



Verksemdsmessig utviklingsplan

2015-2030
HELSE FØRDE

Forord

Den verksemdsmessige utviklingsplanen skal vise utfordringsbilde, handlingsalternativ og komme med tilrådingar om retning for verksemda fram mot 2030.

Denne planen inneheld ingen framlegg om endringar i sjukehustruktur i fylket, men understrekar behovet for utviklingsarbeid og omstillingsevne.

Vi må møte framtidige utfordringar og utvikle «pasienten si helseteneste». Dette er eit gjennomgåande tema i planen.

Utviklinga må skje innanfor tilgjengelege og tilpassa rammer. I praksis må vi frigjere midlar til å gjere naudsynte investeringar i sjukehusa. Dei demografiske og epidemiologiske¹ framskrivingane syner at det vil bli fleire eldre og tilnærma ingen vekst i dei andre aldersgruppene.

Ein stadig større del eldre i vårt område vil krevje at helseføretaket rustar seg for å møte denne pasientgruppa på ein betre måte, og at vi i tida framover må arbeide på nye måtar.

Planen har også fokus på barn og unge. Målet er å styrke samhandling og fleirfaglege tenester i vårt tilbod til dei yngre.

Psykisk helsevern og rus er eit nasjonalt satsingsområde. Sektoren er derfor mykje tydelegare integrert i denne planprosessen. Eg vil peike på vedlegget om psykisk helsevern, som gjev ei god framstilling av tenester og utvikling innan fagområdet.

Vi skal utvikle spesialisttenestene i fylket, både på lokal- og sentralsjukehusnivå. Vi skal samhandle med kommunane og arbeide for auka pasienttryggleik og kvalitet.

Den største spenninga er knytt til korleis utvikling av ny teknologi og medisinske fag vil endre tenester og samarbeidet med pasientane. Uansett vil vi også i åra som kjem trenge dyktige og entusiastiske medarbeidarar for å skape verdens beste helseteneste.

Arbeidet med denne planen har vore krevjande for mange, og bidraga har gjort til at vi sit med eit godt utgangspunkt for vidare brubygging mellom denne planen og arbeidet med utvikling av infrastrukturen i føretaket. Eg vil takke alle for bidraga.

Førde september 2015

Jon Bolstad

Administrerande direktør

Samandrag

Bakgrunn

Denne utviklingsplanen har som føremål å forankre utvikling av helseføretaket si verksemd i overordna strategiar og rammer, og gje grunnlag for prioritering av tiltak. Planen byggjer på

¹ Utvikling av helsetilstanden til innbyggjarane

- nasjonale og regionale strategiar og planar for utvikling, organisering og oppgåvedeling innan spesialisthelsetenestene
- fagplanar for pasientgrupper og fagområde
- analyser av framtidig trong for kapasitet

Behova blant brukarane skal stå i sentrum for utviklinga, og tenestene skal utviklast i samarbeid med dei, kommunane og andre aktørar. Den verksemdsmessige utviklingsplanen omfattar kjerneoppgåvene i helseføretaket, som er klinisk verksemd, opplæring, forskning og utdanning, samt ikkje - medisinske sørvistenester. Planen skal skildre dei framtidige spesialisthelsetenestene i Helse Førde ut frå det utfordringsbilde ein ser.

Planen er ei rullering og vidareutvikling av tidlegare plan. Helse Førde vedtok i styresak 062/2014 Verksemdsmessig utviklingsplan Helse Førde 2014. Planen skal saman med bygningsmessig utviklingsplan utgjere grunnlaget som trengst for vidare planlegging (jfr. Helsedirektoratet sin rettleiar IS-1369 om tidlegfaseplanlegging i sjukehusprosjekt, desember 2011). Planen omfattar alle spesialist- og prehospitale helsetenester.

Planen omfattar heile helseføretaket og syner status for aktivitet og verksemd, føresetnader for dimensjonering, drivarar for endring og konsekvensar for framtidig verksemd. Planen syner avhengigheit mellom fagområde, funksjonar, sjukehus-einingar og mot primærhelsetenesta.

Planen synleggjer kva mogelege endringar og alternativ ein ser føre seg innan oppgåvefordeling, trong for kapasitet og framtidig aktivitet, og organisering gitt dei økonomiske rammene ein er førespegla.

Dei viktigaste utfordringane og tiltak for å møte desse

Spesialisthelsetenesta skal i framtida vere endå meir innretta mot å behandle pasientane fleirfagleg, og sjå dei som «heile menneske». Mange pasientar har ikkje kun ein sjukdom. Organisering i «silolar» med spesialområde kan vere til hinder for å sjå heilskapen hjå pasienten, og i å fange opp viktige symptom og bakgrunnsinformasjon. Ei meir fleirfagleg breiddetilnærming vil krevje organisatoriske, kulturelle, faglege, teknologiske, samarbeidsmessige og bygningsmessige endringar.

- Organisasjonen er ikkje tilpassa ei samordna og heilskapleg «pasientens helseteneste»

Helse Førde er - som andre helseføretak – i hovudsak organisert rundt faga, som har egne poliklinikkar og sengepostar. Samarbeid på tvers er organisert i varierende grad.

Framtidas organisering må ivareta pasientane sine behov for å bli tekne imot og behandla på ein meir koordinert og heilskapleg måte.

- Demografisk utvikling

Fram mot 2030/2040 vil Sogn og Fjordane vil få ein kraftig vekst blant dei eldre gruppene, især blant dei over 80 år, medan det vil bli litt nedgang i talet yrkesaktive.

Eit anna utviklingstrekk er at endra busetnadsmønster kan gje større ubalanse mellom sentra og utkantane, ved at fleire flyttar inn til sentra og færre kjem til å bu i utkantane. Dette kan gå ut over den generelle infrastrukturen. Det vil truleg vere mange eldre blant innbyggjarane i utkantane, og

nokre av desse vil vere i gruppa sårbare med samansette lidningar. Dette er dei som treng helsetenester mest, og som vil ha størst ulemper med å reise langt for å få behandling.

Helse Førde må også i framtida tilby likeverdige og nære tenester til dei som treng det mest. Samstundes må føretaket evne å syte for høgspesialiserte tenester som kun kan gjevast meir sentralt, på sentral- eller universitetssjukehus.

- Epidemiologi - utvikling av helsetilstanden til innbyggjarane

Prognosane viser at auken i tal eldre innbyggjarar vil bli sterk samanlikna med utviklinga for yngre aldersgrupper innan Helse Førde sitt område. Dette vil gje auka førekomst av sjukdomar. Pasientgruppa over 70 år brukar i dag fem gonger meir sjukehustenester enn resten av befolkninga. Dei som er eldre enn 80 år utgjer berre rundt fem prosent av befolkninga i dag, men brukar 45 prosent av dei somatiske sjukehussengene². Auken i tal eldre vil gje auke i diagnoser som hjartesykt, hjerneslag, kreft, slitasje i muskel og skjelett, diabetes type 2, urinlekkasje, KOLS, sansetap og alderspsykiatriske sjukdomar som depresjon og demens. I tillegg lever fleire lenger med sjukdomar, som følgje av den medisinske utviklinga. Andre faktorar enn demografisk utvikling vil forsterke behovet for spesialisthelsetenester ytterlegare innan fleire fagområde. Livsstilssjukdomar knytt til fedme og ein stillesitjande livsstil vil vekse. Epidemiologiske vurderingar viser ein forventet auke i fedme, diabetes type 2, KOLS, astma, nyresykt, allergiar, tjukktarmskreft, lungekreft, brystkreft, prostatakreft, depresjon og angst. Totalt sett indikerer det framtidige sjukdomsbildet stor trong for ulik eller fleirfagleg tilnærming³. Delen med framandkulturell bakgrunn vil også kunne påverke det samla sjukdomsbildet i befolkninga.

Helse Førde må tilpasse tenestetilbodet til den epidemiologiske utviklinga, som indikerer større trong for behandling av ei rekke lidningar. Det må utviklast meir effektive arbeidsprosessar internt i samarbeid med kommunane og andre. Nye teknologiske verktøy må takast i bruk. Helse Førde må arbeide aktivt for å rekruttere og stabilisere kompetanse. Ikkje minst må ein bidra til å førebygge sjukdom og dårleg helse.

- Gap mellom forventningar og ressursar

Innbyggjarane sine forventningar til behandling vil auke med større medisinske og teknologiske mogelegheiter til å hjelpe, samstundes som signal tyder på at dei økonomiske rammene neppe blir auka. Dette vil tvinge fram diskusjonar om prioritering, både nasjonalt og lokalt.

Helse Førde må ivareta sitt ansvar og sikre at tenestetilbodet er i samsvar med overordna prioriteringar, samstundes som drifta skal vere berekraftig.

- Økonomi

Helse Førde treng å investere i bygningar og utstyr, og må vere konkurransedyktig lønsmessig for å rekruttere kompetanse. Investeringsbehovet i åra framover tilseier at vi må ha så god drift at vi genererer midlar til alt vi ønskjer å satse på og utvikle.

² Helsedirektoratet rapport IS1966 side 49

³ Helsedirektoratet rapport IS1966 side 64

Helse Førde sine mogelegheiter

Det er eit mål for Helse Førde at føretaket også i framtida skal vere fyrstevalet for innbyggjarane i Sogn og Fjordane. Innan somatikken er Førde sentralsjukehus ein sentral fagleg «motor» for å drive den faglege utviklinga saman med dei to lokalsjukehusa, som på si side er viktige for det almenne tilbodet. På same måte er det eit nært samarbeid mellom sentrale og distriktpsikiatriske sentra innan psykisk helsevern. Helse Førde har i perioden 2011-2013 saman med Helse Vest gjennomført eit større nasjonalt pilotprosjekt; «Framtidas lokalsjukehus på Nordfjordeid.» Resultata gjev drivkraft til vidareutvikling av nye løysingar og samarbeidsformer i Helse Førde.

Følgande område blir særleg viktige i åra framover:

- Utvikle heilskaplege pasientforløp gjennom meir fleirfagleg organisering og samarbeid. Fleirfagleg mottak, samordna tilbod for barn og unge og eldremedisinske tenester er nokre av tiltaka som blir skisserte. Oppfølging av nasjonale krav om pakkeforløp for kreftpasientar inneber også fleirfagleg samarbeid både internt og ekstern.
- Partssamarbeid og samhandling. utfordringane må løysast i samarbeid med dei tilsette, med brukarane og ulike samarbeidspartar. Helse Førde og kommunane vil bli avhengige av å løyse utfordringane med demografi og epidemiologisk utvikling gjennom felles innsats.
- Teknologi. Vi må evne å ta i bruk dei teknologiske mogelegheiter som finst, m.a. for å bidra til mindre venting for pasientane på tenester som raskt kan avklarast. Det må leggest til rette for at pasientar slepp lange reiser i dei tilfella der konsultasjonar/kontrollar kan ordnast ved hjelp av overføring av bilde og «fjern»samtalar via telemedisin.
- Kvalitet og pasienttryggleik. Helse Førde må levere tenester som minst er på høgde med andre. Det må vere korte ventetider. Føretaket må arbeide systematisk med rekruttering, utdanning, kompetanse, leiing og organisasjon. Forsking og innovasjon er eit anna sentralt tema for eit framtidsretta helseføretak.

Om denne planen

Ein utviklingsplan som skal vere gjeldande for heile føretaket blir fort eit svært omfattande dokument. Det har vore naudsynt å gjere fleire prioriteringar og avvegingar rundt innhaldet i planen. Det viktigaste med denne planen er at den er eit endringsdokument. Den viser retning og endringar, men har ikkje alle konkrete løysingar. Dette vil vere aktivitetar som helseføretaket vil arbeide med i tida framover.

Planen har fått innspel frå tilnærma alle einingar i føretaket. Nokre av tilbakemeldingane viser til trong for fleire medarbeidarar, meir areal og liknande. I denne planen har vi vald å ikkje skildre slike einskilte innspel, då ein må sjå heilskapleg på kor veksten i planperioden skal vere, kva tilbod føretaket skal gje og korleis ein skal arbeide i framtida.

Dette dokumentet er den verksemdsmessige utviklingsplanen. Det er lagt ved seks vedlegg som gir innsyn i underlagsmaterialet for utarbeiding av planen.

- Vedlegg 1 inneheld ei oversikt over dei fleste analysane som har vore nytta i arbeidet med planen.

- Vedlegg 2 inneheld ei skildring av status, utvikling og aktuelle tiltak i dei somatiske tenestene i planperioden.
- Vedlegg 3 gir ei skildring av status, utvikling og aktuelle tiltak i psykisk helsevern og rusbehandling i planperioden. Fagområda psykisk helsevern og rus har tidlegare ikkje vore skildra i utviklingsplanen, og derfor inneheld vedlegget ei noko meir omfattande skildring av ramme og utvikling.
- Vedlegg 4 inneheld ei skildring av status, utvikling og tiltak innan dei ikkje-medisinske tenestene og stabsfunksjonar i føretaket.
- Vedlegg 5 inneheld oversyn over spesialisthelsetenester med landsdekkande funksjon
- Vedlegg 6 gir oversyn over høyringsprosess og innkomne føresegner

Sjølve planen inneheld såleis mest om utfordringar helseføretaket står overfor, utviklinga ein ventar seg og ei retning for tiltak og aktivitetar i planperioden.

- Kapittel 1 skildrar grunnlaget for arbeidet med verksemdsmessig plan, og kva utfordringar føretaket har i planperioden.
- Kapittel 2 syner eit bilde av Helse Førde i dag, og visar ei rekkje aktivitetstal.
- Kapittel 3 skildrar føringar og utviklingstrekk for spesialisthelsetenesta i Sogn og Fjordane.
- Kapittel 4 gjer ei framskriving av aktivitet i Helse Førde fram mot 2030.
- Kapittel 5 skildrar dei mest sentrale endringsområda føretaket vil arbeide med i planperioden.
- Kapittel 6 gjer ei kortfatta oppsummering av korleis ein ser føre seg å jobbe vidare med planen og tiltaka som er skildra.

Denne planen må lesast i samanheng med bygningsmessig utviklingsplan og andre gjeldande planar og strategiar i føretaket.

Innhald

1. Helse Førde HF i framtida.....	7
1.1. Utfordringsbilde	7
1.2. Strategiplan	8
1.3. Pasienten si helseteneste.....	9
1.4. Verksemdsplanen.....	10
1.5. Økonomiske konsekvensar av verksemdsmessig utviklingsplan og bæreevne	10
1.5.1. Modererande faktorar	10
2. Helse Førde HF i dag.....	12
2.1. Historikk	12
2.2. Organisering og funksjonar	12
2.3. Aktivitetstal somatikk.....	16
2.4. Aktivitetstal psykisk helsevern	16
2.5. Aktivitetstal tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)	16
2.6. Aktivitetstal bildediagnostikk og laboratorietenester.....	17

2.7. Avtalespesialister og andre private aktører	17
3. Utviklingstrekk.....	18
3.1. Nasjonale mål og føringer	18
3.2. Desentralisering – sentralisering.....	18
3.3. Strukturar i Sogn og Fjordane	20
3.3.1. Kommunestruktur og reform	20
3.3.2. Infrastruktur og reisetider	21
3.4. Demografisk utvikling i Sogn og Fjordane	21
3.5. Epidemiologi.....	22
3.6. Pasientfokus og forventninger i befolkningen	23
3.7. Pasienttryggleik	23
3.8. Uønska/medisinsk uforklart variasjon i medisinske prosedyrer/over- og underbehandling	24
3.9. Forskning og innovasjon.....	25
3.10. Teknologi.....	26
3.10.1. Teknologiske trendar i helsevesenet.....	26
3.10.2. Telemedisin og velferdsteknologi i Helse Førde	27
3.11. Økonomiske rammer.....	28
3.11.1. Utvikling.....	28
3.11.2. Utfordring.....	29
3.12. Samhandling.....	29
3.12.1. Utvikling.....	29
3.12.2. Samhandling.....	29
3.12.3. Samhandling med avtalespesialister og andre private aktører	30
3.13. Kompetanse, rekruttering, utdanning og opplæring	32
4. Aktivitet i Helse Førde 2030	34
4.1. Framskrivning av aktivitet i Helse Førde basert på demografisk utvikling.....	34
4.1.1. Somatikk.....	35
4.1.2. Psykisk helsevern for vaksne	36
4.1.3. Psykisk helsevern for barn og unge.....	37
4.1.4. Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)	38
4.2. Framskrivning av aktivitet i Helse Førde justert for epidemiologisk utvikling	38
4.2.1. Somatikk.....	38
4.2.2. Psykisk helsevern for vaksne	39
4.2.3. Psykisk helsevern for barn og unge.....	39
4.2.4. Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)	39

5. Strategisk retning og utvikling for Helse Førde	40
5.1. Introduksjon	40
5.2. Pasientmottak – felles og individualisert	40
5.3. Døgn og dagkirurgisk aktivitet.....	40
5.4. Intensivbehandling og overvaking	41
5.5. Sengepost – felles og fleirfagleg.....	41
5.6. Dagpost for medisinsk dagbehandling	42
5.7. Fleirfagleg poliklinikk og diagnostisk senter.....	42
5.8. Felles prøvemottak.....	42
5.9. Radiologi – drop in	43
5.10. Integrering av psykisk og somatisk helsevern	43
5.11. Fokus på pasientoppleving.....	43
5.12. Tjenesteutvikling, tjenesteinnovasjon, tjenestedesign.....	43
5.13. Samhandling.....	44
5.14. Utvikling i tilbud til barn og ungdom.....	44
5.15. Utvikling i tilbud til eldre	45
6. Vegen vidare	47

1. Helse Førde HF i framtida

1.1. Utfordringsbilde

Helse Førde skal skape ei spesialisthelseteneste med siktepunkt langt inn i framtida. Dette gjev store mogelegheiter, men også utfordringar fordi mange område er i rask endring og dermed vanskeleg å spå om. Det er viktig at Helse Førde ivartek kjerneoppgåvene behandling, opplæring, utdanning og forskning.

I strateginotat frå 2014 er det sagt ein del om utfordringsbildet i Helse Førde. Nokre av hovudutfordringane i Helse Førde er:

- Helse Førde skal tilby spesialiserte helsetenester innan ei rekke fagområde, men har eit lågt befolkningsgrunnlag spreidd over eit stort geografisk område
- Høgspesialiserte tenester må ofte utførast av andre føretak, særleg i Helse Bergen (HUS)
- Eldre/aldrande befolkning
- Ei utvikling med totalt sett lite endra pasientgrunnlag, men meir komplekse sjukdomsbilde/behandlingar
- Utfordringar knytt til rekruttering av spesialisert personell
- Kostnadskrevjande sjukehusstruktur
- Relativt høgt forbruk av helsetenester innan den somatiske delen
- Kostbare vaktordningar – heng saman med lavt folketal og desentralisert sjukehusstruktur

Folk ønsker flest moglege helsetenester nær der dei bur. Dette må balanserast mot kvalitet, rekruttering av fagpersonar og kostnader knytt til å drive tenester på fleire lokasjonar.

Men der tilhøva ligg til rette fagleg og økonomisk bør ein følgje prinsippet om at det som kan, bør desentraliserast. Her vil nye hjelpemiddel innan teknikk og kommunikasjon spele ei avgjerande rolle. Ofte vil den sentrale fagpersonen kunne vere på avstand frå både pasient og tekniske hjelpemiddel/lokal medhjelpar.

Ein sentral premis for Samhandlingsreforma var nettopp at den noværande organiseringa av helsevesenet ikkje er berekraftig i framtida. Ein må satse meir på førebygging inkludert både sekundær- og tertiærførebygging, og den kommunale helsetenesta må difor overta delar av det spesialisthelsetenesta driv med, og også gjere tinga på nye måtar. Skal dette bli moglege må spesialisthelsetenesta i framtida bli langt meir aktiv i si lovpålagde oppgåve med rådgjeving og kunnskapsoverføring mot primærhelsetenesta. Dette må også reflekterast i organisering innan spesialisthelsetenesta.

Utvikling av kunnskap, behandling og tekniske framskritt innan medisin går raskt og er internasjonal, og heller ikkje lett å sjå i eit lengre utviklingspektiv. Det er truleg at mange prosessar/prosedyrar/behandlingar vil skje på nye måtar, og der teknikken kan erstatte både fagpersonar og i noko grad kompensere for avstandar. Truleg vil ei rekke prosedyrer som i dag vert utført av legar, i framtida kunne utførast av andre faggrupper.

Med aukande diskrepans mellom det som blir moglege å gjere for einskildpasientar eller pasientgrupper, og kva ressursbruk samfunnet kan bere, vil prioriteringsdebattane truleg tilta framover. Dette vil då sjølvstøtt også ha implikasjonar for korleis spesialisthelsetenesta skal utformast og dimensjonast.

Vi veit også at den økonomiske ramma ikkje tillet auka kostnader på eitt område utan at det får effekt ein anna stad.

Helse Førde må møte fremtidens utfordringar gjennom å:

- Prioritere oppgåver og tenester klarare enn i dag, og på tvers av tenesteområda
- Organisere og utføre tenestene på nye måtar

Av den grunn er fokus i denne planen endringar og utvikling. Den gjev ikkje svar på alle spørsmål i utfordringsbildet, men skal teikne eit mål og seie kva steg som skal til for å bevege seg dit i det korte og lange bildet.

1.2. Strategiplan

Helse Vest RHF sin gjeldande strategi for helseregionen er Helse 2020. Planen vert revidert etter ny sjukehusplan, men gjeldande strategiplan inneheld mål, strategi og handlingsplanar for Helse Vest. Planen legg føringar for utviklinga av pasienttilbodet innanfor spesialisthelsetenesta for alle innbyggjarane i regionen.

Visjonen:

- Fremme helse og livskvalitet

Verdiane:

- Respekt i møte med pasienten
- Kvalitet i prosess og resultat

- Tryggleik for tilgjenge og omsorg

Måla i strategiplanen:

- Trygge og nære helsetenester
- Heilskapleg behandling og effektiv ressursbruk
- Framtidsretta kompetanseorganisasjon

Helse Førde har utvikla sin eigen strategi Helse Førde 2020 som byggjer på Helse Vest sin strategi. Helse Førde har same visjon, mål og verdiar, og har sett følgjande mål:

Trygge og nære helsetenester

Pasienten skal..

- Få tilgang til helsetenester av god kvalitet på rett omsorgsnivå og når dei treng det
- Blir møtt av medarbeidarar med rett kompetanse som har fokus på deira situasjon
- Få god informasjon og opplæring, og vere aktive deltakarar i eiga behandling

Heilskapleg behandling og effektiv ressursbruk

Vi skal..

- Gje ei samanhengande og koordinert pasientbehandling i lag med kommunane
- Ha ein ansvarleg ressursforvaltning som understøttar kjerneverksemda
- Prioritere å fremje samhandling på fleirfagleg samarbeid Ein framtidsretta

kompetanseorganisasjon

Vi skal..

- Auke fokus på forskning og utdanning for å gjere tenestetilbodet vårt kvalitativt betre
- Ha ein attraktiv, utviklande og lærande arbeidsplass
- Legge vekt på kunnskapsbasert praksis som grunnlag for arbeidsmåtar og prosessar

1.3. Pasienten si helseteneste

Regjeringa sin ambisjon er å «skape pasientens helseteneste⁴».

Helse og omsorgsministeren har uttala følgjande:

- «Vi flytter makt fra andre som har makt, og til pasienten»
- «Vi vil ta alle gode krefter i bruk – både offentlig og privat»
- «Vi skaper mestring – gjennom å fornye, forenkle og forbedre»

«Det å skape pasientens helsetjeneste er lite kontroversielt når en sier det, men det blir fort kontroversielt når en gjør det.»

Et grunnleggende spørsmål er: Hvis pasienten fikk bestemme – hvordan ville vi organisert og styrt arbeidet da?»

⁴ HOD, Sykehustalen 2015

Desse ambisjonane har vore sentrale føringar i arbeidet med verksemdsmessig utviklingsplan.

1.4. Verksemdsplanen

Verksemdsplanen skal vise korleis Helse Førde skal arbeide for å nå måla som er sett i strategiplanen, gitt dei eksterne og interne føringar og utvikling vi ser i dag.

Målet med verksemdsplanen er heilskapleg og gjennomtenkt utvikling av tenestene. Planen skal syne korleis Helse Førde skal utvikle tilgjengelege, likeverdige og effektive tenester til pasientar og samstundes sikre berekraftige fagmiljø. Det er ein føresetnad at løysingane let seg gjennomføre innanfor rammene som eigar set.

1.5. Økonomiske konsekvensar av verksemdsmessig utviklingsplan og bæreevne

Verksemdsmessig utviklingsplan skal saman med bygningsmessig utviklingsplan vere grunnlag for vidare utvikling- og utbyggingstiltak for å møte behov og utfordringar i åra framover. Utviklingsplanen er forankra i nasjonale og regionale føringar. Planen inneheld framskrivingar når det gjeld demografi og epidemiologi, utan at det detaljert er talfesta korleis dei strategiske retningane i kapittel 6 vil påverke denne framskrivinga.

Planlegging av tenester, bygningar og økonomisk utvikling heng nøye saman. Dei konkrete tiltaka i verksemdsmessig utviklingsplan må kunne realiserast på ein slik måte at føretaket kan bære investeringar og drift innanfor forventa ramme, samstundes som verksemda skal omstillast for å handtere venta utvikling i aktivitet og sjukdomsbilde. Omstilling og nødvendige tiltak må skje innanfor venta økonomisk ramme og resultatkrav. Kostnader til drift og investeringar skal møtast innan driftsramma, og som følgje av generell effektivisering og endra måtar å levere tenestene på. Ein skal syne driftskonsekvensar i høve bemanning, aktivitet med vidare skal bereknast, likeså korleis ein kan hente ut organisatoriske effektar av investeringar (endring/flytting av bemanning, kva blir gjort i dei gamle lokalitetane) og så vidare⁵. For alle investeringar skal det vere synleggjort føremål og kva prioriteringar som ligg til grunn.

1.5.1. Modererande faktorar

Den eldre delen av befolkningen er, statistisk sett, meir sjuke. Rein demografisk framskriving tilseier vekst i behovet for spesialisthelsetenester, inntil 40 prosent på nokre fagområde.

Faktisk utvikling følgjer sjeldan berekna rein matematisk framskriving. Ulike utviklingstrekk vil verke inn og endre statistiske forventningar. Det er vanskeleg å vite heilt kva for element og på kva måte, så det er stor grad av uvisse knytt til vurdering av framtidig behov og aktivitet. Det er difor i dag vanskeleg å kvantifisere nøyaktig kva utfordringar helseføretaket vil møte og kva kapasitet ein må berekne for. I planlegging må ein vurdere korleis ein kan møte ein forventa endringar med endra pasientlogistikk, prioritering av oppgåveløysing, endra oppgåvefordeling, tilgjenge, innovasjon/utvikling i medisin, teknisk utstyr og teknologi.

I arbeidet med verksemdsmessig utviklingsplan har Helse Førde vurdert kva faktorar som vil moderere ei rein demografisk framskriving og påverke framtidige behov for tenester innan kvart enkelt fagområde. Utreiinga har vore basert på fagavdelingane sin beste kunnskap om korleis befolkningsutvikling, sjukdomsutvikling, utvikling innan medisinsk teknologi og forventningane til helsetenestene vil påverke behovet og etterspurnad etter tenester.

⁵ (Brev frå Helse Vest RHF til Helse Førde HF den 18.12.2014 om langtidsbudsjett 2016-2020

Føretaket ser på dei strategiske endringane og tiltaka som modererande faktorar for å ikkje vekse lineært med ei demografisk framskriving. Det er også andre modererande faktorar eller uvisse i framskrivingane som:

- Befolkninga blir eldre, og lever lenger med sjukdomar. Det er likevel ikkje sikkert at tal sjukdomstilfelle vil auke proposjonalt. Fleire lever idag lenger med god helse enn for nokre tiår sidan, og det er grunn til å tru at denne utviklinga vil halde fram.
- Betre bustader og nye hjelpemiddel, herunder velferdsteknologi, vil gjere det enklare å leve lenger og med helseplager i eigen bustad.
- Nye behandlingsformer og medisinar gjer at pasientar med kreft og langvarige lidingar får betre helse enn tidlegare. Dette kan føre til at dei treng spesialisthelsetenester lenger, men også at dei kan klare seg med eit lågare omsorgsnivå enn i dag, t.d. at innleggingar blir erstatta med polikliniske konsultasjonar.
- Samhandlingsreforma er meint å føre til gradvis endra oppgåvefordeling mellom helseføretaka og kommunane. Etterkvart som kommunane etablerer nye tilbod, er det venta at spesialisthelsetenesta justerer sine tilbod og sin kapasitet for aktuelle pasientgrupper. Endringane skal skje gradvis og mest mogleg samordna for å unngå at pasientane hamnar i gråsoner utan tilbod, og for å gjere utviklinga mest mogleg føreseieleg. Mange kommunar bygger opp nye tilbod til kreftpasientar og pasientar som har langvarige lidingar slik at dei kan bu lengst mogleg heime. Spesialisthelsetenesta må tilby rådgjeving og overføre kompetanse til kommunane for å bistå best mogleg til eit endra tilbod.
- Befolkningsvekst og især den store veksten i andel eldre tilseier at framtidens helsetenester må ytast på andre måtar enn i dag. Innovative løysingar og nye former for samarbeid mellom nivåa i helsetenestene, med pasient og pårørande og med andre etatar blir naudsynt for å sikre at pasientar får den hjelpa dei treng utifrå dei rammene som er forespegla. -
 Psykisk helsevern og rustenestene må prioriterast, utifrå nasjonale politiske føringar.

For å realisere dei strategiske retningane må Helse Førde arbeide med pasientlogistikk, organisering av tenestene, innføring av teknologi og arealeffektivisering. Dette vil venteleg gje vinstar i høve meir effektiv drift, og ein kan såleis handsame fleire pasientar utan å auke bemanning eller arealbruk.

Verksemdsmessig utviklingsplan viser ein overordna strategisk retning. Realisering vil krevje utviklingsarbeid over tid og må skje i tråd med rammevilkåra. Demografisk framskriving tilseier auke i behovet for tenester, især for eldre pasientgrupper. Ein kan ikkje rekne med tilsvarande auke i tilgjengelege ressursar. Utviklingsplanen må følgast opp med konkrete handlingsplanar for å realisere tiltaka når det gjeld tilpassing av personell og kompetanse, bygg og utstyr, IKT og andre viktige innsatsfaktorar.

Figuren nedanfor syner at vi ser føre oss ulike utviklingsprosessar i åra framover. Desse vil bli detaljert i eigne tiltaksplanar.



2. Helse Førde HF i dag

2.1. Historikk

Helse Førde HF vart oppretta samband med den nasjonale helsereforma i 2002, og er eigd av Helse Vest RHF. Helse Førde tok over ansvaret for dei somatiske sjukehusa og dei psykiatriske institusjonane frå Sogn og Fjordane fylkeskommune. Føretaket tok over bilambulansetenesta i 2005.

I 2009 starta Helse Førde ein planprosess, Helse Førde 2020. Dette resulterte i ei rekkje omstillingar i perioden 2010–2013. Ortopedisk avdeling og fødeavdeling ved Nordfjord sjukehus vart lagt ned. Det same skjedde med den forsterka fødestova i Lærdal. Ved lokalsjukehusa blei det oppretta «God start – einingar». Vidare vart det gjort omstillingar ved dei medisinske seksjonane på lokalsjukehusa. Sengetalet vart redusert og overvakingseiningane vart inkluderte i dei medisinske sengepostane. Parallelt skjedde eit fagleg utviklingsarbeid som knytte dei medisinske avdelingane ved Førde sentralsjukehus og lokalsjukehusa tettare saman når det gjaldt prosedyrer, fagutvikling og rutinar.

I 2011 gav Stortinget Helse Vest i oppdrag å starte prosjekt «Framtidas lokalsjukehus» ved Nordfjord sjukehus. Prosjektet skulle både definere framtidige funksjonar ved sjukehuset og vere ein nasjonal pilot for innhald i lokalsjukehus. Prosjektet var nybrottsarbeid og resulterte i eit moderne, opprusta sjukehus i Nordfjord.

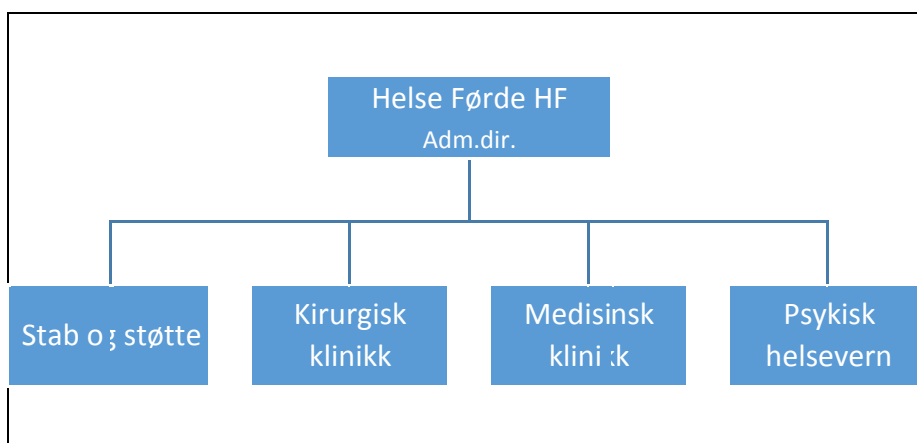
Helse Førde har omorganisert og utvikla den somatiske tenestestrukturen innan fleire viktige fagområde dei siste åra. For mange fagfelt er det etablert eit nært samarbeid med gjennomgåande, felles rutinar og prosedyrar mellom lokalsjukehusa og sentralsjukehuset.

2.2. Organisering og funksjonar

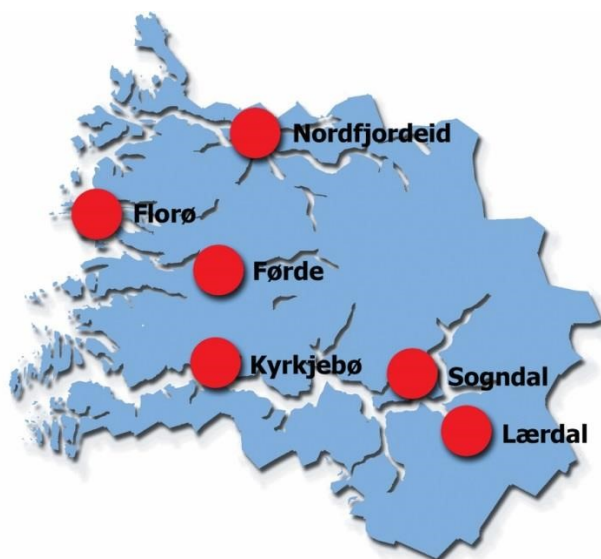
Helse Førde HF er eit helseføretak i Helse Vest RHF. Grensene for Helse Førde er samanfallande med fylkesgrensene for Sogn og Fjordane.

Spesialisthelsetenesta i Noreg er delt i tre sjukehusnivå; regionale, sentrale og lokale funksjonar. Haukeland universitetssjukehus i Helse Bergen HF dekkjer funksjonane på regionalsjukehusnivå for Sogn og Fjordane. Helse Førde har funksjonar på sentral- og lokalsjukehusnivå.

Dei kliniske funksjonane i Helse Førde HF er samla i tre klinikkar: medisinsk klinikk, kirurgisk klinikk og klinikk for psykisk helsevern. Gjennomgåande støttefunksjonar blir dekkja av Stab og støtte. Stab og støtte består av Fag og utviklingsavdelinga, Drift og eigedom, Intern service, Økonomi, HR, IKT, Internkontroll og Kommunikasjon. Dei organiserer ulike spesialoppgåver og funksjonar som blant anna administrative støttefunksjonar, planarbeid, kvalitetsutvikling, forskning og innovasjon, beredskap, pasientreiser, internkontroll, reinhald, kjøkkentenester, medisinsk teknisk avdeling, tekniske sørvisfunksjonar mv.



Helse Førde har i dag tre somatiske institusjonar; Førde sentralsjukehus, som også leiger lokale i Florø, og lokalsjukehusa på Eid (Nordfjord) og i Lærdal (Indre Sogn). I tillegg har psykisk helsevern distriktspyskiatriske tenester i Sogndal og på Nordfjordeid. På Nordfjordeid og på Kyrkjebø i Høyanger kommune er det også rusbehandlingstilbod (Tronvik).



Dei tre lokalsjukehusområda i Helse Førde, kommunevis:

Nordfjord lokalsjukehusområde: Hornindal, Stryn, Eid, Vågsøy, Selje, Gloppen, og delar av Bremanger

Lærdal lokalsjukehusområde: Årdal, Aurland, Lærda, Luster, Sogndal, Vik, Leikanger

FSS lokalsjukehusområde: Gulen, Solund, Gaular, Naustdal, Askvoll, Hyllestad, Balestrand, Gloppen, Førde, Flora, Høyanger, Jølster, Fjaler og delar av Bremanger

Førde sentralsjukehus har eit fylkesdekkande ansvar, og er sentral i drift og utvikling av dei somatiske spesialisthelsetenestene i fylket. Sjukehuset har eit omfattande poliklinisk-, dag- og døgntilbod innan kirurgi, medisin og medisinske støttetjenester. Sjukehuset har i tillegg lokalsjukehusfunksjonar for dei 13 omkringliggende kommunane med om lag 50 000 innbyggjarar.

Klinikkleiing inneber gjennomgåande organisering der klinikk/avdelingsleiing ved Førde sentralsjukehus har ansvar for aktivitetane både på sentralsjukehuset og lokalsjukehusa.

På lokalsjukehusa er det eit breitt poliklinisk tilbod (herunder skadepoliklinikk), indremedisinsk døgnpost med tilpassa akuttfunksjonar og døgnopne radiologi- og laboratorietenester. Lokalt tilsette legar/hjelpespersonell og ambuleringsbemanningar lokalsjukehusa. Det er også avtalespesialistar på

lokalsjukehusa (auge og ØNH). Lærdal har elektiv ortopedi , og ved Nordfjord sjukehus er det elektiv dagkirurgi innan ulike fagområde. Ved Nordfjord sjukehus er det som følgje av prosjektet «Framtidas lokalsjukehus» etablert nye og polikliniske tilbod, mellom anna er det oppretta ein ny modell for skadepoliklinikk, nytt tilbod om hjarterehabilitering og poliklinikk for eldre med samansette problemstillingar.

Førde sentralsjukehus har fødeavdeling og barneavdeling. Det er nært samarbeid med «God start»einingane på lokalsjukehusa, som igjen er organisert saman med kommunane rundt sjukehusa. Dette tilbodet inneheld oppfølging av gravide under svangerskapet, følgjetenester ved fødsel og barseltilbod etter fødselen. Fødande frå Nordfjord som ikkje er i risikogrupperne, kan velje å føde ved Volda sjukehus der Helse Førde har avtale om fødetenestene.

Innan psykisk helsevern har Førde sentralsjukehus akuttpsykiatriske tenester. Vidare er det distriktpsykiatriske tilbod i Førde, Tronvik (Høyanger), Florø (poliklinikk), Sogndal og på Nordfjordeid. Nordfjordeid og Tronvik har også rusbehandlingstilbod. Psykisk helsevern for barn og unge poliklinikkar har tilbod fire stader (Førde, Nordfjordeid, Sogndal og Florø), og ein døgnpost i Førde.

Som følgje av samhandlingsreforma er det etablert, eller under planlegging interkommunale lokalmedisinske tenester i form av legevakt, legevaktsentral og øyeblikkeleg hjelp-senger ved alle sjukehusa.

Under følgjer Helse Førde si fordeling av funksjonar pr. 2015:

Helse Vest RHF						Helse Midt-Norge RHF
Helse Førde HF						Helse Møre og Romsdal
Førde	Nordfjord	Lærdal	Florø	Kyrkjebø (Tronvik)	Sogndal/Rutlin (Indre Sogn)	Volda
Medisinsk klinikk	Medisinsk avdeling					
	Kardiologi	Kardiologi	Kardiologi	Kardiologi		
	Gastroenterologi	Gastroenterologi	Gastroenterologi			
	Endokrinologi	Hjerterehabilitering				
	Lungesjukdommar	Eldremedisin		poliklinikk		
	Eldremedisin	Generell indremedisin	Generell indremedisin			
	Generell indremedisin					
	Nefrologi m/dialyse	Dialyse	Dialyse			
	Barneavdeling					
	Barneavdeling m/nyfødt	Poliklinikk 2 dg./mnd.	Barnepoliklinikk			
	Hudavdeling					
	Hudavdeling	hudpoliklinikk (m/lys)	hudpoliklinikk (m/lys)	hudpoliklinikk (m/lys)		hudpoliklinikk (m/lys)
	Kreftavdeling					
	Kreftavdeling	Medikamentell kreftbehandling	Medikamentell kreftbehandling			
	Hematologi					
	ANRR (Avdeling for nevrologi, revmatologi og rehabilitering)					
	revmatologi	Poliklinikk 2 dg / mnd og infusjonspoliklinikk				
	nevrologi	Poliklinikk 2 dg / mnd og infusjonspoliklinikk				
	fysisk rehabilitering					
	Radiologisk avdeling					
	Radiologisk avdeling	Radiologisk seksjon	Radiologisk seksjon	Radiologi (muskel og skjelett) poliklinikk		
	Brystdiagnostisk senter					
	Nucleærmedisin					
	Lærings- og meistringscenter					
	Lærings- og meistringscenter	Lærings- og meistringscenter	Lærings- og meistringscenter	Lærings- og meistringscenter		
Laboratorium for medisinsk biokjemi og blodbank (LMBB)						
LMBB	LMBB seksjon	LMBB seksjon				
Mikrobiologisk laboratorium						
Patologisk avdeling						
Ortopedisk avdeling						
Ortopedisk avdeling, seksjon Førde; elektiv ortopedi inkl. dagkirurgi, m/skade og akuttortoped, traumatologi	Akutt- og skadepoliklinikk	Ortopedisk avdeling, seksjon Lærdal (elektiv dagkirurgi) og akutt- og skadepoliklinikk				
Generell kirurgisk avdeling						
Gastrokirurgi						
Bryst- og endokrin kirurgi						
urologi		Urologi 2 veke/mnd				
Fedmekirurgi						
Kvinneklinikken						
Kvinneklinikken						
Fødeavdeling	"God start" eining - barseloppald	"God start" eining - barseloppald			Fødeavd. lokal-sjukehusfunksjon for Nordfjord	
Gynekologisk avdeling						
ØNH avdeling og kjeveavdeling						
ØNH avdeling og kjeveavdeling	ØNH poliklinikk 1 dg. pr.veke ambulering	ØNH poliklinikk 80 % driftsheimel (privat)				
Augeavdeling						
Augeavdeling	Poliklinikk avtalespesialist og oppstart dagkirurgi m/ 200 pas. pr. år.					
Avdeling for akuttmedisin (AAM)						
Avdeling for akuttmedisin	Anestesilege i vakt, ingen seksjon	Seksjon AAM mandag - fredag.				
Dagkirurgisk senter						
Dagkirurgisk senter	desentralisert dagkirurgi øye 60 dager, ambulering	Dagkirurgisk senter				
Psykisk helsevern						
Psykiatrisk klinikk	Nordfjord psykiatrisenter		Florø (del av psyk. klinikk og BUP)	Tronvik (del av psykiatrisk klinikk)	Indre Sogn Psyk.senter	
Akuttpost						
DPS	DPS og rus døgnpost		DPS poliklinikk	Rus døgnpost og DPS sengepost	DPS	
BUP poliklinikk	BUP poliklinikk		BUP poliklinikk		BUP poliklinikk	
UPH - Døgnpost barn og unge						

Forklaringer:
DPS= Distriktpsikiatrisk senter
UPH= Ungdomsavdeling
BUP= Barne- og ungdomspsikiatri

2.3. Aktivitetstal somatikk

Hovudfunn ved gjennomgang av aktivitetsdata viser at⁶:

- Folk i Sogn og Fjordane nyttar spesialisthelsetenesta i noko større grad enn landsgjennomsnittet.
- Helse Førde har i den siste 5-års-perioden hatt ein nedgang i tal døgnopphald, medan dagopphald og polikliniske konsultasjonar har auka – dette samsvarer med nasjonale utviklingstrekk.
- 97 prosent av pasientar som vert behandla i Helse Førde, kjem frå Sogn og Fjordane. Helse Førde utfører 84 prosent av alle behandlingar som vert gitt pasientar frå Sogn og Fjordane.
- Gjennomsnittleg liggetid for døgnopphald i Helse Førde ligg på same nivå som dei andre helseføretaka i regionen.
- Helse Førde har eit relativt sett høgare kostnadsnivå per DRG-poeng samanlikna med dei andre helseføretaka i Helse Vest.

2.4. Aktivitetstal psykisk helsevern

Hovudfunn ved gjennomgang av aktivitetsdata viser at⁷:

- På nasjonalt nivå ser ein at det har vore ei stor auke i tal pasientar⁸ som får hjelp frå psykisk helsevern for barn og unge. For vaksne er rata for opphaldsdøgn halvert, medan det har vore ein markant vekst i den polikliniske aktiviteten⁹.
- Det er eit krav om dekningsgrad på fem prosent av av barnepopulasjonen i alderen 0-17 år. Dette målet har ein nådd for Sogn og Fjordane. Her er det skilnader i føretaka innan Helse Vest, og Helse Førde kjem godt ut. For vaksne er skilnadene mellom dei ulike helseføretaka i regionen mindre.
- Tal polikliniske pasientar har vore relativt stabilt i perioden 2009-2013.
- Innanfor Helse Førde har ein per 2013 totalt sett 71 døgnplassar i det psykiske helsevernet, vaksne og barn og ungdom sett under eitt¹⁰ - seks av plassane er for barn og unge, 65 plassar for vaksne.

2.5. Aktivitetstal tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)

Hovudfunn ved gjennomgang av aktivitetsdata viser at¹¹:

- Bruken av TSB-tenesta i Sogn og Fjordane har auka monaleg frå 2012 til 2013 – årsaka er at rusposten på Nordfjordeid har opna.
- I 2013 var 7 875 opphaldsdøgn knytt til TSB.

⁶ Sjå vedlegg 1 for detaljerte analyser og talmateriale.

⁷ Sjå vedlegg 1 for detaljerte analyser og talmateriale.

⁸ Pasientrate = tal pasientar per xx tal innbyggjarar, i dette tilfellet har Samdata brukt per 10 000 innbyggjarar, i andre tilfelle brukar dei per 1000 innbyggjarar

⁹ Samdata 2013, side 224

¹⁰ Samdata 2013.

¹¹ Sjå vedlegg 1 for detaljerte analyser og talmateriale.

- Sogn og Fjordane har vesentleg lågare rater for polikliniske konsultasjonar (per 1 000 vaksne innbyggjarar) innan TSB samanlikna med andre i Helse Vest. Der Helse Stavanger har 136 konsultasjonar og Helse Vest totalt sett har 105, ligg Sogn og Fjordane på 40.

2.6. Aktivitetstal bildediagnostikk og laboratorietenester

Hovudfunn ved gjennomgang av aktivitetsdata viser at¹²:

- Innan biletdiagnostikk har tal undersøkingar totalt sett vore relativt stabilt på 80 000 dei siste tre åra.
- Laboratoria i Helse Førde HF gjorde i 2014 over 1,75 millionar analyser og prøver totalt¹³ - medisinsk biokjemi utgjorde 94 prosent av desse.
- I den siste treårsperioden har medisinsk biokjemi auka med sju prosent.

2.7. Avtalespesialister og andre private aktører

Konsultasjonar ved avtalespesialistar utgjer ein stor del av samla behandlingar innan somatisk og psykisk helseteneste. Desse tenestene vert levert til pasientar i Helse Førde sitt opptaksområde av avtalespesialistar som høyrer til både i fylket og bergensområdet.

I 2013 vart det i Helse Førde HF sitt opptaksområde gjennomført 19 992 polikliniske konsultasjonar hos private avtalespesialistar, medan helseføretaket sjølv gjennomførte 135 177. 13 prosent av polikliniske konsultasjonar vart gjennomført av avtalespesialistar.

Avtalespesialistar får driftstilskot direkte frå det regionale helseføretaket.

Privatpraktiserande spesialistar utan avtale med Helse Vest RHF baserer seg på full eigenbetaling frå pasienten.

Per.2014 har ein følgjande avtalespesialistar i Sogn og Fjordane som har avtale med Helse Vest RHF¹⁴:

Fagområde	Avtalar	Stad
Augesjukdomar	6 avtalar, fordelt på 4,2 årsverk ¹⁵	Florø, Førde, Nordfjordeid, Sogndal
Fysikalsk medisin	2 avtalar, fordelt på 1,2 årsverk	Florø
Øyre-nase-hals	4 avtalar, fordelt på 1,04 årsverk	Førde, Lærdal
Psykisk helsevern/psykologar	10 avtalar, fordelt på 9 årsverk	Førde, Nordfjordeid, Sogndal

Det er ingen ledige avtaleheimlar i fylket i dag

12

Sjå vedlegg 1 for detaljerte analyser og talmateriale.

13

Kjelde: Helse Førde HF laboratorietenester

14

<http://www.helse-vest.no/no/Behandlingsstader/sfj/Sider/default.aspx>

15

Tal årsverk er frå 2013

3. Utviklingstrekk

3.1. Nasjonale mål og føringer

I løpet av hausten 2015 kjem ein ny nasjonal helse- og sjukehusplan. Denne vil legge føringar for retning i spesialisthelsetenesta. Då arbeidet med utviklingsplanen til Helse Førde er i forkant av dette arbeidet, vel ein å støtte seg på hovudelementa i helseministeren sin sjukehustale i 2015:

- Vi skal skape pasienten si helseteneste.
- Vi skal arbeide med to problemområde innan helsetenesta i dag:
 - Det er mange som ventar unødvendig lenge.
 - Det er stor variasjon i kvalitet, effektivitet og ventetid.

Det skal innførast fritt behandlingsval, og ein skal satse vidare på rus og psykisk helse ved at desse fagområda skal vekse meir enn somatikken. Utviklingsplanen skal rette seg etter strategidokumenta i Helse Vest¹⁶ og Helse Førde.

Arbeid med nye nasjonale prioriteringskriterier er også i gang, og vil truleg få innverknad på kva tenester Helse Førde skal tilby i framtida.

Tiltak som følgje av Samhandlingsreforma vil verke inn på oppgåver og ansvar, jfr «Konsekvenser av Framtidens primærhelsetjeneste» (Meld st 26. 2014/2015)

Demografiske og epidemiologiske utviklingstrekk vil ha stor innverknad på behovet for tenester i Sogn og Fjordane. Det vil bli mange fleire eldre, noko som tilseier auka behov for behandling. Analyser tilseier at det vil bli sterkt aukande behov for fleire behandlingstypar i åra framover. *Morgendagens omsorg* Meld.St. 29; 2012-2013 peikar på behovet for og moglegheitene som eksisterer for å gje omsorg på andre måtar enn i dag.

3.2. Desentralisering – sentralisering

Det vert ikkje planlagt å endre den grunnleggjande sjukehusstrukturen i Helse Førde. Samstundes kan vi ikkje sjå vekk frå at nasjonale føringar, rammevilkår, teknologiske eller medisinske nyvinningar vil få konsekvensar for framtidig oppgåvefordeling. Truleg vil endringar gje seg utslag i både desentralisering og sentralisering, avhengig av tenester og kva infrastruktur som krevst. Det kan komme nye standardar for spesialiserte tenester som krev særleg kompetanse og team. For lågfrekvente tilstandar med særleg høgspesialiserte tenester vil det heller ikkje i framtida vere kostnadseffektivt å ha tilbod mange stader. Heller ikkje med omsyn til kvalitet vil dette vere tenleg.

Helse Førde oppfattar å ha ei velfungerande funksjonsfordeling mellom sentralsjukehuset og lokalsjukehusa innan somatiske tenester og innan psykisk helsevern ut frå kva tenester som treng eit større fagmiljø, og kva tilbod som kan gjevast med like god kvalitet desentralt. Det er tilpassa

akuttilbod på lokalsjukehusa (skadepoliklinikk og akutt indremedisin) for dei store gruppene som treng eit nærtilbod, medan Førde sentralsjukehus tek imot traumer og alvorlege tilstandar (evt. Haukeland universitetssjukehus, jfr regionaliseringsprinsippet). Alt mottak av pasientar er samordna. Måten Helse Førde har organisert pasientflyten på, er framheva som eit godt eksempel av det nasjonale prosjektet som arbeider med nasjonal helse- og sjukehusplan.

Viktige element for desentralisering er avklart arbeidsdeling, felles prosedyrer, systematisk kunnskapsutveksling og tydeleg leiing med ansvar for heilskapen. System for ambulering av

¹⁶ http://issuu.com/helsevest/docs/rapport_helse_2020_-_nett_-_juni_2011

legespesialistar og anna personell, gjensidig hospitering, kontinuerleg merksemd på moglegheiter for oppgåvegledning¹² og bruk av teknologi for kommunikasjon er andre viktige element.

Samhandlingsreforma vil føre til gradvis overføring av oppgåver frå spesialisthelsetenesta til kommunane. Helse Førde har ein overordna samhandlingsstrategi og eigen handlingsplan som peikar ut retninga framover. I tillegg til rammeavtalen mellom Helse Førde og kommunane, er det vedteke mange ulike delavtalar, samt at det er sett i gang fleire felles prosjekt for å drive utviklinga i ønska retning. Eit døme er etablering av øyeblikkeleg hjelp-senger. Dei fleste kommunane har etablert slike senger på sjukehusa i fylket, ei samlokalisering som er eit grep for å sikre robuste nok fagmiljø og tett samarbeid mellom nivåa. Det blir viktig å etablere gode overgangar slik at pasientane ikkje opplever uklare/manglande ansvartilhøve.

Nokre utviklingstrekk gjev nye moglegheiter for desentralisering til pasienten, til dømes eigenmonitering og administrering av behandling og medisinar. Fleire kan bu heime og leve lenger med alvorlege sjukdomar som følgje av nye medisinar. Ved hjelp av telemedisin kan legar konsultere kvarandre på tvers av lokasjonar og nivå, og velferdsteknologi i heimen kan bidra til at fleire slepp reise til sjukehus og lege for kontrollar like ofte som i dag.

Pasientane har krav på likeverdig kvalitet og pasienttryggleik uavhengig av kvar dei bur. Helse Førde har ansvar for at pasientane får dei spesialisthelsetenestene dei har rett på, anten det skjer i Helse Førde, regionalt eller hos private avtalespesialistar. Fritt behandlingsvalg vil fungere for nokre pasientgrupper, medan det vil er vanskeleg å sjå føre seg eit alternativ til Helse Førde for skrøpelege og pasientar som har behov for hyppig behandling (t.d. dialyse/infusjon/diabetes). Det vil bli behov for å utvide tenestene for desse pasientgruppene i åra framover. Her må ein sikre godt samspel mellom sjukehus, prehospitala tenester, kommunale tenester og fastlegar.

Føretaket skal ivareta sørge for-ansvaret slik at innbyggjarane er trygge for liv og helse. I dette ligg også ansvaret for kontinuerleg vurdering av kva oppgåver som kan utførast desentralt og kva som må samlast i meir robuste faglege einingar.

¹² Under oppgåvegledning meiner ein her at oppgåver som f. eks. tradisjonelt sett blir utført av legar kan overtakast av personell med særskild opplæring og evt. sertifisering. Ein kan også har oppgåvegledning mellom t.d. sjukepleiarar og hjelpepleiarar.

3.3. Strukturar i Sogn og Fjordane

3.3.1. Kommunestruktur og reform

Sogn og Fjordane fylke har per i dag 26 kommunar og ei befolkning på 109.170 innbyggjarar¹³.

Kommunane er Askvoll, Aurland Balestrand, Bremanger, Eid, Fjaler, Flora, Førde, Gaular, Gloppen, Gulen, Hornindal, Høyanger, Hyllestad, Jølster, Leikanger, Luster, Lærdal, Naustdal, Selje, Sogndal, Solund, Stryn, Vik, Vågsøy og Årdal.

Kart over kommunane nedanfor.



Stortinget gav i 2014 tilslutning til å gjennomføre ei kommunereform¹⁴, der målet er større og meir robuste kommunar med auka makt og myndigheit. Dette vurderast som naudsynt for å møte framtidens utfordringar og stadig auka forventningar frå innbyggjarane.

Korleis kommunekartet i Sogn og Fjordane vil sjå ut som ei følgje av reforma er uråd å vite pr i dag, ettersom kommunane er i gang med sonderingsprosessar seg i mellom. Målet for dei skal kome seg gjennom utgreiingsfasen og fram til avgjerdsfasen innan våren 2016¹⁵.

Endringar i kommunestrukturen vil truleg ikkje få vesentlege konsekvensar for den tenesteutviklinga som føretaket jobbar med i neste femårsperiode, eller for det samhandlingsarbeidet som pågår mellom helseføretaket og kommunane.

¹³ SSB folketal per 1. januar 2015.

¹⁴ Kommuneproposisjonen 2015 (Prop. 95 S)

¹⁵ Fylkesmannen i Sogn og Fjordane og KS, «Prosjektplan for gjennomføring av kommunereforma i Sogn og Fjordane 2014 – 2016»

3.3.2. Infrastruktur og reisetider

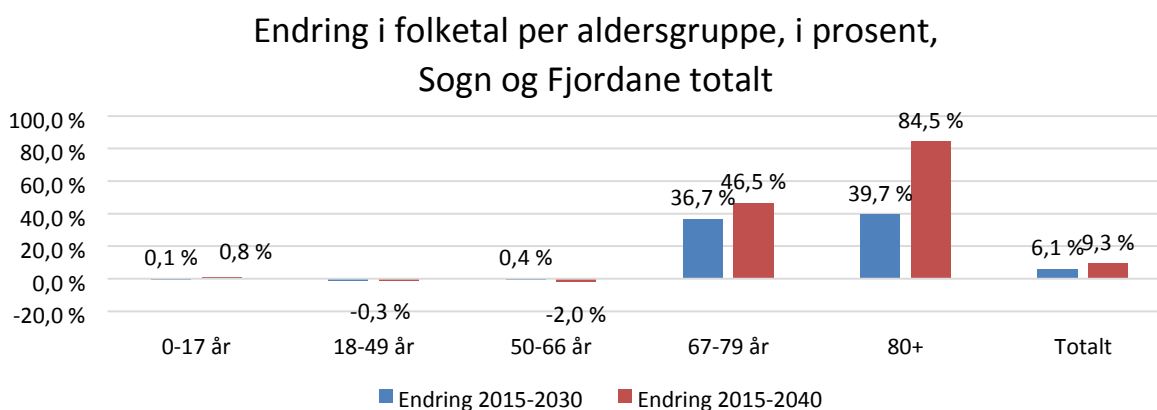
Infrastrukturen i Sogn og Fjordane er utfordrande. Dei seinare åra har fylket likevel fått utbetra ein god del av dei mest utsette vegstrekningane med tunnelar, bruer og betre vegstandard. Samstundes er det mange vanskelege område igjen¹⁶.

Reiseavstandane for å kome seg til sjukehus i fylket varierer i samsvar med dei utfordrande transporttilhøva skildra ovanfor. For mange innbyggjarar inneber det å reise til sjukehusa i fylket at ein må nytte ferje, med dei implikasjonane det har for ventetid, nattestenging, moglege stans i trafikken osv. To kommunar (Gulen og Solund), i Sogn og Fjordane er avhengig av ferje same kva for sjukehus dei skal reise til, medan ein kommune (Vik) er delvis avhengig av ferje på grunn av at vegen over Vikafjellet via Aurland er stengt deler av året.

Vik, Solund, Luster, Hyllestad, Gulen, Bremanger (Hauge) og Balestrand har meir enn ein time kjøretid til alle tre sjukehusa i Helse Førde.

3.4. Demografisk utvikling i Sogn og Fjordane

Per 1. januar 2015 hadde Sogn og Fjordane/ Helse Førde HF sitt opptaksområde, 109 170 innbyggjarar. Folketalet er venta å auke med totalt 6,1 prosent fram mot 2030 (6 693 innbyggjarar), og med 9,3 prosent (10 103 innbyggjarar) fram til 2040¹⁷.



Ei oppsummering av den demografiske utviklinga i Sogn og Fjordane fram mot 2030 og 2040 viser følgjande hovudtrekk:

- Folketalet vil auke, totalt sett
- Folketalsveksten vil relativt sett vere lågare enn i andre fylke i Helse Vest regionen
- Aldersgruppene 67-79 år og 80 pluss vil relativt sett auke mest – dette gjeld for Sogn og Fjordane som for nabofylka og landet totalt sett
- Aldersgruppa 67-79 år vil auke meir i absolutte innbyggjartal, medan aldersgruppa 80+ vil auke mest i prosent

¹⁶ Sjå vedlegg 1 for nærare detaljar

¹⁷ Ifølgje SSB folketalsframskriving med middels vekst (alternativ MMMM), samanlikna med folketal per 1. januar 2015.

- Folketalsutviklinga per kommune har store variasjonar samanlikna med tala for heile fylket – dette gjeld både totalt sett og per aldersgruppe
- I absolutte tal er det dei kommunane som er størst i dag, som også har den største folketalsauka fram mot 2030-2040. Fjaler og Luster kommunar skil seg ut som to mindre kommunar som ser ut til å få eit høgt tal nye innbyggjarar samanlikna med dagens situasjon
- Aldersgruppene 0-17 år, 18-49 år og 50-66 år vil totalt sett for fylket ikkje ha nokon endring i innbyggjartal, men ser ein på kvar einskild kommune er det svært store variasjonar i utviklinga
- Utviklinga i tal eldre held fram frå 2030 mot 2040, slik at ein står ovanfor ei varig endra alderssamansetjinga. Tal innbyggjarar i dei arbeidsføre aldersgruppene vil gå ned, og det vil bli auka etterspurnad etter helsetenester og redusert tilgang på arbeidskraft¹⁸

3.5. Epidemiologi¹⁹

Dei fleste endringar knytt til epidemiologi har samanheng med demografisk utvikling og korleis innbyggjarane si alderssamansetjing utviklar seg. I tillegg er det venta at nokre trendar i samfunnet vil påverke sjukdomsbildet i framtida. Døme på dette er livsstilssjukdomar knytt til fedme og ein stillesitjande livsstil.

På kort sikt vil det for innbyggjarane si helse og helseføretaka sin aktivitet dreie seg om relativt marginale endringar, men om ein tenkjer så langt fram som 30 år vil ein likevel kunne sjå store utslag.²⁰

Prognosane for demografisk utvikling viser at auken i tal eldre innbyggjarar er sterk samanlikna med utviklinga for yngre aldersgrupper innan Helse Førde. I dag brukar pasientgruppa over 70 år sjukehusenester fem gonger meir enn resten av befolkninga. Dei som er eldre enn 80 år utgjer berre rundt fem prosent av befolkninga i dag, men brukar 45 prosent av dei somatiske sjukehussengene²¹.

Auken i tal eldre vil gi ei auke i diagnosar som hjartesvikt, hjerneslag, kreft, slitasje i muskel og skjelett, diabetes type 2, urinlekkasje, KOLS, sansetap og alderspsykiatriske sjukdomar som depresjon og demens.

Epidemiologiske vurderingar viser ei venta auke i fedme, diabetes type 2, KOLS, astma, nyresvikt, allergiar, tjuktarmskreft, lungekreft, brystkreft, prostatakreft, depresjon og angst. Totalt sett indikerer det framtidige sjukdomsbildet eit stort behov for ulik eller fleirfagleg tilnærming²².

Sjå elles vedlegg for meir detaljert framstilling av epidemiologisk utvikling innan aktuelle diagnosegrupper.

¹⁸ Helsedirektoratet, Rapport IS-1966, «Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten, en status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030» (02/2012), s. 48

¹⁹ Epidemiologi er læra om sjukdomar og sjukdomsframkallande faktorar si utbreiing i befolkninga.

²⁰ Helsedirektoratet sin rapport (IS1966) «Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten - En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030», side 49: Ein beskjeden årleg vekst på 2,3 prosent i forekomsten av ein sjukdom vil gi ein fordobling over 30 år.

²¹ Helsedirektoratet rapport IS1966 side 49

²² Helsedirektoratet rapport IS1966 side 64

3.6. Pasientfokus og forventninger i befolkningen

Helse Førde må arbeide for å sikre ei behandling med heile mennesket i fokus. Det er viktig å gje behandling tilpassa den enkelte pasient, og samstundes gje moderne og spesialisert behandling etter gjeldande standarar. Pasientbehandlinga må i større grad tilpassast pasientar med både somatiske og psykiatriske lidingar. Ein må sikre fleirfagleg utgreiing og behandling.

Det er innført kvalitetsbasert finansiering frå 2014, og pasientoppleving er eit av kriteria for vurdering av kvalitet ved sjukehusa.

Meir makt til pasienten er omtala som eit verkemiddel som må omsetjast til praktisk handling.

Fagmiljøet vårt trur pasientane vil ha auka krav til informasjon, valmogelegheit, beste behandling, moderne løysingar, pasientforløp med mindre ventetider og kortare liggetider. Pasientar vil også forvente fasilitetar under behandling og innlegging som dei er vant med frå samfunnet elles, som tilgang til internett, einerom og personleg oppfølging.

Eit utviklingstrekk er også at pasientar er kvalitetsmedvitne, og i veksande grad klagar dersom resultatet ikkje står i høve til forventningane. Det er grunn til å tru at pasientar vil velje sjukehus basert på kor godt sjukehuset skårar på pasientoppleving og kvalitet. Fritt sjukehusval opnar for at pasienten sjølv kan påverke kvar han vil la seg behandle.

Det er også forventa rett prioritering av midlar og kompetanse, rasjonell drift og at budsjетtrammene blir haldne. Med den demografiske utfordringa Helse Førde får, vil avgrensa vekst i budsjетtrammene krevje høgt medvit om prioritering og om å få til effektive arbeidsprosessar. Store ressursar er bundne opp til beredskap.

3.7. Pasienttryggleik

Pasienttryggleik er ein del av kvalitetsarbeidet. Det vert arbeid systematisk for å unngå å påføre pasientane unøydige tilleggskomplikasjonar og skadar. Ein må berre erkjenne at pasientane er utsett for risiko i eit komplekst helsevesen. Denne risikoen må heile tida vurderast og pasienttryggleik må byggjast inn i alle rutinar. Pasienttryggleiksperspektivet må ligge til grunn i all behandling og omsorg, i utviklingsarbeid, samhandling og innovasjon for å betre tenestene våre.

Eit eige program for pasienttryggleik i Helse Vest har som mål at tenestene som pasientane får skal vere trygge og sikre, og at talet unngåelege pasientskadar i føretaket skal halverast. Det nasjonale programmet for pasienttryggleik, I trygge hender 24-7, og Stortingsmelding 11 – Kvalitet og pasientsikkerhet 2013, samt andre nasjonale føringar på området ligg også som grunnlag. Desse er styrande for arbeidet som skal skje lokalt i føretaket. Pasienttryggleik er difor et tema som går att fleire stader i utviklingsplanen under dei ulike fagområda.

Utanom pasienttryggleiksprogrammet føregår det i dag ei rekke andre forbetningsprosjekt som vil bidra til auka pasienttryggleik. Et eksempel på dette er dei store IKT-prosjekta, som t.d. Kurve og legemiddel innføring (KULE). Sjå vedlegg som omtaler ikkje-medisinsketjenester. Løysinga skal dekke den funksjonen som dagens papirkurver samla omfattar, og bidra til en meir effektiv og sikker arbeidsprosess.

Brukarmedverknad, og å nytte brukarar og pårørande sine erfaringar i pasienttryggleiksarbeidet og så vel som all tenestutvikling, vil ha eit stort fokus framover. Det er eit krav at pasienten si helseteneste skal utviklast, og då vi må gje rom for pasient og pårørande sine røyster.

3.8. Uøska/medisinsk uforklart variasjon i medisinske prosedyrer/over- og underbehandling

Innanfor helsetenesta har det i den seinere tida vorte eit auka fokus på mulig feilbruk og overforbruk av ressurser. Leiande medisinske tidsskrift som t.d. BMJ (British Medical Journal) har engasjert seg i denne problematikken.

Utgangspunktet er ofte ei tredeling i tenestetilboda:

1. Nødvendige helsetenester

- Dokumentert effekt med liten eller ingen usemje om indikasjonar
- T.d. lårhalsbrudd, operasjon for tykktarmskreft
- Utfordring: muleg underforbruk

2. Preferansesensitive helsetjenester

- Tilstandar der det er fleire handlingsalternativ
- T.d. mamma-screening, PSA-screening
- Utfordring: pasientpreferanse viktig, men pasient og behandlar kan mangle kunnskap

3. Tilbudssensitive/praksissensitive/belønningssensitive helsetjenester

- Stor gruppe der tilbudet influerar etterspurnaden
- T.d. tilvisingar, kontroller, radiologiske undersøkingare, lab, innleggingar
- Viser store variasjonar mellom geografiske område
- Utfordring: planlegging/styring av tilbudet, retningslinjer og kunnskapsbasert praksis

Omgrepet **lav-verdiprosedyrer** (lower value care) går også igjen i denne samanhengen i internasjonal litteratur. Eksempel som her blir nevnt er operativ fjerning av mandlar/»falske mandlar, keisarsnitt ved lavrisikofødsler, fjerning av livmor ved ikkje-kreft, fjerning av heile bryst ved brystkreft og fjerning av prostata ved godarta prostataforstørrelse. Mange av desse prosedyrene har høgt behandlingssvolum, og dermed blir ressurskrevande.

USA brukar ein stor andel av samfunnet sine ressursar til helsetenester. Likevel er ikkje folkehelseparametrar betre der enn i andre land, og det blir hevda at opptil 30 prosent av av tiltaka handlar om overdiagnostikk- og overbehandling samstundes som viktige grupper har manglande helsetilbod.

Både i utlandet og Noreg er det laga Helseatlas som skal vise slike variasjonar, og som kan hjelpe til med å planlegge for meir likeverdige helsetenestetilbod framover.

Det viser seg også at ein del operative behandlingsmetodar (t.d. innan ortopedi) kan ha like gode resultat med andre behandlingsformer (t.d. fysioterapi.).

Helse Førde har i dag relativt høg behandlingssrate innan kirurgisk behandling. Det er mogleg at det vil bli endringar i omfang og type operasjonar i framtida. Prioriteringar og arbeidsfordeling mellom sjukehus og fagområde vil vere viktig for den vidare utviklinga. Reduksjon av operasjonar som har synt seg å ha låg effekt/verdi (såkalla låg-verdiprosedyrer), vil i framtida kunne frigjere areal og kompetanse til prioriterte område med større «verdi» for samfunnet.

3.9. Forskning og innovasjon

Forskning er ei av kjerneoppgåvene til spesialisthelsetenesta. Nytteverdien av forskinga og innovasjon i helsetenestene har hatt auka fokus internasjonalt, og det er gitt sterke føringar om dette mellom anna i Horisont 2020.²³

Helse Førde er ein liten organisasjon i forskingssamanheng, og miljøet er sårbart. I dag brukar Helse Førde 0,3 prosent av dei totale utgiftene til forskning. Dette er det lågaste nivået blant helseforetaka i Helse Vest. Ved hjelp av ei regional satsing med særskilde løyvingar (avslutta i 2014), har Helse Førde dei siste fem åra opparbeidd eit forskingsmiljø ilag med Høgskulen i Sogn og Fjordane og andre samarbeidspartar, som Universitetet i Bergen. Det er utarbeidd ein eigen strategi for forskning og innovasjon for 2014 – 2020²⁴. Helse Førde sin visjon er at «forskning og innovasjon skal ha høg kvalitet, og bidra til kontinuerlig tenesteutvikling og nytenkning. Gjennom eit aktivt samarbeid investerer vi i praksisnær forskning som kjem folk til gode og som gjer helseforetaket til ein attraktiv arbeidsplass».

Forskning er viktig for å bidra til kvalitet i tenestene, for å rekruttere kompetanse, og for å nå opp i konkurransen om eksterne forskningsmidlar, som krev kapasitet til å utvikle og handtere større prosjekt.

Helse Førde har eit organisatorisk samarbeid med Høgskulen i Sogn og Fjordane i «Senter for helseforskning». Senteret rettleier forskarar og deira avdelingar, utviklar forskingsprosjekt og tematiske satsingar. I 2015 har senteret 10 tilsette (5 årsverk), som jobbar på tvers av somatiske helsetenester, psykisk helsevern og i relasjon med Høgskulen i Sogn og Fjordane. Fleire av desse har delte stillingar mellom Helse Førde og Høgskulen. Det er avtalt strategisk og fagleg forskingssamarbeid og samarbeid om støttetjenester for å byggje eit konkurransedyktig miljø. Samlokalisering mellom forskingsmiljøa er avgjerande. Fleire av forskarane er også tilsette i ei klinisk avdeling der ein kombinerer forskning og klinikk. Dette gjev nærleik til klinikkane, men reduserer tida til forskning.

Helse Førde har i dag to spesifikke satsingsområde:

1. Folkehelse, livsstil og overvekt. Helse Førde har Norges eldste biobank på pasientar operert for sjukeleg overvekt, og dette gjev ein sterk posisjon nasjonalt. Her vert det jobba med å ta i bruk registrerte data inn i den kliniske drifta
2. Psykisk helse og rus. Helse Førde driv naturalistisk forskning der ein ser på populasjonen i opptaksområdet til helseforetaket. Her er brukarmedverknad nøkkelen for suksess.

Det er knytt internasjonal kompetanse til satsingane.

Det føregår forskning på ulike avdelingar i føretaket, men på langt nær alle stader. Forsking som er nært knytt til klinikkane er ein viktig suksessfaktor. Dette vil også bidra til tidlig involvering av brukarane. Sentrale føringar legg auka vekt på nytte av forskning, i tillegg til høg kvalitet. Nyttan/bruken skal då vere eit 5 til 10 års perspektiv. Det er auka behov for fleirfagleg og tverrsektorielt samarbeid i forskning og innovasjon, både lokalt, regionalt og internasjonalt. Dette

²³ Horisont 2020 er verdas største forsknings- og innovasjonsprogram med 80 milliarder euro fordelt på sju år.

²⁴ Strategi for forskning og innovasjon i Helse Førde 2014 - 2020

inkluderer også samarbeid med næringslivet. Dette føreset også profesjonelt støtte- og forvaltningssystem for forskning. Den nasjonale forskings- og innovasjonsstrategien for helse og omsorg, «HelseOmsorg21», gjev nasjonale føringar og innspel. Visjonen er «kunnskap, innovasjon og næringsutvikling for bedre folkehelse.»

3.10. Teknologi

3.10.1. Teknologiske trendar i helsevesenet

Vi har eit samfunn der folk flest har teknologisk kompetanse, er vane med stor grad av tilgjenge og ventar seg tenester som er utvikla med brukaren i fokus. Snart vil heile pasientgruppa bestå av personar som har det meste av røynsla si frå ein digital verden. Dei viktigaste teknologiske drivarane bak utviklinga kallast på engelsk for SMAC²⁵, og tvingar fram store endringar i sektor etter sektor. Helsesektoren går no inn i denne endringa. Utviklinga stiller strenge krav til Helse Førde sin bruk av teknologi, og korleis Helse Førde innrettar sine behandlingssløp. Samtidig gjev desse teknologiane enorme mogelegheiter i framtidig behandling, og opnar for ein kunnskapsrevolusjon hos Helse Førde.

Sosiale media og smarte einingar. Bruk av sosiale media og smarte einingar opnar for nytt og betre samspel med Helse Førde sine pasientar både før, under og etter behandling. Telemedisin og bruk av mobile einingar smelter saman til virtuell omsorg. Overgangen mellom sunnheitsteknologi, førebyggjande- og behandlingsteknologi vert viska ut. Det er verdt å merka seg at t.d. Kaiser Permanente i California i desse dagar får fleire virtuelle enn fysiske pasientkontaktar. Ved å flytte pasientkontakt over på mobile plattformer pasientane alltid har med seg, kan vi oppnå betre etterleving og kontroll av pasientbehandlinga.

Kroppsnær teknologi (wearables og Internet of things). Teknologien opnar for kontinuerleg monitorering av biologiske forhold hos pasienten, som vert vidareformidla automatisk mellom einingar og register, og som berre vert vurdert av klinikarar ved gitte triggernivå. Det opnar for meir individuell oppfølging og skreddarsydd behandling. I tillegg kan informasjon aggregert på strukturert nivå og generera ny innsikt.

Analyse (big data og cloud computing). Tilgang på store mengder data frå pasientpopulasjonen i strukturert form gjev Helse Førde grunnlag til å køyre analysar av eit heilt nytt omfang. Tilgang på uavgrensa analysekraft gjennom skybaserte tenester gjer at Helse Førde no er i stand til å gjere slike analysar. Det er grunn til å vente seg monaleg kunnskapsbygging ut av dette. Utfordringane blir å forvalte kunnskapen effektivt og omsetje det til gode behandlingssløp.

Helse Førde skal organisere heilskaplege behandlingssløp, der pasienten ikkje treng å tenke på kven som behandlar dei (t.d. ved fjernkontroll og –oppfølging ved hjelp av teknologiske verktøy). På kort sikt må samarbeidet med primærhelsetenesta bli saumlaust. På sikt må Helse Førde vente at skiljet tar slutt, i tråd med politiske ambisjonar om «Pasientens helsetenester». På same måte må Helse Førde riggast for involvering og samarbeid med private aktørar. Pasienten si oppleving saman med kvalitet må drive endringa.

Helse Førde sin IT-arkitektur må gjera endringa mogeleg. Det betyr at Helse Førde må streva etter opne standardar, og som eit minimum følgje nasjonale val for rammeverk og standardar for IKT og

²⁵ Social media, smart devices, sensor technology, wearable tech, big data& analytics, cloud computing

velferdsteknologi²⁶. Skiljet mellom MTU og IKT er kunstig. For å sikre interoperabilitet må standardane også brukast på medisinsk-teknisk utstyr. I tillegg må Helse Førde vera opne for at store globale aktørar i framtida vil ha ei større rolle i oppfølging og behandling av pasientane. Føretaket må innrette sin teknologi på flyt av informasjon der lovverket opnar for det. Helse Vest IKT må følgeleg ha ein aktiv strategi for å understøtte helseføretaket i å nå nye mål der teknologi er avgjerande.

3.10.2. Telemedisin og velferdsteknologi i Helse Førde

For å betre tenestene og å kunne møte framtidige utfordringar, er det viktig at helse- og omsorgstenestene tek i bruk nye og meir effektive arbeidsmåtar. Bruk av IKT og teknologiske løysingar kan understøtte dette innovasjonsarbeidet.

I dette kapitlet blir «telemedisin» brukt som eit samleomgrep for både reine videokonferansar og for videoløysingar brukt i klinisk samanheng. Telemedisinske legg til rette for at helse- og omsorgstenester i større grad kan ytast lokalt, nærare der folk bur. T.d. kan konsultasjonar og vurderingar i regi av spesialisthelsetenesta gjerast for pasientar som møter opp lokalt på eit helsesenter eller sjukeheim. Verktøyet kan også gjere det praktisk mogeleg å gjennomføre kompetanseoverføring og kompetanseheving for aktuelle personellgrupper. Dette vil i sin tur bidra til kvalitet i tenestene og grunnlag for nye tilbod. Videoutstyr legg også ofte til rette for meir effektiv gjennomføring av møter.

Nokre av vinstane ved bruk av telemedisin er openberre. Spart tid og sparte kostnader både for personell i helsetenestene, for pasientane og for miljøet er mellom desse. Det synest og å vere kvalitetsmessige føremoner på mange område, ved tilgang på spesialistkompetanse lokalt og ved at diagnostisering, behandling og oppfølging kan skje med mindre ulemper for pasientane i mange tilfelle.

For at telemedisinske løysingar skal bli brukt er det viktig med brukarvennlege løysingar og at personleg videoutstyr blir tilgjengeleg for både legar og anna personell.

Helse Førde gjennomfører saman med alle kommunane i fylket eit større fellesprosjekt med nemninga «Telemedisin Sogn og Fjordane».

I fase 1 (forprosjektet) vart aktuelle bruksområde og føresetnader utgreidd. I fase 2 vart det gjennomført tilrettelegging og utprøving, primært innan hud-/sårområdet og akuttmedisin (VAKE, teleslag), undervisning og møte. Det er gjennom prosjektet oppnådd ei naudsynt betring av infrastruktur og bandbreidde i fylket, og tilrådd utstyr er implementert i mange kommunar og avdelingar i Helse Førde. Det er og utarbeidd prosedyrar for bruk av telemedisin. No dreier arbeidet seg om gjennomføring og utrulling av telemedisinske tenester i heile Sogn og Fjordane, og utprøving på nye område.

Når bruken av telemedisin involverer pasientar og brukarar direkte, grenser dette inn på området velferdsteknologi. Bruk av velferdsteknologiske løysingar knytt til heimen vil primært vere for primærhelsetenesta. Men også spesialisthelsetenester kan understøttast på denne måten, og eit samarbeid om utvikling på dette området synest naturleg.

²⁶ Eksempelvis er Continua et internasjonalt rammeverk for velferdsteknologi og byggjer alt sitt arbeid på internasjonale standarder, hovudsakelig fra CEN, ISO, IEEE og HL7

Bruk av velferdsteknologi er teknologisk assistanse som kan delast inn i desse kategoriane: Tryggleiksteknologi, kompensasjons- og velværeteknologi, teknologi for sosial kontakt, teknologi for behandling og pleie. Det sentrale er ikkje sjølve teknologien, som i stor grad eksisterer, men å gjere dei rette organisatoriske grepa for å ta den i bruk.

3.11. Økonomiske rammer

3.11.1. Utvikling

Demografiske framskrivingar syner ei auke i den ressurskrevande delen av befolkninga i høve nokre typar helsetenester. Det vil også vere trong for å ytterligare utvikle tilbod innanfor geriatri, kronikaroppfølging, alderspsykiatri og førebygging. All den tid Helse Førde ikkje får tilført auka midlar, må vi fordele dei resursane vi i dag har på ein annan måte. Nokre fagområde må styrkast på kostnad av andre. Den arbeidsføre delen av befolkninga vil minke noko, og talet på born og fødsjar vil ikkje auke.

Det er eit vedlikehaldsetterslep i Helse Førde. Mellom anna er det store vedlikehalds- og oppgraderingsbehov ved Sentralsjukehuset i Førde. Helse Førde skal samle utviklings- og oppgraderingsbehov i ein bygningsmessig utviklingsplan. I tillegg er det mykje medisinteknisk utstyr som må skiftast/oppgraderast i tida framover. Dette gjer at Helse Førde må auke investeringane framover for å kunne oppretthalde kvaliteten i tilbodet.

For å kunne finansiere den bygningsmessige utviklingsplanen må Helse Førde ta opp lån. Føretaket får auka kostnader til avskrivningar og rentekostnader i åra framover. Helse Førde må klare å handtere desse kostnadene samstundes som vi held oss innanfor resultatkrava Helse Vest RHF har sett. Vidare effektivisering av drifta er difor naudsynt.

Samhandlingsreforma vil medføre at aktivitet og rammeløyvingar vert flytta frå spesialisthelsetenesta ut til kommunane. Det vanskeleg seie korleis samhandlingsreforma vil påverke pågangen av pasientar til spesialisthelsetenesta, men dei demografiske framskrivingane tyder på at det ikkje vil bli lågare etterspurnad etter spesialisthelsetenester. Fleire kommunar har allereie starta opp med augeblikkeleg hjelp-tilbod. Kommunane i Sogn og Fjordane har i stor grad greidd å ta imot utskrivingsklare pasientar.

Strukturen på ambulansetenesta er også økonomisk og fagleg krevjande. Ei vidareføring og standardheving jfr. krav av dagens struktur for bil og båt krev monaleg auke i dagens rammer.

Føretaket må arbeide vidare med å optimalisere måten ambulansetenesta er organisert og skal samvirke på.

Trongen for investeringar dei kommande ti åra er særleg knytt til fire område:

- Arealplan Førde sentralsjukehus
- Bygg aust FSS - Avlastningsbygg og utleigedel
- Medisinsk teknisk utstyr
- Ambulansar

3.11.2. Utfordring

Dei rammene Helse Vest RHF har gjeve Helse Førde som grunnlag for langtidsbudsjett i perioden 2016-2020 viser at den økonomiske ramma vil vere tilnærma uendra. For å møte utfordringane må føretaket gjere avvegingar, og ein må stille ein del grunnleggande spørsmål:

- Korleis blir utredning, behandling og kontroll gjort?
- Kan vi utføre tenestene på meir effektive måtar?
- Kva tenester skal føretaket faktisk yte?
- Fins det tenester som Helse Førde ikkje lenger skal tilby? Kva blir i så fall konsekvensane for for ventetider og gjestepasientkostnader?
- Korleis vil pasientrettar påverke tilbodet Helse Førde skal ha i framtida?
- Korleis optimalisere investeringane i bygg og utstyr, og korleis tilpasse drifta til desse?
- Korleis kan kommunane og føretaket gje totalt sett eit best mogeleg tilbod på den mest effektive måten?
- Kva teknologi kan ein nytte for å redusere kostnader?
- Korleis kan ein ta ut vinstar frå større regionale IT prosjekt?

3.12. Samhandling

3.12.1. Utvikling

For å kunne betre dagens helse- og omsorgstenester og møte framtidige behov, trengst ei rekke tiltak som inngår i Samhandlingsreforma. Nokre av desse er:

- Fremme folkehelse og førebyggje sjukdom
- Betre samhandling og meir koordinerte tenester
- Ein større del av dei samla helsetenestene skal ytast av kommunane
- Meir brukarmedverknad

Spesialisthelsetenesta skal støtte kommunane i reforma, og vil ha ei viktigare rettleiingsrolle framover. Helseføretaka skal spesialisere det som er naudsynt, og desentralisere det som er mogeleg. Ein viktig premis i samhandlingsreforma er at tenester som mange har behov for, skal ytast nær der pasienten bur.

3.12.2. Samhandling

Helse Førde har utarbeidd ein eigen strategi for samhandling²⁷. Denne strategien skal bidra til å oppfylle krava til helseføretaket i høve samhandlingsreforma og at ein oppnår gode resultat saman med kommunane og andre aktørar. Pasient- og brukarperspektivet er sterkt vektlagt i strategien.

Helse Førde skal arbeide aktivt for å nå måla i samhandlingsreforma og samarbeide med kommunane som ein likeverdige part. Også fylkeskommunen, NAV, fylkesmannen, Høgskulen i Sogn og Fjordane, forskingsmiljø, private aktørar og brukarorganisasjonane vil vere samarbeidspartar. Helseføretaket vil samarbeide med kommunane om folkehelse/førebyggjing, gjennomføre tiltak for å skape gode heilskapelege pasientforløp, om mogeleg syte for tenester nær der folk bur og arbeide for løysingar som er framtidsretta og berekraftige.

²⁷ Strategi i høve samhandlingsreforma - Helse Førde 2020

Oppgaveglidning mellom helseføretaket og kommunane i Sogn og Fjordane vil vere sentralt framover. Ein ventar at fleire helsetenester blir ivaretekne av kommunane. Kommunane må i større grad raskt ta imot utskrivingsklare pasientar, og her vil ein truleg kunne vente ei vidare utvikling etter kvart som kommunane utviklar kompetanse og tenester. I 2016 vil alle kommunar tilby senger for øyeblikkelig hjelp for pasientgrupper som tidlegare var innlagde på sjukehus. Sjølv om beleggprosenten i ein startfase er låg, må ein vente at desse tilboda isolert sett vil føre til ei avdempa auke i øyeblikkeleg hjelp-innleggingar på sjukehus.

Andre område der det er føresett at kommunane skal ta ein større del av oppgåvene er rehabilitering og psykisk helsevern/rusomsorg. Det same gjeld lærings- og meistringstilbod. Innanfor dei akuttmedisinske tenestene blir krava skjerpa til både kommunane og helseføretaka sine tenester og samhandlinga mellom desse, jfr mellom anna ny akuttmedisinforskrift.

Når det gjeld rehabilitering er samhandlingsreforma tydeleg på retninga, og det er venta ein nasjonal opptrappingsplan for rehabilitering. Den største satsinga framover vil kome på rehabilitering i heim/nærmiljø i kommunal regi. Helse Førde gjev tilbod til dei som treng sjukehusrehabilitering etter akutt sjukdom og skade. Det er viktig at rehabilitering blir planlagt inn i eit samla pasientforløp der begge nivå samarbeider. Kommunane og Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter er viktige samarbeidspartar i annan rehabilitering.

I høve til psykisk helsevern/rusomsorg, går det også her i retning av færre døgnpasientar i spesialisthelsetenesta og meir oppfølging i heim/nærmiljø. Signal frå sentralt hald, sist Stortingsmelding 14 (2014-2015)²⁸, tilseier at kommunane skal ha ei sterkare rolle på dette området.

Helse Førde vil få ei viktig oppgåve i å støtte dei kommunale tenestene gjennom si rettleiingsverksemd og gjennom opplæring og ambulante team.

Det er for tidleg å seie om ei eventuell samanslåing av kommunar i Sogn og Fjordane vil ha konsekvensar for tenestetilbodet og for samhandlinga. Større og færre kommunar vil likevel gjere det litt enklere «å gå i takt», då det blir færre aktørar. Store kommunar vil også i noko grad kunne ta på seg fleire oppgaver.

Helse Førde har arbeidd aktivt saman med kommunane i fylket, ofte representert ved KS, med samarbeidsavtalar, samarbeidsfora og utviklingsprosjekt. Gjennom utviklinga av sine tenester dei siste åra har helseføretaket alt møtt ein del av forventningane i reforma. Viktige tenester for dei mange, herunder eldre og kronikarar, blir utførte desentralt i regi av lokalsjukehusa. Det har og vore ei ønskt utvikling at kommunane skulle etablere tenester i tilknytning til sjukehusa (legevakt, legevaktsentral, døgntilbod for øyeblikkeleg hjelp m.v.) for å oppnå gjensidige synergjar og legge til rette for samhandling.

3.12.3. Samhandling med avtalespesialister og andre private aktører

Helse Førde tek sitt sørge for-ansvar gjennom eigne tenester i eigne sjukehus, og avtalar med andre helseføretak og avtaler med spesialistar. Politiske signal inneber at private tilbod skal nyttast når det er naudsynt for å utfylle det offentlege tenestetilbodet.

²⁸ Meld. St. 14 (2014–2015): Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner

Det er i dag ei rekkje regionale og nasjonale og funksjonar og kompetansesentra for å sikre ein best mogeleg kompetanse på utvalde områder. Ei oversikt over desse tilboda er gitt i appendiks til denne planen.

Helse Vest RHF inngår i dag avtaler med spesialistar i hele helseregionen. I Helse Førde er det i 2015 avtalespesialister innan følgande områder:

Spesialitet	Årsverk	Klinikknamn	Postnr.
Augesjukdomar	1		6803 FØRDE
Augesjukdomar	1		6856 SOGNDAL
Augesjukdomar	0,5	Sunnfjord Medisinske Senter	6900 FLORØ
Augesjukdomar	0,5	Sunnfjord Medisinske Senter	6900 FLORØ
Augesjukdomar	0,2		6770 NORDFJORDEID
Augesjukdomar	1		6770 NORDFJORDEID
Fysikalsk medisin og rehabilitering	0,2	Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter	6968 FLEKKE
Fysikalsk medisin og rehabilitering	1	Sunnfjord Medisinske Senter	6900 FLORØ
Psykologi	1		6730 DAVIK
Psykologi	1		6803 FØRDE
Psykologi	1		6771 NORDFJORDEID
Psykologi	1	Sandane Psykologisenter	6821 SANDANE
Psykologi	1		6856 Sogndal
Psykologi	0,5	Campus Helse	6851 SOGNDAL
Psykologi	1		6802 FØRDE
Psykologi	1		6852 SOGNDAL
Psykologi	0,5		6771 NORDFJORDEID
Psykologi	1		6802 FØRDE
Øyre-nase-halssjukdomar	0,28	Lærdal Øre Nese Hals	6887 LÆRDAL
Øyre-nase-halssjukdomar	0,2		6801 FØRDE
Øyre-nase-halssjukdomar	0,28	Lærdal Øre Nese Hals	6887 LÆRDAL
Øyre-nase-halssjukdomar	0,28	Lærdal Øre Nese Hals	6887 LÆRDAL

Innbyggerane i Sogn og Fjordane nyttar også monalege mengder private tilbod utanfor fylket. Ein del av desse blir tilviste av kommunelegar. Noko av dette kunne truleg vore behandla i eget fylke.

Avtalespesialistar har ofte stor aktivitet og kan sjå mange pasientar. Ofte kan det vere mindre kompliserte problemstillingar som ikkje treng omfattande undersøkings- og behandlingsprosedyrar. Avtalespesialistar fungerer som ein viktig avlastning til sjukehuspoliklinikkar. Private spesialistar kan ta enklare tilfelle og kontrollar, og at dei kan lokalisert også perifert (lokalsjukehusområde). Ein del av pasientgruppene det er snakk om kan såleis alternativt takast hand om av eigne spesialistar som er faste/ambulerer til lokalsjukehusa eller private avtalespesialistar. Det viktigaste i dette er uansett i

kva grad ein kan få samordna og innpassa pasientløpa mellom avtalespesialistane og Helse Førde gjennom avtalar.

Ønskjer ein å utvide eller endre talet på privatpraktiserande avtalespesialistar i fylket, må ein vurdere fleire forhold. Føresetnaden er godt samarbeid med føretaket om oppgåvefordeling. Lokalisering nær eller i lokalsjukehusa har erfaringsmessig synt seg å vere ei føremon for pasientane og for samhandling med føretaket sine klinikkar. Helse Førde er eit lite føretak og pasientgrunnlaget i Sogn og Fjordane er på fleire fagområde avgrensa. Det er derfor mogeleg at Helse Førde ved ei opptrapping i bruk av avtaleheimlar kan tape rekruttering av spesialistar og moglegheitene til å skape varig robuste fagmiljø. Meir samansette lidingar og behandlingar som krev fleirfagleg tilnærming talar også for å samle mest mogeleg av tilbodet ved poliklinikkar i sjukehusa, framfor å opprette private tilbod. Ei anna utfordring ved bruk av avtalespesialistar er å sikre at desse supplerer det offentlege der det er kapasitetsmangel, og at ein unngår overbehandling og feilprioritering av pasientgrupper.

Drivarar for bruken vil difor i første rekke vere om tilbodet finst lokalt og om ein får til eit samarbeid inn mot det offentlege tilbodet.

Helse Førde si vurdering er at det bør opnast for private avtalespesialitetar i noko større grad enn i dag, helst knytt til lokalsjukehusområda innanfor fagområda auge (Lærdal), ØNH (Eid og nyorganisere Lærdal), Hud (Lærdal/Eid-nyorganisere) og gynekologi (Eid og Lærdal nyorganisere). Innanfor psykisk helsevern er det meir usikkert kor teneleg det er med auka innslag av private avtalepraksisar.

Rehabilitering vil få auka fokus framover og også auka pasientvolum. Kommunane si rolle og evne er usikker. Truleg kan det bli ønskeleg med noko meir bruk av private institusjonar framover.

Helse Førde vil saman med Helse Vest arbeide for at tal og plassering på avtalespesialistar reflekterer den beste løysinga og sikrar eit balansert tilbod til beste for pasientane i opptaksområdet. Oppretting av nye heimlar for avtalespesialistar må skje i samarbeid med Helse Førde, og det trengst forpliktande samarbeidsavtalar som sikrar gode pasientløp.

3.13. Kompetanse, rekruttering, utdanning og opplæring

Statistisk sentralbyrå sin rapport «Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035» ser stor underdekning av helsepersonell fram mot 2035. For å halde tritt med befolknings- og sjukdomsutviklinga, gitt dagens bruk av personell, vil så mange som kvar tredje ungdom måtte velje helse- og sosialfagleg utdanning for å dekke behovet for arbeidskraft i 2035.

Utfordringsbildet for Helse Førde blir forsterka av ein demografi som syner ein høgare andel eldre enn i Helse Vest-regionen og i landet forøvrig. Det blir dermed færre yrkesaktive for å dekke opp framtidig bemanningsbehov.

Innan kort tid står Helse Førde framfor ei stor utskifting av helsepersonell. I nøkkelstillingar som overlegar og spsjalsjukepleiarar er gjennomsnittsalderen høg. I 2013 er to av tre overlegar i Helse Førde over 50 år. Det er spesielt vanskeleg å rekruttere og halde på spesialutdanna fagpersonell ved Lærdal og Nordfjord sjukehus.

Omfattande vaktordningar i føretaket fører til mykje arbeidstid utanom den tida då det er størst aktivitet ved sjukehuset. Dette bind opp mykje arbeidstid hjå legane som då ikkje kan nyttast til

Dagtid

Vakt

pasientretta aktivitet på dagtid. Vidare krev den desentraliserte aktiviteten at legar ved Førde sentralsjukehus ambulerer til lokalsjukehusa for å sikre pasientnære tenester. For å få drifta til å gå rundt, må det i stor grad leigast inn vikarar.

Krav til beredskap gjer at ein i nyttar mykje legetid til å dekke vakter. Dette fører til at legar er mindre tilstades på dagtid og dermed får ein mindre god utnytting av legeressursane på dagtid.



Behov for å tenkje annleis om innhald i arbeidsoppgåvene knytt til profesjonane og utdanningane, og betre ressursutnytting av samla personalressursar vert viktig i framtida. Vidare er det behov for helsepersonell med breiddekompetanse for å sikre gode pasientforløp og heilskaplege tenester. Det er eit mål å samarbeide med kommunane om desse viktige oppgåvene, for gjensidig drivkraft og utvikling. Føretaket kjenner samfunnsansvaret sitt, mellom anna innan rekruttering og stabilisering av kompetanse. Kompetansestyrking vil vere ei prioritert oppgåve i åra framover, og Helse Førde vil legge til rette for å vere ein attraktiv arbeidsgjevar gjennom eit godt og stimulerande arbeidsmiljø. Det er starta arbeid med å sjå på utdanningsbehov og -tilbod innanfor helsefaglæringar i Sogn og Fjordane. Eit anna tiltak er felles traineeordning.

Utdanning er ei av dei fire kjerneoppgåvene til spesialisthelsetenesta. Helse Førde er den organisasjonen i Sogn og Fjordane med flest tilsette, og er ein viktig og stor kompetansearbeidsplass og utdanningsinstitusjon. Føretaket har ansvar for å lære opp helsepersonell, og skal drive forskning og utviklingsarbeid. Helse Førde har eit tett samarbeid med Høgskulen i Sogn og Fjordane avdeling helsefag, Universitet i Bergen og andre høgskular i regionen. Om lag 900 studentar, elevar og lærlingar har praksisperiode i Helse Førde kvart år. Føretaket har vedteke eigen strategi for undervisning og læring, eit verkemiddel som skal bidra til at Helse Førde er ein god læringsarena, med høg kvalitet på utdanning og opplæring. Helse Førde jobber mot å bli føretrekt som utdanningsstad og arbeidsplass for framtidige helsearbeidarar.

Forskning og innovasjon er eit satsingsområde for å bidra både til tenesteutvikling og til rekruttering. Fag, forskning og utdanning har tett tilknytning til kvarande, der faget er premissgjevar for utdanning, implementering og opplæring. Det blir viktig å få til tettare samordning mellom desse områda for å møte framtidige utfordringar.

Helse Førde er i gang med å kartlegge kompetansebehov, og arbeider kontinuerleg med kompetanseutveksling, tilrettelegging for praksisplassar og med å sikre at kvalitet i praksis er gjennomført ihht. nasjonale føringar.

Føretaket brukar IKT-støtteverktøya Kompetanseportalen og Læringsportalen for å sikre systematisk kompetanseutvikling, dokumentasjon og oppfølging av medarbeidarar.

Kvart år må alle medarbeidarar i føretaket gjennomføre obligatoriske e-læringskurs innan informasjonsteknologi, smittevern og brannvern.

Sidan 2014 har Helse Førde satsa sterkare på leiarutvikling. Leiarprogrammet går over fleire år. I programmet inngår både grunnleggande opplæring, storsamlingar for alle leiarar, individuell- og leiargruppeutvikling i regi av føretaket, regionale program og deltaking på nasjonalt toppleiarprogram. For å styrke basiskompetansen for leiarar vert det kvart år utarbeidd ein eigen kurskatalog for leiaropplæring. Her er kurs med ulike relevante tema som skal styrke leiarkompetanse og vere til hjelp i utøvinga av rolla som leiar. Helse Førde har etablert eit eige leiarutviklingsprogram med fleire element/steg synt i tabellen under.

	Program leiarutvikling	Kven	Kva	Når	Omfang
1	Grunnopplæring	Nye leiarar	Basiskunnskap innan økonomi og personal. Samt systemopplæring	Nye leiarar startar i jobben	Ulike kurs over 5-8 dagar
2	Leiardialog AD – tilsette	Alle leiarar	Storsamling	Vår og haust kvart år	To dagar kvart år
3	Individuell leiarutvikling	Alle leiarar	Bevisstgjere, vurdere, justere innlærte vaner, åtferdsmønster og arbeidsmåtar.	2013-2015, Deretter kontinuerleg	Tre samlingar a to dagar
4	Leiargruppeutvikling	Alle leiar-grupper	Utvikle samarbeid og effektivitet	Startar i 2015	Tre – fire samlingar a to dagar
5	Regionalt leiarprogram	Direktørar og føretaksleiing	Felles saker – utvikling og strategi	Vår og haust kvart år	To dagar kvart år
6	Toppeliearprogrammet	Direktørar og avdelingssjefar	Strategi, oversyn, eigenutvikling mv	To semester kvart år	3-4 månader
7	Leiarutvikling i kvardagen	Alle leiarar	I eiga gruppe, kurs, utdanning mv	Kontinuerleg	Kontin

4. Aktivitet i Helse Førde 2030

4.1. Framskriving av aktivitet i Helse Førde basert på demografisk utvikling

Med utgangspunkt i dagens aktivitet²⁹ har Helse Førde framskrive aktiviteten mot år 2030, basert på korleis vi trur den demografiske utviklinga vil bli³⁵. Analysen er detaljert per diagnosegruppe, og delt inn i døgn-, dag-, og poliklinikkopphald³⁰.

²⁹ Basisår 2013 – brukes av NPR i framskrivingsmodellen, fordi det er det siste året en har komplette data for

³⁵ Framskrivingstal med utgangspunkt i demografisk utvikling er utarbeidd for Helse Førde av Helsedirektoratet v/avdeling for Norsk Pasientregister (NPR).

³⁰ Alle data fra NPR, med utgangspunkt i framskrivingsmodell presentert i vedlegg 1.

Nedanfor er hovudtrekka i analysen gitt att for høvesvis somatikk, psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB). Sjå vedlegget «detaljerte analyser og tallmateriale» for utfyllande informasjon.

Både innanfor dei fleste diagnosegrupper og døgn-, dag- og poliklinikkopphald, vil aktiviteten i helseføretaket auke som ein direkte effekt av at folketalet aukar. Men for nokre område, til dømes psykisk helsevern for barn og unge, ser vi at aktiviteten vil gå ned når demografisk utvikling er einaste faktoren vi ser på. I tråd med dette er det viktig at Helse Førde arbeider aktivt med å sikre rett kompetanse for å møte områda som får vesentleg endring i aktiviteten.

Framskrivninga i dette delkapittelet er berre basert på den demografiske utviklinga, og ikkje justert for andre utviklingstrekk som kan verke inn på framtidig aktivitet. Slike andre faktorar blir kalla modifierande faktorar. Det kan til dømes vere epidemiologi, politiske føringar, økonomiske rammer, forventningar i folket, strategiske val, samhandling, fagleg utvikling, teknologi og kompetanse.

For kvar av desse modifierande faktorane kan vi gjere vurderingar kring effekten på aktivitetsnivået i helseføretaket, utover den reint demografiske utviklinga. Desse vurderingane kan vi òg prøve og talfeste, for å få fram ei modifisert framskrivning av aktiviteten. Slik vurdering og talfesting er ikkje gått detaljert inn på. Dersom utgangspunktet er eit høgt forbruk, må vi gå ut frå at rein framskrivning kan gje eit skeivt bilde av realistisk utvikling. For epidemiologi er det gjort innleiande vurderingar og forsøk på talfesting. Basert på dette har vi utarbeidd eit førebels bilde av aktiviteten i 2030, basert på demografi og justert for epidemiologi. Denne analysen vert presentert nedanfor, i kapittel 5.2.

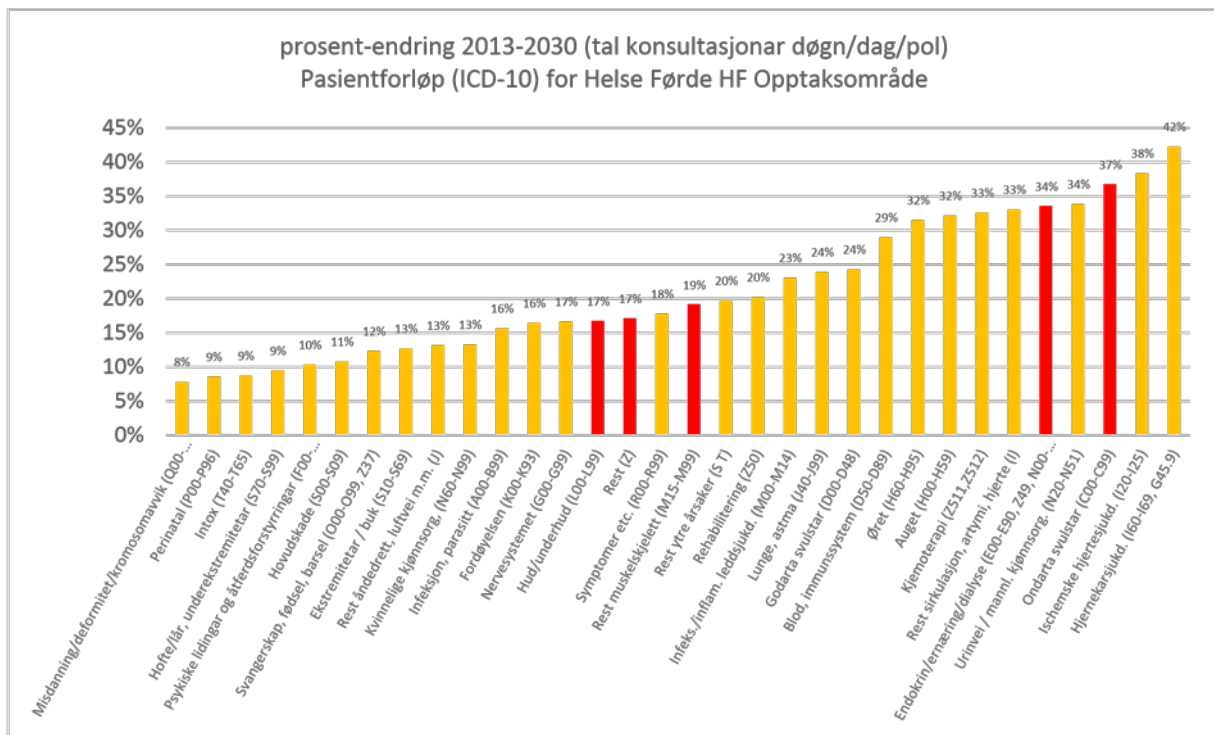
4.1.1. Somatikk

Tal døgn-, dag- og polikliniske konsultasjonar i somatikken vil auke med 22 prosent frå 2013 til 2030. Dette betyr ein auke på 37 000 opphald (døgn, dag, poliklinisk), frå 166 000 til 203 000 opphald.

- Døgnopphald vil auke med 5400 opphald (27 prosent),
- Dagopphold med 3 800 (35 prosent)
- Polikliniske konsultasjonar med 28 000 (21 prosent).

Splitta på diagnosegrupper er det ingen større endringar i storleiksforholdet innbyrdes mellom gruppene, om vi ser på veksten frå 2013 til 2030. Gruppene som er størst i 2013, aukar mest i absolutte tal fram mot 2030. Skilnadene på prosentmessige veksten for dei ulike diagnosegruppene er likevel store. Grafen nedanfor viser dette, variasjonen i vekst går frå åtte prosent for gruppe «Q00Q99 Misdanning, deformitet og kromosomavvik», til 42 prosent for gruppe «I60-I69 Hjernekarssjukdomar.»

Dei røde søylene viser dei fem diagnosegruppene som er størst i absolutte tal (både i 2013 og i 2030) – endokrin/ernæring/dialyse, vondarta svulstar, rest muskelskjelett, hud/underhud, og «Zkategorien.»



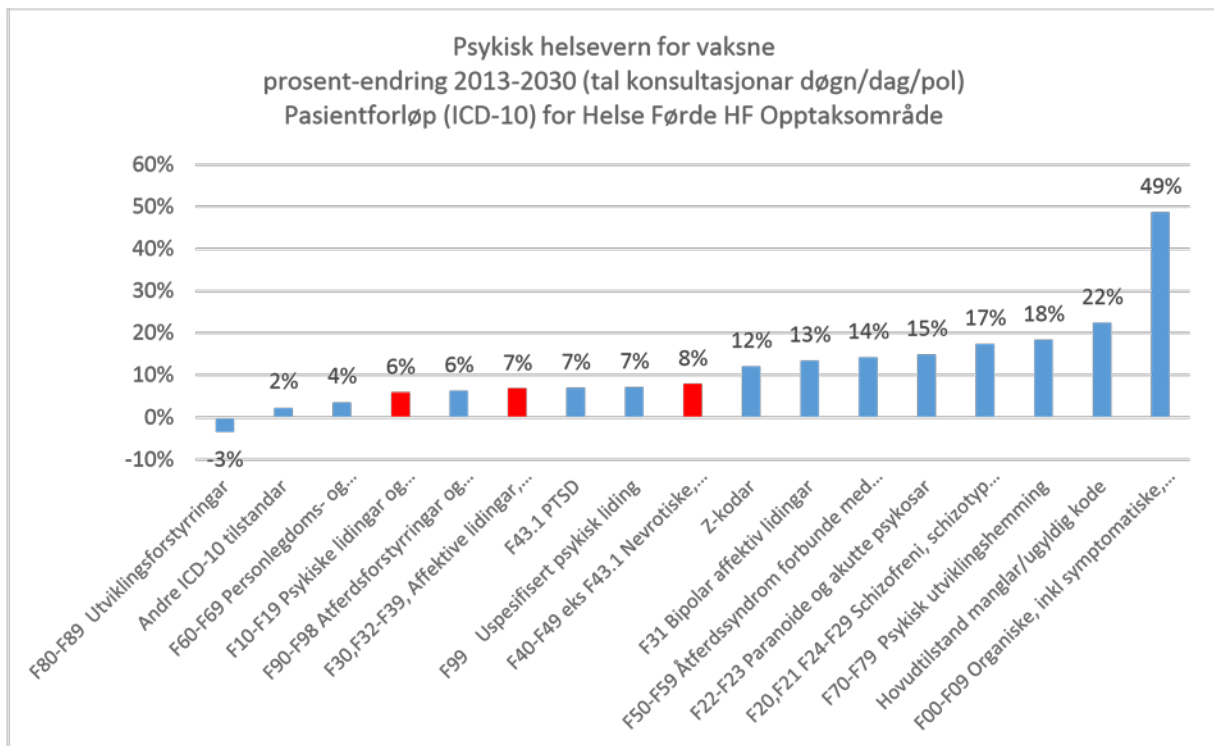
Tala over er utan avtalespesialistar og private rehabiliteringsinstitusjonar. Prosentdelen konsultasjonar utført av avtalespesialistar var i 2013 på 13 prosent totalt, medan det i 2030 vil vere ein liten auke til 14 prosent. Det vil ikkje kome større endringar i kor stor prosentdel innanfor kvar diagnosegruppe som vert utført av avtalespesialistar.

4.1.2. Psykisk helsevern for vaksne

I perioden 2013 til 2030 vil tal konsultasjonar innan psykisk helsevern for vaksne auke med ni prosent. Dette betyr ein auke på nesten 2 500 opphald (døgn, dag, poliklinisk), frå 26 500 til 29 000 opphald. Døgnopphald vil auke med nesten 150 opphald (14 prosent), dagopphold med 100 (seks prosent) og polikliniske konsultasjonar med 2 200 (ni prosent).

Splitta på diagnosegrupper er det ingen større endringar i storleiksforhold mellom gruppene, om vi ser på veksten frå 2013 til 2030. Gruppene som er størst i 2013, aukar mest i absolutte tal fram mot 2030. Skilnadene er likevel store på prosentmessig vekst for dei ulike diagnosegruppene. Variasjonen i vekst går frå tre prosent nedgang for gruppe «F80-F89 Utviklingsforstyrningar» til 49 prosent vekst i gruppa «F00-F99 Organiske psykiske lidningar.»

Dei raude søylene viser dei tre diagnosegruppene som er størst i absolutte tal (både i 2013 og i 2030). Desse er «F10-19 Psykiske lidningar og åtferdsforstyrningar», som skuldast bruk av psykoaktive stoff, «F30-39 Affektive lidningar og F40-49 Nevrotiske lidningar.»



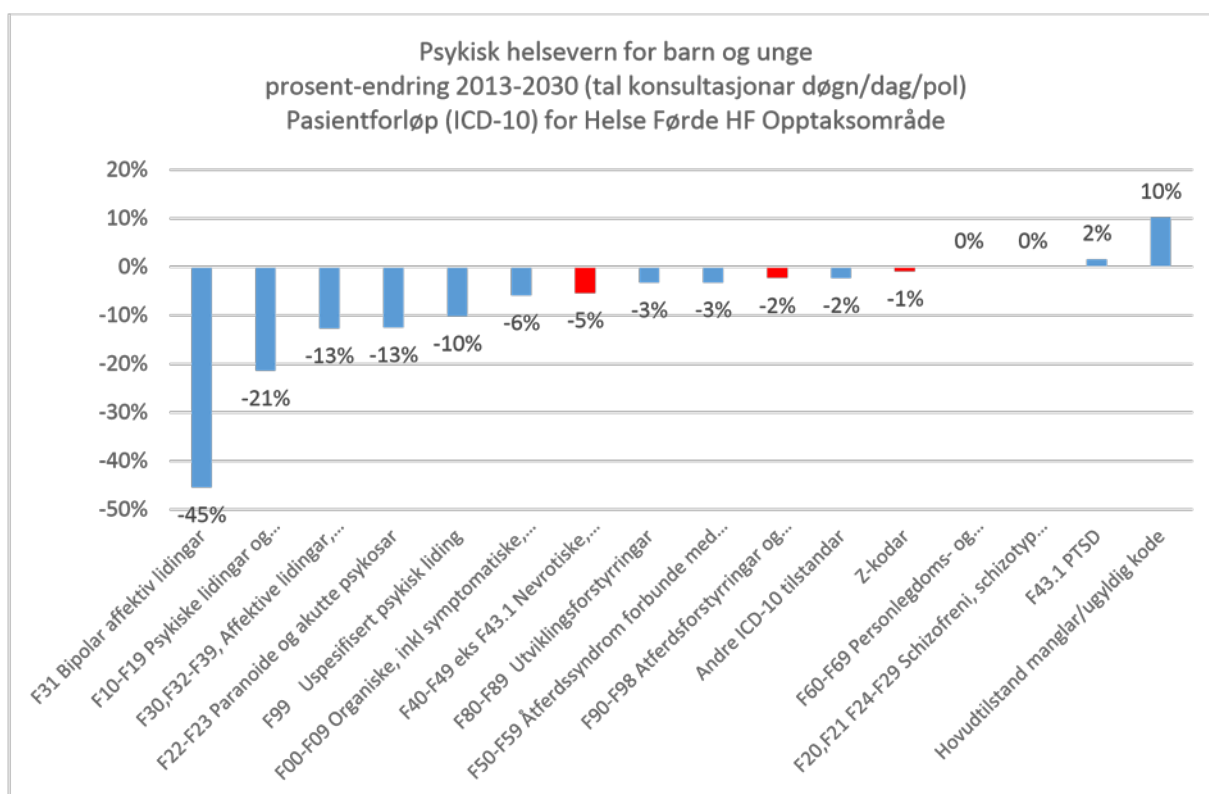
Tala over er utan avtalespesialistar. Om vi tek dette med, utgjør avtalespesialistane 17 prosent av samla tal polikliniske konsultasjonar i 2030 (for alle område innan psykisk helsevern – PHV, PHBU, TSB). Dette er same prosentdel som i 2013. Det vil ikkje kome større endringar i kor mange konsultasjonar avtalespesialistar vil gjere innanfor diagnosegruppene.

4.1.3. Psykisk helsevern for barn og unge

I perioden 2013 til 2030 vil tal konsultasjonar innan psykisk helsevern for barn og unge verte redusert med to prosent. Dette inneber ein nedgang på rundt 350 opphald totalt, frå 17 100 til 16 750. I og med at 99,6 prosent av alle opphald i psykisk helsevern for barn og unge er polikliniske konsultasjonar (i basisåret 2013), er det også her endringa kjem for 2030.

Splitta på diagnosegrupper er det ingen større endringar i storleiksforhold mellom gruppene, om vi ser på utviklinga frå 2013 til 2030. Dei fleste gruppene har nedgang i aktivitet. Gruppene som er størst i 2013, går også mest tilbake i absolutte tal fram mot 2030. Det er likevel store skilnader i den prosentmessige utviklinga for dei ulike diagnosegruppene. Grafen nedanfor viser dette. Variasjonen i utviklinga går frå 45 prosent nedgang for gruppa «F31 Bipolar affektiv lidingar» til 10 prosent vekst for hovudtilstandar som manglar eller har ugyldig kode.

Dei raude søylene viser dei tre diagnosegruppene som er størst i absolutte tal (både i 2013 og i 2030). Desse tre er «F40-49 Nevrotiske lidingar,» «F90-98 Atferdsmessige forstyringar og kjenslemessige forstyringar» som vanlegvis oppstår i barne- og ungdomsalder, og «Z-kategorien.»



4.1.4. Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)

I perioden 2013 til 2030 vil tal konsultasjonar innan TSB auke med to prosent, frå 634 til 647 opphald. Auken kjem i «Z-kategorien.»³¹ Andre diagnosegrupper ligg stabile.

4.2. Framskriving av aktivitet i Helse Førde justert for epidemiologisk utvikling

4.2.1. Somatikk

Innanfor somatiske helsetenester ventar vi at den epidemiologiske utviklinga vil ha effekt i tillegg til den demografiske utviklinga. Helse Førde har valt å setje tal på dette for å sikre at ei epidemiologisk vurdering er tatt med i ei totalvurdering av framtidige helsetenester. Vurderinga er basert på tydelege nasjonale og internasjonale trendar innan folkehelse og sjukdomsbilde. Dette gjer Helse Førde for å vere betre rusta til å ta imot framtidias pasient. Vurderingane støtter seg ikkje på matematiske utrekningar, men er ein skjønnsmessig vurdering.

- For døgnopphald ventar Helse Førde ein auke på tre prosent som følgje av epidemiologisk utvikling
 - Den demografiske utviklinga er på 27 prosent, total auke blir dermed 30 prosent
- For dagopphald ventar vi vekst på ein prosent
 - Den demografiske utviklinga er på 35 prosent, total auke blir 36 prosent.
- For polikliniske konsultasjonar ventar føretaket totalt sett stabilitet i høve epidemiologisk utvikling
 - Den demografiske og totale utviklinga her er på 21 prosent

³¹ Ifølge ICD-10-kodeverket: «Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten.»

Viser til vedlegg for vurderinga som ligg til grunn for desse tala.

4.2.2. Psykisk helsevern for vaksne

Innan psykisk helsevern for vaksne ventar vi at den epidemiologiske utviklinga vil ha størst effekt på døgnopphalda.

- For døgnopphald ser Helse Førde føre seg ein auke på 14 prosent som følgje av epidemiologisk utvikling ○ Den demografiske utviklinga er på 14 prosent, total auke blir dermed 28 prosent
- For dagopphald ventar vi totalt sett stabilitet i høve epidemiologisk utvikling ○ Den demografiske og totale utviklinga her er på seks prosent
- For polikliniske konsultasjonar er det venta ein auke på ein prosent ○ Den demografiske utviklinga er på ni prosent, total auke blir ti prosent

Viser til vedlegg for vurderinga som ligg til grunn for desse tala.

4.2.3. Psykisk helsevern for barn og unge

Innan psykisk helsevern for barn og unge er det ikkje venta tilleggseffektar som følgje av epidemiologisk utvikling.

4.2.4. Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)

Innan TSB er det ikkje venta tilleggseffektar som følgje av epidemiologisk utvikling.

5. Strategisk retning og utvikling for Helse Førde

5.1. Introduksjon

Helse Førde skal i planperioden seie noko om kva retning føretaket vil gå i. Gjennom tilbakemeldingar frå dei ulike fagområda ser vi ønske om endringar i organisering innan delar av helsetilbodet.

Utviklinga i Helse Førde skal følgje overordna prinsipp og vere i tråd med måla i strategiplanen:

- trygge og nære helsetenester
- heilskapleg behandling og effektiv ressursbruk
- ein framtidsretta kompetanseorganisasjon

Vi vil her i korte trekk skissere kva vi vil arbeide med å oppnå i Helse Førde framover.

Helse Førde skal vidareutvikle det samordna tenestetilbodet som er etablert mellom sentral- og lokalsjukehusa og innan psykisk helsevern.

Det skal vere felles mottakssystem for alle øyeblikkelig hjelp pasientar, tilpassa pasienten sitt funksjonsnivå, der prehospitale tenester, vakthavande lege og dei ulike lokasjonane har avklarte oppgåver. Førde sentralsjukehus har traumeansvar.

Arealet i mottak må vere tilpassa og fritt for hinder og med høve til rask diagnostisering og behandling. Ein må unngå unødig forflytting av pasientane, noko som inneber at fagfolka må organiserast i team.

Døgntilbod i mottak kan avlaste sengepostane for akutte pasientar. Flest moglege pasientar kan ferdigbehandlast innan kort tid. Det vil kunne redusere den generelle liggetida og sengebehovet totalt sett.

5.2. Pasientmottak – felles og individualisert

På same måte som at alle pasientar til øyeblikkeleg hjelp skal takast i mot i felles akuttmottak, må vi sjå på gode løysingar for mottak av elektive pasientar som til dømes skal til poliklinisk time. Ein må arbeide med tenesteutvikling og tenestedesign for å sjå på korleis best sikre at pasienten finn seg godt til rette på sjukehuset, veit kvar han skal vende seg, kva som må registrerast, kvar han skal vente, kor lenge han skal vente m.m.

Vi må i planperioden sjå på ny teknologi som kan understøtte logistikkbehov og god pasientoppleving.

5.3. Døgn og dagkirurgisk aktivitet.

Helse Førde utfører dagkirurgisk behandling ved Nordfjord sjukehus (NSH), Lærdal sjukehus (LSH) og ved Førde sentralsjukehus (FSS). Førde sentralsjukehus har kirurgisk akuttberedskap, er traumesjukehus og skal ha ein sentral funksjon innan kirurgi for fleire fagområde.

Veksten i behovet for kirurgi er moderat, og forbruksratene i dag er høge innan fleire fagområde (low value prosedyrer). I planperioden vil ein ha særleg merksemd på å ha eit tilbod som sikrar likeverdig behandling som har høg verdi for pasienten, og på effektivisering. Betra fysiske tilhøve for pasientar

og tilsette gjennom modernisering og vidare utvikling av operasjonsarealet er viktig for kvalitet og pasienttryggleik.

Dagkirurgiske inngrep utgjer i 2015 i underkant av 60 prosent av planlagde operasjonar i Helse Førde. Det er eit mål å auke andelen dagkirurgi i planperioden. Ved å legge betre til rette for dagkirurgisk verksemd, kan ein operere vesentlig meir i løpet av ein operasjonsdag enn ved FSS i dag. Dette vil korte ventetidene til operasjon, og gje jamnare DRG-produksjon gjennom året.

Spesialisert fagpersonell innan kirurgi vil i enda større grad bli mangelvare i åra framover. Rekruttering av personell blir viktig, og personalet må organiserast slik at både effektive dagkirurgiske forløp, og naudsynt vaktkompetanse 24/7 blir ivareteke.

Vidare er organisering, areal og god logistikk samt god utnytting av operatør naudsynt. Operasjonsavdelinga ved FSS handterer eit mangfald av kirurgiske fagområde, akutte og planlagde inngrep, og både inneliggande og dagkirurgiske pasientforløp. Endra organisering og samhandling om ressursane kan redusere behovet for nytt kostbart areal. Tydeleg skilje mellom dagkirurgi og sentraloperasjon er vesentleg for å lukkast med eit effektivt dagkirurgisk tilbod. Operasjonsstovene og biareal må vere utforma og utstyrt for fleksibel drift. Stovene må vere fleksible slik at dei også kan nyttast til anna elektiv aktivitet og ø-hjelp operasjonar utanfor dagopningstida. Å samle like inngrep, og nytte to operasjonsstover per operatør for inngrep med kort knivtid³² eller lang førebuingstid, har synt seg å vere effektivt for å behandle fleire pasientar på kortare tid. Ei auke i tal operasjonsstover legg til rette for effektivisering av drifta og skjerming av planlagd aktivitet frå øyeblikkeleg hjelp kirurgi.

5.4. Intensivbehandling og overvaking

Akuttberedskaper i Helse Førde omfattar behandling av pasientar med akutte livstruande sjukdomar. Tenesta bør ivaretakast av ei generell intensiveining. Intensivavsnittet skal vere dimensjonert og ha kompetanse til å ferdigbehandle intensivpasientar. I planperioden er det forventa auke i intensivaktiviteten, særleg knytt til kreftbehandling og eldre pasientar. Det skal vere høve for å legge til rette for skjerming av pasientar med samansette lidingar, og behandling i isolat. God transporttjeneste og samarbeid med intensivavsnitt på regionalt universitetssykehus vil også i framtida vere naudsynt for dei mest behandlingstrengande pasientane.

5.5. Sengepost – felles og fleirfagleg

For å kunne gjennomføre visittar og samtalar saman med pasienten bør så mange rom som råd vere einerom, men også med slik fleksibilitet at det kan setjast inn ekstra seng på romma.

Pasientar må få tilbod om ei fleirfagleg vurdering der dette er naturleg. Dersom pasienten treng ei breiddeutgreiing må dette skje med ein gong. Vi må vekk frå å flytte pasientene for mykje rundt.

Vi må sjå på korleis føretaket kan tilby fleksibel bruk av sengene i sengepost. Dette vil krevje ei anna organisering enn i dag. I arbeidet med arealplanen er det viktig å vurdere ulike modellar for utforming. Ein må også sjå på korleis logistikken rundt lagring og reingjering av senger kan betrast.

³² Tida kirurgen brukar på operasjonen, altså tida frå operasjonen startar til den er ferdig.

Kvar pasient treng ulik oppfølging. Det er viktig at den faglege kvaliteten er god og rett for den einstilte pasient. Samstundes må ein evne fleksibel bruk av areal og personell utan fare for at fleksibilitet går på kostnad av kvalitet.

Vi må sjå på total kapasitet for å jamne ut over- og underbelegg med tanke på senger og pleiepersonell. Visittar og dokumentasjon knytt til dette skal foregå mest mulig pasientnært. Alle sengerom, arbeidsrom og korridorar må kunne nytte seg framtidige teknologiløysingar.

5.6. Dagpost for medisinsk dagbehandling

Mange av dagens inneliggande pasientar kan behandlast i eit dagtilbod. Fleire fagretningar tilbyr dagbehandling. Ved å samle denne aktiviteten er det lettare å gje pasienten eit standardisert forløp, sikre gode rutinar og kvalitet og samstundes ha fleksibel bruk av personale og areal. Samling og standardisering av aktivitet lettar også samarbeidet mellom dei ulike sjukehusa i føretaket.

Helse Førde vil arbeide for å få til infusjonsdagbehandlinga ved kvart sjukehus. Dette vil vere betre for pasientane, og føretaket vil betre kunne utnytte utstyr og personell.

Dette tilbodet skal også gjelde pasientar frå kirurgisk klinikk. Ein må sjå på gode praktiske løysingar der det same arealet kan rullerast, og der dei einstilte faggruppene får ein eigen dag der dei kan bruke lokala, utstyr og personell til sine pasientar.

5.7. Fleirfagleg poliklinikk og diagnostisk senter

Helse Førde ønskjer i større grad å tilby fleirfaglege poliklinikkar, slik vi i dag har innan eldremedisin og fysikalsk medisin.

Helse Førde vil i framtida dreie frå å ha fokus på ein og ein tilstand, til å behandle heile pasienten. Ved ei fleirfagleg tilnærming vil ein auke kvaliteten, individualisere behandlinga og sikre at pasienten får rett behandling og oppfølging.

Pasientar som skal til utgreiing, behandling og oppfølging av tilstandar som inneber fleire fagområde, bør få time til ein fleirfagleg time eller til fleirfaglege senter. Døme på dette er allergi, søvn, kreft, ryggslidingar m.m.

Tilvisingar må vurderast raskt og det må leggest plan for kvar pasient. Fleirfagleg planlegging og samordning vil vere sentralt, herunder god nytting av sørvisfunksjonane (t.d. merkantile). Koordinatoroppgåver i ein fleirfagleg poliklinikk kan til dømes leggest til sørvissenteret eller helsesekretærrolla.

Den fleirfaglege poliklinikken kan også ha oppgåva som diagnostisk senter. Der utgreiing vil gå over fleire dagar, vert pasienthotellet nytta til overnatting. Pasientar som er for sjuke til å overnatte på pasienthotellet kan nytte observasjonssenger i mottak eller sengepost.

5.8. Felles prøvemottak

Laboratoriefaga bør få eit felles mottak av prøver. Dette for å standardisere, kvalitetssikre merking ved avlevering, effektivisere og spare areal.

Det går mot at fleire prøver vert teke pasientnært. Vi må legge opp til at sengepostene kan klare meir sjølv, og at nokre av prøvene kan takast direkte på sengepost. Dette betyr oppgåvegledning frå

bioingeniør til anna kompetent personell. Det er viktig å få på plass system der prøvesvara kan inngå i journalsystemet.

5.9. Radiologi – drop in

Radiologisk avdeling er i dag ein flaskehals i den diagnostiske verksemda grunna stor intern og ekstern etterspurnad etter radiologiske undersøkingar i Helse Førde sitt område.

Ein må sikre kapasitet og god logistikk innan radiologi for betre å samordne polikliniske besøk. Korrekt bruk av radiologiske tenester både med tanke på ressursbruk og strålebelastning for pasientane må ha fokus i alle kliniske fag.

Slik det er i dag, har vi lange ventetider for «ikkje-prioriterte» undersøkingar og lite slingringsmann for å kunne ta pasientar som er i pakkeforløp innan venta tidsfrist. Likeeins er det ofte vanskeleg å gjennomføre undersøkingar innan kort tid på våre poliklinikkar og sengeavdelingar grunna kapasitetsproblem.

For å kunne få betre kapasitet må avdelinga arbeide med å få redusert etterspurnaden etter strålebelastande undersøkingar. Det er utarbeidd nasjonal rettleiar for bruk av radiologiske undersøkingar i muskel- og skjelettsystemet for primærlegane.

Det er også i gang arbeid med å utvikle nasjonal tilvisingspraksis for radiologiske undersøkingar. Dette vil kunne resultere i rettare prioriteringar og truleg rettare etterspurnad.

Avdelinga må framover organisere og tilretteleggje drifta slik at det vert mogeleg å gjennomføre «drop in»-undersøkingar, særleg for pasientar frå eigne poliklinikkar. Dette vil gje eit betre pasientforløp og vil kunne frigjere kapasitet på poliklinikkar fordi pasientar ofte då slepp å møte to eller fleire gongar for same problemstilling. Truleg vil også tilvisingane få heva kvalitet sidan pasient då er vurdert av spesialist, og undersøking kan bli meir målretta.

5.10. Integrering av psykisk og somatisk helsevern

Helse Førde må arbeide målretta for betre samordning av somatiske og psykiatriske tenester. Det må lagast pasientrom som er eigna for psykiatriske lidingar, til dømes tilpassing av rom til suicidale. Vi må sjå på innføring av felles journalsystem og kurve. Ein skal sjå på korleis lage team rundt pasienten der ein teamleiar for behandlinga kan pålegge andre i teamet å stille opp for å behandle pasienten der han er. Ein må unngå unødig forflytting av pasientane. Rolla som pasientkoordinator er særleg viktig for pasientar med samansette lidingar.

5.11. Fokus på pasientoppleving

Aktiv bruk av tilbakemeldingar frå brukarar vil bli endå meir aktuelt og naudsynt i framtida. Fokus må vere kva pasientane er opptatt av, og kva som karakteriserer god pasientoppleving.

Brukaropplevingar må nyttast i arbeidet med tenesteutvikling og tenestedesign. Det må vere lett for pasienter å forhalde seg til sjukehuset, frå dei får innkalling, påminning, korleis dei blir tekne imot, korleis dei finn fram, kor mange gangar må pasienten fortelje sjukehistoria si, kor mange tilsette dei må forhalde seg til, kor mange ledd ein må gjennom før behandling, for å nemne noko.

5.12. Tjenesteutvikling, tjenesteinnovasjon, tjenestedesign

Helse Førde skal arbeide med kontinuerleg utvikling av tenestene. På nokre spesifikke punkt i utviklingsplanen er dette nemnt spesielt. Det betyr ikkje at ein skal unnlate å fokusere på dette innan

andre delar av helsetenestene. Ein må tenke nytt for å møte nye krav. Døme på dette er pakkeforløp. Eit pakkeforløp er eit standard pasientforløp som skildrar organisering av utgreiing og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient og pårørande, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider. Dette er utvikla innan kreft og vi vil etter kvart sjå det også for andre lidningar. Eit sentralt element er her bruk av koordinator som heile tida sikrar ei god framdrift til beste for pasienten. Utvikling av tenestene vil gjere det mogeleg å tilby fleire standardiserte forløp. Ein vil sjå på korleis ein kan få til nye løysingar der ein aktivt brukar ny teknologi.

5.13. Samhandling

Helse Førde skal framleis arbeide aktivt med samhandling med primærhelsetenesta og avtalespesialistar. Ein må arbeide aktivt med å få på plass samhandlingsavtalar mot dei eksisterande og nye avtalar med avtalepraksisane. Aktiv bruk av elektronisk kommunikasjon, telemedisin og kompetansedeling skal bidra til at pasientar får eit godt tilbod på rett nivå der dei bur. Føretaket må også arbeide for eit betra samarbeid med regionsjukehuset.

5.14. Utvikling i tilbod til barn og ungdom

Tidligere utgjorde akutte infeksjonssjukdommar den største delen innleggingar på norske barneavdelingar. Stadig fleire tilstander, som før hadde avgrensa behandlingstilbod, kan no behandlast. Fleire barn overlever alvorlig sjukdom og lever med varige medisinske og psykologiske følgetilstander. Dette stiller krav til teambygging rundt pasienten med heilskapleg tenking, og ikkje berre rundt fagområde som før. Eit tettare samarbeid på tvers innanfor barnemedisin og psykisk helsevern, så vel som på tvers over til vaksenmedisin, er nødvendig. Førekosten av astma og allergisk sjukdom hos barn har auka dei siste ti åra.

Statens barnehus er eit tilbod til barn og ungdom som kan ha vore utsett for, eller vore vitne til, vald eller seksuelle overgrep og det føreligg politimelding. Barnehuset i Bergen har ansvar for opptaksområde Sogn og Fjordane og Hordaland.

Ungdomsmedisin veks fram som eit eige spesialistfelt i utlandet som eit fleirfagleg tilbod mellom somatikk (barnemedisin og vaksenmedisin) og psykiatri. I Norge er det stort fokus på kompetanseheving innan ungdomsmedisinske fagområde i pediatri og barnepsykiatri, med strukturering av overgangar fra barn til vaksen og overføringar mellom ulike avdelingar.

Organisering av eit samla somatisk og psykiatrisk helsetilbod vil bidra til ei meir heilskapleg helseteneste for barn og ungdom. Fleire samarbeidspartnarar i Helse Vest har innført 18 års aldersgrense. Truleg lettar dette samarbeidet med andre avdelingar og psykisk helsevern for barn og unge (PBU).

Barneavdelinga ved FSS er i dag, med sengepost, poliklinikk og barnehabilitering, lokalisert på tre forskjellige stader. I tillegg er det poliklinisk verksemd på Eid og i Lærdal. Dette er krevande reint logistisk. Barneavdelingas sengepost må vere samlokalisert med kvinneklinikken også i framtida, av omsyn til dei sjuke nyfødde. I ei ideell verd ville samlokalisering av barneavdeling og barne- og ungdomspsykiatren (PBU) tidlegare ha kunna sikre teamarbeid og slusing av pasient til rett behandlar.

PBU har fire seksjonar der ungdomsavdeling for psykisk helsevern (UPH) er ei fylkesdekkjande avdeling. I tillegg er det tre barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar (BUP), som dekkjer regionane; Førde, Nordfjord og Sogndal. Avdelinga PBU dekkjer alle kommunane i Sogn og Fjordane med eit folketal på 24 865 i alderen 0 - 18 år. Eit planlagt nybygg for Førde BUP, samlokalisert med

UPH, vil gje fordelar og høve til betre ressursutnytting med omsyn til samarbeid og drift, både relatert til fysiske fasilitetar, tilbodet til pasientane og personalressursar. Samlokalisering gjev avdelinga eit større, sterkare og breiare fagmiljø. Tettare samarbeid og binding mellom seksjonane gjer avdelinga meir attraktiv for å rekruttere, utdanne og halde på fagpersonar. Samlokalisering nær sentralsjukehuset vil betre føresetnadene for samarbeid med vaksenpsykiatrien, barneavdelinga og barnehabiliteringa og dei andre somatiske einingane.

Barneavdelinga har fleire gode samarbeidsrutinar med PBU, men ser eit sterkt behov for å få på plass ei ordning for å sikre heilskaplege helsetenester for barn og unge og sluse pasienten til rett behandlar så raskt som mogeleg i utredningsforløpet. Arbeidet for å utgreie eit CL-team (Consultation/liaison team) er i gang.

Organisering av tenestene til barn med autisme, er eit anna døme på behov for team-samarbeid.

Det er aukande krav og forventningar om samarbeid mellom første- og andrelinjetenesta. I PBU gjeld dette til dømes samarbeid mellom det statlige barnevernet og somatiske avdelingar. Dette stiller krav til brukarretta og brukarstyrt teneste med samkøying av utgreiingar både når det gjeld logistikk rundt multiproblematikk, som læring, omsorg og psykisk helse, og utgreiingar generelt for å utplukke somatiske forhold.

Kvinneklubben er avhengig av nærleik til operasjonsavdeling og anestesiresursar då barselkvinner med komplikasjonar raskt må ha tilgang til operasjon. Gjennom tett samarbeid med HUS kunne ein vurdere å senke aldersgrensa for premature fødsjar. Ein fødeklubb på kvinneklubbnivå med ei lågare aldersgrense, vil gje eit nærare tilbod til kvinnene/borna, og ein større del av oppfølginga kunne foregå lokalt. Ei endring av grensa vil kunne gjere behandlinga betre for dei som vert fødde for tidleg og som ikkje når fram til regionsjukehus. Det vil og kunne ha ein positiv effekt i høve born som vert fødd med asfyxi (mangel på oksygen under fødsje). Samarbeidet mellom barneavdelinga og BUP kring spe- og småbarn i risiko gjennom PrematurPro³³, har vore svært vellukka. Her er det tilbod om samspeletaler og oppfølging frå begge instansar som ei felles pakkeløysing og som koplar helsestasjonen inn i programmet når utskrivning nærmar seg. Gjennom fleirfagleg satsing er det råd å oppdage skeivutvikling hos små barn i risiko på eit så tidleg tidspunkt at dei får starta tiltak før skulestart.

Vidareutvikling av teknologiske løysingar innan telemedisin og videokonferanse er viktig for å kunne inkludere fagmiljø. Fleire kommunar er klare for teknologisk samhandling. Dette kan brukast til konsultering på vakt, felleskonsultasjonar og konsultasjonar med pasientar som har problem med forflytting. Teknologiske løysingar kan i større grad bli brukt til undervisning og kompetanseoverføring.

5.15. Utvikling i tilbod til eldre

I år er det ca 20 000 personar over 65 år i Sogn og Fjordane. For 2030 er prognosane at dette talet vil vere drygt 26 000. Av desse vil omlag 8000 vere over 80 år. Per 2008 utgjorde eldre over 67 år om lag 80 prosent av pasientane ved sjukehusa i Helse Vest. Kartlegging viser at «storbrukare», ca. 10 prosent av pasientane brukar 50 prosent av ressursane i helsevesenet. Eldremedisinfeltet er komplekst då det omfattar pasientar med samansett sjukdomsbilde, gjerne med somatiske sjukdomar, kognitiv svikt, sosiale og psykiske problem, ernæringsproblem, auka fallrisiko, kompleks

³³ Prematurprosjekt i Helse Førde/Sogn og Fjordane 2007-2013

legemiddelbehandling og eit stort pleiebehov. I tida framover vil det spesielt vere eit auka behov innan indremedisin, nevrologi, alderspsykiatri, rehabilitering, ortopedi, ØNH og augesykkdommer. Innlegging av eldre i sjukehus fører med seg vesentleg risiko for behandlingsrelaterte komplikasjonar og spesielt ei dramatisk rask svekking av funksjonelle ferdigheiter. Multisjuke eldre er sårbare for tap av fysiologisk reserve. Dette gjer det òg viktig med raske «snu i døra»-vurderingar kring forhold som sensorisk deprivasjon, forstyrring i døgnrytme, forvirring, dekondisjonering og feilernæring. Kompetanse hjå fagfolk, arbeidsmiljø/kultur, arkitektonisk utforming og fleirfaglege team er alle viktige faktorar i planlegginga.

Dagens «silotekning» med organisering rundt dei ulike fagområda, fungerer ofte mindre bra på pasientar med komplekse, samansette lidningar. For å gje eit heilskapleg behandlingstilbod og unngå stadige reinnleggingar med nye problemstillingar, må organiseringa skje rundt pasienten med dei ulike lidingane. Kompetanseoppbygging av ferdigheiter og haldningar er naudsynt for å vurdere og behandle funksjonelle problem med reversible diagnosar. Det er behov for poliklinikk, dagpost, mottak og sengeavdeling med fleirfaglege team. Psykisk (inkludert rus) og somatisk helsevern må samarbeide om integrerte tenester der ein samhandlar på tvers med pasienten i fokus. Tilsette skal ha fokus på sine kjerneoppgåver, men må samarbeide med andre spesialistar i det fleirfaglege teamet.

Nordfjord sjukehus (NSH) starta hausten 2013 ein fleirfagleg eldremedisinsk poliklinikk. Førde sentralsjukehus etablerte i januar 2015 tilsvarande tilbod. Dei eldremedisinske poliklinikkane er forankra i medisinsk avdeling, og er eit tilbod for pasientar frå omlag 70 år med samansette problemstillingar. Eldremedisinsk poliklinikk består av eit fast team av indremedisinar, psykiater, fysioterapeut, ergoterapeut og geriatrisk sjukepleiar. Alt etter sjukdomsbilde vil pasienten treffe personale innan dei ulike fagfelt. Pasientane vil kunne få utført fleire vurderingar og/eller prosedyrar på same dag.

Det er behov for vidareutvikling av eldremedisinsk poliklinikk. Erfaring viser at ein slik poliklinikk kan opplevast slitsam for pasientar og pårørande. Pasientar skal gjennom mykje på kort tid. Det er behov for eit eldremedisinsk dagtilbod nær poliklinikken der pasientane kan kvile og ha matpause, og der det er rom for gruppeinteraksjonar for til dømes opplæring. Dagtilbodet kan vere kopla saman med pasienthotellet som krev lengre opphald. På denne måten kan det blir gjort endå fleire vurderingar og prosedyrar på same dag. Dette krev planlegging og samhandling. Ei koordinatorfunksjon kan løyse dette på ein god måte.

Umiddelbart er det behov for styrka geriatrisk kompetanse på sengepostar. Senger bør øyremerkast til geriatri/eldremedisin. Det er òg viktig at dei fleksible sengene i dei psykiatriske postane kan skjerme demente med åtferdsforstyrringar og psykiske vanskar. På for eksempel ortopedisk avdeling er pasientane ofte gamle og skrøpelege med multifarmasi og falltendens. Her trengst geriatrisk spesialkompetanse i tillegg til primærbehandlinga. Aktiv utskrivningsplanlegging bør starte frå første dag med aktiv involvering og samarbeid med lokal helseteneste.

Innan 2 – 5 år er det ønskjeleg at Helse Førde kan tilby felles sengepost for multisjuke eldre. Her skal føretaket kunne tilby utgreiing, behandling, akutt rehabilitering og førebygging. Det skal vere fokus på funksjonsheving og det må vere tett samarbeid med både pårørande og kommunehelsetenesta. Det er viktig at tenestene blir organiserte slik at ein førebyggjer unødvendige, belastande (re)innleggingar - der ein heller burde kunne gitt kommunalt tilbod heime eller poliklinisk.

Diagnostisering og avklaring frå spesialisthelsetenesta med koordinerte og samanhengande pasientforløp kan styrke samhandling med kommunehelsetenesta og sikre ei god overgang mellom helsetenestene.

Bruk av velferdsteknologi og telemedisinske løysningar er viktige bidrag i det framtidige helsetilbodet også til eldre. Dette kan også forenkle samarbeidet og bidra til auka kompetanseutveksling og tettare samarbeid mellom helsetenestene. Dette kan bidra til betre tilrettelegging heime for å meistre sjukdom og til å førebygge unødige innleggingar. Det kan brukast til konsultering på vakt, felleskonsultasjonar og konsultasjonar med pasientar som har problem med forflytting. Teknologiske løysingar kan i større grad bli brukt til undervisning og kompetanseoverføring.

Ei eldremedisinsk avdeling driv høgspesialisert medisin med multisjuka pasientar som krev mange ressursar. Nære servicefunksjonar er viktig. Samlokalisering og samhandling til andre faggrupper er viktig for å utnytte totalkapasitet, samt dra vekslar på eit robust fagmiljø i dagleg drift.

For pasientar som er kritisk sjuka, med behov for behandling i intensiv- og overvakingseining, og der faren for delir (akutt forvirring) er stor, er det viktig med skjermingsrom med vindauge og plass for pårørande. I alle sengepostar, poliklinikkar og dagpostar som behandlar multisjuka eldre, må areal og kompetanse vere tilpassa pasientane og pårørande sine behov.

6. Vegen vidare

Verksemdsmessig utviklingsplan peikar på trongen for utvikling og endring. Det viktigaste innhaldet er ei skildring av retning, og kva Helse Førde skal sikte mot gitt den utviklinga vi kan sjå føre oss og tenke oss i åra som kjem.

Dette må konkretiserast vidare gjennom tydelege detaljplanar.

Arbeidet med denne planen har vore gjort i ein kort periode, og det vil vere fleire framlegg og tiltak som ikkje er grundig handsama. Dette vil Helse Førde arbeide vidare med med i tida framover.

Verksemdsmessig utviklingsplan gjev føringar for arbeidet med utviklinga av areal og utviklingsplanane for Førde sentralsjukehus. Derfor er det naudsynt å utvikle meir konkrete løysningar, innanfor utviklinga denne planen skildrar, før arealplanane vert realiserte. Dei mest sentrale områda vil vere:

- Utvikling av felles sengepost
- Etablering av fleirfagleg aldersmedisinsk eining
- Betre samordning av tilbod til barn-og unge
- Etablering av framtidias akuttinntak med diagnostiske observasjonssenger

Det synest opplagt at eldremedisin, mulitisjuka og kronikarar må få stor merksemd dei komande åra dersom Helse Førde skal lage pasientens helseteneste. Veksten vil være innan dei medisinske fagområda og ikkje dei kirurgiske. I dette bildet skal også føretaket følge føringane om at psykisk helsevern skal være eit satsingsområde.

Enkelte av tiltaka som må gjerast, kan takast stegvis. Det vil uansett vere viktig at retninga som er skissert vert følgd opp med avgjerder, tiltak og aktivitet for å realisere kvalitative og kvantitative gevinstar.

Helse Førde vil arbeide med utvikling av pasientforløp og driftsmodellar i retninga som er skissert, og synleggjere meir konkrete tiltak. Det vil også vere naturleg å gjere ei rullering av planen når rammeføresetnader vert endra.

Kommunane har gjeve ei rekkje innspel til planen. Mange av desse innspela vil det bli arbeidd vidare med i dialogen med kommunane.