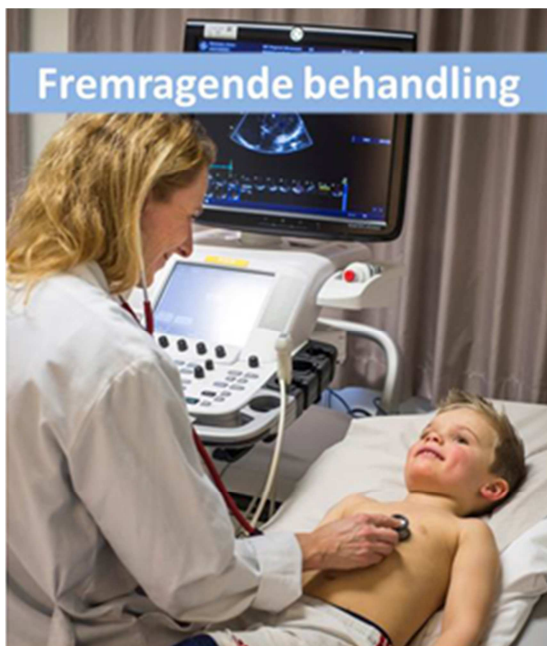


Fremragende behandling



Utviklingsplan

St. Olavs hospital HF

- 15. november 2017

1. Bakgrunn og historikk

1.1 Historikk for helseforetaket

St. Olavs hospital HF ble opprettet i 2002. Staten overtok da Regionsykehuset i Trondheim fra Sør-Trøndelag fylkeskommune. Nye St. Olavs hospital - Universitetssykehuset i Trondheim, ble offisielt åpnet av kong Harald sommeren 2010. Staten, ved NTNU og St. Olavs hospital HF, eier og driver anlegget gjennom et tingsrettslig sameie. NTNUs eierandel er ca. 25 %. Det er lagt stor vekt på å utvikle et tett integrert universitetssykehus, og felles strategiske mål for sykehus og fakultet ble vedtatt i 2013.

Undervisnings- og forskningsfunksjonene er integrert med arealer for klinisk drift. Sykehuset er bygget etter en sentermodell. I idegrunnlaget heter det at «Sykehuset skal bygges på samarbeid i en helhetlig helsetjeneste, med medisinsk faglig kompetanse, pleie, omsorg og medmenneskelighet konsentrert mot pasienten» (Utviklingsplan for Regionsykehuset i Trondheim, forprosjekt 1991).

Første byggefase besto av Nevrosenteret, Laboratoriesenteret og Kvinne-barn-senteret, og ble ferdigstilt i 2005-2006. I andre byggefase fra 2008 til 2013 inngikk flere nye sentra, og til slutt Kunnskapssenteret. Sentermodellen, som la vekt på desentralisering av støttefunksjoner og enhetlig, profesjonsuavhengig ledelse på senternivå, viste seg å være driftsøkonomisk svært krevende. Organisasjonsstrukturen ble derfor raskt endret til en mer tradisjonell klinikkstruktur basert på medisinske spesialiteter.

Parallelt med oppbyggingen av sykehus i Trondheim, ble det etablert og drevet sykehus i Orkdal fra tidlig på 1900-tallet. I 2004 ble Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus underlagt St. Olavs hospital. Samme år ble også Røros sykehus, etablert i 1935, underlagt St. Olavs hospital.

Bygningsmassen innen psykisk helsevern har samlet sett vært dårlig. De siste årene har det derfor vært en høyt prioritert oppgave å sikre en oppgradering av bygningsmassen. Orkdal DPS og Nidaros DPS har nå relativt nye bygninger. Høsten 2017 ble nytt akuttbygg på Østmarka tatt i bruk. Samtidig fattet styret vedtak om å bygge nytt sikkerhetsbygg på Østmarka. Det er håp om at St. Olavs hospital også får bygge et Senter for Psykisk helse på Øya sammen med NTNU som del av campusutbyggingen. Endelig vedtak om dette er ikke fattet ved utgangen av 2017.

I dag er St. Olavs hospital et integrert universitetssykehus med lokal-, region, og universitetssykehusfunksjoner. Det ytes lokalsykehustjenester til befolkningen i Sør-Trøndelag på ca. 320 000 innbyggerne. I tillegg er vi universitetssykehus for Midt-Norge med ca. 720 000 innbyggere. Universitetssykehuset utgjør en betydelig arena for undervisning og forskning.

1.2 Gjennomføring av prosjektet

1.2.1 Mandat og organisering

Arbeidet med utviklingsplanen ble initiert av Helse Midt-Norge RHF (HMN) i foretaksrådet 2. juni 2016. I sak 54-16 den 16. juni vedtok styret i Helse Midt-Norge mandat med veileder for helseforetakenes utviklingsplaner.

Styringsgruppen for arbeidet har vært den strategiske ledergruppen ved St. Olavs hospital bestående av adm. direktør og hans 6 stabsdirektører. Klinikksjefene har vært referansegruppe i arbeidet.

I perioden november 2016 til januar 2017 ble det etablert en prosjektgruppe, koordineringsgruppen, hvor interne og eksterne interessenter. NTNU, kommunene, sykehusets brukerutvalg, tillitsvalgte og vernetjenesten er representert. Dialog om planens utvikling er ivaretatt gjennom etablerte møtefora og gjennom koordineringsgruppen. Det er etablert en regional ressursgruppe med representanter fra alle helseforetak i regionen. Her har man utvekslet ideer og i noen sammenhenger igangsatt regionale prosjekt for å understøtte arbeidet med de lokale utviklingsplanene.

I forbindelse med etablering av prosjektet ble det utarbeidet en prosjektplan hvor roller, ansvar, frister og milepæler ble klargjort. Prosjektplanen ble endelig godkjent i styringsgruppen 23.01.17.

1.2.3 Interessenter

Høsten 2016 ble det gjort en interessentanalyse og utarbeidet en kommunikasjonsplan. Denne ble revidert våren 2017. Analysen identifiserer de sentrale interessentene til en utviklingsplan for St. Olavs hospital. Kommunikasjonsplanen er utarbeidet på basis av analysen og skal sikre god dialog og informasjonsflyt.

1.2.4 Medvirkning og aktiviteter

Utviklingsplanen fikk tidlig en egen nettside på sykehusets eksterne nettsider. Her ble referater, bestillinger, mandater og føringer lagt ut underveis. Det ble laget et eget prosjektområde på intranettet.

I august og oktober 2017 ble det gjennomført 2 heldagssamlinger for koordineringsgruppen og representanter fra sentrale fagmiljøer og interessenter. Formålet var å få innspill til nåtidsbeskrivelse og til å fatte veivalg til målbilde og tiltak. Samlingen den 25. oktober ble gjennomført som en bred workshop, med deltakere fra kommunene, klinikkene, NAV og koordineringsgruppen. Innspillene som kom inn denne dagen er benyttet til å beskrive utfordringer og muligheter.

Som del av mandatet fra HMN var det lagt opp til en parallell, ekstern kvalitetssikring av prosessen i utarbeidelsen av utviklingsplanen. HMN valgte konsulentfirmaet WSP AS til denne kvalitetssikringen som har fulgt vårt arbeid løpende.

2. Nåsituasjon

St. Olavs hospital HF, Universitetssykehuset i Trondheim, eies av Helse Midt-Norge RHF. Pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell er sykehusets fire hovedoppgaver, definert i lov om spesialisthelsetjenesten. Virksomheten omfatter spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tyngden av virksomheten ligger i Trondheim.

Utenom Trondheim drives somatiske sykehustjenester på Røros og i Orkdal. Virksomheten i Orkdal og på Røros drives som en integrert del av St. Olavs hospital. Sykehuset har også etablert en poliklinikk på Brekstad med tilbud til lokalbefolkningen innenfor flere fagområder.

St. Olavs hospital samarbeider tett med NTNU om å videreutvikle det integrerte universitetssykehuset. På oppdrag fra Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, leverte Husebektutvalget i 2016 en rapport om samordning mellom universitet og helseforetak. I sykehusets styringsdokument for 2017 heter det at «Det er ønskelig at St. Olavs hospital HF tar en nasjonal rolle i å integrere de to sektorene mest mulig innen forskning og utdanning.» Som en oppfølging av dette, lyses det høsten 2017 ut en stilling som

direktør for forskning, innovasjon og utdanning delt mellom St. Olavs hospital og Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU. Nærmere definerte støttefunksjoner innenfor forskning, utdanning og innovasjon ved de to institusjonene nettverksorganiseres. St. Olavs hospital har flere nasjonale oppgaver og landsfunksjoner. Universitetssykehuset har to nasjonale behandlingstjenester og syv nasjonale kompetansetjenester.

Aktivitetstall og resultat på noen kvalitetsindikatorer fremkommer i sist avlagte regnskap og årsberetning fra 2016. Stor tilstrømming av pasienter til akuttmottaket og høy beleggspersent er ved inngangen til 2018 en krevende utfordring for sykehuset.

2.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

Fra 2011 er det gjennomført årlige nasjonale spørreundersøkelser¹ i regi av Kunnskapscenteret for helsetjenesten. St. Olavs hospital skårer i 2016 signifikant over landsgjennomsnittet på flere pasienterfaringsindikatorer, men likt eller litt under på indikatorene utskrivelse, samhandling og ventetid.

Involvering av - og tilbakemelding fra, pasienter, pårørende og brukerorganisasjoner skjer gjennom arbeid i Brukerutvalget. Det er i tillegg flere lokale brukerutvalg ved St. Olavs hospital, og i 2017 er det etablert et eget Ungdomsråd.

2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

St. Olavs hospital disponerer totalt rundt 1000 senger, hvorav ca. 835 somatiske senger (750 i Trondheim og 85 i Orkdal). De siste årene har vi hatt en økt tilstrømming av pasienter til sykehusets akuttmottak som langt overskrider den demografiske utviklingen. 62 % av alle sykehusets innleggelser er akuttinnleggelser.

Gjennomsnittlig ventetid og antall fristbrudd er redusert betydelig de siste årene, og for første gang nådde sykehuset null fristbrudd tidlig i 2016, jf. vedlegg 1. Øvrig aktivitet i perioden fordeler seg slik:

	Polikliniske konsultasjoner 2016	Utskrivninger etter heldøgnsopphold 2016
Somatikk	467 990	57 554
Voksenpsykiatri	135 269	3 443
Barne- og ungdomspsykiatri	67 359	199
Rus og avhengighetsmedisin	19 216	1 152
Totalt	689 834	62 348

2.2.1 Helseatlas og forbruksrater

Ved å se på hvordan vi håndterer ulike pasientgrupper og sammenligner med andre sykehus, så kommer det fram til dels store forskjeller for eksempel mht liggetid, bruk av antibiotika etc. Helseatlas² beskriver variasjon i bruk av helsetjenester mellom foretak og bostedsområder.

¹ PAS-oppundersøkelser: <http://www.kunnskapscenteret.no/serier/passopp-rapporter>

² www.helseatlas.no

I helseatlasen presenteres variasjon fra et befolkningsperspektiv og fra et foretaksperspektiv. I tiden framover vil vi se grundig på slike forskjeller og se om det er effektiviseringspotensiale her.

Norsk pasientregister (NPR) legger månedlig ut nasjonale aktivitetstall. Det gir oss mulighet til bl.a. å sammenligne St. Olavs liggetid med andre sammenlignbare sykehus. Tall for 2016 viser at innen enkelte DRG er liggetida ved St. Olav lengre enn ved de andre universitetssykehusene. Ved å redusere liggetid til den korteste blant universitetssykehusene, eller ned til gjennomsnittet av universitetssykehusene, kan dette frigjøre et tosfret antall senger. De som særlig peker seg ut med lengre liggetid og høyt volum er DRG 89 - Lungebetennelse & pleuritt > 17 år m/bk og 320 - Infeksjoner i nyrer & urinveier > 17 år m/bk.

Alle sykehus beregner fra 2016 kostnad per pasient innen somatikk. Det gir oss mulighet til å se på hvor vi bruker ressurser i pasientbehandlingen. St. Olavs hospital brukte i 2016 omtrent 50 % av ressursene på 5 % av pasientene, eller ca. 3 mrd. kroner på i underkant av 7000 pasienter. De 50 % minst ressurskrevende pasientene brukte til gjengjeld bare 7 % av ressursene.

2.2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet.

Det arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i virksomheten. Helse, miljø og sikkerhet (HMS) er en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. St. Olavs hospital ble i 2016 miljøsertifisert for nye tre år etter ISO 14001:2015.

Et systematisk kvalitetsforbedrings- og HMS-arbeid forutsetter at foretakets aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres slik at gjeldende lovkrav overholdes. Det foretas årlig en omfattende gjennomgang av kvalitets- og HMS-systemet.

Antall meldte avvik og klager fremgår av vedlegg Y.

St. Olavs resultater ift de nasjonale kvalitetsindikatorer fremgår av vedlegg Z.

2.2.3 Pasientopplæring

Opplæring av pasienter og pårørende er et av de sykehusets 4 hovedoppgaver. Opplæring av pasienter i egenomsorg og trening har blitt mer aktuelt de siste årene. Innen ortopedi er det for eksempel vist at man oppnår bedre resultat av trening enn av operasjoner når det gjelder tidlige atroseforandringer. I 2017 er St. Olavs hospitals åtte lærings- og mestringssentra (LMS) en viktig ressurs i arbeidet med pasient- og pårørendeopplæring, gjennom pasientsentrert tjeneste og fokus på egenmestring.

2.2.4 Pasientforløp

St. Olavs hospital har ansvar for utvikling og implementering av regionale standardiserte pasientforløp i Helse Midt-Norge. Disse skal sikre et forutsigbart og vitenskapelig underbygget behandlingsforløp for den enkelte pasient. Forløpene beskrives langs en forventet tidslinje, som er så detaljerte at hver enkelt fase blir tydelig for pasienten. Det fremgår hvilken fagkompetanse og hvilke ressurser som er nødvendig for god kvalitet og for å unngå uønsket variasjon. Vi har per i dag 40 godkjente regionale forløp etter nasjonal metodikk, sammen med 170 lokale sykehusinterne forløp.

Pasientene inviteres gjennom Brukerutvalget til å delta i prosessen med å utvikle standardiserte pasientforløp.

2.3 Oppgavedeling og samhandling

Kvalitet på sykehusets helsetjenester til den enkelte pasient er svært ofte avhengig av at vi samarbeider tett med andre som yter helsetjenester til den samme pasienten. Dette kan være

kommunale helse- og omsorgstjenester inklusive fastlegetjenester, helsetjenester fra andre offentlige sykehus regionalt eller nasjonalt eller tjenester fra private sykehus og avtalespesialister. For pasientene blir det viktig at alle instanser som yter helsetjenester samarbeider for å unngå gråsoner, sikre en god oppgavedeling og legge til rette for pasientsikkerhet i overgangene mellom aktørene.

2.3.1 Oppgavedeling og samhandling innen eget helseforetak

Styret ved St. Olavs hospital har gitt klare føringer på at det er viktig å finne en fornuftig oppgavedeling/ funksjonsfordeling mellom de ulike lokasjonene Trondheim, Røros og Orkanger. St. Olavs hospital, Røros sykehus driver poliklinisk virksomhet innenfor flere fagområder for befolkningen i nærområdet i tillegg til elektiv virksomhet innenfor flere fagområder der ortopedi er dominerende.

St. Olavs hospital, Orkdal sjukehus, skal utvikles i retning av et elektivt senter for bløtdelskirurgi i tillegg til å være et lokalsykehus med ø.hjelp-funksjoner og elektive funksjoner for befolkningen i nærområdet.

For pasienter som trenger tjenester fra flere klinikker ved sykehuset, er koordinering mellom disse viktig. Standardiserte pasientforløp er en måte å sikre slik koordinering på.

2.3.2 Oppgavedeling og samhandling med andre helseforetak

Helse Midt-Norge har bedt St. Olavs hospital om å ta ansvar for å lede fagledernetverk innenfor de ulike fagområdene. Disse nettverkene er viktige med hensyn til funksjonsfordeling og koordinering mellom sykehusene i regionen. Regionale standardiserte pasientforløp er en måte å kvalitetssikre at oppgavedelingen fungerer godt for den enkelte pasient.

Fra 2016 har helseforetakene benyttet en felles versjon av pasientjournalssystemet (Doculive). Dette har bidratt til økt pasientsikkerhet gjennom å kvalitetssikre pasientinformasjonen når pasientene flyttes mellom institusjonene. Det er nå mulig å lese pasientens journal uansett på hvilket sykehus pasienten befinner seg.

2.3.3 Oppgavedeling og samhandling med kommuner og fastleger

Samhandling med kommuner og fastleger er regulert gjennom Samarbeidsavtalen mellom St. Olavs hospital og kommunene i Sør-Trøndelag. Med virkning fra 1. januar 2018 regulerer revidert avtale samarbeidsformer, organisering og samarbeidsfora, tvisteløsning og avvikhåndtering. Den overordnede avtalen er supplert med 10 retningslinjer for samhandling på forskjellige områder. Det er opprettet et Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) med representasjon på rådmann- og direktørnivå. ASU forvalter samarbeidsavtalene. Under ASU er det opprettet ti fagråd. Erfaringsvis bidrar samarbeidsavtaler og retningslinjer til mer forutsigbarhet. Dette gjelder særlig ved overføring av pasienter, der partene nå har en økt felles forståelse av hva som forventes ved innleggelse og utskrivning. Det er etablert et «Legeutvalg» som gir innspill ved diskusjoner om oppgave- og funksjonsfordeling mellom partene.

I 2016 ble det i et samarbeid mellom St. Olavs hospital og kommunene i vårt nedslagsfelt utarbeidet en «Handlingsplanen for bedret samarbeid med primærhelsetjenesten om akuttpasienten». Her ble det pekt på behovet for å legge til rette for enkel og rask konsultasjonsmulighet mellom fastlege/ legevakslege og vakthavende lege på sykehuset. Det ble også pekt på behovet for å etablere alternative tilbud til ø.hj.-innleggelse ved sykehuset. Som oppfølging av denne planen er vi ved inngangen til planperioden i ferd med å inngå avtaler om samarbeid mellom sykehusets mottak og legevakt for kommunene i Orkdalsregionen og Trondheimsregionen. Vi har tro på at disse avtalene vil være med å avklare oppgavedeling og

samarbeidsforhold og på denne måten bidra til å dempe veksten i behov for ø. hjelp helsetjenester både fra kommunene og fra spesialisthelsetjenesten.

I 2017 vedtok ASU en metodikk for hvordan man kan utvikle helhetlige standardiserte pasientforløp som beskriver hva pasienten kan forvente av tjenester fra kommunen, fastlegen og sykehuset «fra hjem til hjem». Slike helhetlige forløp skal kvalitetssikre at overgangene mellom de ulike ansvarsområdene skjer knirkefritt.

Innenfor psykisk helsevern er det de siste årene bygget opp polikliniske tilbud og ambulante team som bidrar til rask akutthjelp, psykoterapi i poliklinikk og døgninnleggelse ved behov. Det er også etablert team med deltagere både fra spesialisthelsetjenesten og kommunene.

St. Olavs tjenester innen psykisk helsevern er i dag mer tilgjengelige enn tidligere gjennom ambulante team og god kapasitet på poliklinisk behandling. Like fullt ser vi et behov for å reorganisere mottaksfunksjonene innen psykisk helsevern.

2.3.4 Oppgavedeling og samhandling med private sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner

Helse Midt Norge har inngått avtale med to røntgeninstitutter og tre rusbehandlingsinstitusjoner i Sør-Trøndelag. Det er også inngått avtaler med flere private sykehus som tilbyr spesialisert behandling. Avtalene er knyttet til bestemte behandlingstilbud, spesielt der det kan være ventetid i det offentlige.

Fra 1.1. 2018 har HMN inngått avtaler med elleve³ rehabiliteringsinstitusjoner. Fra 2017 kan alle pasienter som har rett til rehabilitering fritt velge mellom offentlig og private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med HMN. Helse Midt-Norge er bestiller av tjenester både fra private sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner på den ene siden og av tjenester fra St. Olavs hospital. Det er en utfordring å sikre en fornuftig oppgavedeling mellom aktørene.

2.3.5 Oppgavedeling og samhandling med avtalespesialister

Helse Midt-Norge inngår driftsavtale med avtalespesialistene. Det er inngått avtale med spesialister innen 15 fagområder i Sør-Trøndelag er det inngått avtaler med 52 legespesialister og 23 psykologspesialister, samt en fysikalsk poliklinikk. Fra 01.01 2018 var en ny regional plan for fordeling av slike driftsavtaler på plass.

I 2017 er det inngått en ny nasjonal avtale mellom Den norske legeforening og de regionale helseforetakene om at det skal inngås lokale samarbeidsavtaler mellom den enkelte avtalespesialist og sykehuset i området. St. Olavs hospital er i ferd med å inngå slike lokale avtaler om samarbeid og oppgavedeling på de ulike fagområdene.

2.4 Organisering og ledelse

2.4.1 Dagens organisering

Helseforetaket er organisert med 20 klinikker og divisjoner, med linjeledelse på fire nivå⁴. Hovedledelsen består av administrerende direktør, 20 kliniksjefer og divisjonssjefer, 6 stabsdirektører og dekan ved Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU.

³ Kommersielle er: Selli, Coperiosenteret, Myworkout, Opptreningssenheten Frisk (beliggende i Trondheim) og Unicare (beliggende på Hysnes). Noen er eid av ideelle organisasjoner dette er: LHL institusjonene Røros og Trondheim, Meråker Sanitetsforenings kurbad. Videre er det Reko / Kastvollen, Namdal Rehabilitering, Muritunet.

⁴ <https://stolav.no/om-oss/organisasjonskart>

Sentrale og lokale stabsfunksjoner gir administrativ og faglig støtte til ledere på ulike nivå.

Foretaket hadde i 2016 10 532 ansatte (8063 årsverk).

St. Olavs hospital har 447 linjeledere (2016). Av disse er 105 (23,5 %) over 60 år.

48,1 % av lederne på nivå 2 er over 60 år, mens 21,9 % av nivå 3 og 4-lederne er over 60 år.

64,2 % av alle linjeledere er kvinner. På nivå 2 er kvinneandelen 40,7 %, mens den på nivå 3 og 4 er henholdsvis 56 % og 68,8 %.

Av 38 utlyste lederstillinger i 2016 hadde 60 % fire søkere eller færre.

Arbeidet med å overholde plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere arbeidet i spesialisthelsetjenesten er forankret i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (beskrevet i vedlegg X Årshjul - ledelse og kvalitetsforbedring). Vi bygger kultur og kompetanse i kontinuerlig forbedring basert på forbedringsmodellen «Model of improvement».

Administrerende direktør inngår årlige lederavtaler som avklarer forventninger og målbare resultatkrav med alle ledere på nivå 2. Lederavtalene er forpliktende i forhold til budsjett, kvalitet, HMS og andre mål i styringsdokument og forbedringsprogrammet.

For å motivere medarbeidere til å ta lederoppgaver, har St. Olavs hospital vært nasjonal pilot for ledermobilisering. Arbeidet er videreført som et viktig tiltak for å rekruttere fremtidige ledere. Lederutviklingsprogrammet «Synlig og ansvarlig ledelse» er gjennomført jevnlig siden 2008 og bygger på sykehusets overordnede strategi og på den nasjonale plattformen for ledelse i spesialisthelsetjenesten. Det legges vekt på kontinuerlig forbedring og implementering av standardiserte pasientforløp.

Ledelse av pasientforløp på tvers av avdelinger og klinikker supplerer tradisjonell linjeledelse og er en del av vårt ledelseskonsept. Lederutdanning tilbys til ledere uten formalisert lederutdanning gjennom et modulbasert program ved NTNU. 25 ledere deltok i 2016. I tillegg hadde St. Olavs hospital to deltakere på Nasjonalt topplederprogram for helseforetakene. Det gjennomføres flere verktøykassekurs innenfor områder som dekker lederansvaret. Fagdag ledelse, som gjennomføres årlig, hadde i 2016 330 deltakere.

Medarbeiderundersøkelsen AMUS 2016, som hadde en svarprosent på 83, viste en uendret eller positiv utvikling fra 2014 på 17 av 18 områder. Området «arbeidsbelastning» hadde en negativ utvikling i store deler av organisasjonen, men det rapporteres om mindre arbeidsrelatert sykefravær. Resultatene følges opp i hver enhet. Høsten 2017 forberedes gjennomføring av en ny nasjonal samordnet undersøkelse av pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø.

2.5 Bemanning og kompetanse

Oversikten viser personellutviklingen ved noen av profesjonene ved St. Olavs hospital.

Brutto årsverk	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Økning
Leger	961	995	1 018	1 067	1 085	1 096	135
Sykepleiere	1 618	1 585	1 601	1 601	1 601	1 781	163
Spesialsykepleiere	934	1 013	1 008	1 089	1 163	1 129	195
Helsesekretærer	44	47	54	63	66	69	25
Postverter	26	29	31	33	33	38	12
Hjelpepleiere/ Helsefagarbeidere	325	308	288	268	244	235	- 90
Psykologer	204	227	237	254	247	263	59
Fysioterapeuter	110	114	121	118	118	120	10
Ergoterapeuter	43	45	43	44	49	50	7
Sosionomer	48	48	41	49	45	46	-2
Ernæringsfysiologer	7	7	6	7	8	8	1
Radiografer	100	105	112	118	117	126	26
Bioingeniører	301	311	315	327	337	342	41
Audiografer	6	7	7	7	6	7	1
Vernepleiere	36	45	45	52	59	62	26
Institusjonskokker	45	48	55	64	61	65	20
Portører	53	55	51	52	47	52	-1
Ambulansearbeidere	Regional t HF	Regional t HF	Regional t HF	Regional t HF	238	252	14

Tabell 1: Oversikt over personellutviklingen ved profesjonene ved St. Olavs Hospital

St. Olavs hospital har som mål at alt arbeid skal gjøres av fast ansatte i hele stillinger. Andelen deltidsansatte blant faste ansatte har ligget i underkant av 30 prosent de siste årene og viser en svak nedadgående trend. I 2016 var denne på 28,3 prosent, en reduksjon på 0,5 prosentpoeng fra 2015.

Personellutviklingen ved St. Olavs hospital viser en økende andel spesialister innenfor nesten alle fagområder. Andelen spesialutdannet personell over 60 år og som nærmer seg avgangsalder øker, og i spesialsykepleiergruppa er over 200 medarbeidere 60 år eller mer. Høyest gjennomsnittsalder finner vi blant intensivsykepleierne.

2.5.1 Utdanning

Fakultet for medisin og helsevitenskap tar opp et stort antall studenter innen ulike profesjoner, som fra første dag blir en del av det kliniske miljøet ved universitetssykehuset.

St. Olavs hospital samarbeider med NTNU om praksisstudier for bachelorstudenter i både ergoterapi, fysioterapi, vernepleie, barnevern, sosionom, bioingeniør, radiograf og sykepleie. I tillegg kommer videreutdanningsstudenter, masterstudenter, psykologstudenter og medisinstudenter. Hvert praksisopphold utløser en veilederressurs og forutsetter plan for veiledning og evaluering. Praksisstudier kan være fordelt på flere praksisopphold av ulik varighet. Brutt ned til praksisuker utgjorde dette ca. 10 500 praksisuker i 2016. Sykepleierstudentene utgjør den største gruppen studenter. (se vedlegg M) I tillegg tar vi i mot rundt 50 lærlinger

(ambulansse, helsefagarbeider, sikkerhetsfag, dataelektronikk, portør og institusjonskokk), 10 turnusfysioterapeuter og 44 turnusleger årlig.

Det er myndighetene som har hovedansvar overfor utdanningsinstitusjoner i å dimensjonere utdanninger for å sikre tilstrekkelig og kompetent personell i helsetjenesten. All høyere helse- og sosialutdanning skal være forskningsbasert, praksisnær og relevant for arbeidslivet. Studenter og kombinerte stillingsinnehavere, som både har en stillingsandel ved St. Olavs og NTNU, utgjør virksomhetens største kontaktflate mot NTNU. Samarbeidet reguleres gjennom forpliktende samarbeidsavtaler, som følges opp av samarbeidsutvalg på ulike nivå. Videre pågår det et samarbeidsprosjekt som prøver ut nye modeller for kombinasjonsstillinger for høgskolegruppene. Det er etablert samarbeidsstillinger som har som oppgave å utvikle St. Olavs hospital som praksisarena ved å styrke veiledningskompetansen og utvikle nye praksismodeller.

Det er et høyt press på spesialisthelsetjenesten som praksisarena og det er en stor utfordring å tilby tilstrekkelig antall relevante og gode praksisplasser. Økt spesialisering, effektivisering, kortere liggetid og dreining av virksomheten fra døgn- til dagbehandling, gjør at læresituasjoner og veiledningskapasitet endres.

Høsten 2017 implementerer St. Olavs hospital del 1 i ny spesialistutdanning for leger og iverksetter ny ordning i henhold til forskrift, med ansettelse i LIS1-stillinger fra og med høsten 2017. Her skal det sikres tilstrekkelig veiledningskompetanse til å veilede LIS 1. Innføringsprosjektet skal også omfatte planlegging for å iverksette del 2 og 3. St. Olavs hospital har også ansvar for å legge til rette for spesialistutdanning i allmenntilleggsmedisin. Det jobbes med å opprette faste utdanningsstillinger for allmenntilleggsleger som trenger sykehustjeneste for sin spesialitet.

2.5.2 Kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner

De fleste klinikker har utarbeidet kompetanseplaner som en del av virksomhetsplanen. Disse vil kunne danne grunnlaget for en overordnet kompetanseplan på sykehusnivå, som bl.a. benyttes i dialogen med utdanningsinstitusjonene om utdanningskapasitet og -innhold. I tillegg til å beskrive behovet for formell utdanning, bør den overordnede kompetanseplanen beskrive behovet for intern opplæring (arbeidsgivers ansvar), samt hvordan rekruttere og beholde personell.

Legespesialister, psykologspesialister og spesialsykepleiere er definert som kritisk kompetanse. Det er forventet en underdekning av sykepleiere, bioingeniører, fysioterapeuter og leger fra 2025. I tillegg vil vi bli avhengig av forsknings-, ledelses- og omstillingskompetanse. Det er viktig å se kompetansebehovene i spesialisthelsetjenesten i sammenheng med primærhelsetjenestens behov. Både spisskompetanse og breddekompetanse må utvikles, og vi trenger innovative og kreative medarbeidere som kan bidra til å evaluere og utvikle tjenestene.

Behovet for spesialsykepleiere kartlegges årlig og benyttes i dialogen med utdanningsinstitusjonene om utdanningskapasitet og -innhold. Spesialsykepleiere innen anestesibarn-, intensiv- og operasjonssykepleie er de mest kritiske utdanningene, også nasjonalt. Det budsjetteres derfor med et gitt antall utdanningsstillinger hvert år, med avtale om bindingstid ved St. Olavs hospital. Klinikken gir støtte til andre videreutdanninger, innrettet mot mer spesifikke fagområder. Tilbud om utdanningsstillinger for å ta videreutdanning, har kun gitt en marginal økning av andelen spesialsykepleiere innen anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleie. Sykepleierne synes å foretrekke spesialutdanning innen fagområder med lavere vaktbelastning og mindre press, en nasjonal problemstilling.

Det nye styringssystemet, med Felles forskrift for rammeplan og helse- og sosialfagutdanningene skal gi tjenestene økt innflytelse på innholdet i utdanningene.

Foretaksgruppen videreutvikler kompetansekrav for leger i spesialisering (LIS). Kompetanseportalen benyttes slik at kompetansekrav og læringsaktivitet kan legges inn. Videre arbeides det med å tilrettelegge IKT-løsninger som skal sikre at LIS kan ta e-læringskurs i alle deler av spesialisthelsetjenesten og få dokumentert dette i Kompetanseportalen.

2.6 Forskning, innovasjon og helsetjenesteutvikling

St. Olavs hospital kan vise til en økning i antall vitenskapelige artikler og doktorgrader de siste årene. Doktorgradstillegg ble utbetalt til 390 ansatte ved St. Olavs hospital i 2016.

	2015	2016
Vitenskapelige artikler	503	527
Doktorgradsavhandlinger	24	46

Utviklingen av det integrerte universitetssykehuset gir fortrinn innen forskning og innovasjon. Den tette bygningsmessige integrasjonen er imidlertid ikke en tilstrekkelig forutsetning for å sikre fortsatt økt aktivitet og høyere kvalitet. En rekke organisatoriske, kulturelle og økonomiske forhold har betydning for at en integrasjonsprosess skal lykkes. Den nyopprettede funksjonen som direktør for forskning, innovasjon og utdanning er et viktig strategisk grep i denne sammenhengen.

St. Olavs hospital har ansvar for to store nasjonale infrastrukturer for forskning; NorMIT (Norwegian Centre for Minimally Invasive Image Guided Therapy and Medical Technologies) og NorCRIN (Norwegian Clinical Research Infrastructure Network). Vi er et nasjonalt knutepunkt for et tredje europeisk nettverk ECRIN (European Clinical Research Infrastructure Network). Annen sentral forskningsinfrastruktur er forskningspost, dyrestall og Biobank1, sistnevnte som en regional fasilitet.

Blant infrastrukturene i forskning og forskningsstøtte er Kontor for forskningsstøtte og Unimed Innovation sentrale deler. Sykehusets komplementære rolle til HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) er viktig på vei inn i 2018.

Fremtidens operasjonsrom (FOR) bidrar til utviklingen innen forskning og innovasjon. Sykehuset arbeider i overgangen fra åpen kirurgi over til minimal invasive behandlingsmetoder. FOR-konseptet viser at flere ulike faggrupper og kliniske disipliner kan ha felles nytte av utstyr, areal og kompetanse. FOR har gode muligheter for gjennomføring av forskning og prosjekter på alle akademiske nivå, eksempelvis innen virtuelle undersøkelsesrom. Pasientdata inkludert video oversendes fra lokal lege med pasient til sykehuset med påfølgende rådgivning herfra. Slike »virtuelle undersøkelsesrom« er etablert på Røros og Brekstad og vil også utvides til å gjelde ambulansetjenesten. Dette vil kunne redusere behovet for å flytte pasienten og dermed også behovet for innleggelser og poliklinikk.

Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU) bidrar til helsetjenesteutvikling og innovasjon ved St. Olavs Hospital og i regionen. Det er fokus på tjenesteinnovasjon, beslutningsstøtte, helselogistikk og bedret kapasitet, anskaffelse og innføring av nye elektronisk pasientjournal (helseplattformen), helseøkonomi og implementering av standardiserte pasientforløp.

2.7 Økonomi

St. Olavs hospital leverte i 2016 et økonomisk resultat som var bedre enn styringsmålet. Dermed har sykehuset holdt budsjettet for 9. år på rad.

Sykehusene i Norge har de siste årene hatt budsjettøkninger i takt med den demografiske utviklingen. Men cirka 2 % av budsjettøkningene har sykehusene framskaffet selv gjennom årlige effektiviseringer.

På vei inn i planperioden 2018-2035 styres aktiviteten etter krav om at rus- og avhengighetsmedisin og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikken.

Vi utarbeider hver vår et langtidsbudsjett (LTB) i tråd med føringer fra Helse Midt-Norge. Målet er å sikre en fordeling av ressurser mellom investeringer og drift med realistiske forutsetninger om effektivisering. HMN implementerte våren 2015 en mer omfattende modell for langtidsbudsjett. HMN krever at det enkelte foretak sikrer stort nok overskudd til å dekke summen av den likviditetsoverføring som skal skje til HMN, samt egne investeringsplaner.

St. Olavs hospital har siden 2006 årlig gjennomført store omstillinger med økt aktivitet og dermed økte inntekter, uten tilsvarende kostnadsøkning. Langtidsbudsjettet for 2018 – 2023 har samme angrepsvinkel. Hovedforutsetningene i langtidsbudsjett er fortsatt vekst i aktivitet, samt lav vekst i vare- og lønnskostnader. På tross av effektiviseringer gjennom mange år skapes det ikke tilstrekkelig overskudd til å dekke investeringsbehov som sikrer drift på nåværende nivå. To planlagte investeringer er foreløpig ikke vedtatt. Ny sikkerhetsavdeling i psykisk helsevern vil koste rundt 400 millioner kroner og en ombygging av St. Olavs hospital, avdeling Orkdal, estimeres til rundt 100 millioner kr.

Senter for psykisk helse på Øya ble aktualisert juni 2017 som en del av NTNUs campusutbygging. St. Olavs hospital må selv skaffe til veie egenkapital til investeringen i et slikt senter og har bedt Helse Midt om fullmakt til å se på salg av eiendom.

Det utredes fem utvalgte områder i finansieringsmodellen for HMN. Disse regionale utredningene er finansieringsmodell for ambulanse, pasienttransport, selvadministrerte legemidler, utdanning og resultatbasert forskning.

Ut fra Norges makroøkonomiske situasjon er det liten grunn til å tro at rammene vil bli vesentlig økt i årene som kommer. Sannsynligvis vil vi stå overfor minst like store krav til effektivisering framover som vi har gjort de siste årene. Vi må derfor planlegge ut fra at vi ikke vil ha økonomi til å utvide med flere senger enn vi har i dag eller øke bemanningen per pasient ut over dagens nivå.

2.8 Teknologi og utstyr

2.8.1 Medisinskteknisk utstyr (MTU):

- Det er 14.237 medisinske tekniske enheter som er kjøpt/ anskaffet av St. Olavs hospital.
- Totalt er det over 15.000 apparater som driftes av sykehuset når en regner med MTU som er anskaffet via NTNU og leaset utstyr.
- Anskaffelsesverdi er 1.260 mill. kr. på sykehusanskaffelsene.
- Verdien av utstyret sykehuset disponerer/ har vedlikeholdsansvaret for ligger på ca 1.700 mill. kr.
- Gjennomsnittsalder for utstyrsparken ligger på 7,9 år
- Gjennomsnittlig gjenstående levetid for utstyrsparken er beregnet til 2,5 år
- Investeringsbudsjettet for 2017 ligger på ca. 100 mill.
- Investeringsbudsjettet burde ligge på 10 % av anskaffelsesverdien og tallene viser at vi ligger på etterskudd.

Driftskostnadene øker pga høyere gjennomsnittsalder. Sykehuset står sannsynligvis overfor store investeringskostnader på grunn av etterslep.

Det må avklares hvem som skal erstatte/ reanskaffe «NTNU-utstyret» som er plassert på de kliniske avdelingene og som er i daglig drift?

Sykehuset har innarbeidede rutiner for håndtering av avvik, og systemer vedlikeholdes i tråd med nasjonale føringer. I forbindelse med forventet innføring av flere og flere standardiserte regionale/nasjonale løsninger og rutiner, forventes dette å bli satt mer fokus på i tiden fremover. Sykehuset har de siste årene gjennomført opplegg for opplæring i bruk av MTU og dokumentert dette. Innenfor IKT er det i løpet av kort tid ventet nasjonale føringer vedrørende opplæring i bruk av systemløsninger.

2.8.2 Annen teknologi og annet utstyr:

Det jobbes aktivt med å forberede innføring av helseplattformen i 2021/22. Helseplattformen vil erstatte dagens PAS/EPJ, samt en rekke andre systemer som håndterer helseopplysninger. Helseplattformen skal muliggjøre informasjonsdeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og gi beslutningsstøtte.

Det drives omfattende utviklingsarbeid knyttet til velferdsteknologi, teknologi som bidrar til økt trygghet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen.

Vi har også viktige pågående prosjekter knyttet til elektronisk selvrappotering og virtuelle undersøkelsesrom

IKT – utstyr som PC-er, skrivere, periferiutstyr til PC, nettverksutstyr eies og forvaltes av Helse Midt-Norge IT (Hemit).

2.9 Dagens bygg – tilstand og muligheter

2.9.1 Tilstandsvurdering

Det gjennomføres jevnlig systematiske tilstandsanalyser av St. Olavs Hospitals totale eiendomsportefølje, sist i 2016.

St. Olavs hospitals eiendomsportefølje er på ca. 350 000 kvm. Hovedvekten av porteføljen, rundt 244 000 kvm er de nye byggene på Øya som er bygd etter år 2000. Dette gir et kraftig bidrag til å få en god samlet vektet tilstand.

Generelt er den vektete tekniske tilstanden av hele eiendomsporteføljen bra: 80 % av bygningsmassen har god eller svært god tilstand. 16 % av bygningsmassen vurderes til å ha tilstanden «ikke tilfredsstillende /dårlig», mens fire prosent av bygningsmassen har «alvorlige/kritiske» feil og mangler.

Det er over flere år tatt ut av porteføljen en del eldre bygningsmasse med dårlig tilstandsgrad ved salg og sanering. Det gjennomføres årlig kartlegging og planmessig vedlikehold i samsvar med en prioritert vedlikeholdsplan. De bygninger som har vært i normal bruk i hele perioden viser en noe svekket tilstandsgrad fra 2008 – 2016.

Sykehusbyggene ved Orkdal, Røros, Trondsletten, Brøset og de fleste byggene på Østmarka er imidlertid av eldre dato og ikke så oppdaterte i henhold til dagens funksjonskrav til sykehusbygg. Brøset er solgt ved utgangen av 2017 og det er igangsatt planlegging av nytt sikkerhetsbygg som lokaliseres til Østmarka. I planleggings- og byggeperioden for nytt bygg er det avtalt tilbakeleie av Brøsetanlegget frem til 2022.

Det er også foretatt en kartlegging av bygningsmassens strukturelle egenskaper og bygningsmessig tilpasningsdyktighet, dvs de egenskaper bygningen har til å endre planløsning (fleksibilitet), endre bruk til annen funksjon (generalitet) eller mulighet til utvidelse (elastisitet).

Tilpasningsdyktighet bidrar til funksjonelle lokaler over tid. Økonomiske konsekvenser av ufunksjonelle lokaler kan bli betydelige.

Det er gjort registrering av potensial for følgende delfunksjoner basert på «Klassifikasjonssystem for rom og funksjoner i sykehus»:

- Operasjon, oppvåkning, tung radiologi m.fl (tunge funksjoner)
- De fleste typer sengeområder
- Poliklinikker m/spesiallab., tyngre lab., ergo/fysioterapi m.fl.
- Ulike dagområder og poliklinikker, enkle lab., kontor m.fl
- Sentrallager, sentralkjøkken, sengehåndtering m.fl.

Kartleggingen av bygningsstrukturelle forhold viser at det er store forskjeller mellom bygninger. Kartleggingen viser at nyere bygninger har bedre tilpasningsdyktighet enn 20 - 30 år gamle bygg, og generelt at den nye bygningsmassen har stor grad av tilpasningsdyktighet.

Ved inngangen til planperioden står følgende prosjekt høyt på ønskelisten over nye bygg eller ombygging:

- Nytt bygg for sikkerhetspsykiatrien til erstatning for lokaler på Brøset
- Ombygging/ oppgradering av St. Olavs hospital, Orkdal sjukehus
- Senter for Psykisk helse på Øya til erstatning for gammel og spredt bygningsmasse.

2.9.2 Tomt og eiendomsforhold

Samlet sett er det innenfor sykehusområdet på Øya et utvidelsespotensiale på ca. 75.000 m². Utvidelsene er i form av nybygg, nye fløyer, tilbygg eller påbygg i tilknytning til eksisterende bygg.

3. Overordnede strategier og føringer

Faglige internasjonale føringer⁵ for framtidens helsetjeneste kan kort oppsummeres slik:

- Økt fokus på å dempe behovet for helsetjenester
- En utvikling i retning av mer hjemmebasert behandling, også spesialisthelsetjenester.
- Fokus på multimorbiditet og kroniske sykdommer.
- Skifte fra problemorientert til målorientert helsetjeneste – fra «hva er problemet ditt» til «hva kan vi bidra med for at du skal mestre hverdagen».
- Fokus på standardiserte pasientforløp
- Styrket pasientmedvirkning.

Nasjonale og regionale mål og strategier legger grunnlaget for St. Olavs hospitals framtidige utvikling. Nasjonal helse- og sykehusplan ble behandlet i Stortinget i mars 2016.⁶

⁵ Litteraturgjennomgang av Professor Anders Grimsmo, NTNU.

⁶ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonal-helse--og-sykehusplan2/id2461509/>

Helse Midt-Norge vedtok i 2016 «Strategi 2030» med en ambisjon om å «tilby fremragende helsetjenester til befolkningen i Midt-Norge». En fremragende helsetjeneste innebærer at tjenestene som ytes er likeverdige, helhetlige og ansvarlige. Fremragende helsetjeneste dreier seg også om at tjenestene våre er av god kvalitet og baserer seg på kunnskapsbasert praksis.

Strategi 2030 beskriver retningen spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge må ta for å møte samfunnets samlede behov for helsetjenester i årene som kommer. Vi må ta hensyn til utfordringer som gis i utvikling i folketall, alderssammensetning og bosettingsmønster. Vi må også ta innover oss den rivende faglige og teknologisk utviklingen, økte forventninger til hva samfunnet kan tilby, samt økt globalisering og miljøutfordringer.

Utfordringsbildet er felles, regionalt og nasjonalt. Dette kan ikke spesialisthelsetjenesten løse alene. Helhet og samarbeid må til. Vi må i fellesskap med kommunene bidra til å dempe befolkningens behov for helsetjenester, unngå sykdom hos de som er friske, og bidra til å bevare livskvalitet hos de som har en sykdom.»

Helse Midt-Norges Strategi 2030 har fire strategiske mål:

- Vi skaper pasientenes helsetjeneste: Befolkningens behov er styrende for hvordan vi utvikler oss. Pasienter og pårørende deltar aktivt i beslutninger om egen behandling og utvikling av helsetjenesten.
- Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse: Ansatte og organisasjon utvikler og tar i bruk ny kunnskap og teknologi. Kort vei fra kunnskap til forbedret praksis.
- Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell: Ansattes kompetanse er pasientenes trygghet for god kvalitet. Rett kompetanse møter pasientene i hele forløpet. Vi tar vår del av ansvaret for utdanning.
- Vi er gode lagspillere: Vi tenker helhet og samhandling. Laget består av alle aktører som bidrar i helsetjenesten. Vi spiller hverandre gode og utnytter hverandres fortrinn.

Basert på nasjonale og regionale føringer for utviklingen og rammer i langtidsbudsjettet, vedtar styret ved St. Olavs hospital årlig strategiske satsingsområder for kommende 4-årsperiode og årlige forbedringsprogram.

Vår visjon er å tilby fremragende behandling til befolkningen i Midt-Norge. Dette betyr at pasientene får den beste anbefalte behandlingen, utført av høyt kompetente medarbeidere som er kvalitets- og sikkerhetsbevisste. Alle pasienter og pårørende blir behandlet med respekt og opplever åpenhet og god kommunikasjon i møte med sykehuset.

Den reviderte strategiplanen for 2015-2018 har følgende satsningsområder:

- kontinuerlig forbedring
- fremragende akuttbehandling
- standardiserte pasientforløp
- optimal ressursbruk
- integrert universitetssykehus

Forbedringsprogrammet beskriver konkrete tiltak for hvert satsningsområde.

4. utfordringer for helsetjenesten

Perspektivmeldingen (Meld. St. nr.29 (2016-2017)) viser at velferdsstaten står overfor svært store utfordringer i årene som kommer.

4.1 Endringer knyttet til demografi

Det vi vet mest om når det gjelder situasjonen i 2035, er befolkningssammensetningen. Alle som er over 17 år da, er allerede født nå. Usikkerheten knyttet til befolkningssammensetningen i 2035 knytter seg derfor først og fremst til hvor stor innvandringen til Norge blir.

Den gjennomsnittlige levealderen i Norge vil øke med tre år⁷, og vi vil ha passert seks millioner innbyggere i 2035. I følge Statistisk Sentralbyrå (SSB) er hovedtrenden i befolkningsendringer i årene som kommer: Flere innbyggere i Norge, flere eldre, flere innvandrere og flere i sentrale strøk dersom framskrivningenes hovedalternativ slår til. Andelen eldre vil øke betydelig mens andelen i yrkesaktiv alder reduseres. I Sør-Trøndelag vil vi få en befolkningsøkning på 20 % i perioden 2016-2040. Andelen 70 år og eldre øker fra 11 % til 17 % i samme periode.

Den største utfordringen er knyttet til det SSB kaller «bærekraftsbrøken», dvs antall personer i alderen 22-66 år dividert med antall personer i alderen 67 år og over. Antall og andel i alderen 22-66 år sier noe om hvor mange som er i yrkesaktiv alder og som betaler skatt mens andelen 67+ sier noe om hvor mange som skal ha utbetalt pensjon og behovet for helsetjenester i befolkningen.

- I 2016 er det i Sør-Trøndelag 4 personer i alderen 22-66 år for hver person 67+.
- I 2040 vil det i følge SSB være 2,9 personer i alderen 22-66 år på hver person 67+. Denne utviklingen vil øke ytterligere fram mot 2060.

4.1.1 Press på tjenester

Sykdom øker med alderen og eldre har ofte flere sammensatte lidelser enn yngre. 70-åringer bruker omtrent dobbelt så mye helsetjenester som en 40-åring. Endringer i befolkningssammensetningen vil derfor ha stor betydning for befolkningens behov for helsetjenester. I samarbeid med Sykehusbygg har vi beregnet behov for helsetjenester i 2035 under følgende forutsetninger:

- Vi fortsetter å yte tjenester på samme måte som i dag
- Standarden på vårt tilbud opprettholdes som i dag
- Helsetjenestene er de samme som i dag
- Sykeligheten i befolkningen er den samme som i dag
- Etterspørselen etter- og forventningene til helsetjenester er den samme som i dag

Forutsatt at alt annet enn demografien forblir som i dag, vil vi i 2035 ha følgende endringer ved St. Olavs hospital:

⁷ Tall fra SSB: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram>

	2015	2035	Endring
Antall døgnopphold	52.896	74.398	41 %
Antall liggedøgn	232.681	340.842	46 %
Senger, somatikk	750	1099	46 %
Poliklinikk og dagbehandling	418.442	670.908	60 %
Poliklinikkrom	171	274	60 %
Antall kirurgiske opphold; dag + døgn	31.409	42.504	35 %
Antall operasjonsstuer til dag- og døgnbehandling	36	49	36 %
Dialysebehandling	10.278	16.544	61 %
Strålebehandling	24.689	38.659	57 %
Psykisk helsevern, liggedøgn voksne	60.110	78.771	31 %
Antall senger, PH voksne	194	254	31 %
Antall dag/poliklinikkbehandlinger, PH voksne	125.014	188.798	51 %
BUP, dag og poliklinikk	71 443	104 402	46 %
BUP, antall liggedøgn	2 419	2 909	20 %
TSB, dag og poliklinikk	16 802	24 693	47 %
TSB, antall liggedøgn	11 180	13 536	21 %

4.1.2 Rekrutteringsutfordringer

I dag rekrutteres om lag 15 % av hvert kull fra videregående skole inn i helse- og omsorgssektoren. Om vi fortsetter å yte helsetjenester på samme måte som i dag, vil vi måtte rekruttere 35 % av hvert kull fra videregående skole i 2035. Rekruttering til helse- og omsorgssektoren vil derfor kanskje være den aller største utfordringen helsetjenesten står overfor i årene som kommer. Legespesialister, psykologspesialister og spesialsykepleiere er definert som kritisk kompetanse. Det er forventet en underdekning av sykepleiere, bioingeniører, fysioterapeuter og leger fra 2025. I tillegg vil vi bli avhengig av forsknings-, ledelses- og omstillingskompetanse.

4.2 Endringer i behov for helsetjenester

Det er grunn til å tro at forekomst av sykdom i befolkningen er endret i 2035 sammenlignet med i dag.

Vi vet at kreft, overvekt, livsstilssykdommer og psykiske plager øker mest. Økt levealder betyr at vi lever lenger med alvorlig sykdom, noe som vil påvirke behovet for helsetjenester

Perspektivmeldingen 2017 peker på at Norge har en særlig utfordring med høyt sykefravær og mange på uføretrygd. Ved inngangen til planperioden er vi godt kjent med at psykiske lidelser er den viktigste enkeltårsak til sykmelding hos den yngre del av befolkningen.

4.3 Økende forventninger

Forventningene til hvilke typer helsetjenester man kan få og hvor fort man skal få disse, har endret seg mye de siste årene. Det er grunn til å tro at forventningene både til kvalitet på helsetjenester, typer tjenester samt når og hvor fort man kan få disse, fortsatt vil utgjøre et økende press på helsetjenesten i årene som kommer.

Vi vil se økte forventninger om personilpasset medisin og økte forventninger om rask avklaring av kompetent personell og fremragende behandling.

4.4 Nye tilbud

Forskning og innovasjon vil frambringe nye behandlingsmuligheter i årene som kommer. Når nye behandlingsmuligheter byr seg, vil pasienter som i dag ikke kan behandles kunne få tilbud i helsevesenet. Nye behandlingsmuligheter vil dermed gi nye køer. Samtidig vil resultatene av ny behandling kunne dempe behovet for «gamle» helsetjenester som tidligere ble gitt samme pasientgruppe. Om nye behandlingsmuligheter i sum vil øke presset mot helsetjenesten i årene som kommer, er det vanskelig å konkludere sikkert med nå. En «kur» mot Alzheimers sykdom vil for eksempel gi nye køer inn mot behandling. På den andre siden vil store ressurser i andre deler av helsetjenesten bli spart om man ikke lenger trenger å gi helse- og omsorgstjenester til denne gruppen pasienter.

4.5 Spesialisering og sentralisering av tjenester

Økt spesialisering har gitt fantastiske resultat i form av økt kvalitet på mange områder innen våre spesialisthelsetjenester. Økende spesialisering krever også sentralisering. Men økende spesialisering og sentralisering av tjenester har en pris. Når tjenester sentraliseres, fjernes ofte lokale tjenester. Økende avstand til tjenester kan føre til utrygghet lokalt. Økende spesialisering fører også til økt behov for koordinering mellom de ulike spesialområdene som må sikres for pasienter som er avhengig av tjenester fra flere sub-spesialiteter samtidig. For helsetjenesten både i kommuner og sykehus vil det i årene som kommer være økende utfordring å finne en god balanse mellom økende spesialisering/ sentralisering og breddekompetanse/ nærhet til tjenester og fokus på behovet for koordinering.

4.6 Asylsøkere og flyktninger

I et globalt perspektiv er det grunn til å tro at det fortsatt vil være mange som vil ønske å komme til Norge i årene som kommer. Hvor mange som får lov til å innvandre til Norge, er et politisk spørsmål. Nye landsmenn vil på den ene siden kunne bety økende press på helsetjenester. På den andre siden vil flere nye landsmenn i yrkesaktiv alder kunne bety økte muligheter for rekruttering til helsetjenesten.

4.7 Makroøkonomi

I regjeringens perspektivmelding for 2017 pekes det på at Norges makroøkonomi har endret seg vesentlig de siste årene. Selv om vi har en stor formue i Statens pensjonsfond på grunn av oljeinntekter, så er Norges økonomi i årene som kommer mer på linje med resten av Europa. Der vi tidligere har vært i en særstilling på grunn av store oljeinntekter må vi som resten av Europa omstille for å møte framtidige utfordringer. Muligheten for økte bevilgninger til helsetjenesten vil derfor være begrenset framover.

4.8 Press på økonomien lokalt

Som det framgår i punkt 4.1 om konsekvensene av de demografiske endringene forutsatt at vi ikke gjør store endringer i måten vi jobber på, så vil vi måtte øke antall senger i den somatiske delen av St. Olavs hospital med 46 % og innen psykisk helse med 31 %. Vi må også øke den polikliniske aktiviteten med henholdsvis 60 % og 51 % om vi ikke gjør endringer. Dette krever selvsagt økt bemanning (som det vil være meget vanskelig å rekruttere) og økte driftsbudsjett, noe som synes urealistisk ved inngangen til 2018.

St. Olavs hospital står også overfor andre store utfordringer når det gjelder behovet for investeringer i årene som kommer, jfr. punkt 2.9.

I planperioden vil det være behov for investeringer som knytter seg til utvidelser, ombygginger, tilpasninger av bygg og i tillegg teknisk oppgradering av spesielt eldre bygningsmasse.

Ut over dette investeringsbehovet kommer generelt vedlikehold av bygg og nødvendige funksjonelle oppgraderinger av eldre bygg dersom de skal endre funksjon/ tilpasses nye krav. Slik dette fortoner seg ved inngangen til 2018, kan det se ut som om «må-tiltak» de nærmeste 5 årene

utgjør investeringsbehov på cirka 327 mill. kr mens tiltak på 6-10års sikt vil beløpe seg til 878 mill kr.

5. Muligheter

Som det framgår av kapittel 4 er det ingen tvil om at helsetjenesten står overfor store utfordringer i årene som kommer. Både behov, forventninger og muligheter for nye tilbud vil øke. Om vi ikke gjør noen endringer i måten vi jobber på, vil helsetjenestebehovene langt overstige våre muligheter til å øke tilbudet. Dermed vil kvaliteten på tilbudet måtte gå ned. Ved St. Olavs hospital har vi selvsagt ambisjon om å kunne tilby nye behandlingsmetoder etter hvert som de kommer. Vi har også ambisjon om å opprettholde og forhåpentligvis bedre kvaliteten på våre tjenester.

Da må vi se på hvilke muligheter vi har både for å dempe veksten i framtidige behov for helsetjenester og hvilke muligheter vi har til å yte tjenester på andre måter ved å bruke tilgjengelige ressurser på en bedre måte.

5.1 Økte bevilgninger og økt tilgang på personell

Den enkleste måten å møte framtidige utfordringer på, er å fortsette å yte tjenester som i dag men bygge ut sykehusets arealer og ansette flere folk i takt med økende behov. Selvsagt blir det viktig å gjøre bevilgende myndigheter oppmerksom på store og voksende behov i sektoren i årene som kommer. Men med de utfordringene vi har beskrevet i kapittel 4 er det ingen grunn til å tro at vi i Norge kan bevilge oss ut av utfordringene. Selv om helsetjenesten samlet skulle få en betydelig større del av årlige statsbudsjett framover, så vil det ikke være nok utdannet helsepersonell til å bemanne alle poster. Vi må derfor lete etter andre måter å løse framtidige utfordringer på.

5.2 Helsefremmende og forebyggende tiltak - dempe veksten i behov for helsetjenester

Fra 1/1-2012 ble Lov om spesialisthelsetjenester endret. I loven ble det presisert at sykehusene har et ansvar for å fremme folkehelse og motvirke sykdom. Dette ansvaret kan konkretiseres i tre hovedområder:

- Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten
- Overvåking av sykdom og risikoforhold og kunnskaps- og kompetanseutveksling om folkehelse
- Helsefremming og forebyggingstiltak i samarbeid med kommunene i opptaksområdet.

I Helse Midt-Norges Strategi 2030 framgår det som en sentral strategi at vi skal planlegge tiltak som kan dempe veksten i behov for helsetjenester i årene som kommer.

Sammen med andre helseforetak i regionen og kommunene i vårt opptaksområde må vi se etter muligheter for både å fremme helse i befolkningen og forebygge sykdom der dette er mulig. Vi bør bruke vår kompetanse til å få fram tiltak som kan:

- hindre at personer blir syke (primærforebyggende tiltak)
- redusere sjansen for at personer som har hatt en sykdom eller skade får dette igjen (sekundærforebyggende tiltak)
- dempe progresjon av sykdom (tertiærforebyggende tiltak)

Vi har eksempler på at ulike kliniske miljø ved St. Olavs hospital har arbeidet aktivt med helsefremmende og forebyggende tiltak.

- En økende andel av befolkningen har helseproblemer knyttet til fedme. Denne utfordringen kan ikke løses gjennom økt kapasitet på fedmekirurgi. Fagpersoner fra St. Olavs hospital har derfor i mange år arbeidet aktivt med kommunene i vårt opptaksområde om tiltak som kan forebygge overvekt.

- Det er dokumentert at man kan redusere forekomsten av nye brudd med 30 % hos personer over 50 år som får sitt første brudd. Gjennom systematisk screening for benskjørhet og fallforebygging kan nye brudd unngås. Dette betyr selvsagt mye for pasientene som slipper flere brudd. Men det vil også bety mye for presset på helsetjenesten om man kan redusere forekomsten av brudd.

Sannsynligvis finnes det kunnskap innenfor de fleste fagfelt ved St. Olavs hospital om tiltak som kan bidra til at pasienter ikke blir syke eller ikke blir syke så fort igjen. I dag har vi svake økonomiske insentiv til å iverksette tiltak som kan dempe behovet for helsetjenester generelt og spesialisthelsetjenester spesielt. Om det legges til rette for nødvendig finansiering av slike tiltak, vil det være store muligheter for å dempe framtidige behov for helsetjenester gjennom en systematisk satsing.

St. Olavs hospital er med i et nasjonalt nettverk av «Helsefremmende sykehus». Nettverket kan brukes til å utvikle framtidige planer om helsefremmende og forebyggende tiltak.

5.3 Prioritering og etikk

Med de utfordringene vi står overfor i årene som kommer, må vi ha en løpende debatt internt, med våre samarbeidspartnere, ansatte og brukere om prioritering av våre ressurser. Vi må bidra i en nasjonal debatt om hva spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for, hva kommunehelsetjenesten skal ha ansvar for og ikke minst hva som ikke bør være et offentlig ansvar. Med begrensede rammer og sterke ønsker om å si ja til mye, må vi være i stand til å avklare hva vi ikke skal gjøre. Et viktig element i en slik prioriteringsdebatt er også hvordan etiske vurderinger bør tas inn i diskusjonen.

5.4 Pasient og brukermedvirkning

Kvalitet på helsetjenester forutsetter at tjenesten ytes i henhold til forskningsbasert kunnskap og faglige retningslinjer. Men selv om tjenesten ytes på en faglig objektiv god måte så må også tjenesten oppleves som riktig og god av pasienten. Bedre dialog med pasientene om forventninger til tjenesten kan bidra til at pasientene i større grad opplever tjenesten som god og riktig. Med mål om økt kvalitet på våre helsetjenester og optimal ressursbruk øker dermed behovet for god dialog med pasientene både på individnivå og systemnivå. Vi må sikre pasientene større innflytelse over egen situasjon og eget helsetjenestetilbud. Pasient-, bruker- og pårørendemedvirkning er derfor en viktig del av pasientbehandlingen.

Pasientmedvirkning må legges inn som tydelige krav i våre standardiserte pasientforløp. Vi må satse mer på brukerundersøkelser for å vite hvordan medvirkningen oppleves og vi må forsterke dialogen med pasientorganisasjonene gjennom vårt brukerutvalg.

Helseplattformen vil legge til rette for økt pasientmedvirkning når dette nye journalsystemet tas i bruk.

Innenfor mange fagfelt har man de siste årene styrket pasientopplæringen som en viktig del av behandlingen. Trening framfor operasjon er ett eksempel på en ny måte å behandle pasienter på som både gir bedre resultat og som bidrar til å dempe behovet for helsetjenester.

Økt innsats for å legge til rette for egenomsorg og mestring vil bidra til at pasientene i større grad styrer sin egen behandling.

Det ligger en mulighet i å legge til rette for brukermedvirkning «på tvers» der man ser 1. og 2. linjetjenester under ett i felles brukerråd for kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester.

5.5 Pasientbehandling

Ved inngangen til 2018 er vi i gang med å utvikle våre mottakstjenester slik at vi kan dempe veksten i antall ø.hjelpinnleggelser. Flere tiltak er beskrevet i handlingsplan utarbeidet sammen med primærhelsetjenesten. Primærvakt og bakvakt på de ulike fagområdene gjøres mer tilgjengelig for henvisende leger og vi bygger opp alternative tilbud til ø.hjelp-innleggelser. Konferansetelefon innen de ulike spesialområdene vil kunne avklare om det er behov for innleggelser eller andre

tilbud fra sykehuset. Virtuelle undersøkelsesrom gjør det mulig å bistå med hjelp knyttet til diagnostikk og behandling andre steder.

Det er et potensiale for å bedre logistikken herunder også implementering av gode og effektive utskrivningsrutiner. En god avklaring under oppholdet i sykehuset og oppfølging i kommunen, av pasienter med behov for kommunale tjenester, vil redusere reinnleggelsesfrekvensen. Det er et potensiale for økning av andel pasienter til poliklinisk behandling og dagbehandling samt kortere liggetid for noen tilstander. God samordning og oppgavedeling mellom akuttmottaket i sykehuset og den nye kommunale legevakten i Trondheim (helsevakta) blir sentralt.

I 2018 vil nasjonale pakkeforløp innen psykisk helsevern og rus bli implementert. Det vil også bli utviklet nye forløp for fedme og kroniske smerte/utmattelse. Akutte pasientforløp for alvorlige infeksjoner og hjerneslag er utviklet. Videre vil man arbeide med akutte pasientforløp for uavklarte brystsmarter, buksmerter og blodpropp i bena. Når det gjelder andre kirurgiske akuttpasienter er St. Olavs hospital regionalt traumesenter. Denne funksjonen videreutvikles i henhold til Nasjonal Traumeplan. Det er et forbedringspotensiale når det gjelder å sikre gode rehabiliteringstilbud for alvorlig skadde (multitraumatiserte) pasienter.

Arbeidet med helhetlige pasientforløp fra hjem/kommune til sykehus og til kommunalt tilbud/hjem blir vektlagt i de kommende år.

Forebyggende tiltak som gir bedre helse og reduserer risiko for sykdom tas inn i helhetlige pasientforløp og spesialisthelsetjenesten kan her bidra i samarbeid med primærhelsetjenesten

Moderne medikamentell behandling og nye kirurgiske behandlingsformer (bla robotkirurgi) gir mindre komplikasjoner, bedre livskvalitet, bedre behandlingsresultat og lenger overlevelse innenfor flere sykdomsgrupper. Spesialisthelsetjenesten vil ta i bruk nye former for behandling i tråd med de prioriteringer som gjøres nasjonalt. I oppfølgingen av pasientene blir samarbeidet med primærhelsetjenesten viktig.

Det er et mål å redusere forekomsten av infeksjonssykdommer oppstått i sykehuset. Bruken av bredspektrede antibiotika kan reduseres ytterligere og vil bidra i riktig retning.

Kliniske farmasøyer er nå ved mange klinikker med på å kvalitetssikre medikamentell behandling, legemiddelsamstemming og informasjon til pasienter. Gode legemiddelsløyfer kan utvikles.

Det kan i økende grad gies hjemmebehandling for pasienter med kroniske tilstander, inkludert kreftsykdommer, både for barn og voksne. Ambulerende tverrfaglige team på tvers av tjenestenivå kan tas i bruk i økende grad og kan forebygge innleggelser.

Innen psykisk helsevern er det fortsatt et stort potensiale for økt bruk av distriktpsikiatriske sentra, ambulante team og utvikling av akuttbehandlingsfunksjonen. Pasienter som trenger innleggelse får behandling i tråd med nye modeller for autonomi, integritet og mindre bruk av tvang og enda bedre medikamentell behandling. Innen rusfeltet har man beredskapsleger på heldøgnsbasis og det er et potensiale for en enda bedre samordning med psykisk helsevern, akuttmottaket og sengeposter i de ulike klinikker. Forebyggende tiltak og informasjon i skole kan bidra til bedre livsmestring, mindre rusbruk og redusere forekomst av psykiske plager og sykdom.

Helseplattformen vil gjøre det mulig å følge opp pasienter gjennom bedre informasjonsflyt og utveksling av helsedata. Flere konsultasjoner kan skje uten pasientens oppmøte i spesialisthelsetjenesten og gjennom bedre samhandling med fastlegen. Velferdsteknologien vil

skape tryggere rammer for de gamle og de med kronisk sykdom slik at de kan leve hjemme lengst mulig

5.6 Prehospitale tjenester

Ved inngangen til 2018 er vi i ferd med å ta i bruk ny teknologi i våre ambulanser på flere områder. Mobilt monitorerings- og kommunikasjonsutstyr som bringes med i ambulansene kan bidra til at ambulanspersonellet og pasienten kan kommunisere direkte med fastlegen, legevakslegen eller vakthavende lege på sykehuset, med mulighet for video – overføring. Det kan gjøres undersøkelser på stedet og resultatene sendes elektronisk til legen. Kombinert med økende kompetanse blant ambulanspersonellet kan slikt utstyr i større grad sikre «rett pasient på rett sted til rett tid». I årene som kommer er det grunn til å tro at ambulanser vil bli utrustet med nytt utstyr som bidrar til raskere og mer presis diagnostikk og dermed sikre at riktig behandling blir iverksatt tidligere. Droner med diagnostisk utstyr og muligheter for oppstart av behandling er også i ferd med å bli tatt i bruk.

Vi tester også ut «hvite biler» som kan være et alternativ til fullt utstyrte ambulanser med ambulanspersonell ved transportoppdrag. Pasienter som trenger å ligge, men som ikke trenger helsetjenester under transport kan kjøres i slike biler. «Hvite biler» er enklere utstyrt som vanlige ambulanser, og krav til bemanning er lavere. Dermed kan en del av dagens ambulanseoppdrag utføres på en enklere og billigere måte.

AMK – sentralen ved St. Olavs hospital er regional AMK-sentral for Helse Midt-Norge. De siste årene har det skjedd en betydelig teknologisk oppgradering i sentralen, der man bl.a. har tatt i bruk Nytt Nødnett.

Luftambulansbasen i Trondheim får nytt og større helikopter. Dette legger forholdene bedre til rette ved overføringstransporter mellom sykehus der det kan være aktuelt å utvide transportteamet. Større helikopter øker også muligheten for å ta med flere pasienter eller pårørende når dette kan være aktuelt.

5.7 En populasjonsbasert risikotilnærming

St. Olavs hospital deltar i en nasjonal satsing for å kunne ha løpende oversikt over «kostnad pr pasient». Arbeidet har kommet langt og vi har nå data som viser følgende:

Ved St. Olavs hospital bruker vi 49 % av våre ressurser på 5 % av pasientene, 45 % av våre ressurser på 5-50 % av pasientene og 7 % av ressursene på de resterende 50 % av pasientene.

Dette stemmer bra med fordelingen av ressursene i andre sykehus i Norge og internasjonalt. Flere steder i verden, for eksempel i Valencia i Spania har man utarbeidet retningslinjer for en såkalt populasjonsbasert risikotilnærming. «Høyrisikopasient-gruppen» utgjør fra 1-5 % av pasientpopulasjonen. Denne gruppen forsøkes identifisert og følges opp gjennom dedikerte team på tvers av 1. og 2. linje. En annen gruppe er «Pasienter med økende risiko». Dette er pasienter som har to eller flere langvarige sykdommer samtidig. Også disse pasientene følges opp av team på tvers av spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Gruppen utgjør om lag 15-35 % av pasientene. Den siste og største gruppen er pasienter med lav risiko for sykdom og sykehusinnleggelse. Disse stimuleres til adekvat egenomsorg.

Ved å sette inn ressurser på høyrisikogruppen og gruppen med økende risiko kan helsetjenestebehovene i disse gruppene reduseres.

Ved å planlegge oppfølgingen av de ulike pasientgruppene kan vi sannsynligvis effektivisere ressursbruken og gi bedre tilbud til pasientene enn i dag.

5.8 Helhetlige pasientforløp

I samarbeid med kommunehelsetjenesten er det laget en modell for hvordan vi jobber for å utvikle

pasientforløp som spenner over 1. og 2. linje. Denne modellen ivaretar både prosessen for utvikling og godkjenning av nye forløp. Administrativt samarbeidsutvalg (ASU), fagrådene, Legenes samarbeidsutvalg (LSU) på den kommunale siden og Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU) på den andre siden vil være viktige bidragsytere for en likeverdig prosess og behandling.

5.9 Redusere uønsket variasjon

Det er forbausende store forskjeller rundt om i Norge med hensyn til hvor stor del av sammenlignbare populasjoner som får ulike typer helsetjenester, jfr. punkt 2.2.1. Både nasjonalt og internasjonalt er det fokus på slike ulikheter i hvem som får ulike typer helsetjenester. Med det utfordringsbildet vi står overfor i årene som kommer, kan vi ikke drive overbehandling av noen pasientgrupper. Samtidig må vi sikre at de som trenger helsehjelp, får det. Å redusere uønsket variasjon er derfor en viktig måte å effektivisere helsetjenesten på.

5.10 Teknologi og utstyr

For å bidra til sykehusenes utviklingsplaner i Midt-Norge har en «teknologigruppe» sett på hvilke muligheter ny teknologi kan gi oss i årene som kommer. I sin rapport lister de opp følgende områder og muligheter:

- Teknologi som understøtter utviklingen i retning persontilpasset medisin, desentralisert behandling og bedre utnyttning av helsedata fra ulike kilder.
- Høyoppløselige kamera og visualiseringsutstyr kombinert med 3D ultralyd, radarteknologi og annen avansert bildediagnostikk vil gjøre at man kan ta i bruk hologram i nye operasjonsstuer. Slikt utstyr på store og små sykehus gjør at kirurger og intervensjonsradiologer kan jobbe tettere sammen, også på tvers av sykehus. En pasient kan for eksempel opereres i Trondheim med bidrag fra personell i Oslo ved behov.
- Ny teknologi som gjør at man kan analysere flere parametre fra blodprøver og vevsprøver fra pasientene raskere.
- Pasientene vil eie sine egne helsedata og kunne dele informasjonen med aktuelle helseaktører. Pasientene vil kunne bruke informasjonen selv inn mot apper og andre verktøy som foreslår diagnose og behandling og dermed i større grad kunne drive god egenomsorg. Pasientene vil også i større grad kunne overvåke sin egen helsesituasjon.
- Bruk av kunstig intelligens vil bidra til mer effektiv bruk av ressurser.
- Helseplattformen som felles pasientjournal for både kommunehelsetjenesten og ulike deler av spesialisthelsetjenesten vil bidra til mer effektive pasientforløp og sømløs samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten. Dette vil øke pasientsikkerheten og effektivisere ressursbruken.

Ny teknologi vil altså bidra til mulighet for desentraliserte tilbud og økte muligheter for poliklinisk behandling, dagbehandling, hjemmebehandling som demper behovet for sykehusinnleggelse. Ny teknologi vil gi nye behandlingsmuligheter og mer effektiv bruk av ressurser.

Teknologiutviklingen på sykehus har også en viktig strategisk dimensjon. Hvor skal sykehuset legge seg i det teknologiske kappløp? Avvente til teknologien er moden og metodene er utviklet og dokumentert?

Ut fra de fleste hensyn er antagelig det siste det klokkeste. Men ett hensyn tilsier noe annet.

Moderne fasiliteter og utstyr virker rekrutterende på gode fagfolk. Et teknologikonservativt sykehus risikerer å miste rekrutteringsevne.

Ny velferdsteknologi vil bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og, fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som

teknologisk støtte til pårørende og eller bidra til å forbedre tilgjengeligheten, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon (NOU, 2011) Innovasjon i omsorg (2011) skisserer framtidssiktene til noen områder innen velferdsteknologi; Monitorering av eldre, funksjonshemmede og andre med midlertidige behov. En ser spesielt på kronisk syke som en gruppe som vil ha muligheter for monitorering i eget hjem, i tillegg til at fjerntmonitorering kan skape trygghet og sikkerhet for eldre i eget hjem. Monitorering vil redusere behovet for å oppsøke helsetjenesten fysisk gjennom mulighet for direkte kontakt og veiledning over linjer og nett (NOU, 2011).

Implementering av ny teknologi kan være utfordrende. Organisasjonen må være med å se fordelene ved at ny teknologi taes i bruk. Det er krevende å få gjennomført en slik varig endring i måten å arbeide på, selv om nye teknologiske løsninger kan være mer effektive enn dagens arbeidsmetoder. Det fremmer ikke implementering av ny teknologi at sykehuset ikke får betalt for den nye måten å arbeide på.

5.11 Samhandling som en strategisk satsing

Vi definerer vanligvis ledelse som «å oppnå resultat gjennom andre – i egen organisasjon. Samhandling handler om å oppnå resultat sammen med andre – i og utenfor egen organisasjon. Samhandling er med andre ord en annen måte å lede på. Samhandling er nødvendig når vi ikke har kompetanse, myndighet eller ansvar for alle tjenester som pasienten trenger. Slik samhandling på tvers av organisasjoner kan ikke være prisgitt holdninger hos de som skal samarbeide. Samarbeid må organiseres. St. Olavs hospital har lang erfaring med at for å sikre god samhandling rundt den enkelte pasient, så er det nyttig å legge til rette for slik samhandling på systemnivå gjennom samarbeidsavtaler. Slike avtaler bør avklare arenaer for dialog mellom partene, hvordan uenighet skal håndteres, hva som er felles mål for partene og hvordan man skal nå disse målene. Der vi ser behov for koordinering og samarbeid for å sikre fremragende behandling vil derfor et organisert samarbeid være en mulighet for å kunne yte bedre tjenester på en effektiv måte.

5.12 Samarbeid i spesialisthelsetjenesten nasjonalt og regionalt

Nært samarbeid og rett funksjonsfordeling mellom sykehusene i Midt-Norge er en forutsetning for optimal ressursbruk. Det ligger muligheter for effektivisering i å se på om man i større grad kan yte tjenester til hverandre i stedet for at alle sykehus skal være selvhjulpne med alle typer tjenester. Bildediagnostikk, laboratoriemedisin, AMK-sentraler er eksempler på områder der man kunne bli enige om en funksjonsfordeling mellom sykehusene.

På samme måte ligger det muligheter i å samarbeide bedre nasjonalt med hensyn til hvilke sykehus som gjør hva. Samarbeidet mellom sykehus i regionen kan understøttes gjennom å implementere flere regionale forløp og legge til rette for fagledernetverk på alle aktuelle områder.

Ved inngangen til 2018 er vi i ferd med å utvikle lokale samarbeidsavtaler med alle avtalespesialistene som har sin praksis i vårt opptaksområde. Målet er å få til et tettere samarbeid slik at vi i større grad kan fordele oppgaver og ha en god funksjonsfordeling mellom våre ulike avdelinger og de avtalespesialistene som jobber innenfor samme felt.

5.13 Samarbeid med kommunehelsetjenesten

Kommunene i vårt opptaksområde og St. Olavs hospital står overfor de samme utfordringene i årene som kommer. Vi har felles mål om å yte fremragende helsetjenester til befolkningen i området.

Helsedirektoratet utarbeidet i 2010 en rapport som vurderte effekten på spesialisthelsetjenesten av alternative tjenester i kommunene. Rapporten konkluderte med at om lag 30 % av alle polikliniske konsultasjoner på sykehus kunne vært håndtert i kommunene. Man konkluderte også med at 30 % av alle øyeblikkelig hjelpinnleggelser på sykehus kunne vært håndtert gjennom alternative tilbud i

kommunene. Denne rapporten var noe av grunnlaget for å gi kommunene ansvar for kommunale akutte døgntilbud (KAD-senger) fra 2016. Om kommunale helse- og omsorgstjenester er tilgjengelige 24/7 ved plutselig oppståtte behov vil ofte kunne være gode alternativ til øyeblikkelig hjelp-tilbud på sykehuset.

Det ligger store muligheter i å utvikle en helhetlig helsetjeneste i fellesskap. Vi kan utarbeide felles planer for helsefremmende og forebyggende tiltak. Vi kan utarbeide felles planer for hvem som gjør hva når, for å sikre rett pasient på rett sted til rett tid. Slike planer vil bidra til økt pasientsikkerhet og bedre bruk av ressurser. Vi kan også samarbeide om felles planer for kompetansebygging og rekruttering som gjør oss i stand til å gi fremragende behandling i årene som kommer.

De fleste pasienter vil helst være hjemme. Tjenester som gjør dette mulig som alternativ til sykehusinnleggelse kan forsterkes og videreutvikles. Hverdagsrehabilitering gjør at pasienten kan bo hjemme lenger.

Høsten 2017 ble det opprettet et «Lege-utvalg» der fastleger og sykehusleger møtes jevnlig for å diskutere samarbeidsformer og en god grenseoppgang mellom aktørene. Det arbeides med å opprette flere arenaer for en slik dialog mellom leger på sykehus og leger i primærhelsetjenesten.

5.14 Organisering og ledelse

Organisasjonsstrukturen skal danne en hensiktsmessig ramme for ivaretagelse av sykehusets kjerneoppgaver og for god ressursutnyttelse. For St. Olavs hospital er det viktig å fungere som ett sykehus der virksomhet innenfor ulike fagområder og ved forskjellige lokasjoner framstår som en helhet.

Organiseringen må sikre nødvendig kontakt mellom fagområder og yrkesgrupper internt, og den må legge til rette for dialog og samhandling med eksterne aktører. En mulighet er å gjøre klinikkstrukturen mer tilpasset pasientstrømmene. Dialog omkring samarbeid og funksjonsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og mellom aktørene i spesialisthelsetjenesten, kan også gi behov for nye organisatoriske løsninger.

For å videreutvikle det integrerte universitetssykehuset, er det også behov for å vurdere mer samsvar mellom klinikkstrukturen ved St. Olavs hospital og instituttstrukturen ved Fakultet for medisin og helsevitenskap. En felles enhet for støttefunksjoner til forskning innovasjon og utdanning etableres nå som en nettverksorganisasjon, men en tettere samorganisering kan også vurderes. Organisatoriske løsninger for det integrerte universitetssykehuset må ta hensyn til det regionale perspektivet.

Krav til ledelse i spesialisthelsetjenesten er beskrevet Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som trådte i kraft 1.1.2017. Arbeidet med å bygge kultur og kompetanse for kontinuerlig forbedring ved St. Olavs hospital støtter opp under forskriftens tydeliggjøring av ledelsens plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter.

Videre satsing på lederutvikling kan bidra til å styrke linjeledernes evne til å gjennomføre nødvendig omstilling og endring og til å håndtere det helhetlige ansvaret for faglig kvalitet, økonomi og personale. Økt bevissthet omkring ledelse som foregår på tvers av linjestrukturen, kan være et viktig supplement.

Søkningen til lederposisjoner er lav, og det vil være et stort behov for å videreføre tiltak som identifiserer, motiverer og utvikler ledertalenter.

Et godt arbeidsmiljø og dedikerte medarbeidere er avgjørende for kunne tilby fremragende behandling. I tillegg til utvikling av lederskapet kan derfor fokus på medarbeiderskap være viktig. Medvirkning, tverrfaglig samarbeid og synliggjøring av positive erfaringer og resultater kan bidra til

å videreutvikle St. Olavs hospital som en attraktiv arbeidsplass.

5.15 Bemanning og kompetanse

De ansatte og deres kompetanse vil være sykehusets viktigste ressurs. Det er avgjørende at sykehuset er en rekrutterende og attraktiv arbeidsplass der ansatte får utvikle og benytte sitt kompetansepotensiale.

Universitetssykehusets utdanningsoppgave er en sentral del av virksomheten.

De ansattes kompetanse er også pasientenes trygghet for god kvalitet. Utsiktene framover tilsier at effektiviseringskravene vil fortsette, og at vi må produsere helsetjenester med lavere bemanning pr. pasient enn den vi har i dag. Det innebærer at arbeidet med å sikre rett kompetanse på rett plass blir viktig.

Gode systemer og rutiner for aktivitets- og bemanningsplanlegging for alle yrkesgrupper, nye modeller for arbeidsdeling og samhandling ved sengeposter, intensiv- og operasjonsenheter, jobbotrasjon og utvikling av en heltidskultur er eksempler på muligheter vi kan utnytte internt i sykehuset for å møte denne utviklingen. Systemer for monitorering av effektivitet, kvalitet og HMS vil også være viktige styringverktøy.

Sammen med de andre aktørene i helsetjenesten må vi videreføre dialogen med utdanningsinstitusjonene om kapasitet og innhold i studiene. Gjennom denne dialogen kan vi sikre at utdanningene er forskningsbaserte, praksisnære og relevante for helsetjenestens behov. Det innebærer også at tverrfaglig samarbeid, turnusarbeid og ledelse må være sentrale tema. Det er viktig å se kompetansebehovene i spesialisthelsetjenesten i sammenheng med primærhelsetjenestens behov. Både spisskompetanse og breddekompetanse må utvikles, og vi trenger innovative og kreative medarbeidere som kan bidra til å evaluere og utvikle tjenesten.

Å være en velfungerende praksisarena gir et godt grunnlag for målrettet rekruttering. I tillegg kan traineestillinger for nyutdannede og muligheter for etter- og videreutdanning være viktige til tak for å rekruttere og beholde kompetente medarbeidere.

Ved inngangen til 2018 ser vi flere muligheter:

- Øke antall budsjetterte utdanningsstillinger innen de mest kritiske utdanningene (anestesi-, barn-, intensiv- og operasjonssykepleie).
- Innføre nye praksismodeller ved foretaket for å bedre kvaliteten på praksisstudiene og knytte praksisinstitusjon og utdanning nærmere sammen.
- Prøve ut og evaluere ulike pedagogiske metoder som skal gi effektiv læring.
- Gjennomføre og evaluere nye modeller for samordning og oppgavefordeling
- Gjøre kombinasjonsstillinger til en etablert samarbeidsform knyttet til alle profesjonsutdanningene.

5.16 Forskning og innovasjon

Forskning og innovasjon er aktiviteter som er tett integrert. Sammen med utdanning og kompetanseutvikling, er forskning og innovasjon nødvendige bidrag for å nå våre ambisjoner om fremragende pasientbehandling.

St.Olavs hospital i samarbeid med NTNU skal være en drivkraft for helseforskning i hele regionen. Forskingen skal være konkurransedyktig internasjonalt, og styrke klinisk praksis og pasientbehandling. Økt regionalt, nasjonalt og internasjonalt samarbeid vil da være nødvendig. Brukermedvirkning i forskningen skal være tilstede. For at vi skal kunne gjennomføre mer forskning ved St.Olavs hospital, må andelen eksterne forskningsmidler økes. Det betyr at vi må bidra til at

våre forskere skriver søknader som når til topps i den harde konkurransen om forskningsmidler nasjonalt og internasjonalt. God infrastruktur er en forutsetning for dette. Det må derfor satses målrettet på utvikling av infrastruktur og støttefunksjoner som er forutsetninger for god klinisk forskning og innovasjon. I tillegg er det behov for mer åpenhet omkring helseforetakenes bruk av forskningsmidler.

Som det framgår av punkt 5.9 Teknologi og utstyr, bør forskning og innovasjon knyttet til teknologi kunne bidra til å møte framtidige utfordringer. St. Olavs hospital har gjennom «Fremtidens operasjonsrom» bygget opp et innovasjonsmiljø som har betydd mye for utviklingen ved sykehuset de siste årene. Videre satsing på dette miljøet og utvidet samarbeid med ulike innovasjonsmiljø ved NTNU og SINTEF kan gi store framskritt i årene som kommer. NTNU-St.Olavs hospitals teknologiske profil bør tydeliggjøres i arbeidet med Helseplattform-digitalisering.

Ved inngangen til 2018 ser vi flere muligheter. Vi skal videreutvikle samarbeidet med Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU om regional infrastruktur og støttefunksjoner knyttet til forskning, utdanning og innovasjon. Dette skjer bl.a. ved å opprette en felles Clinical Trial Unit (CTU) som skal bidra til høy kvalitet i klinisk forskning i hele regionen. Forskningsspørsmål krever ofte at ulike profesjoner løser disse i fellesskap og det må derfor oppfordres og tilrettelegges for en tverrfaglig profil i de felles forskningsgruppene ved MH-fakultetet/St.Olavs hospital. Det må fortsatt arbeides videre for å øke forskningskompetanse (PhD, post doc, forsker) innen flere profesjoner, og flere kombinerte stillinger mellom universitet og helseforetak. Klinikksjefenes rolle og oppgaver knyttet til forskning ved St.Olavs hospital er klar, men må likevel stadig synliggjøres; for eksempel gjennom krav til rapportering på forskning.

Det er fortsatt svært viktig å satse på tett samarbeid regionalt med HMR og HNT, og nasjonalt med universitets-sykehusene i Norge (NorCRIN). Økt brukermedvirkning i forskningen må sikres gjennom opplæringstiltak for brukerrepresentanter og forskere.

Videre ønsker vi å bidra aktivt inn i prosjektorganisasjonen for campusutvikling ved NTNU. Gjennom etableringen av et Senter for psykisk helse som del av en fremtidig samlet campus vil det legges bedre til rette for forskning som kan gi mer kunnskap om alvorlige psykiske lidelser sett i et bio-, psyko- og sosialt perspektiv.

5.17 Samarbeid med NTNU

Det er en sentral strategi for St. Olavs hospital å jobbe for videre integrasjon med NTNU. Dette skal bidra til bedre utdanning av våre studenter og bedre forskning. Nærmere samarbeid mellom våre kliniske miljø og forskningsmiljøene i NTNU vil kunne bidra til mere klinisk rettet forskning og at vi raskere kan ta i bruk ny forskningsbasert kunnskap. I dag går det i snitt 8-10 år fra ny kunnskap er dokumentert gjennom forskning til at denne kunnskapen er tatt i bruk i daglig klinisk praksis.

Samarbeid med ulike fagmiljø kan hjelpe oss i daglig drift ved sykehuset. Som et eksempel er det innledet et samarbeid med Fakultet for økonomi som nå hjelper oss med å analysere flaskehals i pasientforløp innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. På kort tid har ventetiden fra henvisning til første undersøkelse blitt redusert med 50 % blant annet på grunn av slike analyser.

Med de store utfordringene vi står overfor i årene som kommer og behovene for nye måter å jobbe på, vil vi også ha nytte av kompetanse innen endringsledelse, prosjektledelse og styring. Tettere samarbeid med ulike fagmiljø i NTNU kan bidra til mer tjenesteinnovasjon og helsetjenesteutvikling.

5.18 Bygg

St. Olavs hospitals lokaler på Orkanger, Røros og Østmarka vil i videreutvikling bli benyttet til de funksjoner som må, eller med fordel kan ligge utenfor det høyspesialiserte universitetssykehuset på Øya. Det anbefales derfor at byggene gis nødvendig teknisk oppgradering slik at de til en hver tid kan benyttes til slike formål. Dette må speiles i den byggplanleggingen som finner sted på vei inn i planperioden.

En mulighet for å dempe behovet for videre utbygging av St. Olavs hospital er å bruke lokaler og utstyr større deler av døgnet. Utvidet åpningstid for våre poliklinikker og operasjonsstuer vil bidra sterkt til å dempe behovet for nybygg.

Ved inngangen til 2018 foreligger følgende muligheter for nye bygg og ombygginger:

Nytt sikkerhetsbygg på Østmarka.

Dette er planlagt som en nødvendig bygningsmessig fornyelse for sikkerhetsfunksjonen i Psykisk helsevern. Brøseteiendommen er regulert til annet formål og det er inngått avtale om salg av St. Olavs del av eiendommen høsten 2017. Det er i planleggings-/byggeperioden av nytt bygg inngått avtale om leie av Brøsetanlegget i inntil 5 år. Det planlegges for at Brøsetanleggets 19000 kvm BTA erstattes med et nybygg på ca 6000 kvm BTA.

Nytt senter for Psykisk helse.

Sentret planlegges bygd ut som et felleseid senter sammen med NTNU som en del av NTNU's campusutbygging.

For St. Olavs Hospital vil senteret bli en erstatning for gammel og spredt bebyggelse og vil være en bygningsmessig fornyelse og bli en samling av funksjoner som i dag er spredt på flere lokasjoner.

Ombygging og oppgradering av avdeling Orkdal sjukehus.

Ombygging som følge av funksjonsendringer og nødvendig oppgradering av sengeavdelingen i hele bygningsmassen.

St. Olavs hospital-endringer/utvidelser

I særdeleshet vil poliklinisk aktivitet øke vesentlig i perioden og vil, selv etter utvidede åpningstider og mer effektiv bruk av eksisterende arealer, kreve noen arealutvidelser og bygningsmessige endringer.

5.19 Økonomi

Rammen for sykehusene fastsettes etter et forventet behov i befolkningen. Om vi behandler flere enn snittet som rammen er fastsatt ut fra, har vi i praksis bare stykkprisinntekten for disse overskytende behandlingene.

Klarer vi å legge til rette for å behandle færre enn snittet rammen er beregnet ut fra, beholder vi rammen men taper stykkprisinntekter. Med andre ord er det ingen tydelig stimulans i sykehusfinansieringen til å arbeide aktivt for å dempe befolkningens behov for helsetjenester. I dag er det også slik at det tilsynelatende lønner seg å legge pasienter inn framfor å gi dem dagbehandling eller poliklinisk behandling selv om dette er mulig. I mange fagmiljøer etterlyser man finansiering av ambulant virksomhet fordi dette ville vært en hensiktsmessig måte å jobbe på. Men slik finansiering finnes ikke i dag.

Kommunens rammefinansiering stimulerer til forebyggende innsats ved at kommunen beholder rammen selv når det blir færre pasienter. Men rammefinansieringen i kommunene betyr at om kommunen overtar pasienter som sykehusene til nå har håndtert, så taper de penger.

Dagens finansieringssystemer stimulerer med andre ord ikke til oppgaveglidning fra sykehus til kommuner og stimulerer i liten grad til helsefremmende og forebyggende tiltak på sykehus.

Vi bør samarbeide med økonomimiljøene på NTNU for å få fram forslag til endrede finansieringssystemer som i større grad stimulerer til å gjøre det vi må gjøre i årene som kommer.

Ved inngangen til 2018 ser vi flere muligheter:

- Redusere varekostnader ved hovedfokus på bytte av medikamenter til billigere synonympreparater
- Standardisere kontraktsinngåelser
- Omgjøre driftskreditt til langsiktig lån.
- Samordne transportbehov og tiltak, forsyning og logistikk
- Redusere ressursbruk ift. kommunikasjon og transport som følge av Helseplattformen
- Fremtvinge mer kostnadseffektiv legemiddelhåndtering
- Utjevne økonomiske rammer så dette ikke stresser pasientforløpet.
- Ta initiativ til å utvikle en økonomimodell som stimulerer til samarbeid på tvers både internt på sykehuset og mellom sykehus og kommunehelsetjeneste
- Utrede om samfinansiering av kommune- og spesialisthelsetjenesten er nyttig.
- Vurdere om rammefinansieringen og stykkprisfinansiering er hensiktsmessig.

5.20 Generell effektivisering

«Fremragende behandling» er definert som høy faglig kvalitet, høy brukertilfredshet og optimal ressursutnyttelse.

Optimal ressursutnyttelse som visjon krever at vi har fokus på områder hvor vi kan utnytte ressursene bedre, dvs effektivisere.

For å klare å møte utfordringene beskrevet i kapittel 4, er det avgjørende å utvikle mer effektiv bruk av lokaler, utstyr og bemanning. Det er behov for at helsepersonell er mer mobile og at hele helsevesenet gjør bedre bruk av elektronisk kommunikasjon. Når det gjelder økt utnyttelse av kostbart utstyr, er personell også en flaskehals. Å endre åpningstider i et høyteknologisk sykehus stiller stor krav til endringsvilje i hele organisasjonen.

Ved inngangen til 2018 ser vi flere muligheter:

- Effektivisere sykepleietjenesten gjennom økt samarbeid, bedret drift og effektivisering.
- Samordne driften og utvikle samarbeidet mellom ulike intensiv- og overvåkingsenheter
- Øke bruken av pasienthotellet for å frigjøre senger i sykehuset.
- Utvikle lokale avtaler med avtalespesialister.
- Bedre poliklinisk kapasitet ved bedre styring og samordning av ressursene
- Samordne transportbehov og tiltak, forsyning og logistikk
- Redusere ressursbruk ift. kommunikasjon og transport som følge av Helseplattformen
- Utrede om mottaksfunksjonen i psykisk helsevern og rus som kan være en mer integrert i det løpende samarbeide med de kommunale tjenestene.

6. Forslag til mål bilde og strategiske satsingsområder

St. Olavs hospitals visjon er fremragende behandling, jf kapittel 3. Dette ligger fast også fram mot 2035, inntil styret evt gjør et annet vedtak.

Fremragende behandling innebærer høy faglig kvalitet, god pasientflyt, høy brukertilfredshet og optimal ressursutnyttelse. Med begrenset ressurstilgang i årene som kommer, økende

rekrutteringsutfordringer og økt press på helsetjenesten så har St. Olavs hospital de samme utfordringene som andre sykehus og kommunene i regionen har.

Vi bør planlegge ut fra at vi må klare kommende utfordringer med det sykehuset vi har, de sengene og poliklinikkarealene vi har og med den personelldekningen pr pasient som vi har i dag. Dette gjør det tvingende nødvendig å omstille og ta i bruk alle muligheter som er beskrevet i kapittel 5.

Etter en bred høringsrunde på dette dokumentet, vil styret ved St. Olavs hospital få forslag til Utviklingsplan inklusive forslag til målbilde og strategiske satsingsområder for å møte kommende utfordringer til behandling i februar 2018.

- ...
- ..

6.1 Risiko- og mulighetsanalyser

Mulighetene er analysert i kapittel 5. Med støtte fra Sykehusbygg sin rapport vurderes det som mulig å legge til rette for å opprettholde og bedre kvalitet på våre tjenester i årene som kommer uten en betydelig utbygging og et betydelig økt antall ansatte ved sykehuset. Den største risikoen ligger i at vi ikke gjør tilstrekkelige endringer for å møte utfordringene.

UTKAST