HELSE VEST

Odda og Stord sjukehus i lys av føringane i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019)

PROSJEKTET FOR STORD SJUKEHUS

RAPPORT JUNI 2016

Innhald

1. Samandrag og tilråding - prosjekt Stord sjukehus 3
2. Bakgrunn 5
   2.1. Mandat og mål for prosjektet 5
   2.2. Prosjektorganisering 5
   2.3. Forståing av mandatet og oppdraget for prosjektet 6
   2.4. Prosjektgjennomføring 7
   2.5. Nasjonal helse- og sjukehusplan 7
3. Nå-situasjonen 11
   3.1. Tilbodet i Helse Fonna 11
   3.2. Befolkningssamansetning og -utvikling i Sunnhordland og Hardanger 15
   3.3. Bruken av spesialisthelsetenester - forbruksmønster 17
   3.4. Pasientstraumar 19
   3.5. Øyeblikkeleg hjelp ved Stord og Odda sjukehus 25
   3.6. Primærhelsetenesta - legevaktsfunksjon og KAD 29
   3.7. Geografi og samferdsel i Sunnhordland og Hardanger 31
   3.8. Kvalitet og pasienttryggleik 32
   3.9. Bemanning og rekruttering 37
   3.10. Oppsummering av nå-situasjonen 37
4. Moglege løysingar 38
   4.1. Eksempel og erfaringar frå andre sjukehus og helseføretak 39
   4.2. Den akuttmedisinske kjeda - Stord som akuttsjukehus 39
   4.3. Sjukehus i nettverk - oppgåvedeling og samarbeid 43
   4.4. Samarbeid med kommunar og primærhelsetenesta 48
   4.5. Stadleg leiing 49
   4.6. Teknologiske løysingar - digital kommunikasjon 51
5. Vidare arbeid 51

1. Samandrag og tilråding - prosjekt Stord sjukehus

Prosjektet Odda og Stord sjukehus i lys av føringane i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019) er eigd av administrerande direktør i Helse Vest RHF og administrerande direktør Helse Fonna HF.

Prosjektet blei organisert med ei prosjektgruppe for Stord sjukehus og ei prosjektgruppe for Odda sjukehus. Begge prosjektgruppene har hatt same mandat. Prosjektgruppene starta arbeidet i mars 2016.

Prosjektgruppene hadde i mandat å bygge på omtalen av lokalsjukehusa og deira rolle i Nasjonal helse- og sjukehusplan. Undervegs i prosjektperioden blei helse- og sjukehusplanen behandla i Stortinget 17. mars og i føretaksmøtet 4. mai 2016. Stortingets vedtak og føringar i føretaksmøtet blei lagt til grunn for prosjektet. Dette går fram av kapittel 2.3 og 2.5.

Prosjektet har i stor grad bygd på modellane som blei utvikla i Helse Førde i samband med utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus, Framtidas lokalsjukehus.

Prosjektet for Stord sjukehus blei gjennomført i perioden mars-juni 2016, mens prosjektet for Odda sjukehus blei utvida og forlenga til hausten 2016. Denne føreliggande prosjektrapporten gjeld primært for Stord sjukehus, men omhandlar også til ein viss grad Odda sjukehus. Dette heng til dels saman med at prosjekta gikk parallelt med felles mandat, men ikkje minst fordi både Stord og Odda sjukehus er del av eit samla spesialisthelsetenestetilbod i Helse Fonna, saman med Haugesund sjukehus.

Tilrådingane i denne prosjektrapporten dreier seg om Stord sjukehus, og er avgrensa til den somatiske verksemda. Tilrådingane handlar om dei overordna prinsippa for vidareutvikling av Stord sjukehus, mens den detaljerte utforminga skal skje i regi av Helse Fonna.

Vidareutvikling av eit sterkt Helse Fonna med eit breitt tilbod av spesialisthelsetenester i framtida, krev eit langsiktig utviklingsarbeid. Prosjektgruppa for Stord sjukehus tilrår følgjande hovudprinsipp for utviklinga av Stord sjukehus i Helse Fonna:

1. **Stord sjukehus som akuttsjukehus**
   Stord sjukehus held fram som akuttsjukehus med traumeberedskap og akuttfunksjonar innanfor både kirurgi og indremedisin. Akuttfunksjonane understøtter fødetilbodet. Helse Fonna vidareutviklar akutt- og traumefunksjonen i føretaket for å sikre ei avklart oppgåvedeling og felles rutinar mellom Stord sjukehus og Haugesund sjukehus. Dette arbeidet skal gjerast i samsvar med nasjonal traumeplan, som er under revidering. Helse Fonna vurderer å desentralisere meir av den elektive kirurgien til Stord som er nødvendig for å vedlikehalde og styrke den akutt-kirurgiske kompetansen lokalt.

2. **Kulturbygging**
   Helse Fonna legg stor vekt på å utvikle ein felles kultur - «vi»-haldning - i heile Helse Fonna. Stord sjukehus, Odda sjukehus og Haugesund sjukehus skal saman sikre eit godt spesialisthelsetenestetilbod til befolkninga.

3. **Samhandling om eit heilskapleg tilbod til pasientane**
   Det er sentralt å vidareutvikle samarbeidet mellom Helse Fonna og kommunane for å oppnå eit heilskapleg tilbod til pasientane. Samarbeidsavtalene mellom kommunane og Helse Fonna er

nyttige verktøy i dette arbeidet. Helse Fonna vil arbeide for å etablere «éin port inn» i spesialisthelsetenesta. Det vil seie at alle tilvisingar blir vurderte slik at kapasiteten i alle sjukehusa blir sett på samla, med felles ventelister for ulike fagområde. Kommunane og Helse Fonna skal samarbeid om å vidareutvikle den akuttmedisinske kjeda for sikre befolkninga eit trygt akuttilbod. Kva for spesialisthelsetenestetilbod som finst i Helse Fonna, må kommuniserast til innbyggarane og fastlegane på ein betre måte enn i dag.

4. **Lokalt tenestetilbod**
   Helse Fonna vurderer desentralisering av fleire poliklinikkar med utgangspunkt i analysar av forbruksmønster for å identifisere pasientgrupper som har behov for spesialisthelsetenester ofte, mykje og nært. Arbeide med å identifisere kva for tilbod pasientane reiser ut av føretaket for, og vurdere å bygge opp slike funksjonar lokalt.

5. **Stadleg leiing**
   Det skal vere stadleg leiing på Stord sjukehus. Stadleg leiar har i oppgåve å bidra til ein felles kultur og ei felles fagleg utvikling i Helse Fonna. Det inneber medansvar for at felles prosedyrar og retningslinjer på tvers av sjukehusa blir utarbeidde og implementerte. Stadleg leiar varetar behovet for gjennomgåande leiing og for samhandling og dialog med kommunane.

6. **Bemanning, rekruttering, kompetanse**
   Helse Fonna styrker arbeidet med ulike tiltak for å sikre rett tilgang til ulik kompetanse i sjukehusa. Eksempel på tiltak for å oppnå fagutvikling i alle sjukehusa, er gjensidige hospiterings- og rotasjonsordningar og legge til rette for vidareutdanning. Rekruttering og vedlikehald av kompetanse heng saman.

7. **Forsking og kvalitetsutvikling**
   Det er eit mål å styrke forsking og kvalitetsutvikling på tvers av einingar og sjukehus. Helse Fonna starter forbetringsprosjekt med utgangspunkt i resultat på nasjonale kvalitetsindikatorar med deltaking frå alle sjukehusa.

8. **IKT-arbeid**
   Dei store regionale IKT-satsingane skal sikre effektiv og trygg utveksling av pasientinformasjon mellom einingane i spesialisthelsetenesta. Dette legg grunnlaget for betre samarbeid og nettverk på tvers av einingar. Alle sjukehusa skal bidra aktivt i utviklings- og implementeringsarbeidet knytt til IKT-satsingane.

2. Bakgrunn

2.1. Mandat og mål for prosjektet

Prosjektdirektivet for prosjektet Odda og Stord sjukehus i lys av føringane i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016-2019), er å finne som vedlegg 1. Mandatet er som følger:

> Arbeidet skal bygge på omtale av lokalsjukehusa og deira rolle i Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016 – 2019). Prosjektet skal medverke til å utvikle eit framtidsretta og trygt tenestetilbod ved Odda og Stord sjukehus der nærleik, tilgjengelegheit, at ein blir møtt med omsorg og respekt og at tenestene er trygge og av høg kvalitet, står sentralt. Prosjektet skal også fokusere på korleis dei ressursane som er lokalisert til sjukehuset blir effektivt utnytta.
>
> Nasjonal helse- og sjukehusplan er ein viktig del av regjeringa sitt arbeid for å skape pasientens helseteneste. Planen skal sikre trygge sjukehus og betre helsetenester, uansett kvar du bur. Nasjonal helse- og sjukehusplan gjeld for perioden 2016-2019, men beskriv og drøftar utviklingstrekk fram mot 2040. Nasjonal helse- og sjukehusplan har sju hovudområder og mål:
>
> - Styrke pasienten
> - Prioritere tilbudet i psykisk helse og rusbehandling
> - Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten
> - Nok helsepersonell med riktig kompetanse
> - Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
> - Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene
> - Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus
>
> Alle måla har eige kapittel i sjukehusplanen www.sykehusplan.no
>
> I Protokoll frå føretaksmøte i Helse Vest RHF, krav og rammer for 2016, heiter det:
>
> > Forslaga som er lagt fram i Meld.St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sjukehusplan (2016 – 2019) vil få stor innverknad på helseføretaka. Stortinget skal behandle meldinga våren 2016. Styra i dei regionale helseføretaka må gjere seg kjent med innhaldet og starte arbeidet med å førebu verksemdene på forslaga som ligg i Nasjonal helse- og sjukehusplan, mellom anna ved å samle inn data og førebu dialog med kommunane.

Mål for prosjektet, jf. prosjektdirektivet, er som følger:

> Mål for prosjektet er å finne løysingar som sikrar eit framtidsretta og trygt tenestetilbod, med god fagleg kvalitet og pasienttryggleik, samtidig som ein sikrar effektiv ressursutnytting innanfor dei økonomiske rammer som gjeld for helseføretaket.

2.2. Prosjektorganisering

Prosjektet er organisert med ei prosjektgruppe for Stord sjukehus og ei prosjektgruppe for Odda sjukehus. Begge prosjektgruppene har same mandat.

Prosjekteigar er administrerande direktør i Helse Vest RHF og administrerande direktør Helse Fonna HF.

Prosjektgrupper
Det blei oppretta ei **prosjektgruppe** for Stord sjukehus leia av Helge Bryne med følgjande deltaking:

- 3 representantar frå Helse Fonna HF (1 representant frå Stord sjukehus)
- 3 representantar frå kommunane
- 1 representant frå vernetenesta
- 2 representantar frå dei tillitsvalde (Haugesund og Stord)
- 1 brukarrepresentant
- 1 representant frå Helse Vest RHF

Det blei oppretta ei **prosjektgruppe** for Odda sjukehus leia av Helge Bryne med følgjande deltaking:

- 3 representantar frå Helse Fonna HF (1 representant frå Odda sjukehus)
- 3 representantar frå kommunane
- 1 representant frå vernetenesta
- 2 representantar frå dei tillitsvalde (Haugesund og Odda)
- 1 brukarrepresentant
- 1 representant frå Helse Vest RHF

Namna på deltakarane i prosjektgruppene går fram av prosjektdirektivet (vedlegg 1).

2.3. Forståing av mandatet og oppdraget for prosjektet

Oppdraget til prosjektet er å sjå Stord og Odda sjukehus i lys i føringane i Nasjonal helse- og sjukehusplan. Prosjektmandatet la til grunn Meld. St. 11 (2015–2016) og føringar i føretaksmøtet i 12. januar 2016.

Undervegs i prosjektperioden blei helse- og sjukehusplanen behandla i Stortinget 17. mars (Innst. 206 S (2015–2016)). På grunnlag av vedtak i Stortinget blei føringar for Helse Vest formidla i føretaksmøtet 4. mai 2016. Prosjektet har i tillegg til mandatet, lagt til grunn først Stortingets vedtak 17. mars, og deretter føringar i føretaksmøtet 4. mai.

Følgjande føringar frå Nasjonal helse- og sjukehusplan og føretaksmøtet 4. mai er særleg vesentlege for forståinga av oppdraget for prosjektet (sjå også kapittel 2.5 for meir om innhaldet i føringane):

- Sjukehus som i dag har akuttkirurgisk tilbod, skal fortsatt ha dette når omsynet til pasienten gjør det nødvendig og kvalitet og pasientsikkerheit er ivaretatt.

- Føretaksmøtet viste til at tett samarbeid og faglege og organisatoriske nettverksfunksjonar mellom sjukehus er ein føresetnad for hensiktsmessig oppgåvedeling og krav til heilskaplege pasientforløp, og at organiseringa bør understøtte dette.

- Vedtaket om stadleg leiing gir helseføretaka ein viss fleksibilitet til å utforme leiarmodeller tilpassa lokale behov, men føretaksmøtet presiserte at stadleg leiing skal være hovudregelen jf. Stortinget sitt vedtak. Føretaksmøtet presiserte at kravet om stadleg leiing ikkje er til hinder for bruk av tverrgåande klinikkar. I ein tverrgåande klinikkstruktur må klinikkleiaren passe på at det finnes leiarar på dei ulike geografiske stadene som er gitt fullmakter til å utøve stadleg leiing.

I prosjektet om Stord og Odda sjukehus vil erfaringar frå og framgangsmåten i utviklings- og omstillingsarbeidet i Helse Førde vere nyttig å sjå på. Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus, Framtidas lokalsjukehus, hadde i oppdrag å utvikle ein nasjonal modell for lokalsjukehus. Nasjonal helse- og sjukehusplan har også brukt og vist til eksempel frå Helse Førde. Prosjektet for Stord og Odda sjukehus vil derfor i stor grad bygge på modellane som blei utvikla i samband med utviklings- og omstillingsarbeidet i Helse Førde. Modellane vil måtte tilpassast den lokale konteksten i Helse Fonna.

Tilrådingane i prosjektet vil dreie seg om dei overordna prinsippa for vidareutvikling av Stord og Odda sjukehus, mens den detaljerte utforminga/implementeringa av dei føreslåtte endringane vil bli vidareført i regi av Helse Fonna.

Prosjektet for Stord sjukehus avgrensar seg til å sjå på den somatiske verksemda, og går ikkje inn på tilbodet innanfor psykiske helsevern eller rusbehandling.

2.4. Prosjektgjennomføring

Prosjektet Stord og Odda sjukehus i lys av føringane i Nasjonal helse- og sjukehusplan, blei starta opp i mars 2016. Det har vore 3 prosjektmøte i begge prosjektgruppene; 8. og 9. mars, 25. og 26. april, 30. og 31. mai 2016.

Det har i prosjektperioden vore eitt møte med prosjekteigarane den 25. mai. Møtet bestemte å utvide og forlenge prosjektet for Odda sjukehus. Prosjektet for Stord sjukehus blei det lagt opp til å avslutte som planlagt før sommaren 2016.

Prosjektet for Stord sjukehus blei gjennomført i perioden mars-juni 2016. I løpet av denne er korte prosjektperioden har prosjektet ikkje gjort særskilte utgreiingar, men i gjennomgangen av nå-situasjonen bygd på føreliggande offisiell styringsinformasjon/statistikk. Etter siste prosjektmøte i slutten av mai, blei vidare dialog i prosjektet gjennomført på e-post.

Denne føreliggande prosjektrapporten gjeld primært for Stord sjukehus, men omhandlar også til ein viss grad Odda sjukehus. Dette heng til dels saman med at prosjekta gikk parallelt med felles mandat, men ikkje minst fordi både Stord og Odda sjukehus er del av eit samla spesialisthelsetenestetilbod i Helse Fonna, saman med Haugesund sjukehus.

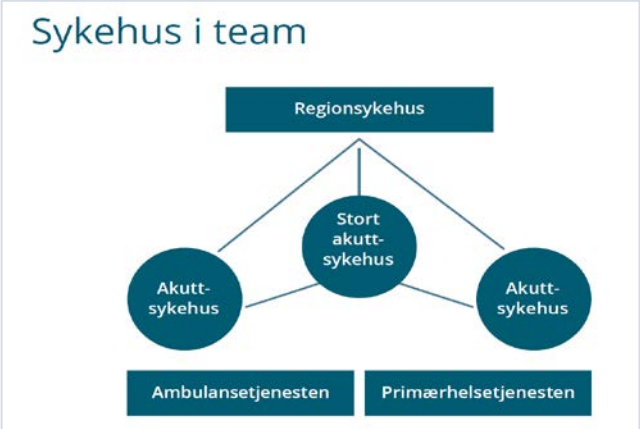
Prosjektet for Odda sjukehus blir forlenga ut hausten 2016 for å kunne vurdere løysingar i eit større perspektiv og sjå på heile verksemda ved Odda sjukehus under eitt. Prosjektmandatet vil bli justert og prosjektgruppa utvida. Det vil bli utarbeidd ein eigen prosjektrapport, som vil bygge på denne føreliggande rapporten.

2.5. Nasjonal helse- og sjukehusplan

Dette kapittelet går gjennom vesentlege føringar frå Nasjonal helse- og sjukehusplan, frå Stortingets behandling av planen og frå føretaksmøtet 4. mai. Gjennomgangen bygger altså på protokollen frå føretaksmøtet 4. mai 2016 og Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, som ble behandla i Stortinget 17. mars 2016.

2.5.1. Ulike typar sjukehus i nettverk

Eit av dei viktigaste måla i Nasjonal helse- og sjukehusplan er å betre oppgåvedelinga og samarbeidet mellom sjukehusa. Funksjonar skal samlast når det er nødvendig for kvaliteten, men dei skal samtidig desentraliserast når det er mogleg – for å gi eit breiast mogleg tilbod med god kvalitet i nærmiljøet. Det skal framleis vere ein desentralisert og differensiert sjukehusstruktur i Noreg, med ulike typar sjukehus:



Figur 1. Sjukehus i team

Regionsjukehus er hovudsjukehuset i helseregionen. Det er Haukeland universitetssjukehus i Helse Vest. Regionsjukehuset vil ha det største tilbodet av regionsfunksjonar og nasjonale behandlingstenester i ein helseregion. Dette er ikkje til hinder for at store akuttsjukehus og universitetssjukehus kan ha regionsfunksjonar.

Stort akuttsjukehus har eit breitt tilbod innan akuttkirurgi og andre medisinske spesialiteter. I Helse Vest er dette Stavanger universitetssjukehus, Haugesund sjukehus og Førde sentralsjukehus.

Akuttsjukehus:

- Skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og handtering av akutte hendingar. Dette kan skje ved å utnytte dei samla ressursane i helseføretaket som heilhet.
- Akuttsjukehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbod når busetting, avstand mellom sjukehus, bil-, båt- og luftambulansetenester og vêrforhold gjer det nødvendig.
- Akuttsjukehusa vil på grunn av lokale forhold, kunne ha ulik kompetanse og system for vurdering, stabilisering og handtering av akutte hendingar. Fleire av sjukehusa vil framleis måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbod på grunn av lange avstandar.
- Eventuelle endringar i sjukehustilbodet må ikkje svekke det samla fødetilbodet.
- Akuttsjukehus i Helse Vest er Nordfjord sjukehus, Lærdal sjukehus, Voss sjukehus, Stord sjukehus og Odda sjukehus.

Sjukehus utan akuttfunksjonar (elektive sjukehus) er sjukehus med berre planlagt behandling.

Sjukehus må samarbeide tettare enn i dag. Det skal vere team av sjukehus akkurat som det skal vere team av helsepersonell. Små og store sjukehus er gjensidig avhengige av kvarandre. Store sjukehus må for eksempel overlate oppgåver til mindre sjukehus, for å utnytte felles kapasitet og kompetanse. Tett

samarbeid og faglege og organisatoriske nettverksfunksjonar mellom sjukehus er ein føresetnad for hensiktsmessig oppgåvedeling og krav til heilskaplege pasientforløp, og at organiseringa bør understøtte dette.

I samband med arbeidet med utviklingsplanar i helseføretaka, presiserte føretaksmøtet 4. mai følgjande føringar:

- Sjukehus som i dag har akuttkirurgisk tilbod, skal framleis ha dette når omsynet til pasienten gjer det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerheit er ivaretatt.
- I samband med helseføretaka sitt arbeid med utviklingsplanar skal dei regionale helseføretaka gjennomgå basestrukturen for luftambulansar i Noreg.
- Det skal bli starta ein prosess med å flytte meir av den elektive kirurgien i føretaka til akuttsjukehusa, der det ligg til rette for dette, for å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved desse sjukehusa.

Ein må sjå sjukehusstruktur og ambulansetenester i samanheng. Endra oppgåvedeling må følgjast av nødvendig styrking av ambulansetenesta. Desentraliserte spesialisthelsetenester, gjerne samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstenester, skal vidareutviklast for å gi gode tenester i nærmiljøet og heilskapelege pasientforløp.

2.5.2. Sentralisering og desentralisering

Utvikling av nye medisinske behandlingsmetodar, teknologi og IKT kan gi både sentralisering og desentralisering av helsetenester. Nasjonal helse- og sjukehusplan peiker på at faga utviklar seg ulikt.

Figur 2 Utvikling av fag

Innanfor dei kirurgiske spesialitetane er det ei auka spesialisering og sentralisering. Det er god dokumentasjon for at det er ein samanheng mellom pasientvolum og kvalitet, oftast målt som overleving, for ei rekke kirurgiske inngrep.

Ei kartlegging (2013-2014) av 14 mindre lokalsjukehus viste at det i gjennomsnitt var tre øyeblikkeleg hjelp innleggingar i kirurgiske avdelingar og seks i medisinske avdelingar per døgn. I gjennomsnitt blei

det gjort eitt akuttkirurgisk inngrep per døgn, og i løpet av eitt år blei det mottatt i gjennomsnitt éin pasient med alvorleg skade (signifikant multitraume) (arbeidsgruppe på oppdrag frå HOD)

Innanfor indremedisinske fag har det også skjedd ei spesialisering, men samtidig er det framleis behov for breiddekompetanse. Det er mange eldre med kroniske sjukdommar, ulike diagnosar og mange medikament, som har behov for legar som kan forstå og behandle heilskapen.

Nasjonal helse- og sykehusplan slår fast at: «pasientens behov skal være styrende for hvordan vi organiserer sykehusene og hva slags oppgavedeling det skal være mellom sykehus i framtiden. Pasienter med vanlige sykdommer, kroniske tilstander, psykiske helseproblemer og rusavhengighet skal få flest mulig tjenester lokalt. Det er regjeringens mål å videreutvikle den desentraliserte delen av spesialisthelsetjenesten med mer vekt på ambulante og polikliniske tjenester. Her vil samhandling med kommunenes helse- og omsorgstjeneste være avgjørende for at både primær- og spesialisthelsetjenesten kan gi et samlet, godt og lokalt basert tilbud.»

2.5.3. Stadleg leiing

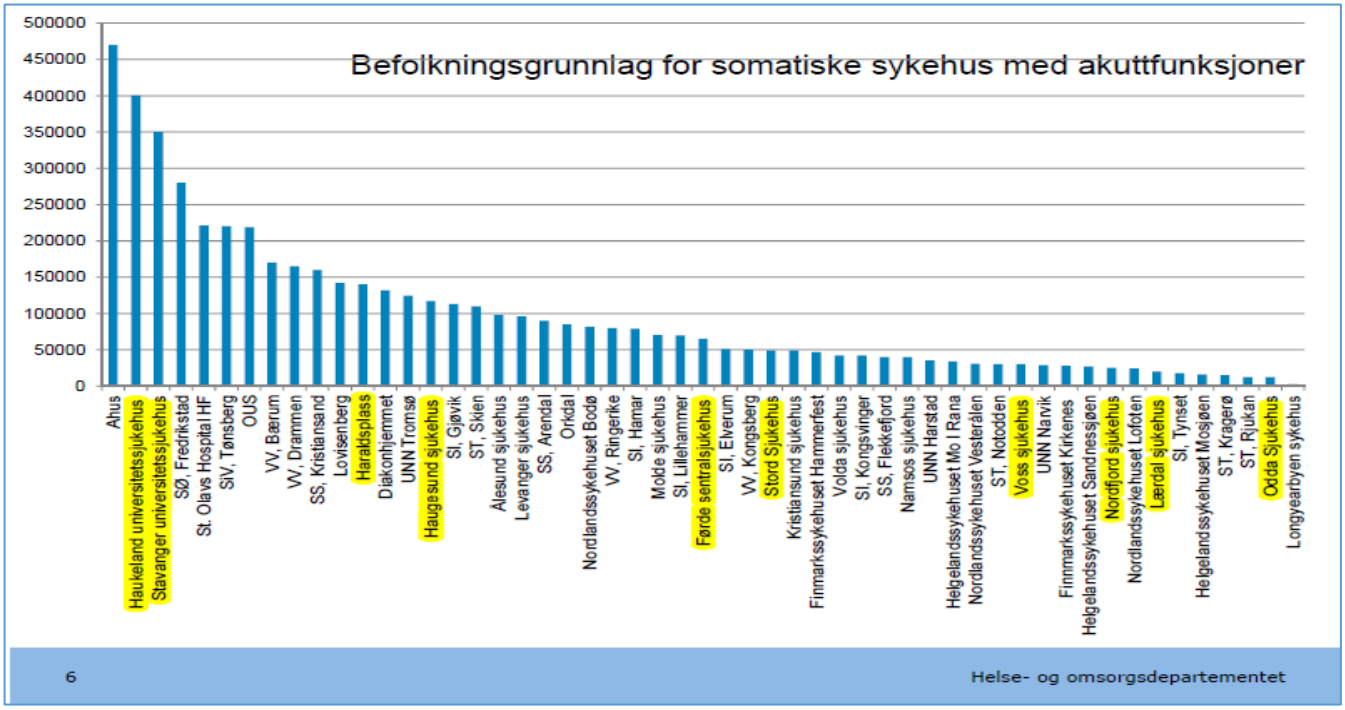
Føretaksmøtet 4. mai 2016 viste til at tett samarbeid og faglege og organisatoriske nettverksfunksjonar mellom sjukehus er ein føresetnad for hensiktsmessig oppgåvedeling og krav til heilskaplege pasientforløp, og at organiseringa bør understøtte dette. Ved behandling av Nasjonal helse- og sjukehusplan gjorde Stortinget følgjande oppmodingsvedtak: "Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse bli hovedregelen ved norske sykehus".

Vedtaket gir helseføretaka ein viss fleksibilitet til å utforme leiarmodellar tilpassa lokale behov, men stadleg leiing skal vere hovudregelen. Kravet om stadleg leiing er ikkje til hinder for bruk av tverrgåande klinikkar. I ein tverrgåande klinikkstruktur må klinikkleiaren passe på at det finst leiarar på dei ulike geografiske stadene som er gitt fullmakter til å utøve stadleg leiing. Helseføretaka må organisere verksemda slik at lovkrav til einskapleg leiing blir oppfylte. Det inneber mellom anna at alle tilsette i sjukehusa skal vite kven som er nærmaste leiar, jf. rundskriv I-2/2013 om leiaransvar i sjukehus. Uavhengig av organisering skal ein sikre god kommunikasjon og nærleik til næraste leiar. Omstillingsprosessar og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med tilsette og organisasjonane.

3. Nå-situasjonen

3.1. Tilbodet i Helse Fonna

Figuren nedanfor viser oversikt over befolkningsgrunnlag for somatiske sjukehus med akuttfunksjonar i landet, m.a. for dei tre sjukehusa i Helse Fonna. Odda sjukehus er det minste i landet.



Figur 3. Befolkningsgrunnlag for somatiske sjukehus med akuttfunksjonar

3.1.1. Organisering

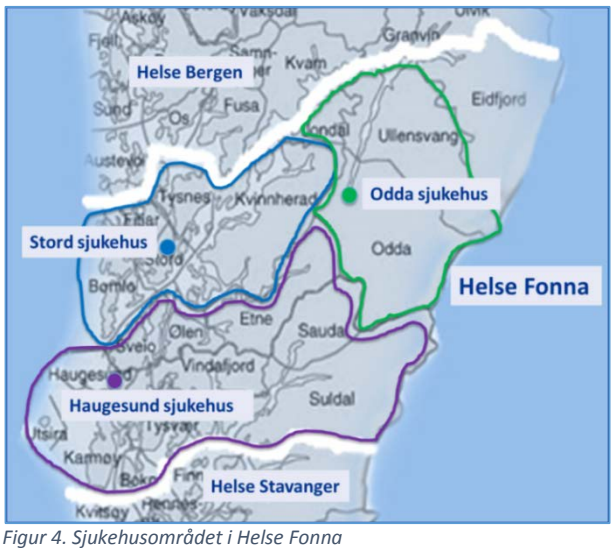
Helse Fonna yter spesialisthelsetenester til ei befolkning på 180 349 (per 1.1.2016), og består av Haugesund sjukehus, Stord sjukehus og Odda sjukehus. Innanfor psykisk helsevern er det Valen sjukehus og fire distriktspsykiatriske senter (Folgefonn DPS, Haugaland DPS, Karmøy DPS og Stord DPS).

Haugesund sjukehus dekker 10 kommunar (Haugesund, Utsira, Karmøy, Bokn, Tysvær, Suldal, Sauda, Vindafjord, Etne og Sveio).

Stord sjukehus dekker 5 kommunar (Stord, Bømlo, Fitjar, Tysnes og Kvinnherad) med til saman 49 761 innbyggarar.

Odda sjukehus dekker 3 kommunar (Odda, Ullensvang og Jondal) med til saman 11 435 innbyggarar.

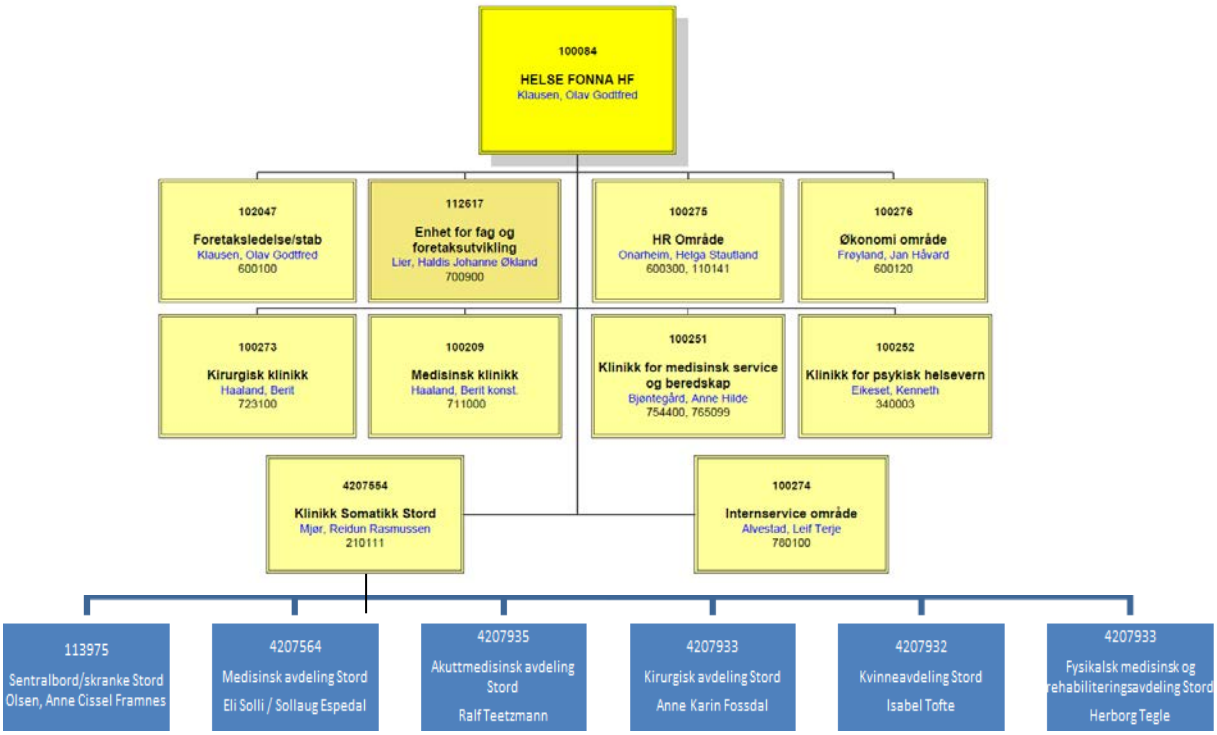
I tillegg høyrer Eidfjord kommune til Helse Fonna, men innbyggarane får spesialisthelsetenester frå Helse Bergen, i hovudsak frå Voss sjukehus. Denne ordninga blei vedtatt av styret i Helse Vest i 2013, på bakgrunn av prosjektet «Føretaksgrenser i Indre Hardanger».



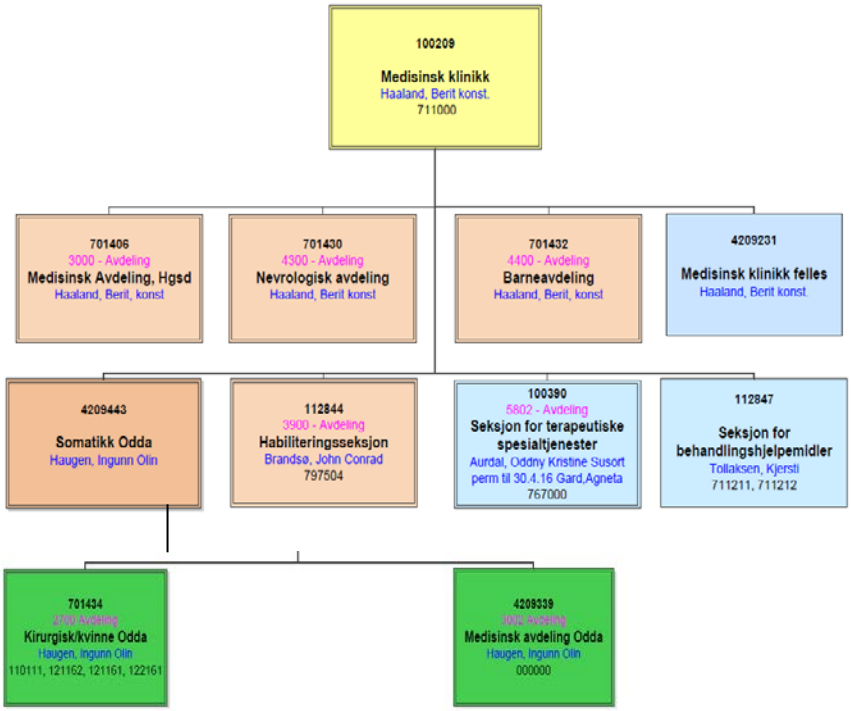
Figur 4. Sjukehusområdet i Helse Fonna

Organiseringa i Helse Fonna går fram av figur 5 og 6 nedanfor. Stabsfunksjonar er lokalisert i Haugesund, og er felles for heile helseføretaket (HR, kommunikasjon, økonomi). Fag- og føretaksutvikling dekker også heile føretaket (kvalitet, pasientsikkerhet, IKT, forsking, samhandling, smittevern, fagdirektør, føretaksadvokat). Klinikk for medisinsk service og beredskap (radiologi, laboratoriet, prehospitale tenester) og Internservice omfattar heile føretaket. Dei har begge avdelingar både ved Odda og Stord sjukehus.

Størstedelen av Stord sjukehus er organisert som eigen klinikk, med eigen klinikkdirektør som rapporterer til administrerande direktør. Odda sjukehus er organisert som ei avdeling i Medisinsk klinikk, leia av seksjonsleiar som rapporterer til direktør for Medisinsk klinikk.



Figur 5. Organisering av Helse Fonna



Figur 6. Organisering av medisinsk klinikk

3.1.2. Hovudtrekk i tenestetilbodet og funksjonsdeling

Hovudfunksjonar ved Haugesund sjukehus

Haugesund sjukehus har eit vidt spekter av spesialisthelsetenester, og er eit stort akuttsjukehus, jf. nasjonal helse- og sjukehusplan. Helse Fonna er likevel eit relativt lite helseføretak som skal ta hand om og stabilisere akutte sjukdoms- og skadetilfelle, og særleg gi eit tilbod til dei store sjukdomsgruppene som treng nærleik til tenestene.

Dei mest spesialiserte tenestene blir dekt i Helse Bergen (Haukeland universitetssjukehus) og til dels i Helse Stavanger (Stavanger universitetssjukehus). Eksempel på dette er nevrokirurgi, kardiologisk intervensjon, større thorax kirurgi, spiserørskirurgi, kjevekirurgi og behandling for ei rekke kreftformer, t.d. strålebehandling og kirurgisk kreftbehandling av barn. Andre eksempel er rehabilitering etter traumatiske skadar som ryggmargsskade eller hovudskade. Det gjeld også nasjonale funksjonar, som t.d. avansert brannskadebehandling. For ein del nasjonale funksjonar reiser pasientane også til andre regionar.

Helse Fonna (Haugesund sjukehus) har regionsfunksjon på fertilitetsklinikk/sædbank.

Haugesund sjukehus har føretaksdekkande funksjonar innanfor følgjande spesialitetar: auge, habilitering, karkirurgi, brystkirurgi, nevrologi, pediatri, øyre-, nase- og hals.

Fødetilbodet i Helse Fonna er delt slik at riskofødslar frå heile helseføretaket skal samlast ved Haugesund sjukehus, og fødande frå Hardanger føder i Haugesund eller på Stord, mens barselopphald (God Start) gis ved Odda sjukehus.

I området til Haugesund sjukehus er det 22 avtalespesialistar, fordelt med 1 innanfor anestesi, 3 i augesjukdommar, 2 innanfor fødselshjelp og kvinnesjukdommar, 4 indremedisinarar, 3 psykiatrar, 4 psykologar, 1 urolog og 3 avtalespesialistar innanfor øyre-nase-halssjukdommar.

Hovudfunksjonar ved Stord sjukehus

Stord sjukehus er eit akuttsjukehus som skal gje eit tilbod til dei store pasientgruppene i området. Dei meir spesialiserte tenestene er lokalisert til Haugesund sjukehus eller Haukeland universitetssjukehus. Kreftforløp går vidare til Haugesund eller Bergen, men nokre pasientar får cellegiftbehandling på Stord.

Det er medisinske og kirurgisk sengepostar og poliklinikkar ved sjukehuset i tillegg til operasjonsavdeling med 4 operasjonsstover. Fødeavdelinga for fødslar som ikkje er vurderte som risikofødslar.

Stord sjukehus har føretaksdekkande funksjon innanfor spesialisert rehabilitering.

Det er 7 avtalespesialistar innanfor Stord sitt sjukehusområde som dekker fagområda fødselshjelp og kvinnesjukdommar, augesjukdommar, hud- og veneriske sjukdommar, psykriatri, psykologi og øyre-nase-hals. Det er samarbeid med fleire av avtalespesialistane i Haugesund og i Bergen, særleg innanfor spesialitetar der sjukehuset har kapasitets-utfordringar.

(Hovudfunksjonar ved Odda sjukehus blir omtalt i neste prosjektrapport, i prosjektet for Odda sjukehus.)

3.1.3. Prehospitale tenester i spesialisthelsetenesta

Ambulansetenesta for Hardanger - Odda sjukehus opptaksområde:

Odda ambulansestasjon
- 2022 oppdrag i 2015 (158 106 km)
- Bemannet med 16,3 årsverk
- To biler i døgndrift + 1 dagbil, og 1 beredskapsambulanse (driftsreserve)

Ambulansetenesta for Sunnhordland - Stord sjukehus opptaksområde:

- 1 ambulansebåt i opptaksområdet (Kvinnherad)
- Følgeteneste jordmor (Kvinnherad)
- 4 ambulansestasjonar:
  Stord ambulansestasjon
  - 3695 oppdrag i 2015 (152 409 km)
  - Bemannet med 13,6 årsverk
  - To biler i døgndrift + 2 beredskapsambulanser

  Bømlo ambulansestasjon
  - 1034 oppdrag i 2015 (69 112 km)
  - Bemannet med 6,6 årsverk
  - 1 bil i døgndrift

Tysnes ambulansestasjon

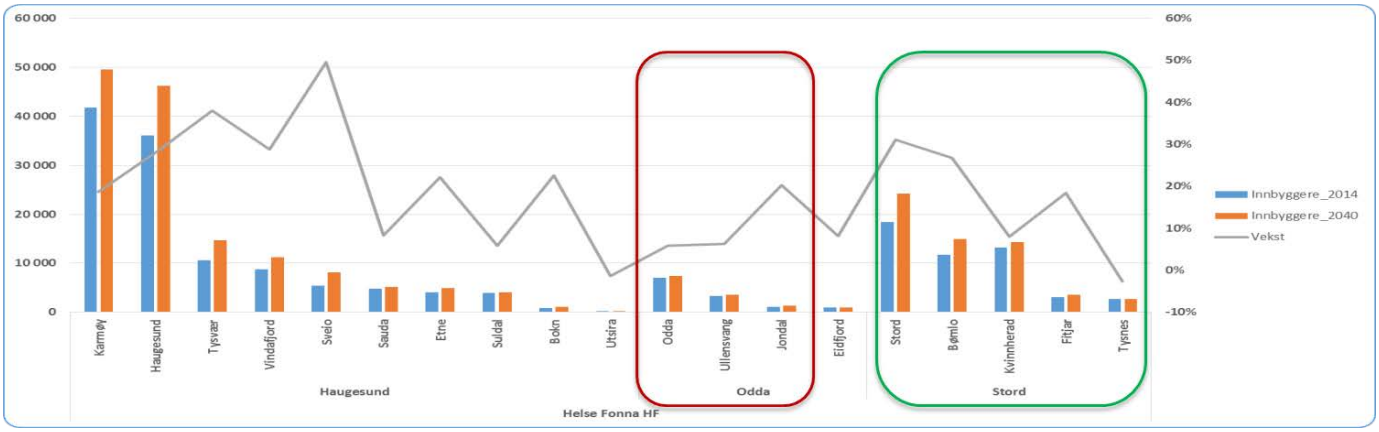
- 561 oppdrag 2015 (38 138 km)
- Bemannet med 6,6 årsverk
- 1 bil i døgndrift

Kvinnherad ambulansestasjon

- 1969 oppdrag i 2015 (69 996 km)
- Bemannet med 14 årsverk
- To biler i døgndrift + 1 beredskapsambulanse

3.2. Befolkningssamansetning og -utvikling i Sunnhordland og Hardanger

Samla oversikt over tal innbyggarar og befolkningsutvikling i kommunane i Helse Fonna-området:



Figur 7. Innbyggarar og befolkningsutvikling i Helse Fonna

Oversikten viser at opptaksområdet til Odda sjukehus har eit langt lågare folketal og ein lågare forventa vekst enn dei andre sjukehusområda i Helse Fonna. Nedanfor følgjer fleire detaljar for befolkningssamansetning i 2016 og forventa utvikling i 2030 for kommunane i opptaksområda til Stord og Odda sjukehus.

Kommunane i Stord sjukehus sitt opptaksområde

Tabell 1 viser talet på innbyggarar og fordelinga (prosent) i alderskategoriar i 2016 og 2030 for kommunane i opptaksområdet til Stord sjukehus. Det er stor variasjon i innbyggartalet. Fitjar og Tysnes har svært lågt innbyggartal, medan Stord har det høgste innbyggartalet av desse kommunane. 2030-tala er basert på SSB si befolkningsframskriving, MMMM[1]. Totalt sett vil det vere ein vekst i befolkningsgrunnlaget for heile opptaksområdet frå 2016-2030.

[1] Dette alternativet inneberer at ein nyttar middelverdiar for dei faktorane som framskrivinga baserar seg på (fruktbarheit, levealder, innanlandsk flytting og innvandring). Alternativet er det som er mest vanleg å bruka ved befolkningsframskriving.

	0-66 år		67-79 år		80-89 år		90 år+		Totalt	
	2016	2030	2016	2030	2016	2030	2016	2030	2016	2030
Stord	87 %	84 %	9 %	11 %	3 %	5 %	1 %	1 %	18 775	22 335
Bømlo	86 %	83 %	9 %	11 %	3 %	5 %	1 %	1 %	11 778	13 822
Fitjar	87 %	80 %	9 %	15 %	3 %	5 %	1 %	1 %	3 140	3 384
Tysnes	78 %	74 %	14 %	16 %	6 %	8 %	2 %	2 %	2 797	2 695
Kvinnherad	82 %	78 %	12 %	14 %	4 %	6 %	1 %	1 %	13 271	13 991
Heile opptaksområdet	85 %	81 %	10 %	12 %	4 %	5 %	1 %	1 %	49 761	56 227
Hordaland	86 %	84 %	9 %	11 %	3 %	5 %	1 %	1 %	516 497	600 420
Heile landet	86 %	83 %	10 %	12 %	3 %	5 %	1 %	1 %	5 213 985	5 948 156

Tabell 1. Innbyggartal og del menneskjer i kvar aldersgruppe per kommune i Stord sjukehus sitt opptaksområde 2016 og forventa i 2030 (Kjelde SSB)

For alle kommunar i Stord opptaksområde, med unntak av Fitjar er den største aukinga i befolkningsvekst forventa å kome i aldersgruppa 80-89 år (tabell 2), dette gjelder og for opptaksområdet sett under eit, for Hordaland og heile landet. Stord er forventa å ha den største veksten i denne gruppa. Totalt sett er Stord og Bømlo også forventa å ha høgast befolkningsvekst. Tysnes er den einaste kommunen der det er forvente negativ befolkningsvekst, medan i Kvinnherad er det forventa ein relativt liten vekst i det totale folketalet samanlikna med dei andre kommunane.

Forventa endring i folketalet frå 2016-2030					
	0-66 år	67-79 år	80-89 år	90 år +	Totalt
Stord	14 %	39 %	81 %	52 %	19 %
Bømlo	13 %	42 %	68 %	-18 %	17 %
Fitjar	-1 %	82 %	59 %	-24 %	8 %
Tysnes	-9 %	6 %	43 %	-2 %	-4 %
Kvinnherad	0,5 %	19 %	58 %	11 %	5 %
Opptaksområdet	8 %	33 %	66 %	10 %	13 %
Hordaland	12 %	35 %	63 %	18 %	16 %
Noreg	10 %	32 %	68 %	16 %	14 %

Tabell 2. Forventa endring i folketalet (2016-2030) per kommune i Stord sjukehus sitt opptaksområde (Kjelde SSB)

Kommunane i Odda sjukehus sitt opptaksområde

Tabell 3 viser det totale innbyggartalet og prosent innbyggarar fordelt i alderskategoriar i kvar av kommunane i Odda sjukehus sitt opptaksområde. Det er relativt stor variasjon i innbyggartal mellom desse kommunane. Som omtalt i kap. 3.1, inngår ikkje Eidfjord kommune lenger i opptaksområdet for Odda sjukehus, og tala for Eidfjord kommune er derfor utelatt frå talmaterialet. Det er forventa ei auke i innbyggartalet i kvar kommune frå 2016-2030. Innbyggartalet for 2030 er framskrive med SSB sitt alternativ MMMM.

	0-66 år		67-79 år		80-89 år		90 år+		Totalt	
	2016	2030	2016	2030	2016	2030	2016	2030	2016	2030
Odda	80 %	77 %	13 %	15 %	6 %	6 %	2 %	2 %	6 930	7 223
Ullensvang	79 %	78 %	14 %	14 %	5 %	7 %	2 %	2 %	3 401	3 507
Jondal	78 %	78 %	15 %	13 %	5 %	9 %	2 %	1 %	1 104	1 243
Opptaksområdet	80 %	77 %	13 %	15 %	5 %	7 %	2 %	2 %	11 435	11 973
Hordaland	86 %	84 %	9 %	11 %	3 %	5 %	1 %	1 %	516 497	600 420
Noreg	86 %	83 %	10 %	12 %	3 %	5 %	1 %	1 %	5 213 985	5 948 156

Tabell 3. Innbyggartal per kommune i Odda sjukehus sitt opptaksområde, 2016 (Kjelde SSB)

Alle kommunar i Indre Hardanger har ein noko lågare prosent innbyggarar i aldersgruppa 0-66 år enn snittet for Hordaland og heile landet. Hardangerkommunane har ein høgare del innbyggarar i aldersgruppa 67-79 år og 80-89 år enn resten av landet og fylket. Hardangerkommunane skil seg ut ved å generelt ha ein eldre befolkning enn kva resten av fylket og landet har.

Forventa endring i folketalet frå 2016-2030					
	0-66 år	67-79 år	80-89 år	90 år +	Totalt
Odda	0 %	27 %	20 %	-2 %	4 %
Ullensvang	1 %	0 %	57 %	-7 %	3 %
Jondal	12 %	-2 %	98 %	-59 %	13 %
Opptaksområde	1 %	15 %	37 %	-11 %	5 %
Hordaland	12 %	35 %	63 %	18 %	16 %
Norge	10 %	32 %	68 %	16 %	14 %

Tabell 4. Forventa endring i folketalet (2016-2030) per kommune i Odda sjukehus sitt opptaksområde (Kjelde SSB)

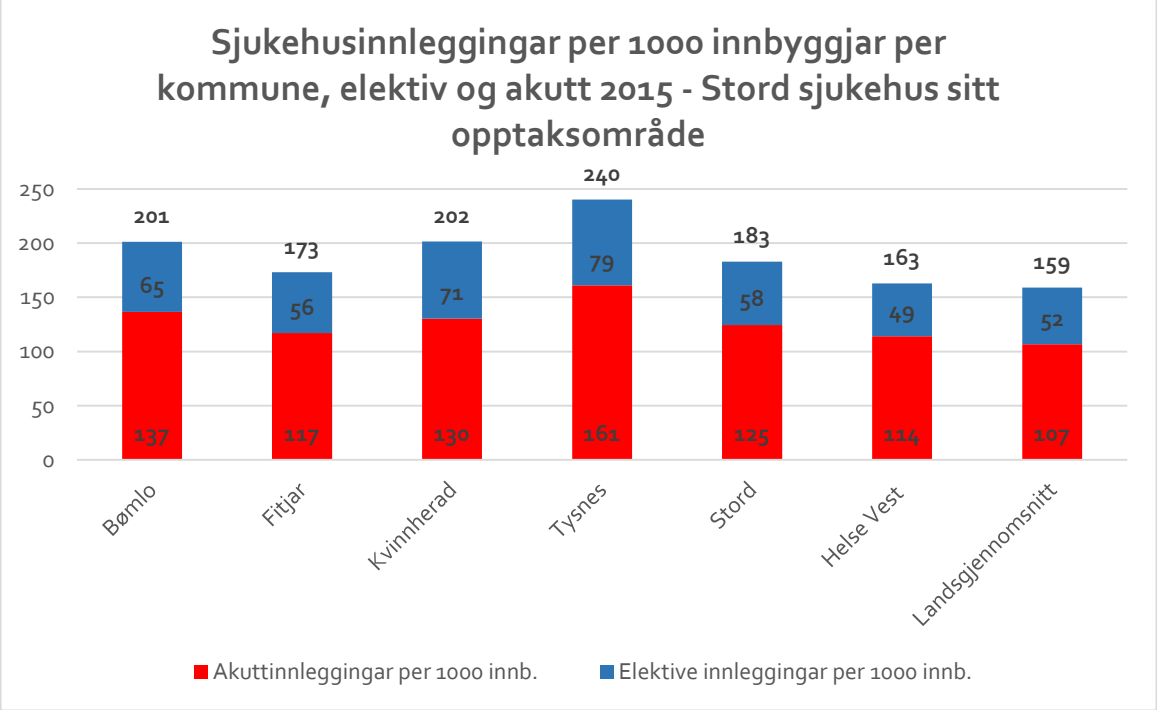
Kommunane i Indre Hardanger er forventa å ha ein del lågare befolkningsvekst enn Hordaland og landet (med unntak av Jondal) (tabell 4). Den største veksten er forventa å kome i aldersgruppa 80-89 år i samlege kommunar. I aldersgruppa for dei som er 90 år eller eldre er det forventa negativ vekst, dette er i strek kontrast til både fylkes- og landsgjennomsnittet. Jondal skil seg ut med at nesten all befolkningsveksten fram mot 2030 er forventa å skje i aldersgruppa 80-89 år. Her er det forventa ein nedgang i både i aldersgruppa 67-79 år, og 90 år og eldre.

3.3. Bruken av spesialisthelsetenester - forbruksmønster

Dette kapittelet gir eit bilde av forbruksmønsteret til befolkninga i Sunnhordland og Hardanger når det gjelder spesialisthelsetenester.

Stord sjukehus sitt opptaksområde

Kommunane i Sunnhordland har fleire akuttinnleggingar per 1000 innbyggar enn resten av landet (figur 8). Særleg Tysnes kommune har eit høgt forbruk samanlikna med andre, både når det gjeld elektive og akutte innleggingar. Totalt sett er forbruket av spesialisthelsetenester høgare i Sunnhordland enn elles i landet, og også høgare enn elles i Helse Vest. Merk at figur 8 viser den totale mengda innleggingar per 1000 innbyggarar, dette kan altså vere innleggingar andre stader enn ved Stord sjukehus.

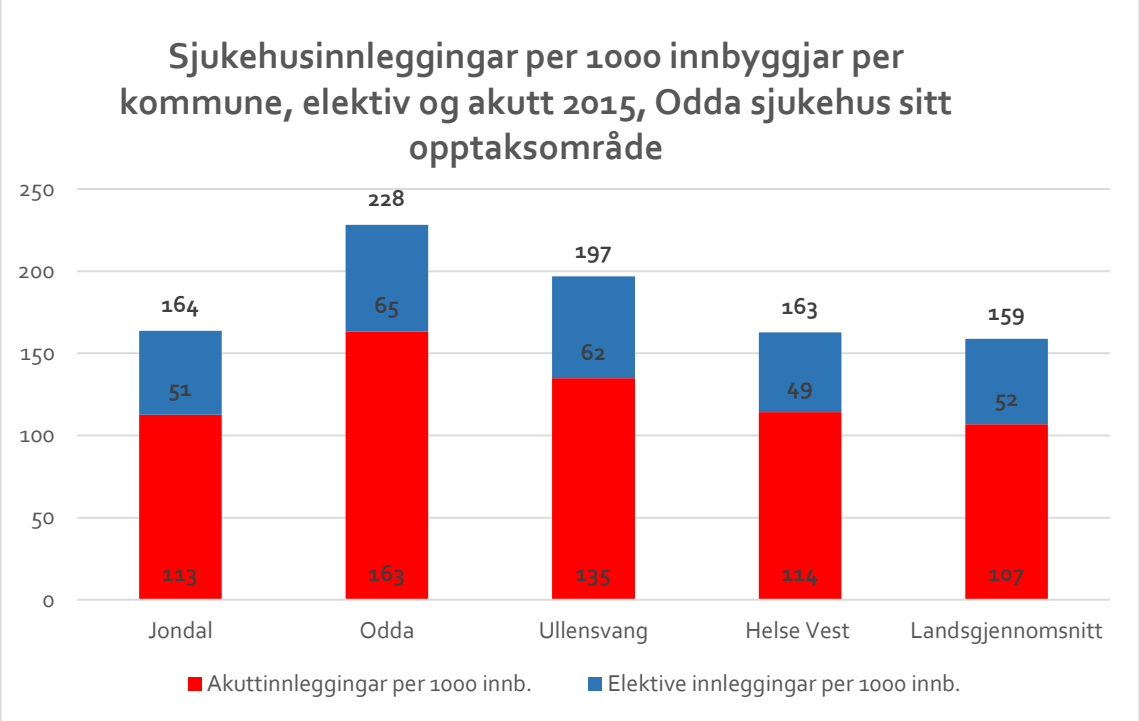


Figur 8. Sjukehusinnleggingar per 1000 innbyggar per kommune i Stord sjukehus sitt opptaksområde 2015

65 % av alle kirurgiske øh-prosedyrar (uavhengig av omsorgsnivå) for innbyggarane i Stord sjukehus sitt opptaksområde finn stad ved Stord sjukehus, 17 % ved Haukeland sjukehus, og 11 % ved Haugesund sjukehus. Om ein ser på døgnopphald som er knytt til kirurgisk øh er delen utført ved Stord sjukehus noko mindre (61 %).

Odda sjukehus sitt opptaksområde

Odda og Ullensvang skil seg ut ved å ha fleire akuttinnleggingar per 1000 innbyggar enn gjennomsnittet for både landet og Helse Vest, Odda ligger svært høgt her (figur 9). Merk at dette også gjeld innleggingar andre stader enn Odda sjukehus.



Figur 9. Sjukehusinnleggingar per 1000 innbyggar per kommune i Odda sjukehus sitt opptaksområde 2015

39 % av alle kirurgiske øh-prosedyrar (uavhengig av omsorgsnivå) for innbyggarane i Odda sjukehus sitt opptaksområde, finn stad ved Odda sjukehus, 22 % ved Haukeland sjukehus, og 15 % ved Haugesund sjukehus. Om ein ser på døgnopphald som er knytt til kirurgisk øh er delen utført ved Odda sjukehus mindre (24 %).

3.4. Pasientstraumar

Dette kapittelet presenterer pasientstraumar for døgnopphald (elektiv og augeblikkeleg hjelp), poliklinikk og dagopphald. Pasientstraumanalysane viser kor pasientar busette i dei ulike kommunane, mottar spesialisthelsetenester.

Noko av pasientstraumane er nødvendig fordi Stord og Odda sjukehus ikkje har alle funksjonar. Men straumane er truleg større enn nødvendig. Straumane går i stor grad til Helse Bergen/Haukeland universitetssjukehus, og i mindre grad til Haugesund sjukehus. Dette har til ein viss grad samanheng med regionsfunksjonane ved Haukeland universitetssjukehus, men det forklarer berre ein liten del av straumane. Ein må fokusere på å nå ut til fastlegane med informasjon om tilbodet ein har samla i Helse Fonna, slik at dei pasientane som ikkje har tilbod på næraste sjukehus blir sende til eit av dei andre sjukehusa i Helse Fonna dersom ein har tilbodet i føretaket (sjå kapittel 4.3 og 4.4).

Pasientstraumane vil også vere påverka av tilvisingspraksis hjå fastlegane i kommunane som inngår i sjukehusa sine opptaksområder. I prosjektet frå 2012 då føretaksgrensene i indre Hardanger blei utgreia, var det gjort ein eigen analyse på bakgrunn av intervju med fastlegar. Truleg kan denne analysen også tas med i betraktning no når ein ser på pasientstraumane i 2015. Men legane i indre Hardanger tilviser i større grad no enn tidlegare til ortoped i Haugesund. Elles er det ofte pasientane som sjølv bestemmer kvar han eller ho ynskjer å bli tilvist. For pasientar i Ullensvang er det lettast å

reise til Voss om det ikkje finnest tilsvarande tilbod i Odda. Deretter blir Haukeland universitetssjukehus prioritert, og til sist Haugesund. Dette skyldast først og fremst mangel på offentleg transport mellom Ullensvang og Haugesund. Utgreiinga frå 2012 om kva som styrar brukarane sine val av behandlingsstad – fastleganes tilvisingspraksis er å finna i vedlegg 2 til rapporten.

Pasientstraumane vil vere påverka av sjukehusa sin kapasitet til å behandla innan ulike spesialitetar. Pasientsstraumane er ikkje sett opp mot kapasitet, og dette bør det tast høgde for når ein tolkar resultata.

Ein finn størst del elektive døgnopphald[2] ved Haukeland universitetssjukehus for alle kommunar i opptaksområda til Odda og Stord sjukehus (tabell 5). Innbyggarane i opptaksområdet til Haugesund sjukehus, nyttar Haugesund sjukehus mest. Fitjar har høgast forbruk av elektive døgnopphald ved Stord sjukehus, medan Odda har høgast forbruk av elektive døgnopphald ved Odda sjukehus. Av kommunane i Stord sjukehus sitt opptaksområde er det Tysnes som har høgast del elektive døgnopphald ved Haukeland Universitetssjukehus, medan det er Jondal som har det høgaste forbruket blant kommunane i Odda sjukehus sitt opptaksområde. I utgreiinga om tilvisingspraksis er det peikt på Tysnes er lokalisert i ytterkanten av Helse Fonna området, og at kommunen ligg nærmare Bergen enn Haugesund. Det gjeld også Jondal.

[2] Gjennom heile rapporten nyttar vi desse definisjonane på aktivitetskategori/omsorgsnivå: 1) Døgnopphald: Innleggingar med 1 eller fleire overnattingar, 2) Dagbehandling: Innleggingar med 0 liggedøgn (eksklusiv dialyse som er poliklinisk kontakt) og dagkirurgi 3) Polikliniske kontakter

Elektive døgnopphald		Behandlingsstad								
Opptaksområde for	**Kommune**	**Haugesund**	**Odda**	**Stord**	**Haukeland**	**Voss**	**Førde**	**Stavanger**	**Andre**	**SUM**
Stord sjukehus	Stord	15 %	0 %	29 %	44 %	0 %	0 %	0 %	11 %	100 %
	Bømlo	24 %	0 %	25 %	40 %	0 %	0 %	1 %	10 %	100 %
	Fitjar	13 %	2 %	34 %	44 %	0 %	1 %	0 %	7 %	100 %
	Tysnes	13 %	0 %	23 %	57 %	0 %	0 %	0 %	6 %	100 %
	Kvinnherad	18 %	2 %	18 %	50 %	1 %	1 %	1 %	9 %	100 %
Odda sjukehus	Odda	23 %	13 %	2 %	50 %	2 %	0 %	1 %	10 %	100 %
	Ullensvang	13 %	9 %	2 %	57 %	9 %	1 %	0 %	9 %	100 %
	Jondal	2 %	7 %	0 %	72 %	8 %	0 %	0 %	12 %	100 %
Haugesund sjukehus	Bokn	47 %	0 %	6 %	29 %	0 %	0 %	9 %	9 %	100 %
	Etne	44 %	2 %	3 %	31 %	0 %	1 %	5 %	14 %	100 %
	Haugesund	49 %	1 %	2 %	28 %	0 %	0 %	6 %	15 %	100 %
	Karmøy	49 %	0 %	2 %	28 %	0 %	0 %	6 %	13 %	100 %
	Sauda	49 %	1 %	3 %	22 %	0 %	0 %	13 %	11 %	100 %
	Suldal	47 %	0 %	1 %	12 %	1 %	0 %	19 %	20 %	100 %
	Sveio	51 %	0 %	2 %	27 %	0 %	0 %	7 %	13 %	100 %
	Tysvær	48 %	0 %	2 %	27 %	0 %	0 %	5 %	18 %	100 %
	Utsira	67 %	0 %	0 %	7 %	0 %	0 %	20 %	7 %	100 %
	Vindafjord	53 %	1 %	2 %	24 %	0 %	1 %	8 %	11 %	100 %

Tabell 5. Pasientstraumar elektive døgnopphald per kommune og sjukehus –2015

Behandlingsstad med høgast del elektive døgnopphald er merka med raudt.

ØH- døgnopphald		Behandlingsstad								
Opptaksområde for	**Kommune**	**Haugesund**	**Odda**	**Stord**	**Haukeland**	**Voss**	**Førde**	**Stavanger**	**Andre**	**SUM**
Stord sjukehus	Stord	9 %	0 %	80 %	9 %	0 %	0 %	1 %	0 %	100 %
	Bømlo	15 %	0 %	74 %	8 %	0 %	0 %	2 %	0 %	100 %
	Fitjar	10 %	0 %	77 %	11 %	0 %	0 %	1 %	1 %	100 %
	Tysnes	9 %	0 %	74 %	15 %	0 %	0 %	0 %	1 %	100 %
	Kvinnherad	10 %	9 %	67 %	13 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Odda sjukehus	Odda	13 %	74 %	1 %	10 %	1 %	0 %	0 %	1 %	100 %
	Ullensvang	7 %	46 %	1 %	27 %	17 %	0 %	1 %	1 %	100 %
	Jondal	6 %	44 %	0 %	36 %	11 %	0 %	2 %	1 %	100 %
Haugesund sjukehus	Bokn	88 %	0 %	0 %	5 %	0 %	0 %	7 %	1 %	100 %
	Etne	88 %	2 %	2 %	5 %	0 %	0 %	3 %	0 %	100 %
	Haugesund	94 %	0 %	1 %	3 %	0 %	0 %	2 %	1 %	100 %
	Karmøy	93 %	0 %	0 %	3 %	0 %	0 %	2 %	0 %	100 %
	Sauda	86 %	0 %	0 %	4 %	0 %	0 %	10 %	0 %	100 %
	Suldal	80 %	1 %	0 %	4 %	0 %	0 %	14 %	1 %	100 %
	Sveio	85 %	0 %	9 %	5 %	0 %	0 %	1 %	0 %	100 %
	Tysvær	93 %	0 %	0 %	3 %	0 %	0 %	2 %	1 %	100 %
	Utsira	93 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	7 %	0 %	100 %
	Vindafjord	93 %	0 %	1 %	3 %	0 %	0 %	2 %	1 %	100 %

Tabell 6. Pasientstraumar øh-døgnopphald per kommune og sjukehus – 2015

Behandlingsstad med høgast del øh-døgnopphald er merka med raudt.

Dagbehandling		Behandlingsstad								
Opptaksområde for	**Kommune**	**Haugesund**	**Odda**	**Stord**	**Haukeland**	**Voss**	**Førde**	**Stavanger**	**Andre**	**SUM**
Stord sjukehus	Stord	16 %	0 %	54 %	21 %	0 %	0 %	1 %	8 %	100 %
	Bømlo	28 %	1 %	48 %	15 %	0 %	0 %	1 %	7 %	100 %
	Fitjar	15 %	4 %	49 %	25 %	0 %	0 %	1 %	7 %	100 %
	Tysnes	5 %	1 %	43 %	34 %	2 %	0 %	0 %	15 %	100 %
	Kvinnherad	17 %	5 %	33 %	31 %	1 %	0 %	0 %	13 %	100 %
Odda sjukehus	Odda	20 %	42 %	1 %	25 %	3 %	0 %	0 %	10 %	100 %
	Ullensvang	7 %	21 %	0 %	42 %	20 %	0 %	0 %	9 %	100 %
	Jondal	3 %	16 %	0 %	58 %	12 %	1 %	0 %	11 %	101 %
Haugesund sjukehus	Bokn	53 %	0 %	9 %	14 %	2 %	0 %	9 %	14 %	100 %
	Etne	56 %	1 %	4 %	10 %	0 %	0 %	5 %	24 %	100 %
	Haugesund	71 %	2 %	2 %	6 %	0 %	0 %	3 %	16 %	100 %
	Karmøy	69 %	2 %	2 %	6 %	0 %	0 %	5 %	15 %	100 %
	Sauda	60 %	4 %	3 %	7 %	0 %	0 %	11 %	16 %	100 %
	Suldal	58 %	2 %	2 %	2 %	0 %	0 %	26 %	11 %	100 %
	Sveio	66 %	3 %	6 %	8 %	0 %	0 %	2 %	15 %	100 %
	Tysvær	65 %	3 %	3 %	6 %	0 %	0 %	5 %	18 %	100 %
	Utsira	50 %	7 %	7 %	0 %	0 %	0 %	21 %	14 %	100 %
	Vindafjord	67 %	4 %	4 %	8 %	0 %	0 %	6 %	12 %	100 %

Tabell 7. Pasientstraumar dagbehandling per kommune og sjukehus –2015

Behandlingsstad med høgast del dagopphald er merka med raudt.

Poliklinikk		Behandlingsstad								
Opptaksområde for	**Kommune**	**Haugesund**	**Odda**	**Stord**	**Haukeland**	**Voss**	**Førde**	**Stavanger**	**Andre**	**SUM**
Stord sjukehus	Stord	15 %	0 %	54 %	23 %	0 %	0 %	1 %	7 %	100 %
	Bømlo	25 %	0 %	45 %	19 %	0 %	0 %	1 %	10 %	100 %
	Fitjar	13 %	0 %	50 %	33 %	0 %	0 %	1 %	3 %	100 %
	Tysnes	8 %	0 %	36 %	51 %	0 %	0 %	0 %	4 %	100 %
	Kvinnherad	14 %	6 %	34 %	39 %	0 %	0 %	1 %	7 %	100 %
Odda sjukehus	Odda	19 %	46 %	0 %	29 %	1 %	0 %	1 %	4 %	100 %
	Ullensvang	8 %	28 %	0 %	48 %	12 %	0 %	0 %	3 %	100 %
	Jondal	2 %	19 %	0 %	66 %	9 %	0 %	0 %	4 %	100 %
Haugesund sjukehus	Bokn	64 %	1 %	1 %	10 %	0 %	0 %	7 %	17 %	100 %
	Etne	63 %	2 %	1 %	16 %	0 %	0 %	3 %	14 %	100 %
	Haugesund	70 %	0 %	1 %	9 %	0 %	0 %	3 %	18 %	100 %
	Karmøy	79 %	0 %	0 %	9 %	0 %	0 %	4 %	16 %	109 %
	Sauda	58 %	2 %	1 %	12 %	0 %	0 %	14 %	13 %	100 %
	Suldal	50 %	1 %	0 %	6 %	0 %	0 %	31 %	11 %	100 %
	Sveio	67 %	1 %	3 %	10 %	0 %	0 %	2 %	18 %	100 %
	Tysvær	70 %	1 %	0 %	9 %	0 %	0 %	4 %	16 %	100 %
	Utsira	67 %	1 %	2 %	8 %	0 %	0 %	13 %	9 %	100 %
	Vindafjord	72 %	1 %	1 %	7 %	0 %	0 %	4 %	15 %	100 %

Tabell 8. Pasientstraumar polikliniske konsultasjonar per kommune og sjukehus –2015

Behandlingsstad med høgast del polikliniske konsultasjonar er merka med raudt.

Når det gjeld døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp (tabell 6) har alle kommunar høgast del opphald ved sjukehuset som dei høyrer til.

Når det gjeld dagbehandling (tabell 7) har alle kommunar i Stord sjukehus sitt opptaksområde høgast forbruk ved Stord sjukehus. Ved Odda sjukehus er det berre innbyggarane i Odda kommune som nyttar Odda sjukehus mest. Innbyggarane i Ullensvang og Jondal nyttar Haukeland mest. Innbyggarane i kommunane i Haugesund sjukehus sitt opptaksområde har høgast forbruk av dagopphald ved Haugesund sjukehus.

Innbyggarane i Stord, Bømlo og Fitjar kommune har høgast forbruk av polikliniske konsultasjonar ved Stord sjukehus (tabell 8), medan Tysnes og Kvinnherad har høgast forbruk av polikliniske konsultasjonar ved Haukeland universitetssjukehus. Innbyggarane i Odda kommune nyttar Odda sjukehus mest, medan Ullensvang og Jondal nyttar Haukeland mest. Samlege kommunar i Haugesund sjukehus sitt opptaksområde nyttar Haugesund sjukehus mest også når det kjem til polikliniske konsultasjonar.

Analysane tydar på at innbyggarane i opptaksområda til Stord og Odda i større grad nyttar tenestetilbodet ved omkringliggjande sjukehus enn kva funksjonsdeling og tenestetilbod skulle tilseie. Dette gjelder spesielt for elektive døgnopphald. Det er i mange tilfelle samanheng mellom geografisk nærleik og kor pasientane får behandling.

Når ein samanliknar pasientstraumane i 2012 med 2015 finn ein små endringar, pasientstraumane har altså haldt seg stabile. Når ein ser på øh-døgnopphald finner ein den største skilnaden i pasientsstraumane frå Jondal kommune. I 2012 nytta 44 % av pasientane Haukeland sjukehus ved øh-døgnopphald, medan i 2015 var dette talet redusert til 36 %. Andelen pasientar frå Jondal kommune ved Odda sjukehus har økt frå 40 %-44 % frå 2012 til 2015. Når det gjelder endringar i pasientsstraumane for polikliniske konsultasjonar, er dei største endringane å finne for kommunane i Haugesund sjukehus sitt opptaksområde. Pasientstraumane til Haugesund sjukehus frå samlege kommunar i opptaksområdet er redusert.

Det er heller ikkje store skilnader i pasientstraumane frå 2012-2015 knytt til dagbehandling. Den største skilnaden her er å finne i straumane frå Tysnes kommune. I 2012 nytta 31 % av innbyggarane frå Tysnes kommune Stord sjukehus for dagbehandling, dette har auka til 43 % i 2015, mens dei nyttar dagbehandling ved Haukeland og Haugesund sjukehus mindre.

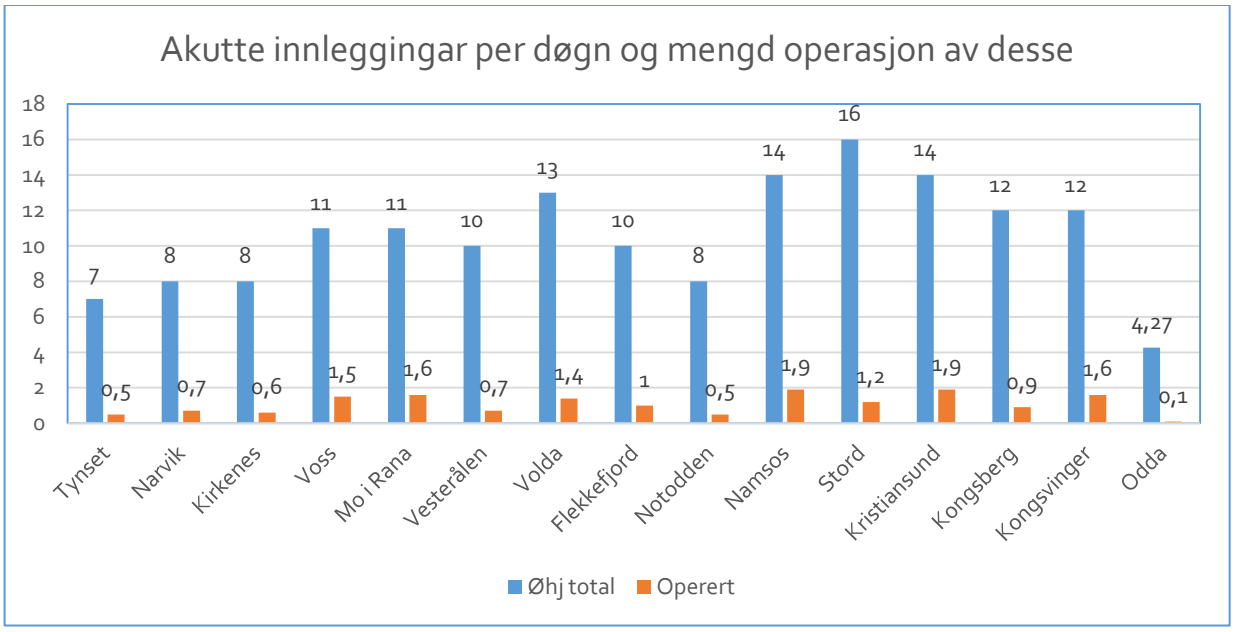
3.5. Øyeblikkeleg hjelp ved Stord og Odda sjukehus

Dette kapittelet beskriv aktivitet knytt til øyeblikkeleg hjelp utført ved Stord og Odda sjukehus.

Figur 10 gir ein indikasjon på variasjon mellom mindre akuttsjukehus i Noreg når det gjeld akuttinnleggingar med eller utan operasjon. Det kan vere ulik registreringspraksis ved dei ulike sjukehusa, noko som inneber at tala må tolkast som ein indikasjon på kor mange ØH-pasientar som blir opererte kvar dag.

Odda sjukehus har i snitt svært få akuttinnleggingar i løpet av eit døgn, samanlikna med andre små sjukehus i landet. Av dei 4,27 innleggingane ved Odda sjukehus blir det berre utført 0,1 operasjonar per døgn. Det inneber at det i snitt går 10 dagar mellom kvar akuttoperasjon.

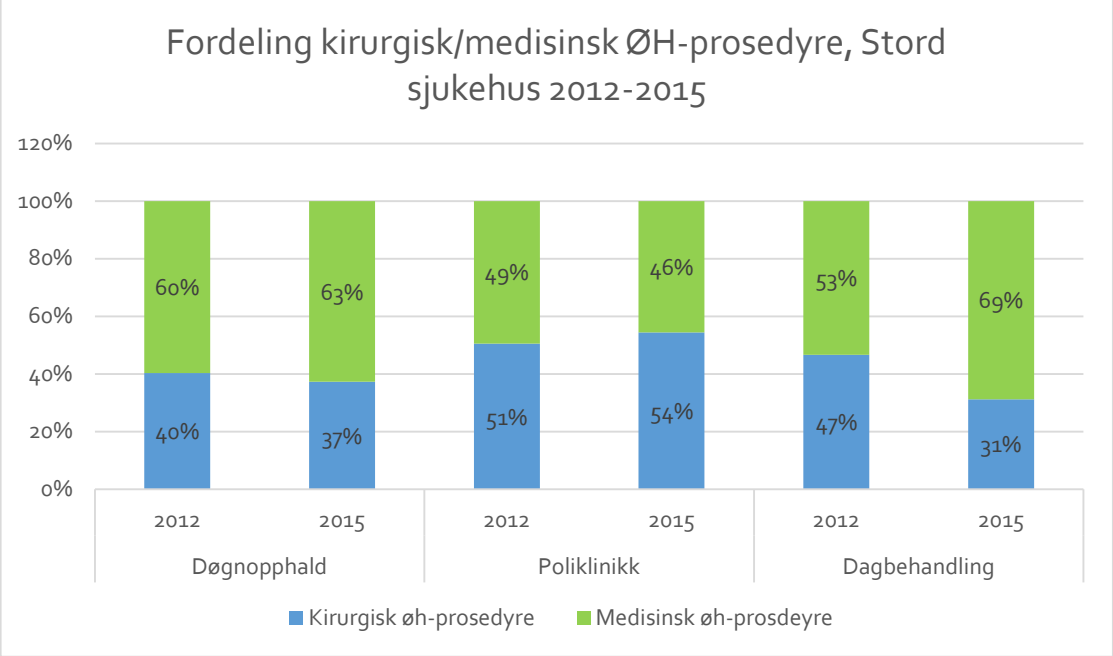
Stord sjukehus har flest akuttinnleggingar i løpet av eit døgn av alle sjukehusa som er med i oversikten, men delen kirurgiske inngrep er likevel ikkje av dei høgaste. Dette kan ha samanheng med at ein del pasientar kjem innom Stord, med treng større kirurgi og blir flytta til Haugesund. Mangelfull registrering kan også vere ei forklaring.



Figur 10. Akutte innleggingar og mengd operasjon av desse (Kjelde NPR 2014)

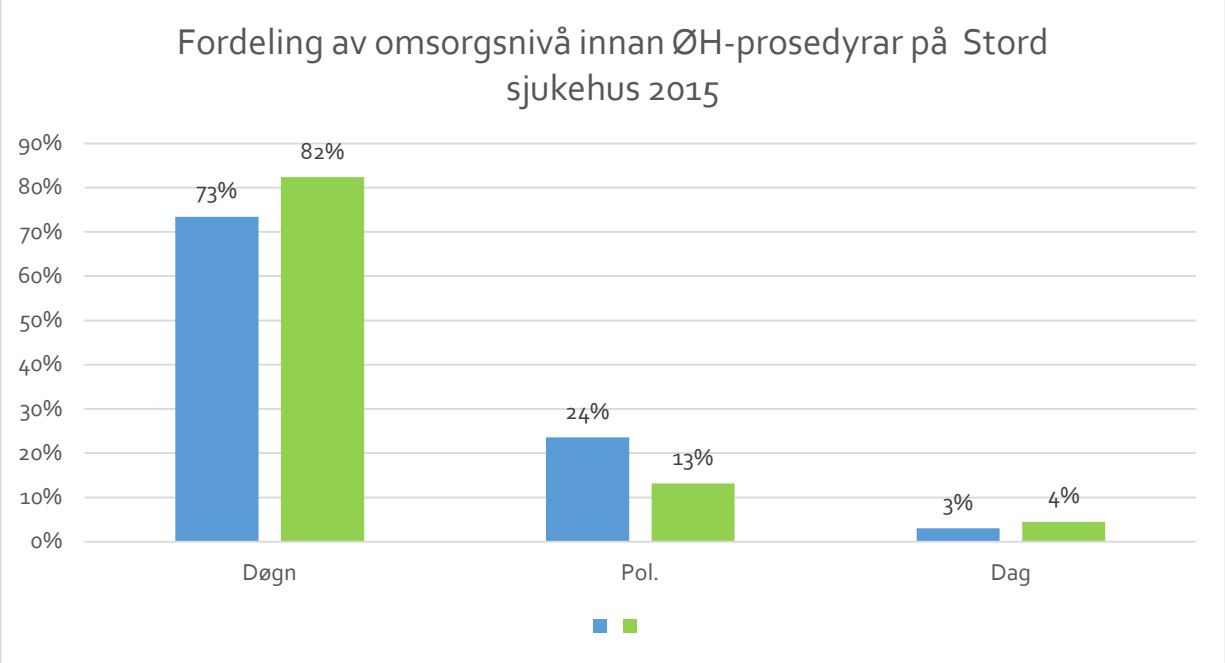
Stord sjukehus

Over halvparten av døgnopphalda for øyeblikkeleg hjelp ved Stord sjukehus gjeld medisinske fagområde (figur 11). Slik var det også i 2012. Når det gjeld poliklinisk akuttbehandling derimot, gjeld over halvparten kirurgi, og delen kirurgiske prosedyrar har gått opp frå 2012-2015. Del kirurgisk dagbehandling har gått ned i same periode. Det er medisinske øh-prosedyrar som er dominerande når det kjem til dagbehandling.



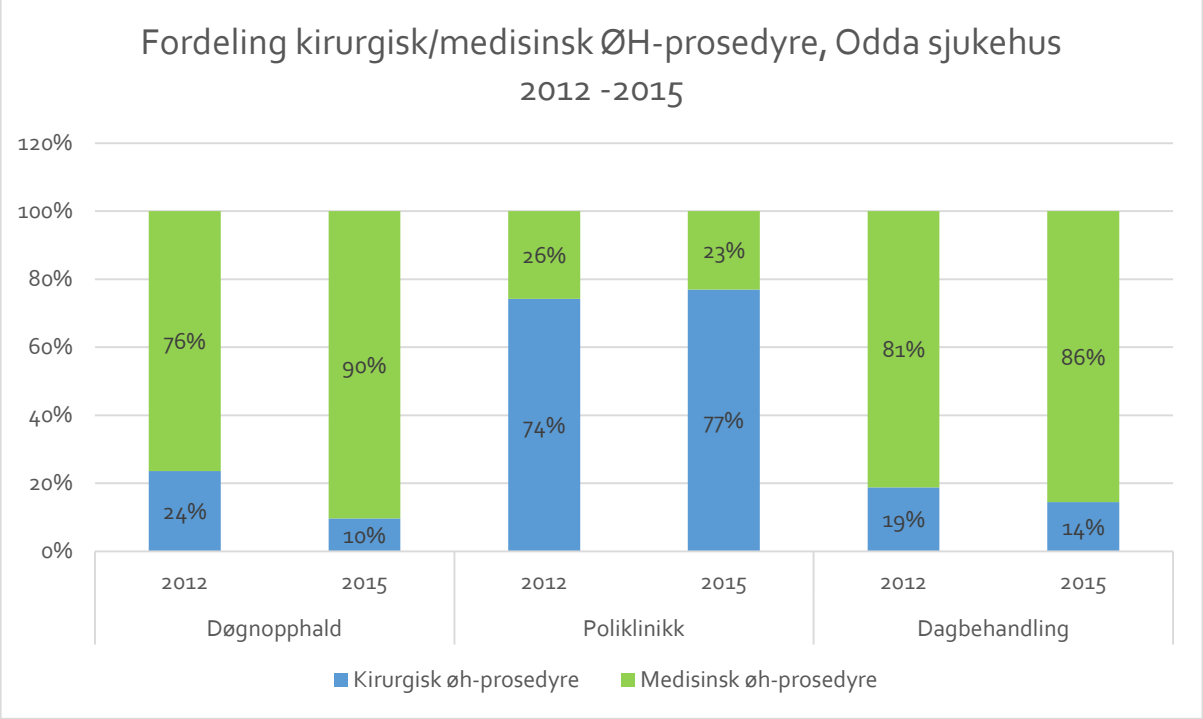
Figur 11. Utviklinga i fordelinga av kirurgiske og medisinske prosedyrar ved Stord sjukehus 2012-2015

Det meste av øh-aktiviteten ved Stord sjukehus er knytt til døgnbehandling, både når det gjelder medisinske og kirurgiske prosedyrar (figur 12). Svært lite av øh-aktiviteten er dagbehandling. Noko går føre seg poliklinisk. Det er ein større del av dei kirurgiske øh-prosedyrane som er poliklinisk enn dei medisinske øh-prosedyrane, medan det er fleire medisinske øh-prosedyrar knytt til døgnbehandling enn kirurgiske.



Figur 12. Fordeling av omsorgsnivå innan ØH-prosedyrar, Stord sjukehus 2015

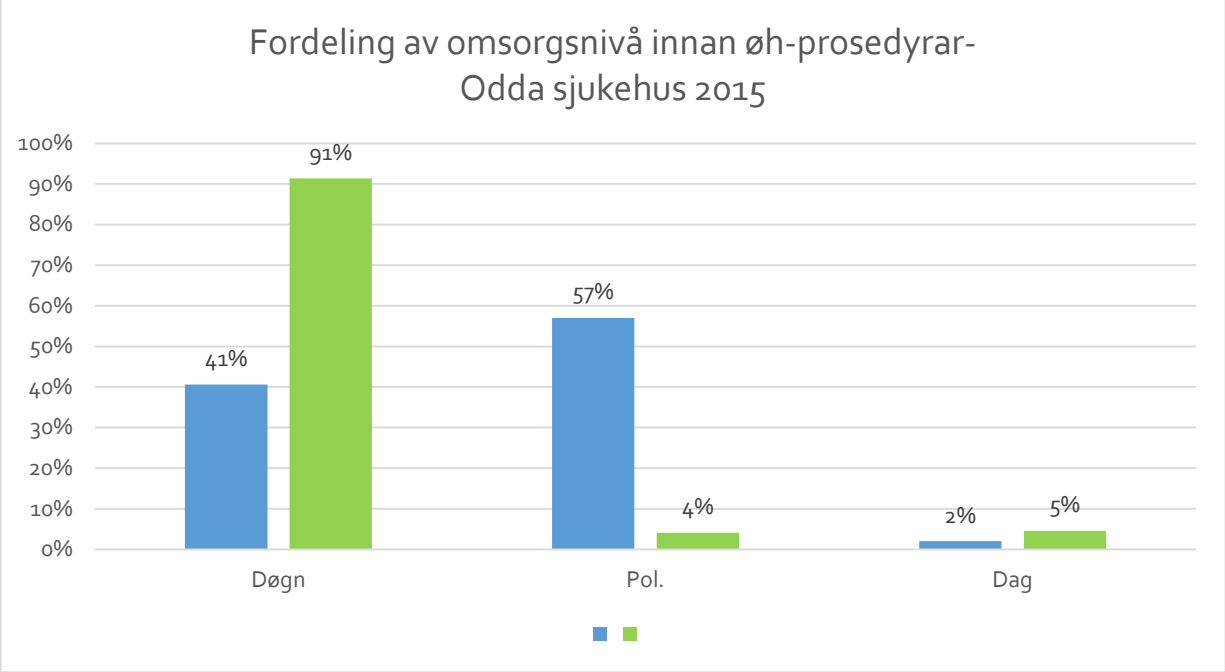
Odda sjukehus



Figur 13. Utviklinga i fordelinga av kirurgiske og medisinske prosedyrar ved Odda sjukehus 2012-2015

Det kjem fram tydelig i figur 13 at ved Odda sjukehus er størsteparten av øh-døgnopphalda medisinske. Dette gjeld også dagbehandling. For den polikliniske øh-verksemda ser det annleis ut, største delen er kirurgisk. Det har vore ein stor nedgang i del kirurgiske øh-døgn- og dagopphald frå 2012-2015, medan det har vore i lita auke i kirurgiske prosedyrar som er utført poliklinisk i same periode.

Det meste av akutte innleggingar ved Odda sjukehus er altså knytt til medisinske fagområde. Figur 14 viser at det aller meste av den medisinske ø-hjelpa er knytt til døgnbehandling, det er svært få medisinske øh-prosedyrar som kan relaterast til poliklinikk og dagbehandling.



Figur 14. Fordeling av omsorgsnivå innan ØH-prosedyrar, Odda sjukehus 2015

3.6. Primærhelsetenesta - legevaktsfunksjon og KAD

Kommunane sitt ansvarsområde og oppgåver innan helse ble frå 1. januar 2012 regulert i «Lov om kommunal helse- og omsorgstenester m.m. (Helse og omsorgstenestelova). Gjennom samhandlingsreforma har kommunane fått eit større ansvar for befolkninga si helse. Kommunane skal sørgje for at innbyggarane og andre som oppheld seg i kommunen får eit tilbod om nødvendige helse- og omsorgstenester. Kommunane sitt ansvar omfattar alle pasient- og brukargrupper. Kommunane sitt tilbod skal mellom anna omfatte: helsefremjande og førebyggande tenester, svangerskaps- og barselsomsorgstenester, hjelp ved ulukker og andre akutte situasjonar, utgreiing, diagnostisering og behandling (fastlegeordning), habilitering og rehabilitering og andre helse- og omsorgstenester.

Legevaktsfunksjon i Stord sjukehus sitt opptaksområde

Det nyttast naudnett i Sunnhordland, alarmtelefon (113) bevarast frå Haugesund sjukehus, som har AMK sentral heile døgnet. På Stord er det eigen legevaktstelefon (116 117), dette er eit tilbod til alle innbyggarane i Stord sjukehus sitt opptaksområde, og alle får svar frå Stord sjukehus. Det er akuttmottaket ved sjukehuset som svarar heile døgnet utanom når Kvinnherad legevakt eller Sunnhordland Interkommunale Legevakt (SIL) er bemanna med sjukepleiar. I desse ”opningstidene” svarar sjukepleiar frå legevakta.

- Vekedagar - Dagtid 08-15/16: Tysnes/Fitjar har " lyttevakt” for Naudnettet på eit fast legesenter – her er det vekslande legar. Kvinnherad har ”lyttevakt” på kvart av kontora – næraste legekontor er Halsnøy, Husnes, Rosendal, og Hatlestrand. Bømlo/Stord har ein fast lege i organisert dagvaktordning for Naudnettet – dette vekslar mellom legesenter.
- Vekedagar - Ettermiddag/kveld: Naudnettet 113 knytt til legevaktordninga i kommunane. Legevakt 116 117. Tysnes har lege i heimevakt – eitt fast legesenter/utrykking frå legesenter eller

anna lokalisering (heim). Kvinnherad har lege i heimevakt. Legevaktkontoret på Husnes er bemanna med sjukepleiar kvardag 17-22. Bømlo, Fitjar, Stord har tilstadesvakt for lege og tilgjengeleg sjukepleiar 15 – 08 ved Sunnhordland interkommunale legesenter.

- Helg/høgtid: Naudnettet knytt til legevaktordninga i kommunane og legevakt 116 117.Tysnes har lege i heimevakt. Kvinnherad har lege i heimevakt. Legevaktkontoret Husnes er bemanna med sjukepleiar lø 10 -18/sø 11-22. Bømlo, Fitjar, Stord har tilstadesvakt for lege og tilgjengeleg sjukepleiar heile døgeret.

Legevaktsfunksjon i Odda sjukehus sitt opptaksområde

- Vekedagar – Dagtid: Fastlegane har ansvar for augeblikkeleg hjelp på dagtid. Legane i Ullensvang har 1 ansvarleg lege per legekontor per dag. I Odda var det fram til 2012 same ordning, med ein ansvarleg lege for augeblikkeleg hjelp enten frå legesenter eller «bygdarbøen». Jondal har bere eit legekontor, og har truleg same ordning. (Dette med Jondal og Odda bør bekreftast).
- Vekedagar – 15.00-08.00: Legevakta i Odda overtek ansvaret. Legevakta i Odda er 13-delt og lokalisert på Odda sjukehus. Det er ein lege på vakt, og noko hjelpepersonell i nokre timar (Må bekreftast av Odda)
- Helger –Døgnet rundt: Legevakta i Odda har ansvaret døgnet rundt

Kommunale akutte døgnsenger (KAD)

Kommunane i Stord og Odda sjukehusområde har, eller held på å opprette kommunale akutte døgnsenger. Tilbodet til kvar kommune er summert opp i tabellane under.

Kommune	Senger/plassar	Oppstart	Lokalisert	Lege
Kvinnherad	1,9	1.9.2014	Korttids-rehabilitering ved Husnestunet	Dagleg legetilsyn i tillegg til legevakt utanom kontortid
Tysnes	1	1.3.2016	Tysnes sjukeheim	Legevaktslege ansvarlig (tilsynslege på tilsynsdag)
Fitjar, Stord og Bømlo – Interkommunalt samarbeid	4 senger 5 obs.plassar	1.12.2016	Stord sjukehus	Jobbar med å få på plass vaktordning utanom kontortid

Tabell 9. Kommunale akutte døgnsenger –Stord sjukehus sitt opptaksområde

Kommune	Senger/plassar	Oppstart	Lokalisert	Lege
Interkommunale for Odda, Ullensvang og Jondal	2 (låg beleggsprosent)	2.12.2013	Med legevakta på sjukehuset	

Tabell 10. Kommunale akutte døgnsenger – Odda sjukehus sitt opptaksområde

3.7. Geografi og samferdsel i Sunnhordland og Hardanger

Indre Hardanger har ein krevjande geografi/topografi med fjord og fjell som inneber at samferdsel er utsett for snø-, jord- og steinras og flom frå elver. Kommunane byggar beredskapen sin på eigne ROS-analysar.

Folgefonntunellen, Jondaltunellen, Hardangerbrua, utbetringar på Rv13 mot Bergen og E134 mot Haugesund har dei siste åra betra vegstandarden og redusert reisetidene med bil frå Indre Hardanger både til Haugesund og til Bergen. Kollektivtilbodet er framleis avgrensa.

Nedanfor visast eit kartutsnitt over området og ein tabell med reisetider og -avstandar med bil.

Figur 8. Kart over Hardanger, Sunnhordland, Haugalandet (kjelde Statens kartverk)

Frå kommunesenter	Til Odda sjukehus	Til Stord sjukehus	Til Haugesund sjukehus	Til Haukeland universitets-sjukehus	Til Voss sjukehus
Odda		162 km, 2 t 27 min	131 km, 2 t 4 min	135 km, 2 t 46 min (ferje)	91 km, 1 t 34 min
Kinsarvik, Ullensvang	42 km, 47 min	204 km, 3 t 12 min	172 km, 2 t 49 min	153 km, 2 t 19 min	50 km, 50 min
Jondal	40 km, 43 min	120 km, 3 t (ferje)	170 km, 2 t 45 min	97 km, 2 t 9 min (ferje)	78 km, 2 t 5 min (ferje)
Rosendal, Kvinnherad	47 km, 49 min	68 km, 2 t 3 min (ferje)	109 km, 2 t 42 min (ferje)	120 km, 2 t 27 min (ferje)	137 km, 2 t 21 min
Uggdal, Tysnes	90 km, 2 t 7 min	34 km, 1 t 3 min	90 km, 1 t 52 min (ferje)	52 km, 1 t 54 min (ferje)	
Fitjar	178 km, 2 t 44 min	33 km, 33 min	76 km, 1 t 17 min	61 km, 2 t 11 min (ferje)	
Leirvik, Stord	158 km, 2t 24 min		56 km, 56 min	82 km, 2 t 24 min	
Svortland, Bømlo	171 km, 2 t 41 min	32 km, 35 min	69 km, 1 t 8 min	110 km, 2 t 53 min	

Tabell 11. Kilometer og reisetid med bil (kjelde Google maps)

Eksempel på kollektivtransport:

I Odda sjukehus sitt opptaksområde:

- Jondal - Odda, buss om lag 45 minuttar
- Jondal - Bergen, buss om lag 2 timar
- Jondal - Haugesund, buss via Seljestad 4 timar 30 minuttar
- Odda - Bergen, buss og hurtigbåt 2 timar 45 minuttar
- Odda - Haugesund, buss 2 timar 40 minuttar
- Kinsarvik - Bergen, buss om lag 3 timar
- Kinsarvik - Odda, buss 55 minuttar

I Stord sjukehus sitt opptaksområde:

- Snøggbåt til og frå Stord (Leirvik-Sunde) om lag 20 minuttar
- Snøggbåt frå Stord, Bømlo, Tysnes, Rosendal, Sunde til Bergen, om lag 2 timar
- Tilgjengeleg buss-samband i Sunnhordland mot Stord, mot Haugesund og mot Bergen

3.8. Kvalitet og pasienttryggleik

Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet inneheld indikatorar som samla kan gi eit bilde av kvaliteten i helsetenesta. Ein deler gjerne indikatorane inn i strukturindikatorar (som kan seie noko om rammer, ressursar, kompetanse mv.), prosessindikatorar (som viser aktivitetar i pasientforløpet) og resultatindikatorar (som handlar om t.d. overleving, helsegevinst og pasienterfaringar). Resultat for alle indikatorane i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet blir publiserte på www.helsenorge.no for sjukehus, helseføretak og helseregionar.

Tolking av kvalitetsindikatorar

Ein kvalitetsindikator er eit indirekte mål, ein indikasjon på kvaliteten på det området som blir målt. Tolking av kvalitetsindikatorar kan vere komplisert og må gjerast med varsemd. Forskjell i resultat på

enkelte indikatorar kan skyldast andre forhold enn forskjell i kvalitet, t.d. ulike oppgåver mellom sjukehusa ut frå funksjonsdeling. Små sjukehus kan ha lågt tal pasientar som gir usikre resultat.

I det følgjande tar vi derfor for oss nokre av kvalitetsindikatorane der Kunnskapssenteret/ Folkehelseinstituttet har presentert meir detaljerte analysar for dei ulike sjukehusa. Det er likevel avgrensa kva ein kan slutte ut frå resultata. Éin indikator åleine kan ikkje beskrive behandlingskvaliteten ved sjukehuset. Da må fleire indikatorar som beskriv relevante sider ved sjukehuset vurderast. Først da kan man få eit inntrykk av den generelle kvaliteten ved verksemda.

30-dagars overleving

Kunnskapssenteret bereknar 30-dagars risikojustert sannsynlegheit for overleving, og har presentert eigne institusjonsrapportar for alle sjukehusa i landet (Notat Kunnskapssenteret, desember 2015). Rapportane seier m.a. følgjande om tolking av indikatoren og bruk av resultat:

> Å identifisere enkelte sykehus med statistisk signifikant høyere eller lavere overlevelse er ikke ensbetydende med at de leverer henholdsvis bedre eller dårligere kvalitet av tjenesten.
> [...]
> Eventuelle slutninger om kvalitetsforskjeller bør derfor ikke bare baseres utelukkende på resultater for overlevelse, men suppleres og bekreftes gjennom andre typer utredninger eller undersøkelser.
>
> Indikatorresultatene bør følges opp med en gjennomgang av sykehusets behandling og rutiner, med spesiell vekt på etterlevelse av retningslinjer. Kunnskapssenteret har erfaring med at mer inngående analyser av indikatorene kan gi en indikasjon på hvilke områder som bør vurderes for målrettet lokalt forbedringsarbeid.

Kunnskapssenteret påpeiker at resultat som ikkje er justert for forskjellar i pasientsamansetning, først og fremst kan nyttast internt i sjukehuset, som støtte i lokalt kvalitetsforbetringsarbeid.

Her ser vi derfor berre på 30-dagars risikojustert relativ dødelegheit for sjukehusa i Helse Fonna. Talet er justert for alder, kjønn, tidligare innleggingar, samtidige sjukdommar (komorbiditet), innmåte (elektiv/øyeblikkelig hjelp) og CCS-kategori. CCS (Clinical Classification Software)-kategoriar er eit system for å kategorisere ICD-kodar for å kunne identifisere pasientgrunnlaget for totaloverleving. Indikatoren for totaloverleving inkluderer pasientane frå CCS-kategoriane med høgast dødelegheit, og som til saman står for 80 % av 30-dagars dødelegheit etter sjukehusinnlegging i Noreg. Resultata representerer dermed dødelegheita for alvorlege tilstandar.

30-dagars risikojustert relativ dødelegheit på over 100 betyr høgare dødelegheit enn det som er forventa for resten av populasjonen, mens under 100 betyr lågare dødelegheit. Ein p-verdi mindre eller lik 0,05 betyr at sjukehuset avviker signifikant frå referanseverdien.

Sjukehus	30-dagars risikojustert relativ dødelegheit (2014)	p-verdi for dette sjukehuset samanlikna med referanseverdien
Haugesund sjukehus	92,2	0,072
Stord sjukehus	100,3	0,933
Odda sjukehus	113,8	0,024

Tabell 12. 30-dagars risikojustert relativ dødelegheit for sjukehusa i Helse Fonna

Resultata på denne indikatoren viser at Haugesund sjukehus har noko lågare dødelegheit, men ikkje signifikant lågare. Stord sjukehus har ein dødelegheit på linje med det som er forventa for resten av populasjonen. Odda sjukehus har ein signifikant høgare dødelegheit enn det som er forventa.

30 dagars reinnlegging av eldre etter sjukehusopphald

Kvalitetsindikatoren «risikojustert sannsynlighet for reinnleggelse av eldre innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus» blir berekna for pasientar som er 67 år og eldre og som blei lagt inn på sjukehus med ein av følgjande hovuddiagnosar (primærtilstand): astma/kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS), hjartesvikt, lungebetennelse, hjerneslag, brot, dehydrering, forstopping, gastroenteritt, urinveisinfeksjon, mangelanemier og gikt. Ei reinnlegging blir definert som ei akutt innlegging, uavhengig av årsak til innlegging (med visse unntak) og kva for sjukehus innlegginga skjer på, og som inntreff mellom 8 timer og 30 dagar etter utskriving frå ei tidlegare sjukehusinnlegging (Notat Folkehelseinstituttet, mars 2016).

På grunn av eit lite tal tilfelle per sjukehus er det knytt utsikkerheit til tala, særleg for små sjukehus. Dei einaste sikre konklusjonane ein kan trekke, er om eit sjukehus har lågare eller høgare reinnleggings-sannsynlegheit enn referanseverdien.

Her ser vi derfor på risikojustert sannsyn for reinnlegging for eldre pasientar som har hatt ei sjukehusinnlegging i ei av dei elleve diagnosegruppene (totalreinnlegging) i 2014 ved sjukehusa i Helse Fonna (justert for alder, kjønn og primærtilstand):

Sjukehus	Risikojustert sannsyn for reinnlegging i løpet av 30 dagar etter utskriving (totalreinnlegging), i prosent	Signifikans
Referanse	15,3	
Haugesund sjukehus	15,0	Ingen signifikant forskjell frå referanseverdien
Stord sjukehus	15,9	Ingen signifikant forskjell frå referanseverdien
Odda sjukehus	16,1	Ingen signifikant forskjell frå referanseverdien

Tabell 13. Risikojustert sannsyn for reinnlegging i løpet av 30 dagar etter utskriving (totalreinnlegging), for sjukehusa i Helse Fonna

Tala viser at ingen av sjukehusa i Helse Fonna har signifikant høgare eller lågare sannsyn for reinnlegging i løpet av 30 dagar etter utskriving, sjølv om Stord og Odda sjukehus ligg noko over referanseverdien.

Pasienterfaringar - brukaropplevd kvalitet

Kunnskapssenteret gjennomførte hausten 2014 ei nasjonal brukarerfaringsundersøking blant vaksne døgnpasientar ved somatiske sjukehus (PasOpp-rapport nr 2-2015, Kunnskapssenteret august 2015). Tilsvarande undersøkingar har vore gjennomført årleg sidan 2011. Kvart sjukehus blir samanlikna med landssnittet på ni pasienterfaringsindikatorar.

Tabellane nedanfor er henta frå dei lokale rapportene presenterte av Kunnskapssenteret, og viser resultat på dei ni indikatorane for sjukehusa i Helse Fonna. Tabellane viser resultat for 2014 på ein skala frå 0-100, der 100 er best. Vidare blir det samanlikna med landssnittet, om sjukehuset skårar signifikant betre eller dårlegare enn landssnittet, og endringar frå 2011.

Haugesund sjukehus skårar signifikant dårlegare enn landssnittet når det gjeld opplevinga pasientane har med organiseringa ved sjukehuset. Resultata er ikkje endra sidan 2011.

Stord sjukehus skil seg ikkje signifikant frå landssnittet, men pasientane opplever ventetida dårlegare i 2014 enn i 2011.

Odda sjukehus skårar signifikant dårlegare enn landssnittet når det gjeld pasienterfaringane med informasjonen og med organiseringa ved sjukehuset. Frå 2011 til 2014 har det vore ein negativ utvikling på 4 av 9 indikatorar, det gjeld opplevinga pasientane hadde av organiseringa, standarden og ventetida ved sjukehuset og korleis dei pårørande blei mottekne.

I tillegg har Kunnskapssenteret slått saman dei ni pasienterfaringsindikatorane til eit samlemål, ein totalvurdering av pasienterfaringane ved sjukehuset samanlikna med andre sjukehus. Samleskåren går frå 1 til 5, der 5 er best. Tre sjukehus i landet fekk skåren 1 og tre sykehus fikk skåren 5. Odda sjukehus var eit av dei tre sjukehusa som fekk skåren 1. Haugesund og Stord fekk begge skåren 2.

Tabell 3: Resultater på indikatorene for Haugesund sjukehus. Skala 0-100 der 100 er best.

Totalvurdering av pasienterfaringene ved sykehuset: 2 av 5					
	Antall svar	Gjennomsnitt		Endringer	
Indikator	2014	2014	Landssnitt 2014	2013-2014	2011-2014
Pleiepersonalet	187	75	76	↔	↔
Legene	190	72	76	↔	↔
Informasjon	188	70	73	↔	↔
Organisering	196	63	68 -*	↔	↔
Pårørende	153	75	80	↔	↔
Standard	196	70	72	↔	↔
Utskriving	154	54	58	↔	↔
Samhandling	120	60	63	↔	↔
Ventetid	42	63	65	↔	↔

*+/-: Bedre/dårligere enn landsgjennomsnittet: . p< 0.1, * p<0.05 , ** p<0.01 , *** p<0.001*
Resultatene er vektet og justert, unntatt Ventetid som kun er vektet. Ventetid er beregnet kun med elektivt innlagte pasienter, testet mot landsgjennomsnittet kun med signifikansnivå p<0,01, og ikke justert for pasientsammensetning
Blanke felter under sammenligning med landsgjennomsnittet indikerer at sykehuset ikke skiller seg signifikant fra dette. Blanke felter under endringer betyr at det ikke finnes sammenlignbare data.

Tabell 3: Resultater på indikatorene for Stord sjukehus. Skala 0-100 der 100 er best.

Totalvurdering av pasienterfaringene ved sykehuset: 2 av 5					
	Antall svar	Gjennomsnitt		Endringer	
Indikator	2014	2014	Landssnitt 2014	2013-2014	2011-2014
Pleiepersonalet	174	75	76	↔	↔
Legene	175	73	76	↔	↔
Informasjon	173	67	73	↔	↔
Organisering	178	65	68	↔	↔
Pårørende	133	79	80	↔	↔
Standard	180	69	72	↔	↔
Utskriving	139	51	58	↔	↔
Samhandling	108	65	63	↔	↔
Ventetid	47	60	65	↔	↓

*+/-: Bedre/dårligere enn landsgjennomsnittet: . p< 0.1, * p<0.05 , ** p<0.01 , *** p<0.001*
Resultatene er vektet og justert, unntatt Ventetid som kun er vektet. Ventetid er beregnet kun med elektivt innlagte pasienter, testet mot landsgjennomsnittet kun med signifikansnivå p<0,01, og ikke justert for pasientsammensetning
Blanke felter under sammenligning med landsgjennomsnittet indikerer at sykehuset ikke skiller seg signifikant fra dette. Blanke felter under endringer betyr at det ikke finnes sammenlignbare data.

Tabell 3: Resultater på indikatorene for Odda sjukehus. Skala 0-100 der 100 er best.

Totalvurdering av pasienterfaringene ved sykehuset: 1 av 5						
Indikator	Antall svar 2014	Gjennomsnitt 2014	Landssnitt 2014		Endringer 2013-2014	Endringer 2011-2014
Pleiepersonalet	81	70	76		⇔	⇔
Legene	80	65	76		⇔	⇔
Informasjon	78	61	73	-*	⇔	⇔
Organisering	81	55	68	-**	↓	↓
Pårørende	67	72	80		⇔	↓
Standard	82	66	72		↓	↓
Utskriving	64	51	58		⇔	⇔
Samhandling	48	56	63		⇔	⇔
Ventetid	15	62	65		⇔	↓

*+/-: Bedre/dårligere enn landsgjennomsnittet: . p< 0.1, * p<0.05 , ** p<0.01 , *** p<0.001*
Resultatene er vektet og justert, unntatt Ventetid som kun er vektet. Ventetid er beregnet kun med elektivt innlagte pasienter, testet mot landsgjennomsnittet kun med signifikansnivå p<0,01, og ikke justert for pasientsammensetning
Blanke felter under sammenligning med landsgjennomsnittet indikerer at sykehuset ikke skiller seg signifikant fra dette. Blanke felter under endringer betyr at det ikke finnes sammenlignbare data.

Tabell 14. Resultat på pasienterfaringsindikatorane for sjukehusa i Helse Fonna

Pasientopplevd pasienttryggleik

Kunnskapssenteret har målt pasientopplevd pasienttryggleik ut frå svar på tolv spørsmål om førekomst av ulike negative hendingar (PasOpp-rapport nr 2-2015, Kunnskapssenteret august 2015). Pasienttryggleiksindikatoren som består av desse spørsmåla varierer frå 0-100, der 100 er best. Indikatoren blir oppgitt for kvart sjukehus, men den er ikkje case-mix justert. Skåren kan derfor ikkje samanliknast mellom sjukehus. Indikatoren kan berre brukast til å sjå på utviklinga for kvart enkelt sjukehus for seg.

Det nasjonale gjennomsnittet var signifikant betre i 2014 enn i 2013. For Haugesund og Stord sjukehus har det ikkje vore endringar på indikatoren i perioden, mens for Odda sjukehus var det signifikant dårlegare resultat i 2014 enn i 2013 og i 2011.

Nasjonale resultat:

Tabell 6: Vektede resultater på pasientsikkerhetsindikatoren.

Antall svarere	Gjennomsnitt på skala 0-100, hvor 100 er best	Prosentandel pasienter med toppskåre på indikatoren	Endringer 2013-2014	Endringer 2011-2014
12955	86	40	↑	⇔

Haugesund sjukehus:

Tabell 6: Vektede resultater på pasientsikkerhetsindikatoren.

Antall svarere	Gjennomsnitt på skala 0-100, hvor 100 er best	Prosentandel pasienter med toppskåre på indikatoren	Endringer 2013-2014	Endringer 2011-2014
195	84	37	⇔	⇔

Stord sjukehus:

Tabell 6: Vektede resultater på pasientsikkerhetsindikatoren.

Antall svarere	Gjennomsnitt på skala 0-100, hvor 100 er best	Prosentandel pasienter med toppskåre på indikatoren	Endringer 2013-2014	Endringer 2011-2014
177	85	33	↔	↔

Odda sjukehus:

Tabell 6: Vektede resultater på pasientsikkerhetsindikatoren.

Antall svarere	Gjennomsnitt på skala 0-100, hvor 100 er best	Prosentandel pasienter med toppskåre på indikatoren	Endringer 2013-2014	Endringer 2011-2014
80	85	41	↓	↓

Tabell 15. Vekta resultat på pasienttryggleiksindikatoren for sjukehusa i Helse Fonna

3.9. Bemanning og rekruttering

Det er viktig å sikre tilstrekkeleg og kompetent personell ved sjukehusa i framtida. Ved Stord sjukehus har ein over tid klart å rekruttere til vakante legestillingar innanfor dei største somatiske spesialitetane og til generell indremedisin. Det har i periodar vore ei utfordring å rekruttere spesialsjukepleiarar. Det viktigaste tiltaket for å sikre stabil spesialsjukepleiarkompetanse er å legge til rette for vidareutdanning.

3.10. Oppsummering av nå-situasjonen

Kapittel 3 har vist eit bilde av nå-situasjonen som er litt ulikt for Stord og Odda sjukehus.

Odda sjukehus

Odda sjukehus har eit svært lite opptaksområdet med 3 kommunar og 11 435 innbyggarar, og det er forventa liten befolkningsvekst, men ein auke i den eldre delen av befolkninga.

Det er få akuttinnleggingar per døgn ved Odda sjukehus samanlikna med andre mindre sjukehus i landet, og svært få gjeld kirurgi/operasjon. Det meste av øyeblikkeleg hjelp på Odda sjukehus er medisinsk. Mykje av den kirurgiske ø-hjelpa føregår poliklinisk.

Pasientstraumane viser, med unntak for ØH-døgn, at pasientar frå Odda sjukehus sitt opptaksområde i stor grad blir behandla ved Haukeland universitetssjukehus. Pasientar frå Odda kommune nyttar Odda sjukehus i størst grad, også for dagbehandling og polikliniske konsultasjonar. Odda kommune har eit langt høgare forbruk av ØH-innleggingar per 1000 innbyggar enn snittet i landet og i Helse Vest.

Odda sjukehus skårar noko dårlegare enn forventa på kvalitetsindikatorane overleving, reinnlegging, pasientopplevd kvalitet og pasienttryggleik.

Vegane i Indre Hardanger er rasutsette, og reisetida til næraste større sjukehus er om lag 2 timar, men det er kortare til Voss sjukhus frå den nordlegaste delen av kommunane.

Stord sjukehus

Stord sjukehus sitt opptaksområde dekker 5 kommunar og 49 761 innbyggarar. Det er forventa ein vekst i folketalet på nivå med resten av landet, og det er særleg delen eldre som vil auke.

Det er eit høgt forbruk av akuttinnleggingar per 1000 innbyggarar i opptaksområdet, og det speglast igjen i mange akuttinnleggingar per døgn ved Stord sjukehus. Delen som blir operert er likevel relativt liten. Størstedelen av øyeblikkeleg hjelp skjer ved døgnbehandling, både medisinsk og kirurgisk. Det er lite av den øyeblikkelege hjelpa som skjer poliklinisk eller som dagbehandling. Det er nærliggande å sjå dette i samanheng med at kommunane i opptaksområdet (med unntak av Kvinnherad) ikkje har kommunale akuttsenger på plass før i 2016.

Pasientstraumanalysen viser at ein stor del av pasientane reiser til Haukeland for behandling, særleg gjeld det for elektiv døgnbehandling.

Stord sjukehus skårar som forventa på kvalitetsindikatorane overleving, reinnlegging, pasientopplevd kvalitet og pasienttryggleik.

Reisetida til næraste større sjukehus varierer frå om lag 1 til om lag 2 timar frå kommunane i opptaksområdet.

Låg eigendekning i Helse Fonna

Ein stor del av pasientane både i Sunnhordland og Hardanger mottar behandling ved Haukeland universitetssjukehus. Pasientstraumen til Haukeland er større enn forventa ut frå funksjonsdelinga i regionen. Ein del av forklaringa ligg i at det til dels er kortare reiseveg til Bergen enn til Haugesund. I tillegg kan det vere at tilboda ved sjukehusa i for liten grad dekker dei tenestene innbyggarane treng ofte og mykje, slik at pasientlekkasjane er større enn nødvendig. Også pasientar frå Haugesund sjukehus sitt opptaksområde reiser i ganske stor grad ut av føretaket for behandling. Det har, frå før Helse Fonna blei etablert ved føretaksreforma i 2002, vore tradisjon for å tilvise pasientar busette i Hordaland, til Haukeland. Denne pasientstraumen har vore vanskeleg å snu.

4. Moglege løysingar

Nasjonal helse- og sjukehusplan, samhandlingsreforma og andre nasjonale meldingar og planar, beskriv eit behov for endring og omstilling i helsetenestene for å møte utviklinga i mellom anna demografi, sjukdomsmønster og medisinsk-fagleg utvikling.

Utviklingstrekka og nå-situasjonen inneber at det er eit behov for endring og utvikling i Helse Fonna generelt, og ved Odda og Stord sjukehus spesielt. Det er forskjellar mellom dei ulike sjukehusområda, som vil krevje ulike løysingar. Det er eit overordna mål å sikre eit sterkt Helse Fonna med eit breitt tilbod av spesialisthelsetenester.

Til tross for eit omfattande faktagrunnlag (kap. 3), må vi erkjenne at vi ikkje kan analysere oss fram til eintydige svar på korleis løysingane skal sjå ut. Faktagrunnlaget kan bidra eit stykke på veg, men det vil òg vere nyttig å sjå til eksempel og erfaringar frå andre sjukehus og helseføretak.

4.1. Eksempel og erfaringar frå andre sjukehus og helseføretak

Som bakgrunn i eit endrings- og utviklingsarbeid vil det vere interessant å sjå på løysingar ved andre sjukehus og helseføretak som er samanliknbare med sjukehusa i Helse Fonna.

Innanfor regionen har Helse Fonna til dels dei same utfordringar som Helse Førde sto ovanfor:

- Fagmiljøa spreidde, sårbare/små
- Rekruttering er krevjande
- Lite samarbeid mellom sjukehusa og uklar fagleg kvalitet
- Uklar kopling mellom «behov» og «tilbod» til befolkninga

Utviklingsarbeidet i Helse Fonna kan dra nytte av erfaringane og framgangsmåten i utviklingsarbeidet i Helse Førde.

I eit arbeid i 2014 ved Sykehuset Innlandet HF, «Omstilling somatikk», blei fleire eksempel på sjukehus utan akuttfunksjonar i kirurgi omtalt (rekkefølgja er eit uttrykk for omfanget av spesialisthelsetenester):

> Røros sykehus er en del av St. Olavs hospital HF og leverer dagkirurgitjenester, polikliniske tjenester og laboratorie- og røntgenservice. Rjukan sykehus er en del av Sykehuset Telemark HF, kalles nå dagsykehus, og vil levere polikliniske tjenester og dagbehandling. Deler av Hallingdal sjukestugu er en del av Vestre Viken HF og driver i tillegg til poliklinikk og dagbehandling, en sengeenhet i foretakets regi, men drevet av foretaksansatte allmennleger. Alta Helsesenter skal videreutvikles og vil i 2017 ha en sengeenhet som en del av Finnmarkssykehuset HF. Det vil være indremedisinere til stede på dagtid, mens vaktordningene på kveld og natt vil ivaretas av allmennleger.
>
> Sykehuset i Nordfjordeid er en del av Helse Førde HF og har i tillegg til et omfattende tilbud om polikliniske tjenester og dagbehandling, en sengeenhet som tar imot indremedisinske akuttpasienter. Det er indremedisinere i døgnkontinuerlig vakt i tillegg til anestesilege. Også Kongsberg sykehus i Vestre Viken HF og Mosjøen sykehus i Helgelandssykehuset HF har utelukkende akuttfunksjoner i indremedisin. Av større sykehus uten akuttfunksjon i kirurgi kan nevnes Lovisenberg Diakonale sykehus AS og Elverum sykehus. Sistnevnte har dog akuttfunksjoner i ortopedi og gynekologi.

I det vidare bygger vi i stor grad på modellane som blei utvikla i samband med utviklings- og omstillingsarbeidet i Helse Førde.

4.2. Den akuttmedisinske kjeda - Stord som akuttsjukehus

Den akuttmedisinske kjeda er samfunnets samla organisatoriske, personellmessige og materielle beredskap for å kunne yte befolkninga akutt helsehjelp. Den akuttmedisinske kjeda består av fastlege, legevakt, kommunal legevaktsentral, akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK-sentral), bil-, båt- og luftambulanse, samt akuttmottak i sjukehus." (Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet, Høring til Nasjonal helseplan, «Fremtidens helsetjeneste: Trygghet for alle». 2011).

Kjeda representerer ei samanhengande rekke av tiltak for å sikre akutt helsehjelp frå hendelsestad, inkludert publikums innsats, fram til definitiv behandling. Endepunktet for kjeda i sjukehus er ikkje

alltid akuttmottaket. Det er etablert såkalla fast-track-pasientforløp der pasientane blir ruta direkte til ei avdeling på sjukehuset og ikkje er innom verken legevakt eller akuttmottak.

Helseføretak og kommunar har saman eit ansvar for å sikre eit godt akuttmedisinsk tilbod.

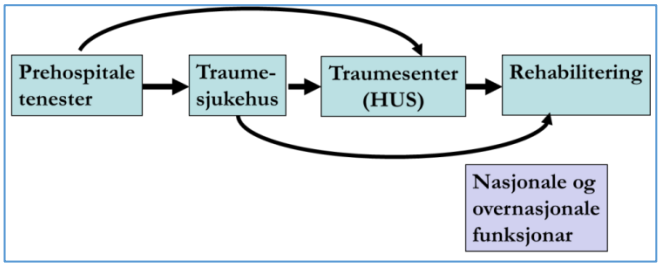
Akuttutvalget brukar begrepet prehospitale tenester om dei tenestene utanfor sjukehus som er eller kan bli involvert i handteringa av pasientar som treng øyeblikkeleg hjelp. Desse er fastlege, legevakt, pleie- og omsorgstenesta i kommunen (inkludert kommunale øyeblikkeleghjelp døgntilbod, nødmeldeteneste (AMK- legevaktsentral) og ambulanseteneste (bil-, båt-, og luft). Akuttmedisin er i henhold til akuttmedisinforskrifta (2015) *medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåking ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, blant annet akutte psykiske lidelser og rusproblemer og akutte tilstander etter vold og overgrep, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse.Med ambulansetjeneste menes bil-, båt- og luftambulansetjeneste som inngår i regionale helseforetaks akuttmedisinske beredskap utenfor sykehus og der det under transporten er behov for akuttmedisinsk behandling eller overvåking.*

Akuttmedisinforskrifta definerer kommunal legevaktordning som *virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging.*

Førstehjelp blir definert *som den første hjelpen alle kan gi ved akutt skade og sykdom, mens begrepet livreddende førstehjelp kan defineres som førstehjelpstiltak som utføres når når vitale funksjoner er truet på grunn av akutt sykdom eller skade.*

Sjukehusa i Helse Vest utgjer til saman eit trygt og godt akuttilbod for innbyggarane og vil ta vare på dei akutt skadde og sjuke pasientane. Traumesystemet i Helse Vest er bygd opp slik:

1. Den prehospitale delen med ambulanse, lokalt akuttmedisinsk team og luftambulanse
2. Traumesjukehusfunksjon (Haugesund sjukehus, Stord sjukehus og Odda sjukehus er akuttsjukehus med traumefunksjon)
3. Traumesenter (Haukeland universitetssjukehus)
4. Rehabilitering



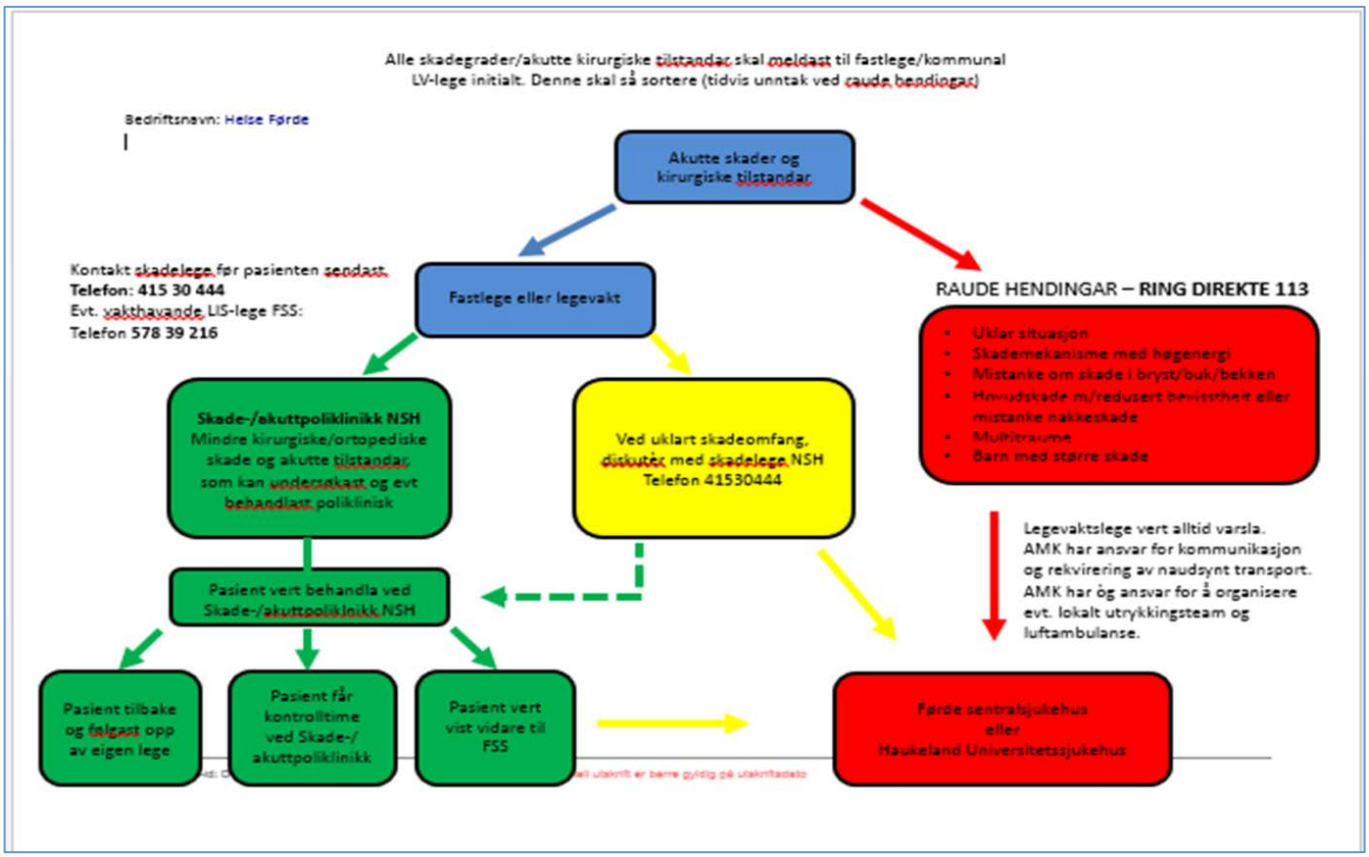
Figur 9. Traume- /skadeomsorg – plan for akutt skadde. Traumesystem

Nasjonal helse- og sjukehusplan/føretaksmøtet 4. mai 2016, legg følgjande føringar for akuttsjukehus (jf. kap. 2.5):

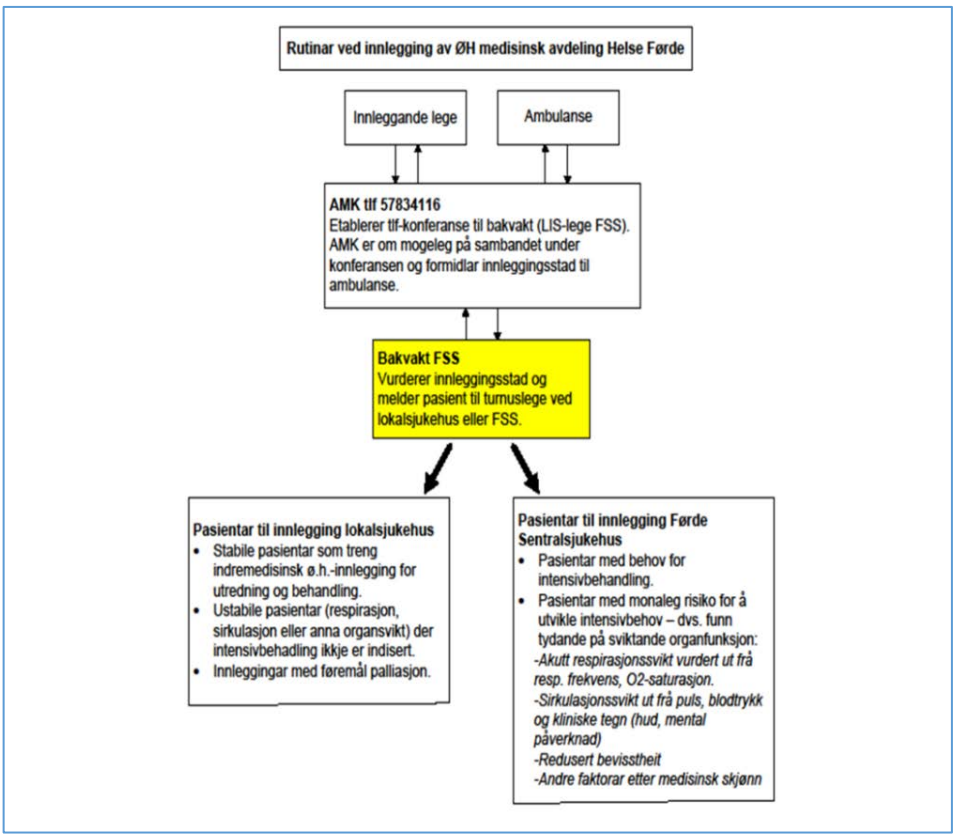
- Akuttsjukehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og handtering av akutte hendingar. Dette kan skje ved å utnytte dei samla ressursane i helseføretaket som heilhet.
- Akuttsjukehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbod når busetting, avstand mellom sjukehus, bil-, båt- og luftambulansetenester og vêrforhold gjer det nødvendig.

- Akuttsjukehusa vil på grunn av lokale forhold, kunne ha ulik kompetanse og system for vurdering, stabilisering og handtering av akutte hendingar. Fleire av sjukehusa vil framleis måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbod på grunn av lange avstandar.
- Eventuelle endringar i sjukehustilbodet må ikkje svekke det samla fødetilbodet.

Figur 10 og 11 viser eksempel frå Helse Førde på arbeidsdeling mellom stort og lite sjukehus:



Figur 10. Rutinar/oppgåvedeling ved akutte kirurgiske tilstandar



Figur 11. Rutinar/oppgåvedeling ved indremedisinske øyeblikkeleg hjelp i Helse Førde

Nasjonal traumeplan er under oppdatering i eit samarbeid mellom dei regionale helseføretaka. Styrebehandling i regionane er planlagt hausten 2016. Dette arbeidet vil bli lagt til grunn for regional og lokal organisering av traumebehandling i Helse Vest.

4.2.1. Akuttkirurgisk tilbod ved Stord sjukehus

Stord sjukehus har døgnkontinuerleg beredskap i generell kirurgi og anestesi. I Nasjonal helse- og sjukehusplan er Stord i ulike scenario knytt til akuttfunksjonen omtalt som eit av dei sjukehusa der ei endring eller nedlegging av funksjonar bør vurderast. I planen blir det slått fast at avgjerd om eventuell endring i tilbodet ved dei enkelte sjukhusa skal gjerast av helseføretaka og dei regionale helseføretaka gjennom utviklingsplanar.

Stord sjukehus har eit relativt stort og aukande befolkningsunderlag, med særleg vekst i tal eldre over 80 år. Det er om lag ein time reisetid mellom Stord og Haugesund sjukehus, men reisetid frå enkelte delar av opptaksområdet er i overkant av to timar. Helse Fonna har retningslinjer for fordeling av type kirurgiske inngrep og fødslar mellom Stord og Haugesund sjukehus. Det er også prosedyrar for kva pasientar som skal sendast til Haukeland universitetssjukehus. Nokre av dei sistnemnde er kanskje innom på Stord for stabilisering, mens andre blir sende direkte til Bergen.

I nasjonal helse- og sjukehusplan blir det slått fast at fødeavdelinga sitt behov for faglege støttefunksjonar skal vere dekka dersom det blir gjort endring i det akuttkirurgiske tilbodet. Det inneber at anestesi- og operasjonsteam må vere tilgjengelege for akutte hendingar og keisarsnitt. Det er derfor ein føresetnad at det er kirurgisk verksemd på sjukehus med fødeavdeling. Ved Stord sjukehus er det er årleg om lag 500 fødslar. Risikofødslar blir sende til Haugesund. Det er forventa at

talet på fødslar vil vere stabilt framover, og fødeavdelinga på Stord vil vere viktig for å dekke den kapasiteten ein har behov for i føretaket. Eit lokalt fødetilbod er og viktig i forhold til reisetid. Utover dei nasjonale krava som blir stilte til støttefunksjonar ved sjukehus som har fødeavdeling, har ein på Stord døgnkontinuerleg ordning med overlege generell kirurgi i bakvakt som kan hjelpa gynekolog ved behov.

Ein del av dei pasientane som blir lagt inn som ØH ved Stord sjukehus har uklare lidingar. Det er derfor viktig at turnus- og/eller LIS-lege har høve til å tilkalle overlege i generell kirurgi i bakvakt for å sikre god vurderingskompetanse og rett behandling av pasienten. Dersom sjukehuset ikkje hadde hatt slik kompetanse tilgjengeleg, ville mange pasientar blitt sende til Haugesund for vurdering. Bakvaktsordninga er ein viktig del av supervisjon til LIS-legar og er i samsvar med gjeldande krav.

Ved kirurgiske tilstandar med større blødingar eller større skadar på indre organ der tida er kritisk, blir pasientar i Stord sjukehus sitt opptaksområde i regelen sende til Haukeland universitetssjukehus. Som oftast blir pasienttransport utført med luftambulanse. Det er likevel med jamne mellomrom situasjonar der traumeteam på Stord må stabilisere pasient mens ein ventar på vidaretransport.

Det har så langt vore god rekruttering til kirurgiske legestillingar ved Stord sjukehus, sjølv om vaktordninga er personellkrevjande. Etter kvart som kirurgien blir meir spesialisert, kan rekruttering bli ei utfordring. I dag blir fagmiljøet vurdert som tilstrekkeleg. Dette er ein situasjon som kan endre seg ved meir spesialisert aktivitet. Føretaket har retningslinjer for kva type operasjonar som kan utførast på Stord med omsyn til kompetanse og pasientvolum. Tiltak for auka samarbeid mellom sjukehusa må settast i verk, til dømes i forhold til telemedisin, faglege nettverk, hospitering og felles vurdering av tilvisingar for å nytte samla kapasitet på ein best mogeleg måte.

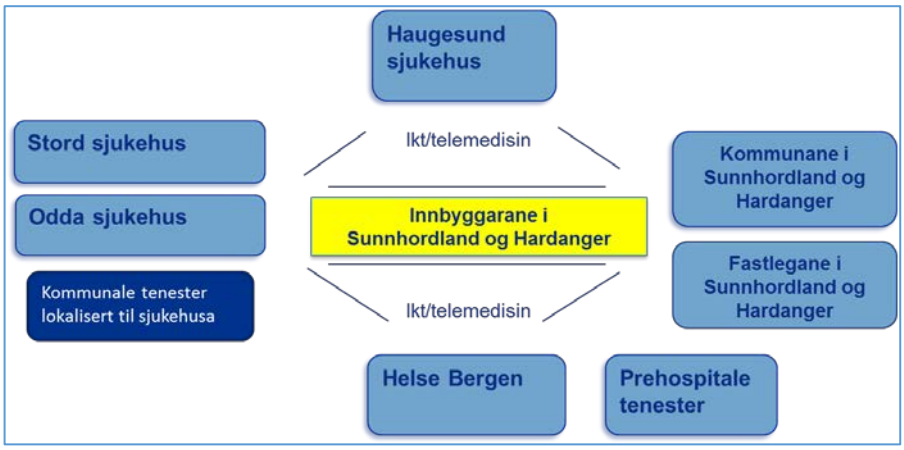
Tilråding frå prosjekt Stord sjukehus

Stord sjukehus held fram som akuttsjukehus med traumeberedskap og akuttfunksjonar innanfor både kirurgi og indremedisin. Akuttfunksjonane understøtter fødetilbodet. Helse Fonna vidareutviklar akutt- og traumefunksjonen i føretaket for å sikre ei avklart oppgåvedeling og felles rutinar mellom Stord sjukehus og Haugesund sjukehus. Dette arbeidet skal gjerast i samsvar med nasjonal traumeplan, som er under revidering. Helse Fonna vurderer å desentralisere meir av den elektive kirurgien til Stord som er nødvendig for å vedlikehalde og styrke den akutt-kirurgiske kompetansen lokalt.

4.3. Sjukehus i nettverk - oppgåvedeling og samarbeid

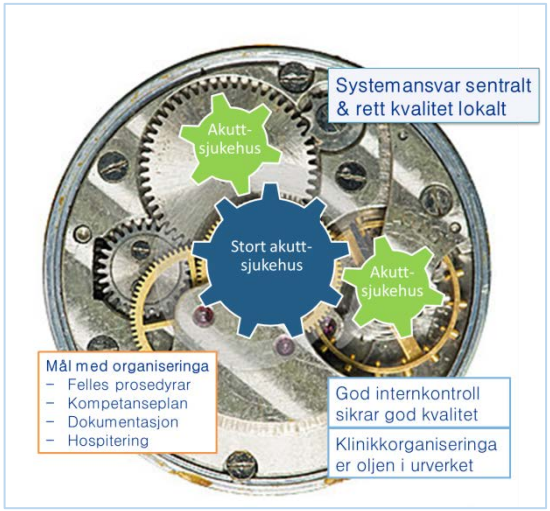
Akuttsjukehusa, Stord og Odda sjukehus, er viktige brikker i eit større system, ikkje berre når det gjeld behandling av akutt skadde pasientar. Det vil seie at alle sjukehusa i ein helseregion, både akuttsjukehus, stort akuttsjukehus og regionsjukehus, skal ha ein hensiktsmessig arbeidsdeling slik at dei samla utgjer eit heile som til saman sikrar spesialisthelsetenester som befolkninga har behov for. Det skal vere avklart kva for oppgåver som skal løysast på kvart nivå og når pasienten skal tilvisast til eit meir spesialisert nivå.

For Hardanger blir denne kjeda varetatt av sjukehusa Odda, Haugesund og Haukeland, og for Sunnhordland av sjukehusa Stord, Haugesund og Haukeland. Det er det samla tilbodet, ikkje berre det einskilde sjukehuset, som sikrar pasientane eit godt spesialisthelsetenestetilbod.



Figur 12. Det samla helsetenestetilbodet til befolkninga i Sunnhordland og Hardanger

Det er eit særleg ansvar for leiinga i helseføretaket å sørgje for at det store sjukehuset i praksis er ei støtte for dei små sjukehusa. Støtta må gis på ein måte som dei små sjukehusa opplever positiv, ikkje som ein trussel. Dette vil kunne krevje ei endring i ein kultur som ser sjukehusa i føretaket som åtskilde einingar som snarare arbeidar mot kvarandre, enn saman. Det blir viktig å arbeide for å utvikle ei «vi»-haldning i føretaket, der samarbeid om ei avklart oppgåvedeling er målet. Helse- og sjukehusplanen og føretaksmøtet 4. mai 2016 understreker dette sterkt.



Figur 13. «Fagurverket», frå Helse Førde

Vidareutvikling av samarbeid og oppgåvedeling i Helse Fonna

- Vurdere desentralisering av fleire poliklinikkar, med utgangspunkt i vidare analyser av forbruksmønster for å identifisere pasientgrupper som har behov for spesialisthelsetenester ofte, mykje og nært. Ikkje minst må ein sjå på område der ein opplever pasientlekkasje til andre helseføretak utover det ein kan vente på grunn av funksjonsdeling. Ein må arbeide vidare for å identifisere kva for tilbod pasientane i hovudsak reiser ut av føretaket for, og vurdere å byggje opp slike funksjonar lokalt.

- Oppfølging av Nasjonal helse- og sjukehusplan: «Pasienter med vanlige sykdommer, kroniske tilstander, psykiske helseproblemer og rusavhengighet skal få flest mulig tjenester lokalt. Det er regjeringens mål å videreutvikle den desentraliserte delen av spesialisthelsetjenesten med mer vekt på ambulante og polikliniske tjenester. Her vil samhandling med kommunenes helse- og omsorgstjeneste være avgjørende for at både primær- og spesialisthelsetjenesten kan gi et samlet, godt og lokalt basert tilbud»

- Vurdere å flytte meir av den elektive kirurgien i føretaket til akuttsjukehusa, der det ligg til rette for dette, for å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sjukehusa (jf. Nasjonal helse- og sjukehusplan og føretaksmøtet 4. mai; i samband med utarbeiding av utviklingsplanar i helseføretaka)

- Prosjekt for etablering av felles ventelister: arbeide for å etablere «éin port inn» i spesialisthelsetenesta. Det vil seie at alle tilvisingar blir vurderte slik at kapasiteten i alle sjukehusa blir sett på samla, med felles ventelister for ulike fagområde.

Arbeidet kan ta utgangspunkt i, og vidareutvikle, det faglege samarbeidet mellom sjukehus i Helse Fonna per i dag. Tabellen viser ei oversikt:

	Samarbeid	**Felles venteliste**	**Ens vurdering av venteliste**	**Erfaringar**
Urologi	Hgsd og Stord	ja	ja	Gode erfaringar. Urolog frå Hgsd har faste dagar poliklinikk og operasjon på Stord.
Barn	Hgsd og Stord	Ja	ja	Gode erfaringar. Pediater frå Hgsd har faste dagar poliklinikk på Stord og kontrollar av nyfødte.
Nevrologi	Hgsd og Stord	ja	ja	Gode erfaringar. Nevrolog frå Hgsd har faste dagar poliklinikk + tilsyn sengepost.
Spesialisert rehabilitering	Hgsd, Odda og Stord	ja	ja	Føretaksfunksjon samla på Stord Oppstart poliklinikkdag i Hgsd i nær framtid. Fysikalsk medisiner frå Stord planlegg fast dag i Hgsd.
Mamma		ja	ja	Føretaksfunksjon samla i Hgsd.
Kar		ja	ja	Føretaksfunksjon samla i Hgsd.
Habilitering		ja	ja	Føretaksfunksjon samla i Hgsd.
Fertilitet		ja	ja	Føretaksfunksjon samla i Hgsd.
ØNH	HGSD Odda Stord	nei	ja	Spesialist frå Haugesund har poliklinikk i Odda/ Planlagt at ØNH spes skal ha kir virksomhet på Stord frå april 2016. Utgreiing av søvnapne er funksjonsfordelt til Odda
Smertepoliklinikk	HGSD Odda Stord	ja	ja	Føretaksfunksjon samla i Odda
Kardiologi	HGSD Stord Odda	nei	nei	Dialog for å utnytte kapasitet
Generell kirurgi	Hgsd Odda Stord			Gjeld varicer- henv vurderes i Haugesund og sendes Odda. Nå går en del henvisinger direkte. Dialog for å utnytte kapasitet
Kreft	HGSD, Odda, Stord	nei		Kirurgi ved Haugesund sjukehus. Oppfølging av pasientar som skal inn i pakkeforløp: For Odda sjukehus sine pasientar: overført til Haugesund.
Fødetilbod	Hgsd, Odda Stord			Ikkje fødetilbod i Odda
Geriatri	Hgsd, Odda			Spesialisert tilbod i Haugesund

	Samarbeid	Felles venteliste	Ens vurdering av venteliste	Erfaringar
	Stord			
Palliativt team	Hgsd, Odda Stord			Spesialisert tilbod i Haugesund

Tabell 15. Oversikt over fagleg samarbeid i Helse Fonna

Endre pasientstraumar

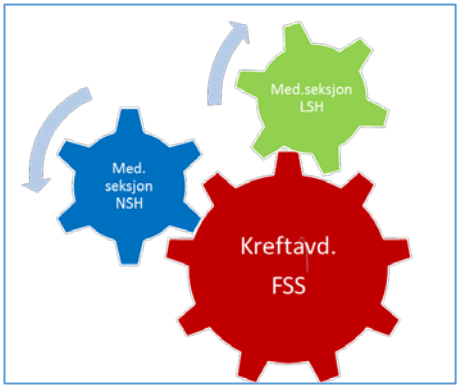
Jf. ovanfor om vidareutvikling av desentrale poliklinikkar: pasientar med vanlege sjukdommar har nytte av eit nært tilbod, m.a. for å unngå tid til reise og kostnader til pasienttransport.

- Kva for spesialisthelsetenestetilbod som finst i Helse Fonna, må kommuniserast til innbyggarane på ein betre måte enn i dag. Utforming av informasjon til befolkning og fastlegar om tilboda ved Stord og Odda sjukehus kan henta idear frå t.d. informasjonsarbeid i Nordfjord/Helse Førde.

- Klargjere kva for pasientar frå Helse Fonna som skal tilvisast til Helse Bergen, og kva for pasientar som skal tilvisast til Helse Stavanger ved behov for universitetssjukehus-funksjonar. Helse Fonna gjer avtale med dei andre helseføretaka om
    - kor innbyggarar frå dei ulike kommunane i Fonna-området skal sendast ved behov for universitetsfunksjonar, eller
    - kva for pasientgrupper som skal til kva for universitetssjukehus

Målretta lokalt kvalitetsforbetringsarbeid

- Etablering av gjennomgåande prosedyrar og retningslinjer i Helse Fonna. Eksempel kan hentast frå medikamentell kreftbehandling, Helse Førde:
    - Kreftavdelinga: Systemansvar OG behandlingsplan for kvar einskild pasient.
    - Helsepersonell lokalt gjev behandling i samsvar med gjeldande retningsliner.
    - Krav til kompetanseplan og dokumentasjon.
    - Gjensidig hospitering, videokonferansar og internkontroll
    - Felles prosedyrar
    - Felles arbeid/læring ved avvik og evaluering



Figur 14. «Fagurverk», eksempel frå Helse Førde, medikamentell kreftbehandling

- Sette i gang forbetringsprosjekt med utgangspunkt i resultat på kvalitetsindikatorar, med deltaking frå alle sjukehusa (jf. kap. 3.8):

«Indikatorresultatene bør følges opp med en gjennomgang av sykehusets behandling og rutiner, med spesiell vekt på etterlevelse av retningslinjer. Kunnskapssenteret har erfaring med at mer inngående analyser av indikatorene kan gi en indikasjon på hvilke områder som bør vurderes for målrettet lokalt forbedringsarbeid.»

Forskingsaktivitet

Forskingsaktivitet i Helse Fonna er fordelt mellom sjukehusa i føretaket på følgjande måte:

	Haugesund sjukehus	Stord sjukehus	Odda sjukehus	Valen sjukehus
Tal avlagte doktorgradar				
2012	3	1	-	-
2013	2	-	-	-
2014	2	-	-	-
2015	-	1	-	-
2016 (per april)	1	-	-	-
Tal publikasjonar				
2012	38	15	1	3
2013	42	14	-	2
2014	34	13	-	1
2015	34	14	-	2
Tilsette forskarar, tal årsverk p.t. 2016	5 (forskarar, rådgivar, assistentar)	1,8 (forskarar)	-	1,3 (forskarar)
Tildelte interne midlar, stipend/frikjøp, drift forsking				
2012	2 183 000	1 450 000	-	-
2013	2 685 000	925 000	-	-
2014	2 127 000	760 000	-	-
2015	1 500 000	500 000	-	-

Tabell 16. Fordeling av forskingsaktivitet i Helse Fonna

Tilråding frå prosjekt Stord sjukehus:

Kulturbygging
Helse Fonna legg stor vekt på å utvikle ein felles kultur - «vi»-haldning - i heile Helse Fonna. Stord sjukehus, Odda sjukehus og Haugesund sjukehus skal saman sikre eit godt spesialisthelsetenestetilbod til befolkninga. Sjå også kapittel 4.4.

Lokalt tenestetilbod
Vurdere desentralisering av fleire poliklinikkar med utgangspunkt i analysar av forbruksmønster for å identifisere pasientgrupper som har behov for spesialisthelsetenester ofte, mykje og nært. Arbeide med å identifisere kva for tilbod pasientane reiser ut av føretaket for, og vurdere å bygge opp slike funksjonar lokalt.

Bemanning, rekruttering, kompetanse
Helse Fonna styrker arbeidet med ulike tiltak for å sikre rett tilgang til ulik kompetanse i sjukehusa. Eksempel på tiltak for å oppnå fagutvikling i alle sjukehusa, er gjensidige hospiterings- og rotasjonsordningar og legge til rette for vidareutdanning. Rekruttering og vedlikehald av kompetanse heng saman.

Forsking og kvalitetsutvikling
Det er eit mål å styrke forsking og kvalitetsutvikling på tvers av einingar og sjukehus. Helse Fonna starter forbetringsprosjekt med utgangspunkt i resultat på nasjonale kvalitetsindikatorar med deltaking frå alle sjukehusa.

4.4. Samarbeid med kommunar og primærhelsetenesta

Spesialisthelsetenesta skal understøtte kommunane i arbeidet deira med å løyse oppgåvene innanfor førebygging, tidleg innsats, diagnostisering og behandling, læring- og meistring, rehabilitering og habilitering. Sjukehusa skal ta imot pasientar som treng spesialisert kompetanse og breiddekompetanse, og gjere diagnostiske avklaringar og sette i verk behandling før pasienten blir sendt tilbake til kommunen. Dette vil ofte inkludere sekundærførebyggande tiltak, t.d. fallførebygging jf. pasienttryggleiksprogrammet.

Omforeinte akuttmedisinske beredskapsplanar

- Kommunar og helseføretak skal ha omforeinte akuttmedisinske beredskapsplanar (jf. akuttmedisinforskrifta og føretaksmøtet 4. mai 2016): «Lokalisering og dimensjonering av legevakttjenesten og ambulansestasjoner må sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akuttilbud. Samarbeidsavtalene må derfor konkretiseres slik at de kan fungere som felles planleggingsverktøy».

Kommunehelsetenesta sine bidrag til å styrke aktivitetsgrunnlaget ved lokalsjukehusa

- Kommunehelsetenesta kan i større grad bidra til at innbyggarane blir tilviste til lokalsjukehuset dersom det finst eit relevant tilbod der. Kommunane og Helse Fonna bør samarbeide om å utarbeide retningslinjer om kvar pasientar bør tilvisast. Retningslinjene bør vere baserte på ei detaljert oversikt over tenestetilboda og funksjonsdelinga i helseføretaket. Det må leggjast til grunn eit servicenivå på tenestene som tilfredsstiller behovet for responstid, meldingar osv. i kommunehelsetenesta. Primærhelsetenesta bør til ein viss grad forplikte seg til å støtte opp om og bidra til å styrke det desentrale behandlingstilbodet.

- Identifisere tenester kommunane kan ta imot frå lokalsjukehusa Avtale at kommunane kan kjøpe enkelte tenester frå sjukehuset, t.d. tenester knytte til pleie, omsorg og behandling av eldre og kronikarar (funksjonar i grenselandet mellom primær- og spesialisthelsetenesta.

Auka prioritering av førebyggjande behandling

- Forsterke fokus i kommunane på førebyggande tiltak som kan bidra til å unngå unødig bruk av spesialisthelsetenesta, t.d. etablering av ØH-senger i kommunane og auka bruk av kommunale ØH-senger der dette er etablert. Kapittel 3 viser høgt forbruk av ØH-tenester frå enkelte kommunar i opptaksområda til Stord og Odda sjukehus.

Tilråding frå prosjekt Stord sjukehus:

Det er sentralt å vidareutvikle samarbeidet mellom Helse Fonna og kommunane for å oppnå eit heilskapleg tilbod til pasientane. Samarbeidsavtalene mellom kommunane og Helse Fonna er nyttige verktøy i dette arbeidet.

Helse Fonna vil arbeide for å etablere «éin port inn» i spesialisthelsetenesta. Det vil seie at alle tilvisingar blir vurderte slik at kapasiteten i alle sjukehusa blir sett på samla, med felles ventelister for ulike fagområde.

Kommunane og Helse Fonna skal samarbeid om å vidareutvikle den akuttmedisinske kjeda for sikre befolkninga eit trygt akuttilbod.

Kva for spesialisthelsetenestetilbod som finst i Helse Fonna, må kommuniserast til innbyggarane og fastlegane på ein betre måte enn i dag.

4.5. Stadleg leiing

På bakgrunn av Stortingets behandling av helse- og sjukehusplanen, gav føretaksmøtet 4. mai 2016 føringar for at stadleg leiing skal vere hovudregelen, men at dette ikkje er til hindre for bruk av tverrgåande klinikkar (jf. kap. 2.5.3). Det er ein viss fleksibilitet i å utforme leiarmodellar tilpassa lokale behov.

I samband Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus blei det i 2012 gjort ei kartlegging av ulike leiingsmodellar ved lokalsjukehus. Kartlegginga belyser sterke og svake sider ved ulike modellar, og problemstillingar rundt val av modell. Kartlegginga viser at ulike helseføretak har valt ulike leiingsmodellar. Ytterpunkta kan beskrivast som:

- Tverrgåande klinikkorganisering, dvs. når ein på tvers av dei ulike institusjonane organiserer dei medisinske disiplinane innanfor eit helseføretak i felles einingar med sentral leiing for kvar disiplin.
- Ein overordna stadleg leiar ved helseføretaket sine ulike sjukehus. Leiarane for sjukehusa sine ulike avdelingar rapporterer til den stadlege leiaren.

	Tverrgåande klinikkorganisering	Organisasjonsstruktur med stadleg leiing
Styrkar	God styring av føretaket	God intern koordinering ved dei ulike lokasjonane og dermed lokal effektivitet
	Sikre fagkompetanse/breidde i fagmiljø	Godt arbeidsmiljø ved det enkelte sjukehus
	Bidra til eit godt/effektivt samarbeid eksternt	Godt samarbeid med kommune og lokalsamfunn
Svakheiter	Utfordrande å utøve leiarskap som følgje av geografiske avstandar	Utfordrande å samarbeide mellom sjukehusa i føretaket
	Utfordrande i høve til eksternt samarbeid (t.d. kommunane)	Dei administrative linene «kuttar» fagmiljøet i føretaket
	Utfordrande i høve til å sikre effektivitet og koordinering ved lokalsjukehuset	Små fagmiljø, og dermed vanskar med å rekruttere og behalde fagfolk
	Utfordrande i høve til å sikre eit godt arbeidsmiljø ved lokalsjukehuset	

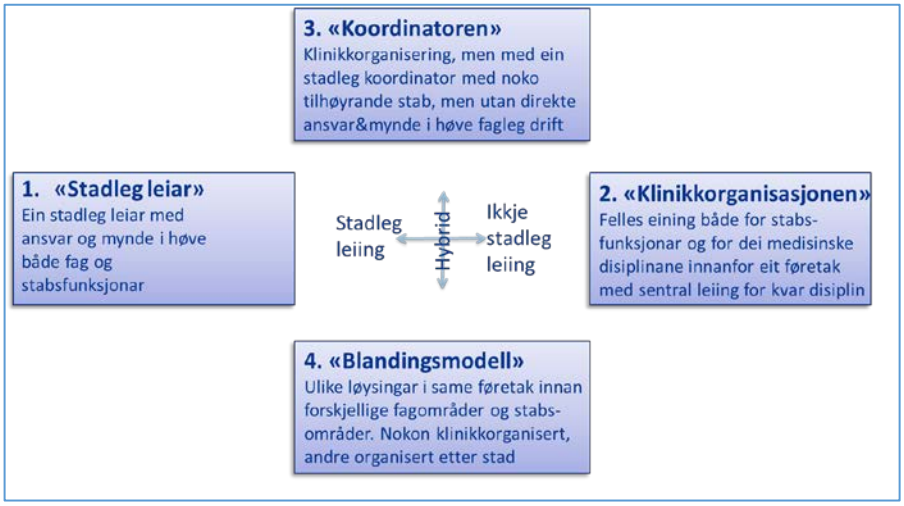
Figur 15. Fordelar og ulemper med reindyrka leiingsmodellar

Mange av dei kartlagde helseføretaka har leiings- og organisasjonsmodellar som har element frå begge modellane. Ein kan beskrive fire hovudtypar av modellar som har ulike styrkar og svakheiter (figur 16): Det fins ikkje *éi* løysing som dekker alle behov. Ein må ha eit bevisst forhold til kva løysing som blir vald, kva konsekvensar dette medfører og korleis ein kan kompensere for svakheiter og utfordringar.

Det er mange faktorar som må takast omsyn til ved val av modell, til dømes:

- Velje løysingar med bakgrunn i kva utfordringar ein står ovanfor og kva moglegheiter ein ser lokalt
- Sikre den faglege utviklinga av sjukehuset ved tett integrasjon mellom dei kliniske miljøa i føretaket
- Leiingsmodellen må understøtte samhandling og dialog med kommunane.

Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget (Innst. 206 S - 2015-2016) påpeiker at ein må ta omsyn til kompleksitet og størrelse på sjukehuset.



Figur 16. Hovudtypar av leiingsmodellar

I Helse Fonna var det i 2013 ein gjennomgang av organiseringsmodellen, som då var ein gjennomgåande klinikkstruktur. Ei av endringane som blei gjort etter gjennomgangen var at somatiske einingar ved Stord sjukehus blei samla i eigen klinikk med stadleg leiar definert som klinikkdirektør. Den nye modellen blei evaluert i 2015 og er vidareført.

Ved Odda sjukehus er funksjonen som stadleg leiar definert som seksjonsleiar (jf. kap. 3.1.1).

Tilråding frå prosjekt Stord sjukehus:

Det skal vere stadleg leiing på Stord sjukehus. Stadleg leiar har i oppgåve å bidra til ein felles kultur og ei felles fagleg utvikling i Helse Fonna. Det inneber medansvar for at felles prosedyrar og retningslinjer på tvers av sjukehusa blir utarbeidde og implementerte. Stadleg leiar varetar behovet for gjennomgåande leiing og for samhandling og dialog med kommunane.

4.6. Teknologiske løysingar - digital kommunikasjon

Ta i bruk potensialet i IKT for å knytte sjukehusa saman i nettverk

Større grad av utnytting av dei IKT moglegheiter som finnest for å få til effektivt og trygt samarbeid og nettverk innanfor føretaket. Auke bruken av telemedisinske løysingar, knytte stort og lite sjukehus saman vhja telemedisinske løysingar; teleslag, teledialyse mm.

Ein kan sjå til arbeid i Helse Førde, m.a.: «Det er mange utfordringar knytt til vellukka innføring av telemedisinske løysingar. Utviklingsprosjektet har henta inn råd frå Senter for telemedisin i Tromsø (NST), som har erfaringar frå ei lang rekke ulike prosjekt for innføring av telemedisin. Utfordringane er ofte knytt til dei organisatoriske sidene ved implementeringa, og NST blei bedt om å oppsummere erfaringane sine: kva skal til for vellukka iverksetting – kva fremmar og kva hemmar innføring og ibruktaking av telemedisin? Nokre hovudpunkt som NST legg vekt på for å lukkast med å ta i bruk telemedisin er:

- Forankring og eigarskap blant alle dei involverte partane: Bygge opp/ivareta entusiasme ved bl.a. å vise at bruk av telemedisin gir meirverdi knytt til konkrete oppgåver for alle involverte
- Bygge opp solide organisatoriske løysingar
- Etablere driftsstøtte slik at alle involverte kan stole på at den tekniske løysinga til ein kvar tid fungerer

Betre utveksling av pasientinformasjon

Det blir arbeidd med å betre utvekslinga av pasientinformasjon mellom helseføretaka og mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Dette inkluderer å betre prosessen for deling av pasientinformasjon mellom Helse Bergen og Helse Fonna, gi pasientar som får behandling i begge helseføretaka enklare tilgang til eigne pasientopplysningar, og lette samarbeidet mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Dette arbeidet pågår for fullt i regionen og informasjonsutveksling og tilgang er i ferd med å bli betra.

Tilråding frå prosjekt Stord sjukehus:

Dei store regionale IKT-satsingane skal sikre effektiv og trygg utveksling av pasientinformasjon mellom einingane i spesialisthelsetenesta. Dette legg grunnlaget for betre samarbeid og nettverk på tvers av einingar. Alle sjukehusa skal bidra aktivt i utviklings- og implementeringsarbeidet knytt til IKT-satsingane.

5. Vidare arbeid

Å sikre eit sterkt Helse Fonna med eit breitt tilbod av spesialisthelsetenester i framtida, føreset gjennomføring av eit langsiktig utviklingsarbeid i Helse Fonna med utgangspunkt i tilrådingane i kapittel 4.

Behovet for endring og omstilling i helsetenestene vil vare ved. Nasjonale utgreiingar og planar har understrekt behovet for å møte den demografiske utviklinga og endringar i sjukdomsmønster og

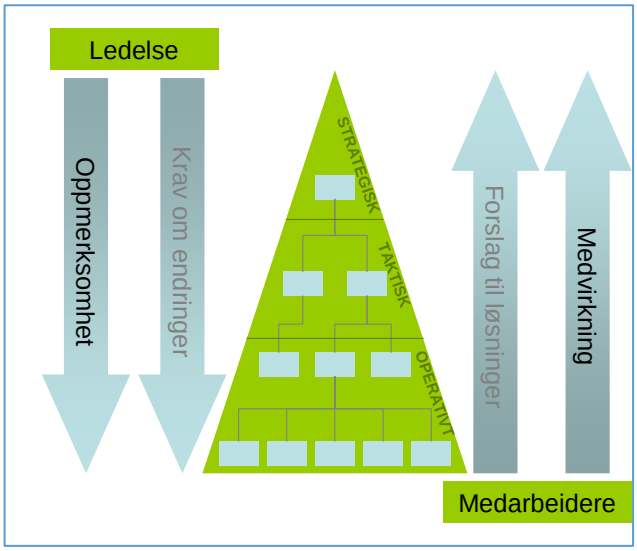
medisinsk-fagleg utvikling. Det blir her vist til føretaksmøtet 4. mai 2016 som la til grunn at alle helseføretak skal utarbeide utviklingsplanar, i tett dialog med kommunane og andre aktuelle aktørar. Det er under utarbeiding ein rettleiar for utviklingsplanar, i samarbeid mellom dei regionale helseføretaka. Ein første versjon ligg føre.

Utviklinga av tenestetilbodet skal så langt som råd, bygge på eit omfattande faktagrunnlag. Vi må likevel erkjenne at vi i arbeidet vil møte vanskelege avvegingar og dilemma der vi ikkje kan analysere oss fram til eintydige svar på korleis løysingane skal sjå ut.

Det blir vesentleg for den vidare utviklinga av Stord sjukehus at det blir lagt stor vekt på å utvikle ein felles kultur - «vi»-haldning - i heile Helse Fonna. Sjukehusa i Helse Fonna skal saman sikre eit godt spesialisthelsetenestetilbod til befolkninga.

Det er også sentralt å vidareutvikle samarbeidet mellom Helse Fonna og kommunane for å sikre det heilskaplege tilbodet til pasientane og den akuttmedisinske kjeda som skal gi befolkninga eit trygt akuttilbod. Tenestene i Helse Fonna må understøtte primærhelsetenesta. Kva for spesialisthelsetenestetilbod som finst i Helse Fonna, må kommuniserast til innbyggarane og fastlegane på ein betre måte enn i dag.

Behovet for å tilpasse tenestene krev medarbeidarar og leiarar som er innstilte på kontinuerlege forbetrings- og endringsprosessar. Vellukka endringsprosessar krev eit godt samspel og god informasjonsflyt mellom medarbeidarar, tillitsvalde og leiing. Samspel er ein nødvendig føresetnad for å lukkast med å vidareutvikle ein berekraftig spesialisthelseteneste for framtida. Medarbeidarar og leiarar på alle nivå må spele på lag. Dette er illustrert i figur 17.



Figur 17. Samspel og forankring av endringsarbeid i leiinga og blant medarbeidarane