

Sykehuset Østfold

Sykehus som tverrfaglig diagnostisk senter – stolthet over resultatet nådd gjennom teamet må erstatte stolthet over egen tittel

Bildene er hentet fra presentasjonene som ble gitt i møtet



Historien om sykehus i endring – fra Wikipedia

- **1864:** Fylket kjøper tomt på Kalnes for å bygge sykehus, men det skal ta over 150 år før sykehuset på Kalnes åpner.
- **1956:** Sentralsykehuset for Østfold innvies i Fredrikstad, etter lang tids drakamp mellom Sarpsborg og Fredrikstad om plasseringen.
- **1985:** Fylket vedtar at fødeavdelingene i Askim, Halden, Moss og Sarpsborg nedlegges og alle fødsler samles i Fredrikstad.
- **1993:** All kirurgisk døgnerberedskap samles i Moss og Fredrikstad.
- **1997:** Indremedisinsk beredskap samles i Moss og Fredrikstad.
- **1998:** Sykehuset Østfold opprettes, en organisatorisk sammenslåing av sykehusene i Østfold.
- **1999:** Nytt sykehus vedtas lagt til Sarpsborg.
- **2002:** Staten overtar eierskapet til Sykehuset Østfold fra Østfold fylkeskommune.
- **2003:** Psykisk helsevern ble del av Sykehuset Østfold
- **2008:** Sykehuset Østfold vedtar at planlagt virksomhet videreføres i Moss når det nye sykehuset i Sarpsborg åpner.
- **2015:** Østfolds største arbeidsplass med 3.000 ansatte flyttes til Sarpsborg når Østfoldsykehuset på Kalnes åpner.

Sykehuset Østfold er sykehus for om lag 280.000 mennesker. Med om lag 5000 ansatte er det Østfolds største arbeidsplass.

Organisering, struktur og utvikling

Mål for Sykehuset Østfold 2016-2020

1. Pasientene skal oppleve tilgjengelige, forutsigbare og helhetlige tjenester.
2. Kvalitet, pasientsikkerhet og service skal gjenspeiles i alt vi gjør.
3. Pasientene skal i møte med sykehusets medarbeidere oppleve empati, profesjonalitet, god kommunikasjon og rett kompetanse.
4. Pasientene skal oppleve at SØ har god samhandling med alle deler av helsetjenesten.
5. SØ skal utnytte moderne teknologi og nytt sykehus for å bli ledende innenfor definerte områder innen forskning og tjenesteinnovasjon.
6. SØ skal skape et økonomisk handlingsrom som sikrer utvikling og investeringer.

Det nye sykehuset på Kalnes blir Norges fjerde største akuttisykehus. Pasientens behov har vært førende for organisering, struktur og bygg. For første gang integreres psykiatri og somatikk.

Sykehuset er designet som et tverrfaglig diagnostisk senter- det er framtidens sykehus. Tanken er at pasienten etter diagnose eventuelt kan sendes videre til annet omsorgsnivå - helsehus eller lignende.

Tverrfaglig og team er begreper som blir stadig viktigere. Det er slutt på den tiden da en enkeltperson reddet liv – i dag er det teamet som gjør det. Det krever annen tenkning, annen organisering, mer samarbeid og annen type ledelse.

”Det er ikke lenger antall meter bøker du har lest som avgjør din posisjon og status”.

Sykehuset bygges for å understøtte teamet.

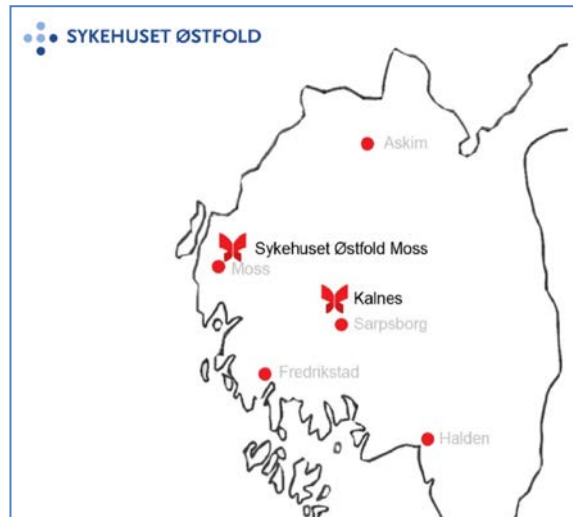
Bruken av tavlemøter er et eksempel: Her diskuteres tverrfaglig

- De sykeste pasientene
- De som skal reise
- Pasientene som er i planlagte forløp

Bruken av elektroniske tavler er et langt skritt fremover.

Sykehuset er også på jakt etter annen teknologi som kan gjøre hverdagen lettere for ansatte og øke sikkerheten for pasientene. Et eksempel er samarbeidet med Microsoft, der man bruker sensorteknologien fra deres dataspill (en sensor som er meget følsom for bevegelse) til pasientovervåking. Da er man i ferd med å få automatisk registrering av puls, respirasjon, temperatur, bevegelse, kramper og snart blodtrykk. Det betyr ikke at man ikke skal se til pasientene lenger – men at man får et tidligere signal når noe utvikler seg i feil retning

Alle akuttfunksjoner er samlet på Kalnes, mens Moss er oppgradert og omstilt til et rent elektivt sykehus.



Liggetiden har fortsatt å gå ned og det nye sykehuset har 100 senger færre enn opprinnelig planlagt. Utviklingen fortsetter, og så lenge man har godt samarbeid med kommunene så vil dette være tilstrekkelig også fremover.

Akuttmedisinsk enhet med 64 observasjonssenger samler fremskutt kompetanse og gir pasientene raskere og bedre behandling – med gjennomsnittlig en dag kortere liggetid. Radiolog i mottak frem til klokken 20 og brystsmerteenhet er eksempler på samme tankegang.



Tverrfaglighet finner man også igjen ved at alderspsykiatri, nevrologi og geriatri har felles poliklinikk.

Kjente flaskehalsen innen kreftutredning- og behandling forsøkes avhjulpet ved å skjerme slot-tider på billeddiagnostikk, og ved å utdanne granskningsradiografer i England. Ultralydteknikere er en ny yrkesgruppe som tar de enkle ultralydsundersøkelsene.

Sykehuset på Kalnes har 24 avdelinger – men bare tre nivå ledere. Det betyr at alle avdelingsledere sitter i direktørens ledergruppe. Det er en stor gruppe, men med god støtte av foretakssekretariat og utviklingsarbeidet organisert som eget prosjekt gir det likevel god (bedre) styring.



Kvalitet

Sykehuset Østfold leverer stadig bedre på både økonomi, aktivitet og kvalitet.

”Det viktigste med å måle kvalitet er at vi kan sammenligne oss med oss selv over tid – vi vet at vi ikke er best men blir vi bedre?”

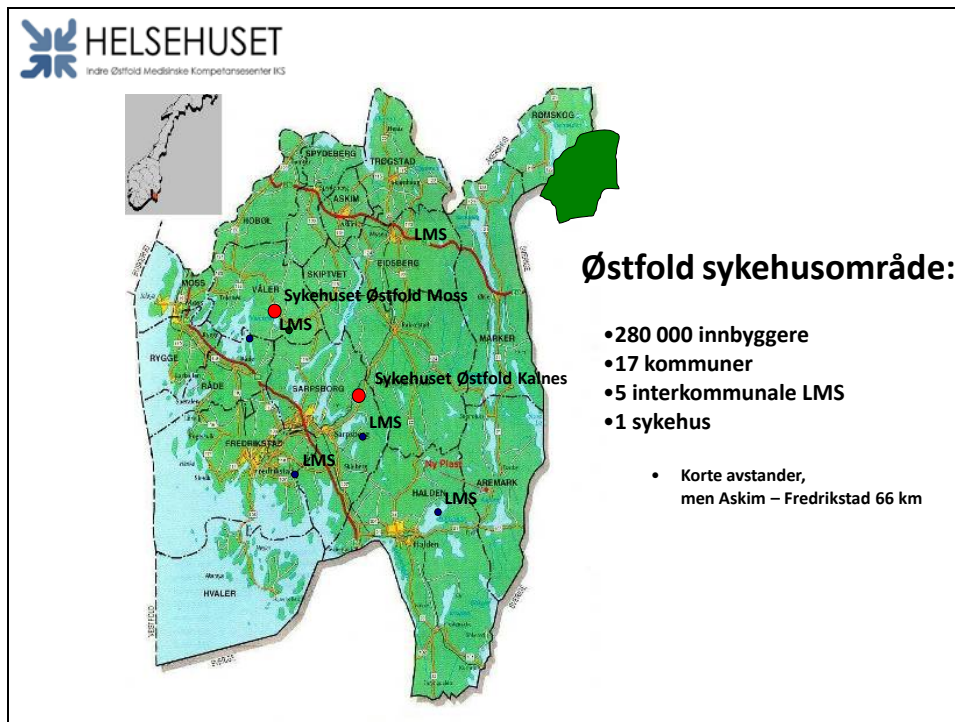
Behovet for ferskvare kvalitetsdata er påtrengende! Det går for langsomt fremover med å skaffe brukbare data i regi av Kunnskapssenteret – halvannen år gamle data er ikke brukbare når man skal utvikle og forbedre sin virksomhet og undergraver tilliten til at kvalitetsdata er nyttige.

Derfor har også alle helseforetakene i Helse Sør-Øst vendt seg mot andre leverandører av data. Og – PASOPP undersøkelsene er viktige men i alvorlig behov for en oppgradering – et godt verktøy men litt gått ut på dato. Likevel bedre å forbedre denne enn å finne opp noe nytt.

Ferske og relevante data gir eierskap til resultatet. Eierskapet må ligge så nær som mulig der behandlingen faktisk foregår.

” Tre ikke kvalitetssystemer ned over hodene våre”.

Intermediære tilbud – grenseland mellom primær- og spesialisthelsetjeneste



Modellen med helsehus er vel utbredt og vel fungerende i Østfold. Sykehuset Østfold har vært en interessert samarbeidspartner – det er en forutsetning for suksess. Alle helsehusene er litt forskjellige – slik må det nok være selv om det er krevende for sykehuset.

I Østfold har man drevet helsehus lenger enn mange andre steder – det kan blant annet leses ut av en beleggprosent rundt 70% - mens kommunale akutte døgnplasser svært mange andre steder i landet ligger rundt 20%.

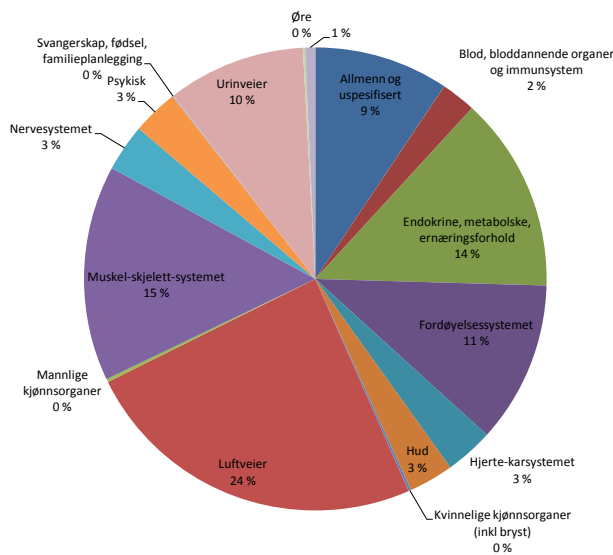
Antall Opphold

	Fredrikstad	Halden	Indre	Moss	Sarpsborg	Totalsum
1-Jan	22	40	61	35	15	173
2-Feb	14	34	42	32	11	133
3-Mar	29	33	46	23	13	144
4-Apr	45	34	38	32	15	164
5-Mai	36	28	38	45	12	159
6-Jun	33	21	52	34	17	157
7-Jul	60	24	51	39	12	186
8-Aug	51	26	37	28	19	161
Totalsum	290	240	365	268	114	1277

Rate per 10 000 innbygger

	Fredrikstad	Halden	Indre	Moss	Sarpsborg	Totalsum
1-Jan	2,8	6,6	10,7	11,3	3,0	6,2
2-Feb	1,8	5,6	7,4	10,3	2,2	4,8
3-Mar	3,6	5,4	8,1	7,4	2,6	5,2
4-Apr	5,6	5,6	6,7	10,3	3,0	5,9
5-Mai	4,5	4,6	6,7	14,5	2,4	5,7
6-Jun	4,1	3,4	9,1	11,0	3,4	5,6
7-Jul	7,5	3,9	8,9	12,6	2,4	6,7
8-Aug	6,4	4,3	6,5	9,0	3,8	5,8
Totalsum	36	39	64	87	23	46

I 2014 har det vært ca. 1300 innleggelses så langt – omtrent 95% av disse ville vært i sykehus om helsehusene ikke hadde vært der.

Andel pasienter innen ulike hoveddiagnosegrupper


Juss og økonomi er de viktigste driverne når kommunene skal overta nye oppgaver.

Fem interkommunale Lærings- og mestringssentre er etablert – de følger legevaktområdene og ikke kommunegrensene.

SYKEHUSET ØSTFOLD

Kompetanseutvikling for morgendagens behov

- Nytt sykehus
 - Medisinskteknisk/teknisk utstyr
 - IKT løsninger
 - Ny arbeidsprosesser
- Samhandlingsreformen – økt spesialisering
- Befolkningsutviklingen
 - Mangel på arbeidskraft
- Sykdomsutviklingen
- Teknologisk utvikling
- Pasientrollen i endring



STRATEGISK PLAN FOR KOMPETANSEUTVIKLING
Mars 2014 - Desember 2015

Kvalitet i første ledd er alltid viktig – det omsorgsnivået en turnuslege velger for en pasient ved innleggelse – intensivavdeling, vanlig avdeling eller helsehus – har for eksempel ekstrem effekt på kostnad.

Bred kompetanse må blandes med spiss – en ortoped må også kunne se på et EKG og en kirurg forordne væske postoperativt.

Faglig tilbakemelding er stadig viktigere – administrasjonen kan ta seg av økonomi og aktivitet.



Sykehuset Østfold har 850 studenter innom sykehuset i løpet av et år. Man opplever at sykehusets behov ikke helt reflekteres i utdanningsinstitusjonenes læringsmål.


Jo større avstanden er, jo mer tid går med til opplæring gitt fra sykehuset når man får nye ansatte.

Burde siste året på sykepleiestudiet vær det første året på sykehuset?
Burde utdanningsløpet for sykepleiere deles etter for eksempel to år – med en retning mot primær og en mot spesialisthelsetjenesten?

Utdanning må også legge til rette for oppgavedeling og –glidning.

Det er ingen formulering i oppdragsbrevet til utdanningsinstitusjonene om at de skal gi arbeidslivet den arbeidskraften som man trenger – ”joda, det lyttes men til slutt er det den akademiske friheten som rår”.

Hvor mange mastergrader/ansatte med master trenger vi egentlig?

 SYKEHUSET ØSTFOLD

Innspill til ny sykehusplan:

- Sikre gode fagmiljøer – rekruttering
- Plan for å møte framtidig mangel på helsepersonell
- Fremtidsrettet ny rammeplan for sykepleieutdanningen
- Pålegge kommunene utdanningsansvar (jf samhandlingsreformen)
- Lovfeste rett til lærlingeplasser
- Legge til rette for oppgaveglidning – gi utdanningsinstitusjonene føringer

- HOD må samarbeide med KD for å sikre at vi får de utdanninger som helsesektoren trenger på riktig nivå. Eksempel master/videreutdanninger
- Utdanningsinstitusjonene må få klarere krav i tildelingsbrevet om at helsesektoren må få reell påvirkning på innhold
- Avbyråkratisering av NOKUT



- HOD må samarbeide med KD for å sikre at vi får de utdanninger som helsesektoren trenger på riktig nivå. Eksempel master/videreutdanninger
- Utdanningsinstitusjonene må få klarere krav i tildelingsbrevet om at helsesektoren må få reell påvirkning på innhold
- Avbyråkratisering av NOKUT



Behov for nye yrkesgrupper i nytt sykehuset

- Servicemedarbeider – logistikk
- Ingeniører (MTU)
- Ingeniører (teknisk)



Helseforetaket har hatt tett samarbeid med fagskolen om ny utdanning for servicepersonell. Det var helt ferdig, men strandet i NOKUT. Sykehuset må derfor utdanne sine egne.

I nytt sykehus vil det ikke finnes lager, alt skal bestilles og være på plass på null tid. Det kan ikke 2000 medarbeidere drive med. Noen må være hypergode på logistikk og kunne betjene de avanserte logistikksystemene som vil bli installert.

Pasientenes rolle – brukermedvirkning

”Det er skremmende å være bruker i et system der informasjonen om meg ikke følger meg. Helsetjenesten preges også av for mye teknikk og for lite empati”.

Brukerutvalget har vært pådrivere i arbeidet med åpenhet rundt kvalitet – der Østfold var først ute med å publisere meldingene om alvorlige avvik.

”Vi blir hørt, sett og brukt”.

Helsehusene er en god del av samlet behandlingstilbud, og skepsisen mot dem blir stadig mindre.

Samhandling med kommunene

I 2013 var det null døgn med utskrivingsklare pasienter i Sykehuset Østfold. Det er ett av resultatene av langt og godt samarbeid – samarbeidsutvalg mellom sykehus og kommuner var på plass allerede i 2005.

Det har vært store omlegninger i sykehusstruktur – nå senest med overføring av akuttfunksjoner fra Moss til Fredrikstad. Det har ikke manglet på diskusjoner, men i det store har det gått fredelig for seg.

Hvorfor?

Noe av forklaringen er nettopp det lange samarbeidet med kommunene – tillit bygges over tid. Så har man vært helt åpne med hva man har tenkt å gjøre og ikke minst hvorfor.

”Hvorfor” har man forankret tungt i kvalitet – for eksempel i at det var en 40% overdødelighet av hjerneslag i Moss. Det skyldes ikke at det er feil ved enkeltpersoner, men at det ikke var mulig å sette sammen nok vakter, utstyr og kompetanse.

Råd til Nasjonal helse- og sykehusplan

Om kvalitet

- De sykehusene som gjør det godt, gjør det ikke fordi de har lært av de kvalitetsdataene sentralforvaltningen leverer ut. De gjør det fordi de har arbeidet med det i forkant utfra egen kunnskap om egen virksomhet.
- Alle kvalitetsdata som produseres må eies av dem som leverer dem inn.
- Staten må levere tilbake deres egne kvalitetsdata i sanntid. Hvis ikke må de slutte å forvalte dem og gi helseforetakene muligheter til å velge seg og knytte seg opp til andre "databehandlere/-leverandører".

Om kvalitetsstyring:

- å styre på kompetansekrav er meningsløst. Å treffe rett med nasjonale standarder til kvalitet er uhyre vanskelig. Å fastsette kompetanse- og bemanningskrav som kvalitetskrav vil binde ressurser på feil måte.

Om finansiering

- DRG-systemet henger ikke med. Uegnet til å refundere de nåværende og framtidige typiske pasientforløpene. Eksempler har vært tatt opp med Helsedirektoratet i 4 år – men ingenting skjer. Eier må passe på at finansieringssystemet ikke gir perverterte insentiver - og at det er NOE mer dynamisk

Om psykisk helse og rus

- Trist at en tar psykisk helsevern og rus sist og somatikk først, både i sykehusplan og ikke minst i samhandling. Dette må behandles likt og likeverdig

Om belegg

- Arbeidstakerne opplever for høyt belegg på sykehusene – opp mot 90%. Ny forskning dokumenterer at det skjer flere feil med så høy beleggspersent. Høyt arbeidspress, dårlig samarbeid, flere propper, "ikke faglig fundert kort liggetid" er bivirkninger når beleggspersenten blir for høy. Framtidens kapasitet og dimensjonering bør ta inn dette

Om nivåer

- Pasienten er ikke opptatt av nivåene i helsetjenesten. De vil være trygge på at de får riktig helsehjelp i rett tid. Kommunelegen håper det blir LITT plass i sykehusplanen til å omtale samhandlingen mellom primær og spesialisthelsetjenesten.

Om forebygging

- hvor mye skal spesialisthelsetjenesten bidra i forebygging av sykdom? Det skjer best nær pasienten. Kanskje skal en sende personell ut av sykehusene for å bidra i pasientopplysning og mestring, men i sykehuset er det lite plass og tid til forebygging.

Om teknologi og pasientinvolvering

- På nye sykehuset vil alle pasienter som ikke selv har smarttelefon eller nettbrett få et slikt med seg ved utskriving fra sykehuset - satt opp med informasjon om egen sykdom, mestring, tiltak å iverksette for dem selv, gjerne i samarbeid med fastlegen. Dette er en mulighet til å aktivisere og involvere pasienten – og kostnaden for et nettbrett er forsvinnende liten sammenlignet med prisen på en ny sykehusinnleggelse
- Pasienter ønsker å involvere seg, ta ansvar, gjøre noe selv for egen helse. Mottoet "ingenting om meg uten meg" er veldig bra å bruke

Redigert av Andreas Moan,
Spesialrådgiver dr. med.
Andreas.moan@hod.dep.no