

Høyringsuttalar - oppsummert

**Helse2020 – Strategi for helseregionen – Visjon og mål, Strategi og handlingsplan
Samandrag av mottekne høyringar på dokumentet**

Tema / tiltak	Innspel/ tekst	Høyringsinstans	Status
5. Trygge og nære sjukehusenester	Overskrifta bør vere "Lett tilgang til trygge sjukehusenester". "Pasientane våre..." bør heite "Vi møter pasientane våre..." for å sikre bevisstgjeriing og forplikting hos eigne føretak og tilsette. Sentralisere funksjonar i større stil og betre telemedisinske løysingar vil gje eit betre desentralt tilbod.	E: nr.17	
5.1 Realisering av kvalitetsstrategien	Ber om involvering og innverknad frå brukarane ved gjennomføring av konkrete tiltak, spesielt tiltaka 5.11-5.14 og 6.1. Pasientomboda sine årsmeldingar kan brukast på linje med brukarutvala i arbeidet med kvalitetsforbetring. Større vekt på kvalitetsmålingar – benchmarking – mellom eigne føretak og med andre Avvikshandtering bør nemnast som ein del av kvalitetsstrategien	B: nr.9 B: nr.15 F: nr.23 K: nr.26	Dok. endra
5.2 Medisinsk metode	Gjennomførast med deltaking ikkje berre frå eigne fagmiljø, men også frå ideelle verksemder/avtalepartar. Lage langsiktig investeringsplan for MTU, inkludert også telemedisin	P: nr.12 F: nr.23	
5.4 Differensiering av utstyr og teknologi	Ved ulik fordeling av utstyr må det vurderast konsekvensar og kostnader ved meir pasienttransport. Kompetanse og utstyr på spesialisert og høgspesialisert nivå må bli fordelt på dei ulike sjukehusa for å sikre attraktive fagmiljø.	K: nr.5 K: nr.21	
5.5 Felles pasientnære IKT-løysingar	IKT-løysingar må spare arbeid for både 1. og 2.linje-tenesta. Elektronisk bestilling, røntgen, kommunikasjon og meldingar må skje elektronisk. Viktig for å spare tid og personressursar, men føreset at lovverket vert tilpassa moderne elektronisk informasjonsflyt.	K: nr.1 P: nr.19	Dok. endra

Høyringsuttalar - oppsummert

5.6 Telemedisin og IKT	I arbeidet med telemedisin og IKT må det sikrast at primærhelsetenesta også får effekt av utviklinga. Telemedisin/IKT vil vere eit viktig verktøy for å halde på ei desentral spesialisthelseteneste. Området krev proaktiv haldning og ein ber om forsering av dette arbeidet. Denne delen burde komme tidlegare i høve til avhengnad til EPJ etc.	K: nr.5 E: nr.17 E: nr.20	
5.7-5.10 Prioritering	For å oppnå endring av "legeadferd": Involvering av Samarbeidsutval og allmennlegeutval i kommunane som er oppretta i fastlegeordninga. (Felles nettside: www.samarbeidsraadet.no) Kunnskap og rett bruk av prioriteringsforskrifta; viktig å ta dei private ideelle med i ein opplæringsprosess om dette. Opplæring i prioritering er ei svært viktig sak og kan ikkje utsetjast	K: nr.5 P: nr.19 B: nr.15	
5.8 Opplæring og prioritering	Kost/nytte formuleringa er uakseptabel for brukarane slik den er formulert her.	B: nr.18	Dok. endra
5.9 Samhandling og prioritering	Formuleringane rundt "ø-hjelp" og "nødvendig helsehjelp" er ikkje akseptable og bør vinklast meir positivt.	B: nr.18	
5.11 Lokalsjukehusa si rolle	Bør vurdere å splitte spesialiserte regionfunksjonar og lokalsjukehusfunksjonen i dei store sjukehusa for å oppnå meir skjerma elektiv verksemd og ei betre ressursutnytting. Strategien må sikre naudsynt kompetanse og gjere også dei små lokalsjukehusa til sikre og attraktive arbeidsplassar. Kommunane må trekkast inn i dette. Styrke generell kompetanse framfor superspesialistar lokalt. Meir konkret innhald om lokalsjukehusa og spesielt om akutfunksjonane.	K: nr.5 K: nr.6 E: nr.17 E: nr.20	
5.12 Førebygging Rehabilitering	Vil Helse Vest lage strategi for å endre skeivfordeliga mellom regionane? Vil ein opne for meir dialog med dei private for å utvikle fagfeltet? Anbefaler organisering som "Helsefremmende Sjukehus" for å få oppfylt visjonen og overordna mål (Psykiatrisk klinikk ved SUS er del av dette)	K: nr.5, F: nr.23 P: nr.8	

Høyringsuttalar - oppsummert

	Viktig å auke kompetansen til tenesteytarane i 1.linje. Samla plan for habilitering og rehabilitering er for lite synleg, og må gis meir ressursar enn i dag. Meir kompetanse og fleire fagpersonar må til. Habilitering /rehabilitering må med i den konkrete tiltaksplanen, og slik at tillitsvalde kan involverast i arbeidet. Helsefremmande og førebyggjande verksemd bør nærare belysast.	B: nr.9 E: nr.20 E: nr.24	Dok. endra (overskrift)
5.13-5.14 Brukarperspektivet	Desse tiltaka kan realiserast ved å organisere føretaka som Helsefremmande sjukehus. Pasientar som ikkje er stand til å ivareta eigenbehandling må få støtte av fastlege eller andre relevante personar som kan følgje pasienten. Halde eit sterkt fokus på kvalitetssikring, brukarmedverking og respekt for mennesket.	P: nr.8 B: nr.9 og 25 B: nr.13	Dok. endra
6. Det pasientnære tenestetilbodet	Dersom det stillest ulike krav til statlege og private tilbod bør dette bli konkretisert dersom det er ein faktisk ulikskap.	B: nr.15	
6.2 Funksjons- og oppgåvefordeling	Funksjonsfordeling i grenseflata mellom nivåa: Må involvere kommunehelsetenesta. Gjennomførast med deltaking ikkje berre frå eigne fagmiljø, men også frå ideelle verksemd/avtalepartar. Operasjonaliseringa av tiltaka må legge vekt på overordna funksjonsfordeling og kva tenester som skal gis lokalt. Dette punktet er lite konkret. Sjeldne og komplekse tenester må kunne lokalisert fleire stader, treng også prosessbeskriving for dette.	K: nr.2 P: nr.12 E: nr.17 E: nr.24	
6.4 Samhandling med primærhelsetenesta	Forsere arbeidet med samhandlingsmodellar. Involvere både primærhelsetenesta og brukarrepresentantar i arbeidet. Samhandlinga mellom 1. og 2. linjetenesta må verte betre, avklare pasienthandsaming i sjukeheimar, Helse Vest bør ta leiarrolle her. Lokalsjukehusa sin akuttfunksjon, Ambulansetenesta må utvilast og tryggast. Legevaktproblematikken må løysast i nært samarbeid mellom kommunane og føretaka. Viktig å ha med både store byar og små distriktskommunar når ein skal realisere ei betre samhandling. Store omstillingstiltak i spesialisthelsetenesta kan ha negative følgjer for små	K: nr.1 K: nr.2 K: nr.5 K: nr.6,10	Dok. endra

Høyringsuttalar - oppsummert

	kommunar. Forventar at Helse Vest følgjer opp i tråd med rapporten om "Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede". Lage forpliktande samarbeidsavtalar mellom to likeverdige partar. Dette må inkludere enkeltavtalar om for eksempel ressurskrevjande pasientar. Individuell Plan må inngå i dei forpliktande avtalane mellom nivåa. Samhandling med primærhelsetenesta må få ein endå tydelegare strategisk plass, og det bør lagast ein eigen "Samla plan for samhandling med primærhelsetenesta" Tillitsvalde og vernetenesta må takast med også her. Dagens samarbeidsavtalar bør være utgangspunktet for vidare dialog. Helse Fonna og Haugesund kommune vil starte dialog hausten 2007 om permanent "halvannanlinjeteneste". Primærhelsetenesta er for upresist begrep når ein meiner samhandling med kommunane. Eksempel på felles utfordring er område som kreftomsorg, rehabilitering, intermediært tilbod, ambulante team m.m. Vilje til oppfølging av fyrårnprosjektet bør takast med her.	K: nr.6,10 F: nr.23, B: nr.9 B: nr.9 K: nr.14 E: nr.17 K: nr.21 K: nr.26	Dok. endra
6.5 Heilskapleg plan for telemedisin og IKT	Lagt til om Nasjonal IKT og Norsk Helsenett		Dok. endra
6.8 Samla plan for kirurgi	Saknar kreftbehandling som ein sentral og sær s viktig del her. I tillegg palliasjon. HDS vil vere viktig bidragsytar.	P: nr.19	
6.9 Samla plan – spesialisthelsetenesta for eldre	Fagfeltet alderspsykiatri er ikkje teke med i planen. Treng å styrke ressursvurderingane i forhold til eldrebølgja, korleis denne slår ut i forhold til sengefaktor o.a. Behov for differensierte og styrka tenester til eldre.	P: nr.16 E: nr.20 P: nr.19	Dok. endra Dok. endra
6.10 Samla plan – Psykisk helsevern	Saknar konkret plan for å løyse overbelegget ved Sandviken Sjukehus. Helse Vest bør ta strategisk stilling til psykiatrisk sjukehus sjølv om dette tilhøyrer Helse Bergen. Fagfeltet alderspsykiatri er ikkje teke med i planen. Denne planen må også bygge på tett samhandling mellom første og andrelinjetenesta. Oppfølging av barn til psykisk sjuke og rusmiddelbrukande foreldre.	K: nr.5 P: nr.16 K: nr.21 P: nr.8	Dok. endra

Høyringsuttalar - oppsummert

6.11 Samla plan for rusområdet	Kartlegging av bruk av rusmiddel hos <i>alle</i> pasientar vil vere eit viktig grep og gi mulegheit for tidleg tilpassa behandlingstilbod. Inkludere og ivareta barn og unges behov i langt større grad og bruke IS-5/2006 som kvalitetsindikator. Denne planen treng også strukturert samarbeid mellom første og andrelinjetenesta, det står det lite om i dokumentet.	P: nr.8 K: nr.21	 Dok. endra
7.1 Rekruttering og utvikling	Rekrutteringsarbeidet må få større prioritet. Sikre rette fagfolk og rett spesialisering også ved dei mindre sjukehusa. Ønskjer dialog om framtid for å vere i førekant med undervisningsplanar. Utvikle felles forståing om praksisplassar og krav til studentar og vegleiarar. Må sikre både bredde og spisskompetanse i Helse Førde for ikkje å utarme dette tilbodet.	K: nr.2 H: nr.7 B: nr.18	
7.4 Program for vidare- og etterutdanning innan kvalitetsfeltet	Det må ligge lønnsmessig kompensasjon etter gjennomført vidare studie/ etterutdanning samt forskning.	E: nr.20	
7.5 – 7.6 Kompetanseutvikling og undervisningsplanar	Ideelle verksemder/avtalepartar må tas med i teksten, særleg mht manglande fagleg innhald i undervisningsplanane knytt til rusrelaterte utfordringar. Det same gjeld innan forskning. Legge stor vekt på fagleg oppdatering og kompetanseheving. Det må opnast for lærlingplassar for Helsefagarbeidarar på alle sjukehusa i Helse Vest.	P: nr.12 E: nr.20	 Dok. endra
7.8 Studentoppfølging	Treng nærare presisering for turnuslegar	E: nr.17	
7.10 Betre kostnadsinformasjon	Arbeid med faktiske kostnader knytt til tenestene må iverksettast så snart som råd.	B: nr.25	
7.13 Omdømmebygging	Viktig å fokusere på omdømmet	K: nr.2	

Høyringsuttalar - oppsummert

	RHFet og HFa sine informasjonsaviser, med faktabasert informasjon, er viktige for å gi pasientar og befolkninga ei oppleving av rettferd og at ein prioriterer rett. Prioritere informasjon og opplæring til pasientane. Kommunikasjonsmåla er rette og viktige.	B: nr.15 B: nr.13	
Kap.7. Forsking	Det vil vere vesentleg å forske også på kvalitetar ved nærleik til helsetilbod, forkinga må ikkje berre framstå med fokus på sentralisering. Behov for informasjon og ønskjer mulegheit til å delta i FoU-arbeid. Aktiv forking både innanlands og i samarbeid med utanlandske kompetansemiljø. SUS må tildeles ein større del av Helse Vest sine FoU-ressursar	B: nr.15 P: nr.16 B: nr.9 F: nr.23	
Generelle kommentarar:	Ber om å bli involvert i den vidare utarbeidinga av konkrete tiltak og delplanar. Konkretisere tydelegare korleis den enkelte medarbeidar kan ta del i og bli engasjert i visjon, mål og plan. For lite fokus på psykiatri i forhold til somatikk. Sikre sjølvstendige helseføretak, inkl. organisering og finansielt grunnlag, lite handlingsrom i dag. Ønskjer meir bruk av ambulerande tenester i heile regionen. Vurdere risikoen i planen i forhold til ressursituasjon og mange parallelle aktivitetar. Etikk bør inngå i våre verdier. Lage ein forståeleg kortversjon av planen med dei reelle tiltaka, også for Sogn og Fjordane. Må hinder auke i gjestepasientar ut av fylket ved å skape tryggleik hos pasientane og sikre rammer for Helse Førde. Det må nøye vurderast kva prosjekt som vert sett i gang i ei tid med nedbemanning og kostnadsfokus. Konsekvens, nytte og auka kvalitet i behandlinga er viktigast. Viktig å sette fokus på betre samhandling også internt i det enkelte sjukehus. Fagmiljøa har vore aktive i prosessen, men viktig at også organisatoriske og demokratiske forhold vert vektlagde. Private aktørar er eit viktig supplement, men komplementære i forhold til oppfølging i offentleg institusjon Bør nærare vurdere innan kva for område fellesløysingar er økonomisk og fagleg	F: nr.3,23 P: nr.4 B: nr.9,13 U: 11 H: nr.7 E: nr.17 B: nr.18 E: nr.20 K: nr.2 F: nr.23 F: nr.23 E: nr.24	

Høringsuttalar - oppsummert

	hensiktsmessige. HFa har sine særpreg og egen kultur, det må difor akseptast individuelle forskjellar mellom helseføretaka der det er naturleg. Viktig med solid forankring i FHa ved gjennomføringa av planen, da den også vil krevje mye ressursinnsats lokalt. Treng langsiktige og trygge avtalar med dei private for å sikre deira kvalitet og kompetanse. Planen tek ikkje høgde for den spesielle utfordringa i region Vest med to av dei største bysentra innan same region. Bør gis ei konstruktiv tilnærming Ein god, heilskapleg og vel gjennomarbeida plan!	E: nr.24 E: nr.24 B: nr.25 K: nr.26 Fleire	
Forslag om tillegg:	• Nytt barnesjukehus i Bergen, organisering, tilgjenge og brukargrupper • Spesialisthelsetenesta må ha eit ansvar også for kompetanseoverføring til kommunane. (Utvikling av "utdanningspakkar") (kap.7) • Det er kritisk at S&Fj har ei velfungerande ambulanseteneste • Dei største aktørane av private ideelle bør tas inn i planen på linje med eigne føretak for å tydeleggjer rolle og auke mulegheit for suksess (kap.3.6) • Behandlingsrelatert sjukdom (medikamentelle biverknader og ulike utslag etter kirurgiske inngrep), eit veksande felt som bør handterast i eit førebyggingsperspektiv • HMS-området er lite omtalt og burde vore eige satsingsområde.	K: nr.5 K: nr.6 K. nr.10 P: nr.12 E: nr.20 E: nr.24	Dok. endra (5.1.) Dok. endra (kap.2)

Høringsuttalar - oppsummert
Høringsinstansar i kronologisk rekkefølge:

Nr.:

1. Hå kommune (K)
2. Gloppen kommune (K)
3. Sogn og Fjordane Fylkeskommune (F)
4. Hospitalet Betanien (P)
5. Ulvik herad (K)
6. Sogn Regionråd (Aurland, Balestrand, Vik, Leikange, Luster, Årdal, Sogndal og Lærdal) (K)
7. Høgskolen i Bergen (H)
8. Rogaland A-senter (P)
9. Brukarutvalet i Helse Fonna (B)
10. HAFS Regionråd (Hyllestad, Askvoll, Fjaler, Solund og Gulen) (K)
11. Universitetet i Bergen (U)
12. Stiftelsen Bergensklinikkene (P)
13. Regionalt brukarutval (B)
14. Øygarden kommune (K)
15. Pasientomboda i Helse Vest (B)
16. NKS Olaviken alderspsykiatriske sjukehus (P)
17. Helse Førde HF (E)
18. Brukarutvalet i Helse Førde (B)
19. Haraldsplass Diakonale Sjukehus (P)
20. Helse Fonna HF (E)
21. Haugesund kommune (K)
22. Helse Bergen (E)
23. Rogaland Fylkeskommune (F)
24. Helse Stavanger (E)
25. Brukarutvalet i Helse Stavanger (B)
26. Stavanger kommune (K)

Grupper:

- | | |
|---|--------------------------------|
| E | Eigne føretak og institusjonar |
| P | Private ideelle |
| B | Brukarrepresentantar |
| F | Fylkeskommunar |
| K | Kommunar |
| U | Universiteta |
| H | Høgskular |