

Årleg melding 2006

INNHALDSOVERSYN

0	INNLEIING	2
1	TILDELING AV MIDLAR OG RESSURSGRUNNLAG	2
1.1	Finansieringsmodell	2
1.2	Bruken av tildelte midlar	2
1.3	Årets resultat	4
2	STYRINGSKRAV FOR 2006	6
2.1	Kvalitet i tenesta	6
2.1.1	Pasientopplevd kvalitet	6
2.1.2	Fagleg kvalitet	7
2.1.3	Kvalitet i leiinga av verksemda	7
2.1.4	Internkontroll	8
2.2	Prioritering	10
2.3	Pasientbehandling	11
2.3.1	Psykisk helsevern og opptrappingsplan for psykisk helse	11
2.3.2	Tilbodet til rusmiddelmissbrukarar	13
2.3.3	Rehabilitering og habilitering	14
2.3.4	Nasjonale strategiar – kronikarar og særskilde sjukdomsgrupper	15
2.3.5	Lokalsjukehusfunksjon og samarbeid med primærhelsetenesta	16
2.3.6	Smittevern og beredskap	17
2.4	Utdanning av helsepersonell	18
2.5	Forsking	19
2.6	Pasient- og pårørandeopplæring	20
2.7	Andre regionale styringskrav	21
3	SAMANFATTANDE VURDERING	22
4	INNLEIING (PASIENTGRUNNLAG OG GENERELLE UTVIKLINGSTREKK)	22
5	PASIENTTILBOD	23
5.1	Pasientbehandling somatikk	23
5.1.1	Utvikling av eksisterande tilbod	23
5.1.2	Vedtekne nye tilbod	27
5.1.3	Nye tilbod under planlegging	28
5.2	Pasientbehandling psykiatri	29
5.2.1	Utvikling av eksisterande tilbod/opptrappingsplan	29
5.2.2	Vedtekne nye tilbod	31
5.2.3	Spesielt om sikkerheitspsykiatrien	32
5.3	Pasientbehandling psykiatri barn og unge	32
6	ANDRE PRIORITERTE OMRÅDE	33
6.1	Prioritering	33
6.2	Pasient- og pårørandeopplæring	33
6.3	Utdanning av helsepersonell	33
6.4	Forsking	33
6.5	Beredskap	33
7	UTVIKLING AV HELSEFØRETAKET	34
7.1	Økonomi (økonomistyring, system, m.v.)	34
8	ORGANISASJON OG LEIING	34
8.1	Helse Sunnmøre sin personalpolitikk	34
8.2	Effektivisering av støttefunksjonar	35
8.3	Leiing og leiarutvikling	35
8.4	Arbeidsmiljø og HMS-arbeid	35
9	KOMMUNIKASJON OG SAMFUNNSKONTAKT	36
9.1	Pasientinformasjon	37
9.2	Internkommunikasjon	37

ÅRLEG MELDING

0 INNLEIING (VERDIAR, MÅL OG PRIORITERINGAR)

Helse Sunnmøre sine verdiar, mål og prioriteringar er gitt gjennom Styringsdokumentet frå Helse Midt-Norge og vedteken Eigarstrategi 2010 for Helse Midt-Norge.

1 TILDELING AV MIDLAR OG RESSURSGRUNNLAG

1.1 Finansieringsmodell

Helse Midt-Norge har teke i bruk ein modifisert finansieringsmodell for helseføretaka med verknad frå 2006.

Finansiering av somatisk del av verksemda tek i ulikt omfang opp i seg element knytt til :

- behovet for tenester i opptaksområda til helseføretaka
- særlege tilhøve som påverkar kostnadane til helseføretaka
- aktiviteten ved helseføretaka –ved at ISF-andelen på 40% blir direkte vidareført til føretaka og at RTV-refusjon og eigendelsbetaling blir inntektsført etter aktivitet.

Psykiatrisk del av verksemda er rammefinansiert gjennom ein overgangsmodell som i 2006 med 20% verknad er knytt til populasjon i opptaksområdet og resterande 80% knytt til historisk kostnad/forbruk. Utover dette er føretaka i ulikt omfang tildelt opptrappingsmidlar til drift og investeringsformål ut frå ein plan for opptrapping som låg føre og var godkjent i 1999. Fordeling av basisfinansiering psykiatri skal i løpet av ein femårsperiode heilt over på ei befolkningsbasert rammefordeling.

I tillegg til desse hovudmodellane for finansiering av føretaka er ulike aktivitetar av ulike omsyn framleis rammefinansiert. Dette gjeld t.d. sjuketransport, ambulansetenester (bil og båt), rusbehandling og verksemd omfatta av Nasjonal kreftplan.

I tillegg er den økonomiske verknaden av ulik status og utvikling i realkapitalen (bygg og utstyr) ikkje omfatta av vurderingar gjennom finansieringsmodellen trass i at dette resulterer i stor skilnad i belastning for føretaka. Fordeling av investerings-/avskrivingsmidlar til å reanskaffe realkapitalen er fordelt i samsvar med basisfinansieringa medan avskrivingskostnaden oppstår som følgje av realkapital ved føretaksetableringa med tillegg av pågåande prosjekt ved oppstartstidspunktet og nye investeringsbeslutningar som føretaka har gjennomført i ettertid.

Helse Midt-Norge har i løpet av 2006 arbeidd for å utvikle finansieringsmodellen, men har etter ei delt tilråding til val av modellinnhald valt å behalde modellen som er gjort gjeldande for 2006.

Helse Sunnmøre opplever likevel to viktige hovudutfordringar som utvikling i finansieringsmodell bør ta omsyn til: Det første er tilhøvet som avskrivingskostnadar i høve tildelte investeringsmidlar har på moglegheita til å nå resultatmål, og det andre er omsynet til den eksisterande sjukehusstrukturen i Møre og Romsdal der det mest spesialiserte somatiske tilbodet er lokalisert til Ålesund sjukehus og Helse Sunnmøre HF. Dette har ikkje kome til uttrykk i finansieringsmodellen.

1.2 Bruken av tildelte midlar

Helse Sunnmøre har samla inntekter i form av basisramme, innsatsstyrt finansiering (ISF), refusjonar og eigendelar for poliklinisk aktivitet, Investeringstilskot, andre drifts- og investeringstilskot - og andre sals- og leigeinntekter. Den samla inntektsramma er budsjettert til om lag 1,708 mrd. kroner i 2006 og prognosa for inntekt ligg no rett i underkant av dette. Den samla inntektsramma er i 2006 nytta i best mogleg grad i

samsvar med nasjonale-, regionale og lokale prioriteringar for å gje innbyggjarane eit best mogleg spesialisthelsetilbod.

Tabellen under syner at det er budsjettert med høg vekst for vaksenpsykiatri og psykisk helsevern for barn og unge, medan det er føresett ei reell innstramming i den somatiske delen. Prognosa syner så lang at vi har vekst utover plan for vaksenpsykiatri og somatisk del, medan det innan psykisk helsevern for born og unge er moderat vekst.

Foretak:	Helse Sunnmøre HF
Periode:	Basert på Oktober 2006

Kostnader fordelt på tjenesteområde

	Regnskap for i fjor	Årsbudsjett	Regnskap hittil i år	Estimat for i år	Prosentvis andel
Rusbehandling					0,0 %
Psykisk helsevern VOP					
VOP – fellesfunksjoner	3 964 712				0,0 %
VOP - direkte pasientrettet virksomhet – sykehus	93 455 540	101 093 354	85 532 353	104 010 947	5,9 %
VOP - direkte pasientrettet virksomhet - DPS	80 494 947	85 902 204	71 656 138	87 460 993	5,0 %
VOP - Privatpraktiserende psykiatere og kliniske psykologer med driftsavtale					0,0 %
Sum VOP	177 915 199	186 995 558	157 188 491	191 471 940	10,9 %
Herav fordelte felleskostnader	25 218 000	26 515 000	21 959 730	26 515 007	
Psykisk helsevern BUP					
BUP – fellesfunksjoner					0,0 %
BUP - direkte pasientrettet virksomhet – klinikker og sykehusavdelinger	46 505 454	54 134 155	41 418 645	51 327 630	2,9 %
BUP - direkte pasientrettet virksomhet - frittstående poliklinikker					0,0 %
BUP - Privatpraktiserende psykiatere og kliniske psykologer med driftsavtale					0,0 %
Sum BUP	46 505 454	54 134 155	41 418 645	51 327 630	2,9 %
Herav fordelte felleskostnader	5 050 000	6 265 000	5 188 675	6 265 002	
Somatiske tjenester	915 892 016	923 487 213	785 631 382	954 403 843	54,1 %
Herav fordelte felleskostnader	0	0	0	0	
Rehabilitering		47 256 763	40 154 713	48 911 093	2,8 %
Herav fordelte felleskostnader					
Annet					
Syketransport m.m.	52 404 430	61 201 732	53 460 190	64 017 059	3,6 %
Ambulanse, Luftambulans	79 475 139	82 308 805	69 014 326	83 490 148	4,7 %
Styret, administrasjon, interne servicefunksjoner	354 402 551	353 049 820	320 733 253	370 931 287	21,0 %
Sum Annet	486 282 120	496 560 357	443 207 769	518 438 494	29,4 %
<i>herav avskrivninger</i>	106 313 173	96 756 000	80 290 664	96 420 294	
Totale driftskostnader	1 626 594 789	1 708 434 046	1 467 601 000	1 764 553 000	100,0 %

Investeringstiltak

Med delvis finansiering av investeringstilskot/avskrivingsmidlar som føretaket er tildelt gjennom basisfinansieringa og dels gjennom tilgang på delar av regionen sine lånemidlar, har Helse Sunnmøre og gjennomført omfattande utskifting av utstyr og infrastruktur. Vi har og fullført bygg som i særskilt grad skal legge tilhøva til rette for den planmessige overføringa av behandlingstilbodet innan psykisk helsevern. Dette medfører at befolkninga på Sunnmøre får ein auka tilgang på tenester på dette området.

Det er i hovudsak følgjande prosjekt som er tilført investeringsmidlar i 2006:

- Fullføring av bygg for poliklinisk behandling av born og vaksne i Ålesund
- Fullføring av rehabilitering av bygg for poliklinisk behandling av born og vaksne i Volda, I tillegg inneheld bygget døgnplassar for vaksne
- Oppstart av arbeidet med nybygg for alderspsykiatrisk post, Ålesund
- Fullføring av Fase 1 knytt til brannsprinkling ved Ålesund sjukehus
- Ulike bygningsmessige oppgraderingstiltak
- PACS/RIS fullføring av infrastrukturkostnader for digital handsaming av røntgenbilete
- Medisin teknisk utstyr. Stort etterslep frå 2005 og nye prioriterte tiltak for 2006

Helse Sunnmøre har som tidlegare omtalt ein stor skilnad mellom fordelt del av regionen sitt investeringstilskot og kostnaden som oppstår i føretaket sitt rekneskap i form av slitasje på realkapitalen (avskrivning på bygg og utstyr). Dette er eit resultat av korleis investeringstilskotet blir fordelt mellom føretaka på den eine sida og omfanget av avskrivingskostnader på den andre. Helse Sunnmøre har hatt ein særleg stor auke i avskrivingskostnader som følgje av ei rekkje naudsynte og prioriterte bygningsmessige tiltak ved oppstart av føretaket (t.d. kreftbygg og fleire bygg for psykisk helsevern). Det høge investeringsnivået medfører eit kostnadsbilete som er utfordrande på kort sikt. Dei gode tiltaka er føresett også å gi aktivitetsavhengige inntekter som på sikt skal gjere denne utfordringa mindre.

1.3 Årets resultat

Økonomisk resultat

Før vi har oversyn over det endelege økonomiske resultatet for 2006 er vår førebelse prognose eit underskot på om lag -59 millionar kroner. Einingane innan somatisk del er venta å gje eit driftsresultat på -57 millionar kroner medan psykisk helsevern er venta til å gje eit resultat på om lag -2 millionar kroner når vi og fordeler eit estimat av finansresultatet.

I det økonomiske resultatbegrepet for 2006 er det teke omsyn til to særskilte tilhøve som gjer at resultatet i høve rekneskapslova blir noko korrigert. Dette er ekstrakostnader knytt til særskilt auke i KLP kostnaden for 2006 på om lag 23 millionar kroner og meiravskrivingskostnader i høve retningslinjer frå Helse og omsorgsdepartementet. På om lag 12 millionar kroner som begge er unnateke frå resultatbegrepet.

Det økonomiske resultatet med eit føresett avvik på om lag -59 millionar skuldast i tillegg til manglande verknad av iverksette tiltak og sviktande føresetnad, eit vesentleg avvik på lønspostar knytt til at lønsoppgjeret som vart om lag 1% høgare enn føresett. Dette representerer aleine om lag 10 millionar kroner i meirkostnader. Aktivitetsavhengige inntekter ligg og vesentleg lågare enn føresett. Dette skuldast ikkje talet på pasientar som har fått behandling og hjelp, men at pasienttyngda målt i DRG-indeks ser ut til å bli lågare enn føresett.

Aktivitetsresultat

Tabellen under syner kva aktivitet Helse Sunnmøre har oppnådd samla for somatisk og psykiatrisk del i 2006 (Basert på prognose etter oktoberaktivitet).

Helse Sunnmøre har i all hovudsak nådd aktivitetsmåla i form av tal pasientar som har fått behandling gjennom innlegging, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjon. Vi har likevel ikkje oppnådd talet på DRG-poeng som var føresett dels på grunn av endra grupperingslogikk og dels fordi vi har ein lågare indeks enn føresett. Den lågare indeksen kan skuldast ein ukjent kombinasjon av lågare "pasienttyngde" og ikkje optimal koding av opphalda.

HELSE SUNNMØRE

ALLE KLINISKE AVDELINGAR OG POLIKLINIKKAR

		Oktoberbasert		
		2005	2006	Prognose
		DRIFT	PLAN	2006
				DRIFT
TAL NORMERTE SENGER DET EINSKILDE DRIFTSÅR PR. 31.12.		541	544	544
TAL UTSKRIVNE PASIENTAR		24 289	24 440	24 580
GJENNOMSNIITTELEG BELEGG PR. DRIFTSDØGN		452	458	453
LIGGEDAGAR		161 012	161 950	159 993
TAL NORMERTE SENGEDØGN I DRIFTSÅRET		195 629	200 762	200 762
KORRIGERING FOR STENGINGAR		4 684	6 341	6 381
TAL SENGEDØGN I DRIFT		190 945	194 421	194 381
UTNYTTINGSGRAD		84%	83%	82%
GJENNOMSNIITTELEG LIGGETID		6,5	6,5	6,4
TAL EKSTERNE NYTILVISINGAR	POLIKLINIKK	49 128	50 380	50 849
TAL INTERNTILVISINGAR	POLIKLINIKK	2 690	3 000	2 644
TAL KONTROLLAR	POLIKLINIKK	113 651	124 230	119 748
SUM KONSULTASJONAR	POLIKLINIKK	165 469	177 610	173 241
KONSULTASJONAR PR. DRIFTSDAG (BASIS 240D)	POLIKLINIKK	689	740	722
TAL PASIENTAR 31.12.		310	316	325
PASIENTAR OVERFØRTE TIL ANDRE AVDELINGAR		818	840	985
KALENDER STENGING		8,66	11,66	11,73
=====				
OPERASJONSOVERSYN				
Tal operasjonar innlagte pas.		6 710	6 810	6 895
Tal operasjonar dagkirurgi		4 727	4 910	5 036
Tal operasjoner totalt		11 437	11 720	11 931
=====				
DRG-OVERSYN INNLAGTE				
Tal sjukehusopphald korrigerert for prisreglar/konvensjonspas.		21 557	21 729	21 796
Tal sjukehusopphald mindre enn 5 timer		0	0	0
Tal sjukehusopphald meir enn 5 timer men under 1 dag		1 090	1 068	1 186
Tal sjukehusopphald ØH meir enn 5 timer men under 1 dag				
Tal sjukehusopphald konvensjonspasientar		0	0	0
Total sjukehusopphald innlagte pasientar		22 647	22 797	22 982
=====				
DRG-OVERSYN DAGBEHANDLING				
Tal sjukehusopphald korrigerert for prisreglar/konvensjonspas.		7 351	8 463	9 383
Tal sjukehusopphald mindre enn 5 timer		0	0	31
Tal sjukehusopphald meir enn 5 timer men under 1 dag		5 604	5 443	5 505
Tal sjukehusopphald ØH meir enn 5 timer men under 1 dag				
Total sjukehusopphald dagbehandling		12 955	13 906	14 919
=====				
DRG-POENG INNLAGTE (eks. konvensjonspasientar)		23 153	24 603	23 955
DRG-POENG DAGBEHANDLING		3 720	4 110	3 988
DRG-POENG TOTALT (eks. konvensjonspasientar)		26 872	28 713	27 942
=====				
DRG-INDEKS INNLAGTE		1,068	1,126	1,092
DRG-INDEKS DAGBEHANDLING		0,287	0,296	0,267
=====				

TAL UNDERSØKINGAR MEDISINSKE SERVICEAVDELINGAR:			
SENTRALLABORATORIET	2 268 750	2 272 320	2 396 504
MIKROBIOLOGISK LAB.	136 601	137 000	146 391
AVDELING FOR PATOLOGI	26 099	26 130	25 874
RØNTGENAVDELINGA	102 552	102 070	112 284
ANDRE AKTIVITETSPARAMETRE:			
TAL BEHANDLINGAR HEMODIALYSE	4 530	4 550	4 950
TAL PASIENTAR OPPVÅKING (Ålesund)	3 872	3 780	3 749
TAL TURAR BILAMBULANSE	4 678	4 620	4 760
TAL BEHANDLINGSEININGAR FYSIOTERAPI	25 124	25 260	26 063

2 STYRINGSKRAV FOR 2006

2.1 Kvalitet i tenesta

2.1.1 Pasientopplevd kvalitet

Krav:

Brukarmedverknad

Brukarane skal ha ei sentral rolle og medverke i planlegging og utvikling av tenestetilbod ved alle helseføretak.

Eit av verkemidla er å involvere brukarutvalet i prosessar som påverkar tenestetilbodet. Brukarmedverknad inneber også at pasienten og pårørande får kunnskap, reelt høve til innverknad på behandlingssopplegget og til å vere aktiv i gjennomføring av opplegget.

Helseføretaket skal:

- *Arbeide saman med Helse Midt-Noreg for å utvikle strategiar/handlingsplanar for brukarmedverknad.*
- *Legge til rette for at brukarutvalet kan løyse oppgåvene sine i tråd med mandatet.*
- *Gi rapport om brukarmedverknadstiltak gjennom årleg melding.*

Brukarerfaringar

Helse Sunnmøre skal delta i to brukarundersøkingar i 2006.

Oppnådde resultat:

Helse Sunnmøre har lagt vekt på at brukarane skal ha ei sentral rolle i utviklinga av tenestetilbodet i helseføretaket. Adm. direktør er medlem i brukarutvalet og syter for at representantane for brukarane er orienterte om alle prosessar som påverkar tenestetilbodet.

Helseføretaket legg vekt på at brukarutvalet får løyst oppgåvene sine ved at utvalsmedlemmane er med i fleire prosjektgrupper og arbeidsgrupper. Brukarutvalet har og vore involvert i arbeidet med ulike byggjeprojekt i føretaket. Vidare er det med representantar frå brukarar i kvalitetsutvalet og forskingsutvalet.

Brukarutvalet er med på den regionale brukarkonferansen der det er fokus på strategisk brukarmedverknad.

Helse Sunnmøre har delteke på fleire pasienttilfredsundersøkingar (PasOpp). Det har mellom anna vore gjennomført ei nasjonal pasienttilfredsundersøking for pårørande til barn (0-16 år) som er utskrive frå døgnopphald ved landets 20 somatiske barneavdelingar. Svarprosenten låg på 55,8 %. Barneavdelinga i Ålesund kom godt ut av denne undersøkinga. Undersøkinga viser og at Helse Sunnmøre scora under landsgjennomsnittet på hovudområdet standard. Dette området går mellom anna ut på fysiske tilhøve.

Helseføretaket deltok også på ei PasOpp-undersøking der ein analyserte fastlegane si vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra i Helse Sunnmøre. Helseføretaket

kom godt ut av dei fleste hovudområda i undersøkinga, men har ei utfordring med bemanning – særleg gjeld dette legedekninga. Helse Sunnmøre arbeidar kontinuerleg med rekruttering.

I same undersøking scora Helse Sunnmøre høgt på spørsmål rundt kvaliteten på epikrisene - og fastlegane gav uttrykk for at vurderingane deira blir tekne på alvor.

Målet er at tilbodet pasientane i framtida skal bli betre. Leiinga i helseforetaket har nytta resultatane av undersøkingane som grunnlag for å gjennomføre forbetringar i tilbodet, mellom anna gjennom prosjektet Utviklingsplan for sengepostane ved Ålesund sjukehus.

2.1.2 Fagleg kvalitet

Krav:

Helseforetaket skal bruke og delta i utvikling av elektronisk pasientjournal for å støtte samanheng i behandlingstilbodet og dokumentasjon og synleggjering av kvalitet.

Helseforetaket er pliktig til å rapportere til dei nasjonale kvalitetsregistra etter dei spesifikasjonane som gjeld for kvart register. Kunnskap frå kvalitetsregister skal leggjast til grunn i det kontinuerlege utviklingsarbeidet.

Helseforetaket skal med dette bidra til å utvikle faglege retningslinjer, og legge faglege retningslinjer til grunn i utforming av tenesta.

Helseforetaket har rapporteringsplikt til NPR og Folkehelseinstituttet på nasjonale kvalitetsindikatorar i tråd med innkallingsbrev frå datahandsamar. Gjeldande resultatkrav for nasjonale kvalitetsindikatorar skal oppfyllest.

Oppnådde resultat:

Helse Sunnmøre har ei eiga prosjektgruppe som har til formål å innføre elektronisk pasientjournal i heile foretaket. I tillegg til arbeidet med lokal innføring er vi også sterkt med i det regionale arbeidet for å vidareutvikle dei ulike IT-systema. Dette er ein kontinuerleg prosess som vil pågå i lang tid framover.

Rapporting til dei nasjonale kvalitetsregistra er det eige personale som har ansvaret for. I tillegg til at vi rapporterer desse indikatorane nasjonalt, sender vi også tilbakemeldingane ut til avdelingane. Avvik vert behandla i dei interne kvalitetsutvala våre.

Helseforetaket har utarbeid eigne rutiner for rapportering og oppfølging av data til NPR. I tillegg har vi også deltatt på fleire seminar og informasjonsmøte.

2.1.3 Kvalitet i leiinga av verksemda

Krav:

Helse Midt-Norges gjennomgåande styringssystem skal takast i bruk i oppfølging av eiga verksemd. Nasjonale og regionale mål og terskelverdier skal nyttast, og lokale fastsettast for andre indikatorar der det er aktuelt.

Det skal legges til rette for at verksemdportalen vert nytta som verktøy for deling av informasjon og bruk av felles informasjonsressursar.

Helseforetaket skal sikre høgt engasjement hos leiinga for systematisk HMS-arbeid, medrekna:

- *Sørge for god oppfølging av Arbeidstilsynets rapport "God Vakt"*

Kva er gjort så langt:

Arbeidstilsynets region Midt-Norge har i perioden februar til oktober 2005 gjennomført tilsyn med Helse Sunnmøre HF. Dei la i februar 2006 fram eit pålegg som tar for seg dei funn dei har gjort og krav dei stiller for at uheldige arbeidsmiljøforhold skal utbetrast.

Helse Sunnmøre HF har fått ulike fristar til å utbetre pålegg. Bakgrunn for "God Vakt" var at arbeidstilsynet ynskjer å vere ein pådrivar for godt arbeidsmiljø. I God Vakt var det fokus på fire område: Omstilling, psykiske og sosiale belastningar, ergonomiske belastningar og kjemisk og biologisk helsefare.

I rapporten kjem det fram at leiinga har ein god dialog med vernetenesta, og at helseforetaket har eit velutvikla HMS-system. Arbeidstilsynet fant det naudsynt å gje generelle pålegg på følgjande områder: Praktisering av HMS-systemet, innføring av prosedyrar for psykososialt arbeidsmiljø og omstilling, misforhold mellom oppgåver og ressursar, opplæring og førebygging av belastningslidingar. I tillegg er det gitt et pålegg som omhandlar lystgass i kvinneklinikken og utskifting av senger ved Volda sjukehus.

Det mest krevjande pålegget er det som handlar om misförhald mellom oppgåver og ressursar. Helse Sunnmøre har i sitt internkontrollsystem teke i bruk ei nyutvikla prosedyre for å risikovurdere alle organisasjonsendringar og omstillingstiltak. Dette kan førebyggje og redusere risiko for belastningar for dei tilsette.

Krav:

Helse Sunnmøre skal sørge for at felles regional arbeidsmiljøundersøking i 2006 gjennomføres med solid medverknad frå dei tilsette og følgd opp med systematiske tiltak for forbetring.

Kva er gjort så langt:

For å sikre god deltaking i arbeidsmiljøundersøkinga, var føretaket aktivt ute for å stimulere til deltaking i undersøkinga. Resultatet var at ca. 75 % av dei tilsette i Helse Sunnmøre deltok i denne undersøkinga. Resultata av undersøkinga vart gjort kjent i haust. Det er i perioden frå undersøkinga var ferdig og fram til no, vore presentasjonar ute i dei ulike avdelingane. Adm. direktør har delteke i desse møta. Utgangspunktet for møta er presentasjon av resultata og første drøfting av kva tiltak ein ønskjer å prioritere som forbetningsområde. Både AMU og styret for Helse Sunnmøre har fått rapporten til behandling. Avdelingane vil få ein frist på nyåret med å leggje fram dei prioriterte områda som det skal arbeidast med vidare som eit resultat av arbeidsmiljøundersøkinga. Inntrykket er at avdelingane arbeider godt med resultata for å betre dei arbeidsmiljømessige tilhøva.

2.1.4 Internkontroll

Krav:

Helseforetaket skal sette i verk nødvendige tiltak for å bringe drifta i samsvar med Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetenesta, medrekna:

- *etablere den årlege systematiske gjennomgangen til leiinga og oppfølging av internkontrollen i føretaket*
- *etablere eit heilskapeleg og gjennomgåande system for melding, registrering og rapportering av avvik/uønska hendingar også for ikkje pasientrelaterte hendingar*
- *organisere og gjennomføre interne revisjonar baserte på fastsette revisjonsplan*
- *etablere system for bruk av tilsynsrapportar og avviksrapportar i systematisk arbeid for forbetring.*

Oppnådde resultat:

Helse Sunnmøre driv eit systematisk HMS-arbeid. Å arbeide med internkontroll er å forbetre det systematiske kvalitetsarbeidet. Å arbeide metodisk skapar auka tillit til interne prosessar, m.a. ved omstillingar.

Føretaket har eigen HMS-koordinator som samarbeider tett med hovudverneombod og eiga bedriftshelseteneste. Desse har i fellesskap systematiske møter med mange avdelingar for å fremme arbeidsmiljøarbeidet. Frå hausten 2006 er det iverksett systematisk internkontroll av avdelingane sitt arbeid med sjukefråvær. Kravet til kontinuerlege omstillingar og endringar der leiarar samarbeider med tillitsvalde, vernetenesta og medarbeidarane.

Føretaket har ei aktiv verneombodssaker m.a. har vore til behandling i arbeidsmiljøutvalet (AMU). Det blir halde regelmessige arbeidsmiljøkurs for nye verneombod, nye AMU-medlemmar og leiarar.

Helse Sunnmøre er ei inkluderande arbeidslivsbedrift, og har nedsett ei eiga arbeidsgruppe som m.a. arbeider med interne retningslinjer, sjukefråversarbeid (kartlegging og tiltak). Gruppa fungerer som kontakt opp mot sentrale samarbeidspartar i dette arbeidet. Helse Sunnmøre har utarbeidd egne rutinar/retningslinjer for oppfølging av sjukemeldte og vi har arbeidd med eigen tiltaksplan som vi forventar skal medverke med å redusere sjukefråveret.

Det har vore ein liten nedgang i tal attføringssaker i 2006 noko som kan sjåast i samanheng med prosjektet der trygdekontoret deltek. Sjukefråveret i Helse Sunnmøre pr. 31.november 2006 var på gjennomsnittleg 7,7 %, som er likt med fjoråret.

Utvikling sjukefråver Helse Sunnmøre

Måned	Sykefrav i % 2005	Sykefrav i % 2006
Januar	8,3	9,2
Februar	8,0	8,7
Mars	8,8	9,5
April	8,6	6,5
Mai	8,0	7,4
Juni	8,1	7,6
Juli	5,8	5,1
August	6,2	6,4
September	7,3	7,8
Oktober	7,7	8,2
November	8,1	8,7
Desember	8,2	
Total	7,7	

Det arbeidast kontinuerleg med avvikshandtering i Helse Sunnmøre, dette gjeld også for ikkje pasientrelaterte hendingar. Det er kvalitetsråd på alle einingar og eit sentralt kvalitetsutval. Dei ulike lokale kvalitetsråda sender kopi av alle sakar dei har handsama til kvalitetsutvalet, også dei som er ferdig behandla lokalt. Ein har på bakgrunn av dette laga statistikkar over meldte sakar i føretaket.

Behandling av avviksaker skjer etter dokumenterte prosedyrer i føretaket sitt elektroniske kvalitetssystem, EQS. Det arbeidast med å planlegge innføring av ein fleirledda elektronisk avviksmodul for å gjere sakshandsaminga lettare.

Fagavdelinga har utarbeid ein revisjonsplan for 2007 som er godkjent av kvalitetsutvalet. Revisjonsplanen legg føringar for leiingas gjennomgang.

Det har vore tilsyn frå fleire tilsynsmyndigheiter og det vert arbeid i dei reviderte einingane for å lukke dei avvik som har vorte påpeikt. Det er gjennomført interne revisjonar på fleire områder inneverande år. På områda Informasjonssikkerheit og HMS har det vore gjennomført interne revisjonar i føretaket. Laboratorieavdelinga har og gjennomført revisjonar der tema var blodtransfusjonar.

Rapportar frå både dei eksterne og interne revisjonane vert førelagt og handsama i føretaket sine respektive utval for omfanget av revisjonen. Eit sentralt punkt i handsaming er erfaringsoverføring til andre einingar og til kvalitetsarbeidet generelt.

2.2 Prioritering

Krav:

I somatisk sektor skal den kliniske aktiviteten i 2006 ikkje overskride aktiviteten i 2005, målt i DRG-poeng. Planlegg føretaket auka aktivitet, må den økonomisk positive effekten av dette dokumenterast. Den polikliniske aktivitet skal holdast på omlag same nivå som i 2005. Psykisk helsevern og rusbehandling skal i 2006 ha ein sterkare prosentvis ressursvekst enn den somatiske delen av verksemda, og ei aktivitetsauke som er sterkare enn ressursveksten. Det er ansvaret til helseføretaket at dette kjem fram i budsjett- og ressursdisponeringa.

Helse Sunnmøre skal gjennomgå sin eigen aktivitet for å identifisere dei tenestetilbod som kan reduserast for å frigjere ressursar til særleg prioriterte pasientgrupper. Vurderinga skal gjerast i samsvar med gjeldande helsepolitiske mål og prioriteringar. Det skal gjerast greie for dette arbeidet i årleg melding.

Helseføretaka skal delta med medisinsk og annen helsefagleg kompetanse i eit regionalt arbeid for å analysere og vurdere behov, behovsdekning, prioritering og behov for omprioriteringar i Helse Midt-Noreg, medrekna bruken av rett til naudsynt helsehjelp. Resultat frå gjennomgangen til helseføretaka av eigen aktivitet vil inngå som ein del av grunnlagsmaterialet for dette arbeidet.

Oppnådde resultat:

Helse Sunnmøre planla i 2006 med ein aktivitet målt i DRG-poeng som låg 6,8 % høgare enn tal produserte poeng i 2005. Dette var i hovudsak eit resultat av ambisjonar om å auke den gjennomsnittlege DRG-indeksen. Talet på opphald for inneliggjande pasientar var vidareført om lag på same nivå som i 2005, medan talet på dagpasientar var føresett noko auka. Dei faktiske tala for DRG-aktivitet i 2006 syner at vi ikkje oppnår den føresette indeksen, men at talet på pasientar som får behandling ligg noko over plan.

Den polikliniske aktiviteten for føretaket samla var føresett å ha ein vekst på om lag 7 %. I somatisk del var veksten føresett å skje gjennom effektivisering i bruken av tilgjengelege ressursar og tala syner at ein har lukkast i nå plantala. I psykiatrien var plantala sette høgt som følgje av både effektiviseringskrav og volumvekst på behandlarsida, men her har ein ikkje lukkast i å nå dei høge plantala i faktisk drift.

Når det gjeld budsjett og ressursmessig prioritering mellom rus/psykiatri og somatisk drift går dette frå av oversynet i tabell under pnkt. 1.2. Det vi kan slå fast er at Helse Sunnmøre har utarbeidd budsjett og gjort ei ressursmessig disponering som samsvarar med styringssignala. Estimat for 2006 syner vidare at både drifta innan psykisk helsevern og i somatisk del finn stad utover tildelte rammer.

Helse Sunnmøre har også i 2006 gjennomført ein nøye gjennomgang av drifta for å dekkje pasientane sine behov slik desse framkjem av helsepolitiske mål og prioriteringar. Samstundes som Helse Sunnmøre ligg lengst borte frå det høgspesialiserte behandlingstilbodet på regionsjukehusnivået har innbyggjarane eit klart behov for tilgang på slike tenester. Det at Ålesund sjukehus fekk utvikle eit meir spesialisert nivå på dei somatiske spesialisthelsetenestene i Møre og Romsdal fylke har ført til at meir behandling har blitt tilbydd lokalt. I tillegg tilbyr Helse Sunnmøre spesialisthelsetenester ved Volda sjukehus som gjev eit godt lokalsjukehusstilbod. Dei siste åra har Helse Sunnmøre kontinuerleg gjennomført omleggingar i drifta i form av samanslåing av sengepostar og flytting av pasientbehandlinga til det lågast effektive omsorgsnivået (LEO). Dette har

vore naudsynt for å gje eit forsvarleg tilbod til dei helsepolitiske prioriteringar som har blitt uttrykt.

Helse Sunnmøre deltek i den regionale samhandlinga gjennom å stille ulike faglege ressursar til disposisjon. Dette har i stor grad skjedd gjennom deltaking i ulike prosjektarbeid og faglege miljø som har gjeve innspel til den pågåande utvikling av eigarstrategi for Helse Midt-Norge.

2.3 Pasientbehandling

2.3.1 Psykisk helsevern og opptrappingsplan for psykisk helse

Krav:

Helseføretaket skal oppnå ein markert reduksjon i gjennomsnittleg ventetid for behandling av barn og unge i spesialisthelsetenesta.

Oppnådde resultat:

I følgje Samdata hadde vi ein dekningsgrad på 3.2 % i 2005. Ved utgangen av 2. tertial hadde våre to poliklinikkar allereie like mange nytilvisingar som totalt i 2005. Vi ser at ventelistene varierer gjennom året kvart år, og tal ventande er på veg ned og er no på same nivå som desember 2005. I 2006 vart det ikkje tilført fleire stillingar, men vi regnar likevel med å behandle fleire pasientar enn i 2005. Viss ventelistene er på same nivå som utg. av 2005 og vi klarer å behandle fleire pasientar med same tal tilgjengelege stillingar, tilseier det ein effektivitetsforbetring i poliklinikkane. Andel spesialistar betyr noko i ein slik samanheng. Når det gjeld ventelister er det viktig å merke seg at vi alltid klarer å prioritere dei av barna som har den alvorlegaste problematikken.

Sjølv om målet er at ingen barn og unge skal vente på utgeiing og behandling, har vi problem med å nå dette målet fordi vi ikkje klarer å rekruttere nok psykolog- og legespesialistar. Det er mangel på slike spesialistar i heile landet, og i denne samanheng merkes det at vi er i utkanten av Noreg. Vi har no ein relativt god tilgang på nyutdanna psykologar og legar, men det kostar både tid og pengar å utdanne dei til spesialistar. Det at vi har relativt få spesialistar gjer også at mykje av spesialistane si tid går med til vegleiing av utdanningskandidatar og til kvalitetssikring av pasientarbeidet.

Krav:

Målsettinga til opptrappingsplanen om tilbod til minst fem prosent av barne- og ungdomsbefolkninga innan 2008 står ved lag. Helseføretaket skal utarbeide ein bindande plan for korleis dette målet vert nådd.

Oppnådde resultat:

For å nå målet om å gi eit tilbod til 5% av barnebefolkninga i vårt område, har vi sett eit mål på tal stillingar fordelt på dei ulike yrkeskategoriane. Totalt skal vi etter planen ha 58 fagstillingar i dei to poliklinikkane. Pr. dato har vi budsjettert 40 stillingar og manglar såleis 16. Av dette er 14 lege og psykologstillingar. Det vil være ei stor utfordring for oss å nå målet om tilbod til 5 % av barnebefolkninga både økonomisk og rekrutteringsmessig.

Krav:

Samarbeidet mellom psykisk helsevern for barn og unge, rusbehandling og regionalt barnvern skal vidareutviklast. Helseføretaket skal etablere lokale samarbeidsorgan og samarbeidsformer i tråd med rammeavtalen mellom Helse Midt-Noreg og Bufetat region Midt-Noreg.

Oppnådde resultat:

I Helse Sunnmøre har vi etablert eit lokalt samarbeidsråd mellom vårt føretak, BUF-etat og Rus-føretaket. Ein konkret målsetting er at vi innan juli –07 skal ha ein praktisk samarbeidsavtale mellom poliklinikk, barnevernsinstitusjon og rus om å gi tilbod til dei barna som er plassert i institusjon. Dette er dei barna som statistisk står i størst fare for å utvikle både rus-problem og psykiske lidningar.

Når det gjelder barn av psykisk sjuke eller rusbelasta foreldre, deltar vi i BAP-grupper (barn av psykisk sjuke). Disse gruppene skal sikre et førebyggjande tilbod til desse barna på kommunenivå.

Dei to poliklinikkane våre (inndelt i team) har også jamlege møter med kommunane "sine" der både fastlegar, PPT, helsestasjonar og barnevern er invitert.

Krav:

Vidare ska vi etablere og vedlikehalde system som gir barn med psykisk sjuke eller rusmisbrukande foreldre naudsynt oppfølging.

Oppnådde resultat:

Det er etablert eit regionalt prosjekt for å få sjekkpunkt for kartlegging av målgruppa, avdekking av behov og naudsynt kontakt med kommunane inn i sjukehusa sitt system.

Krav:

Helseføretaket skal styre ressursane slik at tilbodet utgjør ein fageig sterk heilskap med kostnadseffektiv ressursutnytting. I dette arbeidet inngår samarbeid mellom helseføretak, einingar i spesialisthelsetenesta, med pasient, pårørande, 1.linjetenesta og andre etatar.

Oppnådde resultat:

I 2006 vart alle vaksenpsykiatriske einingar lagt under éin avdelingssjef, mot før to. I 2006 er det vidare gjort ein omfattande planprosess; gjennomgripande endringar er vedtekne i styrande organ og under fullføring for vaksenpsykiatrien i HF Sunnmøre: Det vert éin spesialisert mottaksseksjon mot før to, akuttseksjonar med diagnostisk differensiering mot før geografisk differensiering, eit felles budsjett og eit felles avdelingsråd for alle einingane. To årsverk er flytta frå akuttpostar til DPS. To samhandlingsprosjekt med til saman tre kommunar vart fullført i 2006, etter ekstern finansiering og med godt resultat. Auka reiseverksemd ut frå einingane er vedteke, Volda DPS og psykiatrisk poliklinikk i Ålesund er i gang med regelmessig reiseverksemd. Fritt kontor for pasient- og pårørandeorganisasjonar er etablert, 5 postar gjennomførte i 2006 eigne systematiske innsamlingar av brukarerfaringar til forbetring av tenestene. Avdelinga er med i eit prosjekt for unge, styrt av Mental Helse.

Krav:

Dei distriktspsykiatriske sentra skal sikrast tilstrekkeleg og kvalifisert bemanning.

Oppnådde resultat:

Våre tre DPS vart styrka med ein mindre auke i lege- og psykologbemanning i 2006, pluss eit årsverk fysioterapeut og eit årsverk aktivtør overført frå akuttavdeling. Psykiatrisk poliklinikk gav frå seg ei halv psykologstilling til DPS.

Ombygginga av Volda sjukeheim til DPS-eining ved Volda sjukehus:

Arbeidet med å bygge om Volda sjukeheim til DPS eining ved Volda sjukehus starta hausten 2004. Innflyttinga av poliklinikken blei gjennomført som planlagt i august 2005. Volda psykiatriske senter flytta inn i dei ombygde lokala i 1. etasje i april 2006. Bygget er oppført i 1986 i 3 etasjar med brutto grunnflate på ca. 1.280 kvadratmeter.

Samla areal for DPS Volda er totalt 3.133 kvadratmeter BTA og omfattar 2 etasjeplan samt delar av underetasje i tidligare Volda sjukeheim. Byggekostnad inklusive kjøp av Volda sjukeheim ca kr 36,7 mill.

Nye poliklinikkar for vaksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri i Ålesund

1. november 2004 starta bygginga av dei nye poliklinikkane og innflyttinga blei gjennomført som planlagt 27. januar 2006. Brutto arealramme er 1550m² for barne – og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og 2100m² for vaksenpsykiatrisk poliklinikk. Byggekostnad ca kr 74 mill.

Krav:

Helseføretaket skal auke tilgangen til tenester i psykisk helsevern, blant anna gjennom ambulante team og brukarvennleg opningstid ved poliklinikkar. Ressursane skal styrast slik at akutteiningar til ei kvartid er tilgjengeleg for naudsynte akuttinnleggingar. Dei distriktpsikiatriske sentra skal gi akutt-/krisetilbod ut over dagarbeidstid.

Oppnådde resultat:

I 2006 vart det oppretta ambulant team i psykiatrisk poliklinikk i Ålesund. Ein del polikliniske konsultasjonar er gjennomført utanom ordinær arbeidstid. Eit fast poliklinikktilbod etter kl 17.00 vil medføre meirkostnad og kunne derfor ikkje prioriterast. Ressursane vart styrte slik at akuttavdelingane unngjekk overbelegg i 2006, ein har ikkje avvist nokon naudsynte akuttinnleggingar. På grunn av geografiske og bemanningsmessige tilhøve gav våre DPS berre eit avgrensa akutt-/krisetilbod ut over dagarbeidstid i 2006.

Krav:

Helseføretaka skal etablere gjennomgåande program for pasientar med fareproblematikk; programma skal sikre god fagleg diagnostikk og oppfølging, sikker kommunikasjon i samhandlinga med alle berørte etatar og ivaretaking av rettstryggleik.

Oppnådde resultat:

Akuttavdelingane gjennomførte fagleg diagnostikk og oppfølging på godt nivå i 2006, dels ved innleie av spesialist, dels ved tett samhandling med regional sikringsavdeling og kommunar. Ein overlege her tek no si doktorgrad på pasientar med fareproblematikk.

Krav:

Helseføretaka skal leggje vekt på høy grad av pasientmedverknad, både for å sikre medverknad og for gi å hjelp til meistring.

Oppnådde resultat:

Fritt kontor for pasient- og pårørandeorganisasjonar er etablert, 5 postar gjennomførte i 2006 eigne systematiske innsamlingar av brukarerfaringar til forbetring av tenestene. Avdelinga er med i eit prosjekt for unge, styrt av Mental Helse.

Krav:

Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal må innan utgangen av fyrste halvår utarbeide ein felles plan for samordning og koordinering av arbeidet med eventuell flytting av behandlingsskapasitet frå Helse Nordmøre og Romsdal til Helse Sunnmøre. Når det gjeld tenester som blir brukt hos/av andre helseføretak i regionen, ber vi om at føretaka blir einige om behovet for tilgang til tenester ut frå eit pasientperspektiv, og deretter blir einige om det økonomiske oppgjeret, for eksempel i form av eit fast årleg beløp eller eit stykkprisoppgjer.

Oppnådde resultat:

Ein felles plan er utarbeidd. Ein har hatt god framgang i semje om tilgang til tenester og økonomisk oppgjer.

2.3.2 Tilbodet til rusmiddelmissbrukarar**Krav:**

Styret i Helse Midt-Noreg RHF vedtok 30.11.2005 "Regionalt rusprogram – Handlingsplan". Handlingsplanen identifiserer sentrale område innan rusmiddelbehandlinga og fordeler ansvaret mellom helseføretaka. Rusbehandling Midt-Noreg får ansvar for å koordinere arbeidet. Alle helseføretak skal implementere handlingsplanen i sitt arbeid og budsjett.

Oppnådde resultat:

Omsynet er vidare vektlagd i 2006 ved vurdering for inntak, slik at ein vesentleg del av brukarar til poliklinikk, DPS og akuttavdelingar no er brukarar med tillegg av rusproblematikk. I 2006 kom følgjande inn i vedteke plandokument: "Vi vil legge til rette for ein egen fagleg spesialisering ved å inngå et plansamarbeid med Rusføretaket/Vestmo om mulighetene for å etablere ein dobbeltdiagnosepost i samsvar med Regionalt rusprogram for Helse Midt-Noreg."

Krav:

Det skal rettast særleg merksemd mot utsette grupper som barn og unge og deira rusmiddelmissbruk og misbruken til foreldra. Delen av personar som har både rusmiddelmissbruk og psykiske lidingar er høgt, og desse skal sikrast ei heilskapleg og samanhengande behandling.

Oppnådde resultat:

Omsynet er vidare vektlagd i 2006 ved vurdering av inntak, slik at ein vesentleg del av brukarar til poliklinikk, DPS og akuttavdelingar no er brukarar med tillegg av rusproblematikk. Avdelingssjef møter fast i leiarmøte i Rus og psykiatri. Rusteamet deltar i et lokalt førebyggjande samarbeidsprosjekt med kommune med målgruppe ungdomane og deira foreldre.

Krav:

Helseføretak med fengsel i ansvarsområde sitt skal hjelpe slik at innsette og domfelte med rusmiddelbrukproblem får behandling og oppfølging i tråd med behova sine, på lik linje med andre pasientar.

Oppnådde resultat:

Vaksenpsykiatrisk avdeling gav ingen avslag på tilvisingar frå kriminalomsorga i 2006.

Krav:

I 2006 skal Helse Sunnmøre:

1. Prioritere tilbodet til rusmiddelmissbrukarar høgare enn tilboda innanfor somatisk helseteneste
2. Syte for eit heilskapeleg tilbod til unge som har rusmiddelmissbruk og barn og unge som har foreldre med rusmiddelmissbruk.
3. Ha særleg merksemd retta mot personar med samtidig rusproblem og psykiske helseproblem.
4. Legge Handlingsplan for det regionale rusprogrammet til grunn for arbeidet med tilbodet til rusmiddelmissbrukarar.
5. Rapportere tal konsultasjonar innanfor fagområde 360 rus kvart tertial

Oppnådde resultat:

1. Dette kravet gjeld for Rusføretaket.
2. Vi tek del eit regionalt prosjekt for å få sjekkpunkt for kartlegging av målgruppa, avdekking av behov og naudsynt kontakt med kommunane inn i sjukehusa sitt system.
3. Kravet om særleg merksemd er formidla og vert teke med ved vurdering for inntak til einingane sine tenester. Medarbeidarar på rusteamet får spesielt tilbod om faglig kvalifisering innafor psykologiske behandlingmetodar.
4. Kopling til Handlingsplan for det regionale rusprogrammet er eksplisitt med i vedteken plan for Vaksenpsykiatrisk avdeling.
5. Vi rapporterer regelmessig til norsk pasientregister.

2.3.3 Rehabilitering og habilitering

Krav:

I desember 2005 handsama styret for Helse Midt-Noreg oppfølginga av "Handlingsprogram for fysikalsk medisin, rehabilitering og habilitering i Helse Midt-Noreg". Handlingsprogrammet skal vidareførast, og tiltak starta i 2005 skal fullfinansierast i 2006. Ytterlegare opptrapping av drifta i form av fleire årsverk er knytt til at konsekvensar av slike investeringar blir klargjort.

For å realisere handlingsprogrammet må Helse Sunnmøre legge særleg vekt på individuell plan og samhandling med primærhelsetenesta og institusjonane for opptrening.

Oppnådde resultat:

I samsvar med "Handlingsprogrammet for fysikalsk medisin, rehabilitering og habilitering i Helse Midt-Norge" oppretta Helse Sunnmøre 9 stillingar i 2005. I 2006 har Helse Sunnmøre fullfinansiert alle desse stillingane.

Rehabiliterings- og habiliteringstenesta nyttar individuell plan som eit aktivt koordinerings- og samhandlingsverktøy. Dei kommunale rehabiliteringskontaktene er også sentrale samarbeidspartnarar.

Helse Sunnmøre har eit godt samarbeid med Muritunet som er den einaste opptreningsinstitusjonen på Sunnmøre. Som eit resultat av dette har vi i 2006 eigen rammeavtale med Muritunet i tillegg til fagavtalar som omhandlar tidlegutskrivning av ortopediske pasientar, oppfølging og rehabilitering av pasientar med kroniske revmatiske lidingar og livstilskurs for pasientar som er operert for overvekt.

Helse Sunnmøre arrangerte hausten 2006 den årlege rehabiliterings- og habiliteringskonferansen i Ålesund med 270 deltakarar. Hovudtemaet på konferansen var samhandling, og då spesielt med pårørande.

2.3.4 Nasjonale strategiar – kronikarar og særskilde sjukdomsgrupper

Krav:

Det blir vist til omtale av lindrande behandling og omsorg ved slutten av livet og til kap. 761 post 67 i St.prp. nr 1 (2005-2006).

Helse Midt-Noreg ber om at behandling av kroniske smertepasientar og pasientar med ulækjeleg sjukdom og/eller kort forventet levetid blir gitte nødvendig merksemd og oppfølging, og at kapasiteten på smerteklinikkane blir vurdert.

– Alle helseføretak skal ha palliative einingar eller team som samhandlar med kommunen og med kompetansesenteret for lindrande behandling ved St. Olavs Hospital.

– Helse Sunnmøre skal sørge for at samarbeidsavtalene mellom helseføretaket og kommunane sikrar ei god utvikling av samhandlinga mellom kommunar og helseføretak om kroniske smertepasientar og pasientar med behov for lindrande behandling, og at dei klargjer ansvar og samhandlingsplikter når desse pasientane har behov for både kommunale tenester og spesialisthelsetenester.

Innhald, kapasiteten og vidare planar for tilbodet til kroniske smertepasientar og pasientar med behov for lindrande behandling skal rapporterast gjennom årleg melding.

Oppnådde resultat:

Kroniske pasientar og pasientar med behov for lindrande behandling:

På Søre Sunnmøre består spesialisthelsetenestetilbodet til smertepasientar i hovudsak av tilbodet gitt av spesialist i anestesi med 20% driftstilskot i Volda.

På Nordre Sunnmøre har ein ved Ålesund sjukehus i mange år hatt tilbod til smertepasientar både ved anesthesiavdelinga og ved avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering. Desse tilboda er i stor grad basert på personleg engasjement.

Dette er pasientgrupper som skal prioriterast høgt. Helse Sunnmøre må derfor sikre at det vert etablert eit stabilt og kvalitativt godt tilbod til desse pasientgruppene. Utfordringa er å etablere tverrfagleg samansett team som får tilrettelagt lokale til disposisjon.

Det er no palliative einingar og ambulante palliative team ved begge sjukehusa frå hausten 2006.

Behandling av sjukeleg overvekt:

Krav:

St. Olavs Hospital skal vidareutvikle Regionalt senter for behandling av sjukeleg overvekt og leie nettverkssamarbeidet mellom helseføretaka på dette området. Helse Nord-Trøndelag, Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Sunnmøre skal delta i samarbeidet.

Kirurgisk behandling, kurssenterbehandling og poliklinisk behandling skal inngå i tilbudet i regionen. Dette vil bli utdjupa i et eige brev til helseføretaka.

Oppnådde resultat:

I 2006 har Ålesund sjukehus så langt gjennomført 57 operasjonar på sjukeleg overvektige. Så langt har Ålesund sjukehus operert 119 slike pasienter.

Det er også inngått avtale med Muritunet opptreningscenter om livstilskurs for pasientar som er operert for overvekt.

2.3.5. Lokalsjukehusfunksjon og samarbeid med primærhelsetenesta

Krav:

Helse Sunnmøre skal:

- *Sikre at brukarmedverknaden er tilfredsstillande løyst i planlegging av samhandlingstiltak og desentraliserte tenester.*
- *Rapportere om arbeidet med samhandlingstiltak og utvikling av behandlingsskjedar i årleg melding. Det skal vidare rapporterast om gjennomførte samarbeidsmøte med primærhelsetenesta.*
- *I løpet av 2006 gjennomgå planane for akuttmedisinsk beredskap og skildre dei på ein måte som synleggjer den samla akuttmedisinske kjeda for befolkninga i ulike delar av opptaksområdet. Skildringa skal også vise korleis akuttvernebuinga fungerer for dei som treng tenester som ikkje blir gitte ved lokalsjukehuset.*
- *I løpet av 2006 etablere og starte eit tilbod der helsepersonell i den kommunale akuttvernebuinga får høve til å øve sammen med ambulansetenesta. Resultata, medrekna tal på gjennomførte kurs/øvingar, blir rapporterte gjennom årleg melding,*
- *Utnytte helsenettet effektivt for å støtte samhandling, og ta i bruk dei it-systema som blir utvikla regionalt for å effektivisere samarbeidet mellom dei ulike tenestene.*

Oppnådde resultat:

Helse Sunnmøre har lokalsjukehusfunksjonane for befolkninga på Sunnmøre. Desse er delt slik at Volda sjukehus har dette ansvaret for kommunane på Søre Sunnmøre innafor dei spesialitetane sjukehuset har. Ålesund sjukehus dekker kommunane på Nordre Sunnmøre samt heile Sunnmøre på dei områda Volda sjukehus ikkje har tilbod. Det er etablert eit godt samarbeid mellom desse to sjukehusa slik at alt ligg til rette for at pasientane kan få eit tilbod i samsvar med behovet. Helse Sunnmøre har også fylkedekkjande ansvar innafor nokre spesiellitetar. Dette gjeld til dømes onkologi, nefrologi (dialyse), revmatologi, delar av traumatologien og delar av pediatrien (avdeling for fortidleg fødte barn). Vidare har Helse Sunnmøre det medisinske ansvaret for ambulanshelikopteret for Møre og Romsdal.

I samsvar med føringane i styringsdokumentet har Helse Sunnmøre arbeidd aktivt for å betre samarbeid og samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Helse Sunnmøre HF har underskrivne samarbeidsavtalar med alle dei 17 kommunane på Sunnmøre. Dette arbeidet vart slutført i 2003. Det er ei utfordring både for helseføretaket og for kommunane å følgje opp avtalen, og begge partar har ei rekke konkrete område der avtalen enno ikkje blir følgd opp. Ein er merksam på desse tilhøva og arbeider for å følgje avtalen i praksis. Først blir avtalen og oppfølginga av avtalen drøfta i møte mellom kommunane og føretaket to gonger i året. Det er innført ei ordning med avviksmeldingar som middel for kvalitetsforbetring av samhandlinga. Mellom anna er no primærlegane invitert til å sende avviksmeldingar når epikrisene ikkje kjem slik som avtalen føreset. Dette blir nytta internt for å forbetre praksis og kvalitetssikre ordninga.

Det er også satt i gang arbeid for å utvide samarbeidsavtalen med kommunane til også å gjelde psykiatrien. Også habiliteringstenestene bør etter kvart bli regulert gjennom formaliserte avtalar mellom Helse Sunnmøre og kommunane. Innan begge desse fagområda er samhandling mellom nivåa vesentleg for at pasientane skal få eit fullverdig tilbod.

Helse Sunnmøre nyttar helsenetta for å styrke samhandlinga med kommunehelsetenesta. Alle epikrisene går no ut elektronisk der det er mottaksmulegheiter. Laboratoriesvara går elektronisk rett inn i pasientjournalane hos primærlegane. Det blir arbeid for ei tilsvarande ordning når det gjeld røntgensvar. Vidare er det eit mål å utvikle eit "bookingsystem" der fastlegane kan gå rett inn og tinge timar for sine pasientar i poliklinikkane ved sjukehusa. Dette arbeidet skjer regionalt med Helse Sunnmøre som ein aktiv deltakar.

Styringsdokumentet pålegg vidare helseføretaket å sikre brukarmedverknad i alt arbeid som har med planlegging av samhandlingstiltak og desentraliserte tenester. Helse Sunnmøre har eit aktivt brukarutval som gjev innspel til all utgreiingsverksemd i føretaket. Vidare blir det oppnemnt brukarrepresentantar i alle utgreiingsutval slik at brukarane kan kome tidleg med i dei ulike planprosessane.

Styringsdokumentet ber også om at det i 2006 skjer ein gjennomgang av planane for den akuttmedisinske beredskapen og slik synleggjere den akuttmedisinske behandlingsskjeda. Slik gjennomgang har ikkje skjedd i 2006. Dette skal gjennomførast regionalt og arbeidet er planlagt påbegynt primo 2007.

Dei akuttmedisinske tenestene utanfor sjukehus er ikkje omtala i samarbeidsavtalane med kommunane på Sunnmøre. Dette vil bli gjort i 2007. Helseføretaket har eit omfattande samarbeid med kommunene om drift av legevaktsentraltenester.

Helse Sunnmøre har det faglege ansvaret for ambulansetenesta for Sunnmøre. I 2006 er det innført system for 12 – kanalars EKG i ambulansane. Det er gitt opplæring i bruken av utstyret og utarbeidd rutiner og prosedyrer for denne delen av verksemda. Primærlegane har delteke i denne opplæringa. Tilbodet representerer ei monaleg styrking av det prehospitala behandlingstilbodet for denne pasientgruppa.

Det prehospitala behandlingstilbodet er styrka både fagleg og organisatorisk i 2006. Dette arbeidet vil halde fram i 2007. Pasientforløpet for akuttmedisinske pasientar starter når naudmeldinga kjem inn til AMK. Det er ei utfordring å finne fram til gode rapporterings- og dokumentasjonsordningar for denne delen av tenesta og innarbeide dette i pasientens sjukehusjournal. Dette arbeidet vil bli prioritert i 2007.

Det har vært gjennomført katastrofeøving i 2006, med samhandling med Giske kommune (Øvelse Vigra). Helse Sunnmøre har og deltatt i TAS (tverretatleg akuttmedisinsk samhandling) i regi av Norsk Luftambulanse.

2.3.6. Smittervern og beredskap

Krav:

Helse Sunnmøre skal:

- *Hjelpe til i arbeidet med å revidere regional handlingsplan for smittevern og pandemiplan*
- *Implementere nytt IT basert verkty for infeksjonsregistrering.*
- *Registrere insidens/prevalens av sjukehusinfeksjonar.*
- *Rapportere avvik frå regional handlingsplan gjennom årleg melding*

Beredskap

Helse Sunnmøre skal hjelpe til med den pågåande revisjonen av dei regionale beredskapsplanane. Føretaket skal følge opp resultatene av revisjonen og revidere eigne verneplanar.

Oppnådde resultat:

Styringsdokumentet for Helse Sunnmøre 2006 peiker på kor viktig det er å bekjempe sjukehusinfeksjonar, og at føretaket har ajourførte og oppdaterte smittevernplanar. I slik samanheng blir Helse Sunnmøre i 2006 pålagt å:

Ein slik plan ligg no føre, og Helse Sunnmøre har vore aktive deltakarar i planprosessen ved at ein hygienesjukepleiar og ein smittevernoverlege har vore deltakarar i prosessen.

Frå 1. september 2006 har Helse Sunnmøre incidensregistrert postoperative sårinfeksjonar ved sectio (keisersnitt). Frå neste år vil truleg alle postoperative sårinfeksjonar bli registrert. Dette avheng mellom anna av om ein får dataprogrammet til å fungere tilfredsstillande. Programmet er felles for heile helseregionen og blir utvikla i samarbeid med Hemit. Det er Folkehelseinstituttet som avgjer kva for postoperative infeksjonar som skal registrerast og kor lang registreringsperioden skal vere.

Helse Sunnmøre har prevalensregistreringar 4 gonger årleg av urinveisinfeksjonar, postoperative sårinfeksjonar, septicemi og nedre luftvegsinfeksjonar.

I Helse Sunnmøre har vi ei rekke avviksmeldingar som går på mangelen på einarom og på isolat. Dette gjeld særleg barneavdelinga, men også frå andre avdelingar kjem det avviksmeldingar som går på manglande isolasjonsmulegheiter.

Det er elles eit mål å kome i gang med eit system for internrevisjon ved dei ulike avdelingane. Vidare er det i gang arbeid med ein smittervernplan/pandemiplan for føretaket. I dette arbeidet blir mellom anna kommunane trekt aktivt inn i planprosessen.

2.4 Utdanning av helsepersonell

Krav:

Helse Sunnmøre skal

- *Hjelpe til med utvikling av felles regionale standard for kompetansenivå og opplæringsmetodar, for eksempel gjennom e-læring og sertifisering*
- *Medverke til at samarbeidsavtale og strategiplan utarbeidd av regionalt høgskole samarbeidsorgan blir realisert og vidareutvikla*
- *Inngå lokal samarbeidsavtale med høgskule i geografisk nærleik med utgangspunkt i regional samarbeidsavtale*
- *Innfri krav i bestillerdokumentet om praksisplassar. Utgifter til praksisstudiar for elever/studentar ved grunnutdanningane ved vidaregåande skuler, høgskular og universitet blir finansiert over basisramma*
- *Frå og med i år blir utgifter til praksisundervisning for medisinerstudentar finansiert over basisramma. Avgjerder om korleis den nye situasjonen skal handterast bør innarbeidast i samarbeidsavtalen mellom NTNU og Helse Sunnmøre.*
- *Rapportere kva som er gjort og i kva grad av målet er nådd, gjennom årleg melding.*

Oppnådde resultat:

Formaliserte utdanningar

Helse Sunnmøre tek kvart år eit stort ansvar for utdanning av helsepersonell. Vi har samarbeid med fleire universitet og høgskular, og er praksisstudieplass for studentar frå NTNU, høgskulane i Ålesund, Molde, Volda, Sør-Trøndelag og Bergen. Dette gjeld studentar innan medisin, sjukepleie, vidareutdanning, bioingeniørar, radiografar,

ergoterapeutar, fysioterapeutar og jordmødre. Frå vidaregåande skule har vi hjelpepleiarelevlar og lærlingar.

Vi har 85 legar i utdanningsstillingar og 36 medisinske turnuskandidatar. I føretaket er 22 psykologar under utdanning til spesialistar. Av høgskuleutdanna er 10 personar i gang med mastergradsutdanning innan ulike felt. Helseføretaket har gitt stipendmidlar/ økonomisk støtte til vidareutdanningar og mastergrad for høgskuleutdanna personell.

Helse Sunnmøre har formalisert samarbeidet med høgskulane i Volda og Ålesund gjennom skriftleg samarbeidsavtale. På bakgrunn av denne skal det utarbeidast ei strategiplan. Det er oppretta lokalt samarbeidsorgan som har hatt to møter i 2006. Helse Sunnmøre har teke initiativ overfor for dei to høgskulane om å utvikle kurs i vitskapsteori, metode og artikkelskriving for tilsette i føretaket. Planlagt oppstart er februar 2007.

Intern opplæring

Det er laga ei opplæringsplan for Helse Sunnmøre som er vedtatt av styret. Denne tydeleggjer kurs som er felles for føretaket og kurs som er på tvers av avdelingane. Kursa er heimla i lov, forskrift eller mål for Helse Sunnmøre.

Det er stor aktivitet i opplæringseininga. Sers mykje ressursar krev opplæring i EPJ , men ein har no starta på opplæring i siste avdelinga som er psykiatrisk avdeling.

Det er ønskjeleg med eit eige undervisningsutval i Helse Sunnmøre. I tillegg bør kvar avdeling ha sitt eige utval.

2.5 Forsking

Krav:

"Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge 2004 – 2005" blei vedteke i 2004. Som oppfølging og i tråd med denne har dei einskilde helseføretaka vedteke eigne lokale strategiplanar og det er oppretta lokale forskingsutval. I tillegg deltek alle helseføretaka i det regionale forskingsutvalet.

Alle helseføretak skal leggje sine egne handlingsplanar til grunn for sine satsingar for 2006.

I 2006 skal forskingskompetansen innan rusbehandling og psykisk helsevern styrkast. I tillegg skal det innan klinisk forskning vere eit særleg fokus på kjønnsperspektivet og styrking av innsatsen innanfor kvinnehelseforskning..

For 2006 skal all forskning rapporterast i tråd med felles regionale føringar.

I løpet av 2006 skal alle helseføretaka etablere forskingsdokumentasjonssystemet FRIDA for rapportering frå og med 2007.

Oppnådde resultat:

Helse Sunnmøre har som målsetting å auke forskingsaktiviteten innan føretaket. Lokalt utvikla forskingsbasert kunnskap vil vere eit viktig middel for kompetanseheving. Sjølv om føretaket ikkje har lange tradisjonar for forskning, ser ein aukande interesse for slik aktivitet gjennom fleire søknader på prosjektmidlar. Dei årlege forskings- og utviklingskonferansane i regionen har gitt auka fokus på området og medverka til nettverksbygging mellom Helse Sunnmøre og andre forskingsmiljø i regionen.

Helse Sunnmøre har i fleire år hatt eit eige forskingsutval der også NTNU er representert. Utvalet har hatt regelmessige møter og er eit viktig ledd i arbeidet for å styrke forskingsaktiviteten innan føretaket. Utvalet har eige budsjett og behandlar søknadar om støtte til forskning- og utviklingsarbeid, der målet er å auke kompetansen. Vi har 13

doktorgradsprosjekt på gang , dei fleste i samarbeid med NTNU. Internt i føretaket har psykiatrisk og medisinsk avdeling vore spesielt aktiv på dette området. Ein medarbeidar med forskingskompetanse er tilsett i 20 % stilling som førsteamanuensis ved NTNU med tenestestad Helse Sunnmøre, då med oppgåve å leggje til rette for forskning innan føretaket.

Ein har kartlagt ressursbruk til forskning i 2005 etter oppdrag frå HOD. I tillegg er FOU-aktiviteten i alle avdelingane i Helse Sunnmøre registrert etter oppdrag frå HMN.

2.6 Pasient- og pårørandeopplæring

Krav:

Helse Sunnmøre skal gjennom årleg melding rapportere på:

- *Tal og type opplæringstiltak innanfor kvart fagområde.*
- *Samarbeidet/koordineringa mellom lærings- og meistringssenter og avdeling (f. eks. opplæringskoordinatorar i avdeling).*

Helse Sunnmøre skal også avgi rapport om aktiviteten ved Kompetansesenter for pasientinformasjon og pasientopplæring.

Oppnådde resultat:

Lærings- og meistringssenteret (LMS)

Utgangspunkt for pasient- og pårørandeopplæring er handlingsprogrammet for pasient- og pårørande opplæring i Helse Midt-Norge 2004- 2007. Ei hovudsak for lærings- og meistringssenteret er at ein jobbar mot å bli ein naturleg del av spesialisthelsetenesta. Det er difor nødvendig at slik opplæringsverksemd blir forankra i dei kliniske avdelingane. Derfor er det oppretta opplæringskoordinatorar i alle kliniske avdelingar i Helse Sunnmøre. Desse skal syte for at informasjon og opplæring blir tilpassa pasienten sitt behandlingsforløp. Denne ordninga gjer opplæringskoordinatorane til ein endringsagent. Dei vil vere ein viktig faktor for å endre haldningar til opplæring, starte ein prosess for å sette opplæring på dagsorden.

Lærings- og meistringssenteret skal som støttestruktur vere med å integrere opplæring av pasientar og pårørande i organisasjonen og samarbeide med dei kliniske avdelingane i utvikling av dette området. Ein skal hjelpe avdelingane i planlegging, gjennomføring og evaluering av læringstilbodet. Det er nødvendig at det er eit nært samarbeid mellom lærings- og meistringssenteret og opplæringskoordinatorane. I tillegg til nettverksbygging innover i organisasjonen, vil det vere nødvendig med ei nettverksbygging i helseregionen. Denne nettverksbygginga har i stor grad skjedd på samlingar arrangert av Kompetansesenteret for pasientinformasjon og pasientopplæring.

Sentrale satsningsområder fram over vil vere utvikling av interne kurs i helsepedagogikk for personalet som driv med opplæring av pasientar og pårørande og organisasjonsutvikling innanfor same område. I tillegg vil det bli viktig å evaluere opplæringa slik at ein er i samsvar med pasientane og pårørande sitt behov.

Det blir arbeidd for å skaffe meir høvelege lokale for pasient- og pårørandeopplæringa både i Volda og Ålesund.

Kompetansesenter for pasientinformasjon og pasientopplæring(KPI)

KPI er eit regionalt kompetansesenter for pasientinformasjon og pasientopplæring er administrativt lagt til Helse Sunnmøre. Senteret skal gjennom forskning, opplæring, formidling og utvikling vere ein ressurs for helsepersonell og helseføretak i Midt-Norge. Lærings- og meistringssentra i helseføretaka er viktige samarbeidspartar. KPI har medverka til nettverksbygging og samarbeid mellom LMS i regionen. Dei har også teke initiativ til og koordinert tiltak som har medverka til kompetanseheving blant tilsette i LMS.

KPI har 5 tilsette. To av disse er stipendiatstillinger. Kompetansesenteret har kontor ved Høgskulen i Volda og har inngått samarbeidsavtale med høgskulen om to prosjektstillinger.

I løpet 2006 er det gjennomført ei evaluering av KPI. Den endelege rapporten frå denne vil ligge føre til neste møte i styringsgruppa, februar 2007.

Framover er det ønskeleg at KPI i større grad har fokus på korleis ein kan få til samarbeidsavtalar mellom kommunar og helseføretak.

2.7. Andre regionale styringskrav

Helse Sunnmøre skal

- *Utnytte effektivt de budsjett- og rapporteringsverktøya som er skaffa.*
- *Sørge for god løpande oppfølging av dei styringsmåla som er sett*
- *Medverke til høg kvalitet på rapportar og måltal, medrekna lik bruk av vedtekne prinsipp for rekneskap.*

Oppnådde resultat:

Helse Sunnmøre har gjennomført eit omfattande arbeid for å utvikle eigne budsjettverktøy og rapporteringsformat. Dette er gjort gjennom at omfattande relevant informasjon som inngår i budsjettføresetnadane for avdelingane og løpande styringsinformasjon i form av aktivitetsoversyn og økonomioversyn er tilgjengeleg på vårt intranett. I tillegg til dette har Helse Sunnmøre aktivt delteke i utviklinga av regionale budsjettverktøy, styringssystem og andre relevante system for betre økonomisk styring og kontroll. Helse sunnmøre leverer dessutan eit løpande rekneskap av høg kvalitet og rapportering av relevante aktivites- og måltal. Helse Sunnmøre prøver vidare å følgje vedtekne retningslinjer så raskt som det er praktisk mogleg å innrette system og rutiner i samsvar med endra krav.

Krav:

Helse Sunnmøre skal

- *Sørge for at det blir satt av tilstrekkelege ressursar til medverknad i prosjektarbeid, dette gjeld både pågåande og nye prosjekt.*
- *Sørge for at dei løysingane som blir utvikla i regionale prosjekt blir tekne i bruk*
- *Følgje opp implementeringa av nye løysingar og andre vedtekne omstillingstiltak slik at budsjettert gevinst blir realisert; dette føreset god løpande rekneskapsrapportering på avdelings- og aktivitetsnivå.*

Oppnådde resultat:

Helse Sunnmøre har ein lågt bemanna administrasjon med tilhøyrande stabseiningar. Dette er historisk betinga frå etableringa av helseføretaka. Helse Sunnmøre har likevel eit uttrykt ønske om å delta i utvikling av den regionale "agendaen" gjennom å delta i ulike utviklingsprosjekt. Deltakarar frå Helse Sunnmøre har i mange høve også tradisjon for å gje konstruktiv kritikk i prosjektfasen, men er likevel lojal når det kjem til implementering av regionale løysingar. Helse Sunnmøre har ein sjølvstendig ambisjon om å få økonomisk nytte av investeringar i samband med prosjekt. Vi ser likevel med uro på at svært mange prosjekt i regional regi har ein tendens til å mangle klare ambisjonar for gevinstrealisering som er operasjonelt gjennomførbare. Vi vonar difor at talet på utviklingsprosjekt kna reduserast for på ein betre måte å ta ut gevinsten i gjennomføringsfasen frå dei prosjekta som vert initiert.

Krav:

Helse Sunnmøre skal hjelpe til med utviklinga av, og følgje opp samordna regionale og nasjonale satsingar også på andre område. I 2006 gjeld dette spesielt:

- *Utvikling av en lønnspolitikk som støttar ein overordna nasjonal lønnspolitikk*
- *Følgje opp HINAS(Helseforetakenes Innkjøpservice A/S) forretningsplan, som er godkjende av dei regionale helseføretakene..*

Oppnådde resultat:

Helse Sunnmøre deltek aktivt i den regionale samhandlinga for å få oversyn over og kontroll med lønsutviklinga både lokalt, regionalt og nasjonalt. Helse Sunnmøre er ikkje nøgd med at vi i 2006 har fått ein lønsvekst som utgjør nær 1% meir enn det som var føresettt og tatt høgde for. Helse Sunnmøre følgjer vidare opp samarbeidet og arbeidsfordelinga innan innkjøpsområdet både i regionen og nasjonalt m.a. gjennom HINAS si rolle.

3. SAMANFATTANDE VURDERING

Helse Sunnmøre har også i 2006 hatt høg aktivitet, og dette har medført at vi framleis har god kontroll over ventetidene. I tillegg har Helse Sunnmøre innfridd dei fleste krava som er nedfelt i styringsdokumentet vedrørende pasientbehandling, pasient- og pårørandeopplæring, forskning og undervisning av helsepersonell. Dette skuldast stor innsats av leiarar på alle nivå og frå alle andre tilsette.

Helseføretaket er i ein vanskeleg økonomisk situasjon og vi har diverre ikkje muligheit til å ekspandere. utfordringa er å tilpasse driftsnivået til dei økonomiske rammene. Som eit ledd i denne tilpassinga har Helse Sunnmøre i perioden 2004-2007 redusert sengekapasiteten med 63 somatiske senger (eksklusiv kreftavdelinga). Helseføretaket har vidareført strategien om å overføre pasientar til poliklinisk- og dagbehandling, og frå sengepostar til pasienthotell. Som konsekvens av dette har vi i same perioden redusert tal stillingar med 109, (i dette talet har vi sett vekk frå auke som følgje av t.d. opptrappingsplanen for psykisk helse, kreftplan, og rehabilitering/habilitering).

Arbeidet med ytterlegare driftsomleggingar og omstillingar må vidareførast. Ein føresetnad for å lykkast i dette omstillingsarbeidet er at leiarar på alle nivå nyttar kommunikasjon som strategisk leiarverktøy – både mot interne og eksterne målgrupper.

Hovudfokuset for Helse Sunnmøre i 2007 blir å tilpasse investeringar og drift til gitte økonomiske rammes, setje i verk allereie vedtekne nye tilbod (jf. kap. 5.1.2. og 5.2.2.) samt implementering av Helse Midt-Noreg sin Eigarstrategi for 2010.

STYRET SITT PLANDOKUMENT

4 INNLEIING (PASIENTGRUNNLAG OG GENERELLE UTVIKLINGSTREKK)

Endringar i folkemengda i Volda og Ålesund sjukehusområde frå 2002 til 2020, inneber ein samla auke i folketalet i Helse Sunnmøre frå 127.444 til om lag 137.258 (ein auke på 7,7%).

Helse Midt-Norge sine analysar av endringar i befolkninga si bruk av sjukehus i perioden 2001 til 2003/2004, viste for Helse Sunnmøre sin del ein klar sentraliseringstendens. Dette inneber at folk frå Volda sjukehusområde i aukande grad nytta Ålesund sjukehus, utan at det motsette skjer.

Når det gjeld mengda somatiske pasientar frå Helse Nordmøre og Romsdal behandla i Helse Sunnmøre er utviklinga slik:

Opphaldstype	2003	2004	2005	2006 (pr. 19. nov.)
Døgnopphald	1500	1501	1520	1364
Liggedøgn	11009	10894	10944	10105
Dagopphald	859	596	643	755
Polikliniske konsultasjonar	6526	7012	7555	7592

Auken i tal polikliniske pasientar gjeld i hovudsak ortopedi og hudsjukdommar behandla ved Ålesund sjukehus.

Når det gjeld mengda somatiske pasientar frå Helse Vest behandla i Helse Sunnmøre er utviklinga slik:

Opphaldstype	2003	2004	2005	2006 (pr. 19. nov.)
Døgnopphald	230	197	275	178
Liggedøgn	3021	2821	1915	1433
Dagopphald	16	3	13	3
Polikliniske konsultasjonar	609	676	1274	1428

Auken i tal polikliniske pasientar gjeld i all hovudsak urologi behandla ved Volda sjukehus. Dette må sjåast i samanheng med redusert behandlingstilbod ved sjukehuset på Nordfjordeid.

Helse Sunnmøre har framleis rimeleg god kontroll på ventelistene både innan somatikk og psykiatri. Gjennomsnittleg ventetid i Helse Sunnmøre var pr. 31.10.06 89 døgn, medan gjennomsnittet i Helse Midt-Norge var 94. Vi forventar ein reduksjon i ventetidene i løpet av dei to siste månadane i 2006.

Helse Sunnmøre vidarefører strategien med hovudvekt på redusert liggetid, dagbehandling, bruk av pasienthotell og optimalisering av pasientforløp.

5 PASIENTTILBOD

5.1 Pasientbehandling somatikk

5.1.1 Utvikling av eksisterande tilbod

Kreftavdelinga

Kreftavdelinga omfattar poliklinikk, stråleterapieining og 16 av dei 24 sengene i sengeposten har kome i drift. Avdelinga inneber at 1/3 av strålekapasiteten i Midt-Norge ligg ved Ålesund sjukehus, og store pasientgrupper får dermed eit optimalt stråleterapitilbod nær heimstaden.

Pr. d.d. har ikkje Helse Sunnmøre økonomisk handlingsrom eller legespesialistar nok til å kunne ta i drift dei resterande 8 sengene på sengeposten.

Frå hausten 2006 er det etablert palliative ambulerande team ved både Volda og Ålesund sjukehus. Teama skal ha både rådgjevande og rettleiande funksjon for både første- og andrelinetenesta, og vil i løpet av 2007 vere i full drift.

Pasienthotell

Det tidlegare sjukehotellet vart i samband med etableringa av kreftavdelinga modernisert og ombygd til eit moderne pasienthotell. Dette var ein føresetnad for å kunne etablere eit stråleterapitilbod ved Ålesund sjukehus. Hotellet med 34 gjesterom har vore i drift frå februar 2006. Som ein konsekvens av dette har ein redusert med 18 somatiske senger ved Ålesund sjukehus. I tillegg nyttar kreftavdelinga mellom 6 og 10 senger ved pasient hotellet.

Frå 1. januar 2007 reduserer Ålesund sjukehus sengetalet med 12 barselsenger. Desse barselkvinnene vert også overflytta til pasienthotellet.

For Helse Sunnmøre er etableringa av pasienthotellet eit strategisk viktig vegval og tilpassing til reduserte driftsrammer.

Isolatkapasitet

Ved Helse Sunnmøre skal forholda ligge til rette for å isolere pasientar med isoleringstrengande diagnosar. 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.

Den nye nasjonale isoleringsrettleiaren gir ikkje normtal for kor mange isolat av ulike kategoriar som er naudsynt ved det einskilde sjukehus. I medhald til Helse Midt-Norge sin handlingsplan for smittevern framgår det vidare at det er det einskilde helseføretak som på bakgrunn av ei behovs- og risikovurdering må vurdere behovet for isolat. I Helse Sunnmøre har ei eiga arbeidsgruppe vurdert desse forholda, og rapporten med tilrådingar frå denne arbeidsgruppa vart behandla av styret i mai 2004 (Styresak – 28/2004 A). Som ein konsekvens av dette planlegg Helse Sunnmøre bygging av 3 luftsmitteisolat med tilhøyrande korridor mellom høg- og lavblokka ved Ålesund sjukehus. Vidare planlegg ein etablering av luftsmitteisolat også ved Volda sjukehus. Grunna avgrensa investeringsmidlar, er byggestart for isolata både i Volda og Ålesund usikkert.

Ny barneavdeling

Sengeposten har drifts- og kvalitetsproblem relatert til knapt areal. Mange av problema er relatert til store endringar innan medisinsk behandling og plassproblema vart ytterlegare forsterka av forskriftene om barn på sjukehus. Desse seier at alle barn under 18 år, kan ha med seg ein av foreldra, ved alvorleg sjukdom begge. Eit pasient-tal på 12-1400 pr. år, betyr plassbehov for 3-4200. Etter forskriftene skal barneavdelinga ta seg av barn heilt opp til 18 års alder, ikkje berre til 14 som den var bygd for.

Dei fleste pasientane har infeksjonar og treng omgåande hjelp (70-75%). I perioden oktober til mars, er det vanleg med korridorpatientar. Dette betyr fare for smitte også for dei pasientane som i utgangspunktet ikkje har infeksjon. Verst er det for barn med kreft, mange av desse har svekka immunapparat pga. cytostatika.

For å klare drifta i dag, er liggetida redusert til 2,0 døgn, dette er for lågt.

Sengeposten har eit altfor høgt sjukefråvær etter periodane med overbelegg (19-20% topp, årstal 8-9%).

Ein ny barnemedisinsk sengepost må delast i ei driftseining for barn med infeksjonar og ei utan. Infeksjonseininga, som vil kunne samanliknast med sengeposten i dag, får også to isolat med sluse og trykkregulering.

I den reine delen av sengeposten vil ein dels ha dagpasientar med meir omfattande utgreiingsbehov, dels vidare postoperative opphald, barn med kreft som har svekka immunapparat, terminalpleie av barn med medfødde sjukdommar eller kreft.

Neonatal intensivseksjonen var ikkje planlagt eller bygd ved innflyttinga i 1971. Det vart derfor ved utskillinga av seksjonen frå barnemedisinsk sengepost i 1978, laga ein del provisorium, som seinare er ombygd i deler av den opphavlege barneavdelinga. Dette er eit fagområde der det har skjedd svært mykje. I fylket sin helseplan vart seksjonen på 80-talet normert med 4 høgintensive plassar (nivå III), og totalt 14 plassar, utan at det vart gjort tilsvarende bygningsmessige tilpassingar.

Dagens seksjon gir ingen mulighet til oppdeling mellom dei kritisk dårlege og dei litt friskare barna. Også her manglar det isolat ved alvorlege smittsame infeksjonar hos nyfødde. Det manglar også opphaldsrom, wc, dusjar og soverom for foreldre.

Seksjonen har eit høgt sjukefråvær, svært mykje relatert til arbeidsmiljø og fysiske belastningar. Topp 17-21%, årstal om lag 9%.

Vidare utvikling:

Ei ny barneavdeling må vere fleksibel til å kunne møte endringane i medisinsk behandling. Dagens barneavdeling har spesialfunksjonar for heile Møre og Romsdal innanfor nyfødtdedisin og barn med medfødde hjartefeil. I praksis tar vi også mot barn med kompliserte sjukdommar frå resten av fylket (kreft, systemsjukdommar, utviklingsavvik, intensivbehandling) og ein del sjuke nyfødde frå Nordfjord, når veret gjer det umogleg å fly til Haukeland. Også for andre pasientgrupper frå Nordfjord, kan avdelinga vere eit alternativ, ut i frå storleik og reiseavstandar. Vi avventar regionale og nasjonale føringar med funksjonsfordeling, men trur det vil gå i retning av ei større barneavdeling i kvart fylke, med satellittfunksjonar. Dimensjoneringa av den nye avdelinga er bygt på dagens drift og tar ikkje høgde for desse endringane. Funksjonsfordelinga skal opp i styret i Helse Midt-Norge i samband med Prosjekt 2010.

Styret for Helse Sunnmøre behandla saka om ny barneavdeling i 4 styremøte som har resultert i "prosjekt ny barneavdeling". Prosjektet har vore gjennom idesøk-fase og hovudfunksjonsprogrammet vart godkjent av styret i april 2004. Det er gjennomført ein plan- og designkonkurranse etter mønster brukt av Helsebygg Midt-Norge. Forprosjektet med plan for inndekking av meirkostnadar er godkjent av styret for Helse Sunnmøre og oversendt til vidare behandling i styret for Helse Midt-Norge. Uavhengig av kva som skjer innan funksjonsfordeling innan nyfødtdedisin i Helse Midt-Norge vil Helse Sunnmøre ha behov for ny barneavdeling.

Rehabiliteringstilbodet

Samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta er eit nasjonalt satsingsområde og seinast i St.prp. nr. 1, Nasjonal Helseplan, er dette eit stort tema. Helse Midt-Norge har i budsjettet for 2007 lagt inn 15 millionar kroner til samhandlingsprosjekt mellom helseføretaka og kommunehelsetenesta. Ein ønskjer med desse midlane å stimulere til prøveprosjekt for å styrke samhandlinga mellom dei to nivåa og å utvikle tilbod som er i grenseland mellom 1. og 2. linjetenesta.

Dersom vi ser på tilbod vi i dag har i Helse Sunnmøre som kan vere aktuelt å søkje om å få etablere som slike prøveprosjekt, er rehabiliteringsinstitusjonane Mork og Nevrohjemmet aktuelle. Helse Sunnmøre har i dag eit tilbod som er dimensjonert for heile Møre og Romsdal, medan finansieringssystemet vårt legg opp til at vi for framtida skal dimensjonere spesialisttilbodet for innbyggjarane på Sunnmøre. Vi har i dag tilbod innan rehabilitering som kan definerast som 1 1/2 linje teneste – altså i grenseland mellom 1. og 2. linjetenesta. Dette gjeld spesielt rehabilitering av slagpasientar. Med dette som utgangspunkt bør det vere interessant både for Helse Sunnmøre og kommunane på Sunnmøre å delta i eit prosjekt omkring framtidig drift av desse rehabiliteringsinstitusjonane. Helse Sunnmøre vil i 2007 ta initiativet til eit slikt samhandlingsprosjekt med kommunehelsetenesta innanfor rehabiliteringsfeltet.

Tilbod til kroniske smertepasientar

På søre Sunnmøre består spesialisthelsetenestetilbodet til smertepasientar i hovudsak av tilbodet gitt av spesialist i anestesi med 20% driftstilskot i Volda.

På nordre Sunnmøre har ein ved Ålesund sjukehus i mange år hatt tilbod til smertepasientar både ved anesthesiavdelinga og ved avd. for fysikalsk medisn og rehabilitering. Desse tilboda har i stor grad vore basert på personleg engasjement.

Dette er pasientgrupper som skal prioriterast høgt. Helse Sunnmøre må derfor sikre at det vert etablert eit stabilt og kvalitativt godt tilbod til desse pasientgruppene. Utfordringa er å etablere tverrfagleg samansett team som får tilrettelagt lokale til disposisjon.

Intensivkapasiteten ved Ålesund sjukehus

I samband med drøftingar omkring strategi for Helse Sunnmøre, har ein konkludert med at det er eit stort behov for å ha ein gjennomgang av intensivkapasiteten i føretaket og då spesielt ved Ålesund sjukehus. Utgangspunktet for drøftinga er at det blir opplevd at vi i dag har liten intensivkapasitet til trass for at vi likevel har relativt bra med plassar for intensivbehandling samanlikna med andre sjukehus. Det er også ein realitet at vi har eit arealproblem. Ei eiga arbeidsgruppe utarbeidde våren 2006 ein eigen rapport om intensivkapasiteten ved Ålesund sjukehus. I rapporten er følgjande forhold utgreidd:

- Er det mogleg å få ei betre utnytting av areala som ein har til disposisjon i dag?
- Vurdering av alternative organisasjonsmodellar.
- Vurdere driftsmessige endringar m.a. ved val av annan organisasjonsmodell.

Med bakgrunn i denne rapporten vil Helse Sunnmøre i 2007 ta stilling til framtidig dimensjonering og organisering av intensivkapasiteten ved Ålesund sjukehus.

Areal som føresetnad for behandlingstilbodet

Ålesund sjukehus vart teke i bruk i januar 1971 og Volda sjukehus i 1986. Den medisinske utviklinga har vore rivande i dei åra som hargått sidan sjukehusa vart bygd. Arbeidssituasjonen ved fleire avdelingar ber preg av dette.

Gjennom "God Vakt"-kampanjen, fekk Ålesund sjukehus ei rekkje pålegg frå Arbeidstilsynet vedr. sengepostane. For å sikre at dei naudsynte ombyggingane av sengepostane samsvarer med moderne organisering og forventade framtidige aktivitetar og kapasitetsbehov, har Helse Sunnmøre fått utarbeidd ein utviklingsplan for sengepostane. For vidare å sikre at dei framtidige fysiske rammene ikkje skaper bindingar for komande ny- og ombyggingar samt omflyttingar internt i sykehuset som følgje av utviklingsplanen for sengepostane, har Helse Sunnmøre også igongsett arbeidet med ein samla bygningsmessig utviklingsplan for heile Ålesund sjukehus. Denne utviklingsplanen skal inngå som ein av ei rekkje føresetnadar før det kan gjerast vedtak om framtidige investeringar i sykehuset.

Helse Sunnmøre HF har engasjert helseplanavdelinga i Arkitektfirmaet C F Møller til å utarbeide ein samla utviklingsplan for Ålesund sjukehus. Dette arbeidet vil vere slutført primo 2007.

Helse Sunnmøre har elles ein eigen arealplan (jfr. styresak 10/2003 A) som skisserer dei viktigaste omdisponeringane av ledige areal som må gjerast på kort sikt. Arealplanen har som målsetting å betre pasienttilbodet og få til ei meir effektiv arealutnytting. Nedanfor framgår dei viktigaste elementa i arealplanen og andre sentrale arealbehov som må løysast.

Arealbehov ved Ålesund sjukehus

Tann-/kjeveseksjonen i Ålesund disponerer ei seng, og avdelinga driv hovudsakleg poliklinisk og dagkirurgisk behandling. Lokalitetane til seksjonen er ikkje tilfredsstillande, og helseføretaket har vedteke å flytte seksjonen over i ledige lokale i 1. etg. høgblokka. Flyttinga til nye lokale vil skje hausten 2007. Ei slik flytting av seksjon for tann/kjeve vil også betre arealsituasjonen for poliklinikken ved ortopedisk og kirurgisk avdeling i Ålesund, noko som er viktig for å få til rasjonell poliklinikkdrift.

Hørselsentralen i Ålesund har fortsatt lange ventetider. Ein føresetnad for å optimalisere drifta i seksjonen er nye og utvida lokale. Helse Sunnmøre har planane klar for flytting av hørselsentralen til ledige lokale i 1. etg. høgblokka. Ei slik flytting vil primært betre

forholda ved hørselsentralen, men også tilføre resten av ØNH-avdelinga areal slik at avdelinga kan etablere nye og utvide eksisterande pasienttilbod. Nye lokale til hørselsentralen vil først stå ferdig etter at ombygginga av tann/kjeve er fullført.

Ved sjukehuset er det behov for å etablere både observasjonspost og felles akuttmottak (FAM). Innanfor eksisterande arealramme er slik etablering ikkje mogleg. Ei eiga arbeidsgruppe har utgreidd arealmessige konsekvensar ved etablering av observasjonspost og FAM i Ålesund. Dette krev ombygging og tilbygg, men vil samstundes betre den vanskelege arealsituasjonen både i mottak og AMK. Prioriteringane vedr. etableringane av observasjonspost og FAM i Ålesund er ikkje slutført.

Areala for både vaksen- og barnehabilitering er lite hensiktsmessige. Desse har areal i ei bustadblokk med tronge trappeløp og heisløysing som er dårleg tilpassa funksjonshemma.

Likeså er areala for avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering lite hensiktsmessige og lite eigna til å drive aktiv rehabilitering. Helse Sunnmøre avventar konklusjon i oppfølginga i handlingsplanen for fysikalsk medisin og rehabilitering og habilitering for endeleg konklusjon m.o.t. areal.

Arealbehov ved Volda sjukehus

Det er gjort vedtak om etablering av MR, dialyse og palliativ team/eining ved Volda sjukehus. Etableringa av desse tilboda føreset arealomdisponering og/eller påbygg.

Etableringa av MR skal løysast ved påbygg i 1. etg. i tilknytning til radiologisk avdeling sine lokale. Bygget vil ha eit bruttoareal på 132 m² og ha ei kostnadsramme på 17 mill. kr. Byggestart vert tidlegast i 2008.

Dialysen planlegg ein å etablere i medisinsk sengepost (4. etg.). Som ein konsekvens av dette flyttar ein diabetes- og hjertesviktpoliklinikken og medisinsk og kirurgisk ekspedisjon/skriveteneste til 5. etg. Finansiering av desse ombyggingane er sikra ved Helse- og omsorgsdepartementet sine midlar til styrking av lokalsjukehusa.

Laboratorieavdelinga sine lokalitetar i Volda er også tronge og treng utviding for å kunne støtte krava til drift av m.a. blodbanken.

Den palliative eininga (4 senger) er etablert i medisinsk sengepost. Også etableringa av palliativt team og eining i Volda må løysast ved å omdisponere areal i 5. etg. som i dag vert nytta til administrative funksjonar. I 2007 må vi også ta stilling til korleis Kløverturn skal brukast.

5.1.2 Vedtekne nye tilbod

Etablering av MR i Volda

MR-undersøkingar inngår som ein naudsynt del av den daglege verksemda i dei fleste kliniske avdelingane. Dette fordi MR gir sikrare og betre diagnostikk og sparer pasientane for unødig stråling ved røntgenundersøkingar. MR-diagnostikk må derfor vere ein integrert del av verksemda ved eit moderne sjukehus. I tillegg er MR-teknologi ein viktig faktor når det gjeld rekruttering av alle typar legespesialistar.

Styret for Helse Sunnmøre har gjort vedtak om etablering av MR ved Volda sjukehus. Etablering av MR er dermed eit viktig strategisk grep for gjere Volda sjukehus i stand til å ivareta den viktige rolla sjukehuset er tiltenkt i Helse Sunnmøre.

Ei eiga arbeidsgruppe har vurdert arealbehov, driftsopplegg, utstyr og drifts- og investeringskostnadar ved etablering av MR i Volda. Arbeidsgruppa rår til arealbehovet i vert løyst ved påbygg i 1. etg.

Det må vere ei målsetting at MR ved Volda sjukehus kjem i gong i 2008.

Satelittdialyse

Helse Sunnmøre opplever aukande behov for kronisk dialyse. Pr. d.d. føregår all dialysebehandling på Sunnmøre ved Ålesund sjukehus. Dette påfører pasientane belastningar med relativt lange reiser til og frå behandling, og helseføretaket vert belasta med tilsvarande store transportkostnadar. Etablering av satelittdialyse lokalisert ved Volda sjukehus som ei satellitteining under nyreseksjonen i Ålesund, vert både av brukarar og fagfolk vurdert som positivt.

Helse Sunnmøre har derfor i løpet av 2005 utgreidd etablering av ei dialyseining ved Volda sjukehus. Utgreiinga omhandlar pasientgrunnlaget, arealsituasjonen, investerings- og driftskostnadar, personellbehov og organisering. Så lenge Helse Sunnmøre har det faglege tilsynet med satellitteiningane i Kristiansund og Fræna, er føresetnaden for etablering av tilbodet i Volda ein auke i tal nyrespesialistar. I medhald til planane i Helse Nordmøre og Romsdal, vil eigen nyrespesialist kunne ta ansvaret for nordre del av Møre og Romsdal rundt årsskiftet 2007/2008.

5.1.3 Nye tilbod under planlegging

Distriktsmedisinsk senter

Distriktsmedisinsk senter er eit relativt nytt omgrep som er lansert som eit tiltak for å styrke samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunane. Distriktsmedisinsk senter er eit etter måten vidt omgrep der ein kan få plass til ulike organisasjonsformer og modellar. Helse Midt-Norge har sett av midlar til pilotprosjekt der ulike organisasjonsformer og modellar kan bli prøvd ut. Det vil vere naturleg at Helse Sunnmøre vurderer eit prosjekt tilpassa dei utfordringane vi har på Sunnmøre. Ytre Søre Sunnmøre peiker seg ut som ein naturleg stad for eit slikt prosjekt. Dette er eit område som består av 4 kommunar med til saman omlag 22500 innbyggjarar. Kommunikasjonsmessig er dei 4 kommunane knytt til kvarandre, og dei har det til felles at innbyggjarane treng ferje for å kome til sjukehus. Eiksundsambandet skal etter planen stå ferdig i 2007, men det skulle ikkje vere noko argument mot at ein prøver ut ein slik modell i dette området.

Innhaldet i eit slikt pilotprosjekt må greiast nærare ut i samarbeid mellom føretaket og kommunane, men ein kan tenkje seg slike område som til dømes:

- geriatri og gerontopsykiatri
- habilitering og rehabilitering
- systematisk konsultativ bistand i somatiske sjukeheimar
- oppbygging av spesialtilbod innan lindrande behandling ved nokre sjukeheimar
- forbetra fagleg oppfølging av psykisk utviklingshemma og psykiatriske pasientar med åtferdsvanskar og samansette medisinske behov
- pasientopplæring

Det er behov for systematisk kompetanseoppbygging og kapasitet på slike område i kommunane. Det vil truleg vere naturleg at prosjektet vurderer ulike tilknytingsformer mellom spesialisthelsetenesta og kommunane. I første omgang kan ein sjå for seg tre ulike alternativ som bør vurderast nærare:

1. Det utvida og formaliserte samarbeidet blir knytt opp mot ei sengeavdeling til dømes etter mønster frå eit tilsvarande prosjekt i Trondheim. Der kan ein vise til gode resultat frå denne type samarbeid

2. Ambulerande spesialistar
3. Kompetanseoverføring sett i system

Som ein konsekvens av dette bør Helse Sunnmøre invitere dei fire aktuelle kommunane slik at vi i samarbeid kan greie ut eit slikt pilotprosjekt og søke om midlar frå Helse Midt-Norge til utgreiing og gjennomføring av prosjektet. Avhengig av erfaringane ein gjer, vil det så seinare vere naturleg å vurdere å utvide ordninga til andre kommunar.

Observasjonspost og felles akuttmottak (FAM) ved Ålesund sjukehus

Ved norske sjukehus vert det elles meir og meir vanleg å organisere felles akuttmottak (FAM) i samarbeid med kommunehelsetenesta. Helse Sunnmøre må ha som målsetting å få etablert FAM ved Ålesund sjukehus samlokalisert med mottak/AMK og framtidig observasjonspost utan at vi kan tidfeste når dette kan realiserast.

Utgreiing av framtidig PCI-behandling i Helse Sunnmøre (Ålesund sjukehus)

Styret for Helse Sunnmøre gjorde i sak 46/04 A slikt vedtak:

1. *Styret meiner at ein må arbeide for å opprette PCI-behandling ved Ålesund sjukehus som ei sateliteining frå St. Olavs Hospital*
2. *Utgreiing av eit slikt tilbod blir satt i gang så snart som mogleg.*
3. *Styret ber om å bli førelagt ein førebels rapport om saka våren 2005.*

I Helse Midt-Norge er det igongsett eit evalueringsarbeid av PCI-tilbodet i regionen, der spørsmålet om oppretting av PCI i Ålesund, fagleg underlagt St. Olavs Hospital, også skal utgreiast.

Konklusjonen i denne utgreiinga føreligg på noverande tidspunkt ikkje.

5.2 Pasientbehandling vaksenpsykiatri

5.2.1 Utvikling av eksisterande tilbod/opptrappingsplan

Vaksenpsykiatrien er no organisert i ei felles avdeling, tiltaket skal evaluerast om 1 år for å sjå om ordninga har medverka til betre rekruttering av spesialistar, betre ressursutnytting og større fleksibilitet i bruk av personale. Strukturen med to akuttposter som har ansvar for definerte geografiske områder har vist ein del svake sider. Vi endrar derfor til eit tydlegare skilje mellom diagnosegrupper og ulike funksjonsnivå, og etablerer samtidig ein subakutt seksjon som både er open og lukka. Argument for ei slik restrukturering er at menneske med svært ulike psykiske lidingar og funksjonsnivå i større grad kan sleppe å dele fellesareal og personalressurs, og at flytting frå lukka til open plass kan skje så snart pasienten ikkje lenger har behov for ramma omkring ein lukka plass. Denne endringa medverkar til at den enkelte av personalet får avgrensa sitt faglege fokus, og med det ein betre tilrettelegging for faglig fordjuping og spesialisering.

Vaksenpsykiatrisk avdeling vil i framtida bestå av følgjande seksjonar:

Mottakseksjon med akutt-team

Tidligare post A vil bli mottaksseksjon med 8 sengeplassar. Seksjonen tar gjennomsnittleg imot 2 – 3 pasientar per døgn som i gjennomsnitt har opphald på fire døgn. Seksjonen er kompetansebase for eit akutt-team som kan rykke ut mellom 09.00 – 20.00. Akutt-teamet kan reise ut same dag eller dagen etter melding, og skal sikre at primærhelsetenesta får nødvendig bistand i form av vurdering, kriseintervensjon og rådgjeving døgnet rundt, alle dagar.

Mottakseksjonen si hovudoppgåve blir å ta hand om pasienten og raskt vurdere situasjonen pasienten er i. Spesialist gjer den diagnostisk vurderinga og legg

behandlingsplana i samarbeid med pasienten, andre fagfolk og eventuelt den som har tilvist pasienten.

Sjukepleiarane, som har hovudansvaret for eit trygt og terapeutisk miljø inne i avdelinga, lagar individuell plan. Pasientar blir tatt imot ved krise med rask utskriving når krisen er over, til vidare poliklinisk behandling.

Subakutt seksjon

Tidlegare post B og C med hittil 8 sengeplassar vil bli slått saman til ein ny subakutt seksjon med 16 sengeplassar. Seksjonen tar i hovudsak imot pasientar med sjukdomar som psykosar, forvirring og mani. Romløyninga gjer at seksjonen tidvis kan fungere både som open og lukka post.

Spesialseksjon

Tidligere post D vil bli spesialseksjon med 14 sengeplassar. Seksjonen tar i hovudsak imot pasientar med sjukdomar som depresjon, angst, psykosomatiske lidningar og spiseforstyrking. Tilbod om ECT vil bli vidareført her.

Langtidseksjon

Tidligere post E på Larsnes blir langtidseksjon med 8 sengeplassar. Seksjonen har gode romtilhøve, og gir tilbod til menneske med ulike psykiske sjukdomar. Seksjonen har føresetnad for å ta imot pasientar til tvungent ettervern, og har tilstrekkelig stor miljøbemanning.

Distriktpsikiatriske sentra (DPS)

DPS er no hjørnesteinen i psykisk helsevern, til forskjell frå før då sentralsjukehusa stod for hovudbehandlingstilbodet. Brukarar, pårørande og medarbeidarar i kommunane skal enkelt finne ut kor dei kan vende seg, og kven som er ansvarlig for vidare oppfølging. Eit DPS skal ha et definert opptaksområde. Kvart DPS skal koordinere vegleingstilbod til medarbeidarar i kommunane i opptaksområdet. Tilmeldte pasientar frå spesialseksjonane/akutteamet skal alltid ha prioritet for inntak til DPS.

Styrking av kompetanse og bemanning

Sentrale mål om DPS som lokalsjukehus i psykiatri kan ikkje realiserast utan betre kompetanse og bemanning. Talet på faste stillingar for legar og psykologar må auke. Miljøbemanninga må auke, også på kveld og natt; og for at pasienten skal få betre nytte av opphaldet sitt til endringsarbeid må miljøpersonalet sin kompetanse auke. Bemanning og kompetanse i våre tre DPS skal auke kvart år i fem år.

Poliklinisk verksemd i DPS

Polikliniske funksjonar i DPS er oppfølging av eigne pasientar, for det meste tidlegare innlagte pasientar som det er naturleg at DPS gir vidare oppfølging til.

Ambulante og akutte tenester ved DPS

Ambulante funksjonar blir forvern til søkjarar, nettverkssamtalar, rehabiliteringsprogram i eigen bustad (med tverrgående rehabiliteringsfunksjon for eigne pasientar) og ettervern til kjende pasientar. DPS gir ambulante tenester på spesialistnivå, med fagleg vurdering for inntak til kriseplass i DPS, hastetime i poliklinikk eller mottaksseksjonen på sjukehuset.

DPS skal inngå som ein fast del av akuttkjeda på spesialistnivå og kunne tilby akutt- og krisetenester i eit omfang som er tenlig i forhold til geografiske og personellmessige vilkår.

Volda DPS

Opptaksområdet til Volda DPS er kommunane: Vanylven, Sande, Herøy, Ulstein, Volda og Ørsta, med til saman ca. 40 200 innbyggjarar. Tidlegare Volda psykiatriske senter og

Vaksenpsykiatrisk poliklinikk Volda er endra til Volda Distriktpsikiatriske Senter, med ein seksjonsleiar, ei adresse.

I tillegg vil Volda DPS oppretthalde ECT-behandling, både som spesialisert teneste til innbyggjarane i opptaksområdet, og for å sikre at vaksenpsykiatrisk avdeling alltid har nok kapasitet til ECT-behandling utan venting.

Vegsund DPS

Opptaksområdet til Vegsund DPS er kommunane: Ålesund, Hareid, Sula, Giske og Sykkylven med til saman ca. 66 000 innbyggjarar.

Sjøholt DPS

Opptaksområdet til Sjøholt DPS er kommunane: Ørskog, Norddal, Stranda, Stordal, Skodje og Haram med til saman ca. 22 000 innbyggjarar. Sjøholt DPS skal i tillegg gi tilbod til menneske med alvorlig scizofrenisjukdom.

DPS står for det allmenpsykiatriske tilbodet til innbyggjarane i opptaksområdet og har eit tett samarbeid med kommunane/fastlegane..

Når kommunehelsetenesta ber om spesialisert utgreiing og behandling, skal DPS gi det.

Vaksenpsykiatrisk poliklinikk i Ålesund

Opptaksområdet til Vaksenpsykiatrisk poliklinikk er kommunane Ålesund, Hareid, Sula, Giske, Sykkylven, Ørskog, Norddal, Stranda, Stordal, Skodje og Haram med til saman ca. 88 000 innbyggjarar.

Vaksenpsykiatrisk poliklinikk i Volda

Opptaksområdet til Vaksenpsykiatrisk poliklinikk i Volda er kommunane Vanylven, Sande, Herøy, Ulstein, Volda og Ørsta med til saman ca. 40 100 innbyggjarar.

Vaksenpsykiatrisk poliklinikk står for det spesialiserte polikliniske tilbodet til innbyggjarane i opptaksområdet, og er kompetansebase for polikliniske funksjonar til pasient i DPS og hos kommunar/fastlegar. Poliklinikken er sentrum i nettverket for utvikling og vedlikehald av polikliniske tenester i sitt opptaksområde, og gir supervisjon for spesialistar under opplæring.

Vaksenpsykiatrisk poliklinikk tar imot alle nytilvisingar om psykiatriske polikliniske teneste for vaksne i opptaksområdet. Der fastlege søker spesialisert utredning og behandling skal Vaksenpsykiatrisk poliklinikk gi det. Vaksenpsykiatrisk poliklinikk har tett samarbeid med kommunane/fastlegane.

Målet er 60 fagstillingar ved poliklinikkane innan år 2008.

5.2.2 Vedtekne nye tilbod

Alderspsykiatrisk post

Styret i Helse Midt-Norge RHF har godkjent forprosjektet og finansiering av alderspsykiatrisk post og poliklinisk. Byggetiltaket blei utsett i påvente av finansiering, byggstart ca 01.03.07, innflytting 01.02.08. Alderspsykiatrisk poliklinikk blei etablert 01.10.06 i mellombelse lokale og poliklinikken har etablert eit godt samarbeid med alderspsykiatrisk seksjon på Hjelset.

Schizofrenibehandling for yngre

Tilbodet er no etablert ved vaksenpsykiatrisk avdeling (samarbeid mellom alle seksjonar i vaksenpsykiatrisk avdeling). Behandlingstilbod til pasientar med dobbeltdiagnose (alvorleg sinnsliding og rusmisbruk) blir gitt ved alle einingar i vaksenpsykiatrisk

avdeling. Det ligg i dag ikkje føre konkrete planer om eigen seksjon til denne gruppa. Oppretting, tilknytning og lokalisasjon må avklarast nærare med Rusføretaket.

5.2.3 Spesielt om sikkerheitspsykiatrien

Vi meiner det vil vere rett å bygge ut ei avdeling i helseregionen med høg kompetanse innan fagområdet. Om denne kompetansen kan samlast i Helse Nordmøre og Romsdal, så har vi ikkje innvendingar til ei slik løysing. Helse Sunnmøre ønskjer å nytte det sikkerheitspsykiatriske tilbodet som blir utvikla i helseregionen, men vi ønskjer å ta hand om rehabiliteringa sjølve.

5.3 Pasientbehandling psykiatri barn og unge

Poliklinikkane skal dekke alle polikliniske funksjonar knytt til undersøking/observasjon, direkte behandling og konsultasjon til og samarbeid med andre instansar for aldersgruppa 0 – 18 år. på Sunnmøre.

Poliklinikken flytta inn i nye lokale i Ålesund som planlagt den 27. januar 2006.

BUP Volda flytta inn i nye ombygde lokale den 01.03 06.

Målet er 56 fagstillingar ved dei 2 poliklinikkane (BUP) innan år 2008.

Ungdomspsykiatrisk avdeling (UPA) blir vidareført som før med fylkesdekkjande funksjon. Avdelinga har 8 sengeplassar som no er fordelt på 4 akutt og 4 utgreiingsplassar. Ein planlegg meir utadretta verksemd. Utvikling av tilbodet til barn og unge

Vår UPA er et fylkesdekkande tilbod som også brukast av Helse Nordmøre og Romsdal. På same måte har Helse Nordmøre og Romsdal et tilbod om utredning av familiar på Sagbakken som vi bruker.

Vi vil gjere ei vurdering av om vi framleis skal bruke Sagbakken eller om vi vil bygge opp et familieutgreiingstilbodet i vårt område. Det behøver ikkje nødvendigvis være et tilbod der familiar leggst inn, men i og med at vi har poliklinikk og sengepost "vegg i vegg", vil vi kunne sjå på de mulegheitene ein kombinasjon poliklinikk/innlegging gir.

Vi har allereie begynt å tenke utvikling av UPA i forhold til endring i bruk av akuttplassane når Helse Nordmøre og Romsdal tar over egne akutt-innleggingar (frå 2008 – utbygging av Knausen). Den faglege utviklinga tilseier omlegging frå inneliggande pasientar til meir ambulant og utettervend verksemd. Vi meiner vi har store muligheter til å utvikle et godt utettervend tilbod også i samarbeid med skolen som Fylkeskommunen driv i tilknytning til UPA. Vi skal gi barn og unge eit behandlingsopplegg som i størst mulig grad gjer at dei framleis kan vere i eiga skole- og nærmiljø i staden for å bli innlagt i sjukehus over lengre tid. Vi trur ikkje at vi kan være utan sengeplassar, men vi kan bruke dei fleksibelt og tilpassa dei behov barn/unge og deira familiar har.

Vi vil alltid ha nokre pasientar som er så hjelpetrengande at vi ikkje har fysiske rammer til å hjelpe dei her. Vi har ein slik pasient nå, og trur ikkje førekomsten er større enn det. Dette er ressurskrevjande pasientar både økonomiske og kompetansemessig, og saman med dei andre føretaka har vi foreslått at det vert oppretta ei felles eining for desse i regionen. Anslaget er ca fem pasientar til ei kvar tid i regionen.

Når det gjelder utvikling av poliklinikkane er som tidligare sagt den største utfordringa å få tilsett fleire spesialistar. Dette er viktig både for å kunne gi tilbod til fleire, men også for utviklinga av et differensiert tilbod. I tillegg til generalistteam har vi no småbarnteam i begge poliklinikkane, og vi tenker oppretting av fleire spesialiserte team etter kvart som vi får tilsatt fleire spesialistar.

Som "Pasient og pårørandeopplæring" gir vi no tilbod til foreldre med barn med ADHD-diagnose. Slike tilbod vi vil auke og vidareutvikle etter kvart som poliklinikkane "veks".

6 ANDRE PRIORITERTE OMRÅDE

6.1 Prioritering

Styringsdokumentet for 2006 seier at den kliniske verksemda innan somatikken ikkje skal auke frå 2005 til 2006. På grunn av den vanskelege økonomiske situasjonen for helseføretaket vil ein ikkje planlegge aukiing heller i 2007 bortsett fra mindre justeringar mellom dei ulike aktivitetane. Når det gjeld psykiatri, har desse tilboda blitt gradvis bygd opp på Sunnmøre, både når det gjeld bygningar og kompetanse. Det er lagt opp til at denne utviklinga skal halde fram. Vi viser elles til kapittel 2.2 under rapporteringsdelen.

6.2 Pasient- og pårørandeopplæring

Det blir ikkje lagt opp til ressursmessige eller organisatoriske endringar for lærings – og meistringssenteret (LMS) eller kompetansesenteret for pasient- og pårørandeopplæring (KPI) for 2007. Vi viser elles til kapittel 2.6 i rapporteringdelen.

6.3 Utdanning av helsepersonell

Vi viser til kapittel 2.4 under rapporteringsdelen. I 2006 har styret vedtatt ein opplæringsplan for Helse Sunnmøre. I 2007 blir det ei utfordring å følgje opp denne planen og iverksette tiltaka slik som vedtatt.

6.4 Forsking

Helse Sunnmøre har som mål å auke forskningsaktiviteten i føretaket. I tillegg til dei 13 doktogradprosjekta som er på gang, har Helse Sunnmøre fått eit nytt doktorgradsstipend i 2007. Elles vil det lokale forskningsbudsjettet for 2007 bli halde på om lag same nivå som for 2006. Vi viser elles til kapittel 2.5 under rapporteringsdelen.

6.5 Beredskap

Med eit stadig aukande fokus på beredskap ser vi det som sterkt ønskeleg å få på plass ein permanent ressurs som kan arbeide kontinuerleg med beredskapsplanar m.m. Hovudoppgåva i 2007 vil vere å revidere det eksisterande planverket slik at det er i samsvar med den regionale beredskapsplanen og få planverket implementert i organisasjonen. Eit vektøy i dette arbeidet vil vere og gjennomføre "table-top" øvingar innanfor dei einskilte delplanane.

Når det gjeld øvingar i 2007, vil vi i eit eller anna omfang bli delaktig i øvelse Mørejarl, som vil bli arrangert i mars. I tillegg vil vi ta del i ein årleg øving i tilknytning til flyplassen der Avinor står ansvarleg.

Helse Sunnmøre har det medisinske ansvaret for ambulanshelikopteret for Møre og Romsdal. Etter kvart som det er utvikla og tatt i bruk nye behandlingmetodar ved hjarteinfarkt med trombolysing og PCI (percutan coronar intervensjon) og evt stent, har ein sett ein monaleg auke i helikoptertransportane frå Møre og Romsdal til St. Olavs Hospital. Ein opplever no stadig samtidighetskonfliktar som har hatt konsekvensar for pasientar. Dette skuldast at den lokale beredskapen har blitt svekka avdi ambulanshelikopteret oftare enn tidlegare har transportar til Trondheim.

7 UTVIKLING AV HELSEFØRETAKET

7.1 Økonomi (økonomistyring, system m.v.)

Helse Sunnmøre har etablert ulike system for økonomistyring i form av planleggingsystem, oppfølging/rapportering og beslutningsstøtte for tilsette, leiarar, styre og eksterne etterspørjarar av slik informasjon.

Mengda av informasjon som er tilgjengeleg er nært uavgrensa. Helse Sunnmøre har gjort tilgjengeleg mykje av styringsinformasjonen via eige intranett med direkte linkar til budsjettpremissar, rapporteringssystem og eit felles regionalt styringssystem med utvalde måleområder. Helse Sunnmøre nyttar ei rekkje program for forenkling og å gjere tilgjengeleg informasjon for relevante brukarar. Vi søker likevel stadig forbetring og opplever samarbeidet med revisor og internrevisor som ein positiv kjelde til forbetningsarbeid.

Økonomiavdelinga inneheld seksjonar for innkjøp og lager, lønn og rekneskap, kontor for pasienttransport og ein økonomiseksjon med økonomirådgjeverar/controllersar.

Innkjøp og lagerfunksjonen er vesentleg i høve ein optimal tilgang på gode innsatsfaktorar til rett tid og til ein lågast mogleg kostnad. Det er tidlegare sett fokus på denne funksjonen ved at det er initiert regionalt og nasjonalt innkjøps- og logistikksamarbeid. I Helse Sunnmøre vil vi i samband med innsparingstiltak i 2007 redusere samla tal tilsette i denne eininga med to stillingar. Vi vil vidare samle føretaket sin innkjøpskompetanse og i større grad enn før skilje mellom løpande driftsoppgåver i seksjonen og meir innkjøpsfagleg krevjande prosessar.

Løns- og rekneskapsseksjonen har eit høgt nivå på sine tenester. Vi vil likevel sørge for at samhandlinga mot økonomiseksjonen (budsjett/rapportering) og personalavdelinga (lønspolitiske føringar og lønsoppgjer) blir sikra ytterlegare for å unngå sentrale feilkjelder i den løpande rekneskapsrapporteringa. Dette er eit fokusområde, og vil bli ytterlegare presisert for å sikre kvalitet.

Økonomiseksjonen er med verknad frå 01.01.07 styrka med ei stilling og utgjer no samla 4,6 årsverk. Controllerane i seksjonen er tildelt dedikert ansvar for eit utval avdelingar som dei har særleg ansvar for å støtte og følgje opp. I tillegg er eininga sentralisert og har ein sær viktig funksjon i å formidle sentrale premissar for budsjett og økonomistyring. Seksjonen utfører det meste av aktivitets- og økonomirapportering som blir gjort tilgjengeleg for eigar, leiing og tilsette månadleg. Økonomiseksjonen er vidare koordinator for den løpande rapporteringa i samband med driftstiltaka som er iverksett for å nå kravet om økonomisk balanse.

I 2007 vil styre og føretaksleiing følgje opp avdelingane sine resultat i sterkare grad enn tidlegare. I budsjettframlegga frå avdelingane er det innarbeidd tiltak som inneheld ein anslått risiko. Dersom det oppstår negative avvik knytt til tiltaka, eller i andre avdelingsvise føresetnader, må det utan opphald iverksetjast nye tiltak som er naudsynt for å gje balanse i drifta i 2007. Føretaket vil halde seg til balansekravet som eit ufråvikeleg krav.

8 ORGANISASJON OG LEIING

8.1 Helse Sunnmøre sin personalpolitikk

Det er eit uttrykt mål at Helse Sunnmøre skal vere ein attraktiv arbeidsgjever 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. Det er sterk konkurranse om kvalifisert helsepersonell, men

vi ser klare teikn på at vi evnar å rekrutterer godt kvalifisert personell. Vi opplever også låg turnover innan dei områder der vi tidlegare hadde vakansar. Personalsituasjonen er generelt tilfredsstillende i Helse Sunnmøre med unntak av rekruttering av legespesialistar innan einskilde fagområde. Her vert det nytta innleige av vikarar og vikarstafettar for å oppretthalde tilbodet.

Helse Sunnmøre har 4,0 stillingar frikjøpte tillitsvaldsressursar på føretaksnivå, samt 100% stilling for føretakshovudverneombod. Administrerande direktør har regelmessige faste møter både med alle tillitsvalde og med dei som representerer hovudsamanslutningane.

8.2 Effektivisering av støttefunksjonar

Helse Sunnmøre har som mål å effektivisere administrative støttefunksjonar i personalarbeidet. I 2006 er det for alle avdelingar innført elektronisk søknadsbehandling ved utlysning av ledige stillingar. Papirversjonen av lønsslipp er erstatta av ny versjon ved at tilsette får tilgang til Internett. I samarbeid med dei andre helseføretaka i regionen vart det frå hausten 2006 etablert ny personalhandbok på intranettet. Dette for å gje lett og omfattande tilgang for leiarar til personaldata og ulik fagleg rådgjeving. Alle endringane har grunnlag i å effektivisere rutinearbeid og få auka fokus på strategiske oppgåver.

8.3 Leiing og leiarutvikling

Det har vore gjennomført eigne seminar for mellomleiarar med fokus på felles utfordringar og problem som dei møter i kvardagen. Mellomleiarar frå Helse Sunnmøre deltek også på det leiarutviklingsprogram i regi av Helse Midt-Norge. Tilbakemeldingane frå leiarar som har følgd det regionale leiarutviklingsprogrammet er at dette er svært nyttig. Det er særst viktig å dyktiggjere alle i leiarfunksjonar i leiing og utøving av leiarrolla. Dette vil fortsatt vere eit satsingsområde. Arbeidet med leiarutvikling vil halde fram i 2007, både på overordna strategisk nivå og på avdelingsnivå.

8.4 Arbeidsmiljø og HMS-arbeid

Helse Sunnmøre driv eit systematisk HMS-arbeid. Å arbeide med internkontroll er å forbetre det systematiske kvalitetsarbeidet. Å arbeide metodisk skapar auka tillit til interne prosessar, m.a. ved omstillingar.

Føretaket har eigen HMS-koordinator som samarbeider tett med hovudverneombod og eiga bedriftshelseteneste. Desse har i fellesskap hatt systematiske møter med mange avdelingar for å fremje arbeidsmiljøarbeidet. Kravet til kontinuerlege omstillingar og endringar og omstillingar der leiarar samarbeider med tillitsvalde, vernetenesta og medarbeidarane.

Føretaket har ei aktiv verneteneste der fleire verneombodssaker m.a. har vore til behandling i arbeidsmiljøutvalet (AMU). Det blir halde regelmessige arbeidsmiljøkurs for nye verneombod, nye AMU-medlemmar og leiarar.

Helse Sunnmøre er ei inkluderande arbeidslivsbedrift, og har nedsett ei eiga arbeidsgruppe som m.a. arbeider med interne retningslinjer, sjukefråversarbeid (kartlegging og tiltak). Gruppa fungerer som ein kontakt opp mot sentrale samarbeidspartar i dette arbeidet. Helse Sunnmøre har utarbeidd eigne rutiner/retningslinjer for oppfølging av sjukemeldte og vi har arbeider med eigen tiltaksplan som vi forventar skal bidra med å redusere sjukefråveret.

Det har vore ein liten nedgang i tal attførings saker i 2006 noko som kan sjåast i samanheng med prosjektet der trygdekantoret deltek. Sjukefråveret i Helse Sunnmøre pr. 31.november 2006 var på gjennomsnittleg 7,7 %, som er likt med fjoråret.

Arbeidstilsynets gjennomførte i 2005 tilsyn med Helse Sunnmøre HF. Dei la i februar 2006 fram eit pålegg som tar for seg dei funn dei har gjort og krav dei stiller for at uheldige arbeidsmiljøforhold skal utbetrast.

Helse Sunnmøre HF har fått ulike fristar til å utbetre pålegga. I God Vakt var det fokus på fire område: Omstilling, psykiske og sosiale belastningar, ergonomiske belastningar og kjemisk og biologisk helsefare (viserr til omtale pkt. 2.1.3).

9 KOMMUNIKASJON OG SAMFUNNSKONTAKT

Helse Midt-Noreg RHF har i 2006 utarbeidd ein kommunikasjonsstrategi som skal gjelde for alle helseføretaka i regionen. Strategien gir føringar for kommunikasjonen i Helse Midt-Noreg. I samarbeid med det regionale helseføretaket har Helse Sunnmøre utarbeidd ei praktisk kommunikasjonshandbok for leiarar som skal vere eit vedlegg til kommunikasjonsstrategien. Vegleiaren skal vere eit leiarverktøy for å utøve både intern og ekstern kommunikasjon. Helse Sunnmøre vil utarbeide ein eigen kommunikasjonsplan etter føringar frå gjeldande kommunikasjonsstrategi.

Helse Sunnmøre vil fortsette å profilere helseføretaket både overfor pasientar, primærlegar, presse og potensielle arbeidssøkjjarar. Ved å stå fram som ein open organisasjon ynskjer Helse Sunnmøre å skape tillitt i befolkninga.

Helse Sunnmøre skal framstå samordna og koordinert i vår kommunikasjon. Vi skal formidle tydelige budskap i eit enkelt språk. All kommunikasjon skal bygge på verdiane tryggleik, respekt og kvalitet.

- Felles budskap innanfor prioriterte område: Tryggleik ved akutt sjukdom, tilbodet til sjuke eldre, kronisk sjuke, psykisk sjuke og dei som trenger rusehandling, samt innan økonomi og forskning.
- All kommunikasjon skal vere tilpassa definerte målgrupper.
- Vidareutvikle gode varslingsrutinar internt, og til det regionale føretaket.
- Ta i bruk den grafiske profilen i all kommunikasjon slik at Helse Sunnmøre står fram som ei eining i all visuell kommunikasjon.
- Rask korrigerings av feilaktige medieoppslag - både internt og eksternt.

Kommunikasjon i Helse Sunnmøre er eit leiaransvar. Det gjelder internt og eksternt. Kommunikasjonsstrategien skal følgjast opp gjennom planer og tiltak hos den enkelte leiar.

Alle leiarar har eit sjølvstendig ansvar for å informere sine medarbeidarar om saker som angår helseføretaket, avdelinga, eininga og den enkelte. Kvar enkelt medarbeidar har og eit ansvar for å søke, tileigne seg og gi informasjon.

Helse Sunnmøre har eiga kommunikasjonseining som er føretaket sin faginstans på informasjon/kommunikasjon. Eininga skal mellom anna utvikle strategiar og mål for området informasjon/kommunikasjon og vere rådgjevar i kommunikasjonsspørsmål.

Vi har behov for å fortelje eksterne målgrupper kva føretaket er, vil og kan. Vi ynskjer å formidle den informasjonen målgruppene har behov for å vite, til rett tid og på rett måte. Til hjelp i dette arbeidet nyttar vi mellom anna kontinuerleg nettstaden www.helse-sunnmore.no.

Helse Sunnmøre har utarbeidd ei informativ tv-serie i samarbeid med TV Sunnmøre.

Eit av måla med serien var å syne publikum ein del aktivitetar som tidlegare ikkje har vore mykje framme i media. Fjernsynsserien på 10 program vart sendt i 2006.

Helse Sunnmøre er ein markant organisasjon i helsevesenet på Sunnmøre med mykje kunnskap innan medisin og helse, og om behandling av sjukdom og skade. Det er viktig for føretaket sitt omdøme at den kompetansen som finnast her er synleg i media. I den samanheng skal Helse Sunnmøre revidere medieplanen som er eit verkty for strukturert og planmessig informasjon og kommunikasjon overfor media.

Vi ynskjer å arbeide aktivt for god praktisering av Offentlighetsloven. Helse Sunnmøre praktiserer opne styremøte og legg til rette for innsyn til offentlege styresaker både før og etter styremøta. Føretaket har tatt i bruk eit elektronisk saksbehandlarsystem, og i løpet 2007 vil postlistene bli lagt ut på Helse Sunnmøre sine websider.

Utifrå ulike undersøkingar og målingar viser det seg at Helse Sunnmøre står overfor ein del utfordringar. Medieanalysen som vart utført i 2006 konkluderer med at det i hovudsak er ei positiv utvikling i forhold til Helse Sunnmøre si omdømmeutvikling. Det er likevel utfordringar på området. Berre 4 av 10 artiklar har ein positiv innverknad. Dette har innverknad i forhold til publikum si oppfatning av tilbodet, interne arbeidsforhold samt rekrutteringsarbeidet. Helse Sunnmøre bør i enno sterkare grad vere proaktiv både ved positive- og ved utfordrande saker.

9.1 Pasientinformasjon

Medieanalysen indikerer at vi i større grad bør vere aktive i å få ut saker som og går på pasienttilbod og folkeopplysing.

Informasjon gir tryggleik, og informasjon er viktig for at pasientane skal vere førebudd og oppleve at dei er velkomne til Helse Sunnmøre. Det blir utarbeidd mykje skriftleg informasjon til pasientar. Brosjyregeneratoren som Helse Sunnmøre tok i bruk i 2005 er no aktiv i bruk, og den blir stadig vidareutvikla. Generatoren gjer det enklare for avdelingane å utarbeide brosjyrar basert på ein felles mal med profesjonell og eins layout. Ikkje alle pasientgrupper har tilgang til internett, og skriftleg materiale er derfor også naudsynt. Generatoren er eit viktig verkty i så måte, og ein vil fortsette det opplæringsarbeidet som er starta.

Det er blitt utarbeida brosjyrar med praktisk pasientinformasjon på sjukehusnivå og i 2006 vart det utarbeida ei brosjyre med informasjon om alle avdelingar i føretaket.

I samarbeid med Helse Midt-Norge vil kommunikasjonseininga i Helse Sunnmøre samarbeide om prosjektet "Møtet med pasienten - det er mye god omsorg i effektivitet". Mellom anna vil ein arbeide for å utvikle ein eins layout for medisinsk informasjon.

I løpet av 2007 vil Helse Sunnmøre legge om websidene. Dette vil bli eit stort omstillingsarbeid som vil medvirke til betre kvalitet på vår elektroniske informasjon ut til befolkninga.

9.2 Internkommunikasjon

Skal dei tilsette oppleve tryggleik i endringsprosessar er internkommunikasjon eit viktig verkty. Leiinga i Helse Sunnmøre har difor lagt vekt på møter med både avdelingssjefar, mellomleiarar og tillitsvalte.

Arbeidsmiljøundersøkinga viser at vi har eit forbedringspotensiale vedkomande den interne kommunikasjonen. Ved å introdusere kommunikasjonsrettleiaren i møte med leiarar på ulikt nivå i helseføretaket kan ein på desse møteplassane informere om verdien av kommunikasjon som strategisk verkty for måloppnåing.

Intranettet dekkjer alle institusjonane i Helse Sunnmøre og er soleis ein framifrå kanal for rask og oppdatert informasjon. Avdelingssjefane har ansvaret for å formidle informasjonen vidare til dei i avdelinga som ikkje har tilgang til elektronisk informasjon i sitt daglege arbeid. Ut i frå statistikkar ser vi at intranettet blir nytta i stadig større grad.

Verksemdsportalen i Helse Midt-Noreg vil i løpet av 2007 bli inkludert i vårt nye intranett, dette vil betre kvaliteten og gi våre medarbeidarar meir nyttig informasjon.

I tillegg til dette gir Helse Sunnmøre ut sitt eige magasin som kjem ut 6 gongar pr. år. Magasinet blir distribuert til både tilsette, primærlegar, kommunar, trygdekontor og politikarar m.fleire. Pasientar får og tilgang til magasinet ved at det blir lagt ut på venterom på sjukehus og legekontor i kommunane i tillegg til at det blir sendt pr. mail til media og publisert på websida til Helse Sunnmøre.

I samband med årets arbeidsmiljøundersøking er det blitt spesialbestilt ei analyse som viser korleis internkommunikasjonen i føretaket fungerer. I følgje undersøkinga opplever dei tilsette at dei blir betre informert om avgjersler og kvifor desse er tatt enn kva tilfelle var i 2004. Leiarane er meir bevisst på å gi skikkelege tilbakemeldingar, og dei er blitt meir bevisst på å kommunisere mål og strategiar. Men undersøkinga viser og at medarbeidarane i helseføretaket gir uttrykk for at faggruppene bør samarbeide betre.