



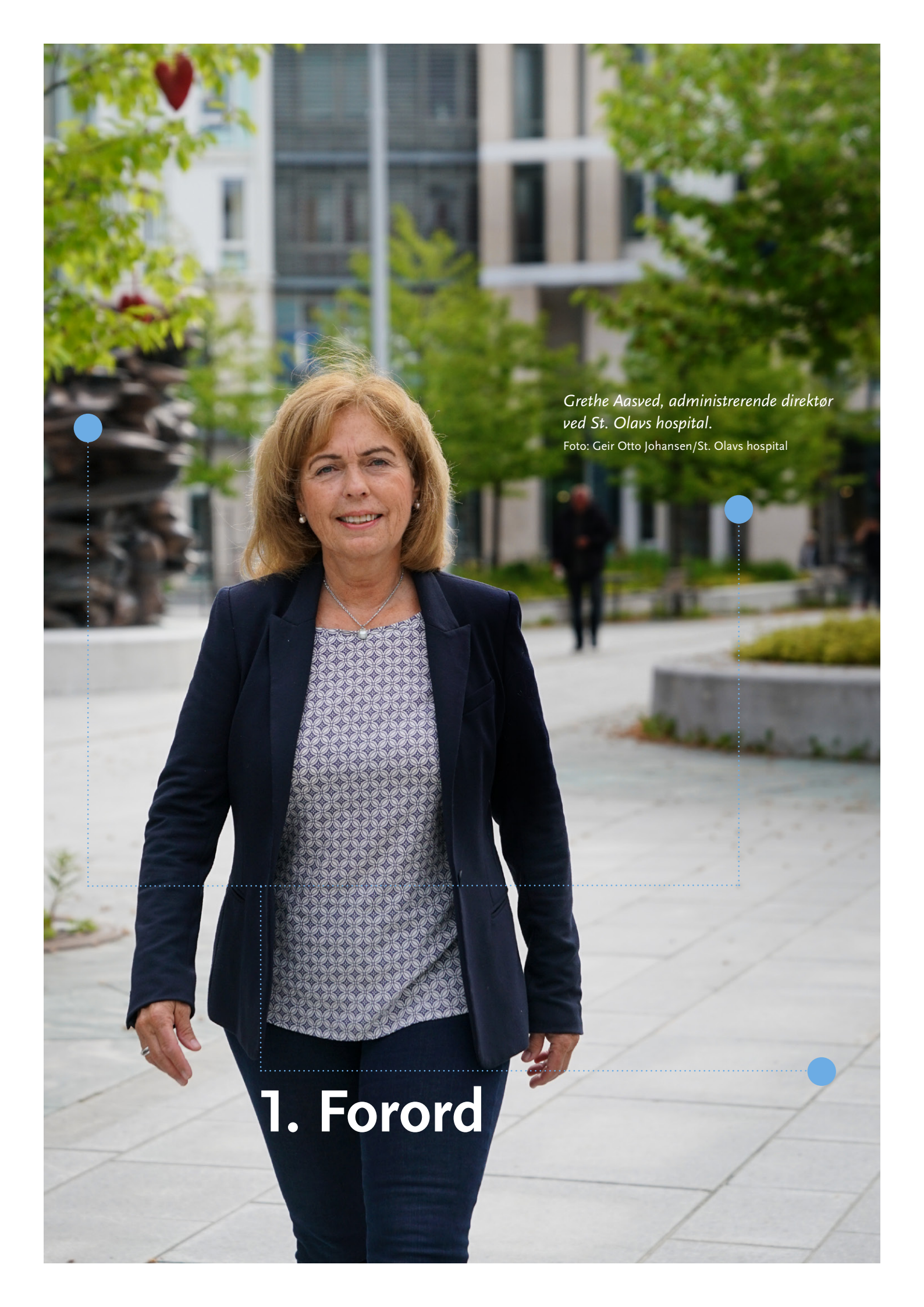
Utviklingsplan 2023–2026

 **ST. OLAVS HOSPITAL**
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM



Innhold

1. Fordord	3
2. Innledning	6
2.1 Om foretaket	8
2.2 Formål med planen	11
2.3 Strategier, premisser og organisering av arbeidet	12
2.4 Framskrivninger aktivitet	13
3. Kultur og satsningsområder	21
4. Utfordringsbilde, mål og veivalg	25
4.1 Pasientenes helsetjeneste	26
4.1.1 Helhetlig tilbud til befolkningen	27
4.1.2 Prioriterte pasientgrupper	29
4.1.3 Pasient- og brukermedvirkning	34
4.1.4 Helsetjenester til den samiske befolkningen	36
4.2 Ta i bruk kunnskap og ny teknologi	37
4.2.1 Forskning	38
4.2.2 Innovasjon	41
4.2.3 Teknologi og digitalisering i pasientens helsetjeneste	43
4.2.4 Helseplattformen	46
4.2.5 Kunnskapsbasert forbedring og tjenesteutvikling	47
4.2.6 Standardisering	49
4.3 Rekruttere, utvikle og beholde personell	51
4.3.1 Utdanning	54
4.3.2 Bemanning og kompetanse	56
4.3.3 Ledelse	60
4.4 Gode lagspillere	61
4.4.1 Helsefelleskap og samhandling	62
4.4.2 Funksjons- og oppgavefordeling internt i foretaket og gjennom samarbeid med andre helseforetak	64
4.4.3 Bruk av private aktører	66
4.4.4 Beredskap	68
4.4.5 Utvikling av akuttmottak og den akuttmedisinske kjeden	69
4.5 Eiendom og bygningsmasse	72
4.6 Økonomisk bærekraft	75
5. Samfunnsansvar	79
6. Vedlegg	82



*Grethe Aasved, administrerende direktør
ved St. Olavs hospital.*

Foto: Geir Otto Johansen/St. Olavs hospital

1. Forord

Samfunnet står foran store utfordringer som krever betydelig omstilling i alle deler av helsetjenesten. Som region- og universitetssykehus i Helse Midt-Norge har St. Olavs hospital et særskilt ansvar i denne sammenheng. Via vårt nære samarbeid med Fakultet for medisin og helsevitenskap ved det integrerte universitetssykehus, samt tett samarbeid med høyteknologiske fagområder i andre deler av NTNU har vi alle forutsetninger for å kunne være i front, både nasjonalt og internasjonalt, innen innovasjon og nytenkning i helsetjenesten. Gjennom våre forskningsmiljøer og ledelse av fagledernetverkene i regionen skal vi sikre et høyt faglig nivå i denne utviklingen.

Hensikten med utviklingsplanen er å beskrive hva som skal til for å nå vår ambisjon. Mange vil sikkert savne noe i denne planen, da det er umulig å beskrive alt. At noe ikke er nevnt betyr derfor ikke at det ikke er viktig. Raske endringer i utviklingen vil dessuten medføre at den kontinuerlig vil måtte revideres.

Det er mange drivere som vil endre helsetjenestene i årene fremover. En aldrende befolkning, økning i kroniske sykdommer, informasjonsrevolusjonen, teknologiske og medisinske fremskritt og den informerte og deltagende tjenestemottaker vil bidra til betydelige endringer.

Både den teknologiske utvikling og pasientenes egne ønsker vil bidra til økt «poliklinifisering» av sykehus-tjenestene, der pasientene ønsker raske diagnostiske avklaringer og eventuelt behandling uten innleggelse. Det vil komme et økende press om at disse tjenestene ytes 24/7. Dette vil medføre færre innleggelser relativt sett, men samtidig vil inneliggende pasienter kreve mer ressurser og ha mer komplekse tilstander. For mange pasienter oppleves helsetjenesten som todelt med mangelfull samhandling mellom fastleger/kommunehelsetjenesten og sykehuset, noe som gir både dårlig kvalitet og økt bruk av ressurser. Denne problemstillingen adresserer vi i Helsefellesskapet sammen med kommunene.

Det er et uomtvistelig faktum at ressursene ikke vil strekke til dersom vi fortsetter å levere helsetjenester på samme måte som i dag. Dette gjelder både tilgang på personell og økonomi.

For å sikre at St. Olavs hospital utvikler sine tjenester for å møte utfordringsbildet har vi etablert et *Forbedringsprogram*. Programmet er vedtatt av styret etter en omfattende prosess i organisasjonen, der ansatte/representanter og hovedverneombud har vært tungt involvert sammen med ledere og stabsressurser.

Forbedringsprogrammet består av tre deler:

- Tjenesteinnovasjon
- Digitalisering
- Kompetansesammensetning

Tjenesteinnovasjon drives hovedsakelig i form av klinikkvise innovasjonsprosjekter, der initiativene og ideene kommer fra dem som jobber nærmest pasienten. Gjennom prosjektene blir det synliggjort hvor lite som skal til for at man oppnår betydelige endringer og forbedringer. Gjennom kontinuerlig styrking av innovasjonskulturen får arbeidet også verdi langt ut over selve prosjektet.

Digitaliserte helsetjenester vil bli stadig viktigere i fremtiden. Digitalisering skal bidra både til bedre ressursutnyttelse og til at pasient og pårørende blir mer involvert. Spennet innen digitalisering er stort; fra enkle videokonsultasjoner til kunstig intelligens. Innføring av Helseplattformen er et viktig tiltak i denne sammenheng.

Kompetansesammensetning. Framskrivning av behov for helsetjenester medfører en betydelig bemanningsøkning av alle typer helsepersonell dersom de ulike personellgruppene fortsetter å jobbe som i dag. Dette er ikke bærekraftig, noe også Perspektivmeldingen 2021 understreker. Det er ikke mulig å øke utdanningstakten i så stor grad som behovene for helsetjenester øker. Det må derfor tenkes nytt rundt hvem som gjør hva i tjenesteytingen, hvilken kompetanse som kreves for de forskjellige oppgavene og legge til rette for optimal utnyttelse av den samlede kompetanse. Parallelt med denne delen av *Forbedringsprogrammet* skal det gjøres et nasjonalt utredningsarbeid hvor Helsepersonellkommisjonen skal gi en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av behovene for personell og kompetanse i helse- og omsorgssektoren fram mot 2040.

St. Olavs hospital tar også sin del av samfunnsansvaret ved å levere helsetjenester som er bærekraftige der vi aktivt arbeider for å redusere virksomhetens belastning på klima og miljø.

Korona-pandemien har vist hvor stor omstillingsevnen i sykehuset er. Ledere og ansatte har utvist en imponerende kreativitet og omstillingsevne på svært kort tid. Eksempelvis gikk bruk av videokonsultasjoner opp fra rundt 200 i 2019 til 45 000 i 2020. Denne innovasjonskraften må vi bygge videre på, og det gir grunnlag for optimisme med tanke på de store endringene som må til for å møte utfordringsbildet og samtidig gi våre pasienter og deres pårørende fremragende behandling. Her har St. Olavs hospital en ambisjon om å være helt i front, både nasjonalt og internasjonalt.

Nøkkelen for å lykkes ligger i å ivareta og lytte til de ansatte gjennom et nært og tillitsfullt samarbeid mellom ledelse og ansattes representanter.

Grethe Aasved

Administrerende direktør
St. Olavs hospital

*Pasienter og pårørende skal møte høyt kompetente
og serviceorienterte medarbeidere ved St. Olavs hospital.*

Foto: Geir Otto Johansen/St. Olavs hospital



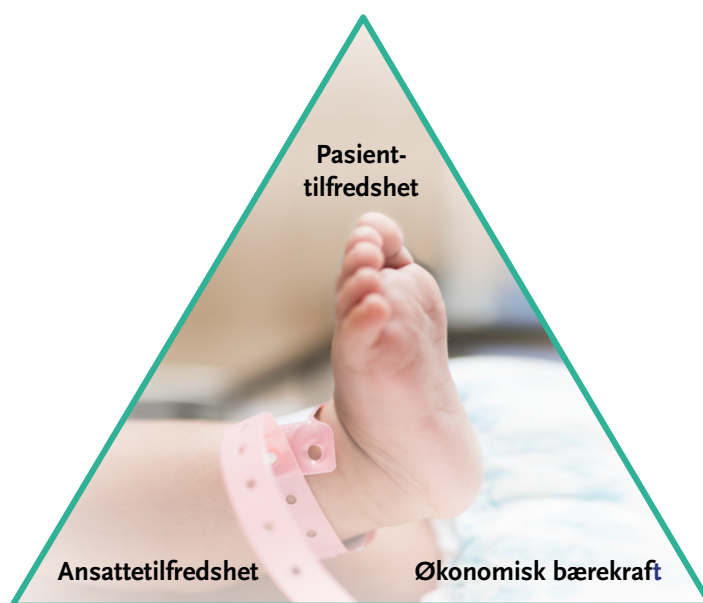
2. Innledning

Pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell og forskning er sykehusets fire hovedoppgaver, definert i Lov om spesialisthelsetjenesten¹. Vi tar vår del av samfunnsoppdraget ved å levere bærekraftige helsetjenester gjennom disse oppgavene, og anser pasienter, ansatte og utdanningskandidater som våre viktigste ressurser.

Vår visjon

St. Olavs hospitals visjon er å tilby Fremragende behandling til befolkningen i Midt-Norge. Det betyr at pasientene får den beste behandlingen som er anbefalt internasjonalt, innenfor de rammene som gis. Pasienter og pårørende skal møte høyt kompetente og serviceorienterte medarbeidere i en organisasjon som utnytter ressursene godt. De skal behandles med respekt, og oppleve åpenhet og god kommunikasjon i sitt møte med sykehuset.

Pasienttilfredshet, ansattetilfredshet og økonomisk bærekraft er gjensidig avhengige faktorer. Det er like viktig å lykkes på alle tre områder for å sikre en kultur som kjennetegnes av helhet, likeverd og medbestemmelse.



Vårt verdigrunnlag er trygghet, respekt og kvalitet.

Helse Midt-Norges strategiske hovedmål er å skape en **Fremragende helsetjeneste**. Strategi 2030 setter rammene for dette, med visjonen *På lag med deg for din helse*.

Utviklingsplanen er strukturert etter de fire strategiske målene fra regional Strategi 2030:

- vi skaper pasientenes helsetjeneste
- vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse
- vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell
- vi er gode lagspillere

¹ Lov om spesialisthelsetjenesten

2.1 Om foretaket

St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim, eies av Helse Midt-Norge RHF², og er integrert og samlokalisert med Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

Vi er lokalsykehus for 327 574 innbyggere³, og har regionale funksjoner for 729 452 innbyggere. Sykehuset har 10 500 ansatte og omtrent 1000 senger. Sykehusets øverste leder er administrerende direktør og virksomheten er fordelt på 21 klinikker. Hovedledelsen består av kliniksjeffene og stabsdirektørene, og utgjør administrerende direktør sin ledergruppe⁴.

Virksomheten ved St. Olavs hospital omfatter spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hovedtyngden av virksomheten ligger i Trondheim med anlegg på Øya, Østmarkneset og Lian.

Tilbudet innen psykisk helsevern består av både sentraliserte- og desentraliserte sykehusfunksjoner. St. Olavs hospital har to distriktpsikiatriske sentre, Nidelv DPS og Nidaros DPS, som dekker det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet for psykisk helse i helseforetaket.

St. Olavs hospital har omfattende virksomhet ved Orkdal sjukehus og Røros sykehus. Som regionens fjerde største sykehuslokalitet utgjør Orkdal sjukehus en svært viktig del av lokalsykehus funksjonen for kommunene i den sørvestlige delen av Trøndelag. Med sine 86 senger og omfattende polikliniske og operative aktivitet innebærer dette både døgnkontinuerlige akuttfunksjoner og elektiv aktivitet. I tillegg utføres det ved Orkdal sjukehus selektert elektiv operasjonsaktivitet innen kirurgi og ortopedi for pasienter fra hele nedslagsfeltet til St. Olavs hospital.

Røros sykehus har desentralisert elektiv aktivitet for en rekke somatiske spesialiteter og fagområder, herunder poliklinisk virksomhet og kirurgi. I kommende planperiode vil videreutvikling av virksomhetene på Røros og Orkdal i nært samspill med Øya være helt sentralt for utviklingen av den totale kapasiteten ved St. Olavs hospital.

Som lokalsykehus, regionsykehus og universitetssykehus legger St. Olavs hospital vekt på utdanning av profesjonelle, samfunnsbevisste og samhandlingsorienterte medarbeidere. Forskning og vitenskapelig dokumentasjon legges til grunn for virksomheten.

Lokalsykehusfunksjonen

St. Olavs hospital er lokalsykehus for innbyggerne i den delen av Trøndelag som tidligere var Sør-Trøndelag fylke.

Et godt fungerende lokalsykehus betyr mye for innbyggerne. De fleste har over tid kontakt med sitt lokalsykehus og er svært opptatt av hvordan det fungerer og framstår. Vi har som nærmeste sykehus et særskilt ansvar for å trygge befolkningen på at vi tilbyr gode tjenester med høy kvalitet og til riktig tid.

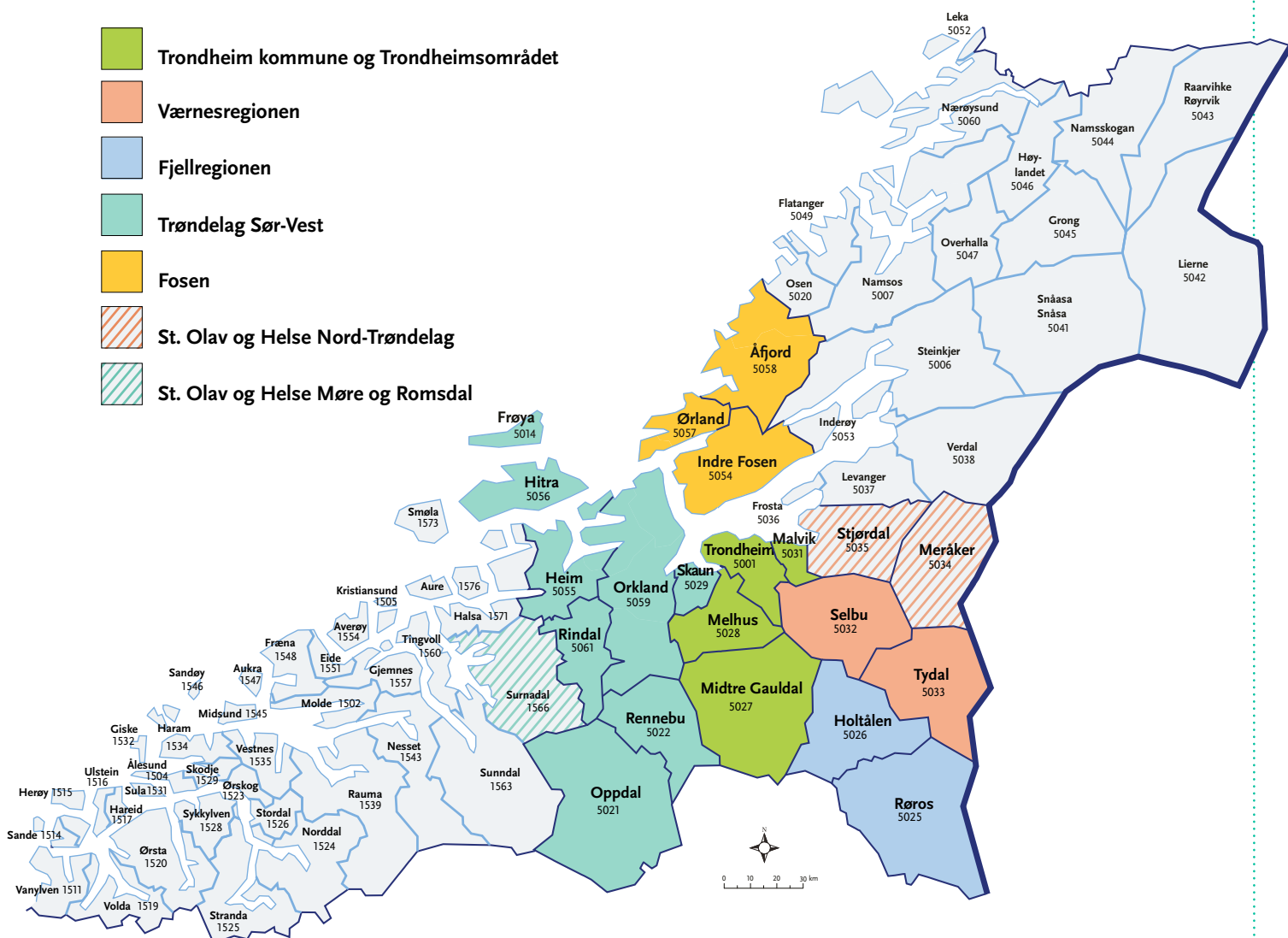
2 RHF = Regionalt helseforetak

3 Tall for september 2020

4 Organisasjonskart – St. Olavs hospital

Gjennom samarbeid med kommunene i Helsefelleskapet⁵ skal St. Olavs hospital legge til rette for gode og sømløse pasientforløp mellom første- og andrelinjetjenesten i det offentlige helsetilbudet. Det legges derfor stor vekt på den videre utvikling av Helsefelleskapet hvor planlegging og utvikling av kapasitet, oppgavefordeling og helhetlige tjenestetilbud skal skje i god dialog.

Pr 01.01.2022 har vi et særskilt lokalsykehusansvar for følgende kommuneregioner:



Regionsykehusfunksjonen

St. Olavs hospital er regionsykehus for Midt-Norge (Trøndelag og Møre og Romsdal). Dette innebærer et ansvar for å sikre spesialisthelsetjenester av høy kvalitet til innbyggerne i hele regionen, på nivå med det som tilbys i andre regioner. Regionsykehusfunksjonen er vesentlig annerledes enn lokalsykehusfunksjonen, og det kreves en bevisst strategi og betydelig satsing for å opprettholde kvaliteten. Den medisinske utviklingen skjer raskt med ofte nye og kostnadskrevenende diagnostiske og terapeutiske muligheter. Kompetanse, utstyr og ressurser langt over det som er nødvendig for et lokalsykehus må derfor til.

5 Se kapittel 4.4.1 og Samhandling St. Olavs hospital

En solid regionsykehusfunksjon representerer høykostnadsmedisin hvor det kan være manglende samsvar mellom faktiske kostnader og refusjonsordninger. Vi har som mål å opprettholde kvalitet og likeverdige helsetjenester på nivå med andre regioner. Dette krever nødvendige prioriteringer fra sykehusets ledelse, dets styre og det regionale helseforetaket.

Gode regionale pasientforløp utvikles gjennom solide prosesser i fagledernetverkene⁶. Disse ledes av spesialister ved St. Olavs hospital, og er av stor betydning for det faglige samspillet og en hensiktsmessig funksjonsfordeling. Regionsykehuset må her sørge for aktivt og styrket lederskap.

Lokalsykehusene i regionen har gjennomgående stor tillit til sitt regionsykehus, og det er en rekke eksempler fra flere fagfelt på godt utviklet samarbeid basert på tillit og lojalitet. Ydmykhet, raushet og framsnakking må prege regionsykehusets holdninger til sine samarbeidspartnere.

St. Olavs hospital ivaretar en rekke flerregionale funksjoner på fagområder hvor pasienttilgang, kompetanse og andre ressurser gjør dette hensiktsmessig. Vi har som målsetting å opparbeide status som referanse-sykehus på høyt nivå innen prioriterte områder. Vi leder eller er involvert i en rekke nasjonale, flerregionale og regionale kompetanse- og behandlingstjenester⁷.

Helse Midt-Norge gjennomførte høsten 2021 en omdømmeundersøkelse ved hjelp av *Sentio*⁸. Den konkluderte med at befolkningen angir god tilfredshet omkring funksjonene St. Olavs hospital har tilknyttet det å være regionens største sykehus.

Universitetssykehusfunksjonen

Region- og universitetssykehusfunksjonene griper tett inn i hverandre. Det er klar sammenheng mellom høy kvalitet på forskning, innovasjon og utdanning, og vår visjon om fremragende behandling. St. Olavs hospital har ambisjoner om en betydelig forskningsproduksjon, å være ledende innen klinisk behandlingforskning og å utvikle en kultur for tjenesteinnovasjon.

Et universitetssykehus har et særlig ansvar for solid forskningsaktivitet. En sterk akse mellom basalfag og klinikk, og mellom teknologimiljøene ved NTNU og klinikk, har vært grunnlaget for en rekke vellykkede forsknings- og innovasjonsprosjekter. St. Olavs hospital sin verdensledende posisjon innen ultralyd er et resultat av denne typen samarbeid. Et annet eksempel er utvikling av covid-19-testen under pandemien som både fikk nasjonal betydning og internasjonal oppmerksomhet⁹.

6 Fagledernetverk Helse Midt-Norge

7 Kompetansetjenester og -sentre – St. Olavs hospital

8 Omdømmeundersøkelse ved hjelp av *Sentio* gjennomført høsten 2021

9 NTNU COVID-19 test

Pasientene skal ha god anledning til å delta på kliniske forskningsprosjekter, noe som hever kvaliteten både på studiene og pasientbehandlingen. Klinikker med høy forskningsaktivitet leverer gjerne god kvalitet på sine kliniske tjenester. For fremdrift i prosjekter, og for å styrke forskningsaktivitet ved lokalsykehusene, er forskningssamarbeid viktig. Ordningen med Clinical Academic Groups (CAG)¹⁰ er et eksempel på hvordan strategisk samarbeid kan organiseres og finansieres på en god måte. Klinisk forskningsenhet Midt-Norge, Forskningsposten, Biobank¹¹ og Fremtidens operasjonsrom (FOR)¹² må videreutvikles for å sikre god forskningsstøtte både til universitetssykehuset, til de andre helseforetakene i regionen og til primærhelsetjenesten.

Universitetssykehuset har hovedansvar for utdanning innen en rekke helseprofesjoner, ofte i samarbeid med lokalsykehusene. For å møte fremtidens behov for helsepersonell skal vår utdanning være forskningsbasert og av høy kvalitet. Vi satser på innovative og studentaktive undervisningsmetoder der det tilrettelegges for pasientkontakt og aktiv klinisk deltakelse, med simulering og ferdighetstrening som et godt supplement. Et sterkt søkelys på veiledning og kompetansevurdering av våre utdanningskandidater er viktig for å nå våre mål.

En velfungerende universitetssykehusfunksjon krever tett integrasjon mellom sykehuset og universitetets fakulteter. Det *integreerte universitetssykehuset* har vært tema og en målsetning i Trondheim i mange år. Synergieffekter innen forskning, innovasjon og undervisning med mer effektiv utnyttelse av de samlede ressurser er det overordnede målet. I dag er ledelsen ved St. Olavs hospital og Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, samlokalisert i felles arealer i 1930-bygget på Øya. Videre er det samlokalisering av kliniske enheter og universitetsarealer i en egen sentermodell hvor felles arealer forvaltes gjennom en sameie-modell.

Samordnede støttefunksjoner som felles forskningsutvalg og utdanningsutvalg samt felles forskningsinfrastruktur er godt etablert, men det gjenstår fortsatt en del av integreringsarbeidet som bør vies stor oppmerksomhet i planperioden.

2.2 Formål med planen

Utviklingsplanen for St Olavs hospital 2023–2026 er en revisjon av utviklingsplanen fra 2018. Planen skal beskrive hvordan virksomheten må utvikles for å møte framtidige behov i spesialisthelsetjenesten i et 4- og 15-års tidsperspektiv. Den skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehuset, på nødvendige tiltak for å nå våre målsettinger og hvordan vi skal innfri vårt samfunnsoppdrag.

Utviklingsplanen skal bygge på en analyse av demografisk utvikling og av sykdomsutvikling i befolkningen. Dette danner grunnlaget for beregning av kommende behov for aktivitet og kapasitet.

Prioriteringene i utviklingsplanen skal være førende for arbeidet i helseforetaket og innarbeides i langtidsbudsjettet. Det vil ikke være plass til alle aktiviteter ved helseforetaket i en utviklingsplan. Selv om enkelte områder ikke er nevnt kan de likevel være aktuelle å prioritere i planperioden.

Utviklingsplanen vil sammen med tilsvarende planer fra Helse Møre- og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF danne grunnlaget for den regionale utviklingsplanen. Denne vil sammen med øvrige helseregioners planer utgjøre en del av grunnlaget for neste Nasjonale helse- og samhandlingsplan.

¹⁰ Clinical Academic Groups (CAG)

¹¹ Biobank

¹² Fremtidens operasjonsrom - FOR

I den regionale planen er også det viktig at St. Olavs hospital sin rolle som regionsykehus og universitetssykehus beskrives med tanke på betydningen sykehuset har for hele regionens befolkning.

Vår ambisjon gjennom prosessen har vært å sikre at revisjonsarbeidet har vært godt forankret i virksomheten, og med god medvirkning, spesielt fra brukere, tillitsvalgte, verneombud og kommunene. Videre har vi hatt som mål at ansatte kjenner seg igjen i planen slik at den er et godt utgangspunkt for utarbeidelse av lokale, klinikkvise planer i helseforetaket.

2.3 Strategier, premisser og organisering av arbeidet

Gjeldende strategier og overordnede dokumenter

- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023¹³
- Perspektivmeldingen 2021 (Meld. St. 14 2020–2021)¹⁴
- Strategi 2030 for Helse Midt-Norge RHF¹⁵
- Regional utviklingsplan 2019–2022¹⁶
- Utviklingsplan St. Olavs hospital 2019–2035¹⁷
- Nasjonal veileder for utviklingsplaner utarbeidet av de fire regionale helseforetakene¹⁸

Regionale premisser for utviklingsplanene og organisering av arbeidet

Se vår nettside¹⁹ samt vedlegg nr. 1, kapittel 6.

13 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

14 Perspektivmeldingen 2021

15 Strategi 2030

16 Regional utviklingsplan HMN 2019–2022

17 Utviklingsplan St. Olavs hospital 2019–2035

18 Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

19 Nettside Utviklingsplan St. Olavs hospital

2.4 Framskrivninger for aktivitet

Befolkningsutvikling

Framskrivninger viser at befolkningen i Norge vokser med 11 % frem mot 2050. Veksten er ujevnt fordelt geografisk med størst økning omkring sentrale regioner og større byer. Dette gir sterkere aldring i utkant-Norge²⁰. Forventet levealder har økt de siste 170 år, bare avbrutt av verdenskriger og spanskesyken²¹.

Den demografiske utviklingen i regionen viser en antatt samlet befolkningsvekst på 18,3 %, det vil si en økning på omtrent 57 000 personer for perioden 2015–2035²².

Den største økningen i befolkningsutvikling vil være i St. Olavs hospital sitt nedslagsområde. Dette gir et forventet økt behov for spesialisthelsetjenester både for somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling.

Økningen i folketallet, alderssammensetning, endring i sykdomsbilde og endringer i folks forventninger til kvalitet, tilgjengelighet og standard vil samlet ha betydning for planleggingen og gjennomføringen av både spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste i framtiden.

Sykdomsutvikling

Forekomst av sykdom og skader i befolkningen vil være endret i 2035 sammenlignet med i dag. Trøndelag ligger noe under landsgjennomsnittet over antall dødsfall per 100 000 innbyggere per år (beregningsperiode 2009–2018). Her er det noe lavere dødelighet knyttet til kreft og KOLS, men noe høyere dødelighet for kategorien hjerte- og karsykdommer²³. Kreft, psykiske plager og ruslidelser, muskel- og skjelettsykdommer, andre ikke-smittsomme sykdommer og hjerte- og karsykdommer er de fem øverste på listen over våre største folkehelseutfordringer²⁴. Flere av disse tilstandene opptrer gjerne samtidig hos samme pasient, og flere vil dermed ha sammensatte problemstillinger. Kreftregisteret anslår at antall nye tilfeller av kreft i befolkningen vil øke med 42 % for menn og 27 % for kvinner fram mot 2030²⁵. Flere får kreft, men også flere overlever kreft. Kronisk syke kreftpasienter vil bidra til økt behov for helsetjenester i både primær- og spesialisthelsetjenesten²⁶.

Den største utfordringen innen området psykisk helsevern er at veksten i behov for psykisk helsehjelp øker betydelig mer enn befolkningsveksten. I perioden 2012 til 2020 økte antall pasienter i behandling innen voksenpsykiatri med 34 %, og denne trenden har forsterket seg i løpet av pandemien. Økningen er størst for befolkningen under 30 år. Knyttet til området psykisk helse for barn og unge ser vi samme trend fra 2018–2021, med en økning i antall pasienter i behandling på 22 %²⁷. Sammenhengen mellom psykisk helse og rusbruk blant unge og voksne er kjent. Når psykisk helseproblematikk øker er det grunn til å følge nøye med på utviklingen av rus- og avhengighetsproblematikk.

20 Befolkningsframskrivninger for kommunene 2020–2050

21 Forventet levealder i Norge, FHI

22 Framskrivning og kapasitetsberegning 2015 til 2022 og 2035 Helse Midt-Norge RHF

23 Trøndelag i tall – Helsetilstand

24 FHI-notat – Ti store folkehelseutfordringer i Norge

25 Kreftregisteret – Stor økning i krefttilfeller fram mot 2030

26 Kreftregisteret – Kreft i Norge

27 Tall fra Klinikk for psykisk helsevern, St. Olavs hospital

Nasjonale framskrivningsmodeller

I arbeidet med utviklingsplaner skal nasjonale framskrivningsmodeller legges til grunn. Framskrivningene viser at det aktivitets- og bemanningsmessig ikke vil være bærekraftig å fortsette som før. Framskrivningene gir ikke en illustrasjon av en uunngåelig framtidssituasjon, men viser snarere et *utfordringsbilde* basert på hvordan utviklingen sannsynligvis vil være gitt at vi «fortsetter som før».

I framskrivningene ligger beregninger av demografisk og epidemiologisk utvikling samt effektiviserende faktorer. Eksempler på slike faktorer er overføring av døgnopphold til dagbehandling, samhandling med kommune og hjem, poliklinifisering, digitalisering og intern effektivisering. Dette er faktorer vi i helsetjenesten kontinuerlig arbeider med og som dermed til en viss grad ligger inne i modellen.

Regionale framskrivninger

I framskrivningene som er lagt til grunn for utviklingsplanene i helseforetakene i Helse Midt-Norge (HMN) er det lagt inn ytterligere anslag av effektivisering der vi gjennom innovasjon og omstilling skal redusere behovet utover det som ligger inne i de nasjonale framskrivningsmodellene. Dette er ambisiøst og skjønnsmessig tilpasset vår region, men ansees nødvendig for å kunne levere fremtidens helsetjenester. Anslagene er synliggjort i figurene.

I somatikken er dette presentert som et anslag («bærekraftanslag») for hvor stort omstillingsbehovet kan antas å være. Nivåene av «bærekraftanslaget» er skjønnsmessig satt og illustrerer differansen mellom anslått vekst hvis man «fortsetter som før» og et mer bærekraftig nivå. I framstillingene medfører bærekraftsanslaget at **antall liggedøgn** i 2037 er justert ned 5 %. Dette kan bl.a. ses i sammenheng med behovet for og potensialet i å jobbe målrettet sammen med kommunehelsetjenesten omkring tilbudet til kronisk syke pasienter.

Fortsatt vekst i **polikliniske konsultasjoner** og dagbehandlinger, bl.a. grunnet videre omstilling fra innleggelser til dag-/poliklinisk behandling, er antatt å være del av en ønsket, løsningsorientert utvikling. Det er samtidig antatt at det vil være behov for å videreutvikle måten de polikliniske konsultasjonene utføres på, bl.a. ved hjelp av digital støtte. Dermed er det lagt inn et bærekraftanslag som medfører en reduksjon på 10 % av konsultasjonene i det framskrevne scenariet for 2037. **Dagopphold** (dagkirurgi og dialyse) er beholdt uforandret (uten bærekraftanslag), ettersom fortsatt vekst anses som en ønsket utvikling for å bl.a. dempe behovet for innleggelser. Det antas imidlertid at en del av dialysebehandlingen har potensiale til å omstilles til hjemmedialyse.

For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) er forslag til ny nasjonal framskrivningsmodell lagt til grunn for analysene. Faktorene som bidrar til vekst i den nye modellen er oppjustering av behov for utvalgte grupper, samt demografisk utvikling. I tillegg vil et steg som beskrives som «faglig utvikling» bidra til omfordeling fra døgnbehandling (liggedøgn) til poliklinisk behandling. Utover dette har Helse Midt-Norge lagt til følgende justeringer (HMN-justering):

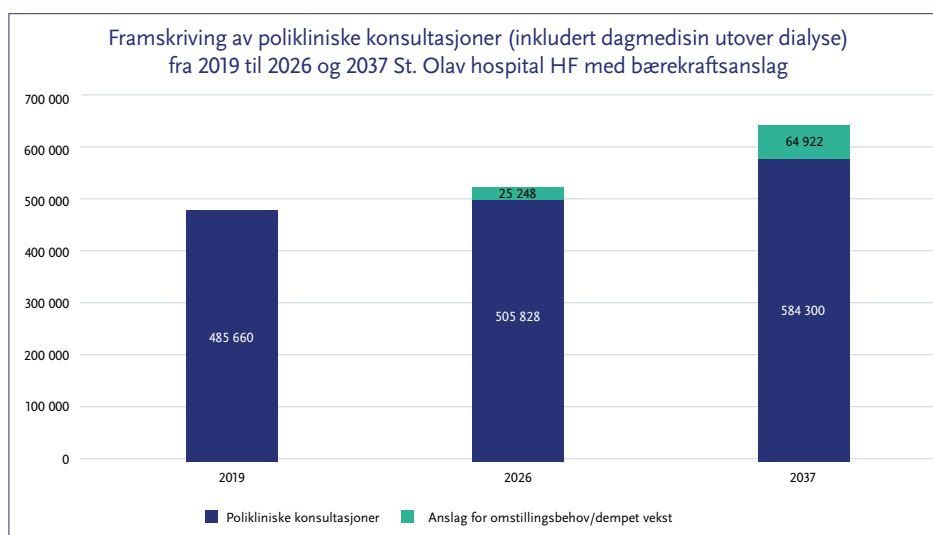
- Fjerning av foreslått variasjonsforutsetning for liggedøgn
- Nedjustering av behovskomponent for alkoholrelaterte lidelser ved poliklinikk

For polikliniske konsultasjoner innen PHV²⁸, PHBU²⁹ og TSB³⁰ er det i stedet for bærekraftsanslag (som anvendes for somatikken) lagt inn et anslag for effekten som kan ventes av digital egenoppfølging, utover telefon- og videooppfølging, gjennom blant annet nettbaserte og skjembaserte tjenester der pasienten kan utføre oppfølgingen selv hjemmefra.

I de følgende framskrivningene for St. Olavs hospital omtales kort virksomhetsområdene somatikk, psykisk helsevern og TSB hvor man ser på utvikling av antall polikliniske konsultasjoner, dagopphold og liggedøgn aggregert på sykehusnivå. I dette ligger at man i ulike fagområder/spesialiteter innen hvert virksomhetsområde kan oppleve til dels store variasjoner og endringer i behov i årene som kommer uten at det framkommer her. Samlet utdrag av framskrivninger for St. Olavs hospital ligger i vedlegg nr. 2, kapittel 6. Det henvises også til den regionale leveransen for framskrivninger³¹.

Somatikk

Polikliniske konsultasjoner: Faktorene demografisk utvikling, epidemiologisk utvikling og overgang fra døgnopphold til poliklinisk behandling gir alle vekst i fremskrevet poliklinisk aktivitet. I tillegg anslås det en årlig generell vekst på 1 % utover de ovennevnte faktorene. Samhandlingstiltak og oppfølging i eget hjem antas å bidra til noe reduksjon i behovet for polikliniske konsultasjoner i modellen. Det er lagt inn et bærekraftsanslag på 10 % i 2037 (markert som grønn del av søyle i figur). Framskrivningen viser en økning i antall polikliniske konsultasjoner fra 2019 til 2037 på 20 % og 34 %, henholdsvis med og uten bærekraftsanslag.



Figur 1: Utfordringsbilde somatikk polikliniske konsultasjoner, St. Olavs hospital HF.

Dagopphold: Dette er kun fremskrevet med steg som anslår vekst: demografisk utvikling, epidemiologisk utvikling samt overgang fra døgnbehandling til dagbehandling. For dagbehandling er det ikke beregnet en reduserende effekt av samhandlingstiltak.

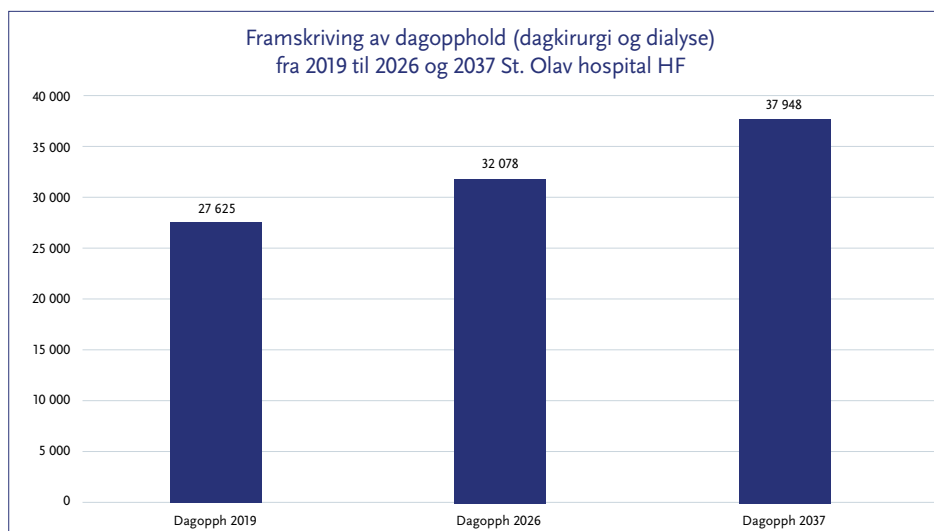
28 PHV-psykisk helsevern voksne

29 PHBU-psykisk helsevern barn og ungdom

30 TSB-Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser

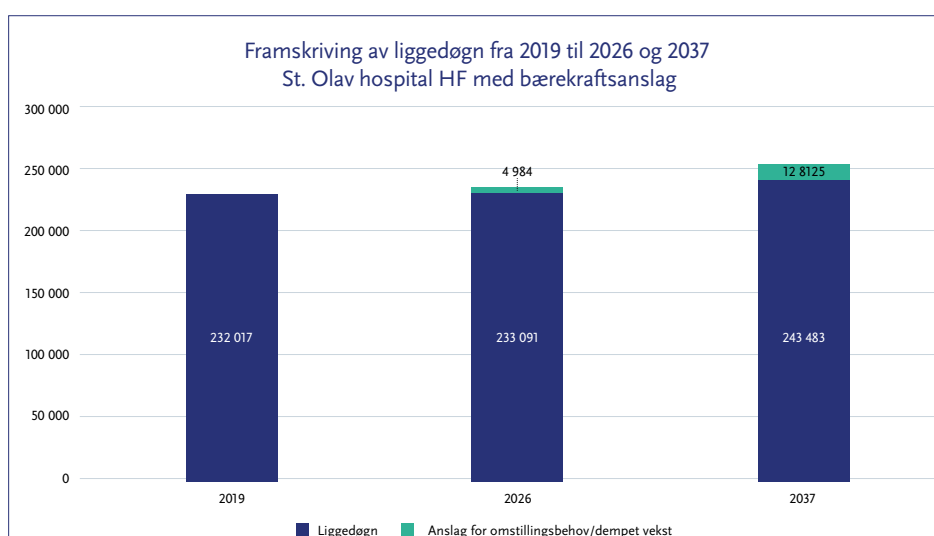
31 Leveranse fra temagruppe Framskrivninger HMN

Framskrivningen viser en økning i antall dagopphold fra 2019 til 2037 på 37 %.



Figur 2: Utfordringsbilde somatikk dagbehandlinger, St. Olavs hospital HF.

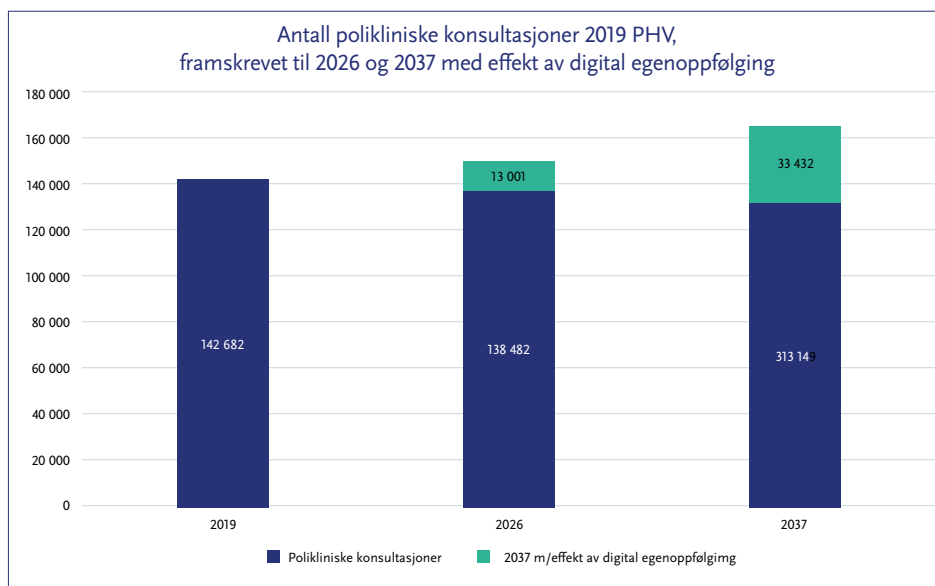
Liggedøgn: Her er det to faktorer som bidrar til økning: demografisk og epidemiologisk utvikling. De øvrige stegene i modellen har dempende effekt på liggedøgn. Disse stegene er samhandling med kommune/hjem, overføring til dagkirurgi og polikliniske konsultasjoner samt overføring til pasienthotell eller observasjonsenhet. Det er lagt inn et bærekraftsanslag på 5 % i 2037 (markert som grønn del av søyle i figur). Framskrivningen viser en økning i antall liggedøgn fra 2019 til 2037 på 5 % og 10 %, henholdsvis med og uten bærekraftsanslag.



Figur 3: Utfordringsbilde somatikk liggedøgn, St. Olavs hospital HF.

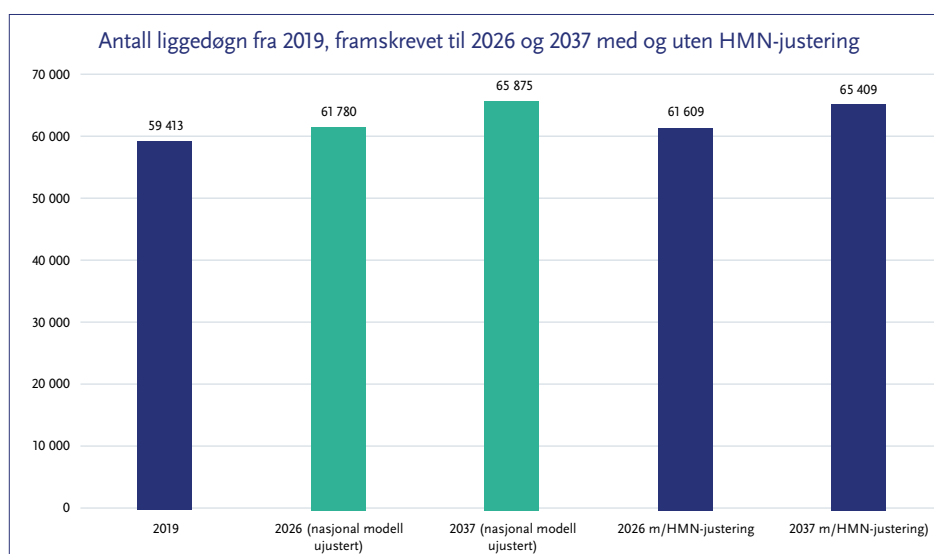
Psykisk helsevern – voksen (PHV)

Polikliniske konsultasjoner: Framskrivningen, inklusive anslaget for digital egenoppfølging, viser en nedgang i antall polikliniske konsultasjoner fra 2019 til 2037 på 7 %. Uten anslaget for digital egenoppfølging viser framskrivningen for samme periode en økning i antall polikliniske konsultasjoner på 17 %. Anslaget for digital egenoppfølging er synliggjort i figurene (markert som grønn del av søyle i figur).



Figur 4: Utfordringsbilde PHV poliklinikk, St. Olavs hospital HF.

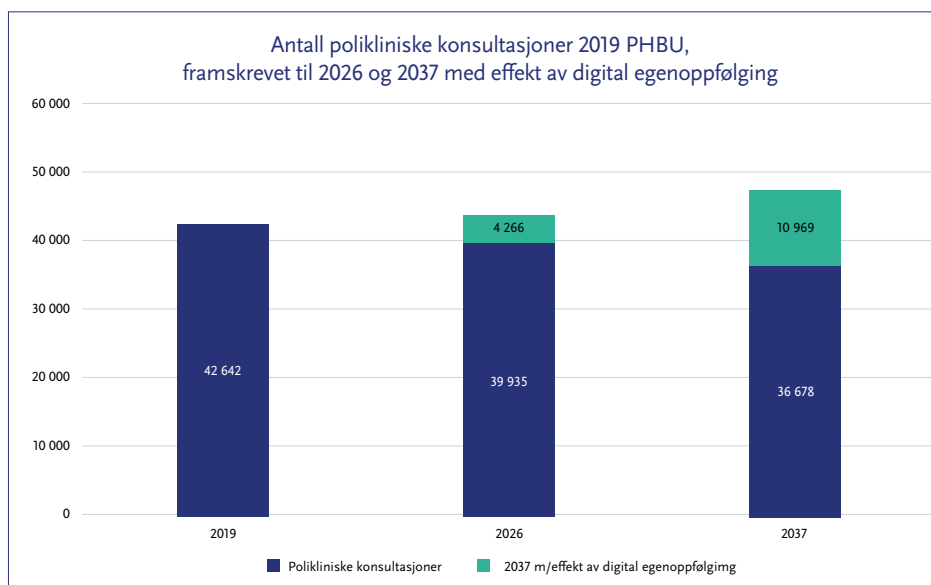
Liggedøgn: Framskrivningen, inklusive HMN-justering av nasjonal modell, viser en økning i antall liggedøgn fra 2019 til 2037 på 10 %. Ved kun bruk av nasjonal modell (uten HMN-justering) er økningen for samme periode 11 %.



Figur 5: Utfordringsbilde PHV liggedøgn, St. Olavs hospital HF.

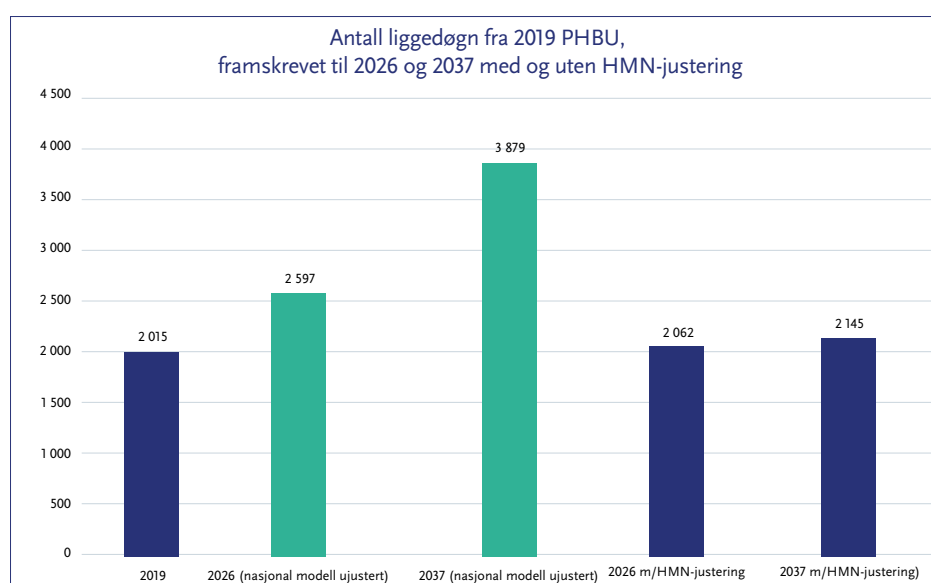
Psykisk helsevern – barn og unge (PHBU)

Polikliniske konsultasjoner: Framskrivningen, inklusive anslaget for digital egenoppfølging, viser en nedgang i antall polikliniske konsultasjoner fra 2019 til 2037 på 14 %. Uten anslaget for digital egenoppfølging viser framskrivningen for samme periode en økning i antall polikliniske konsultasjoner på 12 %. Anslaget for digital egenoppfølging er synliggjort i figurene (markert som grønn del av søyle i figur).



Figur 6: Utfordringsbilde PHBU poliklinikk, St. Olavs hospital HF.

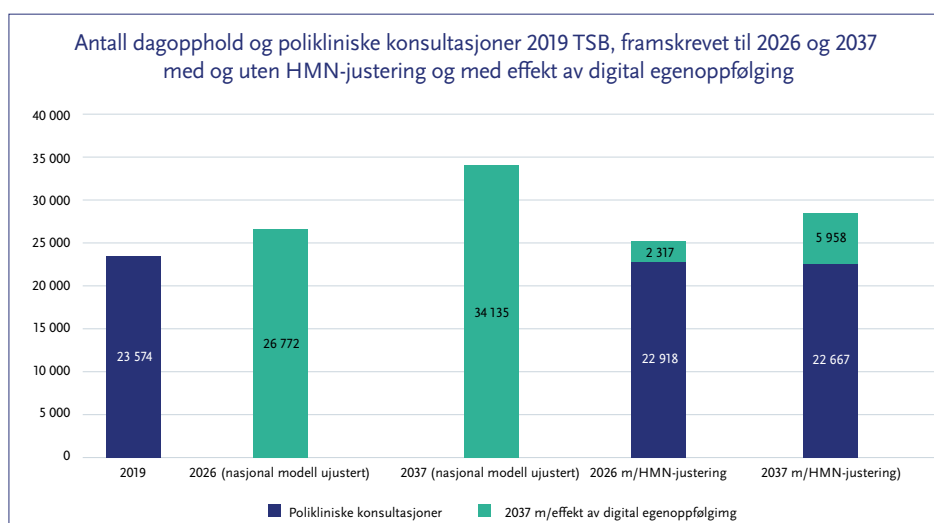
Liggedøgn: Framskrivningen, inklusive HMN-justering av nasjonal modell, viser en økning i antall liggedøgn fra 2019 til 2037 på 1 %. Ved kun bruk av nasjonal modell (uten HMN-justering) er økningen for samme periode 93 %.



Figur 7: Utfordringsbilde PHBU liggedøgn, St. Olavs hospital HF.

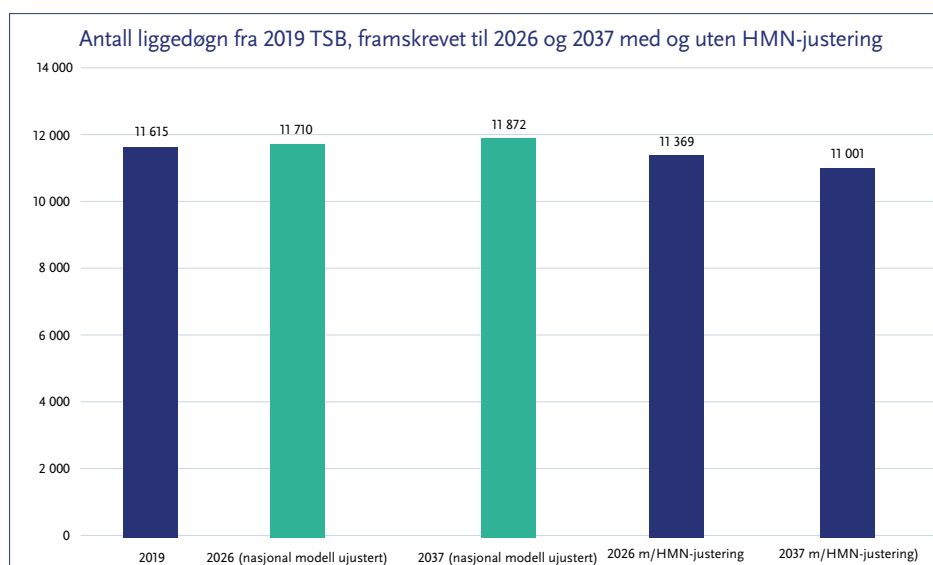
Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)

Polikliniske konsultasjoner og dagopphold: Framskrivningen, inklusive anslaget for digital egenoppfølging og HMN-justering, viser en nedgang i antall polikliniske konsultasjoner og dagopphold fra 2019 til 2037 på 4 %. Uten anslaget for digital egenoppfølging, men med HMN-justering viser framskrivningen for samme periode en økning i antall polikliniske konsultasjoner og dagopphold på 21 %. Anslaget for digital egenoppfølging er synliggjort i figurene (markert som grønn del av søyle i figur). Ved kun bruk av nasjonal modell er økningen for samme periode 45 %.



Figur 8: Utfordringsbilde TSB dagopphold og poliklinikk, St. Olavs hospital HF.

Liggedøgn: Framskrivningen, inklusive HMN-justering av nasjonal modell, viser en nedgang i antall liggedøgn fra 2019 til 2037 på 5 %. Ved kun bruk av nasjonal modell (uten HMN-justering) er økningen for samme periode 2 %.



Figur 9: Utfordringsbilde TSB liggedøgn, St. Olavs hospital HF.



Oppsummering framskrivninger aktivitet:

For somatikk viser framskrivningen (inklusive regionalt bærekraftanslag) at alle oppholdstyper øker i perioden 2019 til 2037 (poliklinikk +20 %, dagopphold +37 % og liggedøgn +5 %).

For PHV viser framskrivningen (inklusive anslag for digital egenoppfølging og HMN-justering) en nedgang i antall polikliniske konsultasjoner (-7 %) og økning i liggedøgn (+10 %).

For PHBU viser framskrivningen (inklusive anslag for digital egenoppfølging og HMN-justering) en nedgang i antall polikliniske konsultasjoner (-14 %) og økning i liggedøgn (+1 %).

For TSB viser framskrivningen (inklusive anslag for digital egenoppfølging og HMN-justering) en nedgang i antall polikliniske konsultasjoner og dagopphold (-4 %) og nedgang i liggedøgn (-4 %).

Det er grunn til å understreke at regionale anslag (bærekraftsansalg og anslag for digital egenoppfølging) samt justeringer (HMN-justering) utover nasjonale framskrivningsmodeller medfører store utslag for noen virksomhetsområder og oppholdstyper.



3. Kultur og satsingsområder



En av de nyeste CT-maskinene ved St. Olavs hospital i bruk.

Foto: Geir Otto Johansen/St. Olavs hospital

Vår kultur

St. Olavs hospital har stort fokus på å bygge og utvikle en **innovasjonskultur** der hele organisasjonen kontinuerlig søker nye og forbedrede måter å levere helsetjenester på.

Med våre 10 500 ansatte har vi et godt grunnlag for vår satsing på tjenesteinnovasjon. De fleste medarbeidere har ideer om hvordan tjenestene kan ytes enda bedre og mer kostnadseffektivt, og det er et viktig lederansvar å fremme og bygge videre på ansattes innovasjons-engasjement. En forutsetning er bred involvering, og vilje til å lære av hverandre. Pasienter og pårørende er viktige kilder til forbedring og innovasjon, og vi vil jobbe enda mere systematisk for å få frem deres innspill i det videre arbeidet.

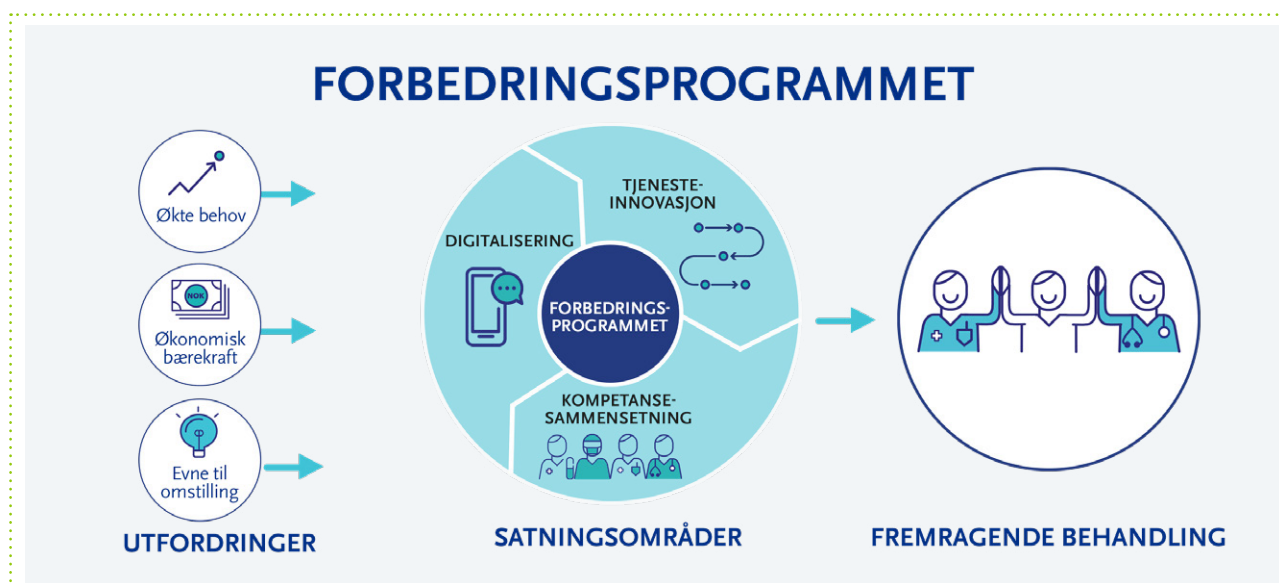
St. Olavs hospital bygger sammen med kommunene og fastlegene en **samhandlingskultur**. Vi har flere arenaer hvor samhandling utfordres. Gjennom Helsefellesskapet og dets ulike organer bygges tillit og forståelse, og det legges til rette for gode, felles løsninger for fremtidens helsetjenester.

En solid **pasientsikkerhetskultur** bygger på åpenhet og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper. Dette gjelder både internt og på tvers av enheter og klinikker, og med eksterne samarbeidspartnere. En transparent og ærlig kommunikasjon med pasienter og pårørende er en forutsetning.

Et godt systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid er avgjørende for å ta vare på de ansattes helse og helsetjenestens produktivitet og bærekraft. Ledere og ansatte må ha kultur for å melde ifra om risikoforhold og bekymringer for pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Dette med mål om at risiko for uønskede hendelser for pasienter og ansatte reduseres.

Vårt forbedringsarbeid

Forbedringsprogrammet ved St. Olavs hospital har som hovedmål å understøtte vår visjon om *Fremragende behandling*. Hensikten med *Forbedringsprogrammet* er å etablere tiltak for å kunne møte fremtidens utfordringer. For å strukturere arbeidet har vi definert utfordringer og satsingsområder:



I alle satsingsområdene jobber vi med videreutvikling av innovasjonskulturen på St. Olavs hospital, som er en forutsetning for nødvendige omstillinger.

Tiltakene man kommer fram til i Forbedringsprogrammet skal være egnet til å følges opp med målbare KPI-er³² som regelmessig rapporteres. Dette for å sikre at man når de mål som er satt. Alle satsingsområdene skal ha bred involvering av ansatterepresentanter. Det er svært viktig å holde *Forbedringsprogrammet* fokusert og spisset med få satsingsområder, der ansatte opplever disse som relevante for å møte fremtidens utfordringer. Dette er avgjørende for forankring i hele organisasjonen der de langsiktige føringene er implementert i Langtidsbudsjettet og i Utviklingsplanen.

I 2022 er satsingsområdene i Forbedringsprogrammet tjenesteinnovasjon, digitalisering og kompetansesammensetning:

- **Tjenesteinnovasjon:** Drives hovedsakelig i form av klinikkvise innovasjonsprosjekter, der initiativene og ideene kommer fra de som jobber nærmest pasienten. Det er krav om at rapportering på minst en KPI skal være knyttet til kostnadseffektivitet/økonomisk gevinst.
- **Digitalisering:** Skal bidra både til bedre ressursutnyttelse og til at pasient og pårørende blir mer involvert. Spennet innen digitalisering er stort, og dreier seg om enkle videokonsultasjoner til kunstig intelligens (KI). Innføring av Helseplattformen blir et viktig tiltak som skal følges opp med systematisk evaluering av brukererfaringer fra behandlere og pasienter.
- **Kompetansesammensetning:** Et prosjekt for å understøtte en innovativ dimensjonering og sammensetning av arbeidsstyrken. Dette skal sikre at sykehuset kan yte god, trygg og effektiv behandling nå og i fremtiden.

Kommunikasjon om *Forbedringsprogrammet* skal være engasjerende og oversiktlig for våre ansatte. Et godt eksempel er videoen «*Jakten på forbedring*» fra 2019³³.

Vårt arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet

Kvalitet og pasientsikkerhet skal ligge i ryggmargen hos alle ansatte ved St. Olavs hospital.

Trygge og sikre tjenester for pasientene og ansattes arbeidsmiljø er gjensidig avhengig av hverandre. Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet skal forankres og eies i enhetene så nært pasientene og ansatte som mulig.

Det en lederoppgave å organisere virksomheten slik at ansatte kan yte forsvarlig helsehjelp og omsorgsfull pleie. Ansatte skal oppleve at det er trygt å melde fra om risikoforhold, uønskede hendelser og bekymringer for pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Ledere på alle nivå skal sikre, sammen med tillitsvalgte og verneombud, god oppfølging av ansattes tilbakemeldinger og møteplasser for læring og erfaringsdeling.

Pasientopplevd kvalitet er en sentral del av kvalitetsaspektet, og pasienter og pårørende er viktige samarbeidspartnere i utviklingen av pasientens helsetjeneste. Pasienter og pårørende skal involveres og medvirke både i sine pasientforløp, og i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid på systemnivå.

³²KPI = Key Performance Indicator (måltall for evaluering av måloppnåelse)

³³*Jakten på forbedring* – 2019

Som oppfølging av medarbeiderundersøkelsen *ForBedring* vil vi videreutvikle verktøy og indikatorer for å se arbeidet med arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammenheng. Samtidig vil vi forsterke arbeidet med å lære av alt som fungerer godt i vår virksomhet.

Kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet er tett knyttet sammen med satsingen på tjenesteinnovasjon og nye måter å organisere og yte helsetjenester på.



Vårt samfunnsansvar

Ved St. Olavs hospital tar vi vår del av samfunnsansvaret ved å levere helsetjenester som er bærekraftige. Vi involverer og bevisstgjør ledere og medarbeidere i hele organisasjonen i arbeidet med å forebygge og redusere det negative miljø- og klimaavtrykket av vår virksomhet.



4. Utfordringsbilde, mål og veivalg



*Pasientens rolle er i stadig endring med økt medvirkning
og en aktiv rolle i egen helse.*

Foto: Geir Otto Johansen/St. Olavs hospital

4.1 Pasientenes helsetjeneste



Vi skaper pasientenes helsetjeneste

Befolkningens behov er styrende for hvordan vi utvikler oss. Pasienter og pårørende deltar aktivt i beslutninger om egen behandling og utvikling av helsetjenesten.

(Strategi 2030)

Vårt målbilde

- Våre helsetjenester skal være likeverdige, helhetlige og ansvarlige
- Pasientene får rett behandling på rett sted til rett tid
- Pasientene møter en helhetlig, sammenhengende og koordinert helsetjeneste
- Vi samhandler godt og deler informasjon på tvers av sektorer og nivåer
- Vi bidrar med oppbygging av kunnskap om forebygging, behandling og oppfølging
- Vi benytter Helseplattformen til digital kommunikasjon med pasientene

I møte med pasienter og pårørende skal vår kultur være preget av likeverd, gjensidig respekt og målrettet samarbeid med primærhelsetjenesten. Pasientens rolle er i stadig endring med økt medvirkning og en aktiv rolle i egen helse. Dette er en ønsket utvikling som sikrer kvalitet og pasientsikkerhet. Vår satsing på teknologi og digitalisering skal drives frem gjennom tett samspill med brukerne, og skal avlaste helsetjenesten³⁴.

Et førende prinsipp for pasientens helsetjeneste er *Ingen beslutning om meg, uten meg*³⁵, der pasienten skal gis reell opplevelse av å bli tatt på alvor.

Noen pasientgrupper vil i samhandling med Helsefellesskapet³⁶ få ekstra prioritet:

- personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- skrøpelige eldre
- personer med flere kroniske lidelser
- barn og unge

Det som kjennetegner de fire pasientgruppene, og som omtales særskilt i Nasjonal Helse- og sykehusplan og i Styringsinformasjon til helsefellesskapene³⁷ er at:

- De har mange diagnoser eller har en helsesituasjon som må forstås i et helhetlig perspektiv
- De har behov for helse- og omsorgstjenester fra både kommuner og spesialisthelsetjeneste
- De har særskilt høyt behov for god samhandling både innad i tjenestene og på tvers av nivåene
- Hver enkelt diagnose kan skjule store variasjoner i hjelpebehov, både mellom ulike pasienter og mellom ulike stadier i sykdomsforløpet

³⁴ Dette omtales nærmere i kapittel 4.2

³⁵ Verdier i pasientens helsetjeneste – Meld. St. 34 (2015–2016)

³⁶ Se kapittel 4.4.1 og Samhandling St. Olavs hospital

³⁷ Styringsinformasjon til helsefellesskapene- del I

For å ivareta disse pasientgruppene og øvrig befolkning som en helhet, må tilbudene i primær- og spesialisthelsetjeneste fremstå samlet. Den totale utviklingen må møtes ved at vi organiserer og dimensjonerer helsetjenesten sammen med kommunene og fastlegene, og vi må planlegge våre tjenester slik at vi unngår fristbrudd og har akseptable ventetider.

Behovet for spesialisthelsetjenester og et koordinert tilbud innen psykisk helsevern og rus vil være økende i planperioden. Dette gjelder spesielt psykiatriske pasienter med langvarige og sammensatte lidelser. Blant unge mennesker er det særlig forventet en økning i behovet for rusbehandling og psykisk helsehjelp. Et viktig moment å ta med i planleggingen av våre helsetjenester er at St. Olavs hospital har en betydelig andel unge voksne i sitt nedslagsfelt sett i forhold til de andre helseforetakene i Midt-Norge.



I planperioden vil St. Olavs hospital tilstrebe at fysisk helse, psykisk helse og rusproblemer i økende grad blir sett i sammenheng.

4.1.1 Helhetlig tilbud til befolkningen

St. Olavs hospital vil tilby og videreutvikle helsetjenester for befolkningen ved hjelp av helhetlige pasientforløp, definert som *En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode*³⁸. Dette innebærer også elementer som rehabilitering³⁹, forebyggende arbeid og folkehelseperspektivet⁴⁰. Selv om spesialisthelsetjenesten ikke har lovpålagte oppgaver innen helsefremmende og forebyggende arbeid, bidrar helseforetaket i stor grad i møtet med de økende helseutfordringene knyttet til blant annet psykiske lidelser, rusmiddelbruk, demens, fedme, kreft, hjerte-kar-sykdommer og diabetes. Vår helsetjeneste kan møte dette med tydelige bidrag⁴¹.

Nyere forskning viser at arbeid i seg selv, for mange, vil være avgjørende for behandling og økt livskvalitet. I *Strategi for fagfeltet arbeid og helse*⁴² pekes det på hvor viktig arbeidsplassen er som arena for forebygging og helsefremming. Ved St. Olavs hospital er dette et utviklingsområde, og både innen psykisk helsevern, fysisk medisin og andre fagområder, er det pågående utviklingsprosjekter.

38 Helhetlige pasientforløp – Helsedirektoratet

39 Se kapittel 4.4.3

40 Helsefremmende og forebyggende tiltak – Helsebiblioteket

41 Forebygging.no

42 Strategi for fagfeltet arbeid og helse – NAV og Helsedirektoratet

En hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling etableres i tett samarbeid med primærhelsetjenesten, og spesielt fastlegene i Helsefellesskapet⁴³. Det er innført mange regionale, standardiserte pasientforløp samt tverrfaglige samhandlingsteam med kommunene. Dette er et godt utgangspunkt for videre samhandling og samarbeid hvor bla oppgavefordelingen mellom lokalsykehus og kommune blir utfordret. Det er et mål å sikre at pasienter har innflytelse over egne behandlingsvalg med realistiske forventninger til våre tilbud gjennom godt informasjonsarbeid og god dialog.

Prioritering og etisk kompetanse

For å kunne tilby et helhetlig tilbud til befolkningen og hindre overbehandling må våre helsearbeidere ha kompetanse om prioriteringer og etikk. Kunnskap om lindrende behandling er nødvendig for å sikre en verdig død. Refleksjon over våre valg, og samarbeid på tvers av profesjoner og fagfelt blir viktig å sette av tid til. Ved St. Olavs hospital får leger i spesialisering (LIS) gruppeveiledninger på tvers av spesialiteter i samarbeid med klinisk etisk komite og preste- og samtaletjenesten. Slike refleksjonsgrupper vil være nyttig å videreføre i samhandling med andre yrkesgrupper og fastlegene.

Preste- og samtaletjenesten er en viktig ressurs i pasientenes helsetjeneste ved St. Olavs hospital⁴⁴. Seks sykehusprester, en muslimsk kulturkonsulent og en sykehushumanist kan kontaktes på døgnbetjent vakttelefon.



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Videreutvikle satsingen på helhetlige pasientforløp og helsefremmede og forebyggende arbeid i samarbeid med kommunene
- Øke satsingen på tverrfaglige samhandlingsteam sammen med kommunal tjeneste
- Videreutvikle arenaer for etisk refleksjon på tvers av fagmiljøer

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Videreføring av punktene over

⁴³ Se kapittel 4.4.1

⁴⁴ Preste- og samtaletjenesten

4.1.2 Prioriterte pasientgrupper

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

Begrepet alvorlig psykisk lidelse omfatter i hovedsak psykoselidelser samt alvorlige former for affektive lidelser og spiseforstyrrelser. Dette er pasienter som har betydelig forkortet forventet levealder og nedsatt funksjonsevne, noe som fordrer en bred innsats fra behandlingsapparatet. I tillegg til å behandle psykiatrisk sykdom er det behov for et økt fokus på somatisk helse, sosial fungering og meningsfull aktivitet/arbeid. Behandlingen av denne pasientgruppen foregår i døgnposter, i poliklinikk og i ambulante samhandlingsteam, sammen med kommunal psykisk helsetjeneste.

Lovendringer har ført til innskjerpelser i bruken av tvang der antall personer som blir dømt til tvungent, psykisk helsevern har økt. Dette påvirker arbeidsmetoder og kapasiteten til hele det psykiske helsevern, og til sikkerhetspsykiatrien i helseforetaket⁴⁵.

Behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser er utfordrende etisk, juridisk og rent medisinsk. Her kreves det stor grad av individuell tilpasning og oppsøkende virksomhet.

Døgnkapasiteten må være dimensjonert slik at et tilstrekkelig omsorgsnivå er raskt nok tilgjengelig. Gode samarbeidsmodeller med kommunene om bosetting av denne særlig utfordrende gruppen blir avgjørende. Samtidig fokus på samfunnsvern og rehabilitering med forebygging av voldshendelser må ivaretas.

Regjeringen har varslet at tilbudet til voksne med alvorlig psykisk lidelse og samtidige psykiske lidelser og ruslidelser skal trappes opp. Tjenestene skal legges til rette for å forebygge kriser og akutte innleggelses. Pasienter med behov for koordinerte og sammenhengende tjenester skal blant annet få dette gjennom etablering og videreutvikling av FACT⁴⁶ - og samhandlingsteam.

En stor andel av pasienter innlagt ved somatiske sykehusavdelinger har rusrelaterte helseproblemer der rusmiddelbruken har forårsaket eller komplisert innleggelsen. Alkoholbruk er også en medvirkende årsak til en rekke utbredte og alvorlige sykdommer. Det er dokumentert at dagens eldre drikker mer enn generasjonen før dem. Økningen er størst i aldersgruppen 66–79 år. Det er vesentlig med kunnskapsutvikling blant helsearbeidere i somatikken om alkoholens betydning for somatisk helse. Som følge av et prosjekt ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin har St. Olavs hospital besluttet å innføre systematisk kartlegging av alkoholforbruk hos alle innlagte pasienter. Pasienter med akutt rusrelatert sykdom har et prekært behov for tilbud om fast tilhørighet. Gode standardiserte pasientforløp er nødvendig der sårbare overganger mellom behandlingsnivåene må sikres. Dette sees i sammenheng med pågående revisjonsarbeid knyttet til *Sammen om mestring, veileder for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*⁴⁷. En tydelig plan der det utvikles rutiner for samhandling mellom rus, psykisk helsevern og somatikk blir viktig.

⁴⁵ Regional sikkerhetsavdeling St. Olavs hospital

⁴⁶ Behandlingsmodellen FACT – rop.no

⁴⁷ Sammen om mestring – veileder for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne

For barn og unge, og deres familier, blir det viktig med forebygging, tidlig innsats og rask avklaring av hjelpebehovet. For barn som lever med rus og psykisk sykdom i familien er samtaleverktøyet Barnespor utviklet⁴⁸.

Skrøpelige eldre

Helsetjenesten må tilpasses den demografiske utviklingen som viser økt andel eldre i befolkningen, og med dette et behov for styrket generell kompetanse om denne gruppen pasienter.

Skrøpelige eldre er sårbare, og har komplekse tilstander med behov for helhetlig ivaretagelse. Kartlegging via digitale verktøy kan bidra til å identifisere hvilke pasienter som faller inn i denne gruppen. Vi må velge ut hvem som trenger spesiell ivaretagelse av geriater, og hvordan pasientene følges opp i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Det må legges en plan for kompetansebygging innen kunnskap om vanlige tilstander som kognitiv svikt og hvordan forebygge fall i rammen av Helsefellesskapet⁴⁹.

Det er viktig at spesialisthelsetjenesten gir medisinsk bistand til kommunene i form av spesialister som konsulenter. Dette kan skje på ulike måter, også digitalt.

Ved St. Olavs hospital er det opprettet tverrfaglige digitale møter med fastlege og demensteam og tverrfaglig samarbeid innen demensutredning. TOPHIP ortogeriatrisprosjekt er en viktig satsing hos oss der geriater og ortopeder samarbeider om hoftebruddspasientene⁵⁰.

Personer med flere kroniske lidelser

Personer med 3 eller flere kroniske sykdommer i ulike organsystem, også beskrevet som kompleks multimorbiditet, beskrives som en stor utfordring for helsesystemene i verden i dag. I hovedsak er forskning, utdanning og systemene i seg selv tilpasset behandling av personer med en enkelt sykdom⁵¹. Dermed kan personer med flere kroniske lidelser ha særskilte behov hvor standardiserte forløp ikke passer. De er oftere innlagt på sykehus, og har lengre opphold enn andre pasienter. I tillegg har de en høyere bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester, og har flere konsultasjoner hos fastlege og ved legevakt. På landsbasis var det i Norge i 2019 totalt 72 134 personer i henhold til definisjonen, og den største aldergruppen var 60–79 år⁵².

48 Barnespor

49 Samhandling - Helsefellesskap

50 Leder an med tverrfaglig hoftebruddsbehandling – St. Olavs hospital TOPHIP

51 Styringsinformasjon til helsefellesskapene – del I

52 Personer med flere kroniske sykdommer – Vedlegg til rapport om styringsinformasjon til helsefellesskapene del I

Helsedirektoratet anbefaler økt digital hjemmeoppfølging for denne pasientgruppen⁵³. Medisinsk avstandsoppfølging har økt, men dokumentasjonsgrunnlaget for effekten på kliniske utfall og bruk av helsetjenester er begrenset⁵⁴. I en rapport fra SINTEF omtales prosjektet *HelsaMi+* der innbyggere i Trondheim, Malvik, Klæbu, Melhus og Midtre Gauldal har fått tilbud om deltakelse⁵⁵. Rapporten omtaler 10 fokusområder det anbefales å jobbe videre med når det gjelder avstandsoppfølging: 1) Pasientopplæring, 2) Helhetlig tilnærming, 3) Tilpasning til individuelle behov, 4) Oppfølgingstiltak, 5) Organisering, 6) Kompetanse, 7) Samhandling, 8) Digital Programvare, 9) Medisinsk teknisk utstyr, 10) Informasjonssikkerhet. Flere av disse punktene er vi allerede i gang med på St. Olavs hospital. Med våratsning på tjenesteinnovasjon vil vi være godt rustet til å bidra med videre forskningsgrunnlag til det beste for disse pasientene. Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU)⁵⁶ blir en sentral aktør i samarbeid med brukere og kommunehelsetjenesten.

Helsedirektoratet⁵⁷ oppsummerer viktige mål for denne pasientgruppen slik:

- Individuelt tilpasset opplegg for de som er i behov av det
- Helsefelleskapene skal jobbe systematisk med utvikling av gode, helhetlige og sammenhengende forløp
- Tilgang til tilpassede tjenester av god kvalitet

Ved St. Olavs hospital er det opprettet tverrfaglige samhandlingskonsultasjoner mellom smerteteam og fastlege som kan bli en modell for oppfølging av andre pasientgrupper⁵⁸, og da spesielt personer med flere kroniske lidelser.

Barn og unge

Når barn eller ungdom får helseutfordringer innebærer dette konsekvenser for hele familien. Dette vil prege hverdag, aktivitet i barnehage og skole, sosiale relasjoner og fremtidsutsikter. Barn og unge med kronisk sykdom må spesielt ivaretas for å ha trygghet og tillit til behandlerne som ofte skiftes ut i overgangen mellom barn og voksen. De må få nødvendig opplæring til egenmestring, medvirkning og samvalg. Ved St. Olavs hospital har vi et standardisert pasientforløp for å ivareta dette som følge av prosjektet *Ungdomsmedisin – trygge overganger for unge pasienter*⁵⁹.

Spesialisthelsetjenestene til barn og unge ved St Olavs hospital utgjøres i hovedsak av Barne- og ungdomspsykiatrien og alle helsetjenestene samlet i Barne- og ungdomsklinikken.

Barne- og ungdomsklinikken er et helt lite sykehus i sykehuset. Her er egen mottaksavdeling, Intensivbehandling for ekstremt for tidlig fødte barn og andre syke nyfødte, intensivavdeling for større barn i egen intensivenhet (den eneste i Norge utenfor Oslo), spesialisthelsetjenester innen alle barnemedisinske fagområder, barneortopedi og barnekirurgi til ungdommene blir 16–18 år. Akuttmottaket ved Barne- og ungdomsklinikken er en sentral samhandlingsarena mot primærhelsetjenesten da det ikke finnes kommunale institusjoner for barn. Alle med behov for døgnbehandling håndteres dermed av spesialisthelsetjenesten.

53 Digital hjemmeoppfølging – Helsedirektoratet

54 Systematisk oversikt FHI – Oppfølging av kroniske sykdommer med medisinsk avstandsoppfølging i primærhelsetjenesten: en oversikt over oversikter

55 Avstandsoppfølging av personer med kroniske sykdommer – Tjenesteutvikling i nasjonalt pilotprosjekt

56 RSHU

57 Helsedirektoratet Rapport IS-2997

58 Blogginlegg om Smerte-pakkeforløp

59 Ungdomsmedisin – trygge overganger for unge pasienter – St. Olavs hospital

Ved Sykehusbarnehagen på Barne- og ungdomsklinikken er det lagt til rette for stimulering gjennom lek og allsidige aktiviteter. Foto: Geir Otto Johansen/St. Olavs hospital



Innovative løsninger som Avansert hjemmesykehus⁶⁰, ambulante tjenester, videokonsultasjoner og ordning med kontaktsykepleiere bidrar til at familier med alvorlig, kronisk syke barn kan få helsehjelp i hjemmet. Det bidrar også til opplæring i egenomsorg, og opplæring og samarbeid med kommunale tjenester.

Habiliteringstjenesten for barn og unge dekker et stort spekter av sykdommer og tilstander hos pasientgrupper med særlige behov for sammensatte tjenester og tverrfaglig tilnærming. Habiliteringstjenesten er tett integrert med resten av Barne- og ungdomsklinikken, men holder til i egne lokaler⁶¹.

Aktiviteten ved Barne- og ungdomsklinikken har utviklet seg enormt, både i volum og som følge av utvikling av fagområdene. Barn og unge med deres familier har egne rettigheter som stiller særlige krav til måten vi yter helsehjelp for denne gruppen⁶². Barn og unge skal ikke måtte vente på helsehjelp, men for flere er det dessverre for lang ventetid både for førstevurdering og for kontroll og oppfølging. Tilstrekkelig kapasitet i tilrettelagte arealer, effektive og gode pasientforløp, helhetstenkning og god koordinering må prioriteres. Brukerperspektivet blir viktig, og Ungdomsrådet ved St. Olavs hospital vil være en relevant rådgiver⁶³.

En særlig utfordring for barne- og ungdomsmedisinen er mangel på forskningsbasert kunnskap om mye av behandlingen som blir gitt. Det brukes i dag i for stor grad studier på voksne som grunnlag for hvilke medisiner som brukes og dosering av disse. Barn er ikke små voksne, og forskning på legemidler til barn, fra premature til ungdom, må styrkes. De andre universitetssykehusene har etablert egne forskningsposter for barn, og Barne- og ungdomsklinikken ønsker å etablere tilsvarende forskningspost også ved St. Olavs hospital.

60 Avansert hjemmesykehus for barn (AHS) – St. Olavs hospital

61 Trondsletten habiliteringssenter

62 Helserektigheter for barn og unge – Helsenorge.no

63 Ungdomsrådet – St. Olavs hospital

Ved Barne- og ungdomsklinikken er det i samarbeid med primærhelsetjenesten utviklet standardiserte pasientforløp for barn og unge med mange lidelser. Dette er for å sikre beste praksis i utredning, behandling og oppfølging av pasient og familie. Videre for å avklare ansvar, roller og forventninger mellom sykehus og kommuner.

En modell hvor team jobber individuelt med ungdom og med alle de systemer ungdom er en del av kan være aktuell for videre utvikling av tjenestetilbudene. Modellen omtales som *arenaflexibel behandling*, og arenaene omfatter skole, NAV, barne- og ungdomspsykiatri, pedagogisk-psykologisk tjeneste og fritidsaktiviteter.



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Etablere og videreutvikle standardiserte pasientforløp for pasienter med alvorlig psykisk sykdom og akutt rusrelatert sykdom for å styrke ressursinnsatsen i ambulante team
- Implementering av systematisk alkoholkartlegging ved alle somatiske avdelinger ved innleggelser, og kontakt med tilsynstjeneste ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin der kartlegging avdekker utfordringer
- Sikre nødvendig kapasitet innen rammen av sikkerhetspsykiatri
- Videreutvikle FACT -og samhandlingsteam innen psykisk helsearbeid, sykehus og kommune
- Sørge for identifisering av skrøpelige eldre, pasienter med komplekse lidelser og særskilte behov, og etablere gode individuelle pasientforløp i samarbeid med Helsefelleskapet
- Sette inn konkrete forebyggende tiltak for pasienter med flere kroniske sykdommer slik at helsetjenestebehovene i disse gruppene reduseres og helsetilbudet forbedres
- Videreutvikle medisinsk avstandsoppfølging av personer med flere kroniske sykdommer sammen med brukere og kommuner, og bidra til økt forskningsgrunnlag
- Videreutvikle samhandlingen mellom barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri, og mellom barnesykdommer og voksen somatikk knyttet til trygge pasientoverganger
- Videreutvikle utadrettede tjenester som hjemmesykehus, ambulante tjenester og teknologiske løsninger for barn og unge innen somatikk og psykisk helsevern
- Styrke arbeidet med koordinering av spesialisthelsetjenestene for barn og unge gjennom flere felles pasientforløp for somatisk og psykisk helsehjelp
- Styrke samarbeidet med kommunale tjenester og fastleger for å utvikle arbeidet med kunnskapsbaserte, forebyggende aktiviteter for barn og unge

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Optimalisere tjenestene innen alderspsykiatri ved bygging av Senter for psykisk helse i samarbeid med fagmiljøene geriatri og nevrologi
- Videreutvikle prioriteringene av de fire pasientgruppene

4.1.3 Pasient- og brukermedvirkning

Realisering av pasientens helsetjeneste krever god involvering og medvirkning av pasienter og pårørende. Ved St. Olavs hospital er det et tett samarbeid med Brukerutvalget og lokale brukergrupper for å styrke pasienter og pårørendes medbestemmelse. Vi har kontinuerlig brukerundersøkelser i flere klinikker og innenfor flere områder.

Helsekompetanse

Pasient- og pårørendeopplæring er et viktig element for å oppnå best mulig behandlingseffekt og tro på egen mestringskompetanse. Økt helsekompetanse til befolkningen oppnås gjennom Lærings- og mestringssentre (LMS) for voksne og barn der St. Olavs hospital har et bredt tilbud⁶⁴, og gjennom generell formidling til befolkningen via ulike medier, og ved St. Olavs hospital er vår podkast *Diagnose*⁶⁵ blitt svært godt mottatt. Det er stor kompetanse i nasjonale, regionale og lokale kompetansetjenester og -sentre⁶⁶. I vårt arbeid med å bidra til helsekompetanse støtter vi oss på nasjonale føringer⁶⁷, og retter samtidig søkelys på digital helsekompetanse. Likeverdig helsetjeneste handler også om å ta hensyn til pasienter og medarbeidere som opplever digitale tjenester utfordrende.

Samvalg

Samvalg handler om rett til å ta del i valg om egen behandling. Dette gjøres sammen med helsepersonell, og ulike samvalgsverktøy kan være til hjelp i prosessen⁶⁸. Pasienters rett til medvirkning og involvering er forsterket gjennom lovgivning og pasientrettigheter. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter skal også høres.

Ved samvalg informeres det om fordeler og ulemper ved ulike alternativer for deretter å vurdere disse opp mot hverandre ut fra hva som er viktig for pasienten. Helsepersonell må samtidig ta ansvar for å formidle og gi råd om betydningen av å ta kloke valg. Publikumskampanjen *Mer er ikke alltid bedre*⁶⁹ er en viktig rettesnor. Innføring av pasientportalen *HelsaMi*⁷⁰ i Helseplattformen vil kunne gjøre pasientene mer aktive i oppfølging av behandling og egen helse.

Helsetjenester til innvandrere i nytt land

Det finnes en stor befolkning med innvandrerbakgrunn i Norge med rundt 60 000 bare i Trøndelag. Disse har rett til likeverdige og tilpassede helse- og omsorgstjenester som øvrig befolkning. Ved ankomst til Norge kan det være manglende kunnskap om kropp, fysisk og psykisk helse, seksualitet, medisiner og norsk helsesystem. Det er også barrierer grunnet språk, digital kompetanse, kultur og religion. For å kunne tilby likeverdige tjenester til flerkulturelle, asylsøkere og flyktninger kreves økt kompetanse blant helsepersonell. Dette gjelder kulturforståelse, ernæring/pasientmat, mangfold og kjennskap til muligheter vedrørende formidling og relevant kommunikasjonsform.

64 Lærings- og mestringssentre ved St. Olavs hospital

65 Diagnose – en podkast

66 Kompetansetjenester og -sentre

67 Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023

68 Samvalg

69 Gjør kloke valg

70 HelsaMi: se kapittel 4.2.4

Klart språk og kommunikasjon

Gode møter mellom helsepersonell, og mellom helsepersonell og pasienter, pårørende og brukere, er tuftet på klart språk. Dette gjelder både skriftlig og muntlig kommunikasjon⁷¹. Bruk av skjermtolk til døve og hørselshemmede har vært utfordrende, og i samråd med Døveforeningen vil St. Olavs hospital jobbe med å utvikle et bedre tolketilbud⁷², spesielt i akutsituasjoner.

Bruk av erfaringskonsulenter er et supplement til brukermedvirkningsrollen og kan videreutvikles⁷³. Når nytt journalsystem er på plass, og pasienten i større grad får tilgang til egen journal, blir klart språk ekstra viktig.

Ved samvalg og pasientopplæring er også valg av begreper, språk og kommunikasjon avgjørende for forståelse og læring.



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Legge til rette for, gi opplæring i og oppfordre til bruk av *HelsaMi* i Helseplattformen for aktiv pasientmedvirkning i behandlingsforløp og samvalg
- Ta i bruk verktøy for brukerundersøkelser i sanntid i Helseplattformen, og bruke resultatene som et grunnlag for kontinuerlig forbedring
- Økt fokus på pasient- og pårørendeopplæring, og integrering av lærings- og mestringstilbud i standardiserte pasientforløp
- Sikre økt kompetanse og kulturforståelse knyttet til innvandrerbefolkningen ved å utforme opplæringsprogram for våre helsearbeidere
- Forbedre kvalitet på bruk av tolketjenester, inklusive digitale løsninger
- Prioritere klart språk, både i skriftlig pasientinformasjon, ved oversetting, i Helseplattformen og i den daglige dialogen mellom helsepersonell og pasienter

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Gjennom Helsefelleskapet koordinere og integrere lærings- og mestringstilbud i helhetlige pasientforløp, herunder utarbeide klare henvisningsrutiner innen og mellom forvaltningsnivå

71 Klarspråk – Klarspråk (sprakradet.no)

72 Tolkning på St. Olavs hospital

73 Fra bruker til jobb som erfaringskonsulent

4.1.4 Helsetjenester til den samiske befolkningen

I Norge har vi ett urfolk, den samiske befolkningen. Samiske pasienter må sikres likeverdige og tilpassede helse- og omsorgstjenester, på lik linje med den øvrige befolkningen. St. Olavs hospital har et spesielt ansvar for helsetilbudet til den sørsamiske befolkningen.

Spesialisthelsetjenesten behandler mange samiske pasienter hver dag, ofte uten at man er oppmerksom på utfordringene de samiske pasientene kan ha i møte med helsetjenesten.

Helsepersonell må dermed ha tilstrekkelig kunnskap om samisk språk og kultur, der St. Olavs hospital blant annet deltar i prosjektet Samisk helseteam⁷⁴. Dette er et samhandlingsprosjekt mellom Røros kommune, St. Olavs hospital og Sørsamiske helsenettverk. Samisk helseteam består av helsepersonell med kompetanse innen samisk språk og kultur, og har nå fått et spesielt ansvar for å ivareta samiske pasienters rettigheter og behov. En sykepleier er i dag engasjert som samisk rådgiver på prosjektbasis for å gi råd til samiske pasienter som ønsker veiledning. Tilbudet er etterspurt, og terskelen for kontakt skal være lav.

Helsehjelpen skal kunne gis på eget språk og med bakgrunn i samisk kultur for å sikre at også samiske pasienter kan ha medvirkning i pasientbehandlingen. Det sikrer god og riktig behandling og bygger tillit til helsetjenesten. Samisk helseteam er unikt i Norge, og St. Olavs hospital har med sin deltakelse gått i front på dette området nasjonalt.



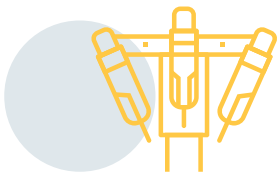
Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Utarbeide en overordnet plan med tiltak som fremmer likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen, og som bygger på forskning og kunnskap om urbefolkningens rettigheter og behov i samarbeid med Samisk helseteam
- Kompetansebygging for ledere og ansatte på St. Olavs hospital om samiske pasienter, deres rettigheter, kultur og behov
- Opprette en egen nettside på sørsamisk for samiske pasienter og deres pårørende
- Utarbeide informasjonsmateriell og bedre skilting på sørsamisk

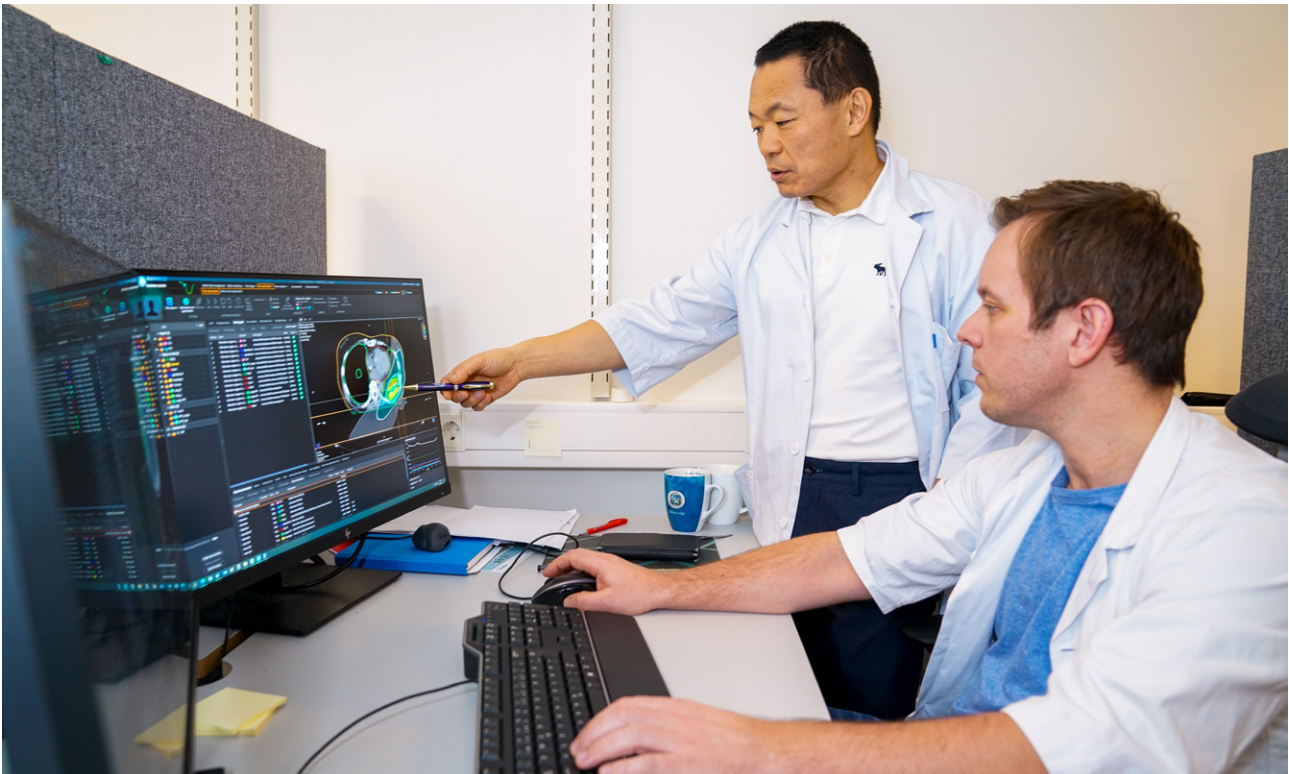
Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Videreføring av punktene over





4.2 Ta i bruk kunnskap og ny teknologi



Ved St. Olavs hospital skal forskning være en integrert del av all klinisk praksis og pasientbehandling.

Foto: Geir Otto Johansen/St. Olavs hospital



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.

(Strategi 2030)

Vårt målbilde

- Vi har godt samarbeid med utdanningsinstitusjonene og kommunene med mål om god forsknings- og innovasjonsaktivitet med reell brukermedvirkning
- Vår innovasjonskultur er godt etablert med spesifikk satsing på tjenesteinnovasjon
- Vår forskningsaktivitet er omfattende og av høy kvalitet
- Vi tar i bruk behandlingsmetoder som er vedtatt i Beslutningsforum
- Vi sørger for samarbeid med næringsliv når behov for relevant teknologi ikke kan dekkes innenfor helseforetaket
- Vi utnytter mulighetene som finnes i Helseplattformen innen beslutningsstøtte og behandling av pasienter, kvalitetsforbedring, drift, utdanning, forskning og innovasjon

St. Olavs hospital har et særlig ansvar for å fremme forskning, utdanning og innovasjon i den kliniske virksomheten, og er godt posisjonert til å gjøre dette som universitetssykehus integrert med NTNU. Kompetanseflyt mellom utdanning, forskning, innovasjon og pasientbehandling er viktig og gjensidig kvalitetshevende. Dette bidrar til kort vei fra kunnskap til forbedret praksis. Det er godt dokumentert at sykehus som er rangert som de beste i verden på pasientbehandling også ligger helt i front innen forskning, innovasjon og utdanning. En viktig satsing for å realisere dette har vært etablering av Clinical Academic Groups (CAG)⁷⁵. Status som CAG tildeles av det regionale Samarbeidsorganet for å adressere en definert helseutfordring i regionen. Kun få utvalgte miljø får tildeling etter en grundig søknadsprosess. Hensikten er å stimulere til regional faglig samhandling med fokus på utdanning, forskning og innovasjon på tvers av sektorene, med mål om bedre helsetjenester.

Ved å kommunisere våre forsknings- og innovasjonsaktiviteter ut på ulike sosiale medier ønsker vi å oppnå kunnskap og engasjement blant brukere og ansatte ved St Olavs hospital. Vi har *Fredagsforelesninger*⁷⁶ som fast program for å synliggjøre og formidle aktuelle prosjekter i universitetssykehuset.

Et viktig prosjekt og stor satsing i vår region blir innføring av Helseplattformen høsten 2022 der vi svarer ut målbildet til regjeringen Solberg om *En innbygger – En journal*⁷⁷.

Helseplattformen svarer ut behovet for felles pasientjournalløsninger med mål om bedre koordinering og kommunikasjon mellom kommunene, fastlegene og sykehusene. Den blir også et virkemiddel for innovasjon, digitalisering, standardisering, innføring av ny teknologi og systematisk håndtering av helsedata. Helseplattformen blir dermed en sentral del av vår forsknings- og innovasjonsinfrastruktur.

Forbedringsprogrammet er den viktigste strategiske innovasjonsinnretningen ved St. Olavs hospital. Her styrer klinikkens behov og pasientenes erfaringer utviklingen av morgendagens tjenester til det beste for befolkningen.

4.2.1 Forskning

Forskning er en av hovedoppgavene for spesialisthelsetjenesten der økt kvalitet og omfang av forskning vil føre til økt måloppnåelse for alle 4 strategimål i Strategi 2030⁷⁸. Det er sterke, nasjonale føringer om økt satsing på klinisk behandlingsforskning som inkluderer pasienter med formål om å forbedre eksisterende behandlingsrutiner⁷⁹. Forskningsentre for klinisk behandling (FKB)⁸⁰ finansiert av Forskningsrådet bidrar til dette ved å styrke og videreutvikle fremragende og nyskapende forsknings- og innovasjonsmiljøer. I 2021 mottok Norsk senter for hodepineforskning ved vårt integrerte universitetssykehus en slik høythengende tildeling til prosjektet NorHead⁸¹.

75 Clinical Academic Groups (CAG) Helse Midt-Norge

76 Fredagsforelesninger

77 Bedre journal- og samhandlingsløsninger for den kommunale helse- og omsorgstjenesten- regjeringen.no

78 Strategi 2030 – Helse Midt-Norge

79 Program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten – KLINBEFORSK

80 Forskningsentre for klinisk behandling – FKB

81 NorHead

Virkemidler for å øke omfang og kvalitet i forskning kan være forskjellig i ulike klinikker ved St. Olavs hospital. Støtte til klinikere og forskere med oversikt over forskningsmidler, hjelp til søknadsprosesser og håndtering av lover og forskrifter blir viktig å videreutvikle i samarbeid med NTNU. Forskningsinfrastruktur må utvikles slik at den til enhver tid er relevant og oppdatert. Dette vil bidra til å styrke pasientnær forskning og til økt omfang og kvalitet i forskningen. Det er etablert et eget forbedringsprosjekt for forskningsstøtten ved det integrerte universitetssykehuset som skal sikre dette. Et veikart med oversikt over forsknings- og innovasjonsinfrastruktur i regionen er i gang med å utvikles våren 2022.

Ifølge nye styringskrav ved St. Olavs hospital skal forskning være en integrert del av all klinisk praksis og pasientbehandling. For mange vil forskningskoordinatorer/medarbeidere med forskningserfaring på klinikk-/avdelingsnivå være et godt virkemiddel. Kombinerte stillinger i universitetssykehuset, også for andre profesjoner enn leger, bidrar til integreringen. Det vil være viktig å identifisere og ta vare på ansatte som har talent og interesse for forskning ved å legge til rette for gode karriereløp, forskerutdanning og frikjøpsordninger.

Et viktig premiss for å nå våre mål vil være å videreutvikle en god forskningskultur, og et fortsatt styrket samarbeid og integrasjon med NTNU i universitetssykehuset. Her må det identifiseres og elimineres konkrete flaskehalsar som er til hinder for integrasjonen. Andre viktige samarbeidspartnere å ivareta er SINTEF⁸² og næringsliv.

Regional forskningsstrategi 2016–2020⁸³ ligger til grunn for mange av våre prioriteringer, men dette vil ikke alene svare på behovet for utvikling innen forskningsfeltet frem mot 2030. I lys av styringskrav både lokalt, regionalt og nasjonalt vil det være hensiktsmessig å sikre sykehuset en lokal forskningsstrategi, og ivareta relevant rapportering av forskningsaktivitet fra klinikkene.

Innføring av Helseplattformen, politiske føringer og nye samfunnsutfordringer blir viktige å adressere i planperioden. Et regionalt Helsedatasenter vil ha stor betydning for innovasjon og klinisk behandling innen for eksempel persontilpasset medisin, også kalt presisjonsmedisin⁸⁴. Dette blir et viktig satsingsområde der strukturerte data i Helseplattformen vil gi store muligheter og fortrinn i forhold til andre regioner. Ledelse og forvaltning av et slikt helsedatasenter må ligge pasientnært, ved det integrerte universitetssykehuset. Nasjonal veileder i persontilpasset medisin⁸⁵ forventes snarlig utvidet og revidert, og blir et viktig grunnlag for videre satsing ved St. Olavs hospital.

Kombinasjonen av helsedata fra både primær- og spesialisthelsetjenesten med for eksempel befolkningsdata fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT)⁸⁶ vil kunne gi Midt-Norge et unikt fortrinn innen helseforskning. HUNT er også et viktig utgangspunkt for en satsing mot folkehelse og forebyggende arbeid. Kobling av regionale helsedata opp mot kvalitetsregistre eller nasjonale registre via Helseanalyseplattformen⁸⁷ kan bidra til store gevinster i form av kvalitativt god forskning med utgangspunkt i Helseplattformen og et regionalt Helsedatasenter. Et slikt helsedatasenter bør i størst mulig grad legge til rette for automatisert dataflyt, og for bruk av tungregning og kunstig intelligens i både forskning, innovasjon og pasientbehandling.

82 SINTEF

83 Strategi for forskning i Helse Midt-Norge 2016–2020

84 Persontilpasset medisin eller presisjonsmedisin? Tidsskrift Den norske legeförening 2020

85 Nasjonal veileder persontilpasset medisin 2017–2021

86 HUNT- Helseundersøkelsen i Trøndelag

87 Helseanalyseplattformen

Etter oppdrag fra Regjeringen har de fire regionale helseforetakene etablert NorTrials⁸⁸ for offentlig-privat samarbeid om helseinnovasjon og kliniske studier. En vei inn til kliniske studier skal tilbys for små og store bedrifter i næringslivet, og for offentlige aktører som vil gjennomføre slike studier i Norge. St. Olavs hospital sin nasjonale rolle i NorTrials vil være relatert til medisinsk teknisk utstyr. Translasjonsforskning er et viktig bindeledd mellom grunnforskning og klinisk virksomhet, og skal prioriteres.

Vi må i større grad adressere FNs bærekraftsmål⁸⁹. Det betyr at forskningsområder som for eksempel helsetjenesteforskning, bærekraftig helsetjeneste, lik tilgang til helsetjenester, global helse, forebygging og helsefremming samt antibiotikaresistens skal få økt aktualitet.



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Bidra i etablering, drift og ledelse av et regionalt Helsedatasenter, og sikre gevinster for forskning og pasientbehandling
- Legge en plan for etablering av gode kvalitetsregistre for de fleste diagnoser for å øke kunnskapsgrunnlaget i behandlingen, herunder sikre system og ressurser for å ivareta vedlikehold og oppdatering
- Vektlegge forskerkompetanse ved ansettelse, utrede hvordan forskerutdanning kan tilrettelegges parallelt med utdanningsløp og legge til rette for kombinerte stillinger
- Øke antall pasienter som får tilbud om deltakelse i klinisk behandlingssforskning, og legge til rette for deltakelse i regionale, nasjonale og internasjonale multisenterstudier
- Påse at forskningsaktivitet inngår i klinikkens rapporteringer
- Styrke samarbeidet med primærhelsetjenesten i Helsefelleskapet gjennom å etablere flere felles kliniske studier
- Videreutvikle brukerinvolvering i forskning i tråd med «Veileder for brukermedvirkning helseforskning i Helse Midt-Norge⁹⁰»
- Formidle forskningsresultater og forskningsdata åpent, og ta ny kunnskap raskt i bruk
- Rette fokus på presisjonsmedisin ved å utrede og ta i bruk mulighetene som ligger i helsedata fra Helseplattformen og andre datakilder
- Ferdigstille og implementere forbedringsprosjektet for forskningsstøtte
- Etablere flere kliniske studier, som registerbaserte randomiserte, kontrollerte studier (R-RCT)
- Øke samarbeid med næringsliv, både på legemiddel- og teknologisiden, blant annet gjennom videreutvikling av vår infrastruktur for forsknings- og innovasjonssamarbeid med næringslivet, og samarbeid med teknologimiljøene ved NTNU og SINTEF
- Utrede grunnlag for søknad om CAG innen områder som forebyggende helsearbeid, samhandling og enhetlig helsetjeneste i samarbeid med Helsefelleskapet
- Sikre et klinikknært forskningsmiljø på begge campusene innen Psykisk Helsevern (Øya og Lade) gjennom samarbeid med NTNU

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Videreføring av punktene over

88 Regjeringa satsar på helsenæring og kliniske studiar – NorTrials

89 FNs bærekraftsmål

90 Veileder for brukermedvirkning i helseforskning i Helse Midt-Norge

4.2.2 Innovasjon

Ved St. Olavs hospital har vi en ambisjon om å være i front på tjenesteinnovasjon i Norge. Innovasjon handler om å skape ny praksis som tas i bruk. *Nytt, nyttig og nyttiggjort* er et samlede begrep, der innovasjon ved St. Olavs hospital skal omfatte alt utviklingsarbeid, både større endringer og mindre forbedringer. Målet er å skape gevinster for pasienter, medarbeidere og for organisasjonen.

Vårt omtalte *Forbedringsprogram* har hatt tjenesteinnovasjon som et fast satsingsområde de siste årene, og dette vil fortsatt prioriteres høyt. Innovasjonsarbeidet ved St. Olavs hospital skal ha pasientsentrert fokus med utgangspunkt i våre medarbeidere.

Forskningsbasert innovasjon øker konkurransekraft og verdiskaping. I dag har St. Olavs hospital mange pågående innovasjonsprosjekter, både i regi av *Forbedringsprogrammet* og gjennom egne finansierte innovasjonsprosjekter. Gjennom forbedringsprogrammet har alle klinikker hatt minst ett innovasjonsprosjekt. I tillegg har St. Olavs hospital fått tildelt 56 nye innovasjonsprosjekter med finansiering fra innovasjonsutlysningen fra Helse Midt-Norge, fordelt over de siste tre årene. Disse omhandler kategoriene produkt- og tjenesteinnovasjon, men sistnevnt har størst overvekt. St. Olavs hospital har også egne kommersialiseringsprosjekter som mottar finansiering fra FORNY-programmet i Forskningsrådet⁹¹. Forskningsbasert innovasjon er en driver for økt konkurransekraft og verdiskaping, og St. Olavs hospital har deltatt og deltar i flere EU-prosjekter. Vi har to store prosjekter i rammen av Innovasjonspartnerskap, som begge har mottatt finansiering fra Innovasjon Norge for samarbeid med næringslivet⁹²:

- Autoskår⁹³
- Teknologisassistert opplæring i kliniske ferdigheter⁹⁴

Det er stor variasjon i egne drevne prosjekter og prosjekter som mottar finansiering fra Helse Midt-Norge, Forskningsrådet, Innovasjon Norge og EU. Fellesnevneren for mange av disse prosjektene er at disse omhandler tjenesteinnovasjon. Selv om det finnes egne prosjekter som omhandler produktinnovasjon, kan disse også ha behov for å settes inn i et tjenesteinnovasjonsløp.

Pandemien har vært utfordrende for hele helseforetaket, men vi fikk bekreftet at våre ansatte klarer å omstille seg på kort varsel ved å tenke ut nye løsninger. Et godt eksempel på dette er den raske omstillingen til videokonsultasjoner beskrevet i kapittel 4.2.3. Ved St. Olavs hospital vil vi skape en kultur for nyskaping og forbedring der våre helsearbeidere er gode intraprenører. En intraprenør er en entreprenør innad i egen arbeidsplass, helt i tråd med vår innovasjonskultur⁹⁵. For å sikre at våre ansatte vet hvordan man praktisk jobber med innovasjon, og spesielt tjenesteinnovasjon, vil det i planperioden bli utviklet et konkret og enkelt verktøy. Utvikling vil skje i samarbeid med brukere, forskningsmiljøer og samarbeidspartnere.

Innovasjonsarbeid sammen med kommunene, spesielt innen tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi, blir et viktig satsingsområde i planperioden.

91 FORNY – Forskningsbasert nyskaping

92 Innovasjonspartnerskap – Innovasjon Norge

93 Autoskår

94 Teknologisassistert opplæring i kliniske ferdigheter

95 Intraprenørskap – Sammen skaper man løsninger for fremtiden

Vi må etablere gode arenaer for dialog med Helsefelleskapet⁹⁶, Universitetskommunen TRD 3.0 (NTNU og Trondheim kommune)⁹⁷, andre helseforetak, Sykehusapotekene, næringsliv, SINTEF og NTNU. For å utnytte mulighetene innenfor patentering, kommersialisering, lisensiering og bedriftsetablering må kompetanse innenfor IPR (immaterielle rettigheter) styrkes i samarbeid med NTNU⁹⁸ og NTNU TTO⁹⁹.

Våre utdanningskandidater vil være viktige ressurser inn i innovasjonsprosjekter, enten det er sykepleierstudenten som skriver en bacheloroppgave, eller legen som i sitt spesialiseringssløp leder et forbedringsprosjekt. En brukerstemme har uttalt at *Pasientane er dei mest radikale endringsagentane*¹⁰⁰, og tilrettelegging for brukerinvolvering blir dermed en selvfølge i vårt innovasjonsarbeid.

Formidling av vår innovasjonsaktivitet blir et virkemiddel for å skape engasjement omkring dette viktige satsingsområdet. Det planlegges å arrangere en årlig innovasjonskonferanse ved St. Olavs hospital der vi setter fokus på flere av våre spennende prosjekter. Formålet er å skape en arena for samhandling og erfaringsutveksling omkring nyskaping, både lokalt og nasjonalt, og å løfte frem våre innovative ansatte.



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Være i front på tjenesteinnovasjon i Norge
- Skape en innovasjonskultur hos alle ansatte med tydelig forankring i klinikk og ledelse
- Videreutvikle en tydelig innovasjonsstrategi
- Videreutvikle vårt senter for helsetjenesteutvikling med kompetanse innen tjenstedesign, logistikk, ressursutnyttelse og helseøkonomi
- Utvikle et godt og enkelt innovasjonsverktøy for våre ansatte
- Videreutvikle det strategiske samarbeidet med aktuelle fagmiljø ved NTNU med tanke på helsetjenesteutvikling
- Årlig arrangere en nasjonal innovasjonskonferanse
- Videreutvikle gode møtearenaer med våre samarbeidspartnere
- Større fokus på forskningsdrevet innovasjon ved å ta i bruk ny kunnskap i vårt tjenestetilbud
- Utnytte de teknologiske mulighetene for innovasjon innen e-helse, og spesielt gjennom Helseplattformen
- Øke brukermedvirkning og engasjere utdanningskandidater i våre innovasjons-prosjekter
- Styrke våre ansattes kompetanse innenfor IPR (immaterielle rettigheter) i samarbeid med NTNU

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Videreføring av punktene over

⁹⁶ Se kapittel 4.4.1

⁹⁷ Universitetskommunen TRD 3.0

⁹⁸ Innovasjon og kunnskapsforvaltning NTNU (ressursside for IPR)

⁹⁹ NTNU Technology Transfer AS

¹⁰⁰ Meld.St.11 Kvalitet og pasientsikkerhet 2013, kapittel 1



St. Olavs hospital ønsker å være en regional pådriver for å ta i bruk digitale løsninger. Under pandemien skjøt utviklingen fart, da nær 20 prosent av alle polikliniske konsultasjoner ble konvertert til telefon- og/eller videokonsultasjoner. Foto: Elling Finnanger Snøfugl/St. Olavs hospital

4.2.3 Teknologi og digitalisering i pasientens helsetjeneste

Innføringen av Helseplattformen blir det største digitaliseringsprosjektet som implementeres i planperioden.

Gjennom digitalisering skal vi bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbedre, samt legge til rette for økt verdiskapning og innovasjon. I dialog med markedet, men også ved å utvikle egne løsninger basert på forskning og innovasjon, vil vi sette sammen riktig teknologi for å dekke behovene knyttet til fremtidig pasientbehandling og aktivitet. Dette er i tråd med de behovsreducerende anslagene (bærekraftsanslag og digital egenoppfølging) omtalt i kapittel 2.4.

Endringer innen teknologi og digitalisering må skje i tett samråd med pasientene. Med økt digitalisering og bruk av teknologi ligger det et potensial for å effektivisere helsetjenesten. Dette kan gi mer plass til forbedret omsorg, behandling og oppfølging. Her er det behov for økt digital helsekompetanse, og økt kunnskapsgrunnlag.

I samarbeid med NTNU og kommunene må vi tilrettelegge for godt planlagte prosjekter, og en bærekraftig bruk av ressursene fremover.

Vi har så vidt begynt å ane mulighetene som ligger i bruk av kunstig intelligens (KI) og sensorteknologi. Innføring av KI vil påvirke hvordan ulike yrkesgrupper jobber, og hvordan flere kompetansefelt må samarbeide. Digitale tjenester ved hjelp av teknologiske nyvinninger og velferdsteknologi må utnyttes godt. Her er det muligheter for pasientene til å bo hjemme lengst mulig, og samtidig redusere belastningen på spesialisthelsetjenesten¹⁰¹. Oppfølging gjennom digital rehabilitering kan være et verktøy for mer likeverdige helse-tjenester. Flytting av medisinsk utstyr nærmere pasienten gir rom for større fleksibilitet, samhandling og bedre ressursutnyttelse. Innen psykisk helsevern tilbys terapiveiledet internettbehandling for en rekke tilstander gjennom Senter for eTerapi¹⁰². Innfasingen av pasientportalen *HelsaMi* vil understøtte dette.

St. Olavs hospital ønsker gjennom forskning og innovasjonsprosjekter å være en regional pådriver for å ta i bruk digitale løsninger. Dette vil vi gjøre gjennom satsingsområdet *Digitalisering* i regi av *Forbedringsprogrammet*, og med våre samarbeidspartnere. Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU)¹⁰³ og Fremtidens operasjonsrom (FOR)¹⁰⁴ vil være sentrale aktører i dette arbeidet. Kommunene i Trøndelag har organisert satsingen om velferdsteknologi i Trøndelagsløftet¹⁰⁵. Et samarbeid mellom St. Olavs hospital, kommunene, NTNU, SINTEF og næringsliv på dette og andre områder innen teknologi og digitalisering blir viktig å gå videre med i planperioden.

Det utadvendte sykehuset

Nasjonal helse- og sykehusplan peker på utvikling av det utadvendte sykehus hvor tjenestene i større grad flyttes ut av sykehuset gjennom blant annet digitale løsninger og bruk av ny teknologi. Spesialister på store sykehus skal bistå spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten. Sammen bidrar vi til samhandling med kommunens helsepersonell på kommunale arenaer. Sykehuset skal bistå pasienter i hjemmet, både ved hjelp av digitale løsninger og ved å tilby enkle og tidsriktige løsninger. Gevinstmålene for Helseplattformen skal understøtte dette.

St. Olavs hospital har siden 2019 hatt en egen satsing på «Det utadvendte sykehus» gjennom prosjektet *Digitalisering*. Dette skjøt fart da pandemien brøt ut ved at nær 20 % av alle polikliniske konsultasjoner ble konverterte til telefon- og/eller videokonsultasjoner. Økt kapasitet, færre reiser for pasienter og god brukertilfredshet vist gjennom flere brukerundersøkelser er noen av resultatene.

Med økt digitalisering og bruk av teknologi ligger et potensiale for å effektivisere helsetjenesten, men det krever et solid kunnskapsgrunnlag. Vi må tilrettelegge for godt planlagte prosjekter med våre samarbeidspartnere, og en bærekraftig bruk av ressursene fremover.

101 Anbefaling nasjonal tilrettelegging for medisinsk avstandsoppfølging

102 Senter for eTerapi

103 RSHU

104 Fremtidens operasjonsrom

105 Velferdsteknologo – Trøndelagsløftet

Brukervennlig helsetjeneste

Ny teknologi må være brukervennlig og valg av teknologi må skje i nært samarbeid med pasientene. I vår satsing på digitale helsetjenester må det reflekteres over at bruken av teknologi ikke nødvendigvis passer for alle pasientgrupper. Forståelse og bruk av digitale plattformer kan være en utfordring for flere. Digital hjemmeoppfølging er et område som kan gi økt mestring og trygghet, men dette krever at pasienten selv har en viss kompetanse og kan benytte seg av mulighetene. Digital helsekompetanse må derfor gis oppmerksomhet, både for pasienter og helsearbeidere.

Der digital kompetanse er mangelfull må helsehjelpen gis i et annet egnet format til det beste for pasienten.

Informasjonssikkerhet og personvern

Når ny teknologi, digitalisering og presisjonsmedisin blir en stadig større del av vår hverdag må både informasjonssikkerhet og personvern ivaretas. Direktoratet for e-helse har utarbeidet flere veiledere¹⁰⁶.

Informasjonssikkerhet handler om at informasjon, systemer og tjenester er tilgjengelig ved behov, at informasjon ikke endres utilsiktet eller av uvedkommende (integritet) og at informasjon ikke blir kjent for uvedkommende (konfidensialitet).

For å oppnå dette må organisasjonen og informasjonssystemene være i stand til å forebygge, oppdage og reagere på hendelser, samt ha evne til raskt å gjenopprette normalt tilstand etter en hendelse (robusthet). Personvern handler om retten til privatliv og retten til å bestemme over egne personopplysninger.

St. Olavs hospital skal ivareta konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet til informasjonsverdiene i henhold til lover, forskrifter, føringer fra myndighetene, samfunnsoppdraget og informasjonseierens interesser. Kontinuerlig oppfølging, evaluering og forbedring av styringssystemet for informasjonssikkerhet og personvern skal sikre at dette blir ivaretatt. Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helsesektoren (Normen)¹⁰⁷ skal følges.

Et dataangrep kan få store konsekvenser for pasientbehandlingen og dermed true pasientsikkerheten. Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige interesser i selskaper¹⁰⁸ påpeker vesentlige sårbarheter i de fire helseregionenes IKT-infrastruktur, og vesentlige svakheter i grunnleggende tekniske sikkerhetstiltak som skal forebygge og oppdage dataangrep. Dette blir viktig å adressere i planperioden gjennom bevisstgjøring og opplæring i personvern og sikkerhetskultur.

Sikkerhetsarbeid skal være basert på tilgjengelig kunnskap om trusler, sårbarhet, metoder og beste praksis.

106 Veiledere Direktoratet for e-helse

107 Normen – Direktoratet for e-helse

108 Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statens interesser i selskaper – 2019 Dokument 3:2 (2020–2021)



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Ta en toneangivende rolle regionalt og nasjonalt i videreutvikling av digitale helsetjenester
- Videreutvikle digitalt tjenestetilbud med konkrete mål for andel telefon- og videokonsultasjoner, pasientrapporterte opplysninger og veiledet internett-behandling
- Øke andelen hjemmebasert behandling gjennom digitalisering og sensorteknologi, og større bruk av medisinsk utstyr som brukes av pasienten hjemme
- Øke automatisering ved blant annet bruk av kunstig intelligens (KI)
- Etablere samarbeidsarenaer med næringsliv, kommuner, SINTEF og NTNU som kan realisere helsetjenestens behov innen teknologi og digitalisering
- Gi opplæring og arbeide for at informasjonssikkerhet og personvern er en integrert og naturlig del av all virksomhet, og gjennomføre risikovurderinger jevnlig
- Gjøre jevnlig kunnskapsbasert evaluering av det digitale tjenestetilbudet

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Videreføre punktene over, og følge aktivt med på behov og trender

4.2.4 Helseplattformen

Helseplattformen er et virkemiddel for digitalisering og innovasjon, og regionens største felles satsing i planperioden. Første implementering skjer i Trondheim kommune våren 2022, og på St. Olavs hospital høsten 2022.

Stortingsmelding 9 (2012/2013), *Én innbygger – én journal*¹⁰⁹, definerer mål og retning for utvikling av IKT-systemer i helse- og omsorgssektoren:

- Helsepersonell skal ha en enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelige for kvalitetsforbedring, helseovervåkning, styring og forskning

Helseplattformen i Midt-Norge vil gjøre det mulig å følge opp pasienter gjennom bedre informasjonsflyt og utveksling av helsedata mellom primær- og spesialisthelsetjenestene, noe som gir oss et nasjonalt fortrinn innen «behandling av mennesket» framfor å behandle enkeltstående sykdommer og hendelser. En direkte effekt av Helseplattformen bør være at flere konsultasjoner kan skje uten pasientens oppmøte i spesialisthelsetjenesten gjennom bedre samhandling med fastlegene.

HelsaMi

Pasientportaler som *HelsaMi* har potensial til å styrke pasienters muligheter for å medvirke aktivt i samvalg og i egen behandling¹¹⁰. Intensjonen er en opplevelse av økt mestring i håndtering av egen helse og helseutfordringer, og større grad av kontroll. Brukerne vil få oversikt over medisinsk historikk, timeavtaler, diagnoser, allergier, legemiddelbruk, prøvesvar med mer. Gjennom *HelsaMi* kan målsetninger om en pasientsentrert helsetjeneste, økt pasientmedvirkning og et behov for digitaliserte, tilgjengelige tjenester oppnås.

109 Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal*

110 *Den nye pasientjournalen* – nrk.no

Fra helsetjenestenes side kan *HelsaMi* understøtte behandling og tiltak, for eksempel i pakkeforløp. Det er forhåpninger om at dette vil være et verktøy for nye innovative tjenester, ikke bare videokonsultasjoner, men også hjemmesykehus, egenmonitorering og pasientopplæring. Det er muligheter for samhandling med utvalgte behovsgrupper, og flere nye prosjekter skal testes ut til dette formålet med god fordeling mellom psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk. Videre kan tjenester avlastes ved at noen pasienter kan gjøre mer selv gjennom lettere tilgjengelig informasjon. For pasienter som ikke mestrer denne digitale plattformen må det tas høyde for alternative løsninger.

Utvikling av denne pasientportalen må gjøres i tett samarbeid med pasientene.

Implementering

Det vil være en overgangsfase over flere år for kommuner og fastleger som tilknyttes Helseplattformen før implementering er realisert. Kommunikasjon mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste vil dels måtte foregå i parallelle systemer og dels i løsninger integrert i Helseplattformen. Også samarbeidspartnere og innbyggere i utenforstående kommuner må ivaretas.

En oppgaveglidning mellom primær- og spesialisthelsetjenesten som følge av implementeringen må skje i tett dialog med involverte parter, både helsepersonell og pasienter. Vi må til enhver tid stille spørsmålet om det vi gjør er etisk forsvarlig, og vie personvern og informasjonssikkerhet stor oppmerksomhet¹¹¹.



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Forbedre funksjonaliteten i løsningen slik at brukere og helsearbeidere opplever bedre kvalitet og enklere tilgang til helseinformasjon, styrket pasientsikkerhet, økt effektivitet, redusert uønsket variasjon og økt forskningsaktivitet i tråd med vedlegg 3, kapittel 6.
- Videreutvikle pasientportalen *HelsaMi* i samarbeid med brukere og helsearbeidere
- Utnytte Helseplattformen som samhandlingsverktøy for vår felles helsetjeneste
- Foreta en gjennomgang og kvalitetssikring av kommunikasjon med samarbeidspartnere som ikke tar del i Helseplattformen

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Vi viderefører punktene over

4.2.5 Kunnskapsbasert forbedring og tjenesteutvikling

Kunnskapsbasert utvikling av helsetjenesten handler primært om å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, men også å se dette i lys av erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i gitte situasjoner¹¹².

¹¹¹ se kapittel 4.2.3 Teknologi og digitalisering i pasientens helsetjeneste

¹¹² Kunnskapsbasert praksis – Helsebiblioteket

St. Olavs hospital skal ta i bruk nye former for behandling i tråd med de prioriteringene som gjøres nasjonalt. Vi vil arbeide fortløpende med å skaffe oversikt over og redusere uønsket variasjon og overbehandling, og å lære av avvik og feil. Vi skal bruke meldesystemene for HMS, kvalitet og pasientsikkerhet samt medarbeider- og brukerundersøkelser til å identifisere forbedringspotensial og utvikle bedre tjenester. Betydningen av å ta kloke valg og publikumskampanjen *Mer er ikke alltid bedre*¹¹³ understøtter dette.

Reduksjon av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) har vært et satsingsområde som har gitt en ønsket effekt ved St. Olavs hospital. Målingen i mai 2021 viste 3,6 %. Antibiotikastyringsteamet har jobbet systematisk for å nå målet om 30 % reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika innen utgangen av 2021 sammenliknet med 2012. Ansvarlig bruk av medikamenter må i tillegg følges opp, og en overordnet legemiddelstrategi skal på plass i planperioden. Fortsatt samhandling med Sykehusapotekene, og spesielt Sykehusapoteket i Trondheim, blir et godt utgangspunkt for gode prosesser omkring legemiddelhåndtering. Vi ser et stort gevinstpotensial i å sikre riktig og presis behandling på riktig tidspunkt, å ta i bruk nye behandlingsformer gjennom klinisk behandlingsforskning, samt prøve ut nytt medisinsk teknisk utstyr.

Medisinske kvalitetsregistre, både nasjonale og lokale, er viktige verktøy for å måle og evaluere vår praksis, og lære av andre. Et godt eksempel på dette er Norsk tonsilleregister¹¹⁴. Ved å ta i bruk helsedata på en ny og innovativ måte vil man kunne redusere uønsket variasjon i behandlingstilbudene mellom sykehus, men også kunne monitorere hvorvidt standardiserte pasientforløp kan ha uheldige effekter på subgrupper innenfor et vedtatt forløp. Nettopp dette premisset er en drivkraft innen persontilpasset medisin og diagnostikk. St. Olavs hospital skal bidra ved å delta i nasjonale screeningsprogram og evaluere effekten av disse på våre pasientkohorter. Innføring av Helseplattformen vil gi oss større muligheter til å holde oversikt over data i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet, og deretter bruke disse til styring og forbedring.

Det er utdannet forbedringsagenter som kan bistå i lokale forbedringsprosjekter, og enkelte medarbeidere har oppnådd kompetanse gjennom internasjonale program¹¹⁵. *Forbedringsprogrammet* skal være en bærebjelke i all forbedringsaktivitet ved St. Olavs hospital.



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Etablere tydelige lokale mål for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet der resultat av tiltak systematisk etterspørres og følges opp i organisasjonen
- Fortsatt fokus på reduksjon av sykehusinfeksjoner og bruk av bredspektrede antibiotika i planperioden med tallfesting av konkrete mål
- Iverksette forbedringstiltak knyttet til resultater fra kvalitetsregistre
- Utrede og utarbeide en legemiddelstrategi ved sykehuset

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Videreføre punktene over

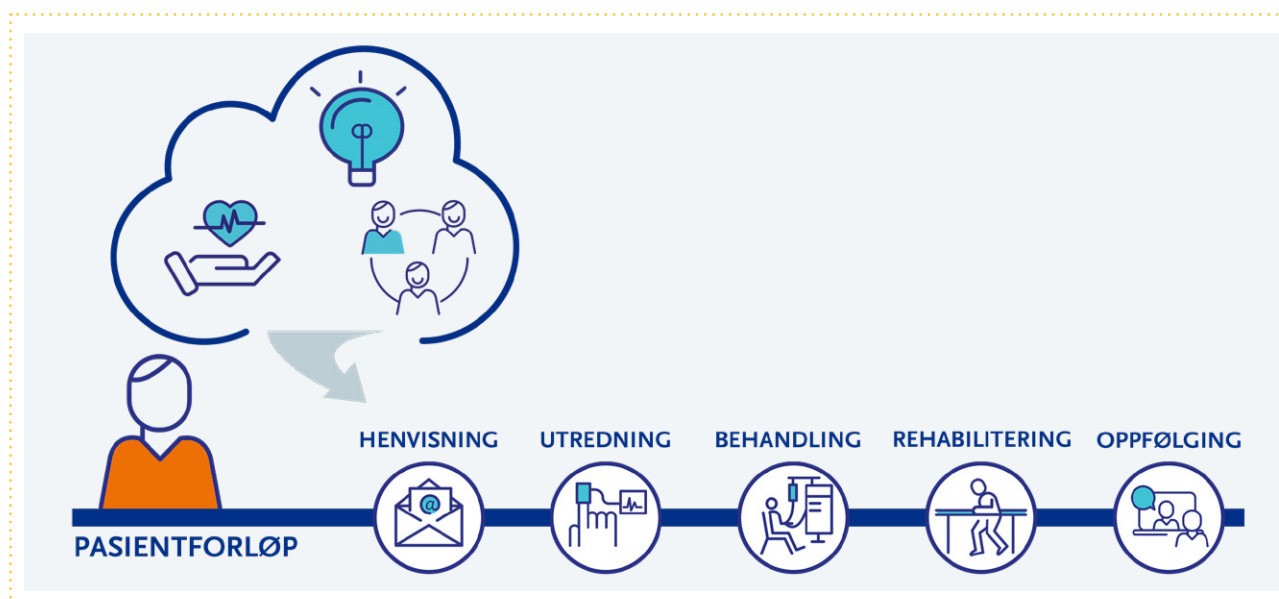
¹¹³ se kapittel 4.1.3 Pasient- og brukermedvirkning

¹¹⁴ Tonsilleregisteret – St. Olavs hospital

¹¹⁵ Institute for Healthcare Improvement

4.2.6 Standardisering

Standardisering av arbeidsmetoder, prosesser og utstyr er et viktig virkemiddel for å skape et likeverdig helsetilbud, sikre optimal ressursutnyttelse, redusere uønsket variasjon i helsetjenesten og lykkes med digitalisering. Utvikling av standardiserte pasientforløp og innføring av Helseplattformen blir sentrale satsinger for å nå våre mål. For å sikre gode, sammenhengende pasientforløp er e-helsestandarder nødvendige¹¹⁶. Samtidig må standardisering ikke bli til hinder for persontilpasset medisin.



Arbeidet med revisjoner og standardisering av pasientforløp pågår parallelt med revisjon av prosedyrer. Dette regionaliseres med utvikling av en prosedyrebank som er felles for hele Midt-Norge. Gode eksempler på digitale innovasjoner og teknologiutnyttelse i klinikkene må løftes frem slik at bruksmønstrene sperrer seg. Vi trenger en vekselvirkning mellom standardisering av infrastruktur, utstyr, applikasjonsportefølje og klinisk praksis.

Medisinsk utstyr

Medisinsk utstyr er noe vi omgir oss med daglig. De siste årene har det skjedd en rivende teknologisk, digital og vitenskapelig utvikling på området. Det finnes over 500 000 ulike typer medisinsk utstyr på EU-markedet, fra kontaktlinser og plaster til pacemakere, hofteimplantater og avansert diagnostisk utstyr.

Felles for alt utstyr er at det skal være trygt, sikkert og funksjonelt gjennom hele livsløpet, og ikke medfører fare for pasienter og helsepersonell. Det er etablert et nytt, enhetlig regelverk i alle EU/EØS-land¹¹⁷. Formålet er å styrke pasientsikkerheten ved at kravene til aktører som produserer og omsetter medisinsk utstyr skjerpes. En prosess for regional standardisering og fellesanskaffelser av Medisinsk teknisk utstyr (MTU) er utarbeidet. Ansvar for vurdering og vedtak om standardisering er lagt til tverrfaglige fagledernetverk¹¹⁸ i regionen, og ansvar for anskaffelse lagt til eget fagråd.

¹¹⁶ e-helse.no standardisering

¹¹⁷ Nytt EU-regelverk for medisinsk utstyr fra 26. mai 2021

¹¹⁸ Fagledernetverk – Helse Midt-Norge

I arbeidet med standardisering og fellesanskaffelser skal blant annet økonomiske gevinster, redusert ressursbehov, økt kvalitet og ulike gevinster i utstyrets levetid vektlegges. Vår utstyrspark må oppgraderes betydelig i planperioden, og dette er nærmere omtalt i kapittel 4.6.

Digitalisering og standardisering henger tett sammen, og innenfor IKT-området er det et ønske om en helhetlig plan for digitalisering. For digitale helsetjenester som tilbys pasienter utenfor sykehuset kan vi spesielt forvente en økning i behov for medisinsk utstyr. Såkalt *Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)*¹¹⁹ kan være aktuelt å benytte i regionen, og en utredning igangsatt for integrasjon mot Helseplattformen.

Regional logistikk

Som ledd i prosjekt *Fremtidig forsyningsstruktur*, er det i regionen besluttet en rekke aktiviteter og delprosjekter for å oppnå nødvendige gevinster innen innkjøp og materiell. Det er besluttet å redusere fra dagens 7 lagre til ett felles logistikkcenter fra og med 1. november 2022.



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Redusere uønsket variasjon ved å fortsatt implementere og videreutvikle standardiserte pasientforløp i tråd med forskningsbasert kunnskapsgrunnlag
- Videreutvikle vårt arbeid med revisjon av prosedyrer
- Bidra til å etablere regionalt logistikkcenter
- Arbeide videre med standardisering, effektivisering og forenkling av følgende områder:
 - Beredskap/leveringssikkerhet, økonomisk gevinst og anskaffelsesprosesser
 - Kompatibelt materiell gjennom føringer fra Helseplattformen og reduksjon i varesortiment
 - Innkjøpsprosesser for anskaffelser med høyt gevinstpotensial og lav risiko

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Videreføre punktene over





4.3 Rekruttere, utvikle og beholde personell

St. Olavs hospital har fokus på god veiledning, supervisjon og kompetansevurdering for helsepersonell under utdanning.

Foto: Geir Otto Johansen/St. Olavs hospital



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.

(Strategi 2030)

Vårt målbilde

- Vi er en attraktiv og trygg arbeidsplass med godt omdømme
- Vi er systematiske og innovative i vårt arbeid for å oppnå en bærekraftig dimensjonering og sammen-setning av arbeidsstyrken
- Vår rekrutteringsstrategi og vårt samarbeid med kommunene fører til rett kompetanse på rett plass
- I samarbeid med utdanningsinstitusjonene har vi forskningsbasert utdanning av våre helsearbeidere, og styrket forskningskompetanse hos våre undervisere
- Vi har fokus på god veiledning, supervisjon og kompetansevurdering
- Våre utdanningskandidater utvikler evne til omstilling, kvalitetsforbedrende arbeid og livslang læring

Fremtidig behov for spesialisthelsetjenester vil medføre en betydelig økning i behov for alle typer helsepersonell. Det økte behovet blir trolig enda større i kommunal sektor enn i spesialisthelsetjenesten, og blir vår største felles utfordring. Perspektivmeldingen 2021¹²⁰ viser at framskrivning av dagens bruk av helsepersonell medfører at én av tre unge må utdannes innen helse- og omsorgssektoren innen år 2060¹²¹. For St. Olavs hospital er det i vedlegg 2, kapittel 6, vist eksempler på framskriving av intensivsykepleiere, jordmødre og psykologer med tre ulike scenarier. Angivelse av fremtidig behov for personell er krevende da det er mange faktorer som påvirker utviklingen.

Selv om Norge har langt flere sykepleiere i forhold til folketallet enn noe EU-land, er mangel på sykepleiere den største utfordringen i helsesektoren. Sverige har en betydelig lavere andel sykepleiere pr. 1000 innbyggere, men har til gjengjeld langt høyere andel helsefagarbeidere¹²². Det utdannes allerede i dag for få sykepleiere og helsefagarbeidere i Norge, og dette gjør at vi må tenke helt nytt for å kunne dekke kommende behov¹²³.

For leger har utdanningstakten vært mer samsvarende med behovene fremover¹²⁴, men det har vært utfordringer i rekruttering av spesialister innen psykiatri og allmenntidmedisin. Den senere tid har også en rekke andre legespesialiteter begynt å rapportere om synkende rekruttering.

Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene (2019–2020)¹²⁵ har påpekt helseforetakenes utfordringer med å rekruttere og beholde sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre.

Utdanning av helsepersonell er en av helseforetakenes fire lovpålagte oppgaver (Spesialisthelsetjenesteloven § 3–8)¹²⁶. Ved St. Olavs hospital vil vi ta vår del av ansvaret med å utvikle vår utdanning og kompetansesammensetning. Fremtidens økte behov for helsetjenester kan ikke bare løses med tilsvarende økning i helsepersonell. Vi må utvikle og beholde det personellet vi har, og sikre gode kliniske og akademiske karriereveier. Kompetansesammensetning og oppgavedeling, både internt i helseforetakene og med kommunene blir avgjørende. Det vil bli behov for nye yrkesgrupper i helse- og omsorgssektoren, og vi vil trenge fleksible og innovative medarbeidere som bidrar til å videreutvikle tjenesten.

120 Perspektivmeldingen 2021 (se kapittel 4.5) – Regjeringen.no

121 Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019 og 2020–2023

122 Hvor mange sykepleiere trenger vi? – Dagens Næringsliv oktober 2020

123 Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035 (SSB)-Figur 5.10 Framskrevet utvikling sykepleiere og Figur 5.2 Framskrevet utvikling helsefagarbeidere

124 Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035 (SSB)-Figur 5.13 Framskrevet utvikling leger

125 Riksrevisjonen- Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene 2019–2020

126 Spesialisthelsetjenesteloven

Rekruttering handler om å ivareta bærekraft i det totale helsepersonellbehovet i vår region. Både primær- og spesialisthelsetjeneste har utfordringer med å få riktig kompetanse på rett plass, og sammen med kommunene må vi jobbe for å finne en riktig balanse i vår rekrutteringsstrategi. Planlagt og strukturert jobbrotasjon mellom og på tvers av enheter både innen somatikk og psykiatri vil kunne fremme rekruttering, kompetansedeling og kompetanseøkning i sykehuset.

For å møte fremtidens behov må vi også sikre rekruttering og utvikling av motiverte ledere som er i stand til å lede innovasjons- og endringsprosesser, og håndtere det helhetlige ansvaret for faglig kvalitet, økonomi og personale.

Forbedringsprogrammet – kompetansesammensetning

En forutsetning for å få på plass en bærekraftig rekruttering og kompetansesammensetning er å utvikle kultur for tjenesteinnovasjon og nytenking samt en god strategi¹²⁷. Ved St. Olavs hospital vil vi være faglig i front og forskningsbasert i vår satsing på innovasjon, og vektlegge dette i utdanningen av vårt helsepersonell.

Kompetansesammensetning er en av tre satsingsområder i *Forbedringsprogrammet*. Det er iverksatt et omfattende og viktig prosjekt som løper fram til 2025. Prosjektets mål er å bidra til at St. Olavs hospital har en dimensjonering og sammensetning av arbeidsstyrken som sikrer at sykehuset kan yte god, trygg og effektiv behandling nå og i fremtiden. Prosjektet består av fire delprosjekter¹²⁸:

- Analyse og overordnet strategi for fremtidens pleietjenester
- Utdanning og rekruttering av sykepleiere og spesialsykepleiere
- Intensiv- og overvåkningsavdelinger (INTOVA)
- Helsefagarbeidere og støttepersonell

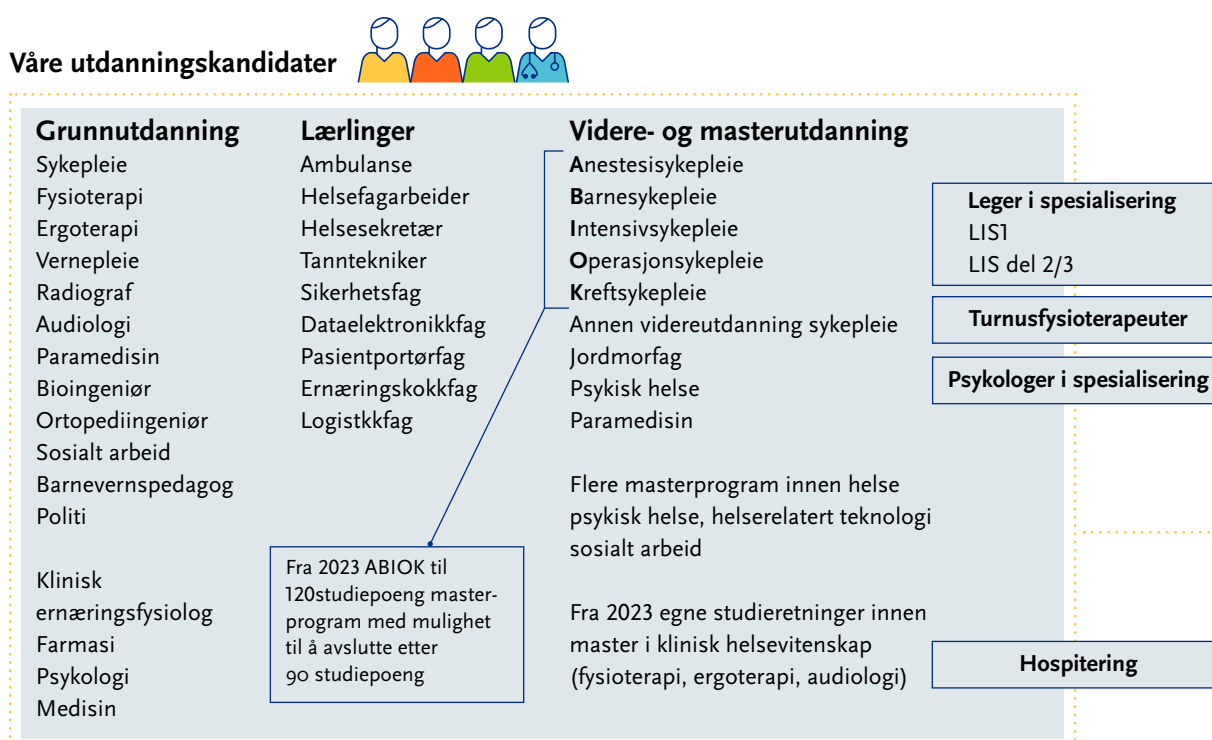
127 Strategisk kompetanseplanlegging ved St. Olavs hospital

128 Vedlegg nr. 4, kapittel 6: Tabell med oversikt over de fire delprosjektene i prosjektet Kompetansesammensetning

4.3.1 Utdanning

St. Olavs hospital tar imot studenter i praksisstudier og klinisk utdanning fra en rekke ulike studieprogram og profesjonsutdanninger. De fleste studenter er tilknyttet Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU. Også andre fakulteter ved NTNU er viktige samarbeidspartnere, likedan fagskoler og videregående skoler. Samarbeidet med utdanningsinstitusjonene reguleres gjennom forpliktende samarbeidsavtaler som følges opp av samarbeidsutvalg på ulike nivå.

Våre kandidater tilhører mange utdanningsretninger:



I tråd med nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) er det nå forskriftsfestet at praksisveileder som hovedregel bør ha formell veilederkompetanse¹²⁹. Det blir behov for gode systemer for veiledning og supervisjon i tillegg til verktøy for kompetansevurdering i våre videre- og masterutdanninger og i spesialistutdanningen av leger. Dette gjelder også lærlinger¹³⁰. St. Olavs hospital må ha oversikt over innholdet i de ulike studieprogrammene, og bidra aktivt med innspill slik at disse kan utvikles i tråd med kommende kompetansebehov.

Regjeringen annonserte høsten 2021 500 nye studieplasser innen sykepleie/spesialsykepleie¹³¹. Hver ny studieplass genererer et behov for inntil 30 uker veiledet praksis i spesialisthelsetjenesten, hvor veiledningskompetanse- og kapasitet allerede er en begrensning og en flaskehals. Dette gjelder spesielt utdanning til jordmor, anesthesi- og intensivsykepleiere, men også sykepleiere generelt.

129 Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfaglige utdanninger

130 Opplæringsloven

131 Økt opptak med 500 studieplasser i sykepleie – regjeringen.no

Det er nødvendig med god samhandling med universitets- og høyskolesektoren og med kommunene for å få dekket det totale behovet for praksis til våre utdanningskandidater. Dette må skje i form av en felles og langsiktig plan med utvikling og implementering av praksismodeller. Økt spesialisering, effektivisering, kortere liggetid og dreining av virksomheten fra døgn- til dagbehandling, gjør at læresituasjoner og tilgang på praksisplasser endres. Simulering og ferdighetstrening er godt etablert ved St. Olavs hospital og NTNU, og mulighetsrommet som ligger i denne læringsarenaen, må utnyttes. Dette kan bidra til å løse noen av utfordringene med økt press på spesialisthelsetjenesten som praksisarena.

St. Olavs hospital har 44 legespesialiteter i ny struktur for spesialistutdanning for leger. I den nye strukturen hviler et stort ansvar på hver enkelt leder i godkjenning av kompetanse knyttet til forskriftsfestede læringsmål. St. Olavs hospital har etablert et eget opplæringskontor for helsefagarbeider- og portørfag. Opplæringskontoret har en viktig rolle når det gjelder å motivere og tilrettelegge for flere læreplaner. Sykehuset tilbyr læreplaner også i andre fag, og det er et ønske om å samle alle under Opplæringskontoret.

Mange av våre undervisere har kombinerte stillinger i det integrerte universitetssykehuset. NTNU og St. Olavs hospital må sammen legge til rette for at helsearbeidere oppnår akademisk og pedagogisk kompetanse. Flere kliniske undervisere med mastergrad og ph.d. vil styrke kvalitet i undervisning og veiledning, i tillegg til å gi en mer forskningsbasert tilnærming i pasientrettet arbeid. Økt samarbeid om satsingen på stipendiatstillinger kan dekke behovet for høyere akademisk kompetanse i flere fagmiljøer. Det er også et ønske om å få på plass flere kombinerte 50/50 % stillinger med tydelig innhold og plan for hva man ønsker oppnå i stillingen. For å nå våre mål er en styrket tilhørighet og reell integrasjon i universitetssykehuset med NTNU ønsket. Ved å etablere gode læringsmiljø i fellesskap ivaretas studentene som er vår viktigste rekrutteringskilde.



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Utarbeide en felles strategi og plan med NTNU med mål om å tilpasse innhold i utdanning og veilederkompetanse i takt med økningen av studieplaner
- Etablere gode systemer for kompetansevurdering av våre utdanningskandidater, spesielt leger i spesialisering
- Utdanne helsearbeidere som har evne til omstilling og livslang læring gjennom bruk av innovative, kunnskapsbaserte og studentaktive metoder i tillegg til aktiv bruk av simulering og ferdighetstrening
- Videreutvikle Opplæringskontoret og øke antall læreplaner, spesielt for helsefagarbeidere
- Utarbeide en felles plan med NTNU for å øke akademisk kompetanse der etablering av flere kombinerte stillinger og stipendiatstillinger samt identifisering av fagområder med mangel på akademisk kompetanse blir viktig
- Øke aktiviteten innen medisinsk og helsefaglig utdanningsforskning
- Fortsette arbeidet med å utvikle og implementere praksismodeller

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Viderefører punktene over



Et godt team med helsefagarbeidere på akuttmottaket ved St. Olavs hospital.

Foto: Geir Otto Johansen/St. Olavs hospital



Tilgang på tilstrekkelig personell og kompetanse» og «sikre et forsvarlig psykososialt arbeidsmiljø, herunder balanse mellom oppgaver og ressurser» er to av områdene som er identifisert på listen over «Topp 10 risiko» som er utarbeidet i henhold til styringskrav og rammer for 2021 ved St. Olavs hospital.

4.3.2 Bemanning og kompetanse

Rekruttering

Selv om St. Olavs hospital har klare fortrinn innen rekruttering ved å være et universitetssykehus i en attraktiv studentby, men i likhet med kommunene opplever vi i vårt nedslagsfelt mangel på helsepersonell. Dette er vår største felles utfordring som vi må møte sammen. I rammen av Helsefelleskapet vil vi samarbeide om å sikre rett kompetanse til rett oppgave.

Framskrivninger av fremtidige behov for helsepersonell viser et gjennomsnitt¹³², og tar ikke høyde for fluktuasjoner slik vi for eksempel har opplevd under pandemien og årlig under sommerferieavviklingen. WHO fraråder aktiv rekruttering fra utviklingsland med kritisk mangel på helsepersonell, og oppfordrer til at medlemslandene i så stor grad som mulig dekker sitt behov gjennom egne ressurser. Norge har lenge vært avhengig av helsearbeidere fra utlandet. Lavere valutakurs over tid, og en utjevning av lønnsnivå for helsearbeidere mellom land i EØS, gjør at Norge ikke kan regne med like god tilgang på arbeidskraft fra utlandet i planperioden fram til 2035.

¹³² Leveranse fra temagruppe Framskrivninger HMN

Rekrutteringsprosessen ved St. Olavs hospital er en prosess med mange involverte og med sammensatte arbeidsoppgaver. Ny teknologi og nye kommunikasjonskanaler gjør det mulig å forenkle arbeidsprosesser, og drive mer målrettet profilering og rekrutteringsarbeid. Vi jobber aktivt for å styrke rekrutteringskompetansen der Bemanningssenteret¹³³ vil ha en viktig rolle og bistå klinikkene etter deres behov. Trainee-ordningen for sykepleiere er en god rekrutteringsordning som vil bli videreført¹³⁴.

St. Olavs hospital har som målsetting å tilby fast tilsetning i hele stillinger. Andel heltid har ligget stabilt i overkant av 72 % de siste årene, og det er etablert systemer hvor ansatte kan melde om uønsket deltid. Vi ser at ønsker om høyere stillingsandel ikke nødvendigvis er et ønske om hel stilling.

Mål om økt klinisk forskning krever personell med høy forskningskompetanse. Det er et mål i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier om at 5 % av pasientene som behandles i spesialisthelsetjenesten deltar i kliniske studier i 2025. St. Olavs hospital vil møte denne utfordringen ved å prioritere forskningskompetanse i rekruttering og ansettelse av klinikere.

Bemanning og kompetansesammensetning

Framskrivninger av behov for spesialisthelsetjenester tilsier at vi må gjøre store endringer i måten vi jobber på. I vedlegg 5, kapittel 6, vises en vekst i sykepleiergruppen på 20 % i perioden 2008–2020 og økning i andelen spesialsykepleiere fra 29 % til 38 % ved St. Olavs hospital. I samme periode er antall helsefagarbeidere mer enn halvert. Sykepleiere har overtatt enkelte oppgaver som ble utført av leger. Både leger og sykepleiere har overtatt oppgaver som helsesekretærer tidligere hadde ansvar for. Innen legespesialitetene har det skjedd en rekke endringer i oppgavefordeling mellom spesialiteter som er drevet fram av utvikling i teknologi og kunnskapsgrunnlag. Eksempler på dette er at ultralyd-diagnostikk nå er et viktig arbeidsverktøy for leger i flere kliniske fag.

Logistikk som kan planlegges frem i tid er for eksempel elektiv kirurgi, som ved St. Olavs hospital er fordelt på våre tre geografiske enheter: Røros, Orkdal og sentralt på Øya i Trondheim. Et felles inntakskontor og en felles venteliste for alle lokasjoner kan medføre bedre ressursutnyttelse.

Kompetansesammensetningen har frem til nå delvis endret seg som følge av økonomiske innstramminger og effektivisering. I planperioden ser vi et klart behov for en mer kunnskapsbasert og behovsprøvd tilnærming til fordeling av arbeidsoppgaver. Prosjektet *Kompetansesammensetning* er et satsingsområde i *Forbedringsprogrammet*, og vil ha prioritet i årene fremover.

133 Bemanningssenteret St. Olavs hospital

134 Traineeordning for sykepleiere

Pensjon og sykefravær

Vi ser en svak økning i gjennomsnittlig avgangsalder de siste ti årene ved St. Olavs hospital, men det er fremdeles en utfordring å få ansatte til å arbeide i foretaket helt fram til ordinær pensjonsalder.

Årlig kartlegging gjennom arbeidsmiljøundersøkelsen *ForBedring* viser at arbeidsbelastningen oppleves som stor, men vi ser en positiv utvikling med høy score på teamarbeidsklima. Resultatene er gjennomgående gode på foretaksnivå, men det er store variasjoner mellom klinikker og enheter der foretaket ikke har nådd målsettingen om et sykefravær lavere enn 6 %.

HMS og arbeidsmiljø

Helsepersonells helse, miljø og sikkerhet (HMS), kvalitet på helsehjelpen og pasientenes sikkerhet er gjensidig avhengig av hverandre. HMS har tilført arbeidslivet viktige reguleringer, standarder og veiledninger som har gjort arbeidsplassene tryggere. Godt arbeidsmiljø handler om å redusere risiko for farer, ulykker og sykdom, rette søkelyset mot de positive og helsefremmende faktorene i arbeidsmiljøet og aktivt involvere ansatte i det kontinuerlige forbedringsarbeidet. For St. Olavs hospital vil det være viktig å legge vekt på utvikling av HMS, og betydningen av et godt arbeidsmiljø for alle ansatte. Det å arbeide i et helseforetak er krevende relasjonelt, emosjonelt og fysisk.

Vi må heve bevisstheten om hva et godt arbeidsmiljø betyr slik at vi beholder flere ansatte på jobb, gjør arbeidsstokken mer stabil og blir mindre sårbare.



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Videreutvikle St. Olavs hospital som lærende og utviklende arbeidsplass gjennom satsing på kompetanseutvikling og systematisk gjennomføring av utviklingssamtaler
- Sikre en faglig begrunnet fordeling av oppgaver, funksjoner og ansvarsområder gjennom prosjektet *Kompetansesammensetning i Forbedringsprogrammet*
- Videreutvikle trainee- og utdanningsstillinger
- Utarbeide kompetanseplaner med gode maler på alle nivå i organisasjonen
- Styrke rekrutteringsarbeidet gjennom profilering og omdømmebygging
- Samarbeide om kompetansesammensetning og rekruttering i Helsefelleskapet
- Styrke rekrutteringskompetansen og videreutvikle Bemanningssenterets rolle i rekrutteringsarbeidet
- Kartlegge drivere og hemmere for heltid, og tilby flere ansatte fast tilsetting i hele stillinger der hovedregelen er å lyse ut 100 % faste stillinger
- Vektlegge forskerkompetanse ved ansettelser, og gjøre kombinerte stillinger attraktive
- Arbeide systematisk med å utvikle godt arbeidsmiljø og forebygge arbeidsrelaterte plager, sykefravær og frafall. Konkrete tiltak vil bli å
 - fortsette pilotering i det nasjonale Bransjeprogrammet for sykehus¹³⁵
 - følge opp arbeidsmiljøundersøkelsen *ForBedring*, og integrere dette i arbeidet med Helsetjenesteforskning.
 - styrke HMS-arbeidet gjennom å forenkle dagens systemer, utvikle og digitalisere verneunder og øke kunnskapen rundt viktigheten av å melde om og lære av avvik

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Legge til rette for rekruttering av nye yrkesgrupper i helse- og omsorgssektoren
- Sikre at St. Olavs hospital har en bærekraftig dimensjonering og sammensetning av arbeidsstyrken
- Målrettet arbeid med rekruttering og omdømmebygging
- Videre satsing på forbedringsarbeid og arbeidsmiljøutvikling
- Styrke alle elementene rundt HMS-arbeidet

4.3.3 Ledelse

Krav til ledelse i spesialisthelsetjenesten er beskrevet i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* som trådte i kraft 01.01.2017. Helsetjenesten står overfor et utfordrende fremtidsbilde med krav til høy omstillingstakt. Ved St. Olavs hospital vil endringsprosesser bli nødvendige i tilknytning til vårt satsingsområde og prosjekt *Kompetansesammensetning i Forbedringsprogrammet*. Her må ledere på ulike nivå involveres for å kunne møte bemanningsutfordringene i tiden fremover.

Med høyt arbeidspres og stort kontrollspenn opplever mange ledere det som utfordrende å sette av tid i hverdagen til å utvikle lederskap. Administrative støttesystemer og verktøy som er lett tilgjengelige kan frigjøre tid til ledelse, forbedringsarbeid og pasientrettet arbeid.

Ledere har behov for personlig og administrativ støtte i sin hverdag. Innhold og form på lederutviklingstiltak må være i samsvar med lederkravene og utfordringene i sektoren. Det må være kvalitet på prosessene i forkant av, og like etter tiltredelse.

St. Olavs hospital hadde i 2021 513 ledere. I oversikten over personellutviklingen (vedlegg 6, kapittel 6), ser vi at andel årsverk for mellomledere har økt vesentlig i forhold til andre ledere, særlig siden 2015. Øvrige ledere har også økt i antall årsverk. Støttefunksjoner har ikke hatt tilsvarende utvikling, og antall årsverk her har vært tilnærmet uforandret siden 2011.

Den teknologiske og digitale transformasjonen vi står i, og som nå for alvor kommer med Helseplattformen, vil utfordre oss på måten vi arbeider i dag. For å løse dette må vi fortsette arbeidet med å rekruttere og utvikle ledere, bygge innovasjonskultur og styrke evnen til omstilling. Vitenskapelig kompetanse hos ledere vil være en styrke, og som universitetssykehus har vi et særlig ansvar for å legge til rette for vitenskapelig aktivitet i form av utdanning, forskning og innovasjon. Enkelte deler av lederutviklingen vil da kunne skje i samarbeid med Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU.



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Arbeide målrettet med lederrekruttering og mottak/opplæring av nye ledere
- Videreutvikle vårt foretaksinterne lederutviklingsprogram med mobilisering av ledertalenter og oppfølging/utvikling av ledere og ledergrupper
- Delta aktivt i utviklingen av et regionalt topplederprogram og i gjennomføringen av programmet i Helse Midt-Norge
- Sikre god lederstøtte gjennom tilgang på styringsinformasjon og hensiktsmessig merkantil støtte
- Videreutvikle rammer, og tydeliggjøre forutsetninger, for gjennomføring av lederoppgaver

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Videreutvikle lederutviklingstiltak, lederstøtte og styringsinformasjon som fremmer innovasjon og nytenking, og som gjør det mulig å drive systematisk forbedringsarbeid



4.4 Gode lagspillere



En pasient får operert inn hofteprotese. Foto: Geir Otto Johansen/St. Olavs hospital



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.

(Strategi 2030)

Vårt målbilde

- Vi tilbyr en god og sammenhengende helsetjeneste med kultur for helhet og brukermedvirkning
- Vi tar et hovedansvar for et tett og forpliktende samarbeid i Helsefelleskapet der vi tar en aktiv rolle i videre utvikling av samhandling med fastlegene og kommunene
- I interaksjon med helseforetakene i regionen, utdanningsinstitusjonene og private aktører har vi god kommunikasjon og veletablert samarbeid
- Vi bygger en fellesskapskultur der vi lærer av hverandre, bygger kompetanse på tvers og har en klar ambisjon om samarbeid om nødvendig og hensiktsmessig rekruttering på tvers av nivå i Helsefelleskapet

Å spille hverandre gode er en forutsetning for samhandling og levering av fremragende helsetjenester.

Gode relasjoner med kommunene og fastlegene i Helsefelleskapet, med NTNU, med øvrige helseforetak og med private aktører er viktige for å kunne gi pasientene et helhetlig tilbud der kompetansen settes inn på riktig nivå og med forsvarlig fordeling av ressursene. St. Olavs hospital har her et særskilt ansvar både som lokalsykehus, regionsykehus, og universitetssykehus.

4.4.1 Helsefelleskap og samhandling

Helsefelleskap

Samhandlingsreformen fra 2012 var en koordinerings- og retningsreform som blant annet gav kommunene et større ansvar i form av levering av helsetjenester nærmere pasienten. Reformen forpliktet spesialist- og primærhelsetjenesten til å inngå samarbeidsavtaler, og dette er tydelig forankret i Nasjonal helse- og sykehusplan. Helsefelleskapet er etablert for å ivareta samhandling i praksis, og i vår region består dette av St. Olavs hospital og 22 kommuner der en samarbeidsavtale ble signert med ikrafttredelse 01.03.2021¹³⁶. Samhandling i Helsefelleskapet ivaretas i tre nivåer: Politisk samarbeidsutvalg (PSU), Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) og fem fagråd med ulike ansvarsområder. Brukermedvirkning skal sikres i alle 3 nivåer. For oversikt over organisering, se vår nettside, som er etablert som felles informasjonskanal¹³⁷.

I Helsefelleskapets administrative samarbeidsutvalg deltar representanter fra helseforetak, tilhørende kommuner, fastleger og brukere. Som observatører deltar tillitsvalgte, KS¹³⁸, Statsforvalter, Sør-Trøndelag fylkeskommune og NTNU.

De fire prioriterte pasientgruppene tidligere omtalt i kapittel 4.1.2 skal prioriteres i rammen av Helsefelleskapet.

Fra Helsedirektoratet er det lagt ut styringsinformasjon¹³⁹ som skal kunne benyttes som grunnlag for dialog og samhandling på tvers av forvaltningsnivåene. Helsefelleskapet i vår region har utviklet en strategi, *En sømløs helsetjeneste – felles ansvar*, med tre strategiområder og seks satsingsområder.

De tre strategiområdene:

- Pasientens helsetjeneste
- Bærekraftige tjenester
- Felles kultur for innovasjon og samskaping

De seks satsingsområdene:

- Helhetlige pasientforløp for prioriterte pasientgrupper
- Utskrivningsklare pasienter
- Digitalisering og teknologi
- Akuttmedisinsk kjede og helseberedskap
- Kompetanse
- Analyse og styringsinformasjon

¹³⁶ Samarbeidsavtale Helsefelleskapet

¹³⁷ Samhandling St. Olavs hospital

¹³⁸ KS

¹³⁹ Styringsinformasjon Helsefelleskap

I tillegg til strategien er det utarbeidet en handlingsplan med konkrete tiltak på hvert område. Denne planen skal være et dynamisk verktøy hvor brukermedvirkning er en viktig faktor. Strategi og handlingsplan (vedlegg nr. 7, kapittel 6) er i all hovedsak utarbeidet på bakgrunn av Nasjonal helse- og sykehusplan, Samarbeidsavtalen og innspill fra PSU, ASU og fagrådene i samhandlingsstrukturen. St. Olavs hospital har i mange år vært det sykehuset som har hatt flest utskrivningsklare pasienter i landet. Av den grunn har det vært viktig å få dette som et eget satsingsområde i Helsefellesskapet.

Samhandling

Gode rammer omkring endringer i samhandling med primærhelsetjenesten skapes innen utvalgene og fagrådene i Helsefellesskapet. Fagråd for legesamarbeid har utarbeidet en egen sjekklister som anbefales brukt når det oppstår forespørsler om endret oppgavedeling mellom helseforetak og fastleger/kommuner¹⁴⁰. Fagråd for legesamarbeid har i tillegg utarbeidet forslag til samarbeidsrutiner mellom fastleger og St. Olavs hospital¹⁴¹.

Samarbeidsavtalen i Helsefellesskapet har gode føringer: *Endring av egen praksis og tjenestetilbud, som får konsekvenser for ansvars-/oppgavefordeling, skjer etter drøfting med partene.*

Eksempler på samhandling i Helsefellesskapet er ført opp i vedlegg nr. 8, kapittel 6. Disse har vi som mål å videreutvikle.



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Videreutvikle arbeidet med Helsefellesskapet, gjøre handlingsplanen kjent i helseforetaket, fortsette arbeidet med å videreutvikle den og sette i gang tiltak for implementering
- Sikre brukerrepresentasjon i alle nivåer i Helsefellesskapet
- Styrke vår utadrettede virksomhet gjennom våre desentrale spesialisthelsetjenester (ambulante tilbud, desentrale poliklinikker, bruk av ny teknologi, virtuelle undersøkelsesrom og hjemmedialyse) i dialog med kommunene
- Tydeliggjøre og utvikle en plan for fortløpende nødvendig og hensiktsmessig oppgavefordeling innen flere fagområder mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene
- Øke tilgjengeligheten av spesialister i henvisningsarbeidet ute på fastlegekontorer
- Utvikle en felles digital arena der spesialister fra sykehus kan jobbe sammen med kommunens helsepersonell
- Etablere en strategi for felles kompetansedeling innen pasientsikkerhet og kvalitet mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner
- Bidra i Helsefellesskapet til å få eliminert utfordringene med utskrivningsklare pasienter liggende i sykehuset

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Videreføre punktene over

140 Sjekkliste for saksgang ved ønsket oppgavedeling
141 Ny retningslinje 8 versj 09.12.20.pdf (stolav.no)



Et godt lag med intensivsykepleiere på helidekket. Foto: Geir Otto Johansen/St. Olavs hospital

4.4.2 Funksjons- og oppgavefordeling internt i foretaket og gjennom samarbeid med andre helseforetak i regionen

Internt samarbeid

Pasientene skal oppleve et helhetlig, trygt og forutsigbart pasientforløp i sykehuset. Det forutsetter et bredt faglig samarbeid mellom klinikkene, både for kapasitet og for bemanning.

St Olavs hospitals sentermodell bidrar bygningsmessig og organisatorisk langt på vei medisinske spesialiteter og organfokus. Dette bidrar til at sykehusets klinikker kan utvikle stor grad av spesialisering og autonomi. En utfordring er at tverrgående funksjoner kan være vanskelige å opprettholde på en god og tilstrekkelig fleksibel måte. Organiseringen kan dermed kreve spesielle tiltak for å skape gode samarbeidslinjer og en felles kultur og forståelse for sykehusets standarder, kjøreregler og mål. På dette området har sykehuset fortsatt et klart forbedringspotensial.

Et eksempel på at samarbeid på tvers noen ganger viser seg helt nødvendig, er ved fullt sykehus. Her vil høy tilstrømning av akutte innleggelses, i kombinasjon med et stort antall utskrivningsklare pasienter som venter på et tilbud i kommunene, sette sykehusets drift på prøve, blant annet ved at planlagt aktivitet må utsettes. Beredskap for kontinuerlig å kunne vurdere behov for omfordeling av kapasitet og ressurser internt i sykehuset må derfor være til stede. Et eksempel på tiltak for å ivareta dette er daglige kapasitetsmøter i regi av akuttmottaket, med representasjon fra alle klinikker.

Kompetansesammensetting blir førende for å få god og hensiktsmessig fordeling av oppgaver. Dette er omtalt i kapittel 4.3.2. En viktig forutsetning er forståelse for arbeidshverdagen på tvers av yrkesgrupper. Hver enkelt ansatt bidrar i vårt felles mål om å levere fremragende behandling, og gjennom å være gode lagspillere bygger vi fundamentet for et godt arbeidsmiljø.

St. Olavs hospitals rolle som region- og universitetssykehus og samarbeid med helseforetakene i regionen

St. Olavs hospital skal være en faglig spydspiss i Midt-Norge. Regionsykehusfunksjonen, med det ansvaret dette innebærer, skiller St. Olavs hospital fra de andre sykehusene i regionen. En velfungerende regionfunksjon skal komme alle pasienter i Helse Midt-Norge til gode. Dersom St. Olavs hospital fortsatt skal være i stand til å utøve regionsykehusfunksjonen med høy kvalitet og tilstrekkelig kapasitet, kreves en bevisst strategi og betydelig satsing. Målet er at sykehuset skal yte et høyspesialisert medisinsk tilbud på godt internasjonalt nivå der satsingen må gå langs flere akser. Høy kvalitet på tjenester krever tilstrekkelig volum der sammenhengen mellom volum og kvalitet må erkjennes av ledelse og beslutningstakere. Funksjonsfordeling mellom sykehusene må ta hensyn til dette sentrale kvalitetsaspektet. I henhold til sjeldne tilstander betyr dette at volumer for enkelte behandlinger ved St. Olavs hospital blir for lave. Dette vil kreve samarbeid med andre og større sykehus, oftest Rikshospitalet, og noen ganger med større sykehus i utlandet, fortrinnsvis nordiske.

St. Olavs hospital vil som et lite til middels stort region- og universitetssykehus ikke på egen hånd være i stand til å sikre nødvendig kompetanse innen alle områder. Øremerkede midler til kompetansebygging gjennom utvekslingsopphold, hospiteringer og studiebesøk ved relevante utenlandske institusjoner er nødvendig. Høyspesialisert medisin krever moderne medisinsk teknisk utstyr for at sykehuset skal være i front. Det betyr at dagens etter hvert nokså utdaterte utstyrsark må fornyes.

Et bredt faglig samarbeid mellom helseforetakene i Midt-Norge er nødvendig for å oppnå kvalitet i tjenestetilbudet og lykkes med hensiktsmessige og helhetlige pasientforløp. Samhandling i denne sammenheng forstås bredt: Direkte pasientrettet samhandling, samhandling om kompetansedeling og samhandling knyttet til utdanning og veiledning.

Kompetansen ved regionsykehuset må være tilgjengelig for kolleger ved lokalsykehusene, og det må være lett å ta kontakt for diskusjon om enkeltpasienter. Det er nødvendig med tilstrekkelig kapasitet til å utøve regionfunksjonen for elektiv virksomhet, og samtidig kunne ta over innlagte pasienter med akutte tilstander fra lokalsykehusene når det er behov for behandling på et høyere nivå.

St. Olavs hospital har fått i oppdrag av Helse Midt-Norge å lede fagledernetverk¹⁴² innenfor de ulike fagområdene. Disse vil få en viktig rådgivende funksjon med hensyn til oppgavedeling og koordinering mellom helseforetakene i regionen. For ytterligere å styrke regionfunksjonen er et tydeligere lederskap av fagledernetverkene viktig. Her har St. Olavs hospital ved klinikklederne selv et stort ansvar. Velfungerende fagledernetverk kan definere hva som kan og bør gjøres lokalt, og hva som av hensyn til kvalitet og pasientsikkerhet må utføres ved regionsykehuset. En regional plan må utarbeides for å rekruttere legespesialister til avdelinger som har utfordringer med rekruttering. Her vil fagledernetverkene spille en viktig rolle.

I regi av fagledernetverkene er det utarbeidet en rekke standardiserte regionale behandlingsforløp i samarbeid med Regionalt Senter for Helsetjenesteutvikling (RSHU).

Formålet er å sikre gode behandlingsrutiner, og hensiktsmessig samarbeid og funksjonsfordeling i hele foretaksgruppen.

Prosjektgruppen som fikk i oppdrag å vurdere fusjon av St. Olavs hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF påpekte i sin rapport fra januar 2021¹⁴³ at nettopp styrket samhandling i hele regionen måtte prioriteres fremfor en fusjon mellom to helseforetak. Rapporten konkretiserer flere anbefalinger for et bedret samarbeid. En hensiktsmessig oppgavefordeling med mål om et helhetlig tilbud i regionen må på plass samtidig som lokalsykehusfunksjonene ivaretas og samhandling med primærhelsetjenesten styrkes. Det ble i rapporten påpekt at implementering av Helseplattformen vil bidra til forenkling og harmonisering av informasjonsflyt og pasienthåndtering i helseregionen.

Det er fortsatt et gjestående behov for å optimalisere samhandlingen, og å løse utfordringene med funksjons- og oppgavefordeling. Dette vil vi arbeide videre med i planperioden.



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Videreutvikle Kompetansesammensetning i Forbedringsprogrammet for intern funksjons- og oppgavefordeling som beskrevet i kapittel 4.3.2
- Understøtte St. Olavs hospital sin rolle som regionens faglige spydspiss
- Etablere og videreutvikle faglig samarbeid med andre nordiske region- og universitetssykehus.
- Understøtte kompetansebygging og modernisering av medisinsk teknisk utstyr for å sikre kvalitet i regionfunksjonen
- Fortsatt ta et særskilt ansvar for å understøtte og lede fagledernetverkene
- Utnytte mulighetene i Helseplattformen for økt utadvendt virksomhet rettet mot andre helseforetak i regionen med mål om en bedre funksjons- og oppgavefordeling
- Utarbeide og implementere flere regionale standardiserte behandlingsforløp med mål om reduksjon av uønsket variasjon
- Bistå regional plan for rekruttering av spesialister i alle helseforetak
- Utrede en strategi for felles kompetansedeling innen pasientsikkerhet og kvalitet mellom helseforetakene

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Videreføre punktene over

4.4.3 Bruk av private aktører

I tillegg til de offentlig eide sykehusene og distriktsmedisinske sentre omfatter spesialisthelsetjenesten eksterne aktører som avtalespesialister og private leverandører med avtale. For å unngå uønsket variasjon, optimal ressursutnyttelse og yte helsetjeneste av høy faglig standard er det viktig at de private tilbyderne følger samme prinsipper for rettighetsvurdering og utøvelse av sin tjeneste som den offentlige helsetjenesten. Her er god kommunikasjon og tillit mellom de ulike aktørene avgjørende.

Avtalespesialister

For mange fagområder utgjør avtalespesialister et viktig supplement i tilbudet til befolkningen. St. Olavs hospital har inngått samarbeidsavtaler med de aller fleste avtalespesialistene som har praksis i vårt opptaksområde. Målet er tettere kommunikasjon, samarbeid, fordeling av oppgaver og god funksjonsfordeling mellom våre ulike avdelinger og de avtalespesialistene som arbeider innenfor samme fagfelt.

Det er inngått samarbeidsavtale med alle psykologspesialistene og de fleste legespesialistene.

Det er et behov for at også avtalespesialister tar i bruk Helseplattformen når denne innføres.

Tett dialog mellom St. Olavs hospital, avtalespesialister og det regionale helseforetaket er nødvendig for å optimalisere avtalene som inngås på regionalt nivå.

Private leverandører med avtale

Regionale helseforetak inngår årlig avtaler med private sykehus og poliklinikker, samt rehabiliteringsinstitusjoner. Helse Midt-Norge er det regionale helseforetaket i landet som, målt i andel i budsjett, kjøper mest private helsetjenester.

I utgangspunktet har St. Olavs hospital som ambisjon å tilby alle nødvendige helsetjenester til befolkningen. Når dette ikke er mulig er det viktig at avtalene med private leverandører innrettes slik at pasientene gis behandlingstilbud som er faglig likeverdig, som er underlagt de samme prioriteringer som de får ved de offentlige sykehusene, og med samme standarder innen pasientforløp. Dette forutsetter et nærmere faglig og forpliktende samarbeid mellom sykehuset og private leverandører enn det som er tilfelle i dag. Det er viktig at helseforetakene i større grad får ansvar for prioritering og vurdering av den helsehjelp som skal ytes hos private aktører. Dette kan gjøres gjennom etablering av felles henvisningsmottak i regi av sykehuset.

For tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) står private ideelle institusjoner for 50 % av all døgnbehandling som gis i HMN i form av antall oppholdsdøgn. Ved St. Olav hospital utgjør private ideelle 57 % av alle oppholdsdøgn (kilde pasientstrøm TSB i Helse Midt-Norge). St. Olavs hospital bør sette standard for pasientforløp hos private tjenesteytere slik det gjøres i somatikken. St. Olavs hospital mangler i dag tilbud om elektiv avrusning, og det er satt i gang et planarbeid for å sikre et slikt tilbud inn i Senter for psykisk helse.

I psykisk helsevern er det etablert samarbeidsavtaler mellom avtalespesialister og sykehuset, men det er behov for å jobbe videre med å realisere et felles henvisningsmottak.

Innen rehabilitering er det i dag et regionalt henvisningsmottak som vurderer henvisninger. Dagens bruk av relativt store midler til kjøp av private rehabiliteringstjenester bør revurderes i planperioden. Det må utredes om det er grunnlag for å tilbakeføre noen av oppgavene til St. Olavs hospital, jmf evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)¹⁴⁴. Her er aktiv bruk av Helseatlas viktig¹⁴⁵.

¹⁴⁴ Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019).pdf (helsedirektoratet.no)

¹⁴⁵ Helseatlas



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Etablere felles henvisningsmottak for St. Olavs hospital og eksterne aktører
- Optimalisere prosessen omkring hensiktsmessig kjøp av tjenester fra private aktører basert på pasientens behov
- Utrede behovet for regionale pasientforløp i samarbeid med eksterne aktører for prioriterte pasientgrupper

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Videreføre punktene over

4.4.4 Beredskap

Beredskapsarbeidet bygger på fire prinsipper¹⁴⁶. **Samvirkeprinsippet** ble inkludert etter 22. juli 2011, og pålegger St. Olavs hospital et «selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering». **Ansvarsprinsippet** innebærer at vi har ansvaret for beredskapsforberedelser og håndtering av ekstraordinære hendelser som rammer funksjoner St. Olavs hospital har i oppdrag å utføre. Vi skal også ta stilling til hva som er akseptabel risiko. St. Olavs hospital og Helsefellesskapet skal i tråd med **likhetsprinsippet** for beredskapsarbeid organisere den daglige virksomheten slik at vi er i stand til å skalere opp ledelsesmessig og operativt til å håndtere relevante hendelser. I tråd med **nærhetsprinsippet** håndteres kriser på lavest mulige organisatoriske nivå.

Innenfor samfunnssikkerhet er helseforetakene og helsefellesskapene sentrale for å opprettholde kritisk samfunnsfunksjon innen helse og omsorg. For å levere helsetjenester trenger vi helsepersonell, sikre EKOM-tjenester (telefon, internett), fungerende og sikkert digitalt og teknologisk utstyr, kraftforsyning, vannforsyning, avløpsforsyning, drivstofforsyning, vare- og persontransport, satellittbaserte tjenester og meteorologiske tjenester.

Bortfall av kritisk allmenn innsatsfaktor¹⁴⁷ vil hurtig ramme vår evne til å yte helsehjelp. Nasjonalt analyserer *Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Helsedirektoratet, Politiets sikkerhetstjeneste* med flere aktører risiko som er relevant for helseforetaket og for Helsefellesskapet. For å sikre at vi er beredt til å håndtere uønskede kriser, vil St. Olavs hospital internt og i samarbeid med Helsefellesskapet, NTNU og relevante eksterne aktører tydeliggjøre roller, ansvar og forventninger innen beredskap. Det planlegges for felles beredskapsøvelser der andre sektorer inviteres inn.

Beredskap innen området informasjonssikkerhet og personvern for IKT-løsninger og medisinsk teknisk utstyr er omtalt i kapittel 4.2.3.

¹⁴⁶ Hovedprinsipper i beredskapsarbeidet

¹⁴⁷ Samfunnets kritiske funksjoner dsb – se vedlegg 2 side 109



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Tydeliggjøre roller, ansvar og myndighet i beredskapsarbeidet gjennom kontinuerlig oppdaterte beredskapsplaner
- Sikre et kontinuerlig oppdatert risikobilde slik at vi har oversikt over de scenarier som kan påvirke kritiske funksjoner
- Ha løpende dialog med kommunene, NTNU og våre eksterne aktører for å sikre at vi er omforente om risikobildet og er forberedte på ulike beredskapsscenarioer
- Videreutvikle kompetanse i beredskapsledelse for hele foretaket gjennom opplæring i kriseledelse og proaktiv stabsmetodikk
- Avholde jevnlig beredskapsøvelser i samarbeid med kommunene og NTNU

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Sikre tilstrekkelig robusthet i beredskapsledelsen i helseforetaket

4.4.5 Utvikling av akuttmottak og den akuttmedisinske kjeden

Akuttmottaket

En global trend er at pasientstrømmen til somatiske akuttmottak øker langt mer enn den demografiske utviklingen skulle tilsi. Det samme oppleves på St. Olavs hospital, som har to hoved-akuttmottak for somatikk (på Øya og Orkdal), og flere mindre akuttmottak tilhørende enkeltfagområder. For kapasitetsutnyttelsen i Helsefelleskapet vil det sammen med kommunene være viktig å kartlegge årsaken til den økte tilstrømmingen til akuttmottakene, og komme frem til reduserende tiltak.

Organiseringen av akuttmottakene er endret i tråd med moderne prinsipper. Sentrale elementer er et behandlende akuttmottak hvor akuttleger tar et vesentlig større ansvar med spesialistkompetanse og ledelse i front, både gjennom utdanning av spesialister i akutt- og mottaksmedisin, samt standardiserte akuttmedisinske pasientforløp som involverer spesialistkompetanse fra andre fagfelt.

St. Olavs hospital har vært ledende i Norge på satsningen på moderne akuttmottaksorganisering. Det er etablert en rotasjonsordning for akuttleger, både overleger og leger i spesialisering innen spesialiteten akutt og mottaksmedisin mellom Øya og Orkdal. Endringene i akuttmottakene med styrket kompetanse i front har gitt en betydelig bedring av logistikk og pasientflyt der det siden 2018 har vært en stor økning i andelen pasienter som håndteres poliklinisk (fra 20 % til 35 %). Parallelt er antall innleggelser redusert.

Fulle akuttmottak henger veldig ofte sammen med fullt sykehus, som i sin tur medfører vanskeligheter med å overføre pasienter fra akuttmottakene til sengepostene og videre til primærhelsetjenesten. Dette representerer et sykehusovergripende problem, og det er behov for en gjennomgang av forløpet for akutte somatiske pasienter gjennom hele sykehuset, både i akuttmottaket og inn i spesialavdelingene.

Innen rus og psykiatri opplever en også en økning av pasientpågangen. Innen rus er det etablert en akutt poliklinikk og en mindre akuttenhet. Innen psykisk helsevern er det i tillegg til akuttposter på sykehusnivå etablert akutt og korttidsplasser og ambulante akutt-team (AAT) ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). Dette har gitt et differensiert akutttilbud. Over 60 % av pasientene som innlegges på psykiatriske akuttposter har brukt rusmidler, og mange akutte ruspasienter har psykiske vansker.

St. Olavs hospital planlegger et Senter for psykisk helse hvor en i stor grad skal samle akutt-tilbudet til pasienter med psykisk lidelse og/eller rus. Dette gir også en nærhet til somatisk akuttmottak, som mange av pasientene vil ha nytte av.



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Evaluere og videreutvikle drift i akuttmottakene i samarbeid med de øvrige klinikkene og med legevakt/primærhelsetjenesten, herunder utrede tilgang på raskt avklarende bildediagnostikk i nærheten av akuttmottak med radiolog 24/7/365, og videreutvikle det kliniske samarbeidet mellom akuttleger og radiologer
- Sammen med kommunene kartlegge årsaken til den økte tilstrømmingen til akuttmottakene, og komme frem til reduserende tiltak
- I forbindelse med planleggingen av Senter for psykisk helse optimalisere samhandling mellom somatikk, psykiatri og rus for akuttpasientene der det er hensiktsmessig
- Utvikle standardiserte akuttmedisinske og prehospitale pasientforløp i samarbeid med øvrige spesialiteter, den akuttmedisinske kjede og primærhelsetjenesten
- Videreutvikle akuttmottakene som læringsarena for studenter og leger (LIS og ALIS)
- Være arena for testing av ny og innovativ teknologi, teste ut modeller for akutt hjemmesykehus og benytte videoassistert beslutningsstøtte ovenfor Orkdal sykehus og leger i kommunehelsetjenesten

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Stadig videreutvikle akutt- og mottaksmedisin og logistisk pasienthåndtering ved akuttmottakene, og fortsette å være fagets nasjonale spydspiss
- Etablere tverrfaglig mottaksfunksjon i nytt Senter for psykisk helse med samarbeid mellom somatikk, rus og psykiatri med mål om å øke andelen akuttpasienter som avklares poliklinisk uten innleggelse
- Utrede grunnlaget for å etablere en ny utdanning for sykepleiere innen akutt- og mottaksmedisin ved NTNU for å styrke sykepleiekompetanse i front i akuttmottak
- Være nasjonalt ledende på forskning og utvikling innen akutt- og mottaksmedisin, og etablere gode internasjonale samarbeidsrelasjoner innen forskning og utdanning

Den akuttmedisinske kjeden

Den akuttmedisinske kjeden består av akuttmottaket og de prehospitale akuttmedisinske tjenestene. Ambulansetjenesten er en viktig del av lokalsamfunnene. Luftambulansetjenesten ved St. Olavs hospital består av et luftambulanshelikopter på Rosten og et redningshelikopter (Sar Queen) stasjonert på Ørland.

Befolkningsveksten i St. Olavs hospital opptaksområde vil særlig skje i og rundt Trondheim. Det har de senere år vært en betydelig økning av 113-henvendelser til AMK og 116117-henvendelser til legevaktsentralene. Dette forplanter seg videre til oppdragsvekst i ambulansetjeneste og legevaktene.

Oppdragsmengden i regionen er forventet å øke fra omtrent 90 000 pr år i dag til 164 000 pr. år i 2030, noe som utgjør en økning på 55 %¹⁴⁸.

Mange av distriktskommunene har en flat eller fallende befolkningsutvikling, men andelen eldre i disse kommunene er økende. Det blir viktig å følge utviklingstrekk med økende oppdragsmengde for bilambulanse, sentralisering av legevakt og kompetansebehov i ambulansetjenesten. Dersom oppdragsøkningen fortsetter må ambulansetjenesten i og rundt Trondheimsområdet styrkes, og samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjeneste øke i sitt felles ansvar for å gi innbyggerne øyeblikkelig hjelp. For å kunne vedlikeholde kompetanse og rekruttere nye ansatte i områder med lavt oppdragsvolum er tettere samhandling med kommunehelsetjenesten nødvendig. Rørosprosjektet¹⁴⁹ er et eksempel på tettere fremtidsrettet samhandling.

Utfordringen i fastlegeordningen kan gi konsekvenser for samhandlingen mellom legevakt, legekantor og ambulanse. Dette vil påvirke det akuttmedisinske feltet spesielt i planperioden.



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Videreutvikle AMK-sentral i takt med oppdragsmengde
- Videreutvikle samarbeid mellom AMK, legevaktsentral, pasientreiser og ambulansetjeneste
- Videreutvikle syketransportordning (hvit bil)
- Utvikle prehospitale journalsystemer samt integrasjon mot Helseplattformen
- Bidra til etablering av gode, hensiktsmessige prehospitale pasientforløp
- Utrede muligheten for bachelorutdanning i paramedisin med lokalisasjon i Trondheim i samarbeid med NTNU
- Være en tjeneste med plass for ansatte med både fagbrev og bachelorutdanning i paramedisin i ambulansetjenesten, AMK og akuttmottak
- Lage prehospital utviklingsplan i tett samarbeid med kommunene
- Bruke prinsipper fra Rørosprosjektet for å integrere ambulansetjenesten bedre i kommunale tjenester (*community paramedic*)

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Bygge et ambulansefaglig miljø som er i stand til å drive selvstendig forskning og fagutvikling



4.5 Eiendom og bygningsmasse



Det nye sikkerhetsbygget på Østmarka, som ble tatt i bruk høsten 2021, ble i juni 2022 tildelt en internasjonal pris for å være Europas beste psykiatribygg¹⁵⁰.

Foto: Geir Otto Johansen/St. Olavs hospital

4.5 Eiendom og bygningsmasse

Forvaltning av eiendom er en særdeles viktig del av strategien for videre utvikling av sykehuset.

St. Olavs hospital eier omtrent 330 000 m² bygningsmasse og leier bygg i et stort geografisk område. Bygningene er konsentrert på de tre hovedområdene Øya, Østmarka og Orkdal, men det er også en betydelig virksomhet på Røros, på Tiller, på Lian/Haukåsen, samt en del mindre leide lokaler rundt omkring i Trøndelag. I tillegg har ambulanseavdelingen 22 stasjoner plassert i hele foretaksområdet.

Den samlede tilstandsgrad for de eide byggene undersøkes hvert fjerde år. Vår gjennomsnittlige tilstandsgrad i eide bygg er på 1,23, mens målet er på 1,2. Den overordnede tilstand for våre bygninger er tilfredsstillende. Imidlertid finnes fortsatt kliniske enheter ved St. Olavs hospital med flersengsrom (Kreftklinikken og Orkdal sykehus).

Det er noe variasjoner mellom de enkelte bygninger/eiendommer, men det er verdt å merke seg at Øyaområdet, som ble bygd for 10–15 år siden, nå har en faktor på 1,22. Her vil det de kommende år være behov for store reinvesteringer, spesielt når det gjelder tekniske installasjoner. Dette er kritisk for virksomheten og må prioriteres. Vår evne til dette vil også påvirke tilstandsgraden.

¹⁵⁰ Sikkerhetsbygget ved St. Olavs hospital vant internasjonal pris – Dagens medisin

I Multiconsults rapport er det beregnet et samlet vedlikeholdsbehov i våre bygg på 175 mill. kr i første femårsperiode og 1 234 mill kr i den neste femårsperiode. Vi er allerede på vei inn i en periode med behov for større reinvesteringer, men denne blir enda tydeligere om noen år. Hvis man ikke evner å komme opp på dette nivået, skyver man et stadig voksende problem foran seg.

På Orkdal vil det være et økende behov for tilpasning og ombygging av lokalene. Siden byggene ble tatt i bruk har det skjedd en stor overgang fra inneliggende til dagbehandling og poliklinikk. De siste årene er det årlig brukt 75–95 mill. kr til tiltak, og det forventes at dette vil fortsette.

Innenfor psykisk helsevern er det laget en overordnet plan for organisering og behov for bygninger. Her skal virksomheten samles på i hovedsak to geografiske områder, Lade og Øya. Byggene på Tiller og Lian forutsettes solgt som en del av finansieringen av Senter for psykisk helse. Dette senteret planlegges ferdigstilt i 2028, og skjer i samarbeid med NTNU og det integrerte universitetssykehuset. Dersom alderspsykiatri flytter inn i Senter for psykisk helse kan det frigjøres arealer som er sentrale for somatisk sengekapasitet, og som nå ligger i nær tilknytning til dagens Avdeling for geriatri, Medisinsk klinikk, frigjøres.

På Østmarka er det nå to nye bygg, Akuttbygget og Sikkerhetsbygget. Distriktpsikiatrisk senter (DPS) Nidaros er fortsatt i god stand. Det er nå igangsatt oppgradering og ombygging av en del av de fredede bygg på området. Brøset planlegges utflyttet i løpet av 2022. Hele virksomheten vil da være flyttet til Østmarka, dels i det nye Sikkerhetsbygget og dels i nyoppussede lokaler.

Forutsatt fullføring av foreliggende planer innenfor psykisk helsevern på Østmarka, vil en del av byggene der om noen år være i tilfredsstillende stand og med stor sannsynlighet være godt tilpasset den virksomhet som skal drives. Det er behov for å se på muligheten for og kostnadene knyttet til tilpasning av eksisterende bygg på Østmarka for å huse virksomheten på lokalisasjonen på Tiller som skal selges.

Vår største utfordring ligger i at aktiviteten de siste 15 år har økt så mye at vi ikke har tilstrekkelig areal for pasientvolum og ansatte. I flere klinikker er mangelen på arealer allerede aktivitetsbegrensende. «Trangboddhet» gir også dyrere drift ved at personell jobber uhensiktsmessig. Kapittel 2.4 peker på økt aktivitet fremover, spesielt når det gjelder poliklinikk og dagbehandling. Det er igangsatt arbeid for å bedre utnyttelse av eksisterende areal, og en utvidelse av åpningstider innenfor deler av virksomheten må antagelig iverksettes. Det antas at behovet de kommende 10 år ligger på minimum 15 000 m², utover den bygging som nå pågår eller er under planlegging. Dette vil vi i beskjeden grad ha evne til å finansiere ved egne midler, og vi er avhengig av å bli tilført langsiktig lån. Vi har en god del areal på Øya som kan fullføres og bebygges, men begrensningen gjelder altså finansiering av investeringene.

Måten nye og større byggeprosjekter finansieres på er gjennom minimum 30 % egenkapital og maksimum 70 % lån. De siste byggeprosjektene innenfor psykisk helsevern er for en stor del finansiert gjennom salg av eiendom.

I kommende byggeprosjekter er vi nødt til å fremskaffe egenkapitalen gjennom overskudd i driften. Dette er krevende. Dersom det ikke er mulig å skaffe finansiering til egne bygginvesteringer må vi leie lokaler.

Evne til vedlikehold, reinvesteringer, ombygginger av bygg og økt areal, er en kritisk suksessfaktor for driften av sykehuset på mellomlang og lang sikt.



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Reinvestere/vedlikeholde en god del tekniske installasjoner i våre bygg på Øyaområdet med tilpasning og ombygging av lokalene til ny drift med mer poliklinisk virksomhet
- Utrede og lage en plan for optimal benyttelse og totalgjennomgang av sykehusets samlede areal med estimert arealbehov per klinikk
- Innhente finansiering for gjennomføring av bygginvesteringer der alternativet er leie av lokaler
- Tilpasse og omfordele ressurser i henhold til endringer og behov i klinisk virksomhet, for eksempel fordeling av senger mellom somatiske klinikker
- Utredning av relokalisering av kliniske tjenester på Tiller, Nidelv distriktpsykiatriske senter (DPS)
- Utrede og konkretisere en helhetlig og detaljert plan for bærekraftig lokalisering og bruk av areal i psykisk helsevern, primært ved utnyttelse av lokasjon Østmarkneset og pågående prosjekt Senter for psykisk helse på Øya
- Utrede om bygging av Senter for psykisk helse medfører muligheter for å øke det samlede tilgjengelige areal også for somatikken
- Selge Pasienthotellet og byggene på Tiller og Lian tilhørende psykisk helsevern som en del av finansieringen av Senter for psykisk helse på Øya når dette senteret ferdigstilles i 2028
- Øke utnyttelsesgraden av poliklinisk areal, utstyr og øvrig infrastruktur, blant annet ved å utvide åpningstid
- Utrede muligheter for ytterligere flytting av oppgaver fra sengepost til dag- og poliklinisk behandling
- Redusere framtidig arealbehov i sykehuset ved å videreutvikle medisinsk avstandsoppfølging knyttet til utredning, diagnostikk og behandling
- Sikre optimal bruk av eksisterende arealer, herunder vurdere om enkle ombygginger øker utnyttelsen
- Vurdere om flere rent administrative funksjoner kan flyttes ut av Øya for å skape bedre plass for pasientrettet virksomhet

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Legge en plan for jevnlig revidering av samlet plan for arealutnyttelse
- Oppnå og opprettholde tilstandsgrad på 1,2 på hele sykehusets bygningsmasse



4.6 Økonomisk bærekraft



Medisinskteknisk utstyr er en viktig del av helsearbeidet. Her vises utstyr for bronkoskopi.

Foto: Geir Otto Johansen/St. Olavs hospital

St. Olavs hospital har i perioden 2008–2021 hatt resultater bedre enn vedtatte budsjetter og fremstår i dag som et godt drevet universitetssykehus med en tilfredsstillende økonomisk situasjon. Vi fremstår i dag med god soliditet og likviditet, men uten tilførsel av økte rammer vil vi de kommende år få betydelige begrensninger i det økonomiske handlingsrom med følgende store konsekvenser:

- Behov for ytterligere effektivisering og omstilling
- Begrensede muligheter for å reinvestere og fornye utstyr
- Begrensede muligheter for å opprettholde bygningenes tilstand og verdi
- Risiko for svekkelse av vår gode status som universitetssykehus

Areal situasjon

Under kapittel 4.5 er beskrevet behov for betydelig økning i areal, og dette vil kreve store investeringer både på kort, mellomlang og lang sikt. De kortsiktige behovene er løst gjennom økt innleie av areal. Årlig aktivitet øker med 1–2 %, og medfører naturligvis økt behov for areal som er i ferd med å bli vanskelig. I de kommende år vil vi ikke ha midler til å investere i nye bygg. Lånemulighetene er begrenset, og da kan det bli nødvendig å leie arealer i større grad enn i dag. Denne utviklingen har allerede startet.

Medisinsk utstyr

Medisinsk utstyr er en viktig del av helsearbeidet, og har en bred definisjon¹⁵¹. Riksrevisjonen har foretatt en undersøkelse blant landets helseforetak med hensyn til utvikling i alder og tilstand for medisinskteknisk utstyr (MTU)¹⁵². Dette viste blant annet at helseforetakene ikke evner å reinvestere/fornye utstyr i tilstrekkelig grad, som medfører en stadig høyere gjennomsnittsalder på utstyret.

St. Olavs hospital har samme utvikling som det Riksrevisjonen påpeker. I 2010 var snittalderen på utstyr 5,5 år, mens den i 2020 var på 8,0 år. Dette viser at vi ikke evner å prioritere investeringer i MTU i en slik grad at vi opprettholder realkapitalens verdi. I tillegg er en økende andel av MTU-investeringene en konsekvens av havari på eksisterende utstyr. Knyttet til behovet om å tilby flere digitale helsetjenester hos pasienter utenfor sykehuset forventes en økt bruk, og dermed økt behov for investeringer i MTU. Det pågår nå et arbeid med å få på plass store rammeavtaler knyttet til for eksempel blodtryksmålere og pulsoksimetrimålere, inkludert mulig anvendelse hjemme hos pasienten.

I inneværende års budsjett er det satt av 185 mill. kr til MTU. Innenfor denne rammen er det plass for kun de absolutt mest kritiske og nødvendige anskaffelser. Det er åpenbart risiko for sammenbrudd i utstyr som ikke er planlagt skiftet ut i 2022. Dette gjelder spesielt innenfor bildediagnostikk. Vårt langtidsbudsjett indikerer at det er mange år før St. Olavs hospital innenfor dagens rammer har mulighet til å øke investeringer i MTU i vesentlig grad.

Riksrevisjonen påpeker i sin rapport at Nasjonal helse- og sykehusplan forutsetter at større deler av de samlede bevilgninger flyttes fra drift til investeringer. Dette evner verken St. Olavs hospital eller andre helseforetak å følge opp. Konsekvensene av dette er at vi i de kommende år vil få en stadig mer utfordrende situasjon når det gjelder alder, kvalitet og driftssikkerhet for MTU. Dette vil kunne medføre avbrudd i drift og pasientbehandling.

151 Medisinsk utstyr – en viktig del av helsearbeidet (regjeringen.no)

152 Rapportert i Dokument 3:2 (2021–2022) (riksrevisjonen.no)

Utvikling

Langtidsbudsjett (LTB) for perioden 2022–2031 viser at vi de kommende år vil få betydelige kostnadsøkninger og strammere likviditet. De vesentligste årsaker til dette er:

- Innføring av Helseplattformen
- Bygging av Senter for psykisk helse
- Ny regional inntektsfordelingsmodell

Den absolutt største risikofaktoren er innføring av Helseplattformen i 2022, og sykehusdriften etter innføringen. Dette vil medføre kostnadsøkninger og inntektsbortfall i innføringsåret. I årene etterpå vil IKT-kostnadene øke betydelig.

Dersom implementering og drift går som planlagt, vil man ut fra langtidsbudsjettet ha en tilfredsstillende økonomisk situasjon i årene etter innføring. Marginene vil midlertid være langt mindre enn i dag og det vil medføre økt sårbarhet:

- Det er nødvendig at vi opprettholder en årlig omstilling på samme nivå som i dag på omtrent 1,5 % av brutto driftskostnader.
- Det har de senere år vært en betydelig økning i kostbare medikamenter uten tilstrekkelig finansiering.
- Det vil ikke være rom for å øke investeringer i medisinsk teknisk utstyr og bygg i tilstrekkelig grad.
- Behovet for ulike typer areal endres over tid. Siden den store utbyggingen på Øya var ferdigstilt, har aktiviteten i stor grad gått fra inneliggende pasienter til poliklinikk og annen dagbehandling. Videre oppstår stadig nye behandlingsmetoder. Disse forhold medfører behov for ombygging i alle våre bygninger.

Samlet medfører dette knappe marginer og begrensede investeringsmuligheter. Ut fra LTB gjelder dette spesielt i årene fram til 2028. Etter 2028 vil trykket på de større investeringer som så langt er planlagt, bli mindre. De økte kostnader St. Olavs hospital kommer til å få fra 2022 og de kommende år, vil åpenbart begrense vårt økonomiske handlingsrom.

I tillegg har vi en verdenssituasjon preget av usikkerhet. Det er stor risiko for prisøkninger både når det gjelder bygg og utstyr. Videre er det for tiden store forsinkelser ved levering av varer og utstyr, og det øker risikoen for driftsproblemer og prisøkninger.

Utbyggingen innen somatisk del av vår virksomhet skjedde for 10 år siden, og vi har dermed fått en stor økning i behov for erstatning av gammelt og utslitt utstyr. Investeringsbudsjettet for utstyr vil måtte øke betydelig de kommende år.

Innretningen for møte de nevnte utfordringene vil kunne være flere. Mål og resultatstyring er sentrale faktorer i forbedringsarbeidet. Tidligere har beslutninger om for eksempel investeringer, leie av arealer og økning i bemanning, i stor grad vært basert på skjønn. Dermed har objektive kriterier og analyse av konsekvenser for driftsøkonomi i for liten grad påvirket slike beslutninger.

Fra 2021 ble det innført en ordning hvor alle behov for investeringer, bemanningsøkninger og leie av arealer, skal forelegges administrerende direktør for godkjenning. Dette skal skje gjennom et eget standardisert skjema for «Business Case». Skjemaet skal vise følgende bakgrunn/konsekvenser av et innmeldt behov:

- Bakgrunn for behovet
- Faglig begrunnelse for innmeldt behov
- Økning i årsverk og lønnskostnader
- Øvrige vare- og driftskostnader
- Økte inntekter
- Samlet økonomisk konsekvens

I tillegg skal det meldes inn og beskrives hvilke KPI'er¹⁵³ man foreslår å måle tiltaket på. Måling skal skje løpende etter implementering.

Arealsituasjonen er i ferd med å bli kritisk. I andre halvår 2022 vil det bli en bred gjennomgang hvor alle muligheter for å øke tilgjengelig areal vil bli utredet. Våre prioriteringer i 4-års perspektivet i kapittel 4.5 bidrar til å konkretisere utfordringene i framskrivningene i kapittel 2.4.

Situasjonen samlet sett er svært krevende. Summen av utfordringer er større enn det vi i dag ser løsningen på. Det er nødvendig at man i større grad enn tidligere gjennomfører diskusjoner lokalt, regionalt og nasjonalt for:

- Prioritering; hva skal vi drive med hvor?
- Funksjonsfordeling
- Strukturelle endringer



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- I Helsefelleskapet utarbeide en plan for oppgavefordeling mellom sykehus og kommune med fokus på *rett pasient på rett sted til rett tid*
- Reinvestere tilstrekkelig til å opprettholde en forsvarlig utstyrspark
- Reinvestere, vedlikeholde og renovere bygg
- Skape økonomisk handlingsrom for å kunne opparbeide egenkapital for å kunne delfinansiere nødvendige investeringer

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Dekke behovet for økt areal



St. Olavs hospital tar sin del av samfunnsansvaret ved å levere helsetjenester som er bærekraftige, der vi aktivt arbeider for å redusere virksomhetens belastning på klima og miljø.

Foto: Geir Otto Johansen/St. Olavs hospital



5. Samfunnsansvar

St. Olavs hospital tar sin del av samfunnsansvaret ved å levere helsetjenester som er bærekraftige der vi aktivt arbeider for å redusere virksomhetens belastning på klima og miljø. Siden 2013 har man jobbet målrettet med å kartlegge miljøaspekter og redusere miljøpåvirkningen av vår virksomhet. Miljømålene har vært integrert i sykehusets strategiske målsetninger og i kjernevirksomhet som pasientbehandling. Målene har adressert reduksjon av sykehusinfeksjoner, reduksjon i bruk av bredspektret antibiotika og satsing på det utadvendte sykehuset med mål om reduksjon av pasientreiser.

I 2020 påpekte Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar at vi skal være ledende i vårt arbeid med miljø og bærekraft¹⁵⁴. St. Olavs hospital skal bidra til å nå statens mål på en bærekraftig og ansvarlig måte i henhold til nasjonale føringer¹⁵⁵, og vi skal identifisere og håndtere risiko som virksomheten påfører samfunn, mennesker, miljø og klima.

Felles klima- og miljømål

St. Olavs hospital HF har høsten 2020 sluttet seg til implementering av *Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten*¹⁵⁶ som beskriver felles miljømål og indikatorer for tjenesten. Hovedmålet er å redusere CO₂ e-utslipp med 40 % innen 2030, hvor referanseåret er 2019. Det langsiktige målet er at vi skal være et lavutslippssykehus innen 2050.

St. Olavs hospital avsluttet i 2022 miljøsertifiseringen i henhold til ISO 14001, og vil videreføre klima og miljøarbeidet med en lokal handlingsplan for de neste 4 årene. Her vil vi beskrive hvordan vi skal nå mål om å redusere matavfall, redusere sykehusinfeksjoner, øke andelen videokonsultasjoner og utvikle mer miljøbevisste medarbeidere.

Felles klima og miljømål i spesialisthelsetjenesten inneholder et hovedmål og sju delmål¹⁵⁷.

Innen 2030 redusere CO₂-utslipp 40 prosent

Lavutslippssykehus innen 2050

 <p>3 GOD HELSE</p>	<p>Redusere forekomsten av infeksjoner</p>	 <p>12 ANSVARLIG FORBRUK OG PRODUKSJON</p>	<p>Matavfall reduseres med 50 prosent innen 2030</p> <p>Andel produkter uten helse og miljøskadelige stoffer skal være 75 prosent innen 2030</p>
 <p>7 REN ENERGI FOR ALLE</p>	<p>Redusere energiforbruket med 20 prosent innen 2030, og øke andelen gjenvinningskraft</p>	 <p>13 STOPPE KLIMAENDRINGENE</p>	<p>Fossilfri virksomhet innen 2030</p>
 <p>9 INNOVASJON OG INFRASTRUKTUR</p>	<p>Andel polikliniske konsultasjoner over video og telefonskal være minimum 15 prosent</p>	 <p>17 SAMARBEID FOR Å NÅ MÅLENE</p>	<p>Miljøbevisste medarbeidere i alle enheter</p>

¹⁵⁴ Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2020

¹⁵⁵ Statens direkte eierskap i selskaper – Bærekraftig verdiskaping – Meld. St. 8 (2019–2020)

¹⁵⁶ Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten

¹⁵⁷ Se tabell i vedlegg nr. 8, kapittel 6, for detaljer

Antikorrupsjon

Helse Midt-Norge har utarbeidet et regionalt antikorrupsjonsprogram og identifisert følgende risikoområder:

- Innkjøp/anskaffelser, spesielt i forbindelse med bygge- og vedlikeholdsprosjekter
- Innovasjon/innovative anskaffelser
- Forholdet til legemiddel- og leverandørindustrien
- Prioritering av tilgang til spesialisthelsetjenester
- Habilitet knyttet til ansettelse, fordeling av forskningsmidler og bierverv med mere

St. Olavs hospital implementerer Helse Midt-Norges antikorrupsjonsprogram som en integrert del av vårt styringssystem.

Menneskerettigheter

Menneskerettigheter og arbeidstakerrettigheter er noe som stadig følges nøye opp, og Sykehusinnkjøp styrker nå arbeidet gjennom opprettelsen av en egen avdeling for samfunnsansvar. I denne avdelingen er det etablert en egen ressurs med hovedansvar for arbeidslivskriminalitet og sosial dumping.



Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Delta i det regionale samarbeidet for harmonisering av helseforetakenes arbeid med ansvarlig virksomhet (etisk handel, miljø og klima, menneskerettigheter, anti-korrupsjon, arbeidstakerrettigheter)
- Utarbeide lokal handlingsplan for vårt klima og miljøarbeid
- I samarbeid med Sykehusinnkjøp HF og Sykehusbygg HF sørge for effektiv oppfølging av kravene knyttet til samfunnsansvar, herunder menneskerettigheter, miljø, lærlinger, arbeidsforhold og etisk handel
- Identifisere lokale mål og tiltak for implementering og oppfølging av regionale etiske retningslinjer, retningslinjer for varsling av kritikkverdige forhold og antikorrupsjonsprogrammet i Helse Midt-Norge
- Involvere og bevisstgjøre ledere og medarbeidere i hele organisasjonen i arbeidet med å forebygge og redusere det negative miljø- og klimaavtrykket av vår virksomhet

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Utarbeide en langsiktig plan mot 2030 for å nå mål om å redusere energiforbruk, fossilfri virksomhet og minst 75 prosent andel produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer

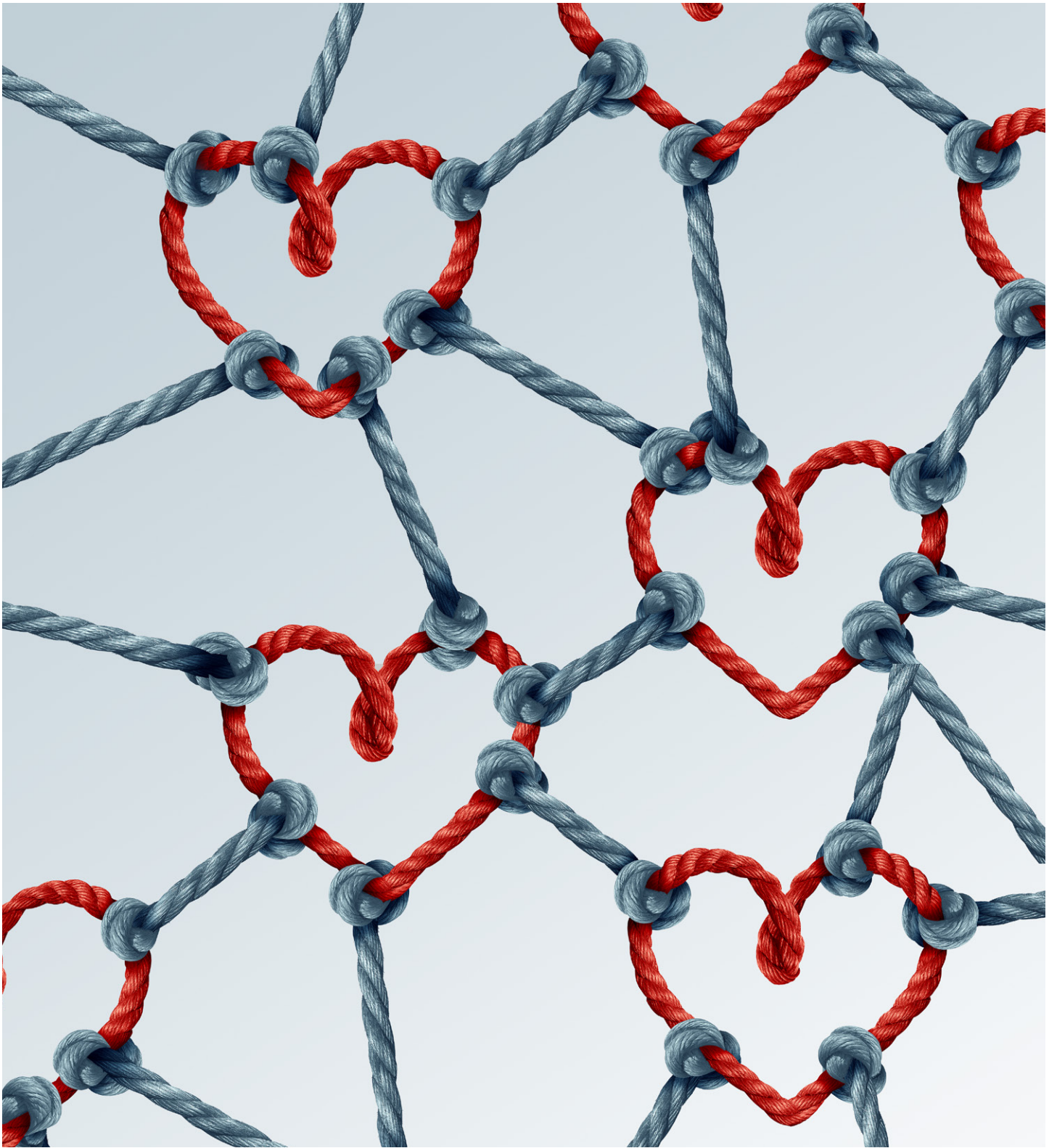


6. Vedlegg



- Vedlegg nr. 1** Regionale premisser for utviklingsplanene og organisering av arbeidet
- Vedlegg nr. 2** Framskrivinger St. Olavs hospital
- Vedlegg nr. 3** Tabell: Måleindikatorer og ambisjonsmål for Helseplattformen
- Vedlegg nr. 4** Tabell: Prosjekt Kompetansesammensetning i Forbedringsprogrammet
- Vedlegg nr. 5** Bemanningsutvikling St. Olavs hospital
- Vedlegg nr. 6** Personelloversikt St. Olavs hospital
- Vedlegg nr. 7** Helsefellesskapets strategi- og handlingsplan
- Vedlegg nr. 8** Eksempler på samhandling i Helsefellesskapet





 **ST. OLAVS HOSPITAL**
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Prinsesse Kristinas gate 3, 7030 Trondheim
www.stolav.no

