

Til styret for Helse Stavanger HF

Sak nr: 065/07 B

Motedato:

24.08.07

Forelegg dato

15.08.2007

Saksbehandler

Arild Johansen

Arkiv

2007/110/39/15275/2007/01

2

HØRING HELSE 2020 - STRATEGI FOR HELSEREGIONEN

Forslag til vedtak:

Styret slutter seg til forslag til uttalelse fra Helse Stavanger HF til høringsutkast Helse 2020.

Saken er tidligere behandlet av:

Utvalg:	Saksnr.:	Motedato:	Vedtak:
---------	----------	-----------	---------

Gunnar Hall Skavoll
adm. direktør

FORELEGG

1. Innledning/bakgrunn

Helse Vest har i ekspedisjon datert 18.04.07 oversendt utkast til strategi for videreutvikling av spesialisthelsetjenesten i helseregionen. Helse Vest har anført at det er viktig at så mange som mulig får anledning til å melde inn sine synspunkter i høringsprosessen – herunder brukerutvalg, AMU, tillitsvalgte og vernetjenesten. Det er bedt om at helseforetaket innen 27.06.07 avgir en samlet høringsuttalelse etter at høringsutkastet er forelagt styret i helseforetaket. Helse Stavanger har på anmodning fått forlenget frist til over sommerferien.

Den videre plan er at strategidokumentet skal godkjennes endelig i styremøtet i Helse Vest RHF den 05.09.07.

2. Problemstillinger

Høringsuttalelsen fra Helse Stavanger vil omtale problemstillinger med vurderinger og konklusjoner etter den disposisjon som ligger i høringsutkastet – og da hovedsakelig i forhold til følgende punkter:

1. Utfordringene for spesialisthelsetjenestene framover
2. Løsningstilnærmingen
3. Visjon og mål
4. Realisering av Helse 2020 innen rammen av den formelle styringsstrukturen
5. Tiltaksplaner.

3. Intern høringsprosess i Helse Stavanger

Høringsutkastet ble 30.04.07 sendt ut til helseforetakets klinikkdirektører, brukerutvalg, AMU, tillitsvalgte og vernetjenesten. Uttalelse fra brukerutvalget vedlegges. Protokoll fra behandlingen i AMU og protokoll fra drøftingsmøte med de tillitsvalgte vil bli ettersendt..

4. Tilråding

Adm. direktør tilrår at styret slutter seg til vedlagte forslag til uttalelse fra Helse Stavanger HF vedr. høringsutkast Helse 2020 fra Helse Vest RHF.



Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

**HELSE 2020
HØRINGSUTTAELSE
FRA
HELSE STAVANGER HF**

GENERELT

Styret i Helse Stavanger vil innledningsvis understreke viktigheten av det strategiarbeid Helse Vest har satt i gang. Fastlegging og forankring av langsiktige mål og strategier anses avgjørende for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse framtidige utfordringer til beste for både pasienter og medarbeidere. I høringsutkastet blir det trukket opp felles visjon for spesialisthelsetjenesten på Vestlandet samt felles verdier og mål. Felles mål og strategier skal realiseres gjennom flere regionale prosjekter som samlede helhetlige fagplaner og fellesprosjekter innen stabs-/støttefunksjoner inkl. HR-området. Dokumentet skisserer her fellesløsninger på flere områder. Det er viktig at en nærmere vurderer på hvilke områder fellesløsninger er økonomisk og faglig hensiktsmessig.

Dokumentet i seg selv og beslutninger på RHF-nivå vedr. den videre planprosess reiser spørsmål knyttet til styring på RHF-nivå og HF-nivå og forholdet mellom planprosessene på disse to nivåene. Det vises i denne forbindelse til vedtak i Styret for Helse Vest RHF den 11.04.07 (sak B 07/36 Helse 2020) pkt. 4 hvor det heter at: *”Helse 2020 er ein strategiplan for heile helseregion Vest, og skal leggje foringar for utvikling av pasienttilbodet innan spesialisthelsetenesta for alle innbyggjarar i regionen. Det er difor grunnleggjande at visjonen, verdigrunnlaget og dei overordna målsettingane vert gjennomgåande i foretaksgruppa og kjem til erstatning der det finst eksisterande og lokale målformuleringar”.*

Interne høringsuttalelser i Helse Stavanger peker på at det er svært viktig at det i dokumentet understrekes at det enkelte helseforetak - i tillegg til å være egne rettssubjekt med eget styre – har sine særpreg og egen kultur utviklet over lang tid. Det følger av dette at en må akseptere individuelle forskjeller mellom helseforetakene der det er naturlig. Helse Stavangers brukerutvalg uttaler i denne forbindelse bl.a. at: *”Styringsmodellen med at helseforetakene er egne rettssubjekt er viktig for å stimulere til engasjement.”* Og *”Alle handlingsplaner må være godt forankret i de lokale helseforetakene. Det er ulike kulturer i helseforetakene og det må lages realistiske handlingsplaner ut fra dette. De overordnede mål må være kjent, men det betyr ikke at tilnærmingen ikke kan være forskjellig.”*

Helse Stavanger mener at styrene i de lokale helseforetakene må få stor grad av handlefrihet, og at eierens styring i første rekke dreier seg om overordnede rammer og prinsipper. En slik frihet vil etter styrets oppfatning i større grad sikre en lokal tilpasning og dermed en mer effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser.

UTFORDRINGSBILDET (Kap. 3)

Det utfordringsbildet som beskrives i rapporten anses troverdig. Dette omfatter drivkrefter knyttet til:

1. Endret etterspørsel som følge av demografiske endringer, endringer i sykdomsbildet og endringer i befolkningens forventninger.
2. Endret tjenestetilbud knyttet til endringer i medisinsk metode og teknologi og endringer i arbeidsmarkedet for helsepersonell.
3. Endringer i rammevilkår knyttet til ressurstilgang og internasjonalisering.
4. Klarere prioriteringer i forhold til hva det offentlige er i stand til/vil levere av tjenester, og at en får en felles forståelse og praktisering av prioriteringsforskriftene.

Det blir i denne sammenheng understreket at de økonomiske rammevilkårene setter begrensninger. Dette gjelder både i forhold til de medisinske og teknologiske muligheter og befolkningens forventninger.

Vi savner imidlertid i utfordringsbildet både en vurdering av eventuelle klimaendringers betydning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og en tydeliggjøring av velferds- og livsstilssykdommer som den store helseutfordringen i den vestlige verden i dag. Sykdomsutviklingen i den norske befolkningen kan i økende grad knyttes til levevaner og

helseatferd. Bruk av tobakk og alkohol, høyt blodtrykk og kolesterolnivå, overvekt, lavt inntak av frukt og grønnsaker og fysisk inaktivitet er de sju viktigste risikofaktorene for sykdom i vestlige land (The World Health report 2002):

I Nasjonal helseplan 2007-2010 understrekes det at helsetjenestene skal legge mer vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid. Dette arbeidet bør være integrert gjennom alle nivående i helsevesenet. På denne bakgrunn burde følgende strategiske muligheter vært nærmere belyst i Helse 2020:

- Økt gjensidig kompetanseoverføring både mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og potensielle pasientgrupper.
- Økt satsing innen forsknings- og utviklingsarbeid på områder innenfor helsefremmende og forebyggende virksomhet.
- Utvikling av individtilpassede arbeidsmetoder, "Health Coaching", og tilpassing av innsats i forhold til nye målgrupper.
- Standarder og indikatorer for forebyggende og helsefremmende sykehus, utviklet av WHO, tas i bruk som hjelpemiddel i forebyggende virksomhet for å fremme helse og livskvalitet.
- Utvikle tiltak og nye tilbud i samarbeid med pasienter og frivillige organisasjoner
- Helsefremmende og forebyggende virksomhet overfor egne ansatte prioriteres, både for sin egen del og fordi ansatte er rollemodeller og premissleverandører i egen familie og eget lokalsamfunn.

LØSNINGSTILNÆRMINGEN (Kap. 3)

Helse Søravanger slutter seg i hovedsak til den tilnærmingmåte man har valgt med utredninger etter følgende prosjektdesign:



På grunnlag av utredninger og tilrådninger innenfor disse ni fokusområdene, samt annet relevant og tilgjengelig materiale er det utarbeidet en samlet plan.

Rent substansielt er det stor grad av sammenfall mellom mål, strategier og hovedprioriterte satsningsområder i Helse 2020 og SUS sin mål- og strategiplan. Begge planverkene fokuserer bl.a. følgende områder høyt:

- Kvalitet og kvalitetsrelaterte tiltak innen kjernevirksomheten
- Behovet for å videreutvikle kunnskap og operasjonalisering vedr. klinisk prioritering
- Samhandling, både med primærhelsetjenesten og mellom leddene innad i spesialisthelsetjenesten
- Pasientinformasjon, kommunikasjon og brukervedvirkning

- Pasientlogistikk og effektiv intern organisering
- FoU
- Medarbeider- og lederutvikling
- Effektive rutiner rundt medarbeiderutvikling og –organisering (MOT o.a.)
- Omdømmebygging

REALISERING AV HELSE 2020 INNEN RAMMEN AV DEN FORMELLE STYRINGSSTRUKTUREN (Kap. 3)

Det er etter Helse Stavangers syn avgjørende at det videre arbeid med handlingsplanen (prosjekter/tiltak) har solid forankring i helseforetakene. Fagmiljøene er selvsagt viktige aktører i helsevesenet, men de må også ha tillit i befolkningen. Dette innebærer at både faglige, organisatoriske og demokratiske hensyn må vektlegges.

VISJON, VERDIER OG MÅL (Kap. 4)

Helse Stavanger slutter opp om visjons- og verdi- og målformuleringene for foretaksgruppen i Helse Vest slik disse er skissert. Det er ingen motsetninger mellom disse og Helse Stavanger HF sin visjonsformulering ”Et forbilde – din trygghet”. SUS’ visjon inngår som et sentralt element i styringspyramiden til SUS. Denne er formidlet gjennom sykehusets lederutviklingsprogram og er nå vel forankret i organisasjonen.

TRYGGE OG NÆRE SYKEHUSTJENESTER (Kap. 5)

Helse Stavanger slutter opp om de skisserte tiltak/prosjekter.

Lokalsykehusenes rolle blir sterkt vektlagt uten at innholdet i disse blir klart definert. Det er svært viktig at Helse Vest legger til rette for at de store sykehusene i regionen kan utføre sine omfattende lokalsykehusfunksjoner – i tillegg til å drive avansert sykehusmedisin.

Når det gjelder hva som skal være innholdet i trygge og nære sykehustjenester er det viktig å ha med seg hvilke sykdomsbelastninger spesialisthelsetjenesten vil møte.

Nest etter hjerte- og karsykdommer er psykiske lidelser av WHO anslått til i 2020 å være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning for begge kjønn på verdensbasis. I vestlige land forventes det at depresjon vil utgjøre den største byrden. En kunnskapsoppsummering om barns miljø og helse (rapport 2006:3 FHI) konkluderer med at norske barn er blant de friskeste i verden, målt ut fra sykkelighet og dødelighet. Ungdomsårene er imidlertid preget av en betydelig økning i andelen som rapporterer psykiske vansker. Det er betydelige sosiale forskjeller i helse og helseatferd blant barn og unge. Det er dokumentert betydelige sosiale ulikheter i helse i Norge for en lang rekke helsemål (Nasjonal helseplan 2007-2010).

HELHETLIG BEHANDLING OG EFFEKTIV RESSURSBRUK (Kap. 6)

I den interne høringsprosessen i Helse Stavanger er det anført at underkapitlet om funksjons- og oppgavefordelingen i regionen er vagt og lite konkret. Etter Helse Stavanger sitt sin har begrepet ”regionsykehus” ikke lenger noen funksjon som grunnlag for funksjonsdordeling mellom de ulike helseforetak. Høyspesialisert tjenester bør også ta inn elementet om vekstregioner og befolkningsstruktur. Utviklingen må skje der det er nødvendig – ikke nødvendigvis der den er kommet lengst fra før. Helse Stavanger mener at det i 2020-perspektiv må være et bærende prinsipp at sjeldne og kompliserte tjenester skal kunne lokaliseres til flere enn bare ett helseforetak i regionen. Man savner også en prosessbeskrivelse for hvordan slike funksjonsbeslutninger skal tas.

Hva angår fagplaner i underpunkt 6.2 så etterlyser man i den interne høringen i Helse Stavanger en samlet og helhetlig plan for bl.a. Kvinne-barnemedisin – dvs. en helhetlig plan som ser tilbudet til barn og unge under ett. Dette bør omfatte en helhetlig fagplan innen gynekologi og fødselshjelp, pediatri og habilitering av barn eventuelt andre tilbud til barn og unge.

HMS-området er lite omtalt og bør framstå som et eget satsingsområde.

Hva angår eiendomsvirksomhet og arealeffektivisering (se pkt. 6.3.4) så mener Helse Stavanger at regional koordinerings og effektivisering innen disse områder samtidig må sikre at det enkelte helseforetaks ansvaret blir ivarettatt.

FRAMTIDSRETTELT KOMPETANSEORGANISASJON (Kap. 7)

Helse Stavanger vil som antydnet ovenfor poengtere viktigheten av de mål, strategier og tiltak som er skissert på HR-området. Her savnes imidlertid søkelys på en forventet kamp om arbeidskraft samt tiltak for å sikre tilstrekkelig og kompetent bemanning. Herunder er det nødvendig med en langt tydeligere markering av seniorpolitikk og at det må være et mål at de deltidsansatte som ønsker det får utvidet stillingsstørrelse. Videre bør tiltak som fremmer helse og livskvalitet for de ansatte synliggjøres på en bedre måte. En stor og økende del av personalet vil ha innvandringsbakgrunn. Også tiltak som kan gjøre sykehusene mer ”kulturkompetente” bør belyses i denne sammenheng.

Helse Stavanger vil med henvisning til underkap. 7.3.1 å anføre at forskning, som er en lovpålagt oppgave, er et prioritert satsingsområde i Helse Stavanger. Forskning vil også i årene som kommer bli videreutviklet og prioritert ved Stavanger Universitetssjukehus.

SAMLET OVERSIKT OVER TILTAK (Kap. 8) og GJENNOMFØRING (Kap. 9)

Som nevnt ovenfor anser Helse Stavanger at det er helt avgjørende med sterkt lokal forankring for å oppnå et forpliktende engasjement i oppfølgingen av Helse 2020. Videre vil Helse Stavanger påpeke at gjennomføringen av tiltaksplanen vil kreve betydelig ressursinnsats fra de lokale helseforetak. Gjennomføringsplanen må følgeses i forhold til de ressurser som det enkelte helseforetak besitter.

Styret i Helse Stavanger forutsetter at styret i det videre arbeid med tiltaksplaner innen ulike fagområder blir løpende informert og gitt anledning til å uttale seg om forhold som har betydning for tjenestetilbudet til befolkningen.

Dato: 14. juni 2007
Drøfting i henhold til § 30 i Hovedavtalen.

Sak: **Helse 2020**

Tilstede:

Fra Helse Stavanger HF:

Adm dir Gunnar Hall Skavoll og Maiken H. Jonassen (personal- og organisasjonsdirektør)

Fra organisasjonene:

Janet Monsen (DNJ), Toril Østvold (NITO), Ottar Bjerkeset (Dnlf), Linda Hatleskog (Dnlf-Ylf), David Byberg (TEKNA), Anne-Britt Motland (SF), Aslaug Husa (Fagforbundet), Anne Marie Nesmoen (FO), Kari Marie Pedersen (FO), Brit Bø (NSF), Synnøve Grønnestad (NSF), Eli Hereide (Norsk fysioteragiforbund), Liv Elisabeth Hinderaker (Norsk ergoterapeutforbund), Synnøve Strandenæs (FF), Birte Helland (HVO)

Sted: 1. etg. Adm bygg

Vedlagte dokument "*HELSE 2020 – Strategi for helseregionen*", datert 30. mars 2007, ble lagt til grunn for dagens drøfting.

Gunnar Hall Skavoll gjennomgikk hovedtrekkene i nevnte dokument.

Hovedtillitsvalgte og hovedverneombud stiller seg bak hovedtrekkene i dokumentet med følgende kommentarer:

Kapittel 4 - innspill til visjon og mål

I planen er visjonen "fremme helse og livskvalitet i vest" ment å være en visjon for hele regionen. For at det enkelte foretak, fra sitt ståsted, skal kunne identifisere seg med dette, vil det kanskje være lettere hvis en tok ut "i vest".

Visjonen har ført til diskusjoner i gruppen, og vi opplever at den får fram mange spørsmål. Dette begrunner vi med følgende:

Fremme: Bruken av verbet "fremme" kan oppfattes som en kan tolkes som en opprioritering av akutte funksjoner samtidig som en nedprioriterer kronisk syke og palliative pasientgrupper

Helse: Hvilken helseteori ligger til grunn? Hvilket helsebegrep er brukt?
Boorse? / Nordenfeldt? / Antonovsky? Andre?

Definisjon på helse kan gi store forskjeller i hvordan man går i møte med pasientene; - dette bør derfor avklares

Livskvalitet: Omdiskutert begrep; - fremkommer ved hjelp av kvantitative målinger samtidig som det skal være et mål for en subjektiv og individuell opplevelse. Begrepet bør brukes med forsiktighet!

I tillegg til en felles visjon, mener flertallet i HTV-gruppen at det i tillegg bør gis åpning for lokale visjoner (som selvsagt ikke skal stå i konflikt med vår felles visjon for Helse Vest).

- Vi er glad for at respekt står øverst av våre verdier, men savner at dette er tatt med videre i målene. Vi foreslår derfor at det under kapittel 5; - *Trygge og nære sjukehus tjenester*; - settes inn: Pasientene våre skal bli møtt med respekt av kompetente team som har fokus på situasjonen deira.
- I målformuleringen står det at *vi samler det skjeldne og komplekse på færre stader*. Vi stiller spørsmål ved om det ikke vil være mer presist å si *de høgspecialiserte tjenester der dette er til beste for pasientene*. I en annen formulering sier vi at *vi er ein attraktiv, lærande og utviklande arbeidsplass med krevjande oppgaver*. Det lyder rart å ha et mål om krevende oppgaver og vi er usikre på hva som menes.

Kapittel 5 og 6

Pleie og omsorg er en viktig del av pasientenes totale behandlingstilbud i sykehuset. Disse to sentrale begrepene nevnes ikke i rapporten selv om de inngår som del av sykehusets kjerne-virksomhet og totale behandlingstilbud. Begrepene må tas inn i rapporten.

Videre vil vi påpeke følgende:

1. Det henvises ikke til Helsepersonelloven; - §§ 4 og 16 sier noe om individuelt ansvar for den enkelte helsearbeider og også noe om organisasjonenes systemansvar.

Pasientene har rett på faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp.

All virksomhet bygger på dette, og strategiplanen må derfor ha dette med. Dette samsvarer med punktene som Norheim henviste til i Ot.prop. 66 (i sin forelesing 15.5.07 på Sola).

2. Kapittel 5.1.2:
Arealmessige utfordringer må stå i forhold til oppgaver som skal løses.
3. Kapittel 5.1.3 tiltak 5.7:
Vi stiller spørsmål ved om det her bør ligge et mål for retningslinjer som prioriterer i ventelistegarantien.

4. Kapittel 6.1.3:
Sykdomstilstander kan være sjeldne uten å være kompliserte.

Kapittel 7

1. Kunnskapssyn

Rapporten gir et ensidig og unyansert syn på kunnskap.

Beste praksis / evidencebased praksis / kunnskapsbasert praksis står som uttrykk for et bestemt kunnskapssyn som bygger på klinisk kontrollerte forsøk. Dette kunnskapssynet rommer ikke det relasjonelle aspekt i pasientbehandling og pleiesituasjoner, og begrepet utelater også kunnskaper som bygger på kliniske erfaringer. Begrepene bør derfor erstattes av begrepet "god praksis". Dette begrepet rommer mye mer; - "god praksis" gir bl.a. rom for etiske og moralske dimensjoner i pasientbehandlingen. Disse perspektivene er med på å sette retningen for hvordan helsehjelpen skal ytes; - faglig forsvarlig og omsorgsfull.

"God praksis" kan derved stå som et uttrykk for en kompleks klinisk praksis hvor en bygger på et solid teoretisk og forskningsbasert kunnskapsgrunnlag, samtidig som en åpner opp for verdien av praksiskunnskap, erfaringskunnskap og utøvelse av faglig skjønn. Det blir ikke et enten eller, men et både og da kvalitative perspektiv kan knyttes opp mot dette begrepet.

Bruken av begrepet "god praksis" er i tråd med Helsetilsynets anbefalinger, og på nettstedet www.helsetilsynet.no finner en link til flere artikler om temaet.

2. Rapporten omhandler kompetanseoppbygging og forskning, men utelater opplæring av helsepersonell.

Det foregår en betydelig opplæring på sykehuset, en opplæring som ikke kan kalles kompetanseoppbygging, men som inngår i den enkeltes dannelse og sosialisering inn i yrkesrollene som helsearbeidere; - stort fokus på holdningsskapende arbeid hvor også etiske og moralske aspekt kommer inn.

3. Andre kommentarer

Kapittel 7.1 Vanskelig å finne den røde tråden i dette kapittelet; -
underkapitlene kan med fordel omorganiseres.
Kapittel 7.1.3 og 7.1.8 bør stå sammen
Kapittel 7.1.6 og 7.1.9 bør stå sammen

Kapittel 7.1.2 Regionalt leiarprogram
Det er viktig at utvikling av felles lederutviklingsprogram
gjøres i samråd med HF-ene. Det er også viktig med utvikling
av gode lederverktøy for å kvalitetssikre personalarbeidet.

Kapittel 7.1.4 Etablering av program for vidare-/etterutdanning innan
kvalitetsfeltet. Her vil vi understreke viktigheten av at en har
fokus på alle yrkesgruppene i forbindelse med
kompetanseutvikling.

Kapittel 7.1.9 Studentoppfølging – systematisk praksisstøtte
Det er mange yrkesgrupper som har praksis i våre sykehus, som ikke kommer inn under benevnelsen studenter, men som også trenger god og systematisk praksisstøtte.

Kapittel 7.3.2 fagutvikling bør nevnes som begrep

Kapittel 7.4 Omdømmebygging; - pasientene er en av våre viktigste ambassadører, - **God pleie og behandling bør være merkevaren!**

Vedr.: rekkefølgen på tiltakene: de vi skal gi tjenester til, bør stå først, og setningen bør utvides noe slik at den oppfyller kravene om brukermedvirkning:

"Innbyggjarane skal vere trygge på at dei får dei rette helsetenestene når dei treng hjelp, og oppleve at dei blir ivaretatt, sett og høyrte."

Kapittel 9

Evaluerings; - viktig at det kommer inn en setning om å utvikle gode rutiner for evaluering / evalueringsmetodikk.

Kapittel 9.5; HMS; - si noe generelt om HMS? Helsefremmende arbeidsplasser?

Det er viktig med et høyt fokus på forebyggende og vedlikeholdende IA-arbeid.

Kapittel 10

I det videre arbeid forventes at medarbeidere i hele organisasjonen får ta del og blir kjent med hvor informasjon kan hentes. Det er viktig at de ansatte opplever medvirkning i de planer som utarbeides og det er viktig å skape forståelse for de tiltak som skal gjennomføres.

Det må etableres struktur for drøftelser og prosesser jfr. Omstillingsprogram

Det er viktig at også medarbeidernes perspektiv ivaretas når strategi og handlingsplan utarbeides. Det er viktig å fremstå som attraktive arbeidsplasser med god ledelse som setter kompetanse, kvalitet og utvikling i fokus.

Det er viktig å legge like stor vekt på god kvalitet på basisoppgavene i sykehusene som utvikling av nye oppgaver.

For Helse Stavanger HF

Maiken H. Jonassen
Maiken H. Jonassen

Signatur organisasjonene

Monsen
Den norske jordmorforening
Toril Østvold
NITO

Den norske lægeforening (Dnlf)

Linda Kattleskog
Yngre legers forening (Ylf)

Norsk psykologforening

David Byberg
TEKNA

Siviløkonomene

Anne-Britt Holstad
Samfunnsviternes fagforening

Fagforbundet

Aslang Huse
Fellesorganisasjonen
Kari Pedersen / Anne Marie Nesmolen

KFO

Norsk Radiografforbund

Brit Bjørn / Synnøve Grønnestad
Norsk sykepleierforbund (NSF)

Anne Huse
Norsk fysioterapiforbund

Ellen Huse
Norsk ergoterapeutforbund

Utdanningsforbundet

Synne Sandnes
Forskerforbundet

Den norske kirkes presteforening

For fagshovedvernombud
Birte Huse

Notat

Til
Klinikkdirektør Hans Tore Frydnes

Fra
Rasmus Svihus

Kopi til
Inger-Frid Kjosavik, Egil Johannessen, Berit
Vatle, Anne Brit Heistein, Eldbjørg Sørheim

Dato
08.05.2007

Vår referanse
2007/1926/1/14009/2007/021

Helse 2020 - Kommentarer fra Avdeling for radiologi

Vi ser Helse 2020 som et godt dokument for den videre planleggingen av helsetjenestene i regionen.

Vi ønsker å komme med følgende kommentarer:

6.1.1 Pasientfokusert organisering av helseforetak/sjukehus

Helse Vest har ambisjoner om å utvikle nasjonal spisskompetanse rundt pasientlogistikk og god intern organisering. Vi som arbeidere i serviceavdelinger må hilse denne formulering velkommen. Fram til i dag har SUS ikke hatt de nødvendige midler til å etablere en radiologisk avdeling som har nødvendig /god nok kapasitet til å ta seg av det radiologiske tilbud til befolkningen i Sør-Rogaland, konferer våre ventelister! Det må være viktig for Helse Vest å åpne for tilfredsstillende økonomi og bemanning.

6.1.5 Rolla til private ideelle samarbeidspartar

Avdeling for radiologi har ved flere anledninger påpekt at det må settes visse krav til private aktører innen radiologi, bl.a. krav til kvalitet av MR-undersøkelser. Private aktører må benytte seg av muligheten til å hente inn våre tidlige undersøkelser til sammenligning. Vi ser fram til at disse tiltak settes i verk. Overføring av informasjon/bilder til sykehusets RIS/PACS anlegg synes å fungere.

6.1.7 Heilskapelig plan for bruk av telemedisin og IKT

Det må være viktig for Helse Vest å påse en problemfri overføring av bildeinformasjon mellom de enkelte foretakene. Pr i dag er det store problemer med å lese CD'er som er produsert på PACS-anlegg fra Sectra. (Konferer Helse Sør/Helse Midt-Norge).

6.2.1 Samla plan for biletdiagnostikk/radiologi

Helse Vest arbeider allerede med en enhetlig plan når det gjelder radiologi. Målsetningen er at denne planen skal være ambisiøs og bidra til å sikre kvalitativt gode tjenester. Avdeling for radiologi ved SUS ser fram til implementering av en slik plan, slik at vi kan sikre radiologiske tjenester for befolkningen i Sør-Rogaland.

6.3.5 Modell for samla investeringer

Avdeling for radiologi ser fram til et sterkere fokus på investeringsmidler for tyngre medisinsk utstyr. Slike investeringer har over flere år vært suboptimale med å sikre tilfredsstillende/sikker drift.

7.1.3 Verksemdsintern kompetanseutvikling

Det er i dette avsnittet nevnt "Seniorløp". Skal en sikre god opplæring av yngre medarbeidere, krever det tilfredsstillende bemanning av erfarne kolleger. ***Vi stusser over at virkemidler for å beholde seniorenene ikke er nevnt med et eneste ord!***

7.1.4 Etablering av program for vidare-/etterutdanning innan kvalitetsfeltet

Det nevnes at det er nødvendig å etablere eget program for tverrfaglig kompetanseutvikling målretta for klinikere i pasientnært samarbeid. Vi påpeker at det ikke nevnes tverrfaglig samarbeid bl.a med radiologer. Det er i kryssningsfeltet radiologi/klinikk at tverrfaglig samarbeid utvikler seg raskest for øyeblikket. I den sammenheng henviser vi også til sykehusets planer om et intervensjonsenter

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Ågotnes May Britt

Sendt: 21. mai 2007 10:55

Til: Johansen Reidun; Ursin Siri Tau

Kopi: Sollid Karin

Emne: Helse 2020

Det er fint å ha en strategiplan på hvordan vi best mulig kan fungere i helseforetakene nå og i fremtiden og gi et best mulig tilbud til pasientene.

- Kap 5 målsetninger der det står at pasienten skal bli møtt med kompetente team er en selvfølge. Det jeg tenker på er de sterke signalene vi får om hvordan man skal bruke "ressurser" i helseforetaket på en best mulig økonomisk måte. Det å utvikle spisskompetanse og dermed best mulig kompetente team/ressurser innenfor ulike seksjoner kan komme i konflikt med denne tankegangen. Vi blir stadig minnet om dette når sparetiltakene ut mot driften foreslås.
- Det er godt å se at et av tiltakene er at teori omsettes i kunnskapsbasert praksis. Det blir allerede gjort i dag gjennom utdannelsen av studenter/spesialstudenter, men dette kan bli mer krevende i praksisfeltet da studentene kan få andre opptaksvilkår. Får man studenter inn som ikke har hatt praksis eller minimalt av praksis kan dette bli svært krevende for de som skal lære opp fremtidens medarbeidere. Jeg vil poengtere at man tenker på hvor viktig det er med en **realistisk opplæring** og at dette **prioriteres på alle nivå** i sterkere grad enn nå. Man må være mer langsiktig ifht det å rekruttere og ivareta kunnskap gjennom fremtidige medarbeidere. Siden vi er en kunnskapsbedrift er det underlig at dette stadig kommer i konflikt med budsjett og økonomi. Dette vil kreve mer av praksishverdagen i tillegg til opprettholdelse av stadig økt drift.
- Mulighet for kompetanseheving bør være øremerket i ethvert budsjett (s 21) slik at dette blir en realitet.
- En overordna seniorpolitikk må på plass slik at seniorer kan makte å arbeide i pas.behandlingen slik driften er i dag.(kap.7)
- IKT løsningene må utbedres fra slik det er i dag. Den tregheten som finnes i systemet i dag skaper mye frustrasjoner og hindringer i en fremtidsrettet IKT- teknologi. Hvis vi skal møte EPJ med gjeldene system kommer dette til påvirke pasientbehandlingen i negativ retning. Vi er avhengig av at systemer vi har kan kommunisere med hverandre i større grad. Dette er viktig for å nå målet om å "*systematisere behandlingkjeden og utvikle bedre prosesser*" (s14).
- Administrasjon: I de senere årene har mye av den adm. delen av ulike funksjoner flyttet ut i enhetene i nær tilknytning av drift. Dette kan være positivt ifht nærheten av hvordan hverdagen fungerer, men det har ikke medført økte ressurser til enhetene. Stab og støttefunksjoner er så og si borte fra enhetene i foretakene og dette medfører derfor flere oppgaver for ledere ute i enhetene spes. mtp lønn. Dette kan kanskje være kostnadseff., men som går ut over ledere nærmest drift og pasientbehandling.
- Prosjekter av ulike omfang: Det følger ingen økonomi med de ulike prosjektene som settes i gang. Dette kan være svært sårbart ifht prosjekter som krever endel økonomi for å komme på plass i starten. Hvis prosjekter skal utføres innimellom driften uten særlig ressurser som er satt av til dette blir det ofte halvveis. Resultatet kan være at brukerne får en negativt opplevelse av impementeringen,- (MOT-prosjektet).
- Bygninger/eiendom: Endel av bygningsmassen vår holder ikke forskriftsmessig standard. Disse må det finnes en realistisk økonomisk plan for i budsjettssammenheng for oppgradering til et best mulig pasienttilbud
- Ang. kap 9.8 - 2 avsnitt. "*Det blir sett av for lite ressursar, og i staden for eit vellukka resultat med rett ressursbruk oppnår ein eit dårleg resultat fordi ein ikkje sette av tistrekkelege ressursar til gjennomføring*". Dette er sannheten i veldig mange tilfeller. Dette er det vel sagt endel om fra flere hold (ansatte, ledere, tillitsvalgte, vernetj,etc) uten at dette blir tatt på alvor. Hvordan skal vi løse dette i fremtiden? SVIPS er et redskap for å dokumentere ressurstilgang ifht krav. Det vil bli spennende å se hvordan de ulike resultatene vil bli analysert og brukt for å imøtekomme utfordringene. Denne problematikken vises også når det gjelder mulighet til påvirkning/medvirkning fra ansatte på alle nivå fordi endel prosesser går svært fort og driften tillater ikke at man går fra. Dette er kanskje et kap som burde stått i innledningen i dok.?

Dette var noen kommentarer til teksten i dokumentet. Som leder vil jeg være positiv og jobbe mot

målstningene, men samtidig må vi være realistiske til den faktiske hverdagen som møter oss. Kravene mot oss må stå i forhold til budsjett og ressurser vi faktisk har til rådighet. Det å ha LEVENDE hadlingsplaner på ALLE nivå er avgjørende for troverdigheten opp mot målsettingen.

Mvh May-Britt Ågotnes

Helse 2020

Strategi for helseregionen

Høringsuttalelse medisinsk klinikk, SUS

Dokumentet er ambisiøst og velmenende, mest på regionen og HV sine vegne og mindre tydelig på foretaksnivå og ned på pasientnivå. Strategien er ikke så konkret og spesifikk at direkte effekter på medisinsk klinikk uten videre kan leses inn. Svært mange har bidratt i Helse 2020 arbeidet – en må ikke dermed anta at alle disse støtter de prioriteringer og tiltak som tilslutt settes ut i livet. Slik evt uenighet må heller ikke undervurderes og kommer først til syne når konkrete handlingsplaner blir utarbeidet. Rullering hvert 4.år er relativt ofte for en plan med så langt overordnet perspektiv, usikkert om langsiktigheten er tilstrekkelig lang. I hovedsak inneholder dokumentet mye bra som kan støttes sett fra vår klinikk, imidlertid er det også en del forhold som er problematiske. Vi har gjennomgått strategien med kritisk blikk – først og fremst for å finne hva som kan affisere vår klinikk og foretak mest, men også forhold som vi på overordnet nivå er kritiske til. Vi tillater oss også å komme med enkelte forslag til forbedringer av dokumentet.

En del kommentarer til deler av dokumentet:

- Kapittel 3 fremstår i første rekke som et velformulert "forbehold". Uheldig at dokumentet så sterkt understreker begrensninger når hovedbudskapet bør være hva vi skal få til sammen. Eksempel på selvfølgeligheter fra teksten:
 - o "og sørgje for at knappe ressursar blir brukt mest mogleg effektivt, er det viktig å ta inn over seg realismen i at alt utviklingsarbeid og alle ambisjonar må skje innanfor rammene av den samla ressurstilgangen for foretaksgruppa"
 - o "må avstemmast mot nasjonale initiativ der dette er aktuelt"
- Kapittel 4 gir ambisiøse visjoner og mål som oppfattes som meningsfulle og gode. Kapitlet balanserer mot foregående forbehold, men en kan bli litt usikker på forholdet mellom de gode intensjoner og den forbeholdne realisme (kap 3).
- Kapittel 5 inneholder mange prosjekter. Viktig at prosjektene muliggjør satsing også utenfor de nåværende "sterkeste" eller mest kompetente miljø. Når det gjelder "pasientrelaterte IKT-løysingar" synes ikke ambisjonsnivået å være så høyt som ønskelig. Dette er knapt noen langsiktig strategi og burde muligens legges inn som et "straks-prosjekt".
 - o 5.1.3 sine to første avsnitt er tunge formuleringer, generelle betraktninger og det er vanskelig å se noe strategisk innhold, mer forbehold egentlig og litt uheldig som "strategisk ambisjon".
 - o 5.1.4 Det bør defineres hva en mener med lokalsjukehus (vi oppfatter oss som i hovedsak et lokalsjukehus). Relasjonen til de andre sykehusene og strategiske vurderinger spesielt i forhold til de "to store" savnes.
- Kapittel 6 omhandler organisering.
 - o 6.1.1 Er svært viktig men også svært lite konkret i form. "Koordinerte pilotprosjekt" høres bra ut men noe mer innhold savnes. "Akkumulering tilgjengeliggjøring regionalt" er svært ambisiøst og krevende for det enkelte HF. Risiko for at en oppfatter at ressursene brukes utenfor eget HF. Krever stimulerings tiltak for å skape entusiasme.
 - o 6.1.2. Her står det at funksjonsfordeling må sees i sammenheng med "andre viktige premissar" – dette blir for utydelig og bør konkretiseres. Hvilke

- funksjoner skal være bare ett sted – og kan dette være andre steder enn Helase Berge. Prosesser for slike funksjonsavgjørelser savnes. Videre savnes en avstemming mot befolkningsutvikling og det faktum at slik sett er tyngdepunktet i regionen under forflytning. Kanskje funksjonsfordeling bør kobles mot vekstregioner (Hvilken del av regionen vokser mest?) når det strategiske perspektivet skal være langt?
- 6.1.3 Høgspesialiserte tjenester bør også ta inn elementet omkring vekstregioner og befolkningsstruktur. Avsnittet er igjen forbeholdent, men bør inneholde formuleringer om at utviklingen skal skje der det er nødvendig – ikke nødvendigvis der det er kommet lengst fra før.
 - Kapittel 7 beskriver en fremtidsrettet kompetanseorganisasjon som trolig er helt nødvendig for å ha noen som helst mulighet til å gjennomføre den strategi det legges opp til. "Samarbeid om kompetansen" er flott, ønskelig og historisk sett svært krevende. – viktig at Helse Vest har en troverdig hånd om dette, preget av stimulanser snarere enn pisk.
 - Opplæring i klinisk prioritering kan være et nøkkelfelt om dagens styringssystem videreføres. For sterkt fokus på dette elementet og dermed på økonomi kan oppleves som nedprioritering av klinisk arbeid. Disse tingene bør derfor gå sammen om det skal oppleves som meningsfullt i forhold til pasientbehandling.
 - 7.2.1 beskriver bl.a. "fridom på HF-nivå". Dette krever innsats fra HV sin side for å bli troverdig. Strategiens uttalte bruk av forbehold veier i sum mye tyngre enn formuleringene her om frihetsgrader. Intensjonen er god men troverdigheten begrenset, særlig i lys av styringsiveren HV i økende grad har vist. Skal vi tro på dette bør formuleringene være tydeligere og gjenspeile et uttrykt reelt ønske om at HFa skal oppleve styringsmessig frihet.
 - 7.4 Omdømme beskriver kulturen slik den ønskes. HV sitt nåværende omdømme oppleves ikke slik (jfr deres egen undersøkelse). Igjen er troverdigheten ved slike formuleringer i beste fall liten – og må om strategien skal lykkes følges opp av en langt mer åpen og inkluderende dialog enn det Helse Vest HF preges av i dag.
 - Kapittel 9 beskriver godt mange av de risiki og gjennomføringsproblemer strategien utløser. I 9.7 beskrives igjen et forbehold som forklarer hvordan HV uansett kan gjennomføre tiltak via den eksisterende forankring og styringsstruktur. Synes ikke denne styringskontrollen bør understrekes i et slikt dokument. Nettopp det å bli mindre avhengig en del av dette kontroll- og styringssystemet legger mange av tiltakene opp til.

Noen elementer som med fordel kan vurderes;

- med 13 prosjekter og en lang rekke tiltak i linjen blir helheten meget krevende for det enkelte HF. Antall prosjekter og denne risikoen er ikke særlig omtalt. HV bør utarbeide en egen oversikt og "prosjektbehov" og "prosjektbidrag" for hvert HF. Det bør også vurderes hvordan en skal unngå at HFa tappes for mye av den viktigste kompetansen over lang tid. Ikke minst bør økonomien i dette vurderes – kanskje bør HV ha et budsjetteringen av dette og refundere HFa i forhold til hvilke ressurser som hentes inn. Det kunne skape noe mindre motstand ute på institusjonene.
- Overordnet savnes kanskje også et prosjekt om HV RHF sin profil og hvordan den kan utvikles strategisk for å utøve sin rolle i forhold til HFa på beste mulige måte. Her kreves åpenhet og strategien bør ta inn et slikt "sjølvkritisk prosjekt" for å utvikle egen organisasjon og profil slik at HV evner den rolle som disse strategiene ellers legger

opp til. Slik HV RHF fremstår i dag er RHFet selv og dennes rolleprofil faktisk en betydelig risiko for gjennomførbarheten i prosjektporteføljen

- Tilslutt bør det nevnes at en må bygge videre på de gode eksemplene. Det som går bra må utvikles videre og "vannes". En del av strategien bør være å lete etter disse og løfte dem videre.

Notat

Til
Spesialrådgiver Arild Johansen

Kopi til

Fra
Klinikkdirektør Sissel Moe Lichtenberg

Dato
29.05.2007

Vår referanse
2006/2929/7/15847/2007/013

Ad høring - Helse 2020. Innspill fra Kvinne-barneklirikken

Det vises til notat 30.04.07 fra FFU med anmodning om innspill til høring vedrørende Helse 2020 innen 01.06.07. Vedlegg følger innspill fra Kvinne-barneklirikken.

Helse 2020 er et viktig dokument og gir overordnede føringer i et langsiktig perspektiv.

Generelt:

Kvinne-barneklirikken mener det er svært nyttig at Helse Vest har et samlet, langsiktig perspektiv fram mot 2020. Imidlertid er det svært viktig at en også i dokumentet beskriver at hvert helseforetak i Helse Vest har sine særprege, og at en må tillate individuelle forskjeller mellom helseforetakene, der dette er naturlig.

Utfordringsbildet:

Fra Kvinne-barneklirikken sitt ståsted er det naturlig å peke på at Helse Stavanger har en svært ung befolkning. Fødselstallet har de senere år steget, og dette medfører at Kvinne-barneklirikken i et 2020-perspektiv må regne med flere pasienter.

Visjon og mål – helse og livskvalitet i vest:

Kvinne-barneklirikken har støttet verdiene ”Respekt, kvalitet og trygghet”. Helse Vests visjon støttes også, selv om den kan synes nokså opplagt både for brukere og ansatte ved SUS. Samtidig som Helse Vest har sin visjon, vil også SUS’s visjon om ”Et forbilde, din trygghet” fint kunne være i tråd med hovedvisjonen for Helse Vest.

Punkt 5 – trygge og nære sykehustjenester:

Kvinne-barneklirikken har lang tradisjon med å arbeide med kvalitetssikring. Kvalitetsindikatorer og offentliggjøring av resultater fra klinisk virksomhet, f.eks. på internett, anses som svært viktig for at befolkningen skal føle tillit og trygghet når de kontakter Kvinne-barneklirikken.

Når det gjelder innholdet i tjenestetilbudet fram mot 2020, er det svært vanskelig å spå. For Kvinne-barneklirikken vil imidlertid utfordringen være å skape et helhetlig tilbud til pasientene innenfor svangerskap, fødsel, barseltid og påfølgende, eventuelle behov for tjenester fra barnehabilitering og Barneklirikken. Dette gjøres best gjennom en modell hvor en ønsker å dele opp føde/barsel-seksjonene i 4 små enheter basert på differensiering av risikogrupper. Hensikten er her at pasienten skal ha kontakt med sin enhet gjennom hele svangerskapet, fødsel og barseltid. De skal slippe å bytte avdelinger og poster.

Forutsetningen for at dette skal kunne realiseres, er at den arealmessige og personalmessige situasjonen blir lagt til rette for dette. Konferer den ombygging og omorganisering av føde/barsel som nå skjer ved Kvinneklubben ved Haukeland Universitetssykehus.

Innenfor gynekologi og gynekologisk cancer vil utfordringen gå mot mer avanserte, laparoskopiske operasjonsteknikker. Hysteroskopisk teknikk vil bli utviklet videre, og flere ikke-invasive metoder vil bli brukt i behandlingen av forskjellige lidelser. Dette stiller store krav til areal, kunnskap og bemanning på poliklinikker og for dagbehandling/dagkirurgi, i tillegg til bemanning for de ordinære seksjoner og sengeposter. En må regne med at antallet pasienter med gynekologiske kreftsykdommer vil stige fram mot 2020, på bakgrunn av den endrede alderssammensetning med flere eldre.

For Barneklubben ser en flere utfordringsbilder fram mot 2020. Det er i dag flere grupper av barn som ikke får et tilfredsstillende tilbud ved SUS, bl.a. barn med sykkelig overvekt. Denne gruppen er raskt voksende, og det er viktig å komme tidlig til. I tillegg har gruppen med diabetes og astma økt, og forventes å fortsatt øke.

En ser også en trend til at stadig flere syke barn, som overlever med alvorlige handikap, trenger intens behandling ved Barneklubben døgnet rundt. Dette er svært personellkrevende. I tillegg dukker nye sykdomsgrupper opp, som krever dyr og avansert behandling, f.eks. medfødte enzymdefekter, som krever enzymbehandling. Fram mot 2020 vil dette kreve økende ressurser.

Det vil bli en prioriteringsdebatt om hvem som kan få et tilbud av barn, på bakgrunn av begrensede ressurser. Tilbudet til unge opp til 18 år må styrkes, Barneklubben behandler nå kun barn opp til 14 år.

Forholdene for barn med kreft må bedres, disse er nå på samme post som barn med akutte barne-sykdommer (ofte infeksjonssykdom). Dette er uheldig sammensetning på post, da barn som får cellegiftbehandling har nedsatt immunforsvar.

Det er også behov for en egen intensivavdeling for barn som er eldre enn nyfødtprioroden. Disse behandles nå på voksenintensiv.

Innenfor barnehabilitering ser en klart et behov for at denne arealmessig skal samlokaliseres med Kvinne-barneklubben for øvrig. Det er større etterspørsel etter tjenestene innen barnehabilitering enn en kan rekke over. En rekke barn med kroniske sykdommer, som krever rehabilitering, har i dag ikke et reelt tilbud. I tillegg ser en at tilbudet til barn med utagerende atferd og autisme, som i tillegg har en somatisk årsakskomponent, har et lite tilfredsstillende tilbud. Også barnehabiliteringen ønsker å styrke sin kompetanse på unge opp til 18 år. Det er en rivende utvikling innenfor diagnostikk og muligheter når det gjelder barn med medfødte sykdommer.

Alle disse trender fram mot 2020, som er nevnt ovenfor, medfører at Kvinne-barneklubben har stort behov for økt kompetanse, ikke minst medisinsk kompetanse, og trenger flere ressurser, også av leger.

Alle disse utfordringene er nært knyttet til et stort arealbehov, hvor en ikke bare har behov for større areal, men også samling av arealene og hensiktsmessig utforming av arealene.

Prioriteringer:

Den utvikling som er skissert ovenfor, skaper et stort behov for prioritering. Prioriteringen må foregå på flere nivå. Det må foretas en prinsipiell prioritering ovenfor hvilke tilbud det er rimelig at SUS kan gi til befolkningen. SUS bør også få tildelt regionsfunksjoner innenfor Helse Vest. I tillegg kommer den prioritering som hver enkelt lege utfører i henhold til prioriteringsforskriften.

Ved Kvinne-barneklubben er det utviklet detaljerte regler for prioritering av pasienter/henvisninger. Disse er i tråd med prioriteringer utviklet i Helse Vest.

Samhandling med primærhelsetjenesten:

For Kvinne-barneklirikken er det svært viktig at en har en helhetlig behandlingsskjede fra primærhelsetjenesten via spesialisthelsetjenesten, og tilbake igjen til primærhelsetjenesten. Dette gjelder både innenfor svangerskap, fødsel, barsel, gynekologi, gynekologisk cancer, barnesykdommer generelt, barn med kreftsykdommer og barn med kroniske tilstander som trenger habilitering. Kvinne-barneklirikken deltar gjerne i et Helse Vest-arbeid og et SUS-arbeid om dette.

Lokalsykehus-funksjon:

Det er svært viktig at Helse Vest også legger til rette for at de store sykehusene i Helse Vest kan oppfylle sine lokalsykehus-funksjoner. Ikke minst har SUS en stor utfordring her.

Heilskapleg behandling og effektiv ressursbruk:

Det er svært viktig at helseforetakene organiserer sin virksomhet rundt pasienten. Dette har Kvinne-barneklirikken lenge arbeidet med, og har effektiv bruk av ressursene. Ved Kvinne-barneklirikken foregår det en vurdering av alle øyeblikkelig-hjelp henvisninger døgnet rundt i helg, hverdag og høytid. Alle pasienter blir vurdert straks de henvender seg til sykehuset, blir behandlet eller vist til poliklinisk behandling. Bare et fåtall blir lagt inn. En kan således si at ressursene innenfor Kvinne-barneklirikken brukes der det er behov, enten det gjelder poliklinisk vurdering, dagbehandling, dagkirurgi eller som innlagte. Vi arbeider stadig videre med å få til effektive pasientforløp.

Funksjons- og oppgavefordeling i regionen:

Kvinne-barneklirikken støtter at en i et 2020-perspektiv må lokalisere sjeldne og komplekse tjenester til spesielle sykehus. Det må være et bærende prinsipp at lokaliseringen skal foregå ved alle helseforetak i Helse Vest.

Høyspesialiserte tjenester:

En bør her følge de nasjonale tilrådinger. Det bør også være et satsingsområde for Helse Vest og holde fast og videreutvikle de høyspesialiserte tjenester en allerede har, samt å utvikle noen få områder hvor en kan søke om å få tildelt en høyspesialisert funksjon. Dette arbeidet må sees i et nasjonalt perspektiv.

Fagplaner:

Det er her nevnt at en vil utvikle samlede planer for en del områder. En savner at en spesifikt har nevnt at det er behov for en samlet plan, også innenfor gynekologi og fødselshjelp, pediatri og habilitering av barn.

Medarbeider- og kompetanseutvikling:

Dette vil fram mot 2020 bli et av de aller viktigste satsingsområdene. Kompetente medarbeidere gjør at behandlingstilbudet til våre brukere blir best mulig. Her inngår også lederkompetanse, som en bør satse stort på.

Når det gjelder medarbeidere, må det også være et mål å arbeide for større stillingsstørrelser. Kvinne-barneklirikken har svært mange i redusert stilling, spesielt uheldig ser vi mange som har 50 %-stilling. Dette vil i mange tilfeller medføre at en person som arbeider halv stilling, ofte vil ha vanskeligheter med å kunne oppdatere seg faglig og ha den nødvendige kompetanse fram mot 2020.

Det er også slik at svært mange ønsker en større stillingsstørrelse, men at en pga vaktordninger døgnet rundt, har sett det nødvendig å ha reduserte stillinger, for at turnus skulle gå opp. Denne trenden må rettes opp.

Det må være et mål at alle som er ansatt i Helse Vest skal ha en stillingsstørrelse på minst $\frac{3}{4}$ stilling, hvis de ønsker det, spesielt er dette viktig for Kvinne-barneklirikken.

Forskning og utvikling, innovasjon og utvikling, er områder som blir økende etterspurt og viktige fram mot 2020. Det er viktig at Helse Vest avsetter nok økonomiske ressurser til slike tiltak.

Dette var enkelte synspunkter fra Kvinne-barneklubben som innspill til høring for Helse 2020.

Med hilsen

Sissel Moe Lichtenberg
Klinikkdirektør

HELSE 2020

Sett fra barneavd. synspunkt er vi opptatt av de følgende endringer i samfunnet.

Befolkningseksplasjon i Sør-Rogaland

Økning vil kreve en **rullerende ekspansjonsplan** på barneavd.

Økning av **aldersgrense** for konsultasjon på barneavd. til **18 år**.

Endring i primærhelsetilbud:

Økende antall pasienter henvist enten fordi legen ønsker en **second opinion** eller foreldre ønsker en second opinion.

Behov for etablering av en akutt/**kveldspoliklinikk** som er åpen fra kl 0800 til 2200.

Bedre integrering med primærhelsevesenet og barneavd. med hensyn til kronisk syke pasienter.

Ambulerende virksomhet fra SUS til primærhelsetjenesten.

Endringer på barneavd.

§ **Etablering av en dagpost.**

§ **Bedre integrering** mellom barneavd., BUP, Østerlide Habiliteringssenter.

Seksjonering med funksjonsfordeling for eksempel kreft, nevrologi, nyfødtsmedisin, gastroenterologi og endokrinologi.

Endringer i sykdomsbildet:

Fedme som krever etablering av en fedmeklinikk bemannet av ikke bare barneleger og sykepleiere, men også ernæringsfysiolog og fysioterapeuter.

Økende antall **diabetikere** som trenger det samme tilbudet som de overvektige.

Økende antall pasienter med **astma** og **allergi**.

Økende **importsykdommer** blant innvandrere, for eksempel talassemie og metabolske sykdommer som kan behandles med dyr enzymerstatningsterapi.

Notat

Til
Arild Johansen, Fag – og foretaksutvikling,
SUS.
Kopi til

Fra
Nils B Johannessen

Dato
06.06.2007

Vår referanse
2006/2929/12/16483/2007/013

Høring - Helse 2020

Jeg finner det vanskelig å avgi en høring på basis av det som er sendt ut i notat av 18.04.07. Bakgrunnen for dette er at bak dette komprimatet ligger en rekke svært omfattende utredninger som må være grunnlagsmaterialet for det utsendte forslaget. Som medlem av en av gruppene (Prioriteringsgruppen) registrerer jeg at det er gjort utvalg av de forslag som vi i vår gruppe mente måtte til for å sikre god prioritering i vår region. Man ble da usikker på om dette er et bevisst utvalg eller om man senere vil kunne referere til bakgrunnsmaterialet som ikke kommer frem i dette høringsforslaget. Utryggheten beror på at utvelgelsen av forslag og skjer fra de andre gruppene, og følgelig blir det vanskelig å vite hva man egentlig avgir en høring på.

I det foreliggende utkastet sitter man igjen med et inntrykk av at den er svært overordnet, den er ordrik og med mange gode intensjoner. Det kan imidlertid ligge mye uavklart i dette utkastet som man nå skal avgi en høring til og som kan prege utformingen av helsevesenet i helseregion Vest i årene som kommer uten at man egentlig får et klart bilde av hva dette innebærer.

Jeg finner lite konkret om funksjonsfordeling som er et område med stor viktighet for sykehusene i vår region. Det man finner uttalt omkring funksjonsfordeling er under punkt 5.1.4 hvor lokalsykehusenes rolle blir sterkt vektlagt uten at det er skissert noe konkret innhold i dette. Det nevnes ikke hva slags funksjon lokalsykehusene skal ha, om dette er lokalsykehus definert pga. nærhet, eksempelvis Haukeland Universitetssykehus med lokalsykehusfunksjon for Bergen og Stavanger Universitetssjukehus med lokalsykehusfunksjon for denne regionen. Man savner her denne definisjonen fordi lokalsykehus skal også drive avansert medisin for å gi sin befolkning et optimalt tilbud. Dette er ikke problematisert i det foreliggende utkast. Videre er det kommentert under punkt 6.1.1. og 6.1.2. organisering av helseforetaka og sykehusene og funksjonsoppgavefordelingen i regionen. På disse punktene er det lite konkret, og man blir usikker på hensikten med å skrive dette, og man får egentlig ikke anledning til å kommentere disse områdene da de er svært generelt utformet. Videre under 6.1.3 nevnes det på lik linje med et punkt under våre mål hvor det fremkommer at vi ønsker å samle de sjeldne og komplekse på færre steder. Igjen opplever man dette lite konkret og sjeldne tilstander er ikke nødvendigvis vanskelige tilstander, og man savner likeledes en diskusjon omkring regionsfunksjoner i region Vest. Man har slike etablerte funksjoner både på Førde, Helse Fonna, Stavanger og Haukeland pr. i dag. Igjen er formuleringene i det foreliggende utkast veldig generelle slik at det er vanskelig å ta konkret stilling.

En av de viktigste delene av rapporten går på prioritering. Her har man valgt å kutte ut flere forslag fra prioriteringsgruppen. Jeg tror at prioriteringen vil være avgjørende for det regionale helseforetaks prioriteringer, funksjonsfordeling og håndtering av sitt sørge for ansvar, men man har i det foreliggende utkast valgt å være svært generelle og ikke inkludere den helheten som prioriteringsgruppen foreslo. Der er det bl.a. konkrete forslag om lojalitet til prioriteringer, et opplæringsprogram for både brukere, medie og politikerne som også må være lojale til prioriteringsforskrifter, ellers vil dette få liten troverdighet. Dette er vel en av de områdene som pr. i dag er vanskelige og hvor prioriteringer skjer på helt andre arenaer enn de medisinsk faglige hvilket gjør at de blir ressurskrevende og uten styring og kontroll for de enkelte foretakenes forutsigbarhet og drifting.

Jeg synes at tidsplanen for iverksetting av disse tiltakene er skjøvet langt frem, eksempelvis kirurgiplan skal påbegynnes i 2010, prioriteringsarbeidet skal starte arbeidet i 2009.

Jeg synes at den foreliggende strategien hvor det også står strategi –og handlingsplan er for lite konkret på tidsaspekter og på konkrete tiltak. Det blir en mer overordnet strategitenking som kommer frem i det foreliggende utkastet.

Som jeg har nevnt innledningsvis er dette vanskelig å avgi høring på fordi man vet ikke hvor vidt underlagsmaterialet vil være førende for den videre utviklingen av strategi og handlingsplanene. Dette kommer ikke frem av det foreliggende utkastet.

Konklusjon:

1. Det er gjort et omfattende arbeid som har berørt de fleste områdene av helsevesenet.
2. Man er usikker på hva man egentlig skal skrive høring på, om det er foreliggende utkast eller om det er den helhetlige planen med vedlegg og alle underrapporter. Dette gjør det svært uoversiktlig.
3. Man oppfatter foreliggende utkast som overordnet og generelt og lite konkret, og følgelig lite egnet som konkrete handlingsplaner som inngår i tittelen.
4. I henhold til foreliggende utkast er det en rekke områder hvor kirurgiplan, prioriteringer og flere andre tiltak som først skal iverksettes i 2009 og 2010. Dette virker uforholdsmessig langt frem i tid.
5. Det fremkommer av det utkastet som ligger til høring lite tanker om evt. funksjonsfordeling og tanker omkring regionsfunksjoner. Det eneste som foreligger at sjeldne og komplekse tilstander skal samles færre steder uten at det fremkommer noe definisjoner på disse begrepene.
6. En gjentakelse fra tidligere. Jeg er utrygg på hva jeg egentlig her avgir en høring på, om det er det foreliggende utkast eller om det er helheten som kan trekkes frem fra enkeltrapporter uten at man gis anledning til å kunne se hva dette innebærer.

Med vennlig hilsen

Nils B. Johannessen
Klinikkdirektør, Kirurgisk-ortopedisk klinikk.

INNSPILL TIL HØRINGSUTTALELSE OM HELSE 2020

Å fremme helse og livskvalitet er den nye visjonen for spesialisthelsetjenestene på Vestlandet. Helse 2020 tar mål av seg til å vise hvilken vei en bør gå i for å nærme seg denne visjonen. Dette er en ambisiøs visjon som skaper forventninger når det gjelder spesialisthelsetjenestens deltagelse i folkehelsearbeid. Helsefremmende tiltak til glede for pasienter og ansatte og et aktivt samfunnsengasjement fra spesialisthelsetjenestens side blir viktig for å nærme seg visjonen.

Med visjonen om å fremme helse og livskvalitet savner vi i utfordringsbildet (kap. 3) en tydeliggjøring av velferds- og livsstilssykdommer som den store helseutfordringen i den vestlige verden i dag. Sykdomsutviklingen i den norske befolkningen kan i økende grad knyttes til levevaner og helseatferd. Bruk av tobakk og alkohol, høyt blodtrykk og kolesterolnivå, overvekt, lavt inntak av frukt og grønnsaker og fysisk inaktivitet er de sju viktigste risikofaktorene for sykdom i vestlige land (The World Health report 2002).

I Nasjonal helseplan 2007-2010 understrekes det at helsetjenestene skal legge mer vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid. På denne bakgrunn burde følgende strategiske muligheter burde vært nærmere belyst i Helse 2020:

- Helsefremmende og forebyggende virksomhet overfor egne ansatte prioriteres, både for sin egen del og fordi ansatte er rollemodeller og premissleverandører i egen familie og eget lokalsamfunn.
- Økt gjensidig kompetanseoverføring både mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og potensielle pasientgrupper.
- Økt satsing innen forskning- og utviklingsarbeid på områder innenfor helsefremmende og forebyggende virksomhet.
- Utvikling av individtilpassede arbeidsmetoder, "Health Coaching", og tilpassing av innsats i forhold til nye målgrupper.
- Standarder og indikatorer for forebyggende og helsefremmende sykehus, utviklet av WHO, tas i bruk som hjelpemiddel i forebyggende virksomhet for å fremme helse og livskvalitet.
- Utvikle tiltak og nye tilbud i samarbeid med pasienter og frivillige organisasjoner

Også når det gjelder hva som skal være innholdet i trygge og nære sykehustjenester (kap. 5) er det viktig å ha med seg hvilke sykdomsbelastninger spesialisthelsetjenestene vil møte.

Nest etter hjerte- og karsykdommer er psykiske lidelser av WHO anslått til i 2020 å være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning for begge kjønn på verdensbasis. I vestlige land forventes det at depresjon vil utgjøre den største byrden. En kunnskapsoppsummering om barns miljø og helse (rapport 2006:3 FHI) konkluderer med at norske barn er blant de friskeste i verden, målt ut fra sykkelighet og dødelighet. Ungdomsårene er imidlertid preget av en betydelig økning i andelen som rapporterer psykiske vansker. Det er betydelige sosiale forskjeller i helse og helseatferd blant barn og unge. Det er dokumentert betydelige sosiale ulikheter i helse i Norge for en lang rekke helsemål (Nasjonal helseplan 2007-2010).

Trygge og nære sykehustjenester må utvikles i et nært samarbeid med kommunene. Her må nye organisasjonsformer utprøves som gir muligheter for tidlig intervensjon mot sykdomsbelastning i et nært samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Det er

positivt at det under avsnitt 5.1.5 om forebygging er foreslått en egen tiltaksplan for lokale lærings- og mestringssentra. Her er det viktig at distriktpsykiatriske sentre og deler av tiltaksapparatet for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk blir å betrakte som lokale lærings- og mestringssentre.

I Helse 2020 benytter en seg av det tradisjonelle skillet mellom primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Utviklingen av en tettere samordning av helsevesenets innsats vil medføre at ansvarsfordelingen i forebyggende arbeid vil bli revurdert. I møte med pasienter som blir innlagt i sykehus vil forebyggende virksomhet i fremtiden være like viktig som den direkte kurative innsatsen. Og selv om spesialisthelsetjenestens rolle i primærforebyggende arbeid tradisjonelt har vært uklar, er det i de senere årene blitt en økende erkjennelse av at sykehusene kan og bør, være viktige partnere i dette arbeidet.

Når det gjelder "Samlet plan for utvikling av tilbudet innen psykisk helse(vern)", er det viktig å understreke at tilbudet må være resultatorientert, være kvalitetsbasert og bygge på klinisk forskning. Psykisk helse(vern) må være et satsingsområde innenfor forskning. Tilbudet må utformes basert på et tett samarbeid med kommunene. Omfanget av psykiske lidelser tilsier også at det må legges til rette for et nært samarbeid mellom somatiske tjenester på sykehusene og psykisk helse (vern). Tjenesteapparatet må ha fokus på tidlig intervensjon.

I arbeidet med å bygge en fremtidsrettet kompetanseorganisasjon (kap. 7) bør tiltak som fremmer helse og livskvalitet for de ansatte synliggjøres på en bedre måte. En stor og økende del av personalet vil ha en innvandrerbakgrunn. Også tiltak som kan gjøre sykehusene mer "kulturkompetente" bør belyses i denne sammenheng.

Når det gjelder samlet oversikt over tiltak bør deltagelse i Norske helsefremmende sykehus (NHFS) komme inn som tiltak i linjen. NHFS er et nettverk av sykehus tilknyttet WHO-nettverket "Health Promoting Hospitals".

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Lokøy, Johannes

Sendt: 23. mai 2007 11:23

Til: Ursin Siri Tau

Kopi: Hapnes Svein Arne; 'haat@us.no'; Østebø Olav

Emne: helse 2020 - strategi for helseregionen

Vi har lest gjennom planen med fokus på de prehospitale tjenester som vi har et driftsansvar for.

Generelt synes vi at planen i svært liten grad i det hele omhandler den prehospitale delen av sykehusets kjernevirksomhet til tross for at vi på flere plan står overfor flere store utfordringer i årene som kommer slik som:

- Kompetansekrav som vil resultere i at en større del av de perifere tjenestene må drives som helprofesjonelle tjenester i egen regi

- Befolkningsvekst og "forgubbing" som medfører flere innbyggere i den aldersgruppe med størst behov for vår hjelp

- Befolkningsvekst og økt bosetting i områder hvor vi har svak dekning. Dette vil kunne gjøre det nødvendig med økte ambulanseressurser og nye stasjoneringer

- Stor slitasje på ansatte og ledere i dagens situasjon på grunn av knappe ressurser ref. pkt. 7.1.1. i dokumentet som beskriver ansatte som den viktigste ressurs

- Sentralorganisasjonen må styrkes om vi skal kunne overleve med den kvalitet vi bør og må ha. ref også her 7.1.1. og HMS krav til oppfølging og utviklingsmulighet

- Endringer i infrastruktur (Finnfast og Ryfast) som vil gi økte forventninger i befolkningen

- NOU 1998:9 "Hvis det haster" beskriver ambulansetjenesten som det svakeste ledd i behandlingskjeden. Mye er gjort etter dette, bl.a. forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, men det er fortsatt et stort behov for å iverksette en videreutdanning innen høyskolen som gir en mer solid formalkompetanse

- Selv om det kanskje ikke er direkte knyttet til dette dokumentet så er lønnsnivået for denne yrkesgruppen på et nivå som gjør at vi har store rekrutteringsproblemer i konkurranse med det private markedet. Vi opplever for første gang på mange år at flere dyktige medarbeidere slutter for å begynne i annen næring

Beklager er kanskje litt ustrukturert svar i forhold til de enkelte punkt i dokumentet. Håper likevel det er innspill du kan ta med deg videre i arbeidet

mvh

Johs. Lokøy

-ambulansesjef-

Stavanger Universitetssjukehus

Helse Stavanger HF

tlf. 51518044

mobil. 91867186 vip 61640

mail. lkjo@sus.no