

Møteinnkalling

Utvalg:	MH - IDF-LOSAM
Møtested:	Microsoft Teams, Fakultet for medisin og helsevitenskap
Dato:	31.03.2022
Møtestart:	09:30
Møteslutt:	11:30
Merknad:	

Faste medlemmer:

Siri Forsmo	Tor Christian Sletner	Hege Müller Hval
Ann-Katrin Stensdotter	Toril Johanne Knutshaug	Kari Risnes
Nora Ford	Hanne Hella	Bjørn Munkvold

Medlemmer som er forhindret fra å møte varsler selv sin vararepresentant, og gir beskjed om forfall til sekretariatet ved Bjarne Lein på e-post: bjarne.lein@ntnu.no.

Trondheim 29.03.2022.

Siri Forsmo
utvalgsleder

Bjarne Anders Lein
sekretær

Saksliste

Tid	Utvalgs-saksnr	Innhold	Arkiv-Saksnr
-	ST 26/22	Referatet fra forrige møte 04.03.2022 er godkjent. <i>Referatet ble godkjent på e-post etter forrige møte.</i>	
09.30 - 09.50	ST 27/22	Status for Elgeseter gate 10 / Helgasetr. <i>Informasjonssak v/ Campusprosjektet.</i>	
09.50 - 10.10	ST 28/22	Organisering av Enhet for legeutdanning. <i>Informasjonssak v/ Utdanningsseksjonen.</i>	2021/11201
10.10 - 10.20	ST 29/22	Sykefravær 2021. <i>Informasjonssak v/ HR-seksjonen.</i>	2019/16606
10.20 - 10.35	ST 30/22	BOTT ved MH. <i>Informasjonssak v/ innføringsleder MH.</i>	
10.35 - 10.40	ST 31/22	Høring - Utviklingsplan St. Olavs hospital 2023-2026. <i>Informasjonssak.</i>	2022/3604
10.40 - 10.45	ST 32/22	Høring - Utviklingsplan 2023-2026 for Helse Nord-Trøndelag. <i>Informasjonssak.</i>	2022/11809
10.45 - 10.50	ST 33/22	Høring - Utviklingsplan Helse Møre og Romsdal 2023 - 2026 (2037). <i>Informasjonssak.</i>	2022/11557
10.50 - 11.05	ST 34/22	Status for fysisk versus digital avvikling av disputaser på MH våren 2022. <i>Informasjonssak v/ dekan.</i>	
11.05 - 11.20	ST 35/22	Nytt fra dekanen. <i>Informasjonssak v/ dekan.</i>	
11.20 - 11.30	ST 36/22	Orientering fra fagforeningene og HVO. <i>Informasjonssak fra alle til alle.</i>	

ST 26/22 Referatet fra forrige møte 04.03.2022 er godkjent

ST 27/22 Status for Elgeseter gate 10 / Helgasetr

Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
MH - IDF-LOSAM	28/22	31.03.2022

Organisering av Enhet for legeutdanning

Forslag til vedtak:

LOSAM tar saken til orientering.

Bakgrunn:

Saken (ST 16/22) ble behandlet i møte 4.mars 2022 med et ønske om mer informasjon rundt organisering, ledelseslinjer og medvirkningen.

Enhet for legeutdanning vil bestå av de administrative ansatte som i dag utgjør medisingruppa i Utdanningsseksjonen. Det vil være noen vitenskapelig ansatte tilknyttet enheten. Disse vil være studieprogramleder (50%), eksamensansvarlig (20%), PBL-koordinator (20%) og OSKE-ansvarlig (20%). De vitenskapelige stillingene vil ligge i Dekanens lederlinje som tidligere, mens de administrative fremdeles vil ha seksjonsleder Utdanning som sin personalleder. Hvor gruppeleder medisin vil ha det overordnede ansvaret for fordeling av arbeidsoppgavene knyttet til medisinstudiet.

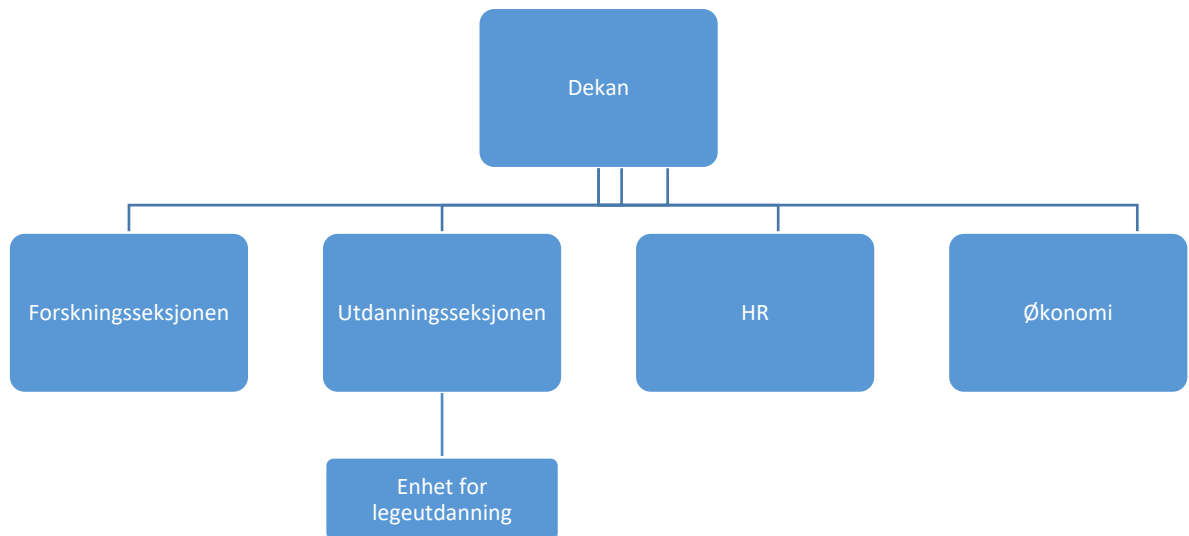
En slik organisering vil ikke føre til endrede arbeidsoppgaver eller personalansvar.

Drøftingen av hvordan vi skal organisere enheten har vært i studieledermøte hvor studieprogramleder, emneledelsen, eksamensansvarlig, OSKE-koordinator og PBL-koordinator har hatt mulighet til å uttale seg. De har sluttet seg til tanken om en enhet, men presisert viktigheten av at de har en enkeltperson (studiekonsulent) som kontaktperson for det enkelte emne. Organiseringen har vært diskutert i CMED-forum hvor de administrative som jobber med medisinstudiet både på nivå2 og nivå3 delta. I tillegg har det vært diskutert i instituttledermøte og eget møte hvor kontorsjefene også har deltatt. Det har vært bred tilslutning til å organisere enheten slik som beskrevet.

Oppsummert

Opprettelsen av Enhet for legeutdanningen vil ikke medføre endringer i tilhørighet eller oppgaver for de ansatte på fakultetet eller på instituttene. Hvis det skal være endringer i måten vi løser og fordeler oppgavene mellom nivå 2 og 3 må dette diskuteres med kontorsjef og den administrative som vil oppleve endringene. Etableringen av enheten vil være med på å synliggjøre administrasjonen av medisinstudiet og dets faglige ledelse i større grad. I tillegg vil Utdanningsseksjonen fellesoppgaver for alle fakultets utdanninger synliggjøres bedre.

På sikt er det ønskelig at Enheten for legeutdanning samles i et eget lokale separat fra Utdanningsseksjonen.



Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
MH - IDF-LOSAM	29/22	31.03.2022

Sykefravær 2021

Forslag til vedtak:

LOSAM tar saken til orientering.

Bakgrunn:

Hensikten med saken er å gi LOSAM informasjon om sykefraværet ved MH-fakultetet for 2021. Se vedlagt sykefraværstatistikk for ytterligere informasjon.

Samlet sykefravær ved fakultetet anses å være forholdsvis lavt og er tilnærmet lik sykefraværet ved NTNU generelt. Når tallene brytes ned på enhetsnivå med få ansatte vil fraværstallene i enkelte tilfeller gi høye prosentutslag. Sammenlignet med tilsvarende næringer (undervisning) ligger MH-fakultetets legemeldte fravær lavere og vi benytter i større grad gradert sykemelding (Altinn). I samfunnet for øvrig ble det i 2021 registrert det høyeste sykefravær på over 10 år. I slutten av 2021 var det en særlig økning i antall influensa- og koronadiagnoser (SSB). Ifølge NAV er muskel og skjelettlidelser den høyeste årsaken til sykefravær på NTNU tett etterfulgt av psykiske lidelser.

Legemeldt sykefravær utgjør den største delen av sykefraværet, og sykefraværet er markant høyere blant kvinner. Stipendiatene er den ansattgruppen med høyest fravær.

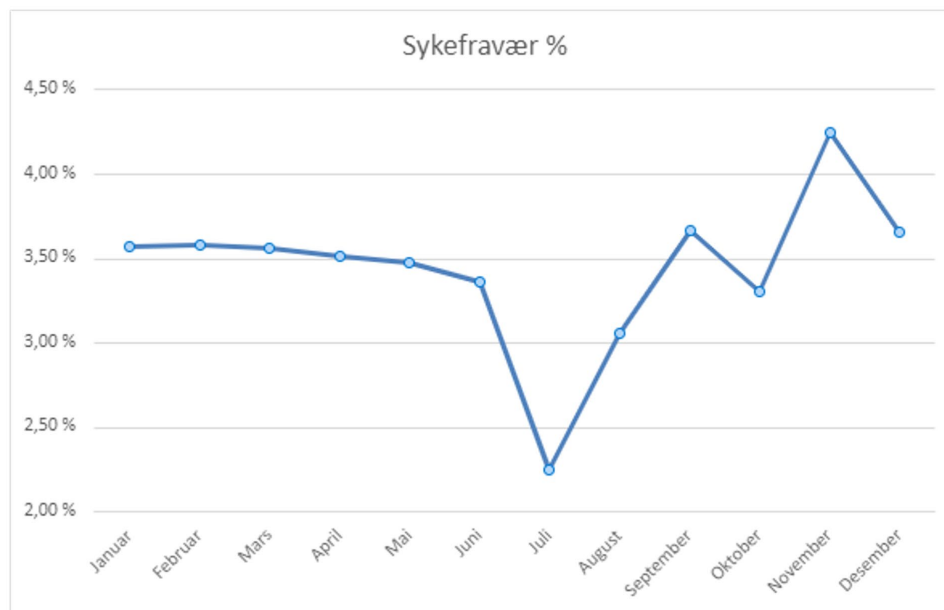
Det ligger en antagelse om en viss underrapportering av sykefravær blant vitenskapelige ansatte, men instituttene oppgir stort sett at sykefraværstallene fremstår reelle. Det oppgis lite arbeidsrelatert fravær selv om det forekommer i noen tilfeller. Fraværet oppgis å være svangerskapsrelatert, kronisk sykdom, sykdom/behandling, noe koronarelatert og «andre årsaker». Ledere oppgir at sykefraværsoppfølgingen generelt sett går greit, med det er spesielt krevende å tilrettelegge for stipendiater som stort sett har arbeidsoppgaver som ikke kan utføres av andre og de er avhengig av progresjon i stillingen.

Vedlegg:**1 Sykefraværstatistikk**

Sykefravær MH-fakultetet 2021

Tallene er hentet fra PAGA – Innsikt. Når det refereres til sykefravær, er dette inkludert både egen- og legemeldt fravær.

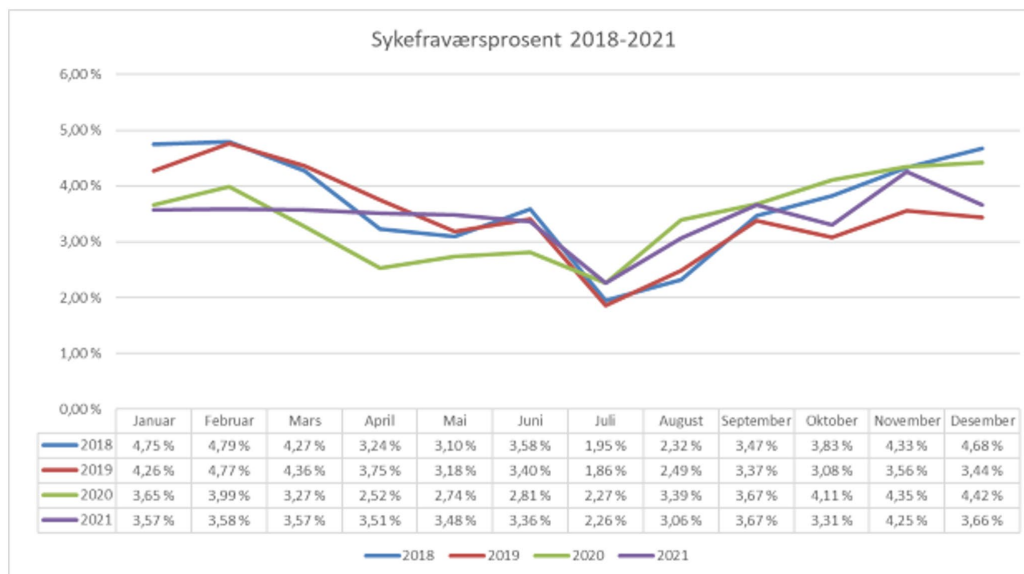
Sykefravær MH 2021



3

Tallene er tatt ut uten feriekorrigerings. Rent praktisk fører feriekorrigerings til at sykefraværprosenten blir noe høyere enn den ellers ville vært. Prosenten blir høyere fordi nevneren (avtalte dagsverk) blir justert ned når det korrigeres for ferie, mens telleren (sykefraværersdagsverkene) forblir den samme uavhengig av om det korrigeres for ferie eller ikke. Med feriekorrigerings ser vi gjerne en kunstig topp i sykefraværet på sommeren.

Sykefraværsutvikling 2018-2021



Sykefravær MH 2021- fordelt på egenmeldt/legemeldt

	Egenmeldt	Legemeldt	Totalt %
	%	%	
Totalt	0.42%	3.02%	3.44%
Jan	0.26%	3.31%	3.57%
Feb	0.30%	3.28%	3.58%
Mars	0.25%	3.31%	3.57%
April	0.24%	3.27%	3.51%
Mai	0.38%	3.10%	3.48%
Juni	0.28%	3.08%	3.36%
Juli	0.11%	2.15%	2.26%
Aug	0.41%	2.65%	3.06%
Sept	0.89%	2.78%	3.67%
Okt	0.50%	2.81%	3.31%
Nov	0.86%	3.39%	4.25%
Des	0.44%	3.22%	3.66%

6

Sykefravær MH 2021- fordelt på kjønn

	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des	2021 Total
Kvinne	4.86%	4.96%	4.86%	4.86%	4.44%	4.56%	2.87%	4.08%	4.85%	4.40%	5.49%	4.82%	4.58%
Mann	1.10%	0.91%	1.03%	0.89%	1.62%	1.06%	1.06%	1.12%	1.39%	1.19%	1.87%	1.45%	1.23%
Total	3.57%	3.58%	3.57%	3.51%	3.48%	3.36%	2.26%	3.06%	3.67%	3.31%	4.25%	3.66%	3.44%

7

Sykefravær MH 2021- per institutt, fak.adm og NTNU.

Enhet aggregert	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	Septemb er	Oktober	Novemb er	Desemb er	2021 total	Antall ansatte
Fak.adm	3.38%	2.96%	3.80%	3.12%	2.57%	3.28%	1.96%	3.17%	6.70%	3.89%	5.80%	5.63%	3.87%	134
IKOM	3.08%	4.07%	3.66%	3.55%	3.57%	3.73%	2.93%	2.90%	4.00%	4.27%	4.27%	3.49%	3.63%	433
ISM	3.46%	3.57%	3.84%	3.98%	3.73%	2.59%	1.80%	3.03%	3.06%	2.55%	3.39%	2.87%	3.14%	337
ISB	2.65%	2.15%	2.40%	2.70%	2.08%	2.18%	0.48%	1.29%	1.82%	3.03%	4.36%	4.02%	2.43%	297
INB	3.14%	2.61%	2.64%	2.31%	3.70%	3.53%	2.47%	3.20%	1.96%	0.79%	2.70%	2.22%	2.60%	289
IPH	6.32%	5.44%	4.47%	4.84%	3.69%	3.10%	2.40%	2.95%	2.30%	0.88%	3.19%	3.60%	3.54%	170
KIN	2.41%	3.97%	4.00%	4.57%	4.36%	3.58%	4.40%	4.99%	6.59%	4.96%	4.67%	3.33%	4.36%	107
IHG	4.73%	3.70%	3.52%	3.48%	4.65%	5.87%	2.66%	3.66%	4.55%	6.00%	7.23%	6.26%	4.70%	141
IHA	5.83%	5.59%	5.73%	4.23%	3.06%	3.15%	1.00%	4.02%	5.18%	6.51%	5.18%	3.18%	4.38%	58
MH Totalt	3.57%	3.58%	3.57%	3.51%	3.48%	3.36%	2.26%	3.06%	3.67%	3.31%	4.25%	3.66%	3.44%	1966
NTNU totalt	3,35 %	3,60 %	3,59 %	3,53 %	3,55 %	3,42 %	2,31 %	2,91 %	3,74 %	3,63 %	4,26 %	3,42 %	3,44 %	9000

5

Sykefravær MH 2021- teknisk adm. ansatte

Enhet aggregert	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des	2021 Total
MH Totalt	2,96 %	3,19 %	3,64 %	3,92 %	3,22 %	3,16 %	2,18 %	3,44 %	5,72 %	4,44 %	6,46 %	5,25 %	3,99 %
Fak.adm	3,74 %	3,27 %	4,24 %	3,44 %	2,84 %	3,62 %	2,18 %	3,42 %	7,19 %	4,15 %	6,33 %	6,18 %	4,24 %
IKOM	3,28 %	5,00 %	4,09 %	5,00 %	4,33 %	3,12 %	0,96 %	2,71 %	4,45 %	5,51 %	8,01 %	5,73 %	4,31 %
ISM	1,58 %	1,36 %	2,94 %	3,36 %	3,16 %	1,55 %	2,72 %	2,03 %	2,30 %	2,40 %	3,30 %	2,23 %	2,41 %
ISB	2,60 %	2,59 %	3,86 %	4,51 %	2,79 %	2,50 %	0,71 %	2,28 %	5,55 %	7,75 %	12,02 %	9,21 %	4,68 %
INB	2,49 %	1,86 %	1,66 %	1,63 %	2,72 %	3,02 %	2,13 %	2,94 %	1,83 %	0,52 %	2,59 %	1,69 %	2,09 %
IPH	3,82 %	2,81 %	2,31 %	3,21 %	1,55 %	2,00 %	0,48 %	4,98 %	4,21 %	0,61 %	2,24 %	2,44 %	2,57 %
KIN	3,59 %	6,15 %	6,56 %	7,93 %	5,96 %	7,09 %	7,31 %	8,63 %	13,38 %	9,47 %	9,30 %	7,61 %	7,90 %
IHG	1,22 %		0,30 %		0,38 %	1,49 %		0,87 %	7,01 %	4,21 %	8,95 %	5,97 %	2,60 %
IHA								0,65 %	0,65 %	1,36 %	1,95 %	2,04 %	0,57 %

8

Sykefravær MH 2021- vitenskapelige ansatte

Enhet aggregert	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des	2021 Totalt
MH Totalt	3.81%	3.73%	3.54%	3.36%	3.58%	3.44%	2.29%	2.92%	2.87%	2.87%	3.41%	3.06%	3.23%
Fak.adm									0.40%	0.62%		0.00%	0.07%
IKOM	3.00%	3.76%	3.51%	3.05%	3.31%	3.94%	3.60%	2.96%	3.86%	3.88%	3.13%	2.79%	3.40%
ISM	3.97%	4.17%	4.08%	4.16%	3.89%	2.90%	1.53%	3.33%	3.31%	2.61%	3.42%	3.08%	3.35%
ISB	2.67%	2.02%	1.98%	2.17%	1.87%	2.08%	0.42%	1.03%	0.83%	1.77%	2.37%	2.68%	1.81%
INB	3.28%	2.78%	2.85%	2.44%	3.90%	3.64%	2.54%	3.26%	1.99%	0.85%	2.72%	2.32%	2.70%
IPH	6.97%	6.15%	5.08%	5.29%	4.27%	3.41%	2.91%	2.36%	1.72%	0.96%	3.48%	3.95%	3.81%
KIN	1.75%	2.83%	2.63%	2.59%	3.44%	1.57%	2.72%	2.94%	2.81%	2.42%	2.02%	0.95%	2.37%
IHG	5.34%	4.29%	4.02%	4.02%	5.31%	6.55%	3.08%	4.13%	4.16%	6.28%	6.95%	6.30%	5.03%
IHA	6.81%	6.50%	6.64%	4.90%	3.54%	3.65%	1.16%	4.58%	5.95%	7.35%	5.71%	3.37%	5.00%

9

Sykefravær MH 2021- stipendiater

Enhet aggregert	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des	2021 Totalt	Antall
MH Totalt	6.76%	7.20%	6.02%	5.65%	6.80%	6.44%	3.99%	4.82%	4.48%	4.21%	5.04%	5.17%	5.51%	331
IKOM	7.18%	9.56%	6.61%	5.69%	8.41%	9.40%	8.46%	7.98%	8.71%	9.51%	6.80%	6.05%	7.86%	78
ISM	6.15%	7.27%	7.55%	7.65%	5.85%	4.08%	2.66%	4.87%	2.89%	2.56%	4.28%	6.22%	5.11%	42
ISB	3.61%	2.90%	2.74%	4.16%	3.66%	4.18%	1.02%	1.99%	1.51%	1.15%	1.84%	2.49%	2.55%	75
INB	5.96%	2.59%	1.59%	1.80%	7.03%	3.38%	0.81%	2.39%	1.57%	1.01%	4.23%	3.33%	2.90%	51
IPH	9.93%	12.97%	7.94%	7.90%	5.01%	6.98%	8.93%	7.43%	3.67%	0.42%	7.05%	12.36%	7.49%	24
KIN	5.13%	8.27%	7.57%	7.42%	8.39%	3.61%	3.71%	1.00%	2.17%		0.60%	0.59%	3.84%	22
IHG	16.04%	14.18%	16.88%	9.34%	12.79%	15.93%	1.79%	8.93%	8.52%	9.31%	10.18%	9.52%	10.99%	14
IHA	15.50%	13.64%	16.50%	13.00%	9.09%	15.29%	2.89%	8.82%	15.13%	18.48%	20.03%	11.41%	13.52%	7

11

ST 30/22 BOTT ved MH

Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
MH - IDF-LOSAM	31/22	31.03.2022

Høring - Revisjon Utviklingsplan St. Olavs hospital 2023-2026

Forslag til vedtak:

LOSAM tar saken til orientering. Eventuelle høringssvar kan sendes direkte til St. Olavs hospital.

Bakgrunn:

Informasjon til LOSAM om at Revisjon Utviklingsplan St. Olavs hospital 2023-2026 nå er ute på høring. NTNU er en sentral samarbeidspartner for St. Olavs hospital, og motsatt.

Eventuelle høringssvar sendes direkte til St. Olavs hospital.

Høringsfrist er 6. mai 2022.

Se mer informasjon her: <https://stolav.no/om-oss/utviklingsplan>

Vedlegg:

- 1 Utviklingsplan_2023-2026_utkast_10.03.2022
- 2 Høringsbrev Utviklingsplan St. Olavs hospital frist 6. mai 2022
- 3 Høringsinstanser 2022 frist 6. mai 2022 (002)

Utviklingsplan 2023-2026

 **ST. OLAVS HOSPITAL**
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM



1. Innhold

1. Forord.....	4
2. Innledning.....	6
2.1 Om foretaket	6
2.2 Framskrivninger	11
2.3 Formål med planen.....	14
2.4 Gjeldende strategier og overordnede dokumenter	14
2.5 Regionale premisser for utviklingsplanene og organisering av arbeidet	14
3. Kultur og satsningsområder	15
4. Utfordringsbilde, mål og veivalg.....	18
4.1 Pasientenes helsetjeneste	18
4.1.1 Helhetlig tilbud til befolkningen	19
4.1.2 Prioriterte pasientgrupper	22
4.1.3 Pasientmedvirkning.....	26
4.1.4 Helsetjenester til den samiske befolkningen	28
4.2 Ta i bruk kunnskap og ny teknologi	29
4.2.1 Forskning	30
4.2.2 Innovasjon.....	33
4.2.3 Teknologi og digitalisering i pasientens helsetjeneste	36
4.2.4 Helseplattformen	40
4.2.5 Kunnskapsbasert forbedring og tjenesteutvikling	42
4.2.6 Standardisering.....	44
4.3 Rekruttere, utvikle og beholde personell	46
4.3.1 Utdanning.....	48
4.3.2 Bemanning og kompetanse	51
4.3.3 Ledelse	54
4.4 Gode lagspillere	56
4.4.1 Helsefelleskap og samhandling.....	56
4.4.2 Funksjons- og oppgavefordeling gjennom samhandling med helseforetak	59
4.4.3 Bruk av private aktører.....	60
4.4.4 Beredskap.....	62
4.4.5 Utvikling av akuttmottak og den akuttmedisinske kjeden	63
4.5 Eiendom og bygningsmasse.....	66
4.6 Økonomisk Bærekraft.....	68



5 Samfunnsansvar	71
6 Vedlegg.....	74
Vedlegg nr. 1.....	74
Framskrivinger St. Olavs hospital.....	74
Vedlegg nr. 2.....	90
Regionale premisser for utviklingsplanene og organisering av arbeidet.....	90
Vedlegg nr. 3.....	92
Måleindikatorer og ambisjonsmål for Helseplattformen.....	92
Vedlegg nr. 4.....	94
Bemanningsutvikling St. Olavs hospital	94
Vedlegg nr. 5.....	97
Personelloversikt St. Olavs hospital.....	97
Vedlegg nr. 6.....	98
Helsefellesskapets strategi- og handlingsplan.....	98
Vedlegg nr. 7.....	106
Felles klima- og miljømål med indikatorer i spesialisthelsetjenesten	106



1. Forord

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

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

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

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

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

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

Forbedringsprogrammet består av tre deler:

- Tjenesteinnovasjon
- Digitalisering
- Kompetansesammensetning

Tjenesteinnovasjon drives hovedsakelig i form av klinikkvise innovasjonsprosjekter, der initiativene og ideene kommer fra dem som jobber nærmest pasienten. Gjennom prosjektene blir det synliggjort hvor lite som skal til for at man oppnår betydelige endringer og forbedringer. På denne måten får prosjektene en verdi langt utover selve prosjektet ved at det skapes en innovasjonskultur.

Digitaliserte helsetjenester vil bli stadig viktigere i fremtiden. Digitalisering skal bidra både til bedre ressursutnyttelse og til at pasient og pårørende blir mer involvert. Spennet innen



digitalisering er stort; fra enkle videokonsultasjoner til AI («kunstig intelligens»). Innføring av Helseplattformen er et viktig tiltak i denne sammenheng.

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

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

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

Grethe Aasved

Administrerende direktør

St. Olavs hospital



2. Innledning

2.1 Om foretaket

St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim, eies av Helse Midt-Norge RHF¹, og er integrert og samlokalisert med Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

Vi er lokalsykehus for 327 574 innbyggere, og har regionale funksjoner for 729 452 innbyggere². Sykehuset har 10 500 ansatte og omtrent 1000 senger.

Pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell og forskning er sykehusets fire hovedoppgaver, definert i Lov om spesialisthelsetjenesten³. Vi tar vår del av samfunnsoppdraget med å levere bærekraftige helsetjenester gjennom disse oppgavene, og anser pasienter, ansatte og utdanningskandidater som viktige ressurser.

Pasienttilfredshet, ansattetilfredshet og økonomisk bærekraft er gjensidig avhengige faktorer der det er like viktig å lykkes på hvert av områdene for å sikre fremragende behandling.



Fremragende behandling

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

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

Vårt verdigrunnlag er trygghet, respekt og kvalitet.

Helhet, likeverd og medbestemmelse skal kjennetegne kulturen i sykehuset.

¹ RHF = Regionalt helseforetak

² Tall for september 2020

³ [Lov om spesialisthelsetjenesten](#)

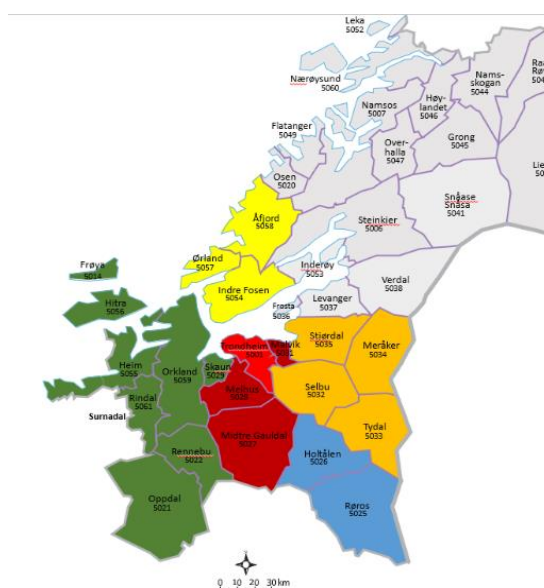


Lokalsykehusfunksjonen

St. Olavs hospital er lokalsykehus for innbyggerne i den delen av Trøndelag som tidligere var Sør- Trøndelag fylke, og skal ha et godt og synlig tilbud til befolkningen. Gjennom samarbeid med kommunene skal St. Olavs hospital legge til rette for gode pasientforløp mellom første- og andrelinjetjenesten i det offentlige helsetilbudet. Det legges derfor stor vekt på den videre utvikling av Helsefellesskapet⁴ med kommunene.

Sammenslåing av kommuner påvirker opptaksområdet til St. Olavs hospital. Indre Fosen, Nye Åfjord, Heim og Rindal kommuner er nye/endrede tilskudd. Vi er også tilknyttet randsonekommuner som Surnadal kommune. Det blir viktig i planperioden å adressere utfordringene i framskrivningene sammen med kommunene. Dette for å dimensjonere lokalsykehusfunksjonen og hvilke tjenester kommunene skal bygge opp for å møte fremtidig sykелighet og befolkningsutvikling.

Pr 01.01.2022 ser kartet for vårt opptaksområde slik ut (fargede kommuner), og disse kommunene har vi et særskilt lokalsykehusansvar for:



Virksomheten ved St. Olavs hospital omfatter spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hovedtyngden av virksomheten ligger i Trondheim med anlegg på Øya, Østmarkneset og Lian. Tilbudet innen spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern består av både sentraliserte- og desentraliserte sykehusfunksjoner. St. Olavs hospital har to distriktpsykiatriske sentre, Nidelv DPS og Nidaros DPS, som dekker det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet i helseforetaket.

Det er omfattende virksomhet ved Røros sykehus. I fjellregionen er *Rørosprosjektet* et tiltak i samarbeid med Helsedirektoratet som både bidrar til å videreutvikle samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, teste ut ny teknologi og redusere unødig transport og innleggelseser. En egen akuttbil tilknyttet prosjektet er utstyrt med velferdsteknologi i form av prototype robot-lege som på sikt skal videreutvikles⁵.

Orkdal sjukehus er regionens fjerde største sykehuslokalisering, og utgjør med sine 85 senger og omfattende polikliniske og operative aktivitet en svært viktig del av lokalsykehusfunksjonen i denne delen av regionen.

I kommende planperiode vil videreutvikling av virksomhetene på Røros og Orkdal være helt sentralt for utviklingen av den totale kapasiteten ved St. Olavs hospital.

⁴ Se kapittel 4.4.1

5 Rørosprosjektet



ØYA



RØROS



ORKDAL

Regionsykehusfunksjonen

St. Olavs hospital er regionsykehus for befolkningen i Trøndelag og Møre og Romsdal, og tar hånd om de mest kompliserte tilstandene i regionen. Som Regionsykehus har St. Olavs hospital et særskilt ansvar for den faglige utviklingen av behandlingstilbudet i Helse Midt-Norge.

Flere flerregionale funksjoner ivaretas på fagområder hvor pasienttilgang, kompetanse og andre ressurser gjør dette hensiktsmessig. St. Olavs hospital har som målsetting å opparbeide status som referansesykehus på et godt skandinavisk nivå innen prioriterte områder, og har en rekke nasjonale, flerregionale og regionale kompetanse- og behandlingstjenester⁶.

Regionsykehusoppgavene øker i omfang og innebærer blant annet vaktordninger og beredskap på en rekke spissfunksjoner i Helse Midt-Norge. Vi må sikre spesialiserte spesialisthelsetjenester av høy kvalitet der målet er at innbyggerne i hele regionen får tilgang på tjenester som minst er på nivå med det som tilbys i andre regioner. Regionsfunksjonen er vesentlig annerledes enn lokalsykehusfunksjonen. Det kreves bevisst strategi og satsning på kompetanse, utstyr og ressurser langt over det som er nødvendig for et lokalsykehus, og dette skal komme hele regionens pasienter til gode. Dagens

nokså utdaterte utstyrspark må fornyes om vi skal kunne levere spesialiserte, moderne helsetjenester med god kvalitet. Mange av regionfunksjonene representerer høykostnadsmedisin hvor det kan være manglende samsvar mellom faktiske kostnader og refusjonsordninger. En solid regionsfunksjon krever derfor nødvendige prioriteringer fra det regionale helseforetaket, der det påligger sykehusets ledelse og styre et særskilt ansvar å forvalte dette.

Regionsykehuset skal være i det faglige førersetet i regionen. Gode regionale pasientforløp utvikles best gjennom solide prosesser i fagledernetverkene⁷ som ledes av spesialister ved St. Olavs hospital. Høy kvalitet på tjenester krever tilstrekkelig volum der sammenhengen mellom volum og kvalitet må erkjennes av ledelse og beslutningstakere. Funksjonsfordeling mellom sykehusene må ta hensyn til dette sentrale kvalitetsaspektet. I forhold til sjeldne tilstander betyr dette at volumer for enkelte behandlinger ved St. Olavs hospital blir for lave og krever samarbeid med andre og større sykehus, oftest Rikshospitalet.

Kompetansen ved regionsykehuset må være tilgjengelig for kolleger ved lokalsykehusene hvor det må være lett å ta kontakt for diskusjon av enkeltpasienter. Her må vi ha tilstrekkelig kapasitet til å

⁶ [Kompetansetjenester og -sentre – St. Olavs hospital](#)

⁷ [Fagledernetverk Helse Midt-Norge](#)

utøve regionsfunksjonen for elektiv virksomhet, og samtidig være i stand til å ta over innlagte pasienter fra lokalsykehusene når det er behov for behandling ved et høyere nivå.

Det er utviklet et godt regionalt samarbeid med øvrige lokalsykehus i regionen basert på tillit og lojalitet. En regional, offensiv strategi med satsning på desentralisert non-invasiv billeddiagnostikk (CT, MR, PET) har ført til regionale pasientforløp der deler av diagnostikken utføres ved andre lokalsykehus, med redusert reiseaktivitet for pasienter.

Helse Midt-Norge gjennomførte høsten 2021 en omdømmeundersøkelse, utført av *Sentio*⁸, for helseregionen generelt og helseforetakene spesielt. I alt 3000 personer deltok i undersøkelsen, hvorav 1372 personer var bosatt i St. Olavs hospitals opptaksområde.

Omdømmeundersøkelsen ga generelt svært gode resultater for St. Olavs hospital, og konkluderte med at tilfredsheten med det samlede sykehus tilbudet er fremragende. Videre har respondentene svært stor tiltro til at de vil få nødvendig behandling ved behov. Det er svært god tilfredshet med funksjonene St. Olavs hospital har tilknyttet det å være regionens største sykehus og tilhørende oppgaver, med fremragende skårer i alle tre lokalsykehusområdene.

Universitetssykehusfunksjonen

Region- og universitetssykehusfunksjonene griper tett inn i hverandre. Det er klar sammenheng mellom fremragende forskning, innovasjon og utdanning, og vår visjon om fremragende behandling. Etablering og videreutvikling av faglig samarbeid med andre nordiske region- og universitetssykehus blir et tiltak som kan

styrke kvalitet på våre tjenester. St. Olavs hospital har ambisjoner om en betydelig forskningsproduksjon, å være ledende innen klinisk behandlingsforskning og å utvikle en kultur for tjenesteinnovasjon. Vi skal i tillegg være sterk på kompetanse og utdanning av våre helsearbeidere for å ta hånd om og videreutvikle tilbudet til befolkningen i helseregionen.

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

Pasientene skal ha god anledning til å delta på kliniske forskningsprosjekter, noe som hever kvaliteten på studiene. For fremdrift i prosjektene, og for å styrke forskningsaktiviteten ved lokalsykehusene, er forskningssamarbeid viktig. Dette inkluderer et ansvar for å veilede og støtte andre sykehus i regionen. Ordningen med Clinical Academic Groups (CAG)¹⁰ er et eksempel på hvordan strategisk samarbeid kan organiseres og finansieres. Klinisk forskningsenhet Midt-Norge, Forskningsposten og Biobank1¹¹ må videreutvikles for å sikre god forskningsstøtte både til universitetssykehuset og til de andre helseforetakene i regionen.

Universitetssykehuset har hovedansvar for utdanning innen en rekke helseprofesjoner, ofte i samarbeid med lokalsykehusene. For å møte fremtidens behov for helsepersonell skal vår utdanning være forskningsbasert og av høy kvalitet. Vi satser på innovative og

⁸ [Sentio.no](https://www.sentio.no)

⁹ [NTNU COVID-19 test](https://www.ntnu.no/covid-19-test)

¹⁰ [Clinical Academic Groups \(CAG\)](https://www.cag.no)

¹¹ [Biobank1](https://www.biobank1.no)

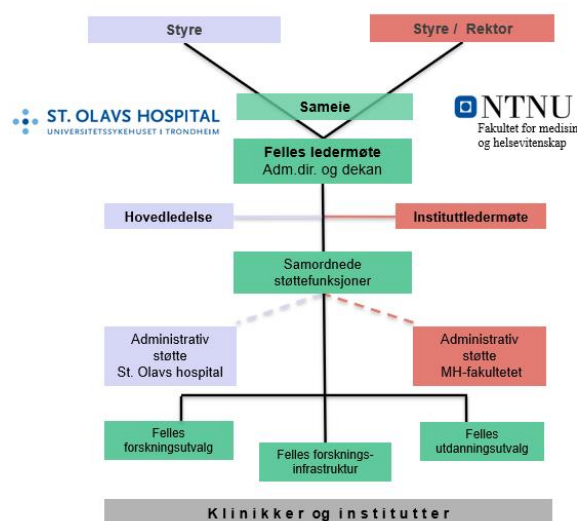


studentaktive undervisningsmetoder der det tilrettelegges for pasientkontakt og aktiv klinisk deltakelse, med simulering og ferdighetstrening som et godt supplement. Et sterkt fokus på veiledning og kompetansevurdering av våre utdanningskandidater er viktig for å nå våre mål. Øremerkede midler til kompetansebygging kan være et godt tiltak for å heve kvalitet.

En velfungerende universitetssykehusfunksjon krever tett integrasjon mellom sykehus og universitet. Det *integreerte universitetssykehuset* har vært tema og en målsetning i Trondheim i mange år. Synergieffekter innen forskning, innovasjon og undervisning med mer effektiv utnyttelse av de samlede ressurser

er det overordnede målet. I dag er ledelsen ved St. Olavs hospital og Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, samlokalisert i felles arealer i 1930-bygget på Øya. Videre er det samlokalisering av kliniske enheter og universitetsarealer i en egen sentermodell hvor felles arealer forvaltes gjennom en Sameie-modell.

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



Samlokalisert ledelse i 1930-bygget

Organisasjonskartet i figuren til venstre beskriver samarbeidsrelasjonen mellom sykehuset og fakultetet samtidig som det er to selvstendige organisasjoner med to separate styringslinjer.

1930-bygget i bildet til høyre er en staselig bygning lokalisert på Øya hvor det er samlokalisert ledelse for St. Olavs hospital og Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU.

2.2 Framskrivninger

Befolkningsutvikling

Den demografiske utviklingen i regionen viser en antatt samlet befolkningsvekst på 18,3%, det vil si en økning på omtrent 57000 personer for perioden 2015-2035¹². Den største økningen i befolkningsutvikling vil være i St. Olavs hospital sitt nedslagsområde, både i faktiske tall og i prosentvis økning. Dette gir et forventet økt behov for spesialisthelsetjenester både for somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. Økningen i folketallet, alderssammensetning, endring i sykdomsbilde og endringer i folks forventninger til kvalitet, tilgjengelighet og standard vil samlet ha betydning for planleggingen og gjennomføringen av spesialisthelsetjenestene i framtiden.

Sykdomsutvikling

Forekomst av sykdom og skader i befolkningen vil være endret i 2035 sammenlignet med i dag. Kreft, psykiske plager og ruslidelser, muskel- og skjelettsykdommer, andre ikke-smittsomme sykdommer og hjerte- og karsykdommer er de fem øverste på listen over våre største folkehelseutfordringer¹³. Flere av disse tilstandene opptrer samtidig hos samme pasient, og flere vil dermed ha sammensatte problemstillinger. Kreftregisteret anslår at kreftinsidensen vil øke med 42 % for menn og 27% for kvinner fram mot 2030¹⁴. Flere får kreft, men også flere overlever kreft. Kronisk syke kreftpasienter vil føre til økt behov for helsetjenester i både primær- og spesialisthelsetjenesten¹⁵.

Den største utfordringen innen området psykisk helsevern er at veksten i behov for psykisk helsehjelp øker betydelig mer enn befolkningsveksten. I perioden 2012 til 2020 økte antall pasienter i behandling innen voksenpsykiatri med 34 %, og denne trenden har forsterket seg i løpet av pandemien. Økningen er størst for befolkningen under 30 år. Knyttet til området psykisk helse for barn og unge ser vi samme trend fra 2018-2021, med en økning i antall pasienter i behandling på 22%¹⁶.

Ved bruk av nasjonale framskrivningsmodeller vil utfordringsbildet vise at det aktivitets- og bemanningsmessig ikke vil være bærekraftig å fortsette som før.

Framskrivningene må ikke tolkes som beskrivelser av uunngåelige fremtidsbilder, med et utfordringsbilde der tjenesteutvikling må preges av innovasjon og omstilling.

Under gis en kort beskrivelse av utfordringsbildene innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling for St. Olavs hospital. For detaljer se komplett regional leveranse om framskrivninger¹⁷ samt et utdrag av denne for St. Olavs hospital i vedlegg nr. 1, kapittel 6. Spesifikke utfordringsbilder tilknyttet enkelte fagområder tas opp i kapittel 4.

(Tabellene på neste to sider er små i dette utkastet. Grafikk og oppløsning utbedres i neste versjon. For å kunne se tabellene i større format klikk på figur-nummer under hver tabell for kryssreferanser til vedlegg nr. 1 i kapittel 6)

¹² [Framskrivning og kapasitetsberegning 2015 til 2022 og 2035 Helse Midt-Norge RHF](#)

¹³ [FHI-notat – Ti store folkehelseutfordringer i Norge](#)

¹⁴ [Kreftregisteret – Stor økning i krefttilfeller fram mot 2030](#)

¹⁵ [Kreftregisteret – Kreft i Norge](#)

¹⁶ Tall fra Klinikk for psykisk helsevern, St. Olavs hospital

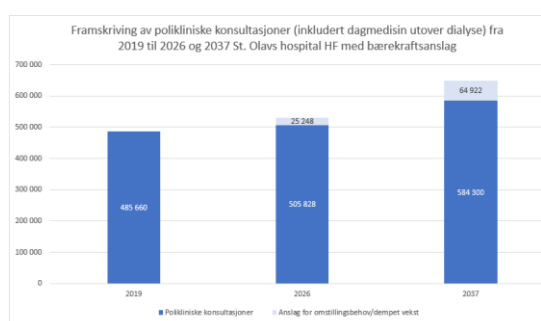
¹⁷ [Leveranse fra temagruppe Framskrivning Helse Midt-Norge](#)



Somatikk

Poliklinisk aktivitet

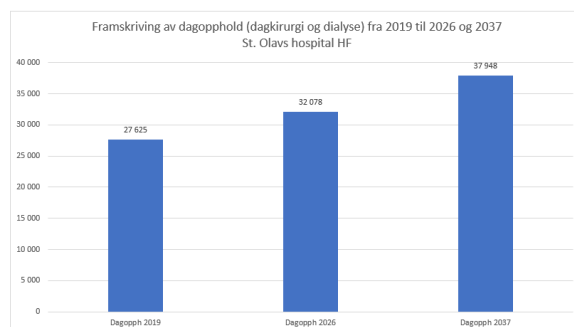
Faktorene demografisk utvikling, epidemiologisk utvikling og overgang fra døgnopphold til poliklinisk behandling gir alle vekst i fremskrevet poliklinisk aktivitet. I tillegg anslås det en årlig generell vekst på 1 % utover de ovennevnte faktorene. Samhandlingstiltak og oppfølging i eget hjem antas å bidra til noe reduksjon i behovet for polikliniske konsultasjoner i modellen («bærekraftsanslag»).



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

Dagopphold

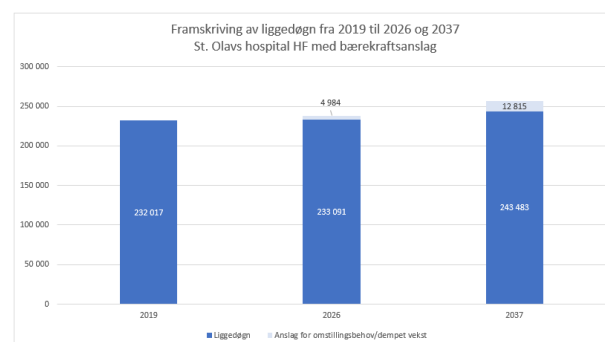
Dagoppholdene innen somatikk er kun fremskrevet med steg som anslår vekst: demografisk utvikling, epidemiologisk utvikling samt overgang fra døgnbehandling til dagbehandling. For dagbehandling er det ikke beregnet en reduserende effekt av samhandlingstiltak.



Figur 2 Utfordringsbilde somatikk dagbehandling, St. Olavs hospital HF

Liggedøgn

Framskrivningene for liggedøgnene inneholder to faktorer som bidrar til økning: demografisk og epidemiologisk utvikling. De øvrige stegene i modellen har dempende effekt på liggedøgn («bærekraftsanslag»). Disse stegene er samhandling med kommune/hjem, overføring til dagkirurgi og polikliniske konsultasjoner samt overføring til pasienthotell eller observasjonsenhet.



Figur 3 Utfordringsbilde somatikk liggedøgn, St. Olavs hospital HF

Psykisk helsevern og rusbehandling

Forslag til ny nasjonal framskrivningsmodell er lagt til grunn; utover dette har HMN lagt til følgende justeringer:

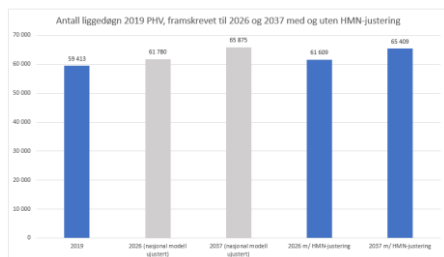
- Fjerning av foreslått variasjonsforutsetning for liggedøgn
- Nedjustering av behovskomponent alkoholrelaterte lidelser TSB poliklinikk

Framskrivningene av polikliniske konsultasjoner innen PHV¹⁸, PHBU¹⁹ og TSB²⁰ inneholder et anslag for antall konsultasjoner som kan håndteres digitalt («digital egenoppfølging»), utover telefon- og videooppfølging, gjennom blant annet nettbaserte og skjembaserte tjenester der pasienten kan utføre oppfølgingen selv hjemmefra.

PHV

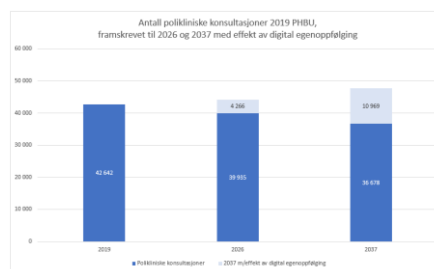


Figur 4 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHV polikliniske konsultasjoner, St. Olavs hospital HF

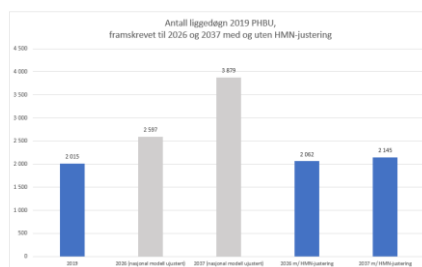


Figur 5 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHV liggedøgn, St. Olavs hospital HF

PHBU

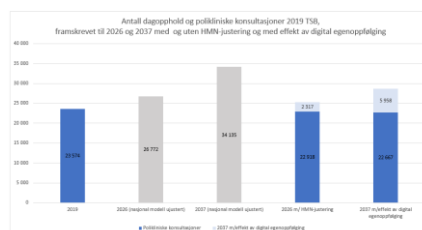


Figur 6 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHBU polikliniske konsultasjoner, St. Olavs hospital HF

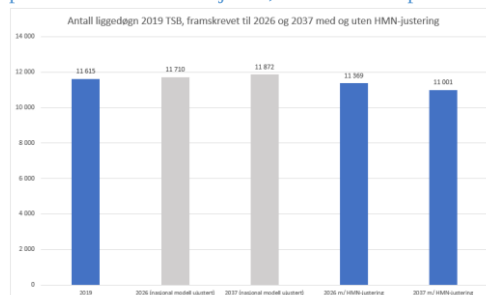


Figur 7 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHBU liggedøgn, St. Olavs hospital HF

TSB



Figur 8 Utfordringsbilde 2026 og 2037 TSB polikliniske konsultasjoner, St. Olavs hospital HF



Figur 9 Utfordringsbilde 2026 og 2037 TSB liggedøgn, St. Olavs hospital HF

¹⁸ PHV-psykisk helsevern voksne

¹⁹ PHBU-psykisk helsevern barn og ungdom

²⁰ TSB-Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser

2.3 Formål med planen

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

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

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

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

I den regionale planen er det viktig at St. Olavs hospital sin rolle som regionsykehus og universitetssykehus beskrives med tanke

på betydningen sykehuset har for hele regionens befolkning.

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

2.4 Gjeldende strategier og overordnede dokumenter

- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023²¹
- Perspektivmeldingen 2021 (Meld. St. 14 2020-2021)²²
- Strategi 2030 for Helse Midt-Norge RHF²³
- Regional utviklingsplan 2019-2022²⁴
- Utviklingsplan St. Olavs hospital 2019-2035²⁵
- Nasjonal veileder for utviklingsplaner utarbeidet av de fire RHF²⁶

2.5 Regionale premisser for utviklingsplanene og organisering av arbeidet

Se vår nettside²⁷ samt vedlegg nr. 2, kapittel 6

²¹ [Nasjonale helse- og sykehusplan 2020-2023](#)

²² [Perspektivmeldingen 2021](#)

²³ [Strategi 2030](#)

²⁴ [Regional utviklingsplan HMN 2019-2022](#)

²⁵ [Utviklingsplan St. Olavs hospital 2019-2035](#)

²⁶ [Veileder for arbeidet med utviklingsplaner](#)

²⁷ [Nettside Utviklingsplan St. Olavs hospital](#)



3. Kultur og satsningsområder

Vår kultur

St. Olavs hospital bygger en kultur hvor hele organisasjonen kontinuerlig søker nye og innovative måter for å yte helsetjenester og løse vårt samfunnsoppdrag.

Alle ansatte har ideer om hvordan vi kan yte enda bedre helsetjenester. Med 10 500 ansatte har vi derfor et stort potensial i å få frem ansattes forslag og ideer. Dette er selve grunnlaget for vår satsing på tjenesteinnovasjon og bygging av innovasjonskultur.

Hvordan oppgavene skal løses, hvem som kan være med å løse dem, og hvordan tjenestene organiseres, er sentrale aspekter i arbeidet med tjenesteinnovasjon.

En **innovasjonskultur** forutsetter at våre ledere involverer og inviterer alle ansatte og deres representanter til å bidra. Dette innebærer innspill og ideer til videreutvikling av organisasjonen, til forbedring og effektivisering av pasientforløp og pasientbehandling, og til bedre utnyttelse av våre ressurser og vårt potensiale for å lære av andre.

Brukere og pårørende er viktige kilder til forbedring og innovasjon, og vi vil jobbe enda mer for å få frem deres innspill i det videre arbeid med tjenesteinnovasjon.

Like viktig som å legge til rette for innovasjon og forbedringer, må ledere og ansatte ha kultur for åpenhet, og for å melde ifra om risikoforhold og bekymringer for pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Dette med mål om at sannsynligheten for uønskede hendelser for pasienter og ansatte reduseres. En solid **pasientsikkerhetskultur** bygger på et tett samarbeid basert på åpenhet og støtte

mellom kollegaer og yrkesgrupper. Dette gjelder både internt og på tvers av enheter og klinikker, og forutsetter en åpen og ærlig kommunikasjon med pasienter og pårørende.

Vårt forbedringsarbeid

Forbedringsprogrammet ved St. Olavs hospital har som hovedmål å bidra til fremragende behandling av våre pasienter med tjenester av høy kvalitet, levert innenfor bærekraftige økonomiske rammer. Hensikten med forbedringsprogrammet er derfor å etablere tiltak for å kunne møte fremtidens utfordringer. For å strukturere arbeidet med *Forbedringsprogrammet* har man definert utfordringer og satsningsområder. De langsiktige føringene er forankret i Langtidsbudsjettet og Utviklingsplanen for St. Olavs hospital.

Det er en lederoppgave å videreutvikle vår innovasjonskultur og oppmuntre til engasjement og bred involvering av ansatte og deres representanter. Det er et krav om at alle satsningsområder skal ha KPI²⁸-er som rapporteres jevnlig, der minst en av disse er knyttet til kostnadseffektivitet. I tillegg stilles krav innen hvert av områdene om at det inngår forsknings- og/eller kvalitetsforbedringsprosjekter.

Forbedringsprogrammet er forankret hos våre ansatte, og kommunikasjon rundt dette skal være engasjerende og oversiktlig.

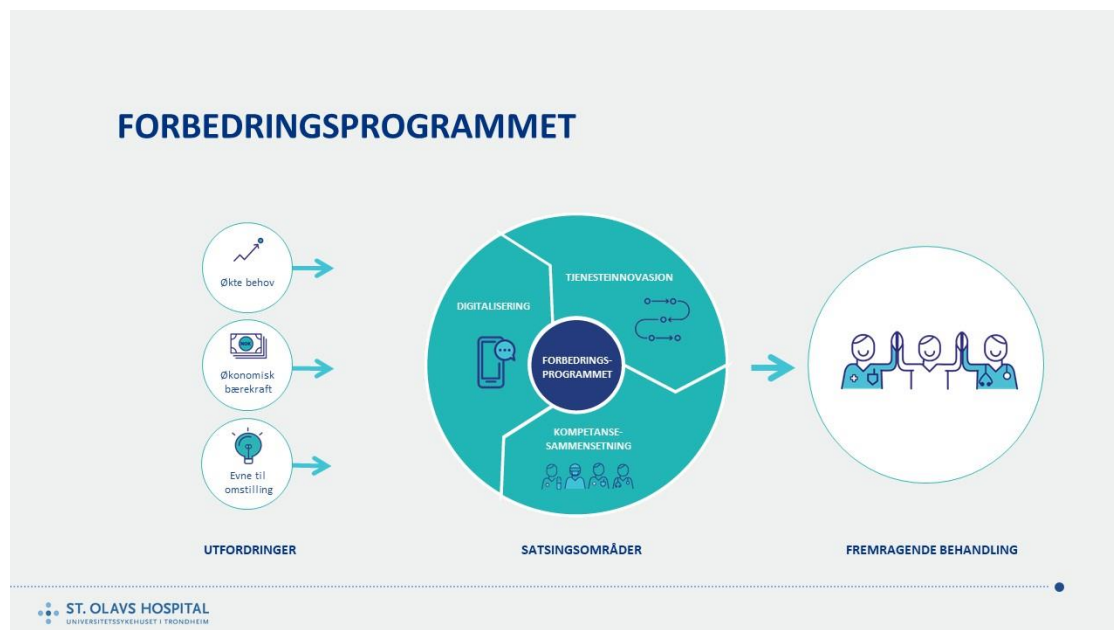
Et eksempel er videoen «*Jakten på forbedring*» fra 2019:

Se filmen og les mer om områdene [her](#)

²⁸ Key Performance Indicator



I 2021-2022 er satsningsområdene i Forbedringsprogrammet tjenesteinnovasjon, digitalisering og kompetansesammensetning som beskrevet i forordet til planen:



Vårt arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet

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

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

Det er en lederoppgave å organisere virksomheten slik at ansatte kan yte forsvarlig helsehjelp og omsorgsfull pleie. St. Olavs hospital har i samsvar med *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring* etablert ett styringssystem som beskriver aktiviteter, systemer og prosesser for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten og helsehjelpen slik at de til enhver tid gjeldende krav overholdes. En grunnleggende forutsetning for å lykkes med kontinuerlig å forbedre oss og finne nye måter å yte helsetjenester på, er at ledere og medarbeidere har kompetanse i pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og risikostyring.

Ledere på alle nivå legger til rette for en kultur for åpenhet og læring. Psykologisk trygghet er grunnsteinen i arbeidet med sikkerhetskultur og teamarbeidsklima. Ansatte skal oppleve at det er trygt å melde fra om risikoforhold, uønskede hendelser og bekymringer for pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Ledere på alle nivå sikrer, sammen med tillitsvalgte og verneombud, god oppfølging av ansattes tilbakemeldinger og møteplasser for læring og erfaringsdeling.

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

Som oppfølging av medarbeiderundersøkelsen *ForBedring* vil vi videreutvikle verktøy og indikatorer for å se arbeidet med arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i en større sammenheng. Samtidig vil vi forsterke

arbeidet med å lære av alt som fungerer godt i vår virksomhet, og de enheter som har jevn og solid kvalitet i pasientbehandlingen med gode tilbakemeldinger fra pasienter og ansatte.

St. Olavs hospital vil sikre optimal utnyttelse av tilgjengelige styrings- og kvalitetsdata fra ulike kilder som utgangspunkt for forbedring og læring. Vi skal etablere tydelige lokale mål for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet, og at resultat av tiltak systematisk etterspørres og følges opp i organisasjonen.

Det er et mål å redusere uønsket variasjon og bidra til bedre kvalitet ved standardisering av forløp og fagprosedyrer. Medisinske

kvalitetsregistre, både nasjonale og lokale, er viktige verktøy for å måle og evaluere vår praksis, og lære av andre. Innføring av Helseplattformen vil gi oss større muligheter for å holde oversikt over data i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet, og deretter bruke disse til styring og forbedring.

Kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet er tett knyttet sammen med satsningen på tjenesteinnovasjon og nye måter å organisere og yte helsetjenester på. St. Olavs hospital vil legge til rette for helsetjenesteforskning for å evaluere kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet, og sammenhengen med ansattes arbeidsmiljø samt våre tjenesteinnovasjonsprosjekter.

INNOVASJON



PASIENTSENTRERT



MEDARBEIDERDREVET



UTFORSKENDE



GEVINSTFOKUSERT

Vår visjon og strategi

Målbildet for Helse Midt-Norge bygger på Strategi 2030 med ambisjonen om å skape en *Fremragende helsetjeneste*, og visjonen *På lag med deg for din helse*. Ved St. Olavs hospital er dette videreført til visjonen om å tilby *Fremragende behandling*.

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

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



4 Utfordringsbilde, mål og veivalg

4.1 Pasientenes helsetjeneste

Vi skaper pasientenes helsetjeneste

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

(Strategi 2030)

Vårt målbilde

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

Pasientens rolle er i stadig endring med økt medvirkning og en aktiv rolle i egen helse. Dette er en ønsket utvikling, som både sikrer bedre kvalitet og pasientsikkerhet, samt ressursbesparelser.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2019-2020 presiserer at pasientenes helsetjeneste innebærer koordinerte, sammenhengende og helhetlige tjenester. Pasienten skal få rett behandling til rett tid, og noen pasientgrupper vil i samhandling med Helsefelleskapet^{29 30} få ekstra prioritet:

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

Det som kjennetegner de fire pasientgruppene, og som omtales særskilt i Nasjonal Helse- og sykehusplan og i

Styringsinformasjon til helsefelleskapene³¹ er at:

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

For å ivareta disse pasientgruppene og øvrig befolkning som en helhet, må tilbudene i primær- og spesialisthelsetjeneste fremstå samlet. Den totale utviklingen må møtes ved at vi organiserer og dimensjonerer

²⁹ [Samhandling i Helsefelleskapet – St. Olavs hospital](#)

³⁰ Se kapittel 4.4.1 for omtale av Helsefelleskapet

³¹ [Helsedirektoratet Rapport IS-2997](#)

helsetjenesten sammen med kommunene og fastlegene, og vi må planlegge våre tjenester slik at vi unngår fristbrudd og har akseptable ventetider.

I planperioden vil St. Olavs hospital tilstrebe at fysisk helse, psykisk helse og rusproblemer blir sett i sammenheng. Behovet for helhetlige og godt koordinerte tjenester vil derfor øke.



4.1.1 Helhetlig tilbud til befolkningen

St. Olavs hospital vil tilby og videreutvikle helsetjenester for befolkningen ved hjelp av helhetlige pasientforløp. Dette er definert som *En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode*³². Her vil vi samtidig integrere forebyggende arbeid og folkehelseperspektivet³³. Dagens helseutfordringer preges blant annet av plager og sykdommer som kan forebygges. Selv om spesialisthelsetjenesten ikke har lovpålagte oppgaver innen helsefremmende og forebyggende arbeid, bidrar helseforetaket i stor grad i møtet med de økende helseutfordringene knyttet til blant annet psykiske lidelser, rusmiddelbruk, demens, fedme, kreft, hjerte-kar-sykdommer og diabetes. Vår tjeneste kan møte dette med tydelige bidrag i ulike deler av det helseforebyggende arbeidet³⁴.

En hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling etableres i tett samarbeid med primærhelsetjenesten, og spesielt fastlegene i Helsefelleskapet³⁵ der det er innført mange regionale, standardiserte pasientforløp. Det er et mål å sikre at pasienter har innflytelse over egne behandlingsvalg med realistiske forventninger til våre tilbud gjennom godt informasjonsarbeid og god dialog.

Psykisk helsevern og rus

Behovet for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og rus vil være økende i planperioden som beskrevet i kapittel 2.2. Blant unge mennesker er det særlig forventet en økning i behovet for rusbehandling og psykisk helsehjelp. Dette økte behovet for tjenester innen psykisk helse ser ut til å ha forsterket seg i løpet av pandemien både for barn, ungdom og voksne. Et viktig moment å ta med i planleggingen av våre helsetjenester er at St. Olavs hospital har en betydelig andel

³² [Helhetlige pasientforløp - Helsedirektoratet](#)

³³ [Helsefremmende og forebyggende tiltak - Helsebiblioteket](#)

³⁴ [Forebygging.no](#)

³⁵ Se kapittel 4.4.1



unge voksne i sitt nedslagsfelt sett i forhold til de andre helseforetakene i Midt-Norge.

Det er et økende behov for koordinerte tjenestetilbud til psykiatriske pasienter med langvarige og sammensatte lidelser.

Lovendringer har ført til innskjerper i bruken av tvang. Antall personer som blir dømt til overføring til tvungent, psykisk helsevern har økt. Begge disse forholdene påvirker både kapasitet og arbeidsmetoder.

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

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

Alkohol er det mest utbredte rusmidlet i Norge. Det er en av de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår i befolkningen, og medfører kostnader for andre enn brukeren selv. Alkoholbruk er også en medvirkende årsak til en rekke utbredte og alvorlige sykdommer. Det er dokumentert at dagens eldre drikker mer enn generasjonen før dem. Økningen er størst i aldersgruppen 66-79 år.

Prioritering og etisk kompetanse

For å hindre overbehandling og sikre en verdig død må våre helsearbeidere ha prioriteringskompetanse og kunnskap om lindrende behandling og etikk. Vi må kunne håndtere balansen mellom et bredt

utviklet tjenestetilbud, hensynet til hva som er best for pasienten og hensynet til god ressursutnyttelse. Refleksjon over våre valg, og samarbeid på tvers av profesjoner og fagfelt blir viktig å sette av tid til. Ved St. Olavs hospital får leger i spesialisering (LIS) gruppeveiledninger på tvers av spesialiteter i samarbeid med klinisk etisk komite og preste- og samtaletjenesten. Slike refleksjonsgrupper vil være nyttig å videreføre i samhandling med andre yrkesgrupper og fastlegene.

Brukervennlig helsetjeneste

I vår satsning på økt andel video- og telefonkonsultasjoner omtalt i kapittel 4.2.3 blir det viktig å reflektere over er at bruken av teknologi ikke nødvendigvis passer for alle pasientgrupper. Forståelse og bruk av digitale plattformer kan være en utfordring for eldre, pasienter med redusert kapasitet til å forstå nettsider og apper og innvandrere med språkproblemer. Enkelte pasienter kan ha funksjonsnedsettelse som gjør det vanskelig å håndtere mobiler med berøringsskjermer og små taster. Digital hjemmeoppfølging er et område som kan gi økt mestring og trygghet, men dette krever at pasienten selv har en viss kompetanse og kan benytte seg av mulighetene.

Valg av teknologi må være brukervennlig og skje i nært samarbeid med helsetjenestene. Et godt eksempel er illustrert i tekstboksen nedenfor (*Oppfølging av kreftpasienter med febril nøytropeni*):





Oppfølging av kreftpasienter med febril nøytropeni

Febril nøytropeni er en potensielt livstruende komplikasjon til kreftbehandling. Alle pasienter med denne tilstanden legges inn til behandling på sykehus med standard antibiotikabehandling i 7-14 dager.

Studier viser at en lavrisikopasienter med mildt forløp kan behandles hjemme med tett oppfølging poliklinisk. Hvis pasienten klassifiseres som lavrisiko etter ett døgns observasjon vil pasienten bli utskrevet og få hjemmeoppfølging i henhold til ny tjenestemodell med peroral antibiotika, videokonsultasjoner og digital registrering av vitale parametere.

Dette innebærer at pasienten måler puls, temperatur, blodtrykk og oksygenmetning to ganger daglig i 12 dager, samt svarer på et skjema om andre viktige symptomer daglig. Pasienten fyller selv inn måleresultatene i HelsaMi, med direkte overføring til journal. Helsepersonell ved Kreftklinikken følger opp resultatene, og kontakter pasienten hvis noen av målingene overskrider forhåndsdefinerte terskelverdier.

Det anslås at 20 % av pasientene regnes som lavrisikopasienter, noe som vil lede til 180 årlige sparte liggedøgn.

Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Videreutvikle satsningen på helhetlige pasientforløp i samarbeid med kommunene
- Øke satsningen på tverrfaglige samhandlingsteam sammen med kommunal tjeneste
- Styrke fokus på verdig død, lindrende behandling og redusert overbehandling gjennom refleksjonsgrupper for leger i spesialisering, og utrede hvordan dette konseptet kan videreføres til andre yrkesgrupper

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Utrede behovet for flere tverrfaglige ambulante- og pasientsentrerte team som kan integreres i nye helhetlige pasientforløp
- Etablere strukturer for systematisk tilbakemelding fra pasienter, brukere og pårørende



4.1.2 Prioriterte pasientgrupper



Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

Begrepet alvorlig psykisk lidelse omfatter i hovedsak psykoselidelser samt alvorlige former for affektive lidelser og spiseforstyrrelser. Dette er en gruppe pasienter som har betydelig forkortet forventet levealder og nedsatt funksjonsevne. Denne sammensatte problematikken fordrer en bred innsats fra behandlingsapparatet. I tillegg til å behandle psykiatrisk sykdom er det behov for fokus på somatisk helse, sosial fungering og meningsfull aktivitet/arbeid. I gruppen med psykoseproblematikk kan behandlingen være utfordrende da pasientene i mange tilfeller ikke har innsikt i egen sykdom og kan motsette seg behandling. Her kreves det relasjonsbygging, motivasjon og tilrettelegging. En del av dette vil være å tilby pasienten behandling hjemme (ambulante team) der det er mulig. Noen pasienter kan også være i behov av tvungent psykisk helsevern. En slik prosess innbefatter krevende etiske, juridiske og medisinske overveielser som krever høy kompetanse. I gruppen med pasienter med psykoselidelser (særlig hos de som også har rusproblematikk) finner en også pasienter med et symptom bilde som krever fokus på forebygging av voldshendelser.

Regjeringen har gjennom styringsdokumentet varslet om at tilbudet til voksne med alvorlig psykisk lidelse og med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser skal trappes opp. Tjenestene skal legges til rette slik at det forebygges

kriser og akutte innleggelser. Pasienter med behov for koordinerte og sammenhengende tjenester skal blant annet få dette gjennom etablering og videreutvikling av FACT³⁶- og samhandlingsteam. Antall pasienter med dom til tvungent psykisk helsevern er økende, og det vil kunne utfordre kapasiteten til sikkerhetspsykiatrien i helseforetaket³⁷.

En stor andel av pasienter innlagt ved somatiske sykehusavdelinger har rusrelaterte helseproblemer der rusmiddelbruken kan ha forårsaket eller komplisert innleggelsen. Det er vesentlig med kunnskapsutvikling blant helsearbeidere i somatikken om alkoholens betydning for somatisk helse. Pasienter med akutt rusrelatert sykdom har i dag et prekært behov for tilbud om fast tilhørighet og et godt standardisert pasientforløp. En tydelig regional plan der det utvikles rutiner for samhandling mellom rus, psykisk helsevern og somatikk blir viktig. Sett i lys av demografiske endringer vil dette føre til et økt press på både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

For pasienter med ulike psykiske lidelser er det etablert regionale pasientforløp. For barn og unge, og deres familier, blir det viktig med forebygging, tidlig innsats og rask avklaring av hjelpebehovet. For barn som lever med rus og psykisk sykdom i familien er samtaleverktøyet Barnespor utviklet³⁸.

³⁶ [Behandlingsmodellen FACT – rop.no](#)

³⁷ [Regional sikkerhetsavdeling St. Olavs hospital](#)

³⁸ [Barnespor](#)

Snakk om rus

Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin ved St. Olavs hospital har etablert prosjektet Rus i somatikken som et kvalitetssikringsprosjekt for å øke fokus på rus i somatikken, i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger. 201 pasienter de siste 12 måneder ble kartlagt over en 6 ukers periode. Totalt 20,8% av pasientene hadde et alkoholforbruk som kunne være problemfylt, skadelig eller ha potensiale for å være en avhengighetstilstand. Resultatene vises i egen poster lagt inn som vedlegg i kapittel 6.2. Som et resultat av prosjektet har St. Olavs hospital besluttet å innføre systematisk kartlegging av alkoholforbruk hos alle pasienter Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin har en sentral rolle her.



Personer med alvorlige
Psyiske lidelser og
rusproblemer

Samhandlingsteam Psyisk helsevern og Trondheim kommune

Personer med alvorlige psykiske lidelser er ofte, over tid, i behov av et koordinert og sammenhengende tjenestetilbud. Trondheim kommune og Psyisk helsevern har etablert samhandlingsteam, FACT-team, hvor personell både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten er lokalisert og organisert i samme enhet for å sikre godt samarbeid og sømløse pasientforløp til pasientgruppen. Teamet er tverrfaglig sammensatt.

Hva er FACT?³⁹

Skrøpelige eldre

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

Skrøpelige eldre er sårbare, gjerne med mange og komplekse tilstander med behov for helhetlig ivaretagelse. En screening på *HelsaMi*⁴⁰ i Helseplattformen kan gi utgangspunkt for å velge ut pasienter som trenger spesiell ivaretagelse av geriater. Tilnærming til denne pasientgruppen krever kompetanse både i spesialist- og

primærhelsetjenesten hvor det må legges en plan for kompetansebygging innen kunnskap om vanlige tilstander som kognitiv svikt og hvordan forebygge fall. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten gir medisinsk bistand til kommunene i form av spesialister som konsulenter. Dette kan skje på ulike måter, også digitalt. Ved St. Olavs hospital er det opprettet tverrfaglige digitale møter med fastlege og demensteam og tverrfaglig samarbeid innen demensutredning. TOPHIP ortogeriatrisprosjekt er en viktig satsning hos oss:

TOPHIP – ortogeriatrisprosjekt ved St. Olavs hospital

Hoftebruddspasienter er ofte skjøpelige eldre, og mange får nedsatt funksjon og økt behov for hjelp etter bruddet. Dødeligheten er stor.

I en ortogeriatrisk behandlingsmodell gir et tverrfaglig team ortopedisk og geriatrisk behandling under sykehusoppholdet. St Olavs hospital har i en klinisk randomisert studie sammenlignet ortogeriatrisk og standard ortopedisk behandling, og vist at dette gir bedre livskvalitet, funksjon og er kostnadsbesparende (Lancet 2015). Senere har fagmiljøet på sykehuset initiert og ledet arbeidet med Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd (2018). Implementering av ortogeriatrisk på Ortopedisk avdeling ble evaluert gjennom prosjektet TOPHIP hvor man har jobbet med utvikling av tverrfaglig persontilpasset behandling og helhetlige pasientforløp i samarbeid med Trondheim og Melhus kommune. Ortogeriatrisk behandling for hoftebrudd er nå standard på St Olavs hospital, men også andre skjøpelige pasienter med lavenergi brudd kunne hatt effekt av denne behandlingen, slik at en fremtidsvisjon vil være å utvide tilbudet også til disse pasientgruppene.



Skrøpelige eldre

Lancet 2015: [lenke til artikkel](#)

³⁹ [Behandlingsmodellen FACT – rop.no](#)

⁴⁰ Se kapittel 4.2.4

Personer med flere kroniske lidelser

Personer med flere kroniske lidelser kan ha en kompleksitet med særskilte behov der standardiserte forløp ikke passer. I samarbeid med kommunehelsetjenesten og fastlegene vil det være behov for videreutvikling av tverrfaglige team for disse pasientgruppene, og en samhandlende helsetjeneste. De har et omfattende tjenestebehov, og ulike helse- og omsorgstjenester blir ofte benyttet.

Helsedirektoratet⁴¹ oppsummerer viktige mål for denne pasientgruppen slik:

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

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

Samhandlings-konsultasjoner

For pasienter med langvarige og sammensatte smertetilstander og langvarig utmattelse uten kjent årsak, inkludert CFS/ME er det ved St. Olavs hospital i samarbeid med NTNU, NAV og fastleger lagt inn tverrsektorielle og tverrfaglige samhandlings-konsultasjoner på digitale arenaer for bedre oppfølging av disse pasientene. Prosjektet er finansiert av både Helse Midt-Norge RHF, Forskningsrådet og Allmenlegeforeningen, og godkjent av Helse- og Omsorgsdepartementet.

Dette konseptet med samhandlings-konsultasjoner er godt egnet for mange andre sammensatte kroniske tilstander.



Personer med flere
Kroniske lidelser

Samhandlingskonsultasjoner: [Blogginlegg](#)

Barn og unge

Når barn eller ungdom får helseutfordringer innebærer dette at hele familien må tilpasse seg. Sykdom hos barn vil prege hverdagen, aktivitet i barnehage og skole, sosiale relasjoner og fremtidsutsikter. Barn og unge med kronisk sykdom må spesielt ivaretas for å ha trygghet og tillit til behandlerne som ofte skiftes ut i overgangen mellom barn og voksen, og få nødvendig opplæring til egenmestring, medvirkning og samvalg. Ungdomsrådet ved St. Olavs hospital vil være en relevant rådgiver for hvordan dette best kan ivaretas.

Ved barne- og ungdomsklinikken har man utviklet standardiserte pasientforløp, og lagt til rette for hjemmesykehus for barn med kreftsykdom og andre utfordringer⁴². En modell hvor team jobber individuelt med ungdom og med alle de systemer ungdom er en del av som skole, NAV, barne- og ungdomspsykiatri, pedagogisk-psykologisk tjeneste og fritidsaktiviteter, omtalt som *arenafleksibel behandling*, kan være aktuell for videre utvikling av tjenestetilbudene hos oss innen psykiatri.

⁴¹ [Helsedirektoratet Rapport IS-2997](#)

⁴² [Hjemmesykehus for barn – St. Olavs hospital](#)

Standardiserte pasientforløp- trygghet og fag satt i system

Syke barn og familiene deres trenger en helsetjeneste og et hjelpeapparat som jobber tett og godt sammen. I samarbeid med kommunene er det utviklet pasientforløp for barn og unge med mange ulike lidelser. Pasientforløpene er laget for å sikre beste praksis i utredning, behandling og oppfølging av pasienten og familien, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Ved St. Olavs hospital har vi «gått opp løypa» på forhånd og avklart ansvar og roller og forventninger til hverandre. Det er for eksempel utarbeidet pasientforløp for barn med kreft og komplekse nevrologiske utviklingsforstyrrelser. Til mer komplekse tilstander er gode verktøy for godt samarbeid viktig.



Barn og unge

Avansert hjemmesykehus for barn

Barn har det best hjemme, i trygge og kjente omgivelser. Barn med langvarig sykdom/kronisk sykdom må ofte tilbringe mye tid på sykehus. Dette kan være utfordrende for både barnet og familien.

Målet med Avansert hjemmesykehus for barn var at barnet skulle slippe å være på sykehus mer enn nødvendig, og at dette ville bidra til en bedre og mer normal hverdag for barnet og familien.



St. Olavs Hospital og Magnhild Owesen Eidem i Avansert Hjemmesykehus for barn har mottatt bil med finansiering fra Stiftelsen Sykehusbarn. Foto: Randi Salvesen

Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Etablere og videreutvikle standardiserte pasientforløp for pasienter med alvorlig psykisk sykdom og akutt rusrelatert sykdom for å styrke ressursinnsatsen i ambulante team
- Implementering av systematisk alkoholkartlegging i alle somatiske avdelinger ved innkost, og kontakt med tilsynstjeneste ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin der kartlegging avdekker utfordringer
- Etablere bedre samhandling mellom barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri, og mellom barnesykdommer og voksen somatikk knyttet til pasientoverganger
- Videreutvikle utadrettede tjenester som hjemmesykehus til å omfatte andre fagområder enn barn med alvorlig sykdom, for eksempel innen psykisk helsevern
- Sørge for gode individuelle pasientforløp for skrøpelige eldre, pasienter med komplekse lidelser og særskilte behov
- Sikre nødvendig kapasitet knyttet til lokale sikkerhetsplasser
- Utvikle og differensiere tilbudet til pasienter dømt til behandling ved å etablere et FACT-sikkerhetsteam i rammen av avdeling for sikkerhetspsykiatri
- Innen psykisk helsevern utrede mulighet for gjennomgående pasientforløp i samarbeidsflaten kommune-NAV-spesialisthelsetjenesten, med fokus på arbeidsrettet poliklinisk behandling

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Gi et fremragende døgntilbud til alle psykiatriske pasienter i tilpassede bygg med riktig bruk av tvang, og kapasitet nok til å ta vare på alle som har behov for spesialiserte tjenester som ledd i realisering av Senter for psykisk helse
- Optimalisere tjenestene innen alderspsykiatri ved bygging av senter for psykisk helse i samarbeid med fagmiljøene geriatri og nevrologi

4.1.3 Pasientmedvirkning

Ved St. Olavs hospital er det et tett samarbeid med Brukerutvalget og lokale brukergrupper for å styrke pasienter og pårørendes medbestemmelse. Vi har kontinuerlig brukerundersøkelser i flere klinikker og innenfor flere områder.

Helsekompetanse

Økt helsekompetanse til befolkningen oppnås gjennom våre Lærings- og mestringssentre (LMS) for voksne og barn, og ved generell formidling til befolkningen via ulike medier. Pasient- og pårørendeopplæring er et viktig element for å oppnå best mulig behandlingseffekt og tro på egen mestringskompetanse, og hjelper pårørende til både å håndtere egen livssituasjon og være god støtte for pasienten. St. Olavs hospital har et bredt lærings- og mestringstilbud, både innen somatikk, psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling⁴³. I tillegg er det stor kompetanse i nasjonale, regionale og lokale kompetansetjenester og -sentre⁴⁴.

Samvalg

Samvalg handler om rett til å ta del i valg om egen behandling. Dette gjøres sammen med helsepersonell, og ulike samvalgsverktøy kan være til hjelp i prosessen⁴⁵. Pasienters rett til medvirkning og involvering er forsterket gjennom lovgivning og pasientrettigheter. Ved samvalg informeres det om fordeler og ulemper ved ulike alternativer for deretter å vurdere disse opp mot hverandre ut fra hva som er viktig for pasienten. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker, og barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter skal

høres. Samtidig må vårt helsepersonell ta ansvar for å formidle og gi råd om betydningen av å ta kloke valg. Publikumskampanjen *Mer er ikke alltid bedre*⁴⁶ i regi av legeforeningen og flere andre profesjonsretninger i samarbeid med Norsk Pasientforening er en viktig rettesnor. Innføring av pasientapplikasjonen *HelsaMi*⁴⁷ i Helseplattformen vil kunne gjøre pasientene til langt mer aktive deltakere i oppfølging av egen helse.

Helsetjenester til innvandrere i nytt land

Det finnes en stor befolkning med innvandrerbakgrunn i Norge med rundt 60000 bare i Trøndelag. Disse har rett til likeverdige og tilpassede helse- og omsorgstjenester som øvrig befolkning. Ved ankomst til Norge kan det være manglende kunnskap om kropp, fysisk og psykisk helse, seksualitet, medisiner og norsk helsesystem. Det er også barrierer grunnet språk, digital kompetanse, kultur og religion. Som grunnlag for å kunne tilby likeverdige tjenester til flerkulturelle, asylsøkere og flyktninger kreves økt kompetanse blant helsepersonell, både med tanke på kulturforståelse, ernæring/pasientmat, mangfold og kjennskap til muligheter vedrørende formidling og relevant kommunikasjonsform. Internasjonal Velferdsforening er en frivillig forening for flyktninger og innvandrere som arbeider for å bedre deres levekår i Norge gjennom integrerings- og likestillingsarbeid. I arbeidet med å legge til rette for bedre helsetjenester for denne delen av befolkningen vil foreningen være en viktig

⁴³ [Lærings- og mestringssentre ved St. Olavs hospital](#)

⁴⁴ [Kompetansetjenester og -sentre](#)

⁴⁵ [Samvalg](#)

⁴⁶ [Gjør kloke valg](#)

⁴⁷ *HelsaMi*: se kapittel 4.2.4

ressurs for St. Olavs hospital i planperioden.

En annen viktig ressurs for St. Olavs hospital er preste- og samtaletjenesten⁴⁸. Seks sykehusprester, en muslimsk kulturkonsulent og en sykehushumanist kan kontaktes på døgnbetjent vakttelefon.



Preste- og samtaletjenesten ved St. Olavs hospital

Klart språk og kommunikasjon

Gode møter mellom helsepersonell, og mellom helsepersonell og pasienter, pårørende og brukere, er tuftet på klart språk. Dette gjelder både skriftlig og muntlig kommunikasjon⁴⁹. Bruk av

skjermtolk til døve og hørselshemmede har vært utfordrende, og i samråd med Døveforeningen vil St. Olavs hospital jobbe med å utvikle et bedre tolketilbud⁵⁰, spesielt i akutsituasjoner.

Bruk av erfaringskonsulenter er et konsept vi ønsker å se nærmere på⁵¹, der personer med psykiske lidelser og rusproblemer som ønsker delta i arbeidslivet kan ansettes som ledd i individuell jobbstøtte (IPS)⁵² i regi av NAV og helsetjenestene. Ved å ansettes som erfaringskonsulent kan brukeren undervise de som jobber i helsetjenesten om hva de bør være oppmerksomme på i møte med andre brukerne for å fremme god kommunikasjon og klart språk.

Når nytt journalsystem er på plass, og pasienten i større grad får tilgang til egen journal, blir klart språk ekstra viktig.

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

Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Legge til rette for, gi opplæring i samt oppfordre til bruk av *HelsaMi* i Helseplattformen for aktiv pasientmedvirkning i behandlingsforløp og samvalg
- Ta i bruk verktøy for brukerundersøkelser i sanntid i Helseplattformen, og bruke resultatene som et viktig grunnlag for kontinuerlig forbedring
- Økt fokus på pasient- og pårørendeopplæring, og integrering av lærings- og mestringstilbud i standardiserte pasientforløp
- Utrede mulighetene som ligger i å engasjere erfaringskonsulenter innen psykisk helsevern
- Legge mestringstilbud i kommunen som fast punkt i utskrivningssamtaler for relevante pasientgrupper
- Sikre økt kompetanse og kulturforståelse knyttet til innvandrerbefolkningen ved å utforme et opplæringsprogram for våre helsearbeidere
- Forbedre kvalitet på og kommunikasjon omkring bruk av tolketjenester
- Prioritere klart språk, både i skriftlig pasientinformasjon, ved oversetting, i Helseplattformen og i den daglige dialogen mellom helsepersonell og pasient

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Integrering av lærings- og mestringstilbud i helhetlige pasientforløp, herunder utarbeide klare henvisningsrutiner innen og mellom forvaltningsnivå

⁴⁸ [Preste- og samtaletjenesten](#)

⁴⁹ [Klarspråk - Klarspråk \(sprakradet.no\)](#)

⁵⁰ [Tolkning på St. Olavs hospital](#)

⁵¹ [Fra bruker til jobb som erfaringskonsulent](#)

⁵² [Individuell jobbstøtte \(IPS\)](#)



4.1.4 Helsetjenester til den samiske befolkningen

- Likeverdige helsetjenester
- Samisk kultur i fokus

— Foto: Tom Gustavsen



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

Spesialisthelsetjenesten behandler mange samiske pasienter hver dag, ofte uten at man er oppmerksom på utfordringene de samiske pasientene kan ha i møte med helsetjenesten. Å sikre et likeverdig helsetilbud er den samiske befolkningen innebærer at helsepersonell må ha tilstrekkelig kunnskap om samisk språk og kultur, og at dette gjenspeiles i sykehuset og tilbudet til denne pasientgruppen.

Det er et stort behov for helsetjenester tilpasset urfolk med kompetanse blant helsepersonell innen levestett, språk og kultur. For å svare ut dette deltar St. Olavs hospital blant annet i prosjektet Samisk helseteam⁵³. En sykepleier er i dag

engasjert som samisk rådgiver på prosjektbasis for å gi råd til samiske pasienter som ønsker veiledning. Tilbudet er etterspurt, og terskelen for kontakt skal være lav.

Samisk helseteam er et samhandlingsprosjekt mellom Røros kommune, St. Olavs hospital og Sørsamiske helsenettverk, og består av helsepersonell med kompetanse innen samisk språk og kultur. De har nå fått et spesielt ansvar for å ivareta samiske pasienters rettigheter og behov. Målet med prosjektet er å bidra til å sikre det samiske samfunnet god fysisk og psykisk helse, og at helsehjelpen skal gis på eget språk og med bakgrunn i samisk kultur. Det har stor betydning for å sikre at også samiske pasienter kan ha medvirkning i pasientbehandlingen. Det sikrer god og riktig behandling og bygger tillit til helsetjenesten. Prosjektet er unikt i Norge, og St. Olavs hospital har med sin deltakelse gått i front på dette området nasjonalt.

Våre prioriteringer i et fire-års perspektiv

- Utarbeide en overordnet plan med tiltak som fremmer likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen, og som bygger på forskning og kunnskap om urbefolkningens rettigheter og behov i samarbeid med Samisk helseteam
- Kompetansebygging for ledere og ansatte på St. Olavs hospital i form av e-læringsprogram om samiske pasienter, deres rettigheter og behov.
- Sikre god synlighet på nettsider ved å opprette en egen nettside på sørsamisk for samiske pasienter og deres pårørende
- Lage en plan for utarbeiding av informasjonsmateriell og bedre skilting på sørsamisk

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Videreføring av punktene over

⁵³ [Sørsamisk helsenettverk – Åarjelsaemien healsoedåehkie](#)



4.2 Ta i bruk kunnskap og ny teknologi

Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse

Ansatte og organisasjon utvikler og tar i bruk ny kunnskap og teknologi. Kort vei fra kunnskap til forbedret praksis.

(Strategi 2030)

Vårt målbilde

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

St. Olavs hospital har et særlig ansvar for å fremme forskning, utdanning og innovasjon i den kliniske virksomheten, og er godt posisjonert til å gjøre dette som universitetssykehus integrert med NTNU. Kompetanseflyt mellom utdanning, forskning, innovasjon og pasientbehandling er viktig og gjensidig kvalitetshevende. Det er godt dokumentert at sykehus som er rangert som de beste i verden på pasientbehandling også ligger helt i front innen forskning, innovasjon og utdanning. En viktig satsning for å realisere dette har vært etablering av Clinical Academic Groups (CAG)⁵⁴ som tildeles av det regionale Samarbeidsorganet for å adressere en definert helseutfordring i regionen. Dette stimulerer til regional

faglig samhandling med fokus på utdanning, forskning og innovasjon på tvers av sektorene, med mål om bedre helsetjenester.

Ved å kommunisere våre forsknings- og innovasjonsaktiviteter ut på ulike sosiale medier ønsker vi å oppnå kunnskap og engasjement blant både brukere og ansatte ved St Olavs hospital. Vi har *Fredagsforelesninger*⁵⁵ som fast program for å synliggjøre og formidle aktuelle prosjekter i universitetssykehuset, og vår podkast *Diagnose*⁵⁶ er blitt godt mottatt.

Et viktig prosjekt og stor satsning i vår region blir innføring av Helseplattformen våren 2022 der vi svarer ut målbildet til regjeringen Solberg om *En innbygger- En*

⁵⁴ [Clinical Academic Groups \(CAG\) Helse Midt-Norge](#)

⁵⁵ [Fredagsforelesninger](#)

⁵⁶ [Diagnose – en podkast](#)



journal⁵⁷. Helseplattformen svarer ut behovet for felles pasientjournaløsninger med mål om bedre koordinering og kommunikasjon mellom kommunene, fastlegene og sykehusene. Den blir også et virkemiddel for innovasjon, digitalisering, standardisering, innføring av ny teknologi og systematisk håndtering av helsedata. Helseplattformen blir dermed en sentral

del av vår forsknings- og innovasjonsinfrastruktur.

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

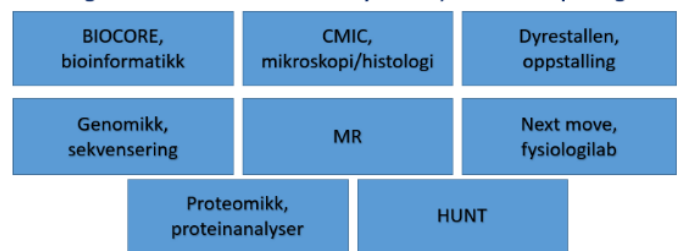
4.2.1 Forskning

Forskning er en av hovedoppgavene for spesialisthelsetjenesten, og økt kvalitet og omfang av forskning vil føre til økt måloppnåelse for alle 4 strategimål i Strategi 2030. Det er her sterke, nasjonale føringer om økt satsing på klinisk behandlingsforskning som inkluderer pasienter med formål om å forbedre eksisterende behandlingsrutiner⁵⁸.

Virkemidler for å øke omfang og kvalitet i forskning kan være forskjellig i ulike klinikker ved St. Olavs hospital. For klinikker med lav forskningsaktivitet kan søknadsstøtte rettet inn mot prosjektdesign og etterlevelse av lover og forskrifter være riktig tiltak for å løfte aktiviteten. For klinikker med høy forskningsproduksjon vil forskningsinfrastruktur og spesifikk støtte inn mot søknader til Norges Forskningsråd

og EU være viktig. Forskningsinfrastruktur må her utvikles slik at den til enhver tid er relevant og oppdatert, bidrar til å styrke pasientnær forskning og bidrar til økt omfang og kvalitet i forskningen:

Forskningsinfrastruktur ved universitetssykehuset, St. Olavs hospital og NTNU



(HUNT⁵⁹)

Et godt eksempel på fremragende forskning er tildelingen i 2021 til tre Forskningssentraer for klinisk behandling, hvor vi som universitetssykehus sammen med NTNU mottok tildeling⁶⁰ til Norsk senter for hodepineforskning, NorHead⁶¹:

Norsk senter for hodepineforskning - NorHEAD

Norsk senter for hodepineforskning (NorHEAD) åpner 1. august 2022, og skal drive internasjonalt ledende forskning på hodepinesykdommer. Vi skal samle dagens kunnskap, og utvikle nye og innovative behandlingsmetoder som vil bidra til å gi pasientene en bedre hverdag.



⁵⁷ [Bedre journal- og samhandlingsløsninger for den kommunale helse- og omsorgstjenesten-regjeringen.no](https://www.bedrejournal.no/)

⁵⁸ [Program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten - KLINBEFORSK](https://www.klinbeforsk.no/)

⁵⁹ [HUNT- Helseundersøkelsen i Trøndelag](https://www.hunt.no/)

⁶⁰ [Ledende fagmiljø i hodepine får 130 millioner](https://www.hunt.no/)

⁶¹ [NorHead](https://www.norhead.no/)

Integrasjon av forskning inn i klinisk hverdag er hensiktsmessig, og for mange vil forskningskoordinatorer/ medarbeidere med forskningserfaring på klinikknivå være et godt virkemiddel. Kombinerte stillinger i universitetssykehuset, også for andre profesjoner enn leger, kan bidra til dette. Det vil være viktig å identifisere og ta vare på ansatte som har talent og interesse for forskning ved å legge til rette for gode karriereløp, forskerutdanning og frikjøpsordninger. *Innen psykisk helsevern*, i samarbeid med NTNU og Institutt for psykologi, er det etablert kombinasjonsstillinger i et dobbeltkompetanseprosjekt, hvor psykologer ferdigstiller en spesialistutdanning samtidig som det legges til rette for et ph.d.-løp. Dette er innen en samlet ramme på 7 år. Ordningen har bidratt til videreutvikling av klinikknære forskningsmiljøer.

Et viktig premiss for å nå våre mål vil være å utvikle en god forskningskultur, og et fortsatt styrket samarbeid og integrasjon med NTNU i universitetssykehuset. Her må det identifiseres og elimineres konkrete flaskehalser som er til hinder for integrasjonen. Andre viktige samarbeidspartnere å ivareta er SINTEF⁶² og næringsliv.

Regional forskningsstrategi 2016-2020⁶³ ligger til grunn for mange av våre prioriteringer, men dette vil ikke alene svare på behovet for utvikling innen forskningsfeltet frem mot 2030. Det vil være hensiktsmessig å sikre sykehuset en lokal forskningsstrategi, og innføre et skjerpet krav til rapportering av forskningsaktivitet.

Innføring av Helseplattformen, politiske føringer og nye samfunnsutfordringer blir viktige å adressere i planperioden. Et regionalt Helsedatasenter vil ha stor betydning for innovasjon og klinisk behandling innen for eksempel persontilpasset medisin, også kalt presisjonsmedisin⁶⁴. Dette blir et viktig satsningsområde som stiller krav til kombinerende og analyser av helsedata med til dels store datasett som helgenomsekvenser, store billedsekvenser og mer tilpassede blodprodukter knyttet til antistoffer og genetisk blodtyping. Nasjonal veileder i persontilpasset medisin⁶⁵ forventes utvidet og revidert snart, og blir et viktig grunnlag for videre satsning ved St. Olavs hospital.

Kombinasjonen av helsedata både fra primær og spesialisthelsetjenesten med for eksempel befolkningsdata fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT)⁶⁶ vil kunne gi Midt-Norge et unikt fortrinn innen helseforskning. Kobling av regionale helsedata opp mot kvalitetsregistre eller nasjonale registre via Helseanalyseplattformen⁶⁷ kan også bidra til en stor gevinstrealisering i form av kvalitativt god forskning med utgangspunkt i Helseplattformen og et regionalt Helsedatasenter. Et slikt helsedatasenter bør legge til rette for automatisert dataflyt i størst mulig grad, og legge til rette for bruk av tungregning og kunstig intelligens i både forskning, innovasjon og pasientbehandling.

Etter oppdrag fra Regjeringen har de fire regionale helseforetakene etablert NorTrials⁶⁸ for offentlig-privat samarbeid om helseinnovasjon og kliniske studier. En vei inn til kliniske studier skal tilbys for små og store bedrifter i næringslivet, og for

⁶² [SINTEF](#)

⁶³ [Strategi for forskning i Helse Midt-Norge 2016-2020](#)

⁶⁴ [Persontilpasset medisin eller presisjonsmedisin? Tidsskrift Den norske legeforening 2020](#)

⁶⁵ [Nasjonal veileder persontilpasset medisin 2017-2021](#)

⁶⁶ [HUNT- Helseundersøkelsen i Trøndelag](#)

⁶⁷ [Helseanalyseplattformen](#)

⁶⁸ [Regjeringa satsar på helsenæring og kliniske studiar -NorTrials](#)

offentlige aktører som vil gjennomføre slike studier i Norge. St. Olavs hospital sin nasjonale rolle i NorTrials vil være relatert til medisinsk teknisk utstyr, og knyttes til Forskningsavdelingen og Framtidens Operasjonsrom⁶⁹.

Translasjonsforskning er et viktig bindeledd mellom grunnforskning og

klinisk virksomhet, og vi må i større grad adressere FNs bærekraftsmål⁷⁰. Det betyr at forskningsområder som for eksempel helsetjenesteforskning, bærekraftig helsetjeneste, lik tilgang til helsetjenester, global helse, forebygging og helsefremming og antibiotikaresistens kan få økt aktualitet.

Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Bidra i etableringen av et regionalt Helsedatasenter
- Legge en plan for etablering av gode kvalitetsregistre for de fleste diagnoser for å øke kunnskapsgrunnlaget i behandlingen, herunder sikre system og ressurser for å ivareta vedlikehold og oppdatering
- Vektlegge forskerkompetanse ved ansettelser, utrede hvordan forskerutdanning kan tilrettelegges parallelt med utdanningsløp og legge til rette for kombinerte stillinger
- Øke antall pasienter som får tilbud om deltakelse i klinisk behandlingsforskning, og legge til rette for deltakelse i regionale, nasjonale og internasjonale multisenterstudier
- Påse at forskningsaktivitet inngår i klinikkenes rapporteringer
- Styrke samarbeidet med primærhelsetjenesten i Helsefellesskapet gjennom å etablere flere felles kliniske studier
- Videreutvikle brukerinvolvering i forskning i tråd med «Veileder for brukermedvirkning helseforskning i Helse Midt-Norge»⁷¹
- Så langt det er mulig formidle forskningsresultater og forskningsdata åpent, og ta ny kunnskap raskt i bruk
- Rette fokus på presisjonsmedisin innenfor alle sykdomsgrupper der man allerede snakker om persontilpasset forebygging i henhold til nasjonal strategi
- Utrede hvordan stordata og mulighetene som ligger i Helseplattformen kan overføres til persontilpasset oppfølging og behandling

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Etablere flere kliniske studier, som registerbaserte randomiserte, kontrollerte studier (R-RCT)
- Øke samarbeid med næringsliv, både på legemiddel- og teknologisiden, blant annet gjennom videreutvikling av vår infrastruktur for forsknings- og innovasjonssamarbeid med næringslivet, og samarbeid med teknologimiljøene ved NTNU og SINTEF
- Utrede grunnlag for søknad om CAG innen områder som forebyggende helsearbeid, samhandling og enhetlig helsetjeneste i samarbeid med Helsefellesskapet
- Sikre et klinikknært forskningsmiljø på begge campusene innen Psykisk Helsevern (Øya og Lade) gjennom samarbeid med NTNU

⁶⁹ [Framtidens operasjonsrom - FOR](#)

⁷⁰ [FNs bærekraftsmål](#)

⁷¹ [Veileder for brukermedvirkning i helseforskning i Helse Midt-Norge](#)



4.2.2 Innovasjon



Innovasjon handler om å skape ny praksis som tas i bruk. «Nytt, nyttig og nyttiggjort» er kortversjonen for sykehusets beskrivelse av innovasjon. Et viktig moment for å skape en forståelig og forenlig innovasjonskultur ved sykehuset handler om begrepsbruk. Sykehuset har derfor valgt å bruke *Innovasjon* som et samlede begrep for alt utviklingsarbeid, både større endringer og mindre forbedringer. Ved å skape en kultur for nyskaping og forbedring vil våre helsearbeidere kunne bli gode intraprenører, der en intraprenør er en entreprenør innad i egen arbeidsplass⁷².

Viktige tankesett i innovasjonsarbeid ved St. Olavs hospital er at det skal være et pasientsentrert fokus med utgangspunkt i våre medarbeidere. Det skal videre være utforskende og ha som mål å skape nye gevinster både for pasient, personell og organisasjon.

Vårt tidligere omtalte *Forbedringsprogram* har hatt tjenesteinnovasjon som et fast

satsningsområde de siste årene, og dette vil fortsatt prioriteres høyt.

I dag har St. Olavs hospital mange pågående innovasjonsprosjekter, både i regi av *Forbedringsprogrammet* og gjennom egne finansierte innovasjonsprosjekter. Vi har eksempelvis to store prosjekter i rammen av Innovasjonspartnerskap, som begge har mottatt 10 millioner hver fra Innovasjon Norge for samarbeid med næringslivet:

- [Autoskår](#)
- [Teknologiassistert opplæring i kliniske ferdigheter](#)

Pandemien har vært utfordrende for hele helseforetaket, men vi fikk bekreftet at våre ansatte klarer å omstille seg på kort varsel ved å tenke ut nye løsninger. En video om riktig bruk av håndsprit for god håndhygiene fikk en massiv respons på sosiale medier i 2021⁷³, og viser noe av kreativiteten som følge av pandemien:

[Video: Karusell \(Dr. Radkes metode\)](#)

⁷² [Intraprenørskap – Sammen skaper man løsninger for fremtiden](#)

⁷³ [St. Olav-lege massiv respons etter musikkvideo](#)

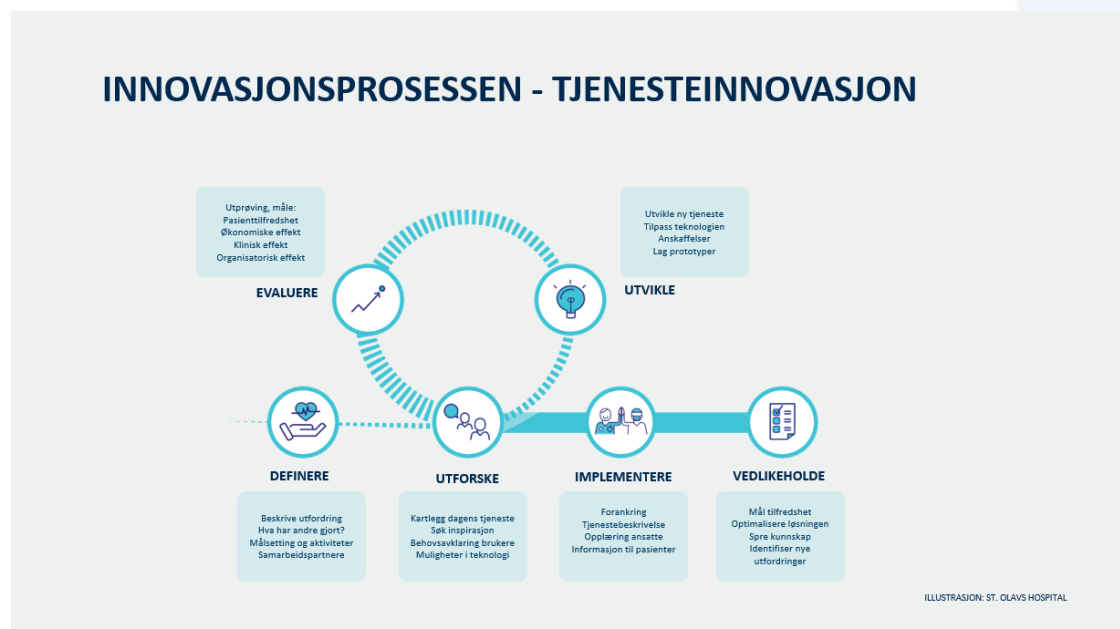
I planperioden planlegges en større innovasjonskonferanse ved St. Olavs hospital for å fremheve og formidle flere av våre spennende prosjekter, skape en arena for samhandling omkring nyskaping, løfte frem våre innovative ansatte og skape enda mer engasjement omkring dette viktige satsningsområdet.

Med utgangspunkt i innovasjonsprosessen som er tatt i bruk i *Forbedringsprogrammet* er det ønskelig å videreutvikle dette til et konkret og enkelt verktøy for ansatte slik at man vet hvordan man jobber med innovasjon. Verktøyet må særlig rette seg mot tjenesteinnovasjon, hvor både nye produktinnovasjoner og digitale verktøy inngår som viktige komponenter i ny praksis.

Innovasjonsarbeid sammen med kommunene, spesielt innen

tjenesteinnovasjon og velferdsteknologi, blir et viktig satsningsområde. Her er gode forankringsarenaer Helsefellesskapet⁷⁴ og Universitetskommunen TRD 3.0 (NTNU og Trondheim kommune)⁷⁵

En brukerstemme har uttalt at *Pasientane er dei mest radikale endringsagentane*⁷⁶. Stemmene til våre pasienter og pårørende er viktige, men også de ansatte og ulike utdanningskandidater som er innom vårt helseforetak for en kortere eller lengre periode. Våre utdanningskandidater kan være viktige ressurser inn i innovasjonsprosjekter, enten det er sykepleierstudenten som skriver en bacheloroppgave i samarbeid med Fremtidens Operasjonsrom⁷⁷, eller legen som i sitt spesialiseringsløp leder et forbedringsprosjekt som ledd i å oppnå læringsmål tilknyttet sitt utdanningsløp frem mot ferdig spesialist.



⁷⁴ Se kapittel 4.4.1

⁷⁵ [Universitetskommunen TRD 3.0](#)

⁷⁶ [Meld.St.11 Kvalitet og pasientsikkerhet 2013, kapittel 1](#)

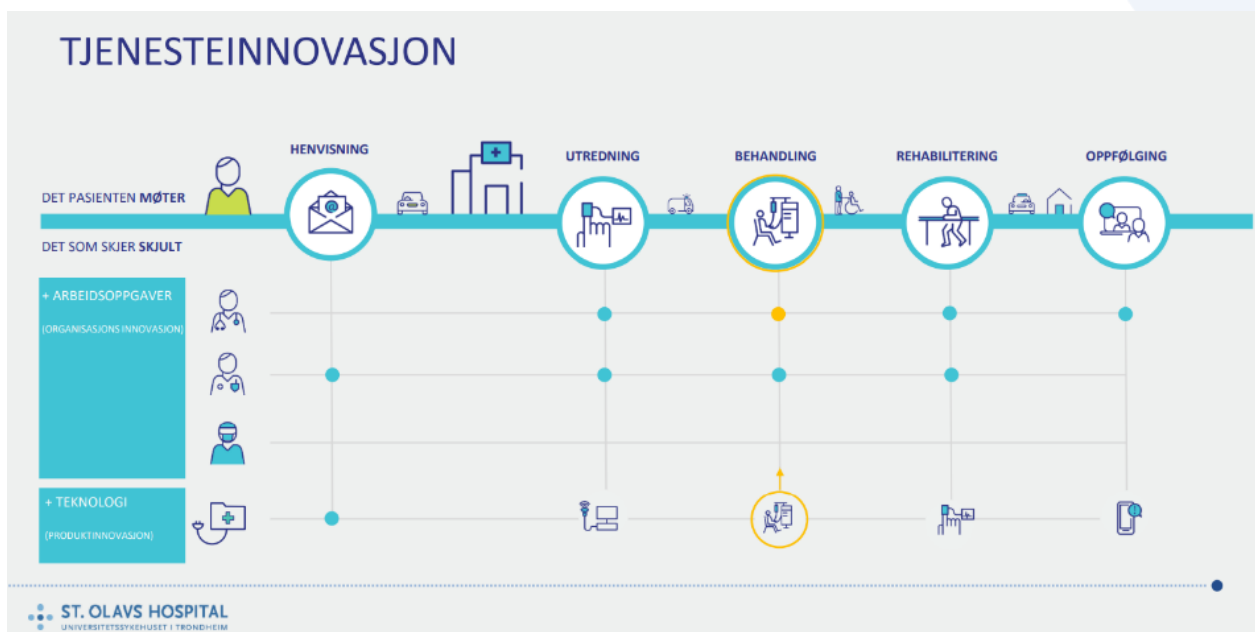
⁷⁷ [Fremtidens Operasjonsrom \(FOR\)](#)

Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Videreutvikle vår innovasjonsstrategi
- Arrangere en nasjonal innovasjonskonferanse
- Videreutvikle satsingen på, og skape kultur for, *Tjenesteinnovasjon* som er kjernen i vårt *Forbedringsprogram*
- Implementere innovasjonskultur i sykehusets lederutviklingsprogram
- Videreutvikle gode møtearenaer innen innovasjon med NTNU i det integrerte universitetssykehuset, med kommunene og med helseforetakene i regionen
- Større fokus på forskningsdrevet innovasjon ved å koble kunnskap fra forskning inn i nye innovasjonsprosjekter
- Større fokus på innovasjon av tjenester ved å utnytte de teknologiske mulighetene innen e-helse, og spesielt gjennom Helseplattformen
- Formidle de gode eksemplene på innovasjon ved St. Olavs hospital
- Øke brukermedvirkning i våre innovasjons-prosjekter
- Engasjere utdanningskandidater i våre innovasjonsprosjekter
- Styrke kompetanse innenfor IPR (immaterielle rettigheter) i samarbeid med NTNU i det integrerte universitetssykehuset og NTNU TTO⁷⁸ for å utnytte mulighetene innenfor patentering, kommersialisering, lisensiering og bedriftsetablering

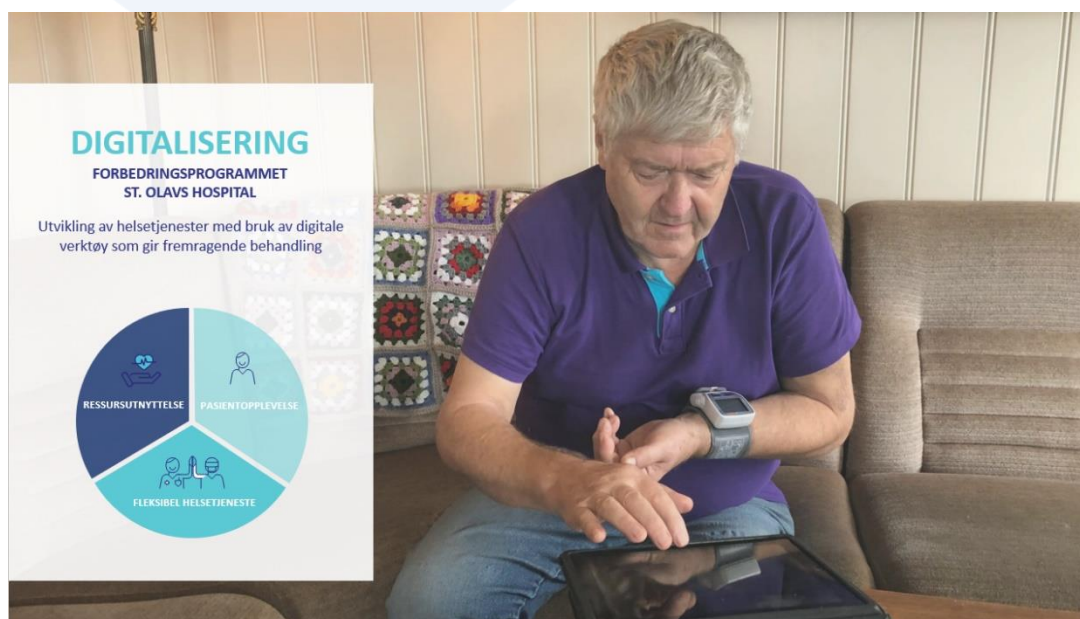
Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Videreutvikling av punktene over



⁷⁸ [NTNU Technology Transfer AS](#)

4.2.3 Teknologi og digitalisering i pasientens helsetjeneste



Digitalisering skal handle om å bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbedre, og legge til rette for økt verdiskapning og innovasjon. I dialog med markedet, men også ved å utvikle egne løsninger basert på forskning og innovasjon, kan vi sette sammen riktig teknologi for dekke behovene vi får knyttet til fremtidig pasientbehandling. Endringer innen teknologi og digitalisering må skje i tett samråd med pasientene. Vi har så vidt begynt å ane mulighetene som ligger i bruk av kunstig intelligens (AI) og sensorteknologi. Innføring av AI kan påvirke hvordan ulike yrkesgrupper jobber, og hvordan flere kompetansefelt må samarbeide.

Avstandsoppfølging ved hjelp av teknologiske nyvinninger samt velferdsteknologi bør kunne gi sårbare eldre pasienter samt kronikere bedre vilkår for å leve hjemme lengst mulig, og samtidig redusere belastningen på spesialisthelsetjenesten⁷⁹.

Avstandsoppfølging gjennom digital rehabilitering kan være et verktøy for mer likeverdige helsetjenester. Flytting av medisinsk utstyr nærmere pasienten gir rom for større fleksibilitet, samhandling og bedre ressursutnyttelse. Innen psykisk helsevern tilbys terapiveiledet internettbehandling gjennom senter for eTerapi⁸⁰. Målet er mestring av tilstander som sosial angst, depresjon og panikklidelser. For barn og unge er et arbeid i gang med behandling av tvangslidelse (eCBT⁸¹) med planlagt oppskalering knyttet til innfasing av pasientapplikasjonen *HelsaMi*.

St Olavs hospital ønsker gjennom forskning og innovasjonsprosjekter å være en regional pådriver for å ta i bruk teknologiske plattformer som muliggjør at pasienter kan leve mest mulig normalt med sine plager. Dette vil vi gjøre med våre samarbeidspartnere. Fremtidens operasjonsrom (FOR)⁸² er et samarbeid mellom St. Olavs hospital og NTNU, og en

⁷⁹ [Anbefaling nasjonal tilrettelegging for medisinsk avstandsoppfølging](#)

⁸⁰ [Senter for eTerapi](#)

⁸¹ [eCBT-Cognitive behavior Therapy](#)

⁸² [Fremtidens operasjonsrom](#)



viktig arena for klinisk og teknologisk forskning og innovasjon, utdanning, formidling og opplæring i elektromedisinsk utstyr. Kommunene i Trøndelag har organisert satsningen om velferdsteknologi i Trøndelagsløftet. Et samarbeid mellom St. Olavs hospital, kommunene, NTNU og næringsliv på dette og andre områder innen teknologi og digitalisering blir viktig å gå videre med i planperioden.

St. Olavs hospital har ambisjoner om å øke digitalisering og bruk av teknologi innenfor både kliniske, laboratorietekniske og administrative prosesser. Dette vil blant annet involvere områder som automatisering der vi allerede har pågående prosjekter innenfor for eksempel patologi, og planlagte prosjekter som har stort potensiale innenfor gevinstrealisering. Innføring av Helseplattformen blir det største digitaliseringsprosjektet som implementeres i planperioden.

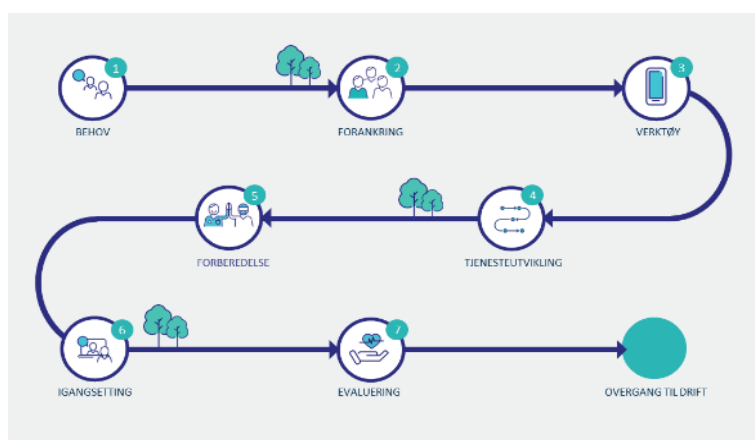
Med økt digitalisering og bruk av teknologi ligger et potensiale i å effektivisere helsetjenesten, og gi mer plass til omsorg og varme hender. Her er det behov for kunnskapsgrunnlag i form av godt planlagte forskningsprosjekter i samarbeid med NTNU og kommunene slik at vi får en bærekraftig bruk av ressursene fremover.

Det utadvendte sykehuset

Nasjonal helse og sykehusplan peker på utvikling av det utadvendte sykehus hvor tjenestene i større grad flyttes ut av sykehuset gjennom blant annet digitale løsninger og bruk av ny teknologi. Spesialister på store sykehus skal bistå spesialister på mindre sykehus nærmere pasienten, og jobbe sammen med kommunens helsepersonell på kommunale arenaer. Videre skal sykehuset bistå pasienter i hjemmet eller ved hjelp av digitale løsninger. Pasientene skal tilbys enkle og tidsriktige løsninger, og gevinstmålene for Helseplattformen skal understøtte dette.

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

St. Olavs hospital har jobbet systematisk med implementering av videokonsultasjoner gjennom forankring i ledergruppen til testing, opplæring og evaluering⁸³. Implementeringen er vist i illustrasjonen nedenfor, og konseptet vil gjenbrukes for andre lignende tjenester:

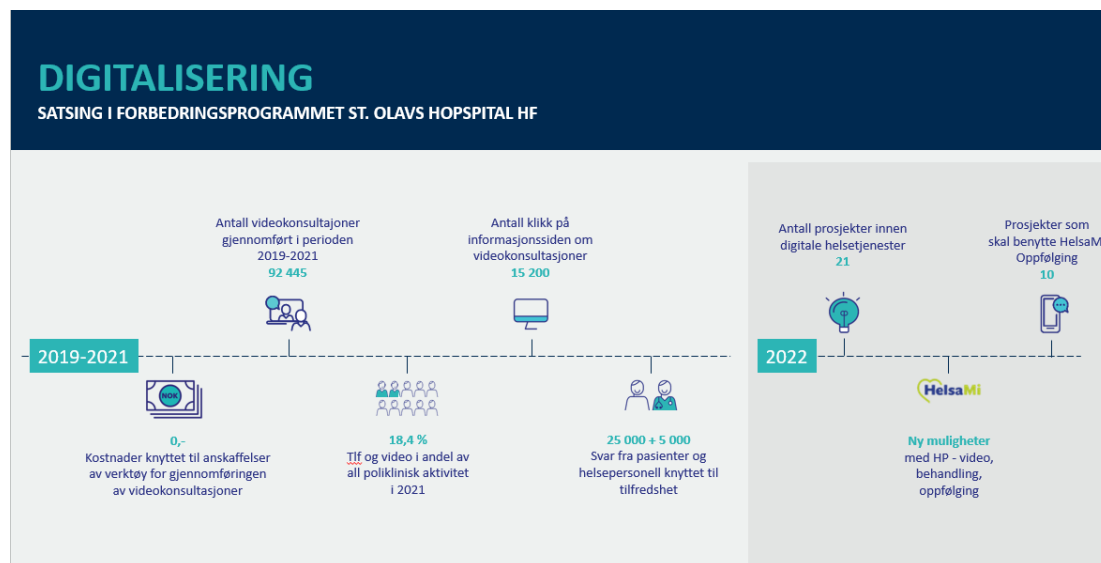


⁸³ [Intervju med administrerende direktør ved St. Olavs hospital Grethe Aasved om innovasjon – Overlegen nr. 4, 2021](#)

Digitalisering er også satt på dagsorden i *Forbedringsprogrammet* for 2022. Målene er å videreføre aktiviteten innen telefon- og videokonsultasjoner, større fokus på medisinsk teknisk utstyr som kan benyttes i hjemmet av pasienten og større bruk av digitale behandlings- og oppfølgingsprogrammer. En stor mulighet knyttet til økt aktivitet innen digitalisering er gjennom

pasientapplikasjonen *HelsaMi* som kommer med innføring av Helseplattformen.

I samarbeid med Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU)⁸⁴ er det utviklet 3-veis videokonsultasjoner mellom pasient, sykehuslege og fastlege, og dette vil også bli implementert i Helseplattformen.



Informasjonssikkerhet og personvern

Når ny teknologi, digitalisering og presisjonsmedisin blir en stadig større del av vår hverdag må både informasjonssikkerhet og personvern ivaretas. Her har Direktoratet for e-helse utarbeidet flere veiledere⁸⁵ rettet mot temaer som medisinsk utstyr, velferdsteknologi, digital pasientkommunikasjon, forskning med flere.

Informasjonssikkerhet handler om at informasjon, systemer og tjenester er tilgjengelig ved behov, at informasjon ikke endres utilsiktet eller av uvedkommende

(integritet) og at informasjon ikke blir kjent for uvedkommende (konfidensialitet).

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

St. Olavs hospital skal ivareta konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet til informasjonsverdiene i henhold til lover, forskrifter, føringer fra myndighetene, samfunnsoppdraget og informasjonseiernes interesser.

⁸⁴ [Regionalt senter for helsetjenesteutvikling - RSHU](#)

⁸⁵ [Veiledere Direktoratet for e-helse](#)

Kontinuerlig oppfølging, evaluering og forbedring av styringssystemet for informasjonssikkerhet og personvern skal sikre at dette blir ivaretatt. Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helsesektoren (Normen) skal følges.

Et dataangrep kan få store konsekvenser for pasientbehandlingen og dermed true pasientsikkerheten. Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige interesser i selskaper⁸⁶ påpeker vesentlige

sårbarheter i de fire helseregioners IKT-infrastruktur, og vesentlige svakheter i grunnleggende tekniske sikkerhetstiltak som skal forebygge og oppdage dataangrep. Dette blir viktig å adressere i planperioden gjennom bevisstgjøring og opplæring av personvern og sikkerhetskultur.

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

Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Videreføre og videreutvikle digitalt tjenestetilbud med konkrete mål for andel telefon- og videokonsultasjoner og pasientrapporterte opplysninger
- Øke automatisering ved blant annet bruk av kunstig intelligens (AI) med kartlegging av hvilke arbeidsprosesser som må endres og hvilken kompetanse som er nødvendig for god ressursutnyttelse
- Øke mulighetene som ligger i bruk av ny teknologi og digitalisering ved å videreutvikle kompetansen som er etablert i Fremtidens Operasjonsrom, Medisinsk teknisk avdeling og Avdeling for e-helse (våre tre enheter som driver med teknisk utvikling)
- Øke andelen hjemmebasert behandling gjennom digitalisering og sensorteknologi, og større bruk av medisinsk utstyr som brukes av pasienten hjemme
- Etablere samarbeidsarenaer med næringsliv, kommuner og NTNU som kan realisere helsetjenestens behov innen teknologi og digitalisering
- Styrke regional koordinering av leverandører av IT-tjenester
- I rammen av poliklinisk tjenesteutvikling, videreutvikle veiledet internettbehandling i regi av senter for eTerapi⁸⁷ i det psykiske helsevern, og utrede tilsvarende tiltak for andre fagområder
- Utarbeide en konsekvensutredning for oversikt over risiko knyttet til informasjonssikkerhet og ansvarslinjer mellom helseforetakene i regionen innen IKT og medisinsk-teknisk utstyr
- Gi opplæring og arbeide for at informasjonssikkerhet og personvern er en integrert og naturlig del av all virksomhet, og gjennomføre risikovurderinger jevnlig
- Utføre en kunnskapsbasert evaluering av det digitale tjenestetilbudet

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

Et 15-års-perspektiv er svært lang tid når tema er digitalisering og det er krevende å spå hvordan teknologiutviklingen vil endre helsetjenesten i et slikt tidsperspektiv. Vi viderefører punktene over, og følger med på behov, trender og teknologiutvikling i tiden fremover.

⁸⁶ [Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statens interesser i selskaper – 2019 Dokument 3:2 \(2020–2021\)](#)

⁸⁷ [Senter for eTerapi – St. Olavs hospital](#)



4.2.4 Helseplattformen

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



Illustrasjon fra nettsiden til Helseplattformen⁸⁸

Stortingsmelding 9 (2012/2013), Én innbygger – én journal⁸⁹, definerer mål og retning for utvikling av IKT-systemer i helse- og omsorgssektoren:

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

Helseplattformen i Midt-Norge vil gjøre det mulig å følge opp pasienter gjennom bedre informasjonsflyt og utveksling av helsedata mellom sektorhelsetjenestene, noe som gir oss et nasjonalt fortrinn innen «behandling av mennesket» framfor å behandle enkeltstående sykdommer. En direkte effekt av Helseplattformen bør

være at flere konsultasjoner kan skje uten pasientens oppmøte i spesialisthelsetjenesten gjennom bedre samhandling med fastlegeordningen.

HelsaMi

Pasientapplikasjoner som *HelsaMi* har potensiale til å styrke pasienters muligheter for å medvirke aktivt i samvalg og i egen behandling⁹⁰. Intensjonen er opplevelse av økt mestring i håndtering av helse og helseutfordringer og større grad av kontroll. I *HelsaMi* vil brukerne få oversikt over medisinsk historikk, timeavtaler, diagnoser, allergier, legemiddelbruk, prøvesvar med mer. Gjennom *HelsaMi* kan målsetninger om en pasientsentrert helsetjeneste, økt pasientmedvirkning og et behov for digitaliserte, tilgjengelige tjenester oppnås.

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

Utvikling av denne pasientportalen må gjøres i tett samarbeid med pasientene, og 2022 blir et prøveår for uttesting av løsningen.

⁸⁸ [Helseplattformen.no](https://helseplattformen.no)

⁸⁹ [Meld. St. 9 \(2012-2013\) Én innbygger – én journal](#)

⁹⁰ [Den nye pasientjournalen – nrk.no](#)



Implementering

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

God planlegging og behovsvurdering blir et grunnleggende premiss ved innføring av Helseplattformen gjennom planperioden. En oppgaveglidning mellom primær- og

spesialisthelsetjeneste som følge av implementeringen må skje i tett dialog med involverte parter, både helsepersonell og pasienter. Vi må videre til enhver tid stille spørsmålet om det vi gjør er etisk forsvarlig, og vie personvern og informasjonssikkerhet stor oppmerksomhet (se kapittel 4.2.3).



Prosjekter og muligheter i HelseMi

Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Gjennom innføring av Helseplattformen tilstrebe at helsearbeidere opplever bedre kvalitet og enklere tilgang på helseinformasjon, styrket pasientsikkerhet, økt effektivitet, redusert uønsket variasjon og økt forskningsaktivitet. Konkrete gevinstrealiseringsmål tilknyttet måleindikatorer er beskrevet i detalj i vedlegg 3, kapittel 6
- Videreutvikle applikasjonen *HelsaMi* i samarbeid med pasientene
- Etablere systemer for sikker og god overføring av informasjon fra pasient til journal
- Øke kvalitet og ressursbruk innen samhandling og pasientlogistikk gjennom standardiserte henvisninger og utskrivingsdokumentasjon
- Foreta en gjennomgang og kvalitetssikring av kommunikasjon med samarbeidspartnere som ikke tar del i Helseplattformen

Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Videreføre punktene over

4.2.5 Kunnskapsbasert forbedring og tjenesteutvikling

Kunnskapsbasert utvikling av helsetjenesten handler primært om å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, men også å se dette i lys av erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i gitte situasjoner⁹¹.

St. Olavs hospital skal ta i bruk nye former for behandling i tråd med de prioriteringer som gjøres nasjonalt. Det arbeides fortløpende med å skaffe oversikt over og redusere uønsket variasjon og overbehandling. Vi bruker data fra medisinske kvalitetsregistre, meldesystemene for HMS, kvalitet og pasientsikkerhet samt medarbeider- og brukerundersøkelser til å identifisere forbedringspotensial og utvikle bedre tjenester.

Like viktig som å ta i bruk nye behandlingsformer er å redusere behandling med uønskede menneskelige eller samfunnsmessige effekter, som for eksempel ved å redusere unødvendig bruk av antibiotika, redusere overdiagnostikk og overbehandling samt å minske utilsiktede variasjoner i behandlingstilbudet med påfølgende ineffektiv ressursbruk. Her viser vi til betydningen av å ta kloke valg og publikumskampanjen *Mer er ikke alltid bedre* som nevnt i kapittel 4.1.3. Reduksjon av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) har vært et satsingsområde som har gitt en ønsket effekt der måling i mai 2021 viste 3.6 %. Antibiotikastyringsteamet gjennomfører systematiske møter med klinikkene og har jobbet systematisk for å nå målet om 30 % reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika innen utgangen av 2021 sammenliknet med 2012.

⁹¹ [Kunnskapsbasert praksis - Helsebiblioteket](#)



Hva er en HAI?

HAI står for helsetjenesteassosierte infeksjoner, og er enkelt forklart infeksjoner som oppstår mens du er pasient på et sykehus eller en annen helseinstitusjon. Det vil si at du blir smittet av bakterier på helseinstitusjonen. Som regel er det pasientens egne bakterier som forårsaker HAI.

For pasientene er HAI en risiko for helse. For sykehus og helseinstitusjoner genererer det store utgifter på grunn av komplikasjoner, økte liggedøgn, økt bruk av antibiotika og økt dødelighet for de som blir smittet. HAI er selvfølgelig uønsket på St. Olavs hospital, og vi jobber kontinuerlig med å redusere forekomsten av slike infeksjoner.



Et fundament for forbedring er langsgående kvalitetsregistre hvor dataene brukes aktivt til kvalitetssikring av behandlingstilbudet. Et godt eksempel på dette er Norsk tonsilleregister⁹² illustrert i tekstboks nedenfor. Ved å ta i bruk helsedata på en ny og innovativ måte vil man kunne redusere uønsket variasjon i behandlingstilbudene mellom sykehus, men også kunne monitorere hvorvidt standardiserte pasientforløp kan ha uheldige effekter på subgrupper innenfor et vedtatt forløp. Nettopp dette premisset er en drivkraft innen persontilpasset medisin og diagnostikk. Det er også svært viktig at St. Olavs hospital deltar i nasjonale screeningsprogram og bidrar til å evaluere effekten av disse på våre pasientkohorter.

Igangsetting av riktig og presis behandling på riktig tidspunkt, ta i bruk nye behandlingsformer gjennom klinisk

behandlingsforskning med legemiddelintervensjoner og andre behandlingsintervensjoner, samt utprøving av nytt medisinsk teknisk utstyr på pasienter har et stort gevinstpotensial, både innen ressurs og kvalitet. Effekter av dette vil kunne være redusert antall pasientskader og kortere rekonvalesenstid som blant annet vil ha direkte effekt på liggetider i spesialisthelsetjenesten. Gevinster av dette vil være at man kan ta deler av tjenesten fra døgnopphold til dagtilbud/ poliklinisk tilbud.

Det er utdannet forbedringsagenter som kan bistå ledere i lokale forbedringsprosjekter, og enkelte medarbeidere har oppnådd kompetanse gjennom internasjonale program⁹³. *Forbedringsprogrammet* skal være en bærebjelke i all forbedringsaktivitet ved St. Olavs hospital.

Tonsilleregisteret

Et godt eksempel på kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid er tonsilleregisteret opprettet som følge av et prosjekt ved Øre-nese-hals-avdelingen ved St. Olavs hospital.

Norsk tonsilleregister er et kvalitetsregister for pasienter som får kirurgisk behandling for sykdom og plager relatert til halsmandlene (tonsillene). Et slikt nasjonalt register kan brukes for å identifisere uønsket variasjon i komplikasjonsrate mellom sykehus i Norge.

De iverksatte forbedringstiltakene evalueres ved følgeforskning, og tallene så langt viser reduksjon i antall reinnleggelser som følge av blødning etter tonsillektomi (fjerning av mandlene).



⁹² [Tonsilleregisteret – St. Olavs hospital](#)

⁹³ [Institute for Healthcare Improvement](#)

Våre prioriteringer i et 4-års perspektiv

- Fortsatt fokus på reduksjon av sykehusinfeksjoner og bruk av bredspektrede antibiotika i planperioden med tallfesting av konkrete mål
- Redusere uønsket variasjon ved å fortsatt implementere og videreutvikle standardiserte pasientforløp i tråd med forskningsbasert kunnskapsgrunnlag, og ved å iverksette forbedringstiltak knyttet til resultater fra nasjonale kvalitetsregistre
- Utrede og utarbeide en legemiddelstrategi ved sykehuset
- Sette inn konkrete forebyggende tiltak i høyrisikogrupper med flest innleggelser pr pasient slik at helsetjenestebehovene i disse gruppene reduseres og helsetilbudet forbedres

Våre prioriteringer i et 15-års perspektiv

- Videreføre punktene over

4.2.6 Standardisering

Standardisering av arbeidsmetoder, prosesser og utstyr er et viktig virkemiddel for å sikre optimal ressursutnyttelse, redusere uønsket variasjon i helsetjenesten, lykkes med digitalisering og skape et likeverdig helsetilbud ved helsetjenesten. Utvikling av standardiserte pasientforløp og pakkeforløp samt innføring av Helseplattformen blir sentrale satsninger for å nå våre mål. For å sikre gode, sammenhengende pasientforløp er e-helsestandarder nødvendige⁹⁴.

Arbeidet med revisjoner og standardisering av pasientforløp pågår

parallelt med revisjon av prosedyrer, som også regionaliseres med utvikling av en prosedyrebank som er felles for hele regionen. Teknisk standardisering vil på noen områder henge sammen med klinisk standardisering av pasientforløpene. Det å løfte fram de gode eksemplene på digitale innovasjoner, og god teknologiutnyttelse i klinikkene slik at bruksmønstrene sprer seg, kan være en viktig del av standardiseringen. Vi trenger en vekselvirkning mellom standardisering av infrastruktur, utstyr, applikasjonsportefølje og klinisk praksis.



⁹⁴ [e-helse.no standardisering](https://e-helse.no/standardisering)

Medisinsk utstyr

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

Felles for alt utstyr er at det skal være trygt og sikkert å bruke gjennom å fungere riktig i hele sitt livsløp, og ikke medføre fare for pasienter og brukere. Det er etablert et nytt, enhetlig regelverk i alle EU/EØS-land⁹⁵. Formålet er å styrke pasientsikkerheten med trygt og effektivt medisinsk utstyr, og at kravene til aktører som produserer og omsetter slikt utstyr skjerpes.

En prosess for regional standardisering og fellesanskaffelser av Medisinsk teknisk utstyr (MTU) er utarbeidet. Ansvar for vurdering og vedtak om standardisering er lagt til tverrfaglige fagledernettsverk⁹⁶ i regionen, og ansvar for anskaffelse lagt til eget fagråd.

I arbeidet med standardisering og fellesanskaffelser skal blant annet økonomiske gevinster, redusert ressursbehov, økt kvalitet og ulike gevinster i utstyrets levetid vektlegges.

Digitalisering

Digitalisering og standardisering henger tett sammen, og innenfor IKT-området er det behov for en helhetlig plan for digitalisering. For digitale helsetjenester som tilbys pasienter utenfor sykehuset kan vi spesielt forvente en økning i behov for medisinsk utstyr. Det blir viktig å unngå at det anskaffes nye applikasjoner (app'er) med funksjonalitet som allerede finnes i vår systemportefølje, og sikre at våre systemer benytter teknisk anerkjente standarder som gjør at integrasjoner mot andre løsninger er mulig. Bruk av såkalt *Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)*⁹⁷ kan være aktuelt å benytte i regionen, og en utredning igangsatt for integrasjon mot Helseplattformen. Innen IKT-området er standardisering på utstyr og løsninger i hele helseregionen et mål i seg selv, og det ligger som en viktig føring i alt utviklingsarbeid.

Regional logistikk

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

Våre prioriteringer i et 4-års perspektiv

- Utarbeide helhetlig plan for digitalisering for å oppnå standardisering
- Bidra til å etablere regionalt logistikkssenter
- Arbeide med standardisering, effektivisering og forenkling av følgende områder:
 - Pasientforløp
 - Beredskap/leveringssikkerhet, økonomisk gevinst og anskaffelsesprosesser
 - Kompatibelt materiell gjennom føringer fra Helseplattformen og redusere varesortiment
 - Innkjøpsprosesser for anskaffelser med høyt gevinstpotensial og lav risiko

Våre prioriteringer i et 15-års perspektiv

Videreføre punktene over

⁹⁵ [Nytt EU-regelverk for medisinsk utstyr fra 26.mai 2021](#)

⁹⁶ [Fagledernettsverk – Helse Midt-Norge](#)

⁹⁷ [Velferdsteknologisk knutepunkt \(VKP\) – e-helse](#)



4.3 Rekruttere, utvikle og beholde personell

Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell

Ansatte kompetanse er pasientenes trygghet for god kvalitet. Rett kompetanse møter pasientene i hele forløpet. Vi tar vår del av ansvaret for utdanning.

(Strategi 2030)

Vårt målbilde

- Vi er en attraktiv og trygg arbeidsplass med godt omdømme
- Vi arbeider for å oppnå en riktig dimensjonering og sammensetning av arbeidsstyrken
- Vår rekrutteringsstrategi fører til rett kompetanse på rett plass
- I samarbeid med utdanningsinstitusjonene har vi kunnskapsbasert utdanning av våre helsearbeidere, og styrket forskningskompetanse hos våre undervisere
- Vi har fokus på god veiledning, supervisjon og kompetansevurdering
- Våre utdanningskandidater har evne til omstilling, kvalitetsforbedrende arbeid og livslang læring

Fremtidig behov for spesialisthelsetjenester vil medføre en betydelig bemanningsøkning av alle typer helsepersonell. Perspektivmeldingen 2021⁹⁸ viser at framskrivning av dagens bruk av helsepersonell medfører at én av tre unge må utdannes innen helse- og omsorgssektoren innen år 2060⁹⁹. Det utdannes allerede i dag for få sykepleiere, og helsefagarbeidere. Dette gjør at vi må tenke helt nytt for å kunne dekke kommende behov. For leger ser utdanningstakten ut til å være mer samsvarende med behovene fremover, med unntak av noen spesialiteter som for eksempel psykiatri og allmennmedisin.

Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene (2019-2020)¹⁰⁰ har påpekt helseforetakenes utfordringer med å

rekruttere og beholde sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre.

Utdanning av helsepersonell er en av helseforetakenes fire lovpålagte oppgaver (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8)¹⁰¹. Ved St. Olavs hospital vil vi ta vår del av ansvaret med å utvikle utdanningen og kompetansesammensetningen i fremtidens helsetjeneste. Vi engasjerer våre ledere slik at utdanningsansvaret forankres og prioriteres, vi involverer våre samarbeidspartnere i utdanningsinstitusjonene og kommunene, og sikrer brukermedvirkning slik at pasientene møter rett kompetanse og høy kvalitet i våre nåværende og fremtidige helsearbeidere.

Fremtidens økte behov for helsetjenester kan ikke bare løses med tilsvarende økning i helsepersonell. Vi må utvikle og beholde

⁹⁸ [Perspektivmeldingen 2021 \(se kapittel 4.5\) – Regjeringen.no](#)

⁹⁹ [Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 og 2020-2023](#)

¹⁰⁰ [Riksrevisjonen- Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene 2019-2020](#)

¹⁰¹ [Spesialisthelsetjenesteloven](#)



det personellet vi har. Videre blir kompetansesammensetning og oppgavedeling, både internt i helseforetakene og med kommunene avgjørende. Det vil bli behov for nye yrkesgrupper i helse- og omsorgssektoren, og vi vil trenge fleksible og innovative medarbeidere som bidrar til å videreutvikle tjenesten.

Bemanningssenteret¹⁰² vil ha en viktig rolle i å bygge god rekrutteringskompetanse og bistå klinikkene etter deres behov. Trainee-ordningen for sykepleiere er en god rekrutteringsordning som vil bli videreført¹⁰³.

Rekruttering handler om å ivareta bærekraft i det totale helsepersonellbehovet i vår region. Både primær- og spesialisthelsetjeneste har utfordringer med å få riktig kompetanse på rett plass, og sammen med kommunene må vi jobbe for å finne en riktig balanse i vår rekrutteringspolitikk.

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

Trainee

St. Olavs hospital har traineeordning for sykepleiere.

Hensikten er å etablere en god overgangsordning fra å være student til å bli en kompetent sykepleier, og å være attraktiv arbeidsgiver som rekrutterer de dyktigste.

Ordningen inneholder et kompetanseprogram som kvalitetssikrer de nyutdannedes utvikling de første to årene slik at de oppnår bred faglig og organisatorisk kompetanse på et godt nivå.



Foto: St. Olavs Hospital

Forbedringsprogram kompetansesammensetning

En forutsetning for å få på plass en bærekraftig rekruttering og kompetansesammensetning er å utvikle kultur for tjenesteinnovasjon og nytenking samt en god strategi¹⁰⁴.

Kompetansesammensetning er en del av *Forbedringsprogrammet*, og er et

omfattende og viktig prosjekt som løper fram til 2025. Prosjektets mål er å bidra til at St. Olavs hospital har en dimensjonering og sammensetning av arbeidsstyrken som sikrer at sykehuset kan yte god, trygg og effektiv behandling nå og i fremtiden, og består av fire delprosjekter:

¹⁰² [Bemanningssenteret St. Olavs hospital](#)

¹⁰³ [Traineeordning for sykepleiere](#)

¹⁰⁴ [Strategisk kompetanseplanlegging ved St. Olavs hospital](#)



Forbedring: Kompetansesammensetning			
Delprosjekt 1	Delprosjekt 2	Delprosjekt 3	Delprosjekt 4
Analyse og overordnet strategi for fremtidens pleietjenester	Utdanning og rekruttering av sykepleiere og spesialsykepleiere	INTOVA 3 (intensiv- og overvåknings-avdelinger)	Helsefagarbeidere og støttepersonell
Dette prosjektet skal bistå de øvrige delprosjektene med analyser, framskrivninger og kunnskapsoppdateringer. Det er organisert rundt 3 arbeidspakker der nye arbeidspakker blir etablert underveis i prosjektet: Arbeidspakke 1 Bruke tilgjengelige framskrivningsmodeller for å kvantifisere gap mellom etterspurt og tilgjengelig personell. Arbeidspakke 2 Kunnskaps- og erfaringsoppdatering om oppgavedeling fra andre land og Norge basert på litteraturstudier og studiebesøk. Arbeidspakke 3 Modellbaserte analyser og bruk av optimeringsverktøy for best mulig bruk av tilgjengelige pleieressurser.	Det er ikke mulig å øke utdanningstakten for sykepleiere og spesialsykepleiere i så stor grad som behovene for spesialisthelse-tjenester øker. Derfor må gapet mellom behov for, og tilførsel av sykepleiere, reduseres. I dette prosjektet skal man blant annet identifisere oppgaver som kan utføres av annet personell og kvantifisere dette.	Her er det fokus på sykehusets intensiv- og overvåknings-avdelinger og at det er samsvar mellom kompetanse/ bemanning og pasientbelegg/ arbeidsbelastning. Dette gjøres gjennom analyser i samarbeid med delprosjekt 1 og videreutvikling av samarbeidet mellom sykehusets intensiv- og overvåkingsenheter.	I dette prosjektet er det en bred tilnærming til oppgavedeling i pleietjenesten. Fokus er både på helsefagarbeidere og annet støttepersonell som for eksempel helsesekretærer, portører, postverter og servicemedarbeidere inn i pleietjeneste. Prosjektet bygger på kunnskapsgrunnlaget fra delprosjekt 1, og kan prøve ut nye former for arbeidsdeling i praktisk drift.

4.3.1 Utdanning

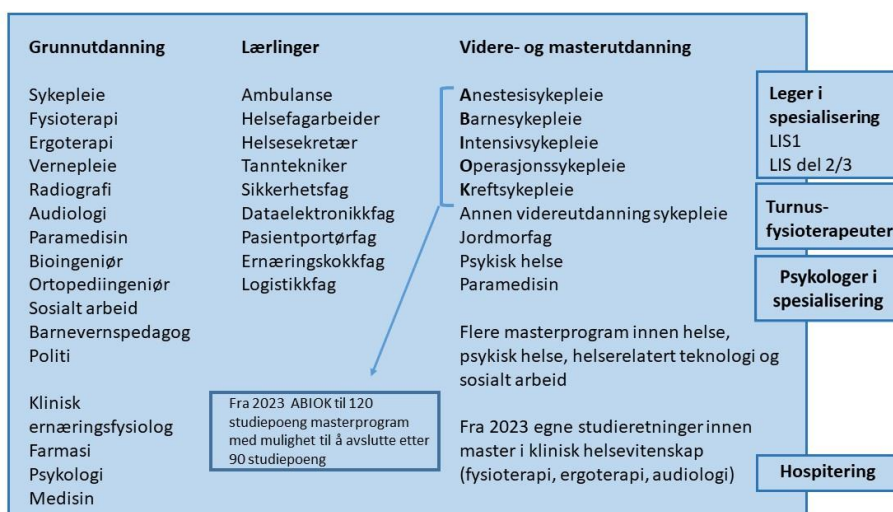
Trondheim er en attraktiv studentby hvor St. Olavs hospital tar imot studenter i praksisstudier og klinisk undervisning fra en rekke ulike studieprogram og profesjonsutdanninger. De fleste studenter er tilknyttet Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, som er integrert og delvis samlokalisert med St. Olavs hospital. Også andre fakultet ved NTNU er viktige

samarbeidspartnere, likedan kommunene og videregående skoler. Samarbeidet med utdanningsinstitusjonene reguleres gjennom forpliktende samarbeidsavtaler som følges opp av samarbeidsutvalg på ulike nivå.

Våre utdanningskandidater tilhører mange disipliner:



Våre utdanningskandidater



I tråd med nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) og felles forskrift er det nå forskriftsfestet at praksisveileder som hovedregel bør ha formell veilederkompetanse¹⁰⁵. Det blir behov for gode systemer for veiledning og supervisjon samt verktøy for kompetansevurdering i våre videre- og masterutdanninger samt i spesialistutdanningen av leger. Dette gjelder også lærlinger, jamfør Opplæringsloven¹⁰⁶. St. Olavs hospital må ha oversikt over innholdet i de ulike studieprogram, og bidra med innspill slik at dette dekker kommende kompetansebehov. Kultur for innovasjon er viktig for å skape fremtidens helsetjeneste. Dette må vektlegges også i utdanning av vårt helsepersonell.

Regjeringen annonserte høsten 2021 500 nye studieplasser innen sykepleie¹⁰⁷. Universitets- og høyskolesektoren kan klare denne økningen dersom helseforetakene stiller med tilsvarende økning i praksisplasser, noe som i dag er en utfordring. Dette gjelder spesielt jordmor,

anestesi- og intensivsykepleiere, men også sykepleiere generelt. Praksisplasser i kommunene faller videre inn i dette regnskapet, og det blir nødvendig med samhandling for å se på det totale behovet for våre utdanningskandidater.

St. Olavs hospital har 44 legespesialiteter i ny struktur for spesialistutdanning for leger. I den nye strukturen hviler et stort ansvar på hver enkelt leder i godkjenning av kompetanse knyttet til forskriftsfestede læringsmål.

Økt spesialisering, effektivisering, kortere liggetid og dreining av virksomheten fra døgn- til dagbehandling, gjør at læresituasjoner og tilgang på praksisplasser endres. Simulering og ferdighetstrening er godt etablert ved St. Olavs hospital og NTNU, og mulighetsrommet som ligger i denne læringsarenaen kan styrkes for å løse noen av utfordringene med økt press på spesialisthelsetjenesten som praksisarena.

Mange av våre undervisere har kombinerte stillinger i det integrerte

¹⁰⁵ [Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfaglige utdanninger](#)

¹⁰⁶ [Opplæringsloven](#)

¹⁰⁷ [Økt opptak med 500 studieplasser i sykepleie – regjeringen.no](#)

universitetssykehuset. NTNU og St. Olavs hospital må her sammen legge til rette for at helsearbeidere oppnår akademisk kompetanse i form av mastergrad og ph.d. for å styrke kvalitet i undervisning og veiledning, i tillegg til en mer kunnskapsbasert tilnærming i pasientrettet arbeid. Økt samarbeid om satsningen på stipendiatstillinger kan

dekke behovet for førstekompetanse i flere fagmiljøer. Det er også et ønske om å få på plass flere kombinerte 50/50% stillinger med tydelig innhold og plan for hva man ønsker oppnå i stillingen.

For å nå våre mål er en styrket tilhørighet og reell integrasjon i universitetssykehuset sammen med NTNU ønsket.



Foto: Ole Eikner/NTNU

Studenter ved Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU. Bilde hentet fra fakultetets [nettside om strategi](#).

Våre prioriteringer i et 4-års perspektiv

- Utarbeide en plan for etablering av flere praksisplasser for å kunne utdanne flere kandidater med kritisk kompetanse i tråd med fremtidige behovsanalyser
- Utarbeide en plan for å oppnå formell veilederkompetanse for våre praksisveiledere i alle utdanningsløp
- Etablere gode systemer for kompetansevurdering av våre utdanningskandidater, og bevisstgjøre ledere deres ansvar og roller omkring dette
- Utdanne helsearbeidere som har evne til omstilling og livslang læring gjennom bruk av innovative, kunnskapsbaserte og studentaktive metoder, aktiv bruk av simulering og ferdighetstrening og samordning av satsningen i *Forbedringsprogrammet*
- Legge en plan for å øke akademisk kompetanse i form av mastergrad og ph.d. for undervisere i alle studieprogram i samarbeid med våre utdanningsinstitusjoner, der opprettelse av flere kombinerte 50/50%-stillinger blir et av flere konkrete tiltak

Våre prioriteringer i et 15-års perspektiv

- Øke aktiviteten innen medisinsk og helsefaglig utdanningsforskning
- Utnytte mulighetene som ligger i Helseplattformen, også i utdanningsøyemed
- Etablere systemer for opplæring og etter- og videreutdanning som bidrar til både spisskompetanse og breddekompetanse tilpasset helsetjenestens behov



4.3.2 Bemanning og kompetanse

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



Rekruttering

St. Olavs hospital har klare fortrinn innen rekruttering ved å være et universitetssykehus i en attraktiv studentby.

Framskrivninger av fremtidige behov for helsepersonell viser et gjennomsnitt, og tar ikke høyde for fluktuasjoner slik vi for eksempel har opplevd under pandemien. I forbindelse med sommerferieavvikling er det også behov for ekstra personell, og behovet er spesielt stort for spesialsykepleiere. Under pandemien har sårbarheten innen intensiv medisin, både med hensyn til kapasitet og kritisk kompetanse, vært en del av utfordringsbildet.

WHO fraråder aktiv rekruttering av helsepersonell fra utviklingsland med kritisk mangel på helsepersonell, og oppfordrer til at medlemslandene i så stor grad som mulig dekker sitt behov gjennom egne menneskelige ressurser. Norge har lenge vært avhengig av helsearbeidere fra utlandet. Lavere valutakurs over tid, og en utjevning av lønnsnivå for helsearbeidere mellom land i EØS, gjør at Norge ikke kan regne med like god tilgang på arbeidskraft fra utlandet i planperioden fram til 2035.

Rekrutteringsprosessen ved St. Olavs hospital er en prosess med mange involverte og sammensatte arbeidsoppgaver. Ny teknologi og nye kommunikasjonskanaler gjør det mulig å

forenkle arbeidsprosesser og drive mer målrettet rekrutteringsarbeid.

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

Mål om økt klinisk forskning, og spesielt målsetningen i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier om at 5% av pasientene som behandles i spesialisthelsetjenesten deltar i kliniske studier i 2025, krever personell med høy forskningskompetanse. St. Olavs hospital vil derfor legge til rette for å prioritere dette ved rekruttering og ansettelse av klinikere.

Bemanning og oppgaveglidning

Framskrivninger av behov for spesialisthelsetjenester tilsier at vi må gjøre store endringer i måten vi jobber på. I vedlegg 4, kapittel 6, vises en vekst i sykepleiergruppen på 20% i perioden 2008 – 2020 og økning i andelen spesialsykepleiere fra 29% til 38% ved St. Olavs hospital. I samme periode er antall helsefagarbeidere mer enn halvert. Det har vært en markant oppgaveglidning fra helsefagarbeidere til sykepleiere, men også fra leger til sykepleiere. Både leger og sykepleiere har overtatt oppgaver som



helsesekretærer tidligere hadde ansvar for.

Eksempler på oppgaveglidning er polikliniske kontroller i pasientforløp (diabetessykepleiere og ultralydjordmødre) samt opplæring i spesifikke legeprosedyrer. Et paradoks i dette er at det har vært relativt god tilgang på leger, mens tilgangen til sykepleiere har vært vanskeligere. Trenden ser ut til å forsterke seg fram til 2035. Denne type jobbglidning vil kunne bidra ytterligere til å utfordre bærekraften i kompetansesammensetningen.

Innen legespesialitetene har det skjedd en rekke endringer i oppgavefordeling mellom spesialiteter som er drevet fram av utvikling i teknologi og kunnskapsgrunnlag. Eksempler på dette er at ultralyd-diagnostikk nå er et viktig arbeidsverktøy for spesialister og leger i spesialisering i kliniske fag som for eksempel reumatologi, anestesilogi, akutt- og mottaksmedisin. Det er etablert nye spesialiteter i akutt- og mottaksmedisin og rus- og avhengighetsmedisin.

I oversikten over personellutviklingen (vedlegg 5, kapittel 6), legger vi merke til at andel årsverk mellomledere har økt vesentlig i forhold til andre ledere, særlig siden 2015. Øvrige ledere har også økt i antall årsverk. Støttefunksjoner har ikke hatt tilsvarende utvikling, og antall årsverk her har vært tilnærmet uforandret siden 2011.

Pandemien har vist oss at det ikke er mulig å planlegge langt frem i tid endringer i funksjoner og oppgaver basert på framskrivninger og erfaringer. Fullt sykehus er en utfordring med tidvis høy tilstrømning av akutte innleggelser, og i perioder høyt antall utskrivningsklare pasienter som venter på et tilbud i kommunene. Dette kan gå utover driften ved helseforetaket, blant annet ved at planlagt ikke-akuttaktivitet må reduseres. Beredskap for kontinuerlig å kunne vurdere behov for omfordeling av

kapasitet og ressurser internt i sykehuset må være til stede, herunder løpende evaluere fordeling av antall senger i de ulike klinikkene.

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

Oppgaveglidningen har frem til nå delvis endret seg som følge av økonomiske innstramninger og effektivisering med en noe utydelig faglige begrunnelse. I planperioden ser vi et klart behov for en mer kunnskapsbasert og behovsprøvd tilnærming til fordeling av arbeidsoppgaver. Prosjektet *Kompetansesammensetning* er et satsningsområde i *Forbedringsprogrammet*, og vil ha prioritet i årene fremover. God samhandling internt på St. Olavs hospital blir essensielt for å oppnå våre mål.

Pensjon og sykefravær

Andelen spesialutdannet personell over 60 år har vært stabil de siste 5 år. Vi ser en svak økning i gjennomsnittlig avgangsalder de siste 10 årene ved St. Olavs hospital, men det er fremdeles en utfordring å få ansatte til å arbeide i foretaket helt fram til ordinær pensjonsalder.

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



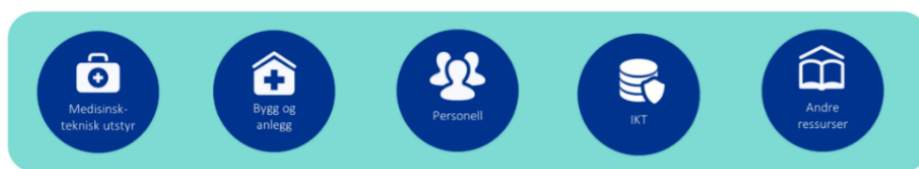
HMS og arbeidsmiljø

Helsepersonells helse, miljø og sikkerhet (HMS), kvalitet på helsehjelpen og pasientenes sikkerhet er gjensidig avhengig av hverandre. HMS har tilført arbeidslivet viktige reguleringer, standarder og veiledninger som har gjort arbeidsplassene tryggere. Godt arbeidsmiljø handler om å redusere risiko for farer og ulykker, rette søkelyset mot de positive og helsefremmende faktorene i arbeidsmiljøet og aktivt involvere ansatte i

det kontinuerlige forbedringsarbeidet. For St. Olavs hospital vil det være viktig å legge vekt på utvikling av HMS, og betydningen av et godt arbeidsmiljø for alle ansatte. Det å arbeide i et helseforetak er krevende relasjonelt, emosjonelt og fysisk. Å heve bevisstheten om hva et godt arbeidsmiljø kan bidra til vil føre til at vi beholder flere ansatte på jobb, gjøre arbeidsstokken mer stabil og gjøre oss mindre sårbare.

Personell er vår viktigste innsatsfaktor

Hvordan forvalte ressursen bedre?



Kostnader tilknyttet personell, kompetanseutvikling og utdanning tilsvarer cirka 75 % av våre driftskostnader

For å oppnå bærekraftig sykehusdrift må vi sikre at vi har rett kompetanse på rett sted til rett tid

Våre prioriteringer i et 4-års perspektiv

- Sikre en faglig begrunnet fordeling av oppgaver, funksjoner og ansvarsområder gjennom prosjektet *Kompetansesammensetning i Forbedringsprogrammet ved at*
 - oppdatert kunnskap er grunnlag for endret oppgavedeling mellom ulike personellkategorier, og oppgavedeling og bemanning på tvers av organisatoriske enheter
 - utredning av ulike yrkesgruppers kompetanse angir hvilke oppgaver som kan utføres der det ikke er en forutsetning for sykepleierutdanning
 - det legges til rette for utprøving og evaluering av tjenesteutviklingstiltak i klinikkene
 - det skjer en årlig økning i antall helsefaglæringer og helsefagarbeidere i pleietjenesten
- Utarbeide kompetanseplaner med gode maler på alle nivå i organisasjonen
- Videreutvikle bemanningssenteret sin rolle i rekrutteringsarbeidet, og i arbeidet med å møte varierende bemanningsbehov, herunder nok tilgang til fagarbeidere, helsefagarbeidere og sykepleiere
- Kartlegge drivere og hemmere for heltid, og tilby flere ansatte fast tilsetning i hele stillinger der hovedregelen er å lyse ut 100% faste stillinger for å sikre rekruttering av viktig kompetanse
- Vektlegge forskerkompetanse ved ansettelser
- Videreutvikle opplæringskontoret for helsefagarbeidere og portører til også å omfatte andre fagområder



- Arbeide systematisk med å utvikle godt arbeidsmiljø og forebygge arbeidsrelaterte plager, sykefravær og frafall. Konkrete tiltak vil bli å
 - fortsette pilotering i det nasjonale Bransjeprogrammet for sykehus¹⁰⁸
 - følge opp kartleggingen i arbeidsmiljøundersøkelsen *Forbedring* der enheter med 10 prosentpoeng under gjennomsnitt på viktige arbeidsmiljøfaktorer får konkret bistand
 - styrke HMS-arbeidet gjennom å forenkle dagens systemer, utvikle og digitalisere vernerunder og øke kunnskapen rundt viktigheten av å melde om og lære av avvik

Våre prioriteringer i et 15-års perspektiv

- Sikre at St. Olavs hospital har en bærekraftig dimensjonering og sammensetning av arbeidsstyrken som gjør at sykehuset kan yte god, trygg og effektiv behandling i fremtiden
- Fortsatt strategisk kompetanseplanlegging gjennom videreutvikling av årshjul og bemanningsplaner
- Målrettet arbeid med rekruttering og omdømmebygging
- Videre satsing på forbedringsarbeid og arbeidsmiljøutvikling
- Styrke alle elementene omkring HMS-arbeidet

4.3.3 Ledelse

Krav til ledelse i spesialisthelsetjenesten er beskrevet i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* som trådte i kraft 01.01.2017. Helsetjenesten står overfor et utfordrende fremtidsbilde med krav til høy omstillingstakt. For å lykkes med dette har vi behov for fremragende ledere på alle nivåer som evner å lede og motivere de ansatte til innovasjon og endring. Ved St. Olavs hospital vil endringsprosesser bli nødvendige i tilknytning til vårt satsningsområde og prosjekt *Kompetansesammensetning i Forbedringsprogrammet*. Her må ledere på ulike nivå involveres for å kunne møte bemanningsutfordringene i tiden fremover.

Med høyt arbeidspress og stort kontrollspenn opplever mange ledere det

som utfordrende å sette av tid i hverdagen til å utvikle lederskap. Administrative støttesystemer og verktøy som er lett tilgjengelige kan frigjøre tid til ledelse, forbedringsarbeid og pasientrettet arbeid.

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

St. Olavs hospital har i 2021 513 ledere, med 344 kvinner og 169 menn. Antall mellomledere har hatt en jevn økning, mens støttefunksjonene er uendret.

Den teknologiske og digitale transformasjonen vi står i, og som nå for

¹⁰⁸ [Bransjeprogrammer under IA-avtalen 2019-2022 – regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/tema/bransjeprogrammer/bransjeprogrammer-2019-2022/id2637444/)



alvor kommer med Helseplattformen, vil utfordre oss på måten vi arbeider i dag.

For å møte denne utfordringen, må vi fortsette arbeidet med å rekruttere og utvikle ledere, bygge innovasjonskultur og styrke evnen til omstilling hos våre ledere. Vitenskapelig kompetanse hos ledere vil

være en styrke, og som universitetssykehus har ledere et særlig ansvar for å legge til rette for vitenskapelig aktivitet i form av utdanning, forskning og innovasjon. Enkelte deler av lederutviklingen vil da kunne skje i samarbeid med Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU.



Våre prioriteringer i et 4-års perspektiv

- Videreutvikle vårt foretaksinterne lederutviklingsprogram med følgende hovedinnhold:
 - Ledermobilisering
 - Tilbud til nye ledere
 - Basisprogram for ledere
 - Mentorordning
 - Ledergruppeutvikling
 - Tjenesteinnovasjon og ledelse
- Delta aktivt i utviklingen av et regionalt topplederprogram
- Sikre god lederstøtte gjennom tilgang på styringsinformasjon og hensiktsmessige støttesystemer/-funksjoner
- Sikre tid til ledelse på alle ledernivå ved å utrede rammer for lederoppgaver og lederspenn

Våre prioriteringer i et 15-års perspektiv

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



4.4 Gode lagspillere

Vi er gode lagspillere

Vi tenker helhet og samhandling. Laget består av alle aktører som bidrar i helsetjenesten. Vi spiller hverandre gode og utnytter hverandres fortrinn.

(Strategi 2030)

Vårt målbilde

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

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

Vår samhandling med utdanningsinstitusjonene er beskrevet tidligere, og intern funksjons- og oppgavefordeling omtalt i kapittel 4.3.2 der det å være gode lagspillere er avgjørende for et godt arbeidsmiljø.

Våre relasjoner med kommunene og fastlegene i Helsefellesskapet, med øvrige helseforetak og med private aktører er viktige for å kunne gi pasientene et helhetlig tilbud der kompetansen settes inn på riktig nivå med forsvarlig fordeling av ressursene.

St. Olavs hospital har her et særskilt ansvar både som lokalsykehus, regionsykehus, og universitetssykehus.

4.4.1 Helsefellesskap og samhandling

Helsefellesskap

Samhandlingsreformen fra 2012 var en koordinerings- og retningsreform som blant annet ga kommunene et større ansvar i form av levering av helsetjenester nærmere pasienten. Reformen forpliktet spesialist- og primærhelsetjenesten til å inngå samarbeidsavtaler, og dette ble

tydelig forankret i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Helsefellesskapet er etablert for å ivareta samhandling i praksis, og i vår region består dette av St. Olavs hospital og 22 kommuner der en samarbeidsavtale ble signert med ikrafttredelse 01.03.2021¹⁰⁹.

¹⁰⁹ [Samarbeidsavtale Helsefellesskapet](#)



Samhandling i Helsefelleskapet ivaretas i tre nivåer: politisk samarbeidsutvalg (PSU), administrativt samarbeidsutvalg (ASU) og 5 fagråd med ulike ansvarsområder. Se figur (figur kommer) for oversikt over organisering, og vår nettside som er etablert som felles informasjonskanal¹¹⁰.

I Helsefelleskapets administrative samarbeidsutvalg deltar representanter fra helseforetak, tilhørende kommuner, fastleger og brukere. Som observatører deltar tillitsvalgte, KS¹¹¹, Statsforvalter, Sør-Trøndelag fylkeskommune og NTNU. De fire prioriterte pasientgruppene tidligere omtalt i kapittel 4.1.2 skal prioriteres i rammen av helsefellesskapet. Fra Helsedirektoratet er det lagt ut styringsinformasjon¹¹² som skal kunne benyttes som grunnlag for dialog og samhandling på tvers av forvaltningsnivåene. Helsefellesskapet i vår region har utviklet en strategi, *En sømløs helsetjeneste – felles ansvar*, med tre strategiområder og seks satsningsområder.

De tre strategiområdene:

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

De seks satsningsområdene:

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

I tillegg til strategien er det utarbeidet en handlingsplan med konkrete tiltak på hvert satsningsområde, og denne planen skal være et dynamisk verktøy. Strategi og handlingsplan (vedlegg nr. 6, kapittel 6) er i all hovedsak utarbeidet på bakgrunn av Nasjonal helse- og sykehusplan, Samarbeidsavtalen og innspill fra PSU, ASU og fagrådene i samhandlingsstrukturen.

Brukermedvirkning er en viktig forutsetning i Helsefellesskapet: *Pasientene skal være aktive deltakere i helsehjelpen de mottar og oppleve sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner. «Hva er viktig for deg?» skal være førende i møte mellom pasient og helsepersonell og i utvikling av helse- og omsorgstjenesten.*

Samhandling

Gode rammer omkring endringer i samhandling med primærhelsetjenesten skapes innen utvalgene og fagrådene i Helsefellesskapet. Fagråd for legesamarbeid i Helsefelleskapet har her utarbeidet en egen sjekklister¹¹³ som anbefales brukt når det oppstår forespørsler om endret oppgavedeling mellom helseforetak og fastleger/kommuner. I samarbeidsavtalen med Helsefellesskapet har vi gode føringer: *Endring av egen praksis og tjenestetilbud, som får konsekvenser for ansvars-/oppgavefordeling, skjer etter drøfting med partene*¹¹⁴.

Eksempler på samhandling

- I Orkland kommune har man en avtale med St. Olavs hospital om felles legevakt og akuttmottaksfunksjoner. Kommunale Øyeblikkelig hjelp døgnsenger er lokalisert i sykehuset.
- Distriktsmedisinsk senter (DMS) er en struktur i grenseflaten mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Dette er etablert på Fosen i form av en sengepost og spesialistpoliklinikk ved Fosen DMS.
- Det er iverksatt en rekke tiltak som demper presset inn på sykehuset og forebygger innleggelser. Dialogen med fastlegen og legevaktslege via samhandlingstelefonen i akuttmottaket er sentral ved at akuttpolikliniske konsultasjoner kan

¹¹⁰ [Samhandling St. Olavs hospital](#)

¹¹¹ [KS](#)

¹¹² [Styringsinformasjon Helsefellesskap](#)

¹¹³ [Sjekklister for saksgang ved ønsket oppgavedeling](#)

¹¹⁴ [Samarbeidsavtale Helsefellesskapet](#)



føre til tidlige avklaringer og forebygge innleggelser.

- Felles forvaltning av ambulanser vedrørende drift og vedlikehold er etablert i regionen der det å håndtere bilflåten som en stor enhet gir stordriftsfordeler.
- Ved Øya Helsehus samarbeider St. Olavs hospital og Trondheim kommune om drift av sengeplasser¹¹⁵.
- Innenfor psykisk helsevern er det to distriktpsikiatriske sentra som samarbeider med hvert sitt opptaksområde med tilhørende kommuner.
- Rørosprosjektet er spesielt nevnt i Nasjonal Helse og Sykehusplan 2020-2023 og i kapittel 2.1.



Røros

Hjemmesykehus for barn er for øvrig omtalt i kapittel 4.1.1 der også flere digitale samandlingsarenaer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er beskrevet tilknyttet de prioriterte pasientgruppene. Disse har vi som mål å videreutvikle.

Innen psykisk helsevern er det en utvikling fra allmennpsykiatriske tjenester til mer diagnosespesifikke og spesialiserte tjenester med økt søkelys på hensiktsmessig oppgavefordeling innen spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern.

Våre prioriteringer i et 4-års perspektiv

- Videreutvikle arbeidet med Helsefellesskapet, gjøre handlingsplanen kjent i helseforetaket, fortsette arbeidet med å videreutvikle den og sette i gang tiltak for implementering
- Sikre brukerrepresentasjon i samhandlingsutvalg i utviklings- og utredningsarbeid og i samhandlingsprosjekt
- Styrke vår utadrettede virksomhet gjennom våre desentrale spesialisthelsetjenester (ambulante tilbud, desentrale poliklinikker, bruk av ny teknologi, virtuelle undersøkelsesrom og hjemmedialyse) i dialog med kommunene
- Tydeliggjøre og utvikle en plan for nødvendig og hensiktsmessig oppgavefordeling innen flere fagområder mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene
- Øke tilstedeværelsen av spesialister i henvisningsarbeidet ute på fastlegekontorer
- Utvikle en felles digital arena der spesialister fra sykehus kan jobbe sammen med kommunens helsepersonell

Våre prioriteringer i et 15-års perspektiv

- Videreføre første punkt over i form av implementering
- Etablere en strategi for felles kompetansedeling innen pasientsikkerhet og kvalitet mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner

¹¹⁵ [Øya helsehus](#)



4.4.2 Funksjons- og oppgavefordeling gjennom samhandling med helseforetak

Et bredt faglig samarbeid mellom helseforetakene i Midt-Norge er nødvendig for å oppnå kvalitet i tjenestetilbudet og lykkes med helhetlige pasientforløp. Samhandling i denne sammenheng forstås bredt: direkte pasientrettet samhandling, samhandling om kompetansedeling og samhandling knyttet til utdanning og veiledning. St. Olavs hospital har fått i oppdrag av Helse Midt-Norge å lede fagledernetverk¹¹⁶ innenfor de ulike fagområdene, og disse vil få en viktig rådgivende funksjon med hensyn til oppgavedeling og koordinering mellom helseforetakene i regionen.

Prosjektgruppen som fikk i oppdrag å vurdere fusjon av St. Olavs hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF påpekte i sin rapport fra januar 2021¹¹⁷ at nettopp styrket samhandling i *hele* regionen måtte prioriteres fremfor en fusjon mellom to helseforetak. Rapporten konkretiserer flere anbefalinger for et bedret samarbeid. En hensiktsmessig oppgavefordeling med mål om et helhetlig tilbud i regionen må på plass samtidig som lokalsykehusfunksjonene ivaretas og samhandling med primærhelsetjenesten styrkes. Det ble i rapporten påpekt at implementering av Helseplattformen vil

bidra til forenkling og harmonisering av informasjonsflyt og pasienthåndtering i helseregionen.

I helseregionen er det opprettet en felles klinikk for billediagnostikk¹¹⁸. Denne typen samarbeid mellom helseforetak kan vurderes for flere fagområder, spesielt laboratoriemedisin, og er blant annet gunstig for avklaring av hvilke undersøkelser som bør gjøres hvor. Bedre systemer for ivaretagelse og oppfølging av pasienter som skrives ut til hjemmet eller et annet helseforetak kan være helhetlige pasientforløp i samarbeid med brukerne, kommunene, fastlegene og helseforetakene. I regi av fagledernetverkene er det utarbeidet en rekke standardiserte regionale behandlingsforløp i samarbeid med Regionalt Senter for Helsetjenesteutvikling (RSHU), der formålet er å sikre gode behandlingsrutiner og hensiktsmessig samarbeid og funksjonsfordeling i hele foretaksgruppen.

Det finnes et klart gjenværende potensiale og behov i å bistå hverandre i løse utfordringene med funksjons- og oppgavefordeling, og dette vil vi arbeide videre med i planperioden

Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

- Utnytte mulighetene i Helseplattformen for økt utadventt virksomhet rettet mot andre helseforetak i regionen med mål om en bedre funksjons- og oppgavefordeling
- Utarbeide flere regionale behandlingsforløp i regi av fagledernetverkene
- Skape et tettere samarbeid gjennom å styrke felles klinikker som Klinikk for billediagnostikk, og utrede muligheten for å etablere flere slike felles klinikker, for eksempel innen laboratoriemedisin

¹¹⁶ [Fagledernetverk – Helse Midt-Norge](#)

¹¹⁷ [Rapport Prosjektgruppe utredning helseforetaksstruktur HMN januar 2021](#)

¹¹⁸ [Klinikk for billediagnostikk](#)



Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

- Øke tilgjengelighet av helsetjenester både i tid og sted, derav digitale helsepedagogiske tjenester for økt opplæring og mestring for den enkelte pasient og utdanning av helsepersonell på tvers av helseforetak
- Utrede en strategi for felles kompetansedeling innen pasientsikkerhet og kvalitet mellom helseforetakene

Samhandlingssagaen

Det var en gang en slagpasient
Som ufrivillig ble del av et eksperiment
Han skulle skrives ut fra sitt sykehus
Med en noe nedsatt thalamus
Til kommunens lokale rehabsenter
For å trene opp sine muskler og ligamenter
Men, da han ankom rehablokalet
Visste ingen noe om ham, verken leder eller personalet
For senteret hadde ikke fått no' epikrise
Til tross for sykehusets fagekspertise
Hva har skjedd? Vi har jo nå Helseplattformen
Som skal påse at god samhandling er den nye normen
Men Helseplattformen bare et verktøy er
I seg selv er den ikke revolusjonær
God samhandling krever tillit og åpenhet
Mellom pasient, personell og enhver autoritet
Vær nysgjerrig, sier vi, en kohort av studenter
Som håper at i fremtiden venter
Et helsevesen som samarbeider til tross
For ulik kultur og bakgrunn, ja, vi må nok slåss
For åpenhet og tillit og nysgjerrighet
Slik at slagpasienten kan opprettholde sin verdighet



Foto: Geir Mogen, NTNU
Illustrasjon fra nettsiden til Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

En gruppe studenter skrev dette diktet vinteren 2022 som del av sin oppgave i TverrSam, et obligatorisk undervisningsopplegg fokusert på tverrfaglig samhandling for 3.års-studenter ved 9 ulike medisin, helse- og sosialfagutdanninger ved NTNU, enestående i sitt slag i Norge.

Ved St. Olavs hospital vil vi jobbe for at samhandling blir basert på tillit og god dialog, og at Helseplattformen blir den samhandlingsplattformen vi ønsker den skal være.

Dikt gjengitt med tillatelse fra studentgruppens skribenter, Silje Nørsett, Amund Tveit Andresen og Zahra Al-Rekabi

TverrSam tilbys i tillegg til TverrPraks, som også er en læringsaktivitet som har som mål å sikre at alle sisteårsstudenter ved NTNUs 12 helse- og sosialfagutdanninger, fordelt på 3 fakultet, kan gjennomføre tverrfaglig praksis som forbereder dem for tverrfaglig samarbeid i arbeidslivet, og til å være gode lagspillere.

4.4.3 Bruk av private aktører

I tillegg til de offentlig eide sykehusene og distriktsmedisinske sentra omfatter spesialisthelsetjenesten avtalespesialister og private leverandører med avtale. For å unngå uønsket variasjon og yte helsetjeneste av høy faglig standard er det viktig at de private tilbyderne følger samme prinsipper for rettighetsvurdering og utøvelse av sin tjeneste som den offentlige helsetjenesten.

Avtalespesialister

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

avtalespesialistene som arbeider innenfor samme fagfelt.

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

Med innføring av Helseplattformen er det et behov for at også avtalespesialister tar i bruk denne.

Det er nødvendig med tett dialog mellom St. Olavs hospital, avtalepartnerne og det regionale helseforetaket Helse Midt-Norge for å optimalisere avtaler hvor oppfølging skjer på regionalt nivå:

- Rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister
- Rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Norsk psykologforening om avtalepraksis for psykologer

Private leverandører med avtale

Regionale helseforetak inngår årlig avtaler med private sykehus og poliklinikker, samt rehabiliteringsinstitusjoner. Helse Midt-Norge er det regionale helseforetaket i landet som kjøper mest private helsetjenester, målt i andel av budsjett. I utgangspunktet har St. Olavs hospital som ambisjon å tilby alle nødvendige helsetjenester til befolkningen. Når dette ikke er mulig er det viktig at avtalene med private leverandører innrettes slik at pasientene gis behandlingstilbud som er faglig likeverdig, som er underlagt de samme prioriteringer som de får ved de offentlige sykehusene, og med samme standarder innen pasientforløp. Dette forutsetter et nærmere faglig og forpliktende samarbeid mellom sykehuset og private leverandører enn det som er tilfelle i dag. Det er viktig at helseforetakene i større grad får ansvar for prioritering og vurdering av den helsehjelp

som skal ytes hos private aktører. Dette kan gjøres gjennom etablering av felles henvisningsmottak i regi av sykehuset.

Innen rehabilitering er det i dag et regionalt henvisningsmottak som vurderer henvisninger.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er et fagområde hvor i overkant av 50 % av tjenestene ytes av private ideelle aktører som har driftsavtale med det regionale helseforetaket. St. Olavs hospital bør sette standard for pasientforløp hos private tjenesteytere, som i somatikken. St. Olavs hospital mangler i dag tilbud om elektiv avrusning. Det er satt i gang et planarbeid for å sikre et slikt tilbud inn i Senter for psykisk helse.

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

Et eksempel på forskyvning av oppgaver og nivå av finansiering er reduksjon av skulderkirurgi til fordel for skulderrehabilitering på bakgrunn av kunnskapsbaserte behandlingsanbefalinger. Bruk av relativt store midler til kjøp av private rehabiliteringstjenester må utredes mer i planperioden, og om det er grunnlag for å tilbakeføre noen av oppgavene og ressursene som benyttes på private aktører til St Olavs hospital. En konsekvensutredning for mer hensiktsmessig gjennomføring av rehabiliteringstjenester og etablering av helhetlige pasientforløp er sterkt ønsket¹¹⁹, og i tråd med Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)¹²⁰.

¹¹⁹ [Den nye regjeringen må styrke rehabiliteringen – Dagens Medisin](#)

¹²⁰ [Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering - KPMG](#)



Våre prioriteringer i et 4-års perspektiv

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

Våre prioriteringer i et 15-års perspektiv

- Videreføring av punktene over

4.4.4 Beredskap

Beredskapsarbeidet bygger på fire prinsipper¹²¹. **Samvirkeprinsippet** ble inkludert etter 22. juli 2011, og pålegger St. Olavs hospital et «selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering.» **Ansvarsprinsippet** innebærer at vi har ansvaret for beredskapsforberedelser og håndtering av ekstraordinære hendelser som rammer funksjoner St. Olavs hospital har i oppdrag å utføre. Vi skal også ta stilling til hva som er akseptabel risiko. St. Olavs hospital og Helsefellesskapet skal i tråd med **likhetsprinsippet** for beredskapsarbeid organisere den daglige virksomheten slik at vi er i stand til å skalere opp ledelsesmessig og operativt til å håndtere relevante hendelser. I tråd med **nærhetsprinsippet** håndteres kriser på lavest mulige organisatoriske nivå.

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

kraftforsyning, vannforsyning, avløpsforsyning, drivstofforsyning, vare- og persontransport, satellittbaserte tjenester og meteorologiske tjenester.

Bortfall av kritisk almen innsatsfaktor¹²² vil hurtig ramme vår evne til å yte helsehjelp. Nasjonalt analyserer *Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap*, *Helsedirektoratet*, *Politiets sikkerhetstjeneste* med flere aktører risiko som er relevant for helseforetaket og for Helsefellesskapet.

For å sikre at vi er beredt til å håndtere uønskede kriser, vil St. Olavs hospital internt og i samarbeid med Helsefellesskapet, NTNU og relevante eksterne aktører tydeliggjøre roller, ansvar og forventninger innen beredskap. Det planlegges for felles beredskapsøvelser der andre sektorer inviteres inn.

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

¹²¹ [Hovedprinsipper i beredskapsarbeidet](#)

¹²² [Samfunnets kritiske funksjoner dsb – se vedlegg 2 side 109](#)



Våre prioriteringer i et 4-års perspektiv

- Kartlegge risikobildet jevnlig slik at vi har oversikt over de scenarioer som kan påvirke kritiske funksjoner
- Jevnlig oppdatere beredskapsplaner i helseforetaket og i samarbeid med kommunene
- Ha dialog med kommunene, NTNU og våre eksterne aktører for å sikre at vi er omforente om risikobildet og er forberedte på ulike beredskapsscenarioer
- Sikre kompetanse i beredskapsledelse for hele foretaket gjennom opplæring i kriseledelse og proaktiv stabsmetodikk
- Avholde jevnlig beredskapsøvelser i samarbeid med kommunene og NTNU

Våre prioriteringer i et 15-års perspektiv

- Sikre tilstrekkelig robusthet i beredskapsledelsene i helseforetaket
- Sørge for at helseforetaket har tilgang til et krisestøtteverktøy med tilfredsstillende funksjonalitet, samt å sikre tilstrekkelig kompetanse i bruk av dette

4.4.5 Utvikling av akuttmottak og den akuttmedisinske kjeden

Akuttmottaket

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

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

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

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

pasienter gjennom hele sykehuset, både i akuttmottaket og inn i spesialavdelingene.

Innen rus og psykiatri opplever en også en økning av pasientpågangen. Innen rus har en etablert akutt poliklinikk og en mindre akutt enhet. Innen psykisk helsevern er det i tillegg til akuttposter på sykehusnivå etablert akutt og korttidsplasser og ambulante akutt-team (AAT) ved distrikts-psykiatriske sentre (DPS). Dette har gitt et bredere akutt-tilbud, men det skjer ved

mange lokalisasjoner og ulike enheter, noe som medfører mange veier inn og variasjon i tilbud og tjenester. Over 60 % av pasienten som innlegges på psykiatriske akuttposter har brukt rusmidler, og mange akutte ruspasienter har psykiske vansker. St Olavs hospital planlegger et Senter for psykisk helse hvor en i stor grad skal samle akutt-tilbudet til pasienter med psykisk lidelse og/eller rus. Dette gir også en nærhet til somatisk akuttmottak, som mange av pasientene vil ha nytte av.

Våre prioriteringer i et 4-års perspektiv

- Evaluere og videreutvikle drift i akuttmottakene i samarbeid med de øvrige klinikkene og med legevakt/primærhelsetjenesten
- Utvikle nye standardiserte akuttmedisinske pasientforløp i samarbeid med øvrige spesialiteter og akuttmedisinske kjede
- Etablering av hensiktsmessige prehospitale pasientforløp i samarbeid med primærhelsetjenesten
- I samarbeid med kommunene utvikle akuttmottak som utdanningsarena for ALIS (leger i spesialisering innen allmennmedisin)
- Videreutvikle akuttmottakene som den beste læringsarenaen for yngre leger og studenter. Leger i spesialisering, del 1 (LIS1) bør i større grad være tilknyttet akuttmottakene i den somatiske delen av tjenesten
- Utrede tilgang på raskt avklarende bildediagnostikk i nærheten av akuttmottak med radiolog 24/7/365, og videreutvikle det kliniske samarbeidet mellom akuttleger og radiologer

Våre prioriteringer i et 15-års perspektiv

- Stadig videreutvikle akutt- og mottaksmedisin og logistisk pasienthåndtering ved akuttmottakene, og fortsette å være fagets nasjonale spydspiss
- Etablere tverrfaglig mottaksfunksjon i nytt *Senter for psykisk helse* med samarbeid mellom somatikk, rus og psykiatri med mål om å øke andelen akuttpasienter som avklares poliklinisk uten innleggelse
- Utrede grunnlaget for å etablere en ny utdanning for sykepleiere innen akutt- og mottaksmedisin ved NTNU for å styrke sykepleiekompetanse i front i akuttmottak
- Være arena for testing av ny og innovativ teknologi, teste ut modeller for akutt hjemmesykehus og benytte videoassistert beslutningsstøtte ovenfor Orkdal sykehus og leger i kommunehelsetjenesten
- Være nasjonalt ledende på forskning og utvikling innen akutt- og mottaksmedisin, og etablere gode internasjonale samarbeidsrelasjoner innen forskning og utdanning



Den akuttmedisinske kjeden

Ambulansetjenesten er en viktig del av lokalsamfunnene. Luftambulansetjenesten ved St. Olavs hospital består av et luftambulansehelikopter på Rosten og et redningshelikopter (Sar Queen) stasjonert på Ørland.

Befolkningsveksten i St. Olavs hospital sitt opptaksområde vil særlig skje i og rundt Trondheim. Det har de senere år vært en betydelig økning av 113-henvendelser til AMK og 116117-henvendelser til legevaktsentralene. Dette forplanter seg videre til oppdragsvekst i ambulansetjeneste og legevaktene. Oppdragsmengden i regionen er forventet å øke fra omtrent 90 000 i dag til 164 000 i 2030, noe som utgjør en økning på 55%¹²³. Mange av distriktskommunene har en flat eller fallende befolkningsutvikling, men andelen eldre i disse kommunene er imidlertid økende. Det blir viktig å følge

utviklingstrekk med økende oppdragsmengde for bilambulanse, sentralisering av legevakt og kompetansebehov i ambulansetjenesten. Dersom oppdragsøkningen fortsetter må ambulansetjenesten i og rundt Trondheimsområdet styrkes, og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste øke i sitt felles ansvar for å gi innbyggerne øyeblikkelig hjelp. For å kunne vedlikeholde kompetanse og rekruttere nye ansatte i områder med lavt oppdragsvolum er tettere samhandling med kommunehelsetjenesten nødvendig. Rørosprosjektet (se kapittel 4.4.1) er et eksempel på tettere fremtidsrettet samhandling.

Utfordringen i fastlegeordningen i form av samhandling med legevakt, legekantor og ambulanse vil påvirke det akuttmedisinske feltet spesielt i planperioden.

Våre prioriteringer i et 4-års perspektiv

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

Våre prioriteringer i et 15-års perspektiv

Bygge ambulansesfaglig miljø som er i stand til å drive selvstendig forskning og fagutvikling

¹²³ [Beredskapsanalyse ambulansetjenesten i Midt-Norge 2018](#)



4.5 Eiendom og bygningsmasse

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

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

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

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

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

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

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

På Østmarka er det nå to nye bygg, Akuttbygget og Sikkerhetsbygget. Distriktpsikiatrisk senter (DPS) Nidaros er fortsatt i god stand. Det er nå igangsatt oppgradering og ombygging av en del av de fredede bygg på området. I løpet av første halvår 2022 vil Brøset bli fraflyttet og all virksomhet der er da flyttet til Østmarka, dels i det nye Sikkerhetsbygget og dels i nyoppussede lokaler. Dette vil medføre at gjennomsnittlig tilstandsgrad bedres betydelig.

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



på Østmarka for å huse virksomheten på lokalisasjonen på Tiller som skal selges.

Vår største utfordring ligger i at aktiviteten de siste 15 år har økt så mye at vi ikke har tilstrekkelig areal for pasientvolum og ansatte. I flere klinikker er mangelen på arealer allerede aktivitetsbegrensende. «Trangboddhet» gir også dyrere drift ved at personell jobber uhensiktsmessig. Det antas at behovet de kommende 10 år ligger på 10 000 – 15 000 m². Dette vil vi i beskjednen grad ha evne til å finansiere over egenkapital, og vi er avhengig av å bli tilført langsiktig lån. Vi har en god del areal på Øya som kan fullføres og bebygges, men begrensningen og vår uavklarte situasjon gjelder altså finansiering av investeringene.

Måten nye og større byggeprosjekter finansieres på er gjennom minimum 30 % egenkapital og maksimum 70 % lån. De siste byggeprosjektene innenfor psykisk helsevern er for en stor del finansiert gjennom salg av eiendom. Nå er det ikke mere eiendom å selge, og vi er nødt til å fremskaffe egenkapitalen gjennom overskudd i driften. Dette er krevende. Dersom det ikke er mulig å skaffe finansiering til egne bygginvesteringer må vi leie lokaler.

Situasjonen når det gjelder evne til vedlikehold, reinvesteringer, ombygginger av bygg og økt areal, er en kritisk suksessfaktor for driften av sykehuset på mellomlang og lang sikt.

Våre prioriteringer i et 4-års perspektiv

- Reinvestere/vedlikeholde en god del tekniske installasjoner i våre bygg på Øyaområdet med tilpasning og ombygging av lokalene til ny drift med mer poliklinisk virksomhet
- Utrede og lage en plan for optimal benyttelse og totalgjennomgang av sykehusets samlede areal med estimert arealbehov per klinikk
- Innhente finansiering for gjennomføring av bygginvesteringer der alternativet er leie av lokaler
- Tilpasse og omfordele ressurser i henhold til endringer og behov i klinisk virksomhet, for eksempel fordeling av senger mellom somatiske klinikker
- Igangsette en mulighetsstudie for å utrede og forberede relokalisering av kliniske tjenester på Tiller, Nidelv distriktpsykiatriske senter (DPS)

Våre prioriteringer i et 15-års perspektiv

- Selge byggene på Tiller og Lian tilhørende psykisk helsevern som en del av finansieringen av Senter for psykisk helse på Øya når dette senteret ferdigstilles i 2028
- Legge en plan for jevnlig revidering av samlet plan for arealutnyttelse
- Oppnå og opprettholde tilstandsgrad på 1,2 på hele sykehusets eide og leide bygningsmasse



4.6 Økonomisk Bærekraft

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

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

Arealsituasjon

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

Medisinsk utstyr

Medisinsk utstyr er en viktig del av helsearbeidet, og har en bred definisjon¹²⁴. Riksrevisjonen har foretatt en undersøkelse blant landets helseforetak med hensyn til utvikling i alder og tilstand for medisinskteknisk utstyr (MTU)¹²⁵. Dette viste blant annet at helseforetakene ikke

evner å reinvestere/fornye utstyr i tilstrekkelig grad med en stadig høyere gjennomsnittsalder på utstyret som resultat.

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

I inneværende års budsjett er det satt av 155 mill kr til MTU. Innenfor denne rammen er det plass for kun de absolutt mest kritiske og nødvendige anskaffelser. Det er åpenbart risiko for sammenbrudd i utstyr som ikke er planlagt skiftet ut i 2022. Dette gjelder spesielt innenfor bildediagnostikk. Vårt langtidsbudsjett indikerer at det er mange år før St. Olavs hospital innenfor dagens rammer har mulighet til å øke investeringer i MTU i vesentlig grad.

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

¹²⁴ [Medisinsk utstyr – en viktig del av helsearbeidet \(regjeringen.no\)](#)

¹²⁵ [Riksrevisjonen – Rapport 2021-2022 – Helseforetakenes investeringer](#)



gjelder alder, kvalitet og driftssikkerhet for MTU. Dette vil kunne medføre avbrudd i drift og pasientbehandling.

Utvikling

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

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

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

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

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

Samlet medfører dette knappe marginer og begrensede investeringsmuligheter. Ut fra LTB gjelder dette spesielt i årene fram

til 2028. Etter 2028 vil trykket på de større investeringer som så langt er planlagt, bli mindre.

De økte kostnader St. Olavs hospital kommer til å få fra 2022 og de kommende år, vil åpenbart begrense vårt økonomiske handlingsrom.

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

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

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

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

I tillegg skal det meldes inn og beskrives hvilke KPI'er¹²⁶ man foreslår å måle tiltaket på. Måling skal skje løpende etter implementering.

¹²⁶ Key Performance Indicator





Våre prioriteringer i et 4-års perspektiv

- Utvide åpningstid for poliklinikker for å kunne bøte noe på arealutfordringene
- Reinvestere tilstrekkelig til å opprettholde en forsvarlig utstyrspark
- Reinvestere, vedlikeholde og renovere bygg

Våre prioriteringer i et 15-års perspektiv

- Dekke behovet for økt areal
- Skape økonomisk handlingsrom for å kunne opparbeide egenkapital for å kunne delfinansiere nødvendige investeringer

5 Samfunnsansvar

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

Vi har siden 2015 hatt en målrettet innsats med antibiotikastyring som nevnt i kapittel 4.2.5. Et redusert totalforbruk og mer rasjonelt bruk av antibiotika bidrar til å hindre utvikling og spredning av antibiotikaresistens, som av mange ansees som den største trussel mot menneskehelse i tiden fremover. Vi gjennomgår årlig ledelsessystemet for miljø for å sikre at det er egnet, virkningsfullt og i tråd med

organisasjonens strategiske retning, og er miljøsertifisert i henhold til ISO 14001¹²⁷.

I 2020 påpekte spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar at vi skal være ledende i vårt arbeid med miljø og bærekraft¹²⁸.

St. Olavs hospital skal bidra til å nå statens mål på en bærekraftig og ansvarlig måte i henhold til nasjonale føringer¹²⁹. Staten forventer at selskapene er ledende i arbeidet for å være ansvarlige virksomheter, og at de skal gjennomføre aktsomhetsvurderinger i tråd med anerkjente metoder for å identifisere og håndtere risiko som virksomheten påfører samfunn, mennesker, miljø og klima.



Felles klima- og miljømål

St. Olavs hospital HF har høsten 2020 sluttet seg til implementering av *Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten* som beskriver felles miljømål og indikatorer for tjenesten. Hovedmålet er å redusere Co2e-utslipp med 40% innen 2030, hvor referanseåret er 2019. Det langsiktige

målet er at vi skal være et lavutslippssykehus innen 2050.

St. Olavs hospital vil utarbeide en lokal handlingsplan for de neste 4 årene. Her vil vi beskrive hvordan vi skal nå mål om å redusere matavfall, redusere sykehusinfeksjoner, øke andelen

¹²⁷ [Grønt sykehus St. Olavs hospital](#)

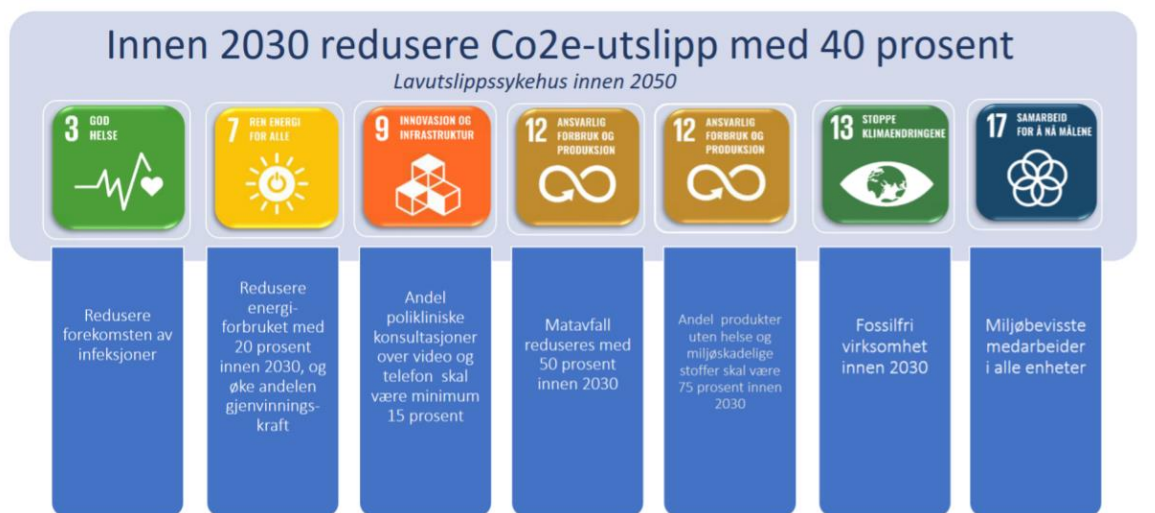
¹²⁸ [Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2020](#)

¹²⁹ [Statens direkte eierskap i selskaper – Bærekraftig verdiskaping – Meld. St. 8 \(2019-2020\)](#)



videokonsultasjoner og mer miljøbevisste medarbeidere. Det må samtidig utarbeides en langsiktig plan mot 2030 for mål om å redusere energiforbruk, fossilfri virksomhet og 75 prosent andel produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer, da det vil være knyttet kostnader til dette arbeidet.

Felles klima og miljømål i spesialisthelsetjenesten inneholder et hovedmål og sju delmål med tilhørende indikatorer som illustrert i figuren nedenfor:



(se tabell i vedlegg nr. 7, kapittel 6, for mer detaljer)

Antikorrupsjon

Formålet

med antikorrupsjonsprogrammet i Helse Midt-Norge er å:

- Forebygge misligheter og korrupsjon gjennom bevisstgjøring av holdninger og kunnskap
- Øke muligheten for å avdekke misligheter og korrupsjon
- Øke beredskapen for å håndtere en eventuell korrupsjonssak

Helse Midt-Norge har identifisert følgende risikoområder:

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

St. Olavs hospital implementerer Helse Midt-Norges antikorrupsjonsprogram på følgende måte:

- Orientering for Styret og Hovedledelsen
- Hver klinikk/divisjon setter temaet på dagsorden i sin klinikk, og for alle nivå utarbeides standardisert presentasjon
- Dilemmatrening settes på agendaen i alle møter i klinikken/divisjonen
- Tema settes opp i lederutviklingsprogram
- Etiske retningslinjer i Helse Midt-Norge operasjonaliseres for St. Olavs hospital
- Retningslinjer for varsling oppdateres slik at det tydelig fremgår at dette også gjelder mislighetsrisiko
- Gjennomføring av egne risikovurderinger



Menneskerettigheter

Menneskerettigheter og arbeidstakerrettigheter er noe som stadig følges nøye opp, og Sykehusinnkjøp styrker nå arbeidet gjennom opprettelsen av en

egen avdeling for samfunnsansvar. I denne avdelingen er det etablert en egen ressurs med hovedansvar for arbeidslivskriminalitet og sosial dumping.

Våre prioriteringer i et 4-års-perspektiv

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

Våre prioriteringer i et 15-års-perspektiv

Videreføre punktene over



6 Vedlegg

Vedlegg nr. 1	Framskrivinger St. Olavs hospital
Vedlegg nr. 2	Regionale premisser for utviklingsplanene og organisering av arbeidet
Vedlegg nr. 3	Tabell: Måleindikatorer og ambisjonsmål for Helseplattformen
Vedlegg nr. 4	Bemanningsutvikling St. Olavs hospital
Vedlegg nr. 5	Personelloversikt St. Olavs hospital
Vedlegg nr. 6	Helsefellesskapets strategi- og handlingsplan
Vedlegg nr. 7	Tabell: Felles klima- og miljømål med indikatorer i spesialisthelsetjenesten

Vedlegg nr. 1

Framskrivinger St. Olavs hospital

Utdrag fra komplett leveranse fra temagruppe Framskrivinger, Helse Midt-Norge¹³⁰

Formålet med framskrivinger i utviklingsplanprosesser er å vise fremtidsbilder (scenarier) for utviklingen i et korttids- (4 års) og langtidsperspektiv (15 år), dvs. fram til 2026 og 2037 i aktivitetsframskrivingene og til 2025 og 2035 i bemanningsframskrivingene¹. Fremtidsbildene vil representere utfordringsbilder for HF-ene i Helse Midt-Norge og for regionen samlet. F.eks. viser utfordringsbildene oss at det ikke vil være bærekraftig å fortsette som før aktivitets- og bemanningsmessig. Tiltak må dermed beskrives i utviklingsplanene for å bidra til endringer som understøtter en bærekraftig utvikling. Framskrivningene må derfor ikke tolkes som beskrivelser av uunngåelige fremtidsbilder, men heller som utfordringsbilder som gir en pekepinn på behovet for omstilling og tiltak for å oppnå bærekraft også i årene som kommer. I tråd med oppdraget som er gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til de regionale helseforetakene (RHF-ene) og fra RHF-ene til helseforetakene (HF-ene), samt føringer i den nasjonale veilederen for utviklingsplaner, skal nasjonale framskrivningsmodeller benyttes i utviklingsplanarbeidet. Videre beskriver veilederen at framskrivinger må ses i sammenheng med bærekraft. Det er derfor viktig at retningen som pekes ut i utviklingsplanene er bærekraftig innen alle områder, deriblant økonomi, bemanning og ivaretagelse av målet om pasienten helsetjenester.

Framskrivningsmodeller og forutsetninger lagt til grunn

I rapporten "Nåsituasjonsbeskrivelse og framskrivninger av aktivitet og bemanning: Leveranse fra temagruppe Framskrivning" presenteres framskrivninger av aktivitet innen somatikk, PHV, PHBU og TSB. Bemanningsframskrivninger presenteres for utvalgte bemanningsgrupper: intensivsykepleiere, jordmødre og psykologer. Framskrivningene for bemanning viser eksempler på analyser som kan videreutvikles av HF-ene i utviklingsplanarbeidet og øvrig strategiarbeid.

Tabellen nedenfor oppsummerer områdene temagruppe Framskrivning har levert framskrivninger for:

¹³⁰ [Leveranse fra temagruppe Framskrivning Helse Midt-Norge](#)



Oversikt over utførte framskrivinger

Tema	Tjenesteområde/ Faggruppe	Enheter som er framskrevet	Hva er framskrevet	Framskrivningsmodell
Aktivitet	PHV PHBU TSB	HF Region (sørge- for)	Liggedøgn Polikliniske konsultasjoner	Forslag til nasjonal modell utarbeidet av prosjekt ledet av Helse Sør-Øst RHF
Aktivitet	Somatikk	HF Region (sørge-for)	Liggedøgn Dagbehandlinger Polikliniske konsultasjoner	RHFenes framskrivningsmodell (Sykehusbyggmodellen)
Bemannings	Intensivsykepleiere Jordmødre Psykologer	HF	Tilgjengelig kompetanse	Nasjonal bemanningsmodell (NBM)

Utfordringsbilder og bærekraft

Framskrivingene gir ikke en illustrasjon av en uunngåelig framtidssituasjon, men viser snarere et *utfordringsbilde* basert på hvordan utviklingen sannsynligvis vil være gitt at vi «fortsetter som før». Et scenario der vi «fortsetter som før» vil ikke nødvendigvis være bærekraftig i et langtidsperspektiv, siden det ressursmessig vil bli krevende å møte utfordringen uten å gjøre endringer. Utviklingsplanene som helseforetakene og det regionale helseforetaket skal utarbeide må derfor beskrive tiltak innen f.eks. innovasjon, forskning, digitalisering og samhandling som enten demper behovet for, og etterspørselen etter, spesialisthelsetjenester og/eller som gjør det mulig å håndtere veksten med en lavere ressursbruk.

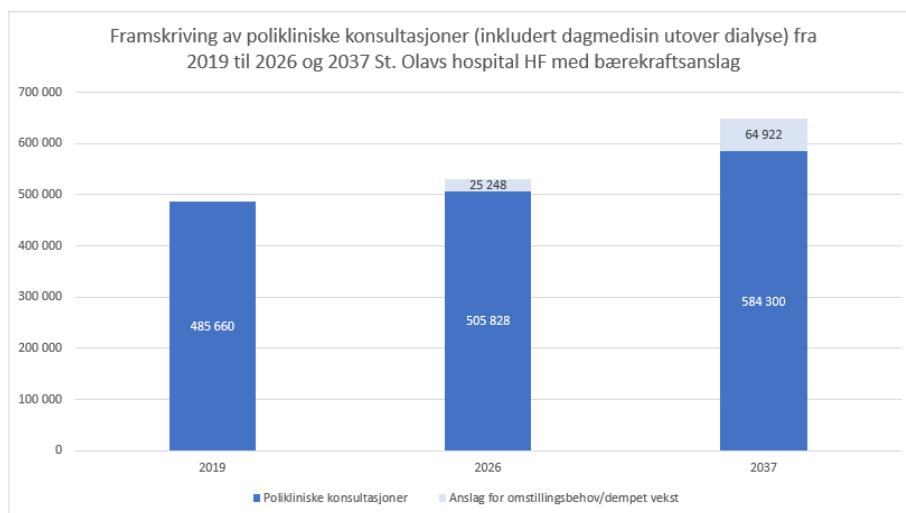
I presentasjonene av utfordringsbilder for psykisk helsevern og TSB har vi lagt inn anslag for effekten som kan ventes av digital egenoppfølging. I framskrivningsmodellen for somatikk er det ikke beregnet en slik effekt. Der har vi istedenfor presentert et anslag for hvor stort omstillingsbehovet kan antas å være. Nivåene er skjønnsmessig satt og illustrerer differansen mellom anslått vekst hvis man «fortsetter som før» og et mer bærekraftig nivå. I alle framstillingene er liggedøgnene for bærekraftsanslaget skjønnsmessig justert ned 5%. Dette kan bl.a. ses i sammenheng med behovet for å jobbe målrettet sammen med kommunehelsetjenesten omkring tilbudet til kronisk syke pasienter. Fortsatt vekst i polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger, bl.a. grunnet videre omstilling fra innleggelser til dag-/poliklinisk behandling, er antatt å være del av en ønsket, løsningsorientert utvikling. Det er samtidig antatt at det vil være behov for å videreutvikle måten de polikliniske konsultasjonene utføres på, bl.a. ved hjelp av digital støtte. Dermed er det anslått at 10% av konsultasjonene i det framskrevne scenariet i 2037 bør håndteres ved tiltak i retning av noe dempet vekst og endring i arbeidsmåte.⁵ Dagopphold (dagkirurgi og dialyse) er beholdt uforandret, ettersom fortsatt vekst anses som en ønsket utvikling for å bl.a. dempe behovet for innleggelser. Det antas imidlertid at en del av dialysebehandlingen har potensiale til å omstilles til hjemmedialyse.

Når det gjelder utfordringsbildene for både liggedøgn og polikliniske konsultasjoner, vil det være viktig at utviklingsplanene beskriver relevante dempende tiltak knyttet til f.eks. innovasjon, samhandling og digitalisering for å møte den generelle veksttakten tidligere år har vært preget av.

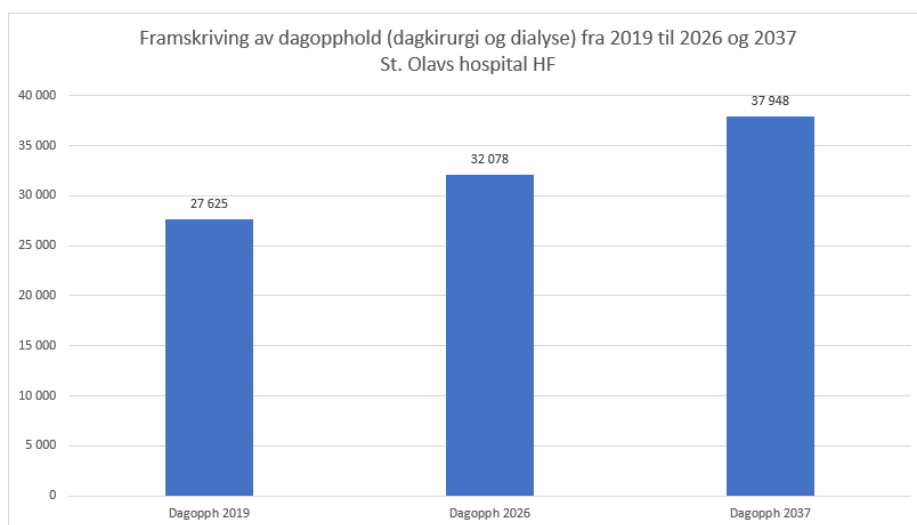


Aktivitetsframskrivninger St. Olavs hospital

Somatikk

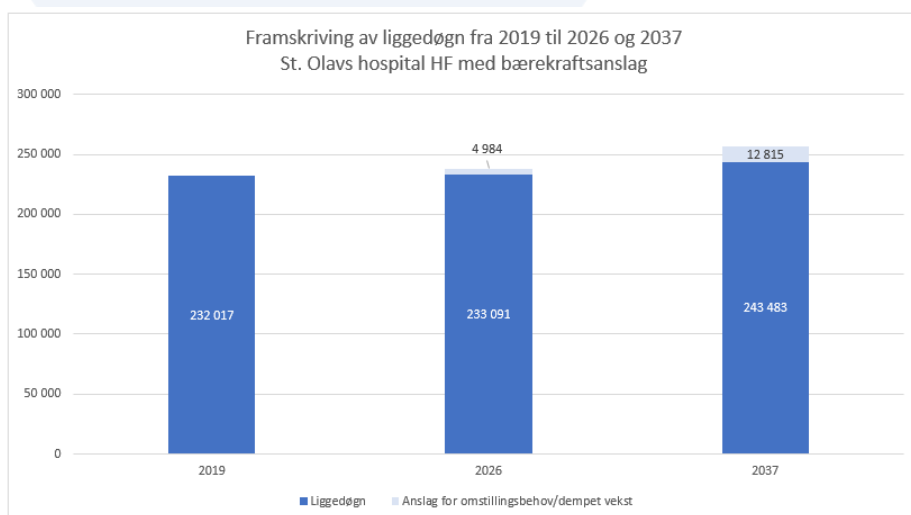


Figur 1 Utfordringsbilde somatikk polikliniske konsultasjoner, St. Olavs hospital HF



Figur 2 Utfordringsbilde somatikk dagbehandlinger, St. Olavs hospital HF

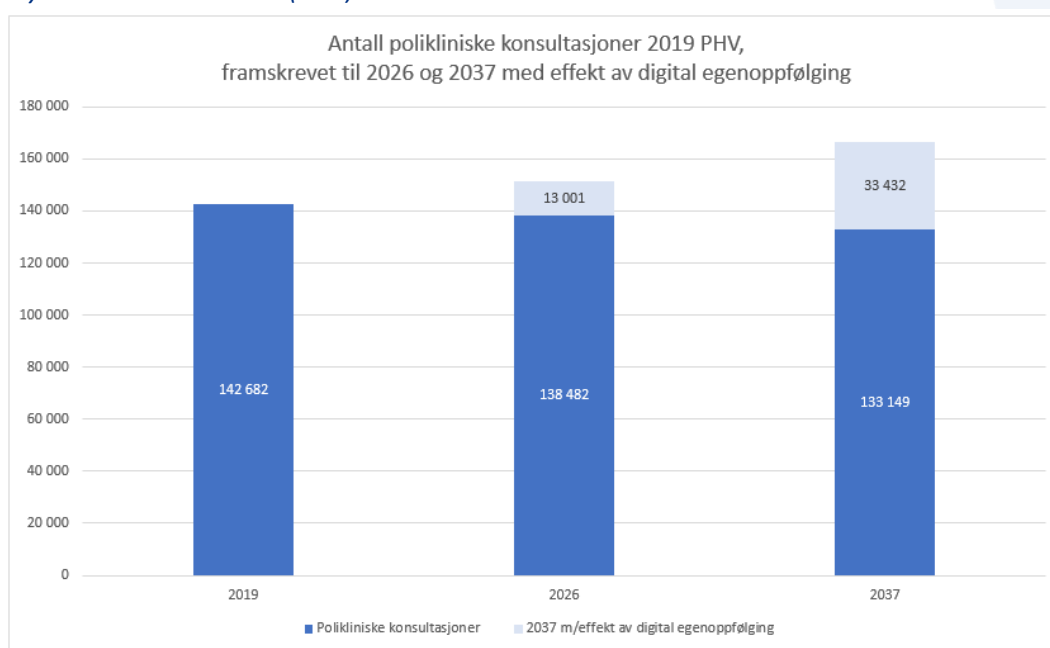




Figur 3 Utfordringsbilde somatikk liggedøgn, St. Olavs hospital HF

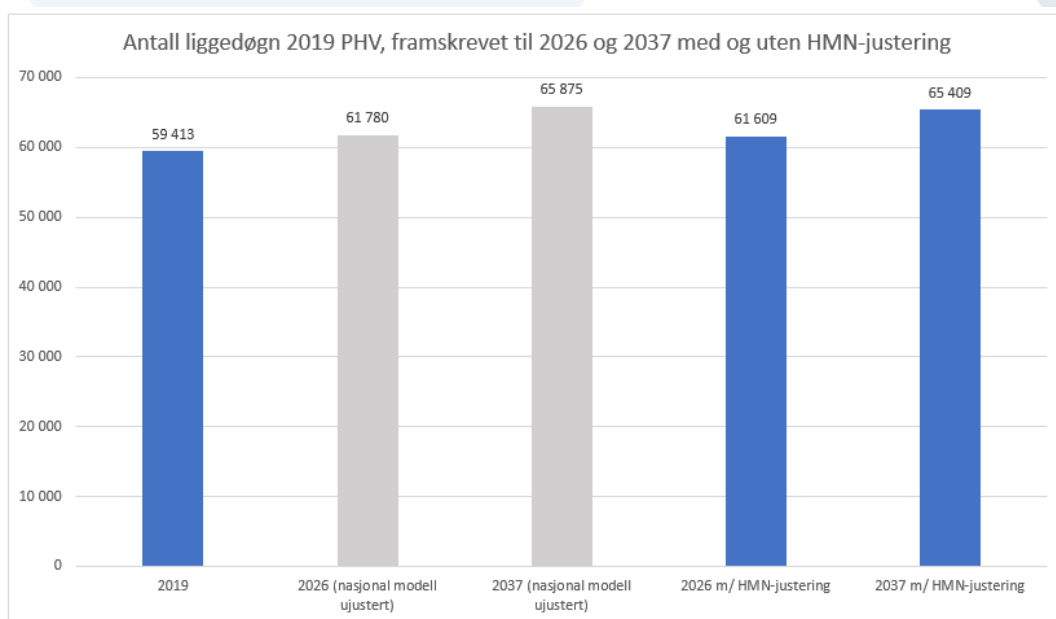
Psykisk helsevern

Psykisk helsevern voksne (PHV)



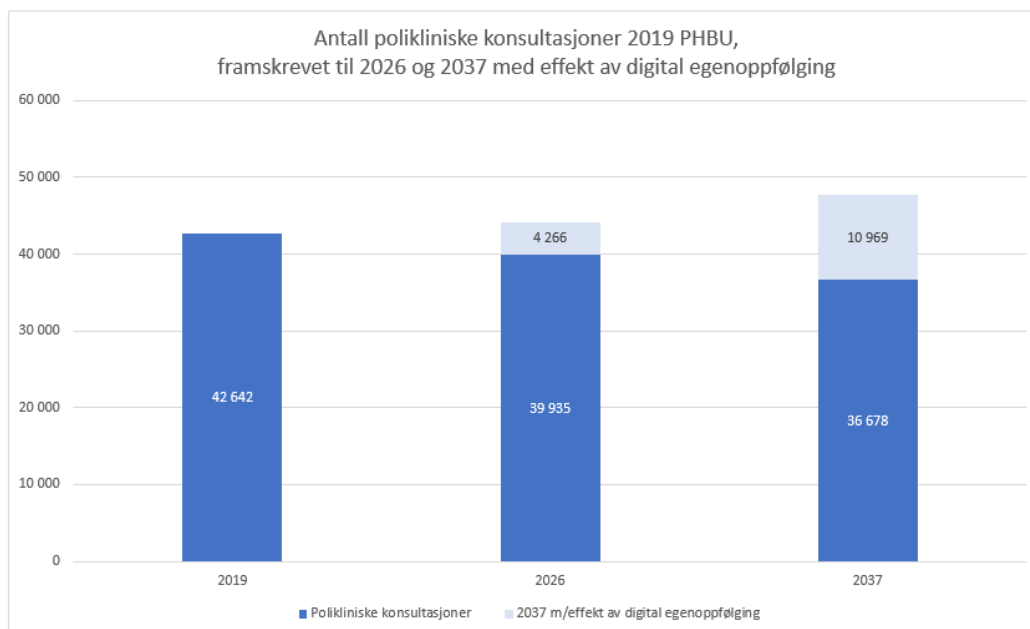
Figur 4 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHV polikliniske konsultasjoner, St. Olavs hospital HF





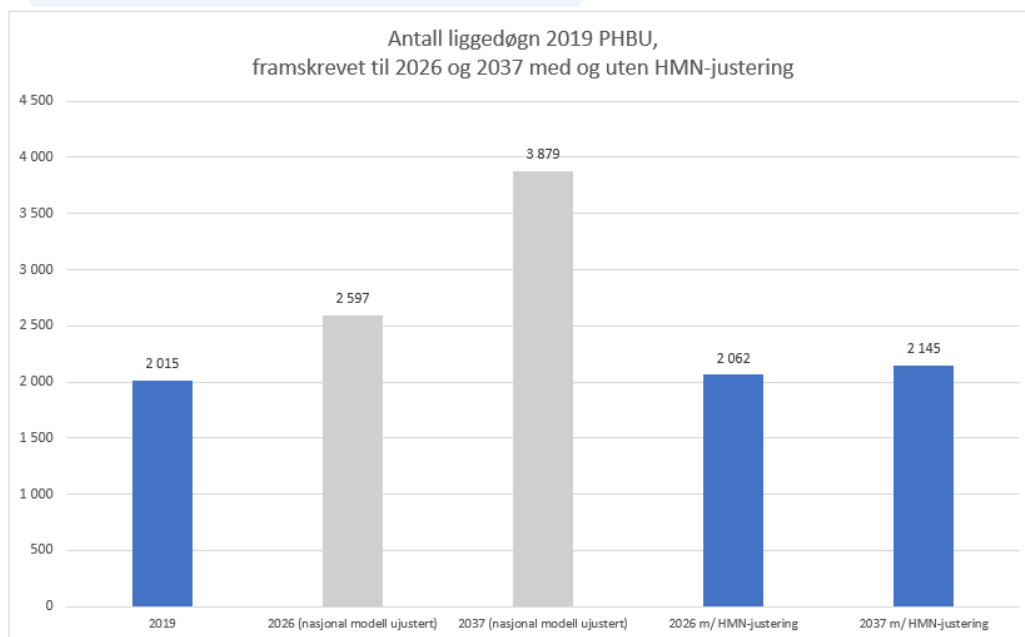
Figur 5 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHV liggedøgn, St. Olavs hospital HF

Psykisk helsevern barn og unge (PHBU)



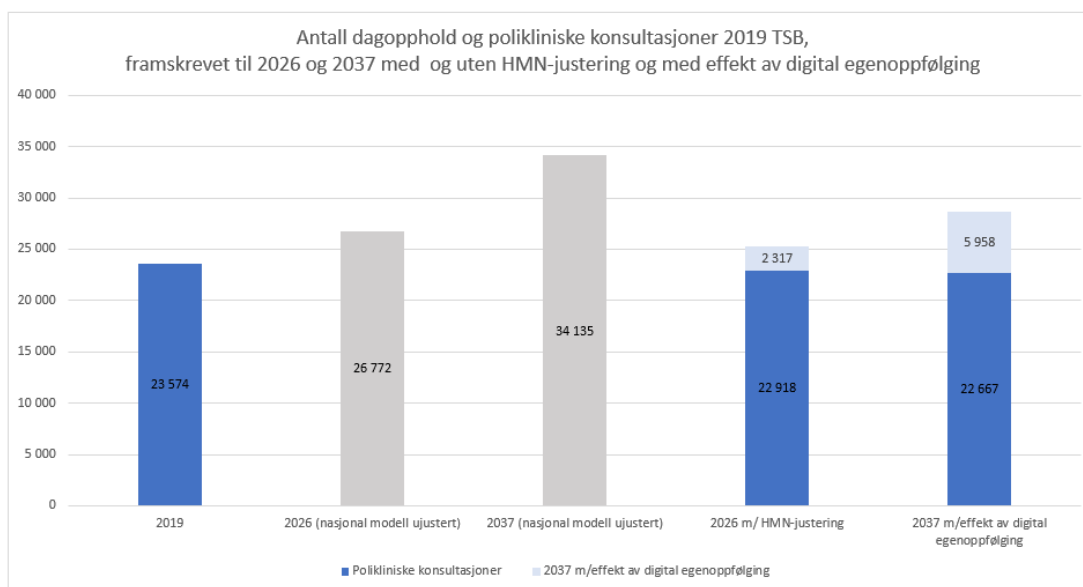
Figur 6 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHBU polikliniske konsultasjoner, St. Olavs hospital HF



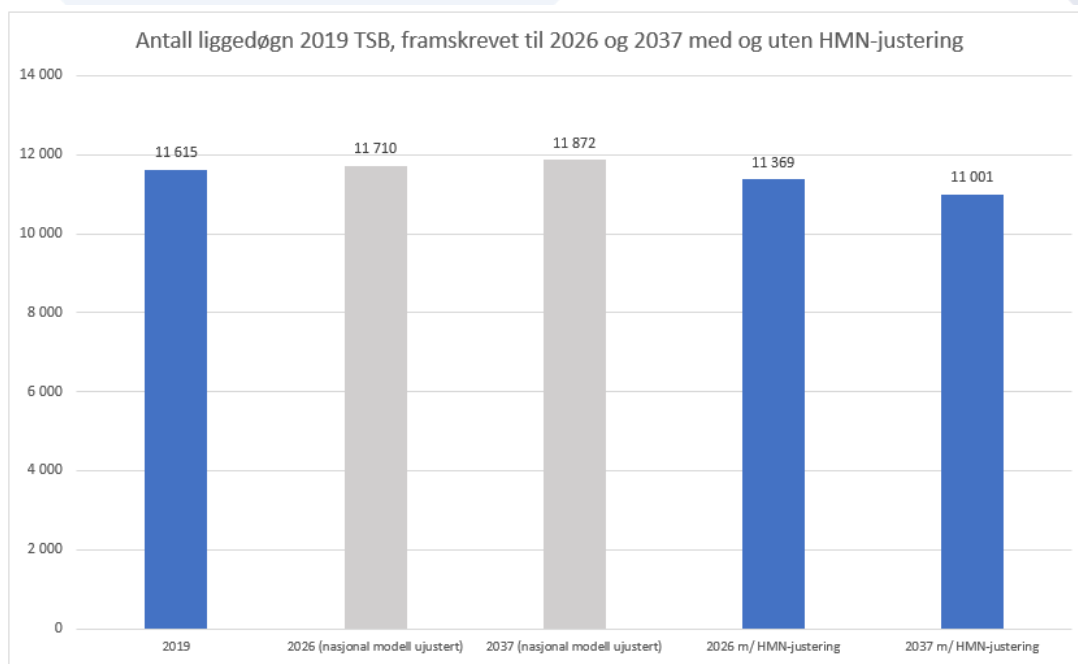


Figur 7 Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHBU liggedøgn, St. Olavs hospital HF

Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)



Figur 8 Utfordringsbilde 2026 og 2037 TSB polikliniske konsultasjoner, St. Olavs hospital HF



Figur 9 Utfordringsbilde 2026 og 2037 TSB liggedøgn, St. Olavs hospital HF

Bemanningsframskrivinger

De påfølgende kapitlene viser eksempler på framskriving av intensivsykepleiere, jordmødre og psykologer per helseforetak. For hver yrkesgruppe er det laget 3 scenarier. Scenario 0 har forholdsvis høy turnover, og en stillingsprosent og fraværprosent på nye medarbeidere på henholdsvis 90 og 20. Scenario 1 har lavere turnover. Scenario 2 har lavere turnover, samt at stillingsprosenten er skrudd opp og fraværet skrudd ned. Scenariene er satt opp dels for å gjenspeile virkeligheten (med realistiske tall for faktorene man kan skru på), og dels pedagogisk, for å vise effekten av faktorene.

Rekrutteringsbehovet er differansen mellom framskrevet beholdning og framskrevet behov. Det tas utgangspunkt i at dagens beholdning og behov er sammenfallende. Dersom foretaket befinner seg i en situasjon der de er underbemannet, vil rekrutteringsbehovet underestimeres.

Dette er et eksempel på hvordan NBM kan brukes og hvordan scenarier kan settes opp. Det er viktig at scenariene er godt gjennomarbeidet sammen med fagfolk. Aktivitetsendringer og bemanningsrelasjonene bør også vurderes.

Intensivsykepleiere St. Olavs hospital

I perioden 2016-2020 har St. Olavs hospital (St. Olav) ansatt mellom 23-35 kandidater årlig i utdanningsstilling (et snitt på 31,6). For 2021 har helseforetaket budsjettert med 42 utdanningsstillinger.

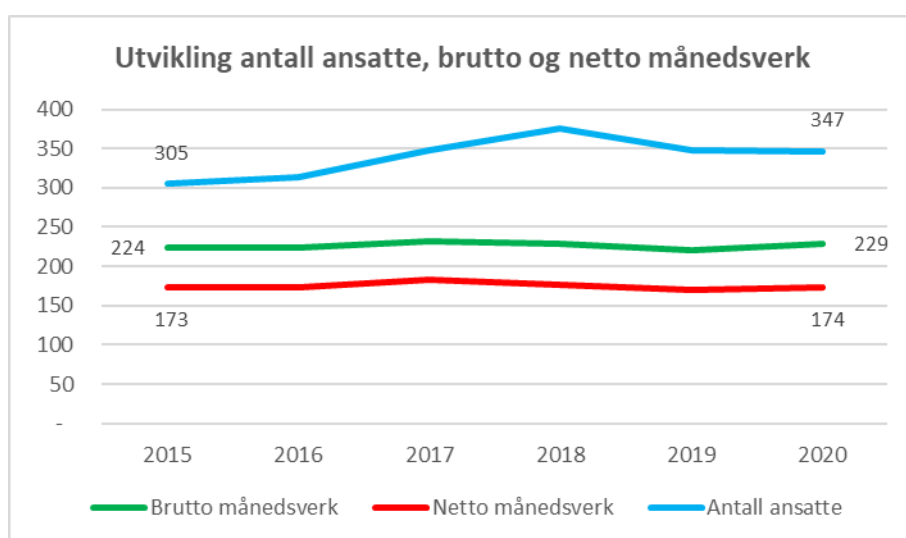
Utgangspunktet i dette kapitlet bærer preg av at det i lengre tid har vært utfordrende å rekruttere et tilstrekkelig antall nye intensivsykepleiere, og at antallet som har tatt



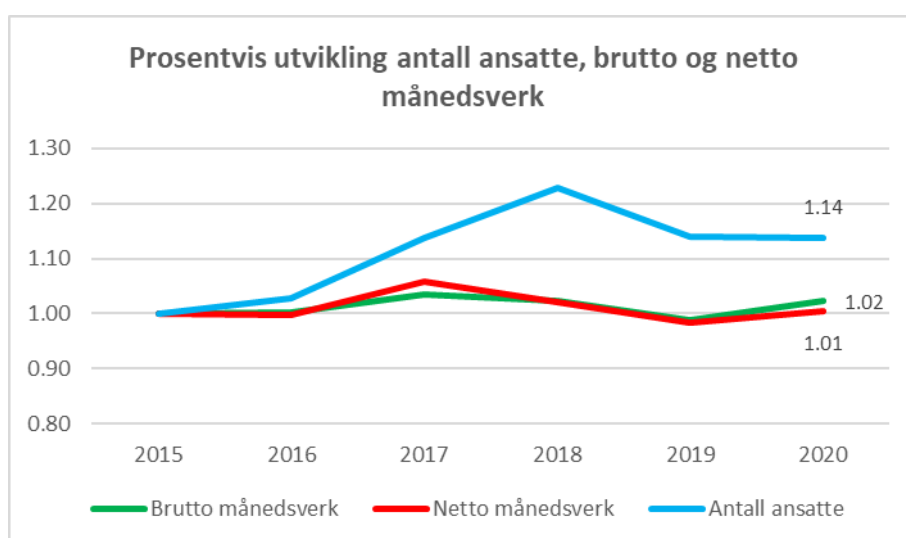
videreutdanning har vært lavere enn behovet tilsier over tid. Antallet intensivpasienter følger av naturlige årsaker aktivitetsveksten, avhengig av dette. Som konsekvens utføres endel oppgaver bl.a. av autoriserte sykepleiere som har fått intern opplæring. Disse inngår av tekniske årsaker ikke i tallgrunnlaget for utviklingen i antall ansatte nedenfor (verken for personer eller månedsverk). Fagmiljøene peker på at dette ikke er en ønskelig situasjon. Det er et betydelig antall ubesatte stillinger for intensivsykepleiere, og i tolkningen av tallene nedenfor må det derfor tas høyde for at

- Antallet netto månedsverk ikke gjenspeiler reelt aktivitetsnivå
- Antallet som må rekrutteres inn i de forskjellige scenario-analysene i realiteten er høyere

Følgende figurer viser utviklingen i antall ansatte, brutto og netto månedsverk for intensivsykepleiere ansatt ved St. Olavs hospital for 2015-2020:



Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube)



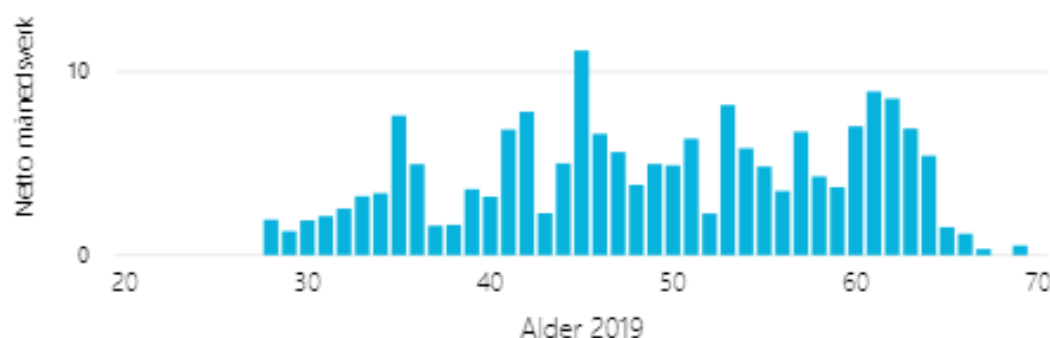
Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).



Utgangspunktet for framskriving av intensivsykepleiere er netto månedsverk for mai 2019 (184 netto månedsverk), som var siste tilgjengelige år da NBM ble oppdatert. I scenariene som beskrives i påfølgende kapitler antas det at denne beholdningen dekker dagens behov. Som nevnt innledningsvis er dette sannsynligvis ikke tilfelle for St. Olavs hospital. Faktorer knyttet til den enkelte ansatte som påvirker tilgjengelig kapasitet er:

Modifiserende faktor	Status 2019
Turnoverprosent ⁷	3
Stillingsprosent	88
Fraværprosent	17
Pensjonsalder	65

Alderssammensetning er av stor betydning for den fremtidige utviklingen i tilgangen på intensivsykepleiere. I mai 2019 var andelen over 50 år 33 prosent. Dette hensyntas i NBM:



Aldersfordeling for netto månedsverk produsert (Kilde: NBM, med tall fra HMN HR-konsernkube).

Når vi legger til grunn SSBs middels befolkningsvekst og framskriver aktiviteten innenfor fagområdet som treffer intensivsykepleieren (i NBM er intensivsykepleieren i hovedsak relatert til fagområdet tilknyttet leger innen anestesilogi, hjertesykdommer, lungesykdommer og kirurgi) beregnes det en aktivitetsvekst for perioden 2019-2035 på rundt 25 prosent. Denne veksten skyldes demografi, og er innebygd i NBM.

Demografi er en viktig driver som vil påvirke behov for intensivsykepleiere i fremtiden. Andre drivere som vil påvirke behovet og faget må diskuteres nærmere med fagfolket (dette kan være for eksempel bruk av ny teknologi, oppgavedeling med andre yrkesgrupper, annen organisering og effektivisering).

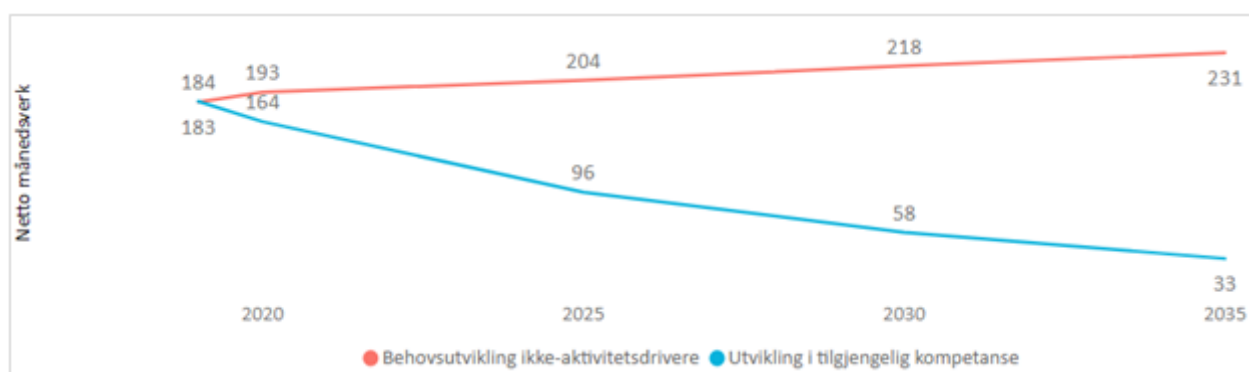


I scenarioberegningene i tabellen nedenfor er det kun befolkningsvekst som legges til grunn:

Scenarier for framskriving av intensivsykepleiere.

	Tema/modifiserende faktorer	Scenario 0	Scenario 1	Scenario 2
Aktivitet (behov for ressurser)	Forventet aktivitetsvekst på ca 25 %	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten
Kompetanse (tilgjengelige ressurser)	Ingen rekruttering av nye intensivsykepleiere gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsverk). Beregning i NBM	198 (231-33)	177 (231-54)	177 (231-54)
	Turnover (%)	6	3	3
	Stillingsprosent nåværende/ stillingsprosent nye	88/90	88/90	88/100
	Fraværprosent nåværende/ fraværprosent nye	17/20	17/20	17/15
	Pensjonsalder (år)	65	65	65
Beregning i NB	Må rekruttere antall intensivsykepleiere årlig for å dekke kompetansegap	27	19	16

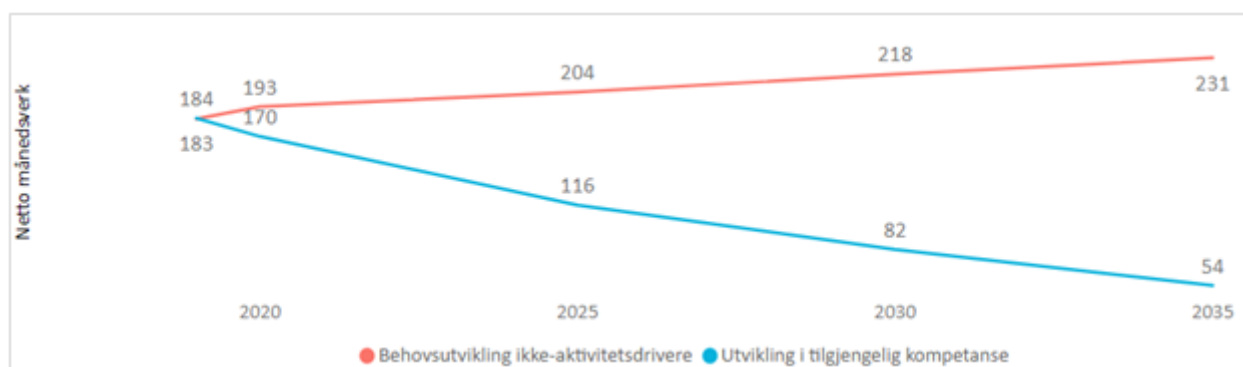
For scenario 0 må man rekruttere 27 intensivsykepleiere årlig for å dekke gapet på 198 intensivsykepleiere i år 2035:



Utvikling i behov og tilgjengelig kompetanse dersom ingen nye rekrutteres. Scenario 0 (Kilde: NBM)



For scenario 1 må man rekruttere 19 intensivsykepleiere årlig for å dekke gapet på 177 intensivsykepleiere i år 2035, og for scenario 2 må man rekruttere 16 intensivsykepleiere årlig for å dekke gapet på 177 intensivsykepleiere i år 2035:



Utvikling i behov og tilgjengelig kompetanse dersom ingen nye rekrutteres. Scenario 1 og 2 (Kilde: NBM).

Framskriving – Sykehusbyggmodellen

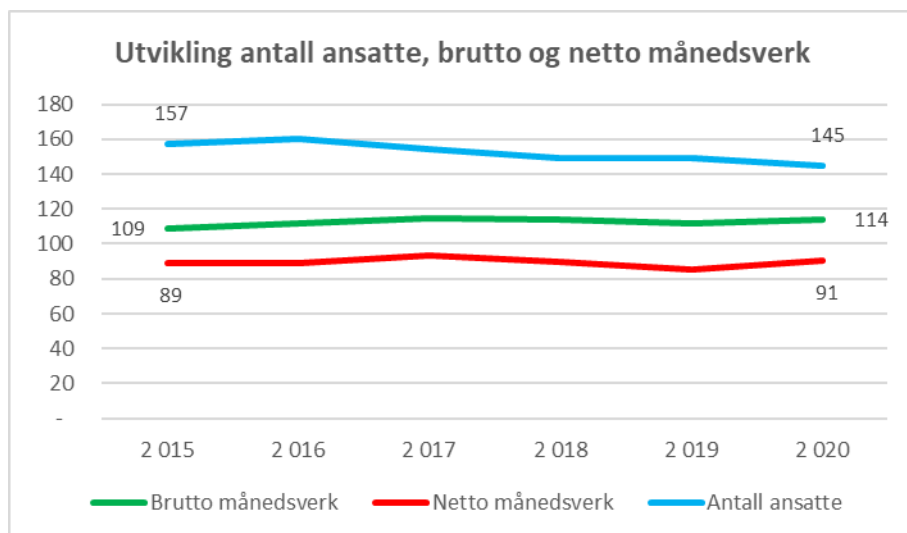
Ved å benytte framskrivingen av aktivitet estimert ved Sykehusbyggmodellen, vil behovet endre seg. For intensivsykepleieren vil behovet gå fra 231 intensivsykepleiere i 2035 (kun demografi) til 222 (Sykehusbyggmodellen) intensivsykepleiere. Dette gjør at rekrutteringsbehovet går noe ned, til henholdsvis 26, 18 og 15 for scenario 0, 1 og 2, gitt at alle andre faktorer i tabellen over holdes fast.

Vi ser av disse tre scenariene at tilgjengelig kompetanse er sensitiv i forhold til turnover. Når vi øker stillingsprosenten fra 90 til 100 prosent for nyansettelser samtidig med at brutto fravær reduseres fra 20 til 15 prosent gir dette en forholdsvis liten gevinst (3 færre å rekruttere hvert år). Ved å halvere turnover (fra 6 til 3 prosent) reduseres rekrutteringen med 8 (fra 27 til 19).

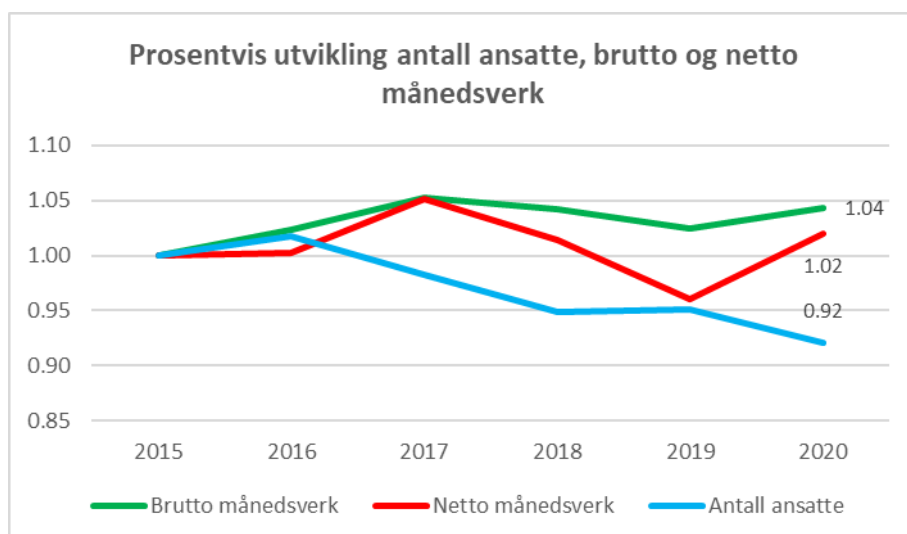


Jordmødre St. Olavs hospital

Figurene viser utviklingen i antall ansatte, brutto og netto månedsverk for jordmødre ansatt ved St. Olavs hospital (St. Olav) for 2015-2020:



Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).



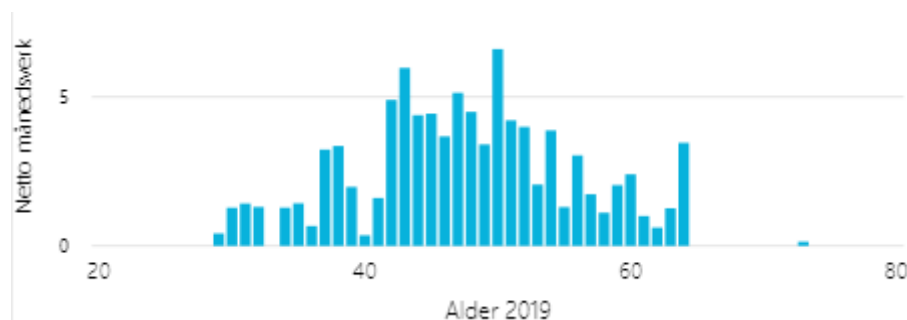
Utvikling i antall ansatte, brutto og netto månedsverk. 2015-2020 (Kilde: HMN HR-konsernkube).

Utgangspunktet for framskriving av jordmødre er netto månedsverk for mai 2019 (93 netto månedsverk), som var siste tilgjengelige år da NBM ble oppdatert. I scenariene som beskrives i påfølgende kapitler antas det at denne beholdningen dekker dagens behov. Faktorer knyttet til den enkelte ansatte som påvirker tilgjengelig kapasitet er:



Modifiserende faktor	Status 2019
Turnoverprosent	7
Stillingsprosent	82
Fraværprosent	16
Pensjonsalder	65

Alderssammensetning er av stor betydning for den fremtidige utviklingen i tilgangen på jordmødre. I mai 2019 var andelen over 50 år 34 prosent. Dette hensyntas i NBM:



Aldersfordeling for netto månedsværk produsert (Kilde: NBM, med tall fra HMN HR-konsernkube).

Når vi legger til grunn SSBs middels befolkningsvekst og framskriver aktiviteten innenfor fagområdet som treffer jordmoren (i NBM er jordmoren relatert til fagområdet fødselshjelp og kvinnesykdommer) beregnes det en aktivitetsvekst for perioden 2019-2035 på 8 prosent. Denne veksten skyldes demografi, og er innebygd i NBM.

Demografi er en viktig driver som vil påvirker behov for jordmødre i fremtiden. Andre drivere som vil påvirke behovet og faget må diskuteres nærmere med fagfolket (dette kan være for eksempel bruk av ny teknologi, oppgavedeling med andre yrkesgrupper, annen organisering og effektivisering).

I scenarioberegningene i tabellen nedenfor er det kun befolkningsvekst som legges til grunn:

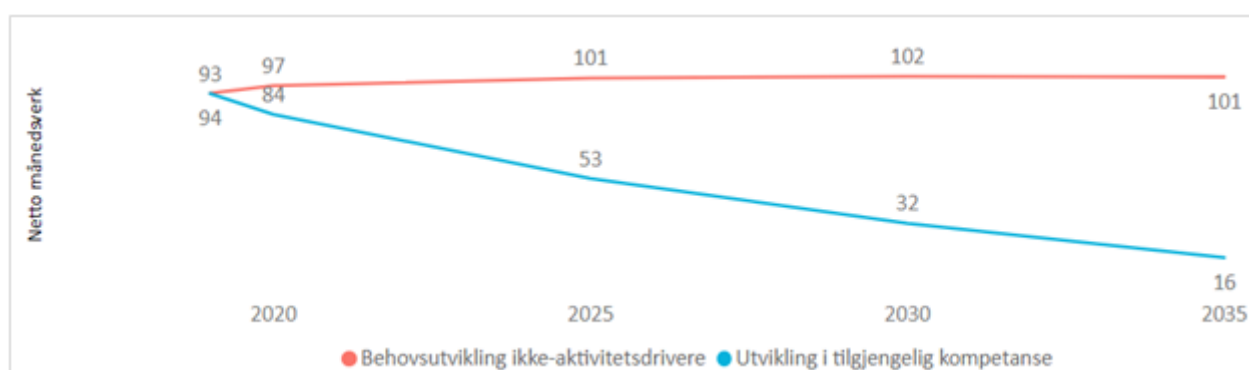
Scenarier for framskriving av jordmødre.

	Tema/modifiserende faktorer	Scenario 0	Scenario 1	Scenario 2
Aktivitet (behov for ressurser)	Forventet aktivitetsvekst på 8 %	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten
Kompetanse (tilgjengelige ressurser)	Ingen rekruttering av nye jordmødre gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsværk). Beregning i NBM	85 (101-16)	72 (101-29)	72 (101-29)
	Turnover (%)	7	3.5	3.5
	Stillingsprosent nåværende/ stillingsprosent nye	82/90	82/90	82/100



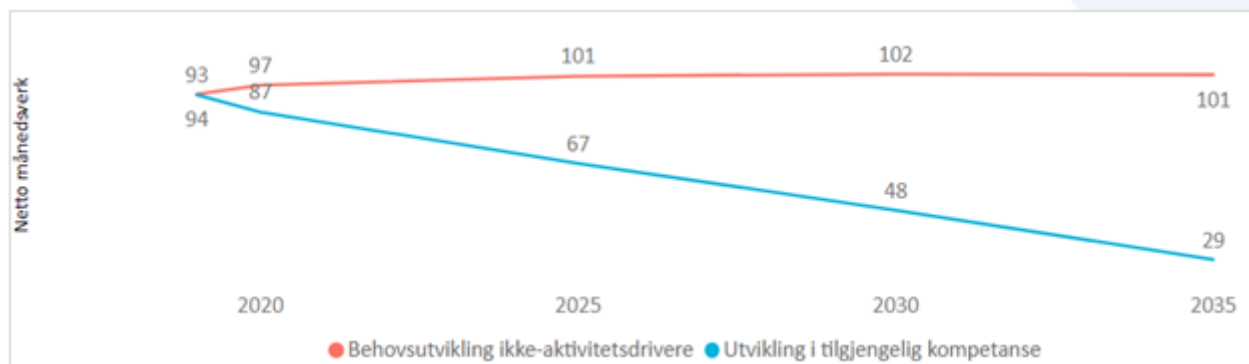
	Fraværprosent nåværende/ fraværprosent nye	16/20	16/20	16/15
	Pensjonsalder (år)	65	65	65
Beregning i NB	Må rekruttere antall jordmødre årlig for å dekke kompetansegap	12	8	7

For scenario 0 må man rekruttere 12 jordmødre årlig for å dekke gapet på 85 jordmødre i år 2035:



Utvikling i behov og tilgjengelig kompetanse dersom ingen nye rekrutteres. Scenario 0 (Kilde: NBM)

For scenario 1 må man rekruttere 8 jordmødre årlig for å dekke gapet på 72 jordmødre i år 2035, og for scenario 2 må man rekruttere 7 jordmødre årlig for å dekke gapet på 72 jordmødre i år 2035:



Utvikling i behov og tilgjengelig kompetanse dersom ingen nye rekrutteres. Scenario 1 og 2 (Kilde: NBM).

Ved å benytte framskrivingen av aktivitet estimert ved Sykehusbyggmodellen, endrer behovet seg marginalt. For jordmødre vil behovet gå fra 101 jordmødre i 2035 (kun demografi) til 103 (Sykehusbyggmodellen).

Vi ser av disse tre scenariene at tilgjengelig kompetanse er sensitiv i forhold til turnover. Når vi øker stillingsprosenten fra 90 til 100 prosent for nyansettelser samtidig med at brutto fravær reduseres fra 20 til 15 prosent gir dette en liten gevinst (1 færre å rekruttere hvert år). Ved å halvere turnover (fra 7 til 3.5 prosent) reduseres rekrutteringen med 4 (fra 12 til 8).



Psykologer St. Olavs hospital

Utgangspunktet for framskriving av psykologer er netto månedsverk for mai 2019, som var siste tilgjengelige år da NBM ble oppdatert. For PHV, PHBU og TSB er dette:

- PHV: 159
- PHBU: 52
- TSB: 10

I scenariene som beskrives i påfølgende kapitler antas det at denne beholdningen dekker dagens behov. Faktorer knyttet til den enkelte ansatte som påvirker tilgjengelig kapasitet er:

Modifiserende faktor	Status 2019
Turnoverprosent ¹⁰	10
Stillingsprosent: PHV, PHBU, TSB	92, 90, 98
Fraværprosent: PHV, PHBU, TSB	18, 19, 13
Pensjonsalder	65

Alderssammensetning er av stor betydning for den fremtidige utviklingen i tilgangen på psykologer. I mai 2019 var andelen over 50 år henholdsvis 22, 12 og 7 prosent for PHV, PHBU og TSB. Dette hensyntas i NBM.

Når vi legger til grunn SSBs middels befolkningsvekst og framskriver aktiviteten innenfor PHV, PHBU og TSB beregnes det en aktivitetsvekst for perioden 2019-2035 på henholdsvis -1, 6 og 6 prosent for PHV, PHBU og TSB. Denne veksten skyldes demografi, og er innebygd i NBM.

Demografi er en viktig driver som vil påvirke behov for psykologer i fremtiden. Andre drivere som vil påvirke behovet og faget må diskuteres nærmere med fagfolket (dette kan være for eksempel bruk av ny teknologi, oppgavedeling med andre yrkesgrupper, annen organisering og effektivisering).

I scenarioberegningene i følgende tabell er det kun befolkningsvekst som legges til grunn:

Scenarier for framskriving av psykologer, PHV, PHBU og TSB.

	Tema/modifiserende faktorer	Scenario 0	Scenario 1	Scenario 2
Aktivitet (behov for ressurser)	Forventet aktivitetsvekst %	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten	Ingen endringer utover dagens forbruk og utøvelse av helsetjenesten
Kompetanse (tilgjengelige ressurser)	PHV. Ingen rekruttering av nye psykologer gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsverk). Beregning i NBM	155 (170-25)	110 (170-60)	110 (170-60)
	PHBU. Ingen rekruttering av nye psykologer gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsverk). Beregning i NBM	43 (52-9)	32 (52-20)	32 (52-20)
	TSB. Ingen rekruttering av nye psykologer gir følgende kompetansegap i 2035 (netto månedsverk). Beregning i NBM	9 (11-2)	7 (11-4)	7 (11-4)



	månedssverk). Beregning i NBM			
	Turnover (%)	10	5	5
	Stillingsprosent nye	90	90	100
	Fraværspersent nye	20	20	10
	Pensjonsalder (år)	65	65	65
Beregning i NB	PHV. Må rekruttere antall psykologer årlig for å dekke kompetansegap	25	13-14	11
Beregning i NB	PHBU. Må rekruttere antall psykologer årlig for å dekke kompetansegap	7	4	3
Beregning i NB	TSB. Må rekruttere antall psykologer årlig for å dekke kompetansegap	1-2	1	0-1

For stillingsprosent og fraværspersent for nåværende psykologer, brukes tallene fra status 2019.

For å dekke gapene i 2035 må man rekruttere henholdsvis 25, 13-14 og 11 psykologer for PHV, for scenario 0-2. For PHBU er rekrutteringstallene 7, 4 og 3, mens det for TSB er 1-2, 1 og 0-1.



Vedlegg nr. 2

Regionale premisser for utviklingsplanene og organisering av arbeidet

Regionale premisser for utviklingsplanene

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok februar 2021 at utviklingsplanene 2023-2026 skulle bygge på:

- gjeldende strategier og overordnede dokumenter
- en regional disposisjon
- status- og framtidsnotater for ulike sentrale temaer utarbeidet av regionale arbeidsgrupper med representanter fra alle helseforetak i regionen.
- framskriving etter felles metode
- synliggjøring av bærekraft innen økonomi, kompetanse og bygningsmasse.
- aktiv involvering av Helsefellesskapene
- medvirkning fra tillitsvalgte, vernetjeneste og brukerrepresentanter.

Organisering av arbeidet

Arbeidet med å revidere utviklingsplanen ved St Olavs hospital hadde sin oppstart sommeren 2021.

De prosjektansvarlige fikk som oppgave å lede arbeidet med å revidere utviklingsplanen for St Olavs hospital basert på innsendte tekstbidrag, og sy dette sammen på et balansert og helhetlig vis i henhold til regionalt forankret mal for disposisjon og i tråd med nasjonale, regionale og lokale strategier og føringer.

Arbeidet har vært forankret gjennom regelmessige møter med styringsgruppen og i Hovedledelsen ved St. Olavs hospital.

I prosessen har det kommet inn tekstbidrag fra mange personer og miljøer ved St. Olavs hospital og NTNU der vi er svært takknemlige for engasjementet og for alt arbeid som er lagt ned. Ingen nevnt, ingen glemt.

De prosjektansvarlige har hatt myndighet til å delegere oppgaver og sette tidsfrister, og har også involvert aktører fra St. Olavs hospital som har bidratt i egne temagrupper tilknyttet arbeidet med regional utviklingsplan.

En kommunikasjonsplan for prosess, medvirkning og involvering ble tidlig utarbeidet. Denne finnes på vår nettside¹³¹ som ble etablert for å oppnå synlighet og være kilde til informasjon for alle interesserte. Prosjektet har gått på tvers av organisasjonsmessige grenser, og involvert både interne og eksterne aktører.

Prosjekteier, stabsdirektøransvar og leder av styringsgruppen

Tom Christian Martinsen, viseadministrerende direktør ved St. Olavs hospital

Prosjektansvar

Leder: Brita Solveig Pukstad, utdanningskoordinerende overlege ved St. Olavs hospital og prodekan ved Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU.

Nestleder: Odd Gunnar Ellingsen, avdelingssjef ved Nidaros DPS, St. Olavs hospital.

¹³¹ [Offisiell nettside Utviklingsplan St. Olavs hospital](#)



Styringsgruppen

Interessentanalysen fra arbeidet med utviklingsplanen vedtatt i 2018 var utgangspunkt for sammensetning av styringsgruppen.

Mandat:

- Sikre god prosess, medvirkning, forankring og kommunikasjon i arbeidet med å få utarbeidet en tydelig og helhetlig utviklingsplan for St. Olavs hospital i henhold til regionalt forankret mal for disposisjon og i tråd med nasjonale, regionale og lokale strategier og føringer.
- Ha et overordnet tilsyn med prosjektets rammer og nødvendige ressurser.
- Være et rådgivende organ og støttespiller for prosjektledelsen
- Sikre og følge opp tidslinjer
- Følge opp og sikre at prosjektet følger grunnlagsdokumenter og referanser i henhold til lov, forskrift og planverk
- Komme med innspill til skrivearbeidet, og godkjenne utkast til sluttprodukt før dette sendes ut styret ved St. Olavs hospital.

Styringsgruppens medlemmer

**Tom Christian Martinsen, Viseadministrerende direktør,
prosjektansvarlig og leder av Styringsgruppen**

Merete Blokkum, direktør for virksomhetsstyring

Marit Kvikne, kommunikasjonsdirektør

Rune Wiseth, klinikkssjef, Klinikk for hjertemedisin

Kjetil Andreas Hognestad Karlsen, Klinikkssjef, akutt og mottaksfunksjon

Elin Ulleberg, klinikkssjef, psykisk helsevern – Klinikk for allmenn, rehabilitering og sikkerhet

Vigleik Jessen, klinikkssjef, Klinikk for ortopedi, revmatologi, og hudsykdommer

Viggo Mastad, avdelingssjef Nevroklinikken

Wenche P. Dehli, helse-/velferdsdirektør Trondheim kommune.

Leif Vonen, kommuneoverlege Værnesregionen

Lene S. Salberg, samhandlingsleder kommunene

Vivi Bakkeheim, foretakstillitsvalgt overlegeforeningen

Gro Lillebø, Norsk sykepleierforbund

Anne Berit Lund, hovedverneombud

Halvard Kjellås, brukerrepresentant, Brukerutvalget

Regine Sophie Westgaard, representant Ungdomsrådet

Runar Asp, spesialrådgiver og referent.

Brita Pukstad, prodekan / overlege, prosjektansvarlig leder

Odd Gunnar Ellingsen, avdelingssjef Nidaros DPS, prosjektansvarlig nestleder



Vedlegg nr. 3

Måleindikatorer og ambisjonsmål for Helseplattformen

Måleindikator Helseplattformen	Ambisjonsmål
Pasientinvolvering Pasientene skal gjennom pasientportalen oppleve lettere tilgang til egne helseopplysninger, økt mulighet for samvalg, bedre informasjon og opplæring i egenmestring og tilrettelegging for pasientrapporterte resultatomål (PROMS). Dette skal gi økt pasienttilfredshet innen 2 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk sammenlignet med 2021.	• Antall innbyggere som har opprettet profil og logget inn minst 1 gang: 80 % • Antall innloggede innbyggere: 80 % • Gjennomsnittlig antall dager før prøvesvar er delt med pasient: 3 virkedager • Andel notater delt med pasienter etter konsultasjon: 95 % • Antall timeavtaler planlagt av pasienter i HelsaMi: 50 % • Antall timeavtaler endret av pasienter i HelsaMi: 70 % • Antall pasienter som har fylt ut PROMS: 40 %
Samhandling og pasientlogistikk Standardiserte henvisninger og utskrivningsdokumentasjon skal gi økt kvalitet og optimal ressursbruk på prioritering av henvisninger, redusere uønsket variasjon i utfall av prioriteringer og bidra til å redusere antall samhandlingsavvik med over 80% innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk sammenlignet med 2019.	• Antall samhandlingsavvik: 80 % reduksjon • Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning: 85 % • Dager fra henvisning er mottatt til den er vurdert av en kliniker (triage): 5 • Dager fra henvisning er mottatt til pasienten er varslet om utfall: 5 • Andel unike henvisninger som har hatt status ufullstendig: 50 % reduksjon
Brukervennlighet for helsepersonell Helsearbeidere skal oppleve bedre kvalitet og enklere tilgang på helseinformasjon dokumentert gjennom økt score på brukervennlighetsundersøkelse innen 1 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk, sammenlignet med tilsvarende score i 2021.	• Brukerundersøkelse
Legemiddelhåndtering Pasientsikkerheten skal styrkes gjennom systemstøtte til riktig og sikker legemiddelhåndtering og derigjennom redusere antall legemiddelrelaterte pasientskader med 80%, innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk sammenlignet med 2020.	• Reduksjon antall legemiddelrelaterte pasientskader – GTT: 80 % • Andel legemiddeladministreringer der strekkoder er scannet: 90 % • Andel legemiddelforordninger lagt inn elektronisk av legen selv: 90 % • Andel legemidler gitt innenfor definert tidsintervall: 90 % • Andel innleggelser hvor pasientens legemidler ble samstemt innen 24 timer etter innleggelsen: 90 % • Andel utskrivninger hvor pasientens legemidler ble samstemt før pasienten ble utskrevet: 95 %
Digital hjemmeoppfølging Flere pasienter skal gjennom pasientportalen få oppfølging nær hjemmet, herunder økt bruk av videokonsultasjoner, informasjon og opplæring, egenregistrering, og fjernmonitorering. Dette skal bidra til å redusere antall pasientreiser med 30% innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk sammenlignet med 2019.	• Antall pasientreiser: 30 % reduksjon • Andel videokonferanser: 15 % • Andel telefonkonferanser: 15 % • Svarprosent på spørreskjema via HelsaMi: 80 %

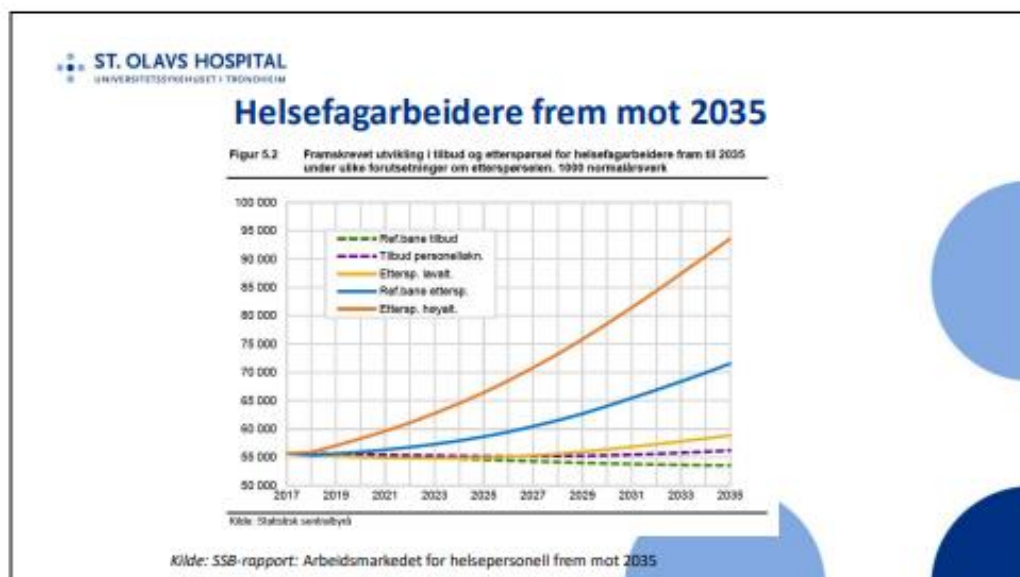
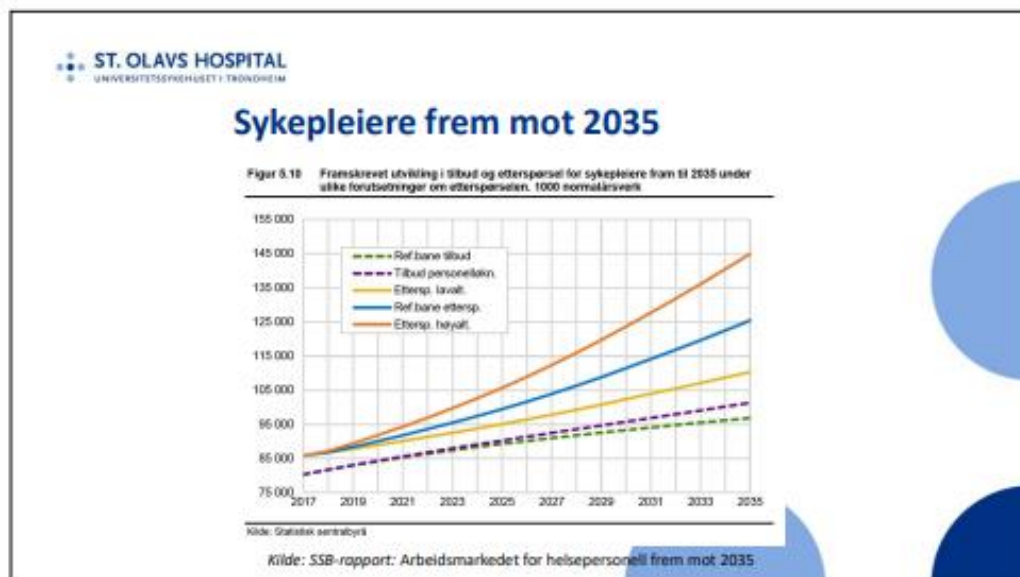


Styringsinformasjon Effektiviteten skal økes og uønsket variasjon reduseres i kapasitetsutnyttelsen. Dette som følge av bedre styringsinformasjon til bruk i forbedringsarbeid, og ressursplanlegging gjennom å redusere kostnad per pasient (KPP) for utvalgte pasientgrupper med 20-30% innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk sammenlignet med 2019.	• KPP: 20-30 % • Redusere kostnader for utvalgte pasientgrupper: 20-30 % • Redusere ventetid: Ihht. nasjonale krav • Andel pakkeforløp innen standard forløpstid: Ihht. nasjonale krav • Andel avtalebrudd: Ihht. nasjonale krav • Andel fristbrudd: 0
Forskning Gjennom systemstøtte til identifisering og rekruttering av pasienter til kliniske studier økes forskningsaktivitet, og derigjennom økt antall nye kliniske studier med minst 10% innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk sammenlignet med 2020.	• Antall kliniske studier (påstartede kliniske behandlingsstudier): 10 % økning • Antall pasienter som har fått tilbud om å delta i kliniske studier: 10 % økning • Antall pasienter inkludert i kliniske studier: 20 % økning • Antall pasienter som har fullført klinisk studie: 20 % økning
Kvalitetsregistre Sikrere, bedre og mer tidseffektiv registrering av data til nasjonale kvalitetsregistre skal gi en dekningsgrad i registrene på minst 80% innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk.	• Dekningsgrad i kvalitetsregistre: 80 % • Antall kvalitetsregistre som har lister med inklusjonskriterier: 100 % • Andel variabler innbakt direkte i arbeidsflyt: 95 % • Antall kvalitetsregistre som automatisk mottar registreringer: 100 %



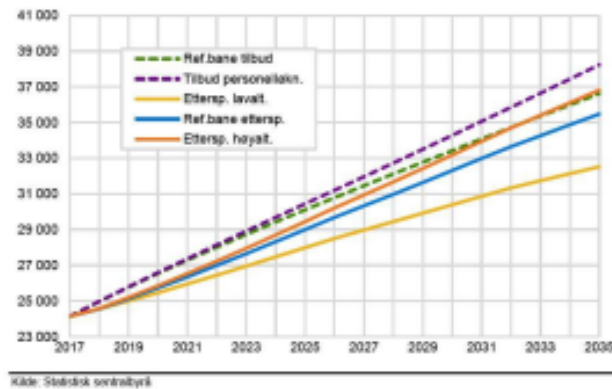
Vedlegg nr. 4

Bemanningsutvikling St. Olavs hospital



Leger frem mot 2035

Figur 5.13 Framskrevet utvikling i tilbud og etterspørsel for leger frem til 2035 under ulike forutsetninger om etterspørselen. 1000 normalårverk



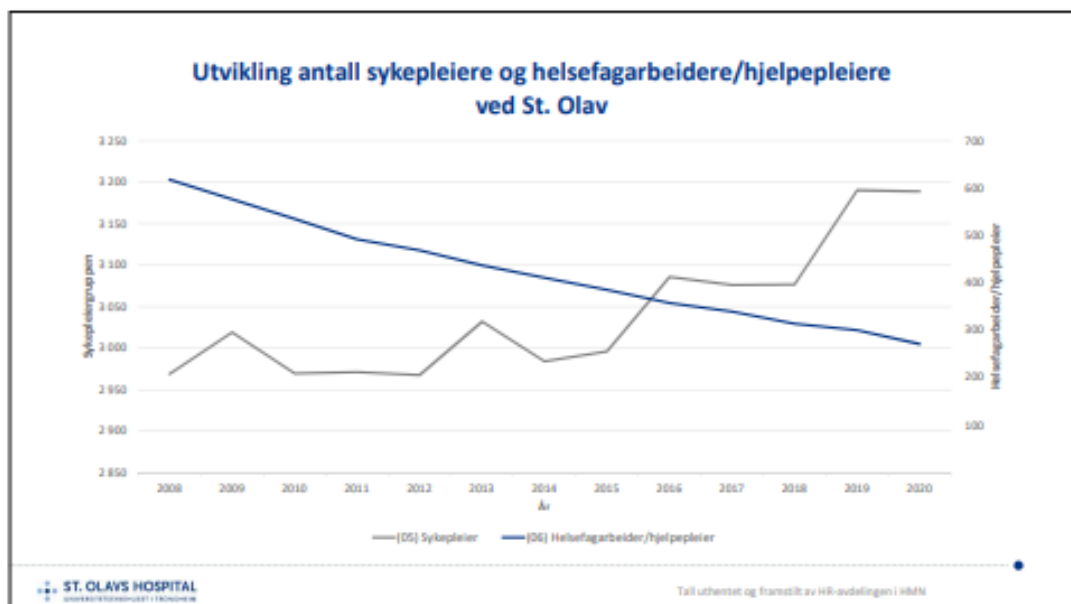
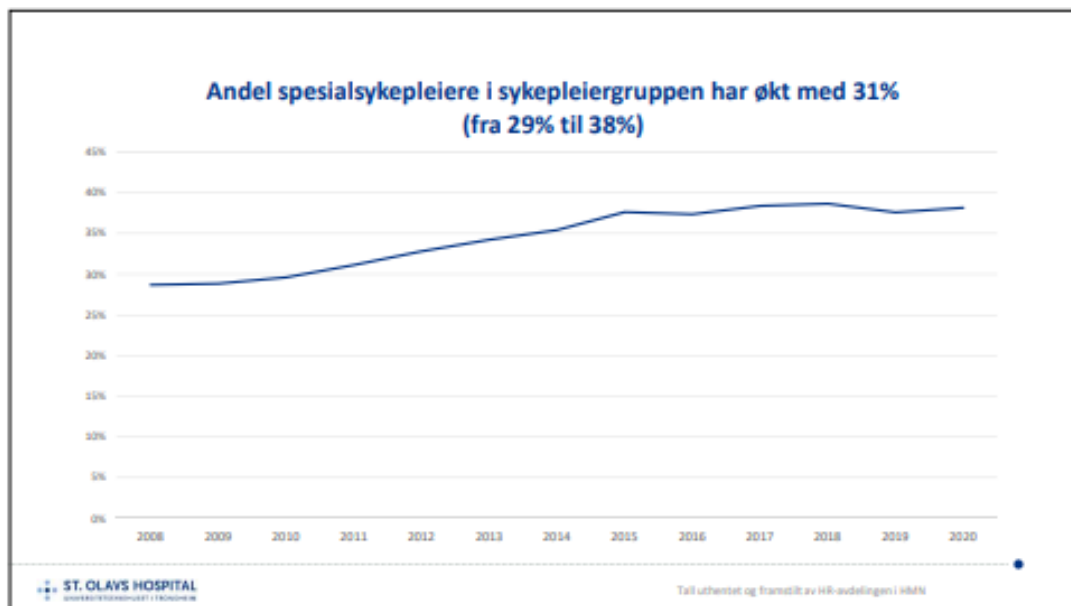
Kilde: SSB-rapport: Arbeidsmarkedet for helsepersonell frem mot 2035

Et tankekors at «oppgaveglidning» på St.Olavs hospital i vesentlig grad har handlet om å overføre oppgaver fra leger til sykepleiere – og ikke videre fra sykepleiere til helsefagarbeidere

Vekst i sykepleiergruppen St. Olav for perioden 2008-2020

- Gjennomsnittlig brutto månedsverk har økt med 20 %





Vedlegg nr. 5

Personelloversikt St. Olavs hospital

Utvikling brutto årsverk forskjellige personellkategorier (2011-2021)

Brutto årsverk	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Endring (2011-2021)
Toppleder	22	24	26	28	28	28	29	28	29	30	30	9
Mellomleder	76	77	78	95	113	114	115	119	123	123	120	43
Andre ledere	273	273	285	296	314	316	316	326	333	344	344	71
Merkantile stillinger	757	748	735	767	788	785	782	778	766	764	788	31
Tillitsvalgte og verneombud	14	14	14	14	15	14	14	18	17	17	17	3
Vernepleier	36	42	48	50	60	64	66	70	81	93	106	70
Tannleger	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	0
Logoped	2	2	2	2	2	3	4	3	3	4	4	2
Sosionom	49	47	43	49	47	46	46	45	43	41	43	-6
Pedagog	34	32	30	36	37	36	34	34	35	38	39	5
Miljøarbeider	16	16	16	23	23	18	19	18	25	30	25	9
Audiograf	6	7	7	7	6	7	8	8	8	10	12	6
Fysioterapeut	107	109	113	116	118	119	120	117	116	119	119	11
Ergoterapeut	44	44	43	44	47	50	48	44	44	47	48	4
Miljøterapeut	114	115	106	137	138	128	130	133	135	130	130	17
Helsesekretær	42	47	50	63	69	72	76	87	103	124	137	95
Andre pasientrettede stillinger	138	137	144	156	151	138	135	126	134	140	151	13
Overleger	559	570	594	616	644	659	683	702	723	759	788	228
LIS-leger	322	336	350	370	373	384	379	383	386	398	399	76
Turnusleger	72	72	72	72	73	74	73	73	73	86	96	24
Legespesialist	0	0	0	0	0	3	10	22	27	24	17	17
Psykologspesialist	90	98	113	119	122	134	140	136	143	153	154	63
Psykolog	111	117	124	131	127	126	134	139	139	147	156	46
Sjefpsykiater	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anestesi- og sykepleier	98	101	100	107	106	107	113	111	113	121	126	28
Barn/Pediatric sykepleier	28	30	32	44	47	45	55	55	53	66	71	43
Intensivsykepleier	188	190	195	215	224	224	232	229	221	229	240	52
Operasjonssykepleier	163	161	161	173	177	176	190	198	198	212	213	50
Kreft/onkologisykepleier	79	83	84	85	89	86	84	89	88	88	86	8
Andre spesialsykepleiere	376	409	450	444	506	512	531	521	545	554	560	184
Sykepleier	1643	1619	1613	1601	1609	1680	1676	1702	1761	1807	1886	243
Jordmor	105	104	107	111	109	112	115	114	112	115	119	14
Helsefagarbeider/hjelpepleier	331	315	295	279	258	236	225	212	200	197	194	-137
Bioingeniør	299	308	317	322	333	348	349	365	377	393	398	99
Laboratoriepersonell	35	35	35	36	41	45	47	47	45	45	49	14
Radiograf	101	102	109	117	118	123	129	129	131	132	141	40
Stråleterapeut	36	34	35	37	41	41	43	44	44	46	46	11
Farmasøyt	3	3	3	3	4	6	8	10	10	10	11	8
Kjøkkenpersonell	103	95	93	99	98	99	99	101	102	95	92	-10
Teknisk personell	111	117	132	137	137	147	143	149	156	154	156	45
Renholdspersonell	254	259	257	250	246	245	250	251	255	258	264	10
Forsyningspersonell	82	82	83	83	87	87	97	99	99	107	110	28
Portører	53	54	53	52	48	47	48	47	49	52	55	3
Ikt personell	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
Annet driftspersonell	47	50	61	66	74	76	74	70	71	76	80	33
Ambulansepersonell	11	10	0	0	230	239	240	238	247	283	280	269



Vedlegg nr. 6

Helsefellesskapets strategi- og handlingsplan



STRATEGI FOR HELSEFELLESSKAPET ST. OLAVS HOSPITAL OG KOMMUNENE 2022 – 2024

Helsefellesskap «En sømløs helsetjeneste – felles ansvar»					
Strategiområder					
Pasientens helsetjeneste “Hva er viktig for deg?”		Bærekraftige tjenester		Felles kultur for innovasjon og samskaping	
Satsingsområder					
Helhetlige pasientforløp for prioriterte pasientgrupper	Utskrivningsklare pasienter	Akuttmedisinsk kjede og helseberedskap	Digitalisering og teknologi	Kompetanse	Analyse og styringsinformasjon

Nasjonale føringer – prioriterte pasientgrupper i helsefellesskapet

- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- Skrøpelige eldre
- Barn og unge
- Personer med flere kroniske lidelser

Strategiområder

- **Pasientens helsetjeneste**
Å realisere “pasientens helsetjeneste” innebærer innsats på en rekke områder. Sentralt står tiltak som gir innbyggerne mulighet til å ta ansvar for og aktivt delta i beslutninger om



egen helse. Pasienter og brukere bør alltid møtes med spørsmålet “Hva er viktig for deg?”

- **Bærekraftige helse- og omsorgstjenester**

For å møte den demografiske utviklingen må vi produsere flere og riktigere tjenester med et lavere forbruk av ressurser. Vi er avhengige av å snu trenden og utvikle en bærekraftig helse-tjeneste som også i fremtiden gir likeverdige helsetilbud og levekår og høy kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Bærekraft innebærer også økt innsats for å forebygge sykdom og uhelse.

Vi skal i fellesskap forbedre og videreutvikle helsetjenestene, til beste for innbyggerne, ved å utforske og endre måtene vi jobber sammen på, og prioritere våre samlede ressurser best mulig. Videre forutsetter bærekraftig helsetjeneste at vi utnytter muligheten teknologien gir, bruker kompetansen hos ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig.

- **Felles kultur for innovasjon og samskaping**

For å oppnå pasientens helsetjeneste og bærekraft må vi jobbe smartere sammen. Vi må utvikle en felles kultur for innovasjon og samskaping, der vi lærer av feil og har mot til å tenke nytt.

Satsingsområder

1. Helhetlige pasientforløp for prioriterte pasientgrupper

Helhetlige pasientforløp defineres som en helhetlig og sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakt med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode. I denne sammenhengen inkluderes også helsefremmende og forebyggende tiltak i regi av helsetjenesten. Ett av hovedformålene med pasientforløp er å sikre sammenheng og flyt, så vel innad i, som ved overganger mellom ulike tjenester og nivåer. Overgangene mellom kommuner og sykehus er kritiske faser. Innleggelsesfase og utskrivnings-ase må gis særskilt oppmerksomhet for å sikre sammenheng og flyt, slik at pasientene får riktig helsehjelp. Gode prosesser for utskrivningsklare pasienter er et viktig samarbeidsområde. Dette handler om pasientsikkerhet og god felles kapasitetsutnyttelse med riktige tiltak, på rett sted til rett tid. Utskrivningsprosessen gjelder fra innleggelse til pasienten er skrevet ut til hjemmet eller kommunen.

2. Utskrivningsklare pasienter

Gode prosesser for utskrivningsklare pasienter er et viktig samarbeidsområde. Dette handler om pasientsikkerhet og god felles kapasitetsutnyttelse med riktige tiltak, på rett sted til rett tid. Utskrivningsprosessen gjelder fra innleggelse til pasienten er skrevet ut til hjemmet eller kommunen.

3. Akuttmedisinsk kjede og helseberedskap

Pasienter skal oppleve en sammenhengende akuttmedisinsk kjede, inkludert førsteinnsats, legevakt, nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste og akuttmottak, der tiltak settes tidlig inn, og informasjon følger pasienten hele veien. I akuttmottaket blir pasienten møtt av tverrfaglig kompetanse som kan gi rask avklaring og riktig behandling. Helseberedskap er en sentral del av generell samfunnsikkerhet. Avklarte ansvarsforhold, tydelige varslings- og rapporteringsrutiner og god samhandling mellom aktørene ved kriser er viktig. Alle virksomheter i helse- og omsorgssektoren har ansvar for å koordinere egne forberedelser



med samarbeidsparter.

4. Digitalisering og teknologi

Teknologien gir oss nye muligheter i utviklingen av helse-/omsorgstjenester. Med hensiktsmessig bruk av teknologi, både som supplement og erstatning for tradisjonelle tjenester, kan vi oppnå store gevinster med hensyn til tjenestekapasitet og livskvalitet for pasientene. Helseplattformen er et stort teknologisk fremskritt som i årene fremover vil realisere målet om “en innbygger-en journal”, og åpner for helt nye muligheter for samhandling mellom innbyggere og helsepersonell og mellom helsepersonell.

5. Kompetanse.

Riktig kompetanse på rett sted til rett tid er avgjørende for at vi skal lykkes med vår strategi. Om vi ikke evner å utvikle og utnytte tilgjengelig kompetanse i fellesskap på en bærekraftig måte, vil det raskt bli en kritisk mangelvare også i vårt helsefellesskap. Vi må sammen planlegge, utvikle og dele kompetanse.

6. Analyse- og styringsinformasjon

Dette er svært viktig som grunnlag for å utforme, prioritere og iverksette riktige tjenester. I analyse inngår også evaluering av hendelser, så vel som av iverksatte tiltak. Kontinuerlig forbedringsarbeid må ligge til grunn for all innsats.

Helsefellesskapet

Helsefellesskap er et hovedgrep i Nasjonal helse- og sykehusplan hvor sykehus, kommuner, fastleger og tjenestemottakere skal møtes for å sette mål, planlegge og utvikle tjenestene i fellesskap. Det skal være systematisk samhandling på flere nivå, både strategisk og operativt.



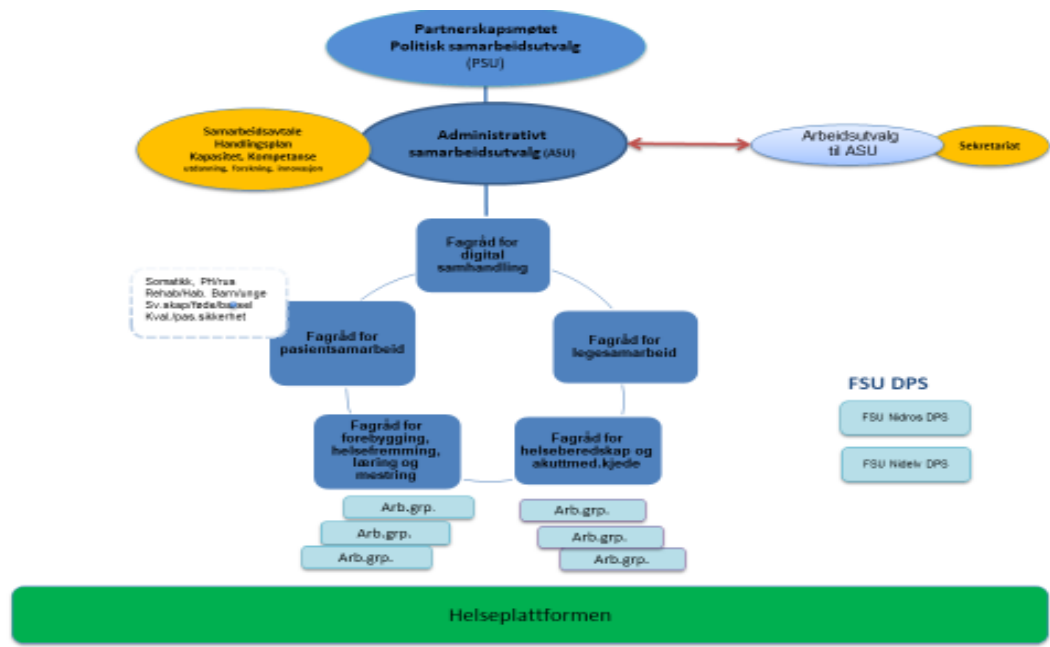
Det har vært særlig viktig å styrke samhandlingen i helsetjenesten med forpliktende dialog og strategier mellom de overordnede lederne i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.



Partnerne i Helsefellesskapet skal bidra til å realisere nasjonale mål, regionale strategier og de inngåtte samhandlingsavtalene.

[Samarbeidsavtale med underliggende retningslinjer](#) ble sist revidert i 2020/2021.

Etablert partnerskap og samhandlingsstruktur: (evt. ny figur i endelig dokument)



HANDLINGSPLAN 2022-2024

HELSEFELLESSKAPET ST. OLAVS HOSPITAL OG KOMMUNENE

(Liten skrift og ikke-fungerende lenker i tabellene nedenfor. Utbedres i endelig utkast.)

0. Diverse administrative samhandlingstiltak

	Mål	Tiltak	Ansvar	2022	2023	2024	2025
0.1	Samordne og videreutvikle AU og sekretariatsfunksjon	0.1.1 Gjennomgå arbeidsform og oppgavefordeling i AU og Sekretariat ift. bla. rolleavklaring, ledelse, koordinering, arbeidsprosesser, støtte til bruker-/fastlegerepresentanter og sekretariatsfunksjon for fagråd.	AU og Sekretariat	x			
		0.1.2 Utarbeide årshjul.			x		
		0.1.3 Vurdere kapasitet i sekretariatsfunksjonene.		x			
0.2	Arrangere årlig temadag/seminar i Helsefellesskapet	0.2.1 Planlegge og gjennomføre årlig temadag/seminar for kulturbygging og gjensidig forståelse, med fokus på samhandling innen aktuelle og prioriterte tema/fagområder.	AU og Sekretariat		x		
0.3	Økt bruk av samhandlingssiden på stolav.no som felles informasjonsplattform	0.3.1 Bekjentgjøre, utnytte og videreutvikle samhandlingssidene på nett som felles informasjonskanal.	Sekretariatet ASU og fagråd	x	x	x	x
		0.3.2 Sekretariatet informerer om samhandlingssidene i aktuelle møtefora på sykehuset og møter med kommunene. Det videreformidles i egen organisasjon, samt at kommunene sikrer informasjon til fastlegene.		x	x	x	x
		0.3.3 Det oppfordres til at tilbakemeldinger om samhandlingssidene og forslag til forbedringer meldes fortløpende til Sekretariatet.		x	x	x	x
		0.3.4 Sørge for vedlikehold og fortløpende oppdatering vedr. aktiviteten i Helsefellesskapet; sakspapirer, referater, presentasjoner, relevante dokumenter, oversikt over representasjon, kontaktinformasjon mv. Sykehusets sekretariatsfunksjon gis selvstendig redigeringsmulighet.		x	x	x	x

0.4	Sikre brukermedvirkning	0.4.1	Sørge for oppnevning og tidlig involvering av brukerrepresentanter i samhandlingsutvalg på 3 nivå (PSU, ASU, fagråd) og i arbeidsgrupper nedsatt for utviklings- og utredningsarbeid.	Sekretariat	x	x	x	x
		0.4.2	Sekretariatet skal ved behov bistå brukerrepresentantene med opplæring og evt. praktiske forhold vedrørende deres i helsefellesskapet.	Sekretariat	x	x	x	x
0.5	Sikre fastlegenes medvirkning	0.5.1	Veileder om fastlegers deltakelse i helsefellesskap gjennomgås og drøftes med fastlegene i aktuelle samarbeidsfora og fagråd for legesamarbeid. Det foreslås tiltak for å sikre fastlegenes medvirkning. Forslagene fremlegges for ASU. <u>Veileder her.</u>	Fagråd for legesamarbeid/ Sekretariat	x			
		0.5.2	Avklare og anbefale tiltak for hvordan sekretariatet evt. kan understøtte fastlegenes arbeid i helsefellesskapet.		x			
0.6	Bedre system for å melde og følge opp uønskede hendelser, og på denne måten bidra til felles læring Jf. vedtak i ASU 20.01.22.	0.6.1	Nedsette en arbeidsgruppe for å utrede mulige løsninger og evt. utarbeide forslag til et forenklet, digitalt system for melding, mottak, behandling og oppfølging av samhandlingsavvik inklusive fastleger. Systemet skal omfatte både pasientrelaterte avvik og avvik fra samarbeidsavtale og retningslinjer på systemnivå. Det utredes også muligheter for etablering av tilsvarende system for tilbakemeldinger fra brukerrepresentantene, som gjelder avvik fra samhandlingsavtalene.	Fagråd pasient-samarbeid/ Fagråd lege-samarbeid Sekretariat	x			
		0.6.2	Vurdere å nedsette arbeidsgruppe for å følge opp meldte samhandlingsavvik, tilrettelegge for læring og rapportere til ASU. Dette i påvente av eventuelt nytt digitalt system (jf. pkt. 0.6.1)					
0.7	Oversikt over samhandlingsstrukturer og prosjekter som finnes, som beslutningsgrunnlag for vurdering av behovet for evt. nye tiltak	0.7.1	Sekretariatet fremskaffer og holder oversikt over pågående og planlagte samhandlingsprosjekter i Helsefellesskapet.	Sekretariat	x	x	x	x
		0.7.2	Sekretariatet fremskaffer og holder oversikt over eksisterende faglige samhandlingsnettverk i Helsefellesskapet	Sekretariat	x	x	x	x

1. Helhetlige pasientforløp og andre aktuelle samhandlingstiltak for prioriterte pasientgrupper

Oppfølging av personer med store og sammensatte behov - Helsedirektoratet

1	Mål	Tiltak	Ansvar	2022	2023	2024	2025
1.1	Dreie fokus mot forebygging og tidlig innsats og implementere lærings- og mestringstilbud i helhetlige pasientforløp	1.1.1 Etablere en arbeidsgruppe på tvers med følgende oppdrag: - Utarbeide et system for felles oversikt over lærings- og mestringstilbud i kommuner og sykehus. - Etablere felles nettverk/møtearena for personell som arbeider med forebygging, helsefremming, læring og mestring i sykehus og kommuner, inkl. Brukerrepresentanter. - Utarbeide en felles rutine for henvisning til ulike virksomheters tilbud.	Fagråd forebygging, helsefremming, læring og mestring	x			
1.2	Helhetlige pasientforløp/ samhandlingsforløp for skrøpelige eldre som sikrer tidlig identifisering av skrøpelig, og tett og god samhandling mellom sykehus og kommuner i ivaretagelsen av pasientene/brukerne Også anbefalt fra arbeidsgruppe UKP (Ref. sluttrapport).	1.2.1 Etablere en arbeidsgruppe som skal utvikle et helhetlig pasient-/ samhandlingsforløp for skrøpelige eldre pasienter, der relevante fagmiljøer involveres. Fokusområder: - Kriterier og system for tidlig identifisering av skrøpelige eldre, omforent forståelse for denne pasientens behov og et system for tilpasset informasjonsdeling mellom sykehus og kommuner ved overgang mellom nivåene. - Ivareta behovet for spesialisthelsetjenestens støtte til primærhelsetjenesten i hjemmefase, samhandling med kommunen under innleggelse i sykehus og som sikrer gode overganger mellom nivåene. - Beskrive særskilte tiltak for denne pasientgruppen som avviker fra andre pasientgrupper i sykehuset.	Fagråd for pasientsamarbeid Fagråd for lege-samarbeid Fagråd forebygging, helsefremming, læring/mestring	x	x		
1.3	Utvikle sammenhengende og forsvarlig helsehjelp til pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusproblematikk, særskilt personer med voldsrisiko.	1.3.1 Vurdere å nedsette en arbeidsgruppe for å utrede og utvikle modell for tverrfaglig samhandlingsteam; FACT voksne, både for psykotiske og ikke-psykotiske personer/pasienter (ambulant sikkerhetsteam). 1.3.2 Vurdere å nedsette en arbeidsgruppe /ST, O, TK og andre aktuelle kommuner) som utreder og utvikler en felles bosettingsstrategi, spesielt knyttet til pasienter med voldsrisiko. 1.3.3 Vurdere opprettelsen av et felles kontaktutvalg innen PH og TSB på klinikk-/kommunalsjefsnivå (St. O, TK og andre aktuelle kommuner) for å holde oversikt over, samt styre utviklingen i en felles omforent og ønsket retning. Kontaktutvalget skal utvikle en felles prosedyre knyttet til alvorlige hendelser, herunder evaluere hendelser, identifisere og implementere læringspunkter. 1.3.4 Gjennomføre fagdag/temadag med målsetting om å skape en felles forståelse av tvangslovgivningen og handlingsrommet.	Fagråd for pasient-samarbeid	x			

1.4	Etablere tverrfaglig teambasert tjeneste for å ivareta pasienter med særlig stort behov for tjenester både fra kommune og spesialisthelsetjenesten Også anbefalt fra arbeidsgruppe UKP (Ref. sluttrapport).	1.4.1	Nedsette en arbeidsgruppe som utreder og fremlegger forslag til en pilot for etablering av tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam for personer med sammensatte/ kroniske helseutfordringer. Pasientsentrert helsetjenesteteam, etter modell av samarbeidet mellom UNN og kommunene, benyttes som grunnlag i arbeidet. Arbeidet implementerer kunnskap hentet fra St. Olavs utredning om «stormottakere» av somatiske spesialisthelsetjenester.	Fagråd pasient-samarbeid med støtte fra øvrige fagråd	x	x		
1.5	Styrke tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk	1.5.1	Nedsette arbeidsgrupper for å utrede og utvikle hensiktsmessige tverrfaglige samhandlingsteam: - Med utgangspunkt i modell fra Helse Fonna, fremlegge forslag til forebyggende tiltak for barn/unge med lettere psykiske helseplager. - Utrede muligheter for etablering av FACT Ung for barn og unge med alvorlige psykiske lidelser og rusproblematikk.	Fagråd pasient-samarbeid med støtte fra øvrige fagråd	x	x		
1.6	Sikre optimal kapasitets-utnyttelse og behov for evt. bufferkapasitet i når det er fullt sykehus og manglende mottakskapasitet i kommune Også anbefalt fra arbeidsgruppe UKP Ref. sluttrapport).	1.6.1	Nedsette arbeidsgruppe for å utarbeide forslag til retningslinje (ref. Samarbeidsavtale St.O og TK) for løpende samarbeid på strategisk nivå (samt taktisk og operativt) som konkret skisserer samarbeid for håndtering av perioder med kapasitetsutfordringer (høy aktivitet og fullt sykehus). Arbeidsgruppen skal i tillegg til retningslinjen: - Vurdere opprettelse av et kapasitetsråd. - Utarbeide forslag til tiltakskort (Ref. SUS og AHUS). - Skissere tiltak for optimal utnyttelse av ØHD og etterbehandlingssenger.	ASU Fagråd pasient-samarbeid, Fagråd akuttmedisin og helseberedskap	x			
1.7	Avklare det totale rehabiliteringstilbudet i Helsefelleskapet	1.7.1	Nedsette arbeidsgruppe med følgende oppdrag: - Avklare hva som er definert som spesialisert rehabilitering vs kommunal rehabilitering, og skissere en grenseoppgang - Kartlegge hva som finnes av slike tilbud i helsefelleskapet, peke på styrker/svakheter og synliggjøre evt. behov for forbedringer Ref. prosjektrapport Rehabilitering i Midt-Norge fra 2014	Fagråd for forebygging, helsefremming, læring/mestring		x		
1.8	Sammenhengende logopedtilbud	1.8.1	Gjennomgå logopedtilbud utenfor sykehus og evt. utarbeide forslag til rutiner for henvisning av pasienter som utskrives fra sykehuset med behov for videre oppfølging.	Fagråd for forebygging, helsefremming læring/mestring	x			

2. Utskrivningsklare pasienter

Pkt.	Mål	Aktuelle tiltak	Ansvar	2022	2023	2024	2025
2.1	Utskrivningsklare pasienter (UKP) Lenke: rapport UKP (legges her).	ASU vil drøfte og avklare videre håndtering av UKP-rapporten. 1. Kommunene og sykehuset tillegges et selvstendig ansvar for å informere om og forankre rapporten i egen organisasjon. Dette for å sikre implementering av rapporten i hele Helsefelleskapet. Her kan det vurderes å gjennomføre en snarlig større samling (fysisk og/eller digitalt) for relevante personer i Helsefelleskapet. 2. AU tillegges ansvaret for å utarbeide detaljeringen av tiltakene i dette satsingsområde basert på rapporten. Dette satsingsområde blir dermed supplert med konkrete tiltak for videre operasjonalisering så snart som mulig.	AU/ASU	x			



3. Akuttmedisinsk kjede og helseberedskap

Pkt.	Mål		Handling og fremdrift	Ansvar	2022	2023	2024	2025
3.1	En sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede (utenfor sykehus)	3.1.1	Nedsette en tverretattlig arbeidsgruppe som gjennomgår den akuttmedisinske kjede utenfor sykehus, avdekker svakheter og foreslår tiltak for å bedre sammenheng og kvalitet. Identifisere forbedringspotensialet og foreslå tiltak for å sikre tydelige kommunikasjonslinjer og tryggere informasjonsdeling (veksling) i kjeden.	Fagråd akuttmed. kjede og helseberedskap Fagråd legesamarbeid	x	x		
3.2	Utnytte felles læringspunkter i pandemihåndteringen.	3.2.1	Gjennomgang og evaluering av pandemihåndteringen. - Oversikt over eksisterende relevant planverk i kommuner og sykehus, herunder identifisere mangler i planverket. - Peke på viktige samarbeidsområder ved tilsv. hendelser. - Vurdere å benytte en Questback undersøkelse til relevante aktører, slik at man får konkretisert styrker og forbedringstiltak. - Resultatene analyseres og fremlegges ASU i form av en kortfattet rapport, med anbefalte tiltak/handling.	Fagråd akuttmed. kjede og helseberedskap	x			
3.3	Styrket felles generelt beredskapsarbeid	3.3.1	I fellesskap identifisere risikoområder, gjennomføre felles risiko- og sårbarhetsanalyse på prioriterte områder, samt foreslå tiltak for å redusere risiko. Vurdere behovet for felles planverk for helseberedskap i Helsefellesskapet. Vurderingen bør omfatte bl.a. legemiddelberedskap og forsyningsikkerhet for medisinsk forbruksmateriell oa.	Fagråd for helseberedskap og akuttmed. kjede		x		
		3.3.2	Vurdere mulighet for felles øvingsaktivitet innen relevante beredskapsområder som berører både sykehus og kommuner. Utforske mulighet for konkret samarbeid med andre regionale beredskapsaktører som Statsforvalter, politi, brann m.v.					

4. Digitalisering og teknologi

	Mål		Handling og fremdrift	Ansvar	2022	2023	2024	2025
4.1	Helsefellesskapet skal være en aktiv bidragsyter i videreutvikling og kontinuerlig forbedring av Helseplattformen	4.1.1	Helseplattformen skal regelmessig være tema i ASU og alle fagråd, med tanke på informasjons- og erfaringsutveksling om utfordringer eller nye muligheter ved løsningen, samt for omforente innspill til videreutvikling og forbedring. Fokus skal særlig være på samhandlingsfunksjoner.	ASU/Fagråd	x	x	x	x
		4.1.2	Videre skal ASU og fagråd ha oppmerksomhet på evt. samhandlingsutfordringer som kan oppstå, som følge av at noen kommuner og fastleger er med i løsningen, andre ikke.	Fagråd for digital samhandling	x	x	x	x
		4.1.3	Videreutvikle elektronisk meldingsflyt mellom sykehus og kommuner samordnet med Helseplattformen. Inklusive økt standardisering og regionalisering av løsninger.	Fagråd for digital samhandling	x	x	x	x
			Sikre fortsatt god meldingsflyt og elektronisk samhandling mellom sykehuset og kommuner som ikke har tatt helseplattformen i bruk.					
4.2	Teste ut og ta i bruk nye teknologiske og digitale løsninger	4.2.1	Nedsette en arbeidsgruppe for å se muligheter og løsninger på digitaliserte felles konsultasjoner mellom sykehus/sykehuslege kommune/fastlege og pasient (inklusive f.eks. bruk av virtuelle undersøkelsesrom, videokonferansemulighet og øvrig telemedisin.	Fagråd for digital samhandling/pasientsamarbeid/legesamarbeid	x	x		
		4.2.2	Teste ut nye digitale løsninger mellom St. Olavs Hospital og 2 - 3 kommuner, for å bedre informasjonsflyten og koordineringen ved innleggelse og utskriving (eks. digitale møter mellom helsepersonell for å planlegge og koordinere inn- og ut).	Fagråd for digital samhandling/pasientsamarbeid/legesamarbeid	x	x		
			Tiltakene samordnes med fremtidige muligheter i Helseplattformen.					
4.3	Økt utnyttelse av velferdsteknologiske muligheter	4.3.1	Etablere felles arena for utvikling av velferdsteknologiske løsninger, fortrinnsvis knyttet mot kommunenes velferdsteknologisatsning; Trøndelagsløftet. Samhandlingsområder kan f.eks. være; - Digital hjemmeoppfølging - Digitalt tilsyn ved bruk av sensorteknologi - Bruk av VR-teknologi i opplæring/kompetanseheving	Fagråd for digital samhandling/pasientsamarbeid/legesamarbeid				

5. Kompetanse

	Mål		Handling og fremdrift	Ansvar	2022	2023	2024	2025
5.1	Øke helsekompetansen i befolkningen	5.1.1	Årlige tilbud om grunnkurs, helsepedagogikk, til helsepersonell i spesialisthelsetjeneste og kommune (brukermedvirkning er en egen del i dette tilbudet.)	Fagråd forebygging, helsefremming læring/mestring	x	x		
		5.1.2	Årlig felles fagdag for helsepersonell i spesialisthelsetjeneste og kommune med tema «Samvalg - hva og hvorfor?».	Fagråd forebygging, helsefremming læring/mestring	x	x		
		5.1.3	Implementering av lærings- og mestringstilbud i helhetlige pasientforløp.	Fagråd foreb., helsefremming, læring/mestring	x	x	x	x
5.2	Økt kompetansedeling på tvers mellom helsepersonell i Helsefellesskapet.	5.2.1	Fremskaffe oversikt over eksisterende faglige nettverk på tvers av nivåene og vurdere behov for andre relevante faglige nettverk.	Sekretariat	x	x	x	x
		5.2.2	Gjennomføre felles fagdager/weminar på aktuelle prioriterte områder.	Fagråd	x	x	x	x
		5.2.3	Legge til rette for økt utnyttelse av gjensidig hospitering.		x	x	x	x

5.3	Felles kompetanse og rekrutteringstiltak	5.3.1	Nedsette kompetansegruppe for å drøfte felles kompetanseutfordringer, med anbefaling om konkrete handlinger som bør søkes løst i fellesskap.	ASU		x		
		5.3.2	Utrede mulige løsninger for et 3 partssamarbeid mellom St. Olavs hospital, kommuner og NTNU og konkretisere hvilke områder er aktuelle og foreslå tiltak.	ASU			x	

6. Analyse – og Styringsinformasjon

Pkt.	Tiltak		Handling og fremdrift	Ansvar	2022	2023	2024	2025
6.1	Analyse og styringsinformasjon	6.1.1	Nedsette en felles analysegruppe med kompetanse på helsedata og styringsinformasjon, som sammen med ASU definerer konkrete områder og parametre det skal hentes ut data på. Gruppen skal 2 x pr. år fremlegge relevante data for drøfting i ASU.	ASU	x	x	x	x
		6.1.2	Etter behov fremskaffe relevante data, samt bidra med analyser i arbeidsgrupper nedsatt i/av Helsefellesskapet på konkrete oppdrag.		x	x	x	x



Vedlegg nr. 7

Felles klima- og miljømål med indikatorer i spesialisthelsetjenesten

Hovedmål	
Innen 2030 redusere (direkte) CO2-utslipp med 40 prosent	Målet er i tråd med Norges forpliktelser i Parisavtalen. 40 prosent utslippskutt innen 2030 har utgangspunkt i referanseåret 2019. Dette tilsvarer en reduksjon på ca. 175 000 tonn Co2-ekvivalenter (Co2e) for spesialisthelsetjenesten innen 2030. 175 000 tonn Co2e tilsvarer det årlige utslippet til 12 500 nordmenn.
Delmål 1	
Redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner	Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) er komplikasjoner som følge av alle typer sykehusinnleggelser. HAI påfører pasienter ekstra lidelser og er ressurskrevende for sykehusdrift, blant annet relatert til ekstra liggedøgn og ekstra bruk av antibiotika. En stor andel av HAI kan forebygges. Redusert HAI vil bidra til redusert forbruk som igjen bidrar til reduserte utslipp. Redusert HAI er allerede et godt innarbeidet mål i sykehusdrift og måles to ganger årlig. Delmålet er valgt for å koble klima- og miljøarbeid til kjemeoppgaven i sykehusdrift, pasientbehandlingen. Delmålet involverer dermed alle medarbeidere som arbeider med pasienter.
Delmål 2	
Redusere energiforbruk med 20 prosent innen 2030 og øke andelen gjenvinningskraft	Energiforbruk i sykehus er den største enkeltfaktoren av direkte utslipp. Med et europeisk energimarked er det ikke lenger slik at strømmen i stikkontakten er ren vannkraft. Det betyr at et av de viktigste bidragene til klimagassreduksjon for sykehusene blir å redusere forbruk av energi. Gjenvinningskraft vurderes som et vesentlig bedre alternativ for å redusere utslipp fra sykehusdrift enn å kjøpe opprinnelsessertifikater for strøm. Gjenvinningskraft vil potensielt bidra til å redusere utslipp fra energiforbruk med 40 prosent.
Delmål 3	
Andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon skal være minimum 20 prosent	Digital hjemmeoppfølging kan bidra til et mer differensiert og tilpasset tjenestetilbud, og bedre ressursutnyttelse. Innovative måter å tilby tjenester i sykehus som samtidig reduserer forbruk i sykehus. Redusert forbruk innebærer redusert utslipp. Delmålet bygger på krav gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet i oppdragsdokumentet til de fire regionale helseforetakene i 2021. Delmålet er valgt for å koble klima- og miljøarbeid i sykehus til innovasjon og teknologi. Målet involverer bredt fra pasientbehandling til utvikling av fremtidens sykehustjenester, smarte måter å arbeide på og utnyttelse og videreutvikling av teknologi.
Delmål 4	
Matavfall reduseres med 50 prosent innen 2030	Bærekraftig forbruk og produksjon handler om å gjøre mer med mindre ressurser. I dag forbruker vi mye mer enn hva som er bærekraftig for kloden. For eksempel går en tredjedel av maten som blir produsert bort, uten å bli spist. Av indirekte utslipp viser beregninger gjennomført i Helse Bergen at «mat» står for 11prosent. Matavfall er avfall som er organisk nedbrytbart. Matavfall fra sykehusdrift er i hovedsak knyttet til kantine og matforsyning til pasienter og pårørende. Sykehuset Innlandet har innført et nytt matkonsept hvor pasienten velger middag fra en meny med 10 middagsretter. Pasienten kan også velge når de ønsker å spise middag. Matkonseptet har bidratt til reduksjon av matsvinn med 41 prosent, i tillegg til formøyde pasienter.



Delmål 5	
Andel produkter uten (utslipp av) helse og miljøskadelige stoffer skal være 75 prosent innen 2030	Helseforetakene skal benytte produkter som er produsert på en måte som beskytter pasienten, ansatte på sykehusene og i leverandørkjeden, og miljøet. Delmålet er spilt inn av Sykehusinnkjøp HF og omfatter indirekte utslipp fra sykehusenes drift. Delmålet er rettet mot hovedutfordringene; tap av artsmangfold og klimaotslipp. Ved å begrense helse- og miljøskadelige stoffer i produktene og i produksjon, reduseres utslipp av giftstoffer til luft, vann og jord og gir tryggere produkter til pasienter. Delmålet innebærer å benytte anerkjente miljømerker med et livssyklusperspektiv og å etterspørre produkter uten skadelige stoffer i de pasient- og ansattnære kategoriene medisinske forbruksvarer, kirurgiske produkter, laboratorieprodukter og -utstyr og medisinsk teknisk utstyr.
Delmål 6	
Fossilfri virksomhet innen 2030, og redusert reisevirksomhet for medarbeidere	Mål om fossilfri virksomhet i 2030 innebærer isolert sett at alle fossile kilder til energi i egne bygg og fossilt drivstoff for egne kjøretøy skal fases ut i 2030. Helse Bergen har allerede dette delmålet som mål for virksomheten. Meld. St. 13 Klimaplan for 2021-2030 omtaler at det fra 2022 vil bli innført krav som skal sikre nullutslipp i offentlige kjøp av personbiler og lette varebiler. Fra 2025 vil det stilles krav om nullutslipp for busser. Pandemien har medført økt digitalisering og kompetanseheving i bruk av digitale møter for medarbeidere i helseforetakene. For å videreføre praksis med digitale møter settes det mål om å redusere reisevirksomhet for medarbeidere i tjenestereise. Redusert reisevirksomhet bidrar til en effektiv arbeidshverdag, og til å redusere kostnader, og utslipp. Helseforetakene skal redusere tjenestereiser med bil med 30 prosent og tjenestereiser med fly med 40 prosent innen 2030 (referanseår 2019).
Delmål 7	
Miljøbevisste medarbeidere i alle enheter	Lederes og medarbeideres bevissthet rundt miljø- og klima er avgjørende for å lykkes med miljøarbeidet/ redusere miljøfotavtrykket i helseforetakene. Ledere skal ta ansvar for å kontinuerlig forebygge og redusere miljøpåvirkningen fra egen virksomhet. Foretakene skal ha faglig kompetente og miljøbevisste medarbeidere.



Høringsinstanser

Trondheim
10.03.22

Høringsbrev

Revisjon av Utviklingsplan for St. Olavs hospital

St. Olavs hospital har fått i oppgave å revidere gjeldende utviklingsplan vedtatt i 2018. Planen skal beskrive hvordan virksomheten skal utvikles for å møte framtidige behov i spesialisthelsetjenesten. Den skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehuset og på nødvendige tiltak for å nå våre målsettinger om en fremragende helsetjeneste, og gjennom dette innfri vårt samfunnsoppdrag. Utviklingsplanen vil derfor være et viktig strategisk dokument for St. Olavs hospital.

Til grunn for revisjonsarbeidet ligger gjeldende utviklingsplan, Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, Helse Midt-Norges Strategi 2030 og Regional utviklingsplan 2019-2022.

Revidert utviklingsplan skal se fremover hvor vi synliggjør våre prioriteringer i et 4- og 15-års perspektiv.

I bestillingen om revisjon av gjeldende utviklingsplan er det videre bedt om at følgende områder prioriteres:

Helsefellesskapet

Standardisering

Kvalitet og forbedring

De prioriterte pasientgruppene fra Nasjonal helse- og sykehusplan:

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

Vedlagt følger aktuelle høringsutkast til revidert Utviklingsplan for St. Olavs hospital 2023-2026.

Det vil framgå at dette ikke er en endelig ferdig utformet plan. Den er omfattende, og vi imøteser derfor innspill og forslag til hva som kan spisses og hva som kan kuttes ned.

Universell utforming og tilgjengelighet vil bli ivaretatt i endelig versjon.

Vi ber videre om at høringsinstansene særlig vurderer kapittel 4.

Vi har følgende tidsplan:

1. Offisiell høringsrunde fra 10. mars til 6. mai 2022.
2. Endelig revidert utviklingsplan legges frem for vedtak i styret ved St. Olavs hospital 16. juni 2022

Høringsfrist i denne høringsrunden er satt til **6. mai 2022**.

Høringssvar adresseres til utviklingsplan@stolav.no

Med vennlig hilsen

Brita Solveig Pukstad, leder av prosjektgruppa
Odd Gunnar Ellingsen, nestleder av prosjektgruppa

på vegne av
Tom Christian Martinsen
Viseadministrerende direktør, St. Olavs hospital

Høringsinstanser 2022

Utkast til St. Olavs hospital HF sin utviklingsplan 2023-2026

Alle klinikker ved St Olavs hospital
KEK (Klinisk Etisk Komite), St Olavs hospital
Brukerutvalget og ungdomsutvalget, St. Olavs hospital
Styringsgruppen
Stabsdirektører
NTNU
HNT (Helse Nord-Trøndelag) HF
HMR (Helse Møre- og Romsdal) HF
Hovedverneombud St. Olavs hospital
Foretakstillitsvalgte, FTV, St. Olavs hospital
St. Olavs sine representanter i de regionale arbeidsgruppene
ASU (Administrativt samarbeidsutvalg) og Fagråd for legesamarbeid
Kommuner (22)
KS, Trøndelag
Statsforvalteren
Arbeidstilsynet
Sykehusapotekene
Sykehusinnkjøp
Sykehusbygg
NAV
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) Røndelg
Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) – Trøndelag
Kreftforeningen – Trøndelag
Pensjonistforbundet
Trøndelag Fylkeskommune
Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) – Trøndelag

Mvh
Prosjektgruppen

Brita og Odd Gunnar

Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
MH - IDF-LOSAM	32/22	31.03.2022

Høring - Utviklingsplan 2023-2026 for Helse Nord-Trøndelag

Forslag til vedtak:

LOSAM tar saken til orientering. Eventuelle høringssvar kan sendes direkte til Helse Nord-Trøndelag.

Bakgrunn:

Informasjon til LOSAM om at Utviklingsplan 2023-2026 for Helse Nord-Trøndelag nå er ute på høring.

Eventuelle høringssvar sendes direkte til Helse Nord-Trøndelag. Se mer informasjon her:

<https://hnt.no/utviklingsplan#horing-pa-utviklingsplanen-2023-2026-for-helse-nord-trondelag>

Høringsfrist er 06.05.2022.

Vedlegg:

- 1 Høringsbrev eksternt - Utviklingsplan 2023-2026 for Helse Nord-Trøndelag
- 2 2022.03.08 Utviklingsplan HNT 2023-2026 - Høringsutkast

Til høringsinstansene

Vår ref.:
2020/7435

Deres ref.:

Dato:
14.03.2022

Høring: Utviklingsplan 2023-2026 (37) for Helse Nord-Trøndelag

Helse Nord-Trøndelag har fått i oppdrag å revidere Utviklingsplan 2018-2021. Planen skal peke på retningen Helse Nord-Trøndelag skal utvikle virksomheten for å møte framtidig behov for spesialisthelsetjenester.

Styret i Helse Nord-Trøndelag godkjente høringsutkastet på styremøtet 24. februar. Høringsutkastet sendes på høring til kommunene i opptaksområdet, brukerorganisasjoner, utdanningsinstitusjoner, samarbeidspartnere og andre interessenter.

Utviklingsplanen skal styrebehandles i 20. juni 2022. Sammen med utviklingsplanene for de andre helseforetakene danner den grunnlag for revisjon av den Regionale Utviklingsplanen for Helse Midt-Norge som bygger på Helse Midt-Norges Strategi 2030.

Vedlagt følger høringsutkast til revidert Utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag 2023-2026. Dette ikke er en ferdig utformet plan, og ber derfor om innspill til den endelige planen.

Høringsfrist: 6. mai 2022

Høringsinnspill sendes: postmottak@helse-nordtrondelag.no

Mer info om arbeidet med utviklingsplan på vår hjemmeside, hvor også høringsspill legges ut:
[Utviklingsplan 2023-2026 - Helse Nord-Trøndelag \(hnt.no\)](https://hnt.no/utviklingsplan-2023-2026)

Med vennlig hilsen

Annmaria Forsmark
Konstituert direktør
Helse Nord-Trøndelag HF

Eksterne mottakere av høringsbrev

Kommuner

- Bindal kommune
- Leka kommune
- Nærøysund kommune
- Høylandet kommune
- Overhalla kommune
- Røyrvik kommune
- Namsskogan kommune
- Grong kommune
- Lierne kommune
- Namsos kommune
- Flatanger kommune
- Osen kommune
- Snåsa kommune
- Steinkjer kommune
- Inderøy kommune
- Verdal kommune
- Levanger kommune
- Frosta kommune
- Stjørdal kommune
- Meråker kommune
- Selbu kommune
- Tydal kommune
- Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) – Trøndelag
- Kommunesektorens organisasjon – Trøndelag (KS)

Brukerorganisasjoner

- Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) - Trøndelag
- Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) – Trøndelag
- Kreftforeningen – Trøndelag
- Pensjonistforbundet

Utdanningsinstitusjoner

- Nord Universitet
- NTNU
- Trøndelag Fylkeskommune

Andre samarbeidspartnere

- St. Olavs hospital
- Statsforvalteren i Trøndelag
- NAV – Trøndelag
- Senter for omsorgsforskning, midt

Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
MH - IDF-LOSAM	33/22	31.03.2022

Høring - Revidert utviklingsplan Helse Møre og Romsdal 2023 - 2026 (2037)

Forslag til vedtak:

LOSAM tar saken til orientering. Eventuelle høringssvar kan sendes direkte til Helse Møre og Romsdal.

Bakgrunn:

Informasjon til LOSAM om at Revidert utviklingsplan Helse Møre og Romsdal 2023 - 2026 (2037) nå er ute på høring.

Eventuelle høringssvar sendes direkte til Helse Møre og Romsdal. Se mer informasjon her:

<https://helse-mr.no/om-oss/utviklingsplan>

Høringsfrist er 06.05.2022.

Vedlegg:

- 1 Høring - Utviklingsplan 2023 – 2026 (2037)
- 2 Høringsbrev - Utviklingsplan 2023 - 2026 (2037)

Høyringsinstansar

Dykkar ref:

Vår ref:

Dato: 10. mars 2022

Høyring: Utviklingsplan 2023 – 2026 (2037)

Utviklingsplanen er Helse Møre og Romsdal sitt øvste strategiske dokument og er no under revisjon. Den viktigaste endringa i revidert utviklingsplan er at vi berre har behandla føretaksperspektivet. Målet er at utviklingsplanen frå eit overordna nivå skal peike på ønska utviklingsretning for Helse Møre og Romsdal, og kva slags prioriteringar vi ser på som nødvendige i utviklinga av framtida si helseteneste på ein berekraftig måte. Planen skal følgeleg bli understøtta av meir detaljerte og operasjonelle handlingsplanar for klinikkar og innan fagområde.

Styret i Helse Møre og Romsdal godkjente høyringsutkastet på styremøtet 2. mars, og ba administrerende direktør gjennomføre ein høyringsprosess.

Utkastet blir no sendt på høyring til tilsette internt, regionråd, kommunar i opptaksområdet, brukarorganisasjonar, utdanningsinstitusjonar, samarbeidspartnarar og andre interessentar. Andre aktørar er også velkomne til å gi innspel.

Høyringsversjon av Utviklingsplan 2023 – 2026 (2037) ligg på:

<http://www.helse-mr.no/utviklingsplan>

Høyringssvar merkast med UP2023-2026 og sendast til posttmottak@helse-mr.no.

Høyringsfrist er satt til 6. mai 2022.

Mvh,
Øyvind Bakke
Administrerende direktør

ST 34/22 Status for fysisk versus digital avvikling av disputaser på MH våren 2022

ST 35/22 Nytt fra dekanen

ST 36/22 Orientering fra fagforeningene og HVO