

Trondheim, 21. desember 2017

Innspill til høring, Utviklingsplan med perspektiv mot 2035

Utviklingsplanen er i enkelte deler veldig konkret og forståelig, men i andre deler mer uklart formulert. Vi har prøvd å kommentere de punktene der det er forbedringspotensial i å være mer tydelig og konkret.

4. og 4.1. Utfordringer for helsetjenesten

- Det bør fremkomme at sykehuset er ingen statisk institusjon, men kontinuerlig må tilpasses det aktuelle sykdomsbildet. Planen har lagt stor vekt på økning i levealder, mens den aktuelle og videre forventede økningen i kroniske ikke-smittsomme sykdommer er lite nevnt, og burde omtales nærmere med referanse til regjeringens strategi for å redusere kroniske ikke-smittsomme sykdommer.

4.2. Endringer i behov for helsetjenester

- Det står at bl.a. livsstilssykdommer øker mest, i tillegg til overvekt, psykiske plager og kreft. Her bør livsstilssykdommer presiseres med hvilke sykdommer det er snakk om. Fra 1980-tallet har det vært en økning i kreft, fedme, diabetes, KOLS og psykiske lidelser. Disse sykdommene interagerer med hverandre og opptrer sjelden alene. Hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske lungesykdommer og diabetes er de fire største ikke-smittsomme sykdommene, hvis man skal referere til en gruppe sykdommer. Fedme er av WHO definert som en sykdom og det er ikke utelukkende livsstil som er årsak til denne sykdommen. Livsstilssykdommer som begrep er mer og mer omstridt, og trolig ikke noe vi bør legge inn i et dokument som skal følge oss langt inn i fremtiden.
- WHO har omtalt at forebygging av overvekt og fedme er noe av det viktigste arbeidet for å redusere antallet sykdommer i fremtiden med tanke på de tilleggs-sykdommer det kan føre med seg og sykdommer det er assosiert med (som hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske lungesykdommer og diabetes) (Ref: WHO, Global Strategy on non-communicable diseases 2008).

4.3 og 5.4 Brukermedvirkning

- Selv om forventninger til kvaliteten på helsetjenester kan øke, er det også en endring i befolkningen hva gjelder å være vant til å

bruke teknologiske verktøy for selvmonitorering og som ledd i behandling. Dette kan gi redusert press på spesialisthelsetjenester dersom man ligger i forkant av de store demografiske endringene vi står ovenfor, og også muligheter hva gjelder brukermedvirkning (punkt 5.4). Vi ønsker ta dette i bruk i større grad innen fedmebehandlingen.

5 Muligheter

- Her burde kanskje telemedisin/velferdsteknologi nevnes som en ny måte å organisere helsetjenester på (selv om det kommer under punktet 5.10). Ved økt bruk av telemedisin, for eksempel i form av videokonferanse i polikliniske konsultasjoner hvor både spesialist og kommunelege deltar, overfører man samtidig viktig kompetanse til primærhelsetjenesten, noe som kan minske presset på helsetjenestene og forhindre dobbeltarbeid. Velferdsteknologi burde kanskje nevnes spesielt når man snakker om kompetanseheving og -deling mellom 1. og 2. linjetjenesten. Velferdsteknologi som verktøy kan muligens også nevnes under punkt 5.13 Samarbeid med kommunehelsetjenesten.

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

- I avsnitt 4, punktmerking 1 står det: *«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».*

Kommentar: Det bør beskrives at det er en økende andel av befolkningen som har overvekt og fedme, samt relaterte helseproblemer, ikke bare helseproblemer knyttet til fedme. Det som inngår i forebygging er både overvekt og fedme, og i siste setning er kun overvekt nevnt. Her bør fedme tilføyes. Tilskrivelsen fagpersoner fra St. Olavs Hospital kan byttes ut med Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon (ObeCe) ved St. Olavs Hospital. Det bør også komme frem at det er Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon (ObeCe) ved St. Olavs Hospital som har jobbet systematisk for en kunnskapsutveking og samhandling mellom helsetjenestenivåene for å få til et mest mulig adekvat tilbud for pasientgruppen.

I avsnitt 5 står det at det skal planlegges tiltak og hva tiltakene kan føre til. Det burde også beskrives eksempel på tiltak. En beskrivelse

av tiltak vil bedre få frem hensikten med og konkretiseringen av utviklingsplanen.

- Det burde her kanskje vært henvist til veiledningsplikten sykehuset har overfor primærhelsetjenesten. Spesialistkunnskap innen et klinisk område kan også brukes til utviklingen av gode forebyggende tiltak i samarbeid med kommunehelsetjenesten, som sitter på lokal kunnskap. Ellers er det kanskje et poeng at fagmiljøer på St. Olavs bør kunne lære av andre miljøer som har drevet mye med kompetanseheving og forebyggende tiltak allerede.

5.5. Pasientbehandling

Avsnitt 3. Her viser man til at det skal utvikles nasjonale pakkeforløp i 2018. Videre bruker man betegnelsen pasientforløp. Det er uklart om det er det samme eller ikke. Videre i punkt 5.8 står helhetlige pasientforløp beskrevet i ett eget punkt.

5.11. Samhandling som en strategisk satsing

- Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten bør nevnes innunder strategisk satsing i stedet.
- Vektlegge og konkretisere det å til samhandling med å forebygging av sykdom før pasienter kommer på sykehus og oppfølging etter opphold på sykehus.
- Det nevnes organisasjoner, men det burde vært forklart og presisert hvilke organisasjoner det her er snakk om i forhold til samarbeid om pasienter.

5.13. Samarbeid med kommunehelsetjenesten

- Forebygging og helsefremming savnes i dette avsnittet.
- Det arbeides med å opprette flere arenaer for en slik dialog mellom leger på sykehus og leger i primærhelsetjenesten. ObeCe har arbeidet med en arena for dialog for alle typer helsepersonell både i spesialist- og i primærhelsetjenesten der målet er en mest mulig adekvat behandling for den enkelte pasient med fedme, som ikke er nevnt. Denne arenaen for erfaringsutveksling og kompetanseutveksling ble etablert i 2007 og vil fortsette å fungere som en arena fremover, både for å forbedre kunnskap om pasientgruppen, for å styrke samarbeid og for å kunne skape arenaer for forskings og utviklingsarbeid.

5.16 Forskning og innovasjon

- I dokumentets omtale av forskning fremstår ikke St. Olav alene som en forskningsaktør, men støtter seg veldig til NTNU. Mye forskning bør og skal skje i et samarbeid, men vi kan ikke overse at

organisasjonene har ulike forutsetninger. St. Olavs fortrinn er at sykehusforskere som også arbeider klinisk har mulighet til å fange opp problemstillinger fra klinisk praksis. Siden dette faktisk er et St. Olavs-dokument, virker det påfallende at man ikke tør formulere sterkere at «St. Olav skal være en drivkraft for helseforskning i regionen».

- Universitetssykehuset selvstendige ansvar for klinisk forskning må komme sterkere frem. Forskning som springer ut av klinikken er i utgangspunktet ofte breddeforskning da den tar fatt i reelle problemstillinger som etterspørres av klinikere og pasienter. Den stadige utviklingen innen behandling, samt at vi er tidlig ute med ny behandling, fører også forpliktelser med seg: Vi skal ha evne til å undersøke effekten av behandling i bred forstand. Ikke-medikamentelle terapiformer er ofte vesentlig mindre kartlagt før de tas i bruk enn hva som er tilfelle ved farmakologisk behandling – hvor utprøvingen følger et mer systematisk mønster og skjer i henhold til Good Clinical Practice. Forskning innen ikke-medikamentelle intervensjoner kan ofte være mer utfordrende jf. idealene om forskningsmetode, men er ikke desto mindre viktig. Det er viktig at RHF og helseforetak avsetter mer midler til slik klinisk forskning fremover, siden slike studier kan ha problemer med å nå opp i Samarbeidsorganet/Felles Forskningsutvalg i konkurranse med mer basal 'toppforskning'. Klinisk forskning blir sjelden optimal da den må ta utgangspunkt i syke mennesker i en reell, klinisk praksis (fremfor laboratoriekontekst).
- Dokumentet gir en snever definisjon av forskningskompetanse siden man støtter seg til at forskningskompetanse forutsetter PhD. Flere med Master of Science bidrar i dag vesentlig i forskningsproduksjonen ved sykehuset. Dette har vært en villet utvikling (jf. St. Olavs bestilling og påfølgende etablering av helsevitenskap ved NTNU), men forståelsen og utnyttelsen av denne ressursen er varierende på avdelingsnivå. Dette er en verdifull kompetanse sykehuset bør være mer bevisst siden de gjerne arbeider klinikknært.

5.17. Samarbeid St. Olavs Hospital og NTNU

- Det etterlyses en mer konkret beskrivelse av hvordan samarbeidet mellom St. Olavs og NTNU skal bli tettere.
- Et område for forbedring vil være samordning av lisenser for programvare som fks SPSS, NVivo og End-Note til forskningsarbeid og støttefunksjoner for implementering og bruk av programmene.
- Flere kombinasjonsstillinger kan eksempelvis bidra til at klinisk kompetanse fra St. Olavs bedre blir ivaretatt og benyttet innen akademia (NTNU). NTNU og St. Olavs bør utveksle kompetanse og samhandling på et mer forpliktende grunnlag.

- Et tettere samarbeid med NTNU må følges med en tydelig rolleavklaring. Rollene må diskuteres på detaljnivå med hensyn til ansvarsfordeling og oppgaver i de ulike stillingsbeskrivelsene for ansatte ved St. Olavs hospital.
- Dokumentet viser til at implementeringstiden er lang for ny kunnskap ut i klinisk praksis. Nettopp her ligger sykehusforskerens fortrinn siden man både fanger opp problemstillinger som etterspørres, og på grunn av nærhet til klinikken også har gode forutsetninger for kontinuerlig å implementere funn fra forskningen tilbake i klinisk praksis. Det er flere gode eksempler på dette. Der man har aktiv forskning i klinikken, blir dessuten den kliniske virksomheten bedre.
- I et integrert universitetssykehus er det et tankekors at klinikere med forskningskompetanse i dag veileder NTNU-studenter uten kompensasjon til avdelingen. I praksis skjer dette mye på fritid. St. Olav subsidierer slik NTNU ved å stille forskningskompetanse til rådighet samt tilrettelegge med pasienter og data til studentoppgaver, mens NTNU sitter tilbake med fortjenesten fra uteksaminerte kandidater. Organisatoriske hindre ved et integrert universitetssykehus kan ikke være i veien for at det rettes opp i dette.
- Det ligger et stort uforløst potensial i å samarbeide med andre institutter enn de som vektlegges i utviklingsplanen, som for eksempel fakultet for arkitektur og design, det humanistiske fakultetet og institutt for samfunns- og utdanningsvitenskap. Særlig gjelder dette kanskje samarbeid med fagmiljøer som har spesialistkunnskap på menneskers kompliserte natur, og hvordan dette kan påvirke både behandling, samhandling, brukermedvirkning og tiltak som iverksettes for å endre måten vi jobber på (organisering). Slike miljøer kan også bidra til tjenesteinnovasjon og helsetjenesteutvikling.