

## Høring utviklingplan St. Olavs Hospital

De faglige internasjonale føringer virket uklare. Har derfor føyd til og gjort noen endringer her. Faglige internasjonale føringer for framtidens helsetjeneste kan kort oppsummeres slik:

- Økt fokus på å [dempe behovet for helsetjenester forebygge sykdom og øke pasientmedvirkning i behandling](#)
- En utvikling i retning av mer hjemmebasert behandling, også spesialisthelsetjenester. ([Betyr dette økt fokus på beslutningsstøtte til både pasienter og helsepersonell? I så fall hvordan?](#))
- Fokus på [forebygging og behandling av](#) 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 [effektive](#) standardiserte pasientforløp [med høy kvalitet i samhandling og behandling](#)
- Styrket pasientmedvirkning [i alle ledd i behandlingsskjeden](#).

### 5.10 Teknologi og utstyr

Her synes jeg at det som er skrevet viser en defensiv holdning til å utvikle og ta i bruk teknologi som skal kunne bidra til å behandle flere og gi bedre behandling. Vår evne til å effektivisere og forbedre tjenesten vil avhenge av vår evne til å ta i bruk de løsninger som er gode og unngå de dårlige løsningene.

For å kunne nå de mål som vil være nødvendig i den kommende periode må St. Olav og helseforetaket satse på helsepersonell med kompetanse til å vurdere kvalitet på teknologiske løsninger og et bedre samarbeid med teknologer. Kunnskap om metoder og forhold som gjør at implementering er mulig **og legge til rette for evaluering av effekt** slik at vi ikke tar i bruk umodne løsninger som fungerer dårlig og øker arbeidsbelastningen. Dette er et fagfelt og en kompetanse som i stor grad mangler i hele helseforetaket og bør stimuleres!

Det er i tillegg behov for at man samtidig arbeider inn mot eHelsedirektoratet med finansieringsmodeller som også må evalueres og videreutvikles. Det er lite trolig at vi kan ha en avventende holdning her og komme til dekket bord.

Ved inngangen til 2018 ser vi flere muligheter:

- Effektivisere sykepleietjenesten gjennom økt samarbeid, bedret drift og effektivisering. [Her bør vel legetjenesten, fysioterapi osv inn også. Jobbglidning og kompetansedeling, standardisert behandling og gode løsninger for beslutningsstøtte](#)
- Samordne driften og utvikle samarbeidet mellom ulike intensiv- og overvåkingenheter
- Øke bruken av pasienthotellet for å frigjøre senger i sykehuset. [Hva med sykehjem og DMS/ lokalsykehus osv Da må hvert spesialistfelt kunne gi beslutningsstøtte og kompetansedeling over større avstander. I så fall burde dette skrives omvendt. : hvert spesialistfelt må utarbeide rutiner for beslutningsstøtte og teknisk og medisinsk kompetanse på oppfølging av pasienter som ikke følges opp lokalt men fra Sykehotellet, Røros, DMS rundt om kring osv](#)
- Utvikle lokale avtaler med avtalespesialister. [Usikker tiltak til effektivisering så lenge vi ikke deler journalsystem og er enige om behandlingsalgoritmer. Dette må i så fall komme først.](#)
- Bedre poliklinisk kapasitet ved bedre styring og samordning av [resursene?](#)
- Samordne transportbehov og tiltak, forsyning og logistikk

- Redusere ressursbruk ift. kommunikasjon og transport som følge av Helseplattformen ([med helseplattformen må samhandling og deling av standardisert informasjon på plass. Det bør vel komme som et punkt øverst. Utvikling av standard og samhandlingsrutiner må ha høyeste fokus fremover slik at disse løsningene er klare når helseplattformen innføres.](#))
- Utrede om mottaksfunksjonen i psykisk helsevern og rus som kan være en mer integrert i det løpende samarbeide med de kommunale tjenestene.

## Kapittel 6

Utviklingsplanen sier lite om hvordan vi skal omstille driften for å møte de utfordringer som vi står overfor. Forsto ikke helt strategien med sentralisering uten at man har målrettede tiltak for å få kompetansen tilbake ut dit folk bor.

Demografiske data i dag antyder at man vil ha flere eldre i distriktet og derved også økt sykkelighet. DMS som f.eks Fosen vil på den måten kunne serve denne befolkningen med støtte av moravdelingen på sykehuset. Det vil derfor være viktig å utnytte disse enhetene som den ressursen de kan være.

En omstilling av tjeneste i sykehus har liten direkte kontakt med primærhelsetjenesten. Dette har de små DMSene. Gode pasientforløp og effektiv kompetansedeling fra DMS med god forankring i moravdelingen sentralt kan forenkle prosesser med utvikling og implementering pasientforløp fra hjem til hjem. De effektive og gode pasientforløpene med pasientmedvirkning og ansvar innenfor primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som testes og evalueres lokalt. Dersom effekt kan disse forløpene skaleres opp og innføres på moravdelingen i sykehuset. Det er derfor svært viktig at DMS får en viktig rolle i innovasjon og forbedringsarbeidet i årene fremover, og at forankringen inn i sykehuset fungerer optimalt.

DMS vil også være en avlastning for sykehuset i økningen av den polikliniske driften som er forventet. Den kan dessuten fungere som et tverrfaglig nav i en effektiv pasientbehandling hvor flere spesialiteter mer effektivt og mindre byråkratisk kan løse problemer lokalt.

Nøkkelpersonell med riktig kompetanse må derfor satses på i DMSene og en mer gjennomgripende evalueringskultur må på plass i distriktene og i sykehuset for å forme og teste en god og effektiv forlengelse av spesialisthelsetjenesten .

Til slutt vil jeg nevne at vi har minst to (Ellen Marie Hatlen og Trine Stokstad) som har evaluert/evaluerer standardisert pasientforløp i praksis fra sykehuset. Dette er i tråd med tankegangen om kontinuerlig forbedring. Deres resultater må være interessante for korrigerende av kurs og effektivisering av en vesentlig strategi for forbedring og effektivisering i regionens helsetilbud. Ser ikke at dette er tatt med noe sted i utviklingsplanen.

Med vennlig hilsen

Ellen A. A. Jaatun og Siv Lindia Leirbakk Ledsaak  
ØNH og barneavdelingen St. Olavs hospital  
Fosen DMS ØNH og Barneavdelingen