

Strategi 2030

– grunnlagsdokument –

Sunnaas sykehus tilbyr og utvikler høyspesialisert rehabilitering som pasient og samfunn har nytte av

Sunnaas sykehus gjør andre bedre

Innhold

Innhold	2
1 Forord	6
2 Bakgrunn, mandat og metode.....	7
2.1 Bakgrunn for prosjektet	7
2.2 Prosjektets mandat	7
2.3 Organisering	8
2.4 Tidsplan	9
2.5 Prosess.....	10
2.5.1 Planleggingsfase	10
2.5.2 Prosjektfase	11
2.6 Grunnlag for analyser	11
2.7 Innspill fra eksterne høringsinstanser	12
2.7.1 Oppsummering fra seminar med eksternt referansegruppe 31. mars 2016	12
2.7.2 Oppsummering fra innspillsmøte for pasient- og brukerorganisasjoner 20.4.2015.....	13
2.7.3 Oppsummering fra åpent innspillsmøte for pasient- og brukerorganisasjoner 4.4.2016	14
2.7.4 Oppsummering fra møte i HSØ fagråd rehabilitering 14. april 2016	14
2.7.5 Oppsummering innspill mottatt fra kommunal sektor og fra andre HF og RHF	14
3 Sunnaas sykehus HF – utvikling gjennom 60 år og status 2016.....	17
3.1 Fra pleiehjem til høyspesialisert rehabiliteringssykehus.....	17
3.2 Sunnaas sykehus 2016 – fem bærebjelker	18
3.2.1 Høyspesialisert klinisk tilbud til mange grupper	19
3.2.2 Anerkjent forskningsmiljø	21
3.2.3 Samhandling	22
3.2.4 Et innovativt helseforetak	23
3.2.5 Internasjonal aktivitet	24
3.3 Organisering	24
3.4 Økonomi/finansiering.....	25
3.5 Ansatte	26
3.6 Nye sykehusbygg	27
3.7 Nasjonale tjenester	27
4 Analyse av forventet utvikling: Rammer for den faglige virksomheten.....	29

4.1	Politisk og samfunnsutvikling	29
4.1.1	Pasientens helsetjeneste	29
4.1.2	Samhandlingsreformen	30
4.2	Demografisk og sykdomsutvikling, behov for rehabilitering.....	31
4.2.1	Sykdomsutvikling.....	32
4.2.2	Behov for spesialisert rehabilitering – URT-rapporten	32
4.2.3	Udekkede behov for høyspesialisert rehabilitering	33
4.3	Aktivitet og kapasitet.....	34
4.4	Teknologi og e-helse.....	35
4.4.1	Eierstyring og lovverk	35
4.4.2	Føringer fra Helse Sør-Øst RHF.....	35
4.4.3	Sykehuspartner som felles tjenesteleverandør.....	35
4.4.4	Utvikling i Elektronisk pasientjournal (EPJ)	36
4.4.5	Kommunehelsetjenesten og NAV	36
4.4.6	Teknologi i pasientens omgivelser	36
4.4.7	Mobilitet.....	36
4.4.8	Pasienteid teknologi (IoT).....	37
4.4.9	Forskning og IKT	37
4.4.10	Sunnaas sykehus som innovatør	37
4.4.11	Integrering av ulike systemer	37
4.4.12	Sunnaas sykehus i et internasjonalt teknologiperspektiv	37
4.4.13	Sikkerhetstrender	38
4.5	Kompetanse- og bemanningsbehov.....	38
4.5.1	Demografiske endringer	38
4.5.2	Faglig og teknologisk utvikling.....	39
4.5.3	Kompetansestrategi	39
4.6	Oversikt over interessenter.....	40
4.6.1	Pasientrelaterte interessentgrupper.....	40
4.6.2	Medarbeiderrelaterte interessentgrupper	42
4.6.3	Øvrige interessenter.....	43
4.7	Bygg, arealer og annen infrastruktur	45
4.8	Økonomi	46
4.8.1	Videreutvikling av bygningsmassen	46
4.8.2	Andre trusler for den økonomiske utviklingen.....	47

5	Analyse av forventet utvikling: Klinisk tilbud, forskning, innovasjon, utdanning, kompetansearbeid	50
5.1	Klinisk tilbud, forskning, innovasjon	50
5.1.1	Utvalgte faglige utviklingstrender	51
5.1.2	Teknologiske utviklingstrender	52
5.1.3	Utviklingstrender for organiseringen av rehabiliteringstilbudet.....	54
5.1.4	Nasjonale funksjoner	56
5.1.5	Forskning	56
5.1.6	Innovasjon	57
5.2	Utdanning og kompetansearbeid.....	58
5.2.1	Grunn-, videre- og etterutdanning.....	59
5.2.2	Kunnskap rettet mot pasienter, pårørende og interessert offentlighet.....	60
6	Beskrivelse av aktivitetsområder	61
6.1	Forskning	61
6.2	Innovasjon og teknologi	62
6.3	Kompetansebygging og kunnskapsspredning	62
6.4	Pasienttilbud.....	62
6.5	Rådgiver for organisering og innretting av rehabiliteringstjenester	63
6.6	Samfunnsaktør for å fremme et godt liv med funksjonsnedsettelse.....	63
7	Fremtidig virksomhet	64
7.1	Prioriteringer og veivalg for aktivitetsområder.....	64
7.1.1	Veivalg 0: «Satsing på alle områder»	65
7.1.2	Veivalg 1: Rehabiliteringstilbud på toppnivå for utvalgte pasientgrupper	65
7.1.3	Veivalg 2: Nå ut bredt for å fremme rehabilitering i Norge	66
7.1.4	Veivalg 3: Fremragende innen rehabiliteringsforskning og -innovasjon.....	67
7.1.5	Veivalg 4: Fokuset klinisk tilbud og lokomotivfunksjon	67
7.2	Mulige virksomhetsmodeller.....	68
7.2.1	Alternativ 0: Dagens modell fortsetter.....	69
7.2.2	Alternativ 1: Redusert sengebasert aktivitet på Nesodden – økt poliklinisk og dagtilbud i Oslo	70
7.2.3	Alternativ 2: Samme sengebasert aktivitet på Nesodden – økt poliklinisk og dagtilbud i Oslo	71
7.2.4	Alternativ 3: Base på Nesodden og i Oslo, nettverk med andre	72
8	Vurderinger og forslag til fremtidig utvikling	73

8.1	Viktigste utviklingstrender oppsummert.....	73
8.2	Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag opp mot skisserte utviklingstrender.....	73
8.2.1	Vurdering opp mot faglige utviklingstrender.....	74
8.2.2	Vurdering opp mot teknologiske utviklingstrender.....	75
8.2.3	Organisering av helsetjenester og samhandling.....	76
8.2.4	Forskning.....	76
8.2.5	Innovasjon.....	77
8.2.6	Utdanning og kompetansevirksomhet.....	77
8.2.7	«Blant verdens ledende».....	79
8.3	Vurderinger av alternativer for fremtidig utvikling.....	79
8.3.1	Virksomhetsmodell.....	79
8.3.2	Prioriteringer og veivalg når det gjelder aktivitetsområder.....	80
8.4	Samlet vurdering.....	80
9	Liste over vedlegg.....	83

1 Forord

Hva gjør vi på Sunnaas, og hva er vår leveranse til pasienter og samfunn? Sett i et perspektiv frem mot 2030, hva skal vi gjøre og levere for at pasienter og samfunn skal få størst mulig verdi av sykehuset? Hva skal vi gjøre mer av, hva skal vi gjøre mindre av? Hvilke tilbud og tjenester forventer pasientene av oss i årene fremover? Hvordan skal vi ta i bruk og utvikle metodikk, kompetanse, teknologi og organisasjonen for å bli det sykehuset som best mulig svarer på pasientenes behov i et slikt fremtidsperspektiv? Hvordan skal forskning og innovasjon utvikles for å bidra til at tilbudet til pasienter i Norge og internasjonalt blir enda bedre? Hva kan vi lære av andre, og hvilke forventninger vil andre aktører på rehabiliteringsfeltet ha til oss? Skal Sunnaas ha et større nasjonalt ansvar? Og hvordan kan Sunnaas bidra til at alle som jobber med rehabilitering i Norge blir enda bedre?

Sommeren 2014 bestemte foretaksledelsen å igangsette et nytt strategiarbeid for å belyse denne typen spørsmål og velge veien videre for Sunnaas sykehus mot 2030.

Dette er grunnlagsdokumentet for «Strategisk plan Sunnaas 2030». Dokumentet presenterer prosjektgruppens analyser blant annet av Sunnaas sykehus' faglige, økonomiske og organisasjonsmessige forutsetninger, samfunnstrender, trender innen rehabiliteringsmedisin og fysikalsk medisin, rolle- og oppgavefordeling innen helsetjenesten. Dessuten skisseres alternative utviklingsmuligheter og det beskrives vurderinger som er relevante for veivalg fremover. I fem rammer i kapitlene 4 og 5 presenteres mulige scenarier for hvordan Sunnaas sykehus kan se ut i 2030.

Mange utover prosjektgruppa Sunnaas 2030 har vært involvert i utarbeidelsen av dette dokumentet. Egne arbeidsgrupper beskrev analyser av faglige utviklingstrender. Mange ansatte og enheter har levert tekstbidrag. Enda flere har i interne høringsrunder kommet med korrigeringer og innspill til tidligere dokumentutkast som har blitt revidert flere ganger på bakgrunn av dette. Også en rekke eksterne aktører har tatt seg tid å lese gjennom våre analyser og vurderinger, og kommet med svært verdifulle innspill.

Prosjektgruppa sender en stor takk til alle som har bidratt i prosessen og dermed til at Sunnaas sykehus kan ta gode strategiske valg mot 2030!

Frank Becker, på vegne av prosjektgruppa
Nesodden, juni 2016

2 Bakgrunn, mandat og metode

2.1 Bakgrunn for prosjektet

Mål- og strategiarbeidet ved Sunnaas sykehus HF (SunHF) foregår på flere plan. I tillegg til strategier for avgrensete områder (f.eks. forsknings- eller innovasjonsstrategi og mange flere) gjennomføres det overordnede mål- og strategiarbeidet for hele foretaket med 3 tidshorisonter: Årlige målplan, langtidsplan (p.t. 2016 – 2019) og strategisk plan (p.t. 2012 – 2020). Mens årlig målplan og langtidsplan rulleres årlig, lages ny strategisk plan ved behov.

Under foretaksledelsens strategisamling 13. mai 2014 ble fokus rettet mot rulling av strategisk plan 2012 – 2020 mot år 2030. Blant årsakene var at man hadde kommet et stykke ut i perioden for strategisk plan og at langtidsplanen om kort tid ville ha en lengre gyldighetsperiode enn gjeldende strategisk plan. I tillegg tilsa pågående og forventede endringer i rammebetingelsene for sykehusets virksomhet samt nye utviklingstrender, å starte arbeidet med en ny strategi for Sunnaas sykehus.

2.2 Prosjektets mandat

Foretaksledelsen (FTL) vedtok 18.11.14 mandat for en partssammensatt prosjektgruppe for prosjekt Strategi 2030 (90/14). Arbeidet i løpet av 2015 synliggjorde en del endringer i forutsetninger og rammer rundt prosessen som i sum førte til at prosjektgruppa foreslo en revisjon av mandatet. En grunn for dette var at strategidokumentet skulle ferdigstilles tidsnok til å kunne legge premisser for konseptfasen til byggetrinn 3. Dette medfører bl.a. en viss begrensning av analysearbeidet i forhold til opprinnelig mandat. Det reviderte mandatet ble vedtatt av FTL 15.12.2015.

Revidert mandat prosjektgruppe Strategisk agenda 2030

Prosjektgruppen skal utarbeide et strategidokument basert på en beskrivelse av sentrale utviklingsområder, muligheter og utfordringer for Sunnaas sykehus HF i et perspektiv mot år 2030. Strategidokumentet skal beskrive og drøfte utviklingstrekk relevant for foretakets fremtidige virksomhet, og skissere og vurdere mulige utviklingsalternativer. Med utgangspunkt i hva som best gavner pasientene med behov for spesialisert rehabilitering, skal dokumentet beskrive fremtidig virksomhetsmodell for SunHF og – for utvalgte områder – drøfte ulike scenarier. Det skal også leveres forslag på overordnede strategiske målsettinger for Sunnaas sykehus HF frem mot 2030.

Arbeidet skal videre ta hensyn til og/eller belyse:

- relevante analyser
- tilgjengelige og nødvendige ressurser og kompetanse
- samfunnsmessige, politiske, teknologiske og faglige utviklingstrender innenfor pasientbehandling, forskning, innovasjon og kunnskapsspredning – nasjonalt og internasjonalt
- andre sentrale drivere, utfordringer og forutsetninger for sykehusets fremtidige utvikling

Dette innebærer blant annet:

- å definere hvilken rolle SunHF skal ha regionalt, nasjonalt og internasjonalt
- å tydelig artikulere og underbygge foretakets strategiske mål om å være i posisjon som et av verdens ledende rehabiliteringssykehus
- legge grunnlag for den videre utviklingen av bygningsmassen på Nesodden (byggetrinn 3) samt eventuelle andre arealbehov/-endringer

Foretaksledelsen er styringsgruppe for arbeidet. Prosjektleder gis fullmakt til å hente nødvendige ressurser internt for å løse oppdraget. Hensiktsmessig intern og ekstern kommunikasjon rundt prosessen skal sikres.

Eksterne innspillsaktører med sterk strategisk, faglig, politisk og/eller internasjonal erfaring og forståelse skal involveres, inkludert brukerrepresentanter.

Forarbeid i FTL i 2014 vedr. disposisjon og innhold tas med i arbeidet. Styret i Sunnaas sykehus HF skal involveres fortløpende, og vedtar strategidokumentet før sommeren 2016.

2.3 Organisering

Strategisk plan vedtas av **styret** til Sunnaas sykehus HF.

Dokumentet utarbeides etter initiativ fra og i regi av foretaksledelsen som har fungert som **styringsgruppe** for arbeidet.

Foretaksledelsen har oppnevnt **prosjektgruppe** som ved prosjektslutt består av følgende medlemmer:

- Klinikkovertlege Frank Becker (leder)
- Senterleder TRS Kjersti Vardeberg (koordinator)
- Klinikksjef Kathi Sørvig
- Samhandlingssjef Kirsten Sæther
- Kommunikasjonsdirektør Kim Hannisdal
- Innovasjonssjef Sveinung Tornås
- Enhetsleder IKT Hans Kristian Skara
- Brukerrepresentant Dordi Smiseth Strand
- Foretakstillitsvalgt Linn Næsland

Det har vært endringer i prosjektgruppens sammensetning underveis. Følgende personer har i perioder også vært medlemmer i prosjektgruppen: Anne Daae Sæle (som fung. kommunikasjonsdirektør), Tonje Grave (kommunikasjonsdirektør), Raymond Murberg (foretakstillitsvalgt), Anita Sjøstrøm (brukerrepresentant).

Det ble etablert en ekstern **referansegruppe** som har bestått av:

- Are Helseth (vararepresentant til Stortinget, medisinsk sjef Landsforeningen for hjerte- og lungesyke)
- Helge Kjersem (overlege, Hvidovre hospital)
- Arne Lein (forbundsleder, Norges Handikapforbund)
- Arne Rui (tidl. styreleder Sunnaas sykehus HF)
- Olav Røise (professor/overlege, Oslo universitetssykehus HF)

2.4 Tidsplan

Det gis her en kort oversikt over de viktigste hendelsene i arbeidet med Strategi 2030:

Dato	Hendelse / Oppgave
1.7.14	FTL vedtar etablering av arbeidsgruppe for fase 1 Strategi 2030 (sak 90/14)
21.10.14	Arbeidsgruppe fase 1 legger frem revidert innholdsoversikt og fremdriftsplan for FTL
18.11.14	FTL vedtar mandat for partssammensatt prosjektgruppe (sak 90/14)
9.12.14	60-års jubileumsseminar «Sunnaas mot 2030»
18.12.14	Styresak: Strategi- og målarbeid Sunnaas sykehus HF (sak 74/14)
25.3.15	Styresak: Strategi Sunnaas sykehus HF 2030 (sak 17/15)
20.4.15	Brukersamling Strategi 2030
23/24.4.15	Strategiseminar (FTL, prosjektgruppe m.fl.)
20/21.5.15	Årlig samling for ledere, tillitsvalgte og verneombud
9.6.15	Styreseminar
1/2.10.15	Budsjettseminar
15.12.15	FTL vedtar revidert mandat, fremdriftsplan og utkast til disposisjon (sak 171/15)
28./29.1.16	Samling utvidet ledergruppe
1.-18.2.16	Intern høring «faglige bakgrunnsbeskrivelser og trender mot 2030»
24.2.16	Møte med KS
8.3.16	FTL og Fagråd klinikk og forskning orienteres om status i prosjektet (sak 43/16)
15.3.16	Første versjon av strategidokumentet sendt til ekstern høring
Ukene 11-15	Eksterne høringer: <ul style="list-style-type: none"> • Ekstern referansegruppe => Seminar 31.3. m/FTL og prosjektgruppa • Brukerorganisasjoner => Seminar på Helsearena Aker 4.4.16 • Rehabiliteringsmiljøer i HSØ => sak i Fagråd rehabilitering HSØ 14.4. • Kommunal sektor => Skriftlig høring med noen samarbeidende kommuner • Representanter fra andre helseregioner => Høring med fagmiljøer og RKR/RKE i andre regioner
13.4.16	Heldagsmøte i prosjektgruppa
18.4.-10.5.16	Intern høring av andre versjon av strategidokumentet
11.-13.5.16	Diskusjon av andre versjon av strategidokumentet og innkomne høringssvar på FTL-seminar og Årlig samling for ledere, tillitsvalgte og verneombud
20.5.16	Styreseminar med tema Strategi 2030

24.5.16	Førstebehandling av «Strategisk plan Sunnaas 2030» i FTL (sak 91/16)
26.5.16	Utkast for «Strategisk plan Sunnaas 2030» sendt og lagt ut til intern høring
1.6.16	Åpne høingsmøter om «Strategisk plan Sunnaas 2030» for ansatte i auditoriet
7.6.16	Sluttbehandling av Strategi 2030 i FTL (sak 96/16)
22.6.16	Styrebehandling

2.5 Prosess

2.5.1 Planleggingsfase

Organiseringen av ny strategiprosess mot 2030 ble diskutert på FTL samling 11. – 13. juni 2014 og klinikkjef, samhandlingssjef, kommunikasjonsdirektør fikk i oppdrag å komme med forslag til videre prosess.

1.7.14 (sak 90/14) vedtok FTL etablering av en arbeidsgruppe for å starte en ny overordnet strategiprosess med følgende mandat:

- **Bakgrunn:**

*SunHF har en vedtatt strategiplan for 2020 som nå skal rulleres og utarbeides med klare strategiske målsettinger i et 2030 perspektiv. (Tilsvarende prosesser skjer i øvrige helseforetak og i HSO RHF)
Strategi SunHF 2030 skal være et veikart med fokus på det fremtidige pasienttilbudet, forsknings- og innovasjonsaktivitet, samt foretakets rolle relatert til Samhandlingsreformen.*

I tillegg skal strategi 2030 definere videre utvikling av bygningsmassen på Nesodden (byggetrinn 3) og eventuelle behov for fremtidige arealer på Helsearena Aker.

Videre skal strategi 2030 definere hvilken rolle SunHF skal ha nasjonalt og internasjonalt med spesiell fokus på utvikling av foretakets internasjonale nettverk. Strategiske mål for foretakets posisjon som et av verdens ledende rehabiliteringssykehus blir en viktig del av strategiplanen.

- **Oppnevning:**

Følgende arbeidsgruppe oppnevnes for gjennomføring av fase 1 i strategiprosess SunHF 2030:

- *Klinikkjef Kathi Sørvig - Leder*
- *Samhandlingssjef Kirsten Sæther*
- *Kommunikasjonsdirektør Tonje Grave*

Leder innkaller til første møte i arbeidsgruppen som konstituerer seg selv.

Arbeidsgruppen står fritt til å innkalle ressurspersoner som kan bistå i arbeidet gjennom fase 1.

- **Arbeidsgruppen skal:**

> Utarbeide en disposisjon for strategidokument SunHF 2030 som presenteres på samling for utvidet ledergruppe 27. og 28. oktober 2014.

> Fremme forslag om videre organisering av arbeidet med strategi SunHF 2030. (Fase 2 med oppnevning av parts sammensatt prosjektgruppe ultimo 2014 og behandling av strategiplanen i FTL ultimo 1. halvår 2015 og styrebehandling primo 2. halvår 2015.

- **Fremdrift:**

Arbeidsgruppen holder FTL løpende orientert om fremdriften i arbeidet (løypemelding i FTL møtene), og legger frem forslag til disposisjon for strategi SunHF 2030 til FTL innen medio oktober 2014.

Arbeidsgruppen hadde flere møter og involverte ulike fora i arbeidet med å definere hvordan strategiarbeidet skulle organiseres og gjennomføres og hvilket innhold det burde ha. Dette inkluderte også utarbeidelse av et forslag til disposisjon for strategidokumentet. På bakgrunn av arbeidsgruppas

forslag vedtok FTL 18.11.14 mandatet for en partssammensatt prosjektgruppe for arbeidet med Strategi 2030 (90/14).

2.5.2 Prosjektfase

Prosjektgruppen begynte sitt arbeid i januar 2015. Prosjektgruppen har hatt jevnlige møter og korrespondanse per e-post.

Under arbeidet i løpet av 2015 fant prosjektgruppa det riktig å foreslå et revidert mandat for styringsgruppen FTL. 15.12.15 vedtok FTL i sak 171/15 revidert mandat, fremdriftsplan og utkast til disposisjon (se 2.2). FTL har videre behandlet Strategi 2030 i flere møter våren 2016 (sakene 43/16, 91/16, 96/16).

Saken har blitt styrebehandlet 18.12.14 (Strategi- og målarbeid Sunnaas sykehus HF, 74/14) og 25.3.15 (Strategi Sunnaas sykehus HF 2030, 17/15), og dessuten vært tema for styreseminarer 9.6.15 og 20.5.16.

9.12.14 ble det gjennomført 60-års jubileumsseminar for Sunnaas sykehus med tittel «Sunnaas mot 2030». Programmet inneholdt innlegg fra sykehusets gjesteprofessorer og samarbeidspartnere: forskergrupper ved Karolinska Institutet, Universitetet i Oslo (Det medisinske fakultet, Psykologisk institutt, Institutt for spesialpedagogikk, Avdeling for ernæringsvitenskap), Høgskolen i Oslo og Akershus (Fakultetet for helsefag), Norges idrettshøgskole og Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser.

Det har vært ønskelig med kommunal representasjon ved KS inn i arbeidet. KS har vært forespurt om et medlem inn i eksternt referansegruppe, men har ikke hatt anledning. Representanter fra prosjektgruppa har hatt et møte med representanter fra KS i mars 2016 og fått nyttige tilbakemeldinger.

Det ble gjennomført et innspillsmøte med representanter for brukerforeninger i april 2015, samt et i april 2016 (se 2.7.2).

Også i april 2015 ble det arrangert et strategiseminar, der foretaksledelsen og prosjektgruppa deltok, samt medlemmer av arbeidsgrupper for faglig analyse. Programmet inneholdt innlegg fra interne og eksterne foredragsholdere på dag 1, mens dag 2 var oppstarten av arbeidet med den faglige analysen.

Det har vært involvering av sykehusets organer og ansatte gjennom bl.a. allmøter, tema på møter til Fagråd Klinikk og forskning, og nyheter på internett.

Det ble gitt oppdrag til ulike enheter/ansatte for innspill og utarbeidelse av tekst, spesielt til kapitelene om «Sunnaas sykehus HF – utvikling gjennom 60 år og status 2016» og «Analyse av forventet utvikling: Rammer for den faglige virksomheten».

2.6 Grunnlag for analyser

Det er ikke gjennomført egne datainnsamlinger for dette prosjektet. Man har søkt å bruke eksisterende relevante dokumenter og kunnskap. Der det konkret er brukt eksterne kilder er disse nevnt fortløpende i teksten.

Sunnaas sykehus gjennomfører jevnlig datainnsamling som sammenstilles og analyseres for rapportering og forbedringsarbeid. Dette gjelder f.eks. pasient- og medarbeiderundersøkelser,

kvalitetsrapport mm. Disse kildene er brukt mye i dette dokumentet. De fleste data er for 2014, noen fra 2015 (f.eks. årlig melding).

Gjeldende interne strategier og rapporter (f.eks. idefaserapport byggetrinn 3) er også brukt, sammen med ulike presentasjoner og innspill i ulike fora der sykehusets fremtid har blitt drøftet – et eksempel er innlegg i forbindelse med 60-års jubileumsseminar 9.12.2014.

Som nevnt ble det i april 2015 gjennomført et 2-dagers strategiseminar der prosjektgruppa og styringsgruppa (FTL) deltok. For det faglige analysearbeidet ble det opprettet to arbeidsgrupper – hhv. «klinisk tilbud, forskning, innovasjon» og «utdanning og kompetansearbeid» – og arbeidsgruppenes medlemmer deltok også på dette seminaret.

Resultatet fra den faglige analyseprosessen var to dokumenter som har vært til intern høring på SunHF i februar 2016. Det kom innspill fra både enheter, faggrupper og enkeltpersoner, først og fremst på dokumentet «klinisk tilbud, forskning, innovasjon». I tillegg til generelle tilbakemeldinger på at dokumentene var grundige og gode, kom det en rekke innspill/ønsker om redigeringer og tillegg. Dokumentene ble redigert med bakgrunn i innspillene – de er vedlegg til dette dokumentet, mens kapittel 5 «Analyse av forventet utvikling: Klinisk tilbud, forskning, innovasjon, utdanning, kompetansearbeid» representerer et redigert sammendrag.

En tidligere versjon av dette dokumentet var til en bred intern høringsrunde i april/mai 2016. Mange enheter, men også faggrupper, ulike utvalg og noen ansatte ga tilbakemelding og innspill. En rekke innspill handlet om formuleringer, fakta mm. og ble innarbeidet i dokumentet. Videre kom det en rekke innspill når det gjelder strategiske valg fremover. Disse gikk inn arbeidet med å revidere dette dokumentet og utarbeide «Strategisk plan Sunnaas 2030». Også sykehusets gjesteprofessorer fikk oversendt et tidligere utkast og flere kom med tilbakemeldinger.

2.7 Innspill fra eksterne høringsinstanser

Innspill ble samlet inn på forskjellige måter – gjennom møter, utsending av høringsdokumenter o.l. Her oppsummeres kort innkomne høringsinnspill i stikkordform. Innspillene har blitt tatt hensyn til i utformingen av dette grunnlagsdokumentet og av strategisk plan.

2.7.1 Oppsummering fra seminar med ekstern referansegruppe 31. mars 2016

- Sunnaas sykehus bør satse på de pasientgruppene hvor vi kan gjøre mest nytte. Bør prioritere pasienter med størst rehabiliteringspotensial med mål om å få dem tilbake i arbeid og utdanning. Måle arbeids- og funksjonsevne. Mindre fokus på omsorg.
- Ta pasientenes helsetjeneste på alvor, sette pasienten først.
- Ta nasjonalt ansvar for å styrke rehabiliteringskunnskapen i kommunene. I dag svært variabelt rehabiliteringstilbud i kommunene. Sunnaas må ta ansvar for å sikre pasientene et godt tilbud.
- Etablere kompetansesentre og kvalitetsregistre.
- Skape spissmiljø for rehabiliteringsforskning i samarbeid med aktører nasjonalt og internasjonalt.
- Ta teknologi på alvor – ansette personer med god teknologisk kompetanse.

- Vurdere ikke å behandle pasienter med psykiatrisk/avhengighetssykdom på Sunnaas sykehus, men at de får tilbud ved institusjoner som er spesialisert på psykiatrisk/avhengighetssykdom. Styrke deres rehabiliteringskompetanse, og la dem behandle pasientene.
- For det endelige dokumentet bør det lages en «executive summary» som oppsummerer strategien på én side. Alle ansatte bør kjenne strategien.

2.7.2 Oppsummering fra innspillmøte for pasient- og brukerorganisasjoner 20.4.2015

Sju foreninger møtte og representerte brukergrupper som har eller kan være aktuelle for å ha et tilbud om rehabilitering ved Sunnaas sykehus. Foreningene ble invitert til å komme med innspill fra på følgende områder:

- Hvilke endringer kan vi forvente de neste årene ut fra et pasient-/brukerperspektiv, som Sunnaas sykehus bør ta hensyn til i sin videre utvikling?
- Hvilke aktiviteter bør sykehuset spesielt videreutvikle fremover? F.eks. tilbudet for inneliggende pasienter, polikliniske/ambulante tilbud, kompetansetjenester/veiledning/rådgiving, forskning ...?
- Er det eksisterende tilbud som bør avvikles, f.eks. fordi de overtas av kommunehelsetjenesten eller andre aktører? Bør det innføres nye tilbud?
- Er det visse områder/temaer – uavhengig av diagnoser – som Sunnaas sykehus spesielt burde vektlegge fremover?

Foreningene ønsket direkte tilbud om rehabilitering ved Sunnaas sykehus. Rehabiliteringen bør komme raskt i gang etter utskrivning fra sykehus. Det kom fram et ønske om for flere plasser eller bedre utnyttelse av plassene, særlig gjaldt dette primærrehabilitering av personer med hjerneslag. Mange foreninger ønsket tilbud senere i forløpet, og livslang og regelmessig oppfølging og kontrollopphold i spesialisthelsetjenesten. De ønsket selv å definere sine rehabiliteringsbehov i større grad enn i dag. Flere ønsket organiserte treningsgrupper for utskrevne pasienter, for eksempel på Helsearena Aker. Medfødte tilstander har et annet forløp, men lever med sine vansker hele livet. Organisasjonene som representerte disse ønsket regelmessige «serviceopphold». Flere la vekt på at god rehabilitering ikke bare innebærer fysisk opptrening, men også psykisk bearbeiding og motivasjon for ny livssituasjon. Brukerkonsulentene ble trukket fram som viktige her. Personer med sjeldne diagnoser ønsket sterkt at rehabilitering for deres grupper skal foregå på noen utvalgte steder, slik at disse kan opparbeide kompetanse. De ønsket at Sunnaas skal bidra til slike ordninger.

Det kom fram varierende erfaringer med rehabiliteringstilbudet i kommunene, og noen stilte spørsmål ved om Samhandlingsreformen «har gått for langt». Flere opplevde at rehabilitering i egen kommune ikke var faglig god nok fordi fagpersonene manglet kunnskap om deres tilstand og relevante tiltak, eller at kommunen for eksempel ikke prioriterte å tilsette logoped. - Vi kan gjerne reise et stykke for å få god rehabilitering, sa flere. For å få god nok kvalitet på rehabilitering i hele landet, for ulike diagnoser og på alle nivåer mente de at Sunnaas må ha en ledende posisjon i forskning, kunnskapsutvikling og kunnskapsspredning, og bidra i den teknologiske utviklingen. Noen mente Sunnaas i framtida bør ha flere landsdekkende tilbud, nasjonale behandlings- og kompetansetjenester.

Det kom også fram at dagens finansieringsordning kan komme i veien for gode tilbud. Individuelle behov hos den enkelte pasienten er ikke nødvendigvis det som gir best uttelling økonomisk for institusjonen. Noen mente med bakgrunn i dette at finansieringsordningen for rehabilitering bør endres.

2.7.3 Oppsummering fra åpent innspillmøte for pasient- og brukerorganisasjoner 4.4.2016

- Alle gruppene ønsker noe tilbud på Sunnaas sykehus, men ser at deres rehabiliteringsbehov i stor grad kan bli ivaretatt i kommunene og øvrige deler av spesialisthelsetjenesten.
- Brukerne ønsker vekt på gode pasienttilbud. Litt uenighet i om det er nødvendig å være verdens ledende, eller om det holder å være ledende i Norge.
- Brukerne ser at det kommer en kommunereform, kommuner vil slås sammen og mer av helsetjenestene vil bli ivaretatt i kommunene. Det er svært viktig at Sunnaas bidrar til at kunnskapen i kommunene om rehabilitering blir så god som mulig, også for å sikre best mulig likt tilbud uavhengig av bosted. I dag oppleves store forskjeller.
- Sunnaas sykehus bør ta en ledende funksjon når det gjelder å tilrettelegge for god kunnskap i all rehabilitering, gjerne sammen med universitet og høgskole.
- Det trengs både direkte veiledning og rådgivning til fagpersonene, men også en teknologisk utvikling som muliggjør deling av kunnskap, informasjon om beste behandlingstilbud osv.
- Sunnaas sykehus bør søke flere nasjonale behandlings- og kompetansesenterfunksjoner. Det bør opprettes en nasjonal koordinerende enhet, ikke bare regionale.
- Viktig med fokus på deltakelse i samfunnet, arbeid, utdanning.

2.7.4 Oppsummering fra møte i HSØ fagråd rehabilitering 14. april 2016

- Ønskelig at Sunnaas sykehus fungerer som et regionalt senter for rehabiliteringsforskning.
- Før det ev. legges ned tilbud bør det gjøres grundige vurderinger – det er mye lettere å bygge ned kompetanse enn å bygge den opp.
- Den fysiske lokaliseringen på Nesodden kan legge begrensninger på visse faglige utviklinger, spesielt aktiviteter som medfører invasive metoder.
- Hva er riktig rekkefølge for strategiprosesser – burde man heller ha ventet på den regionale utviklingsplanen som nå skal lages i etterkant av Nasjonal helse- og sykehusplan?

2.7.5 Oppsummering innspill mottatt fra kommunal sektor og fra andre HF og RHF

Fra Sunnaas' side var det ønskelig med en representant for KS i ekstern referansegruppe. Dette var dessverre ikke mulig. Det ble imidlertid gjennomført et møte mellom representanter fra prosjektgruppa og fra KS, og i tillegg ble et dokumentutkast sendt ut til flere kommuner der det kom inn noen tilbakemeldinger.

- Man ser mye av de samme utviklingstrekk som beskrives av oss; det fremheves spesielt usikkerhet vedr. utvikling av kommunestruktur og økonomisk fremtid; en viss bekymring for en mulig utvikling der oppgaver til kommunene overføres uten at midler følger med.
- Å sikre rekruttering av kompetent personalet ses som en betydelig fremtidsutfordring
- Det synes sannsynlig at det også fremover vil være veldig forskjellige kommuner der et spørsmål blir hvordan rehabilitering vil bli løst i de mindre kommunene.
- Spørsmålene rundt oppgavefordeling kommune- vs. spesialisthelsetjenesten vurderes ikke direkte relevant for Sunnaas sykehus fordi det vil være behov for tilbudene ved Sunnaas uansett.
- Basert på formuleringene i høringsutkastet bemerkes det at sykehusets holdning til samhandlingsreformen kan synes noe avventede, og at man i større grad bør se mulighetene som ligger i overføringen av oppgaver til kommunehelsetjenesten, både for pasientene og for Sunnaas som institusjon.
- Man må finne en løsning på hvem som skal vurdere rehabiliteringsbehovene og utløse tiltak, der KS i utgangspunktet mener at dette skal skje i kommunal regi.
- Det påpekes et behov for å se på hjelpemiddelområdet; problem at mye utskiftes og ikke repareres, udekkede kostnader, tung saksbehandling, lite videreutvikling ut fra norske forhold.
- Vedr. veiledning påpekes at det også bør være veiledningsplikt fra kommune- til spesialisthelsetjenesten; fra f.eks. Sunnaas ønskes mer veiledning rundt sjeldne pasienter samt tilbudet som gis i form av større grupper. Det vurderes som en utfordring at ansvar for lærings- og mestringstilbud er forankret både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

En tidligere versjon av dette dokumentet ble også sendt til andre helseforetak i Helse Sør-Øst (via Fagråd rehabilitering), og til rehabiliteringssaksbehandlere i de andre RHFene samt faglige kontaktpersoner i andre regioner.

- Flere gir tilbakemelding om at strategidokumentet er godt og grundig, og i hovedsak gis det tilslutning til beskrivelser, analyser og vurderinger.
- Fra flere hold – både innenfor og utenfor Helse Sør-Øst – tilbakemeldes det at det er bra med en sterk pådriver for rehabilitering – «Sunnaas er en svært viktig drivkraft for rehabiliteringsfaget internasjonalt, nasjonalt og i HSØ» og «kan bidra til et helhetlig løft for rehabiliteringsfeltet i Norge».
- Det anføres videre «at Sunnaas er i førersetet med hensyn til faglig og teknologisk utvikling både innen pasientbehandling, hjelpemidler og samhandling er til stor inspirasjon for helseforetak med mindre rehabiliteringsavdelinger».
- Det beskrives som «meget verdifullt å samle og fremme rehabiliteringskompetanse på regionalt nivå», og nevnes at det er viktig at Sunnaas driver kompetanseoverføring innen fagområdet og fortsetter med kompetansetiltak, forskning og fagutvikling og er langt fremme med hensyn til teknologiske løsninger.
- Det understrekes også behov for kunnskapsarbeid mot kommunehelsetjenesten, samt at det er viktig å samarbeide med utdanningsinstitusjonene.

- Når det gjelder pasientbehandling ser høringsinstansene et fortsatt behov for at Sunnaas sykehus tilbyr høyspesialisert rehabilitering som ikke kan gis i kommunehelsetjenesten eller ved mindre spesialiserte rehabiliteringsaktører.
- Dette gjelder eksempelvis høyspesialiserte rehabiliteringstilbud for «pasienter med sjeldne diagnoser/ funksjonsnedsettelse, pasienter med komplekse skader i nervesystemet, hodetraumer, ryggmargskader, nevrologisk sykdom» og «yngre pasienter med store og komplekse utfall».
- Det bemerkes av flere at det er nødvendig med en planlagt utvikling av rehabiliteringsfeltet der Sunnaas sykehus' oppgaver, spesielt når det gjelder klinisk tilbud, koordineres med andre aktører i en oppgave- og funksjonsfordeling.

3 Sunnaas sykehus HF – utvikling gjennom 60 år og status 2016

3.1 Fra pleiehjem til høyspesialisert rehabiliteringssykehus

Sunnaas sykehus HF har gjennom over 60 år utviklet seg fra å være et pleiehjem til et spesialsykehus for rehabilitering. Utviklingen de første 50 årene er detaljert beskrevet i boken «*Mitt Soria Moria: historien om Sunnaas sykehus*» ved Egil Houg (2004).

I de første årene var det stort fokus på å kunne tilby pasienter med nedsatt funksjonsevne et liv med høy livskvalitet. Dette ble understøttet av et stolt personale og en rasjonell drift hvor blant annet kostholdet var basert på egenprodusert og kortreist mat.

Denne første fasen er sterkt preget av pågangsmotet og kreativiteten til gründerne ekteparet Birgit og Rolf Sunnaas. Det foregår en gradvis og stadig utvikling både når det gjelder størrelse og kompetanse. Totalt fire byggetrinn er gjennomført i 1974 da sykehuset når sitt høyeste sengeantall med 274 senger. Institusjonen tilknytter seg stadig mer medisinsk og annen helsefaglig kompetanse og treningsfasilitetene utvides.

I 1979 overtas sykehuset av Oslo kommune før det i forbindelse med sykehusreformen overtas av staten i 2002 som selvstendig helseforetak under Helse Øst RHF.

Det følger en hendelsesrik tid med flere runder der sammenslåing av Sunnaas sykehus HF med annet helseforetak er under diskusjon.

SunHF «overlever» som selvstendig helseforetak og overtar Drøbak Rehabiliteringssenter og Askim sykehus som blir del av SunHF i ca 10 år. I etterkant av opprettelsen av Helse Sør-Øst RHF får Sunnaas sykehus regionale funksjoner som Regional koordinerende enhet rehabilitering (RKE) og Regional kompetansetjeneste rehabilitering (RKR). Med TRS og Nasjonal behandlingstjeneste for rehabilitering ved locked-in syndrom får sykehuset også offisielle nasjonale funksjoner.

Siden helsereformen i 2002 har sykehuset utviklet seg til et moderne høyspesialisert rehabiliteringssykehus med fokus på kunnskapsbaserte behandlingsprogram og en sterk satsing på

Historisk utvikling oppsummert

- 1954 - Grunnlagt av ekteparet Birgit og Rolf Sunnaas
- Ekspanderte utover 1960 og 70-tallet
- 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
- 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 (bygg H)
- 2009 - Ansvar for Regional koordinerende enhet rehabilitering
- 2013 - Ansvar for Regional kompetansetjeneste rehabilitering
- 2015 - Aktivitet fra Askim flyttes – alle inneliggende pasienter er samlet på Nesodden
- 2015 - Byggetrinn 2: Åpner nytt sykehusbygg på 5000 kvadrat
- 2015 - Åpner barne- og ungdomsenhet

forskning og innovasjon. Sykehuset har utviklet en egen samhandlingsavdeling og sterke internasjonale nettverk.

3.2 Sunnaas sykehus 2016 – fem bærebjelker

Sunnaas sykehus HF er Norges største spesialsykehus for rehabilitering og ett av elleve helseforetak i Helse Sør-Øst. Sykehuset har hovedsakelig regionale, men også nasjonale oppgaver, og er et sykehus med universitetsfunksjoner. Virksomhetsidéen til SunHF er:

- Sykehuset skal være landets ledende sykehus innen spesialisert medisinsk rehabilitering og holde høyt internasjonalt nivå
- Sykehuset skal ivareta sitt særlige ansvar for å bidra til utvikling av rehabiliteringsfeltet knyttet til pasientbehandling, forsknings- og kunnskapsutvikling og samhandling

«Strategisk plan Sunnaas sykehus HF 2012-2020» definerer klinikk, forskning og samhandling som bærebjelkene i sykehusets satsning mot strategiske mål 2020. Eksisterende strategiske målsettinger mot 2020 er

- forsterket fokus på evidensbaserte behandlingsprogram
- tverrfaglig arbeidsform og kontinuerlig kvalitets- og forbedringsarbeid
- integrering av forskning i klinikken
- videre utvikling av samhandlingsnettverket mot andre helseforetak, institusjoner og kommunehelsetjenesten
- økt satsing på kunnskapsutvikling og overføring til foretakets interessenter
- økt fokus på nye pasientgrupper
- etablering av utprøvende enhet for nye behandlingsformer



Den senere tid har innovasjon og internasjonal aktivitet blitt lagt til som «bærebjelker», slik figuren viser.

Det gjennomføres kontinuerlig pasienttilfredshetsundersøkelser, og kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er godt integrert i virksomheten. I 2015 ble Sunnaas sykehus HF på ny akkreditert for en treårsperiode av Commission on Accreditation for Rehabilitation Facilities (CARF), en internasjonal ideell organisasjon som akkrediterer tjenesteleverandører innen helse og omsorg. Akkrediteringen inkluderer alle behandlingsprogram, styret, administrasjon og ledelse.

I det følgende presenteres kort sentrale deler av virksomheten per 2016.

3.2.1 Høyspesialisert klinisk tilbud til mange grupper

Det kliniske tilbudet omfatter tverrfaglig rehabilitering til mennesker som har behov for rehabilitering etter alvorlig skade eller sykdom – både kort tid etter og i senere faser. Sykehuset legger til rette for og hjelper pasientene på veien videre, noe som for de fleste betyr å flytte hjem, mestre arbeidslivet og delta i samfunnet før øvrig. Sunnaas sykehus har tilbud til pasienter med ryggmargskader, alvorlige hjerneskader, hjerneslag, multitraumer, kognitive utfordringer, smertetilstander, alvorlige brannskader, nevrologiske sykdommer og sjeldne medfødte diagnoser. Tilbud til barn og ungdom er prioritert, og flere av rehabiliteringsprogrammene har et livsløpsperspektiv i tilbudet.

Det er etablert en tverrfaglig arbeidsform som sikrer koordinerte rehabiliteringsprosesser for den enkelte pasient. Det er tilgang til ulik fagkompetanse internt og eksternt:



De senere år har det blitt bygd opp en kompetansenhet som spesielt skal bidra til kunnskapsbasert praksis. Enheten arbeider med kompetansesikring og -utvikling for de enkelte faggruppene og tverrfaglig. Standarder for nyansattopplæring og vedlikeholdslæring er blitt utarbeidet. Kompetansenheten er aktiv på området digital læring med utarbeidelse av e-læringsprogram, arrangement av webinarer mm. Sykehusets lærings- og mestringssenter er også organisert her. Det er også opprettet tverrfaglige kompetansegrupper som er rådgivende og veiledende til ledere og helsepersonell i klinikk. Gruppene er sammensatt av klinikere og forskere, og aktivitetene inkluderer å lage kliniske veiledere, informasjonsmateriell og prosedyrer samt å arrangere fagdager. Det er p.t. sju slike grupper: afasi, førerkort, kognitiv rehabilitering, lungefunksjon, smerter, spastisitet og urinveier. I tillegg finnes det en rekke såkalte «faglige nettverk».

Det er 159 senger ved sykehuset som disponerer to treningsleiligheter, fem senger i enhet for barn og unge, og to spesielt tilrettelagte smitterom. Poliklinisk aktivitet foregår på Nesodden og på Helsearena Aker, samt i form av ambulante tilsyn og per telemedisin. Gjennomsnittlig ventetid per 31.12.2015 var 52 dager.

Nøkkeltall for aktiviteten i 2015:

Aktivitet 2015		
Totalt antall DRG-poeng (døgn og poliklinikk) inkl. gjestepasienter	<i>Budsjettert:</i>	5 964
	Resultat:	5 941
Totalt antall DRG-poeng (døgn og poliklinikk) i henhold til "sørge for"-ansvaret (HSØ-pasienter)	<i>Krav:</i>	5 713
	Resultat:	5 483
Antall utskrevne pasienter, døgnbehandling	<i>Krav:</i>	2 809
	Resultat:	2 903
Antall liggedøgn døgnbehandling	<i>Krav:</i>	44 550
	Resultat:	43 428
Antall inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	<i>Krav:</i>	2 788
	Resultat ¹ :	3 050

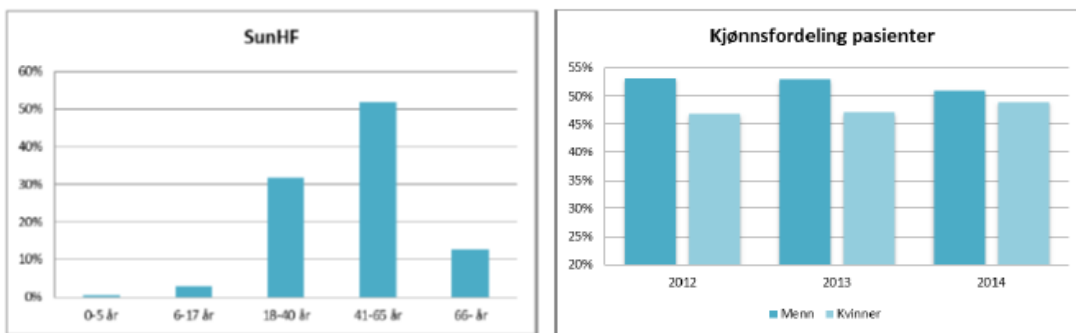
For "sørge for" pasienter (pasienter bosatt i Helse Sør-Øst) var det dermed i 2015 et negativt avvik på diagnose relaterte grupper (DRG) med 230 DRG (219 heldøgn og 11 for poliklinikk). Totalt er aktiviteten for pasientbehandling imidlertid tilnærmet som budsjettert med bare 23 DRG heldøgn og 6 DRG poliklinikk i negativt avvik. Dette betyr at aktiviteten for pasienter fra andre helseregioner har vært større en budsjettert (positivt avvik på 201 DRG).

Aktivitet på poliklinikk i 2015 var 262 konsultasjoner over budsjettert. Det bemerkes at tallet på 3.050 polikliniske konsultasjoner underlagt ordningen med innsatsstyrt finansiering – det totale antallet polikliniske konsultasjoner inkludert «raskere tilbake» er ca. 4.500.

Slik er den prosentvise fordelingen av pasientene når det gjelder bosted (sykehusområde/ region):

Utskrivelser (%)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
A-Hus	17	17	19	17	16	19
Innlandet	8	9	9	9	9	8
Oslo	19	18	18	17	19	18
Sørlandet	3	2	2	3	5	4
Telemark	3	4	4	4	3	3
Vestfold	4	4	3	4	4	4
Vestre Viken	13	13	12	15	14	14
Østfold	24	22	23	20	19	17
Andre regioner	8	10	9	11	11	12

Pasientenes kjønns- og aldersfordeling er som følger:



Andelen pasienter som skrives ut til hjemmet har de siste årene vært stabil på 92 til 95 %. Gjennomsnittlig liggetid var i 2014 på ca. 15 dager. Det er stor variasjon ut i fra hvilket opphold pasienten er innlagt til; primærrehabilitering tidlig etter ny oppstått sykdom/skade har lengre (men også her varierende) liggetid, mens opphold i senere faser har kortere liggetid.

Under primæropphold kartlegges funksjonsnivået med FIM (Functional Independence Measure) ved innkomst og utreise – totalt registreres det god gjennomsnittlig fremgang.

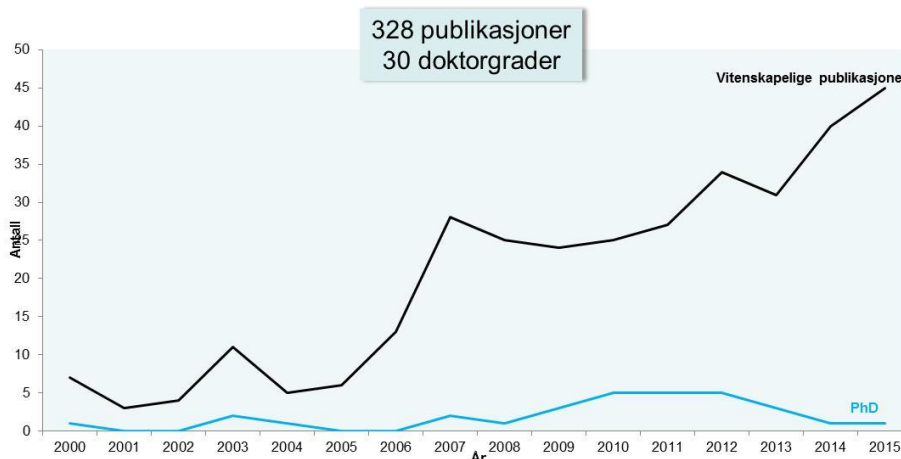
For 2014 viser resultatene en funksjonsforbedring på 22,5 poeng i ryggmargsskadeprogrammet (55 – 77,5) under primæroppholdet, på 15 poeng i programmet for traumatiske hjerneskader (69 – 84) og på 13 poeng i slagprogrammet (67 – 80).

3.2.2 Anerkjent forskningsmiljø

Sunnaas sykehus HF har i dag det største forskningsmiljøet innen rehabiliteringsfeltet i Norge. Forskningsaktiviteten skal bidra til kunnskapsbasert pasientbehandling, ny kunnskap om sykehusets målgrupper og skal evaluere nye metoder for behandling og diagnostikk. Det meste av forskningen er tverrfaglig og klinisk pasientnær. Målet er at forskningsresultatene implementeres raskt i det kliniske arbeidet.

Også gjennom 2015 har forskningsaktiviteten ved Sunnaas sykehus HF vært høy. Det er gjennomført en disputas, blitt publisert 40 nasjonale og internasjonale referee-bedømte vitenskapelige publikasjoner, og foretaket har 26 pågående PhD-prosjekter. I 2015 har sykehuset 16 stillinger (økt fra én stilling i 2003) med universitetstilknnytning (professorater og 1.amanuensstillinger). Disse er tilknyttet Universitetet i Oslo, Høgskolen i Oslo og Akershus og Norges Idrettshøgskole. Sykehuset har ansatt gjesteprofessorer fra ledende internasjonale forskningsmiljøer.

Vitenskapelig produksjon siste 15 år



Forskningsaktiviteten har økt betydelig som følge av en planlagt og strategisk utvikling etter en forskningsevaluering i regi av Norges forskningsråd i 2003: Mens det da var tre ansatte med PhD-grad ved sykehuset, var antallet steget til 31 i 2015. Det har også vært en vesentlig økning i antall vitenskapelige publikasjoner, fra ca. fem til ca. 40 per år. Budsjettandel brukt til forskning og utvikling har i samme periode økt fra 0,7 % til 7 %. Strategien som førte til denne betydelige veksten inkluderte opprettelse av en forskningsenhet sentralt i organisasjonen, utvikling av internasjonalt samarbeid, tverrfaglig akademisering på PhD- og professornivå og fortløpende tverrfaglig rekruttering av forskertalenter, og satsing på laboratorier.

I 2016 opprettes det – basert på etablert forskningsaktivitet – fire formelle tematiske forskergrupper: Bevegelse og funksjon, Hjerneskader, Ryggmargsskader og Sjeldne tilstander.

Forskningen ved sykehuset ble igjen evaluert i 2011 der man konkluderte med karakteren «fair», men også med at «Sunnaas Rehabilitation Hospital has the potential to become one of the leading rehabilitation hospitals in the world».

I 2014 ga sykehuset Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) oppdrag om å evaluere forskningspublikasjonene som utgår fra sykehuset. Konklusjonen i rapporten «Forskningen ved Sunnaas sykehus i en internasjonal kontekst» er at Sunnaas sykehus sin samlede forskning er sitert litt over verdensgjennomsnittet, mens resultatene oppsplittet etter fagområder viser at siteringsraten til Sunnaas sykehus innen rehabilitering er høy. Det er også en høy andel av internasjonal medforfatterskap (48 %).

Tradisjonelt har laboratorievirksomhet vært tett tilknyttet forskningsaktiviteter ved sykehuset, og laboratoriene er organisert under forskningsavdelingen, med dobbeltrollen om å bistå det kliniske arbeidet og jobbe forskningsbasert. Dette er klinisk kjemisk laboratorium, klinisk fysiologisk laboratorium, urodynamisk laboratorium, nevropsykologisk laboratorium og bevegelseslaboratoriet.

3.2.3 Samhandling

Gode rutiner for samhandling mellom aktørene i rehabilitering i kommunene er sentralt for å lykkes med rehabilitering. Sunnaas sykehus HF samhandler tett med andre helseforetak, institusjoner og kommunehelsetjenesten. I 2014 hadde sykehuset utskrivninger til 260 kommuner fordelt på alle helseregionene.

Sunnaas sykehus HF har to definerte regionale funksjoner; regional koordinerende enhet (RKE) og regional kompetansetjenester for rehabilitering (RKR). Dette gir et godt grunnlag for samhandling om informasjon og kompetanse med helseforetakene, de private aktørene og kommunene.

Regional koordinerende enhet (RKE) har som oppgaver å:

- Ha oversikt over rehabiliteringstilbudene i regionen
- Gi informasjon om private og offentlige rehabiliteringstilbud til pasienter, pårørende og samarbeidspartnere
- Drifte informasjonstelefonen og -nettsted for rehabilitering
- Vurdere alle henvisninger fra fastleger til private rehabiliteringsinstitusjoner
- Gjennomføre analyser på vegne av regionalt helseforetak, sykehusområder og fagråd
- Bidra til utvikling av koordinerende enheter i sykehusområdene i regionen
- Være pådriver og initiativtaker av den årlige ReHabiliteringsuka

I 2015 ble det inngått nye avtaler med 30 private rehabiliteringsinstitusjoner der RKE bistod HSØ i anskaffelsesprosessen.

Regional kompetansetjeneste rehabilitering skal fremme kunnskap og kompetanse til fagpersoner i hele rehabiliteringsfeltet, på tvers av diagnoser, pasientgrupper, helseforetak og institusjoner. I 2015 ble det opprettet tre fagnettverk innen hjerneskaderehabilitering, kreftrehabilitering og lungerehabilitering. Det er også etablert et ledernetverk for rehabiliteringsavdelinger på sykehusene og private rehabiliteringsinstitusjoner. Videre arbeides det med et felles kjernesett av funksjon- og symptom mål for rehabiliteringstjenestene i regionen, og et kunnskapstranslasjonsprosjekt for raskere implementering av nye, kunnskapsbaserte behandlinger.

På Aker helsearena er Sunnaas sykehus sentral i arbeidet med å styrke samhandlingstiltak sammen med Oslo kommune og Oslo universitetssykehus. Sykehusets poliklinikk «raskere tilbake» og Regional kompetansetjeneste for rehabilitering ligger på Aker helsearena.

Enhet for teknologi og e-helse er en del av Samhandlingsavdelingen, og når det gjelder samhandling bl.a. involvert i elektronisk samhandling og digital kompetansearbeid.

3.2.4 Et innovativt helseforetak

Kulturen ved Sunnaas sykehus HF er gjennom den 60årige historien preget av kreativ utvikling, tilpasning og omstilling med utgangspunkt i pasientenes beste – sykehuset har således vært innovativ lenge før begrepet «innovasjon» har blitt satt på dagsorden de senere år.

SunHF har som mål å implementere innovasjonstenkning i hele organisasjonen og å etablere en møteplass mellom næringsliv og sykehus. Innovasjonsarbeidet er organisert som egen enhet, der arbeidet er organisert slik at ansatte i enheten først og fremst arbeider som fasilitører, mens de som i hovedsak gjennomfører prosjektene («innovatørene») er organisert i den enheten der de har sin ansettelse i utgangspunkt.

Sunnaas sykehus HF har i 2015 fortsatt økningen i innovasjonsaktiviteten. Av 26 søknader, er 12 innvilget, både innen brukerdrevet og forskningsbasert innovasjon. Antall pågående innovasjonsprosjekter ved utgangen av 2015 er 28, hvorav 14 ble påbegynt i 2014 eller 2013. Ti av prosjektene drives frem gjennom intern satsning i Sunnaas sykehus HF, 18 har ekstern finansiering

kombinert med egeninnsats. Høsten 2015 ble innovasjon tatt inn i lederavtalene for foretaket, noe som vil bidra til en bedre forankring av innovasjonsarbeidet.

Sunnaas sykehus HF prioriterer innovasjonsprosjekter som bidrar til bedre pasientbehandling og samhandling, i tråd med de definerte strategiske satsningsområder bevegelse, kognisjon, gamification, pasientsikkerhet og e-helse. På disse områdene er det opprettet innovasjonsklynger der det utveksles erfaringer på tvers av prosjekter.

3.2.5 Internasjonal aktivitet

Sunnaas sykehus HF har de siste årene hatt en bevisst satsning på internasjonal aktivitet og samarbeid. Hovedformålet er å lære av andre for å utvikle sykehuset videre. Det gjennomføres studiebesøk til aktuelle internasjonale institusjoner, aktuelle gjesteforelesere og gjesteforskere inviteres, internasjonale arrangementer med både helsepolitisk og faglig innhold gjennomføres, og det legges til rette for eksterne hospiteringer og forskeropphold. Forskere oppmuntres til å delta i forskningssamarbeid og alle PhD-stipendiater skal ha internasjonal (bi)veileder.

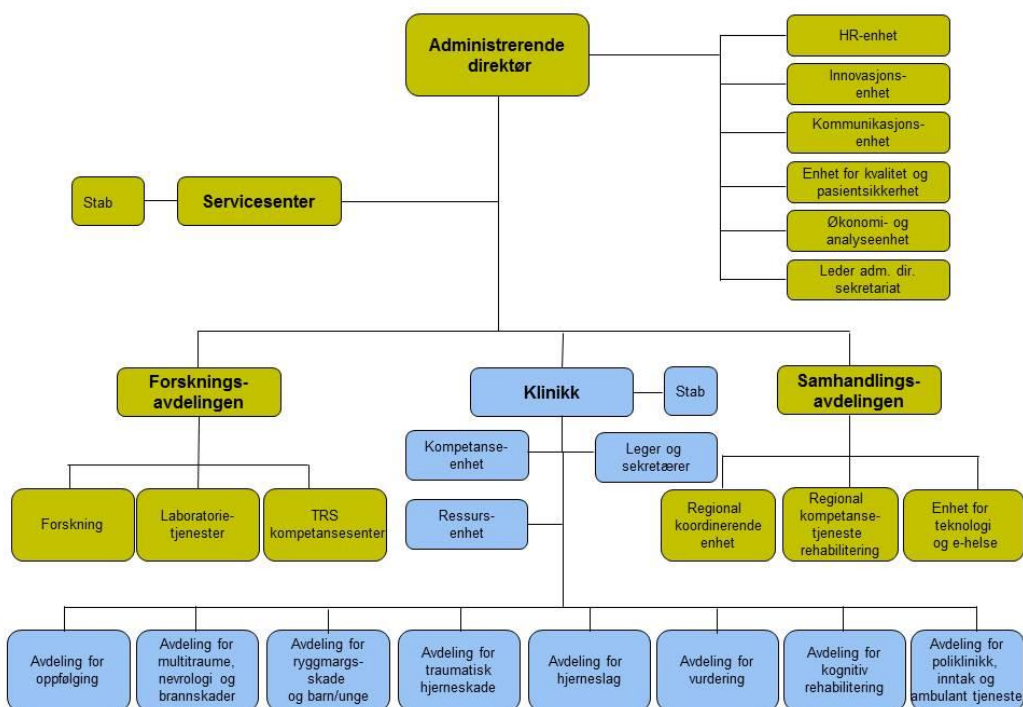
Sunnaas sykehus HF har etablert «Sunnaas International Network Seminar in Rehabilitation (SIN)» som er et årlig seminar med deltakere fra ni ulike rehabiliteringssentre i syv forskjellige land; Kina, USA, Russland, Sverige, Palestina, Israel og Norge. Målet er å utveksle erfaringer og gjennomføre felles forskning, slik som den pågående multisenterstudien om hjerneslag, SIN stroke study. Videre er Sunnaas sykehus HF en sentral aktør til «Nordisk nettverk for nevrorehabilitering» som er et nettverk spesielt rettet mot klinisk samarbeid og implementering av kunnskapsbasert praksis. I det internasjonale forskningsprosjektet INSCI om ryggmargsskader der 27 land deltar, er Sunnaas sykehus en sentral aktør.

SunHF er også engasjert i internasjonalt utviklingsarbeid i Gaza, Syd-Libanon, Kambodsja og Uruguay. Arbeidet innebærer ulike former for bidrag til å utvikle rehabiliteringstilbud – fra rådgiving på helsetjenestenivå til kompetansespredning til fagpersoner og ledere, samt utveksling av helsepersonell. Blant samarbeidspartnerne er Medical aid Palestina, Fredskorpset og Oslo universitetssykehus.

3.3 Organisering

Sunnaas sykehus HF er organisert med de tre enhetene Klinik, Forskningsavdelingen og Samhandlingsavdelingen, i tillegg til Servicesenteret og direktørens stab. I 2015 ble det gjennomført en omorganisering for å tilpasse rehabiliteringstilbud og tjenester til fasilitetene i det nye sykehusbygget slik at administrasjon og fagmiljøer bruker arealene optimalt. Et ledernivå ble fjernet da de tidligere seksjonene i klinik ble løftet til avdelinger.

Slik ser organisasjonskartet ut etter omorganiseringen:



Tilbud etter opplæringsloven for innlagte pasienter gis i regi av Nesodden videregående skole, dvs. at det er både sykehusansatte og fylkeskommunale logoped. Sykehusledelsen vurderer løsningen som u hensiktsmessig og er i dialog med Akershus fylkeskommune om ordningen.

3.4 Økonomi/finansiering

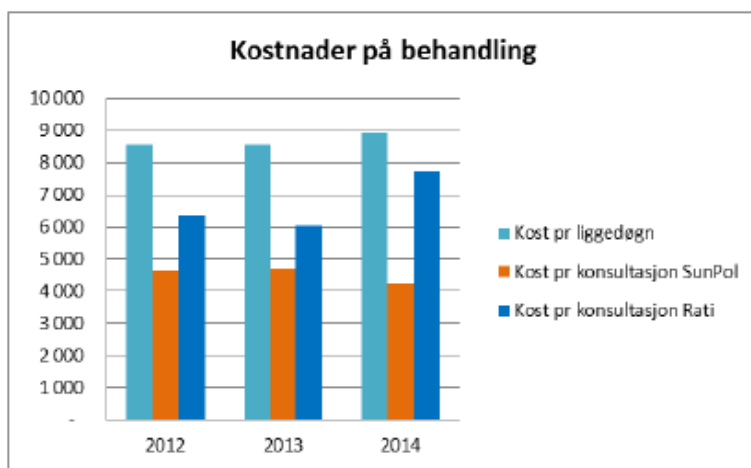
Sunnas sykehus HF er hovedsakelig rammefinansiert, men også finansiert ved innsatsstyrt finansiering (ISF) basert på aktivitet:

Tildelte midler for 2015	i tusen kr	
	Tildeling:	Resultat:
Basisramme	Tildeling:	388 019
	Resultat:	388 019
• herav forskning i basis	Tildeling:	2 663
	Resultat:	2 663
Nasjonale kompetansetjenester	Tildeling:	31 602
	Resultat:	31 602
Statlige tilskudd	Tildeling:	133
	Resultat:	133
ISF-refusjoner	Tildeling:	118 436
	Resultat:	112 973
I alt	Tildeling:	538 190
	Resultat:	532 727

Andre inntekter er bl.a. knyttet til forsknings- og innovasjonsprosjekter.

Driften og finansiering av investeringer har i 2015 vært meget bra og alle mål er oppnådd. Foretaket har et positivt resultat på 16,9 millioner som er 2,9 millioner over budsjett.

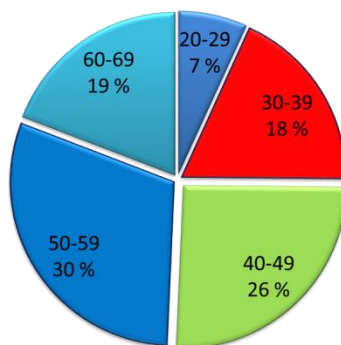
Det er gjort beregninger for kostnader på behandlingen ved SunHF, der beregningene ikke inkluderer kapitalkostnader, avskrivninger og husleie. Kostnaden per liggedøgn varierer betydelig mellom rehabiliteringsprogrammene, men har de siste årene i gjennomsnitt ligget mellom ca. 8.500 og 9.000 kroner, noe som viser et høyt kostnadsnivå. Dette forklares ved kompleksiteten av behandlingen foretaket tilbyr. Det er ingen tilsvarende rehabiliteringssykehus i Norge som det er naturlig å sammenligne seg med, men sammenlignet med andre foretak som leverer slik kostnadsvektarbeid til Helsedirektoratet, ligger SunHF omtrent på gjennomsnitt.



SunPol: poliklinisk aktivitet unntatt RaTi
RaTi: Raskere Tilbake -poliklinikk

3.5 Ansatte

I 2015 hadde sykehuset 767 ansatte fordelt på 545 årsverk. Med tanke på alder fordeler de ansatte seg slik:



Foretaket har en høy gjennomsnittsalder (50 år), noe som innebærer at mange ansatte vil gå av med pensjon frem mot 2030.

Sykefraværet var på 6,5 prosent i 2015.

19 ansatte leverte egen oppsigelse i 2015, av disse gikk 4 av med AFP og 4 med alderspensjon. Avgangsalder i 2015 var 65 år.

I 2016 har foretaket en relativ stabil bemanning med en turnover for 2015 på 4,7 %. Foretaket rekrutterer godt med mange kvalifiserte søkere innen de fleste yrkesgrupper med unntak av sykepleiere spesielt tilknyttet nattevakter, og legespesialister.

3.6 Nye sykehusbygg

SunHF er for tiden i en lengre og omfattende byggeperiode over tid som omfatter tre trinn. Byggeprosjektene er egenfinansierte, gjennom positive driftsresultater, låneopptak og salg av eiendom (Askim og Drøbak, planlagt salg av deler av eiendommen på Nesodden).

Byggetrinn 1 innebar omfattende rehabilitering av deler av bygningsmassen (bygg H) og ble ferdigstilt i 2008.

Byggetrinn 2 resulterte i et nybygg (bygg I) på 5000 kvadratmeter som ble tatt i bruk i juni 2015. Dette er et moderne bygg som hever pasientfasilitetene betraktelig. Byggeprosessen innebar riving av bygg A og av deler av bygg B; enheten i Askim flyttet til Nesodden i april 2015, noe som samlet alle inneliggende pasienter i bygningsmassen på Nesodden. En plan for bruk av totale sykehusarealer (masterplan) ble utarbeidet og gjennom hele 2015 ble eksisterende bygninger pusset opp og tilpasset sykehusets behov.

Arbeidet med byggetrinn 2 er gjennomført i henhold til fremdriftsplan og levert til avtalt tid og innenfor budsjetterte rammer og avsatte tilleggsreserver på totalt 265 millioner. Det var full sykehusdrift i byggeperioden. Egenfinansieringen av byggeprosjektet beløper seg til 135 millioner, mens lån fra Helse Sør-Øst RHF er på 130 millioner.

Byggetrinn 3 er siste planlagte trinn for å modernisere bygningsmassen og skal erstatte bygg D og K. Idéfaserapport ble utarbeidet i 2015, i tråd med foreliggende utviklingsplan for sykehuset, foretakets strategi og mål, samt regionale og nasjonale strategier og plandokumenter. Rapporten anbefaler at nytt bygg utredes plassert nordøst på eiet tomt, og at syd-partiet av dagens eiendom vurderes lagt ut for salg. Målet er byggestart i 2018 og ferdigstilling i 2020. Idéfaserapporten ble godkjent av Sunnaas sykehus HFs styre i november 2015, med vedtak om å sende søknad til Helse Sør-Øst om å få gå videre til konseptfase. Kostnaden for Byggetrinn 3, inkludert noe ombygging av eksisterende lokaler, er anslått til mellom 230 og 342 millioner der størrelse på bygget og innhold avgjør endelig kost.

3.7 Nasjonale tjenester

Nasjonale tjenester tildeles av Helse- og omsorgsdepartementet etter søknad fra regionale helseforetak. Nasjonale kompetansetjenester innebærer kompetansespredningsoppgaver innenfor for et avgrenset område. Nasjonale behandlingstjenester har i tillegg behandlingsmonopol, det vil si at alle pasienter innenfor målgruppen skal behandles ved den nasjonale behandlingstjenesten.

Sunnaas har i dag to nasjonale tjenester, en kompetansetjeneste og en behandlingstjeneste. TRS kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser ble opprettet i 1992 og er i dag ett av ni sentre i Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. TRS har ansvar for flere grupper med sjeldne tilstander, og totalt registrert ca. 3500 brukere med over 100 ulike diagnoser.

Nasjonal behandlingstjeneste for rehabilitering ved locked-in syndrom gir tilbud for 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 primærrehabilitering på Sunnaas sykehus og livslang oppfølging.

4 Analyse av forventet utvikling: Rammer for den faglige virksomheten

4.1 Politisk og samfunnsutvikling

Samfunnet er i endring. Blant de store trendene er mer globalisering og økt elektronisk kommunikasjon som medfører større grad av samtidighet av aktiviteter og relasjoner. Ifølge futuristen David Houle lever vi nå til enhver tid i to samtidige virkeligheter: den vi fysisk befinner oss i, og den vi opplever gjennom å være online. Vår bevissthet blir i stadig større grad preget av å være en del av et samfunn, samtidig som det også blir mer individualisering i den forstand at livet gir flere muligheter for stadig flere mennesker og på flere områder. Dette betyr stor valgfrihet, samtidig som mengden av valgmuligheter er så stor at det er umulig å forholde seg til all informasjon og vanskelig å få oversikt. Valgene vil fremover derfor i stor grad (måtte) være verdibaserte. Viktige verdier i denne sammenheng – som institusjoner i økende grad må forholde seg til – vil være åpenhet og tillit. Utviklingen med bl.a. individualiseringen medfører økte krav til tjenesteytere: eksempelvis krav om at den enkelte får tilbud om optimal behandling og rehabilitering tilpasset individets behov, sett opp mot internasjonale tilbud av høyeste kvalitet. Her kan det tenkes en utvikling der samfunnet i større grad etterspør spesialiserte rehabiliteringstjenester for bl.a. pasienter med usikkert rehabiliteringspotensial eller eldre.

Ny teknologi vil muliggjøre stadig raskere og bedre behandling, og spesialisthelsetjenesten står ovenfor en rivende utvikling av ny teknologi i helsevesenet. Medisinsk teknologi er en viktig drivkraft for etterspørselen av helsetjenester, og vil kreve økt grad av styring både i tråd med prioriteringer og kostnader. Innføringen av ny teknologi vil også ha en betydelig effekt på etterspørselen etter arbeidskraft og kompetanse – det er økt behov for medisinsk og teknologisk fagkompetanse, og et tettere samarbeid mellom disse fagmiljøene.

4.1.1 Pasientens helsetjeneste

Helsepolitisk ligger det en klar føring for at det skal skapes «pasientens helsetjeneste – en bedre og tryggere helsetjeneste der pasienten står i sentrum». Dette kan ses som et ledd i utviklingen der pasientene i stadig større grad myndiggjøres når det gjelder egen helse og helsevesenet innrettes deretter. I tillegg til to spesifikke tiltak for hhv. kreft- og rusfeltet og målet om å legge fram en Nasjonal helse- og sykehusplan, trakk statsråd Bent Høye i sin sykehusetale 2014 fram tre viktige løsninger for å utvikle «pasientens helsetjeneste» i sykehusene og spesialisthelsetjenesten:

- Ta i bruk mangfoldet ved å innføre fritt behandlingsvalg, redusere ventetiden og øke kvalitet.
- Skape bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom endring i ledelse, systemer og kultur.
- Satse på IKT og kommunikasjon. Digitale tjenester skal forenkle pasientenes kontakt med helsetjenesten, og pasienten skal ha enkel og trygg tilgang til egne helseopplysninger.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 fokuserer på «Trygge sykehus og bedre helsetjenester, uansett hvor du bor» samt også på «pasientens helsetjeneste». Det nevnes tre fokusområder:

- Alle skal få hjelp når de trenger det
- Alle skal få lik kvalitet, uansett hvor de bor
- Nye behov og utvikling endrer tjenestene

Planen forutsetter en befolkningsvekst i Norge på en million mennesker frem til 2030 og har som forutsetning at det ikke er mulig å «bemanne seg ut av utfordringene». Som utviklingstrender nevnes bl.a. mer aktive pasienter med nye forventninger, økt omfang av behandling utenfor sykehus og at ny behandling og teknologi kan virke både *sentraliserende* og *desentraliserende*.

Som hovedmål nevnes å styrke pasienten, prioritere tilbudet innenfor psykisk helse og rusbehandling, fornye, forenkle og forbedre, nok helsepersonell med riktig kompetanse, bedre kvalitet og pasientsikkerhet, bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus og å styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Som viktigste punkter for gjennomføringen anføres det mer nasjonal styring og samordning av spesialisthelsetjenesten, planlegging og utvikling i spesialisthelsetjenesten, ledelse, utvikling av finansieringsordningene og videreutvikling av styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten.

Rehabilitering er i liten grad omtalt i planen.

4.1.2 Samhandlingsreformen

Utfordringer som blant annet ligger i den demografiske utviklingen i Norge tilsier at det i årene fremover vil være forholdsvis færre personer i yrkesaktiv alder som skal finansiere stønader og tjenester for en stadig eldre og voksende gruppe som av ulike årsaker ikke bidrar til inntjening til velferdsordningene. Presset på velferdsordningene utløser reformer med målet om en effektiv forvaltning som setter blant annet krav til lavest mulig ressursbruk, hvilket har betydning for tjenesteytere så vel som tjenestemottakere.

Med Samhandlingsreformen som siden 2012 har påvirket helsetjenester, får rehabiliteringspolitikken noen tydelige målsetninger. Den bygger på konseptet holisme og sier at rehabiliteringsinnsatsen skal være helhetlig og meningsfull, det vil si at brukernes ønsker, behov og erfaringer skal ligge til grunn. Samtidig argumenteres det at dette er vanskelig å realisere fordi rehabilitering er en oppgave og prosess som foregår på tvers av forvaltningsnivåer, sektorer og faggrupper. På dette grunnlaget blir samhandling ansett som den største utfordringen på rehabiliteringsområdet (jf. St. Meld. 21 (1998-1999) «Ansvar og Meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk» og NOU 2005:3 «Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste»). Reformen angir dermed føringer for å utvikle nye måter å organisere og utføre effektive tjenester. Veksten i spesialisthelsetjenestene skal dempes ved at spesialisthelsetjenestens oppgaver spisses, mens kommunene får nye oppgaver. Det er varslet en ny rehabiliteringsmelding inkludert opptrappingsplan som ventes lagt frem med statsbudsjettet for 2017, og det er all grunn til å anta at planens hovedvekt vil ligge på kommunal rehabilitering.

En annen trend er at begrepet «brukerorientert» gis sterkere relevans og betydning i rehabilitering, noe som både medfører myndiggjøring, men også økte krav til egeninnsats, sunne livsstilsformer og mestring. Dette er også en generell tendens utenfor rehabiliteringsområdet. Det er økt krav til prestasjonsevnen til syke og uføre og til at funksjonshemmede skal bidra med arbeidskraft og i størst mulig grad skal klare seg selv. Hensikten med «empowerment» er å gi pasientene større autonomi, mens dette – uten tiltak som setter pasientene i stand til å ta gode valg – kan fortone seg som ansvarsfraskrivelse fra systemet. Helsevesenets oppgave er derfor å gi pasientene mulighet til å være autonome og ta ansvar for egen helse, men også å ivareta de som av ulike årsaker ikke kan eller ønsker det.

Utviklingen den senere tid, inkludert virkningene av Samhandlingsreformen, synes å ha en effekt på hvordan funksjonshemming forstås, og hvordan rehabilitering skal praktiseres i fremtiden. Vi ser konturene av kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten, en sykere og mer medisinsk krevende primærpatientpopulasjon, og et behov for å prioritere de pasientene som en vurderer vil ha nytte av og profittere på spesialisert rehabilitering.

En ny trend den senere tid er «hverdagsrehabilitering» som betegner et konsept med forebygging og rehabilitering mens den det gjelder bor hjemme, en innovasjon i tjenestetilbudet i kommunene med en dreining av fokuset vekk fra passiv pleie mot mer aktiv omsorg. Resultatene fra et prosjekt med 43 kommuner tyder på at hverdagsrehabiliteringstilbud til hjemmeboende personer med ulike helseutfordringer har bedre effekt enn ordinære tjenester på utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter, reise og sette seg, totalskår for fysisk funksjon og personlig stell etter 12 måneder, ved samme kostnader (i studien kun målt frem til 6 måneder). Hverdagsrehabilitering fremmer forståelsen av rehabilitering som proaktive, forebyggende, helsefremmende og mer generelle kommunale innsatser, der f.eks. lavterskeltilbud som lærings- og mestringsinnsatser og hverdagsrehabilitering fremheves. Det er vekt på mer generelle og diagnoseuavhengige tiltak. En ensidig utvikling i denne retningen vil kunne tenkes å svekke rehabiliteringens reaktive rolle – det vil si spesialiserte tiltak som reaksjon på spesifikke funksjonstap. På denne bakgrunn kan utviklingen til en viss grad føre til en utvisking av grensene mellom rehabilitering og omsorg.

Sett i lys av at kommunene blir mer sentrale i helsetilbudet til sine innbyggere totalt sett og kommunenes økonomiske situasjon, kan det tenkes at eventuelt overførte ressurser til kommunene prioriteres til slike mer generelle tiltak istedenfor mer spesialisert rehabilitering. Det må i denne sammenheng også nevnes at KS har foreslått at henvisninger til rehabilitering – også i spesialisthelsetjenesten – skal vurderes av kommunene. Det er per nå vanskelig å se tydelig hvilke implikasjoner slike (mulige) endringer har for hvilke tilbud som vil bli etterspurt fra den spesialiserte rehabiliteringen, både når det gjelder kliniske og kompetansetilbud.

Det blir fremover viktig med en god miks mellom helhetlige og mer generelle rehabiliteringstiltak og de spesialiserte og høyspesialiserte tilbud. En god avstemming krever godt gjensidig samarbeid mellom aktørene, og god kunnskap om hverandres tilbud og styrker og svakheter. Samarbeidet bør preges av gode holdninger om at man sammen vil finne de beste løsningene for pasientene, samtidig som det forutsetter god samhandlingskompetanse. God samhandlingsevne er en ferdighet som kan læres. Det finnes allerede en del kunnskap om hvilke tiltak som er effektive, og dette bør og vil det bli forsket mer på.

Totalt sett går altså utviklingen mot flere tilbud lokalt der pasientene bor, og et større engasjement av kommunehelsetjenesten i pasienters rehabilitering. Dette åpner muligheter for at rehabiliteringstjenestene blir tydeligere rettet mot pasientenes behov i deres hverdagsliv, og et bedre samarbeid om den enkelte pasient mellom helsetjenestene. Spesialisthelsetjenesten kan i større grad konsentrere seg om spesialiserte tilbud og om å hjelpe og bygge kompetanse ut fra det spesialiserte perspektivet, både med tanke på diagnose- og funksjonsspesifikke tiltak og på gode metoder for tverrfaglig samarbeid og rehabiliteringsprosessen.

4.2 Demografisk og sykdomsutvikling, behov for rehabilitering

Demografiske framskrivninger fra Statistisk Sentral Byrå (SSB) viser at andelen eldre vil øke mot 2030, mens andelen yrkesaktive vil avta i løpet av de neste førti årene. Dette er et resultat av høye

fødselskull i årene etter 2. verdenskrig, innvandring og økning i levealder. Den norske befolkningen får stadig lenger forventet levealder. Dette forventes å medføre et økt behov for helse- og omsorgstjenester framover. Eldre mennesker over 70 år forbruker per i dag helsetjenester fem ganger mer enn yngre – det er imidlertid omdiskutert i hvor stort omfang økt gjennomsnittsalder vil føre til økt bruk av helsetjenester.

4.2.1 Sykdomsutvikling

Den største årsaken til økningen i enkelte sykdommer er et resultat av at folk lever lenger og økt innvandring. Andelen eldre gir den konsekvens at pasientgrupper med kroniske og sammensatte helseproblemer vokser. Flere i dag lever med kroniske sykdommer og andelen pasienter med utfordringer innen rus og psykiatri øker. Flere overlever den akutte sykdomsfasen. Disse faktorer medfører økt behov for rehabilitering på alle nivåer.

En annen årsak til trender i sykdomsutviklingen kan knyttes til livsstil. Følgende sykdommer vil mest sannsynlig øke i omfang; hjerte- og karsykdommer, enkelte kreftformer, slitasjesykdommer, diabetes 2, fedme og psykiske lidelser som angst, depresjon og rusrelaterte lidelser. Denne utviklingen kan imidlertid endre seg med større fokus på folkehelsen og forebyggende tiltak. Forekomsten av infeksjonssykdommer er stigende på verdensbasis grunnet endrede reisevaner og økt antibiotika resistente bakterier. På sikt vil dette kunne føre til økt forekomst i Norge. Nytt EU-direktiv åpner for helsehjelp mellom nasjoner innen EØS området. Dette vil kunne føre til ytterligere spredning av multiresistente bakterier. Med unntak av økt forekomst av hjerneslag og muligens noen kreftformer og sjeldne infeksjonstilstander, vil de forannevnte faktorene først og fremst ha betydning for SunHF fordi pasientene har slike sykdommer/tilstander i tillegg til den skaden/sykdommen som fører dem til sykehuset i utgangspunktet.

4.2.2 Behov for spesialisert rehabilitering – URT-rapporten

Prosjektet «Utvikling av rehabiliteringstjenesten i Helse Øst (URT)» ble gjennomført av Sunnaas sykehus HF i 2005/2006 på oppdrag fra daværende Helse Øst. Rapporten inneholder noen generelle diagnoseuavhengige anbefalinger vedr. ressurscenter/nettverkcenter, lærings- og mestringssenter, rehabiliteringsregister, effektmål, forskning, og finansiering. I tillegg innebar arbeidet også en nokså detaljert gjennomgang for 14 pasientgrupper av deres rehabiliteringsbehov under hele forløpet av behandlingsskjedene, noe som ble utført av bredt sammensatte arbeidsgrupper. Selv om arbeidet er snart 10 år gammelt og rehabiliteringstjenestene har videreutviklet seg, er mange punkter fra rapporten fortsatt aktuelle.

Felles anbefalinger for alle grupper når det gjelder pasienttilbudet var at det bør opprettes tverrfaglige og tverrspecialist rehabiliteringspoliklinikker for alle pasientgrupper, samt at arbeidsrettet rehabilitering bør styrkes. Når det gjelder gjennomgangen av de enkelte pasientgruppene, synes følgende foreslåtte utviklingspunkter fra URT-rapporten fortsatt mest relevant – spesielt sett opp mot Sunnaas sykehus' målgrupper:

- Hjerneslag:
Underdekning av døgnbasert rehabilitering, også behov for mer dagrehabilitering.
- Traumatisk hjerneskade, anoksi og subaraknoidalblødning:
Behov for opptrapping av intermediasenger på OUS, og utvikling av døgn- og dagrehabilitering.

- Ryggmargskade:
Behov for opptrapping av intermediasenger på OUS og utvikling av gruppebaserte tilbud med fagperson/likemannshjelp.
- Kroniske smertetilstander:
Behov for regionalt ressurscenter med oppgave å etablere og implementere retningslinjer for diagnostikk, behandling og samhandling. Samhandlingsformer mellom helsevesenet og NAV bør utredes og formaliseres, bør skje spesielt innenfor rammen av rehabiliteringspoliklinikk og arbeidsrettet rehabilitering. Betydelig LMS-behov.
- Multitraume:
Behov for opptrapping av intermediasenger på OUS og for landsfunksjon for svært komplekse pasienter (ca 5 per år).
- (Perifere karsykdommer og) amputasjoner:
Behov for å standardisere og sentralisere behandlingsskjeden.
- MS:
Lang ventetid på døgnbasert rehabilitering. MS-forbundet ønsker utvidet tilbud til de med sterk grad av funksjonsnedsettelse.
- Cerebral parese:
Lite tilbud for voksne i habiliteringstjenesten. Behovet for økt tilbud om kartlegging av rehabiliteringsbehov samt treningsopphold.
- Andre nevrologiske og nevrologiske tilstander:
Rehabiliteringstilbudet for disse har i liten grad vært fokusert, grunnlag for større rehabiliteringstilbud til denne gruppen. Stort udekket behov for nevrologiske tilstander, bør være prioritert gruppe.
- Pasientgrupper med særlige behov:
 - Dobbel- og trippeldiagnose – pasienter med rus/psykiatri som trenger rehabilitering knyttet til somatisk problematikk: Det trengs en ansvarsavklaring med rus og psykiatri, og videreutvikling av metodikk for å møte denne gruppens behov.
 - Behov for å styrke tilbud for minoritetsgrupper i samarbeid mellom rehabiliteringsfeltet og fagmiljø med kompetanse innen innvandrerhelse.
 - Behov for mer kunnskap om og tiltak ved aldring med varig funksjonsnedsettelse.
 - Unge med varige funksjonsnedsettelser: Nødvendig å utvikle programmer og tilbud som både har et relativt ungt brukermiljø og setter fokus på de utfordringer som er knyttet til tidlig voksenliv (etablering av selvstendig bolig, familieforhold, yrkesmessige utfordringer, fysisk aktivitet mm).

4.2.3 Udekkede behov for høyspesialisert rehabilitering

I tillegg til behovene nevnt i URT-rapporten, har det utkrystallisert seg noen andre områder som rehabiliteringstilbud for medfødte sjeldne tilstander og for barn og unge med ervervet skade/sykdom. Samlet sett – og med utgangspunkt i SunHF sitt tilbud og kompetanse – pekes det her spesielt ut følgende områder med udekkede behov for høyspesialisert rehabilitering (i tilfeldig rekkefølge):

- Rehabiliteringskapasitet for traumepasienter som sikrer sømløs pasientforløp fra akuttbehandling til rehabilitering

- Rehabiliteringstilbud for
 - Pasienter med nevrologiske og nevromuskulære tilstander
 - Barn og ungdom med ervervet skade/sykdom
 - Pasienter med kombinerte psykiatriske og somatiske rehabiliteringsbehov
 - Voksne pasienter med medfødte (sjeldne) tilstander i bevegelsesapparat og nervesystem
 - Unge med varige funksjonsnedsettelse (diagnoseuavhengig)
 - Kreftoverlevende med alvorlige funksjonsnedsettelse og senvirkninger
- Tilbud i et livsløpsperspektiv og relatert til kronisk fase og aldring
- Diagnostiske og rehabiliteringstilbud knyttet til avgrensede funksjonsområder uavhengig av diagnose, f.eks. svelgevansker eller gangvansker/spastisitet

4.3 Aktivitet og kapasitet

Ifølge SINTEF-rapporten «Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF» viser befolkningsprognosen frem mot 2030 en vekst på 23 % for hele HSØ og en økning i antall eldre (over 70 år) på over 65 % (basert på SSBs såkalte «MMMM-prognose», dvs. middels verdier for fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og innvandring). For helsevesenet totalt sett fører disse demografiske endringene frem til 2030 til ca. 30 til 35 % økning i aktivitet, forutsatt at dagens virksomhet og behov ikke endres.

Det er vanskeligere å anslå det fremtidige behovet for rehabiliteringstjenester. I SINTEF-rapporten påpekes det at kapasitetsbehovet ved Sunnaas sykehus i stor grad avhenger av den fremtidige ansvarsfordelingen for rehabilitering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, samt av i hvor stort omfang områdesykehusene tilbyr rehabiliteringstjenester selv. En gjennomgang av rehabiliteringstilbudet i sykehusområdene i Helse Sør-Øst (v/prosjektgruppemedlem Kirsten Sæther) viser at den sengebaserte kapasiteten er ujevn (og til dels ikke-eksisterende) og har blitt redusert flere steder de senere år, noe som også rapporteres fra andre helseregioner. Målet om etablering av tverrfaglige rehabiliteringspoliklinikker i alle sykehusområder er ikke nådd.

Samlet sett kan noen av de nevnte faktorene tenkes å føre til mindre behov for spesialisert regional/nasjonal rehabilitering, mens andre faktorer taler for økt kapasitetsbehov. Hvorvidt Sunnaas sykehus i større grad får nasjonale oppgaver, vil også ha en vesentlig innvirkning.

Samfunnets forventninger og etterspørsel etter høyspesialiserte rehabiliteringstjenester for flere pasienter (bl.a. pasienter med usikkert rehabiliteringspotensial eller i høy alder), samt en mulig økning av rehabiliteringsbehovet hos pasienter som overlever alvorlig sykdom/skade, kan øke behovet. Utviklingen av tilbudet ved de private rehabiliteringsinstitusjonene og deres rolle, er en annen usikkerhetsfaktor. Dessuten kan det forventes at pasientgrupper der SunHF har ansvar for livslang oppfølging lever lengre med følgene av sin sykdom/skade, noe som medfører økt behov for oppfølgingstjenester.

SINTEF-rapporten forutsetter ingen endringer på disse områdene samlet sett, og konkluderer på dette grunnlaget med et omtrent uendret sengebehov ved Sunnaas sykehus i 2030 sammenlignet med 2014 (139 senger, som tilsvarer det effektive sengebruket i 2014).

4.4 Teknologi og e-helse

I perioden frem mot 2030 vil flere forhold påvirke behovet og prioriteringene innen teknologi og IKT ved Sunnaas sykehus, herunder eierstyring, eksisterende strategier og endringer innen medisin og teknologi. Man ser allerede nå tydelige tegn på at teknologiområdene smelter sammen og at integrasjonsbehovet mellom klinikere og de tekniske miljøene blir sterkere. Stadig nye systemer vil komme. Selv om disse vil få mer intuitive grensesnitt vil både behovet for teknologikompetanse og teknologiinnføringskompetanse øke. Innføring av nye teknologiske løsninger medfører ofte endringer i organisasjonens arbeidsformer, og kan derfor være krevende å få til å fungere i en klinisk hverdag. «Innovasjon i omsorg» viser til at dette handler 20 % om teknologi og 80 % om organisasjon.

4.4.1 Eierstyring og lovverk

Viktige faktorer for utviklingen innen teknologiområdet vil være føringer fra eier, fra det politiske miljø, samt eksisterende strategier både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Samhandlingsreformen vektlegger at «elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på», både mellom pasient og behandler, samt mellom ulike tjenesteytere/behandlere. Utredningen «En innbygger – en journal» understreker at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasientopplysninger, mens innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester, og data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

I flere år har det vært arbeidet med å tilpasse lovverket om behandling av pasientopplysninger til dagens digitale hverdag, for dermed å kunne ta i bruk muligheter som digitalisering gir, og samtidig ivareta personvernet. Opprettelsen av Direktoratet for e-helse er et uttrykk for sterkere nasjonal styring fremover.

4.4.2 Føringer fra Helse Sør-Øst RHF

I den regionale IKT-strategien legges det vekt på regional standardisering samt over tid nasjonale standarder og løsninger. I den grad nye systemer etableres på regionalt og eventuelt nasjonalt nivå, må Sunnaas sykehus HF understøtte dette. Standardiseringsarbeidet for Dips er et eksempel, det er også nærliggende at dette vil berøre langt flere områder, for eksempel medisinsk teknisk utstyr. For de områdene hvor SunHF har oppgaver som krever spesielle systemer, eller der vi er alene om å utføre oppgaven (region- eller landsfunksjon), må sykehuset ta høyde for dette og ha (tilgang til) kompetanse på området.

4.4.3 Sykehuspartner som felles tjenesteleverandør

Sykehuspartners leveransekapasitet vil sette klare rammer for hvilken utvikling det er mulig å oppnå innenfor teknologiområdet på Sunnaas sykehus. Det er avgjørende for sykehusets utvikling at leveransekapasiteten økes. I de nærmeste årene forventes det at Sykehuspartner vil endre fokus fra å være en tjenesteproducent til å bli en tjenesteleverandør, det vil si vridd fokus fra å produsere tjenester på egne eide produksjonsmidler til å kjøpe tjenester i markedet.

4.4.4 Utvikling i Elektronisk pasientjournal (EPJ)

Behovene går i retning av større og større bruk av EPJ i pasientbehandlingen. Dagens journalsystemer i det norske markedet er vurdert til å ha et funksjonelt underskudd sammenlignet med internasjonale leverandører, spesielt med hensyn til støtte for kliniske arbeidsprosesser og arbeidsflyt, samt beslutningsstøtte (Utreddning av «En innbygger – en journal» fra Helsedirektoratet). En tendens på sikt er at det går i retning av mer modulbaserte løsninger. Det vil forhåpentligvis kunne gi rom for utvikling av bedre tilpassede løsninger for rehabiliteringsområdet, med bl.a. EPJ i større grad som et samhandlingsverktøy. Det er også ønskelig med integrasjon med/for strukturerte data til forskning, kvalitetsutvikling, statistikk og utvikling.

Dips Arena vil delvis etterkomme disse behovene, men etterspørselen etter mer funksjonalitet vil øke. Langsiktigheten i disse utviklingsløpene vil gjøre at vi ikke vil kunne se «modne» EPJ-løsninger i bruk i Norge før mot slutten av strategiperioden. Arbeidet med «En innbygger, en journal» har et perspektiv fram mot 2040. Det forventes imidlertid at mange mål er implementert i 2030.

4.4.5 Kommunehelsetjenesten og NAV

Digitalisering og spesielt velferdsteknologi i kommunene er i rask utvikling. Med «En innbygger- en journal» arbeidet ser man for seg i første omgang en felles journaløsning for kommunesektoren, og på lengre sikt sannsynligvis en felles løsning på tvers av sykehus og kommuner. Økt samhandling digitalt med kommunene er et viktig utviklingsområde for Sunnaas sykehus framover.

Tjenester til NAV sentraliseres, dette har allerede begynt med færre lokasjoner for saksbehandling og mer spesialiserte saksbehandlere. NAV satser mye på teknologi og automatisk behandling. Enklere skjema for utfylling vil gjøre det enklere og intuitivt for brukerne. Automatisk databehandling skal sørge for at brukerne får svar raskt. Disse endringene skal gjøre overgangen fra sykehus til hjem enklere og raskere.

4.4.6 Teknologi i pasientens omgivelser

Pasientenes økte digitale kompetanse – i tillegg til den teknologiske utviklingen – vil åpne for at rehabiliteringstjenester i langt større grad kan leveres hjemme hos pasienten. Framtidens pasientrom, boliger og tilknyttede tjenester vil preges av den teknologiske utviklingen. Omgivelseskontroll, velferdsteknologi, tilgang til informasjon, kommunikasjon, opplæring og underholdning kan tenkes å smelte sammen. Boliger med smarthusteknologi er et felt i rask utvikling, kombinert med utvikling av nye tjenestetilbud. Innbyggerne ser ut til i større grad å være villige til å betale for tekniske løsninger selv, helt eller delvis.

4.4.7 Mobilitet

Fremtidens helsemedarbeidere, pasienter og publikum vil forvente tilgang til IKT-tjenester uavhengig av tid og sted. Denne utviklingen er allerede til stede gjennom stadig større tilbud av tjenester for mobile enheter (smarttelefoner og nettbrett) innenfor alle deler av samfunnet, også helsesektoren. Dette medfører behov for sikre løsninger som både helsepersonell og publikum kan ha tillit til.

4.4.8 Pasienteid teknologi (IoT)

«Internet of Things (IoT)» defineres som nettverket av fysiske objekter – apparater, fartøy, bygninger og andre objekter med elektronikk, programvare, sensorer og nettverksforbindelser – som setter disse objektene i stand til å samle og utveksle data. Det er grunn til å tro at pasienteide enheter (mobiltelefoner, smartklokker, smarte øreplugg, briller mm.) vil fungere mer selvstendig. Det er en åpenbar utfordring for pasientsikkerheten dersom pasientene bruker egne enheter til medisinsk kritiske bruksområder.

4.4.9 Forskning og IKT

Det vil være stadig økende behov for IKT-støtte til forskning. Sunnaas sykehus deltar i Helse Sør-Øst RHF's program, «Regional IKT for forskning» (RIF), som inngår som en del av «Digital Fornying i Helseregionen». Formålet med programmet er å gi forskere i helseregionen forbedret IKT-støtte gjennom bedre verktøy og løsninger, samt å tilrettelegge for en fungerende IKT-forvaltningsorganisasjon. Et løft av IKT-støtten bidrar til at ressursbruk i forskning konsentreres mot utførelse av forskningsoppgavene og er dermed en forutsetning for å kunne drive effektiv forskning av høy kvalitet. God IKT-støtte er et viktig bidrag for å sikre nødvendige forskningsmidler, styrke konkurransevnen og tiltrekke seg nødvendig kompetanse i forskningsvirksomheten.

4.4.10 Sunnaas sykehus som innovatør

Sykehuset har fått en solid posisjon som innovatør og gjennomfører av innovasjonsprosjekter. Dette gir oss mulighet til å få tilgang til ny teknologi tidlig ved å delta i pilotprosjekter fram til driftsettingfase. Det er også en tydelig bevegelse i HSØ og Sykehuspartner bort fra den tradisjonelle tenkingen der helseforetakene bare bruker tunge, lukkede løsninger med fokus på driftbarhet. Hvor mye støtte de kan gi til lettere, innovative løsninger gjenstår å se, men mye tyder på at Sunnaas må ha en viss kapasitet til selv å drifte IKT-løsninger i tiden som kommer.

4.4.11 Integrering av ulike systemer

De fleste organisasjoner innen helsevesenet har, av historiske grunner, et stort antall systemer som er lite integrert med hverandre ("silo-systemer"), noe som er en av de største utfordringer i offentlig bruk av IKT. Disse systemene har vært nyttige for hver sin brukergruppe, men har nå blitt et hinder for pasientorienterte IT-løsninger, flyten av informasjon mellom ulike enheter og innovasjon av nye tjenester. HSØ-prosjektet Digital Fornying forsøker å løse silo-problemet gjennom standardisering og integrasjon. En uløst utfordring er hvordan den eksisterende infrastrukturen skal samspille med lettvekts-IT, dvs. sensorer, nettbrett, mobile plattformer etc. Løsninger for bl.a. dette jobbes det med gjennom «FIGI-prosjektet» ved Universitetet i Oslo.

4.4.12 Sunnaas sykehus i et internasjonalt teknologiperspektiv

Teknologiområdet går i retning av store internasjonale aktører. Dette vil også påvirke norsk helse- og omsorgstjeneste. Rehabiliteringsfeltets egenart og begrensede størrelse i norsk spesialisthelsetjeneste gjør at markedet for godt tilpassede løsninger er begrenset. Det er derfor sannsynlig at systemutvikling best kan skje i samarbeid med tilsvarende aktører i utlandet.

4.4.13 Sikkerhetstrender

Sikkerhetstrendene går i retning av leverandørgodkjenning av større IT-leverandører med god sikkerhetskompetanse. Leverandører som Google/Alphabet, Apple, Microsoft og IBM vil sannsynligvis bli en viktig del av helse-Norge. Med telemedisin, helseapplikasjoner og flere IT-løsninger hjemme hos pasienten vil det legges opp til samtykke fra pasient for å kunne tilby løsninger som ellers ikke er mulig.

I forbindelse med felles regional, og etter hvert nasjonal, pasientjournal går det mot mer utveksling av data mellom helseforetakene, men allikevel bedre informasjonssikkerhet i regionen og nasjonalt. Dette gjennom bedre kontroll over nettverkstrafikken og dermed reduserte muligheter for inntrenging fra en uønsket aktør, i tillegg til reduserte konsekvenser av en inntrenging.

4.5 Kompetanse- og bemanningsbehov

For et sykehus som tilbyr spisskompetanse innen høyspesialisert rehabilitering er både langsiktig og kortsiktig strategisk kompetanseplanlegging viktig for å opprettholde og videreutvikle høy faglig kvalitet. En grunnleggende forutsetning for å drive spesialisthelsetjeneste er en stab av legespesialister. Tradisjonelt er sykehus dessuten kjennetegnet av en døgkontinuerlig sykepleiebemanning, mens det ved et høyspesialisert rehabiliteringssykehus i tillegg er nødvendig med en rekke andre faggrupper og spesialister.

En rekke utviklingstrender fordrer at sykehuset har gode planer for å rekruttere og beholde medarbeidere med rett kompetanse. I framtida forventes mer fleksible arbeidsordninger og teknologisk utvikling å gjøre det lettere å rekruttere ansatte og spesialister med annen geografisk plassering, samt for eldre arbeidstakere å stå lengre i jobb.

4.5.1 Demografiske endringer

Kartlegginger sammenstilt med langsiktige utviklingstrekk og demografiske endringer, viser at landet står overfor betydelige kompetanseutfordringer med mangel på arbeidskraft og kompetanse i fremtiden. Mens det i dag er 3,3 yrkesaktive per pensjonist vil det i 2030 være 2,2 yrkesaktive per pensjonist – og i 2060 kun 1,7 (SSB). Dette utgjør en vesentlig trussel både for kvalitet og effektivitet i arbeidet generelt og for pasientbehandlingen spesielt. Fremtidsbildet avdekker et behov for å tenke nytt rundt bruken av den tilgjengelige arbeidskraften og kompetansen til helsepersonell.

Det er sannsynlig at pensjonsalder i 2030 vil være vesentlig høyere enn i dag med behov for mer fleksible arbeidsformer, f.eks. mer jobbing hjemmefra eller mindre kapasitet til annet enn lett fysisk arbeid. I fremtiden vil det i større grad være mulig å tilpasse arbeidsdagen til flere ansatte. En del av løsningen kan være roboter, som er i ferd med å bli betydelig mer intelligente og selvgående enn i dag. De kan få helt nye arbeidsoppgaver som vi per i dag ikke tenker på som mulig for maskiner. Et eksempel er virtuelle terapeuter som er under utvikling internasjonalt, f.eks. for kartlegging og oppfølging ved emosjonelle symptomer. Dessuten kan det tenkes at teknologi vil gjøre det mulig at eldre erfaren helsepersonell vil kunne «følge» uerfarent personell virtuelt under gjennomføring av arbeidsoppgaver, og komme med råd og veiledning underveis. Det kan være kommunikasjon med både tale og video, med en videreutvikling av dagens teknologi der et par «briller» kan vise informasjon eller video på brilleglasset, mens kameraer på brillene sender videobilder trådløst til mottaker.

4.5.2 Faglig og teknologisk utvikling

Den kontinuerlige medisinskfaglige og teknologiske utviklingen vil påvirke behov for kompetanse både på kort og lang sikt. Det forventes ytterligere «sub-spesialisering» av spesialisert rehabilitering – om ikke formelt, så i det minste i praksis – der det er behov for høyspesialisert kompetanse både når det gjelder diagnosegrupper og funksjonsområder. Det vil således være behov for spisskompetanse innenfor utvalgte områder, men sykehuset vil også ha et behov for ansatte med god breddekompetanse på alle sykehusets kliniske områder.

Kombinert forsknings- og klinisk kompetanse vil være vesentlig, og også kompetanse på bruk av avansert utstyr vil bli etterspurt i økende grad. Det ventes også økt kompetansebehov innen samhandlingskompetanse og systemkunnskap, tverrfaglig teamarbeid, forbedring av arbeidsprosesser og utvikling av gode behandlingslinjer. Mer detaljerte faglige kompetansebehov vil avhenge av valg av fremtidig virksomhetsmodell og satsninger.

Den teknologiske utviklingen krever endringer i kompetansesammensetningen. Mye tyder på at utviklingen vi bl.a. ser i banksektoren med økende bruk av teknologiske løsninger og en dreining i rekrutteringen fra tradisjonelle bankansatte til flere med teknologisk kompetanse også er noe som vil treffe helsesektoren.

Et forventet voksende gap mellom etterspørselen på avansert IKT-kompetanse i offentlig sektor og forventet tilgang på nyutdannede med avansert IKT-kompetanse, er en utfordring. Framskrivninger i en rapport for Kommunal- og moderniseringsdepartementet i 2014 viser at det totalt i Norge er forventet et kompetanseunderskudd i 2030 på ca. 10.000 personer med utdanning i avansert IKT-kompetanse.

Det vil også være behov for personer som har IKT-kompetanse i kombinasjon med utdanning og erfaring fra helsefag, juss, administrasjon mm. Kompetansebygging kan blant annet skje ved etter- og videreutdanning for personer med solid praksiserfaring.

Vilje og evne til å ta i bruk teknologi, og gjerne også å være pådriver for anskaffelse av ny teknologi, vil være en nødvendig kvalifikasjon for helsepersonell i 2030. Slikt arbeid må være sett på som en naturlig del av en klinikers hverdag. Det vil være naturlig å forutsette – eller i det minste foretrekke – teknologikompetanse ved ansettelse av helsepersonell, og det vil være nødvendig å opprettholde og videreutvikle den enkeltes kompetansenivå for å følge med den teknologiske utviklingen.

Spesialisthelsetjenesten har i for liten grad tatt ut gevinstpotensialet når teknologi erstatter tidligere arbeidsmetoder. Dette tilsier økt behov for kompetanse innen endringsledelse, oppgaveglidning og organisering som følge av ny teknologi.

4.5.3 Kompetansestrategi

En kompetansestrategi angir i hvilken grad og hvordan organisasjonen som helhet og sentrale funksjoner og enheter skal satse på kompetanse gjennom tiltak for anskaffelse, utvikling, mobilisering og eventuelt avvikling av kompetanse. Strategien skal også beskrive hvordan man ivaretar spisskompetanse i kravet om omorganisering, endring av programmer og krav om fleksibilitet. Styring av foretakets kompetansesammensetning vil fremover være helt avgjørende for å lykkes i arbeidet med å beholde, utvikle og rekruttere medarbeidere med den rette kompetansen. Det er utarbeidet et dokument («Strategisk kompetansestyring SunHF») som beskriver ansvars- og oppgavefordelingen mellom de ulike nivåene i sykehuset og redegjør for trinnene i strategisk

kompetanseplanlegging. Dette knyttes opp mot sykehusets øvrige strategi- og målarbeidet i foretaket.

I 2014 ble det gjennomført et arbeid som resulterte i dokumentet «Strategisk kompetanseledelse i klinikk». Dokumentet beskriver en forventning om at strategisk plan for tilegnelse og mobilisering av kompetanse bl.a. vil bidra til:

- At pasienter møter rett kompetanse på rett sted og i rett tid i pasientforløpet ved SunHF.
- Økt pasientsikkerhet med reduserte antall hendelser innen områder relatert til pasientsikkerhetsprogrammet.
- At den enkelte medarbeider opplever å ha en arbeidsplass som legger til rette for individuell karriereutvikling.

Dokumentet inneholder en nok så detaljert kompetanseanalyse og beskriver tiltak på områdene anskaffelse, utvikling, mobilisering, avvikling av kompetanse.

I tillegg har de fleste kliniske faggruppene utarbeidet spesifikke strategier som beskriver behov for kompetanse og til dels tiltak.

For å sikre rett kompetanse på rett sted og til rett tid, bør Sunnaas sykehus dessuten bidra til:

- å sikre bedre samsvar mellom utdanningenes innhold, studentenes sluttkompetanse og helsetjenestens behov
- å forbedre kunnskapen om personell- og kompetansebehov i framtidens spesialisthelsetjeneste
- å bruke den nye, nasjonale bemanningsmodellen for å planlegge behovet for helsepersonell regionalt og lokalt
- at digital læring og simulatoretrening brukes mer for å styrke kompetanse og ferdigheter
- at ansatte har grunnleggende IKT og teknologikompetanse

4.6 Oversikt over interessenter

Alle organisasjoner har interessenter, det vil si grupper og individer som kan påvirke, ha betydning for, er påvirket av eller blir berørt av organisasjonens aktivitet. For Sunnaas sykehus inkluderer dette – men er ikke begrenset til – pasienter, pårørende/familier, styrende eller utpekende myndigheter, regulatorer, henvisende instanser, ansatte, brukergrupper, bidragsyter, støttespillere, samarbeidspartner, utleiare, forretningsinteressenter og samfunnet. Det gjennomføres årlig en rekke undersøkelser og man får jevnlig tilbakemeldinger fra flere av interessentgruppene.

4.6.1 Pasientrelaterte interessentgrupper

Resultatene fra den nasjonale pasientsikkerhetsundersøkelsen «PasOpp» som gjennomføres årlig av Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten [viser at Sunnaas sykehus ligger på eller over landsgjennomsnittet på alle områdene](#). Unntaket i 2014 er området "standard", dette gjelder spesielt utstyr og sykehusbygg.

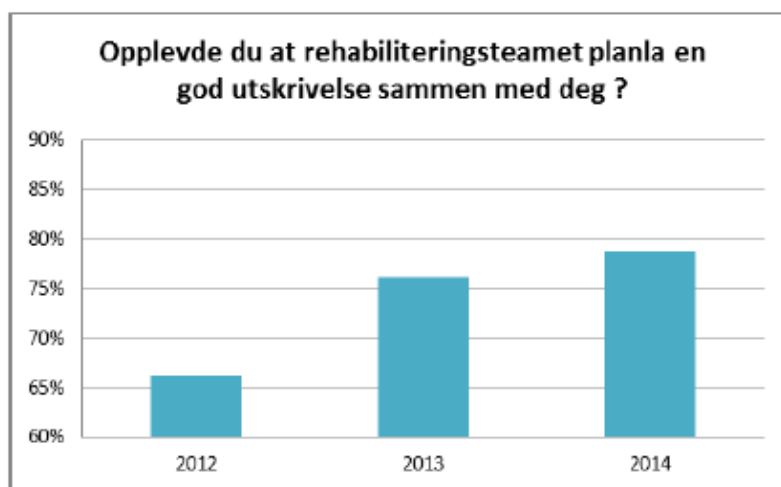
Sunnaas sykehus gjennomfører i tillegg siden 2005 kontinuerlig en intern pasienttilfredshetsundersøkelse i samarbeid med brukerutvalget. Pasientene blir oppfordret til å svare på undersøkelsen i løpet av siste uken av oppholdet. Undersøkelsen består av 15 spørsmål i tillegg til mulighet for frie kommentarer. Resultatene er i hovedsak sammenfallende med den nasjonale

undersøkelsen. Tilfredshet er definert som summen av de to beste svar av fem («i veldig stor grad» og «i stor grad») på overordnet spørsmål om fornøydhet.

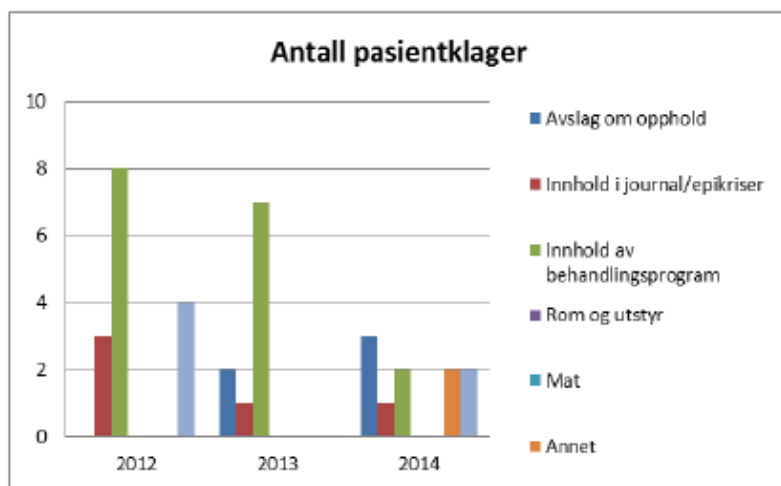
- I 2013 svarte 62,1 prosent (1433 voksne), og tilfredsheten var på 91 prosent
- I 2014 svarte 57,9 prosent (1375 voksne), og tilfredsheten var på 92 prosent
- I 2015 svarte 43 prosent (1055 voksne), og tilfredsheten var på 90,5 prosent

I pasienttilfredshetsundersøkelsen 2015 gir pasientene mange positive tilbakemeldinger, spesielt innen områdene mottakelse, rehabiliteringsteamets oppfølging av avtaler, trygghet og en samlet totalvurdering av oppholdet. Tilbakemeldinger på forbedringsområder inkluderer mattilbudet, informasjon om sykdom eller skade, planlegging av utskrivelse, tilgjengelige treningslokaler på ettermiddager og i helger, samt opplevelsen av kvaliteten på utstyret.

Forberedelse av utskrivning har vært et fokus for forbedringsarbeid, noe som har gitt utslag i en positiv utvikling på respektiv spørsmål i pasienttilfredshetsundersøkelsen de siste årene.



Det mottas et lavt antall med skriftlige pasientklager. De siste årene har det dessuten vært en klar nedgang av klager i forbindelse med innhold av rehabiliteringsprogram. Denne utviklingen skyldes sannsynligvis økt bruk av timeplaner og bedre planlegging i forkant av opphold. Bedre informasjon i forkant av innleggelse til kortere vurderingsopphold vurderes også å ha bidratt til at forventningene har stått bedre i samsvar med tilbudet.



Brukerutvalg

Sykehuset har gjennom mange år hatt et aktivt brukerutvalg som har jobbet med brukermedvirkning på systemnivå. Medlemmene kommer fra de to store sammenslutningene av pasientorganisasjoner, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO). I sin årlige melding for 2015 trekker brukerutvalget frem fem områder hvor de har oppnådd mye:

- Brukermedvirkning
- Pasientbehandling og pasientsikkerhet
- Kunnskapsutveksling
- Teknologi, innovasjon og forskning
- Samhandlingsreformen

4.6.2 Medarbeiderrelaterte interessentgrupper

Sunnaas sykehus har stolte ansatte som lever ut verdiene profesjonalitet, engasjement og glede. De ansatte har et stort engasjement for å videreutvikle sykehuset til beste for pasientene. I hele Helse Sør-Øst gjennomføres det hvert år en medarbeiderundersøkelse. Sunnaas sykehus gjennomfører undersøkelsen i alle organisatoriske ledd og ledergrupper. I 2015 svarte 86 prosent på undersøkelsen (82 prosent i 2014), og 60 prosent svarer at de var involvert i oppfølgingen av medarbeiderundersøkelsen siste år (65 prosent i 2014).

Resultatene varierer i de ulike enhetene, men totalt skårer Sunnaas sykehus generelt over gjennomsnittet for Helse Sør-Øst. Dette gjelder særlig for områdene som handler om faglig utvikling, motivasjon og arbeidsglede. Resultatene er imidlertid svakt lavere i 2015 enn i 2014. Tre spørsmål viser signifikant nedgang i 2015 sammenlignet med 2014:

- Mål – påstand:
 - Vi evaluerer jevnlig hvordan vi ligger an i forhold til enhetens mål. Nedgang fra 68 til 62 prosent (Helse Sør-Øst: 62 prosent)
- Arbeidsbelastning – påstand:
 - Er arbeidstempoet ditt belastende? Nedgang fra 55 til 50 prosent (lav skåre betyr høy belastning, blant de 15 prosent laveste skårene i HSØ)
 - Er arbeidsmengden din belastende? Nedgang fra 51 til 46 prosent (lav skåre betyr høy belastning, blant de 15 prosent laveste skårene i HSØ selv om ikke signifikant nedgang)
- Opplevd lederatferd – påstand:
 - Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det. Nedgang fra 80 til 74 prosent

Fremtidige medarbeidere

Sunnaas sykehus deltar på karrieredager og utdanningsmesser, arrangerer åpen dag på sykehuset for interesserte og legger til rette for lærlinger og hospitanter. Tilbakemeldinger fra potensielle fremtidige medarbeidere, spesielt fra sykepleierstudenter, er at rehabilitering virker som et spennende felt, men at flere har andre felt som førstevalg. Mange trekker frem at «alle har hørt om

Sunnaas» og de er positivt innstilt til sykehuset. Lang reisevei er argumentet som oftest blir nevnt som en grunn mot å søke seg til Sunnaas sykehus.

Tillitsvalgte

På Sunnaas sykehus er det ti foretakstillitsvalgte og en rekke tillitsvalgte på avdelingsnivå. De representerer organiserte ansatte i UNIO (Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Utdanningsforbundet, Akademikerforbundet), YS (Delta), LO (Fagforbundet, Fellesorganisasjonen), Akademikerne (Legeforeningen, Norsk psykologforening) og SAN (NITO). Videre er det en vernetjeneste på sykehuset som skal ivareta det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet. Det er 14 verneombud på sykehuset i dag – alle bygg og alle ansatte skal ivaretas.

Det er over tid etablert et tett samarbeid mellom ledelsen på den ene og de tillitsvalgte og verneombudene på den andre siden, med generell involvering i endringsprosesser i foretaket.

Til Årlig melding 2015 uttaler de foretakstillitsvalgte: «2015 har vært et særdeles bra, men også utfordrende år for foretaket, og da klinikken spesielt. Slutføring og innflytting i nytt sykehusbygg, samt reetablering av de nye avdelingene er det som har hatt hovedfokus fra de tillitsvalgtes side. Til tross for enkelte utfordringer tilknyttet informasjonsflyt, har prosessene omkring dette arbeidet vært preget av god involvering av de berørte. Det har vært muligheter for påvirkning og innflytelse i prosessene, innenfor de rammer som har blitt satt.»

4.6.3 Øvrige interessenter

Under kategorien øvrige interessenter faller blant annet spesialisthelsetjenesten, kommunene, forskere, fagfolk, nettverk, myndigheter, samarbeidspartnere og media. På disse områdene gjennomfører ikke Sunnas sykehus systematiserte undersøkelser. Det er imidlertid noen indikasjoner på deres oppfatning av sykehusets virksomhet.

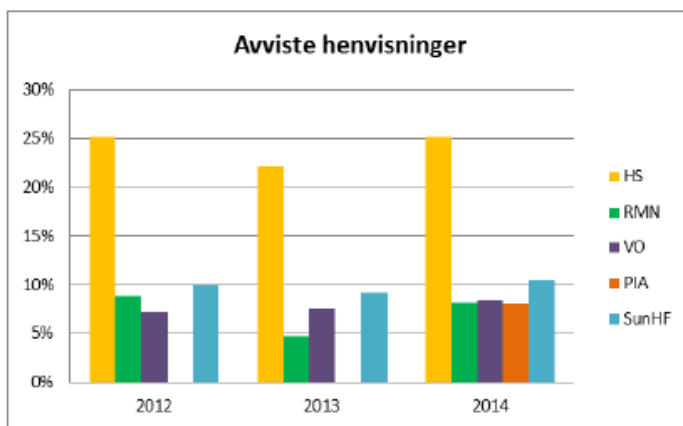
Kommuner

Det gjennomføres ingen systematisk kartlegging av kommunenes opplevelse av samhandlingen med sykehuset slik at det er behov for mer systematisk kunnskap. Sunnaas sykehus får mange positive tilbakemeldinger, men også noen negative. Det er et potensielt spenningsfelt i hvordan anbefalinger fra SunHF om videre rehabilitering lokalt oppfattes fra kommunehelsetjenestens side, med bakgrunn i kommunenes muligheter og oppfatning av saken. Kommuner som har vært involvert i telemedisintilbud for å behandle trykksår er svært positive. Godt mottatt er også e-læringskurs SunHF har utviklet.

Henvissende instanser

Også når det gjelder henvissende instanser finnes det i liten grad systematisk kunnskap om deres oppfatning av Sunnaas sykehus. Oppdraget som vurderingsenhet for henvisninger fra fastleger til de private rehabiliteringsinstitusjonene gir mulighet for god dialog om å finne gode løsninger for pasientene. Vi ser imidlertid at det kan fremstå som uklart hvilke pasienter som bør henvises til Sunnas sykehus, og at henvissende instanser ikke alltid forstår henvisningsmetoden og bl.a. fastleger kan etterspørre tydeligere informasjon om henvisningsrutiner både når det gjelder henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner (via RKE) og til rehabilitering ved Sunnaas sykehus. Kriteriene som definerer sykehusets målgrupper – ofte basert på en kombinasjon av diagnose og funksjonsnivå – kan være vanskelig å forholde seg til. Det er tilbakemeldinger på at rehabiliteringsprogrammene og tilbudet ved Sunnaas sykehus er svært bra, men noen mener at ventetiden er for lang på Sunnaas sykehus.

Antallet avviste henvisninger har vært stabilt over mange år. (Tidligere) Seksjon for hjerneskade har et stort antall søknader der det ikke vurderes å være behov for rehabilitering på regionalt nivå, dette gjelder først og fremst pasienter med hjerneslag. Slik har andelen avviste henvisninger fordelt seg på seksjonene i årene 2012 – 2014:



HS = seksjon for hjerneskader

RMN = seksjon for ryggmargsskader, multitraume og nevrologi

VO = seksjon for vurdering og oppfølging

PIA = seksjon for poliklinikk, inntak og ambulerende team

SUN = Sunnaas sykehus totalt

Andre samarbeidspartnere

Andre viktige samarbeidspartnere for Sunnaas sykehus er fagfolk, forskere, og nettverk inkludert universiteter og høyskoler. Heller ikke her finnes det systematisk kunnskap om hvordan sykehuset oppfattes.

De siste årene har sykehuset posisjonert seg som en attraktiv og anerkjent forskningspartner både nasjonalt og internasjonalt og deltar i flere forskningsnettverk. Sykehusets ansatte får i økende grad forespørsel om å bidra i internasjonale foreninger, nettverk o.l. Spesielt innen innovasjonsområdet har sykehuset den siste tiden jobbet seg frem et godt omdømme som det innovative sykehuset. Innovasjon Norge fremsnakker vårt innovasjonsarbeid på offentlige arenaer og Microsoft bruker samarbeidet med SunHF som best practice i sine presentasjoner. Antall henvendelser om samarbeid i ulike forsknings-, utviklings- og innovasjonsprosjekter øker. Også når det gjelder undervisning får sykehuset gode tilbakemeldinger, både når det gjelder grunnutdanningen av helsepersonell, men også videre- og etterutdanning f.eks. ved spesialistkurs eller bidrag til internundervisning på ulike sykehusavdelinger. Det registreres også mange forespørsler om hospitering o.l.

Media

Sunnaas sykehus er en aktiv og synlig aktør i mediebildet. De aller fleste oppslagene er positivt vinklet. Mediearbeidet står sentralt i kommunikasjonen vi har med rammesettere, samarbeidspartnere og med pasienter og pårørende. Gjennom media når vi mange av målgruppene våre og bildet de får av oss i media er avgjørende for at de skal sitte igjen med et godt inntrykk. Sunnaas sykehus jobber for å være medias foretrukne kilde til ekspert- og faguttaleser på rehabiliteringsfeltet. Det krever at vi er tilgjengelige og korrekte overfor journalistene og at vi yter god service og tilrettelegger for deres behov.

4.7 Bygg, arealer og annen infrastruktur

Med bakgrunn i forventet medisinsk og demografisk utvikling anses dagens sengetall å være et nivå som vil dekke behovet også i 2030, men at en større del av sengene vil være belagt med pasienter som krever mer oppfølging av medisinsk personell og pleiepersonell enn dagens pasienter, samt at det ikke-sengebaserte pasienttilbudet vil øke. Det forventes også økt arealbehov for aktivitet som ikke er direkte relatert til klinisk pasienttilbud: innovasjon, forskning, kompetansetjenester mm.

Dette stiller krav til utvikling av eiendomsmassen, samt utvikling av alternative lokaler til dagpasienter og poliklinikk. En spesifisering av behandlingsarealer i tråd med trender innenfor rehabiliteringsfeltet er nødvendig. Det er en internasjonal trend at behandlingsarealer knyttes mer til funksjonsområder (f.eks. gange, håndfunksjon osv.) enn faggrupper og diagnoser. Det vil være behov for å etablere laboratorier for teknologiassistert rehabilitering, herunder robotikk, simulering og virtuell rehabilitering. Med tanke på både forskning og klinisk virksomhet ses det videre behov for utvidet laboratorievirksomhet for bedre kartlegging, spesielt med tanke på å gjøre prognostiske vurderinger og vurdere effekt av behandling. Dette gjelder f.eks. etablering av nevrofysiologisk laboratorium med EEG og EMG, og utvidet bruk av radiologiske modaliteter som MR eller CT. Det ses videre behov for etablering av operasjonsstue/avansert skiftstue der det kan utføres mindre inngrep.

Hovedaktiviteten til Sunnaas sykehus HF foregår på Nesodden. I et 2030 perspektiv ser foretaket at det er behov for utskiftning av Bygg D og K. Byggetrinn 3 er på planleggingsstadiet, der det planlegges riving av disse byggene. Ved ferdigstilling vil eiendommen tilfredsstillende moderne krav til sykehusstandard.

På Aker helsearena er det etablert poliklinisk virksomhet først og fremst relatert til kartlegging, rådgiving og veiledning, mens en treningspoliklinikk er under etablering. Regional kompetansetjeneste rehabilitering er lokalisert her. Poliklinisk virksomhet som medfører behov for avansert utstyr er hittil forbeholdt Nesodden. I hvilken grad arealene på Aker bør videreutvikles er avhengig av valg av fremtidige aktiviteter.

Videreutviklingen av bygningsmassen må finne en god balanse mellom å bygge fleksibelt med muligheter for fremtidige tilpasninger ut fra endrede behov, samtidig som spesifikke krav knyttet til høyspesialisert rehabilitering ivaretas.

Utover behovet for velfungerende arealer til rehabiliteringsaktiviteter, pasientopphold, bespisning, kontorvirksomhet osv., trenger sykehuset trivelige, estetiske og tiltalende omgivelser, både innendørs og ute. Vakre uteområder og lokale naturforekomster motiverer til fysisk aktivitet og bidra til psykisk velvære, gjennom felles aktiviteter, trening, naturopplevelse og kontemplasjon. En helhetlig tilnærming til pasientrehabilitering erkjenner verdien av helbredende arkitektur og omgivelser. Bevaring og utvikling av sykehusets uteområder og naturforekomster vil derfor være en viktig strategi i videreutvikling av sykehusets eiendom. Det ses dermed også et behov for å tilrettelegge og videreutvikle uteområdene. På Nesodden har sykehuset et utmerket utgangspunkt for denne dimensjonen i pasientenes sykehusopphold gjennom sin praktfulle lokalisering og panoramautsikter.

Matomsorg er en annen viktig dimensjon i pasientens totale opplevelse på sykehuset, og gir både trivsel og næring, forutsetninger for fysisk trening og helbredelse. Et godt og variert kosthold er helsefremmende og understøtter effektiv rehabilitering. Kortreist mat kan bidra til å oppnå miljømål,

spesielt vil mat dyrket på sykehusets uteområder kunne bidra til pasientens trivsel og lyst til å bevege seg utendørs – og være i tråd med sykehusets røtter hvor det som Birgitte Sunnaas beskrev som «naturalhusholdning» var integrert i mattilbudet.

Klima og miljø er et område som har fått økt fokus den senere tid, der det kan forventes ytterligere økte forventninger om å bidra til det overordnede målet om redusert utslipp av klimagass. Det forventes at sykehuset tar ansvar for beskyttelse av miljøet og bidrar til å redusere forurensning innen sykehusets virksomhet. Dette ut fra et moralsk/etisk perspektiv, men også på bakgrunn av eier- og myndighetskrav. Viktige aspekter – slik de er nedfelt i sykehusets miljøpolicy – er ledelsesforankring, dialog med interessenter, motiverte medarbeidere som utfører oppgaver i henhold til krav for miljøledelse, forankring av miljømål for ytre miljø, og handlingsplaner og tiltak. Sykehuset har de senere år intensivert arbeidet på dette området og er miljøsertifisert. Det kan påregnes at feltet vil få enda større fokus fremover for at ambisiøse nasjonale og internasjonale klimamål kan nås – der større deler av sykehusets virksomhet vil bli vurdert med tanke på klima- og miljøeffekter, og der miljøaspekter i større grad vil måtte inkluderes i vurderinger før man tar avgjørelser om sykehusets drift.

4.8 Økonomi

Norge har opplevd en lengre periode med økonomisk vekst. Utviklingen den senere tid viser mulige større utfordringer i fremtiden med bl.a. tapte oljeinntekter, økende arbeidsledighet og kostnader i forbindelse med flyktninger. Det er vanskelig, om ikke umulig, å spå de økonomiske konsekvensene av disse forholdene for SunHF og den økonomiske utviklingen frem mot 2030. Det tas derfor utgangspunkt i samme rammetildeling til Sunnaas sykehus HF fremover som de siste årene.

Det ligger mulige nye inntektsmuligheter i flere nasjonale tjenester som i noen grad finansieres av friske midler. Sykehuset kan øke inntekter gjennom i større grad å oppnå eksterne midler, f.eks. prosjektfinsiering, stipend mm. Også omfanget av donasjoner kan øke – disse kan imidlertid også føre til økte driftsutgifter. Videre vil innovasjonsaktiviteten kunne medføre nye inntekter, og det samme kan ev. tenkes for utadrettet kunnskapsvirksomhet som ikke er lovpålagt med en forventning om at kostnadene er dekket gjennom rammetildelingen.

For best mulig ressursutnyttelse er det viktig at ekspertisen og profesjonaliteten utvikles når det gjelder alle aspekter av sykehusdrift, og det vil være fortsatt viktig å beholde direkte kontroll og styring over nødvendig kompetanse og kapasitet. Sykehuset har god erfaring med at deler av sykehusdriften utføres og kjøpes av andre, for eksempel matomsorg, renhold, varmeproduksjon og vedlikehold av utearealer. Spesielt på grunn av sykehusets størrelse vil det fortsatt være aktuelt å bruke ekstern kapasitet og kompetanse for å videreutvikle effektive driftsfunksjoner av høy kvalitet. Offentlig privat samarbeid (OPS) er en modell sykehuset kan vurdere ved fremtidige anskaffelser, for eksempel ved fornyelse av sykehusets teknisk infrastruktur. Nær beslektet med OPS er innovative anskaffelsesprosesser, der man i samarbeid med leverandører kan arbeide med innovasjon og utvikling av varer, tjenester og teknologier til rehabiliteringsformål.

4.8.1 Videreutvikling av bygningsmassen

Den største planlagte nye belastningen for SunHF mot år 2030 vil være å realisere byggetrinn 3. Kostnadene, inkludert noe ombygging av eksisterende lokaler, er anslått til mellom 230 og 342

millioner. SunHF må sørge for full finansiering, som medfører at foretaket må vise økonomisk bæreevne til å gjennomføre byggetrinn 3 (økte avskrivninger, finanskostnader og nedbetaling av lån), samtidig som man opprettholder samme kvalitet og kvantitet av pasientbehandlingen. I analyser for idefaserapporten er det dyreste alternativet på 342 millioner lagt til grunn. Det forutsettes at foretaket låner 70 % av investeringskostnaden i tråd med retningslinjer fra Helse Sør-Øst RHF. Anslått lånebeløp er fra 160 – 240 millioner kroner, avhengig av valgt alternativ. Nødvendig egenkapital, 30 % av investeringskostnaden, varierer fra 69 – 103 millioner, avhengig av valgt alternativ. Egenkapital fra salg av eiendommer og disponibelt på konsernkonto, er 86 millioner.

Ut fra valgt alternativ for byggetrinn 3 er det nødvendig å spare/forbedre kontantstrømmen med 13 til 21 millioner, sammenlignet med vedtatt økonomisk langtidsplan (ØLP) 2016 – 2035. Ved utgangen av 2015 har foretaket allerede lyktes med å senke kostnadsnivået med 5 millioner i forhold til kostnadsnivået som er lagt til grunn i ØLP. Resterende besparelser som krever tiltak er på 8 – 16 millioner. Sparetiltak må settes i gang i 2017 og ha full effekt fra og med 2018. Det er gjort en gjennomgang av ulike områder hvor man til sammen finner det mulig å sikre økte inntekter/kostnadsreduksjon med til sammen inntil 16 millioner fra og med 2018. Tiltakene innebærer kostnadsreduksjon gjennom flyttet aktivitet fra Askim til Nesodden, endring av behandlingsprogramprofil, effektivisering av arbeidsprosesser og driftsendringer i organisasjonen (stab/støtte).

4.8.2 Andre trusler for den økonomiske utviklingen

Generelt er rehabilitering mer utsatt for økonomiske svingninger enn andre deler av helsesektoren, spesielt akuttmedisinen. Dette viser bl.a. utviklingen i andre helseforetak. Å synliggjøre effekten av rehabilitering i et samfunnsøkonomisk perspektiv vil være en strategi for å sikre tilstrekkelig finansiering av rehabiliteringstjenester.

Endringer i sykehusstrukturen og i Sunnaas sykehus sin status som selvstendig helseforetak kan potensielt ha helt avgjørende økonomiske konsekvenser for den videre virksomhet. Hvilke konsekvenser en eventuell fjerning av regionale helseforetak og et redusert antall helseforetak i Norge får for aktivitet ved Sunnaas sykehus, er vanskelig å forutse.

For en strategisk utvikling av sykehuset er det en generell utfordring at den store majoriteten av inntektene er knyttet til sengebasert rehabilitering. Dette betyr at det meste av eventuell videreutvikling og økning i ikke-sengebaserte tilbud (polikliniske og ambulante tilbud, kompetansevirksomhet, innovasjon, forskning og utdanning) ikke vil medføre økte inntekter ved dagens ordning, men må finansieres gjennom betydelige interne effektiviseringer og omprioriteringer. Når det samtidig kan forventes at pasientene som får sengebaserte tilbud krever mer ressurser på grunn av større pleie-/omsorgs- og medisinske behov og et nytt bygg skal finansieres, er dette en betydelig utfordring som begrenser mulighetene for satsninger.

Finansieringsordning

Gjennom nye måter å arbeide på vil det også være økt behov for nye finansieringsløsninger. Dagens finansieringsordning av spesialisert rehabilitering er for lite differensiert og en stor utfordring for en videreutvikling av tjenestetilbudet. For spesialisert rehabilitering finnes kun én DRG-kode for kompleks rehabilitering som ikke reflekterer den varierende kosten til ulike behandlingsprogrammer innenfor spesialisert rehabilitering. En tilbyder av spesialisert rehabilitering er da avhengig av å kunne tilby en blanding av under- og overfinansierte behandlingsprogrammer. Generelt er korte opphold overfinansiert, og ikke-sengebaserte tilbud underfinansiert. Dette gjelder spesielt komplekse problemstillinger med behov for tverrfaglig vurdering, der det per i dag er økonomiske insentiver for innleggelse istedenfor eksempelvis ambulant tilsyn der pasienten befinner seg.

Mangel på finansiering på visse tilbud som vurdering av førerkort er krevende.

Teknologi

HSØs program Digital fornying gir for alvor effekter på det økonomiske området de kommende årene. Ut fra økonomisk langtidspan vil investeringsbehovene for Sunnaas sykehus øke til nærmere 10 millioner kroner per år som følge av dette. Teknologi og e-helse utgjør i dag 4,5 % av

SunHFs budsjett (25 millioner kroner, herav 18 millioner til Sykehuspartner). Gjennom Digital fornying og behovet for styrking av teknologiresurser er det grunn til å anta at denne andelen vil øke i strategiperioden. Samtidig skal den økte ressursinnsatsen gi effektivisering og målbare gevinster – det er imidlertid en utfordring å kunne utnytte gevinster den enkelte ansatte opplever i sin arbeidshverdag, til større omprioriteringer eller satsninger på foretaksnivå.

Medisinsk utstyr

Det vil fremover være behov for betydelige investeringer i medisinsk utstyr samt driftskostnader relatert til utstyret. Dette gjelder utstyr for diagnostikk og kartlegging med potensielt større kostnader f.eks. relatert til radiologi (CT/MR), men også utstyr knyttet til behandling/trening som eksempelvis treningsroboter. Hvor vidt slike investeringer kan understøttes av eksterne finansieringskilder som bl.a. Sunnaasstiftelsen, vil ha avgjørende betydning.

2030: En finansieringsordning tilpasset pasientenes behov

I 2030 er sykehuset finansiert på en måte som tillater at tilbudet er mest mulig innrettet etter pasientenes og eksterne samarbeidspartneres behov.

Finansieringsordningen understøtter at Sunnaas sykehus kan tilby de tjenestene det bør som en nasjonal ressurs for rehabiliteringsfeltet, og at det kliniske tilbudet er kunnskapsbasert, kostnadseffektivt i et samfunnsperspektiv og mest nyttig for pasientene og samfunnet. Ordningen fører ikke til u hensiktsmessige vridninger av tilbudet, spesielt blir ikke pasienter innlagt som kan få et poliklinisk eller dagtilbud isteden.

En lavere andel av inntektene enn i dag er basert på tjenester for inneliggende pasienter, slik at poliklinisk virksomhet og utadrettede tjenester som ambulante tilsyn, kompetanse-spredning, veiledning og rådgiving mm. kan utgjøre en større andel av sykehusets tjenestetilbud – på denne måten vil flere pasienter kunne få et tilbud og pasientene vil i større grad få oppfølging.

Inntekter for det kliniske tilbudet er ikke basert på mindre relevante kriterier som antall faggrupper e.l., men på mål for pasientenes rehabiliteringsbehov eller resultater når det gjelder kvalitet eller effekt.

Utover det forannevnte er det en rekke andre økonomiske risikoområder: størrelsen på DRG-aktivitet, kontroll på bruk av månedsverk, nivå på sykefravær, nivå på lønnsoppgjør, usikkerhet om endelig pensjonskostnad, finansiering av forskning og utvikling, samt mulige effekter av fritt behandlingsvalg.

5 Analyse av forventet utvikling: Klinisk tilbud, forskning, innovasjon, utdanning, kompetansearbeid

Formålet med dette kapittelet er å beskrive forventede utviklingstrekk frem mot 2030 som anses som relevante for videreutvikling av den faglige virksomheten ved Sunnaas sykehus. Kapittelet er et sammendrag av beskrivelsene i vedleggene 1 og 2. Beskrivelsen omfatter både faglige, organisatoriske, politiske aspekter mm. Fordi rehabilitering involverer mange ulike pasientgrupper og mange faggrupper, samt oppfatter helse i et bredt perspektiv (jf. ICF-modellen), er det mange potensielt relevante områder der fremtiden vil se endringer. En har forsøkt å trekke frem det som forventes å være de viktigste og mest relevante utviklingstrekk for SunHF.

Første del av kapittelet omhandler klinisk tilbud, forskning og innovasjon. Andre del omhandler utdannings- og kompetansevirksomhet som SunHF yter for eksterne (ikke slik virksomhet ovenfor egne ansatte).

5.1 Klinisk tilbud, forskning, innovasjon

I 2011 utga verdens helseorganisasjon WHO sin første «World report on disability» som inneholder ni anbefalinger. Blant disse er å involvere pasienter med funksjonsnedsettelse, å øke kompetansen på feltet, å øke den offentlige oppmerksomheten og forståelsen, å forbedre datainn-samlingen om funksjonsnedsettelse, samt å styrke forskning.

Å forebygge og behandle sykdom har hittil vært helt sentrale mål i WHOs arbeid med å bedre folkehelsen.

Direktør ved avdelingen for ICF forskning ved WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (WHO-FIC), professor Gerold Stucki, løfter «funksjon» som det sentrale målet for helse i det 21. århundre og foreslår rehabilitering og støtte for et liv med funksjonsnedsettelse som de nye sentrale helsestrategiene.

2030: Klinisk tilbud, forskning og innovasjon er tett integrert

I 2030 er det tett sammenheng mellom det kliniske tilbudet og forsknings- og innovasjonsaktiviteter som utvikler seg strategisk i samme retning. Gjennom denne tette integrasjonen er sykehuset hele tiden på vei til å utvikle neste generasjons tilbud. Mange pasienter møter forsknings- og innovasjonsaktivitet i sin kontakt med sykehuset og vil delta i prosjekter – mange ansatte har arbeidsoppgaver både klinisk og når det gjelder forskning og innovasjon.

Sykehuset er organisert med utgangspunkt i faglige grunner, dvs. først og fremst ut fra diagnose(gruppe)r, slik at alle kliniske tilbud for en diagnosegruppe er samlet i en enhet (ev. med underenheter) som også har ansvar for forskning, utvikling og innovasjon for denne pasientgruppen. I tillegg er det laboratorier for en rekke funksjonsområder der det foregår både klinisk tilbud, forskning og innovasjon.

Ledelsen for hhv. klinisk tilbud, forskning og innovasjon samarbeider tett, eller er integrert. Felles enhet for forsknings- og innovasjonsstøtte fasiliterer forsknings- og innovasjonsarbeidet. Det samles systematisk data som er tilpasset målgruppene og som danner grunnlag for kvalitetsarbeid, forskning og innovasjon samt benchmarking nasjonalt og internasjonalt. Det finnes mange formelle og uformelle møteplasser for klinisk, forsknings- og innovasjonsaktivitet.

5.1.1 Utvalgte faglige utviklingstrender

Det overordnede målet med rehabiliteringstiltak er ikke å forbedre enkelte kroppsfunksjoner, men at pasientene kan være aktive og delta i samfunnet. Det vil fremover bli enda viktigere å identifisere de tiltakene som har mest effekt på aktivitet og deltakelse, og tilby tjenester relatert til dette. Dette inkluderer at rehabilitering rettet mot arbeid og utdanning antakelig vil få et enda større fokus.

Helhetlige og koordinerte tilbud vil bli enda mer etterspurt, der samhandling mellom aktørene og med pasienten og pårørende er vesentlige. Nye former for samhandling vil bli utviklet og det vil komme ny kunnskap om hvilke samhandlingstiltak som er mest effektive (se mer om organisering av rehabiliteringstilbud i avsnitt 5.1.3).

Det finnes forskningsresultater som viser at intervensjoner som forbedrer det tverrfaglige samarbeidet kan forbedre resultatene av rehabiliteringen – uten endringer i hvilke tiltak som faktisk gjennomføres hos den enkelte pasienten. Tverrfaglig samarbeid vil også fremover være en helt avgjørende ingrediens for høyspesialisert rehabilitering, og det kan forventes at det fremkommer mer kunnskap om hva som er de beste former for, og hva som fremmer, tverrfaglig samarbeid, hvordan rehabiliteringsledelse best kan utøves mm. Også andre deler av rehabiliteringsprosessen vil se en utvikling, f.eks. hvordan man best kan sette mål og delmål og involvere og motivere pasienten.

I tråd med økende spesialisering og tidlig rehabilitering, vil det være flere multisyke pasienter. Dette medfører bl.a. at pasientene bruker flere og flere legemidler, ordinære eller individuelt tilpasset individets undergruppe av sykdommer og individets farmakogenetikk. Videre vil pasientene få høyspesialisert behandling ved andre spesialiteter som må følges opp adekvat også i rehabiliteringsfasen, både med tanke på utstyr og kompetanse. En forventet ytterligere utvikling mot tidligere og tidligere igangsetting av rehabilitering vil kreve at man er i stand til å håndtere vanlige komplikasjoner spesielt når det gjelder respirasjonsproblemer og infeksjoner. Det forventes videre flere og flere pasienter med rehabiliteringsbehov som har resistente mikrober, stadig mer robuste og resistente smittestoff og mindre effekt av antibiotika.

Fagfeltene bevegelse og kognisjon vurderes også fremover å være helt sentrale for Sunnaas sykehus' virksomhet. Det forventes fremskritt på disse områdene også utenom teknologiske fremskritt (se 5.1.2) – dette kan gjelde ny kunnskap om hvordan fysisk og kognitiv trening bør utføres, hvordan man ev. kan oppnå overføring til andre områder enn de som trenes, eller om medikamentelle behandlingsmuligheter.

Blant andre viktige områder der det forventes ny kunnskap som påvirker fremtidens rehabiliteringstjenester er fysiologi, aktivitet og trening, metabolisme og ernæring. F.eks. vil det bli lettere å monitorere fysiologiske faktorer, ernæring, aktivitet og energiforbruk både når det gjelder utgangsnivå og som respons på tiltak, og å bruke slike data i utformingen av den enkelte pasientens rehabiliteringstilbud.

De siste ca. tre tiårene har man oppdaget at plastisitet – kroppens, og spesielt nervesystemets, evne til å endre struktur og funksjon – forekommer i stor grad, noe som har stor betydning for mulighetene for å trene opp funksjon etter sykdom/skade. Et sentralt spørsmål i forskningen på plastisitet relatert til rehabilitering er å belyse sammenhengen mellom plastisitet, aktivitetsbegrensninger, sosial deltakelse og livskvalitet. Det foregår utstrakt forskning på å kvantifisere stadier av plastisitet, å definere kritiske terapeutiske vinduer samt å karakterisere vellykkede forløp. Økt kunnskap på disse feltene forventes å føre til optimaliserte plastisitetsbaserte

kliniske intervensjoner. På plastisitetområdet har SunHF noe kunnskap, men det vil være nødvendig å øke kompetansen, sikre tilgang til relevante undersøkelsesmetoder, samt investere i relevant utstyr for å kartlegge plastisitet.

Det vil fremover være enda større behov for diagnostikk av kropps faktorer relatert til pasientens funksjonsnivå, der radiologi og nevrofysiologi er sentrale områder. For å tilby adekvate rehabiliteringstjenester og gjennomføre fremtidsrettet forskning, er det nødvendig med en innsats når det gjelder utstyr og kompetanse, og det er nødvendig å etablere og utvikle nettverk.

Genetikk og epigenetikk, dvs. miljøfaktorers betydning for hvilken del av arvestoffet som er aktivt eller inaktivt, forventes å spille en økende rolle fremover.

5.1.2 Teknologiske utviklingstrender

Det er forventet at en av de viktigste drivere for helsevesenet i fremtiden vil være teknologisk utvikling. Teknologiu utviklingen vil endre SunHF sin virksomhet på mange måter – den vil medføre endringer i arbeidsprosesser, i diagnostisk og terapeutisk utstyr, i hjelpemidler, i kommunikasjon med pasienter, pårørende og annet rehabiliteringspersonell mm., og den vil åpne nye behandlingsformer. 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.

Teknologiu utviklingen vil føre til vesentlige endringer på rehabiliteringsfeltet. Den vil skape nye forventninger og innholdet i tjenestene vil endre seg, og nye pasientgrupper som kan ha nytte av rehabiliteringstjenester kan oppstå. Ut fra et pasientperspektiv vil utviklingen kunne gi bedre tjenester; i helseforetaksperspektivet gir den mulighet til å yte bedre og mer effektive tjenester, bl.a. på bakgrunn av ønsket om å ta i bruk nye metoder og mulig knappere ressurser i fremtiden – samtidig som den stiller krav til kompetanse og ressurser for investeringer og drift.

«Neuroengineering» i rehabilitering har vært et tema siden 1970-tallet, men den raske teknologiske utviklingen de senere år har bidratt til at det også foregår en rask utvikling av yrkesfag innenfor bl.a. IKT, cyber-, gen- og bioteknologi og av ulike ingeniørfag. Sykehuset registrerer et økende antall forespørsler om samarbeid fra fagpersoner med slik bakgrunn, samt fra utdanningssteder for denne typen yrker. Det vil også være vesentlig å inkludere brukermedvirkning i teknologisk utvikling.

«E-helse» er en samlebetegnelse som omfatter bruk av IKT til forbedring av kvalitet, sikkerhet og effektivitet i helse- og omsorgstjenesten, og inkluderer utvikling og bruk av IKT til å håndtere (registrere, utveksle, lagre, hente mm.) helserelaterte data mellom pasienter og helse- og omsorgstjenesten, utveksling av data mellom virksomheter, en til en -kommunikasjon mellom pasienter og/eller helsepersonell. E-helse vil være i rivende utvikling i hele perioden fram til 2030. Pasientene vil kreve helt andre kommunikasjonsmuligheter med spesialisthelsetjenesten enn som eksisterer per i dag. Utviklingen vil muliggjøre og kreve stadig nye og mer effektive arbeidsformer, men omstillingen vil også kreve en betydelig innsats i form av kompetanseutvikling og investeringer i utstyr og programvare.

Fremgang innen områder som digitalisering, miniatyrisering, biokompatible materialer og sensor- og batteriteknologi åpner en hel rekke nye muligheter også for rehabiliteringen av mennesker med funksjonsnedsettelse. Blant utviklingstrender som anføres er at rehabiliteringsteknologi vil bli mer «intelligent» gjennom integrerte systemer med sensorer og robot-manipulatorer, samt at de vil være mer individualiserte og tilpasset den enkeltes skade og behov. Videre ser man for seg at mennesker vil være i stand til å styre proteser, eksoskjeletter, roboter eller avatarer med tankene. Velferds- og omsorgsteknologi er blant områdene der potensielt store endringer vil komme. Noen ser for seg at høyoppløsende mikro- og nanosystemer laget av nye materialer som etterligner biologisk vev, vil gjøre det mulig å styre avanserte proteser like naturlig som ekte kroppsdeler og gi naturlige fornemmelser av følelse, trykk og posisjon. Det forventes også en stor utvikling når det gjelder sosiale holdninger og retningslinjer for teknologi: fra å være stigmatisert og uglesett vil teknologi bli mer og mer allemannseie og offentlig akseptert, noe som vil føre til et stort utvalg av sosialt akseptert assisterende og forsterkende rehabiliteringsteknologi som muliggjør økt deltakelse i samfunnet.

Et annet vekstområde er bruk av robot i rehabilitering, programmerbare maskiner med manipulatorer og sensorer som gjennom interaksjon med sine omgivelser autonomt kan utføre oppgaver. Robotteknologi kan brukes både for treningsformål og som hjelpemiddel. Det er allerede nå en betydelig utvikling innen motoriserte proteser og ekso-skjelett på grunnlag av bedre digitale styringsverktøy, lettere materialer og kraftigere batterier.

2030: Pasientens møte med teknologi

«Med en gang det var bestemt at jeg skulle på Sunnaas sykehus, fikk jeg beskjed om det på min mobiltelefon. Samtidig fikk jeg informasjon om hva jeg kunne forvente av oppholdet. Det var også en del spørreskjema som jeg besvarte elektronisk før innleggelse, på samme måte som jeg svarte på spørsmål etter innleggelsen.

Hele systemet er tilrettelagt for at jeg under hele forløpet – fra før innleggelsen til i dag, 2 år senere – har tilgang til informasjon og lett kan ta kontakt med sykehuset ved spørsmål. Og ikke bare kan jeg stille spørsmål, men det er regelmessige virtuelle møter mellom Sunnaas sykehus, aktørene i kommunene og meg der vi evaluerer og justerer mine mål og min rehabilitering. Mobiltelefonen min sender, etter mitt ønske, også regelmessig noen data om min helse til sykehuset som tar kontakt hvis det er noe unormalt. Sykehuset hadde god informasjon om min generelle helse og akuttforløpet gjennom god kommunikasjon med fastlegen og akutt sykehuset. Under opptreningen på sykehuset brukte jeg flere teknologiske treningshjelpemidler og trente i virtuelle omgivelser, ofte var vi flere som trente sammen der. Underveis under oppholdet måtte det tas flere beslutninger om hvilken rehabilitering jeg skulle få. Jeg fikk god anledning til å medbestemme disse valgene, og fikk god informasjon rundt dem. Dette var støttet av datateknologi som også gjorde det mulig at jeg kunne diskutere dette med mine nærmeste.

Jeg deltok også i et forskningsprosjekt der man undersøkte effekten av en treningsrobot, og i et innovasjonsprosjekt om hvordan det digitale samarbeid mellom pasientene og sykehuset kan bli enda bedre.

Jeg har behov for å bruke et høyteknologisk hjelpemiddel resten av livet. Dette ble utprøvd og tilpasset på Sunnaas i samarbeid med produsenten. Noe av oppfølgingen skjer kommunalt, og noe ved Sunnaas, i et godt samarbeid. Data fra hjelpemiddelet registreres kontinuerlig på min mobil som varsler meg når det er behov for vedlikehold eller reparasjoner. Sunnaas mottar også disse data og følger opp ved behov.»

Rehabilitering gjennom spill øker motivasjonen, det samme gjør bruk av virtual reality (VR) som i tillegg muliggjør trening i hverdagsaktiviteter og -situasjoner gjennom simuleringer. Spill/VR-basert trening (delvis også robotassistert) øker intensiteten av treningen og kan øke bevegelsesutslag mm. Generelt vil treningsapparater og utstyr også endre seg vesentlig.

Også hjelpemiddelfeltet vil forandre seg der det for pasienter med benamputasjoner er en stadig utvikling av datastyrte proteser, og også av statiske og funksjonelle ortoser for hender/overekstremiteter. 3D-printing begynner å bli innført og tillater å lage proteser med utgangspunkt i det enkelte individets behov.

5.1.3 Utviklingstrender for organiseringen av rehabiliteringstilbudet

Organiseringen av rehabiliteringstilbudet påvirkes av utviklingen av innholdet i tjenestene, men også av myndighetskrav basert på samfunnsmessig og politisk utvikling. Sentrale tendenser på sistnevnte område er samordning av helsetilbud og økt fokus på pasientenes behov («pasientenes helsetjeneste»), samt krav om effektivitet, kvalitet og pasientsikkerhet. Sammen med overføring av oppgaver til kommunehelsetjenesten som ledd i samhandlingsreformen vil man se en ytterligere spesialisering av spesialisthelsetjenesten, mens kommunene antakelig spesielt prioriterer diagnoseuavhengige løsninger, og orienterer seg mot funksjon på områder som primære aktiviteter i dagliglivet (ADL) samt lavterskeltilbud og likemannsarbeid der frivillighet kan få større plass. Det forventes et sterkere og mer differensiert behov for vurderings- og veiledningstjenester rettet mot kommunene, annen spesialisthelsetjeneste og andre tjenester, samtidig som et «omvendt» veiledningsansvar fra kommune- til spesialisthelsetjenesten kan bli innført.

Spørsmålene om helhetlig vs. utfallsrettet rehabilitering, samt mer individualisert/ skreddersydd rehabilitering, er to eksempler på hvordan endret innhold i rehabiliteringstjenestene krever endringer i organiseringen. Valg av fokus på tilstrekkelig mengdetrening for enkeltpasienter vs. kompensering og miljøtilrettelegging/psykosial støtte, er et stadig mer relevant spørsmål. Det kan komme en videreutvikling der man i organiseringen av rehabiliteringsinstitusjoner vektlegger og skiller ut enkelte funksjonsområder for å sikre intensiv trening med høykompetent og spesialisert personale og utstyr.

Kunnskapen øker om at behandlingstiltak har ulik effekt på ulike subgrupper av pasienter, og helt ned til individnivå. Man vil sannsynligvis få økt kunnskap om hvilken innretning som bør velges hos hvilke pasienter, ved hvilke problemstillinger, i hvilke faser osv., noe som vil føre til behov for enda mer differensierte tilbud. Det kan forventes at individualiserte tiltak også vil få større plass i rehabilitering de neste tiårene. Det er mange aspekter som kan spille en rolle for å skreddersy rehabiliteringstiltak: spekteret varierer fra genetiske forhold til svært detaljerte data om anatomiske og fysiologiske forhold knyttet til skaden, parametere knyttet til livstilsforhold og livserfaringer, komorbiditet, sosioøkonomiske forhold, evnen til å mestre, men også data om hvordan pasienten responderer på ulike typer trening og tiltak. Individualisert rehabilitering krever muligheter for omfattende databehandling samt fleksible kliniske tilbud med et høyt nivå av tverrfaglighet og nye modeller og verktøy for å avgjøre den individuelle behandlingen.

Nasjonale og regionale myndigheter har den senere tid hatt et tydelig fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, noe som forventes å øke ytterligere. Kvalitetsmål publiseres allerede nå offentlig, og det kan forventes at de i økende grad blir brukt for å sammenligne behandlingsresultater på tvers av institusjoner («benchmarking»). Kvalitets- og forskningsregistre brukes systematisk som verktøy

for kvalitetssikring/-overvåking og for å generere ny kunnskap. Fremover kan det også tenkes at finansielle insentiver blir knyttet til måloppnåelse. Spesifikke mål og registre for rehabiliteringsfeltet er i bruk internasjonalt og har begynt å bli innført også i Norge – det vil bli flere slike registre.

Det er og vil bli økt fokus på koordinerte forløp for den enkelte pasienten gjennom de ulike involverte helsetilbudene. Koordinerte forløp er gode verktøy for å sikre at så mange pasienter som mulig får faglig adekvat tilbud og at geografiske forhold ikke bestemmer kvaliteten i tilbudet. Ut fra et rehabiliteringsperspektiv er det viktig at det formuleres konkrete tilrådninger ikke kun avhengig av diagnose, men avhengig av sykdomsgrad og funksjonsnivå, hvor faglige indikasjoner legges til grunn for pasientenes videre tilbud. Dette inkluderer ulik vektning av innsatsen i forskjellige faser utfra sykdommens art. Det er en utfordring å definere og å formidle på en enkel og tydelig måte hvilke pasienter som skal få rehabilitering på hvilket nivå i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Man kan se for seg en utvikling der sentralisert (f.eks. regional) vurdering av henvisninger til spesialisert rehabilitering og fordeling av plasser ikke kun gjelder de private rehabiliteringsinstitusjonene, men all rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Det er over tid en dreining fra at visse rehabiliteringsoppgaver som tidligere har blitt utført i spesialistinstitusjoner, i større grad ivaretas lokalt. Denne trenden vil definitivt fortsette. Rent faglige hensyn tilsier at mange av de rehabiliteringstjenestene som per i dag gis på sykehus i form av innleggelse, burde kunne tilbys poliklinisk. Fortsatt fokus på effektivisering av helsetjenesteorganisering tilsier at det i årene fremover vil komme økt aktivitet innen ikke-sengerelaterte tilbud basert på desentraliserte konsultasjoner og tjenesteytelser (poliklinikk, ambulante tjenester lokalt, elektronisk baserte kommunikasjonsløsninger osv.). Dette gjelder historisk mest kontroll- og vurderingstilbud, men fremover vil mer jevnlig oppfølging over tid, og også «støttet primærrehabilitering hjemme», bli mer vanlig. Det vil bli en videreutvikling der pasientene har gjentatte kontakter med spesialisert rehabilitering med en kombinasjon av lengre og kortere innleggelse, polikliniske konsultasjoner, ambulante tilsyn, telemedisinske konsultasjoner mm. Det vil være utstrakt grad av direkte kommunikasjon mellom helsepersonell og ”kompetente” brukere/pasienter, understøttet av teknologiutviklingen. Et organisatorisk utviklingstrekk i denne sammenheng kan man f.eks. observere i USA der rehabiliteringstilbydere i økende grad disponerer et nettverk av ulike rehabiliteringsinstitusjoner, poliklinikker mm. Slike nettverk kan være organisert som «satellitter» rundt en «moderinstitusjon» som sikrer høy kompetanse og koordinerer tilbudene.

Til tross for utviklingen der rehabilitering i økende grad skal skje nært pasientens bosted og fra spesialisthelsetjenestens side gjennom ikke-sengebaserte tilbud, vil det også i fremtiden være mange pasienter som trenger rehabiliteringstjenester på spesialsykehus/-avdelinger. Dette gjelder spesielt tilbud for pasienter med store omsorgsbehov. Helsedirektoratets publikasjon «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» (IS-1947) nevner som kriterier for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten følgende tre områder: behov for spesialisert kompetanse, for kompleksitet og for intensitet. I tillegg vil spesialisert utstyr være en viktig faktor.

Selv om kommunene vil overta mer av rehabiliteringsfeltet, er det nasjonalt nødvendig med toppmiljøer som har en «kritisk masse» og nasjonale og internasjonale nettverk for å «importere» utenlandske nyvinninger, sette disse inn i en norsk kontekst, og bidra til implementering. Det vil jevnlig komme til nye behandlingsmuligheter, i et stort spekter fra legemidler via bruk av avansert utstyr til metoder for samhandling og tverrfaglig samarbeid. Det er også behov for spesialiserte

institusjoner som utvikler og utprøver behandlingsprogram på "cutting edge" -områder, dvs. nye kliniske oppgaver med preg av fagutvikling, forskning og innovasjon.

Virksomheten med denne typen mest avansert rehabilitering kan også kalles for «høyspesialisert rehabilitering» slik man f.eks. gjør i Danmark. Slike tjenester kan f.eks. defineres ut fra befolkningsgrunnlaget som x antall senger med høyspesialisert rehabilitering for y antall innbyggere. Andre parametere kan ev. brukes i tillegg, som bl.a. krav til spesialistkompetanse, forsknings- og undervisningsvirksomhet, tilknytning til universitet/høyskole, tilgang til spesielt utstyr, eller en ledende rolle i et nettverk av institusjoner.

5.1.4 Nasjonale funksjoner

Sykehuset har som mål å fremme søknad om en nasjonal behandlingstjeneste for rehabilitering av barn/ungdom med ervervet skade i løpet av 2016. Det er flere områder der det fremover kan være behov for nasjonale funksjoner: Det kan være behov for en nasjonal kompetansetjeneste på trafikkmedisinområdet, eksempelvis i en løsning der en rekke fagmiljøer ulike steder i landet inngår organisatorisk i en felles nasjonal tjeneste. Også kompetansetjeneste for utvalgte funksjonsområder som eksempelvis voksne med orofaryngeal dysfagi, kan være aktuelle. Kompetansetjenester vedr. teknologi i rehabilitering kan være aktuelle, muligens også behandlingstjenester ved teknologi som krever særskilt kompetanse. TRS vil i fremtiden få ansvar for flere sjeldengrupper. Det kan også være aktuelt med behandlingstjenester for rehabilitering ved visse nevrologiske eller nevromuskulære sykdommer/tilstander. Ev. kan også nordiske tjenester på noen av disse områdene være aktuelle.

5.1.5 Forskning

Forskning er en lovpålagt oppgave for helseforetakene der eksterne strategier og forskningsprogrammer legger føringer. Viktige faktorer for vellykket forskningsaktivitet er bl.a. en god forskningskultur, en tilpasset infrastruktur for forskning, samt god organisering av forskningen. Tett samarbeid mellom de kliniske tilbudene og forskningsaktiviteten er vesentlig. En generell trend for helseforskning er at det i økende grad kreves brukerinvolvering i hele forskningsprosessen fra utvikling av nye forskningsprosjekt via gjennomføring til analyse og formidling av resultater. Forskning på rehabiliteringsfeltet kan være svært forskjellig: den kan bl.a. være relatert til diagnoser og funksjonsområder, den kan omhandle kartlegging og terapeutiske tiltak, den kan ha svært ulik metode fra grunnlagsforskning via epidemiologiske og registerbaserte studier, til kliniske forsøk og helsetjeneste- og samhandlingsforskning, og den kan bruke både kvalitativ og kvantitativ metode, sistnevnte med til dels stort utstyrsbehov. Forskning kan også omhandle hvordan nytt kunnskap best kan implementeres. Betydningen av registreringer av den kliniske virksomheten som grunnlag for forskning antas å øke ytterligere.

Det ventes fortsatt sterk konkurranse om forskningsmidler der det har vært en utvikling at det for tiden spesielt støttes PhD-prosjekter samt større søknader som internasjonale multisenterstudier, kjernefasiliteter, sentra for fremragende forskning o.l. Det er generelt en utfordring å nå frem med søknader på rehabiliteringsforskning ved generelle utlysninger innenfor helseområdet. Deltakelse i nettverk og samarbeid med andre, og spesielt internasjonalt samarbeid, har nærmest blitt en forutsetning i konkurransen om utlyste forskningsmidler, en trend som nok vil forsterkes ytterligere. Forskning finansiert gjennom private donasjoner og via stiftelser kan tenkes å spille en større rolle i fremtiden.

Forskningen ventes i økende grad avhengig av avansert utstyr som gjerne er knyttet til laboratorier. Den teknologiske utviklingen vil føre til nye forskningsmetoder og nytt utstyr, samtidig som nytt utstyr gjerne utløser nye forskningsspørsmål. Slik utstyr kan være ressurskrevende både ved innkjøp, men også i drift både når det gjelder driftskostnader og behov for spesialkompetanse for bruk og vedlikehold.

Forskning organiseres mer og mer i tematiske forskningsgrupper der flere forskere samarbeider tett. Dette gjelder spesielt rene forskningsinstitusjoner som universitetsinstitutter o.l. På sykehus synes det å være varierende hvor vidt slike forskningsgrupper reelt har et felles forskningstema eller felles metodikk, eller mer følger inndelinger av den kliniske virksomheten med til dels større variasjon av forskningsaktiviteten innenfor forskergruppen.

5.1.6 Innovasjon

Fra myndighetenes side er det klare forventninger og føringer om sykehus og innovasjon. Overordnet forventes det at helsesektoren skal bidra til næringsutvikling og nasjonal økonomisk utvikling. Det skal fremover legges mer til rette for insentiver for innovasjon som en naturlig oppgave for helseforetak som medvirker til næringsutvikling gjennom samarbeid med næringslivet. Det kan ventes mer og mer insentiver med belønning av patenteringer, innovasjoner, lisensiering og selskapsdannelser. Helseforetakene forutsettes å etablere test-beds med deltagelse fra næringslivet for utprøving og testing av både ny diagnostikk, legemidler, medisinsk utstyr, informasjonsløsninger og velferdsteknologi. Det er en rekke finansieringsmuligheter regionalt, nasjonalt og internasjonalt. I og med at innovasjon i helsetjenesten er et satsningsområde, forventes det at finansieringsmulighetene øker fremover. Dette gjelder spesielt

2030: Sunnaas – det innovative sykehus

Sunnaas sykehus anno 2030 er et rehabiliteringssykehus hvor innovasjon er en integrert del i organisasjonen. I praksis betyr dette at pasientbehandling, forskning, samhandling og internasjonalt arbeid regelmessig endres og forbedres, ut fra de enkle kjensgjerninger at:

- vi kan alltid levere bedre rehabiliteringstjenester
- nye metoder, ny teknologi, og nye behov hos pasientene fordrer nye løsninger

Som besøkende eller pasient ved sykehuset merkes dette ved at ansatte er nysgjerrige og interesserte i ideer og forslag til forbedringer. Ansatte opplever at de arbeider i en organisasjon som i sin kultur anerkjenner og verdsetter nyskapning, ikke minst som en understøtting av sykehusets visjon om å være en vei videre, realisert gjennom verdiene profesjonalitet, engasjement og glede. Sykehuset arbeider kontinuerlig med trinnvis innovasjon, enten dette gjelder organisatoriske forhold, opplevelsen av sykehuset eller hjelpemidler og annet utstyr som brukes. Man prøver stadig å «jobbe smartere». Samtidig er sykehuset et foregangssykehus som aktivt deltar i og driver en rekke nasjonale og internasjonale innovasjonsprosjekter for fremtidens rehabiliteringsløsninger. Gode kost/nytte analyser er et viktig bidrag fra innovasjonsavdelingen for vurdering av prosjekter og eventuell implementering. Sunnaas sykehus har en velutviklet testbed, og er en naturlig arena for en rekke firmaer og leverandører som har behov for validering og verifisering av utstyr med mer. Det er flere laboratorier, hvor sykehuset sammen med universitets- og høyskolemiljøer samt næringslivet driver innovasjonsarbeid.

prosjektfinansieringer, men det er også mulig at innsatsstyrt finansiering (for gjennomført innovasjon) innføres. Samtidig krever innovasjonsprosjekter som regel en egenandel, dvs. er ikke fullfinansierte. I et fremtidsperspektiv vil realiserte innovasjoner kunne gi inntekter, men økonomisk avkastning – både i form av besparelser gjennom effektivisering av arbeidsprosesser og kommersiell suksess – er usikker og det vil uansett være behov for (delvis) egenfinansiering.

En mulighet for større satsninger er ordningen med sentra for fremragende innovasjon (SFI). SFI-ordningen styrker innovasjon gjennom satsing på langsiktig forskning i et nært samarbeid mellom FoU-aktive bedrifter og fremstående forskningsmiljøer. SFI utvikler kompetanse på høyt internasjonalt nivå på områder som er viktig for innovasjon og verdiskaping.

De viktigste forutsetningene for videre utvikling av et godt og solid innovasjonsmiljø frem mot 2030 knytter seg til områdene forankring, ildsjeler og innovasjonsteam, ressurser og kultur.

Innovasjonsarbeid trenger forankring i betydningen støtte og legitimitet fra foretakets overordnede ledelse og styre, slik at dette kan innpasses i foretakets samlede virksomhet både med hensyn til prioriteringer og tilrettelegginger. Forankring innebærer også forståelse av innovasjon knyttet til nytte og verdi hos alle ansatte i organisasjonen, som et grunnlag for utvikling og gjennomføring av nye innovasjonsprosjekter. Dette fordrer en kultur som ser på innovasjon som en sentral del av foretakets virksomhet, og hvor verdien av å stille spørsmål og å tenke nytt verdsettes.

Innovasjonsarbeidet vil hvile tungt på ildsjeler og ressurspersoner rundt disse, da realisering av de enkelte prosjekter avhenger av dette.

5.2 Utdanning og kompetansearbeid

Utdannings- og kompetansevirksomhet er for tiden i en rivende utvikling som vil fortsette – og antakelig ytterligere akselerere – de kommende tiår. Hovedårsaken er store endringer i kommunikasjonsteknologi med vesentlige implikasjoner for utdannings- og kompetansevirksomhet. Hovedtrekk er økt tilgjengelighet av kunnskap og mindre krevende produksjon av kunnskapsressurser. Mange aktører innen digitale lærings- og kompetansetilbud medfører at det er vanskelig å få oversikt over alle tilbud. Kvalitetssikring av de tilgjengelige kunnskapskildene er dermed en utfordring, og fremover vil det i enda større grad være behov for kompetente miljøer som siler og «godkjenner» kunnskapskilder. Kompetansespredning skjer på mange måter, som i økende grad blir integrert med hverandre. Forskningsformidling, retningslinje- og prosedyrearbeid, medieomtale og innlegg i sosiale medier kan skje sammen med mer klassisk utdanningsvirksomhet. Ulike digitale kilder settes mer i forbindelse med hverandre og integreres, hvor f.eks. elektroniske journalsystemer lenker sammen diagnosekoder med sykdomstaler for helsepersonell og pasienter, forbinder behandlingsplaner med prosedyrer, inkluderer beslutningsstøtte osv. Det er også sannsynlig med en utvikling der kompetansearbeid og utdanning innebærer gjentatte «lavterskelkontakter» mellom lærere og elever over tid, dette også støttet av teknologiutvikling f.eks. i form av nettfora, rask meldingsutveksling, «undervisningschat» o.l.

5.2.1 Grunn-, videre- og etterutdanning

Sunnaas sykehus har oppgaver i grunn-, videre- og etterutdanning for en rekke yrker. De største utdanningsinstitusjonene vi samarbeider med er Universitetet i Oslo, Høgskolen i Oslo og Akershus og Norges idrettshøgskole, men det samarbeides med en rekke flere institusjoner der samarbeidet delvis er formalisert. Felles for mange faggrupper er også bidrag til faglige og tverrfaglige

etterutdanningskurs lokalt, nasjonalt og internasjonalt. SunHF er involvert i masterutdanning, bl.a. gjennom masterprosjekter som gjennomføres ved sykehuset; i tillegg til de klassiske fagutdanningene innen rehabilitering gjelder dette i senere tid også andre utdanninger som informatikk, design o.l., gjerne i tilknytning til innovasjonsprosjekter.

Det kan forventes en økende etterspørsel etter bidrag fra Sunnaas sykehus til grunn-, videre- og etterutdanning i fremtiden. Sykehusets spesialkompetanse, endringer i utdanningene og etterspørsel fra universiteter/høgskoler tilsier et utviklingspotensial. Det fremstår som noe uklart om fremtiden fortsatt vil se mange forskjellige formelle videreutdanninger – og kanskje til og med et økt antall med også større innslag av private tilbud – eller en større grad av myndighetsstyrt regulering, samordning og samarbeid mellom involverte institusjoner.

Det synes også å være behov for nye utdanningsløp, der en kan tenke samarbeid mellom kliniske miljøer med utdanningsinstitusjoner. Eksempler kan være «treningsassistenter» som bistår terapeuter og kan være attraktive spesielt for kommunehelsetjenesten. Dagens logopedutdanning vektlegger ikke nevrorehabilitering av voksne i den

2030: Sunnaas sykehus bygger kompetanse

«Ved Sunnaas sykehus fikk jeg god informasjon om min sykdom og svar på de ting jeg lurte på. Nå vet jeg det jeg trenger å vite for mitt liv etter den alvorlige sykdommen.»

«Kompetansetilbudene fra Sunnaas sykehus er til stor hjelp for at vi kan gi gode rehabiliteringstilbud i vår kommune. For meg som leder er det spesielt nyttig at det ikke bare tilbys kurs o.l. rettet mot enkelte ansatte, men at jeg også får råd om hvordan ny kunnskap kan implementeres i praksis og hele systemet vårt blir bedre.»

«For meg som fastlege er det enkelt å få den hjelpen jeg trenger fra Sunnaas. Jeg finner mye nødvendig informasjon digitalt, og det er lett å komme i kontakt med fagpersoner ved konkrete spørsmål.»

«For oss pårørende har det vært mye nytt, ikke bare rett etter skaden, men også mange ganger senere i forløpet. Da var det godt å få god informasjon og flere ganger tok vi kontakt og fikk godt råd raskt.»

«Kompetansen til Sunnaas, rådene og veiledningen var til stor hjelp for at Kari kunne fortsette å jobbe hos oss etter sin store skade.»

«Det er spesielt bra at det ikke bare tilbys noen få standardløsninger, men at det er et variert kompetansetilbud tilpasset våre behov.»

«Studiet i rehabiliteringsteknologi var midt i blinken for meg som er teknisk interessert og ønsker å hjelpe andre mennesker. Og jeg fikk jobb med en gang!»

«Kompetansetilbudene til Sunnaas er åpenbart basert på deres tilbud og erfaringene de har gjort seg over mange år om hva pasientene trenger, samtidig som de formidler de nyeste forskningsresultatene.»

«Det gode med informasjonen fra Sunnaas er at det meste ligger ute og man finner det via nettet døgnet rundt. I tillegg kan man også spørre ved behov.»

grad helsevesenet har behov for. I andre land finnes egne utdanninger for koordinatorfunksjoner («rehabilitation manager», «case manager» e.l.). Andre eksempler kan være videreutdanninger i rehabiliteringssykepleie eller utdanningsløp innenfor rehabiliteringsteknologi. Med den forventede teknologiutviklingen vil det uansett være behov for å integrere teknologikompetanse i eksisterende utdanninger.

5.2.2 Kunnskap rettet mot pasienter, pårørende og interessert offentlighet

Informasjonsarbeid rettet mot pasienter, pårørende og interessert offentlighet er et krevende område der man «aldri blir ferdig», da informasjonsbehovet alltid vil være stort. Forventningene fra publikum om hva som er «nødvendig informasjon» i denne sammenheng, vil øke. Det vil fremover være en forutsetning at informasjonen til pasienter og pårørende knyttet til sykehusets pasienttilbud er lett tilgjengelig, fortløpende oppdatert og detaljert for de som ønsker det. Informasjonen må dessuten være tilpasset pasientens kommunikasjonsevne. Den teknologiske utviklingen vil skape nye muligheter for denne typen kompetansearbeid. Vellykket informasjonsarbeid forutsetter god kompetanse både rehabiliterings- og kommunikasjonsfaglig.

6 Beskrivelse av aktivitetsområder

Beskrivelsen av den historiske utviklingen viser at Sunnaas sykehus gjennom årene har tatt på seg og fått tildelt ulike roller og oppgaver. Resultatet er at en rekke ulike aktiviteter og roller er blitt en del av sykehusets virksomhet per i dag. I tråd med utviklingen av de ulike aktivitetsområdene, har det også vært en jevnlig diskusjon om hva som «egentlig» bør være sykehusets oppgaver, henholdsvis hvilke oppgaver som bør prioriteres. Det er motstridende interesser i slike diskusjoner bl.a. mellom ulike interessenter utenfor sykehuset, men også internt. Sentrale diskusjoner er kort beskrevet i tekstboksen til høyre.

Antall og omfang av oppgaver som sykehuset har per i dag, gjør det hensiktsmessig å vurdere innsatsen på de ulike områdene og hva som er mulig fremover. Det er foreslått ambisiøse mål for Sunnaas sykehus som helhet, men det er neppe mulig med en like ambisiøs videreutvikling av alle aktivitetsområder. Grunnen til dette er både begrensede økonomiske ressurser, men også bl.a. mangel på høy fagkompetanse. Bred enighet om hovedretningen og overordnede mål for sykehusets fremtidige virksomhet er en stor fordel – for ikke å si forutsetning – for en vellykket videreutvikling som best gavner pasientene. Det er derfor nødvendig med prioritering og strategiske satsninger.

Som en forutsetning for å kunne velge hovedretning, er det viktig å definere alternativer og vurdere hva disse krever og gir av muligheter. Formålet med dette kapitlet er å beskrive «spisset» hva de enkelte aktivitetsområdene innebærer og hva en videre satsning på disse vil kreve, spesielt hvis man har store ambisjoner på det enkelte området. Punktene er ført opp i alfabetisk rekkefølge. Med «pasientgrupper» menes her grupper som kjennetegnes av fellestrekk når det gjelder enten diagnose eller funksjonsnedsettelse. Områdene er ført opp i alfabetisk rekkefølge.

Få vs. mange pasientgrupper, og hvilke?

Bør SunHF konsentrere seg om få pasientgrupper (ut fra diagnose eller funksjonsnedsettelse), eller gi et tilbud til mange ulike grupper? Hvilke grupper bør ev. prioriteres?

Regionale/nasjonale vs. lokale tilbud?

Bør SunHF konsentrere seg om regionale/nasjonale oppgaver, og dermed gi mindre spesialiserte tilbud til pasienter som bor i geografisk nærhet?

Behandlingstilbud vs. kompetansetilbud?

Hvor stor grad av SunHF sin aktivitet bør være kompetansespredning?

Klinisk tilbud vs. forskning?

Hvor stor grad av SunHF sin aktivitet bør være forskning, og hvordan samordnes den kliniske og forskningsaktiviteten?

Kropps nivå vs. aktivitet/deltakelse? (jf. ICF-modellen)

Bør SunHF sin fokus være på å bedre kroppsfunksjoner, eller mest på aktivitetsnivået og deltakelse i samfunnet?

6.1 Forskning

Formålet for dette aktivitetsområdet er å videreutvikle rehabiliteringsfeltet ved å komme frem til ny kunnskap som fører til en forbedring av rehabiliteringstilbudene.

Dette aktivitetsområdet krever gode forskernettverk spesielt med internasjonale toppmiljøer. Det er videre avgjørende med investering i infrastruktur for forskning (utstyr, støttefunksjoner, registre mm.), og høy kompetanse på utvalgte forskningsmetoder der det er viktig å rekruttere og beholde

gode forskere. En forutsetning er et godt pasientgrunnlag som grunnlag for forskningsaktiviteten, enten alene (via nasjonale funksjoner e.l.) eller i samarbeid med andre. Det må være rom for at forskningen følger forskningsfronten som stadig kan endre seg med fokus på ulike metoder eller problemstillinger – disse vil til dels være akademisk motiverte og ikke nødvendigvis alltid være i samsvar med de spørsmålene som klinikere er mest opptatt av i sitt daglige virke. Forskning kan ha både kropps- og aktivitets-/deltakelsesnivået som fokus, og også andre aspekter og områder som f.eks. organisering av helsetjenester. Om man har spesielt høye ambisjoner på forskningsområdet, vil det dessuten være nødvendig å konsentrere seg om en eller få forskningsområder, definert gjennom pasientgrupper eller forskningsmetoder.

6.2 Innovasjon og teknologi

Fokuset for dette området er å gi de som trenger det, tilgang til det fremste innen rehabiliterings-teknologi og innovative tjenester, både ved å tilby teknologien og tjenestene, og ved å videreutvikle dem.

Å være i fronten når det gjelder innovasjon og teknologi vil kreve et tverrfaglig miljø som tiltrekker seg samarbeidspartnere fra de beste aktørene innen rehabiliteringsteknologi, forskning og tjenesteutvikling både nasjonalt og internasjonalt, der uttesting, tverrfaglig samarbeid og rask adopsjon av teknologi foregår i et realistisk, klinisk miljø. En prioritert utvikling for dette aktivitetsområdet krever høy teknologisk kompetanse, investering i utstyr og støttefunksjoner og gode nettverk med teknologimiljøer og relevante forskningsmiljøer. Siden området er heller bredt anlagt når det gjelder målgrupper, bør det være god kunnskap om og klinisk tilbud for ulike pasientgrupper. Når det gjelder pasientpopulasjonen kreves det tilgang til pasienter som representerer de som har behov for rehabiliteringsteknologi, og som teknologien kan utprøves på og sammen med. Innovasjon og teknologi kan forbedre både kropps- og aktivitets-/deltakelsesnivået. Forskning bør være spesielt rettet mot innovasjon og teknologi i rehabilitering.

6.3 Kompetansebygging og kunnskapsspredning

Dette aktivitetsområdet har som siktemål å bedre rehabiliteringstilbudene og bedre livet med funksjonshemming for mange, gjennom kompetanseutvikling og kunnskapsspredning samt utdanning og veiledning av helsepersonell og andre aktører.

For å ha tilstrekkelig kompetanse og tillit som en kompetansebygger er det nødvendig med en heller bred tilnærming som inkluderer ulike pasientgrupper når det gjelder klinisk tilbud, og alle områdene av helse (jf. ICF). Man må inneha høyt kunnskapsnivå om kunnskapsbasert rehabilitering på de fleste områder. Godt samarbeid med utdanningsaktører og høy kompetanse om læring og kunnskapsformidling er en forutsetning. Det bør være heller bred forskningsaktivitet som dekker flere områder og inkluderer forskning på implementering av kunnskap. Samarbeid med brukerforeninger om kompetansespredning vil være en fordel.

6.4 Pasienttilbud

Formålet med dette området er å tilby sykehusets pasienter et best mulig rehabiliteringstilbud totalt sett, dvs. med fokus på alle områdene av helse ifølge ICF-modellen.

Ved spesielt høye ambisjoner bør man konsentrere seg om få pasientgrupper. Det bør videre være gode nettverk med ledende internasjonale miljøer på de samme pasientgruppene, både når det gjelder klinisk tilbud, forskning, innovasjon og teknologi. Det vil være nødvendig med mange ansatte med høy kompetanse både akademisk og klinisk når det gjelder de utvalgte pasientgruppene og funksjonsområdene. Forskningsaktivitet og innovasjonsvirksomhet bør understøtte ambisjonen om et optimalt behandlingstilbud ved å fokusere på de utvalgte pasientgruppene. Kompetansetilbud vil det være naturlig først og fremst å innrette mot de samme utvalgte pasientgruppene, både for å understøtte fokus og fordi det er her SunHF vil ha spesiell kompetanse.

6.5 Rådgiver for organisering og innretting av rehabiliteringstjenester

Dette området fokuserer på å bedre rehabiliteringstjenester for mange ved å bidra til en best mulig organisering av rehabiliteringstjenestene.

Det kreves god oversikt over rehabiliteringstilbudene på ulike nivåer og høyt kunnskapsnivå om kunnskapsbasert rehabilitering på de fleste områder, både når det gjelder tiltak for enkeltpasienter og på systemnivå. Det er viktig med gode nettverk til mange nasjonale rehabiliteringsaktører, brukerforeninger, samt til politiske aktører og myndigheter. Videre kreves høy kompetanse på helsetjenestemodeller, helseøkonomi o.l. Egen forskningsinnsats bør understøtte dette gjennom helsetjenesteforskning, på samme måte som det bør være et fokus på tjenesteinnovasjon.

6.6 Samfunnsaktør for å fremme et godt liv med funksjonsnedsettelse

Formål for denne aktiviteten er å bedre forholdene i samfunnet for de som lever med en funksjonshemming.

Området er bredt anlagt og fokuserer spesielt på politisk og samfunnsmessig påvirkning. Det er derfor nødvendig med god kunnskap om mange ulike pasientgrupper, spesielt om hvordan det er å leve med funksjonsnedsettelse i samfunnet. Dette oppnås gjennom et bredt anlagt klinisk tilbud samt gode nettverk med brukerforeningene, mange nasjonale rehabiliterings- og politiske aktører og med myndighetene. Dessuten kreves høy kompetanse om kunnskapsbasert rehabilitering på de fleste områder, både når det gjelder tiltak for enkeltpasienter og på systemnivå, samt kunnskap om hvilke rehabiliteringstilbud som eksisterer på de ulike nivåene. Aktivitets- og deltakelsesnivået vil ha spesiell fokus.

7 Fremtidig virksomhet

I dette kapittelet skisseres mulige utviklingsretninger for det fremtidige Sunnaas sykehus HF som presenteres på to nivåer:

- Prioriteringer og veivalg for aktivitetsområder
- Mulige virksomhetsmodeller

Prioriteringer og veivalg for aktivitetsområder beskriver alternative utviklingsmuligheter for sykehusets faglige virksomhet. Aktivitetsområdene som ble beskrevet i forrige kapittel, er her vektet og prioritert i ulik grad.

Mulige virksomhetsmodeller beskriver overordnede driftsmodeller som har ulik sengeantall, ulik vektning av sengebaserte vs. ikke-sengebaserte tilbud samt ulike former for organisering opp mot andre helseforetak. Disse modellene omhandler således spesielt det kliniske tilbudet, og kan kombineres med de først beskrevne «prioriteringer og veivalg» for de andre aktivitetsområdene på ulike måter.

Presentasjonen av både *Prioriteringer og veivalg for aktivitetsområder* og *Mulige virksomhetsmodeller* innebærer en kort vurdering av de viktigste konsekvensene, sett mot dagens status og de andre alternativene. For alle modeller vurderes konsekvensene på sju områder. Dette er ikke en fullstendig beskrivelse og vurdering av konsekvensene. Etter nasjonal sykehusplan skal alle RHF og HF i 2016 lage områdeplan, der veilederen for dette arbeidet beskriver fem områder som er brukt her som vurderingskriterier, supplert med de to områdene «pasienten» og «økonomi og finansiering».

Også i dette kapittelet menes med «pasientgrupper» grupper som kjennetegnes av fellestrekk når det gjelder enten diagnose eller funksjonsnedsettelse.

7.1 Prioriteringer og veivalg for aktivitetsområder

Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 definerer hvilke oppgaver sykehus særlig skal ivareta: 1. pasientbehandling, 2. utdanning av helsepersonell, 3. forskning, og 4. opplæring av pasienter og pårørende. Utover dette finnes det flere andre styringssignaler og dokumenter som bestemmer hvilke oppgaver et sykehus skal gjennomføre, spesielt de årlige oppdrags- og bestillerdokumentene. Selv om dette legger klare føringer for aktiviteter og virksomheten, foreligger det likevel et handlingsrom for å satse spesielt på noen av områdene utover det som er minimumskravene. Dessuten kan SunHF foreslå overfor myndighetene å utvikle seg i en viss retning eller å satse på visse områder, og arbeide for å realisere slike endringer.

Det kan tenkes ulike relasjoner mellom de enkelte oppgavene og aktivitetene, f.eks. at noen oppgaver understøtter andre, eller at ulike oppgaver er sidestilt med hverandre. På bakgrunn av aktivitetsområdene presentert i forrige kapittel, beskriver dette kapittelet fem mulige veivalg for den fremtidige virksomheten, der aktivitetsområdene utvikles og vektet i ulik grad:

- Veivalg 0: «Satsing på alle områder»
- Veivalg 1: Rehabiliteringstilbud på toppnivå for utvalgte pasientgrupper
- Veivalg 2: Nå ut bredt for å fremme rehabilitering i Norge
- Veivalg 3: Fremragende innen rehabiliteringsforskning og -innovasjon
- Veivalg 4: Fokuserer klinisk tilbud og lokomotivfunksjon

Veivalgene her er først og fremst ment å illustrere potensielle fremtidige utviklingsmuligheter, og ikke konkrete alternativer for sykehusets videre utvikling. De skal illustrere mulighetene som finnes samt hvilke prioriteringer og konsekvenser disse innebærer.

7.1.1 Veivalg 0: «Satsing på alle områder»

I dette scenariet fortsetter aktiviteten på de ulike områdene mer eller mindre i samme omfang/fordeling som per i dag, med andre ord prioriteres ingen av aktivitetsområdene spesielt. Aktivitetene har sine selvstendige prioriteringer og satsninger ut fra der det enkelte området har behov. Det kliniske tilbudet er en blanding av spissede (regionale/nasjonale) og mer brede tilbud, på samme måte som forskningsaktiviteten inkluderer noen områder av spesiell høy kvalitet, men også en stor bredde av forskningstemaer og metoder. Kompetansetilbudet er først og fremst rettet mot egne pasientgrupper. Sykehuset fortsetter med sin generelle rådgiverrolle i rehabiliteringss spørsmål, spesielt overfor Helse Sør-Øst, og med en viss innsats som politisk og samfunnsaktør som akter å fremme samfunnsforholdene og spesielt rehabiliteringstjenestene for pasienter med kronisk funksjonsnedsettelse. Det er ingen klar prioritering av aktivitetsområdene og det kan være uklarerheter i og utenfor sykehuset om den strategiske retningen. En tilpasning til den faglige utviklingen og prioritering av teknologiområdet vil uansett være nødvendig.

Konsekvenser	Veivalg 0: «Satsing på alle områder»
Organisering og ledelse	<ul style="list-style-type: none"> ○ uklar prioritering vedr. fremtidig utvikling, fare for fortløpende diskusjoner rundt dette ○ krav til ledelsen om å balansere de ulike aktivitetsområdene ○ behov for å sikre godt samarbeid mellom aktivitetsområdene
Samhandling og oppgavedeling	<ul style="list-style-type: none"> ○ ingen større endringer
Bemannings og kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> ○ for det meste videreføring av eksisterende kompetanse ○ noe økt teknologi kompetanse
Utstyr og teknologi	<ul style="list-style-type: none"> ○ behov for investeringer i teknologi ○ utover dette generelt vedlikehold og videreutvikling
Økonomi og finansiering	<ul style="list-style-type: none"> ○ ingen spesielle utover eksisterende utfordringer knyttet til finansieringsordning samt forventet økonomisk utvikling
Bygg	<ul style="list-style-type: none"> ○ byggetrinn 3 må ivareta utvikling av alle aktivitetsområder
Pasienten	<ul style="list-style-type: none"> ○ i liten grad endringer i tilbudet, verken nedleggelse/overføring av tilbud eller nye tilbud

7.1.2 Veivalg 1: Rehabiliteringstilbud på toppnivå for utvalgte pasientgrupper

Her legges det spesiell vekt på å tilby et høyspesialisert klinisk tilbud på høyt internasjonalt nivå for utvalgte pasientgrupper og funksjonsområder der det er naturlig å ha regionale og spesielt også nasjonale funksjoner. Det kliniske tilbudet strekker seg fra primærrehabilitering til livslang oppfølging. For å kunne tilby pasientbehandling på høyeste internasjonale nivå vil det være nødvendig med en avgrensning og prioritering av hvilke pasientgrupper det skal gis et klinisk tilbud til. Tilpasset til de utvalgte pasientgruppene kreves det videre investeringer i nødvendig utstyr spesielt for klinisk virksomhet og i kompetansebygging. Forsknings- og innovasjonsaktiviteter innrettes slik at de støtter opp under det overordnede målet. Det samme gjelder utviklingen av sykehusets aktiviteter på teknologiområdet. Kompetansetilbudet vil utvikles for de aktuelle pasientgruppene og inkludere målrettede aktiviteter mot andre tjenestetilbydere og lavterskeltilbud for pasienter og

pårørende. Andre pasientgrupper vil i noen grad kunne profitere av forsknings- og innovasjonsaktivitetene og kompetansetilbudet. Rådgivningsvirksomheten ovenfor myndighetene vil være konsentrert på de prioriterte pasientgruppene. Pasienttilbudet gis hovedsakelig som nasjonale, ev. regionale, behandlingstjenester.

Konsekvenser	Veivalg 1: Rehabiliteringstilbud på toppnivå for utvalgte pasientgrupper
Organisering og ledelse	<ul style="list-style-type: none"> ○ kan være lettere å lede mot strategiske mål når antall aktiviteter er redusert
Samhandling og oppgavedeling	<ul style="list-style-type: none"> ○ samhandling spisses mot de eksterne aktørene som også gir tilbud til de aktuelle pasientgruppene ○ for pasientgruppene der tilbud reduseres, må alternativer sikres i samarbeid med andre rehabiliteringsaktører
Bemanning og kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> ○ spisset kompetanseutvikling etter behovene for de utvalgte pasientgruppene
Utstyr og teknologi	<ul style="list-style-type: none"> ○ investering spesielt i utstyr som er nødvendig for det kliniske tilbudet for de utvalgte pasientgrupper
Økonomi og finansiering	<ul style="list-style-type: none"> ○ usikkerhet om dagens finansieringsmodell vil ivareta de aktuelle pasientgruppene
Bygg	<ul style="list-style-type: none"> ○ byggene kan i større grad tilpasses spesifikt behovene til de utvalgte pasientgruppene
Pasienten	<ul style="list-style-type: none"> ○ utvalgte pasientgrupper får tilbud av spesiell høy kvalitet ○ de andre pasientgruppene vil ikke lenger få tilbud ved Sunnaas sykehus

7.1.3 Veivalg 2: Nå ut bredt for å fremme rehabilitering i Norge

Å bidra til et løft for rehabiliteringsfeltet generelt er hovedfokus i dette scenariet – å være et lokomotiv for videreutviklingen. Det satses på rådgiverrollen regionalt og nasjonalt, på kompetanse- og undervisningsfunksjonene, samt på utvikling av rehabiliteringstjenester på system- og helsetjenestenivå. Det kliniske tilbudet er av god kvalitet og bredt anlagt; det kan også være enkelte spissfunksjoner regionalt og nasjonalt, dog ikke i nevneverdig større omfang enn per i dag. Forsknings- og innovasjonsaktiviteten er bredt anlagt og inkluderer spesielt også helsetjenesteforskning og tjenesteinnovasjon. Det er avsatt kompetanse og ressurser for rådgiverfunksjonene ovenfor myndighetene og for kompetanse- og utdanningsfunksjonene. Det vil være naturlig med nasjonale, ev. regionale, kompetansetjenester for utvalgte pasientgrupper.

Konsekvenser	Veivalg 2: Nå ut bredt for å fremme rehabilitering i Norge
Organisering og ledelse	<ul style="list-style-type: none"> ○ behov for flere ledere med pedagogisk bakgrunn
Samhandling og oppgavedeling	<ul style="list-style-type: none"> ○ nødvendig å videreutvikle samarbeidet med alle andre aktører i rehabiliteringsfeltet
Bemanning og kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> ○ kompetanse og bemanning må styrkes for rådgiving (også overfor myndighetene), veiledning, formidling, kunnskapsspredning og implementering
Utstyr og teknologi	<ul style="list-style-type: none"> ○ ingen spesielt store utstyrskrav ○ på teknologiområde spesielt nødvendig med utvikling som støtter kompetansebygging og samhandling med andre

Økonomi og finansiering	<ul style="list-style-type: none"> ○ utfordring at veiledning, rådgiving og kompetansetilbud ikke er direkte finansiert ○ mer bredt og mindre spesialisert klinisk tilbud kan frigjøre noen ressurser
Bygg	<ul style="list-style-type: none"> ○ noe mindre behov for pasientbehandling og mer for kontor, auditorier, undervisningsrom, store møterom
Pasienten	<ul style="list-style-type: none"> ○ tilbud til mange grupper ○ profiterer av sykehusets virksomhet noe mindre gjennom direkte tilbud på Sunnas sykehus, og noe mer indirekte gjennom påvirkningen av hele feltet ○ mulig noe lavere kvalitet på «spissområdene»

7.1.4 Veivalg 3: Fremragende innen rehabiliteringsforskning og -innovasjon

I dette scenariet satses det spesielt på forskning og innovasjon, hvor teknologi knyttet til rehabilitering vil ha et spesielt fokus. Dette forutsetter investeringer i relevant utstyr og i akademisk og teknologisk kompetanse. Det er intensivt samarbeid med ledende internasjonale miljøer på rehabiliteringsforskning, innovasjon og teknologi. Det kliniske tilbudet innrettes slik at det støtter opp under hovedmålet i den grad det er mulig, det vil i utgangspunktet si et heller bredt tilbud, men også spesielt tilbud knyttet mot pasienter med behov for rehabiliteringsteknologi. Rådgiver- og lokomotivfunksjonen vil være spesielt rettet mot forskningsformidling og innovasjon/teknologi, det samme gjelder kompetansevirksomheten, noe som samlet bidrar til økt og riktig bruk av teknologi i rehabiliteringsfeltet.

Konsekvenser	Veivalg 3: Fremragende innen rehabiliteringsforskning og -innovasjon
Organisering og ledelse	<ul style="list-style-type: none"> ○ behov for mer kompetanse på forskningsledelse
Samhandling og oppgavedeling	<ul style="list-style-type: none"> ○ utvikles spesielt mot forsknings- og innovasjonsmiljøer
Bemanning og kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> ○ betydelig styrking av teknologikompetanse nødvendig ○ økning av forskningskompetansen
Utstyr og teknologi	<ul style="list-style-type: none"> ○ nødvendig med betydelige investeringer
Økonomi og finansiering	<ul style="list-style-type: none"> ○ økning av forskningens andel av budsjettet fortsetter ○ økte muligheter for ekstern finansiering ved teknologiindustrien ○ veivalget dekkes ikke av dagens finansieringsordning
Bygg	<ul style="list-style-type: none"> ○ mer areal til forskning og til teknologilaboratorier
Pasienten	<ul style="list-style-type: none"> ○ moderne rehabiliteringsteknologi blir tilgjengelig både som del av sykehusets kliniske tilbud, og gjennom økt teknologikompetanse i hele rehabiliteringsfeltet

7.1.5 Veivalg 4: Fokuserert klinisk tilbud og lokomotivfunksjon

Dette scenariet er en blandingsmodell med en kombinasjon av et klinisk tilbud på høyt nivå for utvalgte pasientgrupper samt en rådgiver- og lokomotivfunksjon regionalt og nasjonalt. Det kliniske tilbudet fokuseres noe mer, dvs. noen færre pasientgrupper, og videreutvikles for disse, først og fremst som regionale og nasjonale oppgaver. Lokomotivfunksjonen for rehabilitering med rollene som kompetansespreder og rådgiver er et selvstendig strategisk mål sidestilt med målet om et godt klinisk tilbud. Aktiviteter på områdene forskning, innovasjon, teknologi og kompetanse støtter opp

om de to hovedmålene, det vil si de har todelt fokus: å bidra til et klinisk tilbud av høy kvalitet og til sykehusets funksjon som «rehabiliteringslokomotiv». Det samme gjelder investeringer både med tanke på utstyr og kompetanse. Forsknings- og innovasjonsaktiviteten inkluderer også helsetjenesteforskning og tjenesteinnovasjon.

Konsekvenser	Veivalg 4: Fokuset klinisk tilbud og lokomotivfunksjon
Organisering og ledelse	○ to hovedmål, viktig oppgave å sikre godt samarbeid mellom disse
Samhandling og oppgavedeling	○ nødvendig å videreutvikle samarbeidet med alle andre aktører i rehabiliteringsfeltet
Bemanning og kompetanse	○ kompetanse og bemanning for rådgiving, veiledning, kunnskapsspredning og implementering må styrkes
Utstyr og teknologi	○ på teknologiområdet spesielt nødvendig med utvikling som støtter kompetansebygging og samhandling med andre
Økonomi og finansiering	○ utfordring at veiledning, rådgiving og kompetansetilbud ikke er direkte finansiert
Bygg	○ byggetrinn 3 må ivareta utvikling av både pasientbehandling og lokomotivfunksjonen (mer kontor plass)
Pasienten	○ profiterer av sykehusets virksomhet både direkte gjennom klinisk tilbud på Sunnaas og indirekte gjennom lokomotivfunksjonen

7.2 Mulige virksomhetsmodeller

I dette avsnittet beskrives mulige virksomhetsmodeller som skiller seg ved ulike sengetall, ulike vektning av sengebaserte vs. ikke-sengebaserte tilbud samt ulike former for organisering opp mot andre rehabiliteringsaktører. Modellene går først og fremst inn i forhold som kapasitet, lokaliteter og andre bygningsmessige løsninger samt relasjon til andre helseforetak. Modellene omhandler dermed først og fremst forhold relevant for det kliniske tilbudet. Hver modell kan i utgangspunktet kombineres med veivalgene og prioriteringene av aktivitetsområdene beskrevet i forrige avsnitt, men legger noe ulikt til rette for disse.

Det presenteres 4 modeller:

- Alternativ 0: Dagens modell fortsetter
- Alternativ 1: Mindre sengebasert aktivitet på Nesodden – økt poliklinisk og dagtilbud i Oslo
- Alternativ 2: Samme sengebasert aktivitet på Nesodden – økt poliklinisk og dagtilbud i Oslo
- Alternativ 3: Base på Nesodden og i Oslo, nettverk med andre

Ulike andre helseforetak, er omfanget av virksomheten til Sunnaas sykehus ikke basert på et visst antall innbyggere man har ansvar for. Omfanget avhenger isteden i stor grad av funksjons- og oppgavefordelingen mellom rehabiliteringsaktørene i kommune- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg er rehabiliteringstilbud i større grad enn f.eks. akutttilbud utsatt for samfunnets vilje til å finansiere tilbud og dets prioriteringer, og ikke kun rent behovsstyrt.

Modellene presentert her illustrerer ulike utviklingsmuligheter. Sunnaas sykehus kan selv bestemme hvilken modell vi anser som optimal, men er for en realisering avhengig av enighet med andre aktører eller sentral styring.

Sunnaas sykehus som selvstendig helseforetak

Sunnaas sykehus ble et selvstendig helseforetak i forbindelse med sykehusreformen i 2001, da staten overtok ansvaret for sykehusene. Status som eget helseforetak har vært truet flere ganger siden, og det er på ingen måte en selvfølge at Sunnaas sykehus vil være en selvstendig organisatorisk enhet i 2030. Bl.a. er fremtiden til de regionale helseforetakene under utredning i Kvinnsland-utvalget som «skal utrede alternative modeller for hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten kan organiseres ... [samt] blant annet inndelingen i helseregioner og hvor mange helseforetak det bør være».

Prosjektgruppen har ikke utredet modeller der Sunnaas sykehus ikke er en selvstendig organisatorisk enhet. To hovedgrunner taler for denne tilnærmingen: For det første er det på nåværende tidspunkt uklart om det vil komme endringer, hvordan disse ev. vil se ut og hvilke konsekvenser de vil ha. Å utrede nærmere på denne bakgrunn vil bety å vurdere mange alternativer på uklart grunnlag, noe som vil kreve mye arbeid samtidig som resultatene vil måtte være nok så spekulative. For det andre vil Sunnaas sykehus i tilfelle ikke lenger ha selvstendig råderett over egen strategi, noe som medfører at det da uansett vil være nødvendig å lage nye strategier og planer tilpasset en ny virkelighet. En fremtid der Sunnaas sykehus ikke lenger er en autonom institusjon har imidlertid regelmessig vært en del av diskusjonene under arbeidet med dette strategidokumentet. Samlet sett vurderes det at en slik utvikling vil være en alvorlig trussel mot å kunne oppnå de strategiske målene presentert i dette dokumentet.

Lokalisering – Nesodden/Oslo

Den største delen av virksomheten til Sunnaas sykehus er lokalisert til Nesodden. Det har gjennom årene vært en viss diskusjon om fordelene og ulempene med denne lokaliseringen, der en lokalisering nærmere store akuttmedisinske miljøer, spesielt i geografisk nærhet til Oslo Universitetssykehus Ullevål og Rikshospitalet, har blitt foreslått. Som nevnt ble det i 2015 tatt i bruk et nytt sykehusbygg på Nesodden på 5000 kvadratmeter, og enda et nybygg (byggetrinn 3) er under planlegging. På bakgrunn av dette finner prosjektgruppa det ikke hensiktsmessig å vurdere modeller som innebærer en vesentlig reduksjon eller avvikling av aktiviteten på Nesodden.

7.2.1 *Alternativ 0: Dagens modell fortsetter*

I dette alternativet har Sunnaas sykehus sengebasert aktivitet på Nesodden med 159 senger, og poliklinisk aktivitet i Oslo. Sengene brukes som i dag, både av pasienter som har behov for hjelp i primære aktiviteter i dagliglivet (ADL), dvs. basale behov som spisesituasjon, stell, toalettbesøk o.l., og pasienter som er selvstendig i disse. Den polikliniske aktiviteten økes noe slik skissert i eksisterende langtidsplaner.

Konsekvenser	Alt. 0: Dagens modell fortsetter
Organisering og ledelse	○ ingen større endringer
Samhandling og oppgavedeling	○ ingen større endringer
Bemannings og kompetanse	○ ingen større endringer
Utstyr og teknologi	○ behov for investeringer i teknologi ○ utover dette generelt vedlikehold og videreutvikling
Økonomi og	○ sykehusets inntekter er i stor grad avhengige av DRG relatert til

finansiering	innlagte pasienter med en «case-mix» av pasienter som har store omsorgsbehov og de som ikke har det
Bygg	<ul style="list-style-type: none"> o pasientrom i byggetrinn 3 er hovedsakelig utformet for pasienter som er selvstendige i primære ADL
Pasienten	<ul style="list-style-type: none"> o både pasienter som er avhengig av hjelp i primære ADL, og de som ikke er det, innlegges

7.2.2 *Alternativ 1: Redusert sengebasert aktivitet på Nesodden – økt poliklinisk og dagtilbud i Oslo*

I dette alternativet overføres tilbudene for pasienter som er selvstendige i primære ADL til polikliniske og dagtilbud i Oslo. Dette medfører en reduksjon av sengeantallet til ca. 100 senger på Nesodden, som brukes for pasienter som ikke er selvstendig i primære ADL. De sengebaserte tilbudene vil først og fremst være primærrehabilitering, og i noen grad vurdering og trening. Den polikliniske aktiviteten økes betydelig i Oslo, f.eks. lokalisert til Aker, med tverrfaglige dag- og polikliniske tilbud som kartlegging og vurdering, rådgiving og veiledning og også trening. Dette inkluderer gruppetilbud for pasienter som er selvstendig i primære ADL, både mestring og trening. Pasienter som bor i geografisk nærhet reiser til og fra hjemmet daglig, mens det for pasienter som bor lengre unna skapes muligheter for overnatting f.eks. på pasienthotell. Tilbudene inkluderer også ambulant og telemedisinsk virksomhet for pasienter som befinner seg i annen spesialisthelsetjeneste- og i kommunehelsetjenesten, disse tjenestene kan ha sin base både på Nesodden og i Oslo. Kompetansetilbud, forskning og innovasjon vil med fordel være lokalisert ved begge lokalisasjoner.

Konsekvenser	Alt. 1: Redusert sengebasert aktivitet på Nesodden – økt poliklinisk og dagtilbud i Oslo
Organisering og ledelse	<ul style="list-style-type: none"> o virksomheten er fordelt på to lokasjoner, ledelsen må sikre at disse arbeider mot samme overordnede mål
Samhandling og oppgavedeling	<ul style="list-style-type: none"> o ingen større endringer
Bemanning og kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> o omtrent lik, muligens noe økt behov for bemanning relatert til pleie og omsorg o en del ansatte overføres fra Nesodden til Oslo
Utstyr og teknologi	<ul style="list-style-type: none"> o behov for noe «dabling» av utstyr der det trengs både på Nesodden og i Oslo
Økonomi og finansiering	<ul style="list-style-type: none"> o ved dagens finansieringsmodell betydelig bortfall av inntekter o ved dagens finansieringsmodell økte kostnader for dagtilbud/poliklinikk, men kun liten økning i inntekter
Bygg	<ul style="list-style-type: none"> o mindre arealbehov i byggetrinn 3 o behov for betydelig utvidelse av arealer i Oslo, både relatert til klinisk tilbud, pasienthotell, og innovasjon, forskning, kompetanse
Pasienten	<ul style="list-style-type: none"> o kun de som har behov for hjelp i primære ADL, innlegges o kortere reisevei for pasienter som får ikke-sengebaserte tilbud, men muligens flere reiser for noen hvis det som i dag er én innleggelse fordeles på flere konsultasjoner, samtidig færre reiser for noen ved flere telemedisintilbud o mer kontinuerlige / gjentatte (korte) kontakter over tid

7.2.3 *Alternativ 2: Samme sengebasert aktivitet på Nesodden – økt poliklinisk og dagtilbud i Oslo*

Dette alternativet ligner i stor grad alternativ 1, men i motsetning til denne reduseres ikke sengeantallet på Nesodden, men beholdes omtrent uendret. Sengene som i dag brukes for pasienter uten behov for hjelp i primære ADL, vil i dette alternativet bli brukt til en økning av primærrehabiliterings-, vurderings- og treningstilbud til pasienter som ikke er selvstendig i dagliglivets aktiviteter.

Som i alternativ 1 overføres tilbudene for pasienter som er selvstendige i primære ADL til polikliniske og dagtilbud i Oslo som økes betydelig, f.eks. lokalisert til Aker, med tverrfaglige dag- og polikliniske tilbud som kartlegging og vurdering, rådgiving og veiledning og også trening. Dette inkluderer gruppetilbud for pasienter som er selvstendig i primære ADL, både mestring og trening. Pasienter som bor i geografisk nærhet reiser til og fra hjemmet daglig, mens det for pasienter som bor lengre unna skapes muligheter for overnatting f.eks. på pasienthotell. Tilbudene inkluderer også ambulant og virtuell virksomhet for pasienter som befinner seg i annen spesialisthelsetjeneste- og i kommunehelsetjenesten, disse tjenestene kan ha sin base både på Nesodden og i Oslo. Kompetansetilbud, forskning og innovasjon vil med fordel være lokalisert ved begge lokasjoner.

Konsekvenser	Alt. 2: Samme sengebasert aktivitet på Nesodden – økt poliklinisk og dagtilbud i Oslo
Organisering og ledelse	<ul style="list-style-type: none"> ○ totalt sett økt størrelse på organisasjonen ○ virksomheten er fordelt på to lokasjoner, ledelsen må sikre at disse arbeider mot samme overordnede mål
Samhandling og oppgavedeling	<ul style="list-style-type: none"> ○ ingen større endringer
Bemanning og kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> ○ totalt behov for økt bemanning og kompetanse ○ økt behov for bemanning relatert til pleie og omsorg, og til dag- og poliklinisk aktivitet
Utstyr og teknologi	<ul style="list-style-type: none"> ○ behov for noe «dobling» av utstyr der det trengs både på Nesodden og i Oslo
Økonomi og finansiering	<ul style="list-style-type: none"> ○ ved dagens finansieringsmodell noe reduksjon av inntekter relatert til sengebasert aktivitet ○ ved dagens finansieringsmodell økte kostnader for dagtilbud/poliklinikk, men kun liten økning i inntekter
Bygg	<ul style="list-style-type: none"> ○ alle pasientrom i byggetrinn 3 er utformet for pasienter som ikke er selvstendige i primære ADL ○ behov for betydelig utvidelse av arealer i Oslo, både relatert til klinisk tilbud, pasienthotell, og innovasjon, forskning, kompetanse
Pasienten	<ul style="list-style-type: none"> ○ økt kapasitet for pasienter som har behov for hjelp i primære ADL ○ både pasienter som er avhengig av hjelp i primære ADL, og de som ikke er det, innlegges ○ kortere reisevei for pasienter som får ikke-sengebaserte tilbud, men muligens flere reiser for noen hvis det som i dag er én innleggelse fordeles på flere konsultasjoner, samtidig færre reiser for noen ved flere telemedisintilbud ○ mer kontinuerlige / gjentatte (korte) kontakter over tid

7.2.4 Alternativ 3: Base på Nesodden og i Oslo, nettverk med andre

I denne virksomhetsmodellen er aktiviteten ikke begrenset til lokalisering på Nesodden og i Oslo, men i tillegg er det aktivitet også ved andre lokasjoner, både fysisk og virtuelt per ulike former for telemedisin. De andre lokasjonene kan eksempelvis være poliklinikker og rehabiliteringsavdelinger ved andre sykehus eller private rehabiliteringsinstitusjoner. Lignende modeller er bl.a. etablert i USA. Et slikt nettverk innebærer ulike aktiviteter ved ulike lokasjoner, der tilbudene er avstemt basert på pasientenes behov i etablerte behandlingsforløp og funksjons- og oppgavefordelinger. Graden for integrering av et slikt nettverk kan være ulik: De enkelte delene kan være selvstendige enheter med drifts- og resultatansvar, men felles kompetansebygging, kvalitetssikring og overordnede behandlingsprogrammer. På den andre siden kan man også tenke seg at nettverket består av kun en organisatorisk enhet med det totale drifts- og resultatansvaret, «rehabiliteringsforetaket», der rehabiliteringsvirksomheten fra de enkelte organisasjonene overdras til rehabiliteringsforetaket. Sunnaas sykehus vil uansett kunne være sentral i det faglige samarbeidet både når det gjelder det kliniske tilbudet og forskning og innovasjon. Også tettere samarbeid rundt henvisningsvurdering, inntak og utnyttelse av kapasitet kan tenkes. En slik nettverksbasert fremtidig virksomhet er mulig med alle presenterte alternativer for virksomheten på Nesodden og i Oslo; konsekvensvurderingen her tar ikke hensyn til valgt alternativ for dette.

Konsekvenser	Alt. 3: Base på Nesodden og i Oslo, nettverk med andre
Organisering og ledelse	<ul style="list-style-type: none"> ○ økt størrelse på organisasjonen ○ virksomheten fordelt på mange lokasjoner, ledelsen må sikre at disse arbeider mot samme overordnede mål
Samhandling og oppgavedeling	<ul style="list-style-type: none"> ○ mer samstemt regional funksjons- og oppgavefordeling ○ mer samhandling mellom de ulike nivåene av spesialisert rehabilitering
Bemanning og kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> ○ behov for videreutvikling av overordnede systemer for utvikling av bemanning og kompetanse
Utstyr og teknologi	<ul style="list-style-type: none"> ○ investeringer i og innføring av teknologi som understøtter samhandling mellom nivåene og lokasjonene
Økonomi og finansiering	<ul style="list-style-type: none"> ○ usikkert hvilke økonomiske konsekvenser f.eks. virksomhetsoverdragelse vil ha
Bygg	<ul style="list-style-type: none"> ○ større grad av funksjons- og oppgavefordeling med andre kan føre til noe mindre arealbehov på Nesodden og i Oslo
Pasienten	<ul style="list-style-type: none"> ○ opplever i større grad koordinerte forløp med tilbud «til riktig tid på riktig sted» ○ mindre geografiske forskjeller i tilbud

8 Vurderinger og forslag til fremtidig utvikling

8.1 Viktigste utviklingstrender oppsummert

Samfunnet er i endring der det er økt tilgang til informasjon og en økende individualisering, samtidig som velferdssamfunnet står sterkt i Norge. Med slagordet «pasientens helsetjeneste» fortsetter trenden med en økende myndiggjøring av pasientene. Det blir enda større forventninger til at helsevesenet leverer gode tjenester når det gjelder innhold, brukervennlighet og service samt at det legges til rette for at pasientene reelt kan påvirke sin egen helse. Effekt og effektivitet av velferdstjenester får økende fokus, med påfølgende diskusjoner om prioriteringer og om samfunnsnyttan av rehabilitering. Organiseringen av spesialisthelsetjenesten står antakelig foran større endringer – det er usikkert hvordan disse vil slå ut for Sunnaas sykehus.

Per i dag er det udekkede høyspesialiserte rehabiliteringsbehov bl.a. når det gjelder pasienter med traumer, nevrologiske og nevromuskulære tilstander, barn og ungdom med alvorlige funksjonsnedsettelse og kreftoverlevende. Fremtidig kapasitetsbehov for høyspesialisert rehabilitering er vanskelig å forutse da noen faktorer peker mot en økning (befolkningsvekst, større overlevelse ved alvorlig sykdom/skade), mens andre peker i motsatt retning (bedre forebygging og behandling av alvorlig skade/sykdom).

Det er to store utviklingstrekk innen rehabiliteringsfeltet:

- Kommunene overtar en større del av rehabiliteringen
- Økende behov og muligheter for høyspesialisert rehabilitering som krever spesialkompetanse og utstyr

Flere pasienter vil få rehabiliteringstilbud der de bor, tilpasset sine lokale forhold (jf. samhandlingsreformen). Dette betyr økende etterspørsel etter ambulante, polikliniske og telemedisintjenester, og etter veiledning og rådgiving av kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten vil ha enda større fokus på høyspesialiserte tilbud. Det forventes et fortsatt fokus på sømløse pasientforløp, samtidig som den medisinske utviklingen tillater mer individualisert behandling og rehabilitering, som også i økende grad vil bli etterspurt av pasientene.

Den største drivkraften for endringer frem mot 2030 vil være kunnskapsutviklingen og den generelle teknologiske utviklingen. Dette vil påvirke sykehusets virksomhet på mange plan: bl.a. vil nye rehabiliteringsmetoder bli tilgjengelig, nye hjelpemidler vil bli utviklet og kommunikasjonen med pasientene og pårørende og med andre aktører vil endres. De ansattes hverdag vil endre seg, nye arbeidsmåter og -former vil oppstå og måten vi utdanner oss og sprer kompetanse på vil bli påvirket.

8.2 Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag opp mot skisserte utviklingstrender

I kapittel 4 og 5 ble den forventede utviklingen mot år 2030 presentert; først rammer for den faglige virksomheten i kapittel 4, og deretter den faglige virksomheten i kapittel 5 (klinisk tilbud, forskning, innovasjon, utdanning og kompetansevirksomhet). Her følger en sammenfattende vurdering av hvordan Sunnaas sykehus står seg mot de beskrevne utviklingstrendene, av forventningene til Sunnaas sykehus når det gjelder tilpasninger og utvikling, og av avgjørende kriterier for en vellykket videreutvikling.

8.2.1 Vurdering opp mot faglige utviklingstrender

Rehabiliteringsfeltet forventes å gå gjennom en betydelig utvikling de kommende 14 årene. For å kunne tilby pasientene et moderne klinisk tilbud på høyde med internasjonalt kunnskapsnivå, vil det være nødvendig med en betydelig innsats på en rekke områder og fortløpende omstillinger og tilpasninger. De viktigste utviklingstrendene for spesialisert rehabilitering vurderes å være en omfattende kunnskapsutvikling generelt, en spesielt omfattende teknologisk utvikling, økt spesialisering og en mer individualisert rehabilitering. Innenfor teknologiområdet forventes en rivende utvikling som vil kreve mer teknologikompetanse, samt investeringer i utstyr og kompetanse. Mer individualisert rehabilitering vil kreve mer differensiert kartlegging og skreddersydde rehabiliteringstilbud.

Det vil være store forventninger fra omverdenen til at Sunnaas sykehus tilpasser seg utviklingen, og det vil være et krav at sykehuset tilbyr høyspesialiserte rehabiliteringstjenester, kontinuerlig tar i bruk ny teknologi og tilpasser rehabiliteringen til den enkelte pasientens individuelle situasjon. For å oppfylle disse forventningene og kravene, vil det være viktig med rammebetingelser som fasiliteter en rask endring av kliniske tilbud inkludert implementering av ny teknologi og nye tjenester. Vesentlige spørsmål er hvordan sykehuset bør organisere seg for å ta i bruk nye metoder raskt og effektivt og sikre at implementering av ny kunnskap tar så kort tid som mulig.

Samtidig vil det være avgjørende at sykehuset bevarer helt sentrale aspekter av sykehusets «vesen» som utgjør en vesentlig del av sykehusets identitet og merkenavn: Den tverrfaglige tilnærmingen som ser hele mennesket og dets behov ut fra et helhetlig perspektiv, medmenneskeligheten og ivaretagelsen.

Sunnaas sykehus vil ikke kunne klare å møte de fremtidige forventningene og kravene alene. Det vil være helt avgjørende med gode samarbeidspartnere og nettverk. Dette vil sikre at vi kan holde oss oppdatert om utviklingen på mange områder, at våre tjenester er tilpasset andres behov, at vi forbedres gjennom innspill fra andre og at det fortløpende justeres hvilke oppgaver som løses av oss, og hvilke av andre aktører. Allerede per i dag er sykehuset en attraktiv samarbeidspartner og mottar mange forespørsler om samarbeid. Det vil fremover bli enda mer viktig å velge de riktige samarbeidspartnere og på hvilke områder man skal samarbeide. Valgene bør tas ut fra et strategisk perspektiv om hva som gagnar pasientene mest.

Organisatorisk og kulturelt vil det være avgjørende med en enda bedre integrasjon av klinisk virksomhet, forskning, innovasjon og teknologi. For å komme frem til nye løsninger, må Sunnaas sykehus til enhver tid kombinere kunnskapsbasert praksis med utviklings-, innovasjons- og forskningsarbeid. Dette vil sikre sykehusets målgrupper et rehabiliteringstilbud på høyt internasjonalt nivå.

Når det gjelder det kliniske tilbudet er det til tross for en generelt høy standard på rehabiliteringstilbudene fremdeles noen områder med et klart forbedringspotensial. Det blir viktig å løfte alle tilbudene til et høyt nivå i tråd med sykehusets ambisjoner. På områdene bevegelse og kognisjon er det spesielt høy kompetanse basert på lang klinisk og også akademisk tradisjon, og det er etablert gode samarbeidsnettverk. Spesielt på området bevegelse er det også innovasjonsaktivitet.

Blant områder der det ut fra forventet utvikling og krav fra myndighetenes side er nødvendig med en styrking er pasienter med psykiatrisk og/eller avhengighetssykdom i tillegg til sykdommen/skaden som utløser rehabiliteringsbehov. Det samme gjelder infeksjonssykdommer og smittevern. Også på legemiddelområdet ser det ut til å være behov for økt kompetanse, spesielt i lys av mulige nye

medikamentelle behandlingsmuligheter og multifarmasi. Dessuten krever en utvikling mot tidligere rehabilitering kompetanse og utstyr for å kunne håndtere vanlige tidlige komplikasjoner, f.eks. når det gjelder respirasjon og infeksjoner.

Den skisserte utviklingen mot en mer individualisert rehabilitering vil kreve mer differensierte tilbud. Rehabiliteringen av den individuelle pasient bør i større grad ledsages av regelmessige evalueringer av fremgangen, og justeringer av tiltakene ut fra slike evalueringer. Mer utstyr og kompetanse for individualisert kartlegging vil være nødvendig, og det vil kreve mye kompetanse – både med tanke på spesialiseringen og ressurser – å tilpasse skreddersydde rehabiliteringstilbud basert på den individuelle kartleggingen.

Dagens muligheter på Sunnaas for diagnostikk innen radiologi og nevrofysiologi vil ikke være tilstrekkelig opp mot fremtidens behov, slik at det er behov for investeringer i både utstyr og kompetanse.

Videre vil det være viktig å ta strategiske valg når det gjelder fremtidige målgrupper både med tanke på diagnoser og funksjonsområder. Hvilke undergrupper innenfor nevrologisk sykdom/skade og sjeldne eller komplekse tilstander i bevegelsesapparatet skal få et klinisk tilbud, og hvordan defineres undergruppene? Det bør også avklares om noen flere aktiviteter skal pekes ut som satsningsområder eller ikke, der man målrettet arbeider med å videreutvikle kompetanse, fornye/supplere utstyr og befester sin kliniske posisjon, f.eks. knyttet til visse funksjonsområder som eksempelvis svelgefunksjon. I sammenheng med dette gjelder det også å definere flere områder der man ønsker å etablere formelle regionale og nasjonale behandlingstjenester.

8.2.2 Vurdering opp mot teknologiske utviklingstrender

Sunnaas sykehus har de senere år arbeidet en del med teknologiske løsninger på rehabiliteringsområdet, ikke minst gjennom en sterk innovasjonsaktivitet med bl.a. fokus på teknologi. Sykehuset har også en sterk tradisjon når det gjelder telemedisin. Sammen med at det er etablert samarbeid med miljøer med høy teknologikompetanse, gir dette et godt utgangspunkt for videre satsninger. Det finnes imidlertid per nå i liten grad ansatte med teknologibakgrunn. Den forventede teknologiske utviklingen vil kreve å utvide det eksisterende samarbeidet samt å ha mer teknologikompetanse tilgjengelig i sykehuset.

Teknologiutviklingen vil endre rehabiliteringsprosessen og det tverrfaglige samarbeidet. Man vil måtte vurdere hvilke tjenester og oppgaver skal ligge til den enkelte terapeut og/eller være tilgjengelige i hvert tverrfaglig team, og hvilke som skal spesialiseres. Nye faggrupper kan komme til enten som teammedlemmer eller i nye laboratorier som kan bli opprettet.

Det er en krevende oppgave å følge med kontinuerlig i den teknologiske utviklingen, og å sikre og videreutvikle kompetanse og ressurser. Et ønske om å være i front når utviklingen er rask, medfører større risiko ved investeringer. For å kunne tilby pasientene et oppdatert tilbud – og i enda større grad for å være en aktør i videreutviklingen av rehabiliteringsteknologi – vil det være nødvendig med betydelige fortløpende investeringer i teknologi. Også driftskostnadene kan være vesentlige, f.eks. ved stor konkurranse om høykompetent personell. Integrering av ulike systemer og tilnærminger vil bli viktig. En mulig trussel er at rammebetingelser for IKT-løsninger og -drift kan legge begrensninger på utviklingen. Det er derfor antakelig behov for IKT-systemer og -støtte utenom regionale fellesløsninger. Det er også en utfordring at samarbeidsteknologi krever endringer, f.eks.

teknologiske eller organisatoriske) ikke bare i egen organisasjon, men også hos samarbeidspartnerne slik at man er avhengig av utviklingen også hos disse.

8.2.3 *Organisering av helsetjenester og samhandling*

Med bakgrunn i vår erfaring fra samarbeid med spesialist- og primærhelsetjenesten, samt erfaring fra bl.a. URT-prosjektet og RKE, har SunHF gode forutsetninger som premissleverandør for videre arbeid med koordinerte forløp. Imidlertid vil det bli nødvendig med ytterligere koordinering, og dette vil gjelde for enda flere pasientgrupper. Forløpene må utvikles enda tydeligere, og det er viktig at disse følges og f.eks. ikke kapasitetsutfordringer begrenser hvor vidt planlagte forløp følges.

Det vil bli viktig å styrke samarbeidet med henvisende instanser, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det påligger Sunnaas et ansvar å sikre at sykehusets tilbud er kjent og at de pasientene som skal få et tilbud ved sykehuset, blir henvist. I og med at rehabiliteringsfeltet utvikles og organiseringen av helsevesenet endrer seg, er dette en kontinuerlig oppgave.

Å avstemme sykehusets tilbud mot rehabiliteringstilbudet som gis av andre aktører er også en kontinuerlig oppgave. Både regionale og nasjonale oppgave- og funksjonsfordelinger må avklares. Sunnaas bør ha en aktiv rolle i slike prosesser – dette kan innebære å invitere til plattformer der fagpersoner møtes og diskuterer hensiktsmessige ordninger, samt å ta initiativ til formelle avklaringer.

Sunnaas sykehus har lange tradisjoner for samhandling med andre aktører, og dette er spesielt godt utviklet rundt primæropphold og overføring til videre lokal rehabilitering. Fremtiden vil stille enda større krav til samhandling, og spesielt samhandling der den enkelte pasient i lengre faser opplever dynamisk samarbeid mellom seg selv og spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det vil være nødvendig med endrede tjenester for å imøtekomme dette kravet, antakelig understøttet av ny samhandlingsteknologi.

8.2.4 *Forskning*

Forskningsaktiviteten ved Sunnaas sykehus er på et høyt nivå både når det gjelder omfang og kvalitet. Sunnaas er det ledende rehabiliteringsforskningsmiljøet i Norge, og har de siste årene også i økende grad blitt kjent som en viktig forskningsaktør internasjonalt. Dette legger et grunnlag for å videreutvikle området ytterligere. Forskningsaktiviteten er en viktig premissleverandør for kunnskapsutviklingen på rehabiliteringsfeltet.

Den betydelige utviklingen av forskningsaktiviteten de siste drøye ti årene har hatt som selvstendig mål å bygge opp bred og tverrfaglig forskningskompetanse, mens det i mindre grad har blitt gjort overordnede strategiske valg med spissing eller konsentrering av forskningen. Utviklingen har ført til en betydelig økt aktivitet, men også til en viss variasjon i aktiviteten og kvaliteten der forskningen i varierende grad oppfyller høye internasjonale standarder og krav til originalitet. Det er også noe variasjon når det gjelder etablert samarbeid og nettverk.

Det vil være nødvendig å foreta videre strategiske valg for forskningsaktiviteten. Dette gjelder eksempelvis spørsmålet om sykehusets forskningsaktivitet først og fremst skal være fokusert på sykehusets kliniske målgrupper, eller være mer bredt anlagt mot større deler eller hele rehabiliteringsfeltet. Relaterte spørsmål er hvor vidt man skal engasjere seg i grunnforskning, og hvor vidt forskningen skal spisses ut fra rene forskningskriterier, dvs. prioritere spesielt høy

forskningskvalitet frem for å dekke et spekter av pasientgrupper. Det vil også være en stadig avveining hvor mye ressurser man skal bruke på støttefunksjoner og hvor mye på forskere. Likeså må man velge klokt hvilke støttefunksjoner som skal etableres på Sunnaas, og hvilke man skal ha tilgang til gjennom samarbeid med andre.

En stadig og vanlig utfordring er samarbeidet mellom den kliniske aktiviteten og forskningen. Dette kan utvikles videre til gjensidig nytte. Mer systematisk registrering av den kliniske aktiviteten kan legge grunnlag for relevant og god forskning. Interne forskningsmidler kan i større grad brukes for å understøtte sykehusets strategiske mål for utviklingen av pasienttilbudet.

Det er hard konkurranse om eksterne forskningsmidler. Det er en generell utvikling mot utlysning av forskningsmidler spesielt for store prosjekter, f.eks. sentra for fremragende forskning. Sunnaas sykehus er per nå i startfasen når det gjelder slike søknader som synes mest relevant i samarbeid med andre forskningsmiljøer.

8.2.5 Innovasjon

Sunnaas sykehus er et av de ledende helseforetakene i Norge når det gjelder innovasjon, og forutsetningene ligger til rette for en videre utvikling. Avgjørende faktorer er kompetansen som er bygd opp så langt, og en kultur og tradisjon preget av innovasjonsånd – fra lenge før «innovasjon» kom i fokus. Det foreligger muligheter for å etablere et senter for fremragende innovasjon, der spesielt områdene bevegelse, pasientsikkerhet og spillifisering peker seg ut. For en videre utvikling av innovasjonsaktiviteten er det en forutsetning at det er avsatt egne midler fordi innovasjonsprosjekter ofte ikke lar seg fullfinansiere eksternt.

Også for innovasjonsområdet gjelder at det blir viktig å integrere aktiviteten med den kliniske virksomheten, samt også med forskningsaktiviteten. Når det gjelder innovasjon og forskning har disse på SunHF ulik historie og utvikling, og ulike tilnærminger når det gjelder organisering og kultur. Det kan være en fordel å analysere nærmere fordelene og ulempene med de ulike tilnærmingene og å se etter forbedringsmuligheter og potensielle synergier.

8.2.6 Utdanning og kompetansevirksomhet

Eksterne høringsinnspill i forbindelse med dette strategiarbeidet har vist at sykehusets interessenter ønsker at Sunnaas sykehus er en fremtredende aktør innenfor utdannings- og kompetansevirksomhet på rehabiliteringsfeltet. Ved å «gjøre andre bedre» kan Sunnaas sykehus øke kompetansen om rehabilitering og dermed kvaliteten på det totale tilbudet sykehusets pasienter mottar og på rehabiliteringstilbudet i Norge generelt.

I tråd med at kunnskapen øker, at rehabilitering i større grad skal skje lokalt og at pasienter og pårørende etterspør mer informasjon, vil forventninger fra pasienter, pårørende, andre aktører på rehabiliteringsfeltet og ikke minst myndighetene øke på dette området. Kompetanseoverføring vil i økende grad bli etterspurt, samtidig som SunHF også vil ha økende behov for å sikre egen kompetanse om det som skjer lokalt. Det er gjennom samarbeid med andre at Sunnaas lærer om pasientenes totale situasjon, hvilke behov de har og hvilke tjenester de mottar og hvilke som mangler.

Å sikre rekruttering er en annen grunn for en aktiv rolle på feltet, og å påvirke relevante utdanninger en tredje: Ved å undervise vil man være en del av utdanningsinstitusjonene (gjennom bistillinger,

undervisningsoppdrag o.l.) og dermed ha større mulighet til å forme fremtidens helsepersonell, fremme kunnskap om rehabilitering og delta i fora med innflytelse. Videre kan kompetansesikring i alle rehabiliteringsavdelinger og institusjoner ses som en regional eller nasjonal oppgave.

Sunnaas sykehus har de senere år arbeidet en god del med digital kommunikasjon og har dermed et godt utgangspunkt for nye og fleksible løsninger for pasientinformasjon og -opplæring. En tett integrering av det kliniske tilbudet og opplæringstilbudene, er vesentlig. Det vil være viktig å bygge ut nettverk, spesielt mot brukerorganisasjoner og ledende miljøer innen helsepedagogikk, der sykehuset vil ha økt kompetansebehov. Å inkludere familieperspektivet og større deler av pasientens sosiale nettverk i opplæringstilbudene, vil være en av utfordringene.

Den største trusselen mot en økning av kompetanse- og utdanningsvirksomheten ved sykehuset er økonomi. Per i dag finnes det i liten grad inntektsmuligheter for slik virksomhet utover mindre (og ofte ikke fullfinansierte) prosjekter samt basisbevilgningen. Samtidig er denne typen virksomhet ressurskrevende. Det er både en utfordring for den enkelte ansatte å få satt av nok tid for utdannings- og kompetanseaktiviteter, og for sykehuset overordnet, på hvilket nivå aktiviteten skal legges når eventuelle satsninger i liten grad blir finansiert eksternt. Eventuelle satsninger må da gjøres mulig gjennom interne prioriteringer. Det er derfor også nødvendig med en nærmere avklaring av nøyaktig hvilket ansvar Sunnaas sykehus vil påta seg på området, også med tanke på hvilke aktiviteter som skal tilbys gratis og hvor det ev. er muligheter for inntekter fra slik virksomhet. Det kan ses som en utfordring hvis sykehuset gir opplæring og overfører kompetanse gratis til f.eks. private aktører – som på visse områder kan være konkurrenter.

Å finne de beste former for intern organisering av utdannings- og kompetansevirksomheten vil være viktig. Mange ansatte har allerede i dag utdanningsoppgaver, noe som er både en styrke og en utfordring. Tett sammenheng mellom klinisk praksis og utdannings-/kompetansearbeid er avgjørende. Å sikre dette blir vanskeligere jo større omfanget av kompetanseaktivitetene blir – samtidig som en stor nok aktivitet kan være nødvendig for god kvalitet, og kan gi ulike fordeler. Å få integrert kompetanse- og utdanningsarbeid med «rutine» faglig oppdatering – å være oppdatert, nysgjerrig og utviklingsorientert – vil være en fordel.

Andre trusler mot en vellykket videreutvikling på området er at Sunnaas sykehus er en liten aktør, og at det kan skje endringer med negative følger som vi ikke har mulighet å påvirke. Dette kan være føringer nasjonalt i utdanningssektoren eller endringer hos store samarbeidspartnere som Universitetet i Oslo eller Høgskolen i Oslo og Akershus. Samtidig er også rehabilitering kun en liten del av helseområdet, og større endringer kan påvirke rehabilitering – planlagt eller ikke planlagt. De største utfordringene er dog å sikre finansiering av eventuell økt kompetansevirksomhet og om man klarer å henge med i utviklingen – og til og med være i forkant – faglig og teknologisk.

Uansett synes det å foreligge klare muligheter for at Sunnaas sykehus kan være et fremtredende miljø for utdanning og kompetansevirksomhet på rehabiliteringsfeltet i Norge. Erfaringer og strukturer internt med bl.a. kompetanseenheter i klinikk og eksternt med Regional Kompetansetjeneste Rehabilitering, gir et godt grunnlag for en sterkere satsning. Det foreligger også allerede kompetanse når det gjelder faglige aspekter og metoder for kompetansespredning, samt en allerede godt utviklet tverrfaglig akademisering. Sunnaas sykehus bør ha som ambisjon å være førende i utforming av rehabiliteringsprinsipper, rehabiliteringsstandarder og rehabiliteringsrelatert universitetsutdanning/fagutdanning i de ulike helseutdanninger. Det kan være aktuelt med mer formelle funksjoner for kompetansesikring hos andre aktører.

Utdannings- og kompetansearbeid må, som andre deler av virksomheten, være basert på forskningsbasert kunnskap. Det er nødvendig med mer kunnskap om læring og kompetansebygging både på individnivå og på team-/avdelings-/virksomhetsnivå, dvs. kunnskap om implementering. Sunnaas sykehus bør øke kunnskapen om hvilke kompetansebehov interessentene har og hvordan disse best kan møtes. Det vil være avgjørende å bygge gode nettverk ved å intensivere eksisterende samarbeid og utvikle ny. Samarbeidet må være basert på gjensidig respekt og ta utgangspunkt i et gjensidig ønske om å lære, ikke en ensrettet «Sunnaas skal lære bort» -holdning, og gode former for kompetanseutveksling må utarbeides sammen.

Internt må det vurderes hvilke endringer som er nødvendige for å løfte frem kompetanse- og utdanningsvirksomheten, hvilke deler av virksomhetsområdet det spesielt skal satses på, og hvordan.

8.2.7 «Blant verdens ledende»

En forskningsutredning i 2011 konkluderte med at Sunnaas sykehus har potensial til å være et av verdens ledende rehabiliteringssykehus. Også i internasjonal sammenligning holder sykehuset på mange områder et høyt nivå allerede per i dag, og det er i økende grad representert på den internasjonale arena – bl.a. ved å tiltrekke seg og være etterspurt av internasjonale samarbeidspartnere. Det vurderes derfor realistisk å ha et høyt ambisjonsnivå for den videre utviklingen av sykehuset, også i internasjonal kontekst.

Diskusjonene på sykehuset de siste årene har vist at begrepet «blant verdens ledende» kan tolkes på ulike måter og kan være vanskelig å operasjonalisere som et mål. Det er derfor valgt ikke å formulere mål som inneholder relasjonen til andre aktører, verken nasjonalt eller internasjonalt. Sunnaas sykehus er per i dag det nasjonalt ledende miljøet for rehabilitering når det gjelder klinisk tilbud, forskning og innovasjon. Hvis sykehuset videreutvikles for å møte de beskrevne utviklingstrekk og lykkes med sine ambisiøse strategiske mål, vil det holde et meget høyt internasjonalt nivå.

8.3 Vurderinger av alternativer for fremtidig utvikling

Sykehusets aktivitetsområder er beskrevet i kapittel 6, fulgt av presentasjonen av mulige utviklingsalternativer i kapittel 7, både når det gjelder prioriteringer og veivalg for vekting av aktivitetsområdene og alternative virksomhetsmodeller. Som nevnt er de presenterte veivalgene og alternativene mest «teoretiske modeller» som til en viss grad er «rendyrket» for å tydeliggjøre forskjellene mellom dem.

I dette avsnittet beskrives noen vurderinger for den fremtidige virksomheten med utgangspunkt i de skisserte alternativene.

8.3.1 Virksomhetsmodell

I tråd med samhandlingsreformen, brukernes og myndighetenes ønsker og forventninger, synes det hensiktsmessig å videreutvikle og øke ikke-sengebaserte tverrfaglige tilbud: telemedisin, ambulante tjenester, poliklinikk og dagtilbud. Dette innebærer bl.a. at lengre innleggelser erstattes med at pasientene i større grad har gjentatte (kortere) kontaktpunkter med sykehuset og dermed får nytte av sykehusets ekspertise mer over tid.

Som en konsekvens bør det sengebaserte tilbudet på Nesodden endres slik at det i hovedsak er rettet mot pasienter med behov for hjelp i primære aktiviteter i dagliglivet.

Ut fra tidligere skisserte foretatte kapasitetsberegninger, synes det mest hensiktsmessig å opprettholde et totalt sengeantall på omtrent dagens nivå (159 senger). Kapasitetsanslagene er usikre og fremtidig kapasitetsbehov ved Sunnaas sykehus er i like stor grad avhengig av oppgavefordelingen mellom aktørene på rehabiliteringsområdet, som av demografiske og sykdomsvariabler. Sengebehovet vil derfor måtte vurderes fortløpende i perioden.

Samlet sett betyr dette en fremtidig virksomhetsmodell slik skissert i «Alternativ 2 – Samme sengebasert aktivitet på Nesodden – økt poliklinisk og dagtilbud i Oslo» (kap. 7.2.3). Avhengig av hvordan regionale, og ev. nasjonale, prosesser om organisering av spesialisert rehabilitering konkluderer, kan dette ev. kombineres med «Alternativ 3: Base på Nesodden og i Oslo, nettverk med andre» (kap. 7.2.4), dvs. at rehabiliteringsvirksomhet som per i dag tilhører andre virksomheter, på en eller annen måte tilknyttes det som i dag er Sunnaas sykehus' virksomhet.

8.3.2 Prioriteringer og veivalg når det gjelder aktivitetsområder

I tråd med at Sunnaas er et sykehus, fremstår det kliniske pasienttilbudet som et sentralt aktivitetsområde.

Gjennom arbeidet med «Strategi 2030» - og spesielt eksterne innspill – har det kommet frem klare ønsker om at Sunnaas sykehus ikke kun tar ansvar for rehabiliteringstilbudet ved sykehuset, men også for en utvikling av rehabiliteringen i Norge generelt – og her ikke kun for de deler av rehabiliteringsfeltet der Sunnaas har pasienter, men for feltet som helhet. Slike innspill har kommet fra både brukerorganisasjonene og helsevesenet, og når det gjelder sistnevnte både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt både fra egen helseregion og andre.

Det foreslås derfor at Sunnaas sykehus fokuserer sine fremtidige aktiviteter på to områder, jf. forslag til nye virksomhetsideer i «Strategisk plan Sunnaas 2030»: det direkte pasientrettede tilbudet, og en utviklerrolle for rehabiliteringen generelt. Dette er mest i tråd med «Veivalg 4: Fokuser klinisk tilbud og lokomotivfunksjon» (kap. 7.1.5).

Det tidligere beskrevne aktivitetsområdet «Pasienttilbud» er dermed hovedfokus for den første virksomhetsideen.

«Forskning» og «Innovasjon og teknologi» er avgjørende aktiviteter for begge virksomhetsområder, fordi de både bidrar til å forbedre sykehusets kliniske tilbud og legger grunnlag for en videreutvikling av rehabiliteringsfeltet.

Aktivitetsområdene «Kompetansebygging og kunnskapsspredning», «Rådgiver for organisering og innretting av rehabiliteringstjenester» og «Samfunnsaktør for å fremme et godt liv med funksjonsnedsettelse» gjelder både sykehusets kliniske målgrupper, og rehabiliteringsfeltet generelt.

8.4 Samlet vurdering

I perioden mot år 2030 forventes det til dels betydelige endringer som påvirker rehabiliteringsfeltet. Sunnaas sykehus er per i dag et veldrevet sykehus med bl.a. drift i balanse, faglig gode tilbud, høy pasienttilfredshet og stor forsknings- og innovasjonsaktivitet. Sykehuset kjennetegnes som en liten, fleksibel, tilpasningsdyktig, og lite byråkratisk organisasjon. Dette er et godt utgangspunkt for å mestre fremtidens utfordringer, som likevel vil kreve betydelig videreutvikling og tilpasning. Samtidig har sykehuset potensial til å utvikle seg enda videre fra dagens ledende nasjonale posisjon.

Det vil være store forventninger fra omverdenen til at Sunnaas sykehus tilpasser seg utviklingen, der det vil være nødvendig at sykehuset tilbyr høyspesialiserte rehabiliteringstjenester, tar i bruk ny teknologi og tilpasser rehabiliteringen til den enkelte pasientens individuelle situasjon. Innenfor teknologiområdet råder Sunnaas sykehus over en viss kompetanse og erfaring, men for å møte den forventede utviklingen er det behov for betydelige investeringer i utstyr og kompetanse. Mer individualisert rehabilitering må være basert på mer differensiert kartlegging og skreddersydde rehabiliteringstilbud som bl.a. nødvendiggjør høy kompetanse, tilgang til diagnostisk utstyr og organisatoriske tilpasninger.

Det vil være viktig med rammebetingelser som fasiliterer en rask endring av kliniske tilbud inkludert implementering av ny teknologi og nye tjenester. Videre vil det være avgjørende med gode samarbeidspartnere og nettverk hvor det fremover blir enda viktigere å velge de riktige samarbeidspartnere og på hvilke områder man skal samarbeide – ut fra et strategisk perspektiv om hva som gagnar pasientene mest. Samhandlingen og nettverkene vil sikre at man er oppdatert om utviklingen, at man kontinuerlig utvikler og tilpasser seg, at tjenestene er tilpasset andres behov og at det fortløpende justeres hvilke oppgaver som løses av oss, og hvilke av andre.

Organisatorisk og kulturelt vil det være vesentlig med en god integrasjon av klinisk virksomhet, forskning, innovasjon og teknologi. For å komme frem til nye løsninger, må sykehuset til enhver tid kombinere kunnskapsbasert praksis med utviklings-, innovasjons- og forskningsarbeid. En vesentlig utfordring blir å sikre tilstrekkelig fagkompetanse. Ved en ytterligere spesialisering av sykehuset vil behovet for høyspesialisert kompetanse enda større samtidig som det forventes større konkurranse om kvalifisert personell. Ambisiøse satsninger er avhengig av tilstrekkelig kompetanse både når det gjelder mengde og innretning.

Det er tydelig etterspurt fra sykehusets interessenter at Sunnaas tar en fremtredende rolle i videreutviklingen av rehabiliteringsfeltet. Forskning og innovasjon blir fortsatt vesentlige aktiviteter som premissleverandører for kunnskapsutviklingen. I samarbeid med interessentene må sykehuset videreutvikle sine aktiviteter når det gjelder utdanning og kompetansearbeid der det bl.a. er nødvendig å definere strategiske satsningsområder, å finne gode former for dette arbeidet og å utvikle den interne organiseringen av aktivitetene på feltet.

Videreutviklingen både av det kliniske tilbudet og av kompetanseaktiviteter krever en god avstemming med andre aktører – «hvem som skal gjøre hva». Dette både gjennom uformelle diskusjoner, men også gjennom formelle avklaringer som offisielle regionale eller nasjonale tjenester.

Det er behov for bygningsmessige endringer tilpasset veivalgene for fremtiden og de strategiske målene. På Nesodden må bygning D og K enten kondemneres og erstattes med nybygg eller totalrenoveres, dimensjonert og tilpasset til fremtidig virksomhet. Foreslått økning av poliklinisk og dagtilbud i Oslo medfører et større arealbehov i Oslo. Økt fokus på innovasjon og teknologianvendelse stiller ikke bare krav til arealer, men også utforming og design av sykehusets bygningsmasse. Anvendelsen av teknologi bør ikke begrenses av bygningsmassen.

Bygningskonstruksjoner med fleksibilitet som tillater både romendringer og oppgradering av kommunikasjonsinfrastruktur vil best bidra til innovasjoner og utviklingen av teknologianvendelse. Utover evnen til å huse rehabiliteringsarbeid og faglig innovasjon, bør bygningene eksemplifisere innovasjon i arkitektur og design som gagnar pasientene, pårørende og ansatte. Dette gjelder ikke minst også utearealene.

Dagens finansieringsordning er en stor utfordring for en videreutvikling av tjenestetilbudet. Ikke-sengebaserte tilbud er underfinansiert, spesielt komplekse problemstillinger med behov for tverrfaglig vurdering, det samme gjelder tilbud for pasienter med store pleie- og omsorgsbehov. Det er usikkert hvordan finansieringsordningen vil utvikle seg. Det er en generell utfordring at den store majoriteten av inntektene er knyttet til sengebasert rehabilitering, mens det er ønskelig med økning spesielt i ikke-sengebaserte tilbud (polikliniske og ambulante tilbud, kompetansevirksomhet, innovasjon, forskning og utdanning). Tatt i betraktning at det samtidig kan forventes at pasientene som får sengebaserte tilbud vil kreve mer ressurser på grunn av større pleie-/omsorgs- og medisinske behov, er dette ekstra utfordrende. Videre økonomiske utfordringer som kan forventes i planperioden er nødvendige investeringer i bygningsmassen samt investeringsbehov og driftskostnader relatert til medisinsk utstyr og i forbindelse med en satsning på teknologi.

Samtidig som sykehuset skal videreutvikle seg og som beskrevne endringer og tilpasninger skal gjennomføres, er det helt avgjørende at Sunnaas sykehus bevarer sin «sjel», og opprettholder og etterlever sine verdier «profesjonalitet», «engasjement» og «glede». Sunnaas-kulturen må videreføres, med ansatte som er stolte av arbeidsstedet sitt og som identifiserer seg med det. Møtet mellom ansatt og pasient, fokus på pasientens helhetlige situasjon, ivaretagelsen av pårørende og det tverrfaglige samarbeidet er blant grunnpillarene for at Sunnaas sykehus også i fremtiden kan være «en vei videre».

9 Liste over vedlegg

Vedlegg 1: Faglige analyse – klinisk tilbud, forskning, innovasjon

Vedlegg 2: Faglige analyse – utdanning og kompetansearbeid

Vedlegg 1:

Strategi 2030 - Analyse: Faglige utfordringer og trender

Klinisk tilbud, forskning, innovasjon

Dette bakgrunnsdokumentet beskriver forventede faglige utviklingstrekk som anses som relevante for det kliniske tilbudet samt forsknings- og innovasjonsaktivitet ved Sunnaas sykehus (SunHF). Dokumentet inneholder også en analyse og vurdering av Sunnaas sykehus per i dag opp mot skisserte utfordringer og trender.

Beskrivelsen omfatter både faglige, organisatoriske, politiske aspekter mm. som anses å være viktige for SunHF i et 2030-perspektiv. Fordi rehabilitering involverer mange ulike pasientgrupper og mange faggrupper samt oppfatter helse i et bredt perspektiv (jf. ICF-modellen), er det mange potensielt relevante områder der fremtiden vil se endringer. Dokumentet må derfor nødvendigvis inneholde et utvalg av det som forventes å være de viktigste og mest relevante utviklingstrekk for SunHF.

Dokumentet er utarbeidet av en arbeidsgruppe med følgende medlemmer:

- Klinikkoverlege Frank Becker
- Overlege Sven Conradi (deltok i første periode av arbeidet)
- Fagsjef i ergoterapi Susanne Følstad
- Avdelingsoverlege Thomas Glott
- Medisinsk fagsjef Grethe Månum
- Fagsjef i fysioterapi Arve Opheim
- Sjeffpsykolog Anne-Kristine Schanke
- Innovasjonssjef Sveinung Tornås

Dokumentet var gjenstand for en intern høringsrunde på Sunnaas sykehus i februar 2016, og har blitt redigert etter denne.

Sunnaas, 16. mars 2016

Innhold

Innledning	87
Internasjonale vurderinger av utviklingen på rehabiliteringsfeltet	88
Faglige utviklingstrender på utvalgte områder	90
Bevegelse	90
Kognisjon	90
Søvn	90
Ernæring og metabolisme	91
Genetikk	91
Stamceller	92
Plastisitet	92
Radiologi	93
Nevrofysiologi	93
Muskulatur	93
Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag opp mot skisserte utviklingstrekk	94
Teknologiske utviklingstrender	95
Velferdsteknologi	95
e-helse	96
Sensorteknologi	97
Robotteknologi	97
Ortopediske hjelpemidler og proteser	98
Spillteknologi og virtual reality	98
Utvikling i tilgrensende fagområder	98
Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag opp mot teknologiske utviklingstrender	99
Organisatoriske utviklingstrender	100
Holistisk vs. utfallsrettet rehabilitering	100
Individualisert/skreddersydd rehabilitering	100
Kvalitet, pasientsikkerhet, registre, effektmåling	101
Koordinerte pasientforløp	101
Koordinering av henvisninger til rehabilitering	102
Ikke-sengerelaterte tilbud utenfor sykehuset	102

Trenge det fortsatt rehabiliteringssykehus?	103
Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag opp mot organisatoriske utviklingstrender ...	104
Områder der nasjonale funksjoner kan være aktuelle	105
Barn/ungdom med ervervet sykdom/skade	105
Trafikkmedisin	105
Teknologi i rehabilitering	105
Sjeldne diagnoser/funksjonsnedsettelse	105
Trender for rammer og strukturer for forskning	106
Forskningsstrategier og forskningsprogrammer	106
Hva kjennetegner en god forskningskultur?	107
Infrastruktur for forskning	107
Organisering av forskningsaktivitet	108
Samarbeidet mellom forskning og kliniske tilbud	108
Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag opp mot skisserte utviklingstrekk	109
Trender for rammer og strukturer for innovasjon	110
Innovasjonsstrategier	110
Finansieringsmuligheter	110
Hva trenger et godt innovasjonsmiljø?	111
Samarbeid med andre, innovasjonsklynger	111
Samarbeidet mellom innovasjon og kliniske tilbud	111
Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag opp mot skisserte utviklingstrekk	111

Innledning

Rehabiliteringsfeltet forventes å gå gjennom en betydelig utvikling de kommende 15 årene. For å kunne tilby pasientene et moderne tilbud på høyde med internasjonalt kunnskapsnivå, vil det være nødvendig med en betydelig innsats på flere områder og en rekke fortløpende omstillinger og tilpasninger.

De viktigste utviklingstrendene vurderes å være en omfattende utvikling av rehabiliteringsteknologi, økt spesialisering og en mer individualisert rehabilitering. Innenfor teknologiområdet forventes en rivende utvikling der det blir vesentlig å ha mer teknologikompetanse tilgjengelig i sykehuset, samt å investere i utstyr og kompetanse. Mer individualisert rehabilitering vil kreve mer differensiert kartlegging og skreddersydde rehabiliteringstilbud.

Det vil være store forventninger fra omverdenen til at Sunnaas sykehus tilpasser seg utviklingen, og det vil være et krav at sykehuset tilbyr høyspesialiserte rehabiliteringstjenester, tar i bruk ny teknologi og tilpasser rehabiliteringen til den enkelte pasient sin individuelle situasjon. For å oppfylle disse forventningene og kravene, vil det være viktig med rammebetingelser som fasiliterer en rask endring av kliniske tilbud inkludert implementering av ny teknologi og nye tjenester. Vesentlige spørsmål er hvordan sykehuset bør organisere seg for å ta i bruk nye metoder raskt og effektivt og sikre at implementering av ny kunnskap tar så kort tid som mulig. Langtidsplaner og strategier med bred forankring som deretter operasjonaliseres kan støtte opp under en slik tilpasningsdyktig organisasjon – når alle er enige om hovedmålet, går man veien sammen.

Sunnaas sykehus vil ikke kunne klare å møte de fremtidige forventningene og kravene alene. Det vil være helt avgjørende med gode samarbeidspartnere og nettverk. SunHF er allerede per i dag en attraktiv samarbeidspartner og mottar mange forespørsler om samarbeid. Det vil fremover bli enda mer viktig å velge de riktige samarbeidspartnere og på hvilke områder man skal samarbeide. Dette bør være ut fra et strategisk perspektiv om hva som gagner pasientene mest.

Organisatorisk og kulturelt vil det være avgjørende med en god integrasjon av klinisk virksomhet, forskning, innovasjon og teknologi. Til enhver tid å kombinere kunnskapsbasert praksis med utviklings-, innovasjons- og forskningsarbeid for å komme frem til nye løsninger, vil sikre sykehusets målgrupper et rehabiliteringstilbud på høyt internasjonalt nivå.

Internasjonale vurderinger av utviklingen på rehabiliteringsfeltet

I 2011 utga verdens helseorganisasjon WHO sin første «World report on disability». Denne inneholder ni anbefalinger, blant disse er å involvere pasienter med funksjonsnedsettelse, å øke kompetansen på feltet, å øke den offentlige oppmerksomheten og forståelsen, å forbedre datainnsamlingen om funksjonsnedsettelse, samt å styrke og formidle forskning. Å forebygge og behandle sykdom har hittil vært helt sentrale mål i arbeidet med å bedre folkehelsen. Direktør ved avdelingen for ICF forskning ved WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (WHO-FIC), professor Gerold Stucki, løfter «funksjon» som det sentrale målet for helse i det 21. århundre og foreslår rehabilitering og støtte som de nye sentrale helsestrategiene.

Den europeiske hviteboka om fysikalsk medisin og rehabilitering («White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe», sist revidert 2009) påpeker for de kommende tiår økt levetid, flere pasienter som overlever skade og sykdom og en aldrende befolkning. Dette sammen med økte forventninger om høy livskvalitet, vil øke behovet for rehabilitering og kreve en ambisiøs utvikling av rehabiliteringstjenestene i tiden fremover. I et europeisk perspektiv beskrives bl.a. følgende nødvendige tiltak: å etablere gode rehabiliteringstjenester i spesialist- og kommunehelsetjenesten, å bedre samarbeidet mellom brukerorganisasjoner og rehabiliteringstjenestene, å etablere gode utdanningssystemer samt gode standarder og retningslinjer basert på eksisterende evidens, å ta i bruk ny teknologi i klinisk praksis, å intensivere rehabiliteringsforskning og å arbeide – sammen med brukerorganisasjoner – for rammebetingelser som muliggjør at mennesker med funksjonsnedsettelse fullt ut kan delta i samfunnet.

De siste tre tiårene har sett en økt forståelse av plastisitet – kroppens evne til å endre struktur og funksjon – og konsekvensene av denne forståelsen vil prege rehabiliteringsfeltet de neste tiårene. En workshop i regi av det amerikanske «National Institute of Child Health and Human Development» (NICHD) resulterte i en hvitebok (Scientific Vision Workshop on Plasticity, 2011) som beskriver en rekke måter for å påvirke nervesystemet etter en skade. Disse inkluderer medikamentell behandling, spesifikke rehabiliteringsintervensjoner (fysio- og ergoterapeutiske, logopediske mm.), hjelpemidler, robotassistert trening, elektrisk/magnetisk stimulering, bruk av virtual reality, spill, kognitiv atferdsterapi mm. Fremover vil man i økende grad forstå hvordan kroppen påvirkes av de ulike behandlingstilnærmingene, og at ulike kombinasjoner kan påvirke ulike deler av plastisitet på ulike måter – både forsterkende og også forringende.

Alle publikasjoner som spår om rehabiliteringens fremtid fremhever at teknologi kommer til å spille en større og større rolle i rehabilitering hvor både den generelle teknologiutviklingen forventes å utvikle seg raskt, og også anvendelsesmulighetene i rehabilitering. I en interessant scenariobeskrivelse «rapporterer» rehabiliteringsingeniør David Reinkensmeyer hvordan behandlingen og rehabiliteringen av hans hjerneslag i 2036 vil se ut (<http://www.calit2.uci.edu/uploads/Media/Text/Calit2%20E-health%20Reinkensmeyer.pdf>). Han forventer at roboter og informasjonsteknologi vil være kraftfulle verktøy for fremtidens

kreative klinikere, og at de vil brukes for tidlig sensorisk stimulering, hjernekirurgi og bevegelsestrening. De vil sørge for at pasientene er trygge slik at de kan være i engasjerende og meningsfull aktivitet i sosiale kontekster, og de vil hjelpe pasienten så lite som mulig og i noen tilfeller til og med øke utfordringene for pasienten (for å øke treningseffekten). Videre vil teknologi øke behandlingseffekten ved å være tilpasset pasientens profil og utvalgte nevro-regenerative intervensjoner, den vil måle hvor mye det trenes og hvilken effekt treningen har, og forhindre avlæring («learned non-use») i hverdagen ved å ha en intelligent støttende rolle.

Faglige utviklingstrender på utvalgte områder

Bevegelse

Rehabilitering av motoriske funksjonsnedsettelse er tradisjonelt en sentral del av rehabiliteringsfeltet. Evnen til å forflytte seg er helt sentral for menneskers sosiale deltakelse. Analyse av bevegelsesfunksjoner vil i fremtiden bli mer nøyaktig og valid. Man vil få mer kunnskap om hvilke muskler som er involvert, og hvilke ledd som bevegges i de ulike delene av en bevegelse. Det vil også bli lettere å evaluere/måle bevegelse i varierende miljøer og aktiviteter. Dette gir bedre mulighet for nøyaktig diagnostisering av bevegelsesforstyrrelser og for å vurdere deres innvirkning på aktivitet og deltakelse. Sammen med billedteknologi for visning av sentralnervesystemet, vil dette øke kunnskap om motorisk kontroll, motorisk læring og relæring av bevegelser. Disse undersøkelsene vil være enda mer klinisk orienterte enn i dag, og gå raskere og med samme grad av pålitelighet. Dette vil kunne ha stor innvirkning på hvordan vi tenker rehabilitering og gjenopptrening, for eksempel gjennom enda mer individualiserte treningsprogrammer. Analyser av bevegelser vil kunne sees i sammenheng med nevropsykologiske funksjonstester og kognitiv funksjon. Det er sannsynlig at dette vil kunne gi oss enda bedre forståelse av samspill mellom kognisjon og bevegelse, motorisk læring og kognitiv læring. Innovasjons- og teknologiutviklingen vil ha stor effekt på hvordan motoriske vansker rehabiliteres i fremtiden.

Kognisjon

Erkjennelsen av at de kognitive, usynlige, vanskene ved hjerneskader og sykdommer ofte er avgjørende for hvordan den enkelte pasientene klarer seg i hverdagen, har økt den senere tid. Kognitive vanskene kan ha store konsekvenser for funksjon i dagliglivet. Eksempler for kognitive funksjoner er reguleringsvansker eller eksekutive vansker, hukommelsesvansker, innsiktswansker, kommunikasjonsvansker inkludert afasi, neglekt. Andre tilgrensende faktorer er trettbarhet etter ervervede hjerneskader hvor søvnforstyrrelser inngår, nedsatt toleranse for stress og emosjonelle virkninger av skader. Det tilkommer i økende grad evidens for terapeutiske tilnærminger med kognitiv trening, kompensasjon, hjelpemidler og metakognitiv strategitrening. Det forventes også et økende fokus på medikamentell behandling av kognitive vansker. Hovedspørsmål i fremtiden vil være hvilke metoder som er best egnet for den enkelte pasient og på hvilket nivå i helsetjenesten behandlingen skal initieres og gjennomføres, samt hvordan det skal samarbeides mellom nivåene. Også på området kognisjon vil utviklingen av ny teknologi og nye måter for å anvende teknologien i rehabilitering, skape nye muligheter for rehabilitering og kreve nye arbeidsmåter og ny kompetanse.

Søvn

Skader og sykdommer i sentralnervesystemet kan føre til ulike typer søvnforstyrrelser: Søvnforstyrrelser har vist å disponere for blant annet hjerneslag, men også for sykdommer som ikke primært påvirker sentralnervesystemet. Skader i nervesystemet som påvirker sentra involvert i søvnregulering eller respirasjon, vil kunne medføre søvnforstyrrelser.

Søvn(vansker) har også innvirkning på effekt av rehabilitering bl.a. via innvirkningen på plastisitet. Oppmerksomhet og utredning i forhold til søvnsykdommer vil derfor gjelde et stort antall innen målgruppene for Sunnaas sykehus. Symptomene på søvnforstyrrelse kan være vanskelig å tolke på grunn av andre plager relatert til tilstanden, og de kan til dels være overlappende med for eksempel tretthet, konsentrasjonsvansker og initiativløshet. Utredning av søvnforstyrrelser bør derfor inngå i den rutinemessige rehabiliteringsmedisinske utredningen, med screeningundersøkelser, overvåking av sentrale fysiologiske parametere under søvn og full søvnregistrering (polysomnografi) ved behov.

Ernæring og metabolisme

Kunnskap om ernæring og ernæringsforskning er et felt som vokser raskt. Ernæring går på det medisinske, det fysiologiske så vel som det fysiske, og påvirker rehabiliteringen. Pasienter med funksjonsnedsettelse og nevrologiske utfall har en økt risiko for å utvikle livsstilssykdommer, som overvekt/fedme, feil- og underernæring, diabetes, dyslipidemi og hjerte- og karsykdom. I tillegg har flere pasienter eksisterende utfordringer med livsstil og helse allerede før skade og sykdom inntreffer. Samtidig har vi mye kunnskap om hvordan dette kan forebygges, og hvilke pasienter som har effekt av ernæringsbehandling for å styrke rekonvalesens og redusere komplikasjoner. Flere av pasientene våre utvikler også benskjørhet på grunn av immobilisering og demineralisering av benvevet, en tilstand der kostholdsfaktorer spiller en viktig rolle. Dysfagipasienter er en annen gruppe der ernæring åpenbart er en viktig del av rehabiliteringsopplegget. Redusert muskelmasse, fysisk aktivitet, samt metabolske, nevrologiske og fysiologiske forandringer bidrar til at pasienter har svært ulike ernæringsmessige behov sammenlignet med funksjonsfriske. Det vil bli større behov for spesialiserte tjenester, også innenfor ernæring. Spesialisthelsetjenesten må håndtere komplekse tilstander, gi spesifikke råd, utrede og generere forskning som styrker klinisk praksis. Som rehabiliteringssykehus i spesialisthelsetjenesten må vi kunne si noe om pasientenes ernæringsbehov, energiforbruk, kroppsmasse og beintetthet.

Genetikk

Tilgjengelighet av genetisk testing øker stadig og genetisk laboratoriediagnostikk flyttes framover i diagnostiseringsprosessen. Takket være ny teknologi for gentesting og samarbeid på tvers av fagområder og landegrenser vil mange flere mennesker få en årsaksdiagnose nå enn tidligere. Gjennom mange år har mennesker med arvelige sykdommer fått tilbud innen (re)habilitering, ofte som del av lite definerte grupper. Utviklingen innen genetikken gir helt nye muligheter for en mer presis beskrivelse av klinisk bilde, variasjonsbredde og forløp for disse gruppene. Samspillet mellom (re)habilitering og medisinsk genetikk blir derfor syklisk: Rehabiliteringsfeltet kan bidra med klinisk deskriptiv forskning inklusive kartlegging av familiehistorier, noe som kan benyttes av genetikerene for å finne antatt årsaksgivende gen og hvilket protein som det blir feil i eller for lite av. Omvendt kan genetikere henvise personer og familier hvor man har påvist antatt sykdomsgivende varianter i aktuelle gen til

rehabiliteringsmedisinere for kartlegging av funksjon og funksjonstap, som basis for beskrivelse av aktuell diagnosegruppe.

Et annet område innenfor genetikken som kan vise seg å bli minst like viktig for rehabiliteringsmedisinen er epigenetikk. Det har vært vanskelig å forklare fullt ut hvorfor en person utvikler en sykdom mens andre med samme gensekvenser ikke gjør det. Det er med andre ord ikke slik at personer med felles genetiske varianter får de samme sykdommer. Via epigenetikken knyttes forklaringen av dette til miljøfaktorers betydning for hvilken del av vårt genom som er aktivt (åpent) eller inaktivt (lukket). Forskningen prøver å avdekke mekanismene rundt dette. En mulig anvendelse innenfor rehabiliteringsmedisinen vil være i framtiden å kunne bruke mikroRNA målinger som objektive indikatorer på om våre rehabiliteringsintervensjoner fungerer godt eller dårlig for pasientene.

Stamceller

Forventningene til bruk av stamceller innen medisinen har vært store de siste tiårene. Tanken på at man kan erstatte tapte celler og organer ved å bygge dem på nytt med stamceller har vært svært forlokkende, men viser seg utrolig komplisert. Anvendelsen av stamceller i nervesystemet har vært komplisert dels på grunn av veksthindrende faktorer, men også på grunn av arrdannelse på skadested. Det pågår per i dag et begrenset antall studier på bruk av stamceller i nervesystemet, og de er kjennetegnet ved å være kostbare og kompliserte. Det har ofte ført til at kun større miljøer har hatt anledning til å drive denne forskningen. Flere brukerorganisasjoner er sterke drivkrefter for å etablere forskning på stamceller i Norge for skader i nervesystemet, og ønsker et engasjement fra rehabiliteringsfeltet på området. Det er heftet betydelig usikkerhet om når det er hensiktsmessig at kliniske forsøk igangsettes i Norge.

Plastisitet

Etter at man over lang tid har hatt oppfatningen at f.eks. en voksen hjerne ikke endrer seg, har man de siste ca. tre tiårene oppdaget at plastisitet – kroppens evne til å endre struktur og funksjon – forekommer i stor grad. Dette ikke kun etter en skade, men hver eneste dag gjennom hele livet. At kroppen er plastisk gjelder mange organsystemer, for eksempel også muskel-skjelett systemet, men fokuset på plastisitet har vært spesiell stor når det gjelder nervesystemet der plastisitet viser seg å være en avgjørende mekanisme for all læring. Et sentralt spørsmål i forskningen på plastisitet relatert til rehabilitering er å belyse sammenhengen mellom plastisitet, aktivitetsbegrensninger, sosial deltakelse og livskvalitet. Det foregår utstrakt forskning på å kvantifisere stadier av plastisitet, å definere kritiske terapeutiske vinduer samt å karakterisere vellykkede forløp. Økt kunnskap på disse feltene forventes å føre til optimaliserte plastisitetsbaserte kliniske intervensjoner. Det forventes bl.a. forskningsresultater på hvordan elektrisk/magnetisk stimulering eller medikamentell behandling kan innvirke på plastisitet.

Radiologi

Utviklingen innen radiologi har vært enorm de siste tiårene, og faget har gått stadig mer i retning av å være diagnostisk til terapeutisk gjennom intervensjonsprosedyrer. Tilgangen til avansert metodikk som CT og MR har økt betydelig, og kvaliteten på bilder er forbedret. Disse trendene forventes å fortsette videre, vesentlig drevet av stadig bedre og rimeligere datateknologi for prosessering av bilder. Bruk av spesialisert billedbehandling for MR som funksjonell MR, diffusion tensor imaging og spektroskopi forventes å øke etter hvert som man får stadig mer kunnskap om betydningen av disse metodene. Innen rehabilitering har disse metodene lenge vært en del av forskningen, men etter hvert forventes at de også brukes i klinisk praksis. I så fall vil behovet for denne type undersøkelser være langt større enn i dag. Det forventes også at disse metodene vil være viktige i fremtiden ikke bare for diagnostikk, men også som effektmål. Innen radiologien er det en pågående utvikling der man ser fusjonering av ulike billeddiagnostikk som PET, CT, MR og ultralyd. Nevrofysiologiske data kan lett integreres i bildene, noe som allerede anvendes klinisk innen epilepsidiagnostikk. Da kan man kombinere metoder med ulike kvalitet innen spatial og temporal oppløsning. På denne måten kan man studere forløp av prosesser særlig i sentralnervesystemet.

Nevrofysiologi

Klinisk nevrofysiologi er en medisinsk spesialitet som befatter seg med undersøkelse av sykdommer i nervesystemet, muskulatur og i den nevromuskulære endeplate. Nevrofysiologiske undersøkelser er for det meste basert på målinger av elektrisk aktivitet i nevroner og muskelceller. I USA inngår denne type utredning som en del av spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering. Nevrofysiologisk diagnostikk er viktig både for skader og sykdommer i nervesystemet. For pasienter med hjerneskade kan EEG være nyttig for eksempel for å vurdere bevissthetsforstyrrelse eller ved mistanke om epilepsi. Måling av nerveledningshastighet kan påvise skade eller sykdom i perifere nerver. Sentral og perifer prosessering kan måles som respons på lyd, lys eller sensoriske stimuli (evoked potentials). Utredning av søvn med polysomnografi er også en nevrofysiologisk undersøkelsesmetode. Tilgrensende fagområdet er metoder Sunnaas sykehus HF anvender i dag som for eksempel funksjonell nervestimulering (FNS) og transkraniell elektrisk stimulering (TDCS). Tilgang på nevrofysiologiske metoder bidrar til mer objektiv bestemmelse av skadenivå hos ryggmargsskadde, og er en del av utredningen av pasienter med bevissthetsforstyrrelse. Nevrofysiologiske metoder er også av diagnostisk betydning ved flere smertetilstander.

Muskulatur

Muskulaturen er kroppens største effektororgan og helt avgjørende for hvordan et menneske fungerer. En videre forståelse av hva som skjer når musklene denerveres, desentraliseres eller inaktiveres over kortere eller lengre perioder er nødvendig for å intervensjonere på riktig tid med riktig type intervensjon. Dette krever innsikt i intracellulære signalkjeder og hvordan disse påvirkes av våre intervensjoner. Sannsynligheten taler også for

at når stamcelleforskningen engang overvinner arrdannelse og inhiberende faktorer i ryggmargen, så vil kunnskapen om ”ubrukte muskelceller” komme ytterligere i fokus.

Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag opp mot skisserte utviklingstrekk

Sunnaas sykehus har et godt klinisk og akademisk utgangspunkt på områdene bevegelse og kognisjon: det er lang klinisk tradisjon, det er etablert gode nettverk og man råder over godt utstyr hhv. har god tilgang til utstyr. Spesielt på området bevegelse er det også innovasjonsaktivitet.

Når det gjelder området søvn har man for tiden kun et løst nettverk, og det er lite erfaring og kompetanse på området. Sunnaas sykehus har per nå i liten grad relevant utstyr for kartlegging av ventilasjon under søvn og monitorering av behandlingseffekter.

Foruten TRS, der det er deltidsansatt genetiker og også andre ansatte har kunnskap om genetikk spesielt relatert mot TRS sine målgrupper, er det per nå generelt heller lavt kompetansenivå på feltet. Det er f.eks. ikke etablert biobank. Tiden vil vise hvor vesentlig kunnskap om genetikk vil være for å tilby moderne rehabiliteringstjenester i fremtiden, og hvor mye spesialkompetanse på genetikk/epigenetikk som i tilfelle er nødvendig. Det er uansett nødvendig med en kompetanseøkning.

Når det gjelder stamceller er det etablert et godt nettverk på området ryggmargsskader, som inkluderer de sentrale nasjonale aktørene og også internasjonalt samarbeid. Når kliniske forsøk om bruk av stamceller ved sykdommer/skader i nervesystemet starter i Norge, vil Sunnaas sykehus være en naturlig del av et slikt forskningsmiljø.

På plastisitetsområdet foreligger det noe kunnskap, men det vil være nødvendig å sikre tilgang til relevante undersøkelsesmetoder, øke kompetansen samt investere i relevant radiologisk og nevrofysiologisk utstyr.

Status når det gjelder radiologi og nevrofysiologi på Sunnaas sykehus er per i dag ikke tilfredsstillende. For å tilby adekvate rehabiliteringstjenester og gjennomføre fremtidsrettet forskning, kreves det en innsats når det gjelder utstyr og kompetanse, og det er nødvendig å etablere og utvikle nettverk. Spesielt nevrofysiologi må også ses opp mot søvn og plastisitet. Mer individuell behandling fremover (se avsnitt «Organisatoriske utviklingstrekk») krever god kompetanse på alle de her nevnte områdene.

Teknologiske utviklingstrender

Det er forventet at en av de viktigste drivere for helsevesenet i fremtiden vil være teknologisk utvikling. Fremgang innen områder som digitalisering, miniatyrisering, biokompatible materialer og sensor- og batteriteknologi åpner en hel rekke nye muligheter også for rehabiliteringsfeltet. Det er her kun plass til å gå inn i noen utvalgte områder. I anledningen 50-årsdagen til det vitenskapelige tidsskriftet «Journal of Rehabilitation Research and Development» i 2014 har det amerikanske ministeriet for veteraner spurt ledende forskere om hvilken utvikling de ser for seg de neste ti til tjue år. Blant utviklingstrender som anføres er at rehabiliteringsteknologi vil bli mer «intelligent» gjennom integrerte systemer med sensorer og robot-manipulatorer, samt at de vil være mer individualiserte og tilpasset den enkeltes skade og behov. Videre ser man for seg at mennesker vil være i stand til å styre proteser, eksoskjeletter, roboter eller avatarer med tankene. Noen ser for seg at høyoppløsende mikro- og nanosystemer laget av nye materialer som etterligner biologisk vev, vil kunne kommunisere selektivt med aksoner i perifere nerver og dermed gjøre det mulig å styre avanserte proteser like naturlig som ekte kroppsdeler; samtidig vil disse systemene gi naturlige fornemmelser av følelse, trykk og posisjon. Videre understrekes at en av de største utviklingene vil foregå når det gjelder sosiale holdninger og retningslinjer for teknologi: fra å være stigmatisert og uglesett vil teknologi bli mer og mer allemannseie og offentlig akseptert, noe som vil føre til et stort utvalg av sosialt akseptert assisterende og forsterkende rehabiliteringsteknologi som muliggjør økt deltakelse i samfunnet. Teknologiu utviklingen vil føre til vesentlige endringer på rehabiliteringsfeltet. Den vil skape nye forventninger og innholdet i tjenestene vil endre seg, og nye pasientgrupper som kan ha nytte av rehabiliteringstjenester kan oppstå. Det kan også være aktuelt med rehabiliteringstilbud spesielt rettet mot opplæring i bruk av teknologi for pasienter og pårørende.

Velferdsteknologi

I tråd med Samhandlingsreformen og den nasjonale satsingen på velferdsteknologi skal pasienter ligge kortere tid på sykehus, kommunene skal settes i stand til å ivareta pasienter tidligere og mennesker skal bo hjemme lengst mulig. Samtidig skjer det en overgang fra analog til digital kommunikasjonsplattform, noe som medfører at det bygges opp nye tilbud i kommunehelsetjenesten hvor bl.a. teknologien får en større plass.

Løsninger som går under betegnelsene velferdsteknologi eller omsorgsteknologi muliggjør helse og omsorg på avstand, dvs. at tjenester ytes uten at mottaker og tjenesteyter er på samme sted. Teknologien inkluderer automatiserte alarmer og varsling ved hjelp av sensorteknologi, GPS-sporing, telemonitorering, bruk av kommunikasjon i sanntid via videokonferanse samt robotikk. Opplysninger fra sensorer og måleutstyr kan også lagres og utnyttes til rapportering av for eksempel hendelser om natten som tjenesteytere bør kjenne til. Dette kan kombineres med at omgivelsene styres via sendere som på kommando åpner dører, lukker vinduer, slår av og på lys etc., såkalt omgivelseskontroll. Tidligere ble begrepet

smarthusteknologi brukt om informasjons- og kommunikasjonsteknologi anvendt i boliger der de ulike tekniske komponentene kommuniserer med hverandre i lokale nettverk. Det er ulike finansieringsordninger for slik teknologi, noe er tilgjengelig via NAV Hjelpemiddelsentral eller kommune, annet finansieres privat – og det er uklart hvordan dette vil utvikle seg videre.

e-helse

«E-helse» er en samlebetegnelse som omfatter bruk av IKT til forbedring av kvalitet, sikkerhet og effektivitet i helse- og omsorgstjenesten, og inkluderer utvikling og bruk av IKT til å håndtere (registrere, utveksle, lagre, hente mm) helserelaterte data mellom pasienter og helse- og omsorgstjenesten, utveksling av data mellom virksomheter, en til en-kommunikasjon mellom pasienter og/eller helsepersonell. E-helse vil være i rivende utvikling i hele perioden fram til 2030. Ut fra et pasientperspektiv vil utviklingen kunne gi bedre tjenester; i helseforetaksperspektivet gir den mulighet til å yte bedre og mer effektive tjenester, bl.a. på bakgrunn av ønsket om å ta i bruk nye metoder og mulig knappere ressurser i fremtiden. Det vil bli tatt i bruk ny teknologi for journalsystemene, som vil bli enda mer integrert med de øvrige undersøkelser som gjøres på sykehuset. Det vil være sømløse interaksjoner mellom ulike systemer for funksjonsundersøkelser, journalsystemet og kunnskapsdatabasene. Pasienten vil få tilgang til all informasjon i journalsystemet, og til informasjon i kunnskapsdatabaser, både de som er laget for helsepersonell og for pasienter og ikke-profesjonelle.

Økt telemedisinsk oppfølging er en tydelig internasjonal trend. WHO anbefaler sine medlemsland å investere i telemedisinsk utstyr og integrere det strategisk som en del av helsetjenestetilbudet. Også opplæringsplaner for ansatte i telemedisinske løsninger anbefales. CARF oppfordrer også å ekspandere disse tjenestene ytterligere og gjøre dem tilgjengelig for flere pasienter.

Utviklingen åpner for kommunikasjonsmuligheter og bruk av ulike sensorer for måling av kroppsfunksjoner (bevegelse, temperatur, fuktighet, muskelaktivitet, puls, med mer) på enkle og billige plattformer som mobiltelefon, nettbrett, laptop eller annet. Dette vil kunne brukes til å få mer kunnskap om pasienters aktivitetsnivå (performance), hva pasientene faktisk gjør i sitt eget hjemmemiljø – eller mens de er innlagt for rehabilitering.

M-helse, eller bruk av mobilteknologi i helsearbeid, er også et felt som vil være i rivende utvikling fram mot 2030. Bruken av smarttelefoner som inneholder mange ulike sensorer, vil kunne overvåke mange ulike funksjoner hos en pasient, og gi tilbakemelding til pasient/helsevesen når disse funksjonene har nådd et grensenivå. Fremtidig kommunikasjon mellom helsevesen og pasient, og mellom ulike aktører innenfor helsevesenet, vil foregå på flere ulike plattformer og via ulike programmer. Dette stiller utfordringer til helsevesenet når det gjelder pasientsikkerhet, personvern og etikk.

Det utvikles også løsninger hvor man søker å styrke pasientenes kompetanse og beslutningsgrunnlag gjennom interaktive virtuelle sykehus. Man ser for eksempel for seg at dialog mellom pasienten og helsevesenet i en første kontakt kan ivaretas gjennom kunstig

intelligens systemer som gir grunnleggende informasjon om tilstander og tilbud, og som samler inn data og informasjon om og av pasienten. Dette gjøres i forkant av direkte konsultasjon med helsepersonell. Ved en slik løsning kan for eksempel pasienter kartlegges virtuelt poliklinisk i forkant av «direkte» konsultasjon.

Sensorteknologi

Sensorteknologi er en av de forventet store satsningsområdene i årene fremover. Denne teknologien går innen området "wearables" der det er stort kommersielt potensial også i privatmarkedet, så langt blant annet med en rekke trenings-apper. Per i dag er mye knyttet til parametere som puls, blodtrykk og bevegelsessensorer. På sikt vil sensorteknologien kunne utvides betraktelig til også å inkludere medisinske parametere som blæretrykk, blodtrykk og hjernetrykk. Ekstern avlesning vil da typisk kunne foregå ved smarttelefon eller via nettverk direkte til et sykehus avhengig av måleparameter. Kobling med lokaliseringssensor vil kunne umiddelbart gi alarm ved avvikende signaler sammen med informasjon om hvor pasienten faktisk befinner seg. Dette gir mulighet for ekstremt målrettet hjelp i en akutsituasjon.

Det er knyttet mye forventninger om bruk av "big data" og "huge data" i fremtidig medisin. Ny datateknologi gir mulighet til å håndtere ekstremt store datamengder på en meningsfylt måte statistisk. Dette vil uten tvil også kunne være av stor nytte innen rehabilitering. På sikt kan det tenkes at sensorer kan gi måling relatert til bevegelse og fysisk aktivitet. Data samlet inn kontinuerlig over en lengre tid trådløst fra pasienten kan bearbeides til å gi kunnskap om effekt av ulike tiltak og forskjeller mellom ulike grupper.

Robotteknologi

Robotteknologi er aktuell både som hjelpemiddel i hverdagen og for trening. De siste årene har det vært en betydelig utvikling innen motoriserte proteser og ekso-skjelett på grunnlag av bedre digitale styringsverktøy, lettere materialer og kraftigere batterier. Det finnes mer enn 20 firmaer som utvikler løsninger på dette området for bruk innen rehabilitering. Utviklingen på dette området går svært raskt, pasienttilfredshet ved denne type trening er svært god. Effektstudier gjenstår å gjennomføre, og det er usikkert når ekso-skjelett kan tilby funksjonell gange. Det er sannsynlig at utviklingen i løpet av de neste 15 årene vil ha ført til lettere og mer fleksible roboter som er enklere å styre og enklere å lære å benytte enn dagens. En forventet utvikling er maskinlæring, basert på integrert sensorteknologi, det vil si sensorer bygget opp etter komplekse nevralt systemer. I tillegg vil fremtidige rehabiliteringsrobot sannsynligvis ha et mye større funksjonsrom, for eksempel er det sannsynlig at robotene vil kunne brukes til å gå utendørs, i ulendt terreng og kunne tilpasse seg raskt pasientens og omgivelsenes krav til funksjon. Det vil også være utviklet robotteknologi for andre funksjoner enn vi har i dag, og flere av disse vil kunne bli brukt i rehabilitering. Det er sannsynlig at fremtidens roboter ser helt annerledes ut enn i dag, de kan være innvevd i klær eller annet, de kan være svært små, eller ha helt andre former enn det vi ser for oss i dag. Nye grensesnitt mellom hjernen og teknologi, brain-computer

interface, vil kunne være en av mulige styringsmekanismer for roboter eller andre maskiner i framtiden. Dette vil kunne gjøre at personer med komplette lammelser i alle fire ekstremiteter vil kunne styre en maskin eller en robot kun ved hjelp av tankekraft.

Ortopediske hjelpemidler og proteser

For pasienter med benamputasjoner er det en stadig utvikling av datastyrte proteser fra flere leverandører. Det er også en betydelig utvikling av statiske og funksjonelle ortoser for hender/overekstremiteter. Disse hjelpemidlene tilpasses av ortopediingeniør i samarbeid med terapeut der kombinasjonen av teknologisk og bevegelsesrelatert kompetanse vil være stadig viktigere.

Utvikling av 3D printer teknologi har et stort potensial, også innen rehabilitering. I dag finnes systemer for å printe tilpassede proteser og ortoser etter skanning av kroppsdel. Det er laget opplegg for printing av deler til ekso-skjelett tilpasset hver enkelt bruker. På sikt vil sannsynligvis hjelpemidler i stor grad printes direkte tilpasset den enkeltes behov og funksjon. Det er også utviklet systemer for printing av vev i 3D struktur, hvilket for pasientgrupper med blant annet sår og brannskade kan gi nye muligheter.

En mulig strukturell endring er at ansvaret for vurderingen av indikasjon for ortopediske hjelpemidler kan bli overført fra NAV til kommune- og/eller spesialisthelsetjenesten – et slikt forslag foreligger allerede. Dette vil kreve endringer i helseforetakene og spesielt rehabiliteringen, men også gi nye muligheter.

Spillteknologi og virtual reality

Plastisitetsforskningen viser at trening bør være intensiv og at motivasjon og personlig relevans for pasienten er vesentlige faktorer. Rehabilitering gjennom spill øker motivasjonen, det samme gjør bruk av virtual reality (VR) som i tillegg muliggjør trening i hverdagsaktiviteter og -situasjoner gjennom simuleringer. Spill/VR-basert trening (delvis også robotassistert) øker intensiteten av treningen og kan øke bevegelsesutslag mm. Virtual reality simuleringer vil kunne tilpasses individuelt der f.eks. bilder/videoer fra pasientens bosted kan lastes inn i simuleringene slik at pasienten «trener i sitt eget hjem» mens hun er på rehabiliteringsinstitusjon.

Underholdningsspill har hatt en rasende utvikling siden de ble allment tilgjengelige for ca 30 år siden. Kommersielt tilgjengelige spill vil i økende grad kunne brukes også i rehabiliteringsøyemed, og mange spill spesiallaget for rehabilitering vil bli utviklet. Spesielt for spill der kommunikasjon spiller en vesentlig rolle – bl.a. for spill som trener kognitiv funksjon eller kommunikasjon – er det avgjørende at det finnes norske miljøer som tilpasser internasjonale spill eller utvikler egne norske spill. Dette gjelder digitale verktøy i rehabilitering generelt.

Utvikling i tilgrensende fagområder

Selv om «neuroengineering» i rehabilitering har vært et tema siden 1970-tallet har den raske teknologiske utviklingen, bidratt til at det også foregår en rask utvikling av yrkesfag innenfor bl.a. IKT, cyber-, gen- og bioteknologi og av ulike ingeniørfag. Sykehuset registrerer et

Økende antall forespørsler om samarbeid fra fagpersoner med slik bakgrunn, samt fra utdanningssteder for denne typen yrker. «Neuroengineering» er et sterkt voksende fagfelt, og for å være med og ev. lede an i utviklingen, vil det være helt nødvendig å bygge gode nettverk og utvikle samarbeidet med relevante fagområder, å ha ansatte med slik fagbakgrunn, samt å integrere disse i et godt samarbeid med faggruppene med medisinsk og helsebakgrunn.

Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag opp mot teknologiske utviklingstrender

Generelt har Sunnaas sykehus de senere år arbeidet en del med teknologiske løsninger på rehabiliteringsområdet, ikke minst gjennom en sterk innovasjonsaktivitet med bl.a. fokus på teknologi. Sykehuset har også en sterk tradisjon når det gjelder telemedisin. Sammen med at det er etablert samarbeid med miljøer med høy teknologikompetanse, gir dette et godt utgangspunkt for å være en pådriver for rehabiliteringsteknologi i Norge. Det finnes imidlertid per nå i liten grad ansatte med teknologibakgrunn. Den forventede teknologiske utviklingen vil kreve å utvide det eksisterende samarbeidet samt å ha mer teknologikompetanse tilgjengelig i sykehuset.

Det er krevende å følge med i den teknologiske utviklingen, og å sikre og videreutvikle kompetanse og ressurser. For å kunne tilby pasientene et oppdatert tilbud – og i enda større grad for å være en aktør i videreutviklingen av rehabiliteringsteknologi – vil det være nødvendig med betydelige fortløpende investeringer i teknologi. Integrering av ulike systemer og tilnærminger vil bli viktig. En mulig trussel er at rammebetingelser for IKT-løsninger og -drift kan legge begrensninger på utviklingen. Det er derfor antakelig behov for IKT-systemer og -støtte utenom regionale fellesløsninger.

Tilgang på databasert bevegelsesanalyse på Sunnaas sykehus legger til rette for prosjekter og avansert klinisk bruk når det gjelder proteser, gangrobot o.l. Kompetansen og aktiviteten er for tiden størst vedr. underekstremiteter, mens hånd-/armfunksjon er et område som er noe mindre utviklet per nå.

Når det gjelder robotteknologi foreligger det spesielt kompetanse på gangrobot og noe også på håndtreningrobot, men i mindre grad på andre typer roboter.

På arbeidsfeltene til ortopediingeniør og -teknikker er det utviklingspotensial, og spesielt den teknologirettede kompetansen vil måtte økes for å kunne tilby pasientene et klinisk tilbud på høyde med den internasjonale utviklingen.

Organisatoriske utviklingstrender

Holistisk vs. utfallsrettet rehabilitering

Rehabilitering har en lang tradisjon med fokus på en «helhetlig tilnærming». Basert på en biopsykososial forståelsesmodell er det nettopp rehabiliteringsfeltets særegenhet og styrke, at man ikke betrakter et avgrenset medisinsk problem isolert for seg selv, men setter pasienten med hele dens livsforhold i fokus og velger tilnærminger med utgangspunkt i dette. Samtidig har mye forskning prøvd å «belyse den svarte boksen rehabilitering» og å finne ut hvilke deler av en helhetlig rehabiliteringstilnærming har effekt. Eksempelvis når det gjelder kognitive svikttegn, er det enighet om at holistisk rehabilitering, som omhandler individuelle, psykososiale og kontekstuelle forhold er viktig, men dokumentert effekt og nytteverdi er ikke entydig. Samtidig foreligger det per i dag studier som tilsier, med ulik grad av evidens, at intensiv trening har effekt og øker hjernens plastisitet. Både ved Sunnaas sykehus og ved andre institusjoner har det den senere tid blitt utviklet tilbud der man fokuserer på intensiv trening av spesifikke funksjonsnedsettelse, og bevisst ikke går inn i andre problemstillinger. Valg av fokus på tilstrekkelig mengdetrening for enkeltpasienter vs. kompensering og miljøtilrettelegging/psykosial støtte, er et stadig mer relevant spørsmål, og et felt som må videreutvikles. Man vil sannsynligvis få økt kunnskap om hvilken innretning som bør velges hos hvilke pasienter, ved hvilke problemstillinger, i hvilke faser osv., noe som vil føre til behov for enda mer differensierte tilbud. I sammenheng med dette står en utvikling der man i organiseringen av rehabiliteringsinstitusjoner vektlegger og skiller ut enkelte funksjonsområder for å sikre intensiv trening med høykompetent og spesialisert personale og utstyr. Eksempelvis innfører Rehabilitation Institute of Chicago såkalte «ability labs» der intensiv funksjonsrettet trening står i fokus, bl.a. i laboratorier for gang-, hånd- eller kognitiv funksjon. Det er også vesentlig at hele utformingen og organiseringen av et rehabiliteringssykehus er lagt til rette for at pasientene er mest mulig i funksjonsmessig og sosial aktivitet.

Individualisert/skreddersydd rehabilitering

Kunnskapen øker om at behandlingstiltak har ulik effekt på ulike subgrupper av pasienter, og helt ned til individnivå. På enkelte områder av medisinen har dette allerede ført til mer individualiserte behandlingsregimer, f.eks. virker visse kreftmedisiner ikke hos pasienter med visse genmutasjoner slik at pasientene testes før behandlingsstart for å finne best behandling for individet. Ifølge rapporten “Personalised Medicine for the European Citizen” (European Science Foundation 2012), representerer «individualisert medisin ... en retningsforandring fra en reaktiv medisin til et proaktivt, forutseende og forebyggende helsevesen”. Det kan forventes at individualiserte tiltak også vil få større plass i rehabilitering de neste tiårene.

Individualisert medisin handler i stor grad om å samle en stor mengde data og analysere og vurdere disse, for å komme frem til individualiserte tiltak. For dette kreves tilgang på en rekke utredningsmuligheter og kompetanse. Det er mange aspekter som kan spille en rolle

for å skreddersy rehabiliteringstiltak: spekteret varierer fra genetiske forhold til svært detaljerte data om anatomiske og fysiologiske forhold knyttet til skaden, parametere knyttet til livstilsforhold og livserfaringer, komorbiditet, sosioøkonomiske forhold, evnen til å mestre, men også data om hvordan pasienten responderer på ulike typer trening og tiltak. I denne sammenheng vil det også være aktuelt med individualisert dosering av tiltak, spesielt mengde av trening, der man i større grad vil kunne forutsi dose-respons-mønstre for individuelle pasienter.

På overordnet nivå krever mer individualisert rehabilitering muligheter for omfattende databehandling samt fleksible kliniske tilbud med et høyt nivå av tverrfaglighet og nye modeller og verktøy for å avgjøre den individuelle behandlingen.

Kvalitet, pasientsikkerhet, registre, effektmåling

Nasjonale og regionale myndigheter har den senere tid hatt et tydelig fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, noe som forventes å øke ytterligere. Kvalitetsmål rapporteres jevnlig der det er klare føringer og forventninger om måloppnåelse. Noen slike mål publiseres allerede nå offentlig, og det kan forventes at de i økende grad blir brukt for å sammenligne behandlingsresultater på tvers av institusjoner («benchmarking»). Kvalitets- og forskningsregistre brukes systematisk som verktøy for kvalitetssikring/-overvåking og for å generere ny kunnskap. Fremover kan det også tenkes at finansielle insentiver blir knyttet til måloppnåelse. Spesifikke mål og registre for rehabiliteringsfeltet er i bruk internasjonalt og har begynt å bli innført også i Norge – det vil bli flere slike registre. På nåværende tidspunkt bidrar Sunnaas sykehus HF med kvalitetsdata til norsk ryggmargsskaderegister.

Koordinerte pasientforløp

I de senere år har man sett økt fokus på koordinerte forløp for den enkelte pasienten gjennom de ulike involverte helsetilbudene. Man tar utgangspunkt i det samlede tilbudet pasienten får i helsevesenet, og beskriver forløp som de fleste pasientene forventes å ha. Det brukes ulike betegnelser, med til dels noe ulikt innhold, som «behandlingslinjer», «behandlingsløp», «pasientforløp» og «pakkeforløp».

Koordinerte forløp er gode verktøy for å sikre at så mange pasienter som mulig får faglig adekvat tilbud og at geografiske forhold ikke bestemmer kvaliteten i tilbudet. Ut fra et rehabiliteringsperspektiv er det viktig at det formuleres konkrete tilrådninger ikke kun avhengig av diagnose, men avhengig av sykdomsgrad og funksjonsnivå, hvor faglige indikasjoner legges til grunn for pasientenes videre tilbud. Dette inkluderer ulik vektning av innsatsen i forskjellige faser utfra sykdommens art.

I 2015 ble det implementert 28 pakkeforløp for kreftbehandling etter mønster fra Danmark. Pakkeforløp skal gi pasientene større forutsigbarhet og medfører at sykehusene må jobbe på en annen måte med bedre samarbeid mellom diagnostiske og behandlende enheter i sykehuset. Helsedirektoratet arbeider nå med pakkeforløp for hjerneslag og for psykiatriske sykdommer. Pakkeforløpstenkingen vil involvere behandlingstilbudet også til andre målgrupper som sykehuset gir tilbud til: ryggmargsskade, multitraume, og ulike nevrologiske

sykdomstilstander som CP og muskelsykdommer. Generelt involverer arbeidet med pakkeforløp til pasienter som rammes av nyoppståtte skader/sykdommer i voksen alder andre aktører i helsevesenet (traumekirurgi, nevrologi/nevrokirurgi, indremedisin, rehabilitering, mm) enn det som gjelder tilbudet til voksne pasienter med medfødte/tidlig ervervede tilstander (bl.a. pediatri, barnenevrologi, habilitering, genetikk) og tilstøtende etater/sektorer. Våre samarbeidspartnere i utvikling av pakkeforløp til disse gruppene vil tilsvarende være forskjellige. SunHF har ikke samme historiske erfaring fra og tilstedeværelse i habiliteringsfeltet.

Koordinering av henvisninger til rehabilitering

I dag har Sunnaas ved Regional koordinerende enhet (RKE) ansvar for koordinering av henvisninger i Helse Sør-Øst til private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak. I dag koordineres henvisningsflyten til de private rehabiliteringsinstitusjonene i 4 henvisningsinstanser/-mottak i hver sin helseregion. I forbindelse med fritt rehabiliteringsvalg skal pasienter kunne velge fritt mellom offentlige og private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale. Dermed blir det enda viktigere at de som mottar, veileder og koordinerer rehabiliteringshenvisningene har kunnskap hvilke rehabiliteringstilbud som finnes nasjonalt. Det kan derfor tenkes med en utvikling mot en nasjonal koordinerende enhet. Man kan også se for seg en utvikling der sentralisert (f.eks. regional) vurdering av henvisninger til rehabilitering og fordeling av plasser ikke kun gjelder de private rehabiliteringsinstitusjonene, men all rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Ikke-sengerelaterte tilbud utenfor sykehuset

Det er over tid en dreining fra at visse rehabiliteringsoppgaver som tidligere har blitt utført i spesialistinstitusjoner, i større grad ivaretas lokalt. Denne trenden vil definitivt fortsette. Rent faglige hensyn tilsier at mange av de rehabiliteringstjenestene som per i dag gis på sykehus i form av innleggelse, burde kunne tilbys poliklinisk. Dette gjelder typisk kontroller og vurderinger, hvorav noen er diagnosebasert, mens andre er rettet mot ulike funksjonsområder. Fremover vil jevnlig oppfølging over tid, og også «støttet primærrehabilitering hjemme», bli mer vanlig. Sykehusets geografiske plassering samt eksisterende finansieringsmodell har så langt medført utstrakt bruk av sengetjenester. Fortsatt fokus på effektivisering av helsetjenesteorganisering tilsier at det i årene fremover vil komme økt aktivitet innen ikke-sengerelaterte tilbud basert på desentraliserte konsultasjoner og tjenesteytelser (poliklinikk, ambulante tjenester lokalt, elektronisk baserte kommunikasjonsløsninger osv.). Det blir økt differensiering av den tverrfaglige tjenesteyting, hvor man vil sette sammen småteam av noen faggrupper eller gi særfaglige tilbud hvor det er hensiktsmessig.

Følgene av samhandlingsreformen vil medføre et sterkere og mer differensiert behov for vurderings- og veiledningstjenester rettet mot kommunene, annen spesialisthelsetjeneste og andre tjenester. Det vil bli en videreutvikling der pasientene har gjentatte kontakter med spesialisert rehabilitering med en kombinasjon av lengre og kortere innleggelse, polikliniske

konsultasjoner, ambulante tilsyn, telemedisinske konsultasjoner mm. Det vil være utstrakt grad av direkte kommunikasjon mellom helsepersonell og ”kompetente” brukere/pasienter. Et organisatorisk utviklingstrekk i denne sammenheng kan man observere i USA der rehabiliteringstilbydere i økende grad har et nettverk av ulike rehabiliteringsinstitusjoner, poliklinikker mm. Slike nettverk kan være organisert som «satellitter» rundt en «moderinstitusjon» som sikrer høy kompetanse og koordinerer tilbudene.

Trengs det fortsatt rehabiliteringssykehus?

Til tross for utviklingen der rehabilitering i økende grad skal skje nært pasientens bosted og fra spesialisthelsetjenestens side gjennom ikke-sengebaserte tilbud, vil det også i fremtiden være mange pasienter som trenger rehabiliteringstjenester på spesialsykehus/-avdelinger. Dette gjelder spesielt tilbud for pasienter med store omsorgsbehov som det kan tenkes at det fremover i økende grad er etterspørsel etter, fordi flere pasienter overlever alvorlig sykdom/skade med store funksjonsnedsettelse og fordi samfunnet krever tilbud også for pasienter med usikker rehabiliteringspotensial for å prøve ut effekt av tiltak og «gi pasienten en sjanse». Helsedirektoratets publikasjon «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» (IS-1947) nevner som kriterier for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten følgende 3 områder: behov for spesialisert kompetanse, for kompleksitet og for intensitet.

De ulike skisserte utviklingstrekk, spesielt innenfor teknologi og nevrotenskap, vil antakelig føre til at stadig nye behandlingsmuligheter fremstår og får oppmerksomhet, og at takten for utvikling av nye metoder øker. Her menes «nye behandlingsmuligheter» i vid forstand, i et stort spekter fra legemidler via bruk av avansert utstyr til metoder for samhandling og tverrfaglig samarbeid.

Det er behov for «tunge» institusjoner for utvikling og utprøving av behandlingsprogram på ”cutting edge” -områder, dvs. nye kliniske oppgaver med preg av fagutvikling, forskning og innovasjon. I et nasjonalt perspektiv er det også nødvendig med toppmiljøer som «importerer» utenlandske nyvinninger, setter disse inn i en norsk kontekst, og bidrar til implementering og ordinær klinisk bruk over hele landet. Vesentlige komponenter for et slikt toppmiljø er høy og spesialisert kompetanse når det gjelder diagnoser og funksjonsområder, men også akademisk/metodisk kompetanse for å drive utvikling, innovasjon og forskning. I tråd med teknologiutviklingen vil det også være vesentlig med nødvendig utstyr som krever kompetanse og ofte vil måtte fornyes for å følge utviklingen. Det er også viktig at miljøet har en «kritisk masse», samt at det har nasjonale og internasjonale nettverk.

Derick Wade, utgiver av det anerkjente tidsskriftet «Clinical Rehabilitation», reflekterer i en serie av fire kommentarer høsten 2015 over rehabiliteringens rolle i fremtiden. Han argumenterer for at rehabilitering ikke bør være en egen medisinsk spesialitet, men en tankemåte og tilnærming som inngår i hele helsevesenet. Han anfører eksempelet psykiatri som argument for at helsetjenester som berører viktige generelle aspekter (ved psykiatri: psykisk helse – ved rehabilitering: fokuset på funksjon uavhengig av diagnose) ikke bør

organiseres for seg selv, men heller inngå i alle spesialiteter. I norske forhold er dette eksempelvis nærmest gjennomført for revmatologisk rehabilitering, der brorparten av rehabiliteringen er en del av revmatologien. Dette er imidlertid unntaket, og det er vanskelig å se for seg en utvikling i Norge der alle spesialiteter utvikler sine egne rehabiliteringstjenester, spesielt i et kort perspektiv som år 2030. I et land med en heller liten befolkning synes det uansett vanskelig å sikre ovenfor beskrevne kraftsentra hvis rehabiliteringsmiljøene splittes.

Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag opp mot organisatoriske utviklingstrender

Sunnaas sykehus HF kjennetegnes som en liten, fleksibel, tilpasningsdyktig, og lite byråkratisk organisasjon. Dette gir fordeler når det gjelder å møte fremtidens utviklingstrender og behov, og krav f.eks. til pasientsikkerhet og organisatorisk omstilling. SunHF har gode forutsetninger som premissleverandør for videre arbeid med koordinerte forløp ut fra vår erfaring fra samarbeid med spesialist- og primærhelsetjenesten, samt erfaring fra bl.a. URT-prosjektet og RKE. Man har arbeidet mye med behandlingslinjer og pasientforløp og samarbeidet med eksterne er økt og forbedret. Imidlertid vil det bli nødvendig med enda mer koordinerte forløp, og slike vil komme for enda flere pasientgrupper. Forløpene må utvikles enda tydeligere, og det er viktig at disse følges og f.eks. ikke kapasitetsutfordringer begrenser hvor vidt planlagte forløp følges.

Sunnaas sykehus har lange tradisjoner for samhandling med andre aktører, og dette er spesielt godt utviklet rundt primær opphold og overføring til videre lokal rehabilitering. Fremtiden vil stille enda større krav til samhandling, og spesielt samhandling der den enkelte pasient i lengre faser opplever dynamisk samarbeid mellom seg selv og spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det vil være nødvendig med endrede tjenester for å imøtekomme dette kravet, antakelig understøttet av ny samhandlingsteknologi.

Den skisserte utviklingen mot en mer individualisert rehabilitering vil kreve mer differensierte tilbud. Mer utstyr og kompetanse for individualisert kartlegging vil være nødvendig, og det vil kreve mye kompetanse – både med tanke på spesialiseringen og ressurser – å tilpasse skreddersydde rehabiliteringstilbud basert på den individuelle kartleggingen.

Områder der nasjonale funksjoner kan være aktuelle

For å samle kompetansen rundt sjeldne pasientgrupper og avanserte behandlingsformer, er det på noen områder nødvendig med nasjonale spissfunksjoner. Nasjonale myndigheter har de siste årene styrket ordningen med nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, der det finnes både kompetansetjenester som sprer kunnskap og kompetanse, samt behandlingstjenester som i tillegg har nasjonalt behandlingsmonopol, og. Regional funksjon vil ofte være forløper til en nasjonal funksjon. Her nevnes noen potensielle fremtidige områder, der Sunnaas i ulik grad har forutsetninger for en fremtidig nasjonal rolle.

Barn/ungdom med ervervet sykdom/skade

Barn og ungdom som får skade/sykdom som medfører så alvorlige funksjonsnedsettelse at det er nødvendig med institusjonsbasert rehabilitering, er en heller liten gruppe som har behov for et høyspesialisert tilbud. Det kreves bl.a. høy faglig kompetanse både når det gjelder rehabilitering og barnesykdommer, samt tilgang til spesialisert utstyr. Tilbudet for denne gruppen synes per i dag å være av variabel kapasitet og kvalitet.

Trafikkmedisin

Myndighetene har den senere tid ønsket at beslutninger om oppfyllelse av helsemessige krav for bilkjøring tas lokalt, mens f.eks. mange fastleger synes at området er krevende og ønsker bistand fra spesialisthelsetjenesten. Det er også uavklarte avgrensninger mellom helsetjenesten og trafikale myndigheter (trafikkstasjoner). Trafikkmedisin omfatter flere områder og pasientgrupper som kognitiv dysfunksjon, psykiatrisk sykdom, avhengighet, diabetes, hjertesykdom mm. Det kan være behov for en nasjonal kompetansetjeneste på området, eksempelvis i en løsning der en rekke fagmiljøer ulike steder i landet inngår organisatorisk i en felles nasjonal tjeneste – etter mønster fra Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser.

Teknologi i rehabilitering

Som beskrevet vil teknologi spille en større og større rolle i rehabilitering og stille store krav til kompetanse og utstyr. Nøyaktig hvordan utviklingen vil skje og hvor raskt på hvilke områder, er vanskelig å forutse. Det kan være aktuelt med kompetansetjenester, men også behandlingstjenester ved teknologi som krever særskilt kompetanse.

Sjeldne diagnoser/funksjonsnedsettelse

Sunnaas sykehus er vert for Nasjonal behandlingstjeneste for rehabilitering ved locked-in syndrom, og er gjennom TRS del av Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. TRS vil i fremtiden få ansvar for flere sjeldengrupper.

Det er en rekke pasientgrupper innenfor feltet nevrologiske eller nevromuskulære sykdommer med heller lav pasientantall der det kan tenkes aktuelt med behandlingstjenester for rehabilitering i fremtiden.

Trender for rammer og strukturer for forskning

Forskning er en lovpålagt oppgave for helseforetakene der eksterne strategier og forskningsprogrammer legger føringer. Viktige faktorer for vellykket forskningsaktivitet er bl.a. en god forskningskultur, en tilpasset infrastruktur for forskning, samt god organisering av forskningen. Tett samarbeid mellom de kliniske tilbudene og forskningsaktiviteten er vesentlig. Gode forskere motiveres i mindre grad av klassiske belønningsmekanismer som lønn o.l., men mer av rammebetingelsene de får for å utøve sin forskningsaktivitet, av et stimulerende miljø og av anerkjennelse og innflytelse i fag- og forskningsmiljøer. En generell trend for helseforskning er at det i økende grad kreves brukerinvolvering fra utvikling av nye forskningsprosjekt via gjennomføring til analyse og formidling av resultater.

Forskningsstrategier og forskningsprogrammer

Helse Sør-Øst RHF sin «Plan for strategisk utvikling 2013-2020» har følgende overordnede målsetting for forskning i regionen: «forskning skal føre til forbedret helse i befolkningen, tilstrebe høy kvalitet og være basert på samarbeid». Videre nevnes at forskning er «en sentral premiss for helsetjenestens kvalitet og utvikling. Den skal komme befolkningen til gode gjennom etablering av ny kunnskap og økt kompetanse. Egen forskningsaktivitet fremmer kritisk tenkning, gir økt kvalitetsbevissthet og setter helsetjenesten i bedre stand til generelt å nyttiggjøre seg internasjonale forskningsresultater og erfaringer. Forskningen skal frembringe kunnskapsgrunnlag for forebygging, diagnostikk, behandling, habilitering og rehabilitering, opplæring og mestring samt innovasjon og næringsutvikling. God balanse mellom klinisk relevant basalforskning og anvendt forskning skal sikres, for å bidra til at ideer fra grunnforskningen kommer til praktisk nytte i pasientbehandlingen».

«Regional strategi for forskning og innovasjon 2013-2016» spesifiserer videre at forskningen innen Helse Sør-Øst «skal holde et høyt internasjonalt kvalitetsnivå, ha tilstrekkelig bredde og tverrfaglighet og bidra til god organisering og effektiv ressursutnyttelse i helseregionen». Innholdet i utlysninger av forskningsmidler gir en pekepinn på hvilke forskningsområder og metoder anses som relevante av myndighetene. Horisont 2020 er et stort EU-forskningsprogram der målet for 2016 -2017 innenfor området «health, demographic change and wellbeing» er å «fremme god og sunn aldring og persontilpasset helse og omsorg, skape muligheter for god forskning og økt innovasjon både i offentlig sektor og næringslivet. Dette skjer gjennom å støtte anvendelse av forskningsresultater både i klinikken og andre helse- og omsorgsområder og som innovasjoner med målsetning om å forbedre helsen, redusere ulikhet i helse og fremme aktiv og sunn alderdom».

Forskningsrådet lanserer i 2016 forskningsprogrammene «BEDREHELSE» og «BEHANDLING». Hovedmålet til BEDREHELSE («Bedre helse og livskvalitet gjennom livsløpet») er å fremme ny kunnskap om forekomst av og årsaker til uhelse og helse, og om utvikling, implementering og effekt av helsefremmende tiltak. BEHANDLING («God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering») skal gjennom klinisk forskning bidra til at pasienten får god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering gjennom hele sykdomsforløpet.

Hva kjennetegner en god forskningskultur?

Kulturen i et godt forskningsmiljø har en blanding av erfarne, nysgjerrige, eldre og yngre forskere og gjester, er interdisiplinært, har tverrfaglig samarbeid og inneholder et kritisk forum. Forskerne skal være genuint interesserte, kreative og kunnskapstørste selvstendige enkeltpersoner, men må også ha gode samarbeidsevner. Videre beskrives at følgende faktorer kan bidra skape gode og dynamiske forskermiljøer: entusiasme, faglig engasjement, mangfold av oppgaver, uformelle møtesteder, tilstrekkelig med tid, en kompetent ledelse preget av en uformell, åpen, god atmosfære, samt en kultur preget av god kommunikasjon, engasjement og samarbeid. Som negative faktorer nevnes oppsplitting av tid, liten kollegial interesse, nysgjerrighet og støtte, manglende infrastruktur, manglende finansiering og liten utveksling av forskere.

Infrastruktur for forskning

En velutbygd forskningsinfrastruktur tillater forskerne å få støtte og rammebetingelser som tillater dem å konsentrere seg om forskningsaktiviteter og å utføre kvantitativ og kvalitativ god forskning. Her belyses noen faktorer som utgjør en god forskningsinfrastruktur. Finansieringen av forskningen er selvfølgelig sentral. Det er sterk konkurranse om forskningsmidler der det har vært en utvikling at det nå spesielt støttes PhD-prosjekter samt større søknader som internasjonale multisenterstudier, kjernefasiliteter, sentra for fremragende forskning o.l. Det er generelt en utfordring å nå frem med søknader på rehabiliteringsforskning ved generelle utlysninger innenfor helseområdet, men det kan tenkes at rehabilitering og det å leve med funksjonsnedsettelse fremover prioriteres i større grad. Det kan uansett være vanskelig å nå opp med forskningssøknader på sjeldne sykdommer og tilstander, dvs. det som er vanlig ved Sunnaas sykehus. Selv om helseforetakene per i dag måles på forskningsinnsats og RHFene får tildelt noen midler basert på dette, videreføres denne innsatsstyrte finansieringen per i dag ikke til Sunnaas – det er uvisst hvordan dette vil utvikle seg fremover. Forskning finansiert gjennom private donasjoner og via stiftelser kan tenkes å spille en større rolle i fremtiden.

En rekke forskningsaktiviteter er i økende grad avhengig av avansert utstyr som gjerne er knyttet til laboratorier. Slik utstyr kan være ressurskrevende både ved innkjøp, men også i drift både når det gjelder driftskostnader og behov for spesialkompetanse for bruk og vedlikehold. Den teknologiske utviklingen vil føre til nye forskningsmetoder og nytt utstyr, samtidig som nytt utstyr gjerne utløser nye forskningsspørsmål.

Forskningsmiljøer er avhengige av forskningssamarbeid med andre, spesielt hvis man ikke ønsker å konsentrere seg om få forskningsområder og metoder. Aktuelle samarbeidspartnere er for eksempel universiteter og høyskoler, andre sykehus og andre medisinske spesialiteter, forskningsmiljøer med kompetanse på basalfag eller laboratoriefunksjoner, ingeniør- og andre teknologiske miljøer, kommunehelsetjenesten samt brukere og pasientorganisasjoner. Det er ulike grunner for samarbeid: bl.a. kan eksterne ofte være helt nødvendige for å få gjennomført meningsfulle prosjekter, samarbeidspartnere kan påføre spesialkompetanse når det gjelder metode, eller det er

nødvendig med samarbeid for å kunne inkludere et tilstrekkelig antall med deltakere. Deltakelse i nettverk og samarbeid med andre, og spesielt internasjonalt samarbeid, har nærmest blitt en forutsetning i konkurransen om utlyste forskningsmidler, en trend som nok vil forsterkes ytterligere.

Et annet aspekt av forskningsinfrastruktur er systemer som fasiliterer forskningsaktiviteten. Generelt vil en systematisert klinisk virksomhet og god kunnskap om den kliniske aktiviteten understøtte god forskning. Dette gjelder f.eks. registreringer i den kliniske virksomheten som kan danne grunnlag for forskningsaktivitet.

Støttefunksjoner fasiliterer forskning og kan bidra til økt forskningsaktivitet og -kvalitet. Det er et bredt spekter av relevante støttefunksjoner som bl.a. inkluderer teknikere som vedlikeholder og drifter utstyr, metodestøtte eksempelvis når det gjelder litteratursøk, statistikk og teknologi, forskningsassistenter som bidrar i datainnsamling, økonomistøtte mm. Den økende spesialiseringen og teknologiseringen medfører økte krav til metodekompetanse og gjør det nødvendig med et større omfang av støttefunksjoner. Det vil være en stadig avveining hvor mye ressurser man skal bruke på støttefunksjoner og hvor mye på forskere. Likeså må man velge klokt hvilke støttefunksjoner som skal etableres på SunHF, og hvilke man skal ha tilgang til gjennom samarbeid med andre.

Organisering av forskningsaktivitet

Forskningsaktivitet kan organiseres på ulike måter. Valg av organiseringsform avhenger av en rekke faktorer som størrelse på aktiviteten, formålet med forskningen, tilknytning til f.eks. klinisk aktivitet mm. Forskning organiseres i økende grad i tematiske forskningsgrupper der flere forskere samarbeider tett. Dette gjelder spesielt rene forskningsinstitusjoner som universitetsinstitutter o.l. På sykehus synes det å være varierende hvor vidt slike forskningsgrupper reelt har et felles forskningstema eller felles metodikk, eller mer følger inndelinger av den kliniske virksomheten med til dels større variasjon i forskningsaktiviteten. Det er også varierende hvorvidt forskning på sykehus er skilt ut som egne institusjoner eller organisert sammen med den kliniske virksomheten. Karolinska instituttet er nok det fremste eksempelet på førstnevnte, mens f.eks. Oslo universitetssykehus og Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo har valgt å organisere ansvaret for forskning i samme linje som ansvaret for det kliniske tilbudet. Sentra for fremragende forskning er et eksempel for en instituttliggende organisasjon der forskningsaktivitet er skilt ut organisatorisk.

Samarbeidet mellom forskning og kliniske tilbud

Kvaliteten på moderne pasientbehandling er avhengig av kontinuerlig fagutvikling og oppdatering av kunnskap. Dette sikres bl.a. gjennom integrering av forskning i den kliniske aktiviteten på sykehuset både for å sikre at forskningen omhandler klinisk relevante spørsmål og at nye forskningsresultater raskt fører til endring i klinisk praksis. Integreringen kan skje på systemnivå gjennom valg av organisering og på individnivå f.eks. gjennom kombinerte stillinger. For en vellykket videreutvikling av forskningsaktiviteten er det nødvendig med tett samarbeid mellom forskning og klinikk på både strategisk og operativ

nivå. På grunn av den harde konkurransen om forskningsmidler kan det muligens være formålstjenlig at sykehusets egne forskningsmidler i større grad brukes til å understøtte den kliniske virksomheten og strategiske ambisjoner.

Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag opp mot skisserte utviklingstrekk

Det er for tiden forholdsvis stor bredde i forskningsaktiviteten når det gjelder faggrupper, pasientgrupper, forskningsmetoder mm. Den betydelige utviklingen av forskningsaktiviteten de siste drøye ti årene har hatt som selvstendig mål å bygge opp bred og tverrfaglig forskningskompetanse, mens det i liten grad har blitt gjort strategiske valg med spissing eller konsentrering av forskningen. Utviklingen har ført til en betydelig økt aktivitet, men også til en forholdsvis stor variasjon i aktiviteten og kvaliteten der forskningen i varierende grad oppfyller internasjonal standard og kravene til originalitet. Samme variasjon gjelder også for etablert samarbeid og nettverk.

En stadig og vanlig utfordring er samarbeidet mellom den kliniske aktiviteten og forskningen. Denne kan utvikles videre til gjensidig nytte. Mer systematisk registrering av den kliniske aktiviteten kan legge grunnlag for relevant og god forskning. Det synes også nødvendig med en avklaring om det skal være et selvstendig mål at forskningsaktiviteten ved Sunnaas sykehus skal være i internasjonal toppklasse (på uvalgte områder), eller om forskningen først og fremst skal understøtte utviklingen av sykehusets kliniske tilbud. Et konkret spørsmål kan eksempelvis være om interne forskningsmidler skal fordeles kun etter kvalitetskriterier, eller om det skal vektlegges – eller til og med være avgjørende – om et forskningsprosjekt understøtter sykehusets mål for utviklingen av pasienttilbudet.

Det er en generell utvikling mot utlysning av forskningsmidler spesielt for store prosjekter, f.eks. sentra for fremragende forskning. Sunnaas sykehus er per nå i startfasen når det gjelder slike søknader. Det synes i overskuelig fremtid mest aktuelt å inngå som samarbeidspartner ved slike søknader sammen med andre nasjonale og internasjonale aktører. Dette krever en infrastruktur som merkantilt understøtter denne typen søknader.

Trender for rammer og strukturer for innovasjon

Innovasjonsstrategier

Helseomsorg 21 legger klare forventninger og føringer om sykehus og innovasjon. Overordnet forventes det at helsesektoren skal bidra til næringsutvikling og nasjonal økonomisk utvikling. Strategien vil følges opp ved føringer fra departementet til de regionale helseforetakene og helseforetakene. Det ligger fem hovedprioriteringer i strategien:

- Et kunnskapsløft for kommunene med solid finansiering, etablering av et nasjonalt register for kommunale helse- og omsorgstjenester, og med en universitets- og høgskolesektor og en ny instituttsektor innrettet mot kommunenes behov
- Helse- og omsorg som et næringspolitisk satsingsområde med sektorspesifikke virkemidler og økt samhandling mellom offentlig og privat sektor
- Lettere tilgang til og økt 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
- Sterkere satsing på internasjonalisering av forskning og økt deltakelse i konkurransen i EUs forskningssystem

I praksis innebærer den Nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg at det må legges til rette for insentiver for innovasjon som en naturlig oppgave for helseforetak, universiteter, høgskoler og kommuner som medvirker til næringsutvikling gjennom samarbeid med næringslivet. Videre at det etableres insentiver med belønning av patenteringer, innovasjoner, lisensiering og selskapsdannelser. Helseforetakene forutsettes å etablere test-beds med deltagelse fra næringslivet for utprøving og testing av både ny diagnostikk, legemidler, medisinsk utstyr, informasjonsløsninger og velferdsteknologi.

Finansieringsmuligheter

Det foreligger en rekke finansieringsmuligheter regionalt, nasjonalt og internasjonalt. I og med at innovasjon i helsetjenesten er et satsningsområde, forventes det at finansieringsmulighetene øker fremover. Dette gjelder spesielt prosjektfinansieringer, men det er også mulig at innsatsstyrt finansiering (for gjennomført innovasjon) innføres. Virkemiddelapparatet til Innovasjon Norge, Norges Forskningsråd, Helse Sør-Øst og EU programmer er sentrale. Samtidig krever innovasjonsprosjekter som regel en egenandel, dvs. er ikke fullfinansierte. I et fremtidsperspektiv vil realiserte innovasjoner kunne gi inntekter, men økonomisk avkastning – både i form av besparelser gjennom effektivisering av arbeidsprosesser og kommersiell suksess – er usikker og det vil uansett være behov for (delvis) egenfinansiering.

En mulighet for større satsninger er ordningen med sentra for fremragende innovasjon (SFI). SFI-ordningen styrker innovasjon gjennom satsing på langsiktig forskning i et nært samarbeid mellom FoU-aktive bedrifter og fremstående forskningsmiljøer. SFI utvikler kompetanse på høyt internasjonalt nivå på områder som er viktig for innovasjon og verdiskaping.

Hva trenger et godt innovasjonsmiljø?

De viktigste forutsetningene for videre utvikling av et godt og solid innovasjonsmiljø frem mot 2030 knytter seg til områdene forankring, ildsjeler og innovasjonsteam, ressurser og kultur. Innovasjonsarbeid trenger forankring i betydningen støtte og legitimitet fra foretakets overordnede ledelse og styre, slik at dette kan innpasses i foretakets samlede virksomhet både med hensyn til prioriteringer og tilrettelegginger. Forankring innebærer også forståelse av innovasjon knyttet til nytte og verdi hos alle ansatte i organisasjonen, som et grunnlag for utvikling og gjennomføring av nye innovasjonsprosjekter. Dette fordrer en kultur som ser på innovasjon som en sentral del av foretakets virksomhet, og hvor verdien av å stille spørsmål og å tenke nytt verdsettes. Innovasjonsarbeidet vil hvile tungt på ildsjeler og ressurspersoner rundt disse, da realisering av de enkelte prosjekter avhenger av dette.

Samarbeid med andre, innovasjonsklynger

Realisering av gode innovasjoner forutsetter både interne og eksterne innovasjonsklynger. Med begrepet klynge forstås en samlet innsats rundt et tematisk område, hvor en møtes regelmessig og hvor relevante aktører inngår i nettverket. Klynger er et viktig virkemiddel fordi de kan fjerne barrierer mellom miljøer og bidra til fasilitering av prosesser. Tilsvarende vil klyngens deltagere utgjøre den "intellektuelle" kapital, og på dette viset kunne tilføre helseforetaket nødvendig kompetanse utover foretakets spisskompetanse. Eksempelvis kan et klyngeinitiativ på tvers av helseforetak aktivt gå inn i prosessen med å fjerne barrierer mellom de ulike aktørene, så som mellom helseforetakene, næringsliv og eventuelt høgskole/universitet. Det handler om å smelte sammen ulike kulturer og synliggjøre verdien av samarbeid med tanke på synergier og økt regional, nasjonal og eventuelt internasjonal konkurransekraft.

Samarbeidet mellom innovasjon og kliniske tilbud

Hovedtyngden av innovasjonsarbeidet bør ha sitt utspring i de kliniske tilbud foretaket til en hver tid tilbyr. Tjenesteinnovasjon kan forbedre arbeidsprosesser knyttet til det kliniske tilbudet. Et vesentlig aspekt er også ikke bare å involvere de ansatte, men i utstrakt grad også pasientene. Et mer spisset tilbud gir rom for mer "spissede" innovasjoner, samtidig som det ofte i praksis innebærer et mer avgrenset marked for salg/videre distribusjon av innovasjonene.

Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag opp mot skisserte utviklingstrekk

Sunnaas sykehus er et av de ledende helseforetakene når det gjelder innovasjon, og forutsetningene ligger til rette for en videre utvikling. Avgjørende faktorer er kompetansen som er bygd opp så langt, og en kultur og tradisjon preget av innovasjonsånd – fra lenge før «innovasjon» kom i fokus. Det foreligger f.eks. gode muligheter for å etablere et senter for fremragende innovasjon, der spesielt områdene bevegelse, pasientsikkerhet og spillifisering peker seg ut. For den videre utviklingen er det en forutsetning at det er avsatt egne midler til innovasjon fordi innovasjonsprosjekter ofte ikke lar seg fullfinansiere eksternt.

Vedlegg 2:

Strategi 2030 - Analyse: Faglige utfordringer og trender

Utdanning og kompetansearbeid

Dette bakgrunnsdokumentet beskriver forventede faglige utviklingstrekk som anses som relevante for utdannings- og kompetansevirksomheten ved Sunnaas sykehus (SunHF). Dokumentet inneholder også en analyse og vurdering av Sunnaas sykehus per i dag opp mot skisserte utfordringer og trender.

Beskrivelsen omfatter både faglige, organisatoriske, politiske aspekter mm. som anses å være viktige for SunHF i et 2030-perspektiv. Kapitlet omhandler kun utdannings- og kompetansevirksomhet som ytes for andre, ikke slik virksomhet ovenfor egne ansatte (som er omtalt et annet sted i strategidokumentet). Virksomhet i forbindelse med forskerutdanning er ikke inkludert i dette kapitlet, heller ikke bistandsarbeid. Dokumentet må nødvendigvis inneholde et utvalg av det som forventes å være de viktigste og mest relevante utviklingstrekk for SunHF.

Dokumentet er utarbeidet av en arbeidsgruppe med følgende medlemmer:

- Spesialergoterapeut Trine Bathen
- Klinikkoverlege Frank Becker
- Leder kompetansenhet Birgitte Dahl
- Spesialfysioterapeut Åsa Måøy
- Leder Regional kompetansetjeneste rehabilitering Jan Egil Nordvik
- Psykologspesialist Marianne Løvstad
- Samhandlingssjef Kirsten Sæther
- Fagsjef i sykepleie Grace Romsland (deltok i første periode av arbeidet)

Dokumentet var gjenstand for en intern høringsrunde på Sunnaas sykehus i februar 2016, og har blitt redigert etter denne.

Sunnaas, 16. mars 2016

Innhold

Innledning	114
Hvorfor skal SunHF være aktør for utdannings-/kompetansevirksomhet?	116
Generelle utviklingstrekk vedr. utdannings-/kompetansevirksomhet	117
Kunnskapsbasert praksis, akademisering av samfunnet	117
Strukturer for samarbeid om utdanning og kompetansearbeid	118
Høgskolers og universiteters vurdering av utdanning i fremtiden	118
Utviklingstrender innen kommunikasjon og digital læring	119
Metoder i utdannings-/kompetansevirksomhet	120
Finansiering av utdannings-/kompetansevirksomhet	121
Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag opp mot skisserte generelle utviklingstrekk	121
Grunn-, videre- og etterutdanning	123
Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag vedr. grunn-, videre- og etterutdanning	124
Kompetansearbeid rettet mot annen helsetjeneste og andre aktører	125
Kompetansetjenester	125
Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag vedr. kompetansearbeid rettet mot annen helsetjeneste og andre	126
Kunnskap rettet mot pasienter, pårørende og interessert offentlighet	127
Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag vedr. kunnskap rettet mot pasienter, pårørende og interessert offentlighet	128
Vedlegg: Grunn-, videre- og etterutdanning ved Sunnaas sykehus HF	129

Innledning

At Sunnaas sykehus er en aktør innenfor utdannings- og kompetansevirksomhet er viktig for sykehusets målgrupper. Ved «å gjøre andre gode» kan SunHF øke kompetansen om rehabilitering og dermed kvaliteten på det totale tilbudet sykehusets pasienter mottar og på rehabiliteringstilbudet i Norge generelt. Forventninger om dette fra pasienter, pårørende og fra andre aktører på rehabiliteringsfeltet vil øke, kompetanseoverføring vil i økende grad bli etterspurt. Å sikre rekruttering er også en grunn for en aktiv rolle på feltet. En annen er å påvirke relevante utdanninger: Ved å undervise vil man være en del av utdanningsinstitusjonene (gjennom bistillinger o.l.), ha større mulighet til å forme fremtidens helsepersonell, fremme kunnskap om rehabilitering og delta i fora med innflytelse. Videre kan kompetansesikring i alle rehabiliteringsavdelinger og institusjoner ses som en regional og nasjonal oppgave, og utstrakt kompetansevirksomhet vil være en forutsetning om sykehuset strategisk skulle tilstrebe en mer definert nasjonal posisjon. Erfaringer og strukturer internt med bl.a. kompetanseenheten i klinikk og eksternt med Regional Kompetansetjeneste Rehabilitering, gir et godt grunnlag for en sterkere satsning om den er ønskelig.

For å utvikle kompetansevirksomheten vil det være viktig med en diskusjon om sykehusets rolle og en nærmere definisjon av målene på feltet. Skal f.eks. aktivitetene være bredt anlagt, eller være mer spisset? Og i tilfelle spisset på hvilke områder? Skal virksomheten ta utgangspunkt i samfunnets/eksternes behov, eller være mer strategisk innrettet mot sykehusets egne behov? Hva skal det satses på av innhold og form?

Det er også nødvendig med en nærmere avklaring av hva som nøyaktig er ansvaret til SunHF på området, også med tanke på hvilke aktiviteter som skal tilbys gratis og hvor det ev. er muligheter for inntekter fra slik virksomhet. Det kan ses som en utfordring hvis sykehuset gir opplæring til f.eks. private aktører gratis.

Å finne de beste former for intern organisering av virksomheten vil være viktig. Mange har allerede i dag utdanningsoppgaver, noe som er både en styrke og en utfordring. Tett sammenheng mellom klinisk praksis og utdannings-/kompetansearbeid er avgjørende. Å sikre dette blir vanskeligere jo større omfanget av aktivitetene blir – samtidig som en stor nok aktivitet kan være nødvendig for god kvalitet, og kan gi ulike fordeler. Å få integrert kompetanse- og utdanningsarbeid med «rutine» faglig oppdatering – å være oppdatert, nysgjerrig og utviklingsorientert – vil være en fordel. Det er både en utfordring for den enkelte ansatte å få satt av nok tid for utdannings- og kompetanseaktiviteter, og for sykehuset overordnet på hvilket nivå aktiviteten skal legges når eventuelle satsninger i liten grad blir finansiert eksternt. Eventuelle satsninger må gjøres mulig gjennom interne prioriteringer. Slike satsninger bør være bred forankret, og det er viktig med prioritering og tilrettelegging fra ledelsen.

Noen trusler mot en vellykket videreutvikling på området er at Sunnaas sykehus er en liten aktør, og at endringer med negative følger kan skje som vi ikke har mulighet å påvirke. Dette

kan være føringer nasjonalt i utdanningssektoren eller endringer hos store samarbeidspartnere som Universitetet i Oslo eller Høgskolen i Oslo og Akershus. Samtidig er også rehabilitering kun en liten del av helseområdet, og større endringer kan påvirke rehabilitering – planlagt eller ikke planlagt. Det kan også tenkes at bedre språkferdigheter og globaliseringen gjør at de som søker kompetanse heller oppsøker utenlandske toppmiljøer. De største utfordringene er dog antakelig å sikre finansiering av eventuell økt kompetansevirksomhet, og om man klarer å henge med i utviklingen – og til og med være i forkant – faglig og teknologisk.

Uansett synes det å foreligge store muligheter for at Sunnaas sykehus kan være det ledende miljøet for utdanning og kompetansevirksomhet på rehabiliteringsfeltet i Norge. Det vil være avgjørende å bygge gode nettverk ved å intensivere eksisterende samarbeid og utvikle ny. Den faglige utviklingen vil kreve at rehabiliteringsfeltet tilegner seg ny kompetanse og samarbeider med nye fagfelt, f.eks. innenfor teknologi. Samarbeid med slike fagfelt også når det gjelder utdanning og kompetanse, vil understøtte den nødvendige utviklingen som sikrer at pasientene for et best mulig rehabiliteringstilbud både av Sunnaas sykehus og av andre aktører.

Hvorfor skal SunHF være aktør for utdannings-/kompetansevirksomhet?

En del av samfunnsoppdraget for offentlige institusjoner med spesialisert kompetanse er å spre kompetanse og å utdanne for å videreføre kompetansen. Ifølge lov om spesialisthelsetjenester § 3-8 skal sykehus særlig ivareta følgende oppgaver:

Pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning, og opplæring av pasienter og pårørende. Sunnaas sykehus er forpliktet til å tilby praksisstudier til bachelorstudenter innenfor det regionale helseforetakets nedslagsområde. Nasjonale og regionale tjenester har også som en del av sitt oppdrag å spre kompetanse. Både utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende innebærer å spre kompetanse fra sykehuset til andre. Det synes naturlig at et høyt spesialisert sykehus legger spesielt vekt på denne typen aktiviteter, nettopp på grunn av den særlige spisskompetansen som ikke foreligger mange andre steder. Slik virksomhet gir SunHF mulighet til å dele sin kompetanse og dermed «gjøre de andre gode».

Spesielt for et rehabiliteringssykehus er det naturlig å være aktiv når det gjelder kompetansespredning, fordi hverdagslivet til pasientene står i fokus for rehabilitering og fordi kunnskap hos både pasient, pårørende og andre samarbeidende aktører rundt pasienten er viktig for en bedre hverdag. Dette gjenspeiles også ved at kurs og andre kompetansetiltak ved Sunnaas sykehus har vært etterspurt over lang tid, og slike aktiviteter dermed har inngått i sykehusets virksomhet. Utdanningsaktiviteter og kompetansespredning gir Sunnaas sykehus en mulighet å påvirke samfunnet på ulike nivåer med utgangspunkt i vår kunnskap, og er også et viktig bidrag for rekruttering av studenter, klinikere og forskere.

§ 6 Spesialisthelsetjenesteloven definerer veiledningsplikten ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten rundt individuelle pasienter, og § 14 Forskrift om habilitering og rehabilitering nevner i tillegg at det også skal gis generelle råd og veiledning, dette er eksplisitt begrenset til «ansatte i kommunen». «Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator» nevner som eksempler på tiltak «kurs med opplæring i temaer knyttet til spesifikke diagnose- og/eller pasientgrupper, kompetanseutvikling om sentrale fellestemaer som individuell plan, koordinatorrollen, kommunikasjon, brukermedvirkning, veiledning, samarbeid osv., lokale og regionale fagnettverk, faste møteplasser for samhandling og dialog omkring faglige utfordringer og e-læringsprogrammer». Plikten om samarbeidet med andre enn kommunene synes å være begrenset til individuelle pasienter.

Til tross for disse bestemmelsene, oppleves det per i dag at føringene ikke er helt klare på hvilke kompetansetiltak helseforetak bør eller må tilby til andre virksomheter, heller ikke til hvilke virksomheter eller i hvilket omfang. Denne typen spørsmål er spesielt relevant også på bakgrunn av at SunHF har registrert et økende antall forespørsler om kompetansebygging f.eks. av private tilbydere av rehabiliteringstjenester, som eventuelt kan være i en konkurransesituasjon til SunHF.

Generelle utviklingstrekk vedr. utdannings-/kompetansevirksomhet

I Stortingsmelding 13 (2011-2012) «Utdanning for velferd, samspill i praksis»

(«Samspillsmeldingen») skisseres et fremtidsperspektiv med et utfordringsbilde der hver fjerde ungdom på landsbasis må velge helse- og sosialfaglig utdanning for å dekke behovet i 2025, og hver tredje i 2035. For et fortsatt bærekraftig velferdssamfunn må tjenester fornyes og utdanninger tilpasses nye behov. Samspillsmeldingen omhandler behov og endringer i de sosialfaglige utdanningene på alle nivåer i utdanningssystemet og helse- og sosialfaglig forskning og utviklingsarbeid. I dag er det ca. 30 % ufaglærte i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Målet er kunnskapsbaserte tjenester som setter brukerne i sentrum.

Det er et mål å skape større faglig bredde i omsorgstjenestene. Samspillsmeldingen beskriver et behov for flere helsefagarbeidere, men også mer kompetanse innen samfunnsmedisin, miljørettet helsevern, ernæring og farmasi. Et annet sentralt satsningsområde er teknologi- og metodeutvikling. Økt samarbeid mellom helse- og sosialfagene og de teknologiske spesialitetene er nødvendig for å sikre en slik utvikling.

Prosjektet "Kvalitet i praksisstudiene" er et ledd i oppfølgingen av Samspillsmeldingen som gjennomføres av UHR på oppdrag fra KD og skal rapportere til kunnskapsdepartementet innen mars 2016 (rapporten foreligger ikke per 16. mars). Dette nasjonale utviklingsarbeidet skal bidra til å heve kvaliteten og sikre relevansen i de eksterne praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene. Oppdraget gjelder alle 19 helse- og sosialfagutdanninger, med tilhørende videre- og masterutdanninger. Prosjektet skal vurdere behovet for og foreslå endringer i omfang og type av praksisstudier for hver utdanning med utgangspunkt i samfunnets behov, foreslå kriterier og indikatorer for hva som kjennetegner kvalitet og relevans i praksisstudiene og utrede behovet for en ordning for godkjenning av praksissteder som læringsarenaer.

Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) er en del av oppdraget – dette handler om tverrfaglig utdanning i forstand av studenter med forskjellig fagbakgrunn lærer sammen om samme tema (ikke lærer tverrfaglig samarbeid). Prosjektet fokuserer spesielt på gjensidig forpliktende samarbeid om praksisstudier, praksisveiledning, samarbeidslæring på tvers av sektorer og profesjoner, kunnskapsbasert praksis i praksisstudier og systematisk kunnskapsutveksling og -utvikling på tvers av praksisfelt.

Kunnskapsbasert praksis, akademisering av samfunnet

Fokuset på kunnskapsbasert praksis i alle ledd vil øke ytterligere og krever høyt utdannet personell som ikke minst har lært å oppdatere og tilpasse sin kompetanse gjennom hele sin yrkeskarriere. Andel av befolkningen med høyere utdanning øker. «Samspillsmeldingen» forventer for perioden 2004 til 2025 at antall personer med bachelorgradsnivå vil øke med 50 % og mastergradsnivå med 60 %. Offentlig sektor vil ha 42 % ansatte med høyere utdanning. Systematisk og tett kontakt mellom utdanning og arbeidslivet er en forutsetning, og det er klare føringer for etablering av kombinerte stillinger. Endringene i utdanningen vektlegger spesielt tverrprofesjonell samarbeid og oppgaveglidning.

NOU 2014:5 «MOOC til Norge – Nye digitale læringsformer i høyere utdanning» fremhever utover det overnevnte at arbeidslivet blir stadig mer kunnskapsintensivt og at dette stiller store krav til høyt utviklet kunnskap, innovasjon og omstillingsevne. MOOC (Massive Open Online Courses) defineres som tilbud som er nettbaserte, som er skalerbare med hensyn til antall deltakere og som er åpne. Digitale læringstilbud som MOOC vil kunne være en kilde til livslang læring og tilpasning av etter- og videreutdanning i forhold til virksomhetenes behov. Kombinasjon av arbeid og utdanning vil være mer tilgjengelig, noe som gir muligheter både til formell utdanning og mer uformell kompetanseheving.

Et annet trekk er økt akademisering av selve utdannings- og kompetansevirksomheten som – på samme måte som andre fagfelt – forventes å være basert på forskningsbasert kunnskap. Det er større vekt på kunnskap om hvilke metoder som fungerer for hvilke formål og for hvem. Hva slags læringsmodeller gir best effekt på læring og på konkret endret praksis/atferd? Kompetanse på dette området vil være vesentlig for de som underviser og sprer kompetanse, både lærer- og institusjonsnivå.

Strukturer for samarbeid om utdanning og kompetansearbeid

Det finnes en rekke arenaer for utdannings samarbeid. Universitets- og høyskolerådet (UHR) skal bidra til utvikling av Norge som en kunnskapsnasjon på høyt internasjonalt nivå er en sentral premissleverandør. Råd for samarbeid med arbeidslivet ved statlige universiteter og høyskoler (St. m. 13 s. 37) skal spesielt trekkes inn i arbeidet med å utforme etter- og videreutdanningstilbud i tråd med arbeidslivets behov.

Regionalt samarbeidsorgan er en arena for dialog og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og sosialfagutdanningene ved universiteter og høyskoler, mens regionalt praksiskoordinatorforum – praksys – fordeler praksisplasser til helsefaggruppene, sosionomer og bioingeniører. Her deltar praksiskoordinatorene fra regionens helseforetak. Samarbeidsprosjekter mellom helseforetak og høyskole gjennomføres for å bidra til økt læring og til bedre læringsmiljø for studentene.

Det er også etablert samarbeidsarenaer for digitale læringsformer hvor «Administratorforum for læringsportalen» er et regionalt forum for drift og utvikling av e-læringsportalen alle helseforetak i regionen er representert. «Nasjonalt nettverk for nettstøttet læring» er et nettverk med representanter fra hele landet som jobber med nettstøttet læring. Nettverket deler erfaringer og bidrar til utvikling på området.

SunHF har avtale om antall studenter som skal tas imot per år. Generelt oppleves det en økt grad av formalisering av samarbeidet mellom universitetene og høyskolene på den ene og helseforetakene på den andre siden, og en økt forpliktelse å ta imot studenter. Det er inngått formelle samarbeidsavtaler mellom SunHF og respektiv høyskole/universitet – for noen, men ikke alle – studentgrupper ved sykehuset.

Høyskolars og universiteters vurdering av utdanning i fremtiden

En gjennomgang av langtidsstrategidokumentene til universitetene i Norge, viser et sterkt fokus på internasjonale ambisjoner og målsetninger. Særlig gjelder dette forskningsaktivitet,

men flere beskriver også at de har strategiske mål om å tilby internasjonalt attraktive og anerkjente utdanningsprogrammer innen sine spesialfelt. Strategier knyttet til framtidens utdannings situasjon omtales i liten grad, og med tanke på undervisning er det først og fremst et felles fokus på å tilby forskningsbasert kunnskap. Den pågående endringen med større fokus på digitale læringsarenaer finner vi lite diskutert i dokumentene for universitetenes hovedstrategier, verken med hensyn til mulighetene for å nå utenfor sitt geografiske nærrområde, eller trusselen fra internasjonale undervisningsmiljøer som satser globalt, for eksempel Harvard University med sitt varierte "online learning" tilbud (<http://online-learning.harvard.edu>). Nye (digitale) læringsformer er ofte lite omtalt, og der de norske universitetene omtaler strategisk satsning innen digital læring skjer det ofte i heller løse vendinger og uten særlig konkret innhold. I praksis er det imidlertid satsninger på digital læring ved bl.a. UiO, HIOA, BI og NTNU, og BI har laget en strategi om fremtidens læring.

Utviklingstrender innen kommunikasjon og digital læring

Utdannings- og kompetansevirksomhet er for tiden i en rivende utvikling som vil fortsette – og antakelig ytterligere akselerere – de kommende tiår. Hovedårsaken er store endringer i kommunikasjonsteknologi med vesentlige implikasjoner for utdannings- og kompetansevirksomhet. Hovedtrekk er økt tilgjengelighet av kunnskap og mindre krevende produksjon av kunnskapsressurser. Mens man for bare to tiår siden økte sin kompetanse mer eller mindre utelukkende ved å delta i en eller annen formell form for utdanning (et studium, en videreutdanning, et kurs e.l.) eller ved å lese en papirbasert kunnskapskilde, er utdannings- og kompetansevirksomhet nå blitt mye mer variert og fleksibelt både når det gjelder form og teknologi. Internettbaserte kunnskapskilder er blitt sentrale for helsepersonell, pasienter, pårørende og interessert offentlighet. Samtidig har sosiale medier blitt sentrale for «uformell» kunnskapsspredning.

Et annet utviklingstrekk – basert på den økende tilgjengeligheten av fagstoff – er at den som skal tilegne seg kompetanse i større grad lærer teori og prinsipper på egenhånd, mens tid sammen med lærere (i vid forstand) først og fremst brukes til å anvende grunnleggende viten, gjerne i samarbeid med andre, og å øve på ferdigheter i praksis. Med andre ord blir det i mindre grad tradisjonelle forelesninger, og i økende grad læring av å anvende viten. Slik omstruktureres f.eks. for tiden medisinstudiet i Oslo der hovedmålet nå formuleres at «studentene kan gjøre fornuftige kliniske vurderinger, ta valg, og samtidig kunne utføre praktiske prosedyrer». På bakgrunn av dette er det også økende fokus på læringsmetoder for praktisk anvendelse som f.eks. «spillifisering» (gamification) og læring gjennom simuleringer.

Et annet viktig poeng er hvordan utvikling av kompetanse nå skjer på mange forskjellige måter som til dels kan være integrert med hverandre. Forskningsformidling, retningslinje- og prosedyrearbeid, medieomtale og innlegg i sosiale medier kan skje sammen med mer klassisk utdanningsvirksomhet. Man ser også i økende grad at ulike digitale kilder settes i forbindelse med hverandre og integreres, hvor f.eks. elektroniske journalsystemer lenker

sammen diagnosekoder med sykdomstaler for helsepersonell og pasienter, resepter med Felleskatalogen og annen legemiddelinformasjon, behandlingsplaner med prosedyrer osv. Også systemer for beslutningsstøtte kan være integrert i dette.

Det er nå mange aktører innen digitale lærings- og kompetansetilbud, og det er en stor utfordring å få oversikt over alle tilbud. En utfordring forbundet med dette er kvalitetssikring av de tilgjengelige kunnskapskildene. Fremover vil det i enda større grad være behov for kompetente miljøer som siler og «godkjenner» kunnskapskilder, og det vil antakelig være forventninger til og krav om at kompetansemiljøer tar på seg slike oppgaver.

Utviklingen så langt har i liten grad vært styrt nasjonalt, og «alle» har laget digitale læringstilbud. Det kommer nå i økende grad nasjonale initiativ for å avstemme produksjon av digitalisert kunnskapsmateriale, dette gjelder f.eks. sykdomsspesifikk informasjon som formidles via www.helsenorge.no, og fagprosedyrer laget i regi av Nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer som er en del av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer). Slik nasjonal styring forventes å øke i omfang.

Sammenfattet viser erfaringene med digitale læringsverktøy så langt at utviklingen vil fortsette å øke og føre til endringer i institusjonenes formidling av kunnskap og organisering av egen undervisning. Bruk av digitale læringsformer er kostnadseffektivt og bidrar til økt kunnskapstilgjengelighet. Samtidig viser erfaringer at læringseffekten er størst ved såkalt «blended learning» med kombinasjon av digitale læringsformer og klasseromsundervisning.

Metoder i utdannings-/kompetansevirksomhet

Utdannings- og kompetansevirksomhet kan foregå på svært mange måter. Klassiske former for utdanningsvirksomhet er studentundervisning med forelesninger, seminarer, kursvirksomhet o.l. Klinisk individuell veiledning for studenter i praksisplasser, turnusplasser o.l. er en annen form. Veiledning av studentoppgaver er også en utdanningsaktivitet. Kompetanseoverføring i sammenheng med overføring av pasienter fra Sunnaas sykehus er en mye brukt arbeidsmåte. Her har man den senere tid sett både økende bruk av teknologi som videokonferanser, men også ambulante besøk som kan inkludere både kompetanseoverføring knyttet til enkeltpasienter og også mer generell rådgiving og veiledning.

Alle former for digitale løsninger vil endre seg betydelig de neste femten årene.

Telefonmøter, videokonferansekurs og webinarer er allerede etablerte, men nye former vil komme til. For generell «uformell» kunnskapsspredning har sosiale medier som Facebook, Twitter, Youtube, Instagram m.fl. blitt sentrale. Teknologisk vil PCer, nettbrett, smartphone mm. bli brukt i enda større grad, men mulig også nye plattformer som vi per i dag ikke kjenner. For veiledning av annen helsepersonell, men også for pasient- og pårørendeopplæring, kan det tenkes at ulike former for «akuttfunksjon» kan bli aktuelle, f.eks. at det etableres former for «vaktordninger» der eksterne via digitale løsninger kan avtale time for å få kvalitetssikret informasjon fra en fagperson. Det er også tenkelig at det

oppstår behov for kunnskapsoverføring vedr. implementering av nye tiltak, f.eks. en form for «endringsagenter» som gir råd og veiledning om kunnskaps

Finansiering av utdannings-/kompetansevirksomhet

Utdanning og kompetansearbeid en del av helseforetakenes oppgaver. Helseforetakenes utdanningsoppgaver, herunder veiledning av studenter, finansieres gjennom deres basisbevilgninger. Utover dette finnes det i liten grad finansieringsmuligheter. Helseforetakene får per i dag ikke betalt for å ha studenter i praksis ved foretaket. Bistillinger for sykehusansatte ved universiteter og høyskoler som medfører utdanningsansvar, er ofte finansiert av SunHF, slik at disse ikke medfører ekstern finansiering av sykehusets utdanningsvirksomhet. Imidlertid finansierer høyskolene også noe av ansattes utdanningsvirksomhet gjennom direktebetaling av ansatte f.eks. for forelesninger eller sensoroppgaver. Utviklingen synes å gå mot økt konkurranse mellom utdanningstilbydere, slik at det er mulig at det fremover i større grad vil være mulighet å få godtgjort bidrag til grunn- og videreutdanninger, spesielt for miljøer med høy kompetanse. Det finnes imidlertid muligheter for å søke prosjektmidler for utdannings- og kompetansearbeid fra ulike kilder, f.eks. stimuleringsmidler for bedring av læringsmiljø for studenter og midler til gjennomføring av samarbeidsprosjekter som søkes via høyskolene. HiOA fordeler årlig slike midler etter vurdering i en komite der SunHF er representert. Lovisenberg Diakonale høyskole har tilsvarende ordning. Det finnes også prosjektmidler fra Helsedirektoratet, midler for digital læring ved UiO mm. Per i dag utgjør dette for Sunnaas sykehus imidlertid ikke større beløp, men det er mulig at tilgang til slike midler kan øke i fremtiden. Godkjenning som nasjonal tjeneste i spesialisthelsetjenesten medfører et beløp som legges til basisbevilgningen og som bl.a. er ment å dekke kostnader i forbindelse med kompetansearbeid. Universitets- og høyskolesektoren har gått gjennom betydelige endringer der større deler av bevilgningene etter «kvalitetsreformen» er knyttet til aktivitet, dvs. antall uteksaminerte studenter. Per nå finnes ikke slike ordninger for utdannings- eller kompetansevirksomhet i helsesektoren (unntatt forskerutdanningen), men dette kan muligens også bli innført her. Dessuten kan det tenkes en utvikling der helsepersonell selv, eller deres arbeidsgivere, i større grad er villig til å betale for utdanning for å være en attraktiv arbeidssøker hhv. arbeidsgiver. Det kan således være mulig at SunHF i fremtiden kan ta direkte betalt for (deler av) utdannings- og kompetansearbeidet. Utviklingen på dette området er usikkert.

Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag opp mot skisserte generelle utviklingstrekk

De neste 15 årene vil se en enda større akademisering av samfunnet og innenfor helsevesenet et enda større fokus på kunnskapsbasert praksis. Sunnaas sykehus har et godt utgangspunkt som sentral aktør for utdannings- og kompetansearbeid på rehabiliteringsfeltet. Grunner til dette er bl.a. høyt utviklet kompetanse når det gjelder faglige aspekter og metoder, samt en allerede godt utviklet tverrfaglig akademisering. Disse

faktorene legger også til rette for å være en sentral aktør når det gjelder å sortere og filtrere hvor vidt digitalt tilgjengelig informasjon er av høy kvalitet og relevant for rehabilitering.

Det foreligger per i dag samarbeid med en rekke aktører om utdanning og kompetansevirksomhet, som kun delvis er formalisert. SunHF er representert i noen samarbeidsfora på feltet, men sykehuset har ingen overordnet strategi for utdannings- og kompetansevirksomheten, f.eks. hvilke nettverk ønskes videreutviklet eller hvilke sentrale arenaer man bør delta i.

Sykehuset har den senere tid hatt en viss satsning på digital læring og opparbeidet seg kompetanse. Området innebærer store muligheter der man kan forvente en stor utvikling med nye metoder og stort etterspørsel etter nye tilbud. En videreutvikling på området er potensielt ressurskrevende – det kreves at infrastruktur er på plass og oppdatert, og at kompetanse både på teknologi og digital læring er tilgjengelig. Det vil kreve en viss «kritisk masse» for å holde seg oppdatert på utviklingen, samt nettverksbygging og samarbeid med andre miljøer.

Grunn-, videre- og etterutdanning

Utdanningen av faggruppene i helsevesenet er i endring. Helsemyndighetene har som målsetting at langt flere fagpersoner enn i dag skal ha utdanning ut over bachelornivå. Kunnskapsdepartementet har fulgt opp dette ved å peke på nye strukturer for grunn- og videreutdanninger i St.meld. 13. Flere tradisjonelle videreutdanninger er på vei til å bli masterstudier. Videre foregår et nasjonalt utviklingsprosjekt som er tverrfaglig sammensatt, «Praksisprosjektet», for å få de ulike bachelorutdanningenes praksisperioder så like som mulig. Dette medfører økt fokus på tverrprofesjonell samarbeidslæring, hvor studenter fra bachelorutdanningene samarbeider i praksis om de samme pasientene, og hvor studenter lærer av hverandre. I denne sammenheng blir det sannsynligvis krav om veilederkompetanse for de som veileder studenter, samt at studentveiledning tas inn i stillingsbeskrivelser som en av arbeidsoppgavene.

Det finnes allerede et betydelig tilbud av videreutdanninger innen rehabilitering ved norske høyskoler og universiteter. De fleste av disse er enkeltstående studier med varierende omfang (15-60 studiepoeng), og tverrfaglige i den forstand at de retter seg mot alle typer helseprofesjoner. Ved noen læresteder som Universitetet i Agder og Høgskolen i Oslo og Akershus er det også mulig å ta mastergrader med særlig fokus på rehabilitering. I tillegg tilbyr flere høyskoler og universiteter helsefaglige mastergrader der studentene kan velge rehabiliteringsfaglig fordypning. Videreutdanningstilbudet (inkl. master) strekker seg fra generelle kurs om rehabilitering til tematisk avgrensede studier som akutt slagbehandling, samhandling innen rehabiliteringsfeltet, eller velferdsteknologi og rehabilitering rettet mot eldre. Det er derimot usikkert i hvilken grad tilbudene er koordinerte og dekker behovet for videreutdanning innen rehabiliteringsfeltet.

Sunnaas sykehus har oppgaver i grunn-/videre- og etterutdanning for en rekke yrker. En gjennomgang viser stor utdanningsaktivitet på mange områder (se vedlegg for detaljer). De største utdanningsinstitusjonene vi samarbeider med er Universitetet i Oslo og Høgskolen i Oslo og Akershus. Sykehusets spesialkompetanse, endringer i utdanningene og etterspørsel fra universiteter/høyskoler tilsier et utviklingspotensial. De siste årene har tverrprofesjonelt samarbeidslæring vært utprøvd i noen praksisperioder der studenter fra ulike fagprofesjoner arbeider felles om utvalgte pasienter. For enkelte av utdanningene foregår undervisning på Sunnaas sykehus, noe som anses som viktig med hensyn til rekruttering av nye medarbeidere.

Generelt bidrar SunHF til masterutdanning gjennom masterprosjekter som gjennomføres ved sykehuset. I tillegg til de klassiske fagutdanningene innen rehabilitering gjelder dette i senere tid også andre utdanninger som informatikk, design o.l., gjerne i tilknytning til innovasjonsprosjekt på bachelor- eller masternivå.

Felles for mange faggrupper er også bidrag til faglige og tverrfaglige etterutdanningskurs lokalt, nasjonalt og internasjonalt.

Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag vedr. grunn-, videre- og etterutdanning

Utdanningsaktiviteter er både en belastning og en berikelse – de krever ressurser, men studenter er gjerne teoretisk sterke og tilfører sykehuset oppdatert kunnskap, samt at man «lærer ved å lære bort». Utdanningsaktiviteten medfører også nyttig dialog med universiteter og høyskoler, gir mulighet til å påvirke utdanningen av fremtidige ansatte og er et viktig tiltak for rekruttering.

Det forventes en økende etterspørsel etter bidrag fra Sunnaas sykehus til grunn-, videre- og etterutdanning i fremtiden. Det kan tenkes at grunnutdanningene er mest stabile, mens det muligens kan forventes større endringer i videre- og etterutdanningene. På sistnevnte område kan det tenkes at sykehusene kommer til å spille en større rolle, bl.a. med utdanningsaktiviteter bestilt av arbeidsgivere. Det vil antakelig bli en etterspørsel etter mer fleksible utdanningstilbud, noe som igjen krever fleksibilitet av sykehuset som utdanningstilbyder. Det fremstår som noe uklart om fremtiden fortsatt vil se mange forskjellige formelle utdanninger – og kanskje til og med et økt antall med også større innslag av private tilbud – eller en større grad av myndighetsstyrt regulering, samordning og samarbeid mellom involverte institusjoner.

Sunnaas sykehus er en sterk utdanningsaktør på rehabiliteringsfeltet. Etter at en del av utdanningsvirksomhet ble samlet i kompetanseenheten, har det blitt mer system og struktur rundt spesielt praksisutdanningen. Fremtiden vil kreve at det ikke kun spres kunnskap, men bygges reell kompetanse, ikke minst også praktisk. Mens akademiske metoder kan læres mange steder, ligger Sunnaas sykehus sin styrke spesielt på å utdanne i rehabiliteringsarbeid i praksis «hands on». Det vil være vesentlig for SunHF sin fremtid som utdanningsaktør hvordan man klarer å videreutvikle spesielt denne typen utdanningstilbud. Andre vesentlige punkter er strategisk videreutvikling av nettverk og å etablere ytterligere samarbeid med høyskoler og universiteter om undervisning i rehabilitering. Vellykket integrering av utdanningsvirksomheten i den kliniske hverdagen er også en sentral utfordring.

Det bør også vurderes hvor vidt Sunnaas sykehus bør stå i spissen for en utvikling av nye utdanningsløp, dette vil som regel ha samarbeid med utdanningsinstitusjoner som en forutsetning. Man kan f.eks. tenke seg utdanning av «treningsassistenter» som bistår terapeuter og spesielt kan være attraktive for kommunehelsetjenesten. Dagens logopedutdanning vektlegger ikke nevrorehabilitering av voksne i den grad helsevesenet har behov for. Andre eksempler kan være videreutdanninger i rehabiliteringssykepleie eller utdanningsløp innenfor rehabiliteringsteknologi både for helsepersonell og ingeniørfag. I andre land finnes egne utdanninger for koordinatorfunksjoner («rehabilitation manager», «case manager» e.l.).

Den senere tid har flere studenter med ikke-helsefaglig bakgrunn gjennomført studentprosjekter på Sunnaas sykehus, f.eks. i tilknytning til innovasjonsprosjekter. Hvor vidt man klarer å intensivere denne typen utdanningsaktiviteter og videreutvikle nettverk rundt dem, vil ha stor innvirkning på kompetanseutviklingen på disse områdene – dette gjelder ikke minst teknologifeltet.

Kompetansearbeid rettet mot annen helsetjeneste og andre aktører

Kunnskapsformidling mot annen helsetjeneste og andre aktører skjer på mange områder. Ett er det som følger den enkelte pasient som skal hjem og trenger hjelp i sin kommune. Slik kompetansearbeid skjer gjennom samarbeidsmøter og hospitering, ambulante besøk og videokonferanse. Ett annet område er det som formidles gjennom forskningen, og da særlig via artikler. Forelesninger på konferanser regionalt, nasjonalt og internasjonalt er en annen form for kompetanseformidling. Ett tredje område er temaspesifikk kompetanseutvikling som formidles digitalt, via nettsidene, e-Læring, videoer, webinar som ikke krever personlig oppmøte, men kan hentes når det passer ulike fagpersoner. helsenorge.no er under utvikling som den nasjonale nettsiden for kunnskap om sykdom og behandling. Det fjerde område er formidling av kompetanse om rehabilitering generelt, og da kanskje særlig mot kommunene, bl.a. gjennom forelesninger, kurs og hospiteringer. Arrangering av konferanser er et annet virkemiddel, som den årlige regionale ReHabiliteringskonferansen. Kurs via videokonferanse og utviklingsprosjekter med utvalgte kommuner er andre former for kompetansespredning. En annen måte å spre rehabiliteringskompetanse på er at fagpersoner fra Sunnaas sykehus tar posisjoner i faglige organisasjoner, nasjonale råd o.l. Deltakelse i arbeid med retningslinjer, faglige prosedyrer o.l. gir konkrete muligheter for å påvirke klinisk praksis.

Fra sykehusets pasienter får man ofte tilbakemeldt at det mangler kunnskap hos flere aktører i rehabiliteringskjeden. I tråd med de politiske føringene om at kommunene må ta større ansvar for rehabilitering, er det også klare føringer på at omfanget av lokale tjenester skal økes lokalt med tilsvarende behov for utvikling av kompetanse. Kommunene må være premissleverandør for hvordan dette skal gjøres. Det er ulike behov hos ulike lokale aktører som kommunehelsetjenesten, NAV, skole mm.

Det er åpenbart at mange kommuner har god kompetanse og fått opp gode tjenester for sine innbyggere. Erkjennelsen av at kommunene er ulike både i befolkningsgrunnlag og hvilke tjenester de tilbyr, gjør at man må tenke fleksible løsninger. Derfor vil det være naturlig å se en modell der kommunene har ansvar for system for kompetanse på noen områder, mens det på andre områder er spesialisthelsetjenesten som tilbyr kompetanseutvikling.

Et vesentlig område er også kompetansearbeid mot annen spesialisthelsetjeneste. Her er det viktig både å formidle kunnskap om våre pasientgrupper til spesialisthelsetjeneste som behandler pasientene for andre tilstander, men det er også vesentlig å formidle rehabiliteringskunnskap og kompetanse til akutt- og andre spesialistmiljøer på hvordan leve med funksjonsnedsettelse.

Kompetansetjenester

Den nasjonale behandlingstjenesten for rehabilitering ved locked-in syndrom og TRS – et kompetansesenter for sjeldne diagnoser, er som nasjonale tjenester generelt pålagt å drive kompetanseoppbygging, kompetansespredning og veiledning innenfor egne fagområder til øvrige deler av helsetjenesten og andre tjenesteytere. Dette innebærer både veiledning i

forhold til enkeltbrukere, men i hovedsak arbeid med undervisning, formidling av forsknings- og utviklingsarbeid, nettinformasjon og e-læringskurs, samt samarbeid med andre i helsetjenesten nasjonalt og internasjonalt for å utvikle veiledere og systemer for diagnostisering og oppfølging.

Regional kompetansetjeneste Rehabilitering (RKR) i Helse Sør-Øst arbeider for å øke rehabiliteringskompetansen i alle helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene. Målgruppen for RKR er primært fagfolk i spesialisthelsetjenesten, «og der det er naturlig, inkludere kommunehelsetjenesten». RKR skal arbeide utover de kliniske målgruppene til Sunnaas sykehus, og vektlegger å ta i bruk den kunnskapen som finnes ved å implementere en velprøvd modell for kunnskapstranslasjon.

Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag vedr. kompetansearbeid rettet mot annen helsetjeneste og andre

Sunnaas sykehus har på bakgrunn av eksisterende kompetanse, erfaringer og sin posisjon som kjent aktør potensialet til å være en betydelig større formidler av kompetanse på rehabiliteringsområdet. Dette særlig overfor kommunene, men også bl.a. annen spesialisthelsetjeneste. Vedr. kommunene vil det være sentralt hva som kommer til å bli etterspurt, noe som foreløpig er noe uklart. Det vil være nødvendig å videreutvikle former og innhold i samarbeid med målgruppene for slike aktiviteter. Det ligger muligheter bl.a. i nasjonalt retningslinje- og prosedyrearbeid, faglige foreninger mm. Det vil være et strategisk valg hvor vidt sykehuset tillater og ev. aktivt støtter fagpersoner som er aktuelle for slike verv. Med bakgrunn i antallet fagpersoner som jevnlig underviser internt eller eksternt har Sunnaas sykehus et betydelig potensial for å bidra i enda større grad til utadrettet kompetansevirksomhet, f.eks. også i nettpublikasjoner om rehabilitering eller helsenorge.no.

Kunnskap rettet mot pasienter, pårørende og interessert offentlighet

Ikke bare samarbeidspartnere, men også pasienter og pårørende har et stort informasjonsbehov om helsetjenester. Dette inkluderer også beskrivelser av målgrupper, behandlingsprogrammer og henvisningsrutiner som kan anses som en form for kunnskapsspredning. Noen kan være svært godt orientert om behandlingsmuligheter og helsetilbud og ønsker å vite om detaljer, mens andre leter etter basal informasjon – uansett er informasjonsbehovet stort. Dette gjelder også i rehabiliteringsfeltet, og denne utviklingen vil styrke seg betydelig i årene frem mot 2030. Publikum vil i enda større grad forvente å finne informasjon, at informasjonen er oppdatert og at den er tilgjengelig på en rekke plattformer og på en lettfattelig måte både for funksjonsfriske og de med spesielle kommunikasjonsbehov.

Regional strategi for pasient og pårørendeopplæring legger føringer for videre arbeid innen læring og mestring og beskriver blant annet hvordan kvalitet og pasientsikkerhet i behandlingen er avhengig av god opplæring. Styret for Helse Sør-Øst RHF vedtok i november 2012 Plan for strategisk utvikling 2013-2020 for Helse Sør-Øst. Den la føringer om at tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukerens behov, at pasient- og pårørendeopplæringen skal styrkes ytterligere og at informasjon, pasientopplæring, brukermedvirkning og selvhjelp skal integreres i pasientforløpene. Samtidig er det et sterkt nasjonalt og internasjonalt fokus på en ny og aktiv pasientrolle, hvor pasientene tar større ansvar for egen helse. Det krever bl.a. pasientopplæring, og det forventes at behovet for lærings- og mestringstjenester vil øke. Strategien peker på særskilt 5 innsatsområder for utvikling av tilbudene: Kunnskapsgrunnlaget, kompetanseutvikling, kvalitet og tilgjengelighet, samhandling og e-helse. Kunnskap om informasjonsformidling både på innholds- og metode-/teknologisiden, samt kompetanse på helsepedagogikk og samarbeid med andre aktører innenfor feltet er forutsetninger for vellykket arbeid på området. Lærings- og mestringstilbud vil dermed også i fremtiden ha en viktig rolle hvor fysiske møter fortsatt vil være en del av virksomheten, mens det i økende grad også tas i bruk digitale læringsformer for å gjøre læringstilbudene tilgjengelig for flere pasienter og pårørende. Å legge til rette for at nåværende og tidligere pasienter og deres pårørende får økt kunnskap, forståelse og kompetanse gjennom møtepunkter der de treffer hverandre og kompetent helsepersonell, er også fremover en viktig del av pasient- og pårørendeopplæringen. Ny informasjonsteknologi muliggjør også utvikling av pasientjournalssystemer der pasienter gjennom elektronisk journal ikke bare kan finne dokumentasjon om sin kontakt med helsevesenet, men også få tilgang til ressurser som kan bidra til kunnskap, informasjon og videreføring av rehabiliteringsprosessen. Dette kan for eksempel gjelde områder som planleggings- eller treningsverktøy for videreføring av rehabiliteringen samt samhandling og kommunikasjon med kontaktpersoner i rehabiliteringsteamet.

Det er viktig for pasientene og deres liv med funksjonsnedsettelse at vår kompetanse og de tjenester vi tilbyr, formidles aktivt til offentligheten – dette er samtidig også et område der sykehuset kan profilere seg. I og med at å leve livet med funksjonsnedsettelse på best mulig

måte står helt sentralt i rehabilitering, har et spesialsykehus i rehabilitering gode forutsetninger for kunnskapsspredning om slike forhold. Det er en gradvis overgang fra kompetansespredning til offentligheten generelt til mer målrettet arbeid rundt enkeltpasienter og deres pårørende. Sunnaas sykehus sin virksomhet omhandler temaer som er av allmenn interesse, hvilket medfører regelmessig eksponering av både pasienter og behandlere i media. Gjennom slik generell offentlighetsarbeid kan SunHF bidra til et best mulig liv for våre pasientgrupper, ved å spre kunnskap om pasienter med funksjonsnedsettelse og deres behov.

Vurdering av Sunnaas sykehus per i dag vedr. kunnskap rettet mot pasienter, pårørende og interessert offentlighet

Område er krevende der man «aldri er ferdig» og der informasjonsbehovet alltid vil være stort. Det vil fremover være en forutsetning at nødvendig informasjon til pasienter og pårørende knyttet til sykehusets pasienttilbud er omfattende, lett tilgjengelig og fortløpende oppdatert. Forventningene fra publikum om hva som er «nødvendig informasjon» i denne sammenheng, vil øke betydelig.

Sunnaas sykehus har arbeidet en god del med digital kommunikasjon og dermed et godt utgangspunkt for nye og fleksible løsninger for pasientinformasjon og -opplæring. En tett integrering av det kliniske tilbudet og opplæringstilbud, er vesentlig. Det vil være viktig å bygge ut nettverk, spesielt mot brukerorganisasjoner og ledende miljøer innen helsepedagogikk, der sykehuset vil ha økt kompetansebehov. Å inkludere familieperspektivet og større deler av pasientens sosiale nettverk i opplæringstilbudene, vil være en av utfordringene.

Når det gjelder generell informasjon om rehabilitering vil det være vesentlig å opprettholde den gode merkevaren «Sunnaas sykehus» som er en forutsetning for medieoppmerksomhet.

Vedlegg: Grunn-, videre- og etterutdanning ved Sunnaas sykehus HF

bioingeniører

Med uregelmessige mellomrom er bioingeniørstudenter på Sunnaas sykehus i praksisperioder på 3 dager eller 8 uker. Det forventes liten endring i utdanningsaktiviteten på SunHF da Høgskolen i Oslo og Akershus i hovedsak ønsker praksisplasser på større laboratorier.

ergoterapi

Sunnaas tar imot studenter i grunnutdanning (bachelor) fra HiOA, per i dag 10 studenter totalt pr år (2. og 3. års studenter i praksisperioder på 8 til 9 uker). I tillegg 4 studenter hvert år på 3 dagers introduksjonspraksis (1. års studenter). 2. års studenter har praktisk eksamen med inneliggende pasienter. Veilederansvar går på omgang mellom ergoterapeutene, mens en studenthovedveileder har arbeidsoppgaver tilsvarende ca. 20 % stilling i tillegg til andre oppgaver. Ergoterapeuter på Sunnaas bidrar regelmessig som forelesere på grunnutdanningen og også med sensoroppdrag på eksamen.

Godkjenningsordning av ergoterapispesialister er nå endret og fra 2020 vil det være krav om masterutdanning for å bli godkjent som ergoterapispesialist. Sunnaas kan være og er en viktig arena for mastergradsprosjekter. Ergoterapeuter på Sunnaas vil også kunne være bidragsyttere inn i videre- og etterutdanninger.

fysioterapi

Sunnaas sykehus har avtale med HiOA om utdanning og tar imot 3. års studenter i praksis gjennom hele skoleåret (august til juni) – to studentgrupper på hhv. høsten og våren med ni ukers veiledet praksis per studentgruppe som består av fire studenter av gangen.

Studentene blir utplassert på ulike avdelinger og har i tillegg workshops, gruppeledelse og annen undervisning. Veiledningen er organisert med en hovedveileder i 20 % stilling, samt kliniske veiledere (en per student). Praksisperioden må bestå for å få lov til å gå opp til klinikkeksamen. Hovedveileder arrangerer klinikkeksamen og ev. konteeksamen for noen av de studentene som har hatt praksisperiode her. 2. års studenter har observasjonspraksis på enkelte dager ut fra avtale. Høgskolen kan avtale praksisperiode for studenter utenfor regionen ut fra tilgang på praksisplasser. Fremover forventes minst samme behov for antall studenter i praksis på Sunnas sykehus HF som per nå. Det er også sensoroppdrag og veiledning av masterstudenter ved ulike høgskoler/universiteter.

helsefagarbeider

Helsefagarbeidere er en viktig ressurs innen helse- og omsorg. Kompetanseløftet 2015 (som spesifisert i Stortingsmelding nr. 25 2005–2006) hadde ambisiøse mål bl.a. om å sikre bruttotilgang på helsefagarbeidere på om lag 4.500 per år gjennom rekrutterings- og kvalifiseringstiltak. Imidlertid gjennomfører få studenter ved helse- og sosialfag på videregående læretiden sin, og antall utdannede helsefagarbeidere er nå betydelig lavere enn det totale antallet hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som gjennomførte utdanningen

før 2009, da hjelperpleierfaget og omsorgsarbeiderfaget ble slått sammen til helsefagarbeiderutdanningen. SunHF har som mål å ha til enhver tid minimum 6 lærlinger i helsefag. Dette er en utfordring da flere avbryter lærlingeløpet grunnet omskolering, helsemessige årsaker eller videreutdanning. Av de nevnte årsakene er fremtiden til helsefagarbeiderutdanningen uviss.

klinisk ernæringsfysiologi

Sunnaas sykehus har relativt nylig ansatt klinisk ernæringsfysiolog og i den forbindelse inngått samarbeidsavtale med Avdeling for ernæringsvitenskap, Universitetet i Oslo, som inkluderer forskningssamarbeid, undervisning og studentaktivitet. Det ligger til rette for et større engasjement i utdanningen av kliniske ernæringsfysiologer, og dette ser ut til å være ønskelig fra universitetets side. Fra 2016 er det planlagt at studenter i klinisk ernæring skal gjennomføre masteroppgaver på Sunnaas sykehus. Etter hvert skal det legges til rette for at ernæringsstudenter kan ha 4-ukers klinisk praksis ved Sunnaas sykehus, og for bidrag inn i undervisningen i klinisk ernæring på Universitetet i Oslo.

logopedi og spesialpedagogikk

Logopeder på Sunnaas sykehus bidrar i undervisning av masterstudenter innen fordypning i logopedi ved Institutt for spesialpedagogikk (ISP), Universitetet i Oslo gjennom forelesninger, praksis, veiledning og forskningssamarbeid. Etter avtale med ISP tilstrebes det å ta imot 2 studenter 3 til 5 uker på våren og 2 til 4 uker på høsten. Det er krav at hovedveiledere har vært i arbeid i minst 2 år og har veilederkompetanse, der ISP tilbyr innføringskurs for praksisveiledere. Gjennom flere år er det også gitt undervisningsbidrag til logopedutdanningen ved Nord Universitet i Bodø, formalisert ved en avtale som fornyes årlig. Derfra har det også vært forespørsel om praksisplasser, mens man av kapasitetsgrunner så langt har prioritert Universitetet i Oslo.

Et utviklingsområde er utdanningsbidrag til flere masterfordypninger. Sunnaas sykehus har fra høsten 2015 bidratt til å ha studenter i 4 ukers praksis fra studieretningen spesifikke lærevansker, samt drøftet mulighet også for praksis innen fordypning i utviklingshemning. Med hensyn til etterutdanning er det stort etterspørsel etter hospitering fra logopeder og i noen grad spesialpedagoger i hele landet, samt noen utenlandske besøk.

medisin

Gjennom tilknytningen til Universitetet i Oslo er SunHF involvert i utdanning av medisinstudenter. Universitetsansatte leger med undervisningsplikt er formelt ansvarlige for undervisning av medisinstudenter, men mange leger og andre fagpersoner bidrar på de ulike undervisningene. I tillegg til forelesninger i regi av Sunnaas, har hver medisinstudent 2 undervisningsdager på Sunnaas. Noen studenter skriver prosjektoppgave tilknyttet SunHF. SunHF er landets største utdanningsinstitusjon for spesialistutdanning i fysisk medisin og rehabilitering, og er også godkjent utdanningsinstitusjon i nevrologi. Utover tjeneste og utdanning på Sunnaas er man også involvert i og delvis ansvarlig for flere spesialistkurs. Medisinstudiet er for tiden under omorganisering, og rehabilitering – og Sunnaas sykehus –

vil få en større rolle fremover. Også spesialistutdanningen er under revisjon nasjonalt. Det skal innføres felles kompetansemoduler for alle legespesialister hvor SunHF er aktuell bidragsyter. Fysikalsk medisin og rehabilitering er en liten spesialitet med heller høy aldersgjennomsnitt, slik at det kan forventes stort behov for nye spesialister fremover, også i lys av at kommunene skal bygge ut rehabiliteringskompetanse.

psykologi

Sunnaas sykehus samarbeider med Psykologisk Institutt (PSI) ved Universitetet i Oslo, og mottar studenter på embetsstudiet i psykologi i både kortere delpraksis, og i 6 måneders hovedpraksis. I tillegg kommer studenter fra andre universiteter og psykologutdanninger i Danmark og Sverige. Gjennom bistillinger ved PSI er Sunnaas tillagt ansvaret for nevropraktikum, der studenter tilbyr behandling til pasienter med nevrologisk skade under veiledning fra de aktuelle Sunnaas-psykologer. Videre veiledes master- og hovedoppgaver i psykologi, gjerne tilknyttet pågående forskningsprosjekter ved Sunnaas. Sunnaas innehar det største nevropsykologiske miljøet i Norge, og utdanner kontinuerlig spesialister i nevropsykologi, basert på veiledning gitt av egne spesialister. Det er ikke grunn til å forvente reduksjon i bidrag til utdanning av psykologer, tvert imot kan man se for seg utvidelse av Sunnaas sin rolle mot UiO i takt med økt forskningskompetanse blant psykologene. Det er generelt grunn til å forvente en økning i antall psykologer i somatiske sykehus og kommuner i fremtiden.

sosionom

Sunnaas sykehus HF er involvert i praksisutdanning av studenter ved bachelorutdanningen i sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus og Diakonhjemmet Høgskole. Sunnaas tar imot studenter hvert semester for 12 og 19 ukers praksisperioder. Det gjennomføres også enkeltstående undervisningsdag ved Sunnaas sykehus for studenter ved Diakonhjemmet Høgskole. Per i dag er det ikke et formelt samarbeid om forelesninger på bachelornivå, men det foregår dialog med høgskolen rundt etablering av slikt samarbeid. Etablering av undervisningsbolker innen rehabilitering og sosialt arbeid for bachelorstudenter, og muligens også for studenter ved relevante videreutdanninger, er et annet utviklingsområde.

sykepleie

Foretaket tar imot ca. 50 sykepleierstudenter per år for praksisperioder på ca. 10 uker. Disse kommer fra Høgskolen i Oslo og Akershus (3. studieår) og Lovisenberg Diakonale høyskole (2. studieår). Representanter fra Sunnaas er på Lovisenberg og underviser om rehabiliteringssykepleie. Det arbeides med å inngå en formell avtale om undervisning med begge høyskolene på tema rehabiliteringssykepleie. Veiledning av studentene organiseres av fag- og systemansvarlige sykepleiere som finner kliniske veiledere i aktuelle avdeling. Rehabilitering er i gjeldende rammeplan kun en liten sekvens i sykepleiernes praksisstudier, slik at studentene har hatt andre læringsmål for sine praksisstudier ved Sunnaas sykehus, for eksempel medisinsk behandling og ferdigheter knyttet til rammeplanens krav om kirurgisk praksis. Det forventes at rehabilitering vil få en betydelig større plass når rammeplanen må

revideres i tråd med endret organisering av helsetjenestene. Sykepleiere ved Sun HF ligger i forkant når det gjelder rehabiliterende sykepleie og kan være premissleverandør når det gjelder struktur og innhold på studier som angår sykepleie i rehabilitering.

HOD har i dag en egen satsning på masterutdanning av sykepleiere i kommunene, og flere slike prioriteringer kan forventes å komme i fremtiden. Langt flere sykepleiere enn i dag, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, vil i årene som kommer ta studier på master- og PhD-nivå. Gjennom samarbeidet som er etablert med universiteter og høyskoler bør flere av disse sykepleierne knytte seg til forskningsmiljøet ved Sunnaas sykehus.

Sunnaas har i tillegg avtale med NIH om mottak av studenter innen idrett og helse.

I samarbeid med Sykehusapotekene HF ble det i 2015 for første gang gjennomført en masteroppgave i klinisk farmasi ved sykehuset, med utgangspunkt i Farmasøytisk institutt ved universitetet i Oslo. Man ønsker å fortsette samarbeidet.