

Utviklingsplan 2019-2035

St. Olavs hospital HF

- 22. februar 2018



SAMMENDRAG	4
1. BAKGRUNN OG HISTORIKK	5
1.1 BAKGRUNN FOR UTVIKLINGSPLANEN	5
1.2 HISTORIKK FOR HELSEFORETAKET	5
1.3 GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET	6
1.3.1 Mandat og organisering.....	6
1.3.2 Interessenter.....	6
1.3.3 Medvirkning og aktiviteter	6
2. NÅSITUASJON	7
2.1 PASIENTENS HELSETJENESTE – BRUKERTILFREDSHET	7
2.2 PASIENTBEHANDLING	8
2.2.1 Helseatlas og forbruksrater	8
2.2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet.....	8
2.2.3 Pasient- og pårørendeopplæring.....	9
2.2.4 Barnehelse	9
2.2.5 Pasientforløp.....	10
2.3 OPPGAVEDELING OG SAMHANDLING	10
2.3.1 Oppgavedeling og samhandling innen eget helseforetak	10
2.3.2 Oppgavedeling og samhandling med andre helseforetak.....	10
2.3.3 Oppgavedeling og samhandling med kommuner og fastleger.....	10
2.3.4 Oppgavedeling og samhandling med private sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner	11
2.3.5 Oppgavedeling og samhandling med avtalespesialister.....	11
2.4 ORGANISERING OG LEDELSE	11
2.4.1 Dagens organisering	11
2.4.2 Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....	12
2.5 BEMANNING OG KOMPETANSE	13
2.5.1 Utdanning	13
2.5.2 Kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner	13
2.6 FORSKNING, INNOVASJON OG HELSETJENESTEUTVIKLING	14
2.7 ØKONOMI	15
2.8 TEKNOLOGI OG UTSTYR	15
2.8.1 Medisinskteknisk utstyr (MTU):.....	15
2.8.2 Helseplattformen.....	16
2.8.3 Annen teknologi og annet utstyr	16
2.9 DAGENS BYGG – TILSTAND OG MULIGHETER	16
2.9.1 Tilstandsvurdering	16
3. OVERORDNEDE STRATEGIER OG FØRINGER	17

4.	UTFORDRINGER FOR HELSETJENESTEN.....	18
4.1	ENDRINGER KNYTTET TIL DEMOGRAFI	18
4.1.1	Press på tjenester og areal	19
4.1.2	Rekrutteringsutfordringer.....	20
4.2	ENDRINGER I BEHOV FOR HELSETJENESTER.....	20
4.3	ØKENDE FORVENTNINGER.....	21
4.4	NYE TILBUD.....	21
4.5	SPESIALISERING/SENTRALISERING, OG KOORDINERING	21
4.6	ASYLSØKERE OG FLYKTNINGER	22
4.7	MAKROØKONOMI.....	22
4.8	FINANSIERINGSMODELLER.....	22
4.9	PRESS PÅ ØKONOMIEN LOKALT.....	22
4.9	DAGENS UTFORDRINGER.....	23
5.	HVILKE MULIGHETER HAR VI FOR Å GI FREMRAGENDE BEHANDLING FRAMOVER?	23
5.1	ØKTE BEVILGNINGER OG ØKT TILGANG PÅ PERSONELL	23
5.2	HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE TILTAK - DEMPE VEKSTEN I BEHOV FOR HELSETJENESTER.....	23
5.3	SAMARBEID MED NTNU	24
5.4	PRIORITERING OG ETIKK.....	24
5.5	PASIENT OG BRUKERMEDVIRKNING	24
5.6	PASIENTBEHANDLING	25
5.7	PREHOSPITALE TJENESTER	26
5.8	EN POPULASJONSBASERT RISIKOTILNÆRMING	26
5.9	HELHETLIGE PASIENTFORLØP	26
5.10	REDUSERE OVERDIAGNOSTIKK, OVERBEHANDLING OG UØNSKET VARIASJON.....	27
5.11	TEKNOLOGI OG UTSTYR.....	27
5.12	SAMHANDLING SOM EN STRATEGISK SATSING	27
5.13	RIKTIG LEGEMIDDELBRUK	28
5.14	ORGANISERING OG LEDELSE	29
5.15	BEMANNING OG KOMPETANSE	29
5.16	FORSKNING OG INNOVASJON	30
5.17	NYE TILBUD INNEN DIAGNOSTIKK OG BEHANDLING.....	31
5.18	GODE TILBUD TIL FREMMEDKULTURELLE – LIKEVERDIGE HELSETJENESTER.....	31
5.19	BYGG	32
5.20	ØKONOMI.....	32
5.21	GENERELL EFFEKTIVISERING	33
5.22	MULIG EFFEKT AV BESKREVNE TILTAK PÅ AREALBEHOV?	33
6.	MÅLBILDE OG STRATEGISKE SATSINGSOMRÅDER	33
6.1	STRATEGISKE SATSINGSOMRÅDER OG AKTUELLE TILTAK 2019-2035.....	33
6.2	OPPFØLGING, PRIORITERING OG KONKRETISERING	39
6.3	RISIKO- OG MULIGHETSANALYSER	39
VEDLEGG 1:	39

Sammendrag

Helsetjenesten står overfor store utfordringer i årene som kommer. Både behov, forventninger og muligheter for nye tilbud vil øke. Rekruttering til helse- og omsorgssektoren blir også en økende utfordring.

Om vi ikke gjør noen endringer i måten vi jobber på, vil helsetjenestebehovene etter all sannsynlighet langt overstige våre muligheter til å øke tilbudet. Det makroøkonomiske bildet tilsier at vi må planlegge å klare oss med den bemanningen pr pasient vi har i dag og stort sett med de lokalene vi har.

Med god brukermedvirkning og sammen med andre helseforetak i regionen, kommunene og andre samarbeidspartnere må vi se på hvilke muligheter vi har for å yte tjenester på andre måter ved å bruke tilgjengelige ressurser bedre. Samtidig må vi gjøre det som er mulig for å dempe veksten i behov for helsetjenester i årene som kommer gjennom å fremme helse i befolkningen, stimulere til økt egenomsorg og forebygge sykdom der dette er mulig.

St. Olavs hospitals visjon er «Fremragende behandling». Vår klare ambisjon er å være et sykehus som ligger i front når det gjelder pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell. Vi vil videreutvikle organisasjonen slik at vi fortsatt kan yte helsetjenester med høy faglig kvalitet, god pasientflyt, høy brukertilfredshet og optimal ressursutnyttelse.

Utviklingsplanen beskriver 10 strategiske satsingsområder for at St. Olavs hospital skal nå disse målene. I planen beskrives også aktuelle tiltak under hvert strategiområde. Utviklingsplanens strategiske satsingsområder og aktuelle tiltak vil danne grunnlag for- og bli konkretisert i sykehusets årlige forbedringsprogram.

Utviklingsplanen ble behandlet i styremøte i St. Olavs hospital 22. februar 2018 der styret gjorde følgende vedtak:

- 1. Styret ser at utfordringene norsk helsetjeneste står overfor i årene som kommer vil kreve svært mye av helseforetakene for å opprettholde og forbedre kvalitet og kapasitet på våre tjenester.*
- 2. St. Olavs hospitals visjon om fremragende behandling og ambisjoner knyttet til rollen som universitetssykehus og regionsykehus vil kreve et kontinuerlig fokus på omstilling, kompetansebygging, forskning og innovasjon.*
- 3. Styret godkjenner «Utviklingsplan 2019-2035 St. Olavs hospital HF» og ber administrerende direktør legge utviklingsplanens ambisjoner, strategier og tiltak til grunn for årlige forbedringsprogram og budsjett.*

1. Bakgrunn og historikk

1.1 Bakgrunn for utviklingsplanen

Nasjonal helse- og sykehusplan ble behandlet i Stortinget 17. mars 2016, Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016). Denne planen skal rulleres hvert 4. år. Som grunnlag for neste rullering, stiller Helsedepartementet krav om at alle helseforetak utarbeider en utviklingsplan som skal peke på en ønsket utviklingsretning og beskrive krav til kompetanse, arbeidsformer, bygg og utstyr for å møte framtidige utfordringer. Utviklingsplanen skal ha et tidsperspektiv frem til 2035 og rulleres hvert 4. år.

Arbeidet med utviklingsplanen ble initiert av Helse Midt-Norge RHF (HMN) i foretaksmøtet 2. juni 2016. HMN vil legge helseforetakenes utviklingsplaner til grunn for utarbeidelsen av en regional utviklingsplan.

1.2 Historikk for helseforetaket

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

Fylket overtok eierskap av sykehuset fra Trondheim kommune i 1964. I forbindelse med at sykehuset fikk status som regionsykehus i 1974 fikk sykehuset nytt navn: Regionsykehuset i Trondheim (RIT).

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

Størsteparten av tidligere bygningsmasse ble planlagt erstattet på slutten av 1990-tallet.

St. Olavs hospital HF ble opprettet i 2002. Staten overtok da Regionsykehuset i Trondheim fra Sør-Trøndelag fylkeskommune. Nye St. Olavs hospital - Universitetssykehuset i Trondheim, ble offisielt åpnet av kong Harald sommeren 2010. Staten, ved NTNU og St. Olavs hospital HF, eier og driver anlegget gjennom et tingrettslig sameie. NTNUs eierandel er ca. 25 %. Det er lagt stor vekt på å utvikle et tett integrert universitetssykehus, og felles strategiske mål for sykehus og fakultet ble vedtatt i 2013.

Undervisnings- og forskningsarealene er integrert med arealer for klinisk drift. Sykehuset er bygget etter en sentermodell. I idegrunnlaget heter det at «Sykehuset skal bygges på samarbeid i en helhetlig helsetjeneste, med medisinsk faglig kompetanse, pleie, omsorg og medmenneskelighet konsentrert mot pasienten».

Første byggefase besto av Nevrosenteret, Laboratoriesenteret og Kvinne-barn-senteret - ferdigstilt i 2005-2006. I andre byggefase fra 2008 til 2013 inngikk flere nye sentra.

Parallelt med oppbyggingen av sykehus i Trondheim, ble det etablert og drevet sykehus i Orkdal fra tidlig på 1900-tallet. I 2004 ble Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus fusjonert med St. Olavs hospital. Røros sykehus ble etablert i 1712. Dagens bygg er fra 1935. Røros sykehus ble en del av Regionsykehuset i Trondheim i 1982. Fra 2005 har St. Olavs hospital drevet en poliklinikk på Brekstad i samlokalisert med et interkommunalt helsetilbud for Fosenkommunene, nå organisert i Fosen Helse IKS. Fra 2006 har sykehuset også samarbeidet med kommunene om ulike typer døgntilbud.

Psykiatriens historie i Trondheim kan sies å starte med at Trondhjems hospitalstiftelses asyl (Tronka) ble ferdigstilt i 1842. Institusjonen var i drift til 1919. Da ble Østmarka sinnssykeasyl åpnet (fra 1961 kalt Østmarka psykiatrisk sykehus). Rotvoll statsasyl, etablert i 1872, ble en del av Trøndelag Psykiatriske sykehus i 1962 men lagt ned i 1990. Kriminalasylet (statsasyl for kriminelle og særlig vanskelige pasienter), etablert i 1923 og erstattet av Reitgjerdet sykehus i 1963, ble i 1987 Regional sikkerhetsavdeling Brøset. Haukåsen psykiatriske sykehus var i drift mellom 1961- 2007.

Desentralisering og nedleggelse av døgnplasser startet i 1970. Bo - og Behandlingsentre (BOB) ble etablert i 1992 (Leistad, Tiller, Åfjord og Haltdalen) og de psykiatriske sykehjem (Hegra, Melhus, Hemne og Ringvål) ble nedlagt. Pasientene ble overført til sine hjemkommuner via BOB som etter hvert ble distriktpsikiatriske sentra (DPS) i 2003. Psykisk Helsevern og Sosiale Tjenester ble etablert som et eget helseforetak i 2002 og fusjonert med St. Olavs hospital HF fra 2003.

Divisjon Psykisk helsevern består i dag av avdelingene Østmarka (akutt, langtidsposter, spesialpoliklinikker, alderspsykiatri-Øya), Brøset (nasjonal, regional og lokal sikkerhetsavd.), DPS (Nidaros, Tiller og Orkdal) med ulike poliklinikker, FoU, LMS, traumeenhet, dagenhet og ulike teamfunksjoner og Barne og (ungdomspsykiatrien (BUP)). Det er forskning og fagutviklingsavdeling ved AFFU-Østmarka (etablert i 1977), Brøset, DPS avd. og BUP.

Det har vært høyt prioritert å sikre oppgradering av bygningsmassen innen psykisk helse de siste årene. Orkdal DPS og Nidaros DPS har relativt nye bygninger. Høsten 2017 åpnet nytt akuttbygg på Østmarka. Samtidig fattet styret vedtak om å bygge nytt sikkerhetsbygg på Østmarka. Det er grunn til å tro at St. Olavs hospital også får bygge Senter for Psykisk helse på Øya sammen med NTNU som del av en samlet universitetscampus. Et endelig vedtak om dette er ikke fattet per februar 2018.

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

I dag er St. Olavs hospital et integrert universitetssykehus med lokal-, region, og universitetssykehusfunksjoner, i kontinuerlig utvikling. Det ytes lokalsykehustjenester til befolkningen i Trøndelag på 320 000 innbyggerne. I tillegg er vi universitetssykehus for Midt-Norge med 720 000 innbyggere.

1.3 Gjennomføring av prosjektet

1.3.1 Mandat og organisering

I sak 54-16 den 16. juni vedtok styret i Helse Midt-Norge mandat med veileder for helseforetakenes utviklingsplaner. Åpenhet og involvering er spesielt vektlagt i veilederen.

Styringsgruppen for arbeidet har vært den strategiske ledergruppen ved St. Olavs hospital bestående av adm. direktør og stabsdirektørene. Klinikksjefene har vært referansegruppe.

I perioden november 2016 til januar 2017 ble det etablert en koordineringsgruppe hvor interne og eksterne interessenter som NTNU, kommunene, sykehusets brukerutvalg, tillitsvalgte og vernetjenesten har vært representert. Dialog om planens utvikling er ivaretatt gjennom etablerte møtefora og gjennom koordineringsgruppen. Det er etablert en regional ressursgruppe med representanter fra alle helseforetak i regionen. Her har man utvekslet ideer og igangsatt noen regionale prosjekt.

I oppstarten av arbeidet med utviklingsplan ble det utarbeidet en prosjektplan hvor roller, ansvar, frister og milepæler ble klargjort. Prosjektplanen ble endelig godkjent i styringsgruppen 23.januar 2017.

1.3.2 Interessenter

Høsten 2016 ble det gjort en interessentanalyse¹ og utarbeidet en kommunikasjonsplan. Denne ble revidert våren 2017. Analysen identifiserer de sentrale interessentene til en utviklingsplan for St. Olavs hospital. Kommunikasjonsplanen er utarbeidet på basis av analysen og skal sikre god dialog og informasjonsflyt.

1.3.3 Medvirkning og aktiviteter

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

Utviklingsplanen fikk tidlig en egen side på sykehusets eksterne nettsider. Her ble prosjektplan, rapporter, referater, bestillinger, mandater og føringer lagt ut underveis. Det ble laget et eget prosjektområde på intranettet.

I august og oktober 2017 ble det gjennomført 2 heldagssamlinger for koordineringsgruppen og representanter fra sentrale fagmiljøer og interessenter. Formålet var å få innspill til nåtidsbeskrivelse og til å fatte veivalg til målbilde og tiltak. Samlingen den 25. oktober ble gjennomført som en bred workshop, med deltakere fra kommunene, klinikkene, NAV og koordineringsgruppen. Innspillene som kom inn denne dagen er benyttet til å beskrive utfordringer og muligheter.

Som del av mandatet fra HMN var det lagt opp til en parallell, ekstern kvalitetssikring av prosessen i utarbeidelsen av utviklingsplanen. HMN valgte konsulentfirmaet WSP AS til denne kvalitetssikringen som har fulgt vårt arbeid løpende. Planen har blitt kvalitetssikret gjennom to åpne høringsrunder, den første i perioden 15. november til 24. desember 2017, og den andre i perioden 15. januar til 2. februar 2018. I siste høringsrunde ba vi spesielt om nye innspill til tiltakene i kap. 6². Høringsutkast og høringsbrev ble lagt ut på nettsiden sammen med innkommende høringsinnspill.

2. Nåsituasjon

St. Olavs hospital HF, Universitetssykehuset i Trondheim, eies av Helse Midt-Norge RHF.

Pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell er sykehusets fire hovedoppgaver, definert i lov om spesialisthelsetjenesten. Virksomheten omfatter spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tyngden av virksomheten ligger i Trondheim. St. Olavs hospital samarbeider tett med NTNU om å videreutvikle det integrerte universitetssykehuset. I sykehusets styringsdokument for 2017 heter det at «Det er ønskelig at St. Olavs hospital HF tar en nasjonal rolle i å integrere de to sektorene mest mulig innen forskning og utdanning.». Som en oppfølging av dette, ble det høsten 2017 lyst ut en stilling som direktør for forskning, innovasjon og utdanning delt mellom St. Olavs hospital og Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU. Nærmere definerte støttefunksjoner innenfor forskning, utdanning og innovasjon ved de to institusjonene nettverksorganiseres.

St. Olavs hospital har flere nasjonale oppgaver og landsfunksjoner. Universitetssykehuset har to nasjonale behandlingstjenester og syv nasjonale kompetansetjenester.

Aktivitetstall og resultat på noen kvalitetsindikatorer fremkommer i sist avlagte regnskap og årsberetning for 2017. Stor tilstrømming av pasienter til akuttmottaket og høy beleggspersent er ved inngangen til 2018 en krevende utfordring for sykehuset.

2.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

Pasientens helsetjeneste angir retningen myndighetene legger opp til for fremtidens helsetjenester. 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 kvalitet skal være lik, uavhengig av behandlingssted.

Helseforetakets omdømme avhenger av hvordan vi (alle ansatte på sykehuset) møter våre pasienter, deres pårørende og våre samarbeidspartnere og hvordan disse møtene oppleves. Kunnskap om hvordan møtene oppleves er nødvendig for å legge til rette for positiv utvikling av den pasientopplevde kvaliteten.

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

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

² <https://stolav.no/om-oss/utviklingsplan>

Fra 2011 er det gjennomført årlige nasjonale pasienterfaringsundersøkelser i regi av Kunnskapscenteret for helsetjenesten. St. Olavs hospital skårer i 2016 signifikant over landsgjennomsnittet på flere pasienterfaringsindikatorer, men likt eller litt under på indikatorene utskrivelse, samhandling og ventetid. Slik informasjon må vi bruke aktivt i vårt kontinuerlige forbedringsarbeid.

2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

St. Olavs hospital disponerer ved inngangen til 2018 totalt rundt 1000 senger, hvorav 750 i Trondheim. De siste årene har vi hatt en økt tilstrømning av pasienter til sykehusets akuttmottak som langt overskrider den demografiske utviklingen. 62 % av alle sykehusets innleggelser er akuttinnleggelser.

Gjennomsnittlig ventetid for nyhenviste og antall fristbrudd er redusert betydelig de siste årene, og for første gang nådde sykehuset null fristbrudd tidlig i 2016, jf. vedlegg 1. Øvrig aktivitet i perioden fordeler seg slik:

	Polikliniske konsultasjoner 2016	Utskrivninger etter heldøgnsopphold 2016
Somatikk	467 990	57 554
Voksenpsykiatri	135 269	3 443
Barne- og ungdomspsykiatri	67 359	199
Rus og avhengighetsmedisin	19 216	1 152
Totalt	689 834	62 348

2.2.1 Helseatlas og forbruksrater

Når vi sammenligner med andre sykehus, så kommer det fram til dels store forskjeller mht. liggetid, bruk av antibiotika etc. Helseatlas³ beskriver variasjon i bruk av helsetjenester ut fra et befolkningsperspektiv mellom foretak og bostedsområder.

Norsk pasientregister (NPR) legger månedlig ut nasjonale aktivitetstall. Det gir oss mulighet til å sammenligne St. Olavs hospitals pasientsammensetning, ventetider, liggetider mm, med andre sammenlignbare sykehus. Dette er data som gir grunnlag for en grundig gjennomgang av sykehusets rutiner på flere områder. Ytterligere informasjon om mer spesifikke og relevante kliniske data, behandlingstilbud og ressursforbruk, gir de nasjonale medisinske kvalitetsregistre som muliggjør sammenligninger og identifisering av likheter og variasjoner mellom sykehus og måloppnåelse på kvalitetsindikatorer.

Alle sykehus beregner fra 2016 kostnad per pasient innen somatikk. Det gir oss mulighet til å se på hvor vi bruker ressurser i pasientbehandlingen. St. Olavs hospital brukte i 2016 omtrent 50 % av ressursene på 5 % av pasientene mens vi brukte 7 % av ressursene på de 50 % minst ressurskrevende pasientene. Andre sykehus har en lignende fordeling av sin ressursbruk.

2.2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

Kvalitet og pasientsikkerhet er et lederansvar.

Ledere på alle nivå skal ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av helse, miljø og sikkerhet, kvaliteten på tjenesten og pasientsikkerheten. De skal planlegge hvordan identifisert risiko kan minimaliseres og særlig legge vekt på

³ www.helseatlas.no

risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt. Dette inkluderer også oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.

Alle ledere skal også ha oversikt over meldinger, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, kvalitetsregistre og annen statistikk om sin enhet som sier noe om virksomheten overholder gjeldende lover og forskrifter, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk med HMS, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget har siden august 2016 bestått av administrerende direktør, samtlige klinikkjefer, stabsdirektører, 2 tillitsvalgte (DNLF og NSF), 2 brukerrepresentanter og Hovedverneombud.

Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget skal arbeide for å bygge en god pasientsikkerhetskultur basert på kommunikasjon, tillit og en felles oppfatning av betydningen av sikkerhet.

Foretaksledelsen tar på denne måten et synlig ansvar for det systematiske kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet ved foretaket. Det sikrer raskere avklaring og beslutningslinjer i saker som omhandler kvalitet og pasientsikkerhet.

Resultater fra pasientsikkerhetsarbeidet blir etterspurt noe som legger til rette for en mer effektiv erfaringsdeling på tvers av klinikker og divisjoner.

St. Olavs hospital har satt sterkt fokus på utvikling av en god meldekultur. Betydningen av meldinger som grunnlag for nødvendig forbedringsarbeid har vært tema i samtlige av direktørens pasientsikkerhetsvisitter. Ved alle alvorlig hendelser som varsles Statens helsetilsyn jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a, vurderer foretaket om man skal gjennomføre hendelsesanalyse. Hendelsesanalyse er en strukturert gjennomgang hvor man fokuserer på å avdekke de bakenforliggende systemårsakene til uønskede hendelser. Hendelsesanalyser har hatt gevinster både i et pasient- og organisasjonsperspektiv og man er særlig opptatt av å sikre læring for hele organisasjonen etter en slik analyse.

2.2.3 Pasient- og pårørendeopplæring

Opplæring av pasienter og pårørende er en av sykehusets 4 hovedoppgaver. Innsats på dette området har blitt forsterket de siste årene. Stimulering til egenomsorg og trening har blitt en integrert del av sykehusets behandling. Innen ortopedi er det for eksempel vist at man kan oppnå bedre resultat av trening enn av operasjoner når det gjelder tidlige artroseforandringer.

St. Olavs hospital har åtte lærings- og mestringsenheter som samhandler med de kliniske avdelingene om tilbud til pasienter og pårørende innen både somatikk, psykisk helsevern og avhengighetsmedisin. 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 egen-aktivisering. Lærings- og mestringsstilbud anses som viktige bidrag til framtidens helsetjeneste som framhever fokus på kroniske sykdommer, aktiv pasientmedvirkning og det å dempe behovet for helsetjenester.

For St. Olavs Hospital er det også viktig å legge til rette for «Samvalg» der pasienter og pårørende blir invitert til å ta aktivt del i beslutninger om behandling og pleie. Vi jobber med å kartlegge eksisterende samvalgsverktøy, og lære opp våre ansatte til å kunne benytte slike verktøy.

Hos pasienter med kroniske sykdommer er det aktuelt å innføre ulike typer brukerstyrte løsninger både når det gjelder valg av behandlingsform, behandlingssted og nivå. Ved innføring av økt brukerstyring er det en forutsetning at pasienten tar et økt ansvar for gjennomføring og oppfølging av iverksatt behandling. Det forutsetter at pasienten har tilegnet seg tilstrekkelig kunnskap om sykdommen for å kunne dele ansvaret for valg og gjennomføring av behandling med profesjonelle helsearbeidere. Det er derfor helsepersonells oppgave å vurdere om pasienten er i stand til å tilegne seg den nødvendige kunnskap. Denne pasientgruppen vil da kunne gjennomføre selvregistrering av symptomer. Lungemedisinsk avdeling har for eks utarbeidet et standardisert pasientforløp for pasienter innlagt pga. akutt forverring av KOLS. Pasienter som har motivasjon og egeninnsikt får opplæring om sykdommen og tildeles en egen behandlingsplan ved utskrivelsen. I Trondheim kommune videreføres oppfølgingen ved at KOLS-pasienten registrerer symptomer elektronisk på iPad for videre tiltak i samråd med helsepersonell ved «Helsevakta».

2.2.4 Barnehelse

Barnemedisinen har noen særpreg som skiller den fra andre spesialiteter. Det er det en sterk sammenheng mellom barnehelse og helsetilstanden i den voksne delen av befolkningen. En rekke tilstander i barnealderen kan kureres. Slik kan gode helsetjenester til barn bidra til friske voksne. Barn er en sårbar gruppe i kraft av sin umodenhet og sitt absolutte behov for voksne til å fremme sine rettigheter. Det er en grunnleggende forutsetning at helsetjenesten til barn skal være minst like god som den som tilbys voksne.

St. Olavs hospital har et Barnesenter der barn under 18 år med alle typer diagnoser (inklusive kirurgi/ortopedi) er samlet. Denne modellen er valgt i erkjennelsen av at barn har noen grunnleggende behov og rettigheter i sykehus som vanskelig kan oppfylles innen rammene av voksenavdelinger.

2.2.5 Pasientforløp

St. Olavs hospital har ansvar for utvikling og implementering av regionale standardiserte pasientforløp i Helse Midt-Norge. Disse skal sikre et forutsigbart og kunnskapsbasert behandlingsforløp for den enkelte pasient. Forløpene beskrives langs en forventet tidslinje, som er så detaljerte at hver enkelt fase blir tydelig for pasienten. Det fremgår hvilken fagkompetanse og hvilke ressurser som er nødvendig for god kvalitet og for å unngå uønsket variasjon. St. Olavs hospital har per i dag 40 godkjente regionale forløp etter nasjonal metodikk (pakkeforløp). I tillegg kommer 170 lokale sykehusinterne forløp. Ved inngangen til 2018 jobbes det med å utvikle metodikk for å utarbeide pasientforløp som inkluderer kommunale helse- og omsorgstjenester (helhetlige pasientforløp) både lokalt og regionalt, og for at fastlegene inkluderes i utviklingen av forløp på egnede måter. Pasientene inviteres gjennom Brukerutvalget til å delta i prosessen med å utvikle standardiserte pasientforløp.

2.3 Oppgavedeling og samhandling

Sykehuset må samarbeide tett med andre helsetjenesteaktører for å sikre best mulig kvalitet til pasientene.

For pasientene er det viktig at alle instanser som yter helsetjenester samarbeider for å unngå gråsoner, sikre en god oppgavedeling og legge til rette for pasientsikkerhet i overgangene mellom aktørene.

2.3.1 Oppgavedeling og samhandling innen eget helseforetak

Styret ved St. Olavs hospital har gitt klare føringer på at det er viktig å finne en fornuftig oppgavedeling mellom lokasjonene Trondheim, Røros og Orkanger.

På Røros drives poliklinisk virksomhet innenfor flere fagområder for befolkningen i nærområdet i tillegg til elektiv kirurgisk virksomhet innenfor flere fagområder der ortopedi er dominerende.

Virksomheten på Orkanger skal utvikles i retning av et elektivt senter for bløtdelskirurgi i tillegg til å være et lokalsykehus med øyeblikkelighjelp-funksjoner og planlagte tilbud for befolkningen i nærområdet.

For pasienter som trenger tjenester fra flere klinikker ved sykehuset, er koordinering mellom disse viktig. Standardiserte pasientforløp er én måte å sikre slik koordinering på, å styrke funksjoner med intern beleggskoordinerer er en annen. Å skape en forbedret mottaksfunksjon og plassering av pasienter med mulig høyrisiko smitte er et behov vi ser økende, og som må løses i et internt samhandlingsperspektiv ved god arealplanlegging.

2.3.2 Oppgavedeling og samhandling med andre helseforetak

Helse Midt-Norge har bedt St. Olavs hospital om å lede fagledernetverk innenfor de ulike fagområdene. Disse nettverkene har en viktig rådgivende funksjon med hensyn til oppgavedeling og koordinering mellom sykehusene i regionen. Regionale standardiserte pasientforløp er en måte å kvalitetssikre at oppgavedelingen fungerer godt for den enkelte pasient.

Fra 2016 har helseforetakene benyttet en felles versjon av pasientjournalssystemet Doculive. Når pasienter flyttes mellom sykehusene i regionen, er informasjonsutveksling svært viktig. At pasientbehandlere kan lese pasientens journal uansett på hvilket sykehus pasienten befinner seg, bidrar vesentlig til økt pasientsikkerhet.

2.3.3 Oppgavedeling og samhandling med kommuner og fastleger

Samhandling med kommuner og fastleger er regulert i Samarbeidsavtalen for St. Olavs hospital og kommunene i Sør-Trøndelag. Med virkning fra 1. januar 2018 regulerer revidert avtale samarbeidsformer, organisering og samarbeidsfora,

tvisteløsning og avvikshåndtering. Den overordnede avtalen er supplert med 10 retningslinjer for samhandling på forskjellige områder.

Det er opprettet et Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) med representasjon på rådmann- og direktørnivå. ASU forvalter samarbeidsavtalene. Under ASU er det ti fagråd. Dette bidrar til mer forutsigbarhet ved overføring av pasienter, der partene nå har en økt felles forståelse av hva som forventes ved innleggelse og utskrivning. Det er etablert et «Legeutvalg» som gir innspill ved diskusjoner om oppgave- og funksjonsfordeling mellom partene. Utvalget skal ha spesielt fokus på samarbeidet med fastlegene.

I 2016 ble det i et samarbeid mellom St. Olavs hospital og kommunene utarbeidet en «Handlingsplanen for bedret samarbeid med primærhelsetjenesten om akuttpatienten». Her ble det pekt på behovet for enkel og rask konsultasjonsmulighet mellom fastlege eller legevakslelege og vakthavende lege på sykehuset. Det ble også pekt på behovet for å etablere alternative tilbud til øyeblikkelig hjelp-innleggelse ved sykehuset.

St. Olavs hospital er i ferd med å inngå avtaler om håndtering av øyeblikkelig hjelp-pasienter med kommunene i Orkdalsregionen og Trondheimsregionen. Vi har tro på at disse avtalene vil være med å avklare oppgavedeling og samarbeidsforhold og på denne måten bidra til å dempe veksten i behov for ø. hjelp helsetjenester totalt.

I 2017 vedtok ASU en metodikk for hvordan man kan utvikle helhetlige standardiserte pasientforløp som beskriver hva pasienten kan forvente av tjenester fra kommunen, fastlegen og sykehuset «fra hjem til hjem». Slike helhetlige forløp skal kvalitetssikre overgangene mellom de ulike ansvarsområdene.

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

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

2.3.4 Oppgavedeling og samhandling med private sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner

Helse Midt Norge (HMN) har inngått avtale med to røntgeninstitutter og tre rusbehandlingsinstitusjoner i Sør-Trøndelag. Det er også inngått avtaler med flere private sykehus som tilbyr spesialisert behandling. Avtalene er knyttet til bestemte behandlingstilbud, spesielt der det kan være ventetid i det offentlige.

Fra januar 2018 har HMN inngått avtaler med 11 rehabiliteringsinstitusjoner. Fra 2017 kan alle pasienter som har rett til rehabilitering fritt velge mellom offentlig og private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med det regionale helseforetaket. HMN er bestiller av tjenester både fra private sykehus, private rehabiliteringsinstitusjoner og av tjenester fra St. Olavs hospital. Det er en utfordring å sikre en fornuftig oppgavedeling mellom aktørene.

2.3.5 Oppgavedeling og samhandling med avtalespesialister

Helse Midt-Norge inngår driftsavtale med avtalespesialistene. Det er inngått avtale med spesialister innen 15 fagområder. I Sør-Trøndelag er det inngått avtaler med 52 legespesialister og 23 psykologspesialister, samt en fysikalsk poliklinikk. Fra 1.januar 2018 er ny regional plan for fordeling av driftsavtaler på plass.

I 2017 ble det inngått en ny avtale mellom Den norske legeförening og de regionale helseforetakene om å inngå lokale samarbeidsavtaler mellom den enkelte avtalespesialist og sykehuset i området. Ved inngangen til 2018 er St. Olavs hospital i ferd med å inngå lokale avtaler om samarbeid og oppgavedeling på de ulike fagområdene.

2.4 Organisering og ledelse

2.4.1 Dagens organisering

Helseforetaket er organisert med 20 klinikker og divisjoner, med fire ledernivå 4. Sykehusets hovedledelse består av administrerende direktør, 20 klinikkssjefer og divisjonssjefer, 6 stabsdirektører og dekan ved Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU.

Foretaket hadde i 2016 10 532 ansatte (8063 årsverk).

St. Olavs hospital har 447 linjeledere (2016). Av disse er 105 (23,5 %) over 60 år.

48,1 % av lederne på nivå 2 er over 60 år, mens 21,9 % av nivå 3 og 4-lederne er over 60 år.

64,2 % av alle linjeledere er kvinner. På nivå 2 er kvinneandelen 40,7 %, mens den på nivå 3 og 4 er henholdsvis 56 % og 68,8 %. I 2016 hadde 60 % av 38 utlyste lederstillinger fire søkere eller færre.

Administrerende direktør inngår årlige lederavtaler som avklarer forventninger og målbare resultatkrav med alle ledere på nivå 2. Lederavtalene er forpliktende i forhold til budsjett, kvalitet, HMS og andre mål i styringsdokument og forbedringsprogrammet.

For å motivere medarbeidere til å ta lederoppgaver, har St. Olavs hospital vært nasjonal pilot for ledermobilisering. Arbeidet er videreført som et viktig tiltak for å rekruttere fremtidige ledere.

Lederutviklingsprogrammet «Synlig og ansvarlig ledelse» er gjennomført jevnlig siden 2008 og bygger på sykehusets overordnede strategi og på den nasjonale plattformen for ledelse i spesialisthelsetjenesten. Det legges vekt på kontinuerlig forbedring og implementering av standardiserte pasientforløp.

Ledelse av pasientforløp på tvers av avdelinger og klinikker supplerer tradisjonell linjeledelse og er en del av vårt ledelseskonsept. En egen lederutdanning tilbys til ledere uten formalisert lederutdanning gjennom et modulbasert program ved NTNU. Det gjennomføres flere verktøykassekurs innenfor områder som dekker lederansvaret.

Fagdag ledelse gjennomføres årlig. Her deltar alle med lederansvar ved St. Olavs hospital.

Medarbeiderundersøkelsen AMUS 2016, som hadde en svarprosent på 83, viste en uendret eller positiv utvikling fra 2014 på 17 av 18 områder. Området «arbeidsbelastning» hadde en negativ utvikling i store deler av organisasjonen.

2.4.2 Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

I 2018 gjennomføres en ny nasjonal samordnet undersøkelse av pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø, «ForBedring». Denne undersøkelsen ruller ut i februar 2018, og skal siden gjennomføres årlig. ForBedring er en ny samordnet nasjonal undersøkelse som består av tidligere pasientsikkerhetskulturundersøkelsen, arbeidsmiljøundersøkelsen og HMS kartlegging.

Helse, miljø og sikkerhet er en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

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

Helse- miljø- og sikkerhetsarbeid for våre ansattes arbeidsforhold og pasientsikkerhet henger tett sammen. I mange situasjoner vil det være slik at god HMS for de ansatte, også gir god pasientsikkerhet. Opplevelsen av økt tidspress, samtidighetskonflikter, slitasje på ansatte, hendelser med vold og trusler fra pasient mv. blant våre ansatte, kan selvsagt også være en trussel mot pasientsikkerheten.

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

På vei inn i planperioden er også vårt arbeid med IA-avtalens overordnede målsetting viktig. Vi forebygger og reduserer sykefravær, styrker jobbnærvær og bedre arbeidsmiljøet samt arbeider for å hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.

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

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

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

2.5 Bemanning og kompetanse

Oversikten i vedlegg 1 viser personellutviklingen ved St. Olavs hospital.

St. Olavs hospital har som mål at alt arbeid skal gjøres av fast ansatte i hele stillinger. Alle ansatte kan velge å ha 100 % stillinger blant annet ved å arbeide for bemanningssenteret ved sykehuset. Andelen deltidsansatte blant faste ansatte har ligget i underkant av 30 prosent de siste årene og viser en svak nedadgående trend. I 2016 var denne på 28,3 prosent, en reduksjon på 0,5 prosentpoeng fra 2015.

Personellutviklingen ved St. Olavs hospital viser en økende andel spesialister innenfor nesten alle fagområder. Andelen spesialutdannet personell over 60 år øker, og i spesialsykepleiergruppa er over 200 medarbeidere 60 år eller mer. Høyest gjennomsnittsalder finner vi blant intensivsykepleierne.

2.5.1 Utdanning

Fakultet for medisin og helsevitenskap tar opp et stort antall studenter innen ulike profesjonsutdanninger. I Trondheim blir de en del av det kliniske miljøet ved universitetssykehuset fra første studiedag. St. Olavs hospital samarbeider med NTNU om praksisstudier for bachelorstudenter i både ergoterapi, fysioterapi, vernepleie, barnevern, sosionom, bioingeniør, radiograf og sykepleie. En bachelorgrad i ambulansesfag er under innføring og i tillegg kommer videreutdanningsstudenter, masterstudenter, psykologstudenter og medisinstudenter. Hvert praksisopphold utløser en veilederressurs og forutsetter plan for veiledning og evaluering. Praksisstudier kan være fordelt på flere praksisopphold av ulik varighet. Brutt ned til praksisuker utgjorde dette 10 500 praksisuker i 2016. I tillegg tar vi i mot rundt 50 lærlinger (ambulansesfag, helsefagarbeider, sikkerhetsfag, dataelektronikk, portør og institusjonskokk), 17 turnusfysioterapeuter og 44 turnusleger årlig.

All høyere helse- og sosialutdanning skal være forskningsbasert, praksisnær og relevant for arbeidslivet. Studenter og kombinerte stillingsinnehavere, som har en stillingsandel både ved St. Olavs hospital og NTNU, utgjør virksomhetens største kontaktflate mot universitetet. Samarbeidet reguleres gjennom forpliktende samarbeidsavtaler, som følges opp av samarbeidsutvalg på ulike nivå.

Det er et høyt press på spesialisthelsetjenesten som praksisarena og det er en stor utfordring å tilby tilstrekkelig antall relevante og gode praksisplasser. Økt spesialisering, effektivisering, kortere liggetid og dreining av virksomheten fra døgn- til dagbehandling, gjør at læresituasjoner og veiledningskapasitet endres.

Del 1 i ny spesialistutdanning for leger ble gjennomført høsten 2017 i henhold til forskrift, med ansettelse i LIS 1-stillinger (LIS = leger i spesialisering). LIS 1 erstatter det som tidligere het turnustjeneste. Her skal det sikres tilstrekkelig veiledningskompetanse til å veilede LIS 1. Innføringsprosjektet omfatter også planlegging for å iverksette del 2 og 3. St. Olavs hospital har også ansvar for å legge til rette for spesialistutdanning i allmennmedisin. Det jobbes med å opprette faste utdanningsstillinger for allmennleger som trenger sykehustjeneste for sin spesialitet.

2.5.2 Kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner

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

Det er viktig å se kompetansebehovene i spesialisthelsetjenesten i sammenheng med primærhelsetjenestens behov. Både spisskompetanse og breddekompetanse må utvikles, og vi trenger innovative og kreative medarbeidere som kan bidra til å evaluere og utvikle tjenestene.

Behovet for spesialsykepleiere kartlegges årlig og benyttes i dialogen med utdanningsinstitusjonene om utdanningskapasitet og -innhold. Spesialsykepleiere innen akuttsykepleie, anestesi- barn-, intensiv- og operasjonssykepleie er de mest kritiske utdanningene, også nasjonalt. Det er etablert sentrale støtteordninger for disse. I tillegg gir klinikkene støtte til andre videre- og masterutdanninger, innrettet mot både generelle og mer spesifikke fagområder. De ulike støtteordninger har så langt ikke ført til rekruttering av et tilstrekkelig antall spesialsykepleiere.

I 2017 ble det innført et nytt styringssystem for alle helse- og sosialfagutdanninger som skal gi tjenestene økt innflytelse på innholdet i utdanningene. *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene* beskriver formål, hva som skal være felles innhold i alle utdanningene, samt krav til praksisstudier. Det pågår nå et nasjonalt arbeid med å utarbeide retningslinjer for hver enkelt profesjonsutdanning. Disse skal implementeres i 2020. Retningslinjearbeidet ivaretas av nasjonale programgrupper som er likeverdig sammensatt mellom utdanningstusjoner og tjenester. Programgruppene skal bestå over tid for raskt å kunne justere retningslinjene i takt med endringer i tjenestene.

Felles forskrift for rammeplan og helse- og sosialfagutdanningene skal gi tjenestene økt innflytelse på innholdet i utdanningene.

Foretaksgruppen videreutvikler kompetansekrav for leger i spesialisering (LIS). Kompetanseportalen benyttes slik at kompetansekrav og læringsaktivitet kan legges inn. Videre arbeides det med å tilrettelegge IKT-løsninger som skal sikre at LIS kan ta e-læringskurs i alle deler av spesialisthelsetjenesten og få dokumentert dette i Kompetanseportalen.

2.6 Forskning, innovasjon og helsetjenesteutvikling

St. Olavs hospital kan vise til en økning i antall vitenskapelige artikler og doktorgrader de siste årene. Doktorgradstillegg ble utbetalt til 390 ansatte ved St. Olavs hospital i 2016.

	2015	2016
Vitenskapelige artikler	503	527
Doktorgradsavhandlinger	24	46

Utviklingen av det integrerte universitetssykehuset gir fortrinn innen forskning og innovasjon. Den tette bygningsmessige integrasjonen er imidlertid ikke en tilstrekkelig forutsetning for å sikre fortsatt økt aktivitet og høyere kvalitet. En rekke organisatoriske, kulturelle og økonomiske forhold har betydning for at en integrasjonsprosess skal lykkes. En nyopprettet stilling som direktør for forskning, innovasjon og utdanning er et viktig strategisk grep i denne sammenhengen.

Sentral lokal og regional forskningsinfrastruktur ved St. Olavs hospital er Forskningsposten, Fremtidens operasjonsrom (FOR), Biobank1, Kontor for forskningsstøtte og Unimed Innovation as. Klinikken for laboratoriemedisin og bildediagnostikk gir også nødvendige bidrag til forskningsaktiviteten.

I tillegg tilbys forskerne bistand fra flere kjernefasiliteter ved NTNU. Det er nødvendig å planlegge i forhold til samtidas småmolekylærbiologiske/teknologiske medisin, som krever kompetanse fra faggrupper som molekylærbiologer, cellebiologer, realister og teknologer i helse forskningen. Særlig gjelder dette innen kreftforskningen. Sykehusets komplementære rolle til HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) er dessuten viktig framover.

St. Olavs hospital har ansvar for to store nasjonale infrastrukturer for forskning; NorMIT (Norwegian Centre for Minimally Invasive Image Guided Therapy and Medical Technologies) og NorCRIN (Norwegian Clinical Research Infrastructure Network). Vi er et nasjonalt knutepunkt for et tredje europeisk nettverk ECRIN (European Clinical Research Infrastructure Network).

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

Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU) bidrar til helsetjenesteutvikling og innovasjon ved St. Olavs Hospital og i regionen. Senteret har fokus på tjenesteinnovasjon, beslutningsstøtte, helselogistikk og bedret kapasitet. Anskaffelse og innføring av nye elektronisk pasientjournal (helseplattformen), helseøkonomi og implementering av standardiserte pasientforløp er andre fokusområder..

Fremtidens operasjonsrom (FOR) bidrar til utviklingen innen forskning og innovasjon mht medisinsk teknisk utstyr, areal og kompetanse. Videre er FOR en viktig plattform for klinisk forskning, og billedveiledet minimal invasiv behandling har vært et av satsingsområdene. Denne utviklingen vil fortsette å medvirke til å redusere behovet for større åpne operasjoner innen flere områder. Utprøving av ny medisinsk teknologi kan gjøres under betryggende forhold og fagrådet skal sikre at prosjektene holder god kvalitet. Utvikling av såkalte «Virtuelle undersøkelsesrom» kan bidra til å

redusere behovet for pasientreiser og sikre rett pasient på rett sted til rett tid. Pasientdata, inkludert sanntids video og lyd oversendes fra ambulanse eller lokal lege med påfølgende rådgivning enten fra spesialisthelsetjenesten eller mellom lokale aktører. Slike «virtuelle undersøkelsesrom» er etablert på Røros og Brekstad og vil utvides til å gjelde ambulansetjenesten og kommuner. Dette vil kunne redusere behovet for å flytte pasienten og dermed også behovet for innleggelse/poliklinikk. FOR har gode muligheter for gjennomføring av forskning og prosjekter på alle akademiske nivå.

2.7 Økonomi

St. Olavs hospital leverte i 2017 et økonomisk resultat som var bedre enn styringsmålet. Dermed har sykehuset holdt budsjettet for 10. år på rad. Sykehusene i Norge har de siste årene hatt budsjettøkninger i takt med den demografiske utviklingen. Men cirka 2 % av budsjettøkningene har sykehusene framskaffet selv gjennom årlige effektiviseringer. På vei inn i planperioden 2018-2035 styres aktiviteten etter krav om at rus- og avhengighetsmedisin og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er høyere enn somatikken.

St. Olavs hospital utarbeider hver vår et langtidsbudsjett (LTB) i tråd med føringer fra Helse Midt-Norge. Målet er å sikre en fordeling av ressurser mellom investeringer og drift med realistiske forutsetninger om effektivisering. HMN implementerte våren 2015 en mer omfattende modell for langtidsbudsjett. HMN krever at det enkelte foretak sikrer stort nok overskudd til å dekke summen av den likviditetsoverføring som skal skje til HMN, samt egne investeringsplaner.

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

St. Olavs hospital har siden 2006 årlig gjennomført store omstillinger med økt aktivitet og dermed økte inntekter, uten tilsvarende kostnadsøkning. Langtidsbudsjettet for fram til 2023 har samme angrepsvinkel. Hovedforutsetningene i langtidsbudsjett er fortsatt vekst i aktivitet, samt lav vekst i vare- og lønnskostnader. På tross av effektiviseringer gjennom mange år, skapes det ikke tilstrekkelig overskudd til å dekke investeringsbehov som sikrer drift på nåværende nivå. To planlagte investeringer er foreløpig ikke vedtatt. Ny sikkerhetsavdeling i psykisk helsevern vil koste rundt 400 millioner kroner og en ombygging av St. Olavs hospital, avdeling Orkdal, estimeres til rundt 100 millioner kr.

Senter for psykisk helse på Øya er planlagt å bli en del av NTNUs campusutbygging. St. Olavs hospital må selv skaffe til veie egenkapital til investeringen i et slikt senter.

Det utredes fem utvalgte områder i finansieringsmodellen for HMN. Disse regionale utredningene er finansieringsmodell for ambulanse, pasienttransport, selvadministrerte legemidler, utdanning og resultatbasert forskning.

Ut fra Norges makroøkonomiske situasjon er det liten grunn til å tro at rammene vil bli vesentlig økt i årene som kommer. Vi må derfor planlegge ut fra at vi ikke vil ha økonomi til noen vesentlig økning i antall senger eller økt bemanningen per pasient ut over dagens nivå.

2.8 Teknologi og utstyr

2.8.1 Medisinskteknisk utstyr (MTU):

- Totalt er det over 16.764 apparat som driftes av sykehuset når en regner med MTU som er anskaffet via NTNU og leaset utstyr.
- Anskaffelsesverdien er 1.600 mill kr på sykehusanskaffelsene. Om en tar med MTU eid av NTNU er den samlede anskaffelsesverdien på vel 1.759 mill kr.
- Verdien av utstyret sykehuset disponerer/ har vedlikeholdsansvaret for ligger altså på nær 1,8 mrd kr.
- Gjennomsnittsalder for utstyrsparken ligger på 7,9 år
- Gjennomsnittlig gjenstående levetid for utstyrsparken er beregnet til 2,5 år
- Investeringsbudsjettet for 2017 ligger på ca. 100 mill.
- Investeringsbudsjettet burde ligge på 10 % av anskaffelsesverdien og tallene viser at vi ligger på etterskudd.

Driftskostnadene øker pga høyere gjennomsnittsalder. Sykehuset står overfor store investeringskostnader på grunn av etterslep.

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

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

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

2.8.2 Helseplattformen

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

Helseplattformen skal muliggjøre informasjonsdeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og gi beslutningsstøtte. Journalen skal følge pasienten i alle møter med helsetjenesten.

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

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

Arbeidet med å forberede implementeringen av Helseplattformen i perioden 2021-22 er allerede i gang.

2.8.3 Annen teknologi og annet utstyr

Det drives omfattende utviklingsarbeid knyttet til velferdsteknologi. Dette er teknologi som bidrar til økt trygghet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen.

Vi har også viktige pågående prosjekter knyttet til elektronisk selvrapporing og virtuelle undersøkelsesrom.

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

2.9 Dagens bygg – tilstand og muligheter

2.9.1 Tilstandsvurdering

Det gjennomføres jevnlig systematiske tilstandsanalyser av St. Olavs hospitals totale eiendomsportefølje, sist i 2016. St. Olavs hospitals eiendomsportefølje er på 350 000 kvm. Hovedvekten av porteføljen, rundt 244 000 kvm er de nye byggene på Øya som er bygd etter år 2000. Dette gir et kraftig bidrag til å få en god samlet vektet tilstand.

Generelt er den vektete tekniske tilstanden av hele eiendomsporteføljen bra. 80 % av bygningsmassen har god eller svært god tilstand. 16 % av bygningsmassen vurderes til å ha tilstanden «ikke tilfredsstillende /dårlig», mens fire prosent av bygningsmassen har «alvorlige/kritiske» feil og mangler.

Det er over flere år tatt ut av porteføljen en del eldre bygningsmasse med dårlig tilstandsgrad ved salg og sanering. Det gjennomføres årlig kartlegging og planmessig vedlikehold innenfor tilgjengelige vedlikeholdsbevilgninger. De bygninger som har vært i normal bruk i hele perioden viser en noe svekket tilstandsgrad fra 2008 – 2016.

Sykehusbyggene ved Orkdal, Trondsletten, Brøset og de fleste byggene på Østmarka er imidlertid av eldre dato og ikke oppdaterte i henhold til dagens funksjonskrav til sykehusbygg. Brøset er solgt ved utgangen av 2017 og det er igangsatt

planlegging av nytt sikkerhetsbygg som lokaliseres til Østmarka. I planleggings- og byggeperioden for nytt bygg er det avtalt tilbakeleie av Brøsetanlegget frem til 2022.

Det er også foretatt en kartlegging av bygningsmassens strukturelle egenskaper og bygningsmessig tilpasningsdyktighet, dvs de egenskaper bygningen har til å endre planløsning (fleksibilitet), endre bruk til annen funksjon (generalitet) eller mulighet til utvidelse (elastisitet). Tilpasningsdyktighet bidrar til funksjonelle lokaler over tid. Økonomiske konsekvenser av ufunksjonelle lokaler kan bli betydelige.

Det er gjort registrering av potensial for følgende delfunksjoner basert på «Klassifikasjonssystem for rom og funksjoner i sykehus»:

- Operasjon, oppvåkning, tung radiologi med flere (tunge funksjoner)
- De fleste typer sengeområder
- Poliklinikker med spesiallab., tyngre lab., ergo/fysioterapi m.fl.
- Ulike dagområder og poliklinikker, enkle lab., kontor m.fl.
- Sentrallager, sentralkjøkken, sengehåndtering m.fl.

Kartleggingen av bygningsstrukturelle forhold viser at det er store forskjeller mellom bygninger. Kartleggingen viser at nyere bygninger har bedre tilpasningsdyktighet enn 20 til 30 år gamle bygg, og generelt at den nye bygningsmassen har stor grad av tilpasningsdyktighet.

Ved inngangen til planperioden står følgende prosjekt høyt på ønskelisten over nye bygg eller ombygging:

- Nytt bygg for sikkerhetspsykiatrien til erstatning for lokaler på Brøset
- Ombygging/ oppgradering av St. Olavs hospital, Orkdal sjukehus
- Senter for Psykisk helse på Øya til erstatning for gammel og spredt bygningsmasse.
- Ambulansestasjonene på Røros og i Orkdal
- Ombygging til enerom ved Nyfødt Intensiv og Barn Intensiv
- [Samling av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet, med mulighet for bl.a. etablering av en sengepost for spesialisert tverrfaglig rehabilitering av pasienter som er multitraumatiserte](#)

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

3. Overordnede strategier og føringer

Nasjonale og regionale mål og strategier for spesialist- og kommunehelsetjenesten danner grunnlaget for St. Olavs hospitals framtidige strategier og utvikling. Regjeringen har de siste årene vært tydelig på at psykisk helse og rusproblem skal være et prioritert satsingsområde for helseforetakene: den gyldne regel.

Helse Midt-Norge vedtok i 2016 «Strategi 2030» med en ambisjon om å «tilby fremragende helsetjenester til befolkningen i Midt-Norge». Strategi 2030 beskriver retningen spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge må ta for å møte samfunnets samlede behov for helsetjenester i årene som kommer. Strategi 2030 har fire strategiske mål:

- *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*

St. Olavs hospital får årlig oppdragsdokument fra Helse Midt-Norge. Basert på nasjonale og regionale føringer for utviklingen av helsetjenestene, årlige oppdragsdokument og rammer i langtidsbudsjettet, vedtar styret ved St. Olavs hospital årlig strategiske satsingsområder for kommende 4-årsperiode og årlige forbedringsprogram.

Vår visjon er å tilby fremragende behandling til befolkningen i Midt-Norge - uavhengig av alder eller diagnose. Dette betyr at pasientene får den beste anbefalte behandlingen, utført av høyt kompetente medarbeidere som er kvalitets- og sikkerhetsbevisste. Alle pasienter og pårørende blir behandlet med respekt og opplever åpenhet og god kommunikasjon i møte med sykehuset.

Målene beskrevet i St. Olavs hospitals strategidokument for 2015 – 2018 er:

- *Fremragende behandling*
- *Forskning på høyt nivå*
- *Sterk på kompetanse*
- *Attraktiv arbeidsplass*

Satsningsområdene i Forbedringsprogrammet 2018 er:

- *Kontinuerlig forbedring*
- *Fremragende akuttbehandling*
- *Fremragende behandling i psykisk helsevern*
- *Standardiserte pasientforløp*
- *Optimal ressursbruk*
- *Integrert universitetssykehus*

Årlige forbedringsprogram beskriver konkrete tiltak for hvert satsningsområde.

Faglige internasjonale føringer⁵ for framtidens helsetjeneste kan kort oppsummeres slik:

- *Økt fokus på å dempe behovet for helsetjenester*
- *En utvikling i retning av mer hjemmebasert behandling, også spesialisthelsetjenester.*
- *Fokus på multimorbiditet og kroniske sykdommer.*
- *Skifte fra problemorientert til målorientert helsetjeneste – fra «hva er problemet ditt» til «hva kan vi bidra med for at du skal mestre hverdagen?».*
- *Fokus på standardiserte pasientforløp*
- *Styrket pasientmedvirkning.*

4. utfordringer for helsetjenesten

Perspektivmeldingen (Meld. St. nr.29 (2016-2017)) viser at velferdsstaten står overfor svært store utfordringer i årene som kommer. Arbeids- og velferdsdirektoratet har nylig gitt ut en rapport «NAV-ytelsene frem mot 2060». Rapporten utdyper og understreker utfordringene beskrevet i Perspektivmeldingen.

4.1 Endringer knyttet til demografi

Det vi vet mest om når det gjelder situasjonen i 2035, er befolkningssammensetningen. Alle som er over 17 år da, er allerede født nå. Usikkerheten knyttet til befolkningssammensetningen i 2035 knytter seg derfor først og fremst til hvor stor innvandringen til Norge blir.

Den gjennomsnittlige levealderen i Norge vil øke med tre år⁶, og vi vil ha passert seks millioner innbyggere i 2035. I følge Statistisk Sentralbyrå (SSB) er hovedtrenden i befolkningsendringer i årene som kommer: Flere innbyggere i Norge, flere eldre, flere innvandrere og flere i sentrale strøk dersom framskrivingenes hovedalternativ slår til. Andelen eldre vil øke betydelig mens andelen i yrkesaktiv alder reduseres. I Sør-Trøndelag vil vi få en befolkningsøkning på 20 % i perioden 2016-2040. Andelen 70 år og eldre øker fra 11 % til 17 % i samme periode.

⁵ Litteraturgjennomgang av Professor Anders Grimsmo, NTNU.

⁶ Tall fra SSB: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram>

Den største utfordringen er knyttet til det SSB kaller «bærekraftsbrøken», dvs antall personer i alderen 22-66 år dividert med antall personer i alderen 67 år og over. Antall og andel i alderen 22-66 år sier noe om hvor mange som er i yrkesaktiv alder og som betaler skatt mens andelen 67+ sier noe om hvor mange som skal ha utbetalt pensjon og behovet for helsetjenester i befolkningen.

- I 2016 er det i Sør-Trøndelag 4,0 personer i alderen 22-66 år for hver person 67+.
- I 2040 vil det i følge SSB være 2,9 personer i alderen 22-66 år på hver person 67+. Denne utviklingen vil fortsette fram mot 2060.

4.1.1 Press på tjenester og areal

Sykdom øker med alderen og eldre har ofte flere sammensatte lidelser enn yngre. 70-åringer bruker omtrent dobbelt så mye helsetjenester som en 40-åring. Endringer i befolkningssammensetningen vil derfor ha stor betydning for befolkningens behov for helsetjenester. I samarbeid med Sykehusbygg har vi beregnet behov for helsetjenester i 2035 under følgende forutsetninger: Vi fortsetter å yte tjenester på samme måte som i dag, standarden på våre tilbud opprettholdes som i dag, våre helsetjenester forblir de samme som i dag, sykkeligheten i befolkningen forblir uendret og befolkningens forventninger til våre tjenester og etterspørselen etter tjenester er den samme som i dag. Endrede behov for spesialisthelsetjenester kun som uttrykk for en økt andel eldre i befolkningen framkommer av tabellen under.

Forutsatt at alt annet enn demografien forblir som i dag, vil vi i 2035 ha følgende situasjon ved St. Olavs hospital:

	2015	2035	Endring
Antall døgnopphold	52.896	74.398	41%
Antall liggedøgn	232.681	340.842	46 %
Senger, somatikk	750	1099	46 %
Poliklinikk og dagbehandling	418.442	670.908	60%
Poliklinikkrom	171	274	60%
Antall kirurgiske opphold: dag + døgn	31.409	42.504	35%
Antall operasjonsstuer til dag- og døgnbehandling	36	49	36%
Dialysebehandling	10.278	16.544	61%
Strålebehandling	24.689	38.659	57%
Psykisk helsevern, liggedøgn voksne	60.110	78.771	31%
Antall senger, PH voksne	194	254	31%
Antall dag/ poliklinikkbehandlinger, PH voksne	125.014	188.798	51%
BUP, dag og poliklinikk	71.443	104.402	46%
BUP, liggedøgn	2.419	2.909	20%
TSB, dag og poliklinikk	16.802	24.693	47%
TSB, liggedøgn	11.180	13.536	21%

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

En foreliggende analyse av ambulanseberedskapen frem mot 2030 identifiseres en sterk oppdragsvekst hvis nåværende bruksmønster legges til grunn. Dette gjelder bysamfunn og tettsteder spesielt. Analysen utgjør et grunnlag for å kunne påvirke tjenestens utvikling i en vesentlig mer bærekraftig retning.

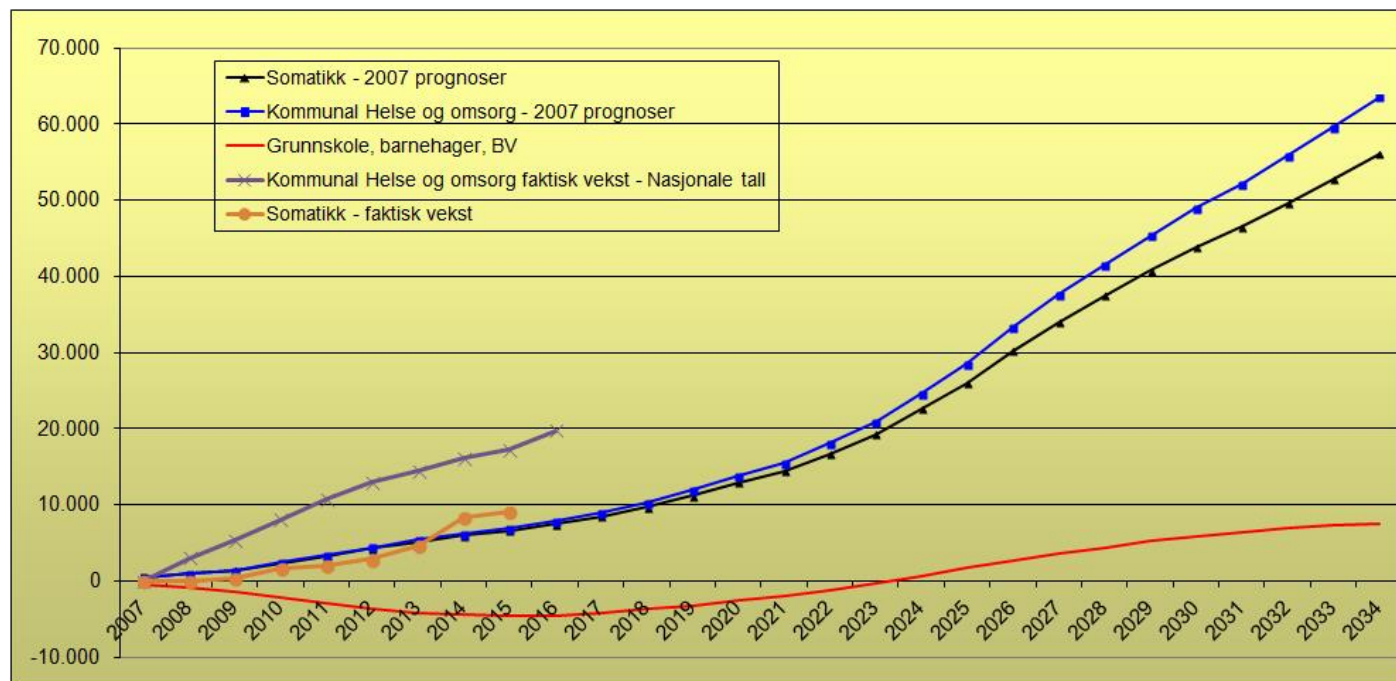
4.1.2 Rekrutteringsutfordringer

I dag rekrutteres om lag 15 % av hvert kull fra videregående skole inn i helse- og omsorgssektoren.

Om vi fortsetter å yte helsetjenester på samme måte som i dag, vil vi måtte rekruttere 35 % av hvert kull fra videregående skole i 2035 for å opprettholde dagens standard på tjenester. Rekruttering til helse- og omsorgssektoren er derfor en av de største utfordringene helsetjenesten står overfor i årene som kommer.

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

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



Grafen ble først utviklet i 2007 og viste da anslått årsverksutvikling innenfor områdene somatisk spesialisthelsetjeneste, kommunale helse- og omsorgstjenester og grunnskole/barnehage fra 2007 fram mot 2035. For prognosen ble det lagt til grunn at alt annet forble uendret bortsett fra andel eldre i befolkningen. Det ble anslått at både innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester og somatisk spesialisthelsetjeneste, så ville man - gitt en slik forutsetning - trenge en årsverksvekst på om lag 60.000 i perioden.

I denne grafen er også den reelle årsverksveksten for perioden 2007 – 2016 vist. Vi ser at årsverksveksten for kommunale helse- og omsorgstjenester har vært betydelig større enn den demografiske endringen skulle tilsi. For somatisk spesialisthelsetjeneste er årsverksveksten i takt med økningen i antall eldre. Dette understreker utfordringene vi vil stå overfor i årene som kommer når det gjelder rekruttering. Bemanningsbehovene vil sannsynligvis vokse raskere enn demografiske endringer skulle tilsi.

4.2 Endringer i behov for helsetjenester

Forekomst av sykdom og skader i befolkningen er endret i 2035 sammenlignet med i dag. Kreft, overvekt, kroniske, ikke smittsomme sykdommer og psykiske plager øker mest, men også hjerte- og karsykdommer vil øke med økende levealder. Kreftregisteret anslår at kreftinsidensen vil øke med 40 % fra 2016-2030, og med dramatiske 70 % i den økende aldersgruppen > 70. Også andelen kreftoverlevende med senskader og betydelig behov for helsehjelp vil øke i perioden. Kroniske ikke-smittsomme sykdommer som fedme, diabetes, KOLS og psykiske lidelser øker. Disse

sykdommene interagerer ofte med hverandre og opptrer sjelden alene, så flere pasienter vil ha sammensatte problemstillinger.

Økt levealder betyr at vi lever lenger med alvorlig sykdom, noe som vil påvirke behovet for helsetjenester. Perspektivmeldingen 2017 peker på at Norge har en særlig utfordring med høyt sykefravær og mange på uføretrygd. Ved inngangen til planperioden utgjør psykiske lidelser den viktigste enkeltårsak til sykmelding hos den yngre del av befolkningen.

Forekomsten av barn og ungdom som overlever med livslange følgetilstander, vil øke på grunn av tilgangen på nye behandlingstilbud. For eksempel tilbys barn med medfødte nyresykdommer dialyse i hele første leveår fram mot transplantasjon. Disse barna hadde tidligere ikke noe behandlingstilbud og døde tidlig. Overlevende etter ekstrem prematuritet og sjeldne medfødte syndromer/misdannelser vil i større grad overleve med livslangt behov for helsehjelp. Antallet barn med kronisk respirasjonssvikt og langtids mekanisk ventilasjonsstøtte vil øke

4.3 Økende forventninger

Forventningene til hvilke typer helsetjenester man kan få og hvor fort man skal få disse, har endret seg mye de siste årene. Det er grunn til å tro at forventningene både til kvalitet på, og tilgang til helsetjenester fortsatt vil gi et økende press. Det blir økte forventninger om persontilpasset medisin og økte forventninger om rask avklaring av diagnose og behandling. Dette må ivaretas av kompetent personell.

Internett og sosiale medier gir befolkningen mer kunnskap. Ytterligere digitalisering, utvikling av mikrosensorer, screeningtiltak og egendiagnostikk er andre trender som kan gi økte forventninger om behandling. Samtidig kan det være en fordel at sykdommer blir oppdaget på et tidlig stadium.

4.4 Nye tilbud

Forskning og innovasjon vil gi ny teknologi og bedre behandlingsmuligheter i årene som kommer. Dette stiller nye krav til helsearbeiderne. Teknologenes rolle i helsetjenesten vil bli mer fremtredende. Pasienter som i dag ikke kan behandles, vil kunne få tilbud i helsetjenesten. Nye behandlingsmuligheter vil dermed gi nye køer. Samtidig vil resultatene av ny behandling kunne dempe behovet for «gamle» helsetjenester som tidligere ble gitt samme pasientgruppe. Det er vanskelig å vite om nye behandlingsmuligheter i sum vil øke presset mot helsetjenesten i årene som kommer. En kur mot Alzheimers sykdom vil for eksempel gi nye køer inn mot behandling. På den andre siden vil store ressurser i andre deler av helsetjenesten bli spart om man ikke lenger trenger å gi helse- og omsorgstjenester til denne gruppen pasienter. Når store nasjonale screeningundersøkelser innføres, vil dette kreve ressurser fra helsetjenestene. Samtidig må vi stole på at det er gjort grundige kost-nytteanalyser før slike beslutninger fattes. Nye behandlingstilbud må være begrunnet i vitenskapelig basert kunnskap og først tas i bruk etter at det er gjort en metodevurdering (Health technology assessment) – nytten bør være større enn kostnaden og ressursinnsatsen.

4.5 Spesialisering/sentralisering, og koordinering

Spesialisering har ført til betydelig økt kvalitet på mange områder. Økende spesialisering krever også sentralisering. Men økende spesialisering og sentralisering av tjenester har en pris. Når tjenester sentraliseres, fjernes ofte lokale tjenester, noe som kan føre til utrygghet i lokalbefolkningen. Økende spesialisering fører også til økt behov for koordinering mellom de ulike spesialområdene som må sikres for pasienter som er avhengig av tjenester fra flere sub-spesialiteter samtidig. For helsetjenesten vil det i årene som kommer være en økende utfordring å finne en god balanse mellom spesialisering/sentralisering og breddekompetanse/ nærhet til tjenester og behovet for koordinering. Med økende spesialisering, og organisering med isolerte administrative faglige «siloer», er det en utfordring for leger i primærhelsetjenesten å henvise pasienter med behov for tjenester fra flere fagområder til riktig sted.

Skal spesialisthelsetjenesten fungere optimalt, er vi helt avhengig av at primærhelsetjenesten inklusive fastlegeordningen fungerer optimalt. Med økende press på spesialisthelsetjenesten er også fastlegeordningen satt under press. Vekslinger mellom fastlege og sykehuslege i form av henvisninger og epikriser må bidra til at partene har tilstrekkelig kunnskap for å gjøre en god jobb. Ved inngangen til 2018 er det en uttalt frustrasjon blant mange fastleger over at man på enkelte sykehusavdelinger forventer at fastlegen skal ordne med sykmeldinger av pasienter som har vært på sykehuset, skrive resepter eller røntgenhenvisninger forordnet på sykehuset og ordne med pasienttransport til

og fra sykehus. Det er nødvendig med god dialog mellom partene for å sikre en fornuftig avklaring av hvem som gjør hva.

4.6 Asylsøkere og flyktninger

Asylsøkere og flyktninger vil bety økende press på helsetjenester. Samtidig vil de bidra til økte muligheter for rekruttering til helsetjenesten.

Mange asylsøkere har kroniske infeksjonssykdommer, spesielt hepatitt B, HIV og tuberkulose. Dette gir økt behov for behandlingsskapasitet, areal og innleggelse.

Manglende språkkunnskap kan føre til flere ubrukte legetimer, unødvendig mange tester/blodprøver, forlenget liggetid og flere konsultasjoner før diagnose blir satt, medisiner som blir tatt feil, mer engstelse og flere liggedøgn.

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

Sykehuset har begrenset tilgang til kvalitetssikrede tolketjenester. En større andel innvandrerpasienter medfører økt behov for tolketjeneste over tid, ved både behandling og informasjon.

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

4.7 Makroøkonomi

I regjeringens perspektivmelding for 2017 pekes det på at Norges makroøkonomi har endret seg vesentlig de siste årene. Selv om vi har en stor formue i Statens pensjonsfond på grunn av oljeinntekter, så er Norges økonomi i årene som kommer mer på linje med resten av Europa. Der vi tidligere har vært i en særstilling på grunn av store oljeinntekter må vi som resten av Europa omstille for å møte framtidige utfordringer. Muligheten for økte bevilgninger til helsetjenesten vil derfor være begrenset framover.

4.8 Finansieringsmodeller

Det er en stor utfordring at dagens finansieringsmodeller for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ikke er samordnet. Finansieringen legger ikke til rette for optimal ressursbruk. Internt i spesialisthelsetjenesten har vi heller ikke finansieringsmodeller som understøtter rett funksjonsfordeling mellom de ulike helseforetakene og mellom lokale versus sentraliserte tilbud. Det er også en utfordring at ressursfordelingen mellom helseforetakene ikke alltid bidrar til lik fordeling av helsetjenester.

4.9 Press på økonomien lokalt

Som det framgår i punkt 4.1 om konsekvensene av de demografiske endringene - forutsatt at vi ikke gjør store endringer i måten vi jobber på-, så vil vi måtte øke antall senger i den somatiske delen av St. Olavs hospital med 46 % og innen psykisk helse med 31 %. Vi må også øke den polikliniske aktiviteten med henholdsvis 60 % og 51 % om vi ikke gjør endringer. Dette krever økt tilgang til areal og økt bemanning (som det vil være meget vanskelig å rekruttere) og økte driftsbudsjett, noe som synes urealistisk ved inngangen til 2018. St. Olavs hospital står også overfor andre store utfordringer når det gjelder behovet for investeringer i årene som kommer, jfr. punkt 2.9.

I planperioden vil det være behov for investeringer som knytter seg til utvidelser, ombygginger, tilpasninger av bygg og i tillegg teknisk oppgradering av spesielt eldre bygningsmasse. Nødvendige investeringer i medisinsk teknisk utstyr er, og vil bli en stor utfordring i årene som kommer, jfr. punkt 2.8.

Ut over dette investeringsbehovet kommer generelt vedlikehold av bygg og nødvendige funksjonelle oppgraderinger av eldre bygg dersom de skal endre funksjon/ tilpasses nye krav. Slik dette fortoner seg ved inngangen til 2018, kan det se ut som om «må-tiltak» de nærmeste 5 årene utgjør investeringsbehov på cirka 327 mill. kr mens tiltak «må-tiltak» på 6-10års sikt vil beløpe seg til 878 mill kr.

4.9 Dagens utfordringer

Det er ingen tvil om at både ansatte og ledere ved St. Olavs hospital opplever utfordringer knyttet til dagens drift. Rekruttering oppleves allerede som en utfordring innenfor noen områder. Det er i perioder vanskelig å finne senger til pasienter som må være innlagt og det oppleves knapphet på overvåkingskapasitet, arealer i form av poliklinikkrom etc. Vi kunne også ønsket oss mere midler til investeringer i medisinsk teknisk utstyr, til ombygginger og til generelt vedlikehold. Når vi beskriver framtidige utfordringer, så opplever mange at vi allerede kjenner disse på kroppen. Teknologiseringen av helsetjenesten gjør oss mer sårbare. St. Olav skal ha oversikt over i hvor stor grad en tjeneste er avhengig av kritiske innsatsfaktorer og infrastruktur. For tjenester som det ikke er akseptabelt med avbrudd må det gjøres beredskapsforberedelser og etablere skade forebyggende og avbøtende tiltak.

5. Hvilke muligheter har vi for å gi fremragende behandling framover?

Som det framgår av kapittel 4, er det ingen tvil om at helsetjenesten står overfor store utfordringer i årene som kommer. Både behov, forventninger og muligheter for nye tilbud vil øke. Om vi ikke stadig videreutvikler måten vi jobber på, vil helsetjenestebehovene etter all sannsynlighet langt overstige våre muligheter til å øke tilbudet. Dermed vil kvaliteten på tilbudet måtte gå ned. St. Olavs hospital har ambisjoner om å tilby nye behandlingsmetoder etter hvert som de kommer, og opprettholde og forhåpentligvis bedre kvaliteten på tjenestene.

Da må vi se på hvilke muligheter vi har både for å dempe veksten i framtidige behov for helsetjenester og hvilke muligheter vi har for å øke kapasiteten ved å yte tjenester på andre måter og ved å bruke tilgjengelige ressurser bedre.

5.1 Økte bevilgninger og økt tilgang på personell

Den enkleste måten å møte framtidige utfordringer på, er å fortsette å yte tjenester som i dag men bygge ut sykehusets arealer og ansette flere folk i takt med økende behov. Selvsagt blir det viktig å gjøre bevilgende myndigheter oppmerksom på store og voksende behov i sektoren i årene som kommer. Men med de utfordringene vi har beskrevet i kapittel 4, er det liten grunn til å tro at vi i Norge kan bevilge oss ut av utfordringene. Selv om helsetjenesten samlet skulle få en betydelig større del av årlige statsbudsjett framover, så vil det ikke være nok utdannet helsepersonell til å bemanne alle poster. Vi må derfor lete etter andre måter å løse framtidige utfordringer på.

5.2 Helsefremmende og forebyggende tiltak - dempe veksten i behov for helsetjenester

Fra 1/1-2012 ble Lov om spesialisthelsetjenester endret. I loven ble det presisert at sykehusene har et ansvar for å fremme folkehelse og motvirke sykdom. Dette ansvaret kan konkretiseres i tre hovedområder:

- Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten
- Overvåking av sykdom og risikoforhold og kunnskaps- og kompetanseutveksling om folkehelse
- Helsefremming og forebyggingstiltak i samarbeid med kommunene i opptaksområdet.

I Helse Midt-Norges Strategi 2030 framgår det som en sentral strategi at vi skal planlegge tiltak som kan dempe veksten i behov for helsetjenester i årene som kommer. Sammen med andre helseforetak i regionen og kommunene i vårt opptaksområde må vi se etter muligheter for både å fremme helse i befolkningen og forebygge sykdom der dette er mulig. Vi bør bruke vår kompetanse til å få fram tiltak som kan hindre at personer blir syke (primærforebyggende tiltak), redusere sjansen for at personer som har hatt en sykdom eller skade får dette igjen (sekundærforebyggende tiltak) og dempe progresjon av sykdom (tertiærforebyggende tiltak).

Vi ser at både primær-, sekundær-, og terciærforebyggende tiltak vil kunne øke antall konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten ytterligere.

Det er grunn til å tro at det finnes kunnskap innenfor de fleste fagfelt ved St. Olavs hospital om tiltak som kan bidra til at pasienter ikke blir syke, ikke blir syke så fort igjen eller unngår forverrelse. I dag har vi svake økonomiske insentiv til å iverksette tiltak som kan dempe behovet for helsetjenester generelt og spesialisthelsetjenester spesielt. Om det legges til rette for nødvendig finansiering av slike tiltak, vil det være store muligheter for å dempe framtidige behov for helsetjenester gjennom en systematisk satsing.

St. Olavs hospital er med i nasjonalt nettverk av «Helsefremmende sykehus». Nettverket kan brukes til å utvikle framtidige planer om helsefremmende og forebyggende tiltak.

5.3 Samarbeid med NTNU

Det er en sentral strategi for St. Olavs hospital å jobbe for videre integrasjon med NTNU. Utgangspunktet for arbeidet er forventningen om at en integrasjon av virksomhetene vil gi merverdi for begge organisasjoner og dermed også for pasientbehandling. Dette innebærer at det integrerte universitetssykehuset ikke bare skal oppfylle de pålagte oppgavene som universitetssykehus, men ha mål ut over dette som gjenspeiler potensialet i å se pasientbehandling, forskning og utdanning som gjensidig kvalitetsforsterkende aktiviteter. Dette vil bidra til bedre utdanning av våre studenter og bedre forskning. Nærmere samarbeid mellom våre kliniske miljø og forskningsmiljøene i NTNU vil kunne gi mere klinisk rettet forskning og raskere implementering av ny forskningsbasert kunnskap. I dag går det i snitt 8-10 år fra ny kunnskap er dokumentert gjennom forskning til denne kunnskapen er tatt i bruk i daglig klinisk praksis. Samarbeid med ulike fagmiljø kan hjelpe oss i daglig drift ved sykehuset. Som et eksempel er det innledet et samarbeid med Fakultet for økonomi som nå hjelper oss med å analysere flaskehals i pasientforløp innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. På kort tid har ventetiden fra henvisning til første undersøkelse blitt redusert med 50 % blant annet på grunn av slike analyser. Slik vil vi også ha nytte av kompetanse innen endringsledelse, prosjektledelse og styring. Tettere samarbeid med ulike fagmiljø i NTNU kan bidra til mer tjenesteinnovasjon og helsetjenesteutvikling. Nærhet til universitetet er viktig for at universitetssykehuset skal kunne ivareta det regionale ansvaret; være en ressurs for de lokale helseforetakene i regionen, og bidra til å utvikle en offentlig helsetjeneste av høy kvalitet. Virksomheten skal være samarbeidsorientert både regionalt, nasjonalt og internasjonalt med et ansvar for også å adressere globale helseutfordringer.

5.4 Prioritering og etikk

Med de utfordringene vi står overfor i årene som kommer, må vi ha en løpende debatt internt, med våre samarbeidspartnere, ansatte og brukere om prioritering av våre ressurser. Vi må bidra i en nasjonal debatt om hva spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for, hva kommunehelsetjenesten skal ha ansvar for og ikke minst hva som ikke bør være et offentlig ansvar. Spesialisthelsetjenesten må bidra til at de nasjonale prioriteringsveilederne følges, for å bidra til ensartet behandling av de samme pasientgruppene.

Gjennom opplysningsarbeid må vi i samarbeid med kommunehelsetjenesten bremse bruken av avansert diagnostikk i forsøket på å bekrefte at man er frisk, i motsetning til målrettet og adekvat diagnostikk for å avdekke sykdom.

Med det integrerte universitetssykehuset og nærheten til det teknologiske miljøet på NTNU, må St. Olavs hospital bidra til at bruken av kostnadskrevede behandlingsutstyr og –metoder ikke drives fram av kommersielle interesser alene, men som et resultat av veldokumenterte studier. Med begrensede rammer og sterke ønsker om å si ja til mye, må vi være i stand til å avklare hva vi ikke skal gjøre. I en slik prioriteringsdebatt hører også etiske vurderinger hjemme. Med begrensede ressurser, må det legges vekt på tverrfaglige diskusjoner og tidlig dialog med pasient og pårørende, når man vurderer å avslutte livsforlengende behandling ved sviktende organsystemer og dårlig prognose.

Før man utfører store og risikable kirurgiske inngrep, må man forvise seg om at pasienten har et realistisk forhold til risikoen. I tillegg må pasienten være godt informert om forventet forløp uten operasjon, og hvilken lindrende behandling man da kan tilby.

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

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

5.5 Pasient og brukermedvirkning

Bedre dialog med pasientene om forventninger til tjenesten kan bidra til at pasientene i større grad opplever tjenesten som god og riktig. Med mål om økt kvalitet på våre helsetjenester og optimal ressursbruk øker dermed behovet for god dialog med pasientene både på individnivå og systemnivå. Vi må gi pasientene større innflytelse over egen situasjon og eget helsetjenestetilbud. Pasient-, bruker- og pårørendemedvirkning er derfor en viktig del av pasientbehandlingen. Pasientmedvirkning må legges inn som tydelige krav i våre standardiserte pasientforløp. Vi må satse mer på brukerundersøkelser for å vite hvordan medvirkningen oppleves og vi må forsterke dialogen med pasientorganisasjonene gjennom vårt brukerutvalg.

Helseplattformen vil legge til rette for økt pasientmedvirkning når det nye journalsystemet tas i bruk.

Alle nasjonale medisinske kvalitetsregistre er pålagt å registrere hvordan pasientene opplever behandlings og tjenestetilbudet og hva de synes om behandlingsresultatene. Dette er viktige bidrag når det gjelder å få fram pasientenes synspunkter og erfaringer og bør i fremtiden brukes mer aktivt i forbedringsarbeidet.

Innenfor mange fagfelt har man de siste årene styrket pasientopplæringen som en viktig del av behandlingen. Pasientstyrt oppfølging av revmatologisk sykdom (PORS) er ett eksempel på forbedring ved økt pasientmedvirkning. Økt innsats for å legge til rette for egenomsorg og mestring vil bidra til at pasientene i større grad styrer sin egen behandling.

Helsepersonell kan stimulere til økt egenmestring gjennom å dreie fokus fr «hva er problemet ditt?» til «hva kan vi bidra med for at du skal mestre hverdagen?». En slik dreining er i takt med internasjonale trender innen helsetjenester. Det ligger en mulighet i å legge til rette for brukermedvirkning «på tvers» der man ser 1. og 2. linjetjenester under ett i felles brukerråd for kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester.

5.6 Pasientbehandling

Ved inngangen til 2018 er vi i gang med å utvikle våre mottaksfunksjoner slik at vi kan dempe veksten i antall ø. hjelpinnleggelser. Flere tiltak er beskrevet i «Handlingsplan for bedret samarbeid med primærhelsetjenesten om akuttpatienten», utarbeidet sammen med primærhelsetjenesten fra 2016, jfr. punkt 2.3.3.

Det er potensiale for å bedre logistikk og pasientsikkerhet knyttet til inn- og utskriving av pasienter som trenger tjenester fra både kommune og sykehus.

I 2018 vil nasjonale pakkeforløp innen psykisk helsevern og rus bli implementert. Det vil også bli utviklet nye forløp for fedme og kroniske smerte/utmattelse. Akutte pasientforløp for alvorlige infeksjoner og hjerneslag er utviklet. Videre vil vi arbeide med akutte pasientforløp for uavklarte brystmerter, buksmerter og blodpropp i bena. Når det gjelder andre kirurgiske akuttpatienter er St. Olavs hospital regionalt traumesenter. Denne funksjonen videreutvikles i henhold til Nasjonal Traumeplan. Det er forbedringspotensiale når det gjelder å sikre gode rehabiliteringstilbud for alvorlig skadde (multitraumatiserte) pasienter.

Vi bør øke fokuset på somatiske plager hos pasienter som er henvist til psykisk helsevern. Disse pasientene har en betydelig oversykelighet og dødelighet sammenlignet med øvrig befolkning. Bedre helsetjenester til denne delen av befolkningen bør kunne gi økt livskvalitet og bedre helse – som også kan redusere presset på helsetjenesten.

Moderne legemiddelbehandling og nye kirurgiske behandlingsformer gir mindre komplikasjoner, bedre livskvalitet, bedre behandlingsresultat og lenger overlevelse innenfor flere sykdomsgrupper. Spesialisthelsetjenesten vil ta i bruk nye former for behandling i tråd med de prioriteringer som gjøres nasjonalt.

Det er et mål å redusere forekomsten av infeksjoner og andre komplikasjoner som er oppstått i sykehuset. Bruken av bredspektrede antibiotika kan reduseres ytterligere og vil bidra i riktig retning.

Kliniske farmasøyter er nå ved mange klinikker med på å kvalitetssikre legemiddelbehandling. Korrekt legemiddelbruk og oppbevaring bidrar til økt pasientsikkerhet og reduserte legemiddelkostnader.

Det kan i økende grad gis hjemmebehandling for pasienter med kroniske tilstander, inkludert kreftsykdommer, både for barn og voksne. Ambulerende tverrfaglige team på tvers av tjenestenivå kan tas i bruk i økende grad forebyggende.

Innen psykisk helsevern er det fortsatt potensiale for å styrke desentrale psykiatriske tjenester, økt bruk av ambulante team og utvikling av akuttbehandlingsfunksjonen. Pasienter som trenger innleggelse får behandling i tråd med nye modeller for autonomi, integritet, mindre bruk av tvang og enda bedre legemiddelbehandling. Innen rusfeltet har man beredskapsleger på heldøgnsbasis og det er et potensiale for en enda bedre samordning med psykisk helsevern, akuttmottaket og sengeposter i de ulike klinikker. Forebyggende tiltak og informasjon i skole kan bidra til bedre livsmestring, mindre rusbruk og redusere forekomst av psykiske plager og sykdom.

Helseplattformen vil gjøre det mulig å følge opp pasienter gjennom bedre informasjonsflyt og utveksling av helsedata. Flere konsultasjoner kan skje uten pasientens oppmøte i spesialisthelsetjenesten og gjennom bedre samhandling med fastlegen. Velferdsteknologien vil skape tryggere rammer for de gamle og de med kronisk sykdom slik at de kan leve hjemme lengst mulig

5.7 Prehospitale tjenester

Primo 2018 er det et arbeid på gang med en regional beredskapsanalyse. Her framgår det at det i tiden som kommer vil være nødvendig å endre måten tjenestene ytes på i dag for å sikre bærekraft av disse tjenestene framover.

St. Olavs hospital tar nå i bruk ny teknologi i ambulanser på flere områder. Mobilt monitorerings- og kommunikasjonsutstyr som bringes med i ambulansene kan bidra til at ambulanspersonellet og pasienten kan kommunisere direkte med fastlegen, legevaktslegen eller vakthavende lege på sykehuset, med mulighet for video – overføring. Det kan gjøres undersøkelser på stedet og resultatene sendes elektronisk til legen. Kombinert med økende kompetanse blant ambulanspersonellet kan slikt utstyr i større grad sikre «rett pasient på rett sted til rett tid». I årene som kommer vil ambulanser trolig bli utrustet med nytt utstyr som bidrar til raskere og mer presis diagnostikk og dermed sikre at riktig behandling blir iverksatt tidligere. Droner med diagnostisk utstyr og muligheter for oppstart av behandling er også i ferd med å utvikles.

Vi tester også ut «hvite biler» som kan være et alternativ til fullt utstyrte ambulanser med ambulanspersonell ved transportoppdrag. Pasienter som trenger å ligge, men som ikke trenger helsetjenester under transport kan kjøres i slike biler. «Hvite biler» er enklere utstyrt enn vanlige ambulanser, og krav til personellressurs er lavere.

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

Det har de siste vært en oppgradering av sambandsteknologien ved innføring av nytt nasjonal digitalt nødnett. Denne teknologien er dessuten utvidet til å omfatte internt varslingssamband, også i mottaksavdelingen, noe som er viktig for direkte kommunikasjon mellom aktørene i den første delen av den akutte behandlingsskjeden.

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

Luftambulansen har begrenset kapasitet. Spesialisering av sykehus i regionen og funksjonsfordeling mellom Orkdal og Øya medfører at flere pasienter må flyttes. Noen av disse er kritisk syke og trenger følge av spesialisert personell i ambulansene. Optimal funksjonsfordeling forutsetter derfor en godt organisert følgetjeneste mellom sykehus og mellom Orkdal-Øya. Ved at Luftambulansbasen i Trondheim får nytt og større helikopter legges forholdene til rette ved overføringstransporter mellom sykehus, også der det kan være aktuelt å utvide transportteamet.

5.8 En populasjonsbasert risikotilnærming

St. Olavs hospital deltar i en nasjonal satsing for å kunne ha oversikt over «kostnad pr. pasient». Som vist i punkt 2.2.1 bruker sykehuset - som sykehus nasjonalt og internasjonalt - en stor andel ressurser på en relativt liten andel av pasientene. Flere steder i verden, for eksempel i Valencia i Spania har man utarbeidet retningslinjer for en såkalt populasjonsbasert risikotilnærming. «Høyrisikopasient-gruppen» utgjør fra 1-5 % av pasientpopulasjonen. Denne gruppen forsøkes identifisert og følges opp gjennom dedikerte team på tvers av 1. og 2. linje. En annen gruppe er «Pasienter med økende risiko». Dette er pasienter som har to eller flere langvarige sykdommer samtidig. Også disse pasientene følges opp av team på tvers av tjenestenivåene. Gruppen utgjør om lag 15-35 % av pasientene og er pasienter med lav risiko for sykdom og sykehusinnleggelse, som kan stimuleres til adekvat egenomsorg.

Ved å sette inn ressurser og forebyggende tiltak på høyrisikogruppen kan helsetjenestebehovene i disse gruppene reduseres. Ved å planlegge oppfølgingen av de ulike pasientgruppene kan vi sannsynligvis effektivisere ressursbruken og gi bedre tilbud til pasientene enn i dag.

5.9 Helhetlige pasientforløp

I samarbeid med kommunehelsetjenesten er det laget en modell for hvordan vi jobber for å utvikle pasientforløp som spenner over 1. og 2. linje. Denne modellen ivaretar både prosessen for utvikling og godkjenning av nye forløp. Administrativt samarbeidsutvalg (ASU), fagrådene, Legenes samarbeidsutvalg (LSU) på den kommunale siden og

Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU) på den andre siden vil være viktige bidragsytere for en likeverdig prosess og behandling.

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

5.10 Redusere overdiagnostikk, overbehandling og uønsket variasjon

I den senere har det blitt et økt fokus på mulig feilbruk av ressurser. Helsedirektoratet utarbeidet høsten 2013 rapporten «Overdiagnostikk og overbehandling» som bidro til å sette fokus på denne problemstillingen. Overbehandling defineres som «behandling som gir liten eller ingen effekt på forløpet av de prosesser man søker å påvirke». Dette har et betydelig omfang og krever betydelige andeler av helsetjenestens ressurser. Overdiagnostikk kan i tillegg bidra til at det hos mange enkeltmennesker oppstår unødig angst. Overbehandling er nær knyttet til overdiagnostikk, og overbehandling i livets slutfase er et særlig vanskelig område. Det dokumenteres til dels betydelige forskjeller i praksis for undersøkelser, henvisninger, innleggelses og legemiddelbruk. Noen av de viktigste verktøyer for å sikre god kvalitet og høy måloppnåelse på medisinske kvalitetsindikatorer, samt redusere uønsket variasjon og identifisere eventuell overbehandling er de nasjonale medisinske kvalitetsregistre. I dag har vi 54 nasjonale kvalitetsregistre og flere vil komme. Økt bruk av data fra disse registre i arbeidet for å forbedre våre behandlingstilbud bør prioriteres i de kommende år. Dette vil gi et godt utgangspunkt for å bedre kvalitet, for å vurdere ulikheter, drivere og resultater og redusere uønsket variasjon.

Praksisvariasjon er studert spesielt innen laboratoriediagnostikk, radiologi, operasjonsaktivitet, bruk av legemidler, samt for henvisnings- og sykmeldingspraksis i allmennpraksis. Det er forbausende store forskjeller rundt om i Norge med hensyn til hvor stor del av sammenlignbare populasjoner som får ulike typer helsetjenester, jfr. punkt 2.2.1.

5.11 Teknologi og utstyr

For å bidra til sykehusens utviklingsplaner i Midt-Norge har en egen gruppe sett på hvilke muligheter ny teknologi kan gi oss i årene som kommer. I sin rapport beskriver de en rekke muligheter som gir teknologiutviklingen på sykehus en viktig strategisk dimensjon. Bruk av nytt teknologisk utstyr kan være en viktig faktor for rekruttering av dyktige fagfolk.

Ny velferdsteknologi vil bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og, fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og eller bidra til å forbedre tilgjengeligheten, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon (NOU, 2011).

Implementering av ny teknologi kan være utfordrende. Det fremmer ikke implementering av ny teknologi at sykehuset ikke får betalt for nye måter å arbeide på. For å kunne avdekke dette potensialet er det påkrevd med teknologikompetanse i den strategiske ledelsen ved sykehuset.

5.12 Samhandling som en strategisk satsing

Samhandling er nødvendig når vi ikke har kompetanse, myndighet eller ansvar for alle tjenester som pasienten trenger. Slik samhandling på tvers av organisasjoner kan ikke være prisgitt holdninger hos de som skal samarbeide. Samarbeid må organiseres og ledes. For å sikre god samhandling rundt den enkelte pasient, er det nyttig å legge til rette for slik samhandling på systemnivå gjennom samarbeidsavtaler. Her har St. Olavs hospital lang erfaring. Samarbeidsavtalene bør avklare arenaer for dialog mellom partene, hvordan uenighet skal håndteres, hva som er felles mål for partene og hvordan man skal nå disse målene. Der vi ser behov for koordinering og samarbeid for å sikre fremragende behandling vil derfor et organisert samarbeid være en mulighet for å kunne yte bedre tjenester på en effektiv måte.

Nært samarbeid og rett funksjonsfordeling mellom sykehusene i Midt-Norge er en forutsetning for optimal ressursbruk. Det ligger muligheter for effektivisering i å se på om man i større grad kan yte tjenester for hverandre i stedet for at alle sykehus skal være selvhjulpne med alle typer tjenester, gjennom f.eks. å implementere flere regionale forløp og aktive fagledernetter. Bildediagnostikk, laboratoriemedisin, AMK-sentraler og sikkerhetsplasser innen psykisk helsevern er

eksempler på slike områder. På samme måte ligger det muligheter i å samarbeide bedre nasjonalt med hensyn til hvilke sykehus som gjør hva.

St. Olavs hospital har som regions- og universitetssykehus et særlig ansvar for utvikling av spesialisthelsetjenesten i hele Helse Midt-Norge, som en faglig spydspiss. Denne rollen kan utøves gjennom aktivt lederskap i fagnettverkene og god og tillitsfull dialog med de andre helseforetakene. Vi bør ta initiativ til regionalt og nasjonalt samarbeid i klinisk forskning og sikre at vi er gode og attraktive samarbeidspartnere. Det vil forenkles gjennom satsning på felles forskningsinfrastruktur og samarbeid om Nasjonale kompetansetjenester.

Regionale helseforetak inngår årlig avtaler med private sykehus. Det er nødvendig med tett dialog mellom St. Olavs hospital, avtalepartnerne og HMN for å få maksimalt ut av disse avtalene. Ved inngangen til 2018 er vi i ferd med å utvikle lokale samarbeidsavtaler med alle avtalespesialistene som har sin praksis i vårt opptaksområde. Målet er å få til et tettere samarbeid slik at vi i større grad kan fordele oppgaver og ha en god funksjonsfordeling mellom våre ulike avdelinger og de avtalespesialistene som jobber innenfor samme felt.

Kommunene i vårt opptaksområde og St. Olavs hospital står overfor de samme utfordringene i årene som kommer. Vi har felles mål om å yte fremragende helsetjenester til befolkningen i området.

Helsedirektoratet utarbeidet i 2010 en rapport som konkluderte med at om lag 30 % av alle polikliniske konsultasjoner på sykehus kunne vært håndtert i kommunene. Man konkluderte også med at 30 % av alle øyeblikkelig hjelpinnleggelser på sykehus kunne vært håndtert gjennom alternative tilbud i kommunene. Denne rapporten danner grunnlag for å gi kommunene ansvar for kommunale akutte døgntilbud (KAD-senger) fra 2016. Om kommunale helse- og omsorgstjenester er tilgjengelige 24/7 ved plutselig oppståtte behov, vil slike tjenester ofte kunne være gode alternativ til øyeblikkelig hjelp-tilbud på sykehuset.

Det ligger store muligheter i å utarbeide felles planer for helsefremmende og forebyggende tiltak. Vi kan utarbeide felles planer for hvem som gjør hva når, for å sikre rett pasient på rett sted til rett tid. Slike planer vil bidra til økt pasientsikkerhet og bedre bruk av ressurser. Vi kan også samarbeide om felles planer for kompetansebygging og rekruttering som gjør oss i stand til å gi fremragende behandling i årene som kommer.

De fleste pasienter vil helst være hjemme. Tjenester som gjør dette mulig som alternativ til sykehusinnleggelse kan forsterkes og videreutvikles. Hverdagsrehabilitering gjør at pasienten kan bo hjemme lenger. Høsten 2017 ble det opprettet et «Lege-utvalg» der fastleger og sykehusleger møtes jevnlig for å diskutere samarbeidsformer og en god grenseoppgang mellom aktørene. Det arbeides med å opprette flere arenaer for en slik dialog.

Parallelt ligger det muligheter i å utvikle tilbud sammen med frivillige lag og organisasjoner på områder som supplerer tjenester som gis fra sykehuset, for eks innenfor kreftomsorg og tilbud til hjerte- og lungesyke. Frivillige lag og organisasjoner bidrar også med pengegaver som styrker sykehusets utviklingsmuligheter i retning vår visjon Fremragende behandling. Med vårt utfordringsbilde, vil samarbeidet med frivillige lag og organisasjoner komme til å bli viktigere i årene som kommer.

5.13 Riktig legemiddelbruk

Legemidler er en viktig innsatsfaktor i pasientbehandlingen i sykehus. Feil i legemiddelhåndtering og i legemiddelbruk står for en betydelig andel pasientskader. Legemiddelkostnader står for en betydelig andel av sykehusenes kostnader. Nye metoder og medisiner medfører at *totalkostnadene på legemiddelområdet vil øke.*

Den demografiske utviklingen tvinger frem kostnadseffektiv legemiddelbehandling for å håndtere utfordringene med flere som trenger behandling for flere sykdommer. Optimalisering av pasientens legemiddelbruk gjennom å ta i bruk pasientens egne ressurser og ved å tilpasse dosering og administrering ut fra pasientspesifikke data vil virke positivt på riktig bruk av legemidler og redusere kostnader per pasient.

Samarbeidet med sykehusapotekene bør derfor ytterligere forsterkes gjennom samarbeidsavtaler mellom St. Olavs hospital og sykehusapoteket.

5.14 Organisering og ledelse

Organisasjonsstrukturen skal danne en hensiktsmessig ramme for ivaretagelse av sykehusets kjerneoppgaver og for god ressursutnyttelse. For St. Olavs hospital er det viktig å fungere som ett sykehus der virksomhet innenfor ulike fagområder og ved forskjellige lokasjoner framstår som en helhet.

Organiseringen må sikre nødvendig kontakt mellom fagområder og yrkesgrupper internt, og den må legge til rette for dialog og samhandling med eksterne aktører. Vi må også legge til rette organisatorisk for å sikre at pasienter med behov for samtidige/koordinerte tjenester fra flere fagområder blir ivaretatt. Spesialisthelsetjenesteloven 2-5 a,b,c, Pasient og brukerrettighetsloven, og i Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan, og koordinator beskriver organisatoriske funksjoner som kan bidra til å sikre dette både på system, og individnivå.

Krav til ledelse i spesialisthelsetjenesten er beskrevet i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som trådte i kraft 1.1.2017. Arbeidet med å bygge kultur og kompetanse for kontinuerlig forbedring ved St. Olavs hospital iverksetter forskriftskrav om ledelsens plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere.

Videre satsing på lederutvikling kan bidra til å styrke linjeledernes evne til å gjennomføre nødvendig omstilling og endring og til å håndtere det helhetlige ansvaret for faglig kvalitet, økonomi og personale. Økt bevissthet omkring ledelse som foregår på tvers av linjestrukturen, kan være et viktig supplement.

Søkingen til lederposisjoner er lav, og det er et stort behov for å videreføre tiltak som identifiserer, motiverer og utvikler ledertalenter. God ledelse er forutsetning for å kunne være en attraktiv arbeidsplass med et godt arbeidsmiljø og fremragende behandling.

Å ha gode rutiner for varsling og klagesaker knyttet til trakassering/mobbing eller andre kritikkverdige forhold, er helt nødvendig for å sikre et godt arbeidsmiljø. «Me too-kampanjen» vinteren 2017-2018 har vist at arbeidsplassens evne til å håndtere varslings-/klagesaker har stor innvirkning på hvorvidt vi fremstår som en attraktiv arbeidsplass.

5.15 Bemanning og kompetanse

St. Olavs hospital er en kunnskapsbedrift hvor de ansatte og deres kompetanse er sykehusets viktigste ressurs. Det er avgjørende at sykehuset er en rekrutterende og attraktiv arbeidsplass der ansatte får utvikle sin kompetanse, og sikre pasientene kvalitet. Universitetssykehusets undervisnings- og utdanningsoppgaver er en sentral del av virksomheten, og ses i sammenheng med forskning, innovasjon og pasientbehandling. Utsiktene framover tilsier at effektiviseringskravene vil fortsette, og at vi ikke kan påregne høyere bemanning pr pasient enn vi har i dag. Det innebærer at arbeidet med å sikre rett kompetanse på rett plass blir viktig.

Gode systemer og rutiner for aktivitets- og bemanningsplanlegging for alle yrkesgrupper, nye modeller for arbeidsdeling og samhandling ved sengeposter, intensiv- og operasjonsenheter, jobbrotasjon og utvikling av en heltidskultur er eksempler på muligheter vi kan utnytte internt i sykehuset for å møte denne utviklingen. Systemer for monitorering av effektivitet, kvalitet og HMS vil også være viktige styringsverktøy.

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

Sammen med de andre aktørene i helsetjenesten må vi videreføre dialogen med utdanningsinstitusjonene om kapasitet og innhold i studiene. Gjennom dette kan vi sikre at utdanningene er kunnskapsbaserte, praksisnære og relevante for helsetjenestens behov. Det innebærer også at tverrfaglig samarbeid, turnusarbeid og ledelse må være sentrale tema. Det er viktig å se kompetansebehovene i spesialisthelsetjenesten i sammenheng med primærhelsetjenestens behov. Både spisskompetanse og breddekompetanse må utvikles, og vi trenger innovative og kreative medarbeidere som kan bidra til å evaluere og utvikle tjenesten.

Framskrivninger viser at tilgangen på helsepersonell og kompetanse blir en stor utfordring. Vi bør derfor legge til rette for å rekruttere flere yrkesgrupper, slik at kompetansen benyttes riktig. Vi må ta høyde for at ingeniører vil få en større plass innen diagnostikk og behandling ettersom ny teknologi implementeres. I tillegg kan man videreutvikle oppgavefordeling mellom yrkesgrupper som kan gi en økt motivasjon og kompetanseoverføring.

Å være en velfungerende praksisarena gir et godt grunnlag for målrettet rekruttering. I tillegg kan traineestillinger for nyutdannede og muligheter for videre- og masterutdanning være viktige tiltak for å rekruttere og beholde kompetente medarbeidere.

5.16 Forskning og innovasjon

Forskning og innovasjon, sammen med utdanning og kompetanseutvikling, er nødvendige bidrag for å nå våre ambisjoner om fremragende pasientbehandling. Utfordringen er å integrere diagnostikk og behandling med forskning, innovasjon og utdanning. Disse aktivitetene skal inkludere alle yrkesgrupper på sykehuset. På den måten vil St. Olavs hospital utvikles som desto mer integrert med NTNU, hvor forskning, innovasjon og utdanning er tett koplet på pasientbehandlingen, og ikke som separate oppdrag. En akademisk læringsinstitusjon er ikke bare en virksomhet som leverer undervisning og forskning, men er også selvlærende. Gjennom en akademisk tilnærming sikres kunnskapsbaserte beslutninger på alle nivå. Målet er å støtte fagpersoner i å ta beslutninger, slik at de kan utvikle praksis og unngå uhensiktsmessig og kostbar praksis. Det er også et mål at ledelsesbeslutninger på alle nivå er basert på kunnskap.

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

Forsknings spørsmål må hentes fra faglige og administrative utfordringer i klinikkene, slik at det arbeides parallelt med pasienter og forskning. Sykehusforskere som også arbeider klinisk har mulighet til å fange opp problemstillinger fra klinisk praksis. Og forskningen vil ofte foregå som et samarbeide mellom klinikere og teknologer eller basalforskere.

St. Olavs hospital må da inneha kompetanse til å omsette kliniske og driftsmessige utfordringer til akademiske problemstillinger, som besvares gjennom anvendelse av relevante metoder i forsknings-, kvalitetssikrings- eller innovasjonsprosjekter.

St. Olavs hospital i samarbeid med NTNU skal være en drivkraft for helseforskning i hele regionen. Det integrerte universitetssykehusets forskning må være åpen med tilgjengeliggjøring av forskningsdata, publikasjoner og metoder som hovedregel for å sikre gjennomsiktighet og reproduserbarhet. Forskningen skal være konkurransedyktig internasjonalt, og styrke klinisk praksis og pasientbehandling. Økt regionalt, nasjonalt og internasjonalt samarbeid vil da være nødvendig. For at vi skal kunne gjennomføre mer forskning ved St. Olavs hospital, må andelen eksterne forskningsmidler økes. Det betyr at vi må bidra til at våre forskere skriver søknader som når til topps i den harde konkurransen om forskningsmidler nasjonalt og internasjonalt. Videre må forskningsprosjektene St. Olavs hospital leder eller er samarbeidspartner i gjennomføres på en kvalitetsmessig god måte. Relevant infrastruktur er en forutsetning for dette. Det må derfor satses målrettet på utvikling av infrastruktur og støttefunksjoner som er forutsetninger for god klinisk forskning og innovasjon. I tillegg er det behov for mer åpenhet omkring bruken av forskningsmidler.

Som det framgår av punkt 5.11 Teknologi og utstyr, bør forskning og innovasjon knyttet til teknologi kunne bidra til å møte framtidige utfordringer. Helse Midt Norge har unike muligheter for innovasjon og forskning i samarbeid med teknologimiljøene ved NTNU og SINTEF. Også i tiden fremover bør vårt miljø ha som ambisjon å ligge i front når det gjelder forskning og innovasjon innen medisinsk teknologi.

Innføring av moderne diagnostisk metodikk som f.eks. høykapasitets-sekvenseringsteknologi (HTS), genererer enorme datamengder der man trenger spesialkompetanse, kraftige datamaskiner og egnet programvare for datatolkning og -lagring. Metodikken er i rivende utvikling og vil i økende grad fremover, bli sentral innen store deler av biologisk forskning og klinisk diagnostikk. Utfordringen med å kunne håndtere store datamengder (Big data) kan ikke håndteres av St. Olavs hospital alene. Sykehuset må etablere løsning i samarbeid med andre helseforetak, NTNU og universiteter i og utenfor Norge.

Ved inngangen til 2018 ser vi flere muligheter. Vi skal videreutvikle samarbeidet med Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU om regional infrastruktur og støttefunksjoner knyttet til forskning, utdanning og innovasjon. Dette skjer bl.a. ved å opprette en felles Clinical Trials Unit (CTU) som skal bidra til høy kvalitet i klinisk forskning i hele regionen. Forsknings spørsmål krever ofte at ulike profesjoner løser disse i fellesskap og det må derfor oppfordres og tilrettelegges for en tverrfaglig profil i de felles forskningsgruppene ved MH-fakultetet/St. Olavs hospital. Det må fortsatt

arbeides for å øke forskningskompetanse (master, PhD, post doc, forsker) innen flere profesjoner, og flere kombinerte stillinger mellom universitet og helseforetak. Klinikksjefenes rolle og oppgaver knyttet til forskning ved St. Olavs hospital er beskrevet, men må likevel stadig synliggjøres; for eksempel gjennom krav til rapportering på forskning. Det er fortsatt svært viktig å satse på tett samarbeid regionalt med HMR og HNT, og nasjonalt med universitets-sykehusene i Norge (for eksempel via NorCRIN). Økt brukermedvirkning i forskningen må sikres gjennom opplæringstiltak for brukerrepresentanter og forskere.

Videre ønsker vi å bidra aktivt inn i prosjektorganisasjonen for campusutvikling ved NTNU. Gjennom etableringen av et Senter for psykisk helse som del av en fremtidig samlet campus vil det legges bedre til rette for forskning som kan gi mer kunnskap om alvorlige psykiske lidelser sett i et bio-, psyko- og sosialt perspektiv.

5.17 Nye tilbud innen diagnostikk og behandling

Nye muligheter kan gi økt press på helsetjenestene. Men nye tilbud kan også frigjøre ressurser.

Ett eksempel kan være dagens utredning og behandling av prostatakraft. Fram til nå har vi ikke hatt utredningsmetoder som skiller tydelig mellom prostatakraft som må behandles aggressivt og prostatakraft som ikke trenger slik behandling. Med bedre gendiagnostikk, flere biologiske markører og bedre og mer differensiert MR bildediagnostikk i kombinasjon med andre billediagnostisk verktøy kan man nå få en mer presis diagnostikk og bedre resultater. Man vil på et tidligere tidspunkt og med større grad av sikkerhet kunne velge ut de pasienter som skal til radikal behandling og *de pasienter som kan slippe aggressiv, belastende og kostnadskrevende behandling gjennom aktiv oppfølging/ kontroll*. Dette vil gi pasientene økt trygghet, færre trenger belastende operasjoner/ behandling og de samlede kostnadene reduseres. Ny kunnskap/ metodikk kan altså frigjøre ressurser som kan brukes på andre områder med økte behov. Diagnostikk og behandling må samspile på en god måte, bl.a. innen persontilpasset medisins nasjonale satsingsområder som kreft, arvelige sykdommer og infeksjonssykdommer. Innen diagnostikk kan vi nevne satsing på NGS (Next Generation Sequencing) innenfor alle fagspesialitetene i laboratoriemedisin. Bildebehandling, digital patologi og utbygging av gode it-løsninger og fagnettverk er andre områder som skal bidra til god pasientbehandling.

5.18 Gode tilbud til fremmedkulturelle – Likeverdige helsetjenester

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

Samhandling er helt nødvendig for å løse noen av de utfordringene fremmedkulturelle møter i tilpasning til vårt helsevesen og vestlig helseforståelse. Samarbeid om opplæring av fremmedkulturelle om helsesystem og helseforståelser i Norge, slik at de kan nyttiggjøre seg helsetjenester på en mer effektiv måte, vil spare dem for engstelse og usikkerhet og sykehuset vil spare penger. Trygging av sårbare innvandrergupper i møte med offentlig sektor vil kunne bidra til å gjøre konsultasjoner og behandling mer smidig. *Kvalitetssikring* av tolkenes tilbud og økt bruk av tolker vil redusere misforståelser og overforbruk av undersøkelser, og dermed bedre både pasientsikkerhet og økonomi. *Å legge til rette for mangfold blant ansatte når det gjelder bakgrunn og språkkunnskap* vil være en styrke for mange avdelinger. Å ha ansatte som behersker et stort innvandrerspråk i tillegg til norsk vil selvsagt bidra til fremragende behandling, selv om flerspråklig helsepersonell ikke skal brukes som tolk.

I tillegg kan det være en mulighet å ta i bruk andre virkemidler, som å tillate arbeidstrening via NAV som miljøarbeiderassistent med samme språkbakgrunn som kulturell støtte (ikke tolk) for langtidspasienter i spesielt krevende utfordringer; for eksempel ved rehabilitering – eller andre typer ordninger. Det er mange ubrukte ressurser i tiltak gjennom NAV eller IMDI. *For å sikre nødvendig språkkompetanse og kulturforståelse blant sykehusets ansatte, kan det være aktuelt å legge til rette for internasjonal rekruttering*. Sykehuset kan også legge bedre til rette for at ansatte med fremmedkulturell bakgrunn klarer å tilpasse seg en ny arbeidsdag ved St. Olavs hospital.

5.19 Bygg

St. Olavs hospitals lokaler på Orkanger, Røros og Østmarka vil i videreutvikling bli benyttet til de funksjoner som må, eller med fordel kan ligge utenfor det høyspesialiserte universitetssykehuset på Øya. Det anbefales derfor at byggene gis nødvendig teknisk oppgradering slik at de til en hver tid kan benyttes til slike formål. Dette må speiles i den byggplanleggingen som finner sted på vei inn i planperioden.

En mulighet for å dempe behovet for videre utbygging av St. Olavs hospital er å bruke lokaler og utstyr større deler av døgnet. Utvidet åpningstid for våre poliklinikker og operasjonsstuer vil bidra sterkt til å dempe behovet for nybygg, jfr. rapporten fra Sykehusbygg. Utvidet åpningstid vil imidlertid øke personellbehovet og slitasjen på utstyr, noe som vil påvirke våre driftsutgifter.

For å sikre optimal utnyttelse av lokaler og utstyr som vi har, må vi ha en samlet arealplan som rulleres jevnlig. Ved inngangen til 2018 foreligger følgende muligheter for nye bygg og ombygginger:

Nytt sikkerhetsbygg på Østmarka.

Dette er planlagt som en nødvendig bygningsmessig fornyelse for sikkerhetsfunksjonen i Psykisk helsevern. Brøseteieendommen er regulert til annet formål og det er inngått avtale om salg av St. Olavs del av eiendommen høsten 2017. Det er i planleggings-/byggeperioden av nytt bygg inngått avtale om leie av Brøsetanlegget i inntil 5 år. Det planlegges for at Brøsetanleggets 19000 kvm BTA erstattes med et nybygg på ca. 6000 kvm BTA.

Nytt senter for Psykisk helse.

Senteret planlegges bygget som et felleseid bygg sammen med NTNU som en del av NTNUs campusutbygging. For St. Olavs hospital vil senteret bli en erstatning for gammel og spredt bebyggelse og legge til rette for en samling av funksjoner som i dag er spredt på flere lokasjoner.

Ombygging og oppgradering av avdeling Orkdal sjukehus.

Ombygging som følge av funksjonsendringer og nødvendig oppgradering av sengeavdelingen.

St. Olavs hospital.

Kontinuerlig utvikling-/ tilpasning av eksisterende bygg og lokaler.

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

5.20 Økonomi

Det bør være et mål at finansieringssystemer for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten stimulerer til rett oppgavedeling både lokalt og regionalt. Slik er det ikke i dag. Med de utfordringene vi står overfor i årene som kommer, blir det nødvendig å arbeide for finansieringsmodeller som oppleves rettferdige og som stimulerer til samarbeid og optimal ressursbruk. Vi bør samarbeide med økonomimiljøene på NTNU for å få fram forslag til endrede finansieringssystemer som i større grad stimulerer til å gjøre det vi må gjøre i årene som kommer.

Ved inngangen til 2018 vurderes flere muligheter:

- Redusere varekostnader ved hovedfokus på bytte av medikamenter til billigere synonympreparater, og effektivisere legemiddelbruken
- Standardisere kontraktsinngåelser
- Omgjøre driftskreditt til langsiktig lån
- Samordne transportbehov og tiltak, forsyning og logistikk
- Redusere ressursbruk ift. kommunikasjon og transport som følge av Helseplattformen
- Utrede i hvilken grad Innsatsstyrt finansiering (ISF) utnyttes optimalt for alle yrkesgrupper
- Utjevne økonomiske rammer så dette ikke stresser pasientforløpet
- Ta initiativ til å utvikle en økonomimodell som stimulerer til samarbeid på tvers både internt på sykehuset og mellom sykehus og kommunehelsetjeneste
- Lage en investeringsplan for utstyr

5.21 Generell effektivisering

Fremragende behandling er definert som behandling med høy faglig kvalitet, høy brukertilfredshet og optimal ressursutnyttelse. Optimal ressursutnyttelse som visjon krever at vi har fokus på områder hvor vi kan utnytte ressursene bedre, dvs effektivisere.

For å klare å møte utfordringene beskrevet i kapittel 4, er det avgjørende å utvikle mer effektiv bruk av lokaler, utstyr og bemanning. Det er behov for at helsepersonell er mer mobile og at hele helsetjenesten gjør bedre bruk av elektronisk kommunikasjon. Når det gjelder økt utnyttelse av kostbart utstyr, er personell også en flaskehals. Å endre åpningstider i et høyteknologisk sykehus stiller stor krav til endringsvilje i hele organisasjonen.

Ved inngangen til 2018 ser vi flere muligheter:

- Effektivisere alt arbeid av helsepersonell gjennom økt kompetanse, nye arbeidsformer, samarbeid, bedret drift og arbeidstidsplanlegging.
- Innføring av pasientkategorisering som et kunnskapsbasert og objektive verktøy for å monitorere og sammenligne behovet for bemanning og kompetanse. Dette som et supplement til andre verktøy.
- Samordne driften og utvikle samarbeidet mellom ulike intensiv- og overvåkingsenheter
- Øke bruken av pasienthotellet for å frigjøre senger i sykehuset.
- Utvikle lokale avtaler med avtalespesialister.
- Bedre poliklinisk kapasitet ved bedre styring og samordning av resursene
- Samordne transportbehov og tiltak, forsyning og logistikk
- Redusere ressursbruk ift. kommunikasjon og transport som følge av Helseplattformen
- Utrede om mottaksfunksjonen i psykisk helsevern og rus som kan være en mer integrert i det løpende samarbeide med de kommunale tjenestene.

5.22 Mulig effekt av beskrevne tiltak på arealbehov?

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

6. Målbilde og strategiske satsingsområder

St. Olavs hospitals visjon er «Fremragende behandling». Visjonen gjelder alle typer pasienter uansett alder eller diagnose. Vår klare ambisjon er å være et sykehus som ligger i front når det gjelder pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell. Vi vil videreutvikle organisasjonen slik at vi kan yte helsetjenester med høy faglig kvalitet, god pasientflyt, høy brukertilfredshet og optimal ressursutnyttelse. Dette forutsetter et nært samarbeid med våre samarbeidspartnere i vårt opptaksområde.

Vi skal kunne tilby nye utrednings- og behandlingsmetoder etter hvert som de utvikles. Vi skal utvikle organisasjonen i takt med de utfordringene som vil møte oss i årene som kommer. Vi skal bidra i den nasjonale debatten om optimal utvikling av helsetjenesten og nødvendige prioriteringer. Det blir viktig å gjøre bevilgende myndigheter oppmerksom på store og voksende behov i sektoren i årene som kommer.

Utfordringsbildet beskrives i kapittel 4. Selv med økte bevilgninger til helsetjenesten, vil det ikke være nok utdannet helsepersonell til å bemanne alle poster. Vi må derfor lete etter andre måter å løse framtidige utfordringer på. Med begrenset ressurstilgang i årene som kommer, økende rekrutteringsutfordringer og økt press på helsetjenesten så har St. Olavs hospital de samme utfordringene som andre sykehus og kommunene har. Dette gjør det tvingende nødvendig å drive et kontinuerlig omstillings- og forbedringsarbeid for å øke kapasitet og kvalitet på våre tjenester samtidig som vi gjør det som er mulig for å dempe veksten i behov for helsetjenester.

6.1 Strategiske satsingsområder og aktuelle tiltak 2019-2035

Følgende strategiske satsinger vil være sentrale for St. Olavs hospital for årene 2019 - 2035:

1. Vi skaper pasientenes helsetjeneste

Ambisjoner:

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

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

Noen aktuelle tiltak:

- Kartlegge hvordan pasienter, pårørende og samarbeidspartnere opplever våre tjenester som del av vårt kontinuerlige forbedringsarbeid.
- Tilrettelegge for brukermedvirkning i utviklings-, forbedrings- og prioriteringsarbeidet.
- Sikre at pasienter har innflytelse over egne behandlingsvalg.
- Skape realistiske forventninger til våre tilbud gjennom godt informasjonsarbeid og dialog med Brukerutvalg, pasienter, pårørende og samarbeidspartnere.
- Bidra til at pasienter kan ta ansvar for egne liv og egen helse.
- Legge til rette for internt prioriteringsarbeid i dialog med Brukerutvalg og Klinisk etikkomite.
- Planlegge våre tjenester slik at vi unngår fristbrudd og har akseptable ventetider.
- Legge til rette for brukermedvirkning i forskning.
- Utvikle strategier og planer for «Likeverdige helsetjenester» for å sikre tilbud til fremmedkulturelle.
- Legge til rette for gode helsetjenester til barn med tilstander i grenselandet mellom somatikk og psykiatri
- Initiere et utviklingsarbeid for å styrke foreldres kompetanse og involvering i pleie og omsorg under barns opphold på sykehus.
- Vurdere å opprette brukerutvalg der man ser spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester under ett.

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

Ambisjoner:

Vi satser på kontinuerlig forbedring, utvikling av gode arbeidsprosesser og dokumentasjon av resultater. Forbedring skal være en del av den daglige driften ved sykehuset. Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en fremragende helsetjeneste.

Vi ivaretar ansvaret universitetssykehuset har for å sikre en god spesialisthelsetjeneste i hele HMN.

Noen aktuelle tiltak:

- Styrke St. Olavs hospitals rolle som ansvarlig for fagledernetverkene i regionen.
- Styrke arbeidet med regional funksjonsfordeling og regionale pasientforløp.
- Sikre nødvendig sengekapasitet og poliklinikkfasiliteter ved nødvendig ressursallokering.
- Gjennomføre sykehusets vedtatte antibiotikastyringsprogram.
- Kontinuerlig fokus på sykehusinfeksjoner.
- Følge opp og videreutvikle Handlingsplan for bedre pasientlogistikk.
- Utrede behovet for en intermedisærpost for barn med store hjelpebehov.
- Vurdere hvordan behandling av barn i større grad kan gjøres poliklinisk og ved dagbehandling.
- Forberede innføringen av Helseplattformen.
- Sikre muligheter for tidlig rehabilitering for pasienter ved alle avdelinger.
- Bygge opp nødvendig bufferkapasitet for å håndtere svingninger i sengebehov gjennom året.
- Sikre nødvendig intensivkapasitet, indremedisinsk overvåkningskapasitet og observasjonssenger.
- Kvalitetssikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse når det gjelder høyrisiko smittepasienter.

- Utvikle sykehusets tilbud om persontilpasset medisin og diagnostikk gjennom Laboratoriemedisin og støtte fra klinisk farmasi.
- Skaffe oversikt over- og redusere uønsket variasjon og overbehandling i utrednings- og behandlingstilbud.
- Bruke data fra medisinske kvalitetsregistre til å identifisere forbedringspotensial og bruke denne informasjonen aktivt i utviklingen av bedre tjenester.
- Delta aktivt i utarbeidelsen av nasjonale veiledere, retningslinjer og standarder.
- Styrke samarbeidet med Sykehusapotekene for å sikre kostnadseffektiv og sikker legemiddeltilgang.
- Styrke og videreutvikle desentraliserte tilbud der dette er hensiktsmessig.

3. Vi gir fremragende akuttbehandling

Ambisjoner:

Øyeblikkelig hjelp utgjør en betydelig del av vår aktivitet og behovet forventes å øke i årene som kommer. Vi ønsker å gi fremragende akuttbehandling til rett tid og på rett sted. Vi vil være tilgjengelige og bidra til en klar oppgavefordeling mellom sykehus og kommuner, men også internt i St. Olavs hospital. Vi tilstreber en rask og effektiv akuttbehandling i akuttmottakene i somatikk, psykisk helsevern og rus, og har dermed som mål å heve kompetansen i akuttmottakene.

Noen aktuelle tiltak:

- Sikre nødvendig kapasitet og kompetanse i våre prehospitale tjenester.
- Følge opp handlingsplan for bedret samarbeid med primærhelsetjenesten om akuttpasienten.
- Etablere teknologiske løsninger for å gi beslutningsstøtte til primærhelse- og ambulansetjenesten.
- Sikre enkel og rask konsultasjonsmulighet mellom fastlege eller legevakslege og sykehuslege ved øyeblikkelig hjelp problemstillinger, samt å kunne tilby alternativer til innleggelse.
- Styrke kompetanse og ledelse i Akuttmottaket.
- Utrede behovet for bildediagnostikk og Laboratorietjenester i Akuttmottak i større deler av døgnet.
- Sikre en kvalifisert følgetjeneste ved transport av kritisk syke pasienter i ambulanse mellom sykehus i regionen og mellom Orkdal-Øya.

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

Ambisjoner:

Vi videreutvikler vår rekrutteringsstrategi og har oversikt over kompetansebehov i sykehuset i takt med nye tjenester og ny teknologi. Vi arbeider løpende for å sikre nødvendig videre-, master-, og veilederkompetanse blant våre ansatte. Vi arbeider for å øke forskningskompetansen. Vi er aktive mht å rekruttere nødvendig kompetanse. Vi samarbeider med NTNU for å sikre nødvendig kompetanse innenfor viktige områder som for eks logistikk, ledelse og økonomistyring.

Noen aktuelle tiltak:

- Oppdatere klinikkvise kompetanseplaner.
- Sikre nødvendig etter-, videre- og masterutdanning.
- Utarbeide planer for utdanning og rekruttering innen aktuelle fagområder.
- Styrke veiledningskompetansen for å sikre at St. Olavs hospital er en god læringsarena for studenter og ansatte.
- Etablere kombinasjonsstillinger for alle relevante yrkesgrupper i samarbeid med NTNU for å øke kvaliteten og kapasiteten på praksisstudiene.
- Legge til rette for nødvendig lederutdanning og ledermobilisering blant våre ansatte.
- Legge til rette for en god oppgavefordeling mellom yrkesgrupper.
- Ta i bruk og videreutvikle Kompetanseportalen som verktøy for medarbeiderutvikling og dokumentasjon av kompetanse og kompetanseutvikling.

- Gjennomføre og følge opp nasjonale ForBedrings-undersøkelser, med vekt på arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur.
- Styrke kompetanse og kapasitet mht nødvendig simulerings- og ferdighetstrening.
- Utvikle en fullverdig utdanningsinstitusjon for rus- og avhengighetsmedisin.
- Vurdere behovet for en felles arena for kommunene, sykehuset og utdanningsinstitusjonene for dialog om innhold i- og kapasitet på aktuelle utdanninger.
- Utarbeide felles planer for utdanning og rekruttering med kommunene og andre sykehus.
- Vurdere behovet for tilpasninger av vår organisering ift de krav og forventninger vi står overfor løpende.

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

Ambisjoner:

I vårt videre arbeid for Fremragende behandling vil forskning og innovasjon stå sentralt. Vi må kunne vurdere ny kunnskap kritisk og når det er relevant, raskt ta i bruk kunnskap som utvikles andre steder. Vi vil også legge til rette for god klinisk forskning og innovasjon ved sykehuset.

Noen aktuelle tiltak:

- Styrke klinisk forskning i et nært samarbeid med NTNU.
- Øke forskningskompetansen og legge til rette for forskning og innovasjon
- Tilrettelegge for forskning og utdanning integrert med klinisk praksis.
- Etterspørre akademisk kunnskap og interesse i tilsettingsprosesser.
- Videreutvikle samarbeidet mellom St. Olavs hospital og Fakultet for medisin og helsevitenskap for å sikre at tilgjengelige ressurser som støtter opp under forskning og innovasjon brukes optimalt.
- Utrede behovet for å styrke sentral støtte mht forskning og utarbeidelse av søknader, slik at behovet for oppbygging av slik tjeneste i hver enkelt klinikk reduseres og bidra til at forskningsfinansieringen øker fra kilder som bla. Forskningsrådet og EU.
- Legge til rette for god tilgang på forskningsstøttepersonell ved klinikkene i form av for eks forskningssykepleiere.
- Arbeide med kortere tidsspenn fra dokumentert kunnskap til implementering.
- Alle pasienter ved St. Olavs hospital inngår i en eller flere kliniske studier eller i registerforskning.
- Vi styrker vår innovasjonsevne med å legge til rette for «testbeds» eller andre typer fleksible arealer for bruk til interne og eksterne innovasjonsprosjekter. Mulighetene for at andre kan bruke slike areal må promoteres aktivt

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

Ambisjoner:

Ny teknologi vil i årene som kommer gi nye behandlingsmuligheter, mer effektiv bruk av ressurser og positive miljøgevinster. Vi bør sette oss i stand til å investere i ny teknologi når kost/nyttevurderinger tilsier dette. I tillegg til å ta i bruk teknologi som utvikles andre steder, bør vi i samarbeid med NTNU og andre aktuelle fagmiljø bidra til teknologiutvikling. Sykehuset vil kunne dra veksler på dette både i form av nye tilbud, men også i form av økt rekruttering på grunn av tilgang til moderne fasiliteter og utstyr.

Noen aktuelle tiltak:

- Helseplattformen utvikles til et godt verktøy for den samlede helsetjenesten i regionen.
- Helseplattformen bidrar til bedret samhandling, pasientflyt og informasjonsflyt i helhetlige pasientforløp.
- Sørge for at ansatte og ledere ved sykehuset har nødvendig digital og teknologisk kompetanse.
- Ta i bruk muligheter for «robotisering» etter hvert som dette er kostnadseffektivt og sikkert.
- Ta i bruk og utvikle IKT-støttede kommunikasjonsløsninger for å redusere omfanget av unødige transporter og fysiske oppmøter av pasienter i sykehuset

- Satse på forskning og innovasjon innen medisinsk teknologi.
- Ta i bruk terapi over elektroniske plattformer i behandling av aktuelle sykdommer.
- Sikre ledernes tilgang til økonomiske styringsverktøy med sanntids informasjon på klinikk- og avdelingsnivå.

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

Ambisjoner:

Med en tettere integrasjon mellom sykehus og universitet ønsker vi å legge til rette for mer og bedre forskning og kortere vei fra ny kunnskap til forbedret klinisk praksis. Økt integrasjon skal også bidra til bedre helsefaglig utdanning og økt samarbeid innenfor andre aktuelle fagområder som organisering, økonomi, teknologi og logistikk.

Noen aktuelle tiltak:

- Samordne administrative støttefunksjoner for forskning, innovasjon og utdanning mellom St. Olavs hospital og Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU.
- Etablere en regional Clinical Trials Unit ved St. Olavs hospital, i samarbeid med Fakultet for medisin og helsevitenskap og Helse Midt-Norge.
- Utarbeide avtaler og etablere arenaer som bidrar til å forenkle og klargjøre samarbeid mellom organisasjonene når det gjelder forskning, innovasjon og utdanning.
- Samarbeide med NTNU for å sikre optimal utnyttelse av kjernefasiliteter
- St. Olavs hospital og NTNU samarbeider med aktuell industri om forsknings- og innovasjonsprosjekter.
- Legge til rette for samarbeid mellom St. Olavs hospital, NTNU og kommunene mht. forskning, innovasjon og utdanning.

8. Vi legger til rette for optimal ressursbruk

Ambisjoner:

Fremragende behandling krever at vi har ansatte med rett kompetanse og at vi benytter driftsmidler og kapital optimalt. Sykehusets ansatte må til enhver tid ha tilgang til nødvendig utstyr og bygningsmessige fasiliteter. Finansieringen av vår virksomhet må understøtte riktige prioriteringer og arbeidsfordeling både internt og mellom sykehuset og aktuelle samarbeidsinstanser. Vi må legge til rette for nødvendig omstilling. Eksisterende bygningsmasse må tilpasses nye behov og endringer i virksomheten og samtidig vedlikeholdes på et nivå som opprettholder en god teknisk tilstand. Arealendringer bør skje på grunnlag av helhetlige arealplaner.

Noen aktuelle tiltak:

- Ha løpende oversikt over investeringsbehov i medisinsk teknisk utstyr og følge opp investeringsbehov gjennom prioritering i årlige budsjettvedtak.
- Utvikle en vedlikeholdsstrategi og mål for teknisk tilstandsnivå på eiendomsporteføljen.
- Samarbeide med HMN for å videreutvikle finansieringsmodeller som stimulerer til optimal ressursbruk og tjenesteutvikling internt og mellom helseforetakene i regionen.
- Delta i nasjonale debatter om optimal utvikling av helsetjenestene, inklusive nødvendige prioriteringer og finansieringssystemer både for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Utrede behovet for økt støtte til klinikkene i form av sentraliserte anbud og innkjøp.
- Etablere systemer for bedre bemanningsplanlegging.
- Innarbeide rutiner som sikrer at billigste alternativ benyttes for legemidler.
- Kostnads- og nyttevurderinger gjennomføres før ny diagnostikk og behandling innføres.
- Fordeling av arbeidsoppgaver vurderes nøye, slik at kostbar og høyspesialisert kompetanse benyttes optimalt.
- Utarbeider en mulighetsstudie som beskriver alternative måter for å utnytte eksisterende areal/ lokaler.
- Samarbeide med NTNU i sameiestyret om optimal utnyttelse og utvikling av bygg og areal.
- Utvikle byggene i takt med kjernevirksomhetens behov.
- Gjennomføre følgende større bygningsmessige investeringsprosjekter:

- Nytt sikkerhetsbygg på Østmarka.
- Nytt senter for psykisk helse på Øya.
- Ombygging og oppgradering av bygningsmassen ved avdeling Orkdal.
- Ombygging av nyfødt intensiv til enerom
- Ombygging av Barn Intensiv til enerom
- Ny ambulansestasjon Orkdal.
- Ny ambulansestasjon Røros.
- Nødvendige endrings-/utviklingsprosjekter på eksisterende bygninger.

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

Ambisjoner:

Sammen med kommunene og andre aktuelle samarbeidspartnere i regionen vil vi planlegge og gjennomføre aktuelle helsefremmende og forebyggende tiltak. Vi vil bidra til at den enkelte innbygger stimuleres til å ta ansvar for egen helse og legge til rette for at pasienter med sykdommer og funksjonshemninger i størst mulig grad kan mestre egen hverdag. Vi vil gjennom et forpliktende og godt samarbeid med alle aktuelle fagmiljø ved NTNU arbeide for å påvirke helsetjenesteutviklingen og dempe vekst i behov for helsetjenester der dette er mulig.

Noen aktuelle tiltak:

- Utarbeide en plan for hvordan de ulike fagmiljøene ved St. Olavs hospital kan påvirke framtidige behov for helsetjenester.
- Legge til rette for god dialog mellom aktuelle fagmiljø, Brukerutvalget og Klinisk etikk-komite om eventuelle begrensninger av komplisert behandling i livets slutfase.
- Utvikle en plan i samarbeid med HMN og avtalespesialistene om hvordan vi kan samarbeide og ha en bedret arbeidsfordeling og beskrive en slik arbeidsfordeling i samarbeidsavtaler med den enkelte avtalespesialist.
- Arbeide for en felles strategi med Trondheim kommune om «digitalisering av helsetjenester hjemme»
- Legge til rette for økt trygghet gjennom selvmonitorering og støtte fra kommune og sykehus ved bruk av teknologiske verktøy for pasienter med kroniske sykdommer.
- Bidra til beslutningsverktøy som tydeliggjør forventninger til innhold i henvisninger og epikriser

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

Ambisjoner:

Vi ønsker å legge til rette for høy kvalitet på utredning og behandling av pasienter gjennom forpliktende samarbeid med andre instanser som pasientene også får tjenester fra. Samarbeid med likeverdige partnere som kommuner og andre sykehus bygges på gjensidig respekt for hverandres oppgaver og roller. Gjennom gode grenseopp ganger mellom oss og våre samarbeidspartnere, kan vi optimalisere ressursbruk og sikre kvalitet på tjenester. Vi må skape Pasientenes helsetjeneste sammen med våre samarbeidspartnere og pasientene.

Noen aktuelle tiltak:

- Bidra til at fastlegeordningen styrkes og videreutvikles, herunder utrede muligheten for å opprette kombinerte stillinger ved sykehuset og i kommunehelsetjenesten.
- Legge til rette for økt bruk av telemedisin med videokonferansemulighet der både spesialist, fastlege og pasient deltar
- Bidra til samarbeid mellom ambulans- og kommunehelsetjenesten om stedlig helseberedskap og andre helse- og omsorgstjenester.
- Samarbeide med kommunene om optimal bruk av KAD- senger og etterbehandlingssenger.

- Samarbeide med kommunene om å bygge opp nødvendig bufferkapasitet for å håndtere svingninger i behov gjennom året.
- Samarbeide om kompetanse og tjenester som gjør at nye pasientgrupper kan få dekket sine behov utenfor sykehuset.
- Utarbeide planer sammen med kommunene for hvordan vi kan følge opp den gjensidige veiledningsplikten.
- Styrke vår utadrettede virksomhet gjennom våre desentrale spesialisthelsetjenester (ambulante tilbud, desentrale poliklinikker, bruk av ny teknologi, virtuelle undersøkelsesrom, hjemmedialyse etc.) i dialog med kommunene og avtalespesialistene.
- Utvikle og implementere helhetlige regionale standardiserte pasientforløp med lokal tilpasning: kommune – sykehus – kommune
- Samarbeide om felles forsknings- og innovasjonsprosjekt på områder der samhandling er sentralt for å oppnå resultat, innen forebygging, pasientforløp etc.
- Utvikle våre rehabiliteringstjenester i et nært samarbeid med kommunene, for å øke pasientens egenmestring.
- Utvikle habiliteringstjenesten for barn i nært samarbeid med førstelinjetjenesten, slik at barn med langvarig behov for tverrfaglig oppfølging kan få brukt sitt fulle potensiale i hjemmet, skole/barnehage og fritid.
- Iverksette tiltak for bedre pasientsikkerhet og kvalitet i vekslingsfelt mellom samarbeidende instanser.
- Følge opp samarbeidsavtalen med kommunene om at ingen av partene alene kan definere hva som er kommunens eller helseforetakets ansvar og at endret praksis skal avtales.

6.2 Oppfølging, prioritering og konkretisering

Aktuelle tiltak i tråd med de overordnede strategiene og ambisjonene konkretiseres og innarbeides i sykehusets årlige forbedringsprogram. Samarbeidstiltak med kommunene og NTNU beskrives i årlige planer.

6.3 Risiko- og mulighetsanalyser

Mulighetene er analysert i kapittel 5. Med støtte fra Sykehusbygg sin rapport vurderes det som mulig å legge til rette for å opprettholde og bedre kvalitet på våre tjenester i årene som kommer uten en betydelig utbygging og et betydelig økt antall ansatte ved sykehuset.

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

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

Vedlegg 1: Utvikling, brutto årsverk forskjellige personellkategorier (2011-2016)

Utvikling, brutto årsverk forskjellige personellkategorier (2011-2016)

Brutto årsverk	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Økning
Toppledere	21	25	27	27	28	29	8
Mellomledere	67	64	72	85	98	98	31
Andre ledere	284	280	301	310	329	322	39
Merkantile stillinger	757	736	735	772	784	773	17
Tillitsvalgte og verneombud	14	13	13	14	14	15	1
Vernepleiere	36	45	45	52	59	62	26
Tannleger	2	2	2	1	2	2	0
Logoped	2	2	2	2	2	4	2
Sosionomer	48	48	41	49	45	46	-2
Pedagoger	35	31	34	37	38	34	0
Miljøarbeidere	13	15	14	23	19	18	5

Audiografer	6	7	7	7	6	7	1
Fysioterapeuter	110	114	121	118	118	120	10
Ergoterapeuter	43	45	43	44	49	50	7
Miljøterapeuter	116	114	104	138	131	126	10
Helsesekretærer	44	47	54	64	68	72	28
Kliniske ernæringsfysiologer	7	7	6	7	8	8	1
Andre pasientrettede stillinger	56	57	41	63	54	27	-29
Overleger	555	583	600	626	652	670	115
LIS-leger	330	339	353	373	364	377	48
Turnusleger	76	74	65	68	69	69	-7
Legespesialister					1	7	7
Psykologspesialister	92	108	115	123	123	136	44
Psykologer	113	119	122	131	124	127	15
Anestesisykepleiere	100	104	98	104	106	106	5
Barn/Pediatripsykepleiere	28	33	32	46	45	47	19
Intensivsykepleiere	184	198	195	217	226	221	37
Operasjonssykepleiere	159	163	159	173	180	174	15
Kreft/onkologisykepleiere	83	82	83	87	89	84	0
Andre spesialpsykepleiere	380	433	441	461	516	488	108
Sykepleiere	1 618	1 585	1 601	1 601	1 600	1 683	64
Jordmødre	99	104	103	109	103	111	12
Helsefagarbeidere/hjelpepleiere	325	308	288	268	244	227	-98
Bioingeniører	301	311	315	327	337	342	41
Laboratoriepersonell	36	34	35	38	45	47	10
Radiografer	100	105	112	118	117	126	26
Stråleterapeuter	35	34	37	38	41	42	7
Farmasøyter	3	3	3	3	6	8	5
Kjøkkenpersonell	101	90	97	100	97	100	-1
Teknisk personell	110	125	136	138	140	139	29
Renholdspersonell	243	255	245	241	240	244	2
Portører	53	55	51	52	47	52	-1
Annet driftspersonell	129	134	143	152	162	162	33
Ambulanspersonell	10	8		0	238	252	241
Forskning og utdanningsstillinger	36	45	54	62	66	64	27

Totalsum	6 956	7084	7144	7468	7 829	7105	959
-----------------	--------------	-------------	-------------	-------------	--------------	-------------	------------