

# Utviklingsplan

Sunnaas 2035

«Det høyspesialiserte rehabiliteringssykehuset»

Høringsdokument - planutkast



SUNNAAS SYKEHUS



## Innhold

Forord.....	4
Sammendrag .....	5
1 Bakgrunn og historikk.....	6
1.1 Gjennomføring av prosjektet .....	7
1.2 Mandat, organisering og interesser.....	7
2 Nåsituasjonen.....	7
2.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet .....	7
2.2 Pasientbehandling .....	8
2.2.1 Pasientbehandling – faglig prioritering .....	8
2.2.2 Overføringssamarbeid med traumesykehuset (OUS) og øvrige akuttisyrkehus .....	12
2.2.3 Kvalitet og pasientsikkerhet .....	12
2.2.4 Pasient- og pårørendeopplæring.....	13
2.3 Nasjonale og regionale funksjoner.....	13
2.4 Oppgavedeling og samhandling .....	14
2.4.1 Samhandling med helseforetakene.....	14
2.4.2 Samhandling med kommunene .....	14
2.4.3 Samhandling med private rehabiliteringsinstitusjoner .....	14
2.4.4 Internasjonal aktivitet .....	15
2.5 Organisasjon og ledelse.....	15
2.5.1 Ledelse og arbeidsmiljø .....	15
2.6 Bemanning og kompetanse.....	15
2.6.1 Tilgang på kompetanse - faglig og teknologisk utvikling.....	17
2.6.2 Utdanning og kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner .....	17
2.7 Innovasjon og forskning .....	18
2.7.1 Innovasjon .....	18
2.7.2 Forskning .....	18
2.8 Økonomi.....	19
2.9 Teknologi og utstyr .....	20
2.10 Dagens bygg – tilstand og muligheter .....	21
2.10.1 Areal .....	21
2.10.2 Tilstandsvurdering.....	21
2.10.3 Tomt og eiendomsforhold.....	22
3 Gjeldende overordnede strategier og føringer .....	22
3.1.1 Føringer fra Helse Sør-Øst til helseforetakenes utviklingsplaner.....	22
3.1.2 Anbefalinger i Nasjonal Traumeplan .....	22
3.1.3 Anbefalinger i Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag .....	23

3.1.4	Prioriterte satsinger i Helse og omsorg 21 .....	23
4	Utviklingstrekk og framskrivning .....	23
4.1	Demografi og sykdomsutvikling .....	23
4.2	Endringsfaktorer .....	24
4.3	Kapasitetsberegning .....	24
5	Analyse og veivalg for helseforetaket .....	25
5.1	Utfordringsbildet - rehabiliteringstilbudet i regionen .....	25
5.1.1	Finansiering .....	26
5.1.2	Avklaringsbehov – nasjonal og regional oppgave- og funksjonsfordeling .....	26
5.2	Risiko- og mulighetsanalyser .....	26
5.3	Kriterier for valg .....	26
6	Målbilde: Sunnaas sykehus mot 2035 .....	27
6.1	Det høyspesialiserte rehabiliteringssykehuset .....	27
6.1.1	Teknologi tas i bruk i alle aspekter ved virksomheten .....	28
6.1.2	Integrasjon av klinikk, forskning og innovasjon .....	28
6.2	Tverrfaglig ambulant rehabiliteringspoliklinikk .....	29
6.3	Intervensjonscenteret for spesialisert rehabilitering .....	29
6.3.1	Testsenter for innovasjon og utprøving av ny teknologi .....	29
6.3.2	«Rehab-akademiet» .....	30
6.3.3	Fagnettverk .....	30
6.3.4	Kompetansepakker .....	30
6.3.5	Regionalt kvalitetsregister .....	31
6.4	Sunnaas som samfunnsaktør .....	31
7	Konsekvenser .....	32
7.1	Organisasjon og ledelse .....	32
7.2	Oppgavedeling og samhandling .....	32
7.3	Bemanning og kompetanse .....	32
7.4	Teknologi og utstyr .....	33
7.5	Bygg .....	33
7.6	Økonomi .....	33
8	Anbefaling .....	34
9	Referanser og bakgrunnsdokumenter .....	35
	Vedlegg I – Mandat og organisering .....	35
	Vedlegg II – Interessenter og involvering .....	36
	Vedlegg III – Idéfaserapport Sunnaas sykehus HF .....	36
	Vedlegg IV – Strategi 2030 kortversjon .....	36
	Vedlegg V – Strategi 2030 grunnlagsdokument .....	36

## Forord

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

Sykehuset har etablert en unik posisjon nasjonalt og regionalt, og er også en relevant aktør på den internasjonale fagarena. Posisjonen gir sykehuset gode forutsetninger for å bidra til å løse viktige utfordringer som skisseres i blant annet Nasjonal traumeplan, Den nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21, samt føringer fra Helse Sør-Øst RHF for helseforetakenes utviklingsplaner. Sunnaas sykehus er akkreditert på høyeste internasjonale nivå<sup>1</sup>.

Sunnaas sykehus oppsummerer utfordringsbildet for rehabiliteringsfeltet nasjonalt i tre hovedproblemstillinger:

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

Utviklingsplanen for Sunnaas sykehus mot 2035 adresserer disse problemstillingene direkte, og det anbefales å videreutvikle Sunnaas sykehus som et høyspesialisert rehabiliteringssykehus. Sunnaas sykehus mot 2035 vil utvikle og tilby tjenester som gir flere pasienter tilgang til rehabilitering, som sikrer optimal bruk av kompetanse, som bedrer kompetanseutveksling i rehabiliteringsfeltet nasjonalt og regionalt, som ivaretar utdanningsansvar og fremmer kunnskapsproduksjon og innovasjon.

Planen viser et mål bilde hvor Sunnaas sykehus HF som et spesialsykehus innen rehabilitering er et faglig tyngdepunkt både nasjonalt og regionalt. Pasienter med komplekse funksjonstap etter sykdom og skade tilbys et døgnbasert og poliklinisk tilbud tilpasset individuelle behov. For å sikre pasientene best mulig tilgang til behandling og helhetlige, sømløse pasientforløp, utvikler sykehuset virtuelle behandlingstilbud og en ambulant tverrfaglig rehabiliteringspoliklinikk. Sykehuset har nasjonale og regionale funksjoner for utvikling, spredning og utveksling av kunnskap og kompetanse, samhandling og utprøving av ny teknologi innen fagfeltet spesialisert rehabilitering

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

Utviklingsområdene som vektlegges i Sunnaas 2035 er resultat av mange års klinisk praksis og forskning, samt bred dialog med ulike interessenter, herunder tilbakemeldinger fra pasienter og

---

<sup>1</sup> Commission on Accreditation for Rehabilitation Facilities (CARF), en internasjonal ideell organisasjon som akkrediterer tjenesteleverandører innen medisinsk rehabilitering verden over.

brukere, landsomfattende brukerorganisasjoner, samarbeidende helseforetak, kommuner og bydeler.

Sunnaas sykehus er et høyspesialisert spesialsykehus i fysikalsk medisin og rehabilitering, og i utviklingsplanen benyttes begrepet høyspesialisert rehabilitering om mye av tilbudet som gis.

I Sverige, Danmark og Storbritannia er begrepet brukt over lengre tid, og det brukes kriterier som opptaksområde (populasjon >2,5mill), krav til antall spesialiteter som skal involveres og nasjonal frekvens på diagnosegruppene som inkluderes. Høyspesialisert rehabilitering er mer ressurskrevende enn spesialisert rehabilitering på områdesykehusnivå. Når begrepet benyttes i det følgende menes ressursintensiv rehabilitering der den enkeltes pasientforløp blant annet krever et stort antall profesjonsgupper med høy særfaglig og tverrfaglig kompetanse, døgnkontinuerlig lege og sykepleietilsyn, håndtering av medisinske komplikasjoner, tilrettelagte fasiliteter samt kostbart og kompetansekrevede utstyr. Høyspesialisert rehabilitering er ledsaget av forskning, fagutvikling og kompetansevirksomhet knyttet til den kliniske virksomheten

## Sammendrag

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

Personer som har pådratt seg ryggmargsskader, hjernesker eller alvorlig skade i to eller flere kroppsregioner, utgjør de største pasientgruppene sykehuset behandler. Helseforetaket har en egen enhet for barn og unge, og TRS, ett av landets ni sentre for sjeldne sykdommer, er lagt til Sunnaas sykehus.

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

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

Foretaket har universitetsfunksjoner, med i alt 11 bistillinger ved Universitetet i Oslo, OsloMet - storbyuniversitetet og Norges Idrettshøyskole, og driver utstrakt forsknings- og undervisningsvirksomhet med bidrag fra flere internasjonale gjesteprofessorer. Sykehuset har en egen innovasjonsenhet som sammen med enhet for teknologi og e-helse er koblet tett opp mot sykehusets klinikk- og forskningsvirksomhet, eksterne innovasjonsmiljøer og næringsliv.

Med utgangspunkt i foretakets forutsetninger, kompetanse og omfattende nettverksdeltakelse, kan Sunnaas sykehus bidra til løsning av de viktigste utfordringene på rehabiliteringsfeltet. Pasienter med lavfrekvente og komplekse skader fulgt av fysiske eller kognitive funksjonsutfall har et mangelfullt

behandlingstilbud i dag. Det er underkapasitet i behandlingstilbudet som tilbys av helseforetakene, og det er ikke likeverdig tilgang til høyspesialisert rehabilitering.

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

- Tverrfaglige, ambulante rehabiliteringspoliklinikker
- Intervensjonssenter for spesialisert rehabilitering i Norge: kompetanseutveksling, undervisning og utdanning, herunder utvikling og deling av kunnskapsbaserte kompetansepakker, standardisering av prosedyrer og rutiner
- Styrket nasjonal og regional rolle i fagutvikling og forskningssamarbeid
- Testsenter for innovative behandlingsformer, teknologi og tjenester
- Nasjonalt kvalitetsregister og analysesenter for rehabilitering

Sykehuset står overfor utfordringer som kan begrense utvikling i ønsket retning. Potensielle endringer i basisfinansieringen gir uforutsigbarhet. Den innsatsstyrte finansieringen «premierer» døgnbasert pasientbehandling, også der pasientene kunne hatt bedre effekt av poliklinisk tilbud eller telerehabilitering hjemmefra i form av videokonsultasjoner eller nettbaserte tjenester. Dette ville vært mer kostnadseffektivt, men dagens system for innsatsstyrt finansiering fremmer ikke slike løsninger.

Planen peker også på bemannings- og bygningsmessige utfordringer. Det ventes sterkere konkurranse om kvalifisert arbeidskraft i helsesektoren i planperioden, og Sunnaas som høyspesialisert rehabiliteringssykehus krever spesialkompetanse både blant tradisjonelle profesjonsgrupper og nye yrkesgrupper for å imøtekomme den teknologiske utviklingen. Økt konkurranse om kritisk kompetanse krever gode, langsiktige planer for videreutdanning og rekruttering, i tillegg til at det vil være av vesentlig betydning å strømlinjeforme organisasjonen og arbeidsprosesser for å sikre riktig bruk av kompetanse det vil bli knapphet på. For å være en attraktiv arbeidsplass for høykvalifisert arbeidskraft er også arbeidsplassens fysiske utforming svært viktig. Dagens bygningsmasse oppfyller ikke de krav som i årene fremover vil stilles til pasient-, laboratorie- og logistikkfasiliteter, og heller ikke prinsipper for helbredende arkitektur moderne rehabiliteringssykehus bør utformes etter<sup>2</sup>.

Behov for nybygg og endret areal er blant de konsekvensene sykehuset beskriver avslutningsvis i planen. Det redegjøres også for konsekvenser for organisasjon og ledelse, for kompetanse og samhandling, samt teknologiske følger av forslagene.

## 1 Bakgrunn og historikk

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

---

<sup>2</sup> Ulrich, R.S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224 (4647), 420-421.

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

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

## 1.1 Gjennomføring av prosjektet

Utviklingsplanen baserer seg på sykehusets Strategi 2030 (vedtatt juni 2016, se vedlegg V). Strategi 2030 ble utarbeidet gjennom medvirkning fra fagmiljøer, brukerutvalg, tillitsvalgte og andre interessenter, og de samme gruppene har vært involvert i arbeidet med utviklingsplanen.

Sunnaas sykehus HF har gjennomført prosjektet som en åpen prosess, og gjorde innledningsvis en interessentkartlegging som la fundamentet for en omfattende dialogrunde med alle områdesykehusene i HSØ og 12 kommuner som har fått pasienter utskrevet fra sykehuset siste år. Det er også initiert dialog med private rehabiliteringsinstitusjoner og fastleger for innspill om behov og forventninger i årene frem mot 2035. På nettsiden sunnaas.no kan arbeidet følges. Det har også vært gjennomført en intern høringskonferanse i forkant av ekstern høring.

## 1.2 Mandat, organisering og interessenter

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

# 2 Nåsituasjonen

## 2.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

Vellykket rehabilitering krever sterk innsats fra pasienten selv, og Sunnaas sykehus HF inkluderer pasientene som aktive og likeverdige partnere for at de skal få eierskap til egen rehabilitering gjennom hele pasientforløpet.

### Historisk utvikling

- 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
- 2008 - Ansvar for Regional koordinerende enhet rehabilitering (RKR)
- 2013 - Ansvar for Regional kompetansetjeneste rehabilitering (RKE)
- 2015 - Aktivitet fra Askim flyttes og sykestua i Drøbak selges – alle inneliggende pasienter er samlet på Nesodden
- 2015 - Byggetrinn 2: Åpner nytt sykehusbygg på 5000 kvadratmeter
- 2015 - Åpner barne- og ungdomsenhet

Sunnaas får gode tilbakemeldinger i pasienttilfredshetsundersøkelser. Målet er at minst seks av ti deltar, og at 91 % av inneliggende pasienter skal uttrykke tilfredshet. I 2017 deltok 52 % av pasientene, og tallet på tilfredse pasienter har ligget stabilt over 90 % siden 2013.

Resultatene fra undersøkelsen brukes i sykehusets forbedringsarbeid og i dialogen med brukerutvalg og ungdomsråd.

Fig I: Resultater fra pasienttilfredshetsundersøkelser 2013-2017

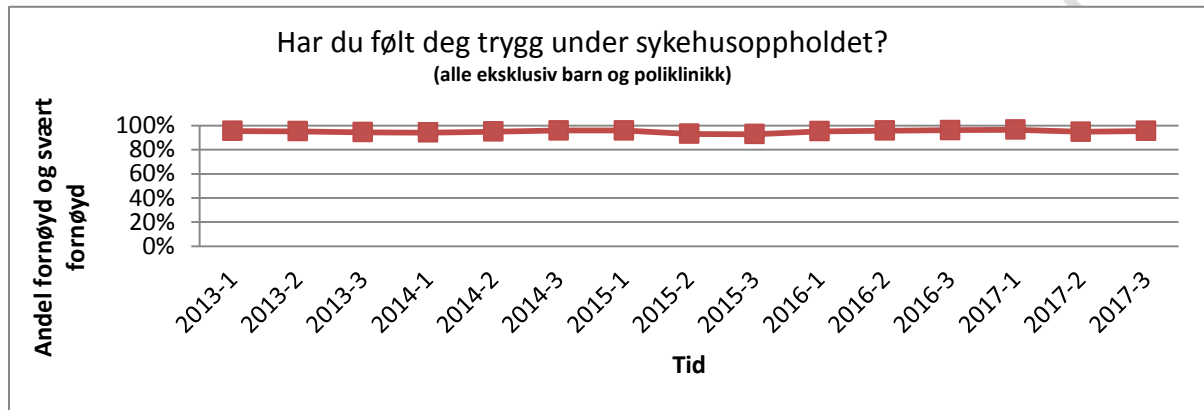
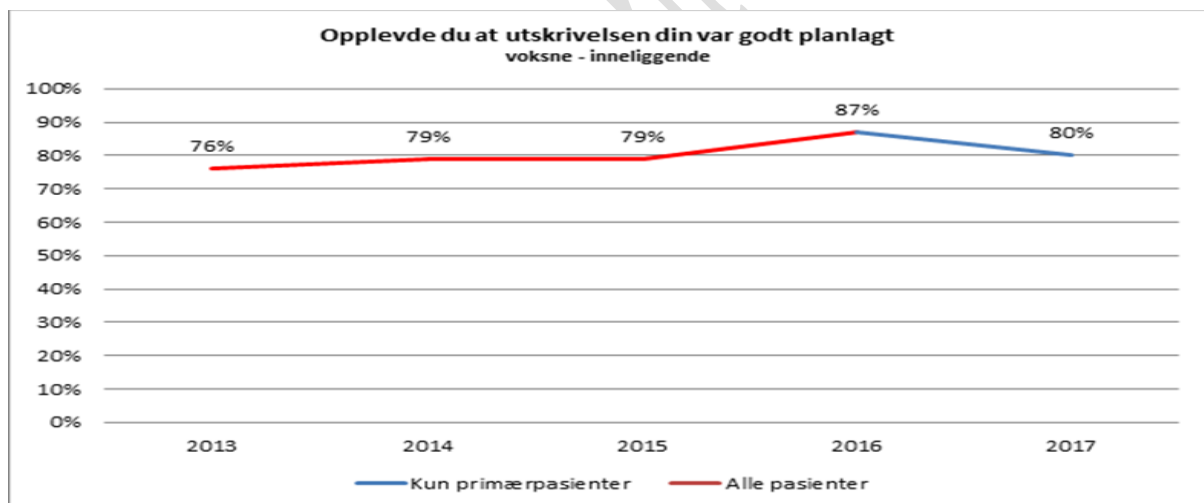


Fig II: Pasientenes opplevelse av hvor godt utskrivelsen var planlagt\*.



\*Oppstart med nye skjemaer i 2016. Figuren viser alle inneliggende pasienter inkl. poliklinikken

## 2.2 Pasientbehandling

### 2.2.1 Pasientbehandling – faglig prioritering

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



Henvisningsvurdering og inntak av pasienter gjøres i henhold til lovpålagte oppgaver, nasjonale og regionale føringer uttrykt i det årlige oppdrags – og bestillerdokumentet fra Helse Sør-øst, og avtaler med andre helseforetak. Sunnaas sykehus er på grunnlag av disse overordnede føringene, spesielt oppdrags- og bestillerdokumentet, forpliktet å gi et tilbud til visse pasientgrupper ("sørge-for" ansvar). Pasienter fra andre helseregioner som ønsker rehabilitering ved sykehuset tas inn ved ledig kapasitet. I 2017 kom 87 % av pasientene fra region. Sunnaas sykehus samarbeider tett med helseforetakene i regionen, og har nasjonale, regionale og områdefunksjoner for personer med behov for spesialisert rehabilitering,

Rehabiliteringstilbudet på Sunnaas skiller seg fra andre sykehus ved å ha en rekke rehabiliteringsprogrammer, flere funksjonslaboratorier og en bemanningsprofil med kompetanse og kapasitet til å ta imot pasienter med høykomplekse medisinske tilstander og behov for tett medisinsk oppfølging og pleie i tidlig fase etter alvorlig traume og/eller sykdom.

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

Sykehuset behandler både pasienter med komplekse og lavfrekvente funksjonsutfall, og pasienter med enklere og mer hyppig forekommende funksjonsnedsettelse eller -utfall. Tilbud til barn og ungdom er prioritert, og flere av rehabiliteringsprogrammene har et livsløpsperspektiv.

Det sengebaserte tilbudet omfatter både subakutt rehabilitering kort tid etter nyoppstått sykdom/skade (primæropphold), og kontroll-, vurderings- og trenings-/mestrings-/aktivitetsopphold i senere faser.

Sykehusets kliniske tilbud er organisert i rehabiliteringsprogrammer. Disse fordeler seg på tre programområder:

- Ryggmargsskade og multitraume
  - 11 rehabiliteringsprogrammer
- Hjerneskade
  - 11 rehabiliteringsprogrammer
- Vurdering og smerterehabilitering
  - 12 rehabiliteringsprogrammer

For hvert rehabiliteringsprogram beskrives hvilken målgruppe programmet er ment for og hvilke inntakskriterier som gjelder. De etiologiske- og/eller funksjonsmessige diagnosegruppene for de ulike rehabiliteringsprogrammene ved Sunnaas sykehus følger av tabell I.

#### Funksjonslaboratorier ved Sunnaas:

- Bevegelseslab
- Klinisk fysiologisk lab
- Klinisk kjemisk lab
- Røntgen (driftes av personell fra OUS)
- Urodynamisk lab
- Dysfagi/svelgfunksjonsundersøkelser
- Nevropsykologisk lab
- Virtual Reality-lab

Tabell 1: Diagnosegrupper, liggedøgn, gjennomsnittsalder og antall utskrivelser (2017).\*

Rehabiliteringsprogram heldøgn	Gj.sn. alder	Gj.sn. liggetid	Ant. pasienter pr. program	Ant. Liggedøgn pr. program	Andel av liggedøgn
<b>Hjerneskode</b>	<b>46,3</b>	<b>23,9</b>	<b>818</b>	<b>19 551</b>	<b>45 %</b>
Primærrehabilitering - Traumatisk hjerneskode	39,7	64,7	81	5 240	12 %
Primærrehabilitering - Lette til moderate kognitive følgerknninger	45,5	34,5	145	5 006	11 %
Primærrehabilitering - Hjerneslag	53,4	46,8	107	5 004	11 %
Oppfølging eller vurdering - Hjerneskode	46,2	7,7	294	2 274	5 %
Individuell rehabilitering i gruppe - Intensiv språktrening	57,1	17,6	29	509	1 %
Individuell rehabilitering i gruppe - Mestre kognitive følgerknninger	45,8	15,0	32	479	1 %
Kontroll - Ervervet hjerneskode	37,0	4,6	77	352	1 %
Rehabilitering - Locked-in syndrom	55,2	21,8	15	327	1 %
Individuell rehabilitering i gruppe - Aktivitet og mestring	51,9	8,6	25	214	0 %
Individuell rehabilitering i gruppe - Intensiv håndtrening	52,6	11,5	11	126	0 %
Individuell rehabilitering i gruppe - Hukommelse	34,0	10,0	2	20	0 %
<b>Ryggmargsskade og multitraume</b>	<b>47,8</b>	<b>18,8</b>	<b>799</b>	<b>14 986</b>	<b>34 %</b>
Primærrehabilitering - Ryggmargsskade	47,6	72,2	85	6 133	14 %
Oppfølging eller vurdering - Ryggmargsskade	48,1	10,8	267	2 880	7 %
Primærrehabilitering - Multitraume/amputasjon	39,6	72,2	39	2 815	6 %
Primærrehabilitering - Alvorlig perifer nervesykdom	49,0	62,5	21	1 313	3 %
Kontroll - Ryggmargsskade	50,4	3,6	271	967	2 %
Rehabilitering - Alvorlig brannskade	43,1	38,1	9	343	1 %
Individuell rehabilitering i gruppe - Aktivitet og mestring	43,4	4,9	45	222	1 %
Oppfølging eller vurdering - Alvorlig perifer nervesykdom	47,9	8,6	14	121	0 %
Kontroll - Multitraume/amputasjon	43,4	4,1	25	102	0 %
Oppfølging eller vurdering - Multitraume/amputasjon	41,2	5,0	11	55	0 %
Kontroll - Alvorlig perifer nervesykdom	41,3	2,9	12	35	0 %
<b>Vurdering og smerterehabilitering</b>	<b>43,1</b>	<b>6,6</b>	<b>1386</b>	<b>9 121</b>	<b>21 %</b>
Oppfølging eller vurdering - Arbeidsevne	45,4	9,7	281	2 725	6 %
Individuell rehabilitering i gruppe - Hypermobilitet	37,8	8,2	307	2 514	6 %
Oppfølging eller vurdering - Smerte	44,3	6,5	161	1 041	2 %
Oppfølging eller vurdering - Rehabiliteringspotensial	43,4	9,4	97	912	2 %
Oppfølging eller vurdering - Nevrologiske tilstander	47,5	6,1	65	398	1 %
Oppfølging eller vurdering - Transport	42,4	2,4	139	333	1 %
Oppfølging eller vurdering - Cerebral Parese	36,7	4,5	73	330	1 %
Oppfølging eller vurdering - Poliomyelitt	62,1	5,0	59	296	1 %
Individuell rehabilitering i gruppe - Smerte	48,7	9,5	22	208	0 %
Oppfølging eller vurdering - Spastisitet	47,3	3,0	60	180	0 %
Oppfølging eller vurdering - Spise og svelgefunksjon	39,1	1,1	107	116	0 %
Individuell rehabilitering i gruppe - Cerebral Parese	40,2	4,5	15	68	0 %
<b>Alle rehabiliteringsprogram Sunnaas sykehus HF</b>	<b>45,2</b>	<b>14,5</b>	<b>3003</b>	<b>43 658</b>	<b>100 %</b>

Rehabiliteringsprogram heldøgn barn	Gj.sn. alder	Gj.sn. ligge-tid	Ant. pasienter pr. program	Ant. Ligge-døgn pr. program
<b>0-16 år</b>				
<b>Hjerneskode</b>	<b>12,5</b>	<b>42,7</b>	<b>26</b>	<b>1 111</b>
Primærrehabilitering - Ervervet hjerneskode	11,1	75,5	13	981
Kontroll, oppfølging, vurdering eller gruppe - Ervervet hjerneskode	13,8	10,0	13	130
<b>Ryggmargsskade og multitraume</b>	<b>12,5</b>	<b>18,6</b>	<b>24</b>	<b>447</b>
Primærrehabilitering - Ryggmargsskade/Multitraume/Amputasjon	13,1	47,3	7	331
Kontroll, oppfølging eller vurdering - Ryggmargsskade/Multitraume/Amputasjon	12,2	6,8	17	116
<b>Vurdering og smerterehabilitering</b>	<b>8,1</b>	<b>2,2</b>	<b>49</b>	<b>106</b>
Oppfølging eller vurdering - Andre program *	15,6	5,6	10	56
Oppfølging eller vurdering - Spise og svelgefunksjon	4,0	1,0	32	33
Oppfølging eller vurdering - Transport	16,0	2,4	7	17
<b>17-18 år</b>				
<b>Hjerneskode</b>	<b>17,2</b>	<b>31,0</b>	<b>21</b>	<b>651</b>
Primærrehabilitering - Ervervet hjerneskode	17,2	58,0	10	580
Kontroll, oppfølging, vurdering eller gruppe - Ervervet hjerneskode	17,3	6,5	11	71
<b>Ryggmargsskade og multitraume</b>	<b>17,7</b>	<b>21,5</b>	<b>24</b>	<b>516</b>
Primærrehabilitering - Ryggmargsskade/Multitraume/Amputasjon	17,6	71,4	5	357
Kontroll, oppfølging eller vurdering - Ryggmargsskade/Multitraume/Amputasjon	17,7	8,4	19	159
<b>Vurdering og smerterehabilitering</b>	<b>17,3</b>	<b>3,5</b>	<b>26</b>	<b>91</b>
Oppfølging eller vurdering - Andre program *	17,3	7,4	8	59
Oppfølging eller vurdering - Transport	17,3	2,1	13	27
Oppfølging eller vurdering - Spise og svelgefunksjon	17,4	1,0	5	5
Barn på Sunnaas sykehus HF	13,3	17,2	170	2 922

\*Note: Andre program er Arbeidsevne, Hypermobilitet og Rehabiliteringspotensial

Tabell II: Klinisk aktivitet. Sunnaas sykehus HF har 159 senger. Tall fra 2017.

	Heldøgn*	Poliklinikk	Raskere tilbake
Antall utskrivelser / konsultasjoner	3 136	3 692	1 586
Gjennomsnittlig liggetid pr utskrivelse	13,95		
Gjennomsnittlig antall konsultasjoner pr pasient		2,9	6,9
Antall unike pasienter	2 392	1 269	231
Gjennomsnittsalder	45	48	43
Andel menn	53 %	56 %	28 %

### 2.2.2 Overføringsamarbeid med traumesykehuset (OUS) og øvrige akuttisykehus

Pasientene som innlegges til subakutt rehabilitering i Sunnaas sykehus kommer fra akuttisykehus. De aller fleste kommer fra Oslo Universitetssykehus, som er traumesykehuset for HSØ. Sunnaas sykehus tilstreber en sammenhengende behandlingsskjede med direkte overføring fra akuttisykehus til rehabiliteringssykehuset. For å sikre dette har sykehuset etablert et tett samarbeid med akutt-/traumesykehus gjennom ambulansetjenester. Sykehuset har siden 1990 utviklet og satset på tverrfaglig ambulansetjeneste med sykepleiere, leger og ergoterapeut som ukentlig besøker nyskadede pasienter som ligger i akuttisykehusene for å kvalitetssikre overføringsprosessen i samarbeid med pasient, pårørende og ansatte i akutt-/traumesykehuset.

Etter utskrivning fra Sunnaas tilbyr ambulansetjeneste undervisning, veiledning og rådgivning til pasienter og pårørende, til kommunehelsetjenesten, andre helseinstitusjoner, NAV og arbeidsgiver om aktuelle problemstillinger knyttet til den medisinske diagnosen. I 2017 var 3,2 årsverk øremerket ambulansetjeneste/virksomhet, og virksomheten hadde i perioden 2014-2017 mellom 259 og 400 konsultasjoner pr år.

I Nasjonal traumeplan<sup>3</sup>, gis anbefalinger om at alle skadegrupper skal vurderes av spesialist fra rehabiliteringsenhet innen tre dager fra skade/innleggelse, og at rehabiliteringen skal starte i intensivfasen på traumesenteret. Fra Sunnaas tilbys sin side ambulansetjeneste for hjerne- og ryggmargsskade/multitraume. Som del av traumerehabiliteringstilbudet ved Sunnaas sykehus inngår i tillegg røntgentjeneste og fast månedlig ortopedisk og nevrokirurgisk kontroll utført av radiologitjenesten og ortoped-/nevrokirurg fra traumeenheten ved Oslo Universitetssykehus.

Den kliniske virksomheten omfatter også poliklinisk og ambulansetjeneste, samt oppfølging og kontroll av:

- pasienter i påvente av primæropphold
- pasienter henvist fra primærhelsetjenesten og andre sykehus
- pasienter som er i et rehabiliteringsløp hvor Sunnaas inngår

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

### 2.2.3 Kvalitet og pasientsikkerhet

Sunnaas sykehus HF arbeider systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet, og det er et mål at sykehusets tjenester er av god kvalitet og oppleves som trygge og sikre. Ressursene skal utnyttes best mulig. Tjenestene skal være tilgjengelige og rettferdig fordelt, og pasientene skal involveres og gis innflytelse. Som ledd i det kontinuerlige forbedringsarbeidet har Sunnaas sykehus HF valgt å bli akkreditert av Commission on Accreditation for Rehabilitation Facilities (CARF), en internasjonal ideell organisasjon som akkrediterer tjenesteleverandører innen medisinsk rehabilitering verden over.

Aktuelle innsatsområder i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet er implementert i sykehuset, og det arbeides med kontinuerlig måling og forbedring av områdene. Sykehuset gjennomfører

<sup>3</sup> Nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2016. Utarbeidet av en nasjonal faggruppe nedsatt av fagdirektørene i de regionale helseforetak under ledelse av Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi NKT-Traume.

pasientsikkerhetsvisitter to ganger i året, og det er iverksatt en rekke tiltak for å sikre legemiddelsamstemming. Målrettet arbeid sikrer god struktur på samhandling med kommunehelsetjenesten. I tiden fremover skal det fokuseres på å styrke innsatsområdene.

Sykehuset innfører i 2018 nytt helhetlig kvalitetssystem i et prosjekt med andre helseforetak i regionen, anskaffelse av Dokumentstyrings- og forbedringssystem (DFS). Prosjektet er et samarbeid om en felles standardisert og konsolidert systemløsning, hvor formålet er kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og HMS. Kvalitetssystemet består av to deler som skal fungere som en helhet:

- dokumentstyring – inneholder styrende dokumentasjon
- forbedring – et system for håndtering av avvik- og forbedringsforslag

Selv om målet om 30 % reduksjon av bredspektret antibiotika innen 2020 allerede er nådd, fokuseres det på antibiotikabruk generelt og bredspektrede spesielt. Sykehuset registrerer prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) hvert kvartal på en fastsatt dato. I 2017 ble det funnet helsetjenesteassosierte infeksjoner hos 3,7 % av pasientene. For å forebygge og begrense infeksjoner er antibiotikateam opprettet, og det arbeides kontinuerlig med undervisning, antibiotikastyringsprogram, internrevisjoner, håndhygieniltak og konsekvent bruk av arbeidstøy.

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

#### 2.2.4 Pasient- og pårørendeopplæring

Sykehuset gjennomfører kontinuerlig modulbaserte opplæringsprogram. Pasient- og pårørendeopplæringen på sykehuset er individuell- eller gruppebasert, diagnosespesifikk eller har generelt fokus på læring og mestring. E-læring er en viktig metode i opplæringen og Lærings- og mestringssenteret (LMS) bistår og veileder fagpersoner i arbeidet med utvikling, gjennomføring og evaluering av opplæringen.

### 2.3 Nasjonale og regionale funksjoner

Sunnaas sykehus HF har to formaliserte nasjonale tjenester. TRS kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser ble opprettet i 1992 og er i dag ett av ni sentre i Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKSD). TRS har ansvar for flere grupper med sjeldne tilstander, og totalt registrert ca. 4000 brukere med over 100 ulike diagnoser.

Nasjonalt 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.

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

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

Sunnaas sykehus har per i dag regionalt ansvar for rehabiliteringstilbudet til personer med ryggmargsskader og barn med ervervet hjerneskade. Regionalt fagråd rehabilitering har fått i oppdrag å anbefale en regional oppgave- og funksjonsfordeling innen juni 2018.

I tillegg til nasjonale og regionale funksjoner har sykehuset flerområdefunksjoner og «sørge-for ansvar» for rehabilitering av hjerneslagpasienter for sykehusområde Østfold, og ansvaret for primærrehabilitering av traumatisk hjerneskade er delt mellom Sunnaas sykehus og Sørlandet Sykehus.

## 2.4 Oppgavedeling og samhandling

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

### 2.4.1 Samhandling med helseforetakene

Sunnaas sykehus samarbeider tett med helseforetakene som overfører pasienter til sykehuset, og da i særlig grad traumesykehus. Det legges store ressurser i å sikre gode overganger mellom Oslo Universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF, med etablerte rutiner for å informere pasient og pårørende godt i forkant av overføringen. Sykehuset vil legge til rette for en sterkere satsning og et mer forpliktende samarbeid om sømløse behandlingsløp i utviklingen av helsetjenestene i årene som kommer.

### 2.4.2 Samhandling med kommunene

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

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

### 2.4.3 Samhandling med private rehabiliteringsinstitusjoner

For de fleste pasientene er målet å komme hjem etter endt rehabilitering. Pasientene fra Sunnaas benytter derfor i liten grad (4-8 %) private rehabiliteringstjenester i direkte forløp. Dette omfatter spesielt pasienter med fysiske følgetilstander etter svært alvorlige multitraumer eller traumatiske og atraumatiske ryggmargsskader. Svært mange av pasientene benytter seg imidlertid av de private leverandørene på et senere tidspunkt i sine rehabiliteringsforløp, eller ved henvisninger til disse tilbudene via fastlege.

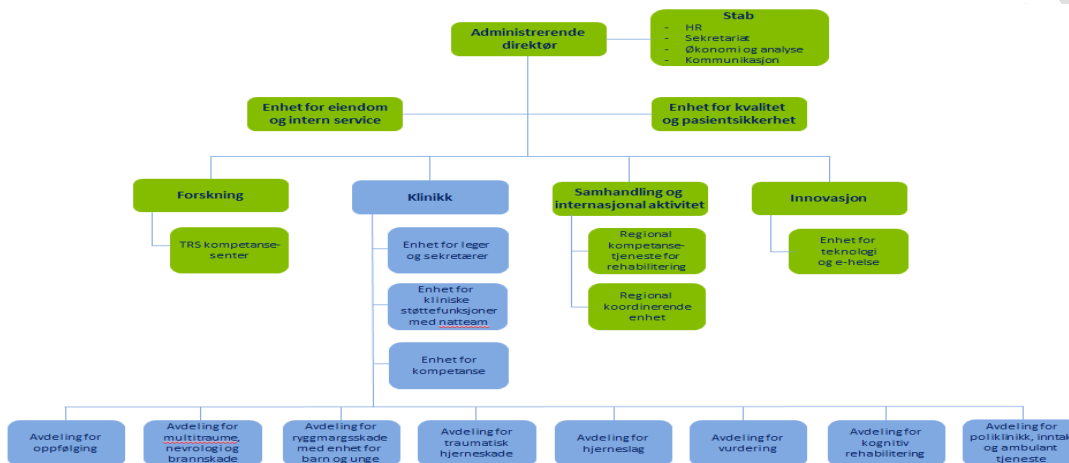
Samarbeidet med de private rehabiliteringsinstitusjonene fungerer godt. Regional koordinerende enhet rettighetsvurderer henvisninger fra fastleger til de private institusjonene. RKE kjenner tilbudene og opparbeider i sin rådgiverfunksjon et kvalifisert grunnlag for å gi pasienter, pårørende og andre informasjon om hvilke rehabiliteringstilbud som finnes.

### 2.4.4 Internasjonal aktivitet

Sunnaas sykehus har aktive deltakere på internasjonale fag- og forskningskongresser innen rehabilitering, og deltar i ulike internasjonale både kliniske- og forskningsnettverk. På denne måten bidrar Sunnaas kvalitativt til den internasjonale kunnskapsutviklingen, og er en etterspurt aktør på rehabiliteringsfeltet.

## 2.5 Organisasjon og ledelse

Fig III: Organisasjonskart



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

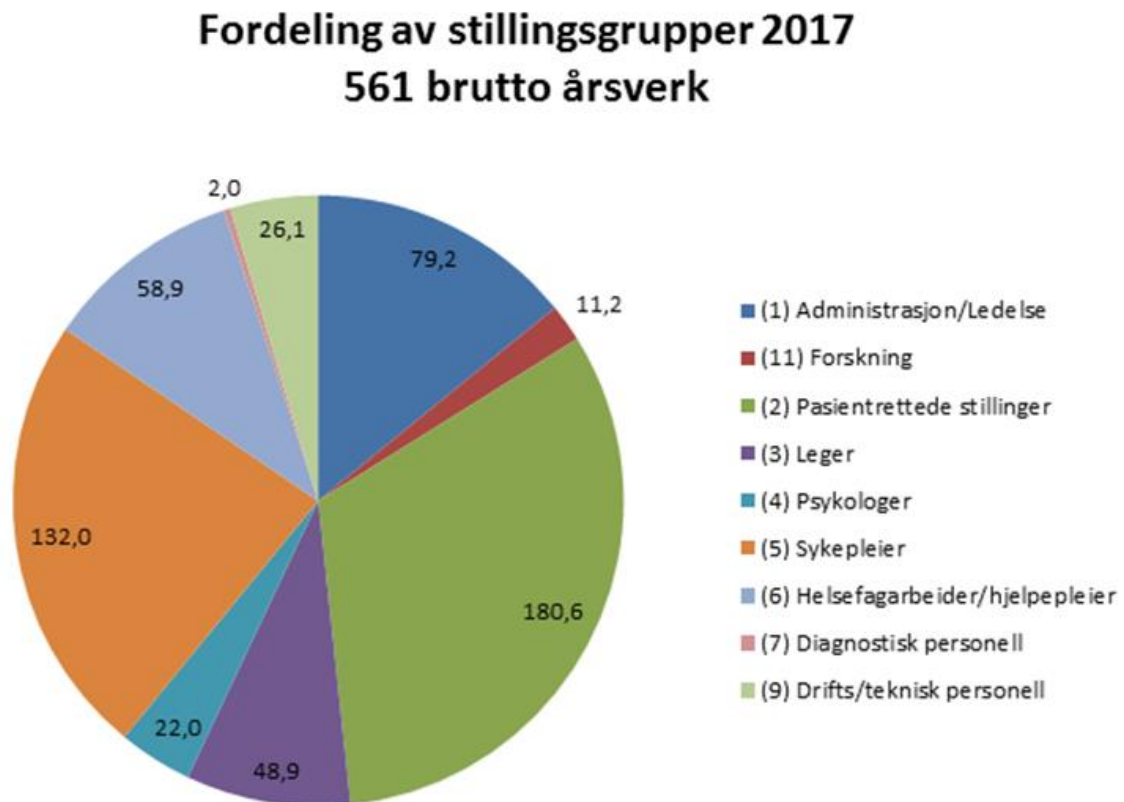
### 2.5.1 Ledelse og arbeidsmiljø

De ansatte på Sunnaas sykehus har deltatt i årlige regionale medarbeiderundersøkelser siden 2006. Foretaket har gjennomgående hatt gode resultater og høy deltagelse i undersøkelsene, 82 prosent i 2016. Sammenlignet med andre helseforetak skårer Sunnaas sykehus høyt på sentrale temaer som arbeidsmiljø og samspill, tilhørighet, arbeids glede, opplevd lederadferd og pasientsikkerhetskultur.

## 2.6 Bemanning og kompetanse

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

Figur IV: Fordeling av yrkesgrupper.



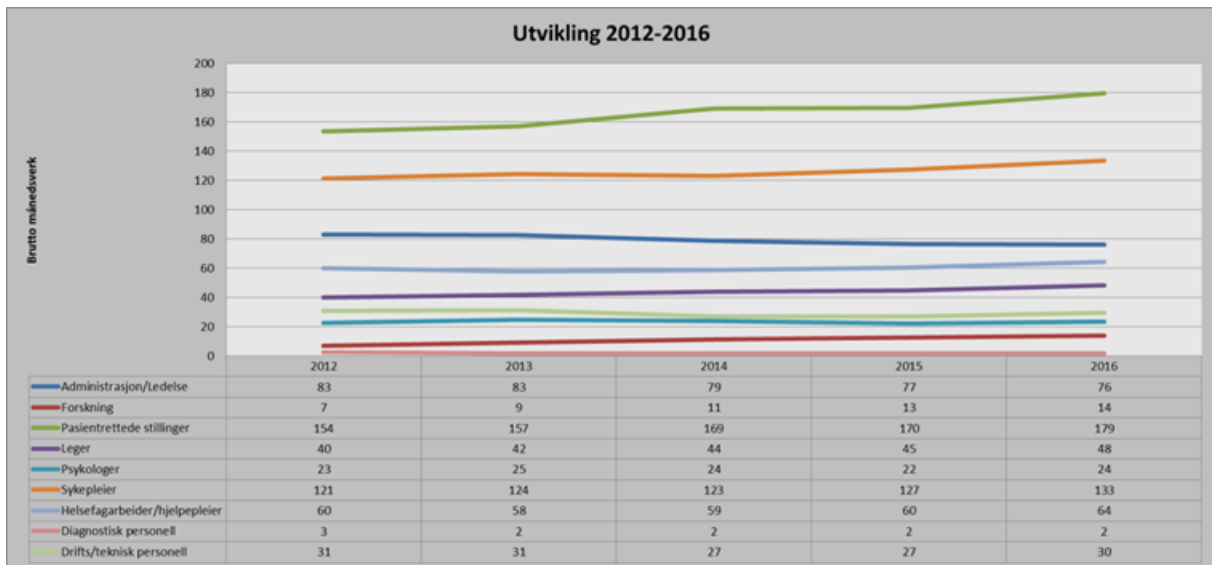
Som spesialisert rehabiliteringsforetak med universitetsfunksjoner, har Sunnaas sykehus et særskilt ansvar for å sørge for at de ulike helseprofesjonene får kompetanse innen spesialisert rehabilitering.

#### Bemanning – per januar 2018

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



Figur V: Bemanningsutviklingen innen de ulike faggrupper perioden 2013-2017.



### 2.6.1 Tilgang på kompetanse - faglig og teknologisk utvikling

Helse- og omsorgssektoren utgjør en betydelig og økende del av det norske arbeidsmarkedet. Samfunnsøkonomisk analyse utarbeidet i 2018 en rapport på oppdrag fra Helsedirektoratet som viser tiltakende knapphet og økt konkurranse om kvalifisert arbeidskraft i perioden utviklingsplanen dekker<sup>4</sup>.

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

Ny teknologi gir utfordringer og muligheter. Den stiller krav til at ny kompetanse må utvikles og rekrutteres, og samtidig vil ny teknologi bidra til å skape mindre personellavhengige tjenester.

Strategisk kompetansestyring for riktig fremtidsrettet sammensetning av kompetanse, er avgjørende for å lykkes i arbeidet med å beholde, utvikle og rekruttere medarbeidere som kan imøtekomme pasientenes behov for rett kompetanse på rett sted i pasientforløpet.

### 2.6.2 Utdanning og kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner

Sunnaas sykehus har et utstrakt og velutviklet samarbeid med videregående skoler, høyskoler og universiteter. Sykehuset tilbyr praksisplasser til master- og bachelorstudenter innen sykepleie, fysioterapi, ergoterapi, bioingeniørfag, logopedi, sosionom, psykologi og idrettspedagogikk. Sunnaas har siden 1995 vært ansvarlig for undervisningen i rehabilitering og fysikalsk medisin for medisinstudenter ved Universitetet i Oslo, og etter innføring av ny studieplan for medisinstudiet (2017) har sykehuset etablert praksisplasser til medisinstudenter.

<sup>4</sup> Helse-Norge 2040 – hvordan vil fremtiden bli? Rapport 1-2018, Samfunnsøkonomisk analyse.

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

I tillegg til de lovpålagte undervisnings- og utdanningsoppgavene utvikler sykehuset interne kompetanseutviklingsprogrammer som ivaretar rehabiliteringsprogrammernes kompetansekrav. Dette omfatter tverrfaglig og særfaglig fordypning og/eller videreutdanning for alle profesjonsgrupper som inngår i det tverrfaglige rehabiliteringsteamet.

## 2.7 Innovasjon og forskning

### 2.7.1 Innovasjon

For å dekke det økende gapet mellom befolkningens behov og tilgjengelige ressurser i helsetjenesten, er innovasjon, utvikling og bruk av teknologi avgjørende. Den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien HelseOmsorg21 legger opp til en målrettet og helhetlig innsats i verdikjeden fra forskning til innovasjon og kommersialisering. Kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse er strategiens visjon. Sunnaas sykehus ser sitt innovasjonsarbeid som del av dette, og mener å ha gode forutsetninger for å bidra til å virkeliggjøre visjonen.

Målrettet satsing på innovasjon ved etablering av innovasjonsenheten i 2012 har lagt grunnlaget for en meget omfattende aktivitet. Sykehuset har opparbeidet seg en posisjon som en attraktiv innovasjonspartner, ikke minst som følge av effektive og lite byråkratiske prosesser knyttet til ideutvikling og gjennomføring av prosjekter. Utmerkelsen som årets medlem i Norway Health Tec 2017, en årlig idefangst på 70-80 nye ideer og om lag 25 årlige henvendelser fra næringslivet, understøtter dette. Ideene kommer fra ansatte, forskere, andre interessenter og pasienter, og brukermedvirkning har en sentral rolle i helseforetakets innovasjonsarbeid.

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

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

### 2.7.2 Forskning

Sunnaas sykehus har etablert seg som Norges største forskningsmiljø innen medisinsk rehabilitering. Sykehuset produserer årlig mer enn 40 vitenskapelige fagfelleverderte publikasjoner og flere doktorgrader. De siste 15 årene er det produsert mer enn 400 vitenskapelige

fagfelleverderte publikasjoner og det er avlagt 36 doktorgrader. Per dato er det 24 pågående PHD-prosjekter, og sykehuset har flere internasjonale gjesteprofessorer.

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

- Hjernesker
- Ryggmargssker
- Bevegelse og funksjon
- Sjeldne diagnoser

Forskningsprosjektene ved Sunnaas er i hovedsak pasientnære studier. Formålet er å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom, eller å teste ut nye eller å forbedre eksisterende behandlingsmetoder. Deler av forskningen søker å klarlegge mekanismer og grenser til grunnforskning. Den klinisk anvendte forskningen er innrettet mot epidemiologi, utkomme og intervensjonsstudier, samt helsetjenesteforskning.

Både medfødte og ervervede tilstander er aktuelt å forske på, hvor sjeldne grupper som Locked-in-syndrom, barn og bevissthetsforstyrrelser etter alvorlige hjernesker inngår.

Arbeidet innen spesialisert rehabilitering er mer tverrfaglig enn i andre medisinske disipliner. Sunnaas sykehus legger derfor vekt på at alle kliniske fagprofesjoner ved Sunnaas oppnår forskningskompetanse og driver aktiv forskning. Bestemmelsen om at alle fagsjefer ved sykehuset skal ha doktorgradskompetanse skiller sykehuset fra de fleste nasjonale og internasjonale rehabiliteringssentra. Hensikten er at dette både skal gi en bredde i forskningen og bidra til kunnskapsbaserte rehabiliteringsprogram. I kraft av sykehusets sentrale rolle i utviklingen av fagfeltet, er det høyt prioritert å beholde og rekruttere fagpersoner med oppnådd doktorgradskompetanse, gjerne i kombinasjon med en høyskole-/eller universitetstilknytning og/eller kombinert stilling klinikk/forskning. Man ønsker å videreføre dagens praksis med å ha flere gjesteprofessorater fra internasjonale anerkjente institusjoner knyttet til sykehuset.

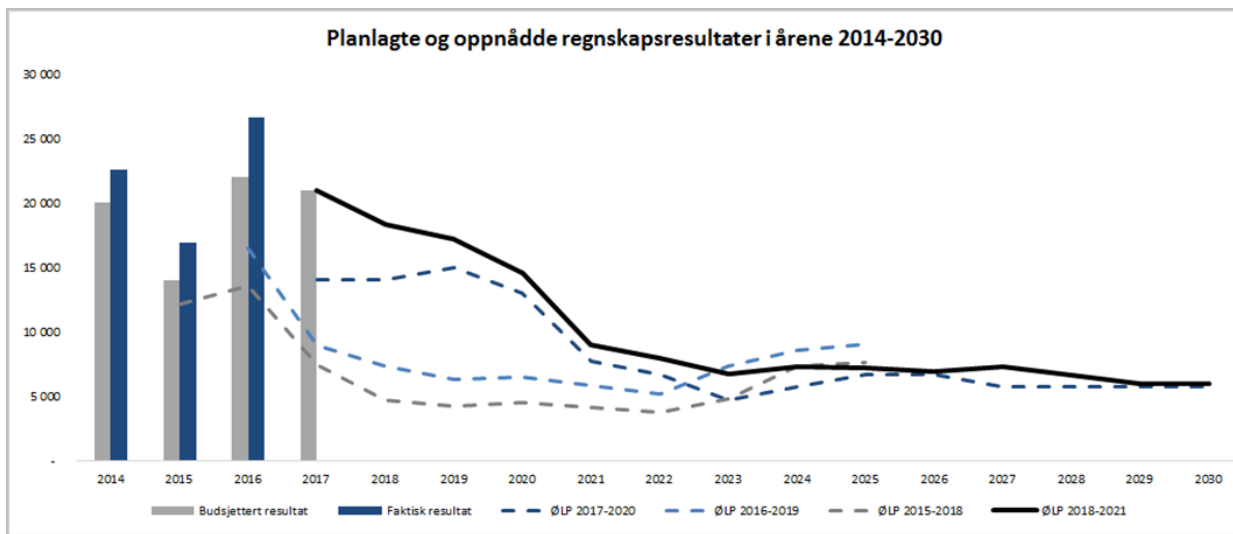
Det legges i økende grad vekt på brukermedvirkning i utarbeidelse og gjennomføring av forskningsprosjekter.

## 2.8 Økonomi

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

Foretaket planlegger et siste byggetrinn med en forventet totalkostnad estimert til 300 millioner kroner. Byggeprosjektet er lagt inn i økonomisk langtids plan (ØLP) 2018-2037, se figur VI, som viser at foretaket har økonomisk bærekraft til å finansiere det planlagte nybygget. I samme figur fremgår det også at foretaket har levert resultater som er 2-4 millioner bedre enn budsjett over flere år.

Fig VI: Planlagte og oppnådde regnskapsresultater 2019-2030\*.



\* Erstattes med oppdaterte data fra ØLP 2019-2038 i endelig utgave av utviklingsplanen

Egenkapitalen ved årsavslutning i 2017 var 400 millioner kroner, hvilket tilsvarer en egenkapitalandel på 58 %. På samme tidspunkt hadde foretaket en kontantbeholdning på 157 millioner og en rentebærende gjeld på beskjedne 175 millioner til Helse Sør-Øst. Foretaket fremstår som meget solid, og oppsparte midler planlegges brukt som egenkapitalandel i byggetrinnnet beskrevet i idéfaserapporten, se vedlegg III.

Tildelingen av økonomiske rammer gjøres annerledes enn for andre helseforetak, fordi Sunnaas sykehus ikke har et eget definert opptaksområde. Hoveddelen av helseforetakets rammer tildeles etter en modell hvor de ulike sykehusområdenes historiske bruk av foretaket inngår.

## 2.9 Teknologi og utstyr

Telerehabilitering og videokonferanser er etablerte arbeidsmetoder ved Sunnaas sykehus HF i pasientkontakt og i samhandling, veiledning og undervisning med helsepersonell utenfor sykehuset. Disse arbeidsmetodene bidrar til å gjøre undervisning, kompetanse og behandling ved Sunnaas tilgjengelig for pasienter og helsepersonell utenfor sykehuset. Dette setter nye krav til teknologi og utstyr, ikke minst til informasjonssikkerhet, og kan gi store gevinster for pasientene og samfunnsøkonomisk. Sykehuset har per i dag 16 videokonferansestudioer som benyttet i den høyspesialiserte rehabiliteringen.

I helseforetakets langtidsplan for IKT (2018-2022) forutsettes det at informasjonsteknologi skal være en fullstendig integrert del av hverdagen for både klinikere og pasienter i løpet av få år. Planen analyserer hvordan mobilitet, telerehabilitering med videokonsultasjoner, sporingsteknologi og pasientorienterte løsninger vil prege sykehushverdagen og stille nye krav til kompetanseheving og organisering. Planen er avstemt med de kommende regionale prosjekter, der Sunnaas er pilot på flere områder, og har sterkt fokus på sikkerhet, beredskap og personvern.

Som spesialisert aktør innen rehabilitering er det viktig at Sunnaas har tilgjengelig og oppdatert medisinsk-teknisk utstyr for funksjonsdiagnostikk, behandling og målrettet trening. Sykehuset har per dato et etterslep som må håndteres dersom man skal imøtekomme ny kunnskap, faglige standarder, fagområdets utvikling og internasjonale føringer for hvilken standard et spesialisert rehabiliteringssykehus bør ha.

Blant annet mangler dagens Sunnaas sykehus moderne radiologisk utstyr som MR og CT. Sunnaas ønsker å gi pasientene et helhetlig tilbud, og dette representerer en svakhet. Som del av diagnostisk avklaring og prognostisering er det stort behov for etablering av radiologisk utstyr ved sykehuset, og det er planlagt for lokaler til dette inn i neste byggetrinn.

## 2.10 Dagens bygg – tilstand og muligheter

Bygningsmassen til Sunnaas sykehus HF på Nesodden (ca. 25 000 kvm) er utviklet over flere tiår. Sykehuset er lokalisert med panoramautsikt over hele indre Oslofjord, og flere av sykehusets primære pasientgrupper har svært lange opphold; et gjennomsnittsopphold varer i 70 døgn. Tilpasset arkitektur og uteområder er vist å ha helbredende effekt på pasienter, og danner et godt utgangspunkt for restitusjon, trivsel og effektive rehabiliteringsprosesser.

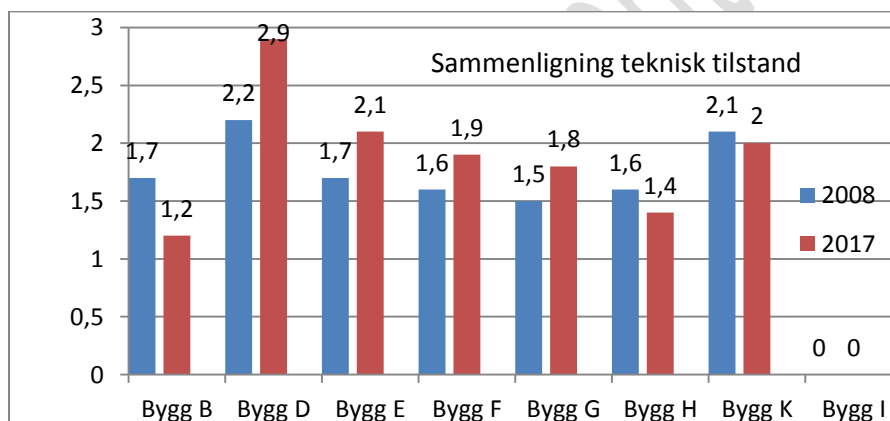
### 2.10.1 Areal

Bygningsmassens nettoareal er på ca. 20 000 m<sup>2</sup>. Av dette benyttes netto 8000 m<sup>2</sup> til klinikk og netto 3000 til kontorfasiliteter.

### 2.10.2 Tilstandsvurdering

Figuren viser tilstanden til byggene ved Sunnaas sykehus HF (2017). Nye forskriftskrav gjør det umulig å rehabilitere eksisterende bygg opp til dagens kliniske standard. Tilstandsgraden til noen av byggene er ikke forenelig med dagens krav til helse- miljø og sikkerhet, og det er kun et tidsspørsmål før klinisk virksomhet ikke lenger kan forsvares å fortsette i byggene.

Fig VII: Tilstandsvurdering av bygningsmassen på Nesodden.



Sunnaas er i sluttfasen av utviklingsplan for bygg vedtatt av HSØ i 2011. Kun siste byggetrinn gjenstår, og det vil være av vesentlig betydning for fremtidig virksomhet å få ferdigstilt. De viktigste utfordringene med dagens bygningsmasse oppsummeres slik:

- Uhensiktsmessig spredning av klinisk virksomhet (bygget i ulike faser fra 50-tallet frem til 2015). Svært lange avstander.
- Uhensiktsmessig adkomst og dårlig logistikk til sykehuset, for mottak av pasienter til ulike kliniske bygg og til poliklinikk, til vareleveranse og tøy- og avfallshåndtering.
- Dårlig sammenheng mellom hovedfunksjoner som kantine/resepsjon/treningsareal og sengeområder.
- Stor avstand mellom kliniske arealer og Forskningsavdelingen hemmer integrering av klinisk og forskningsvirksomhet.

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

### 2.10.3 Tomt og eiendomsforhold

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

## 3 Gjeldende overordnede strategier og føringer

Overordnede rammer for sykehusets utviklingsplan mot 2035 defineres i stor grad av Nasjonal helse- og sykehusplan, Helse Sør-Østs plan for strategisk utvikling 2013-2020, oppdrags- og bestillerdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF og opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering.

Opptrappingsplanen bekrefter signaler om at kommunene fremover skal ta større ansvar for rehabilitering. Sunnaas ser det som hensiktsmessig, og ønsker å gi faglig støtte i en slik prosess. I dette ligger blant annet at sykehuset vil ta ansvar for å medvirke til mindre ulikhet i kompetanse til å imøtekomme pasientenes behov.

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

Nedenfor følger overgripende strategier og føringer foretaket ser som rammer for utviklingsplanen.

### 3.1.1 Føringer fra Helse Sør-Øst til helseforetakenes utviklingsplaner

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

### 3.1.2 Anbefalinger i Nasjonal Traumeplan

I beskrivelsen av fremtidens rehabiliteringssykehus legger anbefalingene i nasjonal traumeplan viktige forutsetninger:

#### Anbefalinger gjeldende for alle pasientgrupper:

- Pasientene skal overføres direkte fra akuttavdeling på traumesenter til rehabilitering – ikke via venteopphold på lokalsykehus uten tilbud om spesialisert rehabilitering.
- Det skal defineres regionale rehabiliteringsavdelinger med ansvar for ulike skader. Få avdelinger skal ha ansvar for pasienter med alvorlige skader.
- Traumesentrene bør, i samarbeid med kommunene, definere standardiserte pasientforløp som gir like rehabiliteringstilbud uavhengig av helseregion. Det skal etableres gode og forutsigbare systemer for oppfølging og samhandling:
  - Tilgjengelige senger/ dagplasser for vurdering og rehabilitering
  - Senfasetilbud med tverrfaglig rehabilitering, tilbys uavhengig av bosted
  - Mestringstilbud for familien (også barn)

- Tverrfaglig poliklinikk ledet av rehabiliteringsrelevant spesialist.
- Ambulante rehabiliteringsteam

#### Anbefalinger gjeldende for barn:

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

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

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

#### **3.1.3 Anbefalinger i Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag**

- Pasienter med hjerneslag med behov for spesialisert døgnbasert rehabilitering i forlengelse av akuttoppholdet, bør få tilbud om innleggelse i rehabiliteringsenhet i spesialisthelsetjenesten
- Pasienter med sjeldne og spesielt kompliserte funksjonsutfall bør få høyspesialisert rehabilitering, f.eks. ved regional rehabiliteringsavdeling med særskilt kompetanse
- Pasienter med locked-in syndrom bør henvises til nasjonal behandlingstjeneste
- Spesialisthelsetjenesten bør i senfasen ved behov gi et tilbud som omfatter vurdering av funksjonsnivå, revurdering av målsettinger og rådgivning til den slagrammede og pårørende og eventuelt til helse- og omsorgstjenestene i kommunene

#### **3.1.4 Prioriterte satsinger i Helse og omsorg 21**

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

## **4 Utviklingstrekk og framskrivning**

### **4.1 Demografi og sykdomsutvikling**

Demografiske framskrivninger fra Statistisk Sentral Byrå (SSB) viser at andelen eldre vil øke, forventet levealder øker, og andelen yrkesaktive vil avta i løpet av de neste førti årene. Eldre mennesker over 70 år forbruker i dag helsetjenester fem ganger mer enn yngre.

Folk lever lenger og befolkningstallet øker. Dette er hovedårsaker til en forventet økning i antall skader/sykdommer med rehabiliteringsbehov. Økt andel eldre medfører at pasientgrupper med kroniske og sammensatte helseproblemer vokser. Flere lever i dag med kroniske sykdommer, og andelen pasienter med utfordringer innen rus og psykiatri øker. Behandlingsmessige fremskritt gjør at flere overlever den akutte sykdomsfasen. Disse faktorene gir økt behov for rehabilitering på alle nivåer. Det forventes totalt sett ingen store epidemiologiske endringer i antall pasienter i sykehusets målgruppe.



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

## 4.2 Endringsfaktorer

Overordnet vil rehabiliteringsfeltet preges av to markante utviklingstrekk:

1. Kommunene overtar en større del av rehabiliteringen
2. Videreutviklingen av spesialisert rehabilitering åpner for nye muligheter i behandling, samhandling, kunnskapsspredning, forskning og innovasjon, men stiller samtidig høyere krav til spesialkompetanse og utstyr

Dette berører Sunnaas på flere måter:

- Forbedret akuttbehandling fører til at flere pasienter overlever alvorlig sykdom/skade og får behov for rehabilitering.
- Sunnaas sykehus har livslangt oppfølgingsansvar for pasienter med ryggmargsskader, locked-in syndrom og visse sjeldne diagnoser. Med bedre behandling og lengre levetid kan behovet for oppfølgingstjenester øke.
- Samfunnets forventninger til spesialiserte rehabiliteringstjenester ventes å endre seg. Spesialisert rehabilitering kan bli etterspurt for flere pasienter, for eksempel for pasienter med usikkert rehabiliteringspotensial eller pasienter i høy alder.
- Nye rehabiliteringsmetoder vil bli tilgjengelig, flere tilbud kan gis i kommunehelsetjenesten, tilbud i spesialisthelsetjenesten kan gis på avstand eller ved kortere eller færre innleggelses.
- Nye rehabiliteringsmetoder vil føre til at tilbud kan bli opprettet der det i dag mangler tilbud.
- Nye høyteknologiske hjelpemidler vil skape behov for nye tilbud med spesialisert kompetanse på bruk i trening og som hjelpemidler.
- Etterspørselen etter ambulante, polikliniske og telemedisintjenester ventes å øke.

## 4.3 Kapasitetsberegning

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

Høsten 2017 har Helse Sør-Øst RHF gjennomført en framskriving av aktiviteten 2015-2035 ved HF-ene ut fra «RHF-enes framskrivingsmodell for aktivitet og kapasitetsberegning». Denne baserer seg på en ren matematisk beregning av innflytelsen av demografiske endringer. Dette korrigeres for ventede effekter av sykkelighets- og tilbudsendringer, omstillingstiltak i forhold til behandlingsnivåer, samhandling med primærhelsetjenesten og andre omstillingstiltak. Det er imidlertid ikke korrigert for endringsfaktorer som spesifikt gjelder rehabilitering, som utviklingsplanens kapittel 4.2. peker på. Det er derfor erkjent at RHF-enes framskrivingsmodell med standard endringsfaktorer antakelig er dårlig tilpasset rehabilitering og derfor har begrenset gyldighet for Sunnaas sykehus.

Sunnaas sykehus har på bakgrunn av dette valgt å legge SINTEF-rapporten «Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 Helse Sør-Øst RHF»<sup>5</sup> til grunn for utviklingsplanarbeidet. Slik befolkningsutviklingen beskrives i rapporten, forventes en økning i helsevesenets aktivitet på 30-35

<sup>5</sup> Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov 2030 for Helse Sør-Øst RHF, SINTEF 2014.



% SINTEF beregner at sengebehovet ved Sunnaas sykehus vil være det samme i 2030 som i 2014, dvs en kapasitet på 159 senger. Sunnaas sykehus redegjorde for endringsfaktorer som vil påvirke behov og tilbud av rehabiliteringstjenester i kapittel 4.2. I beregningen fra SINTEF er innvirkningen av slike forhold ikke vurdert.

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

Tilsvarende er lagt til grunn ved utarbeidelse av idéfaserapport for byggetrinn 3, der dimensjonering av alternativene som anbefales er stabil eller noe økt sengekapasitet og økt arealbehov for poliklinikk, dagbehandling, laboratorier og undervisningsfasiliteter <sup>6</sup>.

## 5 Analyse og veivalg for helseforetaket

### 5.1 Utfordringsbildet - rehabiliteringstilbudet i regionen

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

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

Det er variasjoner i bruk av og tilgang til rehabiliteringstjenester. Mens en stor del av rehabiliteringskapasiteten i Helse Sør-Øst gis ved de private rehabiliteringsinstitusjonene, med stabil eller økende kapasitet, har rehabiliteringskapasiteten ved helseforetakene blitt redusert de senere år. Dette har gått ut over tverrfaglige utrednings- og vurderingstilbud, og for rehabiliteringstilbudet til pasienter med større medisinsk kompleksitet og pleiebehov. Videreutvikling av det høyspesialiserte rehabiliteringssykehuset, kombinert med tiltak i helseforetakene som føringene fra Helse Sør-Øst RHF legger opp til, vil gi et mer likeverdig og bedre rehabiliteringstilbud i sykehusområdene.

Rehabilitering omfatter oftest samtidig diagnostisk avklaring og funksjonsvurdering, ulike tverrfaglige tiltak og mestring hvor det for gode rehabiliteringsløp stilles store krav til tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling og samarbeid. Fagfeltet preges av manglende dokumentasjon på effekten av tiltak. Dette er en viktig årsak til variasjonen vi ser i rehabiliteringstilbudene, og at tilbudet dels fremstår fragmentert. Det er grunn til å anta at flere diagnosegrupper har et udekket behov, og det er på grunn av både kunnskapsgrunnlag og kapasitetsutfordringer behov for tydeligere beskrivelser av hvilke rehabiliteringstjenester og -tiltak som skal være tilgjengelige for hvilke pasientgrupper.

Sykehuset kan, på kort sikt, videreutvikle traumekoordinatorfunksjonen samt øke kapasitet for tidligfasevurdering av rehabiliteringspotensiale og rehabilitering av traumepasienter med komplekse problemstillinger som krever spesielt bredt sammensatte team og høyspesialisert kompetanse og/eller avansert utstyr for diagnostikk og behandling.

<sup>6</sup> Idéfaserapport for Sunnaas sykehus HF, se vedlegg III.

Utvikling av nye behandlinger må skje i henhold til kunnskapsgrunnlag, klare planer og prioriteringer. For å opprettholde kapasitet og et likeverdig tilbud kreves kontinuerlig arbeid innen fag- og programutvikling, prioriteringsforskriften og oppgave- og funksjonsfordeling.

I rehabiliteringsfeltet fremover vil spesialisierende, sentraliserende og desentraliserende tendenser gjøre seg gjeldende samtidig. Forsterkede faglige krav, og nye medisinske og tekniske muligheter vil trolig bidra til ytterligere spesialisering. Avansert teknologi som krever høyspesialisert kompetanse, samarbeid med flere yrkesgrupper og bruk av kostbart utstyr vil også virke sentraliserende. Samtidig vil teknologiutviklingen og nye måter å drive samhandling styrke mulighetene til å tilby rehabilitering der pasienten bor.

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

### 5.1.1 Finansiering

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

Sengebasert rehabilitering er mest inntektsgivende for Sunnaas sykehus HF. Samtidig er det politisk enighet om at pasienter i større grad bør behandles poliklinisk eller hjemme ved hjelp av veiledning og ambulante tjenester. Den teknologiske utviklingen gjør dette mulig, men finansieringsordningen er i utakt. Polikliniske tjenester, videokonsultasjoner, ambulante tjenester og kompetansetjenester er underfinansierte, og hemmer en ønsket utvikling.

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

Det mangler i dag en tydelig nasjonal og regional oppgave- og funksjonsfordeling innen fagområdet rehabilitering. En slik fordeling bør gjennomføres etter modell fra andre fagområder for å sikre pasientene et likeverdig rehabiliteringstilbud og en mer optimal ressursutnyttelse. Fagråd rehabilitering har fått i oppdrag av HSØ å komme med en faglig tilråding av hvilke rehabiliteringstjenester som bør være regionale eller flerområdefunksjoner. Vedtak i fagrådet om anbefalingene ventes i juni 2018, og vil kunne få konsekvenser for Sunnaas sykehus HF.

## 5.2 Risiko- og mulighetsanalyser

Risiko- og mulighetsanalyse skal gjennomføres dersom planen legger opp til vesentlige endringer. Utviklingen av fremtidens Sunnaas sykehus HF innebærer ikke vesentlige endringer, og det er derfor ikke gjort en omfattende analyse av risiko og muligheter. For beskrivelse av risiko vises til kapittel 5.1 – Utfordringsbildet. Mulighetsbildet beskrives i kapittel 6 – Målbilde.

## 5.3 Kriterier for valg

Punktene under har vært styrende for hvilke tjenester og tilbud Sunnaas sykehus HF mener det er riktig å prioritere og å utvikle mot 2035:

- Hvordan sikre befolkningen mer **likeverdig tilgang** til spesialisert rehabilitering?
- Hvordan skape pasientens helsetjeneste og gode, **helhetlige pasientforløp** gjennom effektiv arbeidsdeling mellom helseforetak, i samhandling med kommuner og fastleger, der alle parter bidrar med det de har best forutsetninger for?

- Hvordan utnytte og fremme muligheter **nye behandlingsmetoder og teknologi** kan gi for pasienters livskvalitet og samfunnsøkonomisk nytte?

## 6 Målbilde: Sunnaas sykehus mot 2035

Sunnaas sykehus HF utvikler seg mot 2035 som et enda tydeligere rehabiliteringsfaglig tyngdepunktet både nasjonalt og regionalt. Sunnaas arbeider fremtidsrettet i tråd med sykehusets virksomhetsidéer:

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

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

- Sunnaas sykehus er et høyspesialisert nasjonalt rehabiliteringssykehus, og et kunnskapsbasert konsept for rehabilitering som andre aktører i hele behandlingsskjeden kan delta i og arbeide etter
- Sunnaas sykehus er blant de beste sykehusene i Norge i undersøkelser om pasienterfaringer
- Sunnaas sykehus styrker pasientens kompetanse om egen tilstand og sørger for at pasienter i hele landet har tilgang til kunnskapsbaserte rehabiliteringstjenester og moderne teknologi
- Sunnaas sykehus dokumenterer effekt på aktivitet og samfunnsdeltakelse, og kostnadseffektivitet, for alle sine rehabiliteringsprogrammer
- Sunnaas sykehus er en fremtredende aktør internasjonalt for rehabiliteringsforskning og innovasjon

### 6.1 Det høyspesialiserte rehabiliteringssykehuset

Et best mulig kunnskapsbasert og likeverdig rehabiliteringstilbud kan oppnås ved at Sunnaas sykehus HF videreutvikler eksisterende virksomhet og styrker sin funksjon som et tyngdepunkt i rehabiliteringsfeltet, nasjonalt og regionalt. Forsterkede tilbud og funksjoner for samhandling, ambulante tjenester, bruk av moderne rehabiliteringsmetoder og teknologi, teknologiutvikling, forskning, utvikling og utveksling av kompetanse er de viktigste elementene i et slikt videreutviklet Sunnaas sykehus.

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

I tråd med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering skal kommunene ta del i og ha ansvar for forløpet til pasientene som utskrives fra spesialisthelsetjenesten. Kommunene er viktige samarbeidspartnere fordi Sunnaas følger pasienten i et livsløpsperspektiv, og kompetanseutveksling er viktig og etterspurt, både når det gjelder diagnosespesifikke utfordringer og generell opplæring av helsepersonellgrupper.

Innenfor spesialisthelsetjenesten er det nødvendig med bedre integrerte tjenester og samhandling. Målet er at den enkelte pasient får riktig rehabiliteringstilbud til rett tid. Det er blant annet behov for å definere optimale rehabiliteringsforløp for ulike diagnoser, funksjonsutfall og faser av rehabiliteringen.

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

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

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

#### 6.1.1 Teknologi tas i bruk i alle aspekter ved virksomheten

Digitalisering og ny teknologi er blant de viktigste endringsdriverne for helsevesenet inkludert rehabiliteringsfeltet. Ny teknologi vil endre og forenkle arbeidsprosesser, gi oss nytt diagnostisk og terapeutisk utstyr, bedre hjelpemidler, endre kommunikasjonen med pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. Pasientene vil i økende grad bruke selveid teknologi, eller utstyr som inneholder teknologi, relatert til kommunikasjon og til egen helse, så vel frittstående som koblet opp mot ulike nettverk. Den vil åpne for nye behandlingsformer.

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

Digital teknologi vil forenkle samhandling og samarbeid med andre foretak og kommunene, noe som igjen vil gi et bedre tilbud til pasientene, redusere reisekostnader og ha god miljøgevinst.

Teknologien vil også skape nye forventninger, og innholdet i tjenestene vil endre seg. Nye pasientgrupper som kan ha nytte av rehabiliteringstjenester kan oppstå. Sett fra et pasientperspektiv vil utviklingen gi bedre tjenester. Sett fra helseforetakenes ståsted gir den mulighet til å yte bedre og mer effektive tjenester. Samtidig stiller den nye krav til kompetanse og ressurser for investeringer og drift.

#### 6.1.2 Integrasjon av klinikk, forskning og innovasjon

Det vil i årene frem mot 2035 gjennomføres prosesser hvor klinikk, forskning og innovasjon integreres til beste for pasientene.

Det høyspesialiserte rehabiliteringssykehuset vil videreutvikle styrker fra dagens virksomhet, ta i bruk ny teknologi samt inkludere internasjonale trender i all virksomhet. Nye elementer som kan bidra til likeverdige pasienttilbud inkluderes, slik at regionen sikres optimal utnyttelse av det store kompetansemiljøet, og slik at hensiktsmessig og effektiv samhandling forsterkes.

I det følgende presenteres mulighetene for utvikling av fremtidens rehabiliteringssykehus. Mulighetsbildet er basert på sykehusets egne analyser og innspill fra helseforetak, kommuner og andre viktige samarbeidspartnere sykehuset har hatt dialog med i arbeidet med utviklingsplanen.

## 6.2 Tverrfaglig ambulant rehabiliteringspoliklinikk

Sunnaas sykehus HF driver i dag poliklinisk virksomhet på Nesodden i Akershus og på Aker helsearena i Oslo. Fram mot 2035 vil den polikliniske virksomheten ved sykehuset utvikles videre, både i sykehusets nåværende lokasjoner og ambulant.

De kommende årene mener sykehuset det vil være hensiktsmessig å etablere ambulante poliklinikker etter avtale med områdesykehusene som har behov for et slikt tilbud. Landsforeningen for ryggmargsskadede og andre brukerorganisasjoner har fremmet et klart ønske om at Sunnaas etablerer slike poliklinikker, da det vil sikre pasienten tilgang til den høyspesialiserte kompetansen uten å måtte reise til Sunnaas.

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

## 6.3 Intervensjonssenteret for spesialisert rehabilitering

Sunnaas intervensjonssenter for høyspesialisert rehabilitering vil prøve ut ny teknologi, legge til rette for kompetanseutveksling, standardisere rutiner og prosedyrer innen rehabiliteringsfeltet, og vil bidra til styrket samhandling i fagutviklingen både nasjonalt og regionalt.

Fagmiljøet innen spesialisert rehabilitering er begrenset, og regionen vil ha nytte av at den spesialkompetansen som finnes utnyttes optimalt. Sunnaas sykehus HF har evne, vilje og en organisasjon som er rustet til å påta seg et utvidet ansvar for å møte regionens behov. Kompetansespredning er avgjørende for å sikre et godt og likeverdig pasienttilbud i regionen, og for å legge grunnlaget for mer helhetlige pasientforløp.

### 6.3.1 Testsenter for innovasjon og utprøving av ny teknologi

Sunnaas sykehus vil med utgangspunkt i sitt innovasjonsmiljø og testbed, ta et større ansvar som regionalt senter for utprøving av ny teknologi og innovasjon rettet mot rehabilitering, herunder hjelpemidler, trenings- og rehabiliteringsteknologier og til en viss grad velferdsteknologiske løsninger. Dette vil avlaste andre miljøer, samt bidra til en målrettet utvikling av rehabiliteringsteknologiske løsninger. En parallell til dette finner en i etableringen av «Intervensjonssenteret» på OUS/Rikshospitalet på midten av 90-tallet, eller «Fremtidens operasjonsrom» på St. Olavs hospital noen år senere.

Sunnaas har siden midten av 90-tallet tatt et slikt ansvar knyttet til utvikling av telemedisin (oppfølging på avstand), i tett samarbeid med de relevante aktørene i Norge. De siste årene har teknologiske løsninger lagt til rette for utvikling av telerehabilitering (rehabilitering over avstand). Utvikling av teknologisk intervensjonssenter (oppstart 2017) kan tjene som et nytt eksempel. I tett samarbeid med aktuelle interne (teknologi og e-helse, laboratorier for robotikk, bevegelse, fysiologi og virtuell rehabilitering, forskningsavdelingen og klinikken) og eksterne (bedrifter, universitet og innovasjonsklynger) fagmiljøer, legges nå grunnlag for nye kliniske tjenester, teknologivurderinger og innovasjoner til pasientens og helsetjenestens beste. Foretakets samorganisering av innovasjon, teknologi og e-helse er en nødvendig forutsetning for denne satsningen.

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

- pasienter gjennom utvikling av bedre og mer likeverdige rehabiliteringstilbud
- helsetjenesten gjennom en kvalitetssikring av nye tjenester og produkter
- helsenæringen gjennom en enklere vei inn for samarbeid og testing av tjenester og produkter

### 6.3.2 «Rehab-akademiet»

Kunnskapsbasert rehabilitering, god samhandling og mer likeverdige rehabiliteringstilbud stiller krav til gode samarbeidsarenaer og aktive fagnettverk som kan ivareta regionens behov for:

- Et dekkende utdannings- og undervisningsopplegg av høy kvalitet
- Kontinuerlig fagutvikling og kvalitetssikring av pasientforløp som bør være standardiserte og inkluderer en tydelig ansvarsdeling
- Faglig oppdaterte rutiner og prosedyrer relevante for fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering

### 6.3.3 Fagnettverk

Sunnaas sykehus skal etablere faglige nettverk bestående av klinikere og forskere fra ulike profesjoner og fagmiljøer. Sykehuset har allerede RKR og RKE, et aktivt lærings- og mestringssenter, det er landets største utdanningsinstitusjon for legespesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering og har flere ansatte med bistillinger ved universitet- og høyskoler. Med bruk av digitale løsninger vil det være mulig og realistisk å arbeide teambasert og over distanse med alle de tre punktene nevnt over. Flere foretak i regionen etterspør slike initiativ og tilbud fra Sunnaas.

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

Faglige nettverk orientert mot pasientgrupper, definert ved diagnoser eller funksjoner, vil styrke samhandlingen mellom aktørene i regionen og dermed bidra til mer effektive og likeverdige tjenester. Fagutvikling og forskningssamarbeid på pasienttilbudene der fagnettverkene vurderer som hensiktsmessig, vil kunne bidra til standardisering av rehabiliteringstilbudene i regionen. I dette arbeidet kan følgende inngå:

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

### 6.3.4 Kompetansepakker

Det er grunn til å anta at både underkapasitet og økt behov for spisskompetanse vil gjøre seg gjeldende innenfor rehabiliteringsfeltet i årene fremover, og det er viktig at all tilgjengelig kompetanse utnyttes til pasientens beste. For å imøtekomme dette vil Sunnaas sykehus i samarbeid med andre aktuelle aktører utvikle kompetansepakker hvor mye vil være digitalt organisert og tilgjengelig.



Kompetansepakkene vil tilbys helseforetak, kommuner, fastleger og private rehabiliteringsinstitusjoner, og vil kunne skreddersys til konkrete behov knyttet til enkeltpasienter, diagnoser og funksjonsområder både særfgelig, tverrfaglig og for pasient og pårørende:

- E-læringsprogram og webinarer
- «Bytter arbeidsplass», klinisk tjeneste, refleksjonsgrupper, casediskusjoner, tverrfaglige undervisningspakker
- Telefonhenvendelser – tilbud om et team som kan svare på fagspesifikke spørsmål
- Tilbud om hospitering og undervisningsprogram
- Veiledning

### 6.3.5 Regionalt kvalitetsregister

Et regionalt kvalitetsregister vil være et viktig verktøy for å monitorere rehabiliteringstilbudene i helseregionen, og kan gi en kunnskapsbasert basis for kvalitetskontroll og en videreutvikling av tjenestene.

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

Med en slik funksjon kan Sunnaas sammen med samarbeidspartnere levere:

- Analyser av behandlingseffekter (Hvilke gevinster gir behandlingen for pasientene)
- Prognostisk kartlegging inkl. livskvalitet, funksjon og symptombilde senere i forløpet (hvordan det går med pasientene i et livsløpsperspektiv)
- Kost- nytteanalyser

For pasienttilbudet vil dette på kort sikt bety at Sunnaas sammen med andre sykehus og institusjoner som ønsker å delta, tar i bruk et felles kjernesett for rehabilitering blant annet basert på anbefalinger fra Helsedirektoratet. Kjernesettet skal vise effekter av rehabilitering mens pasientene er i et behandlingsforløp og når behandlingen er avsluttet. Resultatene fra et slikt register evalueres i samråd med brukerorganisasjoner for å fremme fokusområder som er viktige for pasientene.

På lang sikt vil et regionalt analysesenter kunne ha data på rehabiliteringseffekter og -behov i et livsløpsperspektiv. Slike data kan benyttes til å undersøke regionale kvalitetsforskjeller, likeverdighet i tilbud, og kost-nytteverdi av behandlingsprogrammer. Data fra et slikt register vil også kunne bistå sykehus og institusjoner med å beregne prognose og finne egnede behandlinger ved oppstart av nye pasienters rehabiliteringsforløp.

## 6.4 Sunnaas som samfunnsaktør

Tverrfaglighet og teamarbeid som metode inngår i rehabiliteringsfagets egenart. Ansvar for å tilby ulike rehabiliteringstjenester er spredt på flere nivåer i helsetjenesten og mellom mange ulike aktører. Det er mange om å ha eierskap til rehabilitering. Det kan svekke muligheten til å få oppmerksomhet rundt utfordringer og udekkede behov på rehabiliteringsfeltet, men også om gevinster gode rehabiliteringstjenester kan gi på samfunnsnivå.

Med ressursene og posisjonen Sunnaas sykehus HF har, er det naturlig at sykehuset tar en aktiv og synlig rolle i å skape bevissthet om aktuelle problemstillinger innen rehabilitering i allmennheten og blant beslutningstakere. Samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og i kommunene uttrykker ønske om at Sunnaas sykehus som en del av samfunnsoppdraget i større grad belyser utfordringer og muligheter på rehabiliteringsfeltet i faglige og offentlige sammenhenger. Videre etterlyses, også av pasientforeninger, at det settes et enda større fokus på kronikerperspektivet, hvordan det er å leve med funksjonsnedsettelse, og helsevesenets oppgaver forbundet med dette.

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

## 7 Konsekvenser

I det følgende beskrives på overordnet nivå konsekvenser og omstillinger som følger av en videreutvikling av helseforetaket slik det er beskrevet i foregående kapittel.

### 7.1 Organisasjon og ledelse

For å rigge fremtidens rehabiliteringssykehus kreves en overordnet gjennomgang av organisasjonsstruktur og intern samhandling og oppgavedeling. I dagens sykehus er enkeltelementer fragmenterte – for eksempel er kompetanseutvikling delt mellom HR, klinikk og RKR, noe som ikke nødvendigvis er hensiktsmessig i en ny, effektiv og fremtidsrettet organisasjon.

De nye elementene vil fordre en videreutvikling av Regional kompetansetjeneste for rehabilitering innenfor dagens mandat, slik at flere oppgaver kan ivaretas, og en større del av rehabiliteringstjenestene i Helse Sør-Øst kan betjenes. Videre vil etablering av et regionalt og etter hvert nasjonalt kvalitetsregister forutsette styrking av analyseressurser og en intern reorganisering av samarbeidet mellom forskning, klinikk og Regional kompetansetjeneste for rehabilitering.

### 7.2 Oppgavedeling og samhandling

Tverrfaglig ambulant rehabiliteringspoliklinikk vil yte tjenester basert på avtaler med områdesykehus og kommuner om bruk av lokaler og utstyr. Pasientene i poliklinikken tilhører Sunnaas, men de behandles poliklinisk nær hjemstedet eller ved sitt lokalsykehus.

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

### 7.3 Bemanning og kompetanse

Sunnaas sykehus HF bygger videre på kompetansen som finnes i virksomheten, og rekrutterer strategisk for å imøtekomme behovet nye tjenester og ny teknologi vil kreve. Det kan være aktuelt



med deltidsstillinger for ansatte i helseforetakene i regionen for en nærmere tilknytning til den tverrfaglige ambulante poliklinikken.

Internt er det vesentlig med en større gjennomgang av arbeidsprosesser i hele virksomheten for å avdekke evt. uhensiktsmessig bruk av kompetanse det i fremtiden vil være knapphet på, for å sikre rett kompetanse på rett sted. I den forbindelse vil det avdekkes evt. behov for nye yrkesgrupper for å løse fremtidens oppgaver særlig relatert til forskning, digitalisering og ny teknologi (ingeniører, IKT-kompetanse).

Kompetanseoppbygging i kommunehelsetjenesten og i de helseforetakene som ikke selv har rehabiliteringsenheter vil være en vesentlig konsekvens av etablering av både den tverrfaglige rehabiliteringspoliklinikken og intervensjonssenteret for rehabilitering. Helsepersonell utenfor Sunnaas vil delta i diagnostikk, testing og behandling av pasientene sammen med høykompetent tverrfaglig team fra Sunnaas.

## 7.4 Teknologi og utstyr

En videreutvikling av Sunnaas sykehus HF til et høyspesialiserte og virtuelt rehabiliteringssykehus krever økt satsning på og investering i avansert teknologisk og medisinsk teknisk utstyr.

- Det vil være behov for mobilt utstyr for diagnostikk, testing og behandling i den ambulante rehabiliteringspoliklinikken. Etablering av poliklinikken vil forandre at det finnes tilstrekkelig utstyr på lokasjoner hvor poliklinikken skal ha pasientbehandling. Utstyrsbehovet vil øke innen virtuell behandling og kontakt med pasienter og helsepersonell lokalt, og for å sikre optimal kompetanseutveksling.
- Dagens digitale delingsplattformer har vist seg utilstrekkelige når det gjelder kompetanseutveksling. Den nasjonale nettløsningen er primært pasientrettet, mens kunnskaps- og kompetansedeling slik Sunnaas foreslår vil forutsette tidsmessige løsninger for dialog fag-til-fag.
- Radiologisk utstyr er en forutsetning for utvikling av et høyspesialisert tilbud

## 7.5 Bygg

Det høyspesialiserte rehabiliteringssykehuset krever areal, bygningsmasse og omgivelser som legger til rette for klinisk rehabiliteringsvirksomhet, forskning, innovasjon, effektiv logistikk og tjenestedesign, samtidig som den oppfyller oppdaterte krav til HMS og fremmer motivasjon og trivsel blant pasienter og ansatte. Det er viktig at bygningsmassen er fleksibel og enkelt kan imøtekomme endringsbehov oppstått som følge av nye behandlingsformer eller teknologi. Bygningsmassen skal understøtte kostnads- og miljøeffektiv sykehusdrift.

Poliklinikken vil etableres ved utvidelse av leiekontrakt på Aker Helsearena. Videre vil leieavtaler måtte inngås med helseforetakene hvor sykehuset skal ha poliklinikk. Kommunehelsetjenesten vil måtte stille lokaler til disposisjon på de lokasjoner det er ønskelig at poliklinikkvirksomheten etableres.

Sunnaas sykehus HF har vektlagt det fysiske miljøet innendørs og utvendig som vesentlig for god rehabilitering siden oppstarten i 1954, dette støttes av arkitekturforskning, jfr. note 2.

## 7.6 Økonomi

Økt poliklinisk virksomhet og telerehabilitering ved bruk av videokonsultasjoner og lignende er underfinansiert med dagens innsatsstyrte finansiering. Det høyspesialiserte rehabiliteringssykehuset

vil være mer teknologi- og utstyrsintensivt enn dagens Sunnaas, og det må påregnes økte investeringer i den forbindelse.

Planforslaget skisserer fremtidens Sunnaas sykehus HF som driver samfunnsøkonomisk kostnadseffektiv pasientbehandling. Finansiering av byggetrinn 3 er lagt inn i helseforetakets langtidsbudsjett og i ØLP.

## 8 Anbefaling

For pasienten er kunnskapsbaserte behandlingstilbud og et helhetlig, sammenhengende forløp viktig. Det kan være spesielt utfordrende å oppnå innen rehabilitering, fordi bidragene i behandlingsskjeden kommer fra så ulike hold – fra akutt sykehuset, via helseforetak og enheter for rehabilitering og til kommunehelsetjenesten.

Fremtidens Sunnaas sykehus HF skal bevare og videreutvikle pasienttilbudet på en slik måte at den høyspesialiserte rehabiliteringen og kompetansen i foretaket kommer alle regionens pasienter til gode. Sunnaas skal være Helse Sør-Øst sitt rehabiliteringssykehus, og vil være en hovedressurs for å sikre pasienters tilgang til gode tjenester, effektiv samhandling, innovasjon, systematisk utprøving av ny teknologi og styrket forskningsbelegg innen rehabilitering.

Sunnaas sykehus bør derfor videreutvikles og forsterkes som tyngdepunkt og ressurscenter for rehabiliteringsarbeidet i regionen, i tråd med hva helseforetaket i denne planen som det høyspesialiserte rehabiliteringssykehuset.

## 9 Referanser og bakgrunnsdokumenter

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

## Vedlegg I – Mandat og organisering

### Mandat vedtatt av foretaksledelsen i Sunnaas sykehus HF 22. august 2017

- 1 Utviklingsplanen skal gi en samlet utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene for høyspesialisert rehabilitering regionalt og flerregionalt.  
Følgende innsatsfaktorer skal beskrives:
  - Organisasjon og ledelse
  - Samhandling og oppgavedeling
  - Kompetanse
  - Teknologi og utstyr
  - Bygg
- 2 Utviklingsplanen skal tydeliggjøre Sunnaas sykehus HF sitt ansvar og tilbud som fremste aktør innen fagfeltet; regionalt og nasjonalt; herunder hvilke oppgaver Sunnaas skal påta seg for å styrke tverrfaglig rehabilitering i andre HF frem mot 2035.
- 3 Utviklingsplanen skal redegjøre for alternative modeller, inkludert faglige og økonomiske konsekvenser, for hvordan Sunnaas sykehus HF skal ivareta sitt ansvar og sitt tilbud.

### Organisering av arbeidet

**Styringsgruppe:** Administrerende direktørs ledergruppe har vært styringsgruppe for arbeidet med utviklingsplanen.

### Prosjektgruppe:

- Prosjektleder: Foretaksjurist Trude Gjeldvik
- Klinikksjef Kathi Sørvig
- Leder strategi 2030, klinikkoverlege Frank Becker
- Fagsjef psykologi Anne-Kristine Schanke
- Medisinsk fagsjef Grethe Månum
- Kommunikasjonsdirektør Kim Hannisdal
- Leder Regional kompetansetjeneste Jan-Egil Nordvik
- Innovasjonssjef Sveinung Tornås

- Foretakstillitsvalgt Linn Næsland
- Brukerutvalgsrepresentant Pernille Villekjær

## Vedlegg II – Interessenter og involvering

Interessenter	Kommunikasjonstiltak/involvering
Brukerorganisasjoner	Representasjon i prosjektgruppa og intern samling med ledere. Dialogmøte med alle relaterte brukerorganisasjoner. Orienteringer i brukerutvalgsmøter. Høring.
Helse Sør-Øst RHF	Tre dialogmøter Uformell, løpende kontakt
Andre helseforetak i regionen	Møterekke for å avklare forventninger og innhente innspill. Høring.
Kommuner	Møterekke for å avklare forventninger og innhente innspill
Nærmiljø	Dialogmøte med Nesodden kommune. Informasjon i lokalpresse. Høring.
Pasient- og brukerombudet	Deltakelse i dialogmøte med brukerorganisasjoner og i høring
Spekter	Halvdagsseminar om utviklingsplanens hovedtemaer, oppfølgende dialog
Berørte fagforeninger og yrkesorganisasjoner	Høring
Helsetilsynet og Helsedirektoratet	Høring
NAV	Høring
Ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste	Jevnlige oppdateringer i interne kanaler og allmøter, samling med gruppearbeid.
Brukerutvalget, Sunnaas sykehus HF	Deltakelse i utviklingsplanens prosjektgruppe. Høring.
Brukerutvalget, Helse Sør-Øst RHF	Deltakelse i dialogmøte. Høring.

## [Vedlegg III – Idéfaserapport Sunnaas sykehus HF](#)

## [Vedlegg IV – Strategi 2030 kortversjon](#)

## [Vedlegg V – Strategi 2030 grunnlagsdokument](#)