

Høringsuttalelse Utkast til utviklingsplan for St. Olavs hospital HF pr. 15.11.17

Til: Samhandlingsdirektør

Fra: Den norske legeforening (DNLF), Yngre legers forening (Ylf) St. Olavs hospital

Dato: 23. desember 2017

Yngre legers forening ved St. Olavs hospital takker for muligheten til å komme med innspill til utkastet til *Utviklingsplan for St. Olavs hospital HF*.

I «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» står det En utviklingsplan skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer.

Planen oppleves generelt som lite konkret. Det mangler ikke på visjoner, men det er vanskelig å finne konkrete tiltak. Vi savner også ansvars plassering/adressat for gjennomføring av mål og visjoner, og vi etterlyser tidsperspektiver for når man ønsker at de ulike målene skal oppnås. Det er også skrevet lite om evaluering av eventuelle tiltak, og det er dårlig samsvar mellom premisser og visjoner.

I nevnte veileder er det også oppgitt et veiledende format for utviklingsplan. Vi ser at planen er utarbeidet delvis i tråd med dette formatet, men med noen avvik som vi synes er uheldige. Først av alt mangler både innholdsfortegnelse og sammendrag, hvilket vi håper vil komme inn i planen i en senere utgave. Dette vil gjøre planen mer oversiktlig og mer tilgjengelig. Vi håper også at en samlet referanseliste vil komme med i den endelige planen.

Dokumentet vil nok ha godt av en grammatisk gjennomgang og språklige justeringer, som kan gi bedre flyt og økt lesevennlighet, før det ferdigstilles.

Vi vil i det videre kommentere de punktene i planen vi har bemerkninger til. Kommentarer og innspill fremgår fra utkastet under angitte kapitler.

1.2.3 Interessenter

- Vi savner en oversikt over hvilke interessenter som er identifisert og hvordan de er involvert. Kan godt være et vedlegg til planen som beskriver dette.

2. Nåsituasjon

- Opplevs som en svært rund beskrivelse, vi ønsker at nøkkeltall for sykehuset angis, som beleggsprosent og en beskrivelse av de viktigste aktivitetstallene framfor å viser til årsberetningen fra 2016. I tillegg bør tilsvarende tall fra andre helseforetak det er naturlig å sammenlikne seg med fremlegges som referanse.
- For å få et korrekt bilde av nåsituasjonen burde også helsetilsynet og fylkeslegens rapporter nevnes.

2.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

- Her angis det at St. Olavs hospital skårer litt under landsgjennomsnittet på indikatorene utskrivelse, samhandling og ventetid. Vi savner refleksjoner rundt årsak(er) til dette, som kan ligge til grunn for forbedringstiltak som bør komme senere i planen.

2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

- Aktivitet bør beskrives opp mot kapasitet, og hva som er forventet ut ifra demografisk utvikling. Da nedgang i ventetid og antall fristbrudd sier lite om økt effektivitet av behandlingstilbudet, bør total behandlingstid i stedet fremkomme. Videre bør det oppgis også aktivitetstall fra foregående år som sammenligningsgrunnlag.

2.2.1 Helseatlas og forbruksrater

- Det foreslås å redusere liggetid for utvalgte diagnosegrupper som angis å kunne frigjøre et tosifret antall senger – det er imidlertid stor forskjell på 10 og 99 og Ylf savner et mer konkret estimat. I denne sammenheng er også reinnleggelser en viktig parameter. Dersom liggetiden ved St. Olavs hospital er noe høyere enn sammenlignbare sykehus, men reinnleggesraten for de samme pasientene er lavere, er det sannsynligvis ikke noe å hente på å redusere liggetiden for de beskrevne pasientgruppene. Hvordan skal man sikre at man ivaretar behandlingskvaliteten ved redusert liggetid?
- Vi savner videre årsaksanalyse, eller foreslåtte tiltak. Hvilke pasientgrupper får mest av ressursene, og hvilke er definert som minste ressurskrevende?

2.3.1 Oppgavedeling og samhandling innen eget helseforetak

- Under punktet om Orkdal sjukehus savnes en beskrivelse av hva som ligger i «ø.hjelp-funksjoner og elektive funksjoner» for befolkningen i nærområdet. Skal for eksempel elektiv ortopedi flyttes ut fra Orkdal sjukehus?

2.3.3 Oppgavedeling og samhandling med kommuner og fastleger

- Utviklingsplanen beskriver i liten grad hvordan samarbeidet er organisert, og hva som er utfordringene i dag.
- Det angis at man har tro på at avtaler vil bidra til å dempe veksten i behov av ø-hjelp helsetjenester både fra kommune og fra spesialisthelsetjenesten. Vi finner det vanskelig å tro at behov for ø-hjelp helsetjenester innen både kommune og spesialisthelsetjenesten skal bli mindre i tiden fremover.
- Helhetlige standardiserte pasientforløp som beskriver hva pasienten kan forvente av tjenester må samsvare med hva som faktisk er mulig med dagens, og fremtidens, ressursituasjon.

2.3.4 Oppgavedeling og samhandling med private sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner

- Man savner en beskrivelse av hvilke inngrep som i sin helhet planlegges utført ved private sykehus. Per i dag går enkelte bløtdelskirurgiske inngrep kun privat, og dersom flere inngrep skal utføres ved private institusjoner kan dette gå ut over LIS-utdanningen.

2.4.1 Dagens organisering

- Det vises til at AMUS 2016 viste en negativ utvikling i området «arbeidsbelastning» i store deler av organisasjonen. Vi savner en nærmere beskrivelse/utdyping av dette, samt refleksjoner rundt årsakssammenhenger. Vi savner også informasjon om hva konkret som gjøres for å følge opp dette, hvilke tiltak som er gjort og hva som planlegges for å forbedre arbeidsbelastningen, samt langsiktige konsekvenser av økt arbeidsbelastning opp mot blant annet arbeidsmiljø og sykefravær.

2.5 Bemanning og kompetanse

- Oversikten bør være en komplett oversikt over personell, dvs. vise fordeling og utvikling av bemanning i henhold til antall stillinger og antall årsverk for den gitte perioden fra 2011-2016. Per nå redegjør man kun for ca halvparten av ansatte i helseforetaket, og det er ikke tatt med oversikt over f.eks administrativt ansatte.
- Når det gjelder faste stillinger i foretaket bør det redegjøres for andel faste stillinger for hver enkelt profesjon. Særlig blant yngre leger er det fortsatt en stor andel midlertidig ansatte, til tross for at fast ansettelse av LIS ble tariffestet i 2014.

2.5.2 Kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner

- Det angis at det er forventet en underdekning av sykepleiere, bioingeniører, fysioterapeuter og leger fra 2025. Hvor stor er underdekningen, og hvilke konkrete tiltak foreslås for å demme opp for mangelen? Behovet for spesialsykepleiere kartlegges hvert år, vi etterlyser en tilsvarende kartlegging av legebehovet. Hva baseres kartleggingen på, hvem gjør denne kartleggingen? Det angis at sykepleiere synes å foretrekke spesialistutdanning innen området med lavere vaktbelastning og mindre press. Er ikke det en konkret sak å ta tak i mht. til å sikre fortsatt rekruttering til videreutdanning?
- Spesialsykepleiere innen akuttisykepleie, anestesi- barn-, intensiv- og operasjonssykepleie synes å være de mest kritiske utdanningene.
- Foretaksgruppen videreutvikler kompetansekrav for leger i spesialisering (LIS 1). Vi savner en konkretisering av hvem som har ansvar for dette, og hvordan arbeidet kvalitetssikres.

2.6 Forskning, innovasjon og helsetjenesteutvikling

- IKT-løsninger og nettbaserte tjenester som "virtuelle undersøkelsesrom" som f.eks Skype er etablert på Røros og Fosen DMS, og vil kunne utvides til å gjelde langt flere - eks sykehusspesialister som derigjennom reduserer kostnader både for pasient, kommune, arbeidsgiver og helseforetak. Dessuten utløser allerede i dag nettvideokonsultasjon takst fra HELFO, mens telefonkonsultasjon ikke utløser noen refusjonstakst.

2.7 Økonomi

- Sykehuset leverte økonomisk resultat som var bedre enn styringsmålet, og har holdt budsjettet 9 år på rad. Hva gjør at St. Olavs klarer dette, hva skiller oss fra andre helseforetak? Man har fremskaffet 2 % av budsjettøkningene selv, gjennom årlige effektiviseringer. Det bør angis hva slags effektiviseringer som konkret er gjort. Hvor/hvordan er videre effektivisering tenkt i tiden som kommer? Hva består den økte aktiviteten siden 2006 av? Hva skal fortsatt økt aktivitet i tiden 2018-2023 bestå av, og innenfor hvilke rammer? I lys av dette anses det svært utfordrende at det er vedtatt investeringer i hundremillionersklassen - både ombygging/oppgradering av Orkdal sykehus og Brøset.
- Vi opplever stadig fullt sykehus og pasienter som havner på feil avdeling fordi det ikke er plass på pasientens moderavdeling, såkalte satelittpasienter, hvor man kan få inntrykk av at økonomiske hensyn veier tyngre enn pasientsikkerhetsmessige hensyn. Vi vil gjerne få innsikt i de vurderinger som gjøres rundt pasientsikkerheten ved ulike effektiviseringstiltak. Det savnes videre en refleksjon av sammenhengen mellom økonomisk resultat og den tidligere nevnte arbeidsbelastning for ansatte (rapportert i AMUS 2016).
- Det angis at man må planlegge for at det ikke er økonomi til å utvide med flere senger enn hva man har i dag, eller øke bemanningen per pasient utover det man har i dag. Hvordan samsvarer dette med forventet og ønsket økning i aktivitet? Skal bemanning per pasient opprettholdes, betyr det i realiteten en økning i antall helsepersonell. Hva skal i så fall nedprioriteres?

2.8.1 Medisinskteknisk utstyr (MTU)

- Det angis at verdien av utstyret som sykehuset disponerer/har vedlikeholdsansvar for ligger på ca 1.700 mill. kr, og at investeringsbudsjettet for 2017 på 100 mill er underdimensjonert, tatt i betraktning at det burde ligge på 10% av anskaffelsesverdien. I tillegg er den gjennomsnittlig gjenstående levetid for utstyrsparken beregnet til 2,5 år, hvilket tilsier at i løpet av kort tid vil vi risikere å sitte med ubrukelig utstyr som vi ikke har økonomisk styrke til å erstatte. Dette ser vi på som svært problematisk, særlig når man ser det i sammenheng med at det i avsnitt 2.7 er beskrevet økonomisk overskudd.

3. Overordnede strategier og føringer

- Det angis at visjonen er å tilby fremragende behandling, at pasientene får den beste anbefalte behandlingen, utført av høyt kompetente medarbeidere osv. I utviklingsplanen er det imidlertid ikke poengtert at dette nødvendigvis begrenses av til enhver tid økonomiske og ressursmessige rammer. Videre er ikke forskning, fordypning og kurs for nettopp å tilegne seg og opprettholde denne kompetansen ressursatt.

4. utfordringer for helsetjenesten

Avsnittene under kapittel 4 henger såpass tett sammen at man velger å kommentere dem samlet:

- Det vises til beregninger av behov for helsetjenester i 2035, under forutsetning av at blant annet sykkeligheten i befolkningen, etterspørselen og forventningene til helsetjenestene er de samme som i dag. Ylf mener dette gir et underestimat. Vi vet at befolkningen blir eldre og at flere vil leve lenger med flere og behandlingsskrevende sykdommer.
- Hvilke effektiviserings tiltak er gjennomført de siste årene, og hva har effekten av tiltakene vært?

5. Muligheter

- Beregningen viser behov for nær dobling i antall sengeplasser, poliklinikk og aktivitet. Man savner en mer realistisk fremstilling av hvordan man skal møte disse utfordringene, og refleksjoner rundt hvilke helsetjenester som skal reduseres, gitt at tilgjengelige ressurser ikke øker i takt med behovet.
- Det refereres til rekrutteringsutfordringer, men det savnes en plan for hvordan man skal møte disse utfordringene.
- Det angis ingen konkrete tiltak eller forslag til løsninger i forhold til det fremtidige behovet for helsetjenester, annet enn at man skal se på mulighetene for å dempe veksten i fremtidige behov og ved å endre måten vi jobber på, samt gjøre helsefremmende og forebyggende tiltak. Hvordan tenker man konkret at dette skal realiseres, hvilken effekt forventer man av tiltakene, og hvilke kostnader vil være knyttet til tiltakene? Hvilke tidsperspektiv må man ha for å kunne holde tritt med befolkningsutviklingen og de tilhørende endrede behov?
- Forventninger til fremtidens helsetjenester både fra myndigheter og befolkningen samsvarer ikke med de faktiske forhold. Under avsnitt 5.3 står det at «man må være i stand til å avklare hva man ikke skal gjøre, og at man må ha en prioriteringsdebatt». Dette er et element som må tydeliggjøres og utdypes mye mer. Hva skal prioriteres bort?
- Avsnitt 5.5: Stor nok kapasitet til ø.hjelps operasjoner kan forkorte liggetiden; i dagens situasjon ligger mange pasienter og venter på operasjon på grunn av underkapasitet. Det angis at moderne medikamentelle og kirurgiske behandlingsformer gir mindre komplikasjoner, bedre livskvalitet, bedre behandlingsresultat og lenger overlevelse innenfor

flere sykdomsgrupper. Her er det i parentes angitt "bla robotkirurgi". Sistnevnte bør fjernes fra teksten, da det ikke finnes evidens for at dette stemmer for robotkirurgi.

- Under avsnitt 5.5 angis også at det innen psykisk helsevern er stort potensiale for økt bruk av DPS og ambulante team. Stor midler har allerede blitt flyttet til DPS, og ansatte i psykiatrien opplever at det nå ikke er noe mer midler å hente fra Østmarka og de spesialiserte funksjonene i psykiatrien. Det er viktig at man også sikrer et godt døgntilbud for de dårligste psykiatripasientene som trenger det. I Australia har de nå begynt en reversering av tilsvarende prosess etter at de opplevde at det gikk for langt, og de er nå i ferd med å nedskalere ambulante tjenester og bygge opp igjen sengepostkapasitet.
- Angående generell effektivisering (avsnitt 5.20) er vel mindre rapporttid for sykepleierne et eksempel på det. Utviklingsplanen går i liten grad inn på hvordan man skal kunne ivareta behandlingskvaliteten på alle effektiviseringstiltak man tenker seg (ta f.eks frigjøring av senger ved å øke bruk av pasienthotell). Det skisseres samarbeid mellom ulike intensiv- og overvåkningsenheter; dette foregår allerede i dag, men dessverre er gjennomgangsmelodien at det er fullt over alt, og samarbeidet går på fylle den ene ledige plassen som finnes å oppdrive. St. Olavs hospital mangler en medisinsk overvåkingsenhet, og Ylf mener at dette bør komme på plass så snart som mulig.
- Ylf ønsker at spesialisthelsetjenesten, og St. Olavs hospital i særdeleshet, jobber aktivt med forebyggende medisin. Forskning har klar dokumentert gevinst av økt fysisk aktivitet, bedre ernæring, og tettere oppfølging av eldre hjemmeboende med kronisk sykdom på redusert behov for akuttinnleggelser og sykehusbehandling totalt sett. Videre vil endring av mottakstjenester kunne dempe veksten i antall ø.-hjelp-innleggelser. Flere tiltak er beskrevet; mulighet for telefonkonferanse for innleggende lege, bedre tilgjengelighet av spesialistpoliklinikker og økt kompetanse i front. Sistnevnte samsvarer med ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin. Det må altså fokuseres på alternative tilbud til ø.-hjelp-populasjonen hvor man har mer å spille på enn kun innleggelser.
- Hvordan skal sykehusstrukturen se ut i 2035, og hvordan skal oppgavedelingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehushelsetjenesten se ut? Hvis mer av aktiviteten skal flyttes ned på lavere behandlingsnivå slik det legges føringer for i utviklingsplan, vil det øke behovet for kompetanseoverføring og ressurser til kommunehelsetjenesten. Dette er i svært liten grad diskutert i dokumentet.

6. Forslag til målbilde og strategiske satsingsområder

- Generelt: Målbildet for pasientenes helsetjeneste beskrives til dels for alle avsnittene under kapittel 6, men tilhørende tiltak og organisering er kun delvis eller ikke beskrevet.
- Det angis i teksten "**Vi bør planlegge ut fra at vi må klare kommende utfordringer med det sykehuset vi har, de sengene og poliklinikkarealene vi har og med den personelldekningen pr pasient som vi har i dag.**" Vi har vanskelig for å se at dette kan være realistisk, vi kan heller ikke se at de muligheter og tiltak som er beskrevet i kapittel 5 vil være tilstrekkelige til å nå et slikt mål; det vil i praksis si å unngå 40% av estimert innleggelsesbehov og 60% av estimert behov for poliklinisk konsultasjon. Det mangler en "worst case" seksjon. Hva gjør vi når sykehuset ikke har kapasitet? Hvilke prioriteringer vil bli gjort hvis man ikke klarer å nå dette målet?
- Utviklingsplanen slutter litt plutselig i avsnitt 6.1. I følge malen i «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» skal det være flere avsnitt under kapittel 6, og det ser også ut som at det er tenkt flere avsnitt i dokumentet. Dersom det er tekst som er falt ut, eller som vil komme på plass senere, vil vi i Ylf gjerne komme med innspill hvis vi får tilsendt kopi av denne teksten.

Avslutningsvis ønsker Ylf å påpeke viktigheten av å komme i gang med arbeidet med å forberede seg på morgendagen så tidlig som mulig. I denne sammenhengen er det viktig å se hva man selv kan gjøre innen egen organisasjon som følgelig gjør handlingsrommet større. Allerede i 2018 tenker Ylf det er avgjørende å få til en kulturendring hvor fokus skifter fra avdeling og klinikk til helhetlig sykehusdrift. Vi må komme bort fra «silotenkningen» hvor enkeltavdelinger og klinikker blir pålagt innsparingskrav og hvor «løsningen» ofte ligger i endring som medfører at regningen sendes andre med manglende nettogevinst, konf internfakturering. Ylf mener også at man snarest må få på plass en medisinsk overvåkningsenhet, samt en generell indremedisinsk avdeling inne i universitetssykehuset. På den måten vil man unngå «satelittpasienter» og deres tilhørende ineffektive driftsformer og pasientforløp, for ikke å snakke om potensielt negative konsekvenser for pasientsikkerheten. Vi må få bedre ressursutnyttelse av den fantastiske arbeidsstokken vi har, vurdere dagens sengekapasitet og beleggsprosent på respektive enheter og eventuelt reallokere både senger og personell sammenliknet med dagens system for å møte morgendagens utfordringer. En bedre ressursutnyttelse av observasjonsenheten er også sentralt i denne sammenhengen. Ylf bidrar gjerne i dette viktige arbeidet framover.

Med hilsen
Yngre legers forening St. Olavs hospital

Guro-Marte Gulstad Mpotte
Foretakstillitsvalgt

Torkild Skaar
Vara foretakstillitsvalgt