

Fremragende behandling



Utviklingsplan St. Olavs hospital HF

- 16 januar 2018

1. BAKGRUNN OG HISTORIKK.....	4
1.1 BAKGRUNN FOR UTVIKLINGSPLANEN	4
1.2 HISTORIKK FOR HELSEFORETAKET	4
1.3 GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET.....	5
1.3.1 Mandat og organisering	5
1.3.1 Interessenter	6
1.3.2 Medvirkning og aktiviteter	6
2. NÅSITUASJON.....	6
2.1 PASIENTENS HELSETJENESTE – BRUKERTILFREDSHET.....	7
2.2 PASIENTBEHANDLING – FAGLIG PRIORITERING, PASIENTSIKKERHET, KVALITET OG PASIENTOPPLÆRING	7
2.2.1 Helseatlas og forbruksrater.....	7
2.2.2 HMS, -kvalitet og pasientsikkerhet.	8
2.2.3 Pasient- og pårørendeopplæring	8
2.2.4 Pasientforløp	9
2.3 OPPGAVEDELING OG SAMHANDLING	9
2.3.1 Oppgavedeling og samhandling innen eget helseforetak.....	9
2.3.2 Oppgavedeling og samhandling med andre helseforetak	9
2.3.3 Oppgavedeling og samhandling med kommuner og fastleger	9
2.3.4 Oppgavedeling og samhandling med private sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner	10
2.3.5 Oppgavedeling og samhandling med avtalespesialister	10
2.4 ORGANISERING OG LEDELSE.....	10
2.4.1 Dagens organisering.....	10
2.5 BEMANNING OG KOMPETANSE.....	11
2.5.1 Kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner.....	12
2.6 FORSKNING, INNOVASJON OG HELSETJENESTEUTVIKLING	13
2.7 ØKONOMI	14
2.8 TEKNOLOGI OG UTSTYR	14
2.8.1 Medisinskteknisk utstyr (MTU):	14
2.8.2 Helseplattformen	15
2.8.3 Annen teknologi og annet utstyr.....	15
2.9 DAGENS BYGG – TILSTAND OG MULIGHETER	15
2.9.1 Tilstandsvurdering.....	15
3. OVERORDNEDE STRATEGIER OG FØRINGER	16
4. UTFORDRINGER FOR HELSETJENESTEN	18
4.1 ENDRINGER KNYTTET TIL DEMOGRAFI.....	18
4.1.1 Press på tjenester og areal	18
4.1.2 Rekrutteringsutfordringer	19

4.2	ENDRINGER I BEHOV FOR HELSETJENESTER	20
4.3	ØKENDE FORVENTNINGER	20
4.4	NYE TILBUD	21
4.5	SPESIALISERING/ SENTRALISERING, BREDDEKOMPETANSE/ LOKALE TJENESTER OG KOORDINERING	21
4.6	ASYLSØKERE OG FLYKTNINGER	21
4.7	MAKROØKONOMI	22
4.8	PRESS PÅ ØKONOMIEN LOKALT	23
5.	MULIGHETER FOR Å SIKRE FRAMRAGENDE BEHANDLING.....	23
5.1	ØKTE BEVILGNINGER OG ØKT TILGANG PÅ PERSONELL	23
5.2	HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE TILTAK - DEMPE VEKSTEN I BEHOV FOR HELSETJENESTER	23
5.3	PRIORITERING OG ETIKK	24
5.4	PASIENT OG BRUKERMEDVIRKNING	25
5.5	PASIENTBEHANDLING	25
5.6	PREHOSPITALE TJENESTER.....	26
5.7	EN POPULASJONSBASERT RISIKOTILNÆRMING	27
5.8	HELHETLIGE PASIENTFORLØP.....	27
5.9	REDUSERE OVERDIAGNOSTIKK, OVERBEHANDLING OG UØNSKET PRAKSISVARIASJON	28
5.10	TEKNOLOGI OG UTSTYR	28
5.10	SAMHANDLING SOM EN STRATEGISK SATSING	29
5.11	SAMARBEID I SPESIALISTHELSETJENESTEN NASJONALT OG REGIONALT.....	30
5.12	SAMARBEID MED PRIVATE SYKEHUS	30
5.13	SAMARBEID MED AVTALESPELISALISTER	30
5.14	SAMARBEID MED KOMMUNEHELSETJENESTEN	30
5.15	SAMARBEID MED FRIVILLIGE LAG OG ORGANISASJONER.....	31
5.16	ORGANISERING OG LEDELSE.....	31
5.17	BEMANNING OG KOMPETANSE.....	31
5.18	FORSKNING OG INNOVASJON	32
5.19	NYE DIAGNOSTISKE OG BEHANDLINGSMESSIGE TILBUD	34
5.20	GODE TILBUD TIL FREMMEDKULTURELLE – LIKEVERDIGE HELSETJENESTER.....	34
5.21	SAMARBEID MED NTNU.....	35
5.22	BYGG.....	36
5.23	ØKONOMI	36
5.24	GENERELL EFFEKTIVISERING	37
5.25	MULIG EFFEKT AV BESKREVNE TILTAK PÅ AREALBEHOV?.....	38
6.	MÅLBILDE OG STRATEGISKE SATSINGSOMRÅDER	38
6.1	RISIKO- OG MULIGHETSANALYSER	45
6.2	OPPSUMMERING.....	45
7.	VEDLEGG	46

1. Bakgrunn og historikk

1.1 Bakgrunn for utviklingsplanen

Utviklingsplanen skal beskrive hvordan St. Olavs hospital HF vil utvikle egen virksomhet for å møte framtidig behov for helsetjenester. Arbeidet med utviklingsplanen ble initiert av Helse Midt-Norge RHF (HMN) i foretaksmøtet 2. juni 2016. I sak 54-16 den 16. juni vedtok styret i Helse Midt-Norge mandat med veileder for helseforetakenes utviklingsplaner.

Utviklingsplanen skal beskrive ønskede langsiktige utviklingsretninger innenfor aktuelle områder på vegen mot vår langsiktige visjon Fremragende behandling. Utviklingsplanen skal rulleres hvert 4. år og vil danne grunnlag for årlige Forbedringsprogram og budsjett. Utviklingsplaner fra de ulike helseforetakene i regionen vil danne grunnlag for en regional utviklingsplan for Helse Midt-Norge. De regionale utviklingsplanene vil bli sentrale dokument når den nasjonale Helse- og sykehusplanen rulleres.

1.2 Historikk for helseforetaket

I 1804 ble Trondhjems Kommunale Sygehus på Kalvskinnet tatt i bruk med 70 sengeplasser. Det var mer et fattighus enn et sykehus. De hygieniske forhold var dårlige, og i 1890 startet avisen Dagposten en kampanje for å få bedret forholdene. I 1902 var et nytt sykehus, Tilfredshet sygehus, ferdig på nåværende sykehusomt. De neste tiårene ble det foretatt utvidelser og vedlikeholdsarbeider og i 1940 hadde sykehuset 350 sengeplasser. Sykehuset ble sterkt nedslitt under okkupasjonen, og de første 10 årene etter krigen gikk med til moderniseringsarbeider. I 1950 skiftet sykehuset navn til Sentralsykehuset i Trondheim og i 1959 tok man deler av sentralblokk i seks etasjer i bruk. Fylket overtok eierskap av sykehuset fra Trondheim kommune i 1964. I forbindelse med at sykehuset fikk status som regionsykehus i 1974 fikk sykehuset nytt navn: Regionsykehuset i Trondheim (RIT).

Som utdanningsinstitusjon tok regionsykehuset et viktig steg i 1975. Da startet medisinerutdanningen i Trondheim. De første legene ble uteksaminert i 1978 etter at de hadde hatt sine prekliniske studier ved andre universitet.

Størsteparten av tidligere bygningsmasse ble planlagt erstattet på slutten av 90-tallet.

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 tings rettslig 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 forskningsarealene 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».

Første byggefase besto av Nevrosenteret, Laboratoriesenteret og Kvinne-barn-senteret - ferdigstilt i 2005-2006. I andre byggefase fra 2008 til 2013 inngikk flere nye sentra. Sentermodellen, som la vekt på desentralisering av støttefunksjoner og enhetlig, profesjonsuavhengig ledelse på senternivå, viste seg å være driftsøkonomisk svært krevende, og 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 fusjonert med St. Olavs hospital. Samme år ble også Røros sykehus, etablert i 1935, fusjonert med St. Olavs hospital.

Trondhjems hospitalstiftelses asyl for sindsyke (Tronka) var det første asylet i Trondheim, bygget mellom 1836 og 1842. Tronka var i drift fram til 1919.

Da ble Østmarka sinnssykeasyl åpnet. Sinnssykeasylet skiftet i 1961 navn til Østmarka psykiatrisk sykehus.

Rotvoll statsasyl, etablert 1872, ble en del av Trøndelag Psykiatriske sykehus i 1962.

Kriminalasylet (statsasyl for kriminelle og særlig vanskelige pasienter) etablert i 1923, ble erstattet av Reitgjerdet sykehus i 1963 og ble i 1987 til Regional sikkerhetsavdeling Brøset.

Etter 1970 ble antall døgnplasser gradvis redusert og tilbudet ble desentralisert. Bo- og Behandlingsentre ble etablert i 1992 (Leistad, Tiller, Åfjord og Haltdalen), samt at psykiatriske sykehjem (Hegra, Melhus, Hemne og Ringvål) ble nedlagt og sykehjemmenes pasienter ble overført til bo- og behandlingssentra og etter hvert til sine opprinnelige hjemstedskommuner.

Forskning og fagutviklingsavdeling (AFFU) ble etablert i 1977.

Haukåsen sykehus ble etablert i 1961 og var en del av Regionsykehuset i Trondheim fram til 1992. Da ble Haukåsen, Østmarka og Brøset slått sammen til Trøndelag psykiatriske sykehus som i 2002 ble et statlig helseforetak. Her inngikk også bla.a. Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (BUP), Leistad, Tiller og Haltdalen DPS og Habiliteringstjenesten. I 2003 ble helseforetaket fusjonert med St. Olavs hospital HF.

Leistad DPS ble erstattet med Nidaros DPS i 2009 og Haltdalen DPS ble erstattet av Orkdal DPS i 2014.

Alderspsykiatri ble flyttet fra Østmarka til Øya i 2007. Fra 2008 til 2016 har ulike team, sentre og avdelinger blitt opprettet for å øke/spisse behandlingstilbudet. I tillegg er BUP (Barne og ungdomspsykiatri) blitt en del av Divisjon psykisk helse.

Divisjon psykisk helsevern består i dag av avd. Østmarka (akutt, langtidsposter, spesialpoliklinikker, alderspsykiatri-Øya), avd. Brøset (nasjonal, regional og lokal sikkerhetsavd.), DPS (Nidaros, Tiller og Orkdal) med ulike poliklinikker, FoU, LMS, traumeenhet, dagenhet og ulike team funksjoner (PART, AAT, ACT, ART). Mesteparten av den psykiatriske behandlingen gis ved DPS (ca. 80 %). I tillegg til voksenpsykiatri gir Psykisk helsevern tilbud til barn og ungdom ved BUP. Det er etablert en forskning og fagutviklingsavdeling ved AFFU og ved DPS avd.

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 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 tro på 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 primo januar 2018.

Staten overtok ansvaret for fylkeskommunenes rusbehandling i 2004. I Midt-Norge ble den spesialiserte rusbehandlingen (TSB) organisert i et eget foretak, Rusbehandling Midt-Norge HF. I 2014 ble rusforetaket fusjonert med de 3 sykehusforetakene i regionen. St. Olavs Hospital overtok «Trondheimsklinikken» som ble etablert i 2010 i leide nybygde lokaler på Øya. Her er de offentlige rusbehandlingstiltakene i St. Olavs område samlokalisert i «Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin». Klinikken omfatter i dag 2 sengeposter, rusakutt, poliklinikker samt FoU-avdeling og kompetansesenter for rus.

I dag er St. Olavs hospital et integrert universitetssykehus med lokal-, region, og universitetssykehusfunksjoner, i kontinuerlig utvikling. 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.

1.3 Gjennomføring av prosjektet

1.3.1 Mandat og organisering

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 koordineringsgruppe, 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.

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.

1.3.1 Interessenter

Høsten 2016 ble det gjort en interessentanalyse¹ 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.

1.3.2 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, ble det høsten 2017 lyst 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 nettverks organiseres. 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 beleggprosent er ved inngangen til 2018 en krevende utfordring for sykehuset.

¹ <https://stolav.no/Documents/Utviklingsplan/Rapport-Interessentanalyse-og-plan-for-kommunikasjon-18-04-2017.pdf>

2.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

Pasientens helsetjeneste angir retningen myndighetene legger opp til for fremtidens helsetjenester. Pasienter skal oppleve å ha innflytelse over egne behandlingsvalg.

Det skal legges til rette for at pasienter kan medvirke i utforming av tjenesten, får mulighet til å delta i valg av egen behandling og har kunnskap og ferdigheter nok for mestring av egne sykdomsutfordringer. Tjenestens kvalitetskrav skal være like, uavhengig av behandlingssted.

Helseforetakets omdømme bygger på hvordan vi (alle ansatte på sykehuset) møter våre pasienter, deres pårørende og våre samarbeidspartnere og hvordan disse møtene oppleves.

Kunnskap om hvordan møtene oppleves er nødvendig for å legge til rette for positiv utvikling av den pasientopplevde kvaliteten.

St. Olavs hospitals *Brukerutvalg* fungerer som et rådgivende organ for styret og for administrerende direktør. Ved helseforetaket finnes i tillegg flere lokale brukergrupper.

I 2017 ble det etablert et eget Ungdomsråd. Ungdomsrådet er en høringsinstans, og gir råd og innspill til hvordan barn og unge kan få det best mulig ved St. Olavs hospital.

Fra 2011 er det gjennomført årlige nasjonale spørreundersøkelser 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. Slik informasjon må vi bruke aktivt i vårt videre forbedringsarbeid.

2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

St. Olavs hospital disponerer ved inngangen til 2018 totalt rundt 1000 senger, hvorav ca. 750 i Trondheim. De siste årene har vi hatt en økt tilstrømning 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

Når vi ser 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 ut fra et befolkningsperspektiv mellom foretak og bostedsområder.

I tiden framover vil vi se grundig på slike forskjeller og se om det er grunnlag for faglige revisjoner og effektiviseringspotensiale.

² www.helseatlas.no

Norsk pasientregister (NPR) legger månedlig ut nasjonale aktivitetstall. Det gir oss mulighet til å sammenligne St. Olavs hospitals liggetider med andre sammenlignbare sykehus. Dette er data som gir grunnlag for en gjennomgang av sykehusets rutiner på flere områder.

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 mens vi brukte 7% av ressursene på 50% av de minst ressurskrevende pasientene. Andre sykehus både nasjonalt og internasjonalt har en lignende fordeling av sin ressursbruk. Allikevel er fordelingen tankevekkende.

2.2.2 HMS, -kvalitet og pasientsikkerhet.

Det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i virksomheten. Helse, miljø og sikkerhet (HMS) er en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

I 2013 ble St. Olav Hospital miljøsertifisert etter ISO 14001. Sykehuset ønsker å ta samfunnsansvar og arbeide kontinuerlig med å forebygge og redusere miljøpåvirkning fra egen virksomhet og tjenestene vi leverer.

St. Olavs hospital ble i 2016 miljøsertifisert for nye tre år etter ISO 14001:2015.

Vi ønsker å ha en høy standard med hensyn til ansattes arbeidsforhold. Vi skal til enhver tid møte krav og standarder satt i Arbeidsmiljøloven. Helse- miljø- og sikkerhetsarbeid for våre ansattes arbeidsforhold og pasientsikkerhet henger tett sammen. I mange situasjoner vil det være slik at god HMS for de ansatte, også gir god pasientsikkerhet. Opplevelsen av økt tidspress, samtidighetskonflikter mv blant våre ansatte kan selvsagt også være en trussel mot pasientsikkerheten.

Vi arbeider løpende for å analysere årsaksforhold når ansatte får belastninger eller blir skadet. Klinikkenes HMS-kvalitetsutvalg har de siste årene vært fora hvor både arbeidsmiljøstandarder og pasientsikkerhetskultur blir satt under lupen. Sykefravær, yrkesskader og meldinger om uønskede hendelser blir sett på i ett og samme forum.

Et systematisk kvalitetsforbedrings- og HMS-arbeid forutsetter at foretakets aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres slik at gjeldende lovkrav overholdes.

Vi ser god HMS som en del av en strategisk satsning for å beholde personell, jf kapittel 6.

2.2.3 Pasient- og pårørendeopplæring

Opplæring av pasienter og pårørende er en av sykehusets 4 hovedoppgaver. Innsats på dette området har blitt mer aktuelt de siste årene. Egenomsorg og trening har blitt en integrert del av sykehusets behandling. Innen ortopedi er det for eksempel vist at man oppnår bedre resultat av trening enn av operasjoner når det gjelder tidlige atroseforandringer.

St. Olavs hospital har åtte lærings- og mestringsenheter som samhandler med de kliniske avdelingene om tilbud til pasienter og pårørende innen både somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling. Målet med tilbudene er at pasienter og pårørende får kunnskap til å ta beslutninger om egen helse, ferdigheter til å håndtere hverdagen med sykdom og/eller funksjonsnedsettelse og motivasjon til jevnlig egenaktivitet. Lærings- og mestringsstilbud anses som viktige bidrag i forhold til faglige føringer for framtidens helsetjeneste som framhever fokus på kroniske sykdommer, aktiv pasientmedvirkning og det å dempe behovet for helsetjenester.

For St. Olavs Hospital er det også viktig å legge til rette for «Samvalg» der pasienter og pårørende blir invitert til å ta aktivt del i beslutninger om behandling og pleie. Dette bidrar til at pasientene bedre kan mestre sin sykdomssituasjon. St. Olavs hospital jobber med å kartlegge eksisterende samvalgsverktøy, kvalitetssikre disse og lære opp våre ansatte til å kunne benytte slike samvalgsverktøy.

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 I tillegg kommer 170 lokale sykehusinterne forløp. Ved inngangen til 2018 jobbes det med å utvikle metodikk for å utarbeide pasientforløp som inkluderer kommunale helse- og omsorgstjenester (helhetlige pasientforløp) både lokalt og regionalt.

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 fastlegjetjenester, 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 og 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. Når pasienter flyttes mellom institusjonene, blir informasjonsutveksling selvsagt svært viktig. At pasientbehandlere kan lese pasientens journal uansett på hvilket sykehus pasienten befinner seg, bidrar vesentlig til økt pasientsikkerhet.

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 avvikshåndtering. 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 akuttpatienten». Her ble det pekt på behovet for å legge til rette for enkel og rask konsultasjonsmulighet mellom fastlege/ legevaktslege 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.

St. Olavs hospitals tjenester innen psykisk helsevern er i dag mer tilgjengelige enn tidligere gjennom ambulante team og god kapasitet på poliklinisk behandling. Det er også etablert team med deltagere både fra spesialisthelsetjenesten og kommunene.

De siste årene er det bygget opp polikliniske tilbud og ambulante team som bidrar til rask akutt hjelp, psykoterapi i poliklinikk og døgninnleggelse ved behov.

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 11 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 fysisk 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. Ved inngangen til 2018 er St. Olavs hospital 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 nivå³. Hovedledelsen består av administrerende direktør, 20 kliniksjefer og divisjonssjefer, 6 stabsdirektører og dekan ved Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU.

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

³ <https://stolav.no/om-oss/organisasjonskart>

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.

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.

Vinteren 2017-2018 forberedes gjennomføring av en ny nasjonal samordnet undersøkelse av pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø, ForBedring. Denne undersøkelsen rulles ut i februar 2018, og skal siden gjennomføres årlig.

ForBedring er en ny samordnet nasjonal undersøkelse som består av tidligere pasientsikkerhetskulturundersøkelsen, arbeidsmiljøundersøkelsen og HMS kartlegging.

2.5 Bemanning og kompetanse

Oversikten i vedlegg 1 viser personellutviklingen 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 veiledersressurs 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. I tillegg tar vi i mot rundt 50 lærlinger (ambulanselærere, helsefagarbeider, sikkerhetsfag, dataelektronikk, portør og institusjonskokk), 10 turnusfysioterapeuter og 44 turnusleger årlig.

Det er statlige myndigheter som har hovedansvar for utdanningskapasitet som sikrer tilgang på 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 allmennleger som trenger sykehustjeneste for sin spesialitet.

2.5.1 Kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner

De fleste klinikker har utarbeidet kompetanseplaner som en del av virksomhetsplanen. St. Olavs Hospital baserer seg på disse i dialogen med utdanningsinstitusjonene om utdanningskapasitet og -innhold. I tillegg har klinikkene planer for intern opplæring (arbeidsgivers ansvar), samt hvordan rekruttere og beholde personell.

Enkelte typer legespesialister, psykologspesialister og spesialsykepleiere er 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 akuttsykepleie, anesthesi- barn-, intensiv- og operasjonssykepleie er de mest kritiske utdanningene, også nasjonalt. Det er etablert sentrale støtteordninger for disse. I tillegg gir klinikkene støtte til andre videre- og masterutdanninger, innrettet mot både generelle og mer spesifikke fagområder. De ulike støtteordninger har så langt ikke ført til rekruttering av et tilstrekkelig antall spesialsykepleiere.

Det nye styringssystemet, med Felles forskrift for rammeplan og helse- og sosialfagutdanningene skal gi tjenestene økt innflytelse på innholdet i utdanningene. Et nært samarbeid om utdanningens innhold er i tråd med intensjonen med det integrerte universitetssykehuset.

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.

Sentral lokal og regional forskningsinfrastruktur ved St. Olavs hospital er Forskningsposten, Fremtidens operasjonsrom (FOR), Biobank1, Kontor for forskningsstøtte og Unimed Innovation as. Klinikkene for laboratoriemedisin og bildediagnostikk gir også nødvendige bidrag til forskningsaktiviteten. I tillegg tilbys forskerne bistand fra flere kjernefasiliteter. Sykehusets komplementære rolle til HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) er dessuten viktig framover.

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).

De 8 Nasjonale kompetansetjenestene som drives av St. Olavs hospital bidrar til formidling av ny kunnskap til relevante fagmiljø og brukere i Norge. Dessuten gjennomfører kompetansetjenestene egen forskning og fasiliteter nasjonalt og internasjonalt samarbeid om forskning. 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.

Fremtidens operasjonsrom (FOR) bidrar til utviklingen innen forskning og innovasjon mht medisinsk teknisk utstyr, areal og kompetanse. Videre er FOR en viktig plattform for klinisk forskning, og billedveiledet minimal invasiv behandling har vært et av satsingsområdene. Denne utviklingen vil fortsette og medvirke til å redusere behovet for større åpne operasjoner innen flere områder. Utprøving av ny medisinsk teknologi kan gjøres under betryggende forhold og fagrådet skal sikre at prosjektene holder god kvalitet. Utvikling av såkalte «Virtuelle undersøkelsesrom» kan bidra til å redusere behovet for pasientreiser og sikre rett pasient på rett sted til rett tid. Pasientdata, inkludert sann-tids video og lyd oversendes fra ambulanse eller lokal lege med påfølgende rådgivning enten fra spesialisthelsetjenesten eller mellom lokale aktører. Slike «virtuelle undersøkelsesrom» er etablert på Røros og Brekstad og vil utvides til å gjelde ambulansetjenesten generelt samt flere kommunale helseressurser. Dette vil kunne redusere behovet for å flytte pasienten og dermed også behovet for innleggelser og poliklinikk. FOR har gode muligheter for gjennomføring av forskning og prosjekter på alle akademiske nivå.

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.

Å skape rom for investeringer til medisinsk-teknisk utstyr og fremtidsrettet teknologi fremstår som mer viktig enn noen gang. Det forholdet at driftsbudsjettene har vært holdt i flere år, samtidig som vi ikke har klart å holde tritt med investeringene og vedlikehold av utstyr, er et misforhold som vi må søke å rette opp i de kommende årene, jf. kap 6.

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. Vi må derfor planlegge ut fra at vi ikke vil ha økonomi til noen vesentlig økning i antall senger enn vi har i dag eller økt bemanningen per pasient ut over dagens nivå.

2.8 Teknologi og utstyr

2.8.1 Medisinskteknisk utstyr (MTU):

- Det er 14.996 medisinsk tekniske enheter som er kjøpt/ anskaffet av St. Olavs hospital.
- Totalt er det over 16.764 apparat som driftes av sykehuset når en regner med MTU som er anskaffet via NTNU og leaset utstyr.
- Anskaffelsesverdien er ca 1.600 mill kr på sykehusanskaffelsene. Om en tar med MTU eid av NTNU er den samlede anskaffelsesverdien på vel 1.759 mill kr.
- Verdien av utstyret sykehuset disponerer/ har vedlikeholdsansvaret for ligger altså på nær 1,8 mrd 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 overfor store investeringskostnader på grunn av etterslep.

Sykehuset har innarbeidede rutiner for håndtering av avvik, og systemer vedlikeholdes i tråd med nasjonale føringer.

Sykehuset har de siste årene gjennomført opplegg for opplæring i bruk av MTU og dokumentert dette. Et eksempel på dette er at **FOR** i flere år har organisert opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr(EMU) for personell ved opererende avdelinger ved sykehuset. Innenfor IKT er det i løpet av kort tid ventet nasjonale føringer vedrørende opplæring i bruk av systemløsninger.

NTNU og St. Olavs hospital må sammen avklare hvordan utstyr innkjøpt av NTNU utplassert på sykehusavdelingene i daglig drift skal erstattes.

2.8.2 Helseplattformen

Det arbeides nå med å anskaffe og innføre ny, felles elektronisk pasientjournal for sykehus, kommuner, avtalespesialister og fastleger i Midt-Norge. Helseplattformen skal erstatte dagens PAS/EPJ, samt en rekke andre systemer som håndterer helseopplysninger.

Helseplattformen skal muliggjøre informasjonsdeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og gi beslutningsstøtte. Journalen skal følge pasienten i alle møter med helsevesenet, og alt helsepersonell vil få informasjon fra samme datalagringssted.

På oppdrag fra helseministeren er Midt-Norge utprøvnings-region for det nasjonale målbildet «Én innbygger – én journal».

Helseplattformen vil endre helsetjenesten. Løsningen skal påvirke arbeidsmetodikk og effektivitet hos helsepersonell, samt endre muligheten for hvor og hvordan pasienter kan behandles. Ved at Helseplattformen legger til rette for en helhetlig vurdering av pasientens behov og funksjonsevne, forventes det at den enkeltes innbyggers behov for offentlig tjenesteyting reduseres og at løsningen åpner for mulighet til å bo lengre i egen bolig. I tillegg vil Helseplattformen gi nye muligheter for forskning på tvers av nivå i helsetjenesten.

Arbeidet med å forberede implementeringen av helseplattformen i perioden 2021/22 er allerede i gang.

2.8.3 Annen teknologi og annet utstyr

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 selvrapportering og virtuelle undersøkelsesrom.

IKT – utstyr som PC-er, skrivere, periferiutstyr til PC, nettverksutstyr eies og forvaltes av Helse Midt-Norge IT (Hemit). Gjennomføring av Health technology assessments og eventuelt forskning er nødvendig før ny teknologi og nytt utstyr tas i bruk i ordinær klinisk praksis.

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 innenfor tilgjengelige vedlikeholdsbevilgninger. De bygninger som har vært i normal bruk i hele perioden viser en noe svekket tilstandsgrad fra 2008 – 2016.

Sykehusbyggene ved Orkdal, 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.
- Ambulansestasjonene på Røros og i Orkdal

Etter bygging av Senter for psykisk helse vil vi ha bygget ut om lag 262 000 kvm på Øya. Vi vil fortsatt ha et utvidelsespotensiale på ca 70 000 kvm innenfor sykehusområdet. Med andre ord har vi et reserveareal på i overkant av 25 % av utbygget areal. Utvidelsene kan komme i form av innredning av skall i Kunnskapssenteret og Bevegelsessenteret, tilbygg eller påbygg i tilknytning til eksisterende bygg eller nybygg på ledige tomteareal.

3. Overordnede strategier og føringer

Nasjonale og regionale mål og strategier legger grunnlaget for St. Olavs hospitals framtidige utvikling. Nasjonal helse- og sykehusplan ble behandlet i Stortinget i mars 2016.⁴

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 høy kvalitet, også ut

⁴ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonalt-helse--og-sykehusplan2/id2461509/>

fra internasjonal standard, og at de er fundamentert på kunnskapsbasert praksis. HMN har i samarbeid med de lokale HF-ene utarbeidet en visjon for Miljøledelse «Godt miljø for god helse». Denne skal hjelpe oss i det videre arbeidet med å bekjempe/ redusere miljøutfordringer knyttet til moderne sykehusdrift.

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 utgangspunktet 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 - uavhengig av alder eller diagnose. 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.

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.

⁵ Litteraturgjennomgang av Professor Anders Grimsmo, NTNU.

- 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.

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 år⁶, 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 framskrivingenes 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 og areal

Sykdom øker med alderen og eldre har ofte flere sammensatte lidelser enn yngre. 70-åring 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:

⁶ 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, liggedøgn	2.419	2.909	20%
TSB, dag og poliklinikk	16.802	24.693	47%
TSB, liggedøgn	11.180	13.536	21%

Behovene for bl.a. bildediagnostikk og laboratoriemedisin vil øke minst like mye som for døgnopphold og poliklinikk, siden slike tjenester blir stadig viktigere framover i å bidra til å stille rask og presis diagnostikk og rask avklaring av pasientene.

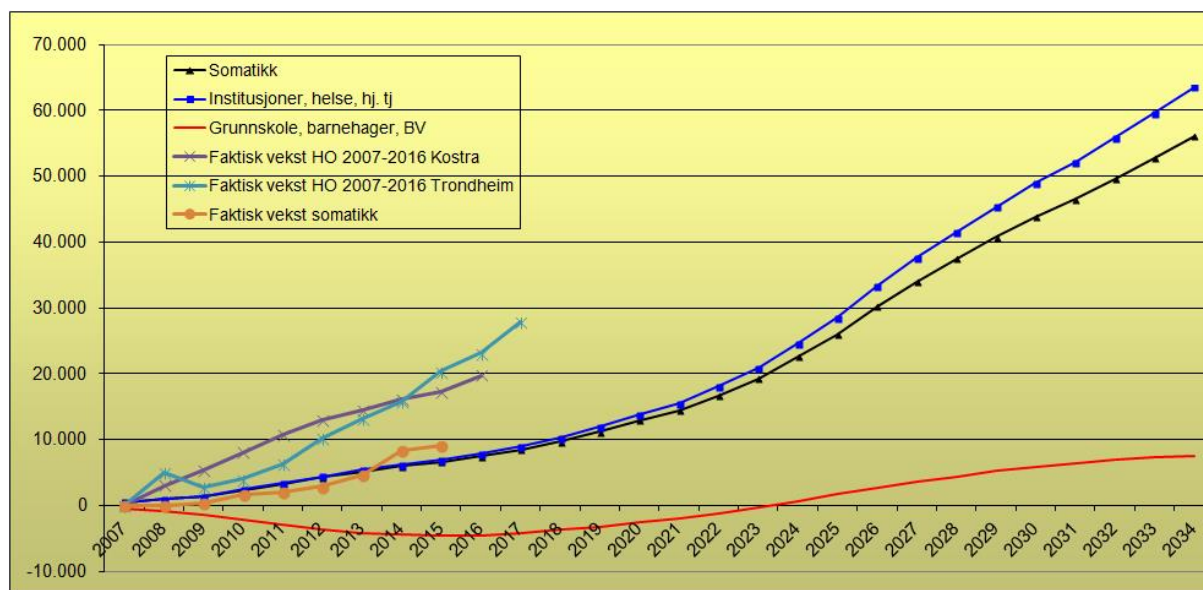
4.1.2 Rekrutteringsutfordringer

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 er derfor en av de største utfordringene helsetjenesten står overfor i årene som kommer.

Legespesialister, psykologspesialister og spesialsykepleiere er kritisk kompetanse. Det er forventet en underdekning av sykepleiere, bioingeniører, fysioterapeuter og leger fra 2025. I tillegg blir vi avhengig av å sikre tilgang på forskningskompetanse-, ledelses- og omstillingskompetanse og kompetanse som kan ivareta stadig mer høyspesialiserte tjenester og driftsoppgaver.

Figur 1 Framskrivning av personellbehov og faktisk vekst i årene 2007 – 2017.



Figuren viser anslått årsverksutvikling innenfor områdene somatisk spesialisthelsetjeneste, kommunale helse- og omsorgstjenester og grunnskole/barnehage forutsatt ingen endringer i måten tjenestene ytes på eller bemanningsfaktorer. I tillegg vises faktisk vekst i bemanning fra 2007 til 2017. Den faktiske bemanningsveksten er større enn framskrivningen innen kommunale helse- og omsorgstjenester og lik framskrivningen innenfor somatiske spesialisthelsetjenester.

Grafen viser at rekruttering og tilgang på rett kompetanse vil bli en meget stor utfordring i årene som kommer.

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, kroniske, ikke smittsomme sykdommer og psykiske plager øker mest, men også hjerte- og karsykdommer vil øke med økende levealder. Kreftregisteret anslår at insidensen vil øke med 40% fra 2016-2030, og med dramatiske 70% i den økende aldersgruppen > 70. Også andelen kreftoverlevende med senskader og betydelig behov for helsehjelp vil øke i samme periode. Kroniske ikke-smittsomme sykdommer som fedme, diabetes, KOLS og psykiske lidelser øker. Disse sykdommene interagerer med hverandre og opptrer sjelden alene. Flere pasienter vil altså ha sammensatte problemstillinger.

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.

7 (<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/kreft-i-2030/>)

Bedre kunnskap hos publikum som følge av øket bruk av internett og sosiale medier vil medvirke til denne utviklingen. Ytterligere digitalisering, utvikling av mikrosensorer, screeningtiltak og egendiagnostikk er andre trender som kan gi økte forventninger om behandling. Samtidig kan det være en fordel at sykdommer blir oppdaget på et tidlig stadium.

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

4.4 Nye tilbud

Forskning og innovasjon vil frambringe ny teknologi med bedre behandlingsmuligheter i årene som kommer. Dette vil sette nye krav til helsearbeiderne. Teknologenes rolle i helsevesenet vil bli mer fremtredende. 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. Det er vanskelig å vite om nye behandlingsmuligheter i sum vil øke presset mot helsetjenesten i årene som kommer. 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. St. Olavs hospital har hatt en særskilt rolle når det gjelder utvikling og utprøving av medisinsk teknologi. På dette området bør vi fortsatt ligge i front i samarbeide med bl.a. NTNU og SINTEF.

Nye behandlingstilbud (e.g. nye legemidler, medisinsk teknisk utstyr, prosedyrer behandling og diagnostikk, organisatoriske tiltak) bør være begrunnet i vitenskapelig basert kunnskap og først tas i bruk etter at det er gjort en metodevurdering (Health technology assessment).

4.5 Spesialisering/ sentralisering, breddekompetanse/ lokale tjenester og koordinering

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 behovet for koordinering. Man kan i fremtiden forvente at pasientene i økende grad har behov for tjenester fra flere fagområder. Med økende spesialisering, og organisering med isolerte administrative faglige «siloeer», er det en utfordring for leger i primærhelsetjenesten å henvise pasienter med behov for tjenester fra flere fagområder.

4.6 Asylsøkere og flyktninger

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.

Innvandring medfører endrede behov, bl.a. økt behov for tolketjeneste, sosionom og andre yrkesgrupper i forbindelse med utskrivning fra sykehus eller for å skaffe støtteordninger. Det kan medføre økt behov for hjelp til å finne bosted i forbindelse med utskrivning. Mange asylsøkere har kroniske infeksjonssykdommer, spesielt hepatitt B, HIV og tuberkulose. Dette gir økt behov for behandlingsskapitet, areal og innleggelse.

Slik det fremstår i dag, gjenstår mye systemarbeid for å løse de problemer som oppstår i møte med pasienter som ikke har en intuitiv forståelse av de kulturelle kodene i Norge, som kan føre til misforståelser knyttet til timebestilling, oppmøte, medisinbruk og mye mer.

Også disse gruppene bør inviteres inn som deltakere i relevante forskningsprosjekter.

PASIENTER

Utfordringer knyttet til språk og etnisitet. Innvandrere og tolkebrukere har et overforbruk av ubrukte legetimer, tester/blodprøver (man tester alt når det er vanskelig å spørre eksakt om symptomer), forlenget liggetid og flere konsultasjoner før diagnose blir satt, medisiner som blir tatt feil og mer engstelse og flere liggedøgn - som henger sammen med kommunikasjon uten kvalitetssikret tolk, misforståelser og kulturforskjeller. Dette har konsekvenser både for pasientsikkerhet og effektivitet. De økonomiske følgene er dokumentert.⁸

Samhandling med kommuner. Det er økt behov for samhandling med kommunene i forbindelse med utskriving av innvandrerpasienter. Det er også økt behov for sosionomtjeneste på sykehuset for å bidra til å skaffe støtteordninger og finne bosted til bostedsløse i forbindelse med utskriving.

Tolk. Sykehuset har begrenset tilgang til kvalitetssikrede tolker. En større andel innvandrerpasienter medfører økt behov for tolketjeneste over tid, ved både behandling og informasjon. St. Olavs hospital skal sørge for oppdatert, tilgjengelig og tilpasset informasjon om behandlings- og opplæringstilbud. Det er utfordringer med tolkebruk og kulturforskjeller i behandlings- og informasjonssituasjoner.

Nye sykdomsbilder endrer kapasitet. Økt innvandring, spesielt asylsøkere og flyktninger, vil gi noen større utfordringer bl.a. innen transfusjonsmedisin. Mange asylsøkere har kroniske infeksjonssykdommer, spesielt hepatitt B, HIV og tuberkulose – også multiresistent sykdom, hvor det er behov for langvarig innleggelse. Dette gir økt behov for behandlingsskapasitet.

ANSATTE

Diskriminering. Diskriminering på grunn av etnisitet, rase, landbakgrunn er forbudt ved lov. Systemforebygging mot dette i for eksempel arbeidsmiljøundersøkelser og ansettelsesprosedyrer er viktig.

Mangfold blant ansatte. St. Olav har for tiden behov for flere sykepleiere. I tillegg er det behov for å ha tilgang til sykepleiere med kunnskap om språk og kultur. St. Olav skal ikke bruke helsepersonell som tolk. Tolkning skal være en kvalifisert tjeneste. Man kan derimot bruke en flerspråklig sykepleier til å ha sykepleieransvar for pasienter med samme språk, og en lege som får pasient med samme morsmål kan likeledes bruke sitt morsmål i samtale med pasient. Å ha en flerkulturell stab vil kunne tilføre både kapasitet på språk og kunnskap om kultur.

For lite støtte ved internasjonal rekruttering. Vi er en stor organisasjon som skal «rekruttere rett». Vi har ingen internasjonal avdeling (slik som NTNU) som sikrer bistand til klinikker/enheter som ønsker å «rekruttere rett» der hvor dette innebærer å rekruttere internasjonalt. Det skaper stor treghet og merarbeid, og kan hindre internasjonale ansettelser.

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

⁸ Bruk av kvalitetssikrede tolker reduserer liggetiden/antall liggedøgn en hvis man bruker toker som ikke er kvalitetssikrede: (Lindholm, M. et al. (2012). Professional Language Interpretation and Inpatient Length of Stay and Readmission Rates. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22528618>). Det er dokumentert alvorlige feil og dødsfall på grunn av mangelfull bruk av tolk: (Sykehuset Østfold fikk i 2009 kritikk fra Helsetilsynet etter at en kvinne fra Kosovo døde fordi hennes tilstand ikke ble tatt alvorlig nok. Sønn og svigerinne ble brukt som tolk for underlivsproblematikk. NOU 2014:8pp. 43). Helsepersonell og pasienter har ulik oppfatning av om når tolk er nødvendig: (Le, Christopher (2013): Når er litt norsk for lite? En kvalitativ undersøkelse av tolkebruk i helsetjenesten). Undersøkelser om tolking i andre sektorer i offentlig sektor, har dokumentert at man bruker mindre tid når tolken er kvalifisert i Kategori 1 enn hvis de er kvalifisert i kategori 5 (UDI): (NOU 2014:8 pp. 38, ref Utlendingsdirektoratets egne beregninger på gjennomførte asylintervjuer med tolker i forskjellige kategorier, ref. e-post av 23.4.14 fra NOU-utvalgsmedlem Lena Grønland).

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 «må-tiltak» på 6-10års sikt vil beløpe seg til 878 mill kr.

5. Muligheter for å sikre framragende behandling

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 etter all sannsynlighet 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 liten 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 ser at både primær-, sekundær-, og terciærforebyggende tiltak, pasientopplæring og behandling kan eller må utføres poliklinisk og vil kunne øke antall konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten ytterligere. Men vi har gode 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 overvekt og fedme. Denne utfordringen kan ikke løses gjennom økt kapasitet på fedmekirurgi. Fagpersoner fra Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon (ObeCe) 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, ikke blir syke så fort igjen eller unngår forverrelse. 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.

En ledetråd i prioriteringsarbeidet er vedtatt Melding om prioritering (Meld. St. 34 (2015–2016):

Hovedkriterier for prioritering:

Tiltak i helsetjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier – nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet. Nyttekriteriet og alvorlighetskriteriet gis en beskrivelse til bruk på klinisk nivå og en kvantitativ form til bruk i metodevurderinger på gruppenivå.

Kriteriene til bruk på klinisk nivå:

Nyttekriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:

- Overlevelse eller redusert funksjonstap.
- Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring.
- Reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag.

Ressurskriteriet: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.

Alvorlighetskriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:

- Risiko for død eller funksjonstap.
- Graden av fysisk og psykisk funksjonstap.
- Smerter, fysisk eller psykisk ubehag.

Både nå-situasjonen, varighet og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp.

Klinisk etikk-komite (KEK) ved St. Olavs hospital arbeider med problemstillinger knyttet til etikk, verdier og prioritering. KEK vil være sentral i videre arbeid med hvordan vi ved sykehuset kan arbeide videre med de vanskelige spørsmål som er beskrevet her.

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 brukervalg.

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 kan gi 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 mottaksfunksjoner slik at vi kan dempe veksten i antall ø.hjelpinnleggelser. Flere tiltak er beskrevet i «Handlingsplan for bedret samarbeid med primærhelsetjenesten om akuttpatienten», utarbeidet sammen med primærhelsetjenesten fra 2016. Primærvakt og bakvakt på de ulike fagområdene gjøres mer tilgjengelig for den henvisende lege og det settes økt fokus på kompetanse og ledelse i akuttmottaket. Dette er en av forutsetningene for å utvikle alternative tilbud til ø.hjelp-populasjonen. Konferansetelefon innen de ulike spesialområdene vil da kunne avklare om det er behov for innleggelser eller andre tilbud fra sykehuset. Virtuelle undersøkelsesrom, slik de er demonstrert ved Fremtidens operasjonsrom, 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 vi arbeide med akutte pasientforløp for uavklarte brystmerter, 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.

Vi bør øke fokuset på somatiske plager hos pasienter som er henvist til psykisk helsevern. Her er en flere konkrete intervensjoner beskrevet men må videreutvikles og settes mer i system. Dette gjelder større forståelse for mekanismene som fører til kortere levealder hos psykisk syke. Kostholdsveiledning, fysisk aktivitet og monitorering av medikamentell behandling og bivirkninger.

Arbeidet med helhetlige pasientforløp fra hjem/kommune til sykehus og tilbake 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 gir mindre komplikasjoner, bedre livskvalitet, bedre behandlingresultat 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 og andre komplikasjoner som er oppstått i sykehuset. Bruken av bredspektrede antibiotika kan reduseres ytterligere og vil bidra i riktig retning.

Kliniske farmasøyter er nå ved mange klinikker med på å kvalitetssikre medikamentell behandling, legemiddelsamstemming og informasjon til pasienter.

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, 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 Prehospitaltjenester

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, legevaktslegen 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 utvikles.

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 enn vanlige ambulanser, og krav til bemanning er lavere. Dermed kan en del av dagens ambulansoppdrag 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.

AMK – sentralen ved St. Olavs hospital er regional AMK-sentral for Helse Midt-Norge. Dette omfatter en regional koordinering av løsninger for tidsriktig innsats og transport av pasienter ved akutte hendelser samt en aktiv rolle ved hendelser som krever regionalt samvirke mellom sykehusene.

Det har de siste vært en oppgradering av sambandsteknologien ved innføring av nytt nasjonal digitalt nødnett. Denne teknologien er dessuten utvidet til å omfatte internt varslingsamband, og vil i 2018 utvides til å omfatte personell i mottaksavdelingen. Dette muliggjør direkte kommunikasjon mellom aktørene i den første delen av den akutte behandlingsskjeden.

Det er også vedtatt en oppgradering av den teknologiske plattformen for oppdragshåndtering og elektronisk kommunikasjon med de andre tiliggende sentralene og nødnettene. Videre planlegges det for løsninger som gir befolkningen mulighet til kontakt med AMK og nødmeldetjenesten via andre kommunikasjonskanaler enn telefoni.

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». Som vist i punkt 2.2.1 bruker sykehuset - som andre sykehus nasjonalt og internasjonalt - en stor andel av ressursene på en relativt liten andel av pasientene. Flere steder i verden, for eksempel i Valencia i Spania har man utarbeidet retningslinjer for en såkalt populasjonsbasert risikotilnærming. «Høyriskopasient-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 høyriskogruppen 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 bidragsyttere for en likeverdig prosess og behandling.

Ved å legge til rette for at flere profesjonsgrupper, som ernæringsfysiologer, fysioterapeuter og logopeder kan bidra i flere forløp, vil vi kunne få større nytte av forløpende både mht forebyggende og behandlende effekt. Samtidig må vi sikre oss mot at pasientforløpene reduserer fleksibilitet og binder ressurser på en slik måte at vi behandler færre pasienter innenfor samme ressursmengde.

5.9 Redusere overdiagnostikk, overbehandling og uønsket praksisvariasjon

Innenfor helsetjenesten har det i den senere blitt et økt fokus på mulig feilbruk av ressurser. Helsedirektoratet utarbeidet høsten 2013 rapporten «Overdiagnostikk og overbehandling» som bidro til å sette fokus på denne problemstillingen. I rapporten ble overdiagnostikk definert som «diagnostikk av en tilstand som ikke har gitt symptomer eller som heller ikke vil komme til å gi symptomer eller forkorte livet». Overbehandling defineres som «behandling som gir liten eller ingen effekt på forløpet av de prosesser man søker å påvirke»

Overdiagnostikk og overbehandling har et betydelig omfang og krever betydelige andeler av helsevesenets ressurser. Overdiagnostikk kan i tillegg bidra til at det hos mange enkeltmennesker oppstår unødig angst for sykdom og redusert livskvalitet som i verste fall kan kompliseres med invalidiserende bivirkninger av igangsatt unødig behandling.

Overbehandling er nær knyttet til overdiagnostikk etter som alle prosesser som utløser overdiagnostikk legger grunnen for overbehandling. Bruk av en prosedyre eller et medikament på en ikke alminnelig akseptert indikasjon er eksempler. Det kan være at sykdommen ville gått over av seg selv, at effekten av behandlingen er liten eller at nytten er mindre enn ulempene. Overbehandling i livets slutfase er et særlig vanskelig område.

Overbehandling gir ingen effekt og har negative konsekvenser for den enkelte pasient da all behandling medfører risiko for skader.

Det har også en samfunnsmessig konsekvens ved at feil bruk av ressurser fører til underbehandling hos andre pasientgrupper, der ressursene kunne vært brukt til dokumentert effektiv behandling.

Det er grunn til å anta at noe av tendensen mot overbehandling kan skyldes manglende kunnskap hos pasient og behandler. Gitt at pasienten kunne treffe rasjonelle valg selv basert på risiko og potensiell nytte, vil mange antagelig vegre seg mot behandling med svakt dokumentert nytte (jf. også behandling ved livets slutt).

Det dokumenteres til dels betydelige forskjeller i praksis for undersøkelser, henvisninger, innleggelse og legemiddelbruk. Praksisvariasjon sier i seg selv intet om hvorvidt en rasjonell praksis finnes i øvre eller nedre del av spredningen. Det er likevel et viktig utgangspunkt for å vurdere ulikheter, drivere og resultater. Praksisvariasjon er studert spesielt innen laboratoriediagnostikk, radiologi, operasjonsaktivitet, bruk av legemidler, samt for henvisnings- og sykmeldingspraksis i allmennpraksis.

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. Med det utfordringsbildet vi står overfor i årene som kommer, må vi minimalisere overdiagnostikk og overbehandling. 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 gir de følgende områder og muligheter: Teknologi som understøtter utviklingen i retning persontilpasset medisin, desentralisert behandling og bedre utnytting 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 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, og gi positive miljøgevinster.

Teknologiutviklingen på sykehus har også en viktig strategisk dimensjon. Eksempler på prosjekter der FOR er involvert, er bruken av høyoppløselige kamera og visualiseringsutstyr kombinert med 3D ultralyd. Videre vil radarteknologi og annen avansert bildediagnostikk gjøre at man kan ta i bruk hologram i nye operasjonsstuer. Slikt utstyr gjør at kirurger og intervensjonsradiologer kan jobbe tettere sammen, også på tvers av sykehus. En pasient kan for eksempel, hvis det er ønskelig, opereres i Trondheim med bidrag fra personell i Oslo. Moderne fasiliteter og teknologisk utstyr er også en viktig faktor for rekruttering av dyktige fagfolk.

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 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 fjernmonitorering 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.

5.10 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.

5.11 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 for hverandre i stedet for at alle sykehus skal være selvhjulpne med alle typer tjenester. Bildediagnostikk, laboratoriemedisin, AMK-sentraler og sikkerhetsplasser innen psykisk helsevern er eksempler på slike områder. 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.

St. Olavs hospital har som regions- og universitetssykehus et særlig ansvar for utvikling av spesialisthelsetjenesten i hele Helse Midt-Norge. Sykehuset skal være en faglig spydspiss og skal bidra til at spesialisthelsetilbudet i regionen er på nivå med andre helseregioner. Denne rollen kan utøves gjennom aktivt lederskap i fagnettverkene. St. Olavs hospital skal bidra til en god og tillitsfull dialog med de andre helseforetakene hvor funksjonsfordeling og regionale pasientforløp skal defineres ut fra faglige og ressursmessige hensyn.

Vi bør ta initiativ til regionalt og nasjonalt samarbeid i klinisk forskning og sikre at vi er gode og attraktive samarbeidspartnere. Det vil forenkles gjennom satsning på felles forskningsinfrastruktur og samarbeid om Nasjonale kompetansetjenester.

5.12 Samarbeid med private sykehus

Regionale helseforetak inngår årlig avtaler med private sykehus. Det er nødvendig med tett dialog mellom StOlav hospital, avtalepartnerne og HMN for å få maksimalt ut av disse avtalene.

5.13 Samarbeid med avtalespesialister

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.

5.14 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 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 dannet et viktig grunnlag 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 slike tjenester 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.

5.15 Samarbeid med frivillige lag og organisasjoner

På flere områder bidrar frivillige lag og organisasjoner med tilbud til pasienter som supplerer tjenester som gires fra sykehuset, for eks innenfor kreftomsorgen og tilbudet til hjerte- og lungesyke. Frivillige lag og organisasjoner bidrar også med pengegaver som styrker sykehusets utviklingsmuligheter i retning vår visjon Fremragende behandling. Med det utfordringsbildet sykehuset står overfor, er det grunn til å tro at samarbeidet med frivillige lag og organisasjoner kommer til å bli viktigere i årene som kommer.

5.16 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. Vi må også legge til rette organisatorisk for å sikre at pasienter med behov for samtidige/koordinerte tjenester fra flere fagområder blir ivare tatt. Spesialisthelsetjenesteloven 2-5 a,b,c, Pasient og brukerrettighetsloven, og i Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan, og koordinator beskriver organisatoriske funksjoner som kan bidra til å sikre dette både på system, og individnivå.

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.

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.

5.17 Bemanning og kompetanse

St. Olavs hospital er en kunnskapsbedrift hvor de ansatte og deres kompetanse er- og vil være sykehusets viktigste ressurs. Det er avgjørende at sykehuset er en rekrutterende og attraktiv arbeidsplass der ansatte får utvikle og sin kompetanse gjennom intern opplæring og formell etter- og videreutdanning. Universitetssykehusets undervisnings- og utdanningsoppgaver er en sentral del av virksomheten som ses i sammenheng med forskning, innovasjon og pasientbehandling.

De ansattes kompetanse er også pasientenes trygghet for god kvalitet. Utsiktene framover tilsier at effektiviseringskravene vil fortsette, og at vi ikke kan påregne høyere bemanning pr pasient enn 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, jobbrotasjon 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 styringsverktøy.

For å sikre tilstrekkelig ressurser til kjernevirksomheten, må stabs- og støttefunksjoner løses på en kvalitetsmessig god og effektiv måte. Fellesfunksjoner for hele foretaket innenfor for eksempel økonomi og HR kan gi robuste fagmiljø og sikre god økonomistyring, gode rekrutteringsprosesser og en enhetlig arbeidsgiverpolitikk i hele foretaket.

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.

Framskrivninger viser at tilgangen på personell/ kompetanse blir en stor utfordring. Vi bør derfor legge til rette for å rekruttere flere yrkesgrupper, som hjelpepleiere, helsefagarbeidere, postverter mv. som kan avlaste andre personellgrupper. Vi må ta høyde for at ingeniører vil få en større plass innen diagnostikk og behandling ettersom ny teknologi implementeres. I tillegg kan man videreutvikle jobbgliedning mellom faggrupper som kan gi en økt motivasjon og kompetanseoverføring.

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 tiltak for å rekruttere og beholde kompetente medarbeidere.

Ved inngangen til 2018 ser vi flere muligheter:

- Øke antallet helsefagarbeidere, også i jobbgliedning. Utvikle en rekrutteringsstrategi for de mest kritiske yrkesgruppene/spesialitetene, herunder en plan for hvordan man sikrer at kompetansen brukes riktig. (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.
- Øke kapasiteten på simulerings- og ferdighetstrening for studenter og ansatte
- Øke veiledningskompetansen hos ansatte som har studentveiledning som en viktig del av jobben.
- 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.

5.18 Forskning og innovasjon

Forskning og innovasjon, sammen med utdanning og kompetanseutvikling, er nødvendige bidrag for å nå våre ambisjoner om fremragende pasientbehandling. Utfordringen er å integrere klinikk (diagnostikk og behandling) med forskning, innovasjon og utdanning. Disse aktivitetene skal inkludere alle yrkesgrupper på sykehuset; enten direkte eller indirekte ved at ansatte bidrar eller tilrettelegger for forskning, innovasjon og utdanning. På den måten vil St.

Olavs hospital utvikles som en integrert institusjon, hvor forskning, innovasjon og utdanning er tett koplet på pasientbehandlingen, og ikke oppfattes som separate oppdrag. En akademisk læringsinstitusjon er ikke bare en virksomhet som leverer undervisning og forskning, men er også selv lærende. Gjennom en akademisk tilnærming sikres kunnskapsbaserte beslutninger på alle nivå. Målet er å støtte fagpersoner i å ta beslutninger, slik at de kan utvikle praksis og unngå uhensiktsmessig, kostbar og potensielt skadelig praksis. Det er også et mål at ledelsesbeslutninger på alle nivå er basert på kunnskap.

Akademisk og pedagogisk aktivitet (som undervisning, veiledning, deltagelse på faglige møter, konferanser, foredrag, publikasjoner, opposisjoner, eksamensarbeid) må bli en like naturlig del av virksomhetens rapportering som ventetider, fristbrudd, epikrisetider osv.

Trolig vil ikke de økonomiske rammene for sykehuset øke markant i årene framover. Forsknings spørsmål må derfor hentes fra faglige og administrative utfordringer i klinikkene, slik at det arbeides parallelt med pasienter og forskning. Sykehusforskere som også arbeider klinisk har mulighet til å fange opp problemstillinger fra klinisk praksis. Og forskningen vil ofte foregå som et samarbeide mellom klinikere og teknologer eller basalforskere. St. Olavs hospital må da inneha kompetanse til å omsette kliniske og driftsmessige utfordringer til akademiske problemstillinger, som besvares gjennom anvendelse av relevante metoder i forsknings-, kvalitetssikrings- eller innovasjonsprosjekter. I denne sammenheng bør også viktigheten av bruk av kvalitetsregistre i forskning og kvalitetsforbedring påpekes.

St. Olavs hospital i samarbeid med NTNU skal være en drivkraft for helseforskning i hele regionen. Helseforetakets forskning må være åpen med tilgjengeliggjøring av forskningsdata, publikasjoner og metoder som hovedregel for å sikre gjennomsiktighet og reproducerbarhet. Forskningen skal være konkurransedyktig internasjonalt, og styrke klinisk praksis og pasientbehandling. Økt regionalt, nasjonalt og internasjonalt samarbeid vil da være nødvendig. 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. Videre må forskningsprosjektene St. Olavs hospital leder eller samarbeidspartner i gjennomføres på en kvalitetsmessig god måte. Relevant 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 5.10 Teknologi og utstyr, bør forskning og innovasjon knyttet til teknologi kunne bidra til å møte framtidige utfordringer. Det er samtidig viktig at nye medisiner, andre behandlingsmetoder og medisinsk teknisk utstyr ikke tas i bruk før kostnads- og nytteeffekt er dokumentert. St. Olavs hospital har gjennom Fremtidens operasjonsrom (FOR) bygget opp et innovasjonsmiljø som har betydd mye for utviklingen ved sykehuset de siste årene. Helse Midt Norge har unike muligheter for innovasjon og forskning i samarbeide med teknologimiljøene ved NTNU og SINTEF. Også i tiden fremover bør vårt miljø ha som ambisjon å ligge i front når det gjelder forskning og innovasjon innen medisinsk teknologi.

Fremtidens operasjonsrom (FOR) er en etablert forskningsinfrastruktur der testing av medisinsk teknologi kan foregå i betryggende former. NorMIT – satsingen understreker at FOR er en forskningsinfrastruktur som skal være til nytte, ikke bare for hele helseregionen, men også ut fra et nasjonalt perspektiv. I tillegg har FOR et nært samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for ultralyd og billedveiledet behandling.

Videre satsing på dette miljøet og utvidet samarbeid med ulike innovasjonsmiljø ved NTNU og SINTEF kan gi store framskritt. NTNU og St. Olavs hospitals teknologiske profil bør tydeliggjøres i arbeidet med Helseplattform-digitalisering.

Innføring av moderne diagnostisk metodikk som f.eks høykapasitets-sekvenseringsteknologi (HTS), genererer enorme datamengder der man trenger spesialkompetanse, kraftige datamaskiner og egnet programvare for datatolkning og -lagring. Metodikken er i rivende utvikling og vil i økende grad fremover, bli sentral innen store deler av biologisk forskning og klinisk diagnostikk. Utfordringen med å kunne håndtere store datamengder (Big data) kan ikke

håndteres av St. Olavs hospital alene. Sykehuset må etablere løsninger i samarbeid med andre helseforetak og universiteter i og utenfor Norge.

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 Trials Unit (CTU) som skal bidra til høy kvalitet i klinisk forskning i hele regionen. Forsknings spørsmål 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 (master, 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 beskrevet, 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 (for eksempel via 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.

5.19 Nye diagnostiske og behandlingsmessige tilbud

Nye muligheter kan gi økt press på helsetjenestene. Men nye tilbud kan også frigjøre ressurser. Ett eksempel kan være dagens utredning og behandling av prostatakreft. Fram til nå har vi ikke hatt utredningsmetoder som skiller tydelig mellom prostatakreft som må behandles aggressivt og prostatakreft som ikke trenger slik behandling. Med bedre gendiagnostikk, flere biologiske markører og bedre og mer differensiert MR bildediagnostikk i kombinasjon med andre bildediagnostisk verktøy kan man nå få en mer presis diagnostikk og bedre resultater. Man vil på et tidligere tidspunkt og med større grad av sikkerhet kunne velge ut de pasienter som skal til radikal behandling og de *pasienter som kan slippe aggressiv, belastende og kostnadskrevende behandling gjennom aktiv oppfølging/ kontroll*. Dette vil gi pasientene økt trygghet, færre trenger belastende operasjoner/ behandling og de samlede kostnadene reduseres. Ny kunnskap/ metodikk kan altså frigjøre ressurser som kan brukes på andre områder med økte behov.

5.20 Gode tilbud til fremmedkulturelle – Likeverdige helsetjenester

PASIENTER

Det er store muligheter for effektivisering og økonomisk innsparing ved å lage små systemforbedringer som gjør at innvandrere oftere kommer til oppsatt time, har med seg ID-kort til blodprøvetaking og tuberkulose testing, unngår misforståelser om antall blodprøver etc. Små forbedringer kan være å legge til et kart i sms med varslings av time, samarbeide med asylmottak eller kommunetjenester om å forklare at de skal til to konsultasjoner med en time venting mellom - og ikke bare en time, og andre innovative løsninger av både mindre og mer omfattende art. Noen av disse kan adresseres innen sykehuset, andre må vi adressere i samarbeid med andre aktører.

Samhandling. Samhandling er helt nødvendig for å løse noen av de utfordringene asylsøkere møter i tilpasning til vestlige sykehus og vestlig helseforståelse. Å samarbeide med opplæring av asylanter om helsesystem og helseforståelser i Norge, slik at de kan nyttiggjøre seg helsetjenester på en mer effektiv måte, vil spare dem for engstelse og usikkerhet og sykehuset vil spare penger. Trygging av sårbare innvandreregrupper i møte med offentlig sektor vil kunne bidra til å gjøre konsultasjoner og behandling mer smidig. Den eksisterende samhandlingsarenaen som ble satt i gang i 2017 bør videreføres i en eller annen form. Både Trondheim kommune og frivillig sektor er representert i utvalget, noe som åpner for ekstern støtte til innvandrere som trenger dette i møte med sykehuset.

Tolk. Å få kvalitetssikret en stor andel av tolkene, samt økt tolkebruk vil redusere misforståelser og overforbruk av undersøkelser, og dermed bedre både pasientsikkerhet og økonomi. Det kan for eksempel være billigere å bruke tolk enn å ta en ekstra undersøkelse.

Nye sykdomsbilder endrer kapasitet. Se på mulighetene for styrking av behandlingsskapasitet av infeksjonssykdommer, Hepatitt B, HIV, tuberkulose og multiresistent sykdom.

ANSATTE

Diskriminering. Sykehusets ledelse har tatt meetoo-kampanjen som omhandler seksuell trakassering seriøst, og har i likhet med NTNU ønsket å sikre at retningslinjer, og medarbeiderundersøkelser dekker tematikken. På samme måte bør andre diskrimineringsgrunnlag dekkes og forebygges, der særlig diskriminering på grunnlag av etnisitet er spesielt aktuelt. Nulltoleranssmål må formuleres. Det vil kunne motvirke og forebygge diskriminering. Dette vil kunne ha en god effekt på arbeidsmiljø generelt. I tillegg bør en se på om rekrutteringssystemer tar høyde for forebygging av diskriminering.

Mangfold blant ansatte. Å ha en målsetning om mangfold blant ansatte vil være en styrke for mange avdelinger. Det kan vurderes om det å beherske et stort innvandrerspråk i tillegg til norsk skal være en kvalifikasjon som skal vektlegges ved ansettelse ved avdelinger der det kan ha vesentlig betydning. (Flerspråklig helsepersonell skal ikke brukes som tolk, som er et arbeid som krever spesiell utdanning /kompetanse). I tillegg kan det vurderes å ta i bruk andre virkemidler, som å tillate arbeidstrening via NAV som miljøarbeiderassistent med samme språkbakgrunn som kulturell støtte (ikke tolk) for langtidspasienter i spesielt krevende utfordringer; for eksempel ved rehabilitering – eller andre typer ordninger. Det er mange ubrukte ressurser i tiltak gjennom NAV eller IMDI.

For lite støtte ved internasjonal rekruttering. Det vil være en fordel om alle klinikker kunne henvende seg til en enhet med internasjonal erfaring for å få støtte til å rekruttere internasjonalt, og til å ta seg av alle små og store tilrettelegginger for den nyansatte som ankommer St. Olav, og som vil trenge noe hjelp til å starte både sitt profesjonelle liv og sitt familieliv i Trondheim.

5.21 Samarbeid med NTNU

Det er en sentral strategi for St. Olavs hospital å jobbe for videre integrasjon med NTNU. Utgangspunktet for arbeidet er forventningen om at en integrasjon av virksomhetene vil gi merverdi for begge organisasjoner og dermed også for pasientbehandling¹. Dette innebærer at det integrerte universitetssykehuset ikke bare skal oppfylle de pålagte oppgavene som universitetssykehus², men ha mål ut over dette som gjenspeiler potensialet i å se pasientbehandling, forskning og utdanning som gjensidig kvalitetsforsterkende aktiviteter.

Dette vil bidra til bedre utdanning av våre studenter og bedre forskning. Nærmere samarbeid mellom våre kliniske miljø og forskningsmiljøene i NTNU vil kunne gi mere klinisk rettet forskning og raskere implementering av 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.

Nærhet til universitetet er viktig for at universitetssykehuset skal kunne ivareta det regionale ansvaret; være en ressurs for de lokale helseforetakene i regionen, og bidra til å utvikle en offentlig helsetjeneste av høy kvalitet. Virksomheten skal være samarbeidsorientert både regionalt, nasjonalt og internasjonalt med et ansvar for også å adressere globale helseutfordringer.

5.22 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, jfra rapporten fra Sykehusbygg. Utvidet åpningstid vil imidlertid øke personellbehovet og slitasjen på utstyr, noe som vil påvirke våre driftsutgifter.

Samtidig er det klart at økt åpningstid for våre maskiner øker personellbehovet, og dermed driftsutgiftene.

For å sikre optimal utnyttelse av lokaler og utstyr som vi har, må vi ha en løpende vurdering av hvordan lokaler og utstyr brukes og hvilke kliniske områder som har de største behov.

En samlet arealplan må rulleres jevnlig.

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.

Kontinuerlig utvikling-/ tilpasning av eksisterende bygg og lokaler.

Det finnes skallareal klare for innredning på om lag 1500 m². I tillegg finnes tomteareal på Øya svarende til om lag 25% av allerede utbygget areal. Utbygging vil selvsagt kreve kapital.

5.23 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.
- Lage en investeringsplan for utstyr

5.24 Generell effektivisering

Fremragende behandling er definert som behandling med 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 alt arbeid av helsepersonell gjennom økt kompetanse, nye arbeidsformer, samarbeid, bedret drift og arbeidstidsplanlegging. innføring av pasientkategorisering som et kunnskapsbasert og objektivt verktøy for å monitorere og sammenligne behovet for bemanning og kompetanse. Dette som et supplement til andre verktøy.
- Samordne driften og utvikle samarbeidet mellom ulike intensiv- og overvåkingenheter
- 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.

5.25 Mulig effekt av beskrevne tiltak på arealbehov?

Som det framgår av punkt 4.1 vil arealbehovene øke dramatisk de neste 15 årene om vi ikke endrer måten vi jobber på. Sykehusbyggs rapport om framskrivning av behov indikerer at om vi tar i bruk de virkemidlene som er beskrevet i kapittel 5, så er det mulig å opprettholde, evt forbedre våre helsetjenester i årene som kommer, hovedsaklig med den bygningsmassen vi har ved St. Olavs hospital i dag og med de byggeprosjekter som er omtalt i punkt 5.22.

Modellen fra Helsebygg beskriver en situasjon for somatiske normalsenger som vil være håndterbar, men at behovet for observasjonssenger og pasienthotellsenger øker.

Også Helsebygg beskriver muligheten for å påvirke behov for normalsenger gjennom å redusere antall øyeblikkelig-hjelp opphold ved planlagt bruk av Observasjonspost/Korttidspost, og ved i større grad å vurdere og «snu» pasienter i mottak. Som alternativ kan tilbys ø-hj-poliklinikk eller avtale om poliklinisk konsultasjon/utredning dagen etter. Lett tilgjengelige, erfarne leger i en telefonkonsultasjons-ordning og bred faglig kompetanse i Akuttmottak vil på samme måte kunne redusere antall øyeblikkelig hjelp opphold.

Når det gjelder poliklinikk og dagbehandling gir Helsebyggs modell en behovsøkning på i underkant av 50% i planperioden. De beskriver i sin rapport at økt driftstid pr. rom i poliklinikken vil kunne løse arealbehovet, men at dette forutsetter en personelløkning for å dekke opp et større antall timer pr. dag. Også fremskrivingsrapporten fra Helsebygg påpeker muligheten som ligger å utnytte den teknologiske utviklingen når det gjelder kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten, og pasient, fastlege og kommunehelsetjenesten for å redusere behov for oppmøte i poliklinikk og gjøre det mulig for spesialist å følge opp flere pasienter med mindre tidsbruk.

Mer systematisk bruk av egenrapportering og monitorering ved bruk av sensorteknologi med overføring til sykehus og evt.fastlege, vil også kunne bidra til å redusere behovet for poliklinikkopphold. Helseplattformen vil legge til rette for en slik utvikling.

Helsebygg beskriver et økende behov for kjemoterapi og annen medisinsk infusjonsbehandling som også vil kreve egnede arealer. Helsebyggs modell gir i tillegg et økt behov for dialyseplasser. Antallet vil avhenge av i hvilken grad det satses på hjemmedialyse. Dette bør utredes nærmere.

Når det gjelder operasjonsstuer viser Helsebygg sin modell at Helse Midt-Norge fortsatt vil ha tilstrekkelig antall stuer i 2035, forutsatt 8 timers aktiv drift 230 dager i året. I dag er disse forutsetningene ennå ikke oppfylt, tilgang på personale er en begrensende faktor.

Endrede operasjonsmetoder og fremtidig funksjonsfordeling mellom sykehus vil kunne påvirke behovet for operasjonsstuer ved det enkelte sykehus.

For Psykisk Helsevern – voksne, Psykisk Helsevern - barn og unge og Rusbehandling (TSB) gir Helsebygg sin modell samme utviklingstrekk som i somatikken, med noe redusert behov for døgnplasser og økning i kapasitetsbehov for poliklinikk og dagbehandling. Økningen i forventet behov for polikliniske tjenester er stor, og kan neppe dekkes kun ved tilgang på ekstra behandlere. Også Helsebyggs fremskrivingsrapport skisserer mulighetene som ligger i mer utadrettet virksomhet og ibruktage av andre behandlingsformer som ikke forutsetter oppmøte av pasient i behandlerkontor (epost,Skype,egenrapportering av symptomer med tilbakemelding fra behandler med mer). Helseplattformen vil kunne legge til rette for en slik utvikling.

En endret oppgavefordeling mot kommunehelsetjenesten og intern effektivisering vil også kunne ha direkte effekt på liggetid.

I Helsebygg sin modell er endrings- og omstillingsfaktorene for psykisk helsevern og rus mindre detaljert utviklet enn for somatikken.

6. Målbilde og strategiske satsingsområder

St. Olavs hospitals visjon er «Fremragende behandling» - uansett alder eller diagnose.

Vår klare ambisjon er å være et sykehus som ligger i front når det gjelder pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell.

Vi vil videreutvikle organisasjonen slik at vi kan yte helsetjenester med høy faglig kvalitet, god pasientflyt, høy brukertilfredshet og optimal ressursutnyttelse. Dette forutsetter et nært samarbeid med andre sykehus og kommunene i vårt opptaksområde.

Vi skal kunne tilby nye utrednings- og behandlingsmetoder etter hvert som de utvikles. Vi skal utvikle organisasjonen i takt med de utfordringene som vil møte oss i årene som kommer. Vi skal bidra i den nasjonale debatten om optimal utvikling av helsetjenesten og nødvendige prioriteringer. Det blir 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 liten 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.

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 har. Dette gjør det tvingende nødvendig å drive et kontinuerlig omstillings- og forbedringsarbeid, og samtidig bidra til å dempe veksten i befolkningens behov for helsetjenester. Det betyr at vi må ta i bruk alle muligheter som er beskrevet i kapittel 5. Gjennom kontinuerlig forbedring skal vi år for år arbeide for å bedre kvaliteten på våre tjenester innenfor tilgjengelige ressurser.

Følgende strategiske satsinger vil være sentrale for St. Olavs hospital for årene 2018 - 2035:

1. Vi øker kapasitet og kvalitet på utredning og behandling gjennom kontinuerlig forbedring

Vi ønsker å bygge kultur og kompetanse for kontinuerlige forbedringer, utvikling av gode arbeidsprosesser og dokumentasjon av resultater. Forbedring skal være en del av den daglige driften ved sykehuset.

Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en fremragende helsetjeneste. Vi øker vår bevissthet i forhold til det ansvar regions- og universitetssykehuset har for å sikre god spesialisthelsetjeneste i hele HMN.

Aktuelle tiltak:

- Vi intensiverer vår rolle som ansvarlig for fagledernetverkene i HMN og inntar en mer aktiv rolle i arbeidet med regional funksjonsfordelingen og regionale pasientforløp
- Vi bidrar til å styrke fagledernetverkene rolle ifm. funksjonsfordeling av utstyr, behandling og prosedyrer.
- Vi er pådrivere for å få til regionale faglige møter innen grenspesialiteter
- Vi reduserer andelen sykehusinfeksjoner
- Vi følger opp sykehusets vedtatte antibiotikastyringsprogram
- Vi følger opp vår handlingsplan for bedre pasientlogistikk
- Vi vil sikre at lovpålagte funksjoner for intern koordinering av pasientstrømmer på system og individnivå fungerer etter lovgivers intensjon
- Vi sikrer nødvendig sengekapasitet, overvåkingskapasitet og poliklinikkfasiliteter gjennom nødvendig ressursallokering innen tilgjengelige rammer.
- Vi forbereder innføring av Helseplattformen gjennom standardisering og endring av arbeidsprosesser og tar Helseplattformen i bruk
- Vi legger til rette for nødvendig kapasitet og kompetanse i våre prehospitale tjenester sammen med berørte kommuner
- Vi legger til rette for nødvendig kapasitet og kompetanse for de dårligste pasientene ved sykehuset
- Vi utvikler våre rehabiliteringstjenester i takt med behov for å legge til rette for optimal mestring hos våre pasienter i et nært samarbeid med kommunene i vårt nedslagsfelt.
- Vi bygger opp nødvendig bufferkapasitet for å håndtere svingninger i behov gjennom året uten at dette
- Vi utvikler diagnostikk innenfor Laboratoriemedisin for å styrke feltet persontilpasset medisin
- Vi har fokus på liggetid for ulike pasientgrupper og benchmarker oss aktivt med andre sykehus

- Vi iverksetter tiltak for å skåre bedre i de kommende års nasjonale spørreundersøkelser på indikatorene utskrivelse, samhandling og ventetid, jf. planens pkt. 2.1.
- Vi samarbeider tett med HMN for å sikre optimal nytte av inngåtte avtaler med private sykehus
- Alle aktuelle fagområder drar veksler på tilbud om støtte innen klinisk farmasi i samarbeid med Sykehusapoteket
- Når nytt Senter for psykisk helse er på plass vil vi legge til rette for et felles akuttmottak: Rus, Psykisk helse og somatikk
- Vi legger til rette for en populasjonsbasert risikotilnærming når vi planlegger våre tjenester
- Vi reduserer uønsket variasjon og overbehandling i utrednings- og behandlingstilbud
- Vi styrker kompetanse og ledelse i Akuttmottaket
- Vi utreder behovet for Bildediagnostikk og Laboratorietjenester til stede i Akuttmottak i større perioder av døgnet.
- Vi deltar aktivt i utarbeidelsen av nasjonale veiledere og standarder.
- Vi har tilbud og tjenester som sikrer gode tjenester til fremmedkulturelle
- Vi fortsetter satsingen på økt pasientsikkerhet
- Vi skal dokumentere vår fremragende behandling gjennom gode resultat på nasjonale kvalitetsindikatorer

2. Vi utdanner, rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell

Vi utvikler en rekrutteringsstrategi og arbeider aktivt for å skape oversikt over kompetansebehov i sykehuset i takt med nye tjenester og ny teknologi

Vi arbeider løpende for å sikre nødvendig videre- og masterutdanning blant våre ansatte

Vi arbeider for å øke forskningskompetansen

Vi er aktive mht å rekruttere nødvendig kompetanse

Vi samarbeider med NTNU for å sikre nødvendig kompetanse innenfor viktige områder som for eks logistikk, ledelse og økonomistyring

Aktuelle tiltak:

- Vi kartlegger løpende behov for henholdsvis spisskompetanse og breddekompetanse innenfor de ulike fagområdene ved sykehuset.
- Vi har løpende planer for utdanning av legespesialister, spesialsykepleiere og psykologspesialiser for å sikre tilgang på kjernekompetanse i årene som kommer.
- Vi er aktive mht å rekruttere kritisk kjernekompetanse og nødvendig kompetanse i takt med nye tjenester og driftsoppgaver.
- Vi gjennomfører og følger opp nasjonale ForBedrings-undersøkelser
- Vi har kompetanse og kapasitet for å kunne gi nødvendig ferdighetstrening og simuleringstrening for studenter og ansatte.
- Vi arbeider for riktig bruk av riktig kompetanse på riktig sted. Vi arbeider løpende for å sikre nødvendig videre og etterutdanning blant våre ansatte
- Vi utvikler robuste fagmiljø i form av fellesfunksjoner for hele foretaket innenfor utvalgte støttefunksjoner.
- Vi etterspør akademisk kunnskap i tilsettingsprosesser
- Vi tilrettelegger for akademisk aktivitet (forskning og utdanning) integrert med klinisk praksis
- Vi samarbeider med kommunene og andre sykehus om felles planer for utdanning og rekruttering.

3. Vi legger til rette for fremragende klinisk forskning og innovasjon

I vårt videre arbeid fram mot "Fremragende behandling" vil forskning og innovasjon stå sentralt. Vi må raskt ta i bruk kunnskap som utvikles andre steder. Men vi må også legge til rette for god klinisk forskning og innovasjon ved sykehuset.

Aktuelle tiltak:

- Vi styrker den kliniske forskningen i et nært samarbeid med NTNU og andre regionale, nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere. Felles problemstillinger og behov løses i fellesskap der det er mulig.
- Enhetene i forskningsavdelingen og tilsvarende enheter ved Fakultet for medisin og helsevitenskap utvikler samarbeidsformer som gjør at tilgjengelige ressurser brukes optimalt, for å nå målet om høy kvalitet i forskning, innovasjon og utdanning
- Forskningsavdelingen har ansatte med generell og spesiell kompetanse som kan gi nødvendige tjenester til klinikkene, slik at behovet for oppbygging av slik tjeneste i hver enkelt klinikk reduseres
- Forskere ved St. Olavs hospital må få bistand fra Forskningsavdelingen i arbeidet med søknader om eksterne forskningsmidler. For at forskningsproduksjonen skal øke er det nødvendig at en større andel av midlene til forskning hentes fra eksterne kilder som bl.a. Forskningsrådet og EU
- Veggen fra dokumentert kunnskap til implementering er kort.
- Hovedregelen bør være at alle pasienter ved St. Olavs hospital inngår i en eller flere kliniske studier eller i registerforskning.

4. Vi utvikler og tar i bruk ny teknologi og nye muligheter innen IKT-området

Ny teknologi vil i årene som kommer gi nye behandlingsmuligheter, mer effektiv bruk av ressurser og positive miljøgevinst. Vi må forberede oss på nye diagnostiske og terapeutiske modaliteter som følge av økende digitalisering, nanomedisin, genterapi, big data, og videre satsing på billedveiledet minimal invasiv behandling.

Vi bør sette oss i stand til å investere i ny teknologi når kost/nyttevurderinger tilsier dette.

I tillegg til å ta i bruk teknologi som utvikles andre steder bør vi i samarbeid med NTNU og andre aktuelle fagmiljø bidra til teknologiutvikling. Sykehuset vil kunne dra veksler på dette både i form av nye tilbud men også i form av økt rekruttering på grunn av tilgang til moderne fasiliteter og utstyr.

Aktuelle tiltak:

- Vi bidrar til å utvikle Helseplattformen til et nyttig verktøy for den samlede helsetjenesten i regionen.
- Vi sikrer at bildedatabasene på sykehusene, avtalespesialistene og private aktører som har inngått avtale med HMN er en del av den nye EPJ løsningen slik at alle behandlere har tilgang på relevante data.
- Vi tar i bruk muligheter for «robotisering» etter hvert som dette er kostnadseffektivt og sikkert.
- Vi satser på forskning og innovasjon innen medisinsk teknologi

5. Vi samarbeider med NTNU for å utvikle et integrert universitetssykehus

St. Olavs hospital er bygd integrert med Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU. Her arbeider klinikere, forskere og studenter side om side. Det er dokumentert en sterk sammenheng mellom god forskning og god pasientbehandling. Med en tettere integrasjon mellom sykehus og universitet ønsker vi å legge til rette for mer og bedre forskning og kortere vei fra ny kunnskap til forbedret klinisk praksis. Økt integrasjon skal også bidra til bedre helsefaglig utdanning og økt samarbeid innenfor andre aktuelle fagområder som organisering, økonomi, teknologi og logistikk.

Aktuelle tiltak:

- Det er etablert en felles direktørstilling for forskning, innovasjon og utvikling, med 50% stilling ved St. Olavs hospital og 50% ved Fakultet for medisin og helsevitenskap
- Det opprettes et felles sekretariat mellom St. Olavs hospital, HMN, Fakultet for medisin og helsevitenskap som ivaretar ulike relevante fellesanliggende som for eksempel rapportering, saksutredninger, utlysninger
- Det etableres en regional Clinical Trials Unit ved St. Olavs hospital, i samarbeid med Fakultet for medisin og helsevitenskap og Helse Midt-Norge
- Det utvikles relevante avtaler og samarbeidsarenaer som bidrar til å forenkle og klargjøre samarbeid mellom organisasjonene når det gjelder forskning, innovasjon og utdanning
- Vi samarbeider med NTNU i sameiestyret for å sikre optimal utnyttelse av kjernefasiliteter
- Vi samarbeider med industrien om aktuelle forsknings- og innovasjonsprosjekter

6. Vi legger til rette for optimal ressursbruk

Fremragende behandling krever at vi utnytter driftsmidler og kapital optimalt. Sykehusets ansatte må til enhver tid ha tilgang til nødvendig utstyr og en bygningsmessig struktur som legger til aktuelle aktiviteter. Finansieringen av vår virksomhet må stimulere til rett pasient på rett sted til rett tid. Våre budsjett må legge til rette for nødvendig omstilling.

Aktuelle tiltak:

- Vi samarbeider med HMN for å videreutvikle finansieringsmodeller som stimulerer til rett ressursbruk og tjenesteutvikling
- Vi arbeider for å utvikle budsjett som sikrer økonomi til nødvendig omstilling og nødvendige investeringer
- Vi deltar i nasjonale debatter om optimal utvikling av helsetjenestene i årene som kommer, nødvendige prioriteringer og finansieringssystemer både for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Vi har gode systemer som legger til rette for nødvendige opp- og nedprioriteringer
- Vi innarbeider rutiner som sikrer at billigste alternativ alltid benyttes for biologiske legemidler.
- Vi legger til rette for at standardiserte pasientforløp ikke legger unødvendig beslag på kapasitet og kompetanse
- Vi ser på muligheten for utviklingsprosjekt der spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste finansieres under ett

7. Vi utnytter bygg og arealer optimalt

Optimal utnyttelse av bygg og arealer krever at eksisterende bygningsmasse oppgraderes og tilpasses utvikling og endringer i virksomheten etter hvert som endringer skjer og samtidig vedlikeholdes på et nivå som opprettholder en god teknisk tilstand. Dette vil være en bærekraftig forvaltning av eiendomsmassen som vil gi kjernevirksomheten optimale vilkår til enhver tid og forlenge byggenes levetid.

Arealendringer bør skje på grunnlag av helhetlige arealplaner som ivaretar en helhetlig god logistikk.

Aktuelle tiltak:

- Vi utarbeider en mulighetsstudie som beskriver alternative måter å utnytte eksisterende areal/ lokaler.
- Definere vedlikeholdsstrategi og mål for teknisk tilstandsnivå på eiendomsporteføljen.

- Utvikle byggene i takt med kjernevirksomhetens endringer i behov. (Selv om økt behov hovedsakelig søkes løst gjennom økte åpningstider og mer effektive bruk av eksisterende arealer vil det allikevel være behov for endringer/ tilpasninger/utvidelser og oppgradering av eksisterende lokaler).
- Vedlikeholde bygg for å opprettholde god teknisk tilstand.
- Heve teknisk tilstandsnivå på de bygg som har falt under ønsket nivå. (etterslep)
- Gjennomføre følgende større bygningsmessige investeringsprosjekter:
 - Nytt sikkerhetsbygg på Østmarka.
 - Nytt senter for psykisk helse på Øya.
 - Ombygging og oppgradering av bygningsmassen ved avdeling Orkdal.
 - Ny ambulansestasjon Orkdal.
 - Ny ambulansestasjon Røros.
 - Nødvendige endrings-/utviklingsprosjekter på eksisterende bygninger.

8. Vi skaper pasientenes helsetjeneste

Vi sørger for at pasienter og pårørende deltar aktivt i beslutninger om egen behandling og utvikling av den enkeltes helsetjeneste og at de opplever å ha innflytelse over egne behandlingsvalg.

Vi bidrar til at pasientene og deres pårørende har kunnskap og ferdigheter for mestring av egne sykdomsutfordringer. Vi legger til rette for at befolkningens behov for helsetjenester er utgangspunktet for hvordan vi utvikler oss.

Aktuelle tiltak:

- Vi kartlegger hvordan pasienter, pårørende og samarbeidspartnere opplever våre tjenester som del av vårt forbedringsarbeid
- Vi bidrar til at Brukerutvalget og enkeltpasienter deltar i diskusjoner om opp- og nedprioriteringer i helsetjenesten
- Vi legger til rette for at pasienter skal oppleve å ha innflytelse over egne behandlingsvalg.
- Vi skaper realistiske forventninger til våre tilbud gjennom godt informasjonsarbeid og dialog med Brukerutvalg, pasienter, pårørende og samarbeidspartnere.
- Vi bidrar til at pasienter kan ta ansvar for egne liv og egen helse
- Vi sørger for at våre tjenesters kvalitetskrav skal være like, uavhengig av behandlingssted.
- Vi utarbeider prinsipper for internt prioriteringsarbeid i dialog med Brukerutvalg og Etisk råd ved sykehuset
- Vi sikrer kapasitet og kvalitet på våre tjenester slik at pasientenes rett til utredning og behandling ivaretas.
- Vi planlegger våre tjenester slik at vi unngår fristbrudd og har akseptable ventetider for nyhenviste pasienter og pasienter i forløp.
- Pasientrapporterte utfallsmål må tas inn i alle relevante forskningsprosjekter.
- Vi skal tilby opplæring for brukere og brukervedvirkning i forskning.
- Vi utvikler strategier og planer for «Likeverdige helsetjenester» for å sikre tilbud til fremmedkulturelle innvandrere og asylsøkere.
- Vi legger til rette for en god tolketjeneste både på oppmøte og kompetanse.
- Vi har nulltoleranse for diskriminering på grunnlag av etnisk bakgrunn, kjønn, nedsatt funksjonsevne, seksuell orientering og tro/livssyn.

9. Vi demper framtidig vekst i behov for helsetjenester I samarbeid med kommunene og andre sykehus i regionen

Vi vil legge til rette for- og bidra til at vi sammen med kommunene, andre sykehus i regionen og andre aktuelle samarbeidspartnere i vårt nedslagsfelt gjennomfører helsefremmende og forebyggende tiltak.

Vi vil bidra til at den enkelte innbygger stimuleres til å ta ansvar for egen helse og legge til rette for at pasienter med sykdommer og funksjonshemninger i størst mulig grad kan mestre egen hverdag.

Vi vil bidra til et forpliktende og godt samarbeid med kommunene i vårt nedslagsfelt for å sikre en optimal ansvars- og oppgavefordeling for å sikre rett pasient på rett sted til rett tid.

Vi vil gjennom et forpliktende og godt samarbeid med alle aktuelle fagmiljø ved NTNU arbeide for å påvirke helsetjenesteutviklingen og dempe vekst i behov for helsetjenester.

Aktuelle tiltak:

- Vi utarbeider en plan for hvordan de ulike fagmiljøene kan påvirke framtidig behov for helsetjenester
- Vi utvikler og utvider samvirket mellom ambulans- og kommunehelsetjenesten knyttet til stedlig helseberedskap og andre helse- og omsorgstjenester.
- Vi vil utvikle en plan i samarbeid med HMN og avtalespesialistene og hvordan vi kan samarbeide og ha en god arbeidsfordeling. Tiltak nedfelles i reviderte samarbeidsavtaler med avtalespesialistene.
- Vi vil arbeide for å utvikle en felles strategi med Trondheim kommune om «digitalisering av helsetjenester hjemme».
- Vi legger til rette for økt trygghet gjennom selvmonitorering og støtte fra sykehuset ved bruk av teknologiske verktøy for pasienter med kroniske sykdommer.
- Vi bidrar til beslutningsverktøy som kan tydeliggjøre forventninger til innhold i henvisninger og epikriser.

10. Vi samarbeider med kommunene og andre sykehus om å sikre rett pasient på rett sted til rett tid

Vi ønsker å legge til rette for høy kvalitet på utredning og behandling av pasienter gjennom forpliktende samarbeid med andre instanser som pasientene også får tjenester fra. Gjennom gode grenseoppganger mellom oss og våre samarbeidspartnere, kan vi optimalisere ressursbruk og sikre kvalitet på tjenester.

Aktuelle tiltak:

- Vi utarbeider planer sammen med kommunene for hvordan vi kan følge opp den gjensidige veiledningsplikten for å sikre rett kompetanse på rett sted til rett tid
- Vi utvikler samarbeidsavtaler mellom oss og aktuelle samarbeidspartnere om hvem som gjør hva når
- Vi utvikler Helhetlige pasientforløp sammen med aktuelle samarbeidspartnere
- Vi utvikler og tar i bruk helhetlige pasientforløp som bidrar til økt pasientsikkerhet på veg inn og ut av sykehuset.
- Vi samarbeider med kommunene om å bygge opp nødvendig bufferkapasitet for å håndtere svingninger i behov gjennom året
- Vi selekterer bedre de pasientgrupper som kan få dekket sine behov utenfor sykehuset
- Vi følger opp vedtatt Handlingsplan for bedret samarbeid med primærhelsetjenesten om akuttpatienten
- Vi øker vår tilgjengelighet for pasienter og samarbeidspartnere ved å ha tilbud om konsultasjoner pr telefon, polikliniske konsultasjoner og dagbehandling som alternativ til døgnbehandling.
- Vi styrker vår utadrettede virksomhet gjennom våre desentrale spesialisthelsetjenester (ambulante tilbud, desentrale poliklinikker, bruk av ny teknologi, hjemmedialyse etc) i dialog med kommunene og avtalespesialistene.
- Vi fordeler ansvar for ulike tilbud og tjenester ut fra prinsipper nedfelt i samarbeidsavtalen.

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.

Vi har ikke valgt ut noe område for ROS analyse. Dette skyldes at planen så langt ikke inneholder konkrete vesentlige endringer som nødvendiggjør ROS og mulighetsanalyse. .

Den største risikoen ligger i at vi ikke gjør tilstrekkelige endringer for å møte utfordringene.

6.2 Oppsummering

I vårt arbeid har vi beskrevet utfordringsbildet (kapittel 4) og mulighetene vi har for å opprettholde eller bedre kvalitet (kapittel 5). I kapittel 6 har vi beskrevet behovet for å ta i bruk alle de beskrevne mulighetene på grunn av de store utfordringene vi står overfor.

Utviklingsplanen beskriver ønskede langsiktige utviklingsretninger innenfor aktuelle områder på veien mot vår langsiktige visjon Fremragende behandling. Utviklingsplanen skal danne grunnlag for årlige Forbedringsprogram og budsjett for St. Olavs hospital HF.

7. Vedlegg

Vedlegg 1

Brutto årsverk	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Økning
Toppledere	21	25	27	27	28	29	8
Mellomledere	67	64	72	85	98	98	31
Andre ledere	284	280	301	310	329	322	39
Merkantile stillinger	757	736	735	772	784	773	17
Tillitsvalgte og verneombud	14	13	13	14	14	15	1
Vernepleiere	36	45	45	52	59	62	26
Tannleger	2	2	2	1	2	2	0
Logoped	2	2	2	2	2	4	2
Sosionomer	48	48	41	49	45	46	-2
Pedagoger	35	31	34	37	38	34	0
Miljøarbeidere	13	15	14	23	19	18	5
Audiografer	6	7	7	7	6	7	1
Fysioterapeuter	110	114	121	118	118	120	10
Ergoterapeuter	43	45	43	44	49	50	7
Miljøterapeuter	116	114	104	138	131	126	10
Helsesekretærer	44	47	54	64	68	72	28
Andre pasientrettede stillinger	131	138	129	145	140	125	-6
Overleger	555	583	600	626	652	670	115
LIS-leger	330	339	353	373	364	377	48
Turnusleger	76	74	65	68	69	69	-7
Legespesialister					1	7	7
Psykologspesialister	92	108	115	123	123	136	44
Psykologer	113	119	122	131	124	127	15
Anestesisykepleiere	100	104	98	104	106	106	5
Barn/Pediatripsykepleiere	28	33	32	46	45	47	19
Intensivsykepleiere	184	198	195	217	226	221	37
Operasjonssykepleiere	159	163	159	173	180	174	15
Kreft/onkologisykepleiere	83	82	83	87	89	84	0
Andre spesialpsykepleiere	380	433	441	461	516	488	108
Sykepleiere	1 618	1 585	1 601	1 601	1 600	1 683	64
Jordmødre	99	104	103	109	103	111	12
Helsefagarbeidere/hjelpepleiere	325	308	288	268	244	227	-98
Bioingeniører	301	311	315	327	337	342	41
Laboratoriepersonell	36	34	35	38	45	47	10
Radiografer	100	105	112	118	117	126	26
Stråleterapeuter	35	34	37	38	41	42	7
Farmasøyter	3	3	3	3	6	8	5
Kjøkkenpersonell	101	90	97	100	97	100	-1
Teknisk personell	109	124	135	137	139	138	29
Renholdspersonell	243	255	245	241	240	244	2
Portører	53	55	51	52	47	52	-1
Ikt personell	1	1	1		1	1	0

Annet driftspersonell	129	134	143	152	162	162	33
Ambulansepersonell	10	8		0	238	252	241
Forskning og utdanningsstillinger	36	45	54	62	66	64	27
Totalsum	7 024	7 158	7 226	7 543	7 907	8 005	981

UTKAST