



Høringsdokument  
**Strategi 2020**

Strategi for utvikling av tjenestetilbudet  
i Helse Midt-Norge

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag og punkter til diskusjon.....	3
1 Bakgrunn .....	5
1.1 Strategi 2020 – oppdrag og prosess .....	5
1.2 Om Helse Midt-Norge.....	7
2 Utfordringsbildet mot 2020 .....	10
2.1 Helsetjenesten i et samfunnsperspektiv .....	10
2.2 Viktigste utfordringer og muligheter.....	10
2.3 Oppsummering.....	12
3 Mål .....	14
3.1 Fem strategiske mål.....	14
3.2 Styrket innsats for de store pasientgruppene .....	14
3.3 Kunnskapsbasert pasientbehandling .....	16
3.4 En organisering som underbygger trygge pasientforløp.....	18
3.5 Rett kompetanse på rett sted til rett tid.....	20
3.6 Økonomisk bærekraft.....	22
4 Tjenesteorganisering mot 2020 .....	24
4.1 Godt utbygde og kompetente prehospitaltjenester .....	24
4.2 Det gode lokalsykehuset .....	25
4.3 Psykisk helsevern og rusbehandling .....	26
4.4 Fremtidig akuttkirurgi.....	26
4.5 Fødselsomsorgen er en sammenhengende tjeneste .....	29
4.6 Tilpasning av akutt-tilbudet for barn .....	31
4.7 Tjenester i samhandling med kommunene.....	31
4.8 Til vurdering: .....	32
Ordforklaringer.....	34

## Sammendrag og punkter til diskusjon

Dokumentet er delt inn i fire deler.

### **Del 1: Innledning og bakgrunn for arbeidet**

Styret i Helse Midt-Norge vedtok i oktober 2009 (sak 96/09) å iverksette utarbeidelse av strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge mot 2020. Vedtaket er gjort med bakgrunn i evaluering av Strategi 2010 og fremtidig utfordringsbilde for helseregionen. Strategiarbeidet er forankret i Overordnet strategi 2008-2020, vedtatt av styret i Helse Midt-Norge i februar 2008 (sak 57/08), med visjonen "*På lag med deg for din helse*" og Helse Midt-Norges verdier *trygghet, respekt og kvalitet*

### **Del 2: Utfordringsbildet**

Helse Midt-Norge legger de store nasjonale utfordringene til grunn for sitt arbeid med Strategi 2020. Den vestlige verden står overfor en varig demografisk endring som innebærer at den yrkesaktive delen av befolkningen reduseres. Spesialisthelsetjenesten må vise samfunnsansvar gjennom å ikke legge beslag på en unødig stor andel av de samlede samfunnsressursene, herunder særlig arbeidskraft og spesialisthelsetjenestens andel av de offentlige utgiftene.

Endringer i demografi gjør at behovene for spesialisthelsetjenester vil vokse fram mot 2020. Dette innebærer at kompetanse vil bli en knapphetsressurs og at den økonomiske veksten i spesialisthelsetjenesten bremses opp.

Utfordringene knyttet til ressursbruk kan bare løses gjennom effektiv organisering og oppgavefordeling mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten, og i et nært samarbeid med kommunehelsetjenesten. Det vil være av avgjørende betydning for helsetilbudet til befolkningen at spesialisthelsetjenesten og kommunene sammen lykkes med å løse de nye oppgavene.

### **Del 3: Helse Midt-Norges mål for Strategi 2020**

Helse Midt-Norge har definert fem strategiske mål som redskap for å gjennomføre nødvendige prioriteringer:

- Styrket innsats for de store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- En organisering som underbygger trygge pasientforløp
- Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- Økonomisk bærekraft

Målene skal være veiledende for de valg Helse Midt-Norge skal gjøre frem mot 2020.

#### **Del 4: Til diskusjon vedrørende fremtidig tjenesteorganisering i Helse Midt-Norge**

Tjenester rettet mot de store sykdomsgruppene skal desentraliseres, med lokalsykehusene som hovedarena. Lokalsykehusene vil være bindeleddet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Lokalsykehusene skal som minimum ha døgnerberedskap for indremedisin. I tillegg kan virksomheten omfatte planlagt behandling i kirurgi. Rusbehandlingen skal integreres tettere med både psykisk helsevern og de somatiske tjenestene.

I strategiperioden skal det skje en evaluering av de prehospitale tjenestene, og spørsmålet om videreføring av dagens organisering av ambulansetjenesten må vurderes.

Akuttkirurgisk beredskap samles til ett sykehus i hvert foretak. Dette sykehuset får status som akuttpsykiatri i tråd med anbefalingene i ”Traumerapporten”.

Antall fødeavdelinger bør vurderes redusert for å skape større enheter med mulighet for rekruttering av gynekologer i et godt fagmiljø. Transport til fødeavdelingen skal tas med i vurderingene. De geografiske utfordringene er ulike i de fire sykehusforetakene, og løsningene vil derfor ikke nødvendigvis bli de samme.

Antall barneavdelinger med døgnbasert akuttberedskap reduseres til to. I de øvrige helseforetakene skal det etableres akuttberedskap i 5-dagersposter.

Lokalsykehusene skal i strategiperioden invitere aktuelle kommuner og ambulansetjenesten til å samarbeide om etablering av FAM. I strategiperioden skal helseforetakene etablere desentraliserte poliklinikk- og dagtilbud frittstående eller i tilknytning til intermedieæravdelinger

**Ordlister: se siste side**

# 1 Bakgrunn

## 1.1 Strategi 2020 – oppdrag og prosess

### Bakgrunn for Strategi 2020

Styret i Helse Midt-Norge vedtok i oktober 2009 (sak 96/09) å iverksette utarbeidelse av strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge mot 2020.

Vedtaket er gjort med bakgrunn i evaluering av Strategi 2010 og fremtidig utfordringsbilde for helseregionen. Strategiarbeidet er forankret i Overordnet strategi 2008-2020, vedtatt av styret i Helse Midt-Norge i februar 2008 (sak 57/08), med visjonen ”På lag med deg for din helse” og Helse Midt-Norges verdier *trygghet, respekt og kvalitet*.

Styret har særlig bedt om at strategier som foreslås utformes innenfor en overordnet samfunnsforståelse og i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner, og at følgende temaer er blitt vurdert:

- Helsetilbudet i et samfunnsperspektiv
- Det akuttmedisinske tilbudet
- Overordnet institusjonsstruktur
- Forholdet mellom somatikk og psykisk helsevern/ rus
- Framtidig kompetanse

Strategidokumentet skal kommunisere Helse Midt-Norges omforente syn på utfordringsbildet Helse Midt-Norge står overfor fram mot 2020, og hvilke strategier Helse Midt-Norge skal velge for å møte dette.

### Gjennomføring og involvering

Arbeidet med Strategi 2020 har vært organisert som et prosjekt i Helse Midt-Norge RHF. Direktør for samhandling Daniel Haga har vært prosjekteier. Styringsgruppe for prosjektet har vært:

Adm dir RHF	Gunnar Bovim
Dir org og HR RHF	Sveinung Aune
Dir Kommunikasjon RHF	Tor Harald Haukaas
Dir stab og prosjekt RHF	Bård Helge Hofstad
Dir Helsefag, utdanning og forskning RHF	Henrik Sandbu
	Nils Eriksson, fra 1.2.2010
Dir Økonomi RHF	Anne Marie Barane
Dir Eierstyring RHF	Asbjørn Hofslie
Dir Samhandling RHF	Daniel Haga
Adm dir Sykehusapotekene HF	Gunn Fredriksen
Adm dir Helse Sunnmøre HF	Astrid Eidsvik

Adm dir Helse Nord-Trøndelag	Arne Flaata
Adm dir St. Olavs Hospital	Nils Kvernmo
Adm dir Helse Nordmøre og Romsdal	Bjørn Engum
Adm dir Rusbehandling Midt-Norge	Dag Haarstad
Konsernverneombud	John Olav Berdahl
Konserntillitsvalgt	Sigmund Eidem
Konserntillitsvalgt	Ellen Wøhni
Konserntillitsvalgt	Jon Helle
Konserntillitsvalgt	Ole Stokke
Konserntillitsvalgt	Trude Marsteen
Representant regionalt brukerutvalg	Elin Gullvåg
Representant regionalt brukerutvalg	Michael Momyr

Prosjektgruppa har bestått av:

Ingerid Gunnerød, prosjektleder  
 Arild Vassenden  
 Berit Røflo Indgul  
 Paul Hellandsvik  
 Trond Håvard Eidet

Samarbeidsutvalget i Kommunenes Sentralforbund KS for de tre fylkene i Midt-Norge har vært referansegruppe for prosjektet.

Strategi 2020 har vært tema i alle møter i Regionalt brukerutvalg og arbeidsutvalget for tillitsvalgte i løpet av prosjektperioden.

Prosjektet har lagt vekt på åpenhet og bred involvering i det arbeidet som har vært gjort. Det har vært avholdt en rekke interne og eksterne møter og samlinger med ulike grupper ansatte, brukere og styret der Strategi 2020 har vært hovedtema. Videre har alle fagnettverkene i Helse Midt-Norge vært involvert. I tillegg til slike mer formelle fora har det vært anledning til å komme med innspill til prosjektet i form av brev eller e-post. En rekke medarbeidere i Helse Midt-Norge har benyttet seg av denne muligheten og slik tilført prosjektet nyttige innspill og bidratt til å sikre bredde i drøftingen og kunnskapsgrunnlaget.

Styret i Helse Midt-Norge har deltatt i arbeidet med utforming av Strategi 2020 gjennom fem temamessige drøftinger underveis. Temaene som har vært drøftet har vært:

- Helsetjenesten i et samfunnsperspektiv
- Forholdet mellom psykisk helsevern/rusbehandling og somatikk
- Organisering av akuttberedskap
- Framtidig kompetanse
- Overordnet institusjonsstruktur

Gjennom disse diskusjonene har styret i Helse Midt-Norge gitt signaler tilbake til prosjektet om utformingen av Strategi 2020 på sentrale områder.

## **Forankring og oppfølging**

Strategi 2020 skal bygge på allerede vedtatte visjoner, verdier og overordnet strategi 2008-2020, og være i samsvar med til en hver tid gjeldende oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Strategi 2020 er primært en endringsstrategi. Dette betyr at strategien skal vise de prioriterte retningene og viktigste satsningsområdene.

Strategi 2020 er førende for delstrategier og handlingsplaner. Eksisterende delstrategier og handlingsplaner skal justeres i henhold til Strategi 2020, i tillegg vil det bli utarbeidet handlingsplaner på nye områder. Oppfølging av Strategi 2020 skal skje ved at målene fra strategien konkretiseres og omsettes til tiltak i styrende dokumenter som langtidsbudsjett, langtidsplan og årlige styringsdokument til HFene.

## **1.2 Om Helse Midt-Norge**

### **Statlig oppdrag**

RHF-virksomheten er regulert i helselovgivningen gitt av Stortinget. RHFets eier og oppdragsgiver er Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdraget gies i årlig oppdragsdokument og gjennom foretaksmøter. Her blir oppgaver, prioriteringer og økonomiske rammer klargjort. Oppdraget omfatter forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende.

Helse Midt-Norge har totalansvaret ("sørge-for-ansvaret") for å tilby spesialisthelsetjenester til i underkant av 700.000 innbyggere i de tre fylkene Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Helse Midt-Norge skal løse oppdraget gjennom drift av egne tjenester, avtaler med private, i samarbeid med de tre andre RHFene og, i spesielle tilfeller, ved kjøp av tjenester i utlandet.

Helse Midt-Norge har eieransvar for de offentlige sykehusene (somatikk, psykisk helsevern og rus), nødmeldetjenesten og sykehusapotekene. Helse Midt-Norge har totalt 16.000 medarbeidere fordelt på helseforetakene Helse Nord-Trøndelag HF, St Olavs Hospital HF, Helse Nordmøre og Romsdal HF, Helse Sunnmøre HF, Rusbehandling Midt-Norge HF og Sykehusapotekene HF. I tillegg omfatter Helse Midt-Norge RHF utbyggingselskapet Helsebygg Midt-Norge og Helse Midt-Norge IT (HEMIT) som organiserer felles IKT-tjenester.



Helse Midt-Norge har avtaler med flere leverandører av private helsetjenester. Tjenester fra private aktører tilbys på områder hvor dette er nødvendig for å oppfylle et sørge-for-ansvar for prioriterte grupper. Helse Midt-Norge har per februar 2010 160 avtalespesialister fordelt på 99 legespesialister og 61 psykologspesialister. Dette utgjør 25 % av all poliklinisk virksomhet i regionen. I 2008 ble det gjennomført 220 838 både direkte og indirekte konsultasjoner av våre avtalespesialister. Videre har Helse Midt-Norge RHF avtale med private rehabiliteringsinstitusjoner, private tjenesteytere som gir døgnbehandling i psykisk helsevern, samt leverandører i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Ambulansetjenesten eies og drives i hovedsak av private.



## Visjon og verdier

Helse Midt-Norge har i sin overordnede strategi nedfelt følgende visjon:

### **- På lag med deg for din helse**

Helse Midt-Norge har videreført de nasjonale verdiformuleringene som ble vedtatt i etableringen av helsereformen i 2002. De tre verdiene respekt, trygghet og kvalitet danner et triangel, ingen verdi kan stå for seg selv uten de øvrige to.

#### **Respekt**

Befolkningen skal oppleve at tjenestene er til for dem. Møtet med helsetjenesten skal være preget av forutsigbarhet, velvilje og forståelse. Respekt for at pasienten/brukeren kjenner seg selv og sitt liv best, skal være grunnleggende. Gjennom god kommunikasjon skal vi bidra til at pasientene opplever å bli hørt og få innflytelse på egen behandling.

Det regionale helseforetaket har ansvar for at befolkningen har likeverdig tilgang til spesialisthelsetjenester og skal administrere spesialisthelsetjenesten innenfor gitte rammebetingelser, i tråd med lover, avtaler og interne retningslinjer. Respekt skal prege vårt forhold til samarbeidspartnere og overordnede myndigheter. Det innebærer at vi skal ha respekt for samfunnets prioriteringer og tildelte rammer, inkludert de beslutninger som gjøres av overordnede myndigheter.

#### **Trygghet**

Befolkningen skal ha trygghet for at de får den helsehjelpen de trenger, når de trenger den. Behovet for helsehjelp kan variere i ulike tilfeller. God legevaktjeneste, kriseteam i kommunen, nærhet til lokalsykehuset og en sikker transport med ambulanse, helikopter eller fly til akuttsykehus eller traumesykehuset i Trondheim er alle eksempler på viktige elementer i tilbudet.

Det regionale helseforetaket har ansvar for å organisere en tjeneste som evner å tilpasse seg behovet hos den enkelte og gi likeverdige og tilfredsstillende helsetjenester uavhengig av bosted. Våre pasienter skal være trygge på at avgjørelsene som blir tatt er riktige, uansett ytre rammer. Pasientene skal være trygge på behandleren, behandlingen og behandlingsstedet, og oppleve en helsetjeneste som er opptatt av kvalitet og evner å lære av feil.

#### **Kvalitet**

Befolkningen forventer at våre tjenester er av god kvalitet. Intervjuer av store befolkningsgrupper (bla Picker institute) viser de samme typer forventninger. Disse samsvarer med det helsepersonell, eiere og myndighetsorgan peker på som sentrale mål for helsetjenesten, og som er nedfelt i Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsstrategi:

Tjenestene skal:

- Være virkningsfulle og føre til helsegevinst
- Være trygge og sikre, unngå utilsiktede hendelser
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

## 2 Utfordringsbildet mot 2020

### 2.1 Helsetjenesten i et samfunnsperspektiv

En god helsetjeneste er et viktig samfunnsgode, og den tryggheten som et velfungerende helsetilbud kan skape, er viktig for lokalsamfunnet. Utfordringene vi står overfor i årene framover kan bare løses ved samarbeid mellom alle nivå i helsetjenesten.

Den vestlige verden står foran en varig demografisk endring der andelen eldre øker. Når balansen mellom antallet yrkesaktive og antallet eldre endres, trues grunnlaget for velferdsstaten. Helsetjenesten har et samfunnsansvar for å bruke arbeidskraft på en effektiv måte. Dersom forholdet mellom antall ansatte og antall pasienter skal holdes på samme nivå som i dag, vil helse- og omsorgstjenesten ha behov for å rekruttere hver 4. ungdom i 2025. For samfunnet er et slikt ressursbehov ikke bærekraftig.

Spesialisthelsetjenesten har hatt stor vekst i etterspørsel og tilbud. Kunnskap og teknologiutvikling gjør at flere mennesker kan bli diagnostisert og behandlet for flere sykdommer. Norge har hatt en stor økning i bruk av ressurser på helse, og bare USA og Luxemburg bruker i dag mer ressurser per innbygger enn vi gjør. Vi har likevel vært, og er fremdeles, i en utvikling der muligheter, forventninger og etterspørsel øker mer enn tilgangen på ressurser. Denne tendensen vil forsterkes i årene framover, og helsetjenesten står derfor overfor store utfordringer med å gi befolkningen tjenester som oppleves gode, trygge og respektfulle.

### 2.2 Viktigste utfordringer og muligheter

Fram mot 2020 vil Helse Midt-Norge møte fire sentrale utfordringer. Disse utfordringene er nasjonale, i betydningen at helsetjenesten i alle deler av landet vil måtte forholde seg til dem.

#### **Befolkningens sammensetning og behov endres**

Andelen eldre vil øke i forhold til den yrkesaktive delen av befolkningen som skal utøve og finansiere helsetjenestene. Dette krever store endringer i måten vi leverer helsetjenester på, jamfør forslagene i Samhandlingsreformen.

Økningen i behov stiller store krav til prioritering. Sammenliknet med resten av landet bruker Helse Midt-Norge relativt sett mer ressurser på somatikk (målt i DRG-aktivitet) enn resten av landet, men ligger under landsgjennomsnittet i både psykisk helsevern og rusbehandling. (Samdata 2008) Dette er ikke i tråd med nasjonale prioriteringer.

Helse Midt-Norge har i dag lengst gjennomsnittlig ventetid i landet for poliklinikk/dagbehandling. Det må vurderes om fordelingen mellom beredskap for øyeblikkelig hjelp og kapasitet til planlagt pasientbehandling er riktig. Videre får en langt større andel av henviste pasienter rettighetsstatus i Helse Midt-Norge enn tilfellet er i andre regioner. For å kunne møte de økte behovene i befolkningen må vi bli dyktigere til å prioritere i tråd med de nasjonale prioriteringsforskriftene.

Fram til 2020 vil befolkningen i aldersgruppen 67-79 år øke med 50 %. Denne endringen i alderssammensetning vil føre til økt forekomst av aldersrelaterte sykdommer som kreft og diabetes. I tillegg vil det komme en økning i livsstilsrelaterte sykdommer som rusmisbruk, kols og fedme. Bedre behandlingsmetoder gjør at flere vil leve lenger med sykdom.

### **Økte krav til dokumenterbar kvalitet og standardisering**

Helsevesenet vil i økende grad stå overfor pasienter som vet mer, kan mer og forventer mer, og som har svært lav toleranse for at det gjøres feil i behandlingsprosesser. Pasientene vil kreve at kvalitet synliggjøres på en måte som er forståelig og lettfattelig også for folk uten medisinsk kompetanse. Pasientene vil i større grad velge sykehus som kan dokumentere behandlingsmetoder og resultater. På sikt kan vi få en utvikling der sykehus som ikke kan dokumentere kvalitet ikke godkjennes som behandlingsinstitusjon.

### **Ansatte i helsesektoren blir en knapphetsfaktor**

Tilgang på kompetanse er den største endringsdriveren i Strategi 2020.

Helse Midt-Norge har allerede i dag lokal mangel på kompetanse knyttet til enkelte faggrupper. Det er ventet krav om mindre arbeidstid på ubekvem tid framover mot 2020. Dette kommer til å øke behovet for antall personer som inngår i vaktordningene.

Endring i demografi gjør at vi relativt sett blir færre til å hjelpe flere. Hver 6. elev fra ungdomsskolen må i dag rekrutteres til helse- og omsorgssektoren. Om vi ikke gjør endringer i måten vi produserer helsetjenester på, vil sektoren i 2025 ha bruk for hver 4. elev. Gjennom samhandlingsreformen vil kommunen ha behov for betydelig styrking av kapasitet og kompetanse. En vellykket gjennomføring av samhandlingsreformen vil kreve at en stor andel av nyutdannede helsearbeidere og sykepleiere rekrutteres til kommunen i stedet for spesialisthelsetjenesten.

I tillegg til utfordringene knyttet til rekruttering, har Helse Midt-Norge betydelige utfordringer i å beholde sine ansatte i arbeid. Sykefraværet har vært høyt de siste årene, og andelen av uføre blant de som pensjoneres vokser stadig.

### **Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten**

Helse- og omsorgssektoren har fordoblet sine budsjetter de siste 8 årene. Innføring av samhandlingsreformen skal innebære økt utbygging av helsetilbudet i kommunen. Spesialisthelsetjenesten vil fortsatt ha en viss økning i budsjetter på grunn av økte behov. Likevel vil spesialisthelsetjenesten oppleve at rammene blir strammere.

Helse Midt-Norge har utfordringer knyttet til effektiv drift. Foretakene i Helse Midt-Norge har betydelig høyere kostnader pr DRG-poeng enn gjennomsnittet av de beste sykehusene i landet. Dette gjelder for alle foretakene. Dersom man korrigerer for identifiserte kostnadsulemper utenfor foretakenes kontroll, utgjør avviket mellom dagens drift og beste praksis i underkant av 450 millioner kroner samlet for HF-ene i Helse Midt-Norge (Samdata 2008)

Helse Midt-Norge har de siste årene gjort flere tunge investeringer, og ytterligere store investeringsprosjekter er prioritert. Kapitalkostnadene knyttet til gjennomførte og planlagte

investeringer krever ansvarlig og langsiktig økonomisk planlegging. Helse Midt-Norge forvalter også store verdier knyttet til eiendom, bygningsmasse og utstyr. For å vedlikeholde denne kapitalen kreves årlige reinvesteringer.

### **Helse Midt-Norge står overfor nye muligheter**

Fram mot 2020 vil det skje utvikling på en rekke områder som innebærer faktiske endringer og muligheter for endringer i spesialisthelsetjenesten.

Utviklingen innenfor informasjonsteknologi, medisinsk teknologi og nye behandlingsmetoder vil føre til store endringer i medisinsk praksis. Utviklingen vil trolig underbygge to hovedtrender: Bedre behandlingstilbud for stadig flere sykdommer, og behandlingsformer som innebærer mindre døgnbehandling og mer dag/poliklinikk/hjemmebehandling.

Utbygging av veier, broer og tunneler, samt utvikling av bredbåndsforbindelse i regionen gjør at personer, utstyr, kompetanse og informasjon raskere kan forflyttes og forflytte seg. Dette gjør det enklere både å flytte pasienter raskere og lengre til sykehus, og å flytte spesialister raskere og lengre ut fra sykehus. Begge deler gir mulighet til bedre utnyttelse av knappe spesialistressurser.

Regjeringen la i 2009 fram St.meld. 47 "Samhandlingsreformen". De utfordringene som beskrives kan oppsummeres i fire punkter:

1. Ingen system som understøtter pasientens samlede behov
2. Mange av pasientene håndteres på et nivå som verken gir optimal kostnadseffektivitet eller god kvalitet
3. Vi kommer for seint til i sykdomsutviklingen. Vi bruker mye på reparasjon, mindre på forebygging og mestring
4. Den demografiske utviklingen gjør at problemet blir verre, og kan true samfunnets bæreevne

Forslagene i Samhandlingsreformen medfører større ansvar for helsetjenester i de enkelte kommunene og i samarbeid mellom kommuner. Førstelinjetjenesten skal få flere oppgaver og styrkes økonomisk og bemanningsmessig. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor *beste effektive omsorgsnivå* (BEON).

Samhandlingsreformen gir spesialisthelsetjenesten muligheter og utfordringer til å rendyrke oppgaver av spesialisert karakter. Samarbeidet mellom kommuner og lokalsykehus om helhetlige og gode behandlingsforløp og kompetanseutveksling vil være en vesentlig faktor for å lykkes med intensjonene i samhandlingsreformen.

## **2.3 Oppsummering**

Helse Midt-Norge legger de store nasjonale utfordringene til grunn for sitt arbeid med Strategi 2020. Den vestlige verden står overfor en varig demografisk endring som innebærer at den yrkesaktive delen av befolkningen reduseres. Spesialisthelsetjenesten må vise samfunnsansvar gjennom å ikke legge beslag på en unødig stor andel av de samlede samfunnsressursene, herunder særlig arbeidskraft og spesialisthelsetjenestens andel av de offentlige utgiftene.

Endringer i demografi gjør at behovene for spesialisthelsetjenester vil vokse fram mot 2020. Dette innebærer at kompetanse vil bli en knapphetsressurs og at den økonomiske veksten i spesialisthelsetjenesten bremses opp.

Utfordringene knyttet til ressursbruk kan bare løses gjennom effektiv organisering og oppgavefordeling mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten, og i et nært samarbeid med kommunehelsetjenesten. Det vil være av avgjørende betydning for helsetilbudet til befolkningen at spesialisthelsetjenesten og kommunene sammen lykkes med å løse de nye oppgavene.

## 3 Mål

### 3.1 Fem strategiske mål

For å møte de utfordringene Helse Midt-Norge vil stå overfor fram mot 2020, er det nødvendig å foreta nye veivalg og prioriteringer, både i tjenestetilbudet og i måten tjenestene organiseres på.

Helse Midt-Norge har derfor definert fem strategiske mål som redskap for å gjennomføre nødvendige prioriteringer. Disse skal være veiledende for de valg Helse Midt-Norge skal gjøre frem mot 2020.

Fem strategiske mål mot 2020:

- I Styrket innsats for de store pasientgruppene
- II Kunnskapsbasert pasientbehandling
- III En organisering som underbygger trygge pasientforløp
- IV Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- V Økonomisk bærekraft

### 3.2 Styrket innsats for de store pasientgruppene

Helse Midt-Norge skal styrke tilbudet til de store og voksende pasientgruppene, særlig innenfor rusbehandling og psykisk helsevern.

- Ressurser skal flyttes fra akuttberedskap til økt kapasitet på planlagt virksomhet
- Ressursene skal omfordes fra somatikk til psykisk helsevern og rus
- Ressursene skal omdisponeres fra døgnetil dag og poliklinikk. Der det er hensiktsmessig for pasienten skal ressurser omdisponeres fra sentraliserte til lokale løsninger

#### Tilbudet til personer med psykiske lidelser skal styrkes ytterligere

Etterspørsel etter helsehjelp for psykiske plager og sykdom øker, og forventes å øke ytterligere i Norge. Psykisk helsearbeid i kommunene er under utvikling for å møte en stor del av utfordringen, men det er også behov for å styrke behandlingsskapasiteten innenfor psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten). Utformingen av psykisk helsevern i Helse Midt-Norge skal bygge på prinsippet om godt koordinerte, lokalbaserte tjenester så nært normallivet som mulig. Dette innebærer at polikliniske og ambulante tjenester skal øke, at færre skal legges inn, og at perioder med døgnopphold skal bli kortere. Systemer for samhandling med kommunene skal

styrkes for å understøtte den desentraliserte profilen. Psykisk helsevern skal videreutvikle samhandling med somatiske tjenester.

Behandlingskapasiteten skal økes både gjennom flere behandlere, bedre metoder og gjennom økt produktivitet.

### **Tilbudet til personer med rus- og rusrelaterte problemer skal styrkes**

Rusproblemer i samfunnet øker. Avhengighet og de sosiale konsekvensene av rusrelaterte problemer gir store utfordringer i alle deler av samfunnet. I tillegg kommer de psykiske og somatiske tilstandene som følger rusavhengighet.

Helse Midt-Norge må styrke behandlingstilbudet som kan bidra til å redusere misbruk og avhengighet. Det er behov for økt kapasitet og styrking av kunnskapsgrunnlaget.

Mange av pasientene har samtidig rusproblemer og psykiske lidelser, og mange av pasientene har i tillegg behov for somatiske spesialisthelsetjenester. En rekke av problemstillingene kan ikke løses isolert fra hverandre. Helse Midt-Norge må styrke koordinering av tjenestene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk for å gi pasientene et mest mulig helhetlig tilbud

### **Tilbudet til de store og voksende pasientgruppene skal styrkes**

De neste 10-årene forventes vekst av sykdommer som følger av moderne livsstil. Med økende levealder vil også aldersrelaterte og sammensatte sykdommer øke. Innenfor kreft er det forventet en økning på minst 30 % frem til 2020. På grunn av tidlig diagnostikk og bedre behandlingsmetoder vil antallet personer som lever med kreftdiagnose øke med nesten 50% i samme periode.

Hovedvekten av pasientene vil behandles innenfor de ikke-kirurgiske fagene. Helse Midt-Norge må styrke den samlede kapasitet for å møte veksten i disse pasientgruppene. Den økte kapasiteten skal differensieres slik at flest mulig kan behandles nært bosted.

Sammensatte lidelser passer dårlig inn i en organspesialisert tjenestestruktur. God diagnostikk og behandling for pasienter med sammensatte og uavklarte lidelser krever en breddetilnærming. Helse Midt-Norge må utvikle tjenestene slik at tjenestene er bedre rustet til å løse samtidighetsproblemer av ulike sykdommer.

Mye av akuttvolumet i sykehusene i dag er knyttet til personer med kroniske lidelser i de ikke-kirurgiske fagområder. Noen opplever akutt forverring for eksempel i forbindelse med en akutt infeksjon, mens andre har hatt en tiltagende forverring av sykdomsbildet over noe tid og nådd "tålegrensen". Tilbudet må utvikles slik at unødvendige akuttinnleggelser i sykehusene forhindres.

## Ressursene skal omfordeles

Tall fra Samdata 2008 viser at Helse Midt-Norge fremdeles ikke har nådd målet om raskere vekst innenfor psykisk helsevern enn innenfor somatikk. Ressursveksten i somatikk skal reduseres. Den reduserte veksten i somatikk skal bidra til å bygge opp tjenester og øke kapasiteten innenfor psykisk helsevern og rusbehandling.

Tallene for Helse Midt-Norge viser forholdsmessig stor ressursbruk til akuttberedskap i forhold til antall pasienter som behandles akutt. Samling av akutt døgnerberedskap på færre steder frigjør ressurser til høyt prioriterte utviklingsområder. Potensialet for frigjøring av ressurser er størst i de somatiske fagene.

Helse Midt-Norge har relativt høy kapasitet på døgnerbehandling i kirurgiske fag i forhold til etterspørsel (korte ventelister). Samtidig har Helse Midt-Norge en voksende etterspørsel etter dagbaserte og polikliniske tjenester. Det er med dagens kunnskap mulig å omdisponere kapasitet i døgnerbehandling til dagbasert behandling og poliklinikk. Den medisinskfaglige utviklingen forventes å styrke dette ressurspotensialet i strategiperioden.

For mange pasienter får tilbud sent i sykdomsutviklingen, for mange pasienter reinnlegges og mange pasienter i sykehus kunne fått tilbudet på mer effektivt omsorgsnivå. Dette gjelder alle fagfelt. Psykisk helsevern har kommet langt i intern omdisponering av ressurser. Det største potensialet ligger i differensierte tjenester i indremedisinske fag, jfr St.meld 47, Samhandlingsreformen.

### 3.3 Kunnskapsbasert pasientbehandling

Helse Midt-Norge skal utforme behandlingstilbud av høy kvalitet. Behandlingstilbudet skal være basert på forskning, systematisk innhentede erfaringer og utvikles i nært samarbeid med våre brukere. Universitetssykehuset skal ha en tydelig rolle som kompetansebase.

#### Helse Midt-Norge skal styrke kunnskapsbasert praksis

Graden av systematisering og mengde av dokumentert kunnskap varierer mellom ulike fagområder og fagtradisjoner. Enkelte fag har en lang tradisjon for vitenskaplig tilnærming, andre fagområder og faggrupper en mindre utviklet tradisjon for dette. Helse Midt-Norge vil prioritere utvikling av kunnskapsbasert praksis i alle fagområder. Hovedutfordringen er å implementere eksisterende kunnskap. De største løftene vil være innenfor rusbehandling og psykisk helsevern, og knyttet til samhandling i overgangene mellom fagområder.

Det fremtidige utfordringsbildet krever ny kunnskap. Vi har i dag mest kunnskap om sykdommer i den yngre del av befolkningen. Sykdom hos eldre kan ha andre symptomer og pasienter responderer på behandling annerledes (for eksempel legemidler). Kunnskapsbasert behandling utvikles ikke utelukkende gjennom tradisjonell medisinskfaglig vitenskaplig tilnærming. Også erfaringsbasert kunnskap og "taus kunnskap" skal kunne beskrives og legges til grunn som



kunnskapsgrunnlaget. Videre er brukerkunnskap vesentlig. Slik kunnskap innhentes i tett samhandling med bruker og gjennom et godt samarbeid med brukerutvalgene.

### **Universitetssykehuset skal ha en tydeligere og fremtredende rolle i kunnskapsutviklingen**

Et godt universitetssykehus er nødvendig for å gi et fullstendig behandlingstilbud til pasienter i landsdelen. Universitetssykehuset skal være drivkraft i utvikling av ny kunnskap gjennom forskning samt grunn- og videreutdanning.

Helse Midt-Norge vil tydeliggjøre St.Olavs hospitals rolle som regional kompetansebase. St.Olavs hospital skal i større utstrekning enn i dag være proaktiv og legge til rette for samarbeid med de andre helseforetakene. Helseforetakene skal aktivt etterspørre universitetssykehusets kompetanse i utviklingsarbeid. I arbeidet med standardisering skal universitetssykehuset ha en sentral rolle i å framskaffe kunnskapsgrunnlaget.

Det skal iverksettes et eget arbeid for å utvikle en strategi for universitetssykehusets rolle og oppgaver i Helse Midt-Norge.

### **Helse Midt-Norge skal styrke brukerrollen**

Pasientene er tjenestemottakere og medaktører. De har forventninger til at behandlingsapparatet vurderer hva som samlet sett er det beste for pasienten og at tjenesten utføres på beste måte. Gjennom Strategi 2020 skal Helse Midt-Norge styrke sin rolle som tjenesteyter og vise pasientene at pasientene kan ha tillit til oss

Samtidig har den enkelte pasient, i samarbeid med pårørende, medbestemmelsesrett i behandlingen. Dette bygger på grunnleggende menneskerettigheter som er gjennomgående i helselovgivningen. Medbestemmelse bygger på informasjon om alternativer formidlet slik at pasienten er kvalifisert for å ta valg. Dette gjelder tjenestested (fritt sykehusvalg) og i valget mellom aktuelle behandlingsformer (feks operasjon eller ikke operasjon). Helse Midt-Norge skal legge enda bedre til rette for medbestemmelse.

Pasienten skal medvirke aktivt i diagnostikk og behandling. Det er bare pasienten som kan sikre etterlevelse av de tiltak som pasientene selv må bidra til. Det kan for eksempel være egentrening, gjennomføring av medisineringsplan, blodsuktermåling med mer. Helse Midt-Norge har allerede etablert lærings- og mestringssentre som nettopp har dette som formål, men innsatsen bør styrkes i strategiperioden i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Tjenestene skal aktivt bidra til at pasienten mestrer hverdagen bedre. Spesialisthelsetjenesten skal understøtte aktiv oppfølging og tidlig behandling der dette gir størst mulighet for gode resultater. I psykisk helsevern prøves modeller for selvstyrte døgnplasser for alvorlig og langvarige psykisk syke. Antall innleggelser og tvang går ned, og pasienten bevarer verdighet og selvstendighet.

Omlegging til moderne medisinske metoder, for eksempel dagkirurgi og poliklinikk understøtter pasientens mestringsevne. Metodene som tidligere krevde lang liggetid, med mye smerte og ubehag, satte personen ut av funksjon i arbeidsliv og familieliv. Dette kan nå reduseres til behandling i noen timer, og marginalt reduserte dagliglivsfunksjoner. Pasienter i psykisk helsevern kan nå få hjelp av ambulant team eller i poliklinikk for lidelser som tidligere krevde langvarige innleggelser.

### 3.4 En organisering som underbygger trygge pasientforløp

Våre pasienter skal oppleve at de tilbys helsetjenestene i forutsigbare forløp. Det skal være dokumentert kvalitet på det medisinskfaglige tilbudet, og helsetjenesten skal henge sammen på en måte som sikrer høy grad av sikkerhet, god pasientopplevelse, god pasientmedvirkning og effektiv ressursutnyttelse. Pasientforløpene skal bygges opp slik at behandlingen skjer på mest effektive omsorgsnivå.

#### **Pasientforløpene skal knytte de ulike deltjenestene bedre sammen**

Begrepet pasientforløp omfatter helsefaglige og logistiske prosesser knyttet til diagnostikk, behandling og oppfølging. Aktørene i pasientforløpene er pasienten selv, pårørende, prehospitale tjenester (ambulanse), ulike ressurser i primærhelsetjenesten og et utall ressursmiljøer i spesialisthelsetjenesten, både offentlige og private. I tillegg vil mange pasienter i forløpet ha behov for samtidige helsestøttende tjenester fra NAV og andre offentlige tjenesteutøvere.

En stor del av pasientforløpene skjer i regi av primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten har breddekompetanse og god forutsetning for lokalmiljørelatert forståelse og innsats. Når problemstillingen krever mer spisset kompetanse kobles spesialisthelsetjenesten inn. Ved akutt skade og sykdom vil de prehospitale tjenestene være en del av pasientforløpet.

Spesialisthelsetjenesten skal bidra til gode, sikre og effektive overganger mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Pasientforløpene skal planlegges slik at ressursene i størst mulig grad benyttes til verdiskapning for pasienten og ikke forringes av dobbeltarbeid, mangelfull eller uklar kommunikasjon. Pasienten skal oppleve en sammenhengende, pålitelig tjeneste og skal kunne medvirke med egne ressurser.

Legemiddelterapi utgjør en stor del av alle pasientforløp. Kostnadene til legemiddelterapi forventes å øke som følge av teknologiutvikling (for eksempel nye biologiske legemidler). Den farmasøytiske kompetansen i sykehusapotekene skal bygges tettere inn i forløpene i tråd med internasjonale erfaringer. Dette vil føre til økt kvalitet og pasientsikkerhet i legemiddelterapien.

IKT inngår som et viktig element i alle pasientforløpene og er avgjørende for å sikre informasjonsoverføring i overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Helse Midt-Norge skal ta i bruk og videreutvikle teknologiske løsninger som styrker kvalitet og gir ressurseffektive pasientforløp.

Godt innarbeidede standardiserte pasientforløp skaper høyere grad av trygghet for at arbeidstakere ikke gjøre feil. I tillegg gir standardisering mulighet for god ressursplanlegging. Trygghet og god flyt styrker arbeidsmiljøet.

## **Helse Midt-Norge skal prioritere innsats tidlig i sykdomsforløpene**

Gjennom tidlig innsats kan behovet for spesialisthelsetjenester reduseres. Dette er først og fremst en gevinst for pasienten. Spesialisthelsetjenestene skal gi primærhelsetjenesten råd og deltjenester slik at primærhelsetjenesten i størst mulig grad kan gjennomføre behandlingen i førstelinjen. Tidlig innsats omfatter også underbygging av pasientenes egeninnsats.

## **Helse Midt-Norge skal tilby sammenlignbare tjenester til samme kvalitet i hele regionen**

Befolkningen i Helse Midt-Norge skal tilbys samme gode behandling uavhengig av sykehusområde. I Helse Midt-Norge tilbys en rekke tjenester med ulikt faglig standard og/eller ulik ressursbruk. Det tar for lang tid å bredde nye forskningsresultater eller nye forbedrede behandlingsmetoder. I Helse Midt-Norge skal tjenestene harmoniseres slik at pasientene får likeverdige tilbud, uavhengig av bosted.

Kravet til kvalitet omfatter også private. De standardiserte kravene til tjeneste skal være en del av kontraktsgrunnlaget.

Helse Midt-Norge har etablert til sammen 15 regionale helsefaglige nettverk. Formålet med disse nettverkene er blant annet å definere hva som skal være kunnskapsgrunnlaget i standardiseringsarbeidet.

## **Helse Midt-Norge skal standardisere kvalitetssystemene i regionen**

Helse Midt-Norge skal utvikle en kvalitetskultur som gjør at organisasjonen i alle ledd har eierskap til den enkelte avdelings kvalitet. Kultur og systemer for å oppdage og lukke avvik skal utvikles.

Helse Midt-Norge har i dag et felles system for kvalitetsdokumentasjon i sykehusene. Dette systemet brukes imidlertid ulikt og er også i varierende grad tatt i bruk. Økt standardisering, sterkere fokus på pasientforløp som krysser avdelings-, sykehus- og helseforetaksgrenser tilsier at kvalitetssystemene i regionen må være regionale.

Helse Midt-Norge vil vurdere sertifiseringsprosesser for de sentrale funksjonene i foretaksstrukturen. Ved å legge felles standarder til grunn vil tjenestene i større utstrekning utvikles slik at de gir likeverdig tilbud, til omforent lik kvalitet og med harmonisert ressursbruk.

Utvikling av gode virksomhets- og kvalitetsmål skal prioriteres. God og pålitelig informasjon om kvaliteten i sykehusstilbudet i Helse Midt-Norge skal være enkel å få tak i og lettfattelig i form. Pasienter, pårørende og fastleger skal ha tilgang til informasjonen som grunnlag for vurderinger og valg av sykehus.

Helhetlige pasientforløp omfatter også tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten. Helse Midt-Norges prosedyrer bør gjøres tilgjengelige for våre samarbeidspartnere. Slik kan vi utfordre kunnskap på tvers i helsetjenesten og bidra til økt kvalitet og pasientsikkerhet i det samlede forløpet.

Pasientsikkerhet setter fokus på hvordan helsetjenesten utføres. Tjenestenes komplekse sammensetning er en potensiell risiko, og det er behov for å registrere, analysere, lære av og

forebygge feil og utilsiktede hendelser. Videre skal tjenestene bygge systemer for å redusere konsekvensen av uheldige hendelser.

### **3.5 Rett kompetanse på rett sted til rett tid**

For å sikre helhetlige, forutsigbare og effektive pasientforløp, kreves riktig type kompetanse, på riktig sted og til rett tid. Det vil bli knapphet på arbeidskraft som kan gå inn i helsetjenesten. Utdanning må være innrettet mot de utfordringene framtidens helsetjeneste står overfor. Personell i tjenesten må finne arbeidet attraktivt slik at opparbeidet kompetanse bevares.

#### **Helse Midt-Norge må tilby tjenester som rekrutterer og beholder ansatte**

Helse Midt-Norge må sikre at fremtidens helsepersonell opplever sykehusene som attraktive arbeidsplasser. Attraktive arbeidsplasser skapes blant annet gjennom utfordrende oppgaver, et arbeidsmiljø med rom for utvikling, fleksible arbeidstidsordninger og et stabilt og dyktig fagmiljø.

#### **Utdanning må følge endringer i behov**

Helse Midt-Norge har en lovpålagt oppgave i utdannelsen av helsepersonell. Dette gjelder både i grunnutdanning og spesialisering. (videreutdanning). Spesialisthelsetjenestens utdanningsansvar strekker seg utover de behov spesialisthelsetjenesten selv har. Universitetssykehuset har et særskilt ansvar i utdanningssystemet, men alle helseforetakene er forpliktet til å drive utdanning. Systemene for utdanning av helsepersonell er viktige for utvikling av kompetanse i tjenestene

Utdanningskapasitet og utdanningsmodeller må tilpasses de tjenestene sykehusene skal tilby. Dette omfatter alle grupper, både grunnutdanning og spesialisering. Dagens godkjenningsordninger imøtekommer ikke i stor nok grad våre utfordringer. Helse Midt-Norge skal samarbeide med myndigheter for å finne løsninger som både sikrer helsepersonell gode utdanningsforløp og samtidig er tilpasset Helse Midt-Norges framtidige behov og organisering av helsetjenestene.

Endringer i organiseringen av akutte tjenester og reduksjon av døgnbasert behandling vil gi helsepersonell under utdanning endrede læringsarenaer. Helse Midt-Norge skal sørge for spesialiseringsforløp og praksisperioder som sikrer læring fra alle faser og aktiviteter i pasientforløpene.

## **Helse Midt-Norge skal stimulere kompetanseutvikling for å møte pasientens behov**

Utvikling av kompetanse er et viktig virkemiddel for å imøtekomme utfordringene vi står overfor.

God og langsiktig planlegging av aktiviteter, kompetanse, arbeidsprosesser og arbeidsplaner gir medarbeiderne en mer forutsigbar arbeidssituasjon. Dette innebærer god ressursutnytting og styrker arbeidsmiljøet. For å sikre dette kreves synlig og ansvarlig ledelse på alle nivå. Helse Midt-Norge vil derfor satse videre på lederutvikling og ledelses-støtte.

## **Foretaksgruppen skal ivareta de ansattes behov**

Systematisk arbeid for å beholde og utvikle de ansatte er det mest effektive tiltaket for å sikre kapasitet. I dag har Helse Midt-Norge høyt sykefravær. Andelen av uførepensjonister blant våre medarbeider øker. En for stor andel av våre ansatte arbeider deltid. Ved å vri arbeidsinnsatsen mer over på planlagt behandling, poliklinikk og dagbehandling vil andelen deltid kunne reduseres. Dette er ønskelig både for arbeidstagerne og arbeidsgiver.

Reduksjon av arbeid på ubekvem tid vil videre kunne gi medarbeidere mer fleksible, faglig utviklende og mindre belastende arbeidsforhold.

## **Kompetansen skal brukes fleksibelt**

Gjennom bedre organisering og utnyttelse av kompetanse skal Helse Midt-Norges sørge for at de samlede kompetanseressurser kommer flest mulig pasienter til gode.

Helse Midt-Norge skal prioritere å utvikle og ta i bruk samhandlingsteknologi (felles systemer, kommunikasjon og telemedisin) for slik å kunne dele kritisk og ”ledig” kompetanse på tvers av geografisk lokalisering. Eksempel på dette er vaksamarbeid innenfor enkelte fagfelt.

Jobbglidning innebærer en systematisk forskyvning av oppgaver fra en profesjonsgruppe til en annen. Helse Midt-Norge skal arbeide for at enheter blir i stand til å finne fleksible løsninger uten at dette går på bekostning av faglige kvalitetsstandarder.

Det er gjort svært gode erfaringer knyttet til kvalitet og produktivitet gjennom prosessforbedringer (lean, mikroprosesser, pasientforløp) regionalt og nasjonalt. Prosesstenkning kan bidra til å løse utfordringer knyttet til ”silotenkning” rundt avdelings- og profesjonsgrenser, som for eksempel at man reduserer dobbeltarbeid og sikrer informasjonsflyt. En endring av kultur der man er mer fokusert på oppgaver og aktiviteter som skal utføres enn profesjonsinndelinger vil gi større fleksibilitet og effektivitet i utøvelsen.

### 3.6 Økonomisk bærekraft

Helse Midt-Norge skal ha en sunn økonomi, og løse oppgavene innenfor de rammene vi blir tildelt. Dette innebærer at vi må sørge for rasjonell drift og prioritere oppgavene i tråd med nasjonale føringer. I tillegg må vi skape nødvendig handlingsrom for å gjennomføre ønskede prioriteringer innenfor både pasientbehandling og investeringer i MTU, IKT og bygg.

#### **Helse Midt-Norge skal ha en bærekraftig forvaltning av kapitalen**

Helse Midt-Norge forvalter store verdier knyttet til eiendommer, bygninger og utstyr. Bærekraftig økonomistyring innebærer at årsresultat og investeringer ligger på et nivå som skaper rom for vedlikehold av disse eiendelene.

Helse Midt-Norge skal prioritere vedlikehold av eiendoms- og bygningsmassen slik at denne ikke forringes i verdi. Organisering av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge vil bli evaluert i 2010 jmf styresak 83/07. En oppdatert eiendoms masse er viktig for å understøtte effektiv drift.

IKT har som oppgave å understøtte dagens arbeidsprosesser og legge til rette for nye arbeidsprosesser gjennom å utvikle og ta i bruk ny teknologi. Målene for økt kvalitet og bedre samhandling både internt i spesialisthelsetjenesten og med kommunene stiller store krav til IKT-støtte for kliniske prosesser, informasjonsutveksling og logistikk. Dette krever betydelige investeringer i IKT framover.

En stor del av den medisinskfaglige utviklingen skjer på området MTU. Dette understøtter god pasientbehandling gjennom mer nøyaktig diagnostikk, bedre behandling og oppfølging. MTU gir også muligheter for bedre samhandling. Helse Midt-Norge må prioritere vedlikehold av eksisterende MTU og skape rom for investeringer i nytt utstyr.

#### **Helse Midt-Norge skal ha en prioriteringspraksis på linje med de andre RHFene**

En større del av henviste pasienter i Helse Midt-Norge blir definert som rettighetspasienter enn tilfellet er i andre regioner. Den manglende prioriteringen av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp bidrar til å bygge ventelister. Helse Midt-Norge skal fortsette arbeidet med å implementere de nasjonale prioriteringsveilederne.

#### **Pasientbehandlingen skal effektiviseres**

Den økonomiske veksten til spesialisthelsetjenesten vil bremses. Det er derfor helt sentralt at vi har fokus på produktivitetsforbedringer. Samdata-tall tyder på at Helse Midt-Norge har potensial for mer effektiv drift av sykehusene enn vi har i dag.

Overgangen fra døgn til dag- og poliklinikkbehandling går ikke raskt nok. Det er også store variasjoner mellom sykehusene i Helse Midt-Norge. Flere pasienter bør behandles poliklinisk eller ved dagbehandling. Bedre tilrettelagte pasientforløp og omlegging til

dagaktivitet/poliklinikk vil fortsette innen mange fagområder og derved redusere den gjennomsnittlige liggetiden ytterligere. Fokus på mer dag- og poliklinikkbehandling og mindre bruk av døgnbehandling er viktige tiltak for driftsøkonomien i sykehusene.

Det er indikasjoner på at vi har en dårlig produktivitetsutvikling innenfor voksenpsykiatri. Det er viktig å prioritere utvikling av mål for aktivitets- og produktivitetmåling innen psykisk helsevern og rusbehandling.

Innenfor helse utgjør personalkostnader den desidert største driftskostnaden. Helse Midt-Norge har et betydelig effektiviseringspotensiale knyttet til bedre personellstyring. Årsturnus gir bedre styring av ressurser i forhold til svingninger i aktivitet gjennom året. Standardiserte pasientforløp gir bedre oversikt over reelt kompetansebehov knyttet til ulike pasientforløp og diagnoser. Dette er informasjon som bør utnyttes i styring og planlegging.

Dagens organisering av vaktberedskap legger beslag på en stor andel av lønnskostnadene i sykehusene. St Olav har vaktordninger innenfor 40 spesialistområder. Helse Midt-Norge skal gjennomgå alle vaktordninger i foretaksgruppen med tanke på bedre utnyttelse av personalressursen.

### **Støttetjenestene i Helse Midt-Norge skal være helt i tet i effektivitet og kvalitet**

Støttefunksjoner og fellestjenester skal understøtte og forbedre kjernevirksomhet og arbeidsprosesser. Dette vil frigjøre økonomiske ressurser til pasientbehandling og samtidig øke kvaliteten på de administrative funksjonene. I Helse Midt-Norges Eierstrategi er en av strategiene effektivisering av støttetjenester. Selv om analyser viser at HMN på sentrale områder har relativt effektive støttetjenester, er ikke måloppnåelsen i denne delen av Strategi 2010 ferdigstilt.

Helse Midt-Norge skal innføre et nytt nasjonalt logistikk- og økonomisystem i starten av strategiperioden. I tillegg arbeides det med å etablere nasjonale felles arbeidsprosesser og standarder innenfor flere av støttefunksjonene. Det er vesentlig at Helse Midt-Norge gjør grundige vurderinger av hvordan regionen skal høste gevinster av de investeringene som nå gjøres innenfor støttesystemene.

## 4 Tjenesteorganisering mot 2020

Utfordringer og mål i Strategi 2020 forutsetter endringer i måten Helse Midt-Norge organiserer spesialisthelsetjenesten på. Tilbudet til pasientgruppene med størst behov skal styrkes. Utbygging av ulike desentraliserte tjenester skal prioriteres slik at pasientene får hjelp nær bosted i større deler av behandlingen. Dette krever at en større del av personalressursen brukes til aktiv pasientbehandling.

Frigjøring av ressurser skal skje gjennom redusert vaktberedskap i alle fagområder der det er mulig, og gjennom å tilrettelegge for en mer kostnadseffektiv pasientbehandling. Helse Midt-Norge vil bl.a. redusere ressursbruken knyttet til vakt og sikre mer robust rekruttering gjennom å samle akuttberedskap innenfor kirurgi og ortopedi ett sted i hvert HF og redusere antall steder med fødetilbud.

En grundig gjennomgang av alle vaktordninger skal også omfatte vaktordningene på St. Olavs Hospital.

I dette kapitlet vil vi beskrive en tjenesteorganisering som innenfor disse rammene underbygger pasientenes behov for trygghet ved akutt sykdom og som samtidig legger til rette for et godt tilbud til de store pasientgruppene.

### 4.1 Godt utbygde og kompetente prehospitaler tjenester

Befolkningens trygghet for hjelp ved akutt sykdom og skade er et viktig velferdsgode. Godt utbygde og kompetente prehospitaler tjenester er avgjørende for både opplevd og reell trygghet. De senere årene har det skjedd en betydelig opprusting og kompetanseheving av de prehospitaler tjenestene. Helse Midt-Norge har i dag følgende beredskap:

Helse Nord-Trøndelag	16 ambulansestasjoner
St. Olavs hospital	17 ambulansestasjoner + 1 ambulansébåt
Helse Nordmøre og Romsdal	18 ambulansestasjoner + 3 ambulansébåter
Helse Sunnmøre	13 ambulansestasjoner + 2 ambulansébåter

I tillegg er det 2 helikopterbasert og ett ambulanséfly i Midt-Norge.

Økt kompetanse har ført til en endret rolle for de prehospitaler tjenestene. Hovedoppgavene var tidligere i stor grad livredning og raskest mulig transport inn til nærmeste sykehus, er trenden nå at ambulansepersonell i stadig større grad starter behandling på skadested og underveis til sykehus. Pasienten blir etter vurdering på skadestedet eller i hjemmet transportert til det sykehuset som har den relevante kompetansen for det aktuelle tilfellet. De mest kritisk syke og skadde skal transporteres til universitetssykehuset St. Olavs Hospital.

Samarbeidet med lokal legevakt er sentralt i de prehospitaler tjenestene.



Ambulansene er i dag hovedsaklig basert på avtaler med private drivere, men tjenestens faglige innhold er tett koblet til helseforetakssystemet. I strategiperioden skal det skje en evaluering av de prehospitale tjenestene, og spørsmålet om videreføring av dagens organisering av ambulansetjenesten må vurderes.

## 4.2 Det gode lokalsykehuset

De store pasientgruppene skal kunne få hoveddelen av sine behov for spesialisthelsetjenester dekket i lokalsykehuset, eller i desentraliserte poliklinikker/dagtilbud.

Lokalsykehuset skal binde sammen tjenestene innad i spesialisthelsetjenesten for pasienter som i deler av forløpet har behov for mer spesialisert behandling. Et eksempel på dette er kreftbehandling, der lokalsykehuset vil ha en sentral rolle i oppfølging etter mer spesialisert behandling.

Lokalsykehusene er den viktigste ressursbasen for primærhelsetjenesten. For å møte utfordringene med stadig flere eldre og kronisk syke er kompetanse fra lokalsykehuset nødvendig for å understøtte tjenester på lavere omsorgsnivå. Kompetansen kommer pasienten til gode i bedre pasientforløp, faglige konsultasjoner og direkte i de felles samhandlingsarenaer som etableres (Felles akuttmottak, Distriktsmedisinske senter, desentraliserte poliklinikker). Kompetansedelingen styrker spesialisthelsetjenesten gjennom færre akuttinnleggelser og en bedre styrt pasientstrøm.

Lokalsykehusene skal ha akuttberedskap innenfor indremedisin og tilhørende nødvendige medisinske støttfunksjoner. Alle sykehusene skal ha vaktordning innenfor anestesi. Lokalsykehuset skal gi livreddende og skadebegrensende behandling i kritiske indremedisinske tilstander 24 timer i døgnet (sirkulasjonssvikt, hjerneslag, nyresvikt, alvorlige infeksjoner, forgiftninger etc). Sykehusene skal også ha kompetanse for stabilisering og videretransport av akuttpasienter med behov for mer spesialiserte tjenester. Erfaringer fra tilsvarende sykehus, for eksempel Lovisenberg sykehus i Oslo, viser at utvelgelsen av pasienter som kan få tilbud på et slikt sykehus er god, og at svært få pasienter må overflyttes til kirurgisk avdeling ved et annet sykehus.

Lokalsykehusene skal gi et helhetlig tilbud til pasientene. Lokalsykehuset skal derfor tilby kirurgiske tjenester i ulike spesialiteter, men ikke ha akuttberedskap innenfor kirurgiske disipliner. Elektive døgntjenester i lokalsykehusene skal være basert på 5-døgnsdrift, og kan for enkelte typer inngrep ha større opptaksområde enn lokalsykehuset. Elektive pasienter med behov for lengre liggetid enn 5 døgn skal behandles i akuttsykehusene.

Helse Midt-Norge er opptatt av å legge til rette for at lokalsykehusene blir oppfattet som attraktive arbeidsplasser. Godt arbeidsmiljø og at disse sykehusene oppfattes som faglig sterke, stabile og oppdaterte er helt avgjørende for å rekruttere og beholde medarbeidere.

### Til vurdering:

Tjenester rettet mot de store sykdomsgruppene skal desentraliseres, med lokalsykehusene som hovedarena. Lokalsykehusene vil være bindeleddet mellom spesialisthelsetjenesten og

kommunehelsetjenesten. Lokalsykehusene skal som minimum ha døgnerberedskap for indremedisin. I tillegg kan virksomheten omfatte planlagt behandling i kirurgi.

### **4.3 Psykisk helsevern og rusbehandling**

Psykisk helsevern for barn, unge og voksne i Midt-Norge skal videreutvikles innenfor den strukturen som er bygd opp gjennom opptrappingsplanperioden (Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008)). Tjenestene skal ha hovedtyngden i de desentraliserte tjenestene, det vil si distriktpsikiatrisk senter (DPS) og desentraliserte poliklinikker. Helseforetakene skal videreutvikle de desentraliserte løsningene slik at de i størst mulig grad understøtter pasientens egenmestring, i eller nært pasientens lokalmiljø. Dette innebærer styrking av samarbeidet med kommunale helse- og sosialtjenester og andre aktører som bidrar til pasientens mestring av hverdagen. Økt bruk av ambulante tjenester vil være et viktig virkemiddel. Videre skal tjenestene styrke pasientforløp som retter ressursinnsatsen tidlig i sykdomsutviklingen. Det skal særlig legges vekt på å forebygge bruk av tvang.

De sentraliserte sykehusene/ klinikkene skal innholdsmessig styrkes slik at de støtter de desentraliserte tjenestene. Dette innebærer en spesialisering på områder som det ikke er naturlig at de desentraliserte tjenestene skal ha.

Akuttbereidskap i foretaksstrukturen skal bygge videre på dagens løsning. Ved akutthenvising skal tjenestetypen vurderes på spesialistnivå. Pasienten skal kunne få tilbud på det mest effektive omsorgsnivå. Tjenestene skal videreutvikle systemene for behandling uten pasientens samtykke slik at de holder høyest mulig etisk og rettslig standard.

Institusjonsstrukturen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal i strategiperioden harmoniseres i tråd med øvrige spesialisthelsetjenester, samtidig som det beste i dagens tjenestetilbud beholdes. Dette innebærer gode og tilgjengelige polikliniske og ambulante tjenester, dag- og døgnerbehandling nært der pasientene bor. Gjelder både og akutte og elektive tilbud. Det er også behov for regionaliserte tilbud når kvalitet og innretning er viktigere enn nærhet. Dette omhandler mer forsterkede/spesialiserte tilbud på TSB-sykehusnivå og spesialiserte rehabiliteringstilbud. Tidlig i perioden skal det være etablert lokalbaserte TSB-tilbud i alle HF-områdene, utviklet i nær samhandling med aktuelle kommuner og øvrig spesialisthelsetjeneste. Rusbehandling Midt-Norge skal fortsatt ha et koordinerende ansvar for utviklingen av TSB i regionen.

Psykisk helsevern er en viktig del av gode somatiske tjenester, og omvendt. Psykisk helsevern, rusbehandling og somatiske spesialisthelsetjenester skal samhandle tettere for å gi mer helhetlig tilbud til pasientene.

### **4.4 Fremtidig akuttkirurgi**

#### **Ressursbruk og volum**

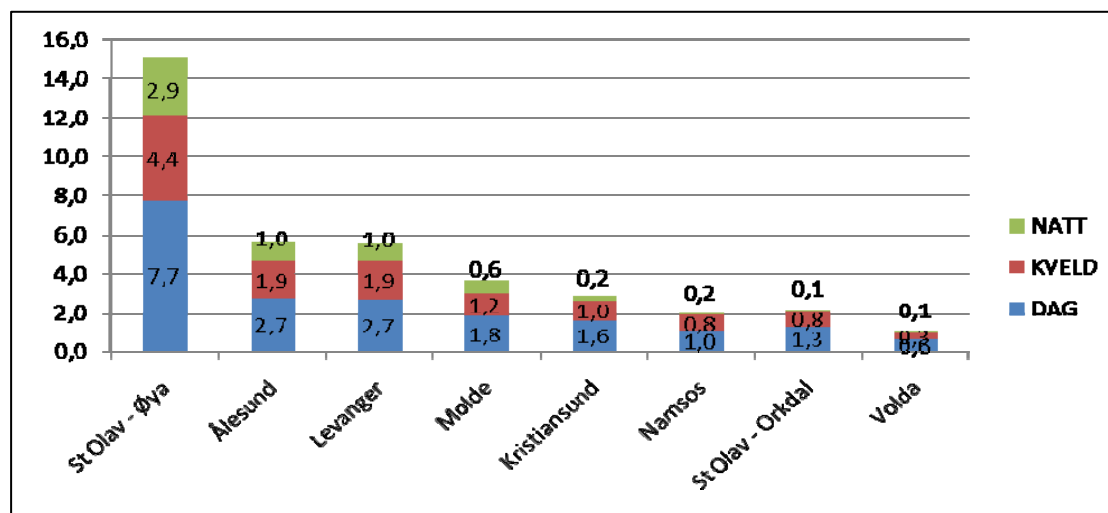
I Helse Midt-Norge er det i gjennomsnitt 224 øyeblikkelig hjelp-innleggelser pr døgn fordelt på åtte sykehus (2008-tall fra Samdata). I et gjennomsnittsdøgn kommer det ca 5-7 ø-hjelpspasienter til de minste sykehusene. De fleste av disse pasientene er indremedisinske

pasienter (ca 50 %). Resten av innleggelsene fordeler seg på bløtdelskirurgi (16%), ortopedi (11%) og gynekologi/føde (15%)

Antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser i bløtdelskirurgiske og ortopediske avdelinger i Helse Midt-Norge i 2008 er vist under.

		Dag 08:00- 16:00	Kveld 16:00- 00:00	Natt 00:00- 08:00	Totalt
St. Olavs – Øya	Ortopedi	954	1 250	253	<b>2 457</b>
	Kirurgi	1 718	1 551	650	<b>3 919</b>
St. Olavs – Orkdal	Ortopedi	356	332	129	<b>817</b>
	Kirurgi	427	442	197	<b>1 066</b>
Levanger	Ortopedi	707	651	307	<b>1 665</b>
	Kirurgi	875	739	290	<b>1 904</b>
Namsos	Ortopedi	370	467	114	<b>951</b>
	Kirurgi	399	373	104	<b>876</b>
Kristiansund	Ortopedi	399	320	95	<b>814</b>
	Kirurgi	453	422	187	<b>1 062</b>
Molde	Ortopedi	413	348	108	<b>869</b>
	Kirurgi	645	537	201	<b>1 383</b>
Ålesund	Ortopedi	606	593	185	<b>1 384</b>
	Kirurgi	763	616	216	<b>1 595</b>
Volda	Ortopedi	709	509	145	<b>1 363</b>
	Kirurgi				
<b>SUM</b>					

Bare ca 40 % av de som legges inn for øyeblikkelig hjelp på en kirurgisk eller ortopedisk avdeling blir faktisk operert i løpet av 72 timer (hastegrad 1-3). Antallet kirurgiske ø-hjelpsinngrep er med andre ord svært lavt. I gjennomsnitt utføres det et kirurgisk inngrep hver 10. natt i Volda og på St. Olavs Hospital avd Orkdal, og hver 5. natt i Namsos og Kristiansund.



Antall ø-hjelpsoperasjoner pr døgn innen kirurgi, ortopedi og gyn/føde fordelt gjennom døgnet. Kilde: Opreg, 2008

For å opprettholde akuttberedskap innenfor en spesialitet kreves bred kompetanse og vaktteam innen flere fag. En fødeavdeling krever mulighet til å gjennomføre hastekeisersnitt. Det innebærer at i tillegg til gynekolog og jordmor, må en fødeavdeling også ha vaktteam innenfor anestesi, operasjon og postoperativ. Vaktberedskap innenfor ulike spesialiteter kan i noen grad benytte seg av samme støttepersonell. For eksempel kan det samme anestesi- og operasjonsteamet brukes både ved keisersnitt og ortopediske operasjoner. Dette viser hvordan ressursbruken for ulike typer kirurgi og føde henger sammen.

For å få et bilde av ressursbruken knyttet til akuttberedskap er det tatt utgangspunkt i en stilisert modell som belyser minimum ressursøkning i et sykehus med elektiv (planlagt) kirurgi og akuttberedskap innenfor indremedisin når sykehuset tilføres akuttberedskap innenfor kirurgi, føde og ortopedi. Beregningen viser at antall legetimer knyttet til ren vaktfunksjon er 150 timer pr uke, mens tidsbruk for spesialsykepleier/pleiepersonale er i underkant av 1000 timer pr uke.

Alternativverdien av disse ressursene kan vurderes på ulike måter. På legesiden vil man på kort sikt kunne øke omfanget av aktiv pasientbehandling og slik bidra til å redusere ventetider. På lengre sikt kan man vurdere å omfordele stillingshjemler og styrke de spesialitetene det er ønskelig å styrke, for eksempel øke antallet lege/psykologhjemler innenfor prioriterte fagområder som psykisk helsevern og rusbehandling.

Fjerning av akuttberedskap i et sykehus medfører økte transportkostnader. Siden volumet av akuttpasienter er begrenset blir også økningen i transportkostnader begrenset. Dersom alle pasienter som i dag legges inn på ortopedisk eller kirurgisk avdeling i de minste sykehusene (Namsos, St. Olavs Hospital Orkdal, Kristiansund, Volda) ble flyttet med ambulanse til nabosykehuset, vil dette for hele regionen utgjøre 3,8 mill kr pr år.

### **Samle for å styrke**

Den samlede vaktberedskapen innenfor ortopedi og bløtdelskirurgi har langt større kapasitet enn behovet tilsier. Det er relativt få pasienter pr vaktteam pr døgn. Samtidig øker ventetidene i Helse Midt-Norge fordi kapasiteten til planlagt behandling på dagtid er lavere enn behovet. Akuttkapasitet binder altså ressurser som kan frigjøres til å møte de største utfordringene i strategiperioden.

En samling av fagmiljøene innenfor akutt kirurgi og ortopedi i hvert HF vil bidra til å styrke fagmiljøene gjennom sterkere faglighet. Dette vil bidra til å demme opp for transport av akuttpasienter til St Olav og slik underbygge viktige akuttfunksjoner i HFene.

Pasientvolumet er ikke stort nok til å rettferdiggjøre akuttfunksjon i kirurgiske disipliner i alle sykehus. Helseforetakene skal i strategiperioden omstille virksomheten slik at det blir ett sykehus i hvert HF-område som har akuttberedskap i de kirurgiske disiplinene. Denne tjenesten kommer i tillegg til lokalsykehusfunksjon i indremedisin og elektive tjenester. Elektive døgntjenester som krever liggetid over 5 dager legges til akuttsykehuset.

Kvalitet i utdanning og spesialisering i kirurgiske fag skal ivaretas med samvirke mellom elektiv virksomhet i lokalsykehus og akuttsykehus.

### **Til vurdering:**

Akuttkirurgisk beredskap samles til ett sykehus i hvert foretak. Dette sykehuset får status som akuttsykehus i tråd med anbefalingene i "Traumerapporten".

## **4.5 Fødselsomsorgen er en sammenhengende tjeneste**

### **God fødselsomsorg er viktig**

God fødselsomsorg er av stor betydning for samfunnet. Fødselsomsorgen skal ha en kvalitet som reduserer risiko forbundet med fødsel mest mulig. Befolkningen skal føle trygghet for at Helse Midt-Norge etablerer et tilbud som er godt tilpasset både friske gravide og de som har behov for høyspesialisert kompetanse.

Fødselsomsorgen skal være en sammenhengende tjeneste med svangerskaps-, fødsels og barselomsorg. Hovedansvaret for oppfølging under graviditet og i barsel er tillagt primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har fra 01.01.10 ansvar for følgetjenesten til fødested og selve fødetilbudet. Ambulanse skal bemannes med lege eller jordmor når transporten overstiger 1,5 time. Dette øker trygghet og sikkerhet for den fødende.

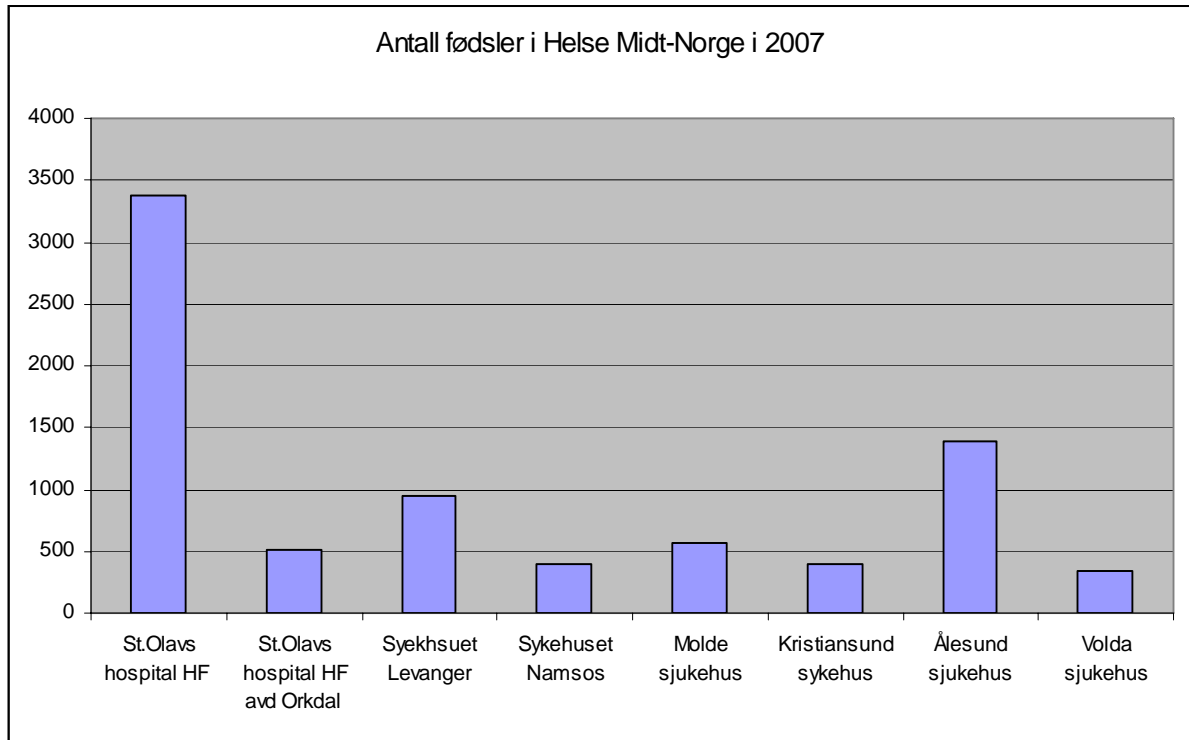
Fødselsomsorgen i Norge skal bygge på en differensiert modell. Fødestuer er jordmorstyrte og har ikke tilbud om fødselslege. Fødestue kan være et godt tilbud for de med forventet normal fødsel, men krever en god svangerskapsomsorg og en streng seleksjon. Fødeavdelinger skal ha fødselslege, operasjonsteam og beredskap for å gi sykt barn og syk mor god oppfølging. Gravide med høy risiko for komplikasjoner henvises til fødeklinikk (St Olavs hospital).

Fødselsomsorgen er basert på at den gravide følges systematisk gjennom svangerskapet. Risiko skal kartlegges og det skal tidligst mulig legges plan for oppfølging under svangerskap og fødsel, inklusive fødested (seleksjon).

### **Lettere rekruttering med færre avdelinger**

De minste fødeavdelingene i Helse Midt-Norge har relativt lave fødselstall. Vedlikehold av tilstrekkelig kompetanse krever et minimum av fødsler, både normale og kompliserte fødsler. Selv i en situasjon med god økonomi, god tilgang til leger, jordmødre og annet støttepersonell vil antall fødsler ha betydning for kvalitet.

Gynekologer på fødeavdelinger har tung vaktbelastning. For å redusere vaktbelastningen etableres det såkalte vikarstafetter. Med ustabil tilgang legebemanning kan en ikke opprettholde team som er godt trent og samkjørte. Over tid er det en risiko for at den faglige kvaliteten svekkes. Med ustabil bemanning svekkes også kvalitet på utdanning av leger, legespesialister og annet helsepersonell. Mye innleie av vikarer er i tillegg økonomisk ressurskrevende.



De små fødeavdelinger gir ikke grunnlag for flere enn fire gynekologer ansatt for å gjøre det arbeidet som er nødvendig på dagtid. For å møte fremtiden med rekrutterbare arbeidstidsordninger bør 6-8 gynekologer inngå i en vaktordning. Samtidig er meningsfulle arbeidsoppgaver på dagtid en vesentlig faktor for rekruttering. Dette trekker i retning av større fødeavdelinger.

### Institusjonsstruktur med fokus på kvalitet

Sentralisering av fødetilbudene til færre sykehus medfører at transportavstanden øker for deler av befolkningen. Trygg transport med følge av jordmor blir et viktig tiltak. Ca 1% av fødslene i Norge skjer hjemme eller under transport (St.meld.nr. 12 (2008-09)). Ulempen ved dette må avveies mot den økte sikkerheten som ligger i sykehus med flere fødsler og med høyere beredskap i andre fagområder, for eksempel med barnelege.

Det må aktivt settes inn tiltak som hindrer transportfødsler. Tett oppfølging og gode sikkerhetsmarginer vil bidra til dette. Fra 1.1.10 er det innført faglige krav til kvalifisert følgetjeneste til fødested. Dette vil styrke både opplevd trygghet og faglig kvalitet på fødetilbudet.

I dag er det fødeavdeling ved alle de åtte sykehusene i Helse Midt-Norge. Grunnlaget for gode medisinskfaglige fødselstilbud vil øke dersom fødeavdelingene slås sammen til større enheter. Slike avdelinger vil ha bedre utgangspunkt for å rekruttere og beholde nødvendig fagpersonell enn miljøer med få fødsler.

For områder i regionen med lang transporttid skal Helse Midt-Norge kunne ha fødselstilbud i små enheter, enten som fødestue eller som små fødeavdelinger. Systemene for seleksjon skal brukes aktivt. Kravene til kvalitet på de tjenester som skal utføres skal være høye.

**Til vurdering:**

Antall fødeavdelinger bør reduseres for å skape større enheter med mulighet for rekruttering av gynekologer i et godt fagmiljø. Transport til fødeavdelingen skal tas med i vurderingene.

Det pågår for tiden et arbeid for å vurdere samarbeid over regiongrensene mellom Helse Sunnmøre og Helse Førde.

De geografiske utfordringene er ulike i de fire sykehusforetakene, og løsningene vil derfor ikke nødvendigvis bli de samme.

**4.6 Tilpasning av akutt-tilbudet for barn**

Befolkningen under 18 år utgjør i underkant av 20 %. De er også den friskeste delen av befolkningen. Det barnemedisinske faget har utviklet seg fra døgnbehandling til stadig mer dag- og poliklinisk behandling. Den økte mobilitet i samfunnet gjør at pasientene kan reise mellom hjem og sykehus i større omfang enn før. Når det er medisinsk faglig forsvarlig, er det ønskelig at barnet får være mest mulig hjemme.

I dag er det 4 døgnavdelinger som tar mot barn til akutte innleggelser. Fagnettverket for pediatri vurderer at det ikke er pasientgrunnlag for mer enn 2 barneavdelinger med døgnbasert akuttberedskap. St.Olavs hospital og Ålesund bør dekke disse funksjonene.

I de andre foretakene er det pasientgrunnlag for 5-dagersposter for døgndrift. Tilbudet bør kobles til akuttsykehuset. Modellen forutsetter tett faglig og forløpsmessig samarbeid mellom HFene.

**Til vurdering:**

Antall barneavdelinger med døgnbasert akuttberedskap reduseres til to. I de andre helseforetakene skal det etableres akuttberedskap i 5-dagersposter

**4.7 Tjenester i samhandling med kommunene****Felles akuttmottak (FAM)**

De siste årene har vi sett en tendens til at flere kommuner går sammen om å etablere felles legevakt. Begrunnelsen er dels for å redusere vaktbelastningen for leger, dels for å øke den faglige kvaliteten ved at det etableres fast sykepleierbemanning og muligheter for å gjennomføre enke laboratorieundersøkelser.

FAM er kommunal legevaktstjeneste samlokalisert med spesialisthelsetjenester og prehospitaltjenester. Legevaktstjenesten er samlokalisert i sykehuset, og de ansatte i FAMet har tilgang støttetjenester og kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Lokalsykehusene skal i

strategiperioden invitere aktuelle kommuner og ambulansetjenesten til å samarbeide om etablering av FAM.

### **Intermediærenheter og desentraliserte dag-/poliklinikkjenester**

I strategiperioden skal helseforetakene sammen med aktuelle kommuner videreutvikle intermediærenheter ("*mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste*"). Dette er et arbeid som allerede er startet opp.

Intermediærtjenestene er kommunal tjeneste og støttes med kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Intermediærenheten skal sikre pasientene behandling og oppfølging i situasjoner hvor det ikke er nødvendig med innleggelse i sykehus. De intermediære enhetene har særlige fortrinn i tidlig avklaring og tidlig intervensjon for pasienter som opplever forverring av kjent kronisk sykdom. Videre er intermediærenheter godt egnet til å styrke pasientens mestringsressurser etter et sykdomsopphold.

I strategiperioden skal helseforetakene etablere desentraliserte poliklinikk- og dagtilbud frittstående eller i tilknytning til intermediæravdelinger.

## **4.8 Til vurdering:**

Institusjonsstrukturen i spesialisthelsetjenesten har vært uendret i mange år. Dette til tross for store endringer i infrastruktur (samferdsel) og endringer i behandlingsmetoder. Sykdomspanoramaet vil de neste 10- 20 årene endres. Det er nødvendig å tilrettelegge vår behandlingsskapitet på en best mulig måte for å møte de nye utfordringene.

Tilgang på nødvendig kompetanse vil bli en kritisk faktor, og er en viktig premis for de endringene som foreslås.

I strategiperioden skal det skje en evaluering av de prehospitale tjenestene, og spørsmålet om videreføring av dagens organisering av ambulansetjenesten må vurderes.

Tjenester rettet mot de store sykdomsgruppene skal desentraliseres, med lokalsykehusene som hovedarena. Lokalsykehusene vil være bindeleddet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Lokalsykehusene skal som minimum ha døgnerberedskap for indremedisin. I tillegg kan virksomheten omfatte planlagt behandling i kirurgi.

Rusbehandlingen skal integreres tettere med både psykisk helsevern og de somatiske tjenestene.

Akuttkirurgisk beredskap samles til ett sykehus i hvert foretak. Dette sykehuset får status som akuttsykehus i tråd med anbefalingene i "Traumerapporten".

Antall fødeavdelinger bør reduseres for å skape større enheter med mulighet for rekruttering av gynekologer i et godt fagmiljø. Transport til fødeavdelingen skal tas med i vurderingene.

Det pågår for tiden et arbeid for å vurdere samarbeid over regiongrensene mellom Helse Sunnmøre og Helse Førde.



De geografiske utfordringene er ulike i de fire sykehusforetakene, og løsningene vil derfor ikke nødvendigvis bli de samme.

Antall barneavdelinger med døgnbasert akuttberedskap reduseres til to. I de andre helseforetakene skal det etableres akuttberedskap i 5-dagersposter

Lokalsykehusene skal i strategiperioden invitere aktuelle kommuner og ambulansetjenesten til å samarbeide om etablering av FAM

I strategiperioden skal helseforetakene etablere desentraliserte poliklinikk- og dagtilbud frittstående eller i tilknytning til intermedisæravdelinger

## Ordforklaringer

Begrep brukt i tekst	Forklaring
AMK	Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (tlf 113)
BEON	Beste effektive omsorgsnivå
BUP	Psykisk helsevern for barn og unge
DMS	Distriktsmedisinsk senter
DPS	Distriktpsikiatrisk senter
DRG	Diagnoserelaterte grupper (kodevekt for pasientbehandling i somatikk)
Elektiv behandling	Planlagt behandling (forskjellig fra akutt)
FAM	Felles akuttmottak
HEMIT	Helse Midt-Norge IT
HF	Helseforetak
HNR	Helse Nordmøre og Romsdal HF
HNT	Helse Nord-Trøndelag HF
HSM	Helse Sunnmøre HF
IKT	Informasjons og kommunikasjonsteknologi
KS	Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon
MTU	Medisinskteknisk utstyr
Pasientforløp	Sammenhengende behandlingsskjede
Prehospitaltjenester	Kommunal legevakt, bil-, båt- og luftambulansetjeneste, Nødmeldetjensten (AMK)
Rusbehandling	Rusbehandling Midt-Norge HF
SAMDATA	Nasjonal helsestatistikk basert på data fra Norsk pasientregister og statistisk sentralbyrå
Samhandlingsreformen	St.meld.nr, 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, <i> Rett behandling - på rett sted - til rett tid</i>
St.meld.nr. 12 (2008-09)	St.meld.nr. 12 (2008-09) <i> En gledelig begivenhet Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg</i>
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling