

Høringsbrev – St. Olavs hospital utviklingsplan 2018 – 2035.

Kommentarer fra Klinikk for bildediagnostikk.

Innledning:

Klinikk for bildediagnostikk er den mest utstyrstunge enheten i St. Olavs hospital. Våre kommentarer har derfor et sterkt fokus på sykehusets utfordringer når det gjelder investeringer som er nødvendige for å skifte ut gammelt utstyr og for å skaffe nytt utstyr i takt med den medisinske og teknologiske utviklingen. Men det er også viktig å fremheve at den store økningen innen bildediagnostikk har medført, og fortsatt vil medføre, behov for mer personell for å møte denne utviklingen.

Det er viktig å få frem i Utviklingsplanen at sykehuset både må ha fokus på effektivisering samtidig som man har et realistisk forhold til de utgifter som ligger i behovet for investeringer til utskifting av gammelt utstyr og for anskaffelse av nytt utstyr. Dersom man ikke lager en overordnet plan for dette styrer man mot en situasjon der man om få år vil få store problemer med å følge opp «fremragende behandling» i praksis, og i etter hvert vil den medisinske sikkerheten kunne bli truet.

Punktvis kommentarer:

2.7:

Her står det: «*St. Olavs hospital leverte i 2016 et økonomisk resultat som var bedre enn styringsmålet. Dermed har sykehuset holdt budsjettet for 9. år på rad.*»

Det er viktig å presisere at det er driftsbudsjettet som er holdt. Investeringsbudsjettet er alt for lavt i forhold til innmeldte behov og ikke i takt med anbefalingene fra MTA/Klinikk for bildediagnostikk. Vi klarer med andre ord ikke å investere i ønsket/nødvendig tempo, og slik sett har vi ikke holdt budsjettet på et nivå som ville forhindre det som er beskrevet i pkt. 2.8., og som i løpet av få år vil gi sykehuset store driftsutfordringer.

2.8:

Planen slår fast at vi ligger på etterskudd når det gjelder investeringer innen Medisinteknikk utstyr(2.8.1)

Det er ikke beskrevet forslag til hvordan dette skal løses. Det må utarbeides en plan for dette, hvor man også beskriver risikoen ved å ikke lage en plan for hvordan man skal takle utfordringene. Slik Klinikk for bildediagnostikk ser dette, kan man om få år komme i en situasjon hvor man ikke klarer å håndtere bildediagnostikken innenfor medisinsk forsvarlige rammer.

Utskifting av tungt bildedannende utstyr er svært ressurskrevende i seg selv, både innkjøpsprosessene og opplæring på nytt utstyr er kompliserte og svært tidkrevende. Dagens utstyr har også høy utnyttelsesgrad (ref. gjennomgang av vår MR- kapasitet ved RSHU og INDØK i 2016), og dersom vi opplever lange perioder med driftsstans/sammenbrudd vil vi kunne få et kapasitetsproblem som blir kritisk for sykehusets drift. Det er verdt å merke seg at mye av utstyret i den nyere bygningsmassen ble med fra det gamle sykehuset, og utstyr som ble kjøpt inn til fase 1 er nå 10 år gammelt.

På side 13 står det: «*Sykehuset står sannsynligvis overfor store investeringskostnader på grunn av etterslep*». Ordet «*Sannsynligvis*» kan kuttes her.

Og videre: «*Det må avklares hvem som skal erstatte/ reanskaffe «NTNU-utstyret» som er plassert på de kliniske avdelingene og som er i daglig drift?»* Her kan man sløyfe spørsmålsteget.

2.9:

Det er ikke lokaler i dagens bygningsmasse som er egnet til oppbygging av nye laboratorier. Dette gjelder spesielt for en ny hybridstue og for sykehusets mammografi/mammakirurgiske virksomhet. Det er heller ikke ledig areal tilgjengelig for flere granskningsstasjoner for våre leger. Dette er et problem som vil gå ut over vår effektivitet i årene som kommer.

4.1:

Demografiske utfordringer medfører at vi får flere eldre. Flere vil leve lenger med flere sykdommer som krever oppfølging. Selv om man gjennom forhåpningen om økt samhandling og hjemmebasert teknologi vil utsette behovet for hospitalisering, vil det komme en økning av eldre mennesker som før eller siden trenger behandling, enten poliklinisk eller som inneliggende pasienter. Behovet for bildediagnostikk og bildestyrte behandlingsmetoder vil øke. Dette gjør også at man må utrede behovet for flere senger i sykehuset, kapasiteten er som kjent allerede begrenset.

4.1.1.:

Tabell s. 17: Fravær av bildediagnostikk i tabellen. Det er svært bekymringsfullt at bildediagnostikk og bildestyrt intervensjon ikke er tatt med i denne tabellen. Nesten all økning innen somatikken som er skissert i tabellen vil medføre økt press mot bildediagnostikk og intervensjon. Det er verdt å merke seg at det blir en additiv effekt av dette innen bildediagnostikken da vi skal levere våre tjenester til alle. Det samme gjelder for andre «servicefunksjoner» i sykehuset.

Tabellen må korrigeres for dette.

4.8:

Behovet for investeringer/reinvestering i utstyr er allerede beskrevet, jfr. Pkt. 2.8. Likeledes behovet for mer personell, også om personelldekningen pr. pasient skal holdes på dagens nivå da antall pasienter vil øke (ref. pkt. 6)

5.10:

Kostnaden ved å utvikle, kjøpe, gi brukeropplæring og drifte ny teknologi må beskrives. Vi vet at all ny teknologi er kostnadskreven både ved anskaffelse og videre bruk. Hvordan dette er tenkt finansiert i tillegg til at man i en overgangsfase skal drifte eksisterende struktur i spesialisthelsetjenesten/sykehuset må drøftes. Det må utarbeides en finansieringsplan for dette. Dette kommer i tillegg til etterslepet på annet allerede eksisterende utstyr, og kan uansett ikke erstatte behovet for mennesker i alle sammenhenger, spesielt innen pleietjenestene.

Vi ser at tjenestebudsjettene for IKT øker år for år, og vi snakker her om teknologi som på mange områder fortsatt er på utprøvningsstadiet. For vårt fagområde er det store forhåpninger til at «Deep learning» og kunstig intelligens skal kunne utføre oppgaver som i dag er ivaretatt av høyt utdannet personell. Men så langt er dette programmer/utstyr som på langt nær er utviklet for klinisk bruk, og vi vet heller ikke når dette blir tilgjengelig. At det kan bli tilgjengelig etter hvert mener vi er realistisk, men altså ikke når.

Det er viktig at man på dette punktet blir mer konkret og at dette ikke blir en hvilepute for å utsette nødvendig utskifting av utstyr og oppbemanning i de nærmeste årene. Hvor realistisk er det at vi innen 2035 har praktisk anvendbar teknologi til hjemmebehandling, og har vi i så fall en finansieringsplan for å kunne ta dette i bruk?

Vi må også ha en plan for brukerstøtte til hjemmebaserte tekniske løsninger, brukerne er gjerne gamle mennesker med begrenset mulighet for å ta i bruk nytt utstyr uten hjelp, enten fra profesjonelle brukere eller fra familie/personer i nære relasjoner til brukeren.

Ellers vil vi kommentere kulepunkt nummer to på s. 23: *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.*

Hvilke små sykehus har man tenkt på i denne sammenhengen? Namsos? Molde? Andre sykehus i vår region? Det er lite sannsynlig at teknisk krevende utstyr av dette kaliber vil kunne utplasseres og

driftes fra små sykehus av mange årsaker, og det er også i praksis svært få inngrep som vil være egnet for denne typen «samarbeid».

For St. Olavs hospital sitt vedkommende har sykehuset et regionalt nedslagsområde på 720.000 mennesker. For de sjeldne tilstandene vi i dag ikke kan behandle selv vil kostnaden ved å sende disse pasientene til et senter med spesialfunksjoner/større pasientvolumer sannsynligvis være langt lavere enn det som investeringene i slikt utstyr vil koste. Dette punktet fremstår derfor som mer teoretisk enn praktisk orientert for oss som forsøker å være oppdatert innen denne typen teknologi og som arbeider med teknisk krevende intervensjoner i dag.

5.14:

Lav søkning til lederstillinger kan skyldes at mange ser at manøvreringsrommet som leder er svært begrenset. Inntekter, pasientvolum og utgifter er parametere man sjelden kan påvirke, men man skal som leder likevel stå til ansvar for kvaliteten. Mange gode fagfolk velger derfor å arbeide med fag istedenfor administrative oppgaver.

5.15:

Bemanning og kompetanse. Her står det: *Utsiktene fremover tilsier at effektiviseringskravene vil fortsette, og at vi må produsere helsetjenester med lavere bemanning pr. pasient enn den vi har i dag.*

Det er kanskje fortsatt mulig å effektivisere noe, men det har etter hvert blitt vanskelig å identifisere hvordan dette skal gjøres og på hvilke områder. Vi har hatt fokus på dette i lang tid, og det er allerede gjennomført mange tiltak for å bedre effektiviteten.

For øvrig må denne påstanden samstemmes med den uthevede setningen til slutt i pkt.6: *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.*

Utviklingsplanen må enten argumentere for at vi skal ha lavere personelldekning pr. pasient eller uendret personelldekning pr. pasient. Setningene i punktene 5.15 og 6 står nå i motsetning til hverandre.

5.18:

Bygg, her står det: *Utvidet åpningstid for våre poliklinikker og operasjonsstuer vil bidra sterkt til å dempe behovet for nybygg.*

Økt åpningstid for våre maskiner øker personellbehovet, og dermed driftsutgiftene. Dette må kommenteres.

5.19:

Økonomi: Det må lages en investeringsplan for utstyr.

På vegne av Klinikk for bildediagnostikk

Edmund Sjøvik
Klinikkssjef.