

# Utviklingsplan 2035

Sunnaas sykehus HF

”  
Det høyspesialiserte  
rehabiliteringssykehuset



SUNNAAS SYKEHUS



# Innhold

<b>Forord</b> .....	4	2.5	Organisasjon og ledelse.....	21
<b>Sammendrag</b> .....	6	2.6	Bemanning og kompetanse.....	22
<b>1 Bakgrunn og historikk</b> .....	9	2.6.1	Tilgang på kompetanse – faglig og teknologisk utvikling.....	23
1.1 Gjennomføring av prosjektet.....	9	2.6.2	Utdanning og kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner.....	23
1.2 Mandat, organisering og interesser.....	9	2.7	Innovasjon og forskning.....	23
<b>2 Nåsituasjonen</b> .....	10	2.7.1	Innovasjon.....	23
2.1 Pasientens helsetjeneste.....	10	2.7.2	Forskning.....	24
2.1.1 Pasienttilfredshet.....	10	2.8	Økonomi.....	25
2.2 Pasientbehandling.....	11	2.9	Teknologi og utstyr.....	26
2.2.1 Pasientbehandling – faglig prioritering.....	11	2.10	Dagens bygg – tilstand og muligheter.....	26
2.2.2 Overføringssamarbeid med traumesykehuset (OUS) og de øvrige akuttsykehusene.....	14	2.10.1	Areal.....	26
2.2.3 Kvalitet og pasientsikkerhet.....	14	2.10.2	Tilstandsvurdering.....	27
2.2.4 Pasient- og pårørendeopplæring.....	15	2.10.3	Tomt og eiendomsforhold.....	27
2.3 Nasjonale og regionale funksjoner.....	15	<b>3 Gjeldende overordnede strategier og føringer</b> .....	28	
2.4 Oppgavedeling og samhandling.....	16	3.1.1	Anbefalinger i Nasjonal Traumeplan.....	28
2.4.1 Samhandling med helseforetakene.....	16	3.1.2	Anbefalinger i Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag.....	28
2.4.2 Samhandling med kommunene.....	17	3.1.3	Prioriterte satsinger i HelseOmsorg21.....	29
2.4.3 Samhandling med private rehabiliteringsinstitusjoner og sykehus.....	17	3.1.4	Føringer fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetakenes utviklingsplaner.....	29
2.4.4 Pasientforløp 2018.....	18			
2.4.5 Internasjonal aktivitet.....	19			

<b>4</b>	<b>Utviklingstrekk og framskrivning</b>	30	<b>7</b>	<b>Konsekvenser</b>	45
4.1	Demografi og sykdomsutvikling	30	7.1	Organisasjon og ledelse	45
4.2	Endringsfaktorer	31	7.2	Oppgavedeling og samhandling	45
4.3	Kapasitetsberegning	32	7.3	Bemanning og kompetanse	45
<b>5</b>	<b>Analyse og veivalg for helseforetaket</b>	34	7.4	Teknologi og utstyr	46
5.1	Utfordringsbildet – rehabiliteringstilbudet i regionen	34	7.5	Bygg	47
5.1.1	Finansiering	35	7.6	Finansiering	47
5.1.2	Avklaringsbehov – nasjonal og regional oppgave- og funksjonsfordeling	35	<b>8</b>	<b>Referanser og bakgrunnsdokumenter</b>	48
5.2	Risiko- og mulighetsanalyser	35	<b>9</b>	<b>Vedlegg</b>	49
5.3	Kriterier for valg	35			
<b>6</b>	<b>Målbilde: Sunnaas sykehus – det høyspesialiserte rehabiliteringssykehuset</b>	37			
6.1	Tverrfaglig ambulant rehabiliteringspoliklinikk	38			
6.2	Rehabiliteringsakademiet	39			
6.3	Kompetansepakker	40			
6.4	Fag- og forskningsnettverk	40			
6.5	Intervensjonscenter for innovasjon og utprøving av ny teknologi	41			
6.6	Pasientforløp i 2035	42			
6.7	Kvalitetsregister	42			
6.8	Sunnaas sykehus som samfunnsaktør	44			



## Forord

Sunnaas sykehus HF har i mer enn 60 år vært en viktig nasjonal aktør i utviklingen av fagområdet spesialisert rehabilitering. Sykehuset skiller seg fra andre helseforetak ved at faglig organisering, forskning, innovasjon, samhandling og kompetanseutvikling og -utveksling i sin helhet er rettet mot det spesialiserte pasienttilbudet innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

Sykehusets viktigste bidrag til pasienter, pårørende og samfunn er å yte effektiv, høyspesialisert rehabilitering med mål om å styrke pasientens mulighet til livsutfoldelse, arbeid og samfunnsdeltakelse.

Sykehuset har en sterk posisjon nasjonalt og regionalt, og er en betydelig internasjonal aktør med et bredt nettverk på rehabiliteringsfeltet. Posisjonen gir sykehuset forutsetninger for å bidra til å løse utfordringer som skisseres i blant annet Nasjonal traumeplan, Den nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21, Nasjonal helse- og sykehusplan samt føringer fra Helse Sør-Øst RHF for helseforetakenes utviklingsplaner.

Regjeringens perspektivmelding<sup>1</sup> tegner et overordnet utfordringsbilde som helsesektoren og Sunnaas sykehus må forholde seg til. Knapphet på arbeidskraft og strammere økonomi vil kreve omstillinger og bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Det stilles skjerpede krav til bærekraft i langtidsplaner.

Utviklingsplanen viser et målbilde hvor Sunnaas sykehus HF er et nasjonalt tyngdepunkt innen spesialisert rehabilitering, i en fremtid med forventet ressursknapphet. Pasienter med komplekse funksjonstap, enten medfødt eller etter sykdom og skade, tilbys døgnbaserte og polikliniske tilbud tilpasset individuelle behov. For å gi pasientene best mulig tilgang til behandling og helhetlige, sømløse pasientforløp, utvikler sykehuset virtuelle behandlingstilbud og en ambulant tverrfaglig rehabiliteringspoliklinikk. Sykehuset har nasjonale og regionale funksjoner for utvikling og spredning av kunnskap og kompetanse, og for samhandling og utprøving av ny teknologi innen spesialisert rehabilitering.

<sup>1</sup> Meld. St. 29 (2016–2017) Perspektivmeldingen 2017.



Et moderne og høyteknologisk Sunnaas sykehus vil møte pasientenes behov for rehabilitering, og samtidig gi bedre utnyttelse av samlede ressurser. Pasientene vil få mer likeverdig tilgang til høyspesialisert rehabilitering uavhengig av hvor de bor. Sykehuset kan gi et bedre klinisk tilbud enn i dag, bidra til bedre kapasitetsutnyttelse og et styrket data- og kunnskapsgrunnlag. Tilgjengelighet og styrket samarbeid med aktørene i fagfeltet vil legge et godt grunnlag for effektivisering av innovasjonsarbeidet og utviklingen av nye produkter og tjenester.

Utviklingsområdene som vektlegges i Sunnaas sykehus 2035 er resultat av mange års klinisk praksis og forskning, samt bred dialog med ulike interessenter, tilbakemeldinger fra pasienter og brukere, fra landsomfattende brukerorganisasjoner og fra samarbeidende helseforetak, kommuner og bydeler.

I Sverige, Danmark og Storbritannia brukes begrepet høyspesialisert rehabilitering om behandlingstilbud som oppfyller definerte kriterier. Opptaksområdet bør

ha en populasjon større enn 2,5 millioner. Det stilles krav til antall spesialiteter som skal involveres, og en nasjonal frekvens på diagnosegruppene som inkluderes. Høyspesialisert rehabilitering er mer ressurskrevende enn spesialisert rehabilitering på områdesykehusnivå.

Når begrepet benyttes i det følgende, menes ressursintensiv rehabilitering der den enkeltes pasientforløp blant annet krever innsats fra et stort antall profesjongrupper med høy sær- og tverrfaglig kompetanse. Høyspesialisert rehabilitering forutsetter døgkontinuerlig lege og sykepleietilsyn, kompetanse til håndtering av medisinske komplikasjoner, tilrettelagte fasiliteter samt kompetanse-krevende utstyr. Høyspesialisert rehabilitering ledsages av forskning, fagutvikling og kompetansevirksomhet knyttet til den kliniske virksomheten og sykehusets sterke universitetstilknytning.

# Sammendrag

Sunnaas sykehus HF er et veldrevet helseforetak med stabilt gode resultater innen pasientbehandling, kompetanseutvikling, pasienttilfredshet, medarbeider-tilfredshet, økonomi, forskning og innovasjon. Sykehuset har nasjonale og regionale funksjoner og universitetsfunksjoner, og har som selvstendig helseforetak en markant posisjon som landets ledende spesialsykehus innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

Personer som har pådratt seg ryggmargsskader, hjerneskader eller alvorlig skade i to eller flere kroppsregioner, utgjør de største pasientgruppene sykehuset behandler. I tillegg bruker mange pasienter med kroniske nevrologiske eller muskel- og skjelettsykdommer sykehusets tjenester. Helseforetaket har en egen enhet for barn og unge, og TRS, som er et av landets ni kompetansesentre for sjeldne sykdommer, er lagt til Sunnaas sykehus.

Det kliniske tilbudet er sengebasert, ambulant og poliklinisk. Det sengebaserte rehabiliteringstilbudet gis som primæropphold kort tid etter at skaden eller sykdommen har oppstått, som opphold senere i skadeforløpet for kontroll og/eller vurdering av videre rehabiliteringsbehov, eller som opptrening. Sykehuset har livsløpsansvar for enkelte av målgruppene. Oppfølgings-, kontroll- og vurderingstilbudene er i økende grad organisert poliklinisk og ambulant.

Systematisk og hensiktsmessig samhandling med andre deler av helsetjenesten er avgjørende for å skape gode og helhetlige pasientforløp. Sunnaas sykehus har en egen samhandlingsavdeling som ivaretar dette på et overordnet, regionalt nivå. To regionale funksjoner, Regional koordinerende enhet for rehabilitering (RKE) og Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR), inngår som viktige deler i samhandlingsavdelingen.

Foretaket har universitetsfunksjoner, med et titalls bistillinger ved Universitetet i Oslo, OsloMet og Norges Idrettshøyskole, og driver utstrakt forsknings- og undervisningsvirksomhet med bidrag fra flere internasjonale gjesteprofessorer. Sykehusets innovasjonsenhet er sammen med enhet for teknologi og e-helse koblet tett opp mot klinikk og forskning, eksterne innovasjonsmiljøer og næringsliv.

Pasienter med lavfrekvente og komplekse skader fulgt av fysiske og/eller kognitive funksjonsutfall, har i dag et mangelfullt rehabiliteringstilbud. Det er variasjon og underkapasitet i rehabiliteringstilbudet generelt, og det er ikke likeverdig tilgang til høyspesialisert rehabilitering. I en fremtid med flere eldre og økt overlevelse etter skade og sykdom, vil det være av vesentlig betydning for både pasienters livskvalitet og samfunnets økonomiske bæreevne at så mange som mulig rehabiliteres optimalt med tanke på grad av arbeidsdeltakelse og selvhjelpenhet.

I dialog med pasienter, brukerorganisasjoner, andre helseforetak og kommuner, har sykehuset kommet frem til flere konkrete forslag som vil bidra til å løse utfordringene. Denne utviklingen av sykehusets virksomhet kommer i tillegg til, og som en forsterkning av eksisterende klinisk tilbud:

- Tverrfaglige, ambulante rehabiliteringspoliklinikker
- Rehabiliteringsakademiet med kompetanseutveksling, undervisning og utdanning, utvikling og deling av kunnskapsbaserte kompetansepakker, standardisering av prosedyrer og rutiner
- Styrket nasjonal og regional rolle i fagutvikling og forskningssamarbeid

- Intervensjonscenter for innovasjon og utprøving av ny teknologi
- Fag- og forskningsnettverk
- Kvalitetsregister og analysesenter for rehabilitering

Sykehuset står overfor spesifikke utfordringer som må løses, slik at de ikke får begrense en utvikling i ønsket retning. Potensielle endringer i basisfinansieringen gir uforutsigbarhet. Den innsatsstyrte finansieringen «premierer» døgnbasert pasientbehandling, også der pasientene kunne hatt bedre effekt av poliklinisk tilbud eller telerehabilitering hjemmefra i form av videokonsultasjoner eller nettbaserte tjenester. Dette ville vært mer kostnadseffektivt i et samfunnsperspektiv, men dagens system for innsatsstyrt finansiering fremmer ikke slike løsninger. Utviklingen av fagfeltet fysikalsk medisin og rehabilitering og Sunnaas sykehus HF mot 2035, forutsetter en omlegging av finansieringsordningen. Utvikling av et likeverdig helsetilbud, mer poliklinikk og ambulant tjeneste, samt kompetansedeling og nettverkssamarbeid, fordrer at den offentlige finansieringsordningen legger til rette for nye måter å drive sykehusene på.

Helsesektoren som helhet står overfor utfordringer knyttet til ressurstilgang, både økonomisk og når

det gjelder rekruttering. Ny teknologi og nye måter å organisere tjenester på gjør det mulig å få mer ut av ressursene. Løsningsforslagene planen presenterer gir bedre samlet utnyttelse av ressursene ved sykehuset og i rehabiliteringsfeltet regionalt og nasjonalt.

Det ventes sterkere konkurranse om kvalifisert arbeidskraft i planperioden. Sunnaas sykehus som høyspesialisert rehabiliteringssykehus trenger spesialkompetanse både blant tradisjonelle og nye yrkesgrupper, noe som stiller krav til langsiktige planer for videreutdanning og rekruttering. Det er vesentlig å strømlinjeforme organisasjonen, arbeidsprosesser internt, og samarbeidet med kompetansemiljøer utenfor sykehuset for å sikre best effekt av samlet ressursinnsats.

Dagens bygningsmasse har erkjente utfordringer. Deler av bygningsmassen gir utfordringer ved at de ikke oppfyller krav som stilles til pasient-, laboratorie- og logistikkfasiliteter, og heller ikke de prinsipper for helbredende arkitektur som moderne rehabiliteringssykehus bør utformes etter. Behov for slutføring av vedtatt<sup>2</sup> utviklingsplan for bygningsmassen er en vesentlig konsekvens som beskrives avslutningsvis i planen. Det redegjøres også for konsekvenser for organisasjon og ledelse, for kompetanse og samhandling, samt teknologiske følger av forslagene.

<sup>2</sup> Brev fra Helse Sør-Øst RHF 08/01456-11, 14. november 2011.





# 1 Bakgrunn og historikk

Mye er endret siden Birgit og Rolf Sunnaas grunnla Sunnaas sykehus i 1954, men tverrfaglig innsats for mestring og livskvalitet står likevel som en fellesnevner gjennom sykehusets historie.

Sykehuset var i Oslo kommunes eie fra 1979 inntil 2002 da helsereformen kom og Sunnaas sykehus ble et helseforetak.

At sykehuset har forblitt eget helseforetak, har vært avgjørende for utviklingen av Sunnaas sykehus som et moderne rehabiliteringssykehus, med fokus på kunnskapsbaserte rehabiliteringsprogrammer og sterk satsing på kompetanseutvikling gjennom forskning, innovasjon og samhandling med nasjonale og internasjonale rehabiliteringsmiljøer.

## 1.1 Gjennomføring av prosjektet

Utviklingsplanen baserer seg på sykehusets Strategi 2030<sup>3</sup>. Strategi 2030 ble utarbeidet gjennom medvirkning fra fagmiljøer, brukerutvalg, tillitsvalgte og andre interessenter, og de samme gruppene har vært involvert i arbeidet med utviklingsplanen.

Sunnaas sykehus HF har arbeidet med utviklingsplanen som en åpen prosess. Foretaket gjorde innledningsvis en interessentkartlegging som la fundamentet for en dialogrunde med helseforetakene i Helse Sør-Øst, flere kommuner som har fått pasienter utskrevet fra sykehuset siste år, private rehabiliteringsinstitusjoner og fastleger. Disse ga innspill om behov og forventninger i årene frem mot 2035. På nettsiden sunnaas.no har brukere og allmennhet kunnet følge arbeidet. Det har også vært gjennomført en intern høringskonferanse og et debattmøte for ansatte.

<sup>3</sup> Vedtatt i foretakets styre 22.6.2016. Se vedlegg V og VI.

## Historisk utvikling

- 1954** Grunnlagt av ekteparet Birgit og Rolf Sunnaas
- 1973** Sunnaas sykehus skole etableres
- 1974** Fjerde byggetrinn ferdigstilles, og sykehuset når sitt høyeste sengetall med 274 senger
- 1979** Sykehuset overtas av Oslo kommune
- 1995** Status som sykehus med universitetsfunksjoner
- 2002** Sykehusene overtas av staten – status som eget helseforetak i Helse Øst
- 2003** Overtar Drøbak rehabiliteringssenter med tilhørende eiendom
- 2004** Overtar Askim sykehus
- 2004** Overtar TRS – Nasjonalt kompetansesenter for sjeldne diagnoser
- 2005** Sunnaas sykehus skole omdannes til Sunnaas Spesialpedagogiske Kompetansesenter (SSKS)
- 2007** Etablering av poliklinikk i Oslo
- 2008** Byggetrinn 1: Omfattende rehabilitering av deler av bygningsmassen
- 2008** - Ansvar for Regional koordinerende enhet rehabilitering (RKE)
- 2013** Ansvar for Regional kompetansetjeneste rehabilitering (RKR)
- 2015** Aktivitet fra Askim flyttes og eiendommer i Drøbak og Askim selges – alle inneliggende pasienter er samlet på Nesodden
- 2015** Byggetrinn 2: Åpner nytt sykehusbygg på 5 000 kvadratmeter
- 2015** Åpner barne- og ungdomsenhet

## 1.2 Mandat, organisering og interessenter

For mandat, prosjektorganisering, interessentoversikt og involveringstiltak, se vedlegg I og II.

## 2 Nåsituasjonen

### 2.1 Pasientens helsetjeneste

Vellykket rehabilitering krever sterk innsats fra pasienten selv. Sunnaas sykehus HF inkluderer pasientene som aktive og likeverdige partnere, slik at de får eierskap til egen rehabilitering gjennom hele pasientforløpet. På organisasjonsnivå er brukerne representert i sykehusets brukerutvalg og ungdomsråd.

Brukerutvalget medvirker aktivt i sykehusets arbeid med revidering av mål, byggeplaner, utviklingsarbeid og utviklingsplanen og andre strategiske prosesser. Ungdomsrådets oppgave er å lytte til pasient og pårørende, og å fremme synspunkter og saker som kan bidra til å forbedre pasienttilbudet til unge brukere. Sykehuset arrangerer pasientallmøter og dialogmøter med alle brukerorganisasjoner for pasientgrupper som behandles ved sykehuset.

I møte med den enkelte pasient gir sykehuset tilbud om tilpasset pasient- og pårørendeopplæring og involvering i avgjørelser gjennom pasientens rehabiliteringsprosess. Sykehusets brukerkonsulenter gjør et arbeid av stor verdi ved å bistå pasientene i rehabiliteringsprosessen.

#### 2.1.1. Pasienttilfredshet

Pasienttilfredshetsundersøkelsen gjennomføres kontinuerlig, og det tas ut tertialvise og årlige resultater.

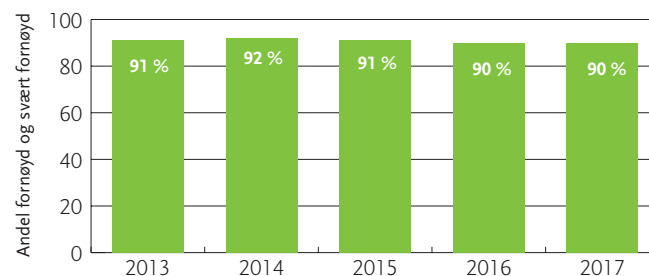
Alle pasienter inviteres til å svare anonymt på undersøkelsen. Pasientene bes om å gi sine tilbakemeldinger i løpet av den siste uken av oppholdet. Resultatene brukes systematisk i forbedringsarbeidet i de ulike avdelingene og enhetene ved sykehuset.

Fra 2016 ble nye pasienttilfredshetskjemaer innført. Undersøkelsen består av fem ulike skjemaer tilpasset de ulike typene av opphold:

- Subakutt rehabilitering
- Oppfølging og vurdering
- Barn (0–5 år) og deres pårørende
- Barn og unge (6–18 år) og deres pårørende
- Poliklinikk

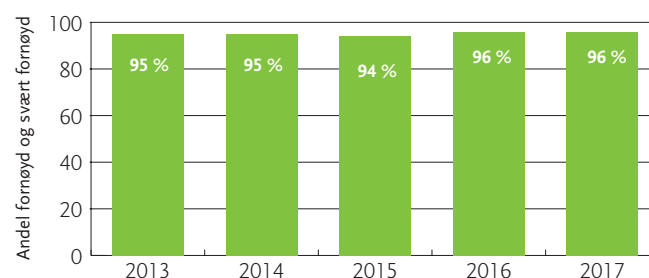
Måltallet for tilfredshet på Sunnaas sykehus er over 90 %.

Fig I: Hvor fornøyd er du med tilbudet ved Sunnaas sykehus HF (2017)?



Pasientene gir sykehuset best skår på spørsmål om opplevelse av trygghet under innleggelse.

Fig II: Pasientenes opplevelse av trygghet (2017).





## 2.2 Pasientbehandling

### 2.2.1. Pasientbehandling – faglig prioritering

Målgruppene for det tverrfaglige rehabiliteringstilbudet ved Sunnaas sykehus HF er pasienter med komplekse fysiske og/eller kognitive funksjonsnedsettelse. Dette som følge av skade/sykdom i sentralnervesystemet (hjerne, ryggmarg), det perifere nervesystemet, multitraumer inkludert amputasjoner, og kronifiserte og/eller kompliserte muskel-/skjeletttilstander betinget av ulike årsaker, inkludert sjeldne tilstander.

Vurdering av henvisning og inntak av pasienter gjøres i tråd med lovpålagte oppgaver, nasjonale og regionale føringer uttrykt i det årlige oppdrags – og bestillerdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF, og avtaler med andre helseforetak. Sunnaas sykehus er på grunnlag av føringene forpliktet til å gi et tilbud til definerte pasientgrupper («sørge-for ansvar»). Pasienter fra andre helseregioner som ønsker rehabilitering ved sykehuset tas inn ved ledig kapasitet. I 2017 kom 86 % av pasientene fra helseregion sør-øst. Sunnaas sykehus samarbeider tett med helseforetakene i regionen, og har nasjonale, regionale og områdefunksjoner for personer med behov for spesialisert rehabilitering.

Sykehusets kliniske tilbud er organisert i rehabiliteringsprogrammer under kliniske programområder som understøttes av bemanningsprofil, funksjonslaboratorier, forskningsaktiviteter og innovasjonsarbeid.

#### Laboratorier ved Sunnaas sykehus:

- Bevegelseslab
- Klinisk-fysiologisk lab
- Klinisk-kjemisk lab
- Røntgen (driftes av innleid personell fra OUS)
- Urodynamisk lab
- Dysfagi/svelgfunksjonsundersøkelser
- Nevropsykologisk lab
- Virtuell rehabiliteringslab

Sykehuset behandler både pasienter med sammensatte funksjonsutfall, og med komplekse og lavfrekvente diagnoser. Tilbud til barn og ungdom er prioritert, og flere av rehabiliteringsprogrammene har et livsløpsperspektiv.

For hvert rehabiliteringsprogram beskrives målgruppe og inntakskriterier. De etiologiske- og/eller funksjonsmessige diagnosegruppene for de ulike rehabiliteringsprogrammene ved Sunnaas sykehus følger av tabellene I-III nedenfor.

Sykehusets kliniske tilbud er organisert i rehabiliteringsprogram<sup>4</sup> fordelt på tre programområder:

- Ryggmargsskade og multitraume (11 rehabiliteringsprogram)
- Hjerneskade (11 rehabiliteringsprogram)
- Vurdering og smerterehabilitering (12 rehabiliteringsprogram)

<sup>4</sup> Oversikt over rehabiliteringsprogrammene, vedlegg IV.

**Tabell 1:** Nøkkeltall, klinisk aktivitet Sunnaas sykehus HF (2017).

Aktivitet/år	2015	2016	2017
Antall utskrivelser for heldøgns pasienter	2 903	3 142	3 129
Antall polikliniske konsultasjoner	3 050	3 606	3 692
Antall poliklinisk konsultasjoner for prosjekt Raskere tilbake	1 410	1 234	1 586
Antall liggedøgn	43 428	43 728	44 330
Antall mottatte henvisninger	5 287	5 186	4 370
Gjennomsnittlig ventetid i dager før innleggelse	52	52	55
Gjennomsnittlig liggetid for heldøgns pasienter	14,9	13,78	13,95
Gjennomsnittsalder til pasienter	47	46	46
Andel timeavtale sammen med svar på henvisning	74 %	76 %	89 %
Epikrisetid	81 %	73 %	78 %
Fall per 1 000 liggedøgn	1,7	1,8	1,3
Andel menn heldøgn	54 %	52 %	53 %
Andel kvinner heldøgn	46 %	48 %	47 %
Andel menn poliklinikk	44 %	46 %	42 %
Andel kvinner poliklinikk	56 %	54 %	58 %



**Tabell II: Rehabiliteringsprogram for voksne: Diagnosegrupper, liggedøgn, gjennomsnittsalder og antall utskrivelser (2017).**

Rehabiliteringsprogram for voksne	Gj.sn. alder	Gj.sn. liggetid	Antall gjennomførte rehabiliteringsprogram	Antall liggedøgn pr. program	Andel av liggedøgn
<b>Ryggmargsskader, multitraume, brannskade og Guillain-Barré syndrom</b>	<b>49,7</b>	<b>17,7</b>	<b>816</b>	<b>14 421</b>	<b>35 %</b>
Rehabiliteringsprogram for ryggmargsskade – Primær - Voksen	51,5	74,6	76	5 672	14 %
Rehabiliteringsprogram for multitraume, brannskade og Guillain-Barré syndrom – Primær - Voksen	44,5	69,1	60	4 146	10 %
RMS, multitraume, brannskade og Guillain-Barré syndrom - Kontroll - Vurdering - Oppfølging - Gruppe - Voksen	49,9	6,8	680	4 603	11 %
<b>Ervervet hjerneskade</b>	<b>48,2</b>	<b>23,1</b>	<b>771</b>	<b>17 789</b>	<b>44 %</b>
Rehabiliteringsprogram for hjerneslag – Primær - Voksen	54,8	46,5	108	5 018	12 %
Rehabiliteringsprogram for traumatisk hjerneskade – Primær - Voksen	46,6	62,5	64	3 999	10 %
Rehabiliteringsprogram for lette til moderate kognitive følgerknninger – Primær - Voksen	45,9	34,6	143	4 943	12 %
Ervervet hjerneskade - Kontroll - Vurdering - Oppfølging - Gruppe - Voksen	47,6	8,4	456	3 829	9 %
<b>Vurdering og smerterehabilitering</b>	<b>44,8</b>	<b>6,8</b>	<b>1 246</b>	<b>8 526</b>	<b>21 %</b>
Smerterehabiliteringsprogram- Voksen	40,7	7,7	485	3 733	9 %
Rehabiliteringsprogram for arbeidsevne - Oppfølging eller vurdering- Voksen	45,6	9,7	279	2 705	7 %
Rehabiliteringsprogram for transportvurdering- Voksen	46,7	2,4	119	289	1 %
Rehabiliteringspotensial - Oppfølging eller vurdering- Voksen	43,9	9,3	95	885	2 %
Rehabiliteringsprogram for cerebral parese - Oppfølging eller vurdering- Voksen	39,7	4,6	79	360	1 %
Rehabiliteringsprogram for spastisitet - Oppfølging eller vurdering- Voksen	47,3	3,0	60	180	0 %
Rehabiliteringsprogram for spise og svelgefunksjon- Voksen	56,7	1,1	70	78	0 %
Rehabiliteringsprogram for poliomyelitt - Oppfølging eller vurdering- Voksen	62,1	5,0	59	296	1 %
<b>Totalsum</b>	<b>47,1</b>	<b>14,4</b>	<b>2 833</b>	<b>40 736</b>	<b>100 %</b>

**Tabell III: Rehabiliteringsprogram for barn: Diagnosegrupper, liggedøgn, gjennomsnittsalder og antall utskrivelser (2017).**

Rehabiliteringsprogram for barn	Gjennomsnitt alder	Gjennomsnitt liggetid	Antall gjennomførte rehabiliteringsprogram	Antall liggedøgn pr. rehabiliteringsprogram
<b>0-18 år</b>				
<b>Hjerneskade</b>	<b>14,6</b>	<b>37,5</b>	<b>47</b>	<b>1 762</b>
Primærrehabilitering - Ervervet hjerneskade	13,7	67,9	23	1 561
Kontroll, oppfølging, vurdering eller gruppe - Ervervet hjerneskade	15,4	8,4	24	201
<b>Ryggmargsskade og multitraume</b>	<b>15,1</b>	<b>20,1</b>	<b>48</b>	<b>963</b>
Primærrehabilitering - Ryggmargsskade/Multitraume/ Amputasjon	15,0	57,3	12	688
Kontroll, oppfølging eller vurdering - Ryggmargsskade/ Multitraume/Amputasjon	15,1	7,6	36	275
<b>Vurdering og smerterehabilitering</b>	<b>11,3</b>	<b>2,6</b>	<b>75</b>	<b>197</b>
Oppfølging eller vurdering - Andre program *	16,3	6,4	18	115
Oppfølging eller vurdering - Transport	16,9	2,2	20	44
Oppfølging eller vurdering - Spise og svelgefunksjon	5,8	1,0	37	38
<b>Totalsum</b>	<b>13,3</b>	<b>17,2</b>	<b>170</b>	<b>2 922</b>

\* Andre program er arbeidsevne, hypermobilitet og rehabiliteringspotensial

### 2.2.2. Overføringssamarbeid med traumesykehuset og de øvrige akuttisykehusene

Pasientene som innlegges til subakutt rehabilitering i Sunnaas sykehus kommer fra akuttisykehus etter prinsippet om at det er pasienter med de mest komplekse skadene som overføres til sykehuset. Flest pasienter kommer fra Oslo Universitetssykehus HF (OUS), som er traumesykehuset for Helse Sør-Øst. For å styrke muligheten til likeverdig tilgang til spesialistrehabilitering, tilstreber Sunnaas sykehus en sammenhengende behandlingsskjede med direkte overføring fra akuttisykehus til rehabiliteringssykehuset. For å sikre dette har sykehuset etablert et tett samarbeid med akutt-/traumesykehus gjennom ambulant virksomhet<sup>5</sup>.

Sykehuset har siden 1990 utviklet og satset på tverrfaglig ambulant team som går visitt hos nyskadede pasienter i på Oslo Universitetssykehus HF. Dette for å sikre god kvalitet i overføringsprosessen i samarbeid med pasient, pårørende og ansatte i akutt-/traumesykehuset. Ved behov utføres det også ambulant tilsyn på andre akuttisykehus i regionen. Etter utskrivning fra Sunnaas sykehus tilbyr ambulant team i en del tilfeller undervisning, veiledning og rådgivning til pasienter og pårørende, til kommunehelsetjenesten, andre helseinstitusjoner, NAV og arbeidsgiver om aktuelle problemstillinger knyttet til den medisinske diagnosen. I 2017 var flere årsverk øremerket ambulant team/virksomhet, og virksomheten hadde i perioden 2014–2017 3–400 konsultasjoner pr. år.

Tverrfaglig arbeidsrettet poliklinikk er fra 2018 en etablert del av sykehusets tilbud. Etableringen er et resultat av det nasjonale prosjektet «Raskere tilbake» fra 2008. Ved prosjektavslutning ultimo 2017 ble konseptet videreført ved bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet til alle helseregioner om å opprette tverrfaglige, arbeidsrettede, polikliniske tilbud i sykehusområdene.

Sunnaas sykehus og spesialisthelsetjenesten arbeider for å styrke det polikliniske tilbudet. Som ledd i dette ble det i 2016 inngått avtale mellom Oslo

### Nasjonal traumeplan

I Nasjonal traumeplan gis faglige anbefalinger om at alle skadegrupper skal vurderes av spesialist fra rehabiliteringsenhet innen tre dager fra skade/innleggelse, og at rehabiliteringen skal starte i intensivfasen på traumesenteret. Sunnaas tilbyr ambulant legevirkosomhet for programområdene hjerneskade og ryggmargsskade/multitraume. Som del av traumerehabiliteringstilbudet ved Sunnaas sykehus inngår røntgentjeneste og fast månedlig ortopedisk og nevrokirurgisk kontroll, utført av radiologitjenesten og ortoped-/nevrokirurg fra traumeenheten ved Oslo universitetssykehus HF.

universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF om etablering av en treningspoliklinikk på Aker helsearena. Treningspoliklinikken åpner sommeren 2018. Personer med fysisk funksjonsnedsettelse og personer med ervervet hjerneskade kan henvises dit for å fortsette rehabilitering etter utskrivelse fra sykehuset.

### 2.2.3. Kvalitet og pasientsikkerhet

Sunnaas sykehus HF arbeider systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet for å sikre tjenester av høy kvalitet. Som ledd i forbedringsarbeidet, har sykehuset fire ganger siden 2006 valgt å bli akkreditert av Commission on Accreditation for Rehabilitation Facilities (CARF), en internasjonal ideell organisasjon som akkrediterer tjenesteleverandører innen medisinsk rehabilitering verden over. Sunnaas sykehus er akkreditert på høyeste internasjonale nivå. Ny akkreditering gjennomføres i juni 2018.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet er iverksatt i sykehuset, og det gjennomføres pasientsikkerhetsvisitter to ganger i året. Kvalitet og pasientsikkerhet er fast tema på alle ledermøter. Det er iverksatt en rekke tiltak for å sikre legemiddelsamstemming, og målrettet arbeid sikrer god struktur på samhandling med kommunehelsetjenesten.

Sykehuset innfører nytt helhetlig kvalitetssystem i 2018, og inngår i denne sammenhengen i et prosjekt der også Sykehuset Telemark HF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuspartner HF og Betanien sykehus deltar. Prosjektet er et samarbeid

<sup>5</sup> Ulike pasientforløp skisseres i fig VI og XIII.

om en felles systemløsning for kvalitetsforbedring, pasient-sikkerhet og HMS. Kvalitetssystemet består av to deler som skal fungere som en helhet:

- Dokumentstyring – inneholder styrende dokumentasjon
- Forbedring – et system for håndtering av avvik- og forbedringsforslag

Selv om målet om 30 % reduksjon av bredspektret antibiotika innen 2020 er nådd, arbeider sykehusets antibiotikateam med et antibiotikastyringsprogram for å redusere bruk av antibiotika generelt og bredspektrede spesielt. Sykehuset registrerer prevalens av helsetjeneste-assosierte infeksjoner (HAI) hvert kvartal på en fast dato. I 2017 ble det registrert HAI hos 3,7 % av inneliggende pasienter. For å forebygge og begrense infeksjoner i helseforetaket tilbyr smittevernpersonell kontinuerlig smittevernundervisning. Smittevernpersonell deltar i internrevisjoner, innovasjonsprosjekter, innkjøp, nybygg og andre steder hvor denne kompetansen vektlegges.

Sykehuset er representert i styringsgruppen for det nasjonale ryggmargsskaderegisteret NorSCIR, og deltar i arbeidet med å kvalitetssikre og videreutvikle registeret. Årsrapporter offentliggjør informasjon om register og resultatinformasjon på nettstedet kvalitetsregister.no.

#### 2.2.4. Pasient- og pårørendeopplæring

Pasient- og pårørendeopplæring er et sentralt element i rehabiliteringsprosessen. God rehabilitering forutsetter aktiv medvirkning fra pasienten. Forståelse og gode kunnskaper om egen tilstand styrker pasientens selvstendige deltakelse i rehabiliteringsprosessen. Sykehuset gjennomfører kontinuerlig opplæringsprogram, og definerer i 2018 læringsmål for alle rehabiliteringsprogram. Samvalg<sup>6</sup> er under innføring, med gjennomføring av to pilotprosjekter

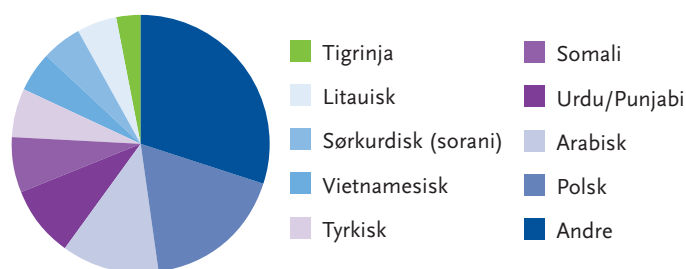
6 Samvalgsverktøy legger til rette for at pasienten får relevant og pålitelig informasjon om sitt helseproblem, og får godt tilrettelagt informasjon om valgmuligheter som finnes. Med bruk av samvalgsverktøy kan pasienten diskutere ulike behandlingsalternativ med helsepersonell, og få et grunnlag for å gjøre valg som passer egne ønsker og behov. For mer informasjon, se: <https://helsenorge.no/samvalg>.

i 2018. Pasient- og pårørendeopplæringen ved sykehuset er individuell- eller gruppebasert, diagnosespesifikk eller lærings- og mestringsorientert.

E-læring er en viktig metode i opplæringen, og Lærings- og mestringscenteret (LMS) ved sykehuset bistår og veileder fagpersoner i arbeidet med utvikling, gjennomføring og evaluering av opplæringen.

Sykehuset har pasienter med opprinnelse fra mange ulike land. Språk kan være utfordrende i pasient- og pårørendeopplæring. Tolketjeneste ble benyttet for nesten 40 ulike språk i 2017.

Fig III: Andel tolkeoppdrag fordelt på språk 2017.



Kategorien «andre» består av språk der andelen av tolkeoppdrag er under 30 %.

### 2.3 Nasjonale og regionale funksjoner

Sunnaas sykehus HF har to formaliserte nasjonale tjenester.

TRS er et nasjonalt kompetansesenter for en rekke sjeldne bensykdommer/skjelettdysplasier, bindevevstilstander med påvirkning av aorta, ryggmargsbrokk og dysmeli. Senteret ble opprettet i 1992, og er i dag ett av ni sentre i Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD). TRS har registrert ca. 4 000 brukere med over 100 ulike diagnoser, og jobber tverrfaglig med personer i alle aldersgrupper. Kompetansesenteret samler, utvikler og sprer kunnskap. Målgruppene er pasienter som har en av diagnosene, pårørende, helsepersonell og andre aktuelle fagpersoner.

### Nasjonale funksjoner

- TRS Nasjonalt kompetansesenter for sjeldne tilstander
- Behandlingstjeneste Locked-in syndrom

### Regionale funksjoner

- Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR)
- Regional koordinerende enhet for rehabilitering (RKE)
- Rehabiliteringstilbud til barn/voksne med ryggmargsskade og barn med ervervet hjerneskade

### Flerområdefunksjoner og «sørge for ansvar»

- Prehabilitering av hjerneslag for sykehusområde Østfold
- Primærrehabilitering av traumatisk hjerneskade sammen med Sørlandet sykehus.

Nasjonal behandlingstjeneste for rehabilitering ved Locked-in syndrom gir tilbud til pasienter med en sjelden form for hjerneslag i hjernestammen som innebærer at pasienten er lammet i hele kroppen og ikke har talefunksjon, mens kognitive funksjoner er normale eller kun lettere nedsatt. Det kliniske tilbudet inkluderer subakutt rehabilitering på Sunnaas sykehus og livslang oppfølging.

Helse- og omsorgsdepartementet har igangsatt et arbeid for å avklare nasjonale funksjoner knyttet til barn med alvorlig ervervet hjerneskade, og rollen til Sunnaas sykehus forventes avklart i 2018.

På oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF har Sunnaas sykehus ansvar for Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) og Regional koordinerende enhet for rehabilitering (RKE). Disse presenteres nærmere nedenfor. RKR- og RKE-funksjonene gir sykehuset gode nettverk og kjennskap til rehabiliteringsfeltet i regionen, og gir sykehuset faglige og organisatoriske forutsetninger for å være en relevant rådgiver innen rehabilitering til det regionale helseforetaket og nasjonalt.

Sunnaas sykehus har regionalt ansvar for rehabiliteringstilbudet til personer med ryggmargsskader og barn med ervervet hjerneskade.

I tillegg til nasjonale og regionale funksjoner, har sykehuset «sørge-for ansvar» for rehabilitering av hjerneslagpasienter for sykehusområde Østfold. Ansvaret for subakutt rehabilitering av traumatisk hjerneskade er som flerområdefunksjon delt med Sørlandet sykehus HF.

Et arbeid med avklaring av regionale og flerområdefunksjoner innen rehabilitering i Helse Sør-Øst pågår, og det ventes i løpet av 2018 flere formaliserte funksjoner for Sunnaas sykehus.

## 2.4 Oppgavedeling og samhandling

Andre somatiske sykehus i regionen har et definert geografisk opptaksområde som inkluderer samarbeidsavtaler med kommunene. Sunnaas sykehus HF er hele regionens spesialsykehus innen rehabilitering, og har ikke egne samarbeidsavtaler med kommunene. Sunnaas sykehus inngår i Oslo sykehusområde og deltar i samarbeidsutvalget som dekker hovedstadsområdet.

### 2.4.1. Samhandling med helseforetakene

Sunnaas sykehus samarbeider tett med de sterke fagmiljøene i regionens traumesykehus Oslo Universitetssykehus HF (OUS), og med de andre helseforetakene som overfører pasienter til sykehuset. Det legges store ressurser i å sikre gode overganger mellom OUS og Sunnaas sykehus, som en prioritert del av «sørge-for ansvaret». Foretakene arbeider etter etablerte rutiner for å informere pasient og pårørende godt i forkant av overføringen. Erfaringer fra dette samarbeidet skal brukes til å styrke samhandlingen også med de andre helseforetakene.

Sykehuset vil legge til rette for en sterkere satsning og et mer forpliktende samarbeid om sømløse behandlingsløp i utviklingen av helsetjenestene i årene som kommer, slik at den komplementære kompetansen i regionen kan utnyttes bedre enn i dag.



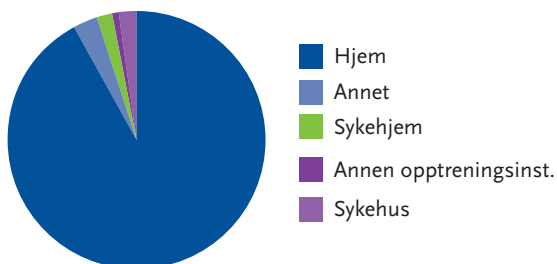


#### 2.4.2. Samhandling med kommunene

Årlig samhandler Sunnaas sykehus med ca. 270 kommuner. Samhandlingen med kommunene rundt den enkelte pasient starter umiddelbart etter innleggelse i sykehuset. Kommunen orienteres om innleggelse, og det etableres dialog om behov for kommunale tjenester. Dialogen går frem til pasienten skrives ut, og omfatter hospitering og møter, der en i stor grad benytter videokonferanse som kommunikasjonsverktøy.

De fleste pasientene ved Sunnaas sykehus har behov for kommunale tjenester etter utskrivning. Sykehuset har koordinatorene i alle kliniske avdelinger, med ansvar for å koordinere tilbudet før, under og etter oppholdet for å sikre både intern samhandling og avsetning av nødvendig ressurser til dialog med kommunene.

**Fig IV:** Hvor pasienter skrives ut til (hjem, kommune, HF, privat institusjon, pluss % andel utenfor Helse Sør-Øst).



86 % av pasientene tilhører region Helse Sør-Øst.

#### 2.4.3. Samhandling med private rehabiliteringsinstitusjoner og sykehus

De fleste (ca. 1 000 sengeplasser) av landets private rehabiliteringsinstitusjoner ligger i Helse Sør-Øst, og det er utbredt bruk av disse institusjonenes tilbud. Helseforetakene i regionen sendte i 2017 totalt over 11 000 henvisninger på pasienter med innvilget rett til helsehjelp til rehabiliteringsinstitusjonene.

For de fleste pasientene er målet å komme hjem etter endt rehabilitering ved Sunnaas sykehus. Det er derfor en relativt lav andel av pasientene som henvises og overføres i direkte forløp til annen institusjon. Det er etablert et godt samarbeid med private rehabiliteringsinstitusjoner for sømløs overføring av de pasientene som har behov for det. Om lag fem prosent av pasientene som har fysiske følgetilstander etter svært alvorlige multitraumer, traumatiske eller atraumatiske ryggmargsskader, overføres direkte til annen institusjon for videre trening. Blant pasienter med følgetilstander etter alvorlige hjernesker og hjerneslag, er tilsvarende prosentandel noe høyere, ca. åtte prosent.

Regional koordinerende enhet for rehabilitering (RKE) rettighetsvurderer årlig over 13 000 henvisninger fra fastleger til de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med Helse Sør-Øst RHF. RKE kjenner tilbudene og opparbeider i sin rådgiverfunksjon et kvalifisert grunnlag for å gi pasienter, pårørende og andre informasjon om hvilke rehabiliteringstilbud som finnes.

#### 2.4.4. Pasientforløp

Pasientgruppene ved Sunnaas sykehus er ulike, og det er ikke mulig å beskrive ett pasientforløp representativt for alle. I figur VI på neste side gis en fremstilling av ett forløp for å illustrere hvilket tilbud pasientene får, og hvordan overføringen mellom leddene i behandlingsskjeden skjer. I figur XIII på s. 43 fremstilles et tilsvarende pasientforløp slik sykehuset ser det for seg i 2035.

#### 2.4.5. Internasjonal aktivitet

Sunnaas sykehus er landets eneste spesialsykehus i rehabilitering, og må derfor samarbeide internasjonalt for å sikre optimal faglig utvikling. Det er samarbeid med høyspesialiserte rehabiliteringssykehus verden over, gjennom Sunnaas International Network (SIN)<sup>7</sup>, og i særdeleshet med institusjoner i Sverige, Danmark og USA. Gjennom SIN-nettverket gjennomføres verdensomfattende studier på slag og ryggmargskader hos barn. Sunnaas sykehus deltar i ulike internasjonale kliniske- og forskningsnettverk, og på internasjonale fag- og forskningskongresser innen rehabilitering. Slik bidrar sykehuset til at internasjonal forskning og beste praksis bringes til Norge, og bidrar også kvalitativt til den internasjonale kunnskapsutviklingen som en etterspurt aktør innen rehabiliteringsfeltet.

Sunnaas sykehus har tradisjon for å bidra i internasjonale samarbeidsprosjekter med mål om kunnskapsutvikling i land hvor rehabiliteringskompetansen er mangelfull. Sykehuset arbeider via Fredskorpset i Kambodsja, og via NORWAC i Libanon og Syria. Samarbeidet med Uruguay og Ukraina er eksempler på prosjekter hvor initiativ er tatt på departementsnivå. Samarbeidet med Uruguay er initiert av landets helseminister, og det norske Helse- og omsorgsdepartementet har tatt initiativ til utviklingsarbeidet i Ukraina.

<sup>7</sup> Forskningsnettverket Sunnaas International Network (SIN) har representasjon fra USA, Kina, Russland, Palestina, Israel, Sverige og Norge.



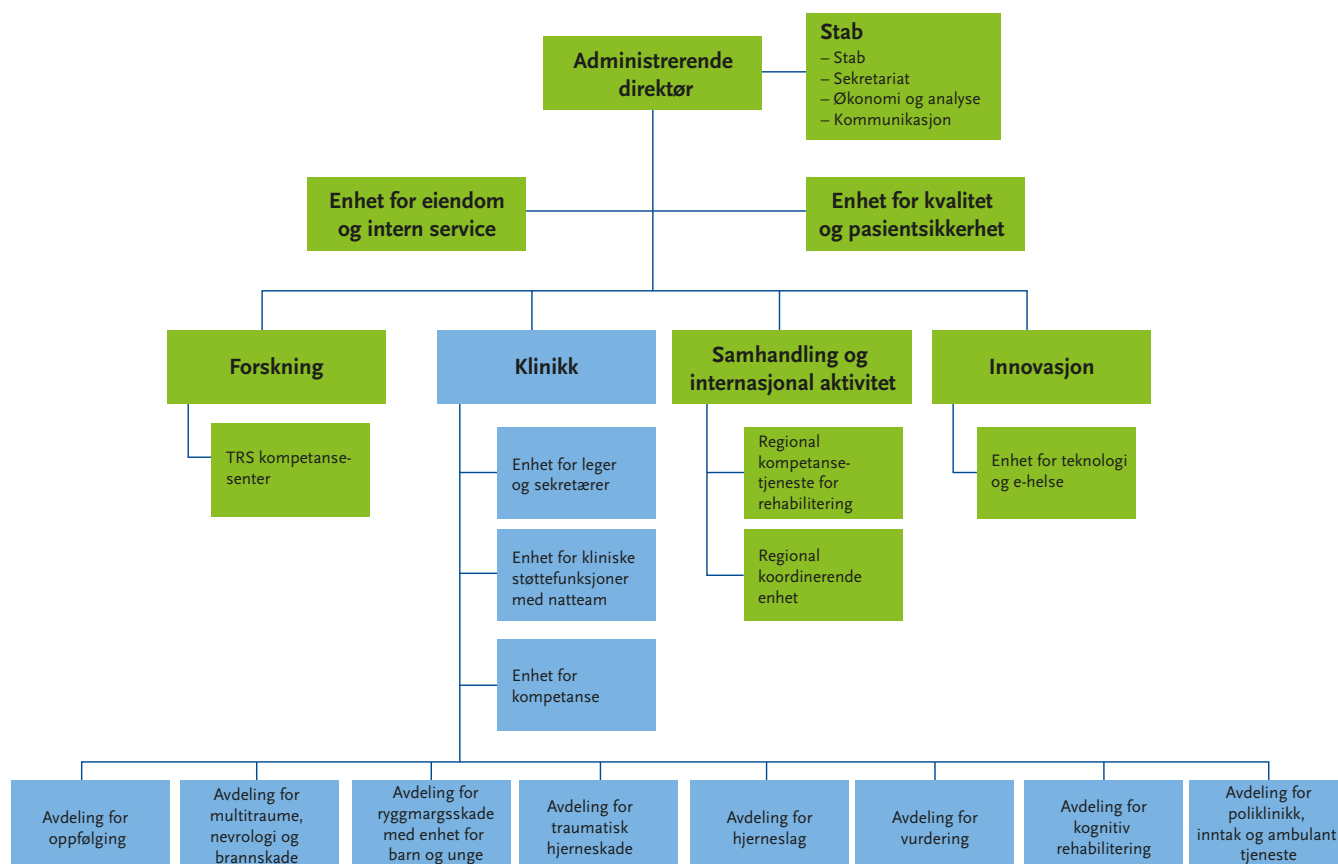
Fig VI: Eksempel på pasientforløp i 2018.





## 2.5 Organisasjon og ledelse

Fig VIII: Organisasjonskart.



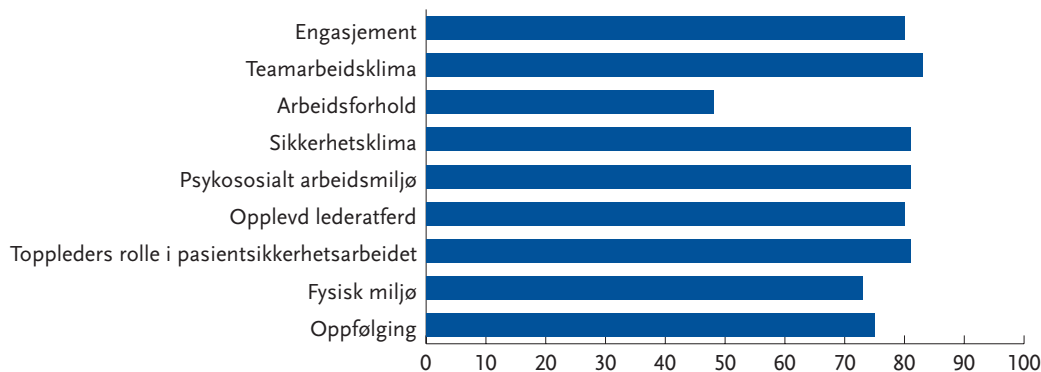
Organisasjonen har tre ledernivåer, og alle ledere på Sunnaas sykehus HF har lederavtaler som beskriver roller, forventninger til resultatoppnåelse, samt delegerte fullmakter vedrørende budsjett, personell, kvalitet og helse, miljø og sikkerhet. Lederavtalene evalueres i årlige medarbeidersamtaler.

Sunnaas sykehus er organisert med enhetlig ledelse som prinsipp for alle profesjonsgrupper unntatt legene<sup>8</sup>. Det betyr at lederne har totalansvaret for avdelingen, med ansvar for drift, personal og økonomi, og at de leder alle faggrupper knyttet til avdelingen.

Sunnaas sykehus har gjennomført årlige regionale medarbeiderundersøkelser siden 2006. Foretaket har gjennomgående hatt gode resultater og høy deltagelse i undersøkelsene, 91 % i 2018. Sammenlignet med andre helseforetak skårer Sunnaas sykehus høyt på sentrale temaer som engasjement, samarbeidsklima, pasientsikkerhet, psykososialt arbeidsmiljø og opplevd lederatferd.

<sup>8</sup> Legene er organisert i en egen enhet på grunn av behov for å arbeide fleksibelt i ulike avdelinger utfra spesialisingsløp og bemanningsbehov.

**Fig IX:** Resultater fra medarbeiderundersøkelsen 2018 – ForBedring.  
Søylene viser ansattes skår på en skala fra 0 – 100, der 100 er beste skår.



### Bemanning – per januar 2018

- 764 ansatte /561 månedsverk
- 26 % prosent av medarbeiderne arbeider (frivillig) deltid
- gjennomsnittsalder 48 år
- 15 % eldre enn 60 år
- 24 % mellom 50 og 60 år
- 39 % vil nå pensjonsalder frem mot 2035 (hjelpepleier/helsefagarbeider, overleger med spesialiteten fysisk medisin og rehabilitering)
- gjennomsnittlig turnover 5 %
- sykehuset rekrutterer godt innen de fleste yrkesgrupper
- 82 % kvinner/18 % menn

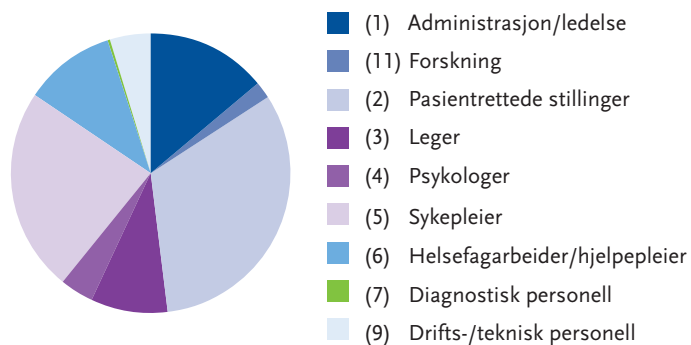


## 2.6 Bemanning og kompetanse

Sunnaas sykehus HF har landets største fagmiljø innen legespesialiteten fysisk medisin og rehabilitering. Med 13 utdanningsstillinger har sykehuset en sentral rolle i utdanningen av fremtidens spesialister. Sykehuset har også Norges største rehabiliteringsfagmiljø for sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og spesialister i klinisk nevropsykologi.

Som spesialisert rehabiliteringsforetak med universitetsfunksjoner har Sunnaas sykehus et særskilt ansvar for å sørge for at helseprofesjonene får kompetanse innen spesialisert rehabilitering.

**Fig X:** Fordeling av yrkesgrupper<sup>9</sup>.



<sup>9</sup> Kategorien pasientrettede stillinger består av vernepleiere, logopeder, sosionomer, pedagoger, helsesekretærer, medisinstudenter, kliniske ernæringsfysiologer, aktivitetører, assistenter, fagkonsulenter, diakon og sykehusprest.

### 2.6.1. Tilgang på kompetanse – faglig og teknologisk utvikling

Helse- og omsorgssektoren utgjør en betydelig og økende del av det norske arbeidsmarkedet. Samfunnsøkonomisk analyse utarbeidet i 2018 en rapport på oppdrag fra Helsedirektoratet som viser tiltakende knapphet på og økt konkurranse om kvalifisert arbeidskraft i perioden utviklingsplanen dekker<sup>10</sup>.

Sunnaas sykehus vil ha behov for både spiss- og breddekompetanse innen sykehusets kliniske fagområder. Det er vesentlig med kombinert forsknings- og klinisk kompetanse for å understøtte kunnskapsbasert praksis og kunnskapsutvikling. Det ventes økt behov for kompetanse innen samhandling, systemkunnskap, tverrfaglig teamarbeid, forbedring av arbeidsprosesser og utvikling av gode behandlingslinjer.

Bruk av ny teknologi stiller krav til at ny kompetanse må utvikles og rekrutteres. Samtidig vil ny teknologi bidra til å skape mindre personellavhengige tjenester.

Som helsevesenet for øvrig, står Sunnaas sykehus foran en bemanningsutfordring. Strategisk kompetansestyring er avgjørende for å lykkes i arbeidet med å beholde, utvikle og rekruttere medarbeidere som imøtekommer pasientenes behov for rett kompetanse på rett sted i pasientforløpet.

### 2.6.2. Utdanning og kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner

Sunnaas sykehus har et utstrakt og velutviklet samarbeid med videregående skoler, høyskoler og universiteter. Sykehuset tilbyr praksisplasser til master- og bachelorstudenter innen sykepleie, fysioterapi, ergoterapi, bioingeniørfag, logopedi, sosionom, psykologi og idrettspedagogikk. Sunnaas sykehus har siden 1995 vært ansvarlig for undervisningen i rehabilitering innenfor legespesialiteten fysisk medisin og rehabilitering for medisinstudenter ved Universitetet i Oslo, og etter innføring av ny studieplan for medisinstudiet

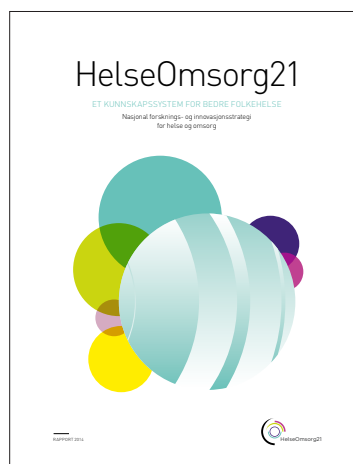
(2017) har sykehuset nå også etablert praksisplasser til medisinerstudenter (for tiden 16 studenter/år). Sunnaas sykehus mottar psykologistudenter i hovedpraksis fra flere norske og nordiske universiteter, og underviser psykologistudenter ved Universitetet i Oslo.

Sykehuset har tett samarbeid med, og sterk tilknytning til, Universitetet i Oslo, OsloMet, og Norges idrettshøgskole. Syv gjesteprofessorer er knyttet til sykehuset, fra Karolinska Institutet i Stockholm, fra Gøteborgs Universitetet, fra København Universitet, fra Syd-Danske Universitet i Odense og fra Monash University i Melbourne i Australia.

I tillegg til de lovpålagte undervisnings- og utdanningsopp-gavene, utvikler sykehuset interne kompetanseutviklingsprogrammer som ivaretar rehabiliteringsprogrammernes kompetansekrav. Dette omfatter tverrfaglig og særfaglig fordypning og/eller videreutdanning for alle profesjonsgrupper som inngår i det tverrfaglige rehabiliteringsteamet. Flere yrkesgrupper har også egne spesialistløp.

## 2.7 Innovasjon og forskning

### 2.7.1. Innovasjon



For å dekke det økende gapet mellom befolkningens behov og tilgjengelige ressurser i helse-tjenesten, er innovasjon, utvikling og bruk av teknologi avgjørende. Den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21 legger opp til en målrettet og helhetlig innsats i verdikjeden fra forskning til

innovasjon og kommersialisering. Kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse er strategiens visjon. Sunnaas sykehus ser sitt innovasjonsarbeid som del av dette, og mener å ha gode forutsetninger for å bidra til å virkeliggjøre visjonen.

<sup>10</sup> Helse-Norge 2040 – hvordan vil fremtiden bli? Rapport 1-2018, Samfunnsøkonomisk analyse.

Målrettet satsing på innovasjon ved etablering av egen innovasjonsenhet i 2012, har lagt grunnlaget for omfattende aktivitet. Sykehuset har opparbeidet seg en posisjon som en attraktiv innovasjonspartner, ikke minst som følge av effektive og lite byråkratiske prosesser knyttet til idéutvikling og gjennomføring av prosjekter. En årlig idéfangst på 70–80 nye ideer og om lag 25 årlige henvendelser fra næringslivet, understøtter dette. Ideene kommer fra ansatte, forskere, andre interessenter og pasienter, og brukermedvirkning har en sentral rolle i helseforetakets innovasjonsarbeid.

Målet med innovasjonsarbeidet er å bidra til bedre pasientbehandling og helsetjenester, og gjennom dette understøtte sykehusets overordnede langtidspan og mål for perioden. Dette inkluderer ideer knyttet til organisasjon (forretningsmodell, nettverk, organisering, arbeidsprosesser), oppfinnelser (produkter, rehabiliteringstjenester), og opplevelse (service, involvering av interessenter med mer). Gjennom dette dekker arbeidet både tjenesteinnovasjon, brukerdrevet og forskningsbasert innovasjon. Innovasjon på områdene bevegelse, kognisjon, virtuell rehabilitering og spillteknologi, e-helse og organisasjonsutvikling har vært prioritert.

Innovasjon er en integrert del av virksomheten på sykehuset, og mye av arbeidet foregår som del av den daglige kliniske driften. Samorganisering av avdelingene innovasjon, teknologi og e-helse bidrar til en styrking av arbeidet i organisasjonen. De siste tre årene har tilfanget av utviklings- og innovasjonsprosjekter i samarbeid med næringslivet økt, og bidratt til utformingen av sykehusets testbed. Av foretakets årlige innovasjonsportefølje på drøyt 25 prosjekter er om lag 70 % eksternt finansiert, med en samlet verdi på om lag 45 millioner.

### 2.7.2. *Forskning*

Sunnaas sykehus har Norges største forskningsmiljø innen medisinsk rehabilitering. Sykehuset produserer årlig mer enn 40 vitenskapelige fagfelleverderte publikasjoner og flere doktorgrader. De siste 15 årene er det produsert mer enn 400 vitenskapelige fagfelleverderte publikasjoner. Per april 2018 finnes 24 pågående ph.d.-prosjekter.

#### **Forskningen organiseres i fire tematiske forskningsgrupper og rettes mot disse prioriterte områdene:**

- Hjernesker
- Ryggmargsskader
- Bevegelse og funksjon
- Sjeldne diagnoser

Forskningsprosjektene ved Sunnaas sykehus er i hovedsak pasientnære studier med mål om å forbedre behandlingstilbudet. Hensikten er å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom, eller å teste ut nye eller å forbedre eksisterende behandlingsmetoder. Det forskes på medfødte og ervervede tilstander. Deler av forskningen søker å klarlegge mekanismer, og grenser til grunnforskning. Den klinisk anvendte forskningen er innrettet mot epidemiologi, utkomme og intervensjonsstudier, samt helsetjenesteforskning.

Forskningsarbeidet innen spesialisert rehabilitering er mer tverrfaglig enn i andre medisinske disipliner, og Sunnaas sykehus legger vekt på at alle kliniske fagprofesjoner har forskningskompetanse og driver aktiv forskning. Det prioriteres høyt å beholde og rekruttere fagpersoner med oppnådd doktorgradskompetanse, gjerne i kombinasjon med en høyskole-/eller universitetstilknytning og/eller kombinert stilling klinikk/forskning. Foretaket ønsker å videreføre dagens praksis med å ha flere gjesteprofessorater fra internasjonale anerkjente institusjoner knyttet til sykehuset.

Sunnaas sykehus legger vekt på brukermedvirkning i forskningen. Pasientperspektivet er høyt prioritert i gjeldende langtidspan for forskning ved Sunnaas sykehus, vedtatt av styret i mars 2018:

- Brukernes erfaringer og kunnskap skal inkluderes i alle faser av forskningsprosessen

 **Prioriterer**  
**brukermedvirkning**



- Pasienter ved foretaket skal være inkludert i den pågående forskningsaktiviteten
- Forskingen som utføres ved sykehuset skal bidra til at pasientene mottar høyspesialisert rehabilitering basert på nyeste kunnskapsgrunnlag
- Forskingen skal understøtte det kliniske tilbudet

## 2.8 Økonomi

De økonomiske rammebetingelsene til Sunnaas sykehus HF består hovedsakelig av rammetildelinger fra Helse Sør-Øst RHF og variable inntekter som følge av utført aktivitet.

Sunnaas sykehus har gjennomgående levert i henhold til oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF og innen tildelte økonomiske rammer. Helseforetaket styrer økonomien etter 20-årsplaner. Målet er å finansiere forsvarlig drift og ordinære investeringer, samt å finansiere egenkapitalandelen ved større byggeprosjekt.

Foretaket planlegger et siste byggetrinn, og prosjektet er lagt inn i økonomisk langtidsplan (ØLP) 2019–2038,

## God soliditet

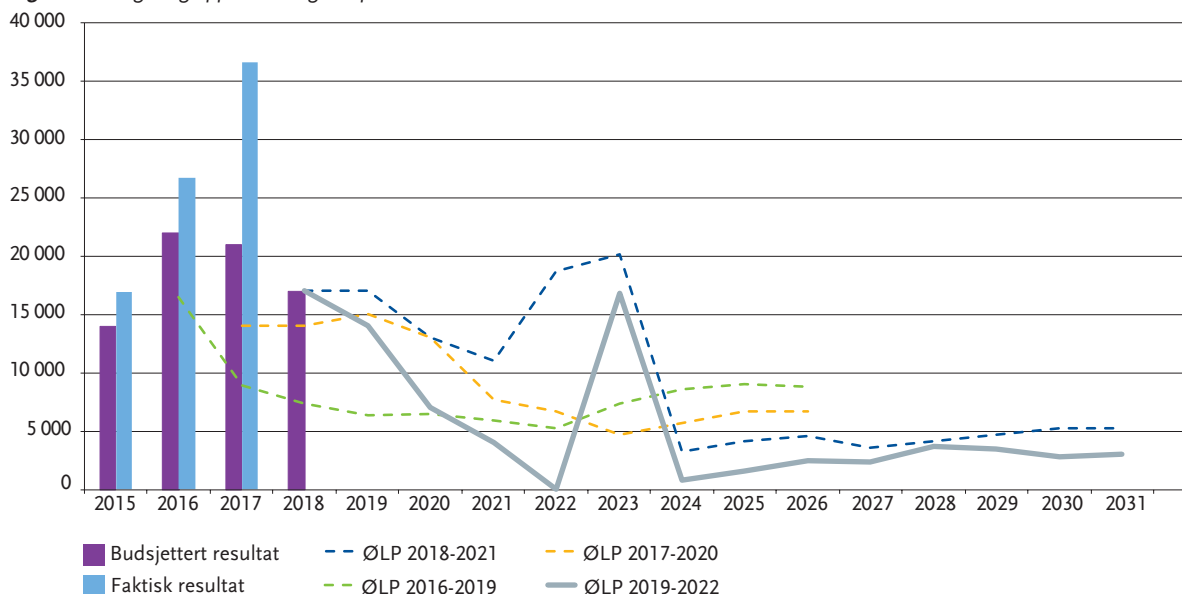
se Fig XI nedenfor. ØLP viser at foretaket har økonomisk bærekraft til å finansiere det planlagte nybygget i henhold til forutsetninger lagt i styrevedtak fra Helse Sør-Øst RHF<sup>11</sup>. I samme figur fremgår det også at foretaket har levert resultater som er 2–4 millioner bedre enn budsjett over flere år.

Foretaket har god soliditet. Egenkapitalen ved utgangen av 2017 var drøye 400 millioner kroner, hvilket tilsvarer en egenkapitalandel på 58 %.

Sunnaas sykehus har i tillegg god likviditet. Ved utgangen av 2017 hadde foretaket en bankbeholdning på 157 millioner. På samme tid var den kortsiktige gjelden 110 millioner. Det vil si at bankbeholdningen var 1,42 ganger større enn kortsiktig gjeld.

Oppsparte midler planlegges brukt som egenkapitalandel i byggetrinn beskrevet i idéfaserapporten, se vedlegg III.

Fig XI: Planlagte og oppnådde regnskapsresultater 2015-2031.



<sup>11</sup> Ref. Sak nr. 028-2017 Revisjon av finansstrategi for Helse Sør-Øst RHF.

Den gode lønnsomheten, soliditeten og likviditeten, er et nødvendig utgangspunkt inn i planperioden mot 2035. Det vil være kontinuerlig behov for å behandle flere pasienter innenfor de samme økonomiske rammer. I kapittel 7 er det løftet frem konsekvenser av utviklingsplanen, også økonomiske.

## 2.9 Teknologi og utstyr

Telerehabilitering og videokonferanser er etablerte arbeidsmetoder ved Sunnaas sykehus HF i pasientkontakt, forskning og i samhandling med og veiledning og undervisning av helsepersonell utenfor sykehuset. Telerehabilitering gjør undervisning, kompetanse og behandling ved Sunnaas sykehus tilgjengelig for pasienter og helsepersonell utenfor sykehuset. Dette setter nye krav til teknologi og utstyr, ikke minst til informasjonssikkerhet, men kan gi store gevinster for pasientene og for samfunnsøkonomien.

I helseforetakets langtidsplan for IKT (2018–2022) forutsettes det at informasjonsteknologi skal være en fullstendig integrert del av hverdagen for både klinikere og pasienter i løpet av få år. Planen analyserer hvordan mobilitet, telerehabilitering med videokonsultasjoner, sporingsteknologi og pasientorienterte løsninger vil prege sykehushverdagen og stille nye krav til kompetanseheving og organisering. Planen er avstemt mot kommende regionale prosjekter, der

Sunnaas sykehus er pilot på flere områder, og har sterkt fokus på sikkerhet, beredskap og personvern.

Som spesialisert aktør innen rehabilitering er det viktig at Sunnaas sykehus har tilgjengelig og oppdatert medisinsk-teknisk utstyr for funksjonsdiagnostikk, behandling og målrettet trening. Sykehuset har i dag et etterslep som må dekkes for at sykehuset skal oppfylle faglige standarder og kunne utnytte de mulighetene fagområdets utvikling gir. Blant annet mangler dagens Sunnaas sykehus moderne radiologisk utstyr (CT og MR). Som del av diagnostisk avklaring og prognostisering er det stort behov for etablering av en mer avansert radiologisk tjeneste ved sykehuset. Det planlegges for investeringer i, og lokaler til, slikt utstyr i neste byggetrinn.

## 2.10 Dagens bygg – tilstand og muligheter

Bygningsmassen til Sunnaas sykehus HF på Nesodden (ca. 25 000 kvm) er utviklet over flere tiår. Sykehuset er lokalisert med panoramautsikt over indre Oslofjord.

Flere av sykehusets primære pasientgrupper har svært lange opphold. Et gjennomsnittsopphold varer i 70 døgn. Tilpasset arkitektur og uteområder er vist å ha helbredende effekt på pasienter, og danner et godt utgangspunkt for restitusjon, trivsel og effektive rehabiliteringsprosesser.



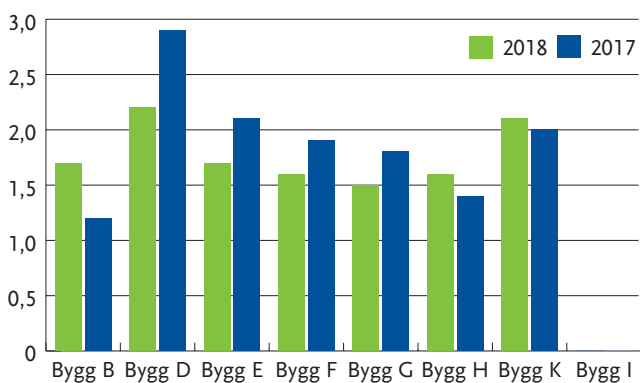
### 2.10.1. Areal

Bygningsmassens nettoareal er på ca. 20 000 m<sup>2</sup>. Av dette benyttes netto 8 000 m<sup>2</sup> til klinikk og netto 3 000 m<sup>2</sup> til kontorfasiliteter.

### 2.10.2. Tilstandsvurdering

Figur XII under viser tilstanden til byggene ved Sunnaas sykehus (2017). Nye forskriftskrav gjør det umulig å rehabilitere eksisterende bygg opp til dagens kliniske standard, og det er gjort en kost-/nyttevurdering som konkluderer med at rehabilitering av byggene vil overstige kostnad ved nybygg. Tilstandsgraden til noen av byggene er ikke forenelig med dagens krav til helse- miljø og sikkerhet, og det er kun et tidsspørsmål før klinisk virksomhet ikke lenger kan forsvares å fortsette i byggene.

Fig XII: Tilstandsvurdering av bygningsmassen på Nesodden, Multiconsult/Helse Sør-Øst RHF 2017.



Tilstandsgrad 3 er dårligst, og 0 er standard tilsvarende nytt bygg.

I 2011 vedtok Helse Sør-Øst RHF en trinnvis utviklingsplan for bygningsmassen ved Sunnaas sykehus. Byggetrinn en og to er gjennomført, kun siste byggetrinn gjenstår. Det vil være av vesentlig betydning for fremtidig virksomhet å få ferdigstilt dette byggetrinnet, da utviklingsplanen la opp til tre byggetrinn som til sammen skal utgjøre fremtidens rehabiliteringssykehus. De viktigste utfordringene med dagens bygningsmasse oppsummeres slik:



- U hensiktsmessig spredning av klinisk virksomhet (bygget i ulike faser fra 50-tallet frem til 2015).
- U hensiktsmessig adkomst og dårlig logistikk inn til sykehuset, for mottak av pasienter til ulike kliniske bygg og til poliklinikk, til vareleveranse og tøy- og avfallshåndtering.
- Dårlig sammenheng mellom hovedfunksjoner som kantine/resepsjon/treningsareal og sengeområder.

Det ble i 2017 gjennomført et samarbeid med Arkitekt- og designhøyskolen for å avdekke potensialet for utvikling av eksisterende, ikke-kondemnabel bygningsmasse, og å se på flyt/logistikk inn mot nytt bygg. Dette arbeidet bekreftet uhensiktsmessigheten av dagens bygningsmasse, og vil videreføres inn mot neste byggetrinn.

### 2.10.3. Tomt og eiendomsforhold

Sunnaas sykehus HF på Nesodden ligger på en selveiet, vestvendt utsiktstomt på ca. 60 mål.

# 3 Gjeldende overordnede strategier og føringer

Overordnede rammer for sykehusets utviklingsplan mot 2035 defineres i stor grad av Nasjonal helse- og sykehusplan, Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017–2019, Helse Sør-Øst RHF's plan for strategisk utvikling 2013–2020, og Oppdrags- og bestillerdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF. Sykehusets strategi 2030, vedtatt i 2016, legger sammen med disse formelle føringene rammene Sunnaas sykehus skal utvikle seg innenfor i årene fremover.

Opptrappingsplanen pålegger kommunene et større ansvar for rehabilitering. Sunnaas sykehus kan gi faglig støtte til primærhelsetjenesten ved å legge til rette for kompetansedeling i større grad.

Flere av forslagene sykehuset presenterer i utviklingsplanen vil styrke kommunehelsetjenestens mulighet til å skape et godt rehabiliteringstilbud. Sykehusets ønske om å utvikle og tilby ambulante og virtuelle tjenester, etablere rehabiliteringsakademiet med kompetansepakker og kompetanseutveksling bør sees i en slik sammenheng.

## 3.1.1. Anbefalinger i Nasjonal Traumeplan

I beskrivelsen av fremtidens rehabiliteringssykehus legger anbefalingene i nasjonal traumeplan viktige forutsetninger. Det er av stor betydning for pasientgruppene at nasjonale faglige anbefalinger følges og legges til grunn i alle foretakens utviklingsplaner.

### Anbefalinger gjeldende for alle pasientgrupper:

- Pasientene skal overføres direkte fra akuttavdeling på traumesenter til rehabilitering – ikke via venteopphold på lokalsykehus uten tilbud om spesialisert rehabilitering.
- Det skal defineres regionale rehabiliteringsavdelinger med ansvar for ulike skader. Få avdelinger skal ha ansvar for pasienter med alvorlige skader.

## ” Større ansvar for kommunene

- Traumesentrene bør, i samarbeid med kommunene, definere standardiserte pasientforløp som gir like rehabiliteringstilbud uavhengig av helseregion. Det skal etableres gode og forutsigbare systemer for oppfølging og samhandling:
  - Tilgjengelige senger/dagplasser for vurdering og rehabilitering
  - Senfasetilbud med tverrfaglig rehabilitering tilbys uavhengig av bosted
  - Mestringstilbud for familien (også barn)
  - Tverrfaglig poliklinikk ledet av rehabiliteringsrelevant spesialist
  - Ambulante rehabiliteringsteam

### Anbefalinger gjeldende for barn:

- Det anbefales en prosess med sikte på å etablere et nasjonalt kompetansesenter for rehabilitering av barn med alvorlige skader. For barn med alvorlig traumatisk hjerneskade bør det drøftes behov for flerregionale behandlingstjenester

### Anbefalinger gjeldende for pasienter med hodeskade, multitraume/traumatiske amputasjoner:

- Organisere spesialisert rehabilitering i definerte regionale avdelinger (fysikalsk medisin og rehabilitering)

## 3.1.2. Anbefalinger i Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag

- Pasienter med hjerneslag med behov for spesialisert døgnbasert rehabilitering i forlengelse av



akuttoppholdet, bør få tilbud om innleggelse i en rehabiliteringsenhet i spesialisthelsetjenesten

- Pasienter med sjeldne og spesielt kompliserte funksjonsutfall bør få høyspesialisert<sup>12</sup> rehabilitering, f.eks. ved regional rehabiliteringsavdeling med særskilt kompetanse
- Pasienter med Locked-in syndrom bør henvises til nasjonal behandlingstjeneste
- Spesialisthelsetjenesten bør i senfasen ved behov gi et tilbud som omfatter vurdering av funksjonsnivå, revurdering av målsettinger og rådgivning til den slagrammede og pårørende, og eventuelt til helse- og omsorgstjenestene i kommunene

### 3.1.3. Prioriterte satsinger i HelseOmsorg21

- Helse og omsorg som et næringspolitisk satsingsområde med sektorspesifikke virkemidler og økt samhandling mellom offentlig og privat sektor
- Lettere tilgang til og utnyttelse av helsedata
- Et kunnskapsbasert helse- og omsorgssystem med brukermedvirkning og med vektlegging av kompetanse og det å utvikle, utprøve og dokumentere effekter av tiltak

### Nasjonale funksjoner for rehabilitering av barn

Helse- og omsorgsdepartementet har igangsatt et arbeid for å avklare nasjonale funksjoner knyttet til barn med alvorlig ervervet hjerneskade. Sunnaas sykehus har en egen enhet for barn og unge, og St. Olavs hospital og andre helseforetak har kompetanse på denne pasientgruppen. Traumeplanens anbefaling ventes oppfylt når oppgave- og funksjonsfordelingen er avklart i løpet av 2018. Da blir det også klart hvilken rolle Sunnaas sykehus vil ha.

### 3.1.4. Føringer fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetakenes utviklingsplaner

- Likeverdige helsetjenester og pasientens helsetjeneste
- Best mulig bruk av regionens samlede kompetanse innen rehabilitering
- Tilbud for døgnbasert rehabilitering og ambulant virksomhet
- Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt: synlig og tydelig og tydelig som «en dør» inn til tjenesten»
- System for samarbeid innen rehabilitering; formaliseres i samarbeidsavtalene

<sup>12</sup> Se redegjørelse for begrepet høyspesialisert rehabilitering, s. 5.

## 4 Utviklingstrekk og framskrivning



Hovedmomenter i regjeringens perspektivmelding fra 2017 er fremtidig knapphet på arbeidskraft og kompetanse, og strammere økonomiske rammer. I et slikt bilde er det liten grunn til å forutsette at helsevesenet og rehabiliteringsfeltet tilføres ressurser utover hva en bærekraftig utvikling tilsier. Det vil være en forutsetning at Sunnaas

sykehus HF og andre helseforetak i større grad evner å optimalisere nytte og effekt av tilgjengelige ressurser, blant annet gjennom nye arbeids- og samarbeidsformer med andre aktører i rehabiliteringskjeden og bruk av digitale og virtuelle løsninger.

Ikke minst blir det viktig at Sunnaas sykehus i større grad dokumenterer at rehabiliteringsprogrammer og behandling gir resultater av samfunnsøkonomisk betydning. Det er særlig på tre områder rehabilitering kan gi viktige bidrag samfunnsøkonomisk:

- Økt arbeidslivsdeltagelse
- Økt grad av selvstendighet – ressursinnsats til pleie og omsorg reduseres

- Rehabilitering kan forebygge eller utsette forverring av pasientenes funksjonsnivå som ville kreve høy ressursinnsats i spesialisthelsetjenesten

Forebygging som del av en bred folkehelsestrategi er vesentlig for samfunnsøkonomien. Rehabiliteringsfeltet har en sentral rolle i dette arbeidet. Sunnaas sykehus bidrar i forebyggende og folkehelsefremmende arbeid med egne kampanjer og aktiv formidling av skadeforebyggende budskap i media. Rehabilitering er en vesentlig del av samfunnets forebyggingsarbeid, og bør løftes på den helsepolitiske agenda. God rehabilitering forebygger komplikasjoner og hindrer eller reduserer ytterligere funksjonsfall, begrensninger i aktivitet og deltakelse og ressurskrevende behandling.

### 4.1 Demografi og sykdomsutvikling

Demografiske framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at andelen eldre vil øke, forventet levealder øker, og andelen yrkesaktive vil avta i løpet av de neste førti årene. Personer over 70 år forbruker i dag helse-tjenester fem ganger mer enn yngre.

Dette er hovedårsaker til en forventet økning i antall skader/sykdommer med rehabiliteringsbehov. Flere lever med kroniske sykdommer, og andelen pasienter med utfordringer innen rus og psykiatri og dobbel/trippeldiagnoser øker. Behandlingsmessige fremskritt

## » Pasientgrupper med kroniske og sammensatte helseproblemer vokser



gjør at flere overlever den akutte sykdomsfasen. Disse faktorene gir økt behov for rehabilitering på alle tre nivåer; høyspesialisert, spesialisert og i primærhelsetjenesten.

Det forventes ingen store epidemiologiske endringer i antall pasienter i målgruppene sykehuset har i dag. Nye pasientgrupper vil imidlertid etterspørre rehabilitering som del av sitt behandlingsforløp.

Ett eksempel er kreftpasienter hvor overlevelsen øker mens både sykdommen og behandlingen kan gi varige funksjonsutfall, selv om pasienten er helbredet eller lever i mange år med sykdommen. En naturlig følge blir økt behov for rehabilitering på alle nivåer i helsetjenesten.

Med dette som bakgrunn forventes behovet for helse- og omsorgstjenester, inkludert kommunal og institusjonsbasert spesialisert rehabilitering, å øke i perioden utviklingsplanen dekker. Sunnaas sykehus HF tar høyde for dette i utviklingsplanen og i planlegging av fremtidig behandlingsskapasitet på Nesodden, poliklinisk og ambulant.

## 4.2 Endringsfaktorer

Overordnet vil rehabiliteringsfeltet preges av tre utviklingstrekk:

- Kommunene overtar en større del av rehabiliteringen.
- Videreutviklingen av spesialisert rehabilitering åpner for nye muligheter i behandling, samhandling, kunnskapsspredning, forskning og innovasjon, men stiller samtidig høyere krav til spesialkompetanse og utstyr.
- Medisinsk utvikling gjør at flere overlever skader og alvorlig sykdom.

Dette berører Sunnaas sykehus på flere måter:

- Forbedret akuttbehandling fører til at flere pasienter overlever alvorlig sykdom/skade og får behov for rehabilitering.
- Sunnaas sykehus har livslangt oppfølgingsansvar for pasienter med ryggmargsskader og Locked-in syndrom. Med bedre behandling og lengre levetid kan behovet for oppfølgingstjenester øke.

- Samfunnets forventninger til spesialiserte rehabiliterings-tjenester ventes å endre seg. Spesialisert rehabilitering kan bli etterspurt for flere pasienter, for eksempel for pasienter med usikkert rehabiliteringspotensial eller pasienter i høy alder.
- Nye rehabiliteringsmetoder vil bli tilgjengelig, flere tilbud kan gis i kommunehelsetjenesten, tilbud i spesialisthelsetjenesten kan gis på avstand eller ved kortere eller færre innleggelser.
- Nye rehabiliteringsmetoder vil føre til at tilbud kan bli opprettet der det i dag mangler tilbud.
- Nye høyteknologiske hjelpemidler vil skape forventning om og behov for nye tilbud med spesialisert kompetanse på bruk i trening og som hjelpemidler.
- Etterspørselen etter ambulante, polikliniske og telemedisintjenester ventes å øke.

### 4.3 Kapasitetsberegning

Sunnaas sykehus HF har ikke et klart avgrenset opptaks-område. Derfor kan ikke helseforetaket beregne fremtidig kapasitet med utgangspunkt i befolkningsframskrivninger for et gitt geografisk område, slik andre sykehus kan.

Høsten 2017 har Helse Sør-Øst RHF gjennomført en framskriving av aktivitet mot 2035 ved helseforetakene ut fra «RHF-enes framskrivingsmodell for aktivitet og kapasitetsberegning». Denne baserer seg på en ren matematisk beregning av innflytelsen av demografiske endringer. Dette korrigeres for ventede effekter av sykighets- og tilbudsendringer, omstillingstiltak





i forhold til behandlingsnivåer, samhandling med primærhelsetjenesten og andre omstillingstiltak. Det er imidlertid ikke korrigerert for endringsfaktorer som spesifikt gjelder rehabilitering (jfr. kapittel 4.2). RHFenes framskrivingsmodell med standard endringsfaktorer er antakelig dårlig tilpasset rehabilitering, og har derfor begrenset gyldighet for Sunnaas sykehus.

Sunnaas sykehus har derfor valgt å legge SINTEF-rapporten «Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF»<sup>13</sup> til grunn for utviklingsplanarbeidet; det forventes en økning i helsevesenets aktivitet på 30–35 %. SINTEF beregner at sengebehovet ved Sunnaas sykehus vil være det samme i 2030 som i 2014, dvs. en kapasitet på om lag 160 senger. Sunnaas sykehus redegjorde for endringsfaktorer som vil påvirke behov og tilbud av rehabiliteringstjenester i kapittel 4.2. I beregningen fra SINTEF er innvirkningen av slike forhold ikke vurdert.

SINTEF-rapporten peker på at den viktigste faktoren for den nødvendige kapasiteten ved sykehuset i 2030 antakelig er organiseringen og ansvarsfordelingen på rehabiliteringsfeltet. Som et utgangspunkt synes det riktig å anta et omtrent uendret eller noe økt behov for sengebasert kapasitet i 2035, men et klart økt behov for ikke-sengebaserte tjenester.

Tilsvarende er lagt til grunn ved utarbeidelse av idefaserapport for byggetrinn 3, der dimensjonering av alternativene som anbefales er stabil eller en noe økt sengekapasitet og økt arealbehov for poliklinikk, radiologi, dagbehandling, laboratorier og undervisningsfasiliteter<sup>14</sup>.

## Rehabilitering – samfunnsøkonomisk lønnsom sekundærforebygging

### HIGH-RISK PATIENTS

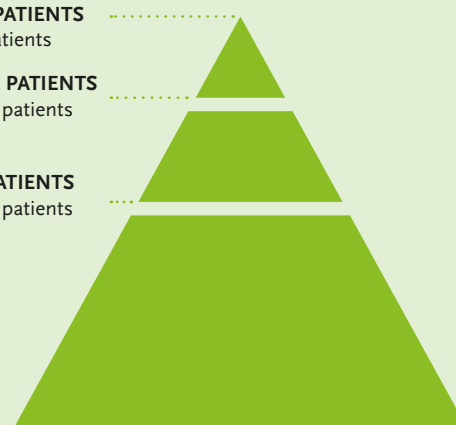
1%–5% of patients

### RISING-RISK PATIENTS

15%–35% of patients

### LOW-RISK PATIENTS

60%–80% of patients



Beregninger gjort i Midt-Norge indikerer at 46 % av ressursene i spesialisthelsetjenesten brukes på 5 % av pasientene. Denne fordelingen stemmer med internasjonale anslag. Disse 5 % av pasientene utgjør toppen av pyramiden over. Den illustrerer hvordan pasientpopulasjonen fordeler seg etter risiko og bruk av spesialisthelsetjenester.

Mange pasienter behandlet ved Sunnaas sykehus tilhører det midtre sjiktet i pyramiden. Med forverret tilstand kan de havne i den mest ressurskrevende kategorien.

Ved primærforebygging kan man forebygge at skade og funksjonfall oppstår. Sekundærforebygging forebygger eller bremser forverring av allerede oppståtte skader og funksjonsfall. Det er viktig, først og fremst av hensyn til pasientens livskvalitet, men også fordi det er god samfunnsøkonomi. Optimal rehabilitering bør derfor sees som sekundærforebygging, og en viktig del av helsevesenets forebyggingsarbeid.

KILDE TIL PYRAMIDEILLUSTRASJON: Global Forum for Health Care Innovators.

<sup>13</sup> Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 for Helse Sør-øst RHF, SINTEF 2014.

<sup>14</sup> Idéfaserapport for Sunnaas sykehus HF, se vedlegg III.

# 5 Analyse og veivalg for helseforetaket

## 5.1 Utfordringsbildet – rehabiliteringstilbudet i regionen

Det er et mangelfullt tilbud for de spesielt komplekse og lavfrekvente pasientgruppene med behov for høy-spesialiserte rehabiliteringstjenester:

- Traumepasienter (ryggmargsskader, traumatiske hjerneskader og multitraumer)
- Barn med ervervede funksjonsnedsettelse
- Voksne med medfødt funksjonsnedsettelse, f.eks. cerebral parese
- Voksne med sjeldne nevrologiske tilstander eller bindevevssykdommer
- Pasienter med nevrologiske sykdommer

Det er variasjoner i bruk av og tilgang til rehabiliteringstjenester. Mens en stor del av rehabiliteringskapasiteten i Helse Sør-Øst gis ved de private rehabiliteringsinstitusjonene, med stabil eller økende kapasitet, har rehabiliteringskapasiteten ved helseforetakene blitt redusert de senere år. Det er en utfordring for fagfeltet at man i liten grad har klart å tydeliggjøre det store mangfoldet i rehabilitering, både med hvem man yter rehabilitering til, de faglig forskjellene mellom tilbud på kommunalt nivå, områdesykehusnivå, tilbudet hos de private tilbyderne og på flerområde- og regionalt nivå.

Dette blir forsterket av at det i liten grad skiller mellom innhold i tilbudets intensitet, faglig innhold og bredde, samt manglende systematikk for å få frem effekten av rehabiliteringstilbudet.

## » Tyngdepunkt for rehabilitering



Rehabilitering omfatter oftest samtidig diagnostisk avklaring og funksjonsvurdering, ulike tverrfaglige tiltak og mestring hvor det for gode rehabiliteringsløp stilles store krav til tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling og samarbeid.

Fagfeltet preges av mangelfull dokumentasjon på effekten av tiltakene. Det er grunn til å anta at flere diagnosegrupper har udekkede behov. Det er også behov for tydeligere beskrivelser av hvilke rehabiliteringstjenester og tiltak som skal være tilgjengelige for hvilke pasientgrupper.

Sykehuset kan:

- Videreutvikle traumekoordinatorfunksjonen
- Øke kapasitet for tidligfasevurdering av rehabiliteringspotensial
- Øke kapasitet for rehabilitering av traumepasienter med komplekse problemstillinger som krever spesielt bredt

sammensatte team og høyspesialisert kompetanse og/ eller avansert utstyr for diagnostikk og behandling.

I rehabiliteringsfeltet vil spesialisierende, sentraliserende og desentraliserende tendenser gjøre seg gjeldende samtidig. Forsterkede faglige krav, og nye medisinske og tekniske muligheter vil trolig bidra til ytterligere spesialisering. Avansert teknologi som krever høyspesialisert kompetanse, teamarbeid med flere yrkesgrupper og bruk av kostbart utstyr vil også virke sentraliserende. Samtidig vil teknologiutviklingen og nye måter å drive samhandling på, styrke mulighetene til å tilby rehabilitering der pasienten bor. Løsningene foretaket foreslår i kapittel 6 er ment å styrke hele kjeden og gi best mulig utnyttelse av ulike forutsetninger hos de involverte aktørene – brukeren selv, kommunene, andre helseforetak, fastlegene og private institusjoner.

I et slikt bilde synes det fornuftig å videreutvikle et tyngdepunkt for rehabilitering som kan arbeide for samhandling og samarbeid for helhetlige rehabiliteringsforløp og kompetanseutveksling gjennom hele behandlerkjeden.

### 5.1.1. Finansiering

Dagens ordning for basisfinansiering har gitt Sunnaas sykehus forutsigbarhet. Høsten 2017 ble det varslet endringer, og inntil et nytt system er avklart og etablert, råder usikkerhet om helseforetakets fremtidige finansiering.

Sengebasert rehabilitering er mest inntektsgivende for helseforetakene. Samtidig er det politisk enighet og regionale føringer om at pasienter i større grad bør behandles poliklinisk eller hjemme ved hjelp av veiledning og ambulante tjenester. Den teknologiske utviklingen gjør dette mulig, men finansieringsordningen er i utakt. Polikliniske tjenester, videokonsultasjoner, ambulante tjenester og kompetansetjenester er underfinansierte, noe som vanskeliggjør oppfyllelse av politiske føringer.

### 5.1.2. Avklaringsbehov – nasjonal og regional oppgave- og funksjonsfordeling

Nasjonalt mangler det en tydelig oppgave- og funksjonsfordeling innen fagområdet rehabilitering. En slik fordeling bør gjennomføres etter modell fra andre fagområder for å sikre pasientene et mer likeverdig rehabiliteringstilbud og bedre ressursutnyttelse.

Regionalt i Helse Sør-Øst har Fagråd rehabilitering fått i oppdrag å gi en tilråding av hvilke rehabiliteringstjenester

### Forløpsbrudd

Fig VI ga et eksempel på et pasientforløp. Det er en erkjent utfordring å få overgangene i forløpet så smidige og sømløse som mulig. Pasientene erfarer dessverre ofte det som kalles forløpsbrudd eller uønskede sløyfer. Det kan eksempelvis skje ved at pasienten ikke kommer direkte til Sunnaas etter opphold på akutt sykehuset, men i stedet blir sendt til et lokalsykehus der forutsetningene for å gi adekvat rehabilitering ikke fullt ut er tilstede.

Slike uønskede sløyfer i forløpet gir tap av tid og behandlingsgevinster som en rask oppfølging ellers kunne gitt, og pasienten blir skadelidende.

som bør være regionale eller flerområdefunksjoner. Tilrådingen vil få konsekvenser for fremtidige pasientforløp og for Sunnaas sykehus.

## 5.2 Risiko- og mulighetsanalyser

Risiko- og mulighetsanalyse skal gjennomføres dersom planen legger opp til vesentlige endringer. Utviklingen av fremtidens Sunnaas sykehus HF innebærer ikke vesentlige endringer, og det er derfor ikke gjort en egen risiko- og mulighetsanalyse. Kapitlene 4 og 5.1 beskriver overordnede utviklingstrekk, med bl.a. økende ressursknapphet og utfordringer som krever nye løsninger og arbeidsmåter. Mulighetsbildet beskrives i kapittel 6 – Målbilde.

## 5.3 Kriterier for valg

Punktene under har vært styrende for hvilke tjenester og tilbud Sunnaas sykehus HF skal prioritere og utvikle frem mot 2035:

- Hvordan sikre befolkningen mer likeverdig tilgang til spesialisert rehabilitering?
- Hvordan skape pasientens helsetjeneste og gode, helhetlige pasientforløp gjennom effektiv arbeidsdeling mellom helseforetak, i samhandling med kommuner og fastleger, der alle parter bidrar med det de har best forutsetninger for?
- Hvordan utnytte og fremme muligheter nye behandlingsmetoder og teknologi kan gi for pasienters livskvalitet og samfunnsøkonomisk nytte?



# 6 Målbilde: Sunnaas sykehus – det høyspesialiserte rehabiliteringssykehuset

Sunnaas sykehus HF utvikler seg mot 2035 som et tydeligere rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt både nasjonalt og regionalt. Sykehuset arbeider fremtidsrettet i tråd med nasjonale helsepolitiske mål om at befolkningen «skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Målet er flest mulig gode leveår for alle, reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen»<sup>15</sup>, og samfunnsøkonomisk gevinst ved at grad av selvhjulpenhet og arbeidslivsdeltakelse økes. Sykehusets virksomhetsidéer er tuftet på disse målene og er formulert som følger i Strategi 2030:

- Sunnaas sykehus tilbyr og utvikler høyspesialisert rehabilitering som pasient og samfunn har nytte av
- Sunnaas sykehus bidrar til forbedring og kompetanseutvikling i alle ledd av helsetjenesten involvert i rehabilitering

Med dette som utgangspunkt, vil foretaket i planperioden arbeide for å nå følgende mål:

- Sunnaas sykehus er et høyspesialisert nasjonalt rehabiliteringssykehus med sterk og forutsigbar universitetstilknnytning, og et kunnskapsbasert konsept for rehabilitering som andre aktører i hele behandlingsskjeden kan delta i og arbeide etter
- Sunnaas sykehus er blant de beste sykehusene i Norge i undersøkelser om pasienterfaringer
- Sunnaas sykehus styrker pasientens kompetanse om egen tilstand og sørger for at pasienter i hele landet har

tilgang til kunnskapsbaserte rehabiliteringstjenester og moderne teknologi

- Sunnaas sykehus dokumenterer effekt på aktivitet, samfunnsdeltakelse og kostnadseffektivitet for alle rehabiliteringsprogrammene
- Sunnaas sykehus er en fremtredende aktør internasjonalt for rehabiliteringsforskning og innovasjon

Det høyspesialiserte rehabiliteringssykehuset skal gi det beste medisinske tilbudet til personer med komplekse funksjonstap etter sykdom og skade, når det krever store ressurser og tett samarbeid mellom forskjellige spesialiteter og aktører på ulikt nivå. Dette gjelder spesielt de alvorligste skadene og pasienter med alvorlig komorbiditet, for eksempel samtidig multitraume, psykiatri og rusavhengighet. Sykehuset vil via ambulante tjenester og telemedisinske arbeidsmetoder samarbeide tett med akuttmiljøer, og slik sikre at pasientene opplever en sømløs behandlingsskjede hvor spesialisert rehabilitering er inkludert. Tilpassede oppfølgingstilbud tilbys i senere faser, slik at utfordringer i et livsløpsperspektiv ivaretas.

Et likeverdig, kunnskapsbasert rehabiliteringstilbud kan oppnås ved at Sunnaas sykehus HF videreutvikler eksisterende virksomhet og styrker sin funksjon som et tyngdepunkt i rehabiliteringsfeltet nasjonalt og regionalt. I dette ligger det også at sykehuset samarbeider tett med kompetansemiljøer i andre helseforetak, i private institusjoner og i kommunehelsetjenesten.

**” Riktig rehabilitering  
til rett tid**

<sup>15</sup> Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2015, Rundskriv IS-1/2015 til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetakene og fylkesmennene fra Helsedirektoratet.

## ” Mer individtilpasset behandling

Forsterkede tilbud og funksjoner for samhandling, ambulante tjenester, bruk av moderne rehabiliteringsmetoder og teknologi, teknologiutvikling, forskning, utvikling og utveksling av kompetanse er de viktigste elementene i et videreutviklet Sunnaas sykehus. En slik forsterkning gjøres mulig ved effektivisert drift, primært ved at en større del av pasientbehandlingen gjøres poliklinisk og ambulant i samhandling med andre aktører i behandlerkjeden.

I tråd med Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017–2019) skal kommunene ta større del i og ha ansvar for forløpet til pasientene som utskrives fra spesialisthelsetjenesten. Kommunene er viktige for å gi pasientene et optimalt rehabiliteringstilbud knyttet til deres daglige livsarenaer og i et livsløpsperspektiv. Kompetanseutveksling er viktig og etterspurt, både når det gjelder diagnosespesifikke utfordringer og generell opplæring av og veiledning til helsepersonellgrupper.

Innenfor spesialisthelsetjenesten er det nødvendig med bedre integrerte tjenester og samhandling. Målet er at den enkelte pasient får riktig rehabiliteringstilbud til rett tid. Det er blant annet behov for å definere optimale rehabiliteringsforløp for ulike diagnoser, funksjonsutfall og faser av rehabiliteringen. Som del av dette vil Sunnaas sykehus gjennomføre utviklingsprosesser hvor klinikk, forskning og innovasjon integreres til beste for pasientene og kunnskapsutviklingen på rehabiliteringsfeltet.

Det er i tillegg behov for en mer samlet forvaltning av oppdatert kunnskap om rehabiliteringsmetoder, om muligheter og tilbud. Tilsvarende bør tilbudene som gis monitoreres etter etablerte kvalitetskriterier, for å sikre et grunnlag for bedre og mer likeverdige tjenester.

Digitalisering og ny teknologi er blant de viktigste endringsdriverne for helsevesenet. Ny teknologi vil endre og forenkle arbeidsprosesser, gi nytt diagnostisk og terapeutisk utstyr, bedre hjelpemidler og endre kommunikasjonen med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. Pasientene vil i økende grad bruke selveid teknologi, eller utstyr som inneholder teknologi, relatert til kommunikasjon og til egen helse, så vel frittstående som koblet opp mot ulike nettverk. Teknologi vil åpne for nye behandlingsformer og virtuelle behandlingstilbud som gir pasientene best mulig tilgang til behandling og helhetlige, sømløse pasientforløp.

Allerede i dag bidrar teknologiske løsninger i sykehusets oppfølging av pasienter før, under og etter utskrivelse. Sunnaas sykehus vil forsterke dette, og vil tilby pasientene skreddersydde behandlingssopplegg som i større grad kombinerer sykehusopphold, polikliniske tilbud, ambulant virksomhet, opplæring og telerehabilitering. For ansatte vil teknologien understøtte pasientbehandlingen og frigjøre tid som kan øke sykehusets kapasitet.

I fremtidens Sunnaas sykehus vil det derfor i mindre grad enn i dag være en forutsetning at pasienten er inneliggende for å få den beste behandlingen. Ved aktiv anvendelse av ny teknologi, ambulante tjenester og kompetansetjenester vil høyspesialisert behandling for enkelte pasienter og pasientgrupper kunne gis nær pasientens hjemsted, og ofte i samspill med lokalt helsepersonell. Sunnaas sykehus vil ivareta spisskompetansen og spesialiserte laboratoriefunksjoner.

Sunnaas sykehus vil i et slikt utviklingsperspektiv styrke Helse Sør-Øst RHF sin mulighet til å gi et mer likeverdig tilbud for pasienter med komplekse funksjonsutfall og medisinske tilstander. I tillegg har sykehuset kompetanse, erfaring og vilje til å påta seg ytterligere regionale og nasjonale oppgaver.

### 6.1 Tverrfaglig ambulant rehabiliteringspoliklinikk

Sunnaas sykehus HF driver i dag poliklinisk virksomhet på Nesodden i Akershus og på Aker helsearena i Oslo. Fram mot 2035 vil den polikliniske virksomheten ved sykehuset



## » Forsterket poliklinisk tilbud

utvikles videre, både i sykehusets nåværende lokaler og ambulant.

I de kommende årene mener sykehuset det vil være hensiktsmessig å etablere ambulante poliklinikker etter avtale med områdesykehusene som har behov for et slikt tilbud. Et slikt tilbud er etterspurt av flere kommuner. Landsforeningen for ryggmargsskadede og andre brukerorganisasjoner har fremmet et klart ønske om at sykehuset etablerer slike poliklinikker, da det vil sikre pasienten tilgang til den høyspesialiserte kompetansen uten å måtte reise til Sunnaas sykehus. Et slikt tilbud vil kunne gis ved at tverrfaglige team fra Sunnaas sykehuset reiser ut, det vil kunne gis som samkonsultasjoner med lokalsykehusene, og det vil i stor grad kunne tilbys virtuelt via telemedisin/ videokonferanse.

Det forsterkede polikliniske tilbudet vil kunne erstatte deler av dagens døgntilbud, det vil gi pasientene et mer tilgjengelig og mer likeverdig tilbud i hele regionen, og det vil kunne frigjøre sengekapasitet til fordel for flere pasienter med behov for døgnbasert rehabilitering.

### 6.2 Rehabiliteringsakademiet

Sunnaas sykehus HF er ikke alene om å ha god fagkompetanse, men fagmiljøet innen spesialisert rehabilitering er likevel begrenset. I et fremtidsperspektiv vil ressursknapphet forsterke ytterligere behov for å utnytte tilgjengelig spesialkompetanse optimalt. Sunnaas sykehus har evne, vilje og en organisasjon som er rustet til å påta seg et utvidet ansvar for å møte regionens behov. Kompetansespredning er avgjørende for å sikre et godt og likeverdig pasienttilbud i regionen, og for å legge grunnlaget for mer helhetlige pasientforløp.

Sunnaas sykehus vil tilby kompetanseoverføring til aktuelle fagpersoner og samarbeidspartnere gjennom etablering av ulike undervisningsopplegg. Dette etableres på flere arenaer, både fysisk og virtuelt. Hensikten er å styrke den kunnskapsbaserte rehabiliteringen. Slike

## » Fagkompetanse i flere helseforetak

undervisningsopplegg rettes dels mot aktuelle fagpersoner, som ledd i universitetsfunksjonene og ansvaret for undervisning og spesialisering av disse, og dels som tilbud til eksterne samarbeidspartnere og interesserte. De formelle kontaktene med Universitet i Oslo, OsloMet og Norges idrettshøgskole blir spesielt benyttet i denne sammenheng. På denne måten etablerer man det interne «rehabiliteringsakademiet», hvor man vil ivareta regionens behov for:

- Utdannings- og undervisningsopplegg av høy kvalitet
- Fagutvikling og kvalitetssikring av standardiserte pasientforløp
- Tydelig ansvarsdeling
- Oppdaterte rutiner og prosedyrer innen fysikalsk medisin og rehabilitering

Ett av oppdragene til Sunnaas sykehus er å drive utdanningsvirksomhet. Dette gjøres allerede på flere nivåer, og skal styrkes for følgende grupper:

- Lærlinger i helsefag
- Studenter i helsefag
- Spesialistutdanning for leger og psykologer
- Videreutdanning for alle yrkesgrupper

### 6.3 Kompetansepakker

Økt behov for spisskompetanse vil gjøre seg gjeldende innenfor rehabiliteringsfeltet i årene fremover, og det er viktig at tilgjengelig kompetanse utnyttes til pasientens beste. For å imøtekomme dette vil Sunnaas sykehus i samarbeid med relevante aktører utvikle kompetansepakker hvor mye vil være digitalt organisert og tilgjengelig.

Kompetansepakkene vil skreddersys for å møte konkrete behov knyttet til enkeltpasienter, diagnoser og funksjonsområder både særfaglig, tverrfaglig og for pasient og pårørende.

### 6.4 Fag- og forskningsnettverk

Sunnaas sykehus har etablert faglige nettverk bestående av klinikere og forskere fra ulike profesjoner og fagmiljøer. Sykehuset har allerede Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) og Regional koordinerende enhet for rehabilitering (RKE). Det har et aktivt lærings- og mestringssenter, det er landets største utdanningsinstitusjon for legespesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering, og sykehuset har flere ansatte med bistillinger ved universitet- og høyskoler. Med bruk av digitale løsninger vil det være mulig å arbeide i nettverk og over distanse. Flere foretak i regionen etterspør slike initiativ og tilbud fra Sunnaas sykehus.

For pasienttilbudet vil det at sykehuset har en slik funksjon ha stor betydning. Rutiner standardiseres og prosedyrer for spesifikke problemstillinger/funksjonsområder utarbeides der slike mangler. Dette kan gå inn i pasientforløpene og undervisningstilbud rundt disse.

Faglige nettverk orientert mot pasientgrupper, definert ved diagnoser eller funksjoner, vil styrke både samhandlingen





### Kompetansepakker – innhold og tjenester

- E-læringsprogram og webinar
- Hospitering, klinisk tjeneste, refleksjonsgrupper, casediskusjoner, tverrfaglige undervisningspakker
- Telefonhenvendelser – tilbud om et team som kan svare på fagspesifikke spørsmål
- Veiledning

mellom aktørene og forskningen i regionen. Nettverkene vil bidra til mer effektive og likeverdige tjenester, styrket kvalitet og bedre utnyttelse av samlede forskningsressurser. Fagutvikling og forskningssamarbeid på pasienttilbudene fagnettverkene vurderer som hensiktsmessige, kan bidra til standardisering av rehabiliteringstilbudene i regionen. I dette arbeidet vil blant annet følgende inngå:

- **Kunnskapsoppsummeringer:** Sunnaas sykehus kan initiere og lede arbeidet med å utvikle kunnskapsoppsummeringer for rehabiliteringsfeltet<sup>16</sup>.
- **Implementering:** Sunnaas sykehus kan bistå rehabiliteringsmiljøer ved andre sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner i implementering av nye retningslinjer, kunnskapsoppsummering og fagprosedyrer.
- **Forskningssamarbeid:** Sunnaas sykehus kan etablere regionale fag- og forskningsnettverk for rehabilitering for utvikling av felles forskningsprosjekter innen ulike funksjons- og diagnoseområder.

## 6.5 Intervensjonssenter for innovasjon og utprøving av ny teknologi

Sunnaas sykehus vil med utgangspunkt i innovasjonsmiljøet og sykehusets testbed, ta et større ansvar som regionalt senter for utprøving av ny teknologi og innovasjon rettet mot rehabilitering. Dette vil omfatte hjelpemidler,

trenings- og rehabiliteringsteknologier og til en viss grad velferdsteknologiske løsninger. Dette vil avlaste andre miljøer, samt bidra til en målrettet utvikling av rehabiliteringsteknologiske løsninger. En parallell til dette finner en i etableringen av «Intervensjonssenteret» på OUS/ Rikshospitalet på midten av 90-tallet, eller «Fremtidens operasjonsrom» på St. Olavs hospital noen år senere.

Sunnaas sykehus har siden midten av 90-tallet tatt et slikt ansvar knyttet til forskning og utvikling av telemedisin i samarbeid med de relevante aktørene i Norge. De siste årene har teknologiske løsninger lagt til rette for bruk av videokonsultasjoner og rehabiliteringstiltak som ikke krever at helsepersonell og pasient fysisk er sammen i behandlingssituasjonen.

Etableringen av et teknologisk intervensjonssenter (2017) kan tjene som et nytt eksempel. I tett samarbeid med aktuelle interne (teknologi og e-helse, laboratorier for robotikk, bevegelse, fysiologi og virtuell rehabilitering, forskningsavdelingen og klinikken) og eksterne (bedrifter, universitet og innovasjonsklynger) fagmiljøer, legges nå grunnlag for nye kliniske tjenester, teknologivurderinger og innovasjoner til pasientens og helsetjenestens beste. Foretakets samorganisering av innovasjon, teknologi og e-helse er en nødvendig forutsetning for denne satsningen.

### Bidrag til næringsutvikling

Sunnaas sykehus ønsker å være en aktør i utvikling av helsenæringen ved å etablere et regionalt senter for utprøving av ny teknologi og innovasjon knyttet til rehabilitering.

Som del av dette vil Sunnaas videreutvikle laboratoriefasiliteter, etablere et testsenter og bygge et regionalt kvalitetsregister for alle rehabiliteringsprogrammene.

Det er næringslivet, andre helseforetak, kommuner og Sunnaas selv som vil være brukere av et slikt senter. Hensikten er å effektivisere og kvalitetssikre innovasjonsarbeidet og skape et nærmere samarbeid med næringslivet. Dette vil sykehuset oppnå ved å stille laboratorie- og testfasiliteter til rådighet, tilby registerdata, standardisere utviklings- og testprosjekter, bistå i gjennomføring av prosjekter og i forberedelser til patentering og kommersialisering.

<sup>16</sup> Det er naturlig at slike kunnskapsoppsummeringer gjøres i kontakt med Folkehelseinstituttet og dets senter for oppsummert forskning, og med Helse Sør-Østs fremtidige system for oppdaterte fagprosedyrer.

Et slikt regionalt senter vil kunne bidra til store gevinster for:

- Pasienter, gjennom utvikling av bedre og mer likeverdige rehabiliteringstilbud
- Helsepersonell, gjennom kompetansespredning om ny teknologi
- Helsetjenesten, gjennom en kvalitetssikring av nye tjenester og produkter
- Helsenæringen, gjennom en enklere vei inn for samarbeid og testing av tjenester og produkter

## 6.6 Pasientforløp i 2035

I kapittel 2.4.4. fremstilles et pasientforløp for å beskrive nåsituasjonens pasientflyt. Ved realisering av utviklingsplanen mot 2035, vil et pasientforløp kunne se ut som illustrert i fig XIII på s. 43.

## 6.7 Kvalitetsregister

Et medisinsk kvalitetsregister vil være et viktig verktøy for å monitorere rehabiliteringstilbudene i denne og andre helse-regioner, og vil utgjøre en kunnskapsbase for kvalitetskontroll og videreutvikling av tjenestene.

Et register som sammenstiller data fra ulike relevante kilder vil også styrke kunnskapsgrunnlaget for effekten av ulike rehabiliteringstiltak. Med et slikt analysegrunnlag vil det være mulig å utføre kost-/nytteberegninger. Formålet vil være kontinuerlig kvalitetsforbedring og optimalisering av ressursbruken. Det vil også ha verdi som forberedelse til innføring av mulige finansieringsordninger der behandlingsutfall og kvalitet tillegges større vekt.

Med en slik funksjon kan Sunnaas sykehus sammen med samarbeidspartnere levere:

- Analyser av behandlingseffekter (hvilke gevinster gir behandlingen for pasientene)

- Prognostisk kartlegging inkl. livskvalitet, funksjon og komplikasjoner senere i forløpet (hvordan det går med pasientene i et livsløpsperspektiv)
- Kost-/nytteanalyser

For pasienttilbudet vil dette på kort sikt bety at Sunnaas sykehus sammen med andre sykehus og institusjoner som ønsker å delta, tar i bruk et felles kjernesett for rehabilitering blant annet basert på anbefalinger for felles nasjonale funksjonsverktøy for rehabilitering fra Helsedirektoratet. Kjernesettet skal vise effekter av rehabiliteringen mens pasientene er i et behandlingsforløp på kort og lang sikt. Resultatene fra et slikt register evalueres i dialog med relevante fag- og forskningsmiljøer og brukerorganisasjoner for å fremme fokusområder som er viktige for disse.

Registeret kan også etableres etter modell fra de nasjonale kvalitetsregistrene, og vil kunne søke om formell status som et slikt. Dette forutsetter et tett samarbeid med rehabiliteringstjenestene i de andre helseregionene. På lang sikt vil et analysesenter kunne ha data på rehabiliteringseffekter og -behov i et livsløpsperspektiv. Slike data kan benyttes til å undersøke regionale og nasjonale kvalitetsforskjeller, likeverdighet i tilbud, og kost-/nytteverdi av behandlings-

### Kvalitetsregistre

Et medisinsk kvalitetsregister samler informasjon om utredning, behandling og oppfølging av pasienter innenfor definerte sykdomsgrupper.

Hovedformålet med de medisinske kvalitetsregistrene er å bidra til bedre kvalitet for pasienten, og minske uønsket variasjon i helsetilbud og behandlingskvalitet. Resultater fra registrene skal brukes til kvalitetsforbedring, og være en kilde til kvalitetssikring og forskning.

Registrene inneholder strukturert informasjon fra hele behandlingsforløpet: diagnostikk, behandling og oppfølging, samt resultat av behandling. Dette gir kunnskap om uberettiget variasjon og kvalitet i helsetjenesten.

Det er i dag 53 nasjonale medisinske kvalitetsregistre i Norge. At et register er nasjonalt innebærer at det samler inn data fra alle sykehusene i Norge.

KILDE: Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre.

Fig XIII: Pasientforløp anno 2035.





programmer. Data fra et slikt register vil også kunne bistå sykehus og institusjoner med å beregne prognose og å finne egnede behandlinger ved oppstart av nye pasienters rehabiliteringsforløp.

### 6.8 Sunnaas sykehus som samfunnsaktør

Ansvar for rehabiliteringstjenester er spredt på flere nivåer i helsetjenesten, og mellom ulike aktører. Det er mange som har «eierskap» til rehabilitering. Det kan svekke muligheten til å få oppmerksomhet rundt utfordringer og udekkede behov på rehabiliteringsfeltet, men også om hvilke gevinster gode rehabiliteringstjenester kan gi på samfunnsnivå.

Med ressursene og posisjonen Sunnaas sykehus HF har, er det naturlig at sykehuset tar en aktiv og synlig rolle i å skape bevissthet om aktuelle problemstillinger innen rehabilitering i allmennheten og blant beslutningstakere.

Samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og i kommunene uttrykker ønske om at Sunnaas sykehus som en del av samfunnsoppdraget tar en synlig rolle og belyser utfordringer og muligheter på rehabiliteringsfeltet – uavhengig av diagnoser – i faglige og offentlige sammenhenger.

Sunnaas sykehus har tradisjon for å gjennomføre forebyggingskampanjer. Det vil sykehuset videreføre. I tillegg vil sykehuset i sterkere grad fremover søke å bidra i bredere forebyggings- og opplysningskampanjer i samarbeid med helsemyndigheter og andre aktører.

Sykehuset vil videreutvikle og utøve en slik rolle i samspill med andre helseforetak, kommuner, brukerorganisasjoner, forsknings- og innovasjonsmiljøer og andre relevante aktører innen rehabiliteringsfeltet.

# 7 Konsekvenser

I det følgende beskrives på overordnet nivå hvilke konsekvenser og omstillinger som følger av en videreutvikling av helseforetaket slik det er beskrevet i foregående kapittel. Konsekvensbildet vil videreutvikles i målarbeid og handlings- og tiltaksplaner i årene frem mot 2035.

## 7.1 Organisasjon og ledelse

Sykehusets utviklingsområder, nye arbeidsmetoder, endrede krav til spesialisering, samhandling og nettverksarbeid fordrer en organisasjon som evner å møte utfordringsbildet med nødvendig kraft og fleksibilitet. Organisasjonsutvikling for å fremme fleksibilitet og effektivisering vil være avgjørende for at Sunnaas sykehus HF skal kunne møte det skisserte utfordringsbildet. Det iverksettes en overordnet gjennomgang av organisasjonsstruktur, intern samhandling og oppgavedeling.

De nye elementene som skisseres i planen vil forandre videreutvikling av Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) innenfor dagens mandat, slik at flere oppgaver kan ivaretas, og en større del av rehabiliteringstjenestene i Helse Sør-Øst kan betjenes. Videre vil etablering av et regionalt og etter hvert nasjonalt kvalitetsregister forutsette styrking av analyseressurser og samarbeidet mellom forskning, klinikk og RKR. For å lære av de beste, ser sykehuset til hvordan sammenlignbare rehabiliteringssykehus i andre land organiserer arbeidet med pasienten i sentrum.

## 7.2 Oppgavedeling og samhandling

Det er behov for å tydeliggjøre helhetlige pasientforløp i rehabilitering. Det er etterspurt i møter med samarbeidende aktører og i høringsrunden til utviklingsplanen. Gjennomgang av forløpene for å avdekke mangler og svakheter må gjøres i samarbeid med helseforetakene. Sunnaas sykehus HF vil initiere et slikt samarbeid for aktuelle pasientgrupper.

Tverrfaglig ambulant rehabiliteringspoliklinikk vil yte tjenester basert på avtaler med områdesykehus og kommuner om bruk av lokaler og utstyr. Sykehuset vil finne løsninger tilpasset de ulike samarbeidende sykehusene/kommunene sine behov for tjenesteleveranse. Dette samarbeidet kan bidra til å gi et likeverdig tilbud til befolkningen i regionen mer uavhengig av det lokale spesialisttilbudet. Det er Sunnaas sykehus som har behandlingsansvar for pasientene i poliklinikken, men de kan behandles poliklinisk nær hjemstedet eller ved sitt lokalsykehus.

Intervensjonssenteret, rehabiliteringsakademiet, kompetansepakken, fag- og forskningsnettverket og kvalitetsregisteret, vil forandre nært samarbeid mellom helseforetakene. Det må etableres et system for samhandling, enten ved direkte oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF, eller via enkeltavtaler med helseforetakene og de andre aktørene. For kvalitetsregisteret vil det være en forutsetning at det etableres en felles metodikk for datafangst. Sunnaas sykehus vil levere analyser som helseforetakene etterspør for evaluering og utvikling av pasientprogrammer. Under etablering inviteres det til frivillig samarbeid rundt felles kjernesett med avdelinger ved andre helseforetak og institusjoner, mens målet på lengre sikt er et tett analysesamarbeid og en klar, avtalefestet oppgavedeling med andre helseforetak og institusjoner.

## 7.3 Bemanning og kompetanse

Sunnaas sykehus HF må rekruttere strategisk for å imøtekomme behovet nye høyspesialiserte tjenester og ny teknologi vil kreve. Rekrutteringen skal skje i et arbeidsmarked med knapphet på ressurser, og sykehusets strategiske kompetanseplan må hele tiden tilpasses endringer i pasientens behov, ny teknologi og arbeidsmarkedsutfordringene. Det vil gjennomføres



prosesser hvor de ulike profesjonsgruppene rolle i pasientens helsetjeneste tydeliggjøres for å sikre riktig kompetanse til riktig oppgave. Arbeidsprosesser må strømlinjeformes og ansvars- og oppgavefordelingen må gjennomgås for å avdekke ev. uohensiktsmessig bruk av kompetanse det vil bli knapphet på. Dette for å sikre rett kompetanse på rett sted. I den forbindelse vil det avdekkes mulige behov for nye yrkesgrupper for å løse fremtidens oppgaver, særlig relatert til forskning, digitalisering og ny teknologi (ingeniører, IKT-kompetanse).

I dagens sykehus finnes det eksempler på tjenester og tilbud som er delt opp på lite hensiktsmessige måter. Det gjelder for eksempel kompetanseutvikling, som er delt mellom HR, klinikk og RKR. En slik oppdeling er ikke nødvendigvis hensiktsmessig i en ny, effektiv og fremtidsrettet organisasjon.

For å møte fremtidens kapasitetsutfordring vil det være vesentlig, ikke bare internt, men også mellom helseforetakene, med et nettverkssamarbeid slik at rett kompetanse på rett sted sikres slik at pasienten får et best mulig tilbud uavhengig av bosted. Det kan for eksempel være aktuelt med deltidsstillinger for ansatte i helseforetakene i regionen for en nærmere tilknytning til den tverrfaglige ambulante poliklinikken ved sykehuset.

Kompetanseoppbygging i kommunehelsetjenesten og i de helseforetakene som ikke selv har rehabiliteringsenheter, vil være en konsekvens av etablering av både den tverrfaglige

rehabiliteringspoliklinikken og rehabiliteringsakademiet. Helsepersonell utenfor Sunnaas sykehus vil delta i diagnostikk, testing og behandling av pasientene sammen med et høykompetent tverrfaglig team fra sykehuset.

## 7.4 Teknologi og utstyr

En videreutvikling av Sunnaas sykehus HF til et høyspesialisert og virtuelt rehabiliteringssykehus krever økt satsning på og investering i avansert teknologisk og medisinskteknisk utstyr. Å ta i bruk ny teknologi kan bidra til et bedre behandlingstilbud for pasientene, det kan effektivisere behandlingen, og vil derfor være ressursbesparende i en fremtid der prioriteringer av offentlige midler vil være viktig.

Ny teknologi kan også avhjelpe i den rekrutteringsutfordringen som det forventes i helsevesenet. Virtuelle arbeids- og behandlingsformer vil kompensere for de fysiske avstandene som er mellom regionens helseforetak. Det vil helt konkret være behov for mobilt utstyr for diagnostikk, testing og behandling i den ambulante rehabiliteringspoliklinikken. Etablering av den ambulante rehabiliteringspoliklinikken vil forde at det finnes tilstrekkelig utstyr der poliklinikken skal ha pasientbehandling. Utstyret må også tilpasses den utadrettede virksomheten sykehuset skal utvikle innen virtuell behandling, telemedisin, kompetanseutveksling og -overføring.

Dagens digitale delingsplattformer har vist seg utilstrekkelige når det gjelder kompetanseutveksling, fordi den nasjonale nettløsningen for spesialisthelsetjenesten primært er pasientrettet. Kompetansedeling slik Sunnaas sykehus foreslår forutsetter tidsmessige løsninger for mottak og deling digitalt.

Radiologisk utstyr er en forutsetning for utvikling av et høyspesialisert tilbud, og er noe sykehuset mangler for å gi et optimalt tilbud til pasienten. Investeringsbehov og arealbruk legges inn i byggetrinn <sup>317</sup>.

## 7.5 Bygg

Det høyspesialiserte rehabiliteringssykehuset krever areal, bygningsmasse og omgivelser som legger til rette for klinisk rehabiliteringsvirksomhet, forskning, innovasjon og effektiv logistikk. Arealene må også oppfylle krav til helse, miljø og sikkerhet, og bidra til at Sunnaas sykehus HF i konkurranse om arbeidskraft fremstår som en attraktiv arbeidsplass. Det er viktig at bygningsmassen er fleksibel og kan imøtekomme endringsbehov som følge av nye behandlingsformer eller teknologi. Bygningsmassen skal understøtte kostnads- og miljøeffektiv sykehusdrift. Arealutvikling i tråd med ide-fasearbeidet<sup>18</sup> har avgjørende betydning for at sykehuset skal kunne tilby pasientene et optimalt tilbud, og for at kompetansedeling skal skje slik planen skisserer.

Den tverrfaglige ambulante rehabiliteringspoliklinikken vil kunne etableres ved utvidelse av arealer tilsvarende dagens allerede etablerte virksomhet på Aker helsearena. Konkret vil leieavtaler måtte inngås med helseforetakene hvor sykehuset skal ha poliklinikk. Kommunehelsetjenesten vil måtte stille lokaler til disposisjon der det er ønskelig at poliklinikkvirksomheten etableres.

Sunnaas sykehus har vektlagt det fysiske miljøet innendørs og utvendig som vesentlig for god rehabilitering siden oppstarten i 1954, dette støttes av arkitekturforskning.

## 7.6 Finansiering

Planforslaget skisserer et fremtidens Sunnaas sykehus HF som tilbyder av samfunnsøkonomisk kostnadseffektiv pasientbehandling. Videreutvikling av det høyspesialiserte rehabiliteringssykehuset fordrer utviklingsprosesser som innbefatter prioritering av hvilke pasienter som skal behandles på hvilken måte. På den måten kan foretaket frigjøre kapasitet til å videreutvikle tilbudet i tråd med politiske føringer og planens konklusjoner. På systemnivå fastslås at økt poliklinisk og ambulant virksomhet i tråd med pasientens helsetjeneste, samt optimal kompetanse- og ressursutnyttelse nasjonalt og i regionen vil være underfinansiert med dagens innsatsstyrte finansiering. Dersom Helse Sør-Øst RHF anerkjenner regionens behov for tjenestene og arbeidsmetodikken planen legger opp til, må adekvat og forutsigbar finansiering innføres, konkretisert i punktene nedenfor:

- Kompleks rehabilitering bør få flere DRG-koder enn dagens ene, for å ivareta den reelle kompleksiteten og ressursinnsatsen
- Finansieringen av polikliniske konsultasjoner i rehabilitering må styrkes

På foretaksnivå vil det høyspesialiserte rehabiliteringssykehuset være mer teknologi- og utstyrsintensivt enn dagens Sunnaas sykehus, og det må påregnes økte investeringer. Det må også finnes løsninger for finansiering av fag- og forskningsnettverk, rehabiliteringsakademiet, kvalitetsregister og andre tjenester beskrevet for kompetanseutveksling i kapittel 6.

I tillegg er nødvendige investeringer for å erstatte gammel bygningsmasse lagt inn i helseforetakets økonomiske langtidsplan.

<sup>17</sup> Se vedlegg III.

<sup>18</sup> Se vedlegg III.

## 8 Referanser og bakgrunnsdokumenter

- Meld.St. 11 Nasjonal helse og sykehusplan (2016–2019)
- Opptappingsplan habilitering og rehabilitering (2017–2019)
- Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2016
- Helse-Norge 2040 – Hvordan vil fremtiden bli? Rapport 1-2018, Samfunnsøkonomisk analyse
- Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 for Helse Sør-øst RHF, SINTEF 2014
- Delprosjekt rehabilitering (2016) legger føringer for utviklingen av rehabiliteringstjenestene i de lokale utviklingsplanene
- Helse Sør-Øst RHF vedtak – gjennomføre regional prosess med utarbeidelse av lokale utviklingsplaner i sykehusområdene hvor rehabilitering er et av fokusområdene.
- Styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF mars 2017 om ny finansieringsmodell for Sunnaas sykehus HF



# 9 Vedlegg

**Vedlegg I** [Mandat og organisering](#)

**Vedlegg II** [Interessenter](#)

**Vedlegg III** [Idéfaserapport](#)

**Vedlegg IV** [Rehabiliteringsprogram](#)

**Vedlegg V** [Strategisk plan 2030](#)

**Vedlegg VI** [Strategi grunnlagsdokument](#)

**Vedlegg VII** [Hørings svar](#)

© Sunnaas sykehus HF 2018

Foto: **Bård Gudim** side 8, 17, 18, 20, 29 (bilde til høyre), 32, 34, 40 og 44

**Morten Berg** baksiden

**Kenneth Hætta** forsiden

**Hyper** side 4, 5, 11, 29 (venstre), 46

**Konsis** side 12, 22 og 39

**Sunnaas sykehus HF** side 26, 27, 31 og 36

Design: Melkeveien Designkontor

*Sunnaas sykehus HF tilbyr høyspesialisert rehabilitering til mennesker som har vært utsatt for alvorlig sykdom eller skade. Sunnaas sykehus er ett av elleve helseforetak i Helse Sør-Øst og er Norges ledende spesialsykehus innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Sykehuset har hovedsakelig regionale, men også nasjonale, oppgaver, og er et sykehus med universitetsfunksjoner.*

*Sunnaas sykehus HF er akkreditert etter de internasjonale standardene til Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities, CARF.*

