunne åpne enda en samhandlingsarena og bedre kvaliteten i oppfølgingen av pasienter med sammensatte behov.

Helse Sør-Øst Hjemme

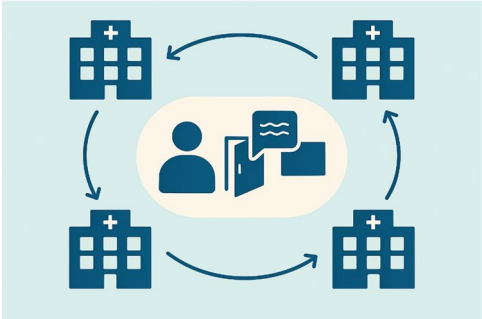
Gjennom satsingene på nettverket HSØ Hjemme, tjenesteutviklingsprosjektene Ahus Hjemme og OUS Hjemme utvikler sykehusene nye modeller for at flere pasienter skal få spesialisthelsetjenester hjemme. Målet er å realisere «hjemme når du kan, på sykehuset når du må» gjennom digitale løsninger, hjemmebehandling og styrket samhandling. OUS og AHUS leder etablering av nettverk i regionen for hjemmesykehus.

Arbeidet skal bidra til å flytte kompetanse ut til pasienten, sikre like god kvalitet og pasientsikkerhet, og utvikle sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner. Dette er en sentral del av utviklingen av det utadvendte sykehuset i Helse Sør-Øst.

Fra kalenderstyring til behovsstyring
I en behovsstyrt poliklinikk får pasienter som lever med kroniske eller svingende plager, rask tilgang til vurdering når behovet oppstår, uten ny henvisning hver gang. Pasienten får en avtalt plan for når og hvordan det er riktig å ta kontakt.

Målet er færre unødige kontroller og mer tid til dem som trenger oppfølging akkurat nå. For pasienter og pårørende kan dette gi mer trygghet og bedre mestring. For ansatte kan det redusere tid brukt på administrasjon, men det krever tydelige kriterier for hvem ordningen passer for, og gode rutiner for prioritering.

Behovsstyrt poliklinikk må henge sammen med fastlege og kommunale tjenester. Når vi deler plan, mål og ansvar tydelig, blir oppfølgingen mer sammenhengende og risikoen for at pasienter faller mellom nivåene mindre.



Nettverk for behovsstyrt poliklinikk

Nettverket har representanter fra alle helseforetak og jobber sammen for å øke bruken av behovsstyrt poliklinikk. Nettverket skal løse utfordringer og felles problemstillinger som gevinstrealisering manuelle rutiner og «endringsmotstand».

Noen eksempler er:

- Alle sykehus har anskaffet digitale verktøy
- Alle sykehus har innført behovsstyrt poliklinikk for flere forløp
- Erfaringsutveksling, tett samarbeid og gjenbruk på tvers av sykehus
- Bedre kodepraksis / utarbeidelse av koderobot
- Felles dashbord for aktiviteter
- Økning av antall pasienter i behovsstyrt poliklinikk og DHO

3.3.2 Rett kompetanse og organisering

Rett kompetanse og organisering betyr at vi bruker mest mulig av faglig kompetanse og ressurser på pasientene. Det krever at oppgaver som kan frigjøre tid for leger og sykepleiere, løses av andre yrkesgrupper, bedre arbeidsprosesser og teknologiske løsninger.

Leger og sykepleiere bruker om lag halvparten av arbeidstiden på oppgaver som ikke er knyttet til pasientbehandling. Det betyr at det er stort potensial for å frigjøre tid til klinisk arbeid. Uavhengig av hvor mange vi utdanner, bør vi starte med hvordan kompetansen brukes i arbeidshverdagen.

Fagarbeidere og støttepersonell er en viktig del av framtidens bemanningssammensetning. Helsefagarbeidere, portører, logistikere, teknikere og helsesekretærer kan avlaste og frigjøre tid til pasientbehandling. For svake støttefunksjoner gir mindre tid til pasientrettet arbeid og kan påvirke pasientsikkerhet og kvalitet. Vi trenger bedre administrativ støtte til klinikere og førstelinjeledere og flere praksis- og lærlingeplasser og at det finnes stillinger til nyutdannede fagarbeidere.

Sengepostene er avgjørende for kvalitet, kapasitet og rekruttering i spesialisthelsetjenesten, men er samtidig særlig utsatt for høy turnover og bemanningsutfordringer. En bærekraftig utvikling forutsetter at arbeidshverdagen organiseres slik at sykepleiere opplever faglig utvikling, mestring og tilstrekkelig tid til pasientrettet arbeid.

Kompetanseutviklingsmodell for sykepleiere på sengepost

Vi har utviklet en modell for kompetanseutvikling for sykepleiere på sengeposter over tre trinn.

Hensikten er å strukturere kompetanseutviklingen for å skape tydelig muligheter for sykepleiere - for å rekruttere, utvikle og beholde sykepleiere på sengeposter.

Vi har delt modellen både internt i OUS og flere andre helseforetak.

- Vi har møtt fagdirektører, sykepleierledere og fagsykepleiere.
- Vi har bidratt med veiledning, praktisk hjelp og tilpasning.
- Sammen med HSØ arrangerte vi samling for 250 påmeldte der modellen og utviklingsarbeidet ble presentert.
- Nå etablerer vi nettverk for alle som arbeider med de samme i helseforetakene.

Tverrfaglige team skal bidra til kontinuitet, kvalitet og helhetlig arbeidsflyt. TØRN-programmet skal videreføres og bidra til bedre bruk av personellressursene gjennom bruk av nye arbeids- og organisasjonsmodeller. Regionale læringsnettverk skal støtte enheter i forbedring av arbeidsprosesser og omfordeling av oppgaver.

Endringer i roller, ansvar og oppgaver kan møte motstand. Vi må bygge kunnskapsgrunnlag som viser behov og gevinster, og støtte helseforetakene i arbeidet med nye organisasjonsformer.

Breddekompetanse, spesialistutdanning og kompetansestyring

Helseforetakene er utdanningsvirksomhet for leger i spesialisering. For sykepleiere tilbys spesial- og spesialistutdanning i samarbeid med universitets- og høyskolesektoren. Ledere må kjenne sitt ansvar og sin rolle i spesial- og spesialistutdanning. Kandidater skal få nødvendig supervisjon og veiledning, og virksomheten skal vurdere om kompetansekravene eller læringsutbyttene er oppnådd.

Helse Sør-Øst vil støtte med nettressurser, e-læring og kurs for ledere, samt opplæring i supervisjon og veiledning. Det er utarbeidet regional anbefaling for vurderingskollegium. Spesialistutdanningene skal understøttes av digitale verktøy som gir oversikt over kvalitet og progresjon og bidrar til riktig dimensjonering av utdanningskapasitet.

Bedre utdanning og bedre på jobb

Vi lager et gjennomarbeidet kursopplegg for utdanning i supervisjon, veiledning og kompetansevurdering av og for leger i spesialisering.

Kursopplegget inneholder undervisningsmateriell for både kursholdere og kursdeltakere, ferdige presentasjonspakker og en fyldig kursmanual for gjennomføring av kurset.

Bedre kommunikasjon, tydelige forventninger og samarbeid om å utdanne de beste fagfolka gjør det bedre for alle leger å være på jobb.

Kompetanseutvikling, -ledelse og -styring skal være helhetlig og systematisk. Vi må ha oversikt over oppgaver, kompetanse og kompetansebehov. Regionale og lokale kompetanseplaner skal brukes mer standardisert, og systemer for planlegging, oppfølging og effektiv bruk av kompetanse skal videreutvikles.

Ressurs- og arbeidstidsplanlegging

Forutsigbare og fleksible arbeidstidsordninger er avgjørende for kvalitet, rekruttering og nærvær. Arbeidstidsplanlegging skal støtte heltidskultur, redusere uønsket deltid og bidra til balanse mellom belastning og restitusjon. Teknologi skal tas i bruk der det gir bedre planlegging. Foretakene skal teste nye ordninger og dele erfaringer på tvers av regionen.

Samarbeid mellom helseforetak og kommuner om bestemte yrkesgrupper og oppgaver, særlig innen svangerskapsomsorg og psykisk helsevern, kan gi bedre kompetanseflyt, økt kapasitet og mer likeverdige tilbud.

Arbeidsmiljø, nærvær og ledelse

Et godt arbeidsmiljø er en forutsetning for å beholde og rekruttere kompetente medarbeidere. Arbeidsmiljø omfatter fysiske forhold, organisering og psykososiale forhold.

Systematisk HMS-arbeid skal avdekke og håndtere risiko tidlig. God ivaretakelse av nyansatte og tett oppfølging av erfarne medarbeidere, fleksibilitet gjennom livsfaser og målrettet nærværsarbeid er viktige forutsetninger.

Fadderordning for LIS

Den første tiden som lege oppleves ofte som både krevende og overveldende.

Fadderordning for LIS sørger for kollegial støtte og at ditt første møte med en ny arbeidsplass er formet etter LIS-legenes ønske og behov.

Bærebjelken er at ordningen er ***«av LIS, for LIS og med LIS»,*** og at de har en leder som legger til rette for dette.

Vi har arbeidet i en nettverksmodell med liten grad av detaljstyring. Målet var å innføre ordningen på de medisinske avdelingene i vår region. Den har spredd seg nærmest ukontrollert i hele landet.

Som del av IA-avtalen er det etablert bransjeprogram for sykehus med innsatsområdene «Der skoen trykker», «Tidlig og tett på» og «Sammen om forbedring», med vekt på partssamarbeid og medarbeiderinvolvering.

Tillitsbasert ledelse og styring skal redusere unødvendig byråkrati, detaljstyring og tidstyver. Forenklinger krever støtte i hele styringslinjen. Førstelinjeledere må ha rammer som gir tid til oppfølging av medarbeidere, fagutvikling, forbedring og endring.

Sosial bærekraft innebærer et arbeidsmiljø preget av likestilling, mangfold og inkludering og forebygging av diskriminering og trakassering. Ansattes tilleggskompetanse, som språkferdigheter og kulturforståelse, skal brukes mer systematisk der det styrker pasientsikkerhet, tillit og kvalitet.

Personaleffektive arealer og helselogistikk
Planlegging av nye sykehus har vektlagt arealeffektivitet. Fremover må vi legge enda større vekt på personaleffektive arealer og helselogistikk. Vi må planlegge nye og bruke eksisterende sykehus bedre for å gi ansatte rom for pauser og hvile ved lange vakter.

Både fagfolk og pasienter bruker mye tid på å vente, lete og gjøre om igjen. Riksrevisjonen viste allerede i 2018 at legene bruker mye tid på venting, blant annet på ledig rom og medisinsk-teknisk utstyr. Bedre logistikk og tydeligere flyt kan frigjøre tid, men krever at vi finner bedre måter organisere oss på.

Tid til utdanning
Helseforetakene er store utdanningsvirksomheter og bruker mye tid på veiledning av studenter og lærlinger. Gode praksisplasser med godt læringsutbytte bidrar til rekruttering. Praksisstudier må moderniseres i tråd med nye pasientforløp og mer digital læring. Praksisperioder skal sikre at studentene når læringsmålene. Når de rekrutteres til stillinger, må dette følges opp med gode og individuelle kompetanseplaner.

Felles utvikling av prehospitale tjenester
Prehospitale tjenester har stort potensial som samhandlingsflate med kommunene. Det gjelder ikke bare en sammenhengende akuttkjede, men også nye muligheter for å utnytte prehospital kompetanse og kapasitet.

Det er om lag 300 ambulansestasjoner i Norge. Det er nødvendig for å opprettholde akuttberedskap. Utenfor byene medfører færre oppdrag per stasjon at mye av tiden ikke brukes aktivt. Her må vi planlegge sammen med kommunene om bedre integrering. Bruk av teknologi kan åpne nye behandlingsmuligheter uten at pasientene må forflyttes, og da er det behov for tettere samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. Hvilken rolle prehospital tjeneste skal ha i utviklingen av hjemmesykehus må også avklares.

Helse Sør-Øst RHF har etablert en prehospital fellestjeneste i regionen for perioden 2025-2027, med mål om å få en mer felles utvikling av disse tjenestene. Arbeidet med organiseringen av prehospitale tjenester i Helse Sør-Øst ble styrebehandlet i desember 2025 og legger føringer for videre arbeid på dette fagområdet. Det arbeides med en fagplan for de prehospitale tjenestene, som vil beskrive innsatsområdet for de kommende årene. Sentrale områder her vil blant annet være kapasitet i tjenestene og utviklingen av AMK.

3.3.3 Teknologi og data i pasientforløp
Økt verdiskaping gjennom digitalisering er en sentral forutsetning for bærekraftige helsetjenester frem mot 2040. Teknologi skal støtte pasientsikkerhet, kvalitet, ressursutnyttelse og arbeidsmiljø og må ses i sammenheng med organisasjon, kompetanse og arbeidsprosesser.

Bruk av helsedata
Helsedata er en grunnleggende forutsetning for utvikling av sammenhengende pasientforløp, bedre ressursutnyttelse og en mer kunnskapsbasert helsetjeneste. I dag samles det store mengder data gjennom klinisk arbeid, pasientrapporterte opplysninger, medisinsk-teknisk utstyr og administrative systemer. Fram mot 2040 skal sykehusene i større grad automatisk hente, gjenbruke og dele helsedata til både pasientbehandling, styring, kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon.

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/metadata. 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/metadata. Slike styringsdata/metadata er sentralt for å få økt innsikt i

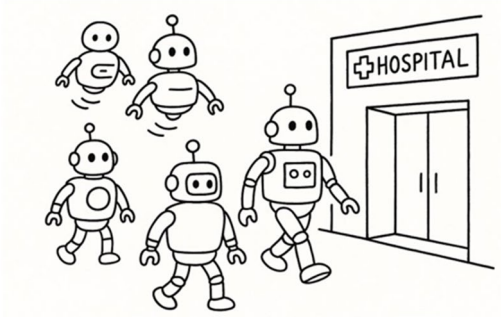
arbeidsprosessene i sykehusene, men ikke minst vil det være en forutsetning for å lykkes med å styre og realisere mer sammenhengende helsetjenester på tvers av omsorgsnivåene.

Vi skal gå fra mange enkeltstående løsninger til helhetlig tjenesteutvikling der teknologi understøtter pasientforløp, arbeidsprosesser og samhandling på tvers av nivåer og aktører. Videreutvikling av IKT-tjenestene og mer produktorientert arbeid skal bidra til tydeligere ansvar, bedre prioritering og bedre gevinstrealisering.

Pasienter og pårørende skal oppleve helsetjenesten som sammenhengende. Det er trolig lettere å skape et sammenhengende pasientforløp digitalt enn ved å slå sammen fysiske enheter. Digitale pasientforløp skal støtte samhandling mellom sykehus, kommunale tjenester, fastleger, pasienter og pårørende og gi mer forutsigbar oppfølging og bedre ressursutnyttelse.

Digitale løsninger skal gjøre det mulig å følge opp flere pasienter der de er, når det er faglig forsvarlig, og i større grad basert på behov enn på faste kontrollrutiner. Dette kan gi økt egenmestring og redusere reisebelastning. Datadrevet pasientforløp, ved bruk av eksempelvis pasientrapporterte data, målinger og data fra medisinsk utstyr og sanntidsinformasjon fra fagsystemene, gjør pasientforløpene behovsdrevet og gir bedre beslutningsstøtte, mer treffsikker oppfølging og redusert antall unødvendige kontroller.

Administrative og støttende prosesser skal forenkles og automatiseres der det er mulig. Automatisering kan gi mer effektive arbeidsflyter innen registrering, rapportering, logistikk og støttefunksjoner. Her er det stort potensiale allerede med eksisterende løsninger som bare er i begrenset bruk. I tillegg vil løsninger basert på kunstig intelligens bli sentralt for å løse kompleks planlegging og operativt arbeid som innebefatter både personell, lokaler/arealer og utstyr.



Regionalt nettverk automatisering

Automatisering av manuelle arbeidsprosesser skal bidra til en enklere hverdag for de ansatte, mer effektiv arbeidsflyt og bedre pasientsikkerhet og kvalitet på helsetjenesten. Vi ansetter roboter (bokstavelig talt) som løser rutinepregede oppgaver.

Det regionale nettverket gir kompetansedeling, koordinering av tiltak og styrket samarbeid.

Vi ruster oss for å ta i bruk teknologi som gir nytte og sparer tid. Vi har startet med innføringen av Robot Henriksen som rydder ventelister.

Vi skal skalere vellykkede tiltak på tvers av regionen og integrere automatisering som en del av ordinær drift.

Automatisk høsting av data fra journalsystemer og medisinsk utstyr skal redusere manuell rapportering og gi støtte til datadrevet digitale pasientforløp der det er mulig. En mer systematisk og standardisert bruk av data gir bedre grunnlag for prioritering, ressursstyring og kunnskapsutvikling i hele helsetjenesten.

Personvern, tillit og digital beredskap
Økt digitalisering og bruk av helsedata forutsetter høy datakvalitet, tydelig ansvar for databruk og robuste løsninger som ivaretar personvern, informasjonssikkerhet og beredskap. Tillit er en forutsetning for at pasienter, pårørende og ansatte tar i bruk nye løsninger. Innebygd personvern og sikkerhet må derfor ligge til grunn for utvikling av nye tjenester.

Digital beredskap og sikkerhet skal være integrert i planlegging, utvikling og drift. Bortfall eller kompromittering av digitale tjenester kan få direkte konsekvenser for så vel pasientsikkerhet, driften av sykehusene og tilliten til helsetjenesten.

Endringsledelse og digital kompetanse
Digitalisering er en lederoppgave. Tiltak må ses i sammenheng med organisasjon, arbeidsprosesser og kultur. Gevinster realiseres først når løsningene tas i bruk som en integrert del av klinisk og administrativ praksis. Dette fordrer ofte at eksisterende praksis og arbeidsprosesser må endres og blir dermed en forutsetning for at konkrete gevinster kan realiseres basert på digitaliseringens muligheter.

Digital kompetanse skal være en grunnleggende del av fagutøvelsen. Den omfatter praktisk bruk av verktøy og mer avansert forståelse av arbeidsflyt, data, analyse, kunstig intelligens og informasjonssikkerhet. Regionalt senter for digital læring og kompetanseutvikling på Akershus universitetssykehus skal bidra til mer samhandling og mindre dublering.

Brukerdrevet utvikling skal gi raskere endringer og bedre brukeropplevelser. Helse Sør-Øst RHF skal løfte fram lokale initiativ og etablere rammer som sørger for at gode ideer tas i bruk på tvers av foretaksgruppen.

Regional delstrategi for teknologiområdet beskriver prioriterte satsingsområder, mål og tiltak innen området i perioden.

Mobile medarbeider – med Arena mobil som første prosjekt

Sykehuset Østfold HF leder det regionale programmet «Den mobile medarbeider», en klinikkstyrt modell for digital utvikling der faget sitter i førersetet og teknologien følger etter.

Første prosjekt er mobil tilgang til DIPS Arena (EPJ) for leger og sykepleiere: journal i lomma, dokumentasjon i sanntid, sikker pasientliste og prøvesvar/-bestilling der du er.

Modellen bygger på frikjøp av klinikere som digitaliseringsledere (50 %) samt ulike nettverk i avdelingene. Målet er en varig struktur for å redusere teknologisk plunder og heft.

De neste fire årene vil vi:	Hvordan vet vi om vi er på riktig vei?
• Videreutvikle styrings- og samarbeidsmodeller som gjør teknologi til en integrert del av tjenesteutviklingen. • Videreutvikle og ta i bruk digitale pasientforløp, digital hjemmeoppfølging, kunstig intelligens og automatisering der dette gir dokumentert nytte. • Bruke data bedre til forbedringsarbeid, styring, forskning og innovasjon. • Videreføre regional satsing på helselogistikk og personaleffektive løsninger.	• Digitale løsninger gir støtte til flere sammenhengende pasientforløp, og flere pasienter følges opp digitalt når det er faglig forsvarlig. • Kunstig intelligens og automatisering brukes i kliniske og administrative arbeidsprosesser med dokumentert nytte og forsvarlig styring. • Helsepersonellet er fornøyd med de digitale tjenestene de benytter og opplever at disse frigjør tid til mer pasientrettet arbeid.
• Øke bruken av fagarbeidere, breddekompetanse og oppgavedeling for å frigjøre tid til pasientrettet arbeid. • Bidra til at utdanningene vekter bredde- og generellkompetanse innen alle fagfelt • Videreutvikle heltidskultur, helsefremmende arbeidstidsordninger og bedre bemanningsplanlegging. • Modernisere praksisstudier og kompetanseutvikling i tråd med nye arbeidsformer og ny teknologi. • Etablere fast regional topplederarena. • Styrke digital kompetanse og endringskompetanse hos ledere og medarbeidere.	• Antallet lærlinger og fagarbeidere øker, og flere helseforetak bruker regionale og lokale kompetanseplaner mer systematisk. • Arbeidsmiljø og nærvær utvikler seg positivt, bemanningen blir mer stabil og bruken av innleie går ned. • Bemanningsplanlegging og ressursstyring fungerer bedre, med tydeligere sammenheng mellom behov, kompetanse og drift.

3.4 Ta kunstig intelligens i praktisk bruk

Vi må bruke tid på det som er viktig

Kunstig intelligens (KI) vil være et sentralt virkemiddel for å forbedre helsetjenesten den kommende perioden.

Kunstig intelligens er ikke fullstendig nytt og har vært prøvd ut i mindre skala innen helse i flere år. Det nye den kommende perioden er omfanget og skaleringen av KI-baserte løsninger både til administrative og kliniske formål med dokumenterte gevinster for både pasientbehandlingen og effektiviteten i driften av sykehusene.

For Helse Sør-Øst handler KI-satsingen først og fremst om å få mer tid til pasientene, bedre arbeidshverdag for ansatte og en helsetjeneste som kan møte morgendagens kapasitetsutfordringer.

Hva KI faktisk kan gjøre – og hva det ikke kan

Kunstig intelligens er ikke én teknologi, men en familie av verktøy med det til felles at de er trent på store datamengder og kan støtte beslutningstaking og/eller utføre avgrensede oppgaver. Innen administrative oppgaver kan KI-løsninger lære kontinuerlig, mens KI-løsninger til bruk i klinisk praksis i større grad krever CE-merking basert på MDR-direktivet og dermed blir mer statiske.

I Innen radiologi kan KI-løsninger både hjelpe radiologen med å forenkle og forbedre tolkning av bilder, men også gjøre en første-vurdering av bildene. Dette legger til rette for bedre bruk av ressursene til de pasientene som trenger det mest. De mest avanserte KI-løsningene innen radiologi er regulert for en viss grad av autonomi og kan avlaste helsetjenesten ved å gjøre selvstendige vurderinger innen et avgrenset område (f.eks. øyebunns-bilder innen diabetisk retinopati og røntgen thorax).

KI kommer med et stort gevinstpotensial, men også med risiko og viktige spørsmål som må besvares. KI kan gjøre feil, forsterke skjevheter som finnes i datagrunnlaget og gi falsk trygghet. Det reiser dessuten spørsmål om personvern og informasjonssikkerhet som må tas på alvor. Dette krever en risikobasert tilnærming, tydelig ansvar for kvalitet og risiko, åpenhet om begrensninger og løpende oppfølging av hva løsningene faktisk gjør i praksis. KI-forordningen vil stå sentralt i dette arbeidet.

I motsetningen til mange helsesystemer internasjonalt, har Helse Sør-Øst kommet forbi piloteringsfasen av KI-baserte verktøy og er allerede godt i gang på flere områder.

KI innen radiologi – Vestre Viken HF

Bildediagnostikk er et av de fagområdene der KI har kommet lengst. Vestre Viken HF startet med KI innen radiologi, og gjennom regionale innovasjonsmidler og faglig nettverk brer dette seg til alle sykehusene i regionen og til resten av landet. Resultater så langt viser at KI bidrar til et betydelig antall sparte timer ved å fjerne overflødige legekonsultasjoner og en vesentlig reduksjon i ventetid for pasienter. Radiologene kan bruke tiden på pasienter som trenger det mest.

Kunstig intelligens radiologi

Vestre Viken var først ut med å ta i bruk KI i bildediagnostikk, og de gode erfaringene herfra har ført til at applikasjonen fraktur- og skjelettskader nå er en nasjonal løsning.

Målet med KI-satsningen er å frigjøre tid som kan brukes der behovet er størst, få ned ventetidene, og å gi våre ansatte en bedre arbeidshverdag. Vi vil bidra til å forme fremtidens helsetjeneste - ikke bare vente på den.

Tale til sammendrag – på vei inn i alle sykehusene

Tiden til vårt helsepersonell er den knappeste ressursen vi har. Mye av tiden brukes på dokumentasjon - på å skrive ned det som er sagt, vurdert og besluttet i møtet med pasienten. Det er nødvendig arbeid, men det tar tid og trekker oppmerksomheten bort fra pasienten i rommet.

Flere helseforetak i Helse Sør-Øst og nasjonalt har testet løsninger der tale fra kliniske samtaler automatisk transkriberes og struktureres til et journalnotatutkast med generativ KI. Klinikeren gjennomgår, justerer og godkjenner det endelige journalnotatet. Dokumentasjonsarbeidet blir med denne type KI-verktøy vesentlig forenklet og krever markant mindre tid.

Helse Sør-Øst har inngått rammeavtale med fire leverandører som muliggjør rask innføring i foretaksgruppen. Fra sommeren 2026 er det startet en kontrollert og systematisk bredding av disse løsningene i sykehusene i Helse Sør-Øst, noe som repliseres i de øvrige regionene som også er omfattet av rammeavtalen.

Tidlige tilbakemeldinger fra de som har testet løsningene er positive: mer tid i samtalen med pasienten og mindre tid foran skjermen etterpå. Tilbakemeldingene viser samtidig at det er store variasjoner i

hvor store gevinstene er for de ulike brukergruppene ved sykehusene. Målet er at løsningen tas i bruk av alle klinikere som ønsker det og får gevinster av det i planperioden.

En forventet videreutvikling og bruk av denne type KI-løsninger er at de også vil kunne foreslå medisinsk koding og diagnostisering. En risikobasert tilnærming vil være sentralt for å lykkes med dette neste steget og MDR-direktivet vil være til stor hjelp i dette arbeidet.

KI som assistent– fra rekruttering til hele den administrative hverdagen

«Agentisk KI» kan forstås som neste steg etter generativ KI. Der generativ KI stort sett produserer nytt innhold (f.eks. et journalutkast), bruker agentisk KI generativ KI som metode for å utføre målrettede oppgaver. Det er KI-systemer som ikke bare svarer på spørsmål, men som innenfor definerte rammer selv tar initiativ, koordinerer mellom systemer og gjennomfører sammensatte oppgaver, uten at en person trenger å styre hvert enkelt steg. Dette representerer et kvalitativt skifte fra det vi har sett til nå.

Potensialet er størst der hverdagen er full av komplekse, regelstyrte prosesser som krever mange systemer og mye koordinering, men der selve fagvurderingen er mindre kritisk enn i klinisk praksis.

Det beskriver store deler av administrativt og HR-relatert arbeid i sykehus: Rekruttering, ressursplanlegging, innkjøp, logistikk, avvikshåndtering, kontraktsoppfølging med mer. Disse prosessene er i dag tidkrevende og sårbare for feil og agentisk KI kan dermed tilføre stor verdi både mht. spart tid og kvalitet i prosessene.

Helse Sør-Øst RHF har startet et samarbeidsprosjekt med Oslo universitetssykehus HF, Sykehuspartner HF og leverandører for å gi administrativ støtte gjennom hele rekrutterings- og ansettelsesprosessen.

Agentisk KI i praksis – rekruttering

Utprøvingen tester hva agentisk KI kan gjøre i en sykehuskontekst og legger grunnlaget for bruk på tvers av administrative og HR-relaterte prosesser.

Rekrutteringsagenten følger lederen steg for steg gjennom hele prosessen, fra å vurdere behovet og skrive stillingsannonse, via forhåndsvurdering og intervju, til ansettelse og oppfølging. Den har tilgang til regelverk, retningslinjer og veiledere, koordinerer mellom systemer og sørger for at ingenting glemmes. Den vil imidlertid *ikke* bli brukt til å rangere eller sortere søkere.

Neste steg etter rekruttering kan være on-boarding, HR-prosesser, ressursplanlegging eller avvikshåndtering. Alle er aktuelle kandidater for agentisk KI.

Dette er et samarbeidsprosjekt mellom teknologileverandør, Sykehuspartner, Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF. Erfaringene fra utprøvingen vil være grunnlag for å avgjøre hvor agentisk KI gir størst nytte i regionen fremover.

Men rekrutteringsagenten er bare starten. Erfaringene fra denne utprøvingen skal brukes til å forstå hvordan agentisk KI kan forenkle administrative prosesser i sykehus, og til å identifisere de neste områdene der det gir størst nytte. HR-prosesser, administrativ koordinering og støtte til mellomledere i komplekse beslutningsprosesser er alle aktuelle neste steg, og listen vil vokse etter hvert som erfaringene bygger seg opp.

Tre perspektiver for bruk av KI i sykehus – for pasienter, ansatte og samhandling

KI skal bidra til bedre og raskere diagnostikk, mer treffsikker behandling og kortere ventetid. Det skal gi pasienter mer tid med helsepersonellet og gjøre tjenestene mer tilgjengelige. Pasienter og pårørende skal vite at det er kvalifisert helsepersonell som har ansvaret for dem, uavhengig av hvilke verktøy som brukes.

KI skal avlaste medarbeiderne for tidkrevende oppgaver som dokumentasjon, rapportering og koordinering, slik at den frigjorte tiden kan brukes på pasienter og kolleger. Ansatte skal involveres i utvikling og innføring av KI-løsninger, for det er de som best vet hva som fungerer, og hva som skaper nye problemer. KI skal ikke være noe som skjer med ansatte, men noe de er med på å forme.

Samarbeidet mellom sykehus og kommuner er fortsatt en av de største organisatoriske utfordringene i norsk helsetjeneste. KI er foreløpig ikke tatt i bruk her, men også her vil KI kunne brukes til å lette det administrative arbeidet i helsefellesskapene, bidra til bedre struktur og samarbeid i sammensatte pasientforløp.

Ansvarlig bruk og systematisk innføring

Kunstig intelligens er hverken helt nøytral eller objektiv. Løsningene speiler de dataene de er trent på, og dataene er ikke alltid representative for alle pasientgrupper. KI-systemer som er trent primært på data fra én etnisk gruppe kan potensielt gi dårligere resultater for andre etniske grupper.

KI-systemer som er trent på historiske ansettelsesdata, kan reprodusere historiske skjevheter. Dette er ikke bare teoretiske problemer, men dokumenterte utfordringer i helsetjenester verden over. Validering av nye løsninger er derfor en forutsetning før disse tas i bruk, spesielt i klinisk praksis.

I planperioden skal vi bredde KI-løsninger som virker. Helse Sør-Øst skal stille krav til transparens, etterprøvbarhet og jevnlig evaluering av alle KI-løsninger som tas i bruk. Det skal være tydelig hvem som har faglig ansvar for beslutninger der KI inngår, og vi skal gjenbruke valideringsresultater på tvers av helseforetak for å sikre at gode løsninger spres raskere og feil ikke gjentas.

Sammenheng med øvrige satsingsområder

KI er ikke et isolert satsingsområde, men et virkemiddel som binder de øvrige satsingsområdene tettere sammen. Det støtter helsekompetanse ved å gi pasienter bedre informasjon, muliggjør det utadvendte sykehuset og behovsstyrt poliklinikk, og bidrar til å redusere uønsket variasjon ved å gjøre praksis mer konsistent. KI frigjør dessuten tid for ansatte, noe som er en forutsetning for å lykkes med rett kompetanse og organisering, og det understøtter forskning og innovasjon ved å gjøre helsedata mer tilgjengelige og analyserbare.

De neste fire årene vil vi:	Hvordan vet vi om vi er på riktig vei?
• Innføre KI-støttet bildediagnostikk i alle helseforetak i regionen. • Gjøre tale-til-sammendrag tilgjengelig for klinisk personell som har nytte av det.	• Dokumentert tidsbesparelse for klinisk personell som bruker KI-verktøy. • Kvalitetsindikatorer for KI-støttet diagnostikk viser stabilt høyt nivå. • Ansatte opplever KI som et nyttig verktøy, ikke en byrde eller trussel.

• Ta i bruk agentisk KI på administrative og koordinerende oppgaver i hele regionen, ikke bare rekruttering. • Etablere tydelige rammer og ansvar for KI-bruk i klinisk og administrativ praksis.	• Alle innførte KI-løsninger har tydelig ansvar, evalueringsplan og sporbar effekt.

3.5 Redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester

Vi vil gjøre de riktige tingene med best mulig kvalitet

Søkelys på uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester er relativt nytt. Utfordringen er både underforbruk av nødvendige tjenester og overforbruk av tjenester med lav verdi, ofte preferanse- og tilbudsstyrt.

Legeforeningen beskrev i 2016 overdiagnostikk, overutredning og overbehandling som et reelt problem i norsk helsetjeneste. I 2018 startet foreningen kampanjen «Gjør kloke valg», en norsk versjon av «Choosing Wisely», for å redusere overbehandling og overdiagnostikk.

Kloke valg sykehus og legekontor

Kloke valg er etablert på alle sykehus i Helse Sør-Øst og flere legekontorer. I tillegg spredd seg til alle landets helseregioner.

Formålet er å redusere utredning og behandling som ikke gir helsegevinst for pasientene og som i verste fall kan skade.

Målsettingen er økt kvalitet på helsetjenestene, og det er utarbeidet kriterier som må oppfylles dersom sykehus skal kunne kalle seg et "Kloke valg-sykehus".

Arbeid med uønsket variasjon i Helse Sør-Øst RHF
Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst gjennomførte i 2018 en revisjon ved Sykehuset Østfold HF og anbefalte bedre systemer for å redusere uønsket variasjon i regionens helseforetak.
I 2021 ble uønsket variasjon løftet som et sentralt kunnskaps- og utfordringsområde i delstrategien for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

I 2023 behandlet styret første dedikerte styresak om uønsket variasjon og vedtok tre innsatsområder: (1) enkelte typer artroskopiske skulderinngrep (2) rutine gastroskopier av pasienter < 55 år og (3) invasiv utredning av pasienter med stabil angina pectoris.

Norsk operativ gruppe for revurdering (NOR)
I 2024 vedtok de administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene å etablere Norsk operativ gruppe for revurdering (NOR), et interregionalt initiativ ledet av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord. NOR skal identifisere, vurdere og

redusere bruk av helsetjenester med lav verdi og bidra til at klinisk praksis følger beste praksis gjennom systematisk revurdering, faglige anbefalinger og nasjonal koordinering.

NOR baserte oppstarten på de tre innsatsområdene som Helse Sør-Øst RHF styret vedtok i 2023. Ekspertgrupper for hvert område har gitt anbefalinger om tiltak for å redusere forbruket. NOR har også vedtatt to nye innsatsområder: bruk av arbeids-EKG ved utredning av mistanke om koronarsykdom og utredning og behandling av pasienter med mistanke om ADHD.

Klinisk dashbord

En utfordring har vært begrenset tilgang til aktivitetsdata for å følge opp uønsket variasjon i kvalitet og forbruk, særlig i et format egnet for styre og foretaksledelse på regionalt og helseforetaksnivå. Helse Sør-Øst RHF har derfor utviklet et klinisk dashbord som i 2025 ble overført til SKDE. De publiserer en nasjonal utgave av dashbordet som oppdateres hvert tertial.

Dashbordet er supplert med data om regionale forskjeller i tapte leveår for pasienter med schizofreni og forbruksrater for klinisk kjemi og billeddiagnostikk. En modul for overvåkning av forbruk av dyre legemidler er under utvikling.

Helse Sør-Øst RHF bruker i tillegg egne data for 30-dagers dødelighet, der det er innhentet tillatelse til å koble data fra Norsk pasientregister med data fra de nasjonale kvalitetsregistrene for hjerneslag og hjerteinfarkt.

Dashborddata gjennomgås regelmessig i faste oppfølgingsmøter mellom helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF, og utvalgte data presenteres halvårlig for styret i Helse Sør-Øst RHF.

Internasjonalt samarbeid

Helse Sør-Øst RHF har inngått samarbeid med helsemyndigheter i Danmark, Sverige og Finland om et felles nordisk dashbord for sammenligninger på tvers av landegrenser. Dette kan gi mer kunnskap om effekter av organisering og bidra til normerende forbruksrater.

Det er også etablert samarbeid mellom hovedstatssykehusene i Norden (NUHA-samarbeidet) for å utvikle et dashbord tilpasset høyspesialiserte aktiviteter.

Det finnes lite kunnskap om effekten av ulike virkemidler for å redusere overforbruk av utredning og behandling med lav kost–nytte. Evalueringer av nasjonale kampanjer som Choosing Wisely og EBI UK (Evidence Based Intervention Programme) har dessverre til nå vist kun marginale effekter på forbruksrater. Tett oppfølging i lokal lederlinje og lett tilgjengelige oppdaterte forbruksdata ned på lokalt nivå er trolig avgjørende.

Helse Sør-Øst RHF har derfor vektlagt å publisere erfaringer fra NOR-arbeidet i internasjonale tidsskrift og å samarbeide tett med utenlandske miljøer for erfaringsutveksling.

De neste fire årene vil vi:	Hvordan vet vi om vi er på riktig vei?
• Gjøre styrer og foretaksledelse i helseforetakene ansvarlige for å redusere uønsket variasjon i kvalitet, pasientsikkerhet og forbruksrater. • Følge effekten av og når nødvendig justere NOR-tiltakspakker for å redusere overforbruk • Gjennom NOR utarbeide implementeringspakker for å redusere bruk av arbeids-EKG ved mistanke om	• Følge opp uønsket variasjon i kvalitet, pasientsikkerhet og forbruksrater i oppfølgingsmøter med helseforetakene. • Følge data i klinisk dashbord for å sikre at forbruksratene for tjenester med lav kost–nytte for våre helseforetak er blant de laveste i landet. • Justere tiltak i vedtatte NOR-implementeringspakker ved manglende effekt, blant annet gjennom

koronarsykdom og gjennomgå praksis for utredning og behandling ved mistanke om ADHD.	erfaringsutveksling med de andre nordiske landene.

3.6 Forskning og innovasjon – ny kunnskap og bedre helsetjenester

Vi skal bruke det vi kan om forskning og innovasjon til å gjøre helsetjenesten bedre

Forskning er en av spesialisthelsetjenestens kjerneoppgaver og skal bidra til å sikre kvalitet, pasientsikkerhet og bærekraft i helsetjenestene i Helse Sør-Øst. Forskning skal være tett integrert med klinisk virksomhet, utdanning og innovasjon og er en forutsetning for måloppnåelse for sentrale styringsdokumenter som Nasjonal strategi for persontilpasset medisin (2023-2030) og Nasjonal handlingsplan for kliniske studier og klinisk forskning (2026-2036).

Forskning og innovasjon skal benyttes for å gjøre helsetjenesten bedre. I tillegg til tjenesteinnovasjon innbefatter det forskningsmidler dedikert til helsetjenesteforskning og midler til kommersialiserbar innovasjon.

Å gjøre helsetjenesten bedre betyr også å utvikle sykehusene som gode arbeidsplasser som rekrutterer og beholder ansatte, samtidig som vi kan følge opp og behandle flere pasienter uten at kvaliteten svekkes og uten å bruke mer personalressurser enn vi har tilgjengelig.

3.6.1 Forskning

Helse Sør-Øst forvalter årlig betydelige regionale forskningsmidler som lyses ut i åpne og konkurransebaserte prosesser. Utlysningene skal også understøtte regionale målrettinger og legge til rette for samarbeid på tvers av fagmiljøer og institusjoner i regionen. Det legges vekt på prosjekter som kan dokumentere relevans for klinisk praksis, pasientnytte og utvikling av helsetjenestene.

Helse Sør-Øst har også forskningsgrupper som driver banebrytende forskning internasjonalt, blant annet innen kreft, immunologi, hjerte, hjerne og psykisk helse. Disse utvider vårt kunnskapsgrunnlag, og bidrar til at norske pasienter får tidlig tilgang til ny behandling.

Prioriterte områder for forskning reflekterer både samfunnets behov og regionens strategiske satsinger. Dette inkluderer blant annet forskning på samhandling og tjenesteutvikling, digitale helsetjenester og bruk av helsedata, samt forskning på helhetlige pasientforløp og helsepersonellbesparende tiltak. Forskningen skal også bidra til kunnskap som støtter utviklingen av tjenester nærmere der pasienten bor og på pasientens premisser.

Ikke-universitetssykehusene har en viktig og tydelig rolle i forskningen i regionen. De skal bidra til å styrke bredden og relevansen i forskningsaktiviteten, særlig knyttet til klinisk praksis, pasientnære problemstillinger og samhandlingen med kommunehelsetjenesten. For å lykkes med dette er det behov for å videreutvikle forskningskompetanse, etablere gode samarbeidsstrukturer med universitetssykehusene og sikre tilgang til nødvendige støttefunksjoner og infrastruktur. Helse Sør-Øst RHF har videreført en særskilt avsetning til denne forskningen siden 2016.

Strategiske støttefunksjoner er avgjørende for å styrke kvalitet, gjennomføringsevne og internasjonal konkurransekraft i forskningen. Regional forskningsstøtte i Helse Sør-Øst skal bidra med rådgivning og tjenester gjennom hele forskningsløpet, inkludert prosjektutvikling, søknadsstøtte, studiedesign, statistikk, juridiske vurderinger og håndtering av helsedata. NorCRIN (Norwegian Clinical Research Infrastructure Network) er en sentral del av slik støtte og bidrar til at gjennomføring av kliniske studier skjer med høy kvalitet i tråd med nasjonale og internasjonale standarder.

Regionale kjernefasiliteter utgjør en annen viktig del av forskningsinfrastrukturen. Disse fasilitetene gir forskere i Helse Sør-Østtilgang til avansert utstyr, metoder og spesialisert kompetanse som det ikke er hensiktsmessig å bygge opp ved hver enkelt institusjon. Kjernefasilitetene bidrar til effektiv ressursutnyttelse, høy kvalitet og standardisering, og styrker grunnlaget for samarbeid både nasjonalt og internasjonalt.

3.6.2 Bedre på jobb – ny metode for tjenesteinnovasjon

Helse Sør-Øst RHF satte i 2026 av 35 millioner kroner til tjenesteinnovasjon. Vi har snudd en betydelig del av innsatsen fra frie utlysninger til lokale prosjekter til mer målrettede utlysninger knyttet til satsingsområdene i utviklingsplanen, og videre til å prioritere initiativer som er strategisk viktige og gjennomførbare. Dette er arbeidsmåter som skal innføres og tas i bred bruk og ikke avgrensede pilotprosjekter.

Helse Sør-Øst RHF har et innovasjonsteam med representanter fra kompetanse og utdanning, teknologi og digitalisering og medisin og helsefag. I 2025 besøkte teamet alle helseforetakene med spørsmålet: «Hva gjør dere som er så bra at andre burde gjort det samme?» Slik ble ideer samlet, og ildsjelene bak ble identifisert.

Initiativene ble vurdert ut fra:

- Er de viktige og relevante utover eget foretak?
- Kan de vise til resultater?
- Har de plan for spredning?
- Har teamet og prosjektleder gjennomføringsevne?
- Hvem kan kobles på av andre som gjør noe lignende?
- Ville vi investert om dette var en «oppstartsbedrift»?

Prosessen ga 11 initiativer som er løftet videre som strategiske satsinger. De ansvarlige får stor handlingsfrihet, men med støtte fra innovasjonsteamet.

Arbeidet følger fire trinn der det siste er under utvikling:

1. *Identifisere initiativer med resultater og nytte for flere foretak*, og med mulighet for å engasjere andre.
2. *Gi tid*: midler brukes primært til frikjøp, slik at ansatte har realistisk mulighet til å utvikle prosjektet.
3. *Bygge nettverk* på tvers av sykehus og sikre spredning.
4. Når tiltak virker flere steder, må vi ta steget videre til *standardisering*. Det vil innebære enkel effektvurdering, forankring i fagmiljø, standardisering der det er mulig via fagdirektørene, og beslutning om endring hos sykehusdirektørene.

Bedre på jobb - strategiske tjenesteinnovasjonssatsinger

Initiativene under følger metodikken. Nærmere omtale av alle finnes som eksempler i utviklingsplanen. De kan grovt deles i tiltak som påvirker arbeidsmiljø og ansatte, og tiltak som

representerer nye arbeidsmåter eller helsetjenester. Deltakelsen endrer seg raskt (status mars 2026).

Navn	Beskrivelse	Deltagere	Status
Kloke valg	Gjøre mer av det vi vet virker – i sykehus og sammen med fastleger	Sykehuset i Vestfold (SiV), Sykehuset Innlandet HF (SI), Akershus universitetssykehus HF (Ahus), Vestre Viken HF (VV)	Startet ved SiV. Trinn 3.
Fadderordning for LIS-leger	God mottakelse av nye kollegaer. trygghet og arbeidsmiljø	Medisinske avdelinger i alle HF og private ideelle sykehus, psykisk helse/rus, flere andre avdelinger. Stor spredning også nasjonalt. Starter også for LIS1	Startet ved SiV. Klare for trinn 4.
Råbra	Fra ensidig avviksfokus til også å anerkjenne det som går bra	Sykehuset Telemark HF (ST), Ahus, Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS), Frambu, Helse Sør-Øst RHF (HSØ)	Startet på Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og i ST. Trinn 3.
Utvikle og beholde sykepleiere på sengepost	Karrierevei og rom for faglig utvikling på sengepost	Alle helseforetak og private ideelle sykehus	Startet på OUS. Trinn 3.
Veiledning og vurdering av leger i utdanning	Kurs som gjør leger i stand til å utdanne egne kolleger	Samarbeid mellom Ahus, Sykehuset Østfold HF (SØ) og SiV	Startet på Ahus. Bruker eksisterende utdanningsnettverk. Klare for trinn 4.
Digital psykisk helse	Knytte digitale tjenester til en sammenhengende digital tjeneste	SI, SiV, LDS	Etablert nettverk. Trinn 3.
KI i praktisk bruk	Bruke eksisterende løsninger til å forenkle arbeidsprosesser	Oslo universitetssykehus HF (OUS) og HSØ (prosess for ansettelser)	Startet på OUS. Trinn 2.
Automatisering Bruk av RPA/robot	Ta i bruk eksisterende muligheter for automatisering	Alle helseforetakene og Diakonhjemmet sykehuset (DS)	Startet i ST (ventelisterydding). Trinn 3.
Mobil medarbeider og digital utvikling	Fra PC til mobil i klinikken og bedre rammer for digital utvikling	SØ	Startet i SØ. Trin 2-3.
Kunstig intelligens radiologi	Startet som «KI brudd», utvidet til flere områder	Alle helseforetakene i Helse Sør-Øst	Startet i VV. Nettverk etablert. flere elementer klare for «tatt i bruk». Klar for trinn 4.
Behovsstyrt poliklinikk	Fra kalenderstyring til behovsstyring	Alle helseforetakene	Startet i VV. Nettverk godt etablert. Klar for trinn 4.

Navn	Beskrivelse	Deltagere	Status
Hjemmesykehus	Mer spesialisthelsetjeneste utenfor sykehus	Ahus, OUS og VV	Startet på Ahus og OUS. Trinn 3.
Integrerte helsetjenester for skrøpelige eldre	Bedre samarbeid om en gruppe i sterk vekst	Alle helseforetak og private ideelle sykehus	Startet på Ahus. Trinn 3.

I tillegg lyser Helse Sør-Øst RHF ut midler til mindre prosjekter og overføring av gode ideer mellom sykehus. Også disse rettes inn mot «Bedre på jobb».

Innovasjon for næringsutvikling

Helse Sør-Øst RHF samarbeider med Inven2 (www.inven2.com). Inven2 skal på vegne av helseforetakene i Helse Sør-Øst og Universitetet i Oslo omgjøre forskning til samfunnsnyttige produkter, tjenester og oppstartselskaper. Om lag 150 ideer meldes inn årlig. Arbeidet gir resultater både i form av produkter i markedet og selskaper i vekst. Flere av Norges mest verdifulle biotekselskaper er etablert med utgangspunkt i prosjekter fra Inven2, og dette bidrar til å bygge helsenæringen.

To tredjedeler av Inven2s bedrifter og lisenser er innen livsvitenskap.

Innovasjons som blir til næring

EpiGuard AS (Oslo universitetssykehus HF): Utvikler transportisolator for sikker transport av smittsomme pasienter.

Holocare AS (teknologi fra Oslo universitetssykehus HF): Utvikler holografiske løsninger i forkant av kompliserte operasjoner.

Foto: EpiGuard og Holocare

Samarbeid med andre aktører

For å lykkes med mål og satsingsområder i Regional utviklingsplan 2040 er spesialisthelsetjenesten avhengig av tett, forpliktende og systematisk samarbeid med eksterne aktører. Dette gjelder også for samarbeidet om forskning og innovasjon, med kommunene, akademi og helsenæringen. Det er behov for tydelige prinsipper, strukturer og rutiner som styrker dialog, samhandling og felles prioriteringer på tvers av nivåer og sektorer. Helsefellesskapene er en sentral arena for å utvikle og forankre også denne samhandlingen.

Utviklingsplanen legger til rette for etablering av tjenester nærmere der pasienten bor og i større grad tilpasset pasientens behov og livssituasjon. Dette forutsetter ny kunnskap om samarbeid med kommunehelsetjenesten, styrket kompetanse i helhetlige pasientforløp og bedre utnyttelse av digitale og teknologiske løsninger. Samtidig krever det en mer integrert forståelse av pasientens samlede behov på tvers av tjenestenivåer. Kunnskapsgrunnlaget må legges i fellesskap med bred innsats fra både forskningsmiljø og innovasjonsteam.

Næringslivet er en viktig samarbeidspartner i utviklingen av fremtidens helsetjenester, og kan bidra med innovasjonskraft, nye arbeidsformer og økt gjennomføringsevne. Helse- og omsorgssektoren skal være en tydelig, kompetent og krevende utviklingspartner og kunde. Sammen med kommunene har spesialisthelsetjenesten et ansvar for å utnytte potensialet i samarbeid med helsenæringen til beste for pasienter og samfunn. Det må legges bedre til rette for at næringslivet kan bidra som en aktiv partner i forsknings- og innovasjonsaktiviteter.

I Oslo-regionen ligger forholdene særlig godt til rette for videre utvikling av samarbeid innen livsvitenskap, blant annet gjennom initiativet Oslo Science City i samarbeid med Universitetet i Oslo. Slike satsinger understøtter målsettingene i utviklingsplanen og bidrar til å koble forskning, innovasjon, utdanning og næringsutvikling tettere sammen til beste for pasientbehandlingen og samfunnets behov.

3.6.3 Veien videre for forskning og innovasjon

Vi vil styrke helhetlig og tverrfaglig forskning og innovasjon i regionen, og knytte bruk av forsknings- og innovasjonsmidler tettere til strategiske satsingsområder

Forskning og kommersialiserbar innovasjon har etablerte systemer og rutiner. Dette gir et godt grunnlag for videre utvikling av arbeidsform, metodikk og planer.

Tjenesteinnovasjon er i rask utvikling. Målretting av utlysninger mot satsingsområdene i regional utviklingsplan har gitt mer erfaring og læring som vi skal bygge videre på.

Å investere i tjenesteinnovasjon er som å investere i en oppstartsbedrift
Ved investering i oppstartsbedrifter forventer man ofte at kun én av ti lykkes. Slik er det ofte også i tjenesteinnovasjon: mange tiltak gir lokal nytte, men få blir så vellykkede at de bør innføres regionalt og nasjonalt. Vi mangler i dag tilstrekkelig systematikk for å identifisere og spre initiativer som bør skaleres.

I oppstartsverdenen omtales fasen fra dokumentert idé til finansiert spredning som «dødens dal». Tilsvarende utfordring finnes i tjenesteinnovasjon. Det er behov for en mekanisme som sørger for at gode løsninger sprer seg og tas i bruk. Helse Sør-Øst RHF vil lage en modell for dette som del av oppfølgingen av regional utviklingsplan.

De neste fire årene vil vi:	Hvordan vet vi om vi er på riktig vei?
• Videreutvikle forskning og innovasjon med vekt på nytteverdi og brukerperspektiv • Målrette forskningsinnsats innen psykisk helse, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og andre områder der behovet er stort • Øke deltakelse og forskningsaktivitet ved ikke-universitetssykehus • Fortsette tjenesteinnovasjonsatsingen Bedre på jobb • Flytte prosjektene fra samarbeid i nettverk til tatt i bruk i regionen	• Måle ressursinnsatsen innen forskning med 2015 som utgangspunkt • Antall og andel forskningsprosjekter ledet av ikke-universitetssykehus øker • Antall inkluderende pasienter i kliniske studier per år og andel studier øker gjennomført iht. plan • Vi har etablert et system for å ta innovasjoner med dokumentert effekt i bredere bruk • Antall innovasjonstiltak som går fra pilot til regional implementering

3.7 Beredskap

Alle må tenke beredskap

Et mer krevende trusselbilde
Norge står i dag overfor et sikkerhetspolitisk landskap som er mer uforutsigbart og krevende enn på flere tiår. Trusselbildet er preget av raskere endringer, økt usikkerhet og et internasjonalt system under betydelig press. Dette påvirker allianser og forpliktende internasjonalt samarbeid, og innebærer at Europa må ta et større ansvar for egen sikkerhet. Norge må på sin side bidra gjennom et sterkere forsvar og en mer robust totalberedskap.

Den sikkerhetspolitiske situasjonen gir flere og mer komplekse beredskapsoppgaver. Sammensatte hendelser, sårbar forsyning og økt risiko for bortfall av kritisk infrastruktur – som strøm, vann, digital kommunikasjon og medisinske leveranser – er blitt mer reell. Innsiderisiko, avhengighet av utenlandske teknologitjenester og sårbar digital og fysisk infrastruktur er også sentrale risikoområder. Dette stiller nye krav til robusthet, reserveløsninger og evne til å opprettholde kritiske funksjoner over tid.

Etterretningstjenestene (EOS) peker i trusselvurderingene for 2026 på økt aktivitet fra statlige aktører. Særlig, cyberangrep, desinformasjon, økonomisk press og påvirkningsoperasjoner løftes fram som virkemidler for å destabilisere og undergrave tillit. Teknologisk utvikling og global økonomisk integrasjon har samtidig gjort kritisk infrastruktur, digitale systemer og forsyningskjeder mer sårbare. Spesialisthelsetjenestens egen trusselvurdering trekker frem at organisert cyberkriminalitet utgjør den mest alvorlige trusselen.

I dette landskapet utfordres skillet mellom fred og konflikt. Norske fagmiljøer peker på at helsepersonell i økende grad blir mål i krig, og at dette truer fundamentet for helsetjenesten. Krig vil sette spesialisthelsetjenesten under sterkt press og krever tydelige prioriteringer av personell, utstyr og andre innsatsfaktorer. Styrket forsvarsevne og samfunnets motstandsdyktighet er områder som må prioriteres.

Samlet vil dette kreve tettere samvirke mellom spesialisthelsetjenesten, Forsvaret og øvrige totalforsvarsaktører.

Helse Sør-Øst skal styrke sin rolle i regional og nasjon beredskap
Helse Sør-Øst skal styrke sin rolle i regional og nasjonal beredskap i samarbeid med kommuner, fylkeskommuner, statsforvaltere, Forsvaret, øvrige regionale helseforetak og myndigheter.

Totalberedskapsmeldingen og Helseberedskapsmeldingen, ligger til grunn. Nasjonal helseberedskapsplan er overordnet rammeverk for helse- og omsorgssektorens arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap, inkludert ny helseberedskapsmodell.

Nasjonal helseberedskapsplan peker på seks prioriterte risiko- og sårbarhetsområder:
- Sammensatte trusler og krig
- Digital sikkerhet
- Forsyningssikkerhet
- Pandemi og smittsomme sykdommer
- Trygg vannforsyning

- Atomhendelser som truer liv og helse

Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet en ROS-analyse som dekker disse områdene.

Beredskap forutsetter tilstrekkelig personell med riktig kompetanse og evne til rask mobilisering og omdisponering.

Langvarige, tverrsektorielle hendelser krever omstilling, fleksibilitet og kapasitet. Det skal foreligge planer for omstilling av kapasitet, inkludert omdisponering, opplæring og koordinering av personell på tvers av helseforetak og helseregioner.

Endringer i trusselbildet gjør beredskap til et høyt prioritert område. Helse Sør-Øst skal styrke evnen til å håndtere hele krisespekteret fra fred til krig. Med utgangspunkt i planverk og ROS-analyser er de viktigste utviklingsområdene pandemi, bortfall av kritisk infrastruktur, forsyningssvikt, digital sikkerhet og krig.

Pandemi

Epidemier og pandemier kan gi langvarig kapasitetsbelastning og kreve særskilt kompetanse og beredskap. Erfaringene fra covid-19 viser store samfunnskonsekvenser og behov for rask omdisponering, prioritering og målrettede smitteverntiltak. Behovet for behandlingskapasitet vil kunne øke, med lokale og regionale forskjeller i smittetrykk.

Foretaksmøtet 16. januar 2024 ga de regionale helseforetakene ved Helse Sør-Øst RHF, ansvar for et permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr, basert på lageret etablert under covid-19. Ansvaret omfatter varebeholdning, innkjøp, rullering, organisering, drift og forvaltning. Lageret skal for det meste tilsvare om lag seks måneders pandemiforbruk.
Ved ny pandemi eller krise som krever uttak til den offentlige helsetjenesten, overtar staten ved Direktoratet for medisinske produkter (DMP) styring av lageret og prioriterer fordeling mellom statlig, kommunal, militær og privat virksomhet i helse- og omsorgssektoren.

Bortfall av kritisk infrastruktur og kritiske innsatsfaktorer

Strøm, vann, tilgang til informasjon og elektronisk kommunikasjon er kritisk for sykehusdrift. Redundansen varierer i regionen, og variasjonen må reduseres slik at sykehusene er bedre rustet ved bortfall.
Økt bruk av digitale løsninger gir nye sårbarheter. Sykehusene må kunne håndtere hendelser som medfører langvarig bortfall av kritisk infrastruktur (minimum syv dager), med planer for redusert tjenestetilbud, manuelle løsninger og omdisponering av personell.

Forsyningssvikt

Forsyningssvikt kan følge av hendelser også utenfor Norge. Geopolitisk uro kan gi transporthindringer, handelsbarrierer og restriksjoner. Pandemi kan redusere tilgang på utstyr gjennom stengte grenser, råvaremangel, høy etterspørsel og stans i produksjon. Cyberangrep kan ramme innkjøps- og logistikksystemer.

Sykehusene er avhengige av leverandøravtaler lokalt, regionalt og nasjonalt. Stabil tilgang på varer og tjenester er avgjørende for drift. Covid-19, krigene i Ukraina og Midtøsten og klimaendringer har synliggjort sårbarhet i globale forsyningslinjer.

Det regionale forsyningssenteret (HSØ FS) skal sikre tilgang på kritiske medisinske forbruksvarer. Målinger over flere år viser varierende leverandørpresisjon. Lagerbeholdningen er derfor styrket, og HSØ FS kan ved svikt bidra med rasjonering og omfordeling.

Digital sikkerhet
Informasjonssystemene er avhengige av blant annet strøm, vann (til kjøling), personell, leverandører, programvareoppdateringer og nettverk. Sårbarheter i disse kan utnyttes av trusselaktører.

Trusselvurderingen for digital sikkerhet i spesialisthelsetjenesten omfatter tilsiktede hendelser og oppdateres årlig. Organiserte kriminelle og enkelte statlige aktører utgjøre den største trusselen. Eksempler på metoder er:

- Sårbarhet i leverandørkjedene: Svakheter i produkter og tjenester i tredjepartsløsninger utnyttes til driftsforstyrrelser eller sikkerhetsbrudd.
- Bruk av kunstig intelligens i angrep: Kunstig intelligens kan finne sårbarheter og øke tempo og treffsikkerhet i angrep.

Vi må kunne utnytte kunstig intelligens i sikkerhetsarbeidet for å motstå avanserte angripere.

Økt digital endringsevne prioriteres i planperioden for å møte stormaktsrivalisering og global usikkerhet.

Krig
Helsetjenesten er en sentral totalforsvarsaktør. Totalforsvaret bygger på gjensidig støtte og samarbeid mellom forsvarssektoren og det sivile samfunnet i hele krisespekteret. Ved krig må spesialisthelsetjenesten kunne levere tjenester til sivilbefolkningen og militære styrker gjennom godt samvirke. Norge er, gjennom NATO, forpliktet til å ha evne til å håndtere masseskade, noe som innebærer at spesialisthelsetjenesten må kunne samarbeide tett med Forsvaret og andre sivile aktører for å sikre en helhetlig behandlings- og evakueringskjede.

Behandlings- og transportkapasitet vil bli presset, med stor tilstrømning av skadde. Tilgang på personell, forbruksvarer, medisinsk-teknisk utstyr, legemidler og blod vil bli utfordret. Det vil være behov for å styrke egen robusthet og evne til å levere helsetjenester, både uten tilgang på all nødvendig infrastruktur og utstyr, men også fra tilflukts-/dekningsrom og fra alternative lokasjoner utenfor det ordinære sykehusområdet.

De neste fire årene vil vi:	Hvordan vet vi om vi er på riktig vei?
• Styrke evnen til å håndtere langvarig bortfall av kritisk infrastruktur • Forsterke forsyningsberedskap for forbruksvarer, legemiddel og utstyr • Arbeide systematisk for å forebygge risiko for- og håndteringen av digitale angrep • Opprettholde smittevernberedskap med utgangspunkt i erfaringene fra pandemien • Styrke spesialisthelsetjenestens rolle i totalforsvaret	• Gjennom analyser kartlegge avhengigheter og identifisere tiltak • Overvåke forsyningssituasjonen gjennom samarbeid med Sykehusinnkjøp HF og opprettholde system for forebyggende tiltak • Følge opp revisjon av ROS-analyser innen IKT-området • Avstemme regionalt planverk med Nasjonal pandemiplan • Harmonisere planverk med nasjonale konsepter/planer, samt samordne beredskapsplaner med relevante aktører

4 Fra plan til gjennomføring

Det må bli kortere vei fra gode ideer til nye måter å løse oppgaver på

Regional utviklingsplan har et langt og et kort perspektiv. 2040-perspektivet skal gi retning for valgene vi gjør nå, selv om framtiden er usikker.

Det korte perspektivet beskriver hva som må gjøres de neste årene: Hvordan tiltak skal gjennomføres, hvilke mål som settes, hvordan effekt skal måles, og hvem som må bidra. Føringer og premisser i planen konkretiseres i delstrategier og fagplaner og tas inn i oppdrag og bestillinger til helseforetakene og i rullering av økonomisk langtidsplan.

Planens satsingsområder skal gi bedre tjenester og mer bærekraftig drift. Vi skal styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse, slik at de kan medvirke og vi kan utvikle helsetjenesten sammen.

Økt brukerstyring og digital hjemmeoppfølging skal gi pasientene mer fleksibel oppfølging. Det kan samtidig redusere behovet for bemanning og areal i sykehusene.

Bedre samarbeid om pasienter med størst behov skal redusere liggedøgn. Det handler ikke om å skyve oppgaver til kommunene, men om nye måter å følge opp pasientene på. Helsefellesskap og felles datagrunnlag gir nye muligheter.

Vi skal redusere uønsket variasjon og bruke tiden bedre for å styrke kvalitet, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Målet er å bruke ressursene riktig. Forskning og innovasjon skal understøttes som drivere for videre utvikling.

Endringer lykkes bare gjennom medbestemmelse og samarbeid. Medvirkning trengs på alle nivåer, og pasienter og ansatte er alltid sentrale. Ledere i sykehus og helseforetak skal lede gjennomføringen. Det krever kunnskap og tid til å lede og ikke bare administrere.

Det finnes mange gode ideer, men for få blir gjennomført og skalert. Vi skal etablere en mer systematisk tilnærming som gjør at godt dokumenterte løsninger tas i bruk i hele regionen.

Helse Sør-Øst skal bidra til å fjerne hindringer og flaskehalser som stopper lokal utvikling. En del kan vi håndtere selv, mens noen tiltak må løses med hjelp av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Helseforetak, sykehus og kommuner må samarbeide om fleksible oppfølgingsmodeller for våre felles pasienter.

Utfordringene er mange – men ingen utfordring uten mulighet. Utgangspunktet vårt er en av verdens beste helsetjenester, og det er vårt ansvar å forvalte og utvikle den videre.