

Innspill til Utviklingsplan, Sykehuset i Vestfold.

På vegne av verneombudene, hovedverneombud Mildrid H Søndbø

Overordnet blikk

Her er det gjort et stort arbeid med utlegninger av mange forhold som er skissert godt i et overordnet perspektiv. Det er tatt høyde for effektivitet, samarbeid, gode behandlingsforløp og overføring av oppgaver til primærhelsetjenesten for å nevne noen få tema.

Dette er et omfattende dokument, så det har ikke vært mulig å gå i dybden. Men noen litt flyktige betraktninger vil vi bidra med.

Verneombudene er opptatt av gode forhold for medarbeiderne. Det er en viktig horisont å ta med i en utviklingsplan. Uten de riktige medarbeiderne, ingen behandling. En rapport fra 2017 utført av Forskning.no, kan vise til at mer enn hvert fjerde sykefraværstilfelle var arbeidsrelatert blant sykepleierne. Det er en høyst kritisk utvikling. Sykepleierne har ansvaret for pasienten det meste av døgnet. Denne kompetansen er uvurderlig viktig. Andre undersøkelser kan også vise til at flere slutter og finner annet arbeid uten det store arbeidspresset kombinert med et totalansvar for pasientene det meste av døgnet.

Sykefraværet er høyt i enkelte deler av virksomheten, noe som er bekymringsfullt om det er arbeidsrelatert. Tilbakemeldinger fra verneombud og systemansvarlig tilsier at de tekniske data på dette området er mangelfulle. Altså er det komplisert å få kjennskap til det reelle tallet på arbeidsrelatert fravær.

Det svært viktig at organisasjonen har et omforent bilde av nåtid. Det er helt essensielt om utviklingen skal gå i ønsket retning. Mange verneombud opplever at her spriker det. For mange medarbeidere er de menneskelige faktorer som trygghet, trivsel, bli satt verdi på og tatt med på råd, selve grunnlaget for å yte sitt beste. For mange yrkesgrupper betyr arbeidsmiljø og ledelse svært mye.

Som verneombud har vi et ønske om en omfattende dugnad med deltakelse av mange medarbeidere. Det bør gjøres et stykke planmessig arbeid som med stor seriøsitet kan påpeke styrker og svakheter ved nåtid. **Vi må bli enige om dagens situasjon i de forhold som berører medarbeiderne.** Hensikten i andre enden er et tryggere tilbud til alle som blir innlagt her. Men det fordrer en diskusjon rundt behovet for kompetanse, arbeidstidsbestemmelser, teamarbeid, arbeidspres, tid til faglig fordypning, hvordan bygge trygghetskultur, hvorfor registreres ikke pasientuhell osv osv. Det er mange tema og langt flere enn de som nevnes her.

Noen kommentarer til kap 2 og 3

Det har vært gjennomført kapasitetsanalyser og trendframskrivninger, men modellen for dette ble tilgjengelig mye senere enn først antatt. Derfor har ikke dette blitt gjort til riktig tid.

Mange er redde for underdimensjonering ved nybyggene og igjen med risiko for alvorlige pasientskader som følge. Gjennomsnittlig pasientbelegg bør ikke overskride 85%. Organisasjonen har det klare ansvaret når det gjelder å sørge for pasientrom til alle.

Det blir et økende antall eldre i årene framover. Det nevnes at kreftforekomsten vil øke. At befolkningen blir eldre er en villet utvikling. Kreftbehandlingen har ikke de samme rigide aldersgrenser som tidligere, da det er svært mange eldre med god almenntilstand som forventer en adekvat behandling og som tåler den godt. Dette innebærer flere pasienter i aktiv behandling i spesialisthelsetjenesten og flere innleggelser. Kommunene vil fortsatt øke sin kompetanse for pasienter i sluttfasen av livet, og hindre at denne gruppen blir innlagt i sykehus.

Ved alle de store medisinske pasientgruppene er det en aktiv forskning som resulterer til bedre og livsforlengende behandling. Nyrepasienter, lungepasienter, hjertepasienter og de nevrologiske pasientene er store grupper som vil ha behov for spesialisthelsetjenester i all overskuelig framtid. Befolkningen lever lengre, og med det som oftest flere sykdommer. Mange pasienter blir multisyke. Hjertesviktpasientene har ofte behov for lengre liggetid en øvrige hjertepasienter. Men økende forekomst av kreft er det også risiko for kardiale komplikasjoner, dels som følge av kreftsykdommen, dels som komplikasjon av kardiotoxiske cytostatika.

Med nye operative teknikker i det kirurgiske landskapet er det en spennende utvikling med nye og raskere metoder. Det er en positiv og villet utvikling som minsker risiko for pasientene og fører til færre liggedøgn på sykehus. Men det innebærer også at kirurger må kunne få den mengdetrening som er nødvendig for å holde tritt i en utvikling som stadig er i endring.

Når det gjelder elektronisk overføring av ecco-bilder til OUS, er det i dag plunder og heft. Aktuelle bilder sendes i posten og av og til blir en CD sendt med taxi. Bilder blir borte, eller de kommer for sent frem. Dette bør i nærmeste framtid kunne bli overført elektronisk.

Noen kommentarer til kap 6

«Det forutsettes at aktivitetsveksten dempes gjennom endret oppgavefordeling eller andre samarbeidsformer mellom sykehus kommuner». Det gjenstår å se hva kommunene klarer å få til. Kommunene må i langt større grad enn nå bygge kompetente fagmiljøer.

Deres plikt til å ta imot ferdigbehandlede pasienter bør snarest på plass. Når en reform blir vedtatt er det en plikt for offentlig forvaltning å tilse at vedtaket blir iverksatt. Manglende kompetansebygging og for få sykehjems plasser har negative ringvirkninger for pasientene og sykehuset.

Reduksjon av liggedøgn på – 0.3% ved å bruke pasienthotell, er en sammensatt kalkyle. SiV HF har en seksjon som er en lettpost. Her må pasientene være selvhjulpne. Det har vært mange uker i 2017 hvor denne posten ikke har vært fullt belagt på grunn av at inneliggende pasienter ofte er svært dårlige og har behov for hjelp. Kanskje er det ikke så mye å hente her da Vestfold er et geografisk lite fylke. Til dels kan pasienthotell bli brukt for pasienter som kommer langveis ifra. De kan bo på pasienthotell både før selve behandlingen og på slutten før hjemreise.

Reduksjon av antall senger

Ytterligere bruk av observasjonsposten er ikke realistisk for svært mange pasienter. Potensialet for effektivisering her er ikke så lett å få øye på.

Arbeidet med å optimalisere pasientforløp og bedre logistikk, forutsettes å være viktige bidrag i å redusere liggetider. Det omfatter akuttmottak, prehospital med tidlig diagnostikk i ambulansen, god kommunikasjon, fast track for en del forløp, og god kommunikasjon. Ikke mist fordrer dette fokus på kvalitet, rask tilgang på diagnostikk og beslutningskompetanse. Videre kan ikke primærhelsetjenesten være flaskehalsen.

Aktuelle faktorer som beskrevet her ligger til grunn i punkt 6.7.5. hvor endringsfaktorene samlet sett skal føre til et antall liggedøgn blir redusert. Dette regnestykket er ikke troverdig, men en ønsketekning. Dette er absolutt helt urealistisk med en befolkningsvekst som innebærer flere eldre innbyggere. Det blir for hvert år bedre medisinsk behandling og det det er allerede i dag store forventninger i befolkningen om at det meste skal kunne kureres.

«Regnet i antall senger gir en utvikling fram til 2035 basert på en ren befolkningsframskrivning, en økning på knapt 180 senger.

Summen av de andre endringsfaktorene gir en beregnet nedgang fram til 2035 på drøyt 180 senger. Utviklingen basert på alle endringsfaktorene samlet, gir dermed tilnærmet likt sengetall i 2035 som i 2015.»

Det regnes altså ut av vi skal kunne klare oss med like mange senger om 20 til 30 år, som nå. Det er en risikofylt administrering av helsehjelp om sykehus blir underdimensjonert. Smarte grep glir ikke alltid den gevinst som noen håper på. 180 senger er 6 sengeposter!

Den teknologisk utviklingen kommer selvsagt til å fortsette. Noen nyvinninger vil være tidsbesparende, men mange grep krever mer ressurser enn før. Sykehusnorge er en sinke i elektroniske muligheter. Dette kommer til å bli bedre, men hvor lang tid tar det før systemene er kompatible, at det er en ny PC-park og at ulike omsorgsnivå snakker sammen? Tilgang på mere helsedata vil muligens i enkelte tilfeller medføre mye merarbeid.

Noen kommentarer til kap 7

Behovet for arbeidskraft er størst når flest spesialister er samlet på dagtid slik at det er rom for tverrfaglig samarbeid. Alle avgjørelser behøver ikke tas umiddelbart. Det meste kan vente til dagtid hverdag. Vaktarbeid for legene må dimensjoneres for å være adekvat for øyeblikkelig hjelp funksjon. Det er urealistisk å legge opp til at det som nå gjøres på dagtid like gjerne kan gjøres på kveld eller natt.

I et verneombudsperspektiv er det trist utvikling at medarbeidere skal utnyttes til det ytterste. Hverdagen blir atskillig mer krevende med svært ubekvem arbeidstid for stadig flere. Det er viktig å ta høyde for at sykehusdrift gjelder svært mange medarbeidere, og det er tvilsomt å legge til rette for en utvikling som kan synes bare å ta høyde for effektivitet.

Forhold til andre allsidige akutt sykehus : «Et fjerde område kan være å samarbeide om vaktordninger, enten i hele eller deler av året (f.eks. ferieavvikling). Umiddelbart virker ikke en slik løsning særlig god. Om sykehuset skal rekruttere godt, virker en vaktordning med Drammen og Telemark stikk i strid med den visjonen.

Ang overbehandling er det et viktig grep som bør tas med den største seriøsitet. **Fører behandlingen til forlenget lidelse og ikke til bedre dager?** Denne etiske diskusjonen bør løftes fram i alle aktuelle situasjoner. Og det haster.

Når det gjelder SKYPE- møter finnes det et effektiviseringspotensial. Datatilsynet setter grenser, Vestfold er et lite fylke og det er ingen utbredt tradisjon for å bruke teknologien når dette kanskje er mest hensiktsmessig. Dette kan det legges bedre til rette for fra alle hold. Da vil elektroniske møter bli mer vanlig og til stor nytte for pasient og sykehus.

Flere behandlingstilbud kan legges til kommunalt nivå. Kommunene kan i større grad enn i dag behandle f.eks. multimorbide hjertesviktpasienter med O2 og diuretika, i større grad hindre innleggelse av kreftpasienter som har behov for smertebehandling og hindre at eldre svært syke blir innlagt for f.eks. lungebetennelse.

Det er en større verdighet å få dø i kjente omgivelser. Men igjen må kommunene bygge den kompetanse som behøves.

I perspektiv 3 handler det om vaner og kultur. Det er avgjørende at spesielt nøkkelpersonell blir involvert i endringer, hvis ikke kan SiV HF som arbeidsplass kunne få et dårlig omdømme som arbeidsplass.

Noen kommentarer til kap 8 ang nøkkelpersonell

Hvem er nøkkelpersonell? Det er avgjørende for god drift og for en god utviklingsplan at det innad i organisasjonen er en felles forståelse **for hvilket nøkkelpersonell som behøves**. Legenes spesialiteter er innlysende, men det er langt flere yrkesgrupper som har nøkkelpersonell. En av de årsakene som utløser fleste brudd på arbeidstidsbestemmelsene i sengeposter er mangel på sykepleiere med riktig kompetanse. Vi er spesialiserte i vår virksomhet. Men KMD, Servicedivisjonen og flere andre er i samme situasjon.

Noen kommentarer til kap 10 ang psykisk helsevern

Det har vært en stor satsning i flere år fra øverste hold på psykiatri- og rusbehandling. Gode grep har blitt gjennomført også her for å bedre tilbudet til psykisk psyke i alle aldre. Det har vært et ønske om å kvalitetssikre tilbudet til pasientene og forsterke fagmiljøene.

En stor utfordring ved vårt sykehus er det store antallet av ekstrahjelp, ufaglærte og medarbeidere i små stillinger ved enkelte seksjoner i KPR. Årsaken skal være at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere. Dettet er en tynn forklaring da mange sykehus har på langt nær denne utfordringen.. Men som sagt, det gjelder bare enkelte seksjoner.

Dette bør det legges en snarlig strategi for.

Deming sirkel som er beskrevet i dette kapitlet er en velkjent metodikk. Men det er en teoretisk modell som krever konkrete tiltak for hvert punkt. Strategien er laget for industrien, og her er den nok perfekt. En maskin stoppes om det oppstår en feil. Den

repareres, produksjonen blir igangsatt igjen, den blir evaluert og muligens må det flere korrigeringer til.

I sykehus skjer det endringer nesten konstant som medarbeidere må forholde seg til. Er det kloke endringer? Blir medvirkningen ivaretatt av lederne noe de er pålagt etter norsk lov? Det står det ingenting om dette i Deming sirkel. Hvordan håndterer man protester? Er det noe fornuftig i protestene? Blir behandlingen forringet?

I sykehus er ekspertene fotfolket. Stikk motsatt av fabrikker.

Dette er årsaken til at medarbeiderne må lyttes til, at medvirkningen bør være så god at den kan spores. Alle kan ikke bestemme, det skjønner medarbeiderne. Men om det er et godt samarbeidsklima i endringer, er det merkelig om det ikke går an å bli enige.

Endringer og endringskompetanse **er et av de områdene** ulike nivå i organisasjonen betrakter svært ulikt.

Det hadde vært en stor styrke med en endringskompetanse gjennomsyret av de verdier som skal råde i et sykehus. Her er det langt igjen.