

Høring St. Olavs hospital Utviklingsplan 2018 - 2035

Innspill fra Klinikk for kliniske servicefunksjoner v/ Klinikksjef Lise L. Støylen

Dato: 23. desember 2017

Generelle kommentarer:

Utsendt utkast har lagt et godt grunnlag til en god Utviklingsplan for St. Olavs hospital. Klinikk for kliniske servicefunksjoner ser imidlertid at klinikkens tjenester som bidrag til helheten med fordel kunne vært bedre inkludert. Forslag er forsøkt vist spesielt under overskrift Strategier og satsninger for en fremragende helsetjeneste i kap. 6.

Innspill på mulige feil eller mangler i fremstilling:

- s. 2, kap. 1.1: I 2004 var det en Fusjon mellom Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus og St. Olavs hospital, ikke en underleggelse. Etter mange år kan man beskrive tilknytning på en annen måte, men i 2004 var det en Fusjon.
- s. 3, kap. 2: 1. avsnitt – Lov om Specialisthelsetjeneste har 4 hovedoppgaver. Dette bør gjenspeiles i resten av kapitlet. Pasient- og pårørendeopplæring bør derfor ha et eget delkapittel, eks. 2.3 etter 2.2 Pasientbehandling, ikke plassert under kap. 2.2 i delpunkt 2.2.3.. Pasient- og pårørendeopplæring blir da stående på lik linje med de tre andre hovedoppgavene; Pasientbehandling, Utdanning og Forskning.
- s. 3, kap 2: 2. avsnitt: Utenom Trondheim ...: Orkdal har også et distriktpsykiatrisk senter.
- s. 4, kap. 2.1: Pasientens helsetjeneste innebærer mer enn Brukertilfredshet – forslag til tekst under dette punktet:

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

Det skal legges til rette for at pasienter kan medvirke i utforming av tjenesten, får mulighet til å delta i valg av egen behandling og har kunnskap og ferdigheter nok for mestring av egne sykdomsutfordringer. Tjenestens kvalitetskrav skal være like, uavhengig av behandlingssted. St. Olavs hospital har stor satsing på pasient- og pårørendeopplæring og brukermedvirkning.

Brukertilfredshet»:

St. Olavs hospitals brukerutvalg fungerer som et rådgivende organ for styret og for administrerende direktør. Ved helseforetaket finnes i tillegg flere lokale brukerutvalg, og i 2017 ble det etablert et eget Ungdomsråd. Ungdomsrådet er en høringsinstans, og gir råd og innspill til hvordan barn og unge kan få det best mulig ved St. Olavs hospital. Helseforetakets omdømme avgjøres av alle møter mellom pasienter og pårørende, og helsepersonell – alle ansattes fremtreden og oppførsel former befolkningens forventning til, og opplevelse av sykehuset. Pasientopplevd kvalitet er nødvendig grunnlag for positiv utvikling av tjenestene framover, og strukturert anvendelse av materialet må benyttes i større grad enn i dag.

- s. 5, kap. 2.2.3: Punktet om Pasient- og pårørendeopplæring bør utdypes mer fordi styringskrav for helsevesenet i senere år har satt et spesielt fokus på Mestring.

Forslag til endring av tekst:

Pasient- og pårørendeopplæring er en av sykehusets fire hovedoppgaver. St. Olavs hospital har åtte lærings- og mestringseenheter som samhandler med de kliniske avdelingene om tilbud til pasienter og pårørende innen både somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling. Målet med tilbudene er at pasienter og pårørende får kunnskap til å ta beslutninger om egen helse, ferdigheter til å håndtere hverdagen med sykdom og/eller funksjonsnedsettelse og motivasjon til jevnlig egenaktivering. Lærings- og mestringstilbud anses som viktige bidrag i forhold til faglige føringer for framtidens helsetjeneste som framhever fokus på kroniske sykdommer, aktiv pasientmedvirkning og det å dempe behovet for helsetjenester. Flere studier viser til at kunnskap er den viktigste enkeltfaktoren for å endre livsstil og leve bedre med egne helseutfordringer. Mange studier viser også at deltakelse på læring- og mestringstilbud har innvirkning på bruk av helsetjenester: færre innleggelses (både reinnleggelses og akuttinnleggelses), og færre konsultasjoner i poliklinikker og hos fastlege. Noen få studier viser at deltakere som har gjennomført lærings- og mestringstilbud, har færre sykedager, og at de overordnede kostnadene forbundet med oppfølging av personer som deltar i tilbud er lavere sammenlignet med de som har ordinær behandling og oppfølging.

Det drives mange gode opplæringstilbud, både rettet mot pasienter og pårørende og helsepersonell, men forbedringspotensialets for styrking av fagfeltet er klart til stede – fokus framover er spredning av kompetanse i helsekommunikasjon og pedagogikk blant ansatte, økt bruk av e-læring og IKT-løsninger, opplæring integrert i helhetlige, standardiserte pasientforløp og formalisert samhandling med kommunene.

For St. Olavs Hospital er det også viktig å legge til rette for *Samvalg*, slik at pasienter og pårørende kan ta aktivt del i beslutninger om behandling og pleie, og bli i stand til å mestre sin sykdomssituasjon på en god måte. Gjennom anvendelse av eksisterende kunnskap på en individualisert måte, er målet å komme frem til informerte valg. St. Olavs hospital jobber med å kartlegge eksisterende samvalgsverktøy, videre arbeid blir å kvalitetssikre, implementere og sørge for opplæring til helsepersonell i *Samvalg*.

- s. 9, pkt. 2.5 En gjør oppmerksom på at tall for fysioterapi, ergoterapeuter, klinisk ernæringsfysiolog og sosionomer oppgitt i tabell 2, 5 inkluderer tall i alle klinikker som organiserer disse yrkesgruppene, bl.a. psykisk helsevern og Klinik for Fysikalsk medisin og rehabilitering.
- s. 10, kap. 2.5.1: Turnusfysioterapeuter: St. Olav må ha flere enn 10 turnusfysioterapeuter årlig. Klinik for kliniske servicefunksjoner (KKS) alene har til sammen 14 kandidater. Finnes det kandidater innenfor psykiatri, fysikalsk medisin, Røros eller smerte? Dette er områder KKS ikke har virksomhet.

Høyskolegruppene: Dette begrepet er vel ikke lenger korrekt innenfor NTNU. I muntlig språk snakker man om profesjonsgrupper (nb. medisin er også en profesjonsgruppe) og derfor benyttes også begrepet profesjonsbachelor grupper. NTNU har vel fasiten på hvilke begreper som er best å benytte.

Utfordringer og Muligheter:

Kapittel 4 - Utfordringer:

Til 2.2.4 Standardiserte pasientforløp / pkt. 5.8

Utvikling av regionale standardiserte pasientforløp er viktig og nødvendig ved at de sikrer et forutsigbart og vitenskapelig underbygget behandlingsforløp for den enkelte pasient. Klinik for kliniske servicefunksjoner, som yter behandling og tidlig rehabilitering til pasienter i svært mange av forløpene, har

imidlertid erfart at standardiserte forløp utfordrer kapasitet og fleksibilitet. Klinikken har ansvar for å yte tjenester til mer en hundre ulike pasientgrupper /fagområder og hvert område har ofte små stillingsressurser dedikert, gjerne ned til 20% stilling. Forløp med fast plan (dato og klokkeslett) binder opp ansatte / ressurser slik at fleksibilitet mellom ulike pasientgrupper reduseres. Dette medfører tilbud til færre pasienter innenfor samme ressursmengde.

Til pkt. 4.5,

Behandlingsforløp skjer på tvers av nivåer. Etter utskrivelse fra sengepost eller avsluttet poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten er det i henhold til innført Samhandlingsreform planlagt med at pasienten skal fortsette sin oppfølging i kommunehelsetjenesten. Innenfor rehabiliteringsområdet (gjenopptrening) eller innenfor området ernæring mangler ofte kompetanse og kapasitet i kommuner og dette kan være en hemsko for videre oppfølging umiddelbart etter avsluttet behandling/tidlig rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Til pkt. 4.6: Vedr. asylsøkere og flyktninger

Medfører endrede behov, bl.a. økt behov for tolketjeneste. Likeledes økt behov for sosionom i forbindelse med utskrivning fra sykehus eller for å skaffe støtteordninger. For bostedsløse, hjelp til å finne bosted i forbindelse med utskrivning.

Til Pkt. 4.8 og 5.10: Teknologi og utstyr

Den største utfordringen knyttet til utstyr for klinikkens yrkesgrupper er mangel på funksjonelt utstyr i kliniske sengeområder nødvendig for tidlig rehabilitering. Dette gjelder utstyr til bruk i forbindelse med mobilisering, ofte er dette utstyret mangelvare eller defekt (rullestoler, ganghjelpemiddel, m.m.). Likeledes mangler nødvendig utstyr knyttet opp mot stadig økende antall pasienter med overvekt (senger, madrasser, brede stoler som kan bære høy vekt m. m.).

Kapittel 5 Muligheter:

Til Pkt. 5.2: Helsefremmende og forebyggende tiltak – dempe veksten i behov for helsetjenester

I kulepunktene med eksempler på helsefremmende og forebyggende tiltak savnes et punkt om å forebygge **underernæring**. St. Olavs hospitals satsing på screening for ernæringsmessig risiko av alle pasienter ved innleggelse er en god start, men praksisen bør øke vesentlig i omfang, sammenlignet med 2017. Vel så viktig er at screeningen må følges opp med tiltak overfor dem som avdekkes å være i ernæringsmessig risiko, for at underernæring reelt kan forebygges. Tiltakspakken i Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram sier at en skal gjøre en risikovurdering, gjennomføre individuell kartlegging, gi tilstrekkelig ernæring (inkludert en individuell ernæringsplan) og videreføre informasjonen om ernæringsstatus og ernæringsplan.

Til pkt. 5.4, forslag til ny overskrift: *Pasientens helsetjeneste*

(Ny tekst i tillegg til eller i stedet for det som står under «Pasient- og brukermedvirkning»)

I Pasientens helsetjeneste er pasienten en aktiv partner som medvirker i utvikling av tjenesten og beslutninger om egen helse. St. Olavs hospital må legge til rette for en strukturert dialog med pasienter og brukere både på system- og individnivå. For å nå dette målet, kreves holdningsendringer, ny kompetanse og endrede arbeidsrutiner. Helseplattformen, et nytt journalsystem, er et av verktøyene som vil kunne legge til rette for økt pasientmedvirkning når det tas i bruk. Det ligger også en mulighet i å legge til rette for brukermedvirkning «på tvers» der man ser 1. og 2. linjetjenester under ett i felles brukerråd for kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester.

Flere klinikker ved St. Olavs hospital har de siste årene styrket pasientopplæringen som en viktig del av behandlingen. Opplæring og trening framfor operasjon, er ett eksempel på en endret måte å behandle pasienter på som gir bedre resultat enn tradisjonell behandling. Økt innsats for å legge til rette for aktiv deltakelse i egen behandling, vil for mange med kroniske plager og/eller funksjonsnedsettelse, bidra til økt egenmestring og dempet behov for helsetjenester. Tilgjengelig, kvalitetssikret og tilpasset informasjon, er en del av dette.

Utvikling av pasientens helsetjeneste og en endret pasientrolle, krever økt satsing på pasientopplæring. St. Olavs hospital vil framover møte godt opplyste pasienter med mye kompetanse om sin egen sykdom. Dette forutsetter bl.a.

- tilpasset informasjon på flere språk og forståelse for andre kulturer
- økt pedagogisk kompetanse hos helsepersonell
- økt fokus på pårørende, både mtp økt ansvar for nærstående med kronisk sykdom og håndtering av egen situasjon

Spesialisthelsetjenesten tilbyr i dag diagnosespesifikk opplæring til pasienter og pårørende som krever spesialistkompetanse, mens diagnoseuavhengig opplæring i økende grad tilbys i kommunene. Etterspørselen etter opplæring øker stadig, og det må jobbes videre med en klar oppgave- og ansvarsfordeling mellom de ulike aktørene i helsetjenesten og gode samhandlingsløsninger på tvers av forvaltningsnivåene.

Et godt behandlingsresultat forutsetter i mange tilfeller aktive og kompetente pasienter og pårørende. Pasienter og pårørende, som kan si noe om hva som er viktige for egen del, skal ta beslutninger i samråd med behandler og har klare forventninger i forhold til kjennskap til gangen i tjenestene. Anvendelse av kvalitetssikret samvalgsverktøy vil i større grad kunne gi reell brukermedvirkning gjennom behandlingsprosessen.

Til pkt. 5.8, 5.11 og 5.13

Viser til pkt. 4.5 over under utfordringer. Klinikkk for kliniske servicefunksjoner yter i dag effektive og rullerende gruppetilbud (Kom-i-gangtilbud) for en rekke pasientgrupper i en kort periode etter utskrivning etter sykdom, skade eller operasjon. Dersom pasienten trenger videre generell opptrening / rehabilitering fortsetter dette i kommunen. Dersom man fikk avtaler med kommuner i nær omkrets til St. Olav kunne med fordel noen av disse tilbudene fortsatt i stedet for at pasienter blir stående på venteliste for videre tilbud. En må da være klar over at videreføring vil betraktes som kommunetjeneste, men samfunnsøkonomisk ville det vært mer effektivt om pasienten fortsatte noe lenger tid innenfor eksisterende tilbud for så å være ferdig med opptreningen. Forutsetning vil være at Klinikkk for kliniske servicefunksjoner utvider åpningstid og at kommuner finansierte nytt tilbud. Dette punktet kunne også vært beskrevet under pkt. 5.11 eller 5.13.

Til pkt. 5.9 Redusere uønsket variasjon

Det skjer stadig endringer i behandlingsregimer innenfor ulike fagområder. Generelt kan dette oppsummeres med at forskning og kunnskapsbasert praksis i mye større grad enn før fokuserer på betydning av rehabilitering og trening som medisin. Viktig i forhold til dette punktet blir da å benytte denne kunnskapsbaserte informasjonen når det kommer til behandling av de ulike pasientgruppene. I den senere tid har det kommet forskningsbaserte studier som anbefaler konservativ behandling (trening / øvelsesbehandling) fremfor operasjon for konkrete problemstillinger. Eksempler kan være innenfor behandling av pasienter med inkontinens eller trening av pasienter med claudicatio. I andre tilfelle viser studier at utholdenhetstrening er viktig og nødvendig for å bedre livskvalitet etter kronisk sykdom.

Til Pkt. 5.10: Teknologi og utstyr

Velferdsteknologi vil fremskynde mange nye og gode digitale løsninger. Her er ergoterapeuter sammen med andre en viktig yrkesgruppe.

Til Pkt. 5.13: Samarbeid med kommunehelsetjenesten

Fysioterapeuter har kompetanse innen kartlegging av funksjon, ergoterapeuter innen kognitiv vurdering og ADL, klinisk ernæringsfysiologer innen underernæring og sosionomer har en viktig rolle i forbindelse med kartlegging av sosialfaglige forhold. Alle grupper gir viktig bidrag i forbindelse med å sikre at liggetid ikke blir lenger enn nødvendig og at det blir en god og sikker overføring for pasient fra spesialisthelsetjenesten til kommune. Alle grupper kan med fordel benyttes i større grad enn før i forbindelse med utskrivning til hjemmet.

Til pkt. 5.19 Økonomi

ISF / Takster for tjenester i Klinikk for kliniske servicefunksjoner er mangelfulle. Punkt 5.19 støttes derfor. Det er viktig å ha et sterkt fokus på dette området overfor sentrale myndigheter.

Strategier og satsninger i dannelsen av en «fremragende helsetjeneste»

Innspill til hvordan Klinikk for kliniske servicefunksjoner kan bidra:

Akutt / tidlig rehabilitering:

Klinikk for kliniske servicefunksjoner (KKS) yter i dag behandling og tidlig rehabilitering av pasienter i akutt og tidlig fase (intensiv, overvåkning, ved traumer, kirurgi, slag, geriatri, lunge, hjerte, infeksjon osv.) mens pasienter er innlagt i St. Olav og umiddelbart etterpå i poliklinikken som et Kom-i-gangtilbud.

Statistikk tall viser ut fra rapportens pkt. 2.2 at ca. 25 % pasienter med heldøgnsopphold får henvisning til klinikkens tjenester og at ca. 8 % av alle somatiske polikliniske konsultasjoner i 2016 ble gitt i Klinikk for kliniske servicefunksjoner.

Innenfor de ulike fagområdene har klinikkens ansatte spesialisert kompetanse og tjenestene skjer i tett samarbeid med sykehusets forskjellige fagområder og samarbeidspartnere i de ulike klinikkene. KKS har tjeneste til pasienter innenfor alle akuttområder før pasienten enten skrives ut til hjemmet eller overføres til en rehabiliteringsavdeling internt i sykehuset (Fys. Med. og rehabilitering) eller til en ekstern rehabiliteringsinstitusjon.

Fordi klinikkens yrkesgrupper er sentrale innenfor fagområdet behandling, tidlig rehabilitering, opptrening, trening, ernæring, pasientopplæring og læring- og mestring forventes en økt etterspørsel etter tjenestene i årene frem mot 20135. Dette etter hvert som forskning og kunnskapsbasert praksis knyttet til mobilisering, fysisk aktivitet og trening som medisin (utholdenhet og styrke) gjør seg gjeldende innenfor flere og flere sykdommer, etter operasjon eller skade. Dette gjelder både for innlagte pasienter og pasienter som behandles i poliklinikk. Økt etterspørsel av tjenester vil også komme knyttet til utvikling og bruk av velferdsteknologi og behov for ernæringskompetanse.

Pkt. 5.7 viser at St. Olav benytter 7 % av ressursene på halvparten av pasientene mens 49 % av ressursene benyttes til 5 % av pasientene. Klinikkens ansatte kunne med fordel bidratt med tettere oppfølging på sengepost og mer tidlig mobilisering til pasienter med store behov og lang liggetid dersom kapasiteten hadde vært større. Spesielt pasienter med høy risiko (høy alder, pasienter med ofte reinnleggelse, dårlig ernæring, lungeproblematikk og behov for mobilisering) ville ha hatt nytte av tettere oppfølging fra noen av klinikkens yrkesgrupper. Man kan med fordel også utvide palliasjonsbegrepet til andre pasientgrupper enn kreft.

Mer og kontinuerlig fokus på tverrfaglig samarbeid for å sikre gode og helhetlige tjenester for pasienter internt i sykehuset, rask utskrivelse og samarbeid på tvers av behandlingsnivåer er nødvendig. Dette betyr at service- og rehabiliteringstjenester i enda større grad enn i dag må inkluderes i all planlegging på et tidligst mulig tidspunkt. Kompetanse må utnyttes godt og det må være rett kompetanse til rett tid.

Rehabilitering etter utskrivning / tidlig fase:

Rehabilitering i en senere rehabiliteringsfase, gjerne kombinert med Læring- og mestring der det er behov for slik kompetanse, kan med fordel utvikles og etableres bedre som en del av et tverrfaglig tilbud i tett

samarbeid med sykehusets forskjellige fagområder og de ulike klinikkene. Dette, for i senere rehabiliteringsfase i årene frem mot 2035, bedre å utnytte en langvarig oppbygget spesialistkompetanse innenfor de ulike fagområdene som klinikkens ansatte besitter og bygge videre på det godt etablerte samarbeidet med hver medisinsk spesialitet.

Med dette menes at Klinik for kliniske servicefunksjoner med fordel i fremtiden kan yte god og effektiv behandling og rehabilitering også i senere rehabiliteringsforløp etter at første «kom-i gang» fase er gjennomført. I mange tilfeller sendes pasienter i, eller i nærheten av Trondheim, til rehabiliteringsopphold i en av regionens rehabiliteringsinstitusjoner. Dette uten at pasienten nødvendigvis har behov for rehabilitering i en institusjon med overnatting eller et langvarig dagtilbud. Ofte trengs kun opptrening med supervisjon etter sykdom, skade eller operasjon og det kan man få poliklinisk dersom man bor i Trondheim eller omegn.

Man har i flere sammenhenger diskutert hvorvidt en rekke pasienter kan ha like god nytte av gjenopptrening med hjelp av personer med spesialisert kompetanse knyttet til den enkelte medisinske klinikk fremfor et spesialisert rehabiliteringsopphold i en ny institusjon. Både samfunnsøkonomisk, og ikke minst for økonomien i regionalt helseforetak, kan dette være like god bruk av ressurser fremfor at regionen legger ut anbud og kjøper tjenester andre steder. Innenfor flere områder har St. Olavs hospital mye vi kan tilby uten at pasienter nødvendigvis trenger å få tilbudet i en rehabiliteringsinstitusjon utenfor sykehuset. Det blir derfor viktig å få en bred diskusjon i vårt sykehus omkring rehabilitering i senere faser, da i henhold til ansvar og plikter tillagt hele spesialisthelsetjenesten, eksterne rehabiliteringsinstitusjoner inkludert.

Trening som medisin:

Trening er en viktig komponent i rehabilitering etter sykdom og/eller skade, og kan også benyttes som en strategi for å hindre at sykdom oppstår eller utvikler seg. Det er for eksempel godt dokumentert at konservativ behandling ved kneartrose gir et like godt resultat som kirurgi i forhold til smerte og funksjon (1). Ved å tilby riktig behandling til rett tid (eksempelvis konservativ før invasiv) vil en kunne spare disse pasientene for inngrep, som igjen kan frigjøre ressurser og dermed gi en helseøkonomisk gevinst. Ved hjerte/karsykdom har rehabilitering (opptrening og opplæring) en sterk anbefaling (IA), og vil derfor være en naturlig del av det som anses som beste medisinske behandling. Dagens praksis viser at det fremdeles er et mindretall av hjertepasienter som henvises til hjerterehabilitering, og ved perifer karsykdom er bruk av trening som medisin nesten fraværende. Skal St. Olavs hospital tilby fremragende behandling må vi også sørge for at alle komponenter i anbefalt behandling tilbys. Dette vil kreve ressurser, men også en bedre utnyttelse av eksisterende ressurser (personell, lokaler, velferdsteknologi) og en tettere samhandling med primærhelsetjenesten.

1. J B Thorlund, C B Juhl, E M Roos, L S Lohmander: Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms, BMJ 2015; 350.

Samhandling og oppgavedeling - bruk av jobbglidning

Klinikkens ansatte har selvstendig behandlingsansvar. Fysioterapeuter og ergoterapeuter kan både gjennomføre og selvstendig konkludere en funksjonsvurdering. Det samme kan en klinisk ernæringsfysiolog i en situasjon med ernæring, en logoped i forbindelse med for eksempel svelgvansker og en sosionom i saker knyttet til sosialfaglige vurderinger.

Kontakt mellom klinikkens ansatte og andre bidrar til sikre kompetanse på tvers i sykehuset. Ansattes individuelle spesialistkompetanse kan med fordel utnyttes bedre til økt jobbglidning. I de senere år er flere typer kontroller overført til fysioterapeuter. Det samme er vurderinger knyttet til team-vurdering. Med fordel kan ergoterapi og sosionomtjenester tas i bruk innenfor økte områder til det beste for sykehusets håndtering av kort liggetid.

Ved oppgaveoverføring / jobbglidning må kompetansen settes i system gjennom faste rutiner i samarbeid med leger og andre samarbeidspartnere.

Pasient- og pårørendeopplæring og Læring og mestring

Her er Klinikk for kliniske servicefunksjoner bedt om å beskrive et punkt. Strategi og målbilde settes inn som en tabell. Denne er utarbeidet av seksjonsleder for LMS, Borghild Lomundal.

	Utviklingsmål (2035)	Strategiske mål (2018 – 2020)
Pasientens helsetjeneste	Brukerperspektivet er integrert i all klinisk praksis og tjenesteutvikling ved St. Olavs hospital	Personer med erfaringskompetanse er aktive parter ved forbedring av systemer og i pasientkontakt. St. Olavs hospital legger til rette for brukerinvolvering ved: <ul style="list-style-type: none">• utarbeiding av planer og føringer• utvikling av felles rutiner ift medforskning• utarbeiding og implementering av pasientforløp• utvikling av lærings- og mestringstilbud og pasient- og pårørendeopplæring• strukturerte utskrivningssamtaler
	St. Olavs hospital har oppdaterte kartlegginger av brukeropplevelser (brukertilfredshet)	<ul style="list-style-type: none">• System for strukturerte brukertilfredshetsundersøkelser som grunnlag for systematisk forbedringsarbeid
	Samvalg er integrert i driften ved St. Olavs hospital, « <i>Ingen beslutning om meg uten meg</i> »	<ul style="list-style-type: none">• Behandler og pasient foretar i fellesskap de beste valgene• Medarbeidere har god kompetanse på kommunikasjon og samvalg• Strukturert bruk av samvalgsverktøy i klinisk arbeid
	St. Olavs hospital har utviklet helhetlige standardiserte pasientforløp fra hjem-til-hjem i samarbeid med deltakere både fra spesialisthelsetjeneste, kommuner og frivillige lag og organisasjoner for alle relevante målgrupper	<ul style="list-style-type: none">• Videreutvikler igangsatt arbeid med regionale, helhetlige pasientforløp - sentralt i helseforetakets satsing knyttet til kontinuerlig forbedring (utarbeiding og implementering)• Pasient- og pårørendeopplæring og lærings- og mestringstilbud, en integrert del i pasientforløpene
Pasient- og pårørendeopplæring	St. Olavs hospital gir pasienter og pårørende som har behov for opplæring som krever spesialistkompetanse, et kvalitetsmessig godt tilbud	<ul style="list-style-type: none">• Sørger for oppdatert, tilgjengelig og tilpasset informasjon om behandlings- og opplæringstilbud• Har særlig fokus på andre språk og kulturer• Utvikler nye og videreutvikler opplæringstilbud som krever spesialistkompetanse• Pasienter og erfaringspersoner deltar i utvikling og gjennomføring av opplæringstilbud• Øker bruk av e-læring i opplæringssammenheng• Kartlegger og tar i bruk relevante kvalitetsindikatorer for opplæringstilbud innen somatikk, psykisk helsevern og rus- og avhengighetsmedisin
	Medarbeidere ved St. Olavs hospital har god helsepedagogisk kompetanse	<ul style="list-style-type: none">• Videreutvikler eksisterende helsepedagogiske tilbud (grunnkurs og modulrekke) og tilbyr kompetansehevende kurs<ul style="list-style-type: none">○ Opplæring i samvalg og samvalgsverktøy som en av modulene• Tilbyr helsepedagogisk opplæring som del

		av praksisperiodene for x faggrupper
	St. Olavs hospital har fokus på aktivitet med egenmestring som mål	<ul style="list-style-type: none"> • Øker omfang av og videreutvikler eksisterende lærings- og mestringstilbud, og ser dette arbeidet i tråd med aktivitet i kommuner og andre samarbeidspartnere • Arbeider videre med tydelig ansvars- og oppgavedeling innen fagfeltet læring og mestring • Pasient- og pårørendeopplæring - en naturlig del av helhetlige standardiserte pasientforløp
	St. Olavs hospital har formalisert samarbeid med kommuner og andre relevante aktører	<ul style="list-style-type: none"> • Utvikler og tar i bruk e-verktøy • Videreutvikler eksisterende samhandlingsnettverk • Prøver ut relevante samhandlingsmodeller • Øker samarbeidet med utdanningsinstitusjoner

Klinisk ernæringsfysiologi

Forebygging og behandling av Underernæring (pasientsikkerhetsarbeid):

Helsefremmende og forebyggende tiltak skal dempe veksten i behov for helsetjenester. Ett av tiltakene som allerede er igangsatt ved St. Olavs hospital, og som bør styrkes og utvikles som en konsekvens av endret demografi (flere eldre), er forebygging og behandling av underernæring. Sykdomsrelatert underernæring koster sykehusene i form av lengre behandlings- og liggetid.

Ved St. Olavs hospital har det klinisk ernæringsfaglige miljøet og Ernæringsutvalget implementert risikovurdering (screening) for underernæring på alle innlagte pasienter som en del av det systematiske og kontinuerlige pasientsikkerhetsarbeidet. I dag er 25% av innlagte pasienter på sykehus og 1/3 av beboere på sykehjem underernærte eller står i fare for å bli det. Eldre og personer med kroniske sykdommer er risikogrupper for å utvikle underernæring, og blant de eldste er sansetap og underernæring «svært hyppig forekommende» (*Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten // En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030, IS-1966*). Antall eldre øker og det forventes en 50-60% økning i aldersrelaterte lidelser i årene fram mot 2030. Det fremtidige sykdomsbildet indikerer et sterkt behov for ulik og tverrfaglig kompetanse både innen forebygging, behandling og oppfølging av disse tilstandene. Blant kompetanse som bør styrkes for å møte dette behovet er klinisk ernæringsfysiolog og logoped.

Forebygging og behandling av Livsstilssykdommer:

For at helsevesenet (og St. Olavs hospital) skal klare å håndtere “vekstområdene” fedme, diabetes type 2, og nyresvikt (for å nevne noen) bør klinisk ernæringsfysiolog benyttes mer i helsefremmende arbeid, pasient- og pårørendeopplæring, og medisinsk ernæringsbehandling enn det som gjøres i dag».

Utdanning

I 2017 kom en ny Forskrift som gir alle utdanningsgrupper samme rammeplan. Dette som følge av at utdanninger til tider er sagt å være lite dynamisk og ikke i tråd med helsetjenestenes behov. Det pågår nå et nasjonalt arbeid for å utarbeide retningslinjer for hver yrkesutdanning (RETHOS-arbeidet). Disse vil bli sendt på bred høring våren 2018 med frist frem mot sommeren. Det er strategisk viktig for St. Olavs hospital at sykehuset involverer seg bredt i den høringen som kommer.

Lise Lundbom Støylen
Klinikksjef