

Strategi 2015

Helse Sunnmøre

Vedtatt på styremøte 22. juni 2010

Strategi 2015 - sjå også www.helse-sunnmore.no

Innhald

<u>1</u>	<u>SAMANDRAG</u>	<u>4</u>
<u>2</u>	<u>UTFORDRINGSBILDE</u>	<u>7</u>
<u>3</u>	<u>BAKGRUNN OG FØRINGAR</u>	<u>8</u>
3.1	OM HELSE SUNNMØRE	8
3.2	ARBEID MED STRATEGI - PROSESS	8
3.3	OVERORDNA FØRINGAR OG SIGNAL	9
3.4	SENTRALE UTVIKLINGSTREKK OG UTFORDRINGAR	10
3.5	HELSE SUNNMØRE – STATUS	13
3.6	ØKONOMISKE RAMMER SET GRENSER	14
<u>4</u>	<u>SENTRALE MÅL OG RAMMER</u>	<u>15</u>
4.1	SENTRALE MÅL OG FOKUS I PERIODEN	15
4.2	KVALITET OG EI AKTIV PASIENTROLLE	15
<u>5</u>	<u>PASIENTBEHANDLING - TILBODET</u>	<u>18</u>
5.1	FAGLEG UTVIKLING - OPPGÅVEDELING	18
5.2	KRONISK SJUKE - SJUKE ELDRE – PASIENTAR MED SAMANSETTE LIDINGAR	22
5.3	AKUTT MEDISIN – PREHOSPITALE TENESTER	23
5.4	FØDETILBODET – GYNEKOLOGI	25
5.5	MEDISINSKE FAG	26
5.6	VAKSENPSYKIATRI - RUS	26
5.7	BARN OG UNGE	27
5.8	REHABILITERING – HABILITERING	29
5.9	KREFT	30
5.10	INFEKSJONSMEDISIN – SMITTEVERN - MIKROBIOLOGI	30
<u>6</u>	<u>SAMHANDLING – HEILSKAP</u>	<u>31</u>
6.1	SAMHANDLING MED KOMMUNANE	31
6.2	FØREBYGGANDE ARBEID	33
6.3	OPPLÆRING AV PASIENTAR OG PÅRØRANDE	34
6.4	PASIENTFORLØP	35
6.5	AMBULANTE TENESTER – UTADRETТА VERKSEMD	35
<u>7</u>	<u>UTDANNING OG FORSKING</u>	<u>36</u>
7.1	UTDANNING AV HELSEPERSONELL	36

7.2	FORSKING OG UTVIKLING.....	37
8	<u>ORGANISERING – STYRING</u>	<u>38</u>
8.1	ORGANISERING - LEIING.....	38
8.2	PERSONELL – REKRUTTERING – FRAMTIDIG KOMPETANSE.....	38
8.3	KULTUR.....	41
8.4	GOD STYRING – EFFEKTIV RESSURSBRUK.....	41
8.5	KOMMUNIKASJON – OMDØMME.....	42
9	<u>AREAL – INFRASTRUKTUR.....</u>	<u>43</u>

SAMANDRAG

1 Samandrag

Sentrale utfordringar

Helse Sunnmøre skal vidareutviklast for å møte sentrale utfordringar og endringar:

- Endring i sjukdomsmønsteret og befolkingssamansettinga.
- Auka behov for helsetenester.
- Meir satsing på dokumentert kvalitet og standardisering.
- Nye behandlingsmetodar og auka bruk av informasjonsteknologi
- Meir aktiv pasientrolle
- Mangel på samhandling, for lite førebygging og for lang ventetid på behandling
- Personellressursen blir knapp.
- Spesialisthelsetenesta får trongare budsjett, mindre økonomisk vekst.
- Endringar i kommunikasjon og prehospitale tenester, men vi har framleis utfordringar knytt til geografiske forhold
- Ei framtidig større satsing på kommunehelsetenesta – sikre omstilling i takt og ei parallell utvikling i kommunane og i spesialisthelsetenesta.
- Tillit og tryggleik i befolkninga i endringsprosessar.

Det er overordna føring om at kommunane skal få eit større ansvar for helsetenestene, og at spesialisthelsetenesta skal utviklast i ei enda tydelegare spesialisert retning. Både arbeidsdelinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta og arbeidsdelinga mellom sjukehus skal sjåast på.

Overordna mål

Helse Sunnmøre skal yte gode og likeverdige spesialisthelsetenester til alle som treng det uavhengig av diagnose, alder, kjønn, bustad, personleg økonomi, etnisk bakgrunn, tilpassa den enkelte sin livssituasjon, samt legge til rette for forskning og undervisning.

Sentrale mål og fokus i perioden

- Tryggleik for befolkninga
- Kvalitet på tilbodet
- Heilskap og samhandling for pasient/brukar
- Helsefremjande og framtidretta kompetanseorganisasjon
- God kommunikasjon og medverknad
- Nytenking og effektiv bruk av ressursane

Sentrale strategiar

Kvalitet

- Kvalitet skal vere førande, og vi skal utvikle ein klarare kvalitetsstrategi med vekt på kunnskapsbasert praksis, standardisering, pasientperspektivet og ei sterkare brukarrolle.

Utvikling av Helse Sunnmøre

- Helse Sunnmøre skal gi eit differensiert tilbod med høg kvalitet og dermed høg eigendekking (ca 86 %) av spesialisthelsetenester til befolkninga, og vidareføre dei føretaksovergrepande oppgåvene.
- Sjukehusa skal vidareutviklast, spesialisere seg og satse særleg på utvikling av tilbod knytt til dei utfordringane som befolknings- og sjukdomsutviklinga gir.
- Vi skal sjå ressursane samla ved dei to sjukehusa med fokus på god kvalitet og gode løysingar innanfor dei økonomiske rammer vi har.
- Vi skal i større grad utveksle kompetanse/personell innanfor Helse Sunnmøre og mellom føretaket og kommunehelsetenesta.

Sjukehusa er viktig for lokalsamfunna og har ei sentral rolle for helsetilbodet samla i området. For å ivareta eit tilfredsstillande tilbod til befolkninga på Sunnmøre skal det framleis satsast på utvikling av begge sjukehusa i Helse Sunnmøre sjølv om det av omsyn til framtidig krav til kvalitet og effektiv ressursbruk også må skje endringar av arbeidsdelinga mellom sjukehusa.

Volda sjukehus

For å møte utfordringa med endra aldersamansetting i befolkninga og endra sjukdomsutviklinga skal Volda sjukehus prioritere dei mest vanlege lokalsjukehusoppgåvene. Dette gjeld dei store sjukdomsgruppene, kronisk sjuke og sjuke eldre pga behovet for nærleik til tenestene og stort behov for samhandling med kommunane.

Ved Volda sjukehus skal det i planperioden fram til 2015 vere akuttberedskap 24 timar/7 dagar (i veka) innanfor indremedisin, anestesi, ortopedi og 5-døgnspost innan kirurgi/blautdelskirurgi med beredskap for inneliggande pasientar. All augeblikkeleg hjelp innan blautdelskirurgi skal gå til Ålesund sjukehus. Tilbodet innan kirurgi og ortopedi skal i større grad utviklast samla for dei to sjukehusa gjennom felles planlegging av tilbodet, samordning av ventelister og fagleg samarbeid.

Ålesund sjukehus

Ålesund sjukehus skal også prioritere dei mest vanlege lokalsjukehusoppgåvene. Av omsyn til befolkningskonsentrasjon, geografi, beredskapsbehovet og likeverdige helsetenester skal Ålesund sjukehus vere det mest differensierte sjukehuset etter St Olavs Hospital og ha eit godt traumemottak. Vi skal oppretthalde målet om framtidig PCI (behandling av akutt hjerteinfarkt) i Ålesund.

Pasientbehandling - pasienttilbodet

- Beste effektive behaldningsnivå skal vere utgangspunkt for oppgåvefordeling og vidareutvikling av tenestene.
- Vi skal ta i bruk ny teknologi som støtter opp om god pasientbehandling.
- Vi skal vidareutvikle samarbeidet mellom sjukehus/ helseforetak og private som har avtale med Helse Midt-Norge.
- Vi skal styrke tilbodet til eldre sjuke, kronisk sjuke og pasientar med samansette lidingar.
- Vi skal utvikle den akuttmedisinske kjeda med utgangspunkt i prehospitale tenester og samarbeid med kommunehelsetenesta.
- Fødetilbodet og tilbodet innan gynekologisk kirurgi må vidareutviklast i samsvar med nasjonale føringar. Det skal leggjast fram ny sak til styret etter regionale og nasjonale avklaringar. I dette arbeidet skal det takast geografiske omsyn.
- Vi skal styrke og vidareutvikle det indremedisinske tilbodet.

- Vi skal ha ei vidare satsing på psykisk helsevern for vaksne og rusbehandlinga med vekt på utadretta desentraliserte tilbod og lett tilgjengelege tenester.
- Tilbodet til barn og unge skal styrkast, samordnast og bli meir utadretta.
- Rehabilitering og habilitering skal tilpassast i tråd med overordna føringar.
- Krefttilbodet skal utviklast vidare med vekt på komande forventta auka pasientmengde, moderne behandling og god oppgåvefordeling.
- Vi skal sikre tilstrekkeleg beredskap for smittevern og utfordringar som følgjer av m.a. auka globalisering.

Samhandling - heilskap

- Vi skal prioritere iverksetting av samhandlingsavtalen med kommunane og i dialog med kommunar, fastlegar og brukarar vidareutvikle samhandlinga.
- Vi skal prioritere behandling tidleg i sjukdomsforløpet, og vår rolle i det førebyggjande helsearbeidet skal bli meir tydeleg.
- Vi skal vidareutvikle opplæring av pasientar og pårørande i samarbeid med brukarar og kommunane.
- Vi skal intensivere arbeidet med utvikling av gode pasientforløp i samarbeid med brukarar og kommunane.
- Vi skal ha ei sterkare satsing på utadretta verksemd og ambulante tenester.

Forsking og utdanning

- Vi skal arbeide for å sikre godt samspel og betre tilpassing mellom utdanningstilbod og dagens sjukehusdrift og kravet til samhandling.
- Forsking og utvikling skal prioriterast, og vi skal aktivt bruke forskingsresultat.

Organisasjon og styring

- Vi skal løyse oppgåvene på ein effektiv måte og ha særleg fokus på tilrettelegging for gode pasientforløp og god samhandling med brukarar og primærhelsetenesta.
- Vi skal sikre ein framtidsretta personalpolitikk med vekt på robuste fagmiljø og eit godt arbeidsmiljø.
- Vi skal utvikle ein felleskultur med vekt på verdigrunnlaget vårt.
- Vi skal utvikle styringssystemet og halde fram med omstillingsarbeidet.
- Vi skal sikre eit godt omdømme, vere ein open organisasjon og utvikle oss i dialog med pasient/pårørande, samarbeidspartar og samfunnet rundt.

Areal og infrastruktur

- Vi skal i større grad prioritere midlar til utstyr og vedlikehald som gir god arealutnytting, og ta ut gevinstane nytt utstyr og ny teknologi kan gi.

UTFORDRINGSBILDE

2 Utfordringsbilde

Helse Sunnmøre skal vidareutviklast for å møte sentrale utfordringar og endringar:

Befolkninga si aldersamansetting og sjukdomsmønsteret blir endra

- Auka behov for helsetenester – den forventta behovsveksten skal i størst muleg grad finne si løysing i kommunane
- Sjukdomsutvikling gir fleire med kroniske og samansette lidingar – tenestene er lite tilpassa veksten som kjem.
- Krefttilfelle, psykiske lidingar og rusmisbruk er aukande.

Meir satsing på kvalitet og bruk av nye behandlingsmetodar.

- Tydelegare krav til dokumentert kvalitet
- Stadig ny kunnskap og nye undersøkings- og behandlingmulegheiter.
- Ny medisinsk teknologi

Endra pasientrolle

- Pasient/ brukar skal ha ei meir aktiv rolle - pasienten som ressurs og medspelar.
- Pasient/brukar forventar og etterspør meir.

Uløyste sentrale utfordringar i dagens helseteneste

- Lange ventelister og ulik prioritering
- Samhandlinga mellom tenestene er for dårleg. Dette rammer særskilt eldre sjuke, kronisk sjuke, barn og unge, psykisk sjuke, rusmiddelavhengige og menneske som treng rehabilitering.
- Vi har hatt stor fokus på akutte tenester – lite fokus på å førebygge helseproblem.

Personellressursen

- Tilsette i helsesektoren blir ein knappheitsfaktor
- Auka fokus på arbeidsmiljø, arbeidsvilkår og effektiv bruk av personell.

Spesialisthelsetenesta får trangare budsjett

- Ein større del av forventta vekst i dei samla budsjetta skal i åra framover kome i kommunane.

Endringar i kommunikasjon og prehospitala tenester, men vi har framleis utfordringar knytt til geografiske forhold

- Prehospitala tenester har blitt utbygd og fått auka kompetanse og betre utstyr
- Nye vegsamband

Omstillingsprosessar

- Ei framtidig større satsing på kommunehelsetenesta – sikre omstilling i takt og ei parallell utvikling i kommunane og i spesialisthelsetenesta.
- Tillit og tryggleik i befolkninga i endringsprosessar.

Vi må vidareutvikle arbeidsdelinga og måten vi samarbeider på skal vi lykkast med å møte desse utfordringane *og mulegheitene*. Ei vidareføring av dagens modell er ikkje eit aktuelt alternativ. Det er ei overordna føring at kommunane skal få eit større ansvar for helsetenestene, og at spesialisthelsetenesta skal utviklast i ei enda tydelegare spesialisert retning. Både arbeidsdelinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta og arbeidsdelinga mellom sjukehus skal sjåast på.

BAKGRUNN OG FØRINGAR

3 Bakgrunn og føringar

3.1 Om Helse Sunnmøre

Helse Sunnmøre HF er organisert under Helse Midt-Norge RHF. Helse Sunnmøre dekkjer primært etterspurnaden etter spesialisthelsetenester for innbyggjarane i dei 17 Sunnmørskommunane. Innbyggjartalet i desse kommunane var pr 01.10.2010 133 322. Helse Sunnmøre har i tillegg fleire føretaksovergrepande funksjonar for heile fylket, og pasientar frå grenseområdet, særleg frå Romsdal, nyttar også Helse Sunnmøre. Hovudoppgåvene for Helse Sunnmøre er pasientbehandling, forskning, undervisning av helsepersonell og opplæring av pasientar og pårørande. Det er Helse Midt-Norge som har det samla "sørge for" ansvaret og skal sikre befolkninga eit tilbod om spesialisthelsetenester. Helse Sunnmøre har fleire institusjonar på Sunnmøre; Ålesund sjukehus, Volda sjukehus, Nevrohjemmet Rehabiliteringssenter, Mork Rehabiliteringssenter, Volda distriktpsykiatriske senter (DPS), Sjøholt DPS og Ålesund DPS.

3.2 Arbeid med strategi - prosess

Styret ba administrasjonen utarbeide Strategi for Helse Sunnmøre. Vi har i arbeidet med strategien brukt etablerte utval og møteplassar. Brukarutvalet og avdelingane har m.a. gitt innspel til arbeidet, og strategi har vore tema på leiarforum fleire gongar. Styret for Helse Sunnmøre har hatt sak om strategi på kvart møte i snart to år. Tre arbeidsgrupper har utarbeidd delrapportar som inngår som del av strategien, med tema samhandling, framtidretta pasientbehandling og oppgåvefordeling og organisering av Helse Sunnmøre. Det er gjort vedtak når det gjeld organisering. Vi har vidare utarbeidd rapport med vurdering av ulike modellar for vidare utvikling av oppgåvefordelinga mellom sjukehusa. Vi har hatt dialog med kommunane i ulike samanhengar m.a. møte med kommunane på Søre-Sunnmøre og kommunane i Ålesundsregionen der også brukarorganisasjonar var invitert til å delta. Vi har i også hatt ein konferanse saman med kommunane på Sunnmøre/KS om samhandlingsreforma og oppfølging av samhandlingsavtalane. Helse Midt-Norge/Helse Sunnmøre har etablert samarbeid med Helse Vest/Helse Førde for å vurdere utfordringar i grenseområdet mellom Helse Vest og Helse Midt-Norge. Det er utarbeidd rapportar i den samanhengen. Dialogen vil bli vidareført i samsvar med styrevedtak i Helse Midt-Norge som i sak om strategi 2020 ba om dette for å sikre likeverdige tenester i skjeringspunktet mellom regionane.

Utkast til strategi for Helse Sunnmøre er sendt på høyring til aktuelle høyringsinstansar. Vi har lagt vekt på å ta omsyn til innspela. Vi viser til styrebehandling på møte 22. juni 2010 sak

46-2010. Vidare oppfølging av Strategi 2015 vil skje i handlingsplanar og som del av det årlege planar og budsjett. I tillegg blir det sentralt å utvikle tiltak i samarbeid med kommunane. Det skal utarbeidast handlingsplan med risikovurdering for gjennomføring av Strategi 2015.

Ein strategi for vidare utvikling i Helse Sunnmøre skal på bakgrunn av politiske føringar, mål/verdiar, økonomiske rammer, demografi, epidemiologi og medisinsk teknologi sette retning for det vidare arbeidet og korleis dette bør gjerast for å gje befolkninga vi skal tene eit best mogeleg tilbod. Det er særleg viktig å vere konkret i høve dei utfordringane vi har i forhold til demografi og sjukdomsutvikling/epidemiologi. Nokre vegval i høve til korleis føretaket skal tilby tenestene er også svært viktig; samhandling eksternt/internt, servicedesign, pasientinisiert innovasjon, satsing på IKT pasientportalar/portalar for fastlegar etc. Det er eit spørsmålet er om vi klarer å vere radikale nok i vår analyse av framtida og korleis vi bør nærme oss utfordringane.

I tillegg til Strategi 2015 vil nasjonale og regionale føringar vere viktig premiss for framtidig utvikling av Helse Sunnmøre.

3.3 Overordna føringar og signal

Lover, nasjonal helseplan og ulike styringsdokument skisserer sentrale mål og gir føringar for framtidig utvikling av Helse Sunnmøre. Strategi for Helse Sunnmøre tek utgangspunkt i og byggjer vidare på dette. Som del av Helse Midt-Norge skal Helse Sunnmøre ha følgjande visjon og verdiar:

Visjon – ”på lag med deg for helsa di”
Verdiar - respekt, kvalitet, tryggleik

Vi skal nå sentrale mål og løyse oppgåvene innanfor tildelte budsjetterrammer.

Strategi 2020 - strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge 2010 – 2020, vart vedtatt på styremøte 24. og 25. juni 2010. Helse Midt-Norge skal sørge for likeverdige spesialisthelsetenster av god kvalitet. Strategien skal vere retningsgivende for korleis dette skal skje. Tiltak skal vedtakast og gjennomførast på HF-nivå etter ei brei konsekvensvurdering. Styret for Helse Midt-Norge har bedt om ein gjennomføringsplan for dei føretaksovergrepande omstillingane. Styret vedtok følgjande strategiske mål for perioden:

- Styrka innsats for dei store pasientgruppene.
- Kunnskapsbasert pasientbehandling.
- Ei organisering som underbyggjer gode pasientforløp.
- Rett kompetanse på rett stad til rett tid.
- Økonomisk berekraft.

Når det gjeld andre vedtak gjort av styret, vil vi vise til desse knytt til ulike tema etter kvart.

Regjeringa vidarefører og presiserer følgjande mål i politisk plattform (2009):

Regjeringa vil ha en helsetjeneste som ligger i front både medisinsk og teknologisk. Regjeringa har som mål å redusere sosiale helseforskjeller. Alle skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Når sykdom rammer, skal folk oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren.

Regjeringa vil m.a.:

- styrke sykehusenes økonomi, slik at flere pasienter behandles og ventetidene holdes lave
- gjennomføre samhandlingsreformen i tråd med St. meld. nr 47 (2008-2009) – m.a. gjennomgå finansiering av spesialisthelsetenesten
- at lokalmedisinske sentra skal videreutvikles for å sikre koordinerte helsetjenester i samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten
- at regionale helseforetak iverksetter tiltak for å redusere ventetidene for behandling og diagnostikk. Ledig kapasitet i de offentlige sykehusene skal utnyttes. Avtaler mellom helseforetak og private kommersielle sykehus skal ikke ha et omfang som undergraver pasientgrunnet for de små sykehusene
- etablere sterkere nasjonal koordinering på e- helse området, tidsfrister for utviklingsmål og etablere en nasjonal kjernejournal for alle innbyggere Informasjonssikkerhet skal prioriteres høyt slik at personvernet ikke utfordres
- at Nasjonal helseplan skal videreutvikles til å bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenestene.

Samhandlingsreforma (St meld nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid) går inn for m.a. følgjande:

- Klarare pasientrolle - Sterk satsing på pasientforløp - ”Pasientens behov for helhetlige tjenester skal være styrende.”
- Auka satsing på førebyggjande helsearbeid og tidleg intervensjon
- Styrking av kommunane si evne til å handtere oppgåver som i dag blir løyst i spesialisthelsetenesta
- Størstedelen av veksten skal gå til kommunane.

Hovudpunkt i problemforståing:

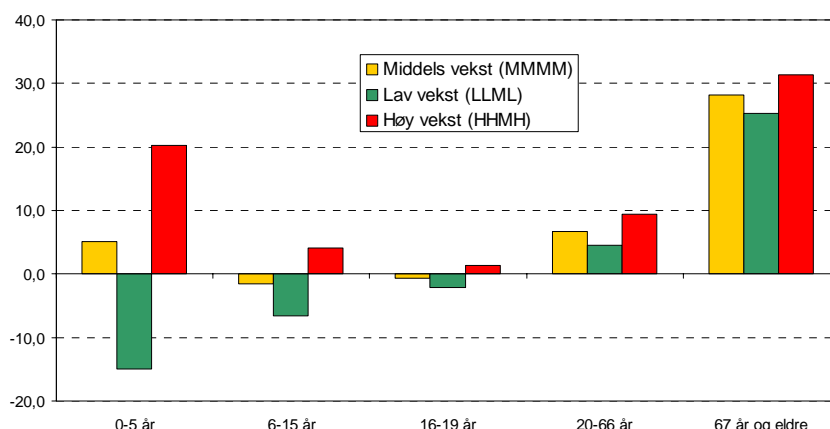
- Ingen system som understøttar heilskapen - dårlig koordinerte tenester - organisering, ansvar og verkemidlar er knytt til dei ulike deltenestene.
- Vidareføring av dagens modell med same vekst som no i sjukehusa, er ikkje berekraftig. Tilbod utanfor sjukehus vil i nokre tilfelle vere kvalitetsmessig betre.

Det blir føresett at spesialisthelsetenesta i 2010 legg til rette for framtidig kompetanse- og kunnskapsoverføring til kommunane og sterkare grad av spesialisering i spesialisthelsetenesta. (statsbudsjettet 2010) Stortingsmeldinga var til behandling i Stortinget våren 2010. Det blir understreka at manglande kontakt mellom sjukehus og kommunar er den viktigaste hindringa for å gjere helsetenesta enda betre. Det blir arbeidd med konkretisering av juridiske og økonomiske forhold. Det er lagt opp til høyringar i løpet av hausten 2010.

3.4 Sentrale utviklingstrekk og utfordringar

Befolkningsamansettinga endar seg - dette får konsekvensar for helsetenesta

Prosentvis endring i folkemengda i kommunane på Sunnmøre i ulike aldersgrupper 2008-2020



Dei ulike prognosene viser ulik utvikling i aldergruppene framover. Alle alternativ gir vekst i aldersgruppa 67 år og over. Statistisk Sentralbyrå (SSB) og Møre og Romsdal fylke anbefaler bruk av *Middels vekst alternativet* – MMMM. Vi legg derfor dette til grunn vidare.

År	2008	2015	2020	Endring 2008-2020
Folketal Sunnmøre	130 137	136 520	140 588	8 %

Sunnmøre kan forvente vekst i folketalet fram mot 2020 og då særleg fleire eldre. Prognosen viser større vekst på Nordre/Indre Sunnmøre enn på Søre Sunnmøre, men det er forventa vekst i begge områda. I aldersgruppa 67 år og eldre blir det høg vekst i begge områda, og Søre-Sunnmøre får all sin vekst i denne aldersgruppa. Det er i aldersgruppa 68-79 år veksten kjem fram mot 2020. (auke på 46%/Midt-Norge 50%). Tal eldre over 80 år vil vere stabil i denne perioden. (minus 0,5%/Midt-Norge auke på 1,8%) Fram mot 2030 vil vi få auken i tal eldre over 80 år. I dei andre aldersgruppene har Nordre/Indre Sunnmøre vekst eller stabil utvikling, medan Søre Sunnmøre har noko nedgang eller stabil utvikling. Dette er basert på prognose med utgangspunkt i 2008-tal. Det er kanskje særleg auka innvandring som vil kunne endre på denne prognosen og gje auka vekst i yngre aldersgrupper. (Nettoinnvandringa var 1308 i 2008 og 1524 i 2009) Faktiske tal viser auke i folketalet frå 2008 til 2009. Nedanfor følgjer prognose med utgangspunkt i 2009-tal:

Middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM) – SSB

	2009	2015	2020
0 år	1585	1670	1692
1-18 år	31881	32155	32220
19-29 år	17873	18768	19139
30-67 år	63013	65926	66809
68-79 år	10311	12092	14923
80 år +	6872	6864	6759
Sum alle aldersgr.	131535	137475	141542

Søre-Sunnmøre har i dag ei eldre befolkning enn Nordre/Indre Sunnmøre. Vi har stor variasjon i tal innbyggjarar i kommunane med mange små kommunar. Innbyggjartalet varierer frå vel 1000 (1030 i 2009) til over 40 000 (42 982 i 2009) innbyggjarar. Den demografiske utviklinga vil gi auka etterspørsel etter spesialisthelsetenester.

Sjukdomsutvikling: Sjukdomsbildet i befolkninga endrar seg som følgje av blant anna endra livsstil og høgare levealder. Aldersrelatert sjukdom med stort samhandlingsbehov vil auke:

- 200 000 personar har KOLS. (Kronisk obstruktiv lungesykdom) (vel 5000 på Sunnmøre) Antatt 3. viktigaste dødsårsak på verdsbasis i 2020.
- 60 000 personar hadde demens i 2005. (ca 1600 på Sunnmøre)
- 90 – 120 000 er diagnostisert med diabetes. (2000 – 3000 på Sunnmøre) Ei like stor gruppe er i risiko for å utvikle diabetes, eller er udiagnostisert.
- Tal krefttilfelle vil auke. Kreft vil utgjere 25 % av alle dødsfall i 2020.

Når det gjeld hjartelidingar, går dødelegheit ned, men fleire må leve med hjartesykdom og hjertesvikt. Tal overvektige aukar og aukar risiko for ulike sjukdomar. Kvar tredje som er uføretrygda og kvar fjerde nye som blir uføretrygda i Noreg, har ein psykisk primærdiagnose. Auken i bruk av rusmiddel, først og fremst alkohol, har ført til auka oppgåver også på sjukehusnivå. Trenden er framleis aukande. Det er særleg dei indremedisinske faga som står ovanfor mange av dei store folkesjukdommane hjartesykdomar, kreft, lungesykdomar,

infeksjonar, hjerneslag, osteoporose og akutt funksjonssvikt hos eldre. Nokre kritiske område dei nærmaste åra er: kreft, eldre med samansette lidningar, KOLS og infeksjonar. Feil- eller underernæring er ei særleg utfordring blant eldre.

Hjarte-/kar lidningar, kreft og lungesjukdomar, er dei viktigaste dødsårsakene for heile befolkninga. Av totalt 42 000 årlege dødsfall i Noreg, skuldast omkring 1800 ulykker. I aldersgruppa 0-44 år er ulykker den vanlegaste dødsårsaka. Ulykker utgjer om lag 10 % av alle døgnopphald på sjukehus. Infeksjonar og luftvegsproblem (inkludert astma) er den vanlegast årsak til sjukehusinnlegging hjå barn.

Den teknologiske utviklinga – og nye behandlingsmetodar

- Utvikling av digitale nett mellom primærhelsetenesta, sjukehus, andre helseinstitusjonar og forskingsinstitusjonar. Ein stadig større del av pasientopplysningane er digitale og kan transporterast på nett. Dette kan gi fleire desentraliserte tenester gjennom ambulante tenester via nettet.
- Ein auka del av befolkninga er klar til å kommunisere med helsetenesta via digitale kanalar. Desse ventar på å bli utnytta i større grad enn i dag.
- Utstyr blir meir avansert og kostbart, behandling blir standardisert og kvalitetssikra (industrialisering)
- Ny kunnskap og teknologi flyttar grensene for det moglege innan diagnostikk og behandling.
- Auka spesialisering særleg av det kirurgiske tilbodet. Utvikling av meir skånsame operasjons- og anestesimetodar fører til at fleire pasientar enn før kan opererast.
- Fleire av pasientane kan bli behandla med dagkirurgi, dagbehandling og poliklinikk.
- Dei indremedisinske faga gjennomgår ei rask utvikling som gir fleire behandlingmuligheiter, til dømes slagbehandling og hjartebehandling.

Andre utviklingstrekk

- Tilfanget av pasientar er aukande og gjennomsnittspasienten får meir behandling på kortare tid.
- Dei innlagte pasientane vil vere sjukare og meir krevjande.
- Nokre fagtilbod blir sentralisert (kirurgisk kreftbehandling), andre blir desentralisert og kan ytterlegare desentralisast. (palliativ behandling).
- Pasientar har høge forventingar og er meir kunnskapsrike, men pasientane har ulike ressursar. Innvandringa gir utfordringar knytt til språk og kultur. Misforholdet mellom forventingar og dei økonomiske realitetane vil auke.

Auka etterspørsel etter helsetenester: Med mindre det skjer endringar som tilseier ei anna utvikling, vil demografisk utvikling, sjukdomsutvikling og utviklinga i behandlingsmulegheiter gi auka etterspørsel etter spesialisthelsetenester. Legg ein til grunn erfaringstal for veksten, *utover* det som følgjer av befolkingutviklinga, kan ein legge til grunn ein auka etterspørsel på 1,5 % per år (medisinske mulegheiter/auka forventingar), tilsvarande 20 % i perioden 2008-2020. Saman med auken som følgjer av befolkningsutviklinga, gir dette ein volumvekst på om lag 35 % i perioden. Samla sett gir dette oss utfordringar både i forhold til effektivitet, prioritering og samhandling/oppgåvefordeling med kommunane.

Kommunikasjon – samferdsel: Det skjer endringar i kommunikasjonsmønsteret. Vi har fått Eiksundsambandet som gir fastlandssamband frå Hareidlandet til Volda Sjukehus. Vi får Kvivsvegen frå 2012 som vil knyte saman ein større bu- og arbeidsmarknadsregion på Søre-Sunnmøre/Nordfjord. (vel 60 000 innbyggjarar.) Området har to sjukehus som blir definert

som små. Det er vidare planlagt nytt samband på Nordre-Sunnmøre (Nordøyvegen) som sikrar fastlandssamband for fleire øyar, og tunnel og bru mot Åndalsnes i Rauma kommune som vil korte ned reisetida til Ålesund sjukehus.

Personell – kompetanse – tilsette i helsesektoren blir knappheitsfaktor

Helse Sunnmøre hadde i desember 2009 2295 stillingar/årsverk, fordelt på omlag 2900 personar med ulike tilsettingsforhold. Vi hadde færre årsverk pr innbyggjar enn andre helseføretak og då særleg innan psykisk helsevern. Personalsituasjonen er generelt tilfredsstillande i Helse Sunnmøre med nokre unntak. Her vert det i noko grad nytta innleie av vikarar for å oppretthalde tilbodet. På nokre område har vi underdekking av legeheimlar i forhold til andre helseføretak. Tilgangen til personell i forhold til behovet vil i framtida bli avgrensa pga lågare ungdomskull. Regjeringa har signalisert at veksten av personell innan helsesektoren i første rekkje skal kome i kommunane, m.a. når det gjeld legar.

Vi har utfordringar knytt til auke i tal eldre arbeidstakarar, høgt sjukefråver, krav om effektiv bruk av personellressursane, fleksibilitet og mobilitet (ambulante tenester m.m.), god balanse mellom ressursar og oppgåver, vaktbelastning og ”dei nye tilsette”. Det er forventa at unge i framtida og den høge kvinneandelen blant legar, vil presse fram 6-delt vaktordning. (6 legar, helst 8, til å dele på vaktene – vakt kvar 6 døgn) Dette saman med auka spesialisering, utfordrar den desentraliserte sjukehusstrukturen i Noreg.

3.5 Helse Sunnmøre – Status

2008/2009	Senger	Utskrivne Pasientar	Gj snitt Liggetid	Liggedagar	Polikliniske Konsultasjonar
Somatikk	409/398	2 4185/ 24 272	5/4,7	122 453/116 088	152 442/ 149 052
Psykisk helsevern	115/117	1413/ 1680	21,5/16,8	31761/33006	39 562/40588

I 2010 er sengetalet ytterlegare redusert til 371 i somatisk verksemd.

Psykisk helsevern: Vi hadde i 2008 færre døgnplassar pr innbyggjar i psykisk helsevern for vaksne enn landsgjennomsnittet, men ligg høgare enn andre helseføretak i Helse Midt-Norge med unntak av St Olav. Døgnplassar per innbyggjar innan psykiske helsevern for barn og unge låg også under landsgjennomsnittet og lågast i regionen. Utviklinga går i retning av færre døgnplassar og meir dagbehandling/poliklinikk og ambulante tenester.

Somatikk: 86,6 % av sunnmøringane får sine dag- og døgnopphald ved Helse Sunnmøre, deretter 5,4 % ved St Olav, 4 % ved andre regionale helseføretak og 3,6 % ved private sjukehus. 6,7 % frå Nordmøre og Romsdal får sitt tilbod ved Helse Sunnmøre. Helse Sunnmøre har liten ”pasientlekkasje” i forhold til andre helseføretak i landet. Samanlikning med andre helseføretak viser at vi framleis har eit potensiale for overgang til meir dagbehandling.

Somatikk i forhold til psykiatri: Helse Sunnmøre har på lik linje med Helse Midt-Norge eit høgt forbruk av somatiske spesialisthelsetenester. Helse Midt-Norge har ikkje prioritert psykisk helsevern i høgare grad enn somatisk sektor, slik kravet er, snarare tvert i mot. (Driftskostnader pr innbyggjar, prosent av landsgjennomsnittet; somatikk 104, psykisk helsevern 89, rus 68 – Helse Midt-Norge)

Avtalespesialistar – private sjukehus og rehabiliteringsinstitusjonar : Relativt sett er det 2-3 gongar så mange lege-/avtalespesialistar i Trøndelagsfylka som i Møre og Romsdal. For dei kliniske psykologane er den relative fordelinga meir lik, men med flest heimlar i Møre og Romsdal. Det er ein privat rehabiliteringsinstitusjon i Møre og Romsdal – Muritunet - og eitt tilbod som tilbyr spesialisthelsetenester (Medi3) mot fleire av begge slag i Trøndelagfylka. Befolkninga på Sunnmøre bruker i første rekkje dei private tilboda som ligg på Sunnmøre.

Ventetid: Ventetidene varierer innanfor ulike fagområde og dei varierer mellom dei to sjukehusa. Både Helse Midt-Norge og Helse Sunnmøre har lang ventetid i forhold til landsgjennomsnittet.

Kvalitetsindikatorar: Vi har framleis ein veg å gå før vi når dei nasjonale måla som er satt for ein del kvalitetsindikatorar.

3.6 Økonomiske rammer set grenser

Helse Sunnmøre disponerer ressursar på om lag 2,4 milliard kroner. I langtidsbudsjettet blir vi stilt overfor store krav til omstillingar framover for å handtere store investeringskostnader/-behov. Det er ei utfordring å sikre riktig prioritering og ressursfordeling i samsvar med behov og mål jf m.a. Helse Midt-Norge og Helse Sunnmøre som så langt ikkje har klart å sikre den veksten som var tiltenkt psykiatrien. Psykisk helse, rus og forskning er prioritert i budsjett for 2010. Helse Sunnmøre er eit effektivt sjukehus, men samanlikning med andre helseføretak viser at vi framleis har potensiale for vidare effektivisering. Helse Sunnmøre slit med til dels svært gamal bygningsmasse som siste åra lid av manglande vedlikehald. I tillegg har vi også hatt svært lita ramme til finansiering av nytt utstyr, enten dette gjeld basisutstyr eller medisinsk teknisk utstyr. Det er svært gledeleg at vi no bygg ny barneavdeling som vil stå ferdig i 2011. Avdelinga vil gje årlege kapitalkostnader rekna til ca 11 mill kroner. Behovet til midlar til investeringar gjer at omstillingsutfordringane for drifta blir ytterlegare forsterka. Helse Midt-Norge vil få betydelege utfordringar som følgje av vedtekne og gjennomførte investeringar. Dette får konsekvensar for alle helseføretaka.

SENTRALE MÅL OG RAMMER

4 Sentrale mål og rammer

4.1 Sentrale mål og fokus i perioden

Overordna mål

Helse Sunnmøre skal yte gode og likeverdige spesialisthelsetenester til alle som treng det, uavhengig av diagnose, alder, kjønn, bustad, personlig økonomi, etnisk bakgrunn, tilpassa den enkelte sin livssituasjon, samt legge til rette for forskning og undervisning.

Sentrale mål og fokus i perioden

- Befolkninga skal føle tryggleik for at dei får den hjelp dei treng når dei treng det.
- Kvaliteten på pasienttilbodet skal halde høg nasjonal standard.
- Pasientane skal få heilskaplege og samanhengande tenester og gode pasientforløp med rett behandling på rett nivå.
- Helse Sunnmøre skal vere ein helsefremjande og framtidsretta kompetanseorganisasjon med ein kultur prega av respekt og læring.
- Helse Sunnmøre skal ha gode utviklings- og omstillingsprosessar med medverknad frå brukar, medarbeidar og sentrale samarbeidspartar som kommunane.
- Helse Sunnmøre skal ha god styring og ressursutnytting og vere blant dei mest effektive helseføretaka i landet for å få meir helse ut av kvar krone.
- Helse Sunnmøre skal vere nytenkande i måten vi tilbyr våre tenester til beste for pasienten og samarbeidspartar, og vere aktiv med omdømmebygging og dokumentasjon av kvalitet

4.2 Kvalitet og ei aktiv pasientrolle

Auka krav til dokumentert kvalitet - pasienttryggleik

Helseføretaket skal tilby befolkninga likeverdig tilgang til helsehjelp av god kvalitet frå livets begynnelse til livets slutt. I samsvar med målsettinga i den nasjonale kvalitetsstrategien skal tenestene i Helse Sunnmøre:

- vere verknadsfulle og føre til helsegevinst
- vere trygge og sikre, unngå utilsikta hendingar
- involvere brukarane og gi dei medverknad
- vere samordna og prega av kontinuitet
- vere tilgjengeleg og rettferdig fordelt
- utnytte ressursane på ein god måte.

God behandlingsskvalitet krev at førebygging, behandling, og rehabilitering er basert på relevant, påliteleg og oppdatert kunnskap om effektive tiltak for å oppnå helsegevinst.

Vi skal ha ein kunnskapsbasert praksis som omfattar både forskingsbasert, erfaringsbasert og brukarbasert kunnskap. I Helse Midt-Norge sin kvalitetsstrategi skil ein mellom pasientopplevd kvalitet, medisinsk kvalitet og organisatorisk kvalitet.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er eit viktig verktøy for å dokumentere behandlingsprosess, til bruk i eige kvalitetsforbetningsarbeid og som grunnlag for forskning. Framtidige utfordringar er m.a. knytt til kvalitetsovervaking i eit samhandlingsperspektiv. Vi har fokus på intern kontroll og rapportering av feil og uønska hendingar: Det er eit mål i større grad å bruke dette i utviklings- og forbetningsarbeidet.

I arbeidet med Strategi 2020/Helse Midt-Norge blir det peika på at det på nokre område er positivt samheng mellom volum og kvalitet på spesialist og avdelingsnivå samt nytten av nært samarbeid mellom fleire spesialistar. *”Det må forventes at den fremtidige utvikling vil forsterke denne tendensen. Samtidig vil det etterspørres dokumentert kvalitet og effektivitet og i økende grad vil sykehusene bli utsatt for internasjonal konkurranse bl.a. i EØS/EU sammenheng. Dette vil kreve en samling av en del medisinske funksjoner på færre enheter”* Kvalitet og effektivitet i helsetenesta vil i aukande grad bli skapt ved fleirfagleg samarbeid og samhandling mellom tenestenivå og i nært samarbeid med pasient og pårørande. ”Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten” har tatt opp forholdet mellom volum og kvalitet og konkluderer med at det er påvist samheng mellom behandlingsvolum og behandlingkvalitet for visse typar behandlingar og pasientgrupper. Det er derimot ikkje grunnlag for ein slik generell eller allmenngyldig samheng i alle situasjonar. Der det er relevant er rådet opptatt av at det skal bli nytta som grunnlag for planlegging og utvikling av helsetenesta. I mange situasjonar er det andre omsyn enn volum som veg tyngre. Det kan vere geografi, beredskapsomsyn osv. Det vil derfor vere behov for kompensatoriske tiltak for å sikre kvaliteten. Dette kan vere hospitering, trening etc.

Styret i Helse Midt-Norge gjorde i Strategi 2020 slikt vedtak: *Styret ber om å få seg forelagt en dokumentasjon som viser kvaliteten i behandlingen ved regionens forskjellige sykehus.*

Meir aktiv pasientrolle - brukarperspektiv – brukarmedverknad

Tenestetilboda skal vere tilpassa pasientens behov. Vi skal ha respekt for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Brukarar og pårørande skal ha innverknad over utforminga av tenestetilbodet og skal møtast med omsorg og respekt. Brukarrolla skal bli sterkare. Brukarmedverknad i utvikling av helsetenestene skal bidra til å gjere tenestene meir treffsikre og skal skje både på systemnivå og på individnivå. Vi skal sikre at brukarane får informasjon og opplæring som set den enkelte i stand til å medverke. Regional handlingsplan for brukarmedverknad konkretiserer vidare oppfølging og prioritering. Det blir auka fokus på ”det gode pasientforløpet” og behovet for organisatoriske justeringar og andre tiltak som følgje av dette. Dei politiske prioriteringar vil i auka grad bli knytt til heilskapelege behov og ikkje til behov i det enkelte ansvarsområde. Lover med meir skal tilpassast dette.

Styret i Helse Midt-Norge gjorde i Strategi 2020 slikt vedtak: *Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at virksomheten legger til rette for aktiv brukarmedvirkning i behandling og på systemnivå.*

Retts prioritering

Pasientane skal sikrast eit likeverdig tilbod. Den enkelte pasient skal vurderast i forhold til prioriteringsforskrifta. Det blir utarbeidd nasjonale retningslinjer, og nasjonale strategiar for kreft, diabetes, KOLS, eldre og kvinnehelse er utarbeidd. Helseføretaka skal i samarbeid med

dei kommunale tenestene bidra til heilskapleg behandlings- og rehabiliteringskjeder innretta mot eldre pasientar sine behov. Aktiviteten innan rehabilitering/habilitering og psykiske helsevern skal styrkast. Helsetenesta skal tilby helsehjelp på riktig nivå til riktig tid. Tenestene skal vere tilgjengelege og innretta etter brukarane sine behov. Det inneber både fysisk tilgjenge og tilgjenge knytt til kulturell og språkleg forståing. For nokre pasientgrupper er det store samhandlingsutfordringar og ingen av tenestenivåa kan løyse utfordringane åleine. Samhandlingsreforma har m.a. fokus på dette. Befolkningsutviklinga og sjukdomsutviklinga gir auka press på spesialisthelsetenesta, og det vil i framtida bli auka behov for prioritering. Vi må prioritere dei rette pasientane mellom fagområde i forhold til ventetid og ressursbruk, og sikre ein god balanse mellom akutt-tilbodet og det planlagte/elektive tilbodet. Ledig kapasitet i dei offentlege sjukehusa skal utnyttast.

Styret i Helse Midt-Norge gjorde i Strategi 2020 slikt vedtak: *Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak som viser hvordan kvalitetsmål skal nås. Helseforetakene skal ha særlig fokus på kvalitetskravene som er satt for epikrisetid, gjennomsnittlig ventetid, fristbrudd og antall korridorpatienter. Helse Midt-Norge skal ta i bruk indikatorer for behandlingskvalitet og pasienttilfredshet. Brukerne inviteres med i arbeidet.*

Strategi: Kvalitet skal vere førande, og vi skal utvikle ein klarare kvalitetsstrategi med vekt på kunnskapsbasert praksis, standardisering, pasientperspektivet og ei sterkare brukarrolle.

Konkretisering

- Vi skal ta i bruk ulike verkemidlar for å sikre god nasjonal standard m.a. deltaking i faglege nettverk/samarbeid og levere data til nasjonale kvalitetsregister.
- Kunnskapsbasert medisin skal styre faglege veival og bruk av nye metodar.
- Vi skal nå dei måla som er sett for nasjonale kvalitetsindikatorar.
- Vi skal ha fokus på heile menneske og bidra til heilskaplege tenester med vekt på førebygging, brukarmedverknad og samarbeid med primærhelsetenesta og pårørande.
- Vi skal ha ein pasienttryggleikskultur der intern kontroll og rapportering av feil og uønska hendingar blir brukt i utviklings- og forbetningsarbeidet.
- Brukarmedverknad og brukarperpektiv skal vektleggjast. Vi skal nytte ulike metodar for å få fram brukarerfaringar og ha brukarfokus i plan- og utviklingsprosessar.
- Vi skal ha openheit om tilbod og kvalitet på tilbodet. (Om kvaliteten på tilbodet og bruken av metodar er ulik, skal pasienten opplysast om dette og få bistand til evt å velje eit tilbod ved eit anna sjukehus.)
- Vi skal vere eit lett tilgjengeleg sjukehus og ha fokus på ventelistene for å sikre riktig prioritering og kortare ventetid, herunder samordne ventelistene mellom dei to sjukehusa for å jamne ut ventetida og aktivt bruke prioriteringsrettleiarane.
- Vi skal auke tal nyttilviste i forhold til kontrollar gjennom overføring av kontrollar til fastlegar eller andre sjukehus.
- Vi skal hindre unødvendig innlegging, korte ned liggetida og legge til rette for meir dagbehandling og poliklikk når dette er mest teneleg for pasientane.
- Vi skal etablere system for å sikre betre oppfølging av prioriterte pasientgrupper og satse på dei prioriterte pasientgruppene og tilpasse drifta i forhold til endringar i befolkninga sine behov. (jf også avsnitt 8.4) Vi må konkretisere desse prioriteringane i større grad og sikre ei samordning med Strategi 2020.
- Prioriteringar ved livets slutt skal vurderast i dialog med pårørande.

- Vi skal ha fokus på riktig legemiddelbruk m.a.gjennom legemiddelprosjektet, og vidareutvikle samarbeidet med sjukehusapoteka.
- Pasientforløpsprosjektet skal prioriterast og gå frå prosjekt til kontinuerleg forbetningsarbeid. Styret vil sette konkrete mål for utviklinga.
- I samband med utvikling av ein kvalitetsstrategi må brukarar og brukarorganisasjonar trekkjast med. Arbeidet må koplast nært til forskings- og utviklingsarbeidet i helseføretaket og ei større satsing på internkontroll/revisjonar.

PASIENTBEHANDLING – TILBODET

5 Pasientbehandling - tilbudet

5.1 Fagleg utvikling - oppgåvedeling

I tråd med samhandlingsreforma skal kommunane få eit større ansvar for å yte helsetenester til befolkninga. Specialisthelsetenesta skal utviklast i ei enda tydeligare spesialisert retning. Lokalsjukehusa skal vidareutviklast i dialog med kommunane. Både arbeidsdelinga mellom kommunehelsetenesta og specialisthelsetenesta og arbeidsdelinga mellom sjukehus skal sjåast på. I følgje regjeringa si politiske plattform betyr dette at enkelte sjukehus skal gjere andre oppgåver enn i dag. Dagens desentraliserte sjukehusstilbod skal oppretthaldast for å sikre nærleik til akuttfunksjonar og fødetilbod, sjølv om slike tilbod ikkje blir gitt ved alle sjukehus. Ingen lokalsjukehus skal leggjast ned. Det akuttmedisinske tilbodet ved lokalsjukehusa skal sjåast i samanheng med og tilpassast lokale forhold gjennom likeverdige prosessar som bidreg til tryggleik og kvalitet. Lokalt tilpassa behandlingsskjeder, tilrettelagt kompetanse og forpliktande nettverk mellom sjukehusa, vil i følgje regjeringa bidra til å sikre kvaliteten i det akuttmedisinske tilbodet. Befolkninga skal føle tryggleik for at dei får den hjelp dei treng når dei treng den. Dersom pasienten treng det, skal lokalsjukehuset sørge for sikker og trygg overføring til meir spesialiserte sjukehus.

Styret i Helse Midt-Norge gjorde i Strategi 2020 m.a. slikt vedtak:

- *ser det som nødvendig å styrke kapasitet og kompetanse i tilbudet til de store pasientgruppene. Dette innebærer en omfordeling mellom fagområder, og vil ha som konsekvens at ressursene til forskning prioriteres i samme retning.*
- *vedtar at tilgjengelig kompetanse i størst mulig grad benyttes til aktiv pasientbehandling. Bruken av passiv vakt og beredskap må gjennomgås i alle foretak og skal reduseres i alle sykehus.*
- *vedtar å tilrettelegge for et bredt desentralisert helsetjenestetilbud til de store pasientgruppene. Alle sykehus skal ha døgnberedskap for indremedisin og et bredt desentralisert poliklinisk tilbud. Sykehusene skal ha et særlig fokus på tilbudet til kronisk syke, og skal være hovedarena for samhandling med kommunehelsetjenesten.*
- *legger til grunn at samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sykehus i hvert helseforetak skal utredes og konsekvensvurderes før vedtak fattes.*

- *ber administrerende direktør legge fram egen sak med forslag til organisering av de mindre spesialitetene. Det skal utarbeides en plan for hvordan avtalespesialister kan innpasses som en del av en samlet spesialisthelsetjeneste.*
- *ber seg forelagt en plan for fordeling av planlagt kirurgi i Midt Norge, som bidrar til å styrke fagmiljøene i lokalsykehusene.*

Modellar for utvikling av oppgåvefordelinga mellom sjukehusa

Følgjande fire modellar er vurdert for vidare utvikling av Volda sjukehus:

Modell A: Akuttberedskap 24 timar/7 dagar: indremedisin, anestesi, føde/gynekologi, kirurgi/blautdelskirurgi. Til kl 22/7 dagar (i veka): ortopedi

Modell B: Akuttberedskap 24 timar/7 dagar: indremedisin, anestesi, føde/gynekologi, ortopedi 5 døgnspost: kirurgi/blautdelskirurgi - beredskap for inneliggande pasientar.

Modell C: Akuttberedskap 24 timar/7 dagar: indremedisin, anestesi, føde/gynekologi 5-døgnspost: ortopedi og kirurgi/blautdelskirurgi – beredskap for inneliggande pasientar

Modell D: Akuttberedskap 24 timar/7 dagar: indremedisin og anestesi

5-døgnspost: ortopedi og kirurgi/blautdelskirurgi – beredskap for inneliggande pasientar

5-døgnspost inneber at det berre skal vere planlagd/elektiv verksemd med beredskap for inneliggande pasientar. All augeblikkeleg hjelp skal gå til Ålesund.

Det er brei fagleg semje om at dagens modell innanfor kirurgi/blautdelskirurgi og ortopedi med felles vaktordning for desse faga ved Volda sjukehus, ikkje er framtidsretta.

Det er ulike faglege råd når det gjeld kva eit sjukehus må innehalde av funksjonar, og kva konsekvensar dette kan få for framtidig sjukehusstruktur. Det er m.a. eit spørsmål om ein modell utan generell kirurgisk beredskap vil vere fagleg forsvarleg. Det vil med 5-døgnspost vere tilgang til akuttkirurgisk vurderingskompetanse alle døgn med unntak for helg. Vi har på bakgrunn av ulike innspel konkludert med at indremedisinsk drift utan akuttkirurgisk behandlingstilbod til stades føreset dagkirurgisk aktivitet og kirurgisk vurderingskompetanse. Dette krev ikkje nødvendigvis tradisjonell kirurgisk vaktberedskap.

Sentrale forhold som må tilleggjast vekt:

- Stadig meir avansert behandling, som krev spisskompetanse innan eit avgrensa område og større behov for avansert teknisk utstyr i diagnostikk og behandling, som både krev investering i utstyr, kompetanse på bruk og vedlikehald.
- Tverrfaglege behandlingsteam (f.eks røntgenlege, kirurg, patolog, onkolog) – og samstundes behov for ivaretaking av tilstrekkeleg breiddekompetanse ved alle sjukehusa.
- Sterkare formelle krav til kompetanse, volum og kvalitet. Det er påvist samanheng mellom behandlingsvolum og behandlingsskvalitet for visse typar behandlingar og pasientgrupper, men geografi, beredskapsomsyn vil i visse situasjonar vege tyngre enn volum. For å sikre kvaliteten vil det då vere behov for kompensatoriske tiltak som hospitering, trening etc.
- I framtida blir det tildelt færre legeheimlar til sjukehusa. Dette er ein tendens vi allereie ser i dag. Nye heimlar må gå til fagområde for dei store og prioriterte pasientgruppene.
- Ei oppbygging av akuttberedskapen for å sikre tilpassing til dagens standard og krav må avvegast i forhold til ivaretaking av pasientgruppa som vil auke i framtida og pasientgrupper på venteliste/elektive pasientar.

Strategi for utvikling av Helse Sunnmøre

- Helse Sunnmøre skal gi eit differensiert tilbod med høg kvalitet for å sikre ei høg eigendekking (om lag 86 %) av spesialisthelsetenester til befolkninga på Sunnmøre, yte tenester til nærliggande kommunar der dette er teneleg for pasientane og vidareføre dei føretaksovergrepande oppgåvene.
- Begge dei to sjukehusa skal vidareutviklast som lokalsjukehus og spesialisere seg og satse særleg på utvikling av tilbod knytt til dei utfordringane som befolknings- og sjukdomsutviklinga gir.
- Vi skal sjå ressursane samla ved dei to sjukehusa med fokus på god kvalitet og gode løysingar innanfor dei økonomiske rammer vi har.
- Vi skal i større grad utveksle kompetanse/personell innanfor Helse Sunnmøre og mellom føretaket og kommunehelsetenesta.

Sjukehusa er viktig for lokalsamfunna og har ei sentral rolle for helsetilbodet samla i området. For å ivareta eit tilfredsstillande tilbod til befolkninga på Sunnmøre skal det framleis satsast på utvikling av begge sjukehusa i Helse Sunnmøre sjølv om det av omsyn til framtidig krav til kvalitet og effektiv ressursbruk også må skje endringar av arbeidsdelinga mellom sjukehusa.

Volda sjukehus

For å møte utfordringa med endra aldersamansetting i befolkninga og sjukdomsutviklinga skal Volda sjukehus prioritere dei mest vanlege lokalsjukehusoppgåvene. Dette gjeld dei store sjukdomsgruppene, kronisk sjuke og sjuke eldre pga behovet for nærleik til tenestene og stort behov for samhandling med kommunane. Det er innanfor desse områda vi forventar stor etterspørsel/auka behov.

Ved Volda sjukehus skal det i planperioden fram til 2015 vere akuttberedskap 24 timar/7 dagar innanfor indremedisin, anestesi, ortopedi og 5-døgnspost innan kirurgi/blautdelskirurgi med beredskap for inneliggande pasientar. All augeblikkeleg hjelp innan blautdelskirurgi skal gå til Ålesund sjukehus. Tilbodet innan kirurgi og ortopedi skal i større grad utviklast samla for dei to sjukehusa gjennom felles planlegging av tilbodet, samordning av ventelister og fagleg samarbeid. (Når det gjeld tilbodet innan føde/gynekologi, viser vi til avsnitt 5.4)

Ålesund sjukehus

Ålesund sjukehus skal også prioritere dei mest vanlege lokalsjukehusoppgåvene. Av omsyn til befolkningskonsentrasjon, målet om likeverdige helsetenester, geografi (avstand til Bergen og Trondheim), beredskapsbehovet i forhold til m.a. maritim aktivitet og turisme skal Ålesund sjukehus ha eit godt utbygd behandlingstilbod, vere det mest differensierte sjukehuset etter St Olavs Hospital og ha eit godt traumemottak. Vi skal oppretthalde målet om framtidig PCI (behandling av akutt hjerteinfarkt) i Ålesund .

Konkretisering og gunngjeving for val av modell B:

Innanfor kirurgi blir det femdøgnspost for elektiv/planlagt behandling med beredskap for inneliggande pasientar. Dei kirurgane som har operativ verksemd i veka, har beredskap for desse pasientane samstundes som dei ivaretek vurderingskompetansen for indremedisinske pasientar. I helgane ivaretek ortopedane denne kompetansen for dei medisinske pasientane. I tillegg vil støtte frå og overføring av pasientar til Ålesund sjukehus vere aktuelt.

Arbeidsdelinga mellom dei to sjukehusa må avklarast nærare. Dette gjeld kva elektiv/planlagt verksemd Volda sjukehus skal ta og kva konsekvensar dette evt vil ha for tilbodet i Ålesund. Behovet for god seleksjon av pasientar for å sikre rett behandling på rett nivå til rett tid er sentrale problemstillingar som må avklarast nærare. (Det skal gjennomførast handlingplan med risikovurdering for gjennomføring av Strategi 2015.)

Vi går inn for denne modellen for planperioden fram til 2015. Vi gjer merksam på at styret i Helse Midt-Norge sin strategi har ein planperiode fram til 2020 og går inn for ei samling av kirurgisk akuttberedskap på eitt sjukehus i kvart helseføretak. .

Sentrale argument for at vi går inn for denne modellen:

- Vi opprettheld eit breitt tilbod ved Volda sjukehus med indremedisin, anestesi, ortopedi heile døgnet/heile veka og 5-døgnspost for kirurgi/blautdelskirurgi.
- Med ein slik modell vil det vere muleg å vidareutvikle og styrke det indremedisinske tilbodet ved Volda sjukehus.
- Pasientane skal sendast direkte til Ålesund sjukehus ved multitraume, men om akutte situasjonar oppstår vil det framleis vere høve til å gi stabiliserande traumebehandling ved Volda sjukehus.
- Mange av dei kirurgiske/blautdelskirurgiske pasientane blir allereie i dag sendt direkte til Ålesund.
- Ei vidare satsing på ortopedi ved Volda sjukehus vil gi eit meir pårekeleg tilbod ved at det blir døgnskcontinuerleg tilbod innan ortopedi.
- Modellen kan la seg realisere innanfor dagens stillingsrammer i Volda.

For å løyse utfordringane særskilt knytt til dei store pasientgruppene, skal vi leggje vekt på å vidareføre desentraliserte tilbod. I framtida må vi få ei meir samla planlegging av den kirurgiske aktiviteten og bruken av kompetansen i helseføretaket.

Strategi: Beste effektive behaldningsnivå skal vere utgangspunkt for oppgåvefordeling og vidareutvikling av tenestene.

Konkretisering:

- Kvaliteten skal vere overordna for oppgåvefordeling mellom sjukehusa. Dette betyr at begge sjukehusa må vere innstilt på endring av oppgåver. Endringar skal skje innanfor tilgjengelege økonomiske rammer.
- Fagmiljøa må i større grad samarbeide og utvikle tilbodet i fellesskap i tråd med nasjonale føringar, standardar og kvalitetskrav.
- Med endra oppgåvefordeling og kapasitet ved dei to sjukehus må ein m.a. sjå meir samla på ventelistene. Vi treng meir fleksibel bruk av legeressursen, og sjukehusa må bli brukt meir fleksibelt uavhengig av gjeldande opptaksområde. (intern desentralisering og sentralisering på same tid) Pasienten må elles kanalisert til rett sjukehus frå starten basert på gjeldande oppgåvedeling.
- Overflytting av oppgåver til kommunane skal skje i samråd med kommunane.
- Vi skal ha meir dagbehandling og poliklinisk behandling og redusert bruk av senger for å sikre betre kvalitet og meir effektiv ressursbruk.
- Vi skal ha ”spydspissar” eller område vi ønskjer å vere særleg gode på, til dømes traumebehandling og kreftbehandling.

Strategi: Vi ta ta i bruk ny teknologi som støtter opp om god pasientbehandling.

Konkretisering

- Vi skal vidareutvikle bruken av telemedisin både internt og mellom helseføretaket og kommunane. Dette er m.a. aktuelt innanfor radiologifaget.
- Vi skal ta i bruk og sikre god utnytting av nye behandlingsmetodar, ny teknologi og medisinsk utstyr. Dette vil både kunne bety sentralisering av oppgåver, men også desentralisering av oppgåver når økonomi, volum og kvalitet talar for dette.

Strategi: Vi skal vidareutvikle samarbeidet mellom sjukehus/ helseforetak og private som har avtale med Helse Midt-Norge.

Konkretisering

- Vi skal vidareutvikle samarbeidet med Helse Nordmøre og Romsdal innan fagområda øyre-nase-hals og auge.
- Vi skal vidareutvikle det nevrologiske tilbodet i eit nært samarbeid med Helse Nordmøre og Romsdal.
- Revmatologisk avdeling i Ålesund som einaste revmatologisk avdeling i fylket, skal ha eit hovudansvar for revmatologien i Møre og Romsdal og gi eit poliklinisk tilbod ved Kristiansund sykehus. (pga geografisk avstand til Ålesund sjukehus.) Det er også eit mål å få til eit poliklinisk tilbod ved Volda sjukehus. Tilbod skal desentraliserast til næraste lokalsjukehus der dette er teneleg for pasientane. (t.d. tilbod om intravenøs infusjon av biologiske medikament)
- (Rehabilitering – sjå avsnittet om rehabilitering)

5.2 Kronisk sjuke - sjuke eldre – pasientar med samansette lidingar

Kronisk sjuke og sjuke eldre skal oppleve tryggleik, nærleik og kvalitet i tilbodet. Behandlinga skal bidra til auka meistring og livskvalitet i kvardagen.

For pasientar med samansette lidingar er fragmentering eit problem. Samhandlinga blir sett på prøve både internt, mellom sjukehusa og mellom sjukehusa og kommunane. Det er særleg eldre som har slike utfordringar, men også for yngre pasientar kan dette vere ei utfordring. Noko handlar om god logistikk for å sikre samordning av ulike tilbod i tid, til dømes ved at pasienten kan få fleire tilbod same dag. Andre forhold handlar om samordning av behandlinga eller ulike pasientforløp – slik at det gir best muleg helseeffekt. Gjennom m.a. organisatoriske tiltak kan vi bidra til samordning. Med ny klinikkstruktur ligg det til rette for å lykkast i større grad innanfor nokre område.

Eldre pasientar – Geriatri: Tal eldre, m.a. tal eldre med demens, vil auke. Rapporten ”Respekt og kvalitet” (innarbeidd i Nasjonal helseplan) skisserer fleire satsingsområde; m.a. meistring av eigen sjukdom, førebygging, gode samhandlingstiltak med kommunane og rekruttering av nøkkelpersonell. Eksempel på tiltak er tidleg rehabilitering, individuell plan, opplæringstilbod og rettleiing for eldre og pårørande. Det må arbeidast systematisk med tverrfagleg kompetanseauke, prosedyrar m.m. for å nå måla. Det må etablerast tverrfagleg geriatriisk team med utadretta verksemd mot kommunehelsetenesta.

Avdelingane er i dag marginalt bemanna. Det er skissert minimumsbehov for fagstillingar. Det er særleg viktig å få til ei opptrapping av aktiviteten og då særleg utadretta verksemd. Volda sjukehus har etablert eit geriatriprosjekt i samarbeid med Herøy og Sande kommune. Erfaringar frå dette prosjektet må nyttast og arbeidet utviklast til å omfatte fleire kommunar.

Geriatri er eit tverrfagleg område der det må vere ein balanse mellom ulike fagområda/personellgruppene. Den geriatrike kompetansen er også viktig å bruke internt. Så langt har det vore samarbeid med ortopedisk avdeling med tanke på utgreiing av fall, og det er behov for geriatrik kompetanse på fleire område internt m.a. i alderspsykiatrisk avdeling. Mange geriatrike pasientar profitterer på behandling i geriatrik eining med rehabilitering integrert i medisinsk akuttbehandling. Sjukdomar som hjartesyjukdom, infeksjonar, hjerneslag, hoftebrot, fleire sjukdomar samstundes (multimorbiditet) er vanleg blant mange eldre pasientar. Ein stor andel har funksjonstap før innlegging, delirium (akutt forvirring), har hatt fall og er underernært. Den geriatrike pasienten er den sjuke eldre som har sviakt i meir enn ein organfunksjon, akutt kan sjukeiletet bli komplisert og vanskeleg. I tillegg til geriatrik kompetanse er tilgang på andre fagområde også viktig. Vi må ha tilbod ved begge sjukehusa som kan handtere dette/evt i nettverk mellom sjukehus.

Styret i Helse Midt-Norge gjorde i Strategi 2020 slikt vedtak: *Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør utvikle helhetlige pasientforløp for de som har behov for sammensatte tjenester fra rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk. Styret ber administrerende direktør iverksette en prosess for å øke integrering og samhandling mellom rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk.*

Strategi: Vi skal styrke tilbodet til eldre sjuke, kronisk sjuke og pasientar med samansette lidingar.

Konkretisering:

- Vi skal ved begge sjukehusa ha ei opptrapping av bemanninga og tilbodet for eldre sjuke med samansette lidingar (geriatri), byggje opp kompetansen og tverrfagleg teamarbeid internt og særleg styrke den utadretta verksemda.
- Vi skal ta initiativ til å etablere fleire prosjekt i samarbeid med interesserte kommunar og søkje om prosjektmidlar til dette. I tillegg skal vi dra nytte av og vidareføre geriatriprosjektet i samarbeid med kommunane Herøy og Sande. Vi skal også dra nytte av og lære av allereie gjennomførte prosjekt andre stadar.
- I samhandlinga med kommunane skal m.a. pasientar med kroniske sjukdomar ha prioritet.
- Vi skal generelt gjennom m.a. organisering og betre logistikk ha særleg fokus på å betre tilbodet til pasientar med samansette lidingar.
- Det etablerte tverrfagleg smertetilbodet må vidareutviklast slik at pasientar får eit godt tverrfagleg tilbod.

5.3 Akuttmedisin – prehospitale tenester

Prehospitale tenester: Dei prehospitale tenestene vil bli enda meir sentrale for å sikre rett behandling på rett nivå til rett tid. (Prehospitale tenester omfattar ambulansetjenester, -båtar, helikopter, fly, akuttmedisinsk nødmeldetenesta (AMK).) Prehospitale tenester har fått ei anna rolle enn tidlegare. Ambulansepersonell er helsepersonell og startar behandling i dialog med sjukehuset og innleggande lege. Dette er ei utvikling som vil halde fram. Samarbeidet mellom akuttmottak, ambulansetenesta, fastlege, legevakt, open omsorg og sjukeheim er avgjerande for å auke tryggleiken for befolkninga og sikre god behandling på riktig nivå og unngå unødvendig innlegging i sjukehus. Dette samarbeidet må vidareutviklast, m.a. gjennom etablering av møteplassar. Samarbeid vil gi fagleg tryggleik. Dette er særleg viktig for å møte behovet i befolkninga med fleire eldre. Sentralisering av legevakttenesta forsterkar behovet for dette. AMK vil få ei meir sentral rolle som kommunikasjonsknutepunkt mellom kommunelegehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Interkommunale legevakter der

fastlegane arbeider (jf utgreiinga frå ”Kompetansesentret for legevaktmedisin”) er viktig som del av den akuttmedisinske kjeden. I tråd med overordna føringar kan det vere aktuelt å leggje desse til sjukehusa. (FAM - felles akuttinntak/legevakt i sjukehus). Vi må vurdere ulike modellar for felles akuttinntak i samarbeid med kommunane. Samhandlingsavtalen med kommunane legg vekt på m.a. trening og samordning:

- *Kommunane og Helse Sunnmøre skal sikre ein rasjonell og koordinert innsats i dei ulike ledd i den akuttmedisinske kjede, og syte for at innhaldet i desse tenestene er samordna med dei andre naudetatane, hovudredningssentralen og andre styresmakter. Organiseringa av dei akuttmedisinske tenestene skal leggjast til rette slik at personellet i desse tenestene får trening i samhandling.*

Prehospitale tenester er ein sentral del av kjerneverksemda i spesialisthelsetenesta. Aukande behov for prehospitale tenester og behandling som i større grad vil bli gitt utanfor sjukehus i ambulansetenesta, talar for å integrere tenestene fullt ut i sjukehusa og sikre ei felles utvikling og styring av tenestene med ei fagleg base i sjukehusa, til dømes ved å organisere ambulansestasjonane innunder same avdeling. Rekruttering og kompetanseutvikling i denne tenesta må vidareutviklast. Luftambulansetenesta opplever auka press. Transporten mellom dei ulike nivåa i helsetenesta vil avhenge av funksjonsfordelinga i Helse Midt-Norge. Større grad av funksjonsfordeling, vil auke behovet for transport.

Styret i Helse Midt-Norge gjorde i Strategi 2020 slikt vedtak: ”Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at de prehospitale tjenester skal tilpasses nye behandlingsmetoder og endret oppgavedeling. Revisjon av plan for prehospitale tjenester er igangsatt, og vil bli lagt fram for styret som egen sak.”

Akuttinntak – traumemottak: Akuttinntaka i sjukehusa bør vidareutviklast med observasjonspost slik at diagnostikk og observasjon kan skje der og sikre at pasienten får riktig behandlingstilbod. Dette gir god utnytting av personalet, og vil bidra til ein betre pasientflyt med færre innleggingar. Akuttinntaka må vidareutviklast i tråd med nasjonale standardar m.a. med rett prioritering (triage) for å sikre betre pasientbehandling. Det er eit systematisk arbeid med tanke på traumemottak, og eit barneteam er under etablering. Traumemottak kan delast i ulike nivå avhengig av tilgjengeleg kompetanse, der universitetssjukehus vil ha det einaste fullverdige traumemottaket i Helse Midt-Norge m.a. med tilgang på nevrokirurg. Ålesund sjukehus skal ha eit robust traumemottak med nødvendige spesialitetar tilstades. I dette ligg også nødvendig trening og simulering. Volda sjukehus skal også ha traumemottak tilpassa dei funksjonane som sjukehuset har. AMK vil vere kjent med kompetansen ved ulike sjukehus og skal bidra til at pasienten kjem på rett nivå til rett tid.

Intensivtilbodet: Det er behov for å vurdere intensivkapasiteten og intensivbehandlinga. Det bør vurderast å ta initiativ til å få etablere eit senter for intensivbehandling ved Ålesund sjukehus for heile fylket. Ei felles intensivavdeling med døgnoppe postoperativ er noko som må leggjast vekt på. (Medisinsk overvaking i medisinsk avdeling.) Volda sjukehus vil ha tilbod for pasientar med behov for basal intensivmedisinsk behandling og for pasientar i ei rehabiliteringsfase etter behandling ved universitetssjukehus eller lokalsjukehus med spesialfunksjonar. For barnemedisinske pasientar skal vi dekke akutt-pediatrien. Vi har i dag opplæring i akutt-behandling (simulering) av barn i heile fylket.

Styret i Helse Midt-Norge gjorde i Strategi 2020 slikt vedtak: *Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak om hvordan den samlede intensivkapasiteten skal sikres med bakgrunn i den oppgavedelingen som vedtas.*

Strategi: Vi skal utvikle den akuttmedisinske kjeda med utgangspunkt i godt utbygde og kompetente prehospitala tenester og samarbeid med kommunehelsetenesta.

Konkretisering:

- Prehospitala tenester skal vidareutviklast som trygghetsbase for befolkninga, og for å sikre tilpassingar i forhold til ny oppgåvefordeling. (Vi viser her til regional plan som skal utarbeidast.)
- Vi skal vurdere eventuelle endringar i dei prehospitala tenester – ambulansestasjonar - pga Eiksundsambandet.
- Prehospitala tenester, særleg ambulansetenesta, skal omstillast vidare med prioritering av kompetanseutvikling, samhandling med kommunane og felles styring av ambulansetenesta i sjukehusa.
- Vi skal vurdere å ta initiativ til å få etablert eit senter for intensivbehandling ved Ålesund sjukehus for befolkninga i heile Møre og Romsdal.
- Vi skal utvikle traumemottak på ulike nivå og sikre system (AMK) som kanaliserer pasientar til riktig kompetanse til rett tid, og vurdere ulike modellar for felles akuttmottak (FAM) i samarbeid med kommunane.

5.4 Fødetilbodet – gynekologi

Fødetilbodet: Prognosen viser stabil utvikling i tal fødde i begge sjukehusområda, og noko vekst fram mot 2020 i Nordre/Indre Sunnmøre. Vi har utfordringar m.a. knytt til at tal eldre førstegongsføddande aukar, og vi får fleire sjuke barn enn før. Risikofødsjar frå heile Sunnmøre skal gå til Ålesund. Vi må frametter tilpasse tilbodet til dei nasjonale krava som blir sett.

Gynekologisk kirurgi: Utviklinga innan gynekologisk kirurgi er prega av store omstillingar som har skjedd dei siste 10-15 åra, m.a. laparoscopisk kirurgi. Utviklinga har gått i retning av færre, men meir komplekse operasjonar. Dette stiller krav til samarbeid og trening, og talar for at vi i framtida samlar fleire av dei operative gynekologiske inngrepa ved Ålesund sjukehus. Utfordringa blir å sikre den totale kvaliteten og bruken av tilgjengeleg kompetanse i Ålesund og Volda. Med to avdelingar må det etablerast eit felles fagmiljø/faglege nettverk på tvers av sjukehusa.

Styret i Helse Midt-Norge gjorde i Strategi 2020 slikt vedtak

“Helse Midt-Norge skal tilby en helhetlig svangerskaps-, føde- og barselomsorg i tråd med nasjonale anbefalinger. Helse Midt-Norge RHF er ansvarlig for å utarbeide en helhetlig plan for tilbudet sammen med kommunene. God og forutsigbar kvalitet forutsetter robuste vaktordninger. Dette tilsier at antall fødeavdelinger i regionen må vurderes. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at hovedregelen skal være en fødeavdeling i hvert foretak. Geografiske forhold må imidlertid vektlegges i utformingen av det helhetlige tilbudet til de fødende. Fødestue som tilbud ved normale fødsler kan inngå som en del av fødselsomsorgen. Fødestuer må vurderes som et alternativ, også ved store sykehus. Fødestuer kan ikke inngå i fødetilbudet før avtaler om forsvarlige følgetjenester er inngått med kommunene. Det skal ikke gjennomføres endringer i fødetilbudet før den regionale planen for fødselsomsorg er vedtatt og godkjent av Helse og omsorgsdepartementet.”

Strategi: Fødetilbudet og tilbudet innan gynekologisk kirurgi må vidareutviklast i samsvar med nasjonal føringar. Det skal leggjast fram ny sak til styret etter regionale og nasjonale avklaringar. I dette arbeidet skal det takast geografiske omsyn.

5.5 Medisinske fag

For det medisinske fagfeltet er ei satsing på geriatri, lunge og overtaking av nye pasientgrupper innan blodsjukdomar og hjartesjukdomar særskilt viktig å ha fokus på. Einskilde fagområde er sårbare. Her må vi vurdere å samle fagområde til vi har etablert fagmiljø av ein viss storleik evt etablere faglege nettverk. Vi har to godt utbygde indremedisinske avdelingar med eit breitt spesialisttilbod. Det er ønskeleg å oppretthalde dette. Tilgangen på legeheimlar (Helse Midt-Norge får tildelt eit avgrensa tal ID-nummer som så blir vidarefordelt mellom helseføretaka) vil avgrense veksten av spesialisttilbudet og vårt høve til å vidareutvikle tilbudet. Begge dei to medisinske avdelingane er no organisert i medisinsk klinikk. Det ligg dermed betre tilrette for å sjå tilbudet samla og utnytte kompetansen i eit nettverk på tvers av sjukehusa. Oppgåvefordelinga med St Olavs Hospital må diskuteras vidare, m.a. om fordeling av intensivpasientar og eldre med akutt leukemi. Dette vil gi behov for auka ressursar. Det er viktig at regionale fagnettverk diskuterer oppgåvefordelinga og at dette blir teke opp i dei retta fora før endeleg vedtak, og vidare at ressursane blir tilpassa dette. I februar 2007 gjorde styret i Helse Midt-Norge slikt vedtak når det gjeld behandling av akutt hjarteinfarkt, PCI-behandling: *"PCI-behandling i Helse Midt-Norge skal fortsatt være samlet ved St. Olavs Hospital. Helse Midt-Norge vil evaluere tilbudet innen 3 år."* Helse Sunnmøre vonar framleis at eit tilbod om PCI-behandling ved Ålesund sjukehus kan realiserast innan få år. Dette for å sikre eit likeverdig tilbod i helseregionen.

Strategi: Vi skal styrke og vidareutvikle det indremedisinske tilbudet.

Konkretisering:

- Dei to indremedisinske avdelingane skal vidareførast med eit breitt spesialisttilbod.
- Vi skal sjå tilbudet ved dei to sjukehusa samla og utnytte kompetansen på tvers av sjukehusa.
- Vi skal utvikle og vurdere særskilt tilbudet for behandling av slag m.a. følgje nasjonale og regionale føringar.
- Av omsyn til likeverdige tenester for befolkninga på Sunnmøre og nærliggande kommunar både i sør og nord er det eit mål å etablere PCI- tilbod (behandling av akutt hjerteinfarkt) ved Ålesund sjukehus i planperioden. Styret for Helse Sunnmøre vil be Helse Midt-Norge følgje opp vedtak.
- Vi skal gjennom vidareutvikling av tilbudet arbeide for å få ned andelen augeblikkeleg hjelp innleggingar.

5.6 Vaksenpsykiatri - rus

Handlingsprogram for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge 2007-2010 har gitt føringar for utvikling av tilbudet i Helse Sunnmøre m.a. med oppbygging av tilbudet. Både befolknings- og sjukdomsutviklinga tilseier ei auka satsing på psykisk helsevern og tilbudet til rusavhengige. Dette er også i samsvar med overordna føringar. Det overordna målet for psykisk helse er å fremje uavhengigheit, sjølvstende og evna til å meistre eige liv. Det psykiske helsevernet skal utvikle desentraliserte, tilgjengelege og samanhengande tenester av høg fagleg kvalitet som er tilpassa befolkninga sitt behov. Sentrale mål er betre tenester, brukarmedverknad, meir kunnskap og openheit om psykisk helse og meir satsing på

førebyggjande tiltak. (Nasjonal Opptrappingsplan (1999-2008)) Regjeringa understrekar i si politiske plattform at innsatsen for psykisk helse framleis skal styrkast ved å fullføre omstillinga, redusere/kvalitetssikre bruken av tvang og vidareutvikle trygge oppfølgings- og behandlingsmodellar. Brukarmedverknad skal vere det berande prinsippet, og samhandlinga mellom helsearbeidarar og pasientar skal inkludere pasientens pårørande. Vaksne skal sikrast eit lågterskeltilbod for å førebygge alvorlege psykiske lidningar.

Strategi: Vi skal i samsvar med sentrale føringar ha ei vidare satsing på psykisk helsevern for vaksne og rusbehandlinga med auka vekt på utadretta desentraliserte tilbod, lett tilgjengelege tenester og auka produktivitet.

Konkretisering:

- Vi skal i samhandling med kommunane og brukarane styrke og byggje opp ei psykiatriteneste med auka satsing på poliklinisk tilbod og ambulant verksemd.
- Vi skal ha like gode tenester som elles i landet målt i brukartilfredsheit, produktivitet, kompetanse og samhandlingstiltak med kommunane.
- Vi skal vere lett tilgjengeleg for pasientar og pårørande (m.a. brukarstyrte plassar) og styrke det distriktpspsykiatriske tilbodet. (DPS-tilbodet.)
- Vi skal ha forpliktande samhandling i tenestene til rusmiddelavhengige, både innan spesialisthelsetenesta mellom psykisk helsevern og TSB (tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelavhengige) og mellom spesialisthelsetenesta og kommunane.
- Vi skal ha kvalitet i tenestene med vekt på brukar- og pårørandeperspektivet, meistringsperspektivet, tilgjenge, kompetanseheving og kunnskapsbaserte metoder.
- Vi skal redusere og kvalitetssikra bruk av tvang.

5.7 Barn og unge

Det er vedtatt at Barneavdelinga og Psykisk helsevern for barn og unge skal slåast saman i ein klinikk for barn og unge frå 2012. Dei to avdelingane har førebels ikkje samkøyrte framtidige satsingsområde.

Innsatsen for psykisk helse for barn og unge skal framleis styrkast. Samhandlinga mellom helsearbeidarane og pasientar skal inkludere pasientens pårørande. Det nasjonale målet om behandlingstilbod til 5 % av barne- og ungdomsbefolkninga (0-18 år) har vore styrande for Helse Sunnmøre si oppbygging av desse tenestene. Samtidig med behovet for å auke behandlarkapasiteten, har fagfeltet arbeidd med å utvikle ny kunnskap, ivareta spesialistutdanning, samhandling med kommunehelsetenesta, drive forskning og opplæring og utdanning av eige personale. Dette vil også bli vektlagt framover. Døgnplassar frå Helse Sunnmøre til Helse Nordmøre og Romsdal vart overført i 2009. Frigitt kapasitet har blitt brukt til ambulant team i samsvar med plan.

Habiliteringstenesta er heilt sentrale i kartlegging, diagnostisering, oppfølging og ambulant rettleiing til kommunehelsetenesta hjå små born med mistanke om utviklingsforstyrningar, påvist alvorleg sjukdom eller samansette komplekse tilstandar. Habiliteringstenesta er eit godt eksempel på samhandling i praksis. Vi må dra nytte av og lære av dei erfaringar denne tenesta har gjort. Handlingsprogram for fysikalsk medisin og rehabilitering og habilitering i Helse Midt-Norge er ikkje gjennomført. Vurderingane som låg til grunn har ikkje endra seg, snarare ser ein at fagutvikling og kunnskapstilgang talar for ytterlegare trong for ressursar.

Regjeringa ønskjer å styrke behandlingstilbodet til pasientar med spiseforstyrningar, med særleg fokus på barn og unge. Vi har god kompetanse på dette og ønskjer å vidareutvikle tilbodet i vårt område.

Innan barnemedisin gir vi innanfor nokre område tilbod til heile Møre og Romsdal, særleg gjeld dette for nyfødde og som følgje av stor ”subspesialisering” ved Helse Sunnmøre. Vi dekkjer alle grupper også for Rauma, Vestnes og Harøy (innleggingar, poliklinikk), og heile fylket for barnekardiologi, neonatologi, onkologi og inflammatorisk tarmsjukdom/IBD. Vi tek imot pasientar frå heile fylket når avdelinga i Kristiansund er sommarstengt. Det er ønskeleg å vidareutvikle tilbodet ved god subkompetanse på luftveisproblematikk og astma, barnekardiologi, barneendokrinologi, neonatologi, onkologi og pediatrik gastroenterologi. Vi skal også gje eit tidleg og godt tilbod til barn med erverva hjerneskaade.

Styret i Helse Midt-Norge gjorde i Strategi 2020 slikt vedtak: ”Styret for Helse Midt-Norge RHF vil vidareutvikle sitt tilbud for syke barn i alle helseforetak. Behovet for stabile fagmiljø og robuste vaktordningar gjør at styret i Helse Midt-Norge RHF i strategiperioden ønsker å samle døgnberedskap for syke barn til færre avdelinger. Barneavdelingene på St Olavs Hospital og Ålesund sjukehus skal ha et særskilt ansvar for kompetansestøtte til de andre helseforetakene.”

Strategi: Tilbodet til barn og unge skal styrkast, samordnast og bli meir utadretta.

Konkretisering:

- Utvikle Klinikkk for barn og unge til det beste og mest veldifferensierte tilbodet etter St Olavs Hospital, og bidra til å sikre eit meir tverrfagleg tilbod til barn og unge. Vidareutvikle dei helseføretaksovergrepande funksjonane og bli leiande på samhandling med kommunane.
- Styrke tilbodet til unge med rusproblem i samarbeid med rusføretaket og barn og unge med spiseforstyrningar.
- Halde fram med å styrke psykisk helsevern for barn og unge og vidareutvikle det utadretta/ambulante arbeidet i nær dialog med kommunane i første omgang retta mot gruppa skolevegrarar, fortsette satsinga mot dei minste barna og styrke gruppeterapibehandling for ungdom.
- Samordne det utadretta og ambulante tilbodet til barn og unge, herunder styrke og dra lærdom av habiliteringstilbodet til barn og unge.
- Ha pågåande forskingsprosjekt innan behandlingmetodar av angst og tvang. Vi skal vidareutvikle denne kompetansen og ønskjer å organisere eit regionalt nettverk innan behandling av tvangslidingar.
- Legge tilhøva tilrette for å oppretthalde Neonatal Intensiv seksjon for alle typer nyfødtdmedisin, utfrå dokumentert kvalitet og geografi/økonomi.
- Etablere nasjonalt senter for opplæring i utviklingsbasert nyfødtdmedisin (Nidcap)
- Ha ei rolle i pasientforløpet til barn med nykomne hjerneskaader så tidleg som muleg med samarbeid internt og ha ei rådgivarrolle i forhold til kommunane.
- Vidareutvikle intensivtreningstilbod for barn med hjerneskaader slik at det også vil kunne dekke det behovet som i dag blir dekt gjennom tilbod i utlandet.
- Arbeidet med tidleg intervensjon overfor personar med gjennomgripande utviklingsforstyrningar (autisme) skal styrkast.
- Vidareutvikle simulatorbasert opplæring og trening for å sikre at både eigne tilsette og samarbeidande avdelingar får nok og riktig stabiliseringskompetanse.

5.8 Rehabilitering – habilitering

Helse Sunnmøre har eit godt tilbod innan rehabilitering. På regionalt nivå er det dei med bustadområde Helse Sunnmøre som har høgast forbruk (inkludert private), men dette er lågare enn landsgjennomsnittet. Helse Sunnmøre har høg eigendekking, medan Helse Nordmøre og Romsdal ligg lågt og om lag like mange får tilbod i Helse Sunnmøre som i eige føretak. Habiliteringstilbodet er ikkje tilsvarende godt utbygd. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering seier at rehabilitering og habilitering skal få ein meir sentral posisjon og vere ein integrert del av behandlinga. Habilitering og rehabilitering skal vere del av pasientforløpet - inkludert private rehabiliteringsklinikkar. Handlingsprogrammet for fysikalsk medisin, rehabilitering og habilitering i Helse Midt-Norge, vedtatt i 2004, skildrar utfordringar innan habilitering og rehabilitering som framleis er gjeldande. Innanfor habilitering for vaksne er til dømes lovkrav til system enda ikkje oppfylt, kapasiteten er for liten og det er behov for fagutvikling og bygningsmessige tilpassingar. Handlingsprogrammet la opp til ei generell tilføring av ressursar. Dette er ikkje gjennomført i samsvar med planen pga den økonomiske situasjonen. I følgje nasjonal strategi skal brukarmedverknad og forskning styrkast. Samhandlingsreforma inneber at kommunane kan få eit større ansvar særleg innan rehabilitering. Spesialisthelsetenesta får ei viktig rolle i forhold til rettleiing og kompetanseutveksling overfor kommunane. Nasjonale og regionale føringar seier at det skal vere to senter for tidleg rehabilitering av pasientar med hjerneskade i Helse Midt-Norge, det eine i Ålesund. Arbeidsmetodane som vert nytta ved avdelinga representerer ”beste praksis” på internasjonalt nivå med tiltak på rette effektive tiltaks-/behandlingsnivå. Den spesifikke faglege kompetansen må styrkast.

Helse Nordmøre og Romsdal har gjort vedtak om etablering av avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, men det er førebels uvisst når dette kan skje. Helse Nordmøre og Romsdal sine innbyggjarar vil framleis vere avhengig av tilbod om spesialisert rehabilitering frå rehabiliteringstenesta på Sunnmøre sannsynlegvis i fleire år framover. Vi ytt også rehabiliteringstenester til pasientar frå Nordfjord. (Mork rehabiliteringssenter) (Habilitering for barn og unge; sjå avsnitt barn og unge foran.)

Det går fram av vedtak i Strategi 2020 at spesialisthelsetenesta må ta medansvar for (førebyggjende helsearbeid) og habilitering/rehabilitering i eit gjensidig forpliktande samarbeid med kommunane, fylkeskommunane og brukarane.

Strategi: Rehabilitering og habilitering skal tilpassast i tråd med overordna føringar.

Konkretisering:

- Helse Sunnmøre skal følgje opp overordna føringar (nasjonale og regionale planar, rettleiarar og forskrifter), inkludert tilbodet til pasientar med store hjerneskader.
- Vi skal fram til det er bygd opp eit tilbod i Helse Nordmøre og Romsdal ytte spesialiserte rehabiliteringstenester til befolkninga i heile Møre og Romsdal.
- Vi skal utvikle pasientforløp, der habilitering og rehabilitering er integrert del av behandlinga, samhandling og kompetanseheving på tvers av avdelingar og nivå, inkludert private med avtale.
- Vi skal styrke og vidareutvikle tenestene med ei sterkare satsing på ambulant verksemd og dimensjonere tenestene i samarbeid med kommunane, brukarorganisasjonar, private tilbod, Helse Nordmøre og Romsdal og sentrale kliniske avdelingar.
- Vi skal etablere samarbeidsprosjekt med kommunane for å sikre rehabilitering så tidleg som muleg og ”heile veka” (også helg).

- Det skal etablerast eit prosjekt for vidare utvikling av rehabiliteringstenesta i samsvar med overordna føringar og fagleg utvikling. Kommunane, brukarar, Helse Nordmøre og Romsdal og Muritunet skal inviterast til å delta i prosjektet.
- Vi skal ha auka dagtilbod, særleg for dei som bur nærst sjukehusa/instusjonane.
- Pasientar med multitraumar skal få eit rehabiliteringstilbod i Helse Sunnmøre.

Vi skal vurdere ansvarsforholdet mellom fagfelte habilitering, vaksenpsykiatri, psykisk helse for barn og unge, rehabilitering og nevrologi.

5.9 Kreft

Det er forventast auka tal krefttilfelle. Kreftbehandling skjer ved begge sjukehusa og ved fleire avdelingar, men på ulikt behandlingsnivå. Kreftkirurgien ved Helse Sunnmøre blir utført ved Ålesund sjukehus. Grunna auken i tal krefttilfelle og nye behandlingmuligheiter, spesielt innan komplisert kjemoterapi, vil vi stå ovanfor auka pasientpågang på minst 5 % årleg. Det kan bli nødvendig med fleire tilsette for å ta unna auka behov innan kjemoterapi og stråleterapi. Vi kan overføre delar av etterkontrollar, kanskje også litt av enklare kjemoterapi, samt ein del symptomretta palliasjon og terminalomsorg til primærhelsetenesta. Dette vil krevje betydeleg innsats frå personalet ved kreftavdelinga til opplæring/ kompetanseoverføring/løpande kommunikasjon og tilgjenge for råd og rettleiing. Arbeidsfordelinga mellom kreftavdelinga i Helse Sunnmøre og St. Olavs Hospital blir diskutert. Det er forslag om at Helse Sunnmøre skal ta over ein del tilstander som til no har vore definert som universitetssjukehusoppgåver (rektumkreft, lungekreft, hjernesvulstar). Det er faglege og ressursmessige utfordringar innan behandling av akutt leukemi. Det vil vere behov for auka ressursar om ein skal ta over slike tunge og arbeidskrevjande oppgåver. Det er ein føresetnad at kreftavdelinga ved behandling av same type krefttilfelle, har utstyr og behandlingstilbod på same nivå som St.Olavs hospital

Strategi: Krefttilbodet skal utviklast vidare med vekt på komande forventast auka pasientmengde, moderne behandling og god oppgåvefordeling.

Konkretisering

- Vi må sikre at vi er rusta til å ta hand om forventast auke i pasientmengden gjennom planar for bemanning, utstyr og lokale.
- Vi må sikre at vi heng med i utvikling av behandlingmetodar, både utstyrsmessig og fagleg. Ved behandling av same type krefttilfelle, skal kreftavdelinga ha utstyr og behandlingstilbod på same nivå som St.Olavs hospital
- Oppgåvefordelinga mellom nivåa skal ha fokus. Dette kan tyde ytterlegare sentralisering av kreftkirurgi, eller samling på færre stader, medan kjemoterapi og palliativ aktivitet skal vere desentraliserast og kan i dialog med kommunane ytterlegare desentraliserast.
- Vi må sikre gode team som også inkluderer medisinske serviceavdelingar som patologi, radiologi og medisinsk-teknisk avdeling, slik at vi kan gi god kreftbehandling.

5.10 Infeksjonsmedisin – smittevern - mikrobiologi

Vi får nye utfordringar knytt til m.a. globalisering. Område som krev større merksemd innan til dømes mikrobiologi er m.a. kreftpasientar, pasientar med nedsett forsvar mot infeksjonar, diabetes, nyfødde, resistensproblematikk, pasientar med lengre sjukehusopphald og nye infeksjonssjukdomar. Mikrobiologi gjennomgår store forandringar. Helse Sunnmøre må

tilpasse seg eit landskap som er under kontinuerleg endring. Dette krev fagleg vidareutvikling. Endringar i infeksjonspanoramaet, mellom anna auka førekomst av multiresistente mikroorganismar og fleire nyoppdaga infeksjonssjukdommar, har auka helseføretaket sitt fokus på etablering av isolat for å førebygge smittespreiing ved sjukehusa. I medhald til Helse Midt-Norge sin handlingsplan for smittevern skal vi på bakgrunn av ei behovs- og risikovurdering vurdere behovet for isolat. Styret for Helse Sunnmøre vedtok i 2004 utbygging av isolat ved begge sjukehusa. Grunna avgrensa investeringsmidlar, er byggestart for isolata usikkert.

Strategi: Sikre tilstrekkeleg beredskap for smittevern og utfordringar som følgjer av m.a. auka globalisering.

Konkretisering:

- Helse Sunnmøre må ha kompetanse med tilstrekkeleg beredskap og isolat i forhold til utfordringar knytt til smittevern og nye problemstillingar som følgje av m.a. auka globalisering.

SAMHANDLING – HEILSKAP

6 Samhandling – heilskap

Dette kapitlet byggjer på delrapport samhandling inklusiv samhandlingsavtalen med kommunane. Samhandlingsreforma/samhandlingsmeldinga (*St meld nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*) er sentral.

6.1 Samhandling med kommunane

Vi skal gi heilskaplege og samanhengande tenestetilbod tilpassa den enkelte brukar. Tenestene skal vere samordna og prega av kontinuitet, og vi skal utvikle god samhandling mellom tenestenivå. Ei framtid med relativt færre innleggingar på sjukehus, kortare liggetid, fleire eldre pasientar og fleire pasientar med fleire sjukdomar er tilhøve som gjer det naudsynt med betre kommunikasjon og samhandling. Samhandlingsmeldinga understrekar at ”Pasientens behov for helhetlige tjenester skal være styrende.” Styringsdokumentet 2010 frå Helse Midt-Norge set følgjande krav til oss: *”Helseføretaket skal være i dialog med kommunene i arbeidet med å utvikle tjenestetilbudet til pasientene. Helseføretaket skal sammen med kommunene utvikle samhandlingstiltak.”* Styret for Helse Midt-Norge RHF føreset at føretaka bidrar aktivt til å gjennomføre samhandlingsreforma i tett dialog og parallellitet med kommunane. (vedtak Strategi 2020)

Det er utarbeidd samhandlingsavtale med kommunane på Sunnmøre som omfattar struktur for samhandling/møtestruktur, kompetanseutvikling m.m. I samhandlingsavtalen er det skissert slikt hovudmål: *Sikre pasientar/brukarar samordning, kontinuitet, fagleg god kvalitet og effektiv bruk av ressursar uavhengig av om dei får teneste frå helseføretaket eller kommunen. Tenestene skal vere trygge, tilgjengelege, rettferdig fordelte og sikre god brukarmedverknad.* Oppfølging av samhandlingsavtalen blir sentralt framover.

Lokalmedisinske sentra, forsterka sjukeheimar m.m.: ”Før, i staden for, etter” sjukehus er sentralt i samhandlingsreforma. Lokalmedisinsk sentra kan ha ulikt innhald (og ulike namn).

Kommunane har gjerne ansvaret med fagleg støtte frå spesialisthelsetenesta. Einingane har auka fagkompetanse (lege, sjukepleiar, fysioterapeut m.m) samanlikna med ordinære sjukeheimsavdelingar. Etterbehandlingseininga i Ålesund er eit slikt tilbod mellom sjukehus og tradisjonelle kommunale pleie- og omsorgstilbod. Det er avtale mellom Helse Sunnmøre og Ålesund kommune om 3 års prøvedrift ut 2011. Styret i Helse Sunnmøre har tidlegare gjort vedtak om at det skal etablerast ei slik avdeling også på Søre Sunnmøre. Kva modell som er teneleg er avhengig av geografi, befolkningstettleik, kommunestruktur og ikkje minst kva kommunane ønskjer. Nokre kommunar ønskjer å prioritere forsterka sjukeheimar. Det er satt av midlar til lokalmedisinske sentra og kommunesamarbeid i statsbudsjettet for 2010. Det er ei sentrale utfordring å bidra til unødvendig innleggingar i sjukehusa samstundes som vi sikrar at dei som har behov for sjukehusinnlegging får eit tilbod i sjukehus. Pasientane skal ha rett behandling på rett nivå til rett tid.

Rettleiing og kompetanseutveksling blir meir sentralt framover. Spesialisthelsetenesta har ei rettleiingsplikt overfor kommehelsetenesta. ”En av de viktigste forventningene til spesialisthelsetjenesten er å bidra til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelsetjeneste.” (Samhandlingsmeldinga) I samhandlingsavtalen med kommunane på Sunnmøre blir behovet for gjensidig rettleiingsplikt understreka. Det går fram av styringsdokumentet for 2010 at: *”Helse Sunnmøre HF skal iverksette tiltak på systemnivå for at veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten ivaretas. Dette innebærer f. eks å etablere systemer som sikrer god tilgjengelighet til kompetent faglig rådgiving for fastleger og leger i vakt, og systemer som sikrer at kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten er en integrert del av all ambulant virksomhet.”*

Pasientansvarleg lege og individuell plan er to lovpålagte tiltak som skal bidra til samhandling. Dette er også tema i samhandlingsavtalane. I følgje samhandlingsmeldinga skal ein sjå nærare på eksisterande tiltak særleg med tanke på å forsterke pasientforløpsperspektivet. Individuell plan må kome betre på plass rutinemessig mellom nivå.

Fagaksen mellom sjukehus og fastlegar: Samhandlingsmeldinga legg opp til at veksten i legetenesta i hovudsak skal skje i kommunane. Det vert peika på at veksten skal sikre betre tid for prioriterte pasientgrupper, styrking av allmenntilleggslege offentlege oppgåver og gjere fastlegane i stand til å utrede og behandle fleire pasientar. Fastlegane skal gjere meir med dei pasientane som elles ville blitt sendt til sjukehus. Det er difor naudsynt å utvikle kompetansen hos fastlegane i tillegg til at kommunane får ei sterkare styring med legetenesta. Dersom kommunane skal ta over pasientgrupper som får tilbod på sjukehusa i dag, eller dersom kommunane skal gje betre helsetenester til eldre og til pasientar med fleire og samansette sjukdomar, må det vertikale samarbeidet omkring den enskilde pasient mellom sjukehuslegane og fastlegane styrkast. Dette samarbeidet, som vi kallar fagaksen mellom sjukehus og fastlegar, er heilt avgjerande for tilbodet til pasientane i dag og vil truleg verte enda viktigare ved innføring av samhandlingsreforma. Sjukehuslegane og fastlegane må i større grad samarbeide om pasientane utan innlegging eller vanleg tilvising til poliklinikkane. Med betre samarbeid eller styrking av fagaksen mellom sjukehus og fastlegar, tenkjer vi mellom anna på:

- Forpliktande avtale om pasientforløp med fordeling av oppgåver mellom sjukehus og fastlegar (utarbeidd ved hjelp av praksiskonsulentar m. fl).
- Gode tilvisingar frå fastlegane med klar ”bestilling” til sjukehuset. Helseføretaket må samordne sine ”krav” og utvikle desse i samspel med fastlegane.
- Gode epikriser raskt frå sjukehuset skrive med tanke på oppfølging hos fastlege.
- Betre mulegheit for faglege diskusjonar om pasienten mellom fastlegar og sjukehusa

- Krav til og styrking av kommunikasjonslinjer (helsenettet, elektronisk kommunikasjon, telefon) mellom avdelingar på sjukehuset til og frå alle fastlegane.
- Felles kjernejournal.

Strategi: Vi skal iverksette samhandlingsavtalen med kommunane og i dialog med kommunar, fastlegar og brukarar prioritere samhandlingstiltak.

Konkretisering:

- Det skal vere samhandling basert på likeverd mellom partane.
- Det skal leggjast vekt på å sikre ei parallell omstilling i kommunane og spesialisthelsetenesta.
- Prioritere og følgje opp vedteken samhandlingsavtale med kommunane som blir det viktigaste utgangspunktet for vidare samarbeid. Etablere god struktur for møte og kommunikasjon der også brukarane blir involvert. Samhandling med kommunane skal ta utgangspunkt i dei innkomne høyringsuttalane frå kommunane til Strategi 2015.
- Sette av midlar og prioritere samhandlingsprosjekt saman med interesserte kommunar - i første rekkje prioritere prosjekt for eldre med samansette lidningar.
- I samarbeid med kommunane utvikle forsterka sjukeheimar og eventuelt interkommunale lokalmedisinske sentra.
- Leggje til rette for hospitering og kompetanseutvikling i fellesskap.
- Styrke og konkretisere fagaksen mellom fastlegane og fagmiljøa på sjukehusa og etablere pilotprosjekt slik at fastlegar kan utgreie og behandle fleire pasientar.
- Utvikle samarbeidet om einskildpasientar (via telefon, helsenett etc) og meir systematikk og standardisering (pasientforløp, tilvising, epikrise, dokumentasjon etc) utarbeidd i samarbeid mellom nivå.
- Utfordringar knytt til rekruttering og kompetansekrav skal ha særskilt fokus i samarbeidet med kommunane. (jf også 8.2) Sikre ei samordna og effektiv kompetanseutveksling og opplegg for rettleiing til kommunehelsetenesta.
- Vurdere organisatoriske tiltak og sikre stillingar som kan arbeide med samhandling, m.a. i samsvar med samhandlingsavtalen ha ein "samhandlingsansvarleg".
- Etablere ordning med praksiskonsulent for å sikre god pasientflyt og ansvarsfordeling mellom føretak og førstelinje.
- Prioritering og arbeidsdeling tilpassa brukar/pasient m.a. høgare terskel for innlegging av pasientar ved livets slutt og fleire oppfølgingskontrollar hos fastlegen.

6.2 Førebyggande arbeid

Eit av formåla i spesialisthelsetenestelova er å fremje folkehelse og motverke sjukdom, skade, liding og funksjonshemming. Målet med førebyggande helsearbeid er å hindre at sjukdom oppstår og utviklar seg og at dei kronisk sjuke klarer å leve med sjukdomen sin på best muleg måte. Folkehelsearbeidet må i første rekkje bli ivareteke av sektorar utanfor sjukehuset. Helse Nordmøre og Romsdal representerer Helse Midt-Norge/dei to helseføretaka i fylket i Møre og Romsdal sin fylkeskomité for folkehelse. Kommunane er også representerte der.

Fylkeskommunen har sekretariatsfunksjonen for komiteen og har fått ei sentral rolle i det førebyggande arbeidet. Spesialisthelsetenesta er ein viktig kunnskapsbase og skal i tråd med samhandlingsreforma bidra til kompetanseutveksling og kompetansebygging. I samsvar med samhandlingsavtalen med kommunane skal vi samarbeide om å styrke det førebyggande arbeidet. Vi må elles prioritere behandling tidleg i sjukdomsforløpet, leggje vekt på læring og meistring, bidra til å hindre uønska re-innleggingar og dermed også redusere presset på tenestene. Helsefagleg ressursgruppe i Helse Midt-Norge peikar på behovet for meir

førebyggjande tiltak: ”For gruppen av kronisk syke vil det særleg være behov for å iverksette sekundærførebyggjande tiltak gjennom standardiserte pasientforløp, opplæring av helsepersonell, læring- og mestringsstrategier, helsestasjoner for eldre m.v.” Kunnskap tilseier at det er viktig å ha fokus på fysisk aktivitet og sosiale nettverk/felleskap både i det førebyggjande arbeidet og som del av behandlinga. Det vil betre evna til meistring og vere ein viktig del av arbeidet for å betre eiga helse.

I Strategi 2020 for Helse Midt-Norge er det gjort vedtak om at spesialisthelsetenesta må ta medansvar for førebyggjande helsearbeid (og habilitering/rehabilitering) i eit gjensidig forpliktande samarbeid med kommunane, fylkeskommunane og brukarane.

Strategi: Vi skal prioritere behandling tidleg i sjukdomsforløpet, og vår rolle i det førebyggjande helsearbeid skal bli meir tydeleg

Konkretisering:

- Vi skal ha ei heilskapleg tilnærming i vårt behandlingssopplegg. (eksempel; Barn av alvorleg sjuke pasientar skal følgjast opp)
- Det skal leggjast vekt på førebyggjande arbeid og tidleg intervensjon som sentral del av pasientforløpsarbeidet, særleg for kronikarar og for å hindre unødvendige innleggingar i sjukehus.
- Vi skal ha fokus på smittevern som eit førebyggjande tiltak.
- Vi skal formidle og bruke den kunnskapen sjukehusa har slik at den kan nyttiggjerast i det førebyggjande arbeidet i kommunane.

6.3 Opplæring av pasientar og pårørande

“For personer med kronisk sykdom er god opplæring og meistring av sykdommen like viktig som medisinsk behandling. ...Pasientopplæringen skal bidra til å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Lærings- og meistringstiltak forutsettes å være et likeverdig samarbeid mellom brukere og fagfolk i kunnskapsformidling og kunnskapsdialog.” (Styringsdokument 2010) Opplæring av pasientar og pårørande er ei av hovudoppgåvene til sjukehusa. Også innan dette området er det forventa at spesialisthelsetenesta skal bidra til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i ei forsterka kommunehelseteneste. Ei moderne spesialisthelseteneste må sjå på pasient og pårørande som aktive medprodusentar av eiga helse. Det er møtet mellom pasient og helsepersonell som er det viktige møtet. Summen av desse møta avgjer kvaliteten på dei tenestene vi yter. Opplæring av pasientar og pårørande kan ikkje sjåast som ei teneste fristilt frå behandling, men som ein integrert del av pasientforløpet. Eit forløp som ofte krev både samhandling mellom avdelingar, mellom spesialisthelseteneste og primærhelseteneste og ikkje minst med pasient og pårørande.

Strategi: Vi skal vidareutvikle opplæring av pasientar og pårørande i samarbeid med brukarar og kommunane.

Konkretisering:

- Lærings- og mestringsarbeidet skal utviklast i dialog med kommunane og fleire tiltak skal skje i samarbeid med kommunane og ute i kommunane.
- Læring og meistring skal inngå som sentral del av pasientforløpsarbeidet.
- Pasientskolar må utviklast for fleire diagnosegrupper.
- Vi skal ha meir vektlegging av pasient og pårørande opplæring gjennom sterkare styring av feltet, forståing på alle leiarnivå i organisasjonen og eit kunnskapsløft for dei tilsette. Opplæringskoordinatorane må virke på alle avdelingar.

- Vi skal tilrettelegge for eigenmestring der pasienten blir meir sentral i behandlinga.

6.4 Pasientforløp

”Pasientens behov for helhetlige tjenester skal være styrende. Det er i overgangene det er størst risiko for svikt og at slik svikt kan få alvorlige konsekvenser for tjenestemottaker.” (Samhandlingsmeldinga.) Den enkelte pasient skal oppleve å bli ivaretatt på ein heilskapleg måte der tenestetilbodet er samanhengande og godt koordinert mellom dei ulike samarbeidspartnarar. Førebygging, rehabilitering, opplæring og brukarmedverknad skal inngå. Pasientane skal oppleve faste og færrast mogleg kontaktpunkt. Det skal vere god kontinuitet i behandlinga og unødvendig flytting skal unngåast. All behandling skal gå føre seg som planlagt utan unødige avlysningar eller forsinkingar. Samhandlingsavtalen med kommunane har definert pasientforløpet slik: *Med pasientforløp legg ein til grunn tiltak, informasjon og kommunikasjon som er nødvendig både innan eit tenestenivå og mellom 1. og 2. linjetenesta for å gi pasientar/brukarar nødvendig hjelp og behandling når begge nivåa er del i tenestetilbodet.* Eit helsetilbod på pasientane sine vilkår betyr også større respekt for pasientane si tid. Det er ønskeleg med styrka fokus på planlegging av dei einskilde pasientforløpa. Helse Midt-Norge har utvikla ein felles metodikk for standardiserte pasientforløp. Hausten 2007 starta Helse Sunnmøre Pasientflytprosjektet. Prosjektet har resultert i kortare ventetid, kortare liggjetid og dreining frå døgninnlegging til dagbehandling. Fokus er god pasientbehandling.

Strategi: Vi skal intensivere arbeidet med utvikling av gode pasientforløp i samarbeid med brukarar og kommunane.

Konkretisering:

- Vi skal i samarbeid med kommunane ha utvikling av gode pasientforløp som eit satsingsområde. Det skal leggjast vekt på kvalitet, effektivitet, medverknad, linjeforankring, implementering og utvikling av ”verktøykasse”.
- Pasientperspektivet skal vere førande for behandlinga for kvar einiskid pasient, til dømes unngå unødvendig reising fram og tilbake til sjukehuset og mest muleg av prøvetaking og kontrollar hos fastlege.
- Vi skal prioritere standardisering av pasientforløp i samsvar med overordna føringar og samhandlingsavtalen i tillegg til pasientforløp med stort volum.

6.5 Ambulante tenester – utadretta verksemd

Vi skal sikre tilbod nær pasienten gjennom meir utadretta verksemd. Ambulante tenester kan omfatte ulike former for tenester, m.a. organisert som ambulante team. Ambulante tenester kan i mange tilfelle bidra til å førebygge innleggingar, og pasientar og pårørande kan sleppe lang reiseveg til spesialisthelsetenesta. Det viktigast er at tenestene sitt innhald kan bli meir målretta og teneleg når tenesteytinga skjer i ein samheng som pasienten lever i.

Ambulante tenester er ein god modell for gjensidig overføring av kompetanse, betring av samhandling og utvikling av gode faglege nettverk. Den viktigaste rolla for sjukehusa er for det meste å vere ”konsulentar” for førstelinjetenesta (opplæring, rådgiving), medan pasientbehandlinga og behandlaransvaret ligg til førstelinjetenesta. Men det kan også vere aktuelt at ambulante team kan delta aktivt i pasientbehandlinga saman med helsetenesta i kommunane når dette er til det beste for pasienten. Vi må kunne gjere individuelle tilpassingar og vere fleksible i forhold til behovet. Innan nokre fagområde vil ein utvikle modellar der samarbeid/felles behandlaransvar er det vanlege i fasar eller meir permanent. Dette kan til

dømes vere i ein overgangsfase i samband med opplæring (eksempel tidleg utskrivning/overlapping ved ”kompleks” slagbehandling Mork). ACT-team (assertive community treatment – tenester for menneske med alvorlege mentale lidingar og rusmisbruk) er eksempel på modellar der ein går saman og har eit felles behandlaransvar. Palliativt team ønskjer å leggje vekt på konsulentrolla, og der behandlaransvaret blir lagt til kommunen/fastlegen. Men også her kan det av og til vere aktuelt å reise heim til pasienten for å gjere ei vurdering saman. ”Overlapping” vil også kunne bety så tidleg som muleg kontakt med dei som har eit ansvar i kommunane, og kommunane ”inn i” sjukehus.

Samhandlingsavtalen med kommunane på Sunnmøre peikar på behovet for å utvikle samhandlingsmodellar som sikrar tilfredsstillande behandling og oppfølging av personar med samansette behov, som å utvikle tverrfaglege team på tvers av kommunehelsetenesta og helseføretaket. Vidare at brukar / pasient som får behandling i kommunen, vert tilbode ambulante tenester frå helseføretaket ved særlege behov. Særleg for pasientar med samansette lidingar som treng tilbod frå fleire (geriatri, rehabilitering, psykiatri, palliasjon), kan det vere viktig at spesialisten reiser ut og samspekar med kommunen.

Habiliteringa har lenge jobba ambulant og psykisk helsevern er eksempel på eit fag der det no er gjort eit veival m.o.t. meir utadretta verksemd. Tverrfaglege ambulante team for pediatri blir diskutert i regionen, og det er aktuelt å etablere dette. Ambulante tenester vil ikkje vere aktuelt for alle fagområde.

Strategi: Vi skal ha ei sterkare satsing på utadretta verksemd og ambulante tenester.

Konkretisering:

- Vi skal ha ei sterkare satsing på ambulante tenester, også tverrfaglege team på tvers av kommunehelsetenesta og helseføretaket. I samråd med kommunane og brukarar utvikle effektive modellar som blant anna utnyttar ”knapp kompetanse” på ein god måte. (telemedisin m.m.)
- Vi skal prioritere ambulante tenester innan psykiatri, rehabilitering, geriatri og lindrande behandling/palliasjon.
- Vi skal opne for at fastlegar og helsepersonell frå kommunane kan ”følgje pasienten inn i sjukehus” og delta i behandlinga saman med spesialisthelsetenesta når dette kan gi mest helsegevinst.

UTDANNING OG FORSKING

7 Utdanning og forskning

7.1 Utdanning av helsepersonell

Vi skal vere ein god utdanningsarena for alle studentgrupper og bruke praksisstudiar som grunnlag for rekruttering. Utdanning av helsepersonell skal bidra til å sikre eit kompetent og tilstrekkeleg tal helsepersonell i heile helsetenesta. Dette er ein sentral føresetnad for faglegheit og kvalitet i tenesta. Utdanningsoppgåver omfattar tiltak knytt til grunnutdanning (elevar/lærlingar/studentar), turnusteneste, vidareutdanning, etterutdanning og spesialistutdanning for å møte noverande og framtidige krav til tenesta. Det er ei utfordring, saman med m.a. høgskolane, å utvikle utdanning/vidareutdanning i samsvar med framtidig

behov for kompetanse. Praksisstudiane for grunnutdanning sjukepleie er ikkje i samsvar med dagens sjukehusdrift. Rammepleanane i sjukepleieutdanninga krev praksis på døgnopne sengepostar, noko som også er EU-krav til utdanninga. Færre kirurgiske sengeplassar gjer at vi no har problem med å kunne tilby nødvendig tal praksisplassar for den kirurgiske praksis som rammepleanane for sjukepleiarutdanninga krev.

Strategi: Vi skal arbeide for å sikre godt samspel og betre tilpassing mellom utdanningstilbod og dagens sjukehusdrift og kravet til samhandling.

Konkretisering:

- Vi skal utvikle og implementere betre modellar for rettleiing av studentar og ha systematisk rekruttering blant studentar.
- Vi skal arbeide for endring av plan for praksisstudiar slik at innhaldet i praksisstudiar blir meir i samsvar med dagens sjukehusdrift og med krava i samhandlingsreforma.
- Vi skal arbeide for at legeutdanninga også blir tilpassa oppgåvene som lokalsjukehus skal ivareta, og krava til teamarbeid og samhandling.

7.2 Forsking og utvikling

Overodna føringar: ”God og relevant klinisk forskning skal vere grunnlag for god fagleg praksis. Forsking, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater og nye løysningar i tjenesten (innovasjon) er viktig for å sikre at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst. Det er et mål å styrke pasientrettet klinisk forskning med høy kvalitet og relevans i helseforetakene, i tråd med de føringene som er gitt i Nasjonal helseplan (2007-2010).” Regjeringa vil ”sikre god organisering og tilgang på data fra nasjonale helse- og kvalitetsregistre, biobankar og de store befolkningsundersøkelsene for å styrke forskning og kunnskapsutvikling i helsetjenesten samtidig som personvern hensyn ivaretas.” Det er utarbeidd regional forskingsstrategi. I samsvar med samhandlingsavtalen med kommunane skal vi til ei kvar tid ha minst eitt felles forskingsprosjekt retta mot effektiv samhandling. Helsefagleg ressursgruppe i Helse Midt-Norge peikar på behovet for å utvikle betre kvalitetsparametre i helsetenesta.

Strategi: Forsking og utvikling skal prioriterast, og vi skal aktivt bruke forskingsresultat.

Konkretisering:

- Med utgangspunkt i regional forskingsstrategi utarbeide lokalt handlingsprogram.
- Satsinga innanfor forskning må særskilt knytast opp mot utfordringsbilde, til dømes samhandling og brukarmedverknad. Her vil det m.a. vere aktuelt å søkje om regionale forskingsmidlar.
- Vidareutvikle samarbeidet med høgskolane og NTNU.
- Ha ei opptrapping av midlar til forskning i samsvar med regionale føringar.
- Sikre ei betre oversikt over kvar ein kan søkje om forskingsmidlar.
- Byggje opp betre infrastruktur for støtte til forskingsaktivitet.
- Ha fokus på forskingsformidling, deling av kunnskap og bruk av forskingsresultat.
- Forsking og utvikling skal vere satsingsområde for alle utdanningsgrupper, og det bør vere stillingsbrøkar til forskings- og utviklingsarbeid i alle avdelingar av ein viss storleik.

ORGANISASJON – STYRING

8 Organisering – styring

8.1 Organisering - leining

I samband med ny organisasjonsmodell for Helse Sunnmøre skisserte vi følgjande mål for organisering, styring og leining:

- God samhandling internt og eksternt – styrke overgripande funksjonar.
- Handlingsrom for leining, utvikling og dialog.
- Leggje til rette for at vedtak knytt til drift kan skje på eit lågast mogleg nivå.
- Leggje til rette for at øvste leining (administrerande direktør og leiarråd) i større grad kan prioritere strategi, policy og utviklingsoppgåver.

Følgjande skal leggjast vekt på når det gjeld leiarfunksjonar og andre sentrale funksjonar:

- Leiarar må vere villig til å trene kontinuerleg på å utvikle seg som leiar.
- Leiarar på nivå 2 skal som hovudregel ha leining som einaste oppgåve.
- Leiarar må ha evne til omstilling og utvikling der ein trekkjer med tilsette og brukarar.
- Leiarar skal arbeide for utvikling av eiga eining, og samstundes bidra til å løyse dei samla utfordringane for Helse Sunnmøre og iverksette overordna føringar og krav.
- Leiarar skal utvikle og stimulere medarbeidarane sine til å bli fagleg attraktive på nasjonalt nivå.
- Leiarar må sjå sine tilsette som ein ressurs og sikre tilsette meningsfulle oppgåver i samsvar med kompetanse og mål for verksemda.

Samhandling internt: Vi blir utfordra i forhold til samhandling internt særleg i forhold til pasientar med samansette lidingar. God logistikk med samordning av poliklinikktilmar og undersøkingar er også vanskeleg å få til. Dette burde vore enklare og gi gevinstar både for pasientar og helseføretaket. Vi har etablert ein klinikkstruktur som legg til rette for betre samhandling internt, men det vil framleis vere utfordringar knytt til dette både internt i klinikkane og mellom avdelingar/ klinikkar. Auka fokus på pasientforløp kan ivareta noko av samordninga, men det vil også kunne vere behov for organisatoriske justeringar.

Strategi: Vi skal vidareutvikle organisasjonen for å løyse oppgåvene på ein effektiv måte og ha særleg fokus på tilrettelegging for gode pasientforløp og god samhandling.

Konkretisering:

- Pasientar og medarbeidarane skal oppleve samhandling internt og eksternt og felles mål om fleksibilitet og samordning på tvers av fag og organisatoriske einingar.
- Vi skal vidareutvikle og evaluere organiseringa.
- Vi skal leggje til rette for aktiv leiaropplæring, leiartrening og utvikle ein felles leiarfilosofi.
- Det skal vere faste dialogmøte mellom leiarar på ulike nivå og mellom leiarar og medarbeidarar.

8.2 Personell – rekruttering – framtidig kompetanse

Det er eit mål at Helse Sunnmøre skal vere ein attraktiv arbeidsgjevar som gjev medarbeidarar og leiarar moglegheit til å ta ansvar, utvikle seg og til å levere resultat av høg kvalitet. For å

realisere måla Helse Sunnmøre har sett seg, er det viktig å sikre god rekruttering til alle stillingar. Mellom anna regional HR-strategi skal vere førande for Helse Sunnmøre sin personalpolitikk. (HR:human resources/menneskelege ressursar) Vi skal ha ein framtidretta kompetanseorganisasjon gjennom fokus på god personalbehandling.

Robuste fagmiljø – kompetanseorganisasjon: Vi skal tilby eit attraktivt fagmiljø med spennande oppgåver, faglege utfordringar, gode kollegaer og høve til fagleg vidareutvikling. Vi må balansere spesialisert kompetanse/spisskompetanse mot breiddekompetanse både av omsyn til kvalitet og fleksibilitet. Vi blir utfordra på enda meir tverrfagleg arbeid, og kva type kompetanse vi skal ha i sjukehus blir diskutert, m.a. kva som er rett person på rett plass. I ein kompetanseorganisasjon må vi også ha fokus på fagleg karriere og sentrale fagstillingar. Vi ønskjer å ha eit integrert fagmiljø som samarbeider godt internt. All erfaring tyder på at kvaliteten og stabiliteten i fagmiljøet er ein svært viktig rekrutteringsfaktor. Svært få ønskjer i dag å vere einespesialistar. Dei vil ha tilknytning til eit større miljø og ha kollegar å stø seg på. Føretaket har også interesse av at fagpersonar innan same felt har samanfallande prioriteringar og er godt koordinerte når det gjeld satsingsområde, spesialistutdanning, utnytting av kapasitet etc. Alle er i prinsippet einige om å ha eit godt samarbeid, men det krev også tilrettelegging, til dømes hospitering og arena for kommunikasjon. Vidareutvikling av faglege nettverk og samarbeid med universitetssjukehusa er viktig for å sikre oppdatert kunnskap. Forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap er grunnlaget for kvalitetsutvikling av fagpersonell og fagtilboda i sjukehusa.

Rekruttering: Det er på dei fleste områda samsvar mellom tilbud og etterspørsel av arbeidskraft. Det kan vere behov for analyse av framtidig behov for arbeidskraft i forhold til m.a. aldersfordelinga blant tilsette, våre satsingsområde og oppgåver. Vi treng ein klarare strategi for å sikre dei fagprofesjonar vi treng i framtida. Nye stillingar som overlege og lege i spesialisering (LIS - utdanningsstilling/assistentlege) blir tildelt av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom årlege kvotar til kvart regionalt helseføretak. Helse Midt-Norge fordeler stillingane vidare til helseføretaka. Politiske signal i samhandlingsreforma tydar på at sjukehusa ikkje kan rekne med særleg auke i tal overlegestillingar. Leger under spesialisering er viktig framtidig arbeidskraft. Nye legestillingar må også ha eit fundament innanfor sjukehuset sine økonomiske rammer.

Læring – utvikling: Vi skal legge til rette for læring og kreativitet i organisasjonen, og ha ein langsiktige kompetansestrategi/-plan med tilpassing i forhold til oppgåver og mål. Samhandlingsperspektivet skal fokuserast, og vi skal utarbeide felles kompetanseplanar med kommunane jf samhandlingsavtalen. Vi må leggje til rette for hospitering og vidareutdanning med like mulegheiter for alle faggrupper. Vi skal ha ein kultur prega av læring – her inngår også refleksjon, forbetring og både individuell læring og organisasjonslæring, oppdatert kunnskap, utvikling av haldningar og ferdigheiter, trening og simulering. Spesialisthelsetenesta har også ei oppgåve når det gjeld å utdanne helsepersonell som seinere skal arbeide i kommunane.

Medverknad – omstilling - fornying: Vi skal leggje til rette for medverknad, engasjement og medarbeidarinitierte forbetnings- og omstillingstiltak. Medarbeidarar skal vere med på utforming av sentrale mål og tiltak for ulike einingar gjennom gode prosessar og god kommunikasjon og kontakt mellom leiing og medarbeidarar. Det skal leggjast vekt på desentralisert utviklingsarbeid med linjeforankring. Vi skal bygge på engasjerte medarbeidarar som viser ansvar for eige arbeid og åtferd, som tek initiativ og aktivt deltek i å nå sentrale mål for organisasjonen. Kravet om kontinuerlege omstillingar og endringar stiller

auka krav til leiarar om samarbeid med tillitsvalde, vernetenesta og medarbeidarane. Å meistre omstilling er ein viktig del av det å meistre arbeidslivet. Vi må sikre oppfølging av lov og avtaleverk.

Styring – god bruk av personellressursane: Vi skal ha aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging og årsplanlegging (kalenderplanlegging). Her inngår etablering av faste rutinar der alle aktivitetar som let seg planlegge gjennom året blir lagt inn. Turnusplanar og individuelle arbeidsplanar skal tilpassast slik årsplan. Vi skal leggje vekt på å realisere overordna mål, prioritere og fordele oppgåver, effektivisere arbeidsprosessar, ha meir styring av overtid/meirtid, auka fleksibilitet, sikre gevinst ved innføring av ny teknologi og tilby omskolering/ny kompetanse. Personell utgjer den største kostnaden i sjukehusa. Bemanningsutviklinga skal styrast og lønskostnadene må samla sett reduserast.

Attraktivt arbeidsmiljø: Vi skal ha auka fokus på arbeidsmiljøet og ha eit attraktivt og helsefremjande arbeidsmiljø der dei tilsette trivst, blir verdsett og synleggjort. Det er viktig ha ein meningsfull arbeidskvardag der ein får bruke og utvikle kompetansen sin. Arbeidsmiljøundersøkingar viser utfordringar m.a. knytt til ”kontroll i arbeidet” og ”engasjement i organisasjonen”. Vi må arbeide for å sikre god balanse mellom ressursar og oppgåver.

Sjuefråver: Tiltak for reduksjon av sjuefråver og førebygging av uførheit skal gjennomførast. Eit viktig tiltak vert ny IA-avtale der fokus i auka grad vert dialog mellom sjukemeldt, lege og arbeidsgjevar.

Livsfasepolitikk – seniorpolitikk: Vi må utvikle livsfasepolitikk for ulike grupper. Vi skal gjennomføre seniorpolitiske tiltak som oppfølging av regional seniorpolitikk.

Likestilling: Vi skal gjere greie for status og tiltak som er iverksatt eller blir planlagt iverksatt for å hindre forskjellsbehandling og fremje likestilling. Helse Sunnmøre skal i løpet av 2010 utarbeide ein handlingsplan for reduksjon av deltidsansatte. Vi har ansvar for å integrere/rekruttere minoritetar og personar med funksjonshemming og rapportere på tiltak.

Etikk: Vi skal ha høg etisk standard. Tilsette i Helse Sunnmøre skal følgje vedtekne retningslinjer for etikk.

Det er i Strategi 2020 for Helse Midt-Norge gjort vedtak om utarbeiding av eiga sak om behovet for kompetanse og rekruttering av personell. Helseføretaka skal bli involvert i dette arbeidet.

Strategi: Vi skal sikre ein framtidsretta personalpolitikk med vekt på robuste fagmiljø og eit godt arbeidsmiljø.

Konkretisering:

- Vi skal i større grad leggje til rette for kompetanseutvikling der alle tilsette får høve til vidareutvikling med vekt på sentrale satsingsområde og samarbeid med kommunane/fastlegane.
- Vi skal utvikle arena for læring, faglege nettverk og dele kompetanse på tvers av einingar, sjukehus og nivå m.a. gjennom hospitering og kollegaretleiing.
- Vi skal så langt råd er unngå kortsiktige vikarordningar.
- Vi skal ha strategi for å sikre robust kompetanse for framtida. Det skal lagast ein plan for rekruttering og fagutvikling i tråd med strategi 2015. (Utfordringar knytt til

rekruttering og kompetansekrav skal ha særskilt fokus i samarbeidet med kommunane. jf 6.1)

- Vi skal ha betre styring av personellressursane gjennom årsplanlegging.
- Vi skal ha fokus på likestilling, livsfasepolitikk og etikk.
- Vi skal nytte simulering som verkemiddel i kompetansebygging m.a. i samarbeid med Høgskolen i Ålesund, og arbeide for å bli regionalt senter for simulering innan prehospital akuttmedisin.

8.3 Kultur

Kultur omfattar kunnskap, forståing, verdiar, haldningar, normer, veremåte og vanar. Føretaka i Helse Midt-Norge skal ha følgjande verdiar: respekt, kvalitet, tryggleik. I tillegg skal Helse Sunnmøre leggje vekt på å ha ein kvalitets-/sikkerheitskultur og ein kultur som er prega av likeverd, openheit, medverknad, samarbeid, lojalitet og læring. Vi ønskjer i større grad å utvikle ein felleskultur og ein kultur som kan bidra til at vi når måla våre. Ein felleskultur på tvers av ulike einingar blir gjerne utvikla over tid og gjennom samarbeid. Vi må møtast og kjenne kvarandre for å skape ein felles kultur. Hospitering er til dømes eit viktig tiltak. Møteplassar, gode prosessar og god leiing er m.a. nøkkel for å skape større tillit i organisasjonen. Leiarane er særleg viktige for å skape gode omstillings- og samarbeidsevner. Det er ønskeleg med gjensidig støtte og læring med fokus på pasientperspektivet og fagleg kvalitet. Det er utviklingspotensiale ved begge sjukehusa, og sjukehusa har ulike område der dei er gode. Utvikling av felleskultur prega av likeverd, tillit og gjensidig læring er også viktig i relasjon til kommunane.

Høg etisk standard må prege kulturen vår. Vi har klinisk etisk komite som tek opp ulike etiske problemstillingar særleg knytt til pasientbehandling. Det må vere openheit og diskusjon rundt etiske dilemma knytt til m.a. behandling ved livets slutt. Det kan også oppstå etiske dilemma rundt ei framtidig utvikling med fleire pasientar og færre tilsette. Vi skal vere effektive samstundes som vi skal gi tryggleik og vise omsorg og repekt for den enkelte pasient. Brukarmedverknad må i større grad prege kulturen vår. Respekt for brukar/pasient er grunnleggjande.

Strategi: Vi skal utvikle ein felleskultur med vekt på verdigrunlaget vårt.

Konkretisering:

- Vi skal ha fokus på utvikling av felleskultur der verdiane respekt, kvalitet og tryggleik skal prege kulturen i Helse Sunnmøre og vårt samspel med brukarar og sentrale samarbeidspartar.
- Avdelingane/klinikkane må diskutere og konkretisere sentrale verdiar.
- Vi skal utvikle ein kultur som set organisasjonen og den enkelte i stand til å endre seg i samsvar med behov og sentrale mål.

8.4 God styring – effektiv ressursbruk

Vi skal utnytte ressursane best muleg, og vi må tilpasse oss dei økonomiske rammevilkåra. God økonomistyring og kontroll med ressursbruken er ein føresetnad for riktige faglege prioriteringar, og for å få det handlingsrom som trengs for å vidareutvikle tenestene. Det er eit absolutt krav om økonomisk balanse. Omstillingsprosessar og tiltak for å redusere kostnader må halde fram. Vi har betydelege utfordringar knytt til mellom anna framtidige investeringar og kapitalkostnader. Det er vanskeleg å formidle den økonomiske utfordringa på ein god måte. Internt er det viktig med eit tett samarbeid mellom kliniske avdelingar i plan- og

budsjettprosessen for å unngå flaskehalsar i pasientforløpet og for å tilpasse bemanning til aktivitet. Ved etablering av ny organisasjonsmodell for Helse Sunnmøre ligg forholda betre til rette for å få til dette.

Strategi: Vi skal utvikle styringssystemet og halde fram med omstillingsarbeidet for å sikre effektiv ressursbruk innanfor tildelte rammer og prioriteringar i samsvar med mål.

Konkretisering:

- Vi skal ha stor fokus på omstillingstiltak som styrkar pasienttilbodet. Vi skal så langt råd er skjerme pasienttilbodet i samband med krav om budsjettbalanse.
- Vi skal sikre eit resultat i samsvar med styringsskrav og prioriterte mål m.a. tilpassing av drifta i forhold til endringar i befolkninga sine behov, riktig prioritering av pasientgrupper/fag, rett dimensjonering av tilbodet og god balanse mellom investering og drift. (jf også avsnitt 4.2)
- Vi skal vidareutvikle og samordne det interne plan- og styringssystemet.
- Vi skal ha fokus på dei faktiske kostnadene knytt til dei tenestene vi produserer (ABC-/M prosjektet) for å få meir ut av ressursane og eit betre grunnlag for vedtak.
- Vi skal samanlikne oss med andre helseføretak, bli blant dei meste effektive helseføretaka i landet og ha fokus på produktivitetmålingar.

8.5 Kommunikasjon – omdømme

Helse Sunnmøre ønskjer å vere ein open organisasjon. Vi skal kommunisere og ha dialog om mål, kompetanse, tenester og resultat slik at det gir legitimitet, skaper tillit og sikrar oppslutning. Eit godt omdømme er også avgjerande for å oppnå god rekruttering. Dette krev kontinuerleg vidareutvikling, dialog og annan kommunikasjon både internt i føretaket og med samfunnet rundt.

Ekstern kommunikasjon Helse Sunnmøre er ein markant organisasjon i helsevesenet på Sunnmøre med mykje kunnskap om medisin, helse og behandling av sjukdom og skade. Vi må synleggjere kompetansen og formidle forskingsresultat. Helse Sunnmøre er ein samfunnsinstitusjon, og det er viktig at vi og tar del i den offentlege debatten. Det er ønskeleg at tilsette i helseføretaket er synleg i media og deltek i aktuelle fora.

Tilbakemelding: Helse Sunnmøre gjennomfører ulike undersøkingar for å finne ut korleis verksemda vår blir oppfatta. Dette er m.a. omdømmeundersøkingar, medieanalysar, undersøkingar blant fastlegar, pasient- og arbeidsmiljøundersøkingar.

Pasientinformasjon: Informasjon og kommunikasjon gir tryggleik og er viktig for at pasientane skal vere førebudde og oppleve at dei er velkomne til Helse Sunnmøre. Det blir utarbeidd mykje skriftleg informasjon til pasientar. Ulike brukarundersøkingar viser at mange pasientar ikkje er nøgd med den informasjonen dei får. Det er mellom anna viktig å sjekke at informasjonen blir forstått, at tilsette har kulturforståing, at utskrivingsjournal følgjer pasienten rutinemessig og at det er god språkforståing blant utanlandske legar. Målet frå Helse- og sosialdepartementet er å få fram ein samordna og brukartilpassa kommunikasjon på nett i spesialisthelsetenesta. Dette er eit stort omstillingsarbeid som vil medverke til betre kvalitet på vår elektroniske informasjon til befolkninga. Ikkje alle pasientgrupper har tilgang til internett, og skriftleg materiale er derfor også naudsynt.

Intern kommunikasjon Strategisk bruk av kommunikasjon er eit viktig verktøy for måloppnåing. Kommunikasjon er eit leiaransvar og er del av leiaropplæringa. Helse Sunnmøre har utarbeidd portal i den regionale verksemdsportalen. Intensjonen er å dele informasjon på tvers av helseføretaka samt skreddarsy eigen informasjon.

Strategi: Vi skal sikre eit godt omdømme, vere ein open organisasjon som kommuniserer tilbod og behandlingresultat. Vi skal forbetre oss i dialog med pasient/pårørande, samarbeidspartar og samfunnet rundt.

Konkretisering:

- Utvikling av god pasientinformasjon skal prioriterast
- Vi skal utvikle dialogen med sentrale målgrupper og vere ein open organisasjon som er aktiv i det offentlege rom og nyttar tilbakemeldingar i utviklingsarbeidet vårt. Det er ønskeleg at tilsette i helseføretaket er synleg i media og deltek i aktuelle fora.
- Vi skal vidareutvikle interaktive webløysingar.

AREAL – INFRASTRUKTUR

9 Areal – infrastruktur

Det er for fleire fagområde utfordringar knytt til eigna lokalitetar for å kunne drive effektiv og moderne sjukehusdrift. Ålesund sjukehus vart teke i bruk i 1971 og Volda sjukehus i 1986. Den medisinske utviklinga har vore rivande i dei åra som har gått sidan sjukehusa vart bygde. Arbeidssituasjonen ved fleire avdelingar ber preg av dette.

Helse Sunnmøre har utarbeidd ein samla bygningsmessig utviklingsplan for Ålesund sjukehus. Hovudideen i utviklingsplanen er å skape eit sjukehus for framtida som baserer seg på fleksibilitet der ein gjennom bygningsmessige endringar legg til rette for ei optimalisert drift. **Arealbehov Ålesund sjukehus**, eksempel på konklusjonar:

- ei felles dagkirurgisk eining
- poliklinisk behandling og dagbehandlingsaktivitet til 1.etasje
- etablere tilstrekkeleg isolatkapasitet
- felles akuttmottak og observasjonssenger
- felles intensiveining

Ny barneavdeling vil stå ferdig i 2011. Netto årleg kapitalkostnad er berekna til 10,9 mill. kr. I samsvar med budsjettinstruks er det ikkje tatt høgde for andre bygningsmessige investeringar enn barneavdelinga. Dette er ikkje realistisk. Ein står framføre større naudsynte investeringar i bygg. Spesielt gjeld dette Ålesund Sjukehus. Utviklingsplan for sjukehuset har ei kostnadsramme på 676 mill. kr utover ny barneavdeling. Når ny barneavdeling er realisert, kan ikkje arealet der barneavdelinga er i dag takast i bruk til anna aktivitet utan ombygging. For å følgje opp intensjonen i styringsdokumentet for Helse Sunnmøre HF viser som døme arealplan for opptrapping innan rehabilitering og habilitering behov for bygningsmessige investeringar rekna til 70 mill. kr. Vidare er utviding av isolat på Ålesund Sjukehus kostnadsrekna til 20 mill. kr.

Det skal utarbeidast plan også for Volda sjukehus. **Arealbehov Volda sjukehus**, eksempel:

- samordne det polikliniske tilbudet
- utvikle arealet til dagkirurgi og postoperativ behandling
- vurdere å etablere pasienthotellsenger
- utvikling av sengepostane

Investeringar i medisinsk teknisk utstyr (MTU): For perioden frå 2010 til 2014 har Helse Sunnmøre i langtidsbudsjettet lagt inn investeringar i MTU på 35,0 mill. kr. årleg. Det er store behov for utskifting og fornying av utstyr, til dømes må stråleterapiutstyret skiftast og kraftig oppgraderast innan 5-10 år. Dette vil krevje investeringar på 40-50 mill. kroner.

Oppgradering bygningsmessig vedlikehald: Det er eit stort vedlikehaldsunderskot i føretaket. Ein ønskjer i komande 6-års periode å prioritere vedlikehaldet. Ein legg opp til ein auke i vedlikehaldskostnadene med 5 mill. kr i året. Dette vil skje gjennom ein opptrappingsplan fram mot 2012. Dette vil vere naudsynt uavhengig om investeringsbudsjettet til bygg blir auka.

IKT – informasjons- og kommunikasjonsteknologi

Det går fram av den politiske plattformen at regjeringa vil etablere sterkare nasjonal koordinering på e-helse området og etablere nasjonal kjernejournal for alle innbyggjarar. Personvernet skal ivaretakast. Helse Sunnmøre er i ferd med å gjennomføre ulike prosjekt:

- ”Kurve, Medisinering, Forordning”; realisering av papirlaus pasientjournal, pilotprosjekt.
- Talegjenkjenning - for å redusere manuelt arbeid med journaldokumentasjon og for auka kvalitet.

For Helse Sunnmøre er det ei utfordring å leggje godt til rette for god implementering av ulike prosjekt og ta ut dei gevinstane bruk av IKT kan gi. Med innføring av desse prosjekta vil vi oppnå god støtte i arbeidet med meir prosessorientert drift, meir openheit om drift og resultat og betre kvalitet.

Strategi: Vi skal i større grad prioritere midlar til utstyr og vedlikehald som gir god arealutnytting, og ta ut gevinstane nytt utstyr og ny teknologi kan gi.

Konkretisering:

- Medisinsk utstyr og bygningar må tilpassast moderne sjukehusdrift slik at vi kan drive effektivt med høg kvalitet. Vedlikehalds-, tiltaks- og utviklingsplanar skal danne grunnlag for ei samla prioritering i årleg melding/langtidsplan/budsjett.
- Helse Sunnmøre skal leggje til rette for god implementering av ulike IKT prosjekt og ta ut dei gevinstane bruk av IKT kan gi.
- Utviklingsplan 2025 for Ålesund er ei ideskisse som stort sett tek utgangspunkt i bruk av eksisterande bygg. Vi vil leggje fram ei sak om vidare utgreiing til styret i løpet av andre halvår 2010.
- Sal av barnehagar og boliger skal iverksettast.