

St. Olavs hospital utviklingsplan 2018-2035-høringsvar fra Kreftklinikken.

Dato 21.12.17

Generelle merknader.

Utviklingsplanen peker på helt sentrale utfordringer og muligheter. På mange av områdene framstår den likevel som noe vag. Ansvarsforhold blir litt for utydelig med ordlyden «kan» og «bør». Vi savner noe mer konkret identifisering av satsingsområder og føringer for hvordan virksomheten skal arbeide for å møte utfordringene.

I kapittel 5 kan man med fordel vektlegge samarbeid med frivillige/ideelle aktører (Kreftforeningen, LHL m. fl.) særlig sett i lys av økende press på ressurser i det offentlige.

I dag har deler av virksomheten innsatsstyrt finansiering. Det gjelder i vesentlig mindre grad gjelder for opplæring, forskning og forebygging - områder som kan bidra til å redusere behovet for helsetjenester. Dersom dagens finansieringsmodell opprettholdes vil det imidlertid ved ressursknapphet være stor risiko for at slik aktivitet nedprioriteres. HFet bør utvikle en strategi for å møte den utfordringen. Noe av dette konkretiserer vi i kommentarene under.

Kapittel 1-3

Ingen merknader

Kapittel 4-5

4.2 Endringer i behov for helsetjenester

Her beskriver man korrekt at kreft vil øke. Mer spesifikt anslår kreftregisteret at insidensen vil øke med 40% fra 2016-2030, og med dramatiske 70% i (den økende) aldersgruppen > 70 (<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/kreft-i-2030/>). Merk også at andelen kreftoverlevende med senskader og betydelig behov for helsehjelp også vil øke i samme periode. St. Olavd hospital bør være aktiv pådriver for en overordnet strategi (nasjonal) for å møte denne utfordringen som er betydelig.

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

På noen områder kan primærforebyggende tiltak utvilsomt gi en reell reduksjon i behov for helsetjenester (eksempelvis fallforebygging og brudd). For kreft og en del livssykdommer vil den største effekten kanskje være at tid til behov for helsehjelp øker uten at andelen med behov reduseres vesentlig. Så blir muligens tiden den enkelte trenger helsehjelp redusert siden sykdommen rammer senere i livet, men det er ikke sikkert den effekten blir så stor hvis gjennomsnittlig levetid øker.

Det kan videre reises spørsmål om sekundær- og tertiærforebyggende tiltak vil redusere behov for ressurser i helsetjenesten vesentlig. Eksempelvis innen kreftområdet, reumatologi og nevrologi vil tertiærforebygging typisk innebære ny og dyr medikamentell behandling. Her har kostnadene økt formidabelt, og det er lite som tyder på at den trenden snur med det første. Samme resonnement er nok til en viss grad gyldig for sekundærforebygging også.

5.3 Prioritering og etikk

Et meget viktig punkt, jfr. Kommentar over, som kanskje kan konkretiseres-eksempelvis: Kostnadsutviklingen innen medikamentell behandling er ikke bærekraftig. Allerede nå er det slik at omtrent all aktivitetsøkning innen kreftområdet går med til å saldere underskudd på medikamentbudsjettet. Det medfører betydelig redusert handlingsrom for kvalitetsforbedring innen andre områder av tjenesten hvor det reelle behovet også er stort. Nasjonale strategier for å håndtere problemstillingen vil måtte presse seg fram lenge før 2035. Det bør HFene bidra til å synliggjøre i den offentlige debatten.

5.10 Teknologi og utstyr

Kanskje burde Helseplattformen omtales med eget underpunkt. Selv om innholdet fortsatt er uklart for mange av oss, går det kanskje an å skissere noen overordnede forventninger. Kanskje særlig hvordan HP ved å effektivisere og automatisere arbeidsprosesser kan bidra til å redusere/bremse et økende behov for ansatte i helsevesenet.

Gevinster ved økt samarbeid med det teknologiske miljøet på NTNU-Gløshaugen kan vektlegges sterkere. Det gjelder særlig utvikling og implementering av nye og forbedrede behandlingsformer som involverer medisinsk teknologi. Siden denne forbindelsen «faller utenfor» det integrerte universitetssykehuset er det viktig med en god overbygning fremmer dette samarbeidet.

5.15 Bemanning og kompetanse

Kommentar til kulepunkt

- Gjennomføre og evaluere nye modeller for samordning og oppgavefordeling

Dette er viktig og kan konkretiseres. Siden kvalifisert helsepersonell (særlig spesialsykepleiere) synes å forbli mangelfull i lang tid kan pasientsikkerhetsrisiko og risiko for kvalitetsforringelse reduseres med jobbglidningstiltak. Særlig i grensesnitt helsefagarbeider/sykepleier. Studenter (særlig medisinstudenter og spl. studenter) med adekvat opplæring kan være en ekstra ressurs.

5.16 Forskning og innovasjon

Viktigheten av å satse på opprettelse og vedlikehold av kvalitetsregistre som virkemiddel for kvalitetsforbedring og økt ressursutnyttelse bør påpekes. IKT-løsninger som støtter slikt arbeid er viktig.

Skal man si noe om i hvilken grad industri- vs. forsker initierte studier skal være strategisk satsingsområde?

5.17 Samarbeid med NTNU

Arealmessig ligger det godt til rette for det integrerte universitetssykehuset. Imidlertid er det fortsatt viktige organisatoriske og kulturelle forskjeller som skaper avstand. Det kan nevnes ulike ikt-systemer uten felles plattform, ulikheter i personalpolitikk, arbeidstid mm. Det bør arbeides for ytterligere integrering innen disse områdene.

Mange sykehusansatte har 100% klinisk stilling med bistilling på universitetet i tillegg. Det innebærer typisk at kvalitet på undervisning og forskning blir lidende i konkurranse med direkte pasientrettet virksomhet. En alternativ modell som vi mener HFet bør arbeide for er å fastsette maksimal samlet stillingsandel til 100%. For å gjøre slike stillinger attraktive bør ansatte med delt stilling opprettholde avlønning svarende til 100% i best betalte stilling. Det vil koste noe mer, men samtidig frigjøre betydelig tid til u/f innen for rammen av normalarbeidsdag og samtidig frigjøre midler til flere hender i klinisk virksomhet.

5.19 Økonomi

Foreslår tillegg av flg kulepunkt:

- Innarbeide rutiner som sikrer at billigste alternativ alltid benyttes for biologiske legemidler hvor biotilsvarende og originalpreparat begge har godkjent indikasjon

5.20 Generell effektivisering

Interne pasientforløp/reduert liggetid

Siden sykehuset «alltid» er fullt og det sannsynligvis vil forbli slik blir effektiv intern pasientflyt avgjørende. I den grad det fortsatt er potensiale for å redusere liggetiden (eksempelvis pneumonier) bør det hentes ut. De standardiserte pasientforløpene har etter all sannsynlighet redusert tid til diagnose og behandling for kreftpasientene. Muligens kan

interne pasientforløp for gitte grupper bidra til å redusere liggetid med opprettholdt eller bedret kvalitet. Siden sykehuset alltid er fullt har redusert liggetid i tillegg den interessante bivirkningen at det genererer økte DRG-inntekter og bidrar til økonomisk handlingsrom.

Bemanne pasienthotell med helsearbeidere (kfr. kulepunkt om økt bruk)

Samtidig må vi sikre oss at sengene fylles av «de som er så syke at de må sove på sykehuset». Dette er ikke alltid tilfelle, heller ikke i perioder hvor sengekapasiteten er under press. Eksempel fra Kreftklinikken: Strålebehandling til pasienter i kurativt behandlingsløp er ofte langvarig (5-8 uker). Dette gjennomføres for de fleste poliklinisk hvor de med lang reisevei bor på pasienthotellet (PH). Tilbudet er ikke dekkende for noen eldre som trenger litt hjelp med personlig stell, påkledning og annen tilrettelegging, men som ellers hadde klart seg fint på PH. De må isteden være inneliggende hele perioden inkludert helg (de orker ofte ikke å reise hjem i helgene). Det kunne vært løst med litt hjelp fra helsepersonell (helsefagarbeidere, f. eks.) på PH som en «step-down løsning». Når vinterens pilot (5-døgns) på PH er ferdigstilt bør det arbeides videre med å etablere en 24/7 løsning for disse pasientene på PH som trenger kun en minimumsbemanning store deler av døgnet.

Mer fokus på opplæring av pasienter og pårørende

6. Forslag til målbilde og strategiske satsingsområder

Teknologi:

Satse på løsninger som automatiserer manuelle arbeidsoppgaver (pasientlogistikk, koderegistrering, rapportering, beslutningsstøtte). Det blir også viktig å utnytte ny teknologi til å utvikle nye og mer ressursbesparende arbeidsprosesser (ikke nødvendigvis kun til å automatisere dagens prosesser).

Personell:

Redusere sårbarhet som flg. av knapphet på helsepersonell med «tradisjonell» kompetanse med jobbgledning gjennom kursing/sertifisering (studenter, helsefagarbeidere, annet personell)

Innen onkologifaget er det et betydelig behov for styrket bemanning/kompetanse særlig i Nord-Trøndelag. Utdanningskandidater bør tilbys «pakkeløsninger» forvaltet av RHFet med utdanningssted St. Olavs hospital og bindingstid i HNT.

Areal/medisinsk utstyr:

Utvidet åpningstid, ettermiddag/kveld. Mao. flere yrkesgrupper i turnus.

Logistikk/pasientflyt:

Kontinuerlig fokus på liggetid. Kun de som er så syke at de må sove på sykehus bør ligge i sengene. Øke utnyttelse av poliklinikkareal. Styrke pasienthotell (kfr. kommentar til 5.20)

Samhandling med primærhelsetjenesten

- Kommunale ø.hj senger
- Ansatte spesialister i kommunehelsetjenesten?

På vegne av Kreftklinikken,

Arne Solberg

Klinikkssjef