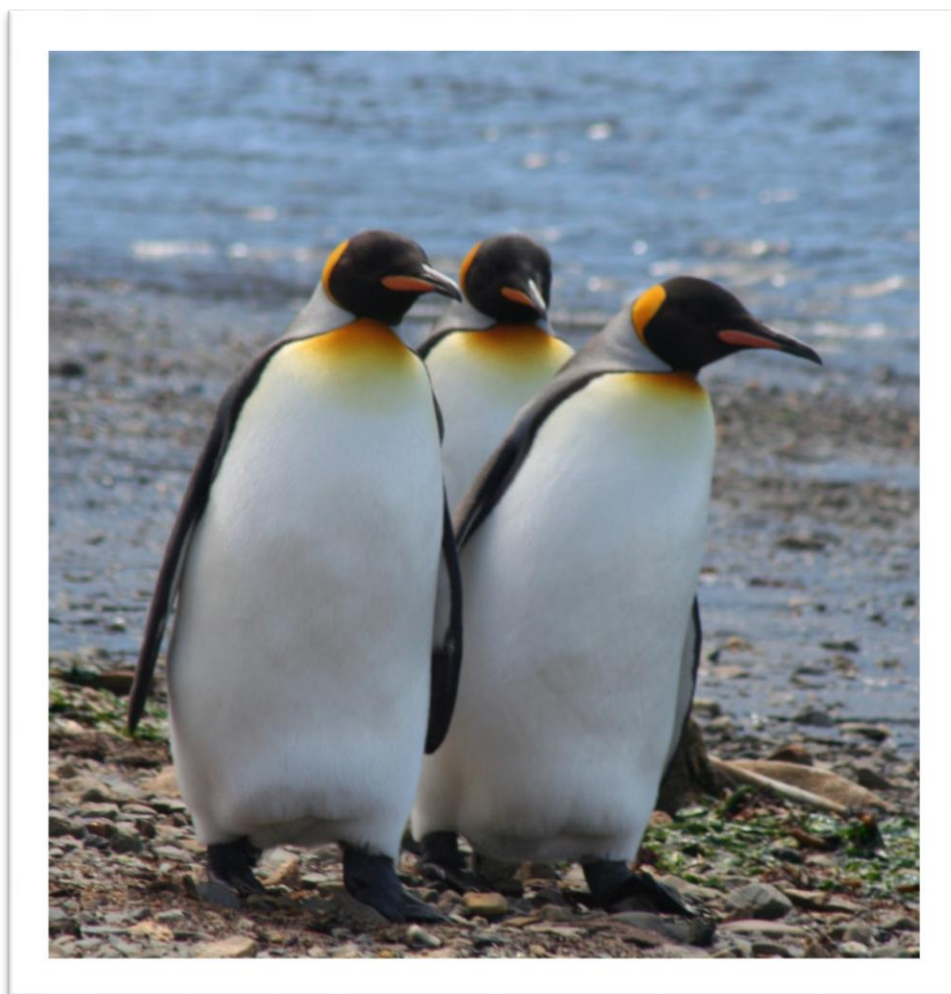


Medisinsk klinikk

Strategisk utviklingsplan 2015 - 2025

Versjon 1.0



Privat foto, Mona Ringstrand



Innhold

FORORD	3
1 KORT OM KLINIKKEN	4
2 UTFORDRINGER OG DRIVERE FOR ENDRING	5
2.1 OVERORDNEDE FØRINGER	5
2.2 DIMENSJONERENDE FORUTSETNINGER	5
2.3 UTVIKLING I BEFOLKNING OG HELSETILSTAND	5
2.4 PASIENTROLLEN	6
2.5 TEKNOLOGISK UTVIKLING	6
2.6 SYKEHUSNIVÅ OG FUNKSJONSFORDELING	6
2.7 REKRUTTERING OG UTDANNING AV HELSEPERSONELL	6
3 STRATEGISKE HOVEDRETNINGER	7
3.1 PASIENTFORLØP	7
3.2 PASIENT- OG BRUKERMEDVIRKNING	8
3.3 SAMHANDLING OG FUNKSJONSFORDELING	8
3.4 KVALITET OG PASIENTSIKKERHET	9
3.5 UTDANNING OG REKRUTTERING	10
3.6 FORSKNING	11
3.7 TEKNOLOGI OG E-HELSE	12
4 PRIORITERTE UTVIKLINGSOMRÅDER	13
4.1 AVANSERT DIAGNOSTIKK, KIRURGI, INTERVENSJON OG KREFTBEHANDLING	13
4.2 PSYKISK HELSEVERN OG RUSBEHANDLING	13
4.3 PREHOSPITALE TJENESTER OG MOTTAKSMEDISIN	13
4.4 KRONISKE OG SAMMENSATTE LIDELSER	14

Forord

Langsiktig strategisk utviklingsplan for Medisinsk klinikk er forankret i Strategisk utviklingsplan 2015-2025 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Klinikkenes utviklingsplan er mer detaljert og tar for seg en del av klinikkenes utfordringer i perioden.

Hensikten med planen er å beskrive strategiske hovedretninger for de kommende 10 årene, og å belyse noen prioriterte utviklingsområder. Utviklingsplanen videreutvikles og realiseres gjennom nedfelling av ulike tiltak i dialogavtalen. Planen må evalueres og justeres ca halvveis i 10-årsperioden.

Arbeidet med utviklingsplanen er forankret i klinikkenes ledelse, med medvirkning fra avdelingene, seksjonene, KVAM, tillitsvalgte og fagpersoner. Klinikksjefen ønsker å takke alle som har bidratt i dette viktige arbeidet og håper at planen blir nyttig i den videre utviklingen av sykehusets fagmedisinske tilbud!

Tove Skjelbakken og Markus Rumpfeld



1 Kort om klinikken

Medisinsk klinikk er lokalisert i Tromsø, Narvik og Harstad. I Tromsø omfatter klinikken de indremedisinske fagfeltene endokrinologi, hematologi, gastroenterologi, geriatri, nefrologi og infeksjonssykdommer, samt mikrobiologi og smittevern. I Harstad og Narvik omfatter klinikken alle de indremedisinske fagfeltene. Narvik har i tillegg en felles indremedisinsk- og kirurgisk sengepost med en kompleks pasientgruppe, noe som innebærer stort fagspenn og som krever et særskilt fokus på faglig kvalitet og kompetanse. Vi tilbyr nærområde behandlinger innen geriatri, rehabilitering og dialyse i samarbeid med kommunene Nordreisa og Lenvik.

Våre fagområder står overfor et veiskille, skapt av de demografiske endringer som ventes det neste tiåret. Vår hovedstrategi vil være å sikre en organisering som understøtter kvalitet og effektivitet, samt et personell som har riktig kompetanse. Slik kan vi møte de krav som stilles både internt og eksternt, og best mulig takle de utfordringer vi står overfor. På samme tid må vi opprettholde og styrke universitetssykehusfunksjonen.

Medisinsk klinikk ønsker å fokusere på hvordan den enkelte ansatte skal ivaretas fordi vi anser de ansatte som sykehusets viktigste ressurs. Fokus på kvalitet, forskning og spesialistutdanning skal gjøre oss kunnskapsrike og attraktive. Målet er godt arbeidsmiljø, lavere sykefravær, optimale pasientforløp, økt rekruttering og stabilisering av personellet.

2 Utfordringer og drivere for endring

2.1 Overordnede føringer

Strategisk utviklingsplan for Medisinsk klinikk tar utgangspunkt i de overordnede nasjonale, regionale og lokale føringer slik de er beskrevet i UNN HF's Strategiske utviklingsplan for 2015-2025. Følgende overordnede satsninger og prioriteringer vil være særlig førende for våre fagområder:

- Politiske føringer med krav til dokumentasjon, prioriteringer i helsevesenet og økonomiske rammebetingelser.
- Endrede pasientrettigheter med hensyn til valgfrihet i valg av behandlingssted
- Endring i pasient- og brukerrettighetsloven, som bl.a innebærer
 - at skillet mellom "rettighetspasient" og "behovspasient" opphører
 - at vurderingstiden forkortes fra 30 til 10 dager
 - at spesialisthelsetjenesten får utvidet informasjonsplikt
- nye og innskjerpede rutiner ved fristbrudd
- Endrede spesialiseringskrav for leger inklusive ny spesialitet innen akutt- og mottaksmedisin

2.2 Dimensjonerende forutsetninger

Byggingen av A-fløya ved UNN Tromsø, og av nye UNN Narvik, vil gi fremtidige gevinster for våre avdelinger. De første 2-3 år av strategiperioden vil preges av midlertidige lokalisasjoner og arealforretning for flere av klinikkens funksjoner. Det foreligger egne planer i perioden for ivaretagelse av drift og sikkerhet, samt for videreføring av samarbeidet med kommunene om kommunale akutte døgnseger (KAD). Klinikken vil i tiden fremover ha fokus på effektiv utnyttelse av arealer, utstyr og personell. Ved ferdigstillelse av A fløya forventes klinikken å være i normal drift igjen.

Aktualisert kunnskap om dagens effekt av samhandlingsreformen og dens forventede effekter av framtidige satsninger som støtter under reformen vil gi oss verdifull kompetanse i forhold til planleggingen av nytt sykehus i Narvik, og til dimensjonering av våre ulike lokalsykehustilbud i foretaket.

Gjennom fokus på pasientenes sikkerhet, god diagnostikk og riktig behandling skal vi oppnå færre re-innleggelser og kortere men bedre opphold. Vi skal redusere bruk av bredspektret antibiotika.

Det er et mål å samarbeide tett med kommunehelsetjenesten i forkant av mulige innleggelser. Vi skal samarbeide tettere med primærhelsetjenesten om pasientforløp og henvisninger. Slik kan vi bedre tilrettelegge for at pasienten behandles tidligere i forløpet og nærmere hjemmet. Eksempler på dette er ytterligere økning av Peritonealdialyse (PD) i hjemmet og målsetning om at en større andel av pasientkontrollene skjer i primærhelsetjenesten. Et annet eksempel er Pasientsentrert helsetjenesteteteam som skal sikre koordinerte og sømløse pasientforløp som virker forsterkende på samarbeidet mellom sykehus og primærhelsetjenesten.

Vi skal være lettere tilgjengelige for pasienten gjennom e-tjenester innenfor timebestilling, informasjon, kontroll og oppfølging. Slik skal vi redusere unødig tidsbruk, både for pasienten og for oss.

2.3 Utvikling i befolkning og helsetilstand

Behovet for diagnostikk og behandling av spesielt hjerte- og lungesykdommer, diabetes, nyresvikt og kreftsykdom vil stige i en aldrende befolkning. Pasienter med flere diagnoser og sammensatte sykdomsbilder vil forekomme oftere, samt livsstilssykdommer hos yngre. Økende migrasjon fører til mer sammensatte sykdomsbilder og høyere forekomst av antibiotikaresistens. Dette får konsekvenser for forebygging, diagnostikk og behandling av smittsomme sykdommer og infeksjoner.

Vi kan forvente økning i antall immunsupprimerte personer. Kombinasjonen av demografiske endringer og nye reisevaner gjør at rammebetingelsene for smittevern, mikrobiologi og infeksjonsmedisin endres. Dette vil påvirke alle klinikkens fagområder.

Det blir flere pasienter i årene fremover, og vi må derfor arbeide målrettet med samspill og arbeidsfordeling mellom våre ulike yrkesgrupper og klinikkens ulike lokalisasjoner.



2.4 Pasientrollen

Pasient- og pårørenderollene endrer seg i takt med utviklingen i samfunnet, tilgang til informasjon, livsstilsendringer og livslengde. I dag preges disse rollene mer av rettighetstenking enn tidligere. Økende privatisering av helsetjenester vil sannsynligvis påvirke pasienters og pårørendes krav til tjenestekvalitet. Vi forventer at det bl.a. vil stilles større krav til:

- deltagelse i beslutninger om egen helse
- kompetanse
- tilgang til de nyeste behandlingsmetodene
- sømløst helsetilbud over faggrenser og spesialiteter
- tilgang til relevant informasjon om egen helse og behandlingsoalternativer
- valgfrihet knyttet til sted og tidspunkt for diagnostikk og behandling
- støtte til egenmestring av sykdommen, og til gjennomføring og monitorering av behandling og behandlingseffekten
- at pasientens meninger vektlegges like mye som klinisk effektivitet

2.5 Teknologisk utvikling

Den teknologiske utviklingen er stadig akselererende; vi ser et økende antall innovasjoner samtidig som eksisterende teknologi forbedres kontinuerlig. Kravene til effektivitet og kvalitet på diagnostikk forventes å øke i takt med utviklingen. Pasientforløpene og informasjonsflyten må tilpasses den teknologiske utviklingen. Vi kan benytte nye elektroniske tjenester som tilgjengeliggjør spesialisthelsetjenesten også i desentraliserte områder. Dette vil spare tid, ressurser og miljø, samtidig som det bringer viktige tjenester ut til samfunnet. Spesielt viktig er utvikling og implementering av teknologi som gjør pasienten i stand til å monitorere egen sykdom, og til å kommunisere med behandlere hjemmefra.

2.6 Sykehusnivå og funksjonsfordeling

Utvikling av lokalsykehusfunksjonen, oppfølging av samhandlingsreformen og styrking av tilbudet til pasienter med flere og sammensatte sykdommer bør sees i sammenheng.

Medisinsk klinikk har faglig ansvar for mye av den indremedisinske ø- hjelp på UNN. I tillegg har klinikken faglig ansvar for mange kronikere som trenger jevnlig oppfølging av spesialisthelsetjenesten.

Vårt ansvar som spesialisthelsetjeneste omfatter utredning, behandling, støtte til egenmestring og livsstilsveiledning. Behovet for å videreutvikle lokalsykehusfunksjonene begrunnes med:

- Pasienter med uklare, sammensatte eller lite organspesifikke problemer må ofte vente lenge i akuttmottaket i Tromsø før de plasseres på en moderavdeling. Dette øker risikoen for forsinket diagnostikk og behandlingsstart.
- Faglig ansvar for pasienter med sammensatte lidelser kan oppleves uavklart i UNN.
- Behov for å utvikle sømløse og effektive pasientforløp uten unødige tidsavbrudd eller overflyttinger.
- Endring i spesialitetsstrukturen for leger.

2.7 Rekruttering og utdanning av helsepersonell

Mangel på helsepersonell, f. eks. bioingeniører og sykepleiere, er en av de største utfordringene fremover. Sammen med demografiske endringer får dette direkte konsekvenser for de av våre fagområder hvor det forventes økt antall pasienter.

Helsepersonellrollene må endres slik at de understøtter breddekompetanse og pasientforløp. Vi må jobbe tverrfaglig, og tenke mikroteam for pasientforløp hos pasienter med sammensatte og/eller kroniske sykdommer. Tverrfaglighet skal ligge til grunn ved utarbeidelse av planer innenfor alle fagfelt i klinikken.

De siste års organisasjonsendringer har skapt nye krav til kompetanse for ledere på ulike nivåer. Lederrollen er i endring som en konsekvens av dette. Vi må tilrettelegge for våre ledere, slik at de har de verktøyer og den kompetanse som trengs i en kunnskapsorganisasjon.

3 Strategiske hovedretninger

3.1 Pasientforløp

Koordinerte pasientforløp

Pakkeforløp for kreft er en ny satsning fra 2015 som over de neste årene implementeres og etableres som et svært viktig verktøy for effektiv kreftbehandling. Det vil kreve god tverrfaglig ressursstyring og samhandling med andre fagområder (klinikker), primærhelsetjenesten (kommune / fastleger) og områdegeriatriske team (OGT).

Vi skal fortsette å utvikle koordinerte pasientforløp hvor pasientene skal kjenne seg trygge på at de ivaretas. Andre viktige satsningsområder er å lage koordinerte pasientforløp mellom psykiatri og somatikk, og å etablere gode rutiner for barn som er pårørende. LEAN metodikk skal tas i bruk for å predefinere og standardisere pasientforløp. Slik sikres forbedring, flyt og samhandling.

Dreining fra døgn til dag

Dreining fra døgn til dag vil medføre endringer i logistikkplanleggingen rundt pasientforløpene. Dette krever at vi forbedrer pasientforløpene og tidslinjene i behandlingen i tråd med pasientens beste. Vi skal ha god langsiktig planlegging og effektiv dag-til-dag styring ved hjelp av aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP). Mange flere av pasientene som kommer til kontroll eller fornyet vurdering vil kunne tilbys opphold på pasienthotell fremfor sengepost. Økt kapasitet og tilgjengelighet har ført til økt bruk av hotellsenger. Potensialet for ytterligere økning ligger særlig innenfor pasientgrupper som har lettere infeksjonssykdommer. Dette avhenger imidlertid av bedre tilrettelegging for smitteverntiltak på hotellet.

Dag og poliklinisk behandling skal foregå i egnete arealer.

Nye behandlingsformer og bedre helsetilbud

Avansert diagnostikk og behandling skal fortsatt være en viktig del av vår daglige drift. Nye kostbare medikamenter og behandlingsformer innføres, og innebærer risiko for ressurskrevende og kostbare komplikasjoner. Når nye behandlingsmåter gir rom for å desentralisere pasientbehandlingen kan vi i enda større grad utnytte fordelene med tilgjengelige lokalsykehus, slik at pasienten kan behandles i sitt nærmiljø.

Innenfor gastroenterologi forventes det at hybridprosedyrer vil øke, dvs avansert endoskopisk diagnostikk kombinert med terapeutiske prosedyrer. Slike prosedyrer vil kreve teamkompetanse og tett samarbeid mellom diagnostiske og terapeutiske fagmiljøer, altså mellom gastroenterologiske og gastrokirurgiske miljøer i tillegg til laboratoriefagene. Arealløsningene skal være tilpasset behovet og moderne utstyr være tilgjengelig.

Innenfor hematologi og andre fagområder forventes det at ny kunnskap vil gi økt behov for høydosebehandling med autolog stamcellebehandling

Innenfor nefrologi vil antall dialysepasienter øke på sikt. Flere pasienter ønsker å nyttiggjøre seg et desentralisert behandlingstilbud. Dette tilbys enten som hjemmedialyse, institusjonsbasert dialyse i kommunalt regi eller i distriktmedisinske sentre. Samtidig må sykehusbasert hemodialyse tilpasses pasientenes behov. Å samle kompetanse på dialysebehandling i ett dialysesenter vil bidra til å sikre pasientenes valgmuligheter. På intensivavdelingene vil flere pasienter ha behov for akutt nyreerstattende behandling. Nefrologisk kompetanse inngår i tverrfaglige team på intensivavdelingene.

Geriatrisk kunnskap er vesentlig i behandling av eldre med sammensatte lidelser. Geriatrisk kunnskap må derfor inngå i tverrfaglige team innad i sykehuset og i behandling av eldre i samarbeid med kommunehelsetjenesten. UNN Tromsø står sentralt i utdanning av geriatere i landsdelen.

Behandling av komplekse infeksjoner og infeksjoner forårsaket av multiresistente bakterier ivaretas av infeksjonsmedisinere. Gode koordinerte pasientforløp innad i klinikken, og i samarbeid med naboklinikkene, er avgjørende for å sikre tilstrekkelig kapasitet på infeksjonsposten som ivaretar de komplekse pasientforløpene.



Endokrinologi foregår i all hovedsak i vår poliklinikk og har en avgjørende regional funksjon.

3.2 Pasient- og brukervedvirkning

Ny pasientrolle

”Hva er viktig for deg?” vil være det sentrale spørsmålet når medisinsk diagnostikk og behandling settes i gang. Vi skal øke servicenivået for å møte pasientens krav til kvalitet og tilgjengelighet. Dette kan for eksempel gjøres ved å endre poliklinikkens åpningstider eller øke tilgjengeligheten gjennom å tilby diagnostikk i helgene.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning vil stå sentralt i utformingen av nye helsetilbud. Pasientene vil i økende grad tas med på beslutninger om egen helse. Dette krever fokus på god kommunikasjon med pasienter og pårørende, og oppfordring til aktiv deltagelse i beslutninger som gjelder egen helse. Prosjektet ”*Mine behandlingsvalg*” er et eksempel på praktisk utøvelse av denne strategien. Det skal bli enklere for pasientene å få oversikt over behandlingsmulighetene og konsekvensene av disse. En aldrende befolkning med flere eldre og gamle gjør det nødvendig å drøfte hvilken type, og omfang av, utredning og behandling som er etisk riktig og forsvarlig. Vurderingene som gjøres, må settes opp mot den enkelte pasients ønsker. Brukermedvirkning er sentralt i utformingen av nye helsetilbud.

Gjennom klinikkens pasientsentrerte team innarbeides metoder hvor pasient og pårørende involveres aktivt i planleggingen. Pasientens målsettinger synliggjøres, dokumenteres og tas som utgangspunkt i videre planlegging av helsetilbudet til den enkelte pasienten. Oppfølgingsplan etter endt sykehusopphold i samarbeid med pasient og hjemkommune.

Medisinsk klinikk vil integrere brukere i klinikkens kvalitets- og forbedringsarena.

3.3 Samhandling og funksjonsfordeling

Mange av de indremedisinske pasientforløpene vil preges av mer komorbiditet kombinert med økt alder. Dette vil gi enda mer komplekse pasientforløp. For at flest mulig skal kunne ha nytte av et stadig større behandlingstilbud må det tilrettelegges for et tett samarbeid mellom ulike fagmiljø innad egen klinikk og andre klinikker. Ekspertisen må samles rundt pasienten i tverrfaglige team. Noen pasienter vil kreve overvåking og intensivmedisinsk kompetanse. Våre fagmiljøer vil aktivt bidra i denne utviklingen.

Tydelig ansvarsdeling mellom regionalt og lokalt behandlingsnivå

En tydelig ansvarsdeling skal bidra til utvikling av både generell- og spesialisert indremedisin. Fagrådene i Medisinsk klinikk har rådgivende funksjon og skal bidra til en felles og tverrfaglig utvikling av fagfeltene på tvers av lokalisasjonene.

Klinikken skal ha fortsatt fokus på samarbeid. Ledernivåene i Harstad, Narvik og Tromsø skal ha felles møter og samarbeide om prosesser og planlegging.

Regionsfunksjoner

Sentralisering av enkelte typer behandling er nødvendig også i framtiden. Mange av sykdommene vi har behandlingsansvar for i Medisinsk klinikk er sjeldne, og spisskompetanse og gode støttefunksjoner er avgjørende for resultatet. Vi vil opprettholde høy faglig kompetanse som ivaretar og videreutvikler regionsfunksjonene. Diagnostisk enhet skal utvikles til å bli et regionalt tilbud.

Lokalsykehusfunksjoner

Behandlingstilbudene innenfor kjerneområdene hjerte- og karsykdommer, fordøyelsessykdommer, infeksjonssykdommer og geriatri må optimaliseres.

Medisinsk klinikk vil gjøre følgende prioriteringer:

- Sikre breddekompetanse til lokalsykehusfunksjonene i våre tre lokalisasjoner. Lokalsykehusene skal inneha eller ha tilgang til spisskompetanse for å understøtte kvaliteten i behandlingen.
- Våre pasientforløp skal være sømløse og ressurseffektive for både pasienter og helseforetak
- Forbedre og tydeliggjøre arbeidsfordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

- Kompetansen i lokalsykehusene skal benyttes slik at flest mulig pasienter kan behandles i sitt nærmiljø. Ved hjelp av ny teknologi kan kompetanse mellom spesialistene i ulike sykehus tilgjengeliggjøres og brukes lokalt.
- Sikre indremedisinsk kompetanse av høy kvalitet i akuttmottak og støtte opp under kommende føringer når en ny spesialiststruktur skal realiseres.

Aktiv oppfølging av samhandlingsreformen

Vi skal forbedre kommunikasjonen i behandlingsskjeden og konkretisere innholdet i samhandlingsreformen slik at vi etablerer gode systemer for kompetanseoverføring mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Pasienter med sammensatte og kroniske lidelser har behov for særskilt oppmerksomhet i møte med helsetjenesten. Her trenger fastleger, det kommunale helsevesen og sykehusene å jobbe godt sammen, slik at kommunikasjonen er god og samarbeidet mellom aktører i helsetjenesten framstår som sammenhengende og helhetlig for pasienten. UNN har sammen med noen kommuner satt sammen team bestående av lege, spesialsykepleiere, ergo- og fysioterapeuter og farmasøyter. Teamet tar utgangspunkt med å stille spørsmålet: «Hva er viktig for deg?» Slik settes pasientens behov i sentrum for valg av medisinsk behandling og kommunale tjenester. Gjennom teamets pasientsentrerte tilnærming settes også pasientens sikkerhet øverst på agenda. Det forventes at reinnleggelser og antall liggedager reduseres for pasienter som har fått tilbud fra pasientsentrert team. Tilbudet skal bygges ut til å omfatte alle kommuner som sogner til UNN.

3.4 Kvalitet og pasientsikkerhet

Kvalitetsindikatorer - et viktig verktøy

Pasientene i UNN skal i størst mulig grad inn i veldefinerte utrednings- og behandlingsforløp. Disse skal understøttes av gode rutiner og skriftlige prosedyrer. Medisinsk klinikk skal bruke verktøy som kvalitetstavler og dialogavtalen for å synliggjøre kvalitetskrav og oppnådde resultater overfor alle medarbeidere. KVAM strukturen er en viktig arena for medvirkning, utvikling og forbedring. Medisinsk klinikk vil satse på forbedringsarbeid, for eksempel ved hjelp av fokus- og kvalitetsgrupper. Gjennom målsetting, gjennomføring, oppfølging, evaluering og justering av våre kvalitetsindikatorer vil vi arbeide for å oppnå kontinuerlig fokus på forbedringsarbeid for pasientens og arbeidsmiljøets beste.

Vi vil ha et særlig fokus på epikrisetid og diagnoseregistrering (DRG-arbeid) av pasientoppholdene. Det er et mål at våre pasienter og samarbeidspartnere skal ha best mulig informasjon tilgjengelig etter et opphold i Medisinsk klinikk, og at det skal være samsvar mellom registrerte diagnoser og våre rapporter til Norsk pasient register (NPR). Slik skal vi bidra til gode kvalitetsregistre over utførte behandlinger.

Pasientsikkerhet

Generell smitteforebygging er et viktig satsningsområde for fremtiden. Medisinsk klinikk har ansvar for å utarbeide gode smittevernrutiner for hele virksomheten. Bredspektrede antibiotika skal brukes mindre.

Medisinsk klinikk slutter seg til Helse Nord's nullvisjon for sykehusinfeksjoner, og til øvrige kort- og langsiktige mål i oppdragsdokument fra Helse Nord RHF til foretakene for 2015. Som vertskap for Smittevernsenteret i UNN HF har Medisinsk klinikk et spesielt ansvar for å sikre Smittevernsenterets sykehusovergripende arbeid. Vi må derfor bidra spesielt til at UNN alltid har tilstrekkelig isolatkapasitet tilgjengelig. Klinikkleder i Medisinsk klinikk har en spesiell posisjon og ansvar for smittevern i hele UNN HF som direktør i smittevern.

Vi skal holde fokus på å "gjøre det rett første gang", og dermed unngå reinnleggelser og komplikasjoner. Pasientsentrert team bidrar til pasientsikkerhet ved å sette spørsmålet «hva er viktig for deg?» i sentrum. Som en følge av denne tilnærmingen reduseres antall reinnleggelser og antall liggedager. Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal breddes ut i hele klinikken. Lederne i Medisinsk klinikk skal arbeide målrettet og systematisk for å forbedre evalueringskulturen i forbindelse med



pasientsikkerhetstiltak og avvik. Vi skal etablere tverrfaglige komplikasjonsmøter i tillegg til rutiner for evaluering. Sammen danner dette et grunnlag for forbedring av pasientforløp og pasientsikkerhet. Klinikkledeledelsen skal årlig orientere styret og brukerutvalget om hvilke tiltak som er iverksatt.

Pasientopplevd kvalitet

”Pasientens helsevesen” eller ”pasienten i sentrum” er oppdraget fra politikere og samfunn til helsevesenet. Vi finner budskapet igjen i UNN’s strategiske faglige utviklingsplan. Det blir imidlertid en utfordring å omsette oppdraget om pasientopplevd kvalitet til praktisk gjennomføring i det daglige arbeidet.

Sammen med pasienter og pårørende må vi finne praktiske måter å måle pasient- og pårørendetilfredshet på. Pasientinformasjon skal ha høy kvalitet, og pasientene skal oppleve at kvalitet og sikkerhet tas alvorlig. Helsevesenet skal oppleves som sømløst og helhetlig.

Medisinsk klinikk skal utvikle og bruke indikatorer som måler pasientopplevd kvalitet. Målinger av kvalitet fra et sykehusperspektiv må også utvikles og brukes. Erfaringer fra Pasientsentrert team sitt arbeid skal registreres, evalueres og beskrives slik at samarbeidsmetoden kan overføres til flere pasientgrupper.

Kliniske kvalitetsregister

Kravet til pasientadministrative oppgaver øker mht. registrering, rapportering og systemkontroll av pasientdata. Regelverket omfatter rettigheter på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå. For å innfri kvalitetskravene fra foretak og myndigheter, må vi ha kompetanse innen planlegging, drift, oppdatering og opplæring.

Kvalitetsregistre er viktig dokumentasjon for helsemyndighetene ved vurdering av de ulike sykehusenes spesialiseringer, og ovenfor samfunnet eller media når pasientene skal velge sitt behandlingssted.

Nye behandlingsmetoder, med f. eks. biologiske legemidler og stamcellerstøtte etableres nå i Norge. Det er viktig å dokumentere i kvalitetsregistrene at vi er et moderne sykehus med nye og effektive behandlingsmetoder. Medisinsk klinikk tilstreber en systematisk satsning på kvalitetsregister og bruker resultater aktivt i klinisk forbedringsarbeid.

Pasientene forventer større frihet i valg av behandlingssted. Konkurransen om pasientene vil føre til at vi må satse på pasientopplevd kvalitet i større grad. Vårt omdømme skal bidra til at vi beholder vårt tradisjonelle pasientsegment, samtidig som klinikken skal være attraktiv for pasienter som er bosatt i andre regioner. Dette betyr at vi må dokumentere kvaliteten på de behandlinger som vi utfører, og tilby tjenester av høy kvalitet slik at pasienter ønsker å velge oss.

Prioritering av helsetjenester

Medisinsk klinikk skal utarbeide gode pasientforløp med god diagnostikk og behandling tilpasset den enkelte pasients forventede livsløp. Forbedring av logistikk og rutiner skal gi en fremtid uten ventelister, og forbedret kvalitet på våre tjenester. Kvalitet, sikkerhet og verdiskapning i helsetjenestene skal være vårt fokus. Medisinsk klinikk skal, med bakgrunn i tall fra SKDE, gi behandling på riktig nivå. Målet er å redusere ubegrunnet variasjon og prioritere det som gir faktisk helsegevinst. Gode prioriteringer vil gi økt tilfredshet, bedre resultater og sunnere arbeidsmiljø.

3.5 Utdanning og rekruttering

Utdanning, rekruttering og stabilisering

Kvalitet og kompetanse må prioriteres for å beholde helsepersonell. Utviklingssamtaler og individuelle kompetanseplaner er et viktig bidrag i dette arbeidet. Gjennom satsing på kvalitet og kunnskap i fagmiljøene, styrker vi også motivasjon, trivsel og utvikling for den enkelte. Dette vil bidra til å skape gode og endringsdyktige arbeidsmiljøer i en organisasjon som vil preges av omstillinger også fremover. Medisinsk klinikk er avhengig av å investere tid og ressurser i rekruttering og stabilisering av nøkkelpersonell. Vi skal jobbe målrettet og aktivt med å redusere arbeidsrelatert sykefravær.

Rekruttering handler i stor grad om omdømme og arbeidsmiljø. Vi skal jobbe målrettet med fysiske og sosiale arbeidsforhold slik at disse skal virke sammen med høy faglig kompetanse og godt lederskap.

Klinikken skal rekruttere gode og motiverte ledere med ansvar for økonomi, fag og personal. Utvikling av god lederutdanning og gode stab/støttefunksjoner skal bidra til dette.

Klinikken innfører trainee-stillinger på tvers av seksjoner. Dette vil virke fremmende på samarbeid, gjensidig forståelse og erfaringsutveksling. Vi kan bruke ressursene mer fleksibelt, og de ansatte får større spenn i kompetanse.

Klinikken skal tilby lærlingeplasser, og på denne måten sikre rekruttering og bidra til god faglig utdanning.

Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP) skal utvikles kontinuerlig og tilpasses endringer som er nødvendig for optimal drift. Planene skal utarbeides tverrfaglig, og samstemmes øvrig intern drift og med overordnede føringer i UNN og Helse Nord.

Aktiv medvirkning i KVAM og et tettere samspill mellom ledelse og ansatte er viktige faktorer for måloppnåelse.

Medisinsk klinikk vil bidra til standardiserte opplæringsprogram med simulatoretrening innenfor fagområder hvor prosedyretrening er relevant. Dette skal styrke både den individuelle kompetansen og teamkompetansen hos de ansatte.

Medisinsk klinikk vil, i samarbeid med de andre helseforetakene i Helse Nord, bidra til utdanning av spesialister for landsdelen. Dette i hovedsak gjennom god planlegging av utdanningsløp for LIS-leger.

Oppgaveglidning – bedre bruk av kompetanse

Mangel på helsepersonell tvinger frem endringer i roller og arbeidsinnhold, og medfører oppgaveglidning mellom helseprofesjonene. Som eksempel kan kontorlaglig helsepersonell i større grad bidra i koordinering eller andre pasientnære tjenester, mens traineene kan ha tilhørighet til flere seksjoner/enheter. Oppgaveglidning kan også bidra til teamforståelse og mer effektiv ressursbruk.

LEAN-prosjekter vil forbedre flyt og ressurseffektivitet. Metoden oppfordrer til medvirkning og innflytelse fra medarbeidere, og kan skape bedre samarbeid mellom leddene i en prosess. Medisinsk klinikk skal bruke metoden aktivt i forbedringsarbeid. Utviklingssamtaler kan kartlegge den enkeltes kompetanse og ambisjoner. Både LEAN og utviklingssamtaler skal benyttes for å avdekke oppgaver som kan overføres/fordeles mellom ulike helseprofesjoner.

Teknologistøttet kunnskapsutvikling

Vi skal aktivt ta i bruk e-læringsprogrammer for kompetanseheving, kvalitetssikring og utvikling av våre ledere og medarbeidere. Fremdrift skal måles gjennom oppfølging i klinikkledelsen. Vi har allerede tatt i bruk virtuelle kommunikasjonsmedier både i utøvelsen av pasientrettet virksomhet og i kunnskapsformidling til primærhelsetjenesten. Dette skal vi videreutvikle slik at vi opprettholder kompetanse og utvikling i klinikkens bruk av teknologi som kanal for formidling av kunnskap til og mellom ansatte, pasienter og pårørende.

3.6 Forskning

Forskning øker vår kompetanse, kvalitet og omdømme. Klinikken skal fortsatt ha høy forskningsaktivitet. Det er et mål at de fleste av våre overleger skal ha forskerkompetanse. I tillegg skal klinikken ha særlig fokus på å styrke forskningen, spesielt innenfor geriatri og infeksjonsmedisin. Vi vil øke antall sykepleiere med forskningskompetanse med utgangspunkt i Handlingsplan for Helsefaglig forskning. Våre egne pasienter skal være prioriterte deltagere i kliniske studier, og vi vil også prioritere forskning som inviterer til tverrfaglig samarbeid. Tromsøundersøkelsen skal fortsatt være et sentralt bidrag til klinikkens forskning og utdanning. Det skal aktivt støttes opp under forskningsinitiativer som er i tråd med HelseOmsorg21.

Sykehusets satsning på PET senter med oppbygging av protonkompetanse og avansert bildediagnostikk vil bidra til forskningsaktivitet som er høyst relevant for våre forskningsgrupper.

Gjennom klinikkens satsning på «Mine Behandlingsvalg» og Pasientsentrert team videreutvikles infrastruktur på e-helseforskning.

En kultur med fokus på forskning og utvikling vil være attraktiv ved rekruttering av ny kompetanse.

3.7 Teknologi og e-helse

Økt bruk av teknologi i den kliniske virksomheten

Det skal satses på utvikling og implementering av kommunikasjonsteknologi som fremmer kompetanseoverføring, hjelp til egenmestring og dialog mellom pasient og behandler.

Eksempler på hvordan ny teknologi kan forbedre klinisk virksomhet:

- Medisinsk klinikk bruker elektroniske kommunikasjonsmidler og virtuelt samarbeid. Eksempler er Pasientsentrert helsetjenesteteteam og Diagnostisk enhet. Økt bruk av videokonferanser, redusert reisevirksomhet, strømsparing, godt planlagte pasientforløp, flere dagopphold og andre små og store miljøtiltak er satsningsområder for klinikken. Dette understøtter Grønt sykehus pga. mindre reiseaktivitet og mindre klimautslipp
- Mine behandlingsvalg gir pasienten oppdatert medisinsk informasjon 24/7 og beslutningsstøtte for valg av behandling.
- Telemedisin når ut til større pasientgrupper og videre geografiske arealer, slik at flere kan få behandling, bedre innsikt i egen helse og økt livskvalitet gjennom større mulighet til å være hjemme.
- Investeringer i teknologisk utstyr er samfunnsnyttige og –økonomisk lønnsomme. Flere kan behandles, og det gir økte muligheter for forebygging av nye tilfeller av sykdom. Utstyrsparken må fornyes fortløpende for å sikre utvikling av god og effektiv drift.
- Mikrobiologiske tjenester er avhengig av en moderne utstyrspark og skal levere effektiv diagnostikk
- Gjennom selvinnsjekk-prosjektet skal vi effektivisere sykehusbesøket for pasient og personale.
- Kompetanseprogrammet i Geriatri er et av de største samhandlingsprosjektene for kompetanseutveksling i nord. Møtested er videokonferanse, og via dette mediet når vi ikke bare ut til deltagere over hele Nord-Norge, men vi sparer tid, kostnad og miljø ved å ta i bruk teknologiske løsninger.
- Det vil være fortløpende behov for å utvikle/implementere nye pasientadministrative systemer. Kommende satsninger vil være innenfor sms/app-teknologi for pasientvalgt timebestilling og automatisk påminnelse. Antallet pasienter som ikke møter til time kan slik reduseres.
- Vi vil bruke internett mer til henvisninger, timeavtaler, informasjon og pasientforberedelse. Dette fordrer økt kompetanse og økte investeringer innenfor IKT, for å oppnå kvalitet og kontinuitet.
- IKT forenkler innhenting, registrering og analyse av tilbakemeldinger fra pasientene. Slik informasjon er avgjørende for å kunne iverksette endringer som forbedrer kvaliteten på våre tjenester.
- Vi vil etablere og utvikle tilpassede elektroniske pasientopplæringstilbud til nye pasientgrupper, og satse aktivt på styrking og veiledning av helsepersonell som jobber med disse.
- Aktiv bruk av ledelsesstyringsverktøy som UNN-KIS og Helse Nord's LIS

Viktige faktorer for vellykket implementering

God forankring i ledelsen, dedikert prosjektledelse, entusiastiske pådrivere og tydelige lokale målsetninger er viktige faktorer i implementering. Like avgjørende er medvirkning og oppslutning hos medarbeiderne. Nok tid til testing og opplæring sammen med god informasjon til alle sluttbrukere - både personale og pasienter - vil bidra til en smidigere gjennomføring. Målbare mål er avgjørende for oppfølging, evaluering og justering av implementeringen.

4 Prioriterte utviklingsområder

4.1 Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og Kreftbehandling

Klinikken bidrar til pakkeforløpene for magetarmkreft, hematologisk kreft og mistanke om alvorlig sykdom/kreft med ukjent origo. Pasientene skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten forsinkelser i utredning, diagnostikk og behandling av ikke-medisinske årsaker.

Vi skal tilrettelegge for samfaglig kvalitetsdrift og forebygge sykehusinfeksjoner og resistensutvikling. Etablering av nye isolater og flere enerom er nøkkelstrategier for å forebygge infeksjoner og spredning av infeksjoner. Vi tilbyr kompetanse, metoder og utstyr som er oppdatert innen moderne teknologi for diagnostikk og behandling.

Eksempler på dette er (se for mer detaljer i kap 3.1):

- Avansert endoskopi og ultralyd som legger opp til hybridintervensjoner innenfor gastroenterologi.
- Indikasjonsutvidelse for høydose behandling med autolog stamcellebehandling og nye behandlingsmuligheter med immunmodulerende medikamenter til flere diagnosegrupper og fagområder.
- Mulighet for å tilby persontilpasset dialysemodalitet, utøvet fra et dialysesenter som kan ivareta pasientens ulike preferanser.
- Geriatrisk kompetanse som inngår i tverrfaglige team, både innad i sykehus og i behandling av eldre gjennom samarbeid med kommunehelsetjenesten. UNN Tromsø står sentralt i utdanningen av geriater for landsdelen.
- Behandling av komplekse infeksjoner og infeksjoner forårsaket av multiresistente bakterier ivaretas av infeksjonsmedisinere. Gode koordinerte pasientforløp innad i klinikken og i samarbeid med naboklinikkene er avgjørende for å sikre tilstrekkelig kapasitet på infeksjonsposten, som ivaretar disse komplekse pasientforløpene.
- Endokrinologi foregår i all hovedsak i vår poliklinikk og har en avgjørende regional funksjon.

4.2 Psykisk helsevern og rusbehandling

Medisinsk klinikk skal ha fokus på å gi pasienter med psykiatriske lidelser et somatisk helsetilbud likeverdig med den øvrige befolkningen. Marginaliserte grupper innenfor sosialmedisin som HIV- og hepatitt C – pasienter øker i takt med den globale migrasjonen. Medisinsk klinikk ønsker å styrke kompetansen og samarbeidet rundt disse pasientgruppene. Samarbeidet innen psykiatri, rus og somatikk kan også styrkes rundt pasienter med intoksikasjoner. Samarbeidet vil inkludere kombinerte pasientforløp, på tvers av fag og avdelinger. Medisinsk klinikk ønsker sammen med klinikken for rus og psykiatri å utrede mulighet for å etablere somatisk observasjonsmulighet i psykiatrien for pasienter innlagt etter villet egenskade.

4.3 Prehospitale tjenester og mottaksmedisin

Medisinsk klinikk skal styrke tilgang på kompetanse, tilgjengelighet og beslutningsmyndighet i mottaks- og eventuelle beslutningsenheter. Klinikken skal ha fokus på målrettet utdanning av turnusleger, leger i spesialisering og den nye spesialiteten i Mottaksmedisin.

Kompetanseutvikling innen intensiv- og intermedieær medisin, både blant leger og sykepleiere, vil være et viktig første steg. Videre må bakvakter/spesialister i moderavdelingene involveres i pasienter på intermedieær/intensiv poster, og det skal samarbeides videre om primærvaktsjikt med HLK, til gode for pasientforløp og arbeidsmiljø.

Vi skal således bidra til å etablere gode og effektive team rundt pasienten hvor indremedisinsk kompetanse inngår både i mottaket og i Pasientsentrert team.



4.4 Kroniske og sammensatte lidelser

Klinikkens ulike målsetninger skal være knyttet til videre utvikling av det indremedisinske fagtilbudet lokalt, regionalt, og tverrfaglig i tråd med *The Chronic Care Model*.¹

Medisinsk klinikk skal få i oppdrag fra direktøren å være koordinator og pådriver for å utvikle helsetjenester i tråd med *The Chronic Care Model*.

Den informerte og aktive pasienten og et pro - aktivt teambasert helsevesen, har allerede blitt virkeliggjort i Medisinsk klinikk:

- Pasientsentrert team sørger for tidlig vurdering av pasienter, rask intervensjon, og tidlig støttet utskrivning gjennom tett samhandling og utstrakt brukermedvirkning.
- Diagnostisk enhet tilbyr rask utredning av pasienter med mistenkt alvorlig sykdom uten klar organspesifikk årsak.
- Mine behandlingsvalg er en innovasjon som vil være en spydspiss innenfor internettbaserte beslutningsstøtteverktøy for pasienter i spesialisthelsesektoren.

Tidlig i planperioden blir det viktig at Medisinsk klinikk bidrar til at UNN videreutvikler robuste og gjenkjennbare systemer. Slik skal vi tilrettelegge for at pasientene blir behandlet på riktig nivå innad i UNN, at intern flytting av pasienter kun forekommer av faglige grunner og at utskrivning fra UNN til neste behandlingsinstans i kommunen eller til pasientens hjem er godt planlagt, kommunisert og kvalitetssikret. En slik fremgangsmåte vil oppleves som sømløs av pasienten.

UNN skal videreutvikle gode lokalsykehusstilbud, med akuttfunksjoner - også ved de lokalmedisinske sentrene. Særlig viktig er det å ha et godt tjenestetilbud for akutte sykdommer, kroniske - og sammensatte lidelser. Tilbudet til eldre og pasienter med kroniske sykdommer skal forbedres bl.a. gjennom styrking av de geriatriske tjenestene og gjennom utvikling av pasientsentrerte helsetjenester i samarbeid med kommunene.

Følgende overordnede prinsipper skal utredes:

- Etablering av spesialiserte, tverrfaglige team som er tilgjengelig for hurtig medisinsk avklaring, og som har tilrettelagte fysiske enheter i sykehuset tilpasset sengebehov og informasjonsbehov i sykehuset.
- Avtalebasert samarbeid med andre enheter på UNN og enheter i primærhelsetjenesten (Kommunale akutte døgnenger (KAD), sykehjem, fastleger etc.) for å oppnå kontinuitet for pasientene ved innleggelser og utskrivinger.
- Fleksible og kommuniserende systemer som sikrer lik og god ivaretagelse av UNNs lokalsykehuspasienter ved alle lokalisasjoner
- Være pådriver, sammen med primærhelsetjenesten, for å forhindre utbrudd eller forverring av sykdom

¹ *The Chronic Care Model* – innebærer vektlegging av helhetlige pasientforløp der pasienten medvirker (shared decision making) både i valg og gjennomføring av behandling.