

Helse Stavanger HF, Stavanger universitetssjukehus (SUS)

Ett samlet sykehus i et pressområde med sterk befolkningsvekst og vanskelige rekrutteringsforhold.

Bildene er hentet fra presentasjonene som ble gitt i møtet

Nøkkeltall

Befolkningsgrunnlag: ca 350 000 (2014), prognose for 2025: ca 433 000 og 2040: ca 496 000.

Opptaksområde: Sør-Rogaland, fra Hjelmeland i nord til Sokndal i sør

Antall medarbeidere: ca 7 400 ansatte, halvparten helsepersonell, totalt 130 yrkesgrupper

Budsjett: 5,6 mrd kroner

Ett av landets seks universitetssjukehus. I 2014 er det ti år siden SUS ble universitetssjukehus. I dag har sykehuset om lag 140 medarbeidere med doktorgrad og sykehuset får gode tilbakemeldinger på forskningsfunksjonene.

Struktur – ett samlet sykehus, DMS, DPS og prehospitaltjenester

SUS er lokalisert på Våland i Stavanger, og hele sykehuset er samlet under ett tak. Ett sykehus, en organisasjon og en kultur gjør at ledelsen slipper diplomatisk brobygging mellom lokalisasjoner. Dette, i tillegg til korte reiseavstander på grunn av et geografisk lite opptaksområde, legger gode strukturelle premisser for SUS.

I Eigersund ligger Dalane distriktsmedisinske senter (DMS) som leverer helsetjenester i tett samarbeid med kommunene sør i Rogaland.

SUS har fem distriktpsikiatriske sentre (DPS) lokalisert i Stavanger, Sola, Dalane, Sandnes og i Ryfylke.

Flere avdelinger, poliklinikker og ambulansestasjoner er lokalisert utenfor hovedsykehuset på Våland.

Aktivitet – Landets laveste forbruksrate

Stavanger er et pressområde, som fram mot 2030 vil oppleve en stor befolkningsvekst og en sterk økning i framskrevet forbruk av spesialisthelsetjenester.

Befolkningen i Stavangerregionen øker



32 % til 2025
52 % til 2040
Medium prognose

Høy prognose
40 % til 2025
78 % til 2040

Konseptfasen har beregnet en lavere økning i befolkning og aktivitet

SUS har enn så lenge håndtert en sterk befolkningsvekst gjennom effektiviseringer, kortere liggetider og overgang til polikliniske behandlingstilbud. Dette uten å utvide areal og stab i nevneverdig grad. Til tross for den kraftige aktivitetsveksten fra 2008 til 2013 har Stavangerområdet fremdeles landets laveste forbruksrate av spesialisthelsetjenester. Innbyggerne i Stavangerområdet bruker 10-15 prosent mindre spesialisthelsetjenester enn resten av landet og årsaken er uklar. En normalisering av forbruksratene kombinert med sterk befolkningsvekst er en utfordring som SUS må løse i tiden fremover.

Det lille akutt sykehuset i det store sykehuset, MOBA (Mottaks- og behandlingsavdeling), behandler pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp og gir en tiltrengt avlastning til hovedsykehuset. I MOBA blir om lag 17 prosent av pasientene ferdigbehandlet og hovedsykehuset får avlastning fra den tyngre driften. SUS har en høyere øyeblikkelig-hjelp andel enn det som anses som optimalt på grunn av pasientlekkasje av elektive behandlinger til andre HF.

Strategiplanen for Helse Stavanger HF 2013-2017 tar utgangspunkt i den forventede befolkningsøkningen og søker løsninger for å sikre god behandlingsskapasitet og pasientvennlighet. Administrerende direktør Bård Lilleeng, mener at forutsetningene er gode for å gjøre noe vesentlig med dette nå, ettersom økonomi og struktur begynner å komme på plass.

Arbeid med kvalitet – pasientsikkerhet kan ikke vedtas, det må gjøres!

Etter tunge tak og omfattende prosesser med å snu økonomien fra underskudd på 150 millioner kroner i 2008 til økonomisk kontroll og 62 millioner kroner i positivt økonomisk resultat i 2013, rettes nå mye oppmerksomhet mot arbeid med kvalitet.

Kompetent personell, struktur, strategi og ledelsesforankring er hovedelementer som SUS arbeider med for å oppnå pasientsikkerhet. Eksempelvis følges det regionale

programmet for pasientsikkerhet opp av alle direktørene i SUS, der samtlige deltar i styringsgruppen. Målet er å halvere antallet skader som kan unngås innen 2017, og SUS er på rett vei.

Til tross for at forskjellige interne prosessindikatorer og endepunktsindikatorer benyttes for å måle kvalitet på behandlingen, er SUS fremdeles på søk etter fullgode indikatorer som gir et helhetsbilde av kvaliteten som sykehuset leverer.

SUS gjør en del egne pasienttilfredshetsmålinger, men disse er ennå ikke satt i system. Dette vil i den nærmeste framtid bli gjort, slik at SUS kan få sammenstilte resultater. SUS er klare på at resultatene fra pasientundersøkelser må kommuniseres på riktig måte, slik at man unngår diskusjoner om enerom og tv-kvalitet, og heller får konstruktive tilbakemeldinger på kvaliteten på behandlingen som er gitt.

Pasientenes rolle – erfaringskompetanse likestilles med fagkompetanse

I strategi for brukermedvirkning i SUS slås følgende fast:

- Brukermedvirkning skal være med å sikre en god kvalitet på helsetjenesten
- Brukermedvirkning skal sikre deltakelse og utvikling av tjenestetilbudet
- Brukermedvirkning skal sikre et likeverdig tilbud til alle innbyggere

For å oppnå disse målene mener brukerutvalget at erfaringskompetanse må bli sidestilt med fagkompetanse. Brukerutvalget opplever tidvis å bli satt på sidelinjen når det gjelder konkrete saker, eksempelvis i arbeidet med kvalitetssikkerhetskampanjen/kvalitetsprogrammet. Eksempel på det motsatte er imidlertid arbeidet med rehabilitering der brukerutvalget deltar og håper på at resultatene blir et sterkere rehabiliterings/habiliteringstilbud.

Fra brukerutvalgets ståsted kan samhandlingsklimaet med kommunehelsetjenesten bli bedre, det er barrierer som må brytes.

FRAMTID/UTVIKLING/FORSKNING

- Helseforetaket må i samarbeid med brukerne hele tiden se på hvilke områder som skal være samarbeidsarenaer.
- Forskning er et område som ikke har involvert brukerne i særlig stor grad. Vi ser fram til at det nå ser ut til å bli endringer innen det feltet også.
- Brukerne er interessert i å ha et best mulig tilbud til alle pasienter og pårørende, og de vil gjerne være med i utviklingen av nye tilbud.

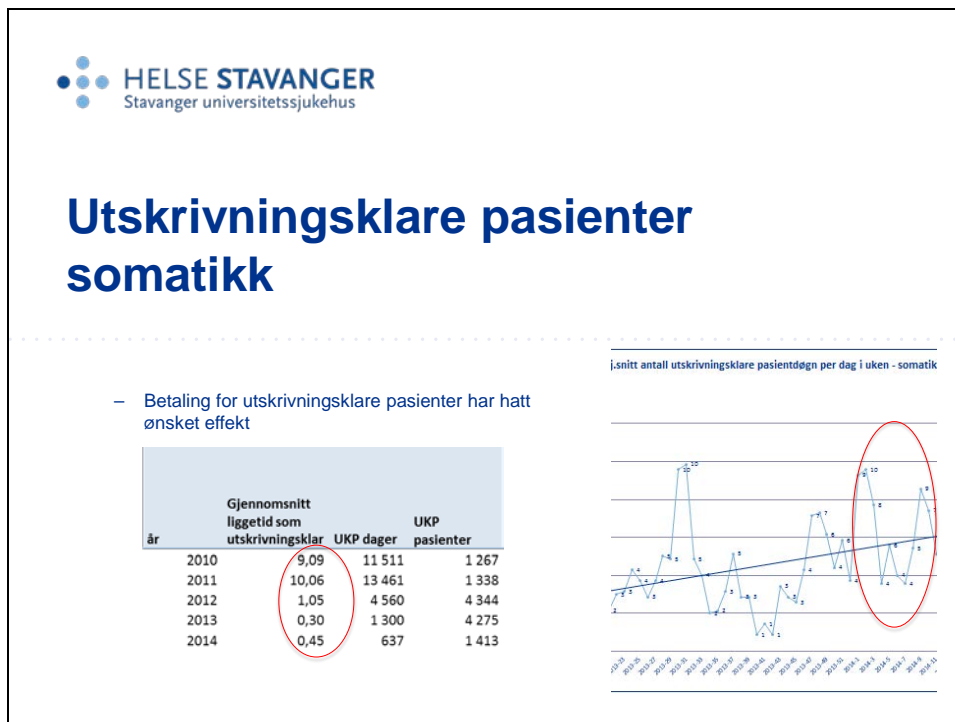
”Til nå har det vært for mye vi og dere, ikke det som er felles, nemlig brukeren.”
Representant for brukerutvalget Helse Stavanger.

- Som en oppsummering vil jeg på vegne av brukerutvalget si at vi er glad for det tilbudet vi har. Vi føler oss stort sett trygge på at behandlingen vi får er den riktige og den beste vi kan få.
- Utviklingen i medisin og teknologi går utrolig fort, og vi ønsker å være med på utformingen av framtidens helsetilbud.
- Brukermedvirkning tar tid på å utvikles, brukerperspektivet og medvirkning har ikke vært mye med i utdannelsen av helsepersonell. Vi håper at dagens utdanning gir mer plass til brukermedvirkning, da vil det bli lettere å få til gode arenaer for samarbeid.

Samhandling med kommunene

Samarbeidet med kommunene oppleves som godt, både sett fra SUS sitt ståsted og fra kommunenes. Men samhandlingsreformen har så langt ikke gitt den ønskede avlastningen for spesialisthelsetjenesten.

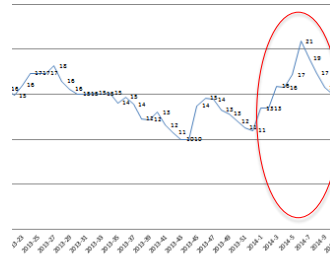
Utfordringen med utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehuset i påvente av et kommunalt tilbud er fremdeles tilstedeværende, men antall liggedager er redusert innen somatikken. Innen psykisk helsevern er antall liggedøgn for utskrivningsklare lite endret noe som må ses i sammenheng med ventelister for tildeling av kommunal bolig. Langt de fleste pasientene som blir liggende som utskrivningsklar innen psykiatrisk helsevern venter på en plass å bo. Per juli 2014 venter 12 av 15 pasienter på kommunalt botilbud.



Utskrivningsklare pasienter innen rus og psykiatri

- **Stabilt over tid – noe økning i 2014**
 - Flere komplekse problemstillinger
- **Pasientene venter i hovedsak på**
 - kommunal bolig/behandlingstilbud i kommunen
 - Sykehjemsplass for pasienter fra alderpsykiatrisk avdeling
- **Manglende incentiver for å hente pasientene hjem til kommunene**

snitt antall utskrivningsklare pasientdøgn (ikke betalende) per dag uken - psykiatri

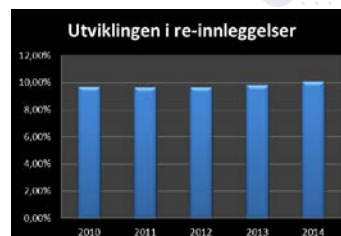


Utvikling i re – innleggelser

Tross kortere liggetid i sykehuset er antall re- innleggelser forholdsvis stabilt:

2010	9,7 %
2011	9,7 %
2012	9,7 %
2013	9,8 %
2014	10,1 %

2010	6,32 %
2011	7,25 %
2012	7,13 %
2013	7,30 %
2014	7,23 %



8 av 18 kommuner har etablert kommunale plasser for øyeblikkelig hjelp døgnopphold, men beleggprosenten er fremdeles lav (20 – 50 prosent). Det vises til at god kommunikasjon mellom sykehus og kommune er avgjørende, felles journalsystem mellom sykehus og kommune er prøvd ut og vist seg å være svært nyttig, men uhyre krevende å innføre i kommunen. Det har ikke lyktes SUS å dokumentere noen effekt av det kommunale øyeblikkelig-hjelpstilbudet, samtidig som opptellinger viser at om lag 25 prosent av pasientene som legges inn på SUS kunne ha blitt lagt inn i kommunale øyeblikkelig-hjelpssenger.

Utfordringer:



- Beleggsprosent i tilbudene er fra 20% - 50%
 - Suksessfaktorer synes å være :
 - God kommunikasjon/informasjon om tilbudet til alle involverte parter før oppstart
 - Fastlegene ønsker å benytte tilbudet
 - Incentiver for legene ved bruk av sengene ?
 - gode pasientforløp hvor ansvar for pasienten overtas av lege i ø-hjelptilbudet
 - Høy kompetanse hos de ansatte
 - God kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten
 - Tilgang til pasientopplysninger/pasientjournal



Utfordringer ø-hjelp senger i kommunene

Kommunene opplever at deres arbeidsoppgaver har dreid fra pleie til mer behandling, og at skillet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten blir mindre og mindre. Nasjonal helse- og sykehusplan ble oppfordret til å beskrive helhetlige og sammenhengende pasientforløp med god kvalitet.



Hva skjer fremover?

- Hvilken rolle skal spesialisthelsetjenesten ha overfor kommunene sitt ø-hjelps tilbud etter 2016?
- Hva med alle tjenesteavtalene som er inngått mellom partene ? Kan en forskrift erstatte avtalene i fremtiden?
- Skal pasientforløpene avhenge av gode relasjoner og kommunikasjon mellom partene?
- Hvordan skal vi klare å sikre kompetanseoverføring og veiledning?



Kompetanse og bemanning – best i landet på lærlingeplasser!

I oljebyen Stavanger er det lav arbeidsledighet, høyt lønnsnivå og konkurranse om arbeidskraften med privat olje- og gassvirksomhet. Høye bokostnader forvansker

ytterligere rekrutteringsmulighetene til sykehuset. SUS opplever å være i en rekrutteringsskvis der de har liten mulighet til å tiltrekke seg kompetanse, men har og vil få et økt behov for dyktige medarbeidere. Per i dag er det sykepleiermangel, her konkurrerer SUS med de omkringliggende kommunene som har skrudd opp lønningene til kommunalt ansatte sykepleiere. I årene som kommer forventes det at mangel på helsearbeidere vil bli en stor utfordring.

SUS er norgesmester i antall lærlinger fra helsefagutdanningene, hele 53 lærlingeplasser er etablert på sykehuset. Gjennom opplæringskontoret på SUS har lærlingene over tid og gjennom systematisk og god arbeid blitt en ønsket ressurs og de er etterspurte på avdelingene.

SUS opplever at universitetene og høyskolene i området ikke utdanner nok personer med riktig kompetanse og etterlyser muligheter for å kunne påvirke utdanningskapasiteten og innholdet i utdanningen slik at disse samsvarer bedre med sykehusets behov.

De håper Nasjonal helse- og sykehusplan vil fremme forslag som kan bedre helseforetakenes påvirkningsmuligheter overfor utdanningssektoren.

Geografi og arbeidsdeling – det avgjørende er kvaliteten

SUS opplever et godt samarbeidsklima i Helse Vest, til tross for at regionen består av to store og to mindre helseforetak. Det gode kulturbyggingsarbeidet som Helse Vest RHF har stått for gis mye av æren. Det er i Helse Vest, som i resten av landet, en utfordring for de mindre helseforetakene å sikre spisskompetanse, og de er til tider avhengig av at de større helseforetakene strekker ut en hjelpende hånd. Et eksempel på godt samarbeid på tvers av foretaksgrensene er når Helse Fonna ber om bistand fra spesialist fra Helse Stavanger, og at spesialisten kan reise til Helse Fonna på kort varsel for å bistå.

Arbeidsdelingen i Helse Vest, eksempelvis synliggjort gjennom regional kirurgiplan, har utfordret SUS til å vurdere tilbudet av kirurgiske inngrep utført ved SUS. SUS er klare på at funksjonsfordeling må bygge på helt klare krav til kvalitet, og ønsker stor åpenhet om og faglige vurderinger av resultater – som grunnlag for kontinuerlig vurdering av funksjoner, i alle foretak i regionen

Om struktur og framtid

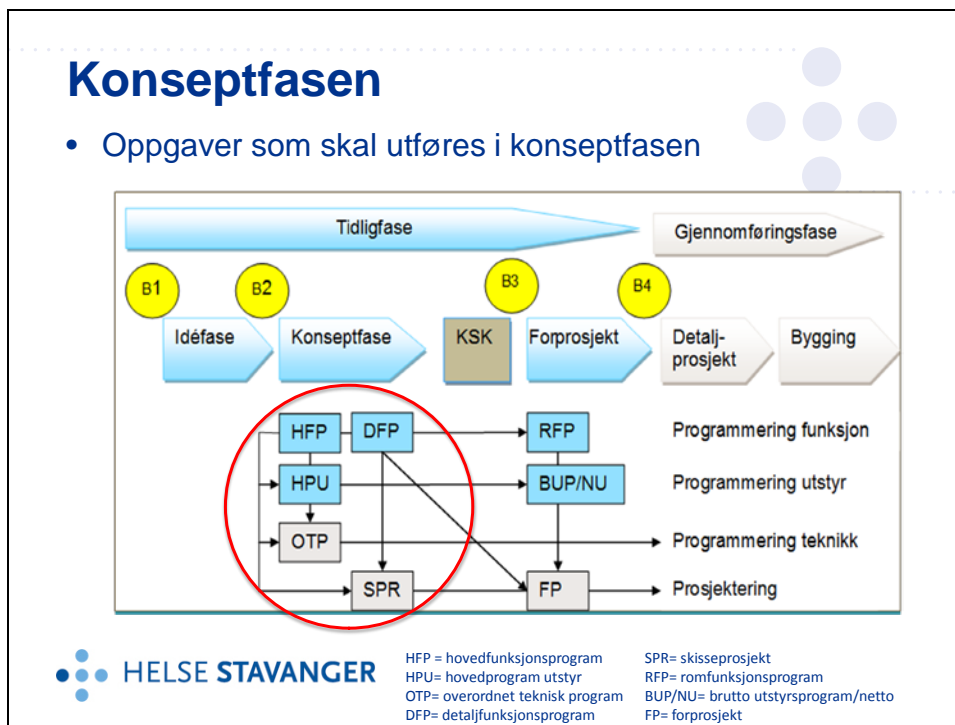
Den store strategiske utfordringen for SUS i den nære framtiden er å ha tilstrekkelig med arealer. SUS har 0,5 kvadratmeter sykehusareal per innbygger, mot 1,0 kvadratmeter sykehusareal per innbygger i resten av landet. Andelen leiet areal er høy og bygningsmassen ligger ikke til rette for effektive logistikk-løsninger.

I 2011 ble Prosjekt sykehusutbygging startet og en utviklingsplan for SUS ble utarbeidet. Siden har idéfase gått over til konseptfase, og foreløpige beregninger foreligger for blant annet arealbehov og investeringer i nytt utstyr. Fire alternativer fra idéfasen skal utredes:

- 0-alternativet (reoveringsalternativet)
- Trinnvis utbygging til nytt sykehus på ny tomt

- Utbygging på Våland i et første byggetrinn til 2025 og skissering av videre byggetrinn til 2040
- Nytt sykehus på ny tomt - utbygging i ett byggetrinn

Konseptfasen skal ferdigstilles innen mars 2015. Beregninger viser at SUS har en økonomisk bæreevne til nytt sykehus på rundt 8 milliarder kroner. Foreløpige kostnadsanslag ligger på opp mot 18 milliarder kroner.



OPPSUMMERING – snuoperasjon som skal komme pasientene til gode

SUS er ett av flere helseforetak som har opplevd en kraftig befolkningsvekst innenfor sitt opptaksområde. Også framover mot 2030 vil området oppleve en kraftig befolkningsvekst. Fram til i dag har sykehuset gjennom stor innsats fra de ansatte, kombinert med god styring og ledelse, klart å omstille og effektivisere driften. SUS kan vise til stor aktivitetsøkning, og årlige økonomiske underskudd er snudd til økonomisk kontroll. Det handlingsrommet som nå er skapt skal komme pasientene til gode, gjennom ytterligere kvalitetsforbedringer, bedre tilgjengelighet og styrking av tilbudet til pasienter, og det planlegges også for betydelige investeringer i moderne utstyr og arealer.

Redigert av Vanja Strømsøe Gleditsch,
Seniorrådgiver
vans@hod.dep.no