



Oppsummering frå dialogmøte 20. juni 2017

Innholdsfortegnelse

1 BAKGRUNN	3
2 SAMANDRAG	3
2.1 Innleiing.....	3
2.2 Utvikling av det barnemedisinske tilbudet i HMR.....	4
Spørsmål og innspel	6
2.3 Barn og unge i eit samhandlingsperspektiv	6
2.3.1 Barneblikk.....	6
Spørsmål og innspel	7
2.4 Nok helsepersonell med rett kompetanse – forskning, utdanning, kompetanse og innovasjon som drivarar	8
Spørsmål og innspel:.....	8
2.5 Prioritere psykisk helsevern og rusbehandling.....	9
Spørsmål og innspel	10
2.6 Framskriving og demografi.....	10
Spørsmål og innspel	10
2.7 Rett bruk av ressursar betyr at nokon kan få meir og nokon kan få mindre. Kven skal få mindre?	10
Spørsmål og innspel	11
2.8 Styrking av akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus	12
2.9 Bygningsmessig utviklingsplan	13
Spørsmål og innspel	14
2.10 SNR.....	14
Spørsmål og innspel	15
3. Avslutning.....	15
Oppfølging	16

1 Bakgrunn

Som oppfølging av ekstraordinært dialogmøte 7. april knytt til arbeidet med utviklingsplan, kalla direktøren inn til det andre dialogmøtet 20. april 2017. Formålet med møtet var orientering og dialog om utviklingsplanarbeidet, med mogelegheit for spørsmål og avklaringar knytte til viktige føresetnader for avgjerdsgrunnlag for dei prioriterte utviklingsområda.

Det var god oppslutning om møtet med om lag 140 deltakarar. Ordførarar, rådmenn, fagsjefar/ansvarlige og fastlegar frå kommunane samt direktørar, representantar frå styret, klinikkssjefar og fagsjefar i helseføretaket møtte i tillegg til relevant fagpersonell. Det var også deltaking frå brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal, KS, Fylkesmannen, tillitsvalte og verneteneste.

Dialogmøte mellom kommunane og helseføretaket i Møre og Romsdal er nedfelt i samhandlingsavtalen sin delavtale 12.

«Dialogmøte er et forum der representanter for politisk og administrativ ledelse i helseføretaket og kommunene møtes for informasjonsutveksling og drøfting av prinsipielle saker» (Samhandlingsavtalen, 2015:delavtale 12).

2 Samandrag

2.1 Innleiing

Direktør Espen Remme ønska deltakarane velkomen og møtet vart innleia med å vise til viktigeita med å jobbe saman. Kommunane og helseføretaket må i lag løyse oppgåvene til pasienten sitt beste og for å sikre god bruk av ressursar.

Innleiingsvis retta direktøren gratulasjonar til følgjande arbeid :

- Brukarane sin regionale forskingspris. Klinikksjef Torstein Hole, klinikk for medisin og rehabilitering og Marit Kvangarsnes, NTNU Ålesund.
- Legespesialisering innan rusmedisin. Kari Marie Remø Nesseth, avdelingssjef avdeling for tverrfagleg spesialisert rusbehandling.
- Nasjonal leiarpris for pasienttryggleik. Jo Volle, seksjonsleiar DPS Ålesund ambulant seksjon.

Remme gav vidare ei kort orientering om status i utviklingsplanarbeidet og viste til dei tre perspektiva; føretaksperspektivet, klinikkperspektivet og samhandlingsperspektivet. Styringsgruppa for utviklingsplanarbeidet har prioritert følgjande utviklingsområde på føretaksnivå for planperioden 2019-2022:

TEMA FØRETAKSPERSPEKTIVET	MERKNADER/ ANSVARLEG
Pediatri	Klinikksjef klinikk for kvinner barn og unge
Bygningsmessige utviklingsplan	Klinikksjef Klinikk for drift og eigedom
PET ¹	Klinikksjef Klinikk for medisin og rehabilitering
PCI ² (januar 2018)	Klinikksjef Klinikk for medisin og rehabilitering
Desentralisering av tenestetilbod i spesialisthelsetenesta- inklusive avtalespesialistar	Fagdirektør, Fagavdelinga
Operasjonsrobot	Under avklaring

¹ PET – Positron emisjonstomografi

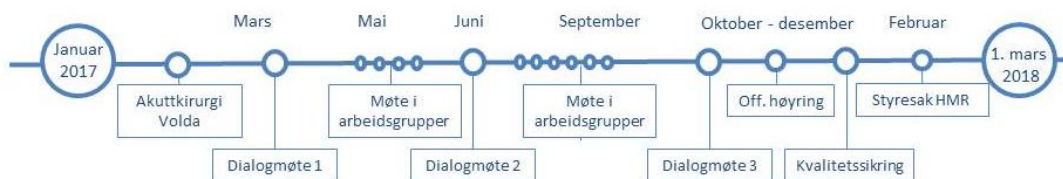
² PCI – Perkutan koronar intervensjon

Det klinikkinterne arbeidet er i gang med arbeidsprosesser for å identifisere viktige satsingsområde for klinikkane i planperioden.

For samhandlingsperspektivet har dei prioriterte utviklingsområda si forankring i dialogmøte 7. april, der kommunane og helseføretaket i lag identifiserte og prioriterte følgjande område:

TEMA SAMHANDLINGSPERSPEKTIVET	MERKNADER/ ANSVARLEG
Barn og unge	Fastlege og praksiskonsulent Marianne Rønneberg
Prioritere psykisk helsevern og rusbehandling	Avdelingssjef Kari Marie Remø Nesseth
Styrking av akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus	Fastlege og praksiskonsulent Sindre Klokk
Nok helsepersonell med rett kompetanse	Integrert med arbeidsprosess for forskning, innovasjon, utdanning og kompetanse (FIUK). Leia av forskningssjef Berit Kvalsvik Teige.
Teknologi og innovasjon	Prioritert som utviklingsområde av styringsgruppa 6. juni. Innovasjon vert ivareteken gjennom arbeidet med FIUK planen. Teknologi leggst som innsatsområde i Fagavdelinga.
Pasientforløp for den eldre multisjuka	Med bakgrunn i innspel under dialogmøte 7. april og i styringsgruppemøte 6. juni, vert arbeidet inkludert som eit utviklingsområde i samhandlingsperspektivet. Leia av samhandlingssjef Britt Valderhaug Tyrholm.

Det vart vist til tidslinja som er felles for dei tre perspektiva:



Avslutningsvis viste Remme til arbeidet med nytt sjukehus for Nordmøre og Romsdal (SNR), og poengterte viktigeita av å integrere dette arbeidet med utviklingsplanen. Kommunane er viktige samarbeidspartnarar i dette.

2.2 Utvikling av det barnemedisinske tilbodet i HMR

Overlege i pediatri, Vebjørn Vik og hovudtillitsvalt for NSF, Marianne Nydal, orienterte om arbeidet med å utgreie det barnemedisinske tilbodet i Helse Møre og Romsdal og inviterte deltakarane til å kome med innspel.

Arbeidsgruppa er leia av overlege ved barne- og ungdomsklinikken ved Universitetssjukehuset i Nord-Norge (UNN), Marianne Nordhov.

Rammene for diskusjon er «barnets beste». Tilbodet skal vere fagleg godt, trygt, føreseileg og tilgjengeleg. Som støtte i arbeidet, viser Vik til overordna føringar og rettleiar.

Mandat for arbeidet;

Del 1) Skildre samla pediatrietilbod i HMR

Del 2) Evaluere dagens driftsmodell innan pediatri i Nordmøre og Romsdal

Del 3) Utgreiing framtidig driftsmodell pediatri Helse Møre og Romsdal

Arbeidet har fram til i dag dreia seg om å samle inn data for å få ei best mogleg oversikt over situasjonsbiletet. Det er lagt opp til brei evaluering for å sikre god medverknad.

Det barnemedisinske tilbodet høyrer inn under Klinikkk for kvinner, barn og ungdom. Som ledd i datainnsamling har det vore møter i Ålesund og Kristiansund. Leiarar, tillitsvalte og tilsette har blitt intervjuet, i tillegg til at arbeidsgruppa har hatt møter med leiinga i Klinikkk for akuttbehandling og prosjektgruppa SNR.

Tilbakemeldingar viser til behov heilskap og auka fagleg samarbeid mellom fagmiljøa i føretaket. Vidare er det forventa tilgang på personalressursar og historiske data for å sjå på bruken av spesialisthelsetenesta med i vurderingsgrunnlaget. Å halde seg fagleg oppdatert for å sikre faglege, forsvarlege tenester, særskilt kring akutte tilstandar, krev volum og mengdetrening. Dette gjeld til dømes mottak og behandling av barn med luftvegsproblematikk.

Det er samstundes ein del som må avklarast for å kunne tilrå løysing som understøttar mål om eit likeverdig og best mogeleg spesialisthelsetenestetilbod til barn og unge i Møre og Romsdal.

Arbeidsgruppe barnemedisinsk tilbod HMR:

NAMN	ARBEIDSSTAD
Marianne Nordhov, leiar	Rikshospitalet/UNN- ped.
Kari Risnes	St. Olavs hospital- ped. St. Olav
Pål Christensen	Sykehuset Innlandet- ped. Innlandet sjukehus
Bente Askestad	Helse Møre og Romsdal- ped. Kristiansund sjukehus
Vegard Helgheim	Helse Møre og Romsdal- ped. Ålesund sjukehus
Ingrid Merethe Holmeide	Helse Møre og Romsdal – spl. Kristiansund sjukehus
Ingvill Hareide Rødal	Helse Møre og Romsdal – spl. Ålesund sjukehus
Vebjørn Vik	Helse Møre og Romsdal – tv. DNLF (Volda)
Marianne Nydal	Helse Møre og Romsdal – htv. NSF (Ålesund)
Janne Endresen	Helse Møre og Romsdal, brukerrepresentant
Marianne Rønneberg	Praksiskonsulent – Nordmøre, leiar klinisk samhandlingsutval Barn og Unge MR
Thilde Camilla Svela	Praksiskonsulent Nordmøre og Romsdal
Marit Kjersem	Helse Møre og Romsdal (ref.)

Spørsmål og innspel

Innspel frå deltakarane peika på viktigheita med arbeidet. Det vart stilt spørsmål om gruppelemmane har lese høyringssvara gitt i samband med konseptrapporten for SNR. Til svar vart det vist til at delar av arbeidsgruppa har god oversikt over høyringsinnspela, til trass for ei stor saksmengde gruppa skal sikre seg kjennskap til.

Det vart stilt spørsmål om når kommunane vert inviterte til å ta del i dialogen om framtida? Dialogmøtet 30. oktober vart vist til som ein arena for dialog og drøfting. Det er i tillegg lagt opp til ei offentleg høyring der det er mogeleg å kome med høyringsinnspel før behandling av utviklingsplanen i styret i februar 2018.

Direktøren svarte avslutningsvis på dette viktige spørsmålet, og vil invitere til felles innspelskonferanse for pediatriarbeidet tidlig haust 2017.

Sjå presentasjonen [her](#).

2.3 Barn og unge i eit samhandlingsperspektiv

Møteleiar Karl-Arne Remvik orienterte innleiingsvis med bakgrunn i forfall til dagens dialogmøte. På kort varsel tok koordinator Mette Grytten utfordringa og orienterte om lavterskelsatsinga «Barneblikk». Før ho fekk ordet, vart det gitt ein kort presentasjon av arbeidsgruppa barn og unge som har følgjande samansetjing;

Namn	Arbeidsstad	Stillingstittel
Marianne Rønneberg (leiar)	Tingvoll kommune, HMR	Fastlege og praksiskonsulent
Eva Unni Løkvik	Klinikk for kvinner, barn og ungdom, HMR	Avdelingssjef Habilitering barn og unge
Geir Longvastøl	Klinikk for kvinner, barn og ungdom HMR	Rådgivar
Kari Standal	Klinikk for kvinner, barn og ungdom HMR	Seksjonsleiar psykisk helsevern barn og unge
Lutz Nietsch	Klinikk for kvinner, barn og ungdom HMR	Overlege pediatri
Åse Jægtvik	Kristiansund kommune	Avdelingsleiar barn, familie og helse
Gro Ericson	PPT Molde, Aukra og Misund kommune	Virksomheitsleiar
Line Volstad Melbye	Ålesund kommune	Teamleiar
Marita Jacobsen	Fræna kommune	Leiande helsesøster
Inger Marie Toftagen	Herøy kommune	Leiar for barn, familie og helse
Janne Remøy Endresen	Brukarutvalet HMR	Medlem
Hilde Marie Kleiven	Brukarutvalet HMR	Medlem (Vara)
Marianne Nydal	HMR	Hovudtillitsvalt

Mål for arbeidet er å sikre og planlegge for heilskaplege og koordinerte helsetenester til barn/unge og deira familiar i Møre og Romsdal.

2.3.1 Barneblikk

Koordinator Mette Grytten orienterte om Barneblikk-satsinga, ei etablering av eit lavterskeltilbod for gravide og småbarnsfamiliar som er omfatta av rus eller psykiske vanskar. Dette er eit oppdrag som kjem frå Helsedirektoratet.

Alle helseføretak skal vere knytte til eit slikt tilbod, og Grytten presiserte viktigheita av rolla som lavterskeltilbod med mål om å kome tidleg inn. Tilbodet må vere synleg og det skal ha eit heilskapleg familieperspektiv. Helse Møre og Romsdal har i samarbeid med kommunane i fylket blitt einige om at tilbodet skal ligge i kommunen.

For organisering av arbeidet er det etablert ei styringsgruppe med direktør som eigar:

- Samhandlingssjef Britt Valderhaug Tyrholm
- Klinikksjef klinikk for kvinner, barn og ungdom Henrik Erdal
- Avdelingssjef klinikk for kvinner, barn og ungdom Manuela Strauss
- Einingsleiar klinikk for psykisk helse og rus Ole Lorvik
- Rådgjevar Fylkesmannen Anne Mette Nerbøberg
- Brukarrepresentant rus
- Brukarrepresentant psykisk helse

For å sikre geografisk spreining av tilbodet, er det etablert lokale tverrfaglege team som skal utvikle det konkrete tiltaket i kvart sjukehusområde. Området rundt Volda sjukehus er pr. i dag ikkje med i dette, men det er eit mål å etablere lokalt team også her. Eit prioritert område i 2017 er å kome i dialog med fastlegane. På sikt ser ein føre seg interkommunale samarbeidsordningar. Arbeidet er samstundes i ei byrjingsfase, og merksemda har vore retta mot å få oversikt over eksisterande tilbod.

Som eit hjelpemiddel for dei som har ei rolle i Barneblikk-satsinga og for samarbeidspartnarar, skal det opprettast ei eiga nettside. Her vil ein freiste å lage ei oversikt over tiltakskjeda (ulike forløp) slik at dette ligg oppdatert og tilgjengeleg.

Følgjande nettadresse er under oppretting; www.helse-mr.no/barneblikk

Spørsmål og innspel

Det vert stilt spørsmål til kvifor Volda ikkje har etablert lokalt team. Grytten viste til at kommunen er invitert og det har vore informasjonsmøte. Då kommunen har eigne tiltak på gang innafør området, er det satt førebels på vent.

Det undrast kvifor dialogen mot fastlegen ikkje er god nok. Grytten viste til at det er ønske om å kome i dialog, og ein ynskjer å frikjøpe to legar til hausten som kan bidra i dette arbeidet.

Eit spørsmål vart retta mot styringslinjene og om styringsgruppa har representasjon frå kommunane. Grytten viste til at kommunane er inviterte, og at det føreligg konkrete invitasjonar til Ålesund, Molde og Kristiansund kommune. Pr. i dag har ein ikkje fått svar frå kommunane.

Eit anna spørsmål vart retta mot finansiering. Tiltaket er ikkje støtta av øyremerkta midlar til personalressursar, og ein må difor ta utgangspunkt i dei ressursane ein har. Ein må sjå på eksisterande tilbod og vurdere moglegheit for å effektivisere og spisse kompetanse gjennom eventuelt samarbeid. Det handlar i stor grad om nytenking, prioritering og vilje til å satse, og Grytten peika på effektane hos dei som har etablert tiltaket elles i landet.

Sjå presentasjonen [her](#).

2.4 Nok helsepersonell med rett kompetanse – forskning, utdanning, kompetanse og innovasjon som drivarar

Forskingssjef og seksjonsleiar FIU Berit Kvalsvik Teige og innovasjonsrådgivar Christer Jensen presenterte arbeid i høve til forskning, innovasjon, utdanning og kompetanse (FIUK). Vidare integrasjon med samhandlingsperspektivet og mål om «*Nok helsepersonell med rett kompetanse*». Dei utfordra møtedeltakarane kring denne målsetjinga og fagområdet innovasjon, sett i eit samhandlingsperspektiv.

Planarbeidet for FIUK skal angi prioriteringar og satsingsområde, og vere vegvisar for utvikling av kvalitativt gode helsetenester for befolkninga i regionen. Samhandlingsperspektivet skal ivareta og ha si forankring i Samhandlingsavtalen. Det er etablert arbeidsgrupper for dei fire hovudområda, og arbeidet vil ha både eit føretaksperspektiv og eit samhandlingsperspektiv. For å sikre kommunal medverknad er arbeidsgruppene supplerte med ein kommunal representant i kvar gruppe. Ein vil i vidare arbeid sjå korleis ein best kan integrere også dei andre satsingsområda i samhandlingsperspektivet. Det vart vist til Helse Midt-Norge sin definisjon av omgrepet innovasjon.

« Utvikling av nye produkter, tjenester eller organisasjonsformer som bidrar til en styrket helsetjeneste, i form av økt kvalitet, forbedrede arbeidsprosesser, økt sikkerhet for pasienter og ansatte, og på denne måten bidra til verdiskaping »

Kommunane (jfr. KS) si skildring av innovasjon ligg i omgrepet N3- nytt, nyttig, nyttiggjort. Vidare heiter det at fem fundament må vere på plass for å lukkast med innovasjon: behov, løysing, pådrivar, team og forankring.

Helse Møre og Romsdal er i ferd med å opprette Idémottaket, ei nettside der ein kan registrere gode idéar med føremål om å gjere helsetenestene våre betre. Ideane må takast vare på og det må avgjerast om dei skal inn i eit innovasjonsløp eller er eit ledd i kontinuerleg forbetring. Ein ønskjar også innspel frå pasientar og Helseføretaket og kommunane må samarbeide om innovasjon i utvikling av helsetenestene, og strukturen for samarbeidet bør innlemmast i Samhandlingsavtalen.

Samhandlingsavtalen forankrar samarbeidet mellom helseføretaket og kommunane. Det er behov for fagkompetanse og å nyttiggjere tilgjengeleg kompetanse til beste for helsetenestene samla sett. Oppretting av ambulante team vert trekt fram som eit døme, og det vart vist til at det kan vere utfordrande for kommunane å sikre naudsynt kompetanse på alle område.

Spørsmål og innspel:

Som oppfølging til Samhandlingsavtalen, viste samhandlingssjefen til ei evaluering av avtaleverket med mål om å fungere som eit rammeverk for samhandlinga. Samhandlingsavtalen må sjåast i samanheng med utviklingsplanarbeidet i høve til prioriterte område i samhandlingsperspektivet.

Frå deltakarane vart det vist til behovet for å løfte fagarbeidarar opp på eit høgare nivå for å avlaste sjukepleiarane. Ein bør sjå på korleis ein kan rekruttere via helsefag, særskilt i kommunane er dette viktig. Det vart vist til at kommunar og helseføretak konkurrerer med heile Noreg om arbeidskraft. Det er behov for å sikre rekruttering og det må utarbeidast strategiar for dette i fellesskap, og det er viktig å behalde dei ein rekrutterer inn.

Det er også ei utfordring i høve til alderssamansetjinga på sjukepleiesida Det er behov for nær dialog med utdanningsinstitusjonane for å kunne planlegge og iverksetje tiltak som sikrar rett og nok helsepersonell til ei kvar tid. Vidare må dette sjåast i samanheng med oppgåvending og kompetansebehov i kommunane.

Framtidsbiletet viser at behovet for helsepersonell er for stort i høve til kva ein klarer å utdanne. Såleis må ein kunne sjå på grenseflatene internt og på tvers av nivå. Ein må få helsepersonell til å stå lenge i jobb, ein må unngå doble funksjonar og det er naudsynt å rasjonalisere ressursbruken. Arbeidskrafta må effektiviserast og det må utarbeidast strategiar og planar for å sikre nok helsepersonell med rett kompetanse i fylket. Korleis kan ein fordele oppgåver mellomlegar og sjukepleiarar? Kven andre kan (må?) ein samarbeide med for å sikre kvalifisert og god helsehjelp, er spørsmål som må utgreiast. Overgangane mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelseteneste etterlysast i innovasjonssamanheng. Det er behov for innovasjon i rekruttering og innovasjon i utdanningsløp.

Ein trekte også fram grenseflata mot teknologi, og at det krev kompetanse og planar for korleis ein kan nytte teknologiske nyvinningar for å optimalisere arbeidsprosessar i helsetenestene.

Sjå presentasjonen [her](#).

2.5 Prioritere psykisk helsevern og rusbehandling

Avdelingssjef Kari Marie Remø Nesseth orienterte. Arbeidet tuftar på utarbeida strategi og handlingsplan, og eksisterande arbeidsgruppe har blitt justert som følge av utviklingsplanarbeidet:

Namn	Arbeidsstad	Stillingstittel
Kari Marie Remø Nesseth (leiar)	Klinikk for psykisk helse og rusbehandling HMR	Avdelingssjef TSB Ålesund og Molde
Åse Helene Gjærde	Klinikk for psykisk helse og rusbehandling HMR	Seksjonsleiar avdeling for Sjukehuspsykiatri Sunnmøre
Tor Rune Aarø	HR-avdeling	Hovudtillitsvalt
Hans Bjørn Vikhals	DPS Nordmøre og Romsdal	Avdelingssjef
Liv Ingjerd Holten	Surnadal kommune	Ruskonsulent
Elisabeth Iversen	Kristiansund kommune	Enhetsleder psykisk helse
Berit Aasen	Hareid kommune	Kommunalsjef
Marry Holsbøvåg	Eide kommune	Psykiatrisk sjukepleiar
Regina Steinberger	Ålesund kommune	Virksomheitsleiar psykisk helse og rus
Stian Endresen	Ulstein Kommune, HMR	Fastlege og Praksiskonsulent
Ingrid Løset	Brukarutvalget HMR	Leiar
Torill Bøe	Brukarutvalet HMR	Medlem
Ann-Helene Skare	Brukarutvalet HMR	Vara

Om lag ein sjettedel har eit rusproblem eller psykiske problem. Dette rammar ikkje berre pasientane, men også dei pårørande. Samhandlingsreforma viser til ei venstreforskyving av oppgåver der meir skal behandlast av kommunane. Det er behov for å bygge opp tilbod og sørge for at desse er nær pasienten. Utviklinga viser færre sengar i spesialisthelsetenesta og ei lita gruppe pasientar har eit stort ressursbehov.

Arbeidsgruppa har peika ut nokre få punkt det er ønskeleg å satse på i planperioden;

- Fragmentert tilgjenge på tidspunkt der ein ønskjer å fremje samarbeid.
- Pårørande vert tatt i vare ulikt.
- Brukarmedverknad. Det er behov for eit likt system for fortløpande tilbakemelding.

Nesseth viste til behov for samhandling og kompetanseheving med kommunane. Framtida er å vere meir ute, lære og overføre kompetanse gjennom ulike prosjekt.

Spørsmål og innspel

Arbeidsgruppa vart utfordra med spørsmål om korleis forbetre samhandlinga. Korleis kan arbeidet med FIUK (Forsking, innovasjon, utdanning og kompetanse) understøtte behova. Det vart også vist til at ein kan drive følgjeforsking på området.

Det vart påpeika at det for pasientane handlar om å kome tidleg inn. Ein må avklare kva som skal vere tilbodet i kommunen og kva som skal gjerast i spesialisthelsetenesta. Ein del pasientar går mellom nivåa og må få tilbod begge stader. Det må ikkje vere slik at systemet øydelegg for pasientane.

Sjå presentasjonen [her](#).

2.6 Framskrivning og demografi

Sjukehusplanleggjar Liv Haugen orienterte om utviklingstrekk. Kva er situasjonen i Helse Møre og Romsdal, kva for eit utfordringsbilette gir framskrivinga? Korleis kan utfordringane møtast?, var nokre av spørsmåla som vart stilte.

Korleis skal helseføretaka handtere varsla vekst både med tanke på bygg/areal, men også med tanke på «mannskap»? spurde Haugen forsamlinga. Generelt ynskjer ein å dempe behovet for helsetenester, og for spesialisthelsetenester spesielt. Pasientar skal i større grad få behandling nær der dei bur og unngå unødige innleggingar.

Haugen spurde om svara ligg mellom føretaket og kommunane - og pasientane. Korleis starte ein planlagd prosess for å imøtekome utfordringane i framtida?

Spørsmål og innspel

Det kom spørsmål til framskrivinga og tal konsultasjonar. Er det friske som ikkje har blitt sjuke enno? Kan konsultasjonar overførast til kommunane? Er alle kontrollane naudsynte?

Sjå presentasjonen [her*](#).

** Haugen presiserer at framskrivingstala i presentasjonen er førebelse, og skal gjennom ein siste kvalitetssjekk før dei blir presenterte i endeleg rapport til Helse Midt-Norge siste halvdel av august.*

2.7 Rett bruk av ressursar betyr at nokon kan få meir og nokon kan få mindre. Kven skal få mindre?

Praksiskonsulent og fastlege Stian Endresen opna innleiinga si med å vise til at framtida er avhengig av det vi gjer i dag. Endresen spurde om dagen i dag er eit resultat av manglande prioriteringar og val vi gjorde i går. Merksemda må rettast mot tiltak for å førebyggje sjukdom og utsetje debut av sjukdom. Det er behov for å gjere omprioriteringar, men kva skal nedprioriterast?

Pasientane kan delast inn i følgjande grupper;

- Dei som er friske og føler seg friske
- Dei som er friske men føler seg «sjuke»
- Dei som er sjuke og føler seg sjuke
- Dei som er sjuke men føler seg «friske»

Det vart halde fram at ein ser ei veksande gruppe i dei som er friske, men føler seg sjuke. Dette genererer etterspørsel etter helsetenester som det strengt tatt ikkje er behov for. Vidare i høve til dei som er sjuke og føler seg sjuke, til dømes kreftpasientar. Kven skal få behandling og kva for behandling kan vi gi? For gruppa sjuke som føler seg friske, er det særst viktig å understøtte eigenmestring.

Fastlegen si rolle er å vere vegvisar og portvaktar. Det kjem stadig krav og forventingar om prioritering og om å diagnostisere rett. Ein vil ikkje ha falske positive og dei falske negative må fangast opp.

Endresen spurde deltakarane om kvifor fastlegen henviser, og let deltakarane diskutere seg i mellom. Som svar vart det vist til;

- Fordi pasienten er sjuk
- Fordi pasienten vil
- Manglande utstyr og kompetanse

Endresen supplerte med å vise til at bak ei henvisning kan det ligge manglande utstyr og kompetanse, både for utgreiing og behandling. Det er eit ønske om å dele ansvaret med nokon, få ein «second opinion». Det visast til etablering av ØHD – tilbod i kommunane og moglegheit til å gi behandling. Men då må tilbodet vere støtta av kompetanse og utstyr.

Endresen spurde deltakarane om kvifor talet henvisningar aukar? Har befolkninga blitt sjukare, kjem det av usikkerheit hos legane, er det krav om ei ekstra vurdering? Slik systemet er lagt opp kan fleire enn fastlegane henvisje til spesialisthelsetenesta. Endresen trekte også fram tilsyn av helsetenestene, og at dette kan påverke av frykt for å gjere feil.

Den største gruppa som gjer bruk av helsetenester er dei som lid av muskel- og skjelettplager og dei som har psykiske lidningar. Her finn ein også lengst ventetid ved poliklinikkane.

Endresen avslutta med å vise til behovet for å diagnostisere presist og sikre rett pasient på rett plass til rett tid. Det må rettast merksemd mot tiltak som støttar helsepersonell og leiarar i første- og andrelinja på eigne avgjerder, slik at dei maktar å gjere dei naudsynte prioriteringane og vegvala.

Spørsmål og innspel

Eit vanskeleg tema er «når er nok nok?» Å finne svar på dette krev etiske diskusjonar og korleis kan ein starte diskusjonen? Eit anna spørsmål er kven som skal gjere dei vanskelege prioriteringane?

Endresen viste til at dette er noko helseføretaket og kommunane må sjå på i fellesskap, og at ein har arenaer der dette kan takast opp, som t.d. Klinisk etisk komite og Brukarutvalet.

Det vart stilt spørsmål om etablering av ambulante tenester. Kan det ein bevise at tilbodet bidrar til å unngå unødige innleggingar i sjukehus? Tilbodet kan óg gi etterspurnad.

Den økonomiske berekrafta og det økonomiske systemet er viktige diskusjonar. Det er eit behov for at sentrale politiske krefter ser at ein får «belønning» for utført arbeid. Korleis harmonisere økonomisystemet med det reelle behandlingssystemet?

Sjå presentasjonen [her](#).

2.8 Styrking av akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus

Fastlege og praksiskonsulent Sindre Klokk og avdelingssjef for prehospitale tenester Lars Erik Sjømæling orienterte deltakarane om arbeidet. Akuttutvalet i Møre og Romsdal har nyleg utarbeida handlingsplan, og vil tufte arbeidet på dette med ei spissing av konkrete tiltak.

Arbeidsgruppe styrking av akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus:

Namn	Arbeidsstad	Stillingstittel
Sindre Klokk (leiar)	Ålesund kommune og HMR	Fastlege og praksiskonsulent
Hans Olav Ose	Administrasjonen HMR	Beredskapssjef
Espen Rørvik	Klinikk for akuttbehandling HMR	Konstituert Seksjonsoverlege AMK
Kristen Rasmussen	Klinikk for akuttbehandling HMR	Avdelingssjef AMK, luftambulans og pasientreiser
Åshild Vartdal Skjong	Klinikk for akuttbehandling HMR	Seksjonsleder AMK Møre og Romsdal
Lars Erik Sjømæling	Klinikk for akuttbehandling HMR	Avdelingssjef prehospitale tenester
Geir Grimstad	Klinikk for akuttbehandling HMR	Ass. avdelingssjef prehospitale tenester
Karsten Vingen	Ålesund kommune	Fagsjef
Henning Fosse	Molde kommune	Helsesjef
Askill Sandvik	Kristiansund Kommune	Leder for legevaktfunksjon
Birgit Iversen Eckhoff	Smøla kommune	Kommunalsjef
Inger Lise Kaldhol	Ulstein og Hareid kommune	Kommuneoverlege
Atle Tangen	Brukarutvalet HMR	Medlem
Daniel Ask	Brukarutvalet HMR	Vara
Georg Overvåg Aursnes	HMR Ulstein ambulans	Tillitsvalt

Innleiinga vart retta mot sentrale føringar og det vart vist til NOU 2015:17 - Først og fremst.

Sentrale mål er å sentralisere medisinsk nødmeldetjeneste, styrke AMK-sentralane. Legevaktene skal styrkast og bli meir robuste, samstundes skal tal sjukebesøk aukast.

Det er behov for meir kompetanse innan rus og psykiatri utanom kontortid og det vert peika på pasientar med mistanke om hjerneslag, som skal sikrast rask og effektiv behandling.

Nasjonal helse og sjukehusplan (Meld. St.11) viser til moglegheiter innan diagnostikk prehospitalt som vil endre seg. Utviklinga viser auka ambulansaktivitet og transportoppdrag og auka ambulansfagleg kompetanse er eit satsingsområde. Det er ei nasjonal forventning om å sjå lokalisering av legevakter og ambulansstasjonar i samanheng for å gi eit forsvarleg og heilskapleg tilbod. Samhandlingsavtalane må utviklast og konkretiserast for å kunne nyttast som eit felles planleggingsverktøy.

Utfordringsbiletet i Møre og Romsdal knyttast mot geografi. Fylket består av fjell og fjordar, små og store kommunar. Sentralisering av legevakter gir lenger reiseavstand for dei som bur i distriktet og det er behov for kompenserande tiltak. Legevaktene er organiserte ulikt og det er ulik framdrift og organisering av ØHD-tilbod i kommunane. Det vart vist til uavklarte prosessar som påverkar framtidig tilbod, til dømes funksjonsfordeling i føretaket, SNR og kommunesamanslåing. I utviklingsplanarbeidet er det vidare prioriterte satsingsområde innan mellom anna pediatri, akuttkirurgi og PCI. Det er behov for ei helskapleg planlegging, der dette vert sett i samanheng med utvikling av dei akuttmedisinske tenestene prehospitalt.

Føretaket har god oversikt over ambulanseberedskapen i fylket og oppdragstid. I byar og tettstader skal til dømes 90 % av befolkninga nåast med ambulanse innan 12 minutt. Nasjonale målingar viser til at Møre og Romsdal er under snittet. I grisgrendte strók skal 90 % av befolkninga nåast innan 25 minutt. Også her viser nasjonale målingar at Møre og Romsdal er over snittet. Når det gjeld prehospital hjartestans målast ein på overleving etter 30 dagar. Møre og Romsdal er over snittet også her.

For å styrke dei akuttmedisinske tenestene utanfor sjukehus, står følgjande målsetjing føre:

- Heilskaplege akuttmedisinske tenester som er likeverdige og tilgjengelege
- Klar ansvarsfordeling i og mellom helseføretak og kommune

Vidare arbeid i gruppa vil dreie seg om å identifisere og prioritere satsingsområde for 2019-2022.

Aktuelle tema er:

- Kompetanseheving på alle nivå for å understøtte venstreforskyving av oppgåver og ansvar frå spesialisthelsetenesta til kommunene.
- Samlokalisering av ambulansar knytte opp til dei store legevaktene
- Logistikk pasienttransport for å sikre rett ressursbruk
- Plan for opplæring og øvingar – individuelt og felles
- Kompetansekartlegging med mål om samorda tenester
- Kompenserande tiltak i randkommunar (Community paramedic? Enkle diagnostiske einingar knytte opp til ambulansestasjon eller sjukeheim? Telemedisin?)
- Utvikle Samhandlingsavtalen
- Vurdere samhandlingsstruktur, underutval knytte til dei største legevaktene?
- Utstyr i legevaktsbil, legevaktssentral, bemanna bil frå legevakt?

Sjå presentasjonen [her](#).

2.9 Bygningsmessig utviklingsplan

Klinikksjef Mona Aagaard-Nilsen ved Klinikkk for drift og eigedom orienterte om arbeidet med den bygningsmessige utviklingsplanen. Planen omfattar utvikling av bygningsmassen i Helse Møre og Romsdal, med unntak bygningane knytte til SNR-prosjektet.

Arbeidet er leia av SEMCO og gruppa er samansett av arkitektar frå Nordic, tilsette frå avdeling for teknologi og utvikling, prosjektleiar for utviklingsplan, føretakstillitsvalte og føretaksverneombud. Det er lagt opp til brei involvering av dei kliniske miljøa i føretaket.

For perioden 2018-2022 skal ein identifisere konkrete tiltak i ei prioritert og praktisk rekkefølge. Fram mot 2032 skal det utarbeidast ein rammeplan for vidare utvikling av bygningsmassen. Utviklinga skal tufte på basiskonsept frå tidlegare planar og framskriving frå Sykehusbygg HF. Eksisterande og framtidige driftsutfordringar må i størst mogleg grad løysast ved å optimalisere areal innan eksisterande bygg. Aagaard-Nilsen viste til at ein må ha eit realistisk forhold til kva som er økonomisk mogleg og berekraftig.

Spørsmål og innspel

Det vart vist til krav om universell utforming og korleis samordne kompetansen i universell utforming. Som svar frå brukar vert det vist til gode erfaringar med å ta med brukarane i arbeidet, og det tilrådest også her.

Sjå presentasjonen [her](#).

2.10 SNR

Prosjektleiarar Hans Christian Ofstad og Merete Hagbø orienterte om arbeidet med SNR. Utviklinga av nytt sjukehus på Hjelset og distriktsmedisinsk senter i Kristiansund engasjerer både internt i føretaket og eksternt. Rammene byggjer på vedtak og plan, samstundes er det behov for fleksibel planlegging for å kunne bygge eit framtidretta sjukehus.

For arbeid knytt til Hjelset, vart det vist til det til planlagde tilbodet og romfordeling (for detaljar, sjå presentasjon). Status pr juni 2017 er at det er god framdrift i arbeidet. Det pågår arbeid med å utarbeide utstyrslistar for kvart rom. Vidare skal ein kvalitetssikre innhaldet fram mot 1. november.

Når det gjeld DMS i Kristiansund, har det vore gode diskusjonar og forslag til løysingar for bruk av bygget. Det er behov for å avklare eigarskap og drift for å sikre framdrift.

Sentrale utviklingsoppgåver for organisasjonsutviklinga er:

- Nytt konsept akuttmottak og korttidssenger
- 8 timar drift for dagbehandling og poliklinikkar
- Bruk av pasienthotell i pasientforløp
- Sikre eigarskap til driftskonsept
- Utvikle nye arbeidsformer, endre på oppgåver
- Ende organisering, kompetanse og arbeidsflyt

Det er oppretta delprosjekt for 8 timar drift, fleksible arbeidstidsordningar og kompetanse og bemanning i mottak/korttidspost.

Medverknad frå tilsette og brukarutval er eit prioritert område. Det visast til studietur til Østmarka sjukehus og Sjukehuset Østfold Kalnes. Det er viktig å lære av andre. Elles har det vore informasjonsmøter både ved Molde sjukehus og Kristiansund sjukehus, og det var godt oppmøte begge stader.

Det er også behov for å sikre kommunal medverknad og medverknad med andre aktørar i arbeidet med å planlegge og utvikle SNR. Aktuelle møtepunkt er regionråda, lokale utval, utdanningsinstitusjonar med fleire.

Prosjektorganisasjonen utvidast med ny prosjektleiar for bygg og teknikk og lokal prosjektleiar for Helseplattformen. I tillegg skal det lysast ut Helseplattformstilling i SNR-prosjektet.

Hausten 2017 vert det lagt ut fire totalentreprisar knytte til riving av dei gamle psykiatribygga, infrastrukturarbeid frå nye E39 og til sjukehusomta, byggentreprise og teknikkentreprise for akuttsjukehuset på Hjelset. Det visast elles til leveransar knytte til IKT og medisinsk tekniskutstyr og anna inventar.

Planlagd byggestart er sett til november 2018 med innflytting våren 2022.

Spørsmål og innspel

Det vart stilt spørsmål knytt til fleksibilitet og om ein planlegg nytt sjukehus i høve til å kunne nytte PET i framtida. Det visast til at dette vert jobba med på føretaksnivå, og at det må leggjast til rette for endring i framtida knytt til teknologi.

Frå pediatrigruppa kom det innspel i høve til organisering av tilbod. Dersom det kjem innspel som avvikfrå plan, kan dette handterast? Som svar frå prosjektorganisasjonen visast det til at det planleggast med fleksibilitet, men at ein tuftar planlegging på det som ligg fast i konseptrapporten.

Det vert vidare stilt spørsmål om SNR –prosjektet planlegg med bevegelege mål? Kva verdi har då høyringsuttalelsar? Prosjektleiarane viser til at det må vere mogleg å planlegge fleksibelt. Helseføretaket vil i utviklingsplanarbeidet planlegge for føretaket som heile, for så å vurdere kva som evt skal takast inn i SNR.

Sjå presentasjonen [her](#).

3. Avslutning

Dialogmøtet vart avrunda av direktør Espen Remme og representantar frå brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal. Direktøren viste til at det skjer ei utvikling og at dialogmøta har vore ein arena som har bidrege til dette. For å høyre kva brukarane tenkjer om framtida og arbeidet med utviklingsplan, stilte direktøren følgjande spørsmål til brukarpanelet;

«Ut frå det som de har høyrte her i dag – kva signal vil brukarane sende til helseføretaket og kommunane om viktige forhold som utviklingsplan og samhandlingsarbeidet mellom kommunar og HF bør ta med seg i tida som kjem?»

«Kva er brukarane opptekne av i realiseringa av «pasientens helsetjeneste?»

Som svar peika brukarane på overgangane mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta, som er sårbare og kan vere lite verdige til tider. Det oppstår «plunder og heft» og dette må kommunane og føretaket i fellesskap vere med på å løyse. Prioriteringsdebatt er viktig, vidare at kommunane og helseføretaket har evne og vilje til å samarbeide. Brukarane må møtast med respekt og få god behandling. Dei ønskjer ikkje å vere kasteballar i eit system, men vil vere med å påverke behandling og oppgåver. Språkbruken må vere meir forståeleg for pasientane

elles misser ein samanheng og forståinga. Pasienten er sjefen og dette må respekterast av helsepersonell. *«Ein kvar er sjef over eiga helse!»*.

Kompetanseoverføring er viktig for å kunne løyse utfordringane framover og det må satsast på pasient- og pårørandeopplæring. Brukarane er ein uutnytta ressurs som må styrkast, for å kunne ta ansvar for eiga helse.

Ei anna utfordring som vart vist til, er overgangen frå barn til vaksen og behov for saumlause overgangar også her.

Det vart peika på brukarmedverknad i kommunane, og at kommunane har eit potensial i å leggje til rette for dette.

Brukarane ønskjer tryggleik, verdigheit og å ha reell medverknad både på individnivå og systemnivå. For framtidige dialogmøter bør brukarstemma kome tydelegare fram.

Det er også kome innspel frå Lærings- og meistringssenteret knytt til pasientopplæring, som er ein viktig faktor i framtidens helseteneste. Pasientar rapporterar om stor forbetring i meistringsevne etter å ha vore på kurs.

Direktøren avslutta dagen med å vise til behov for tillit. Føretaket må arbeidet for å få tillit i kommunane og dette vil krevje samarbeid og tid. Samhandlingstonen er betra, men vert utfordra av diskusjonar knytte til dimensjonering og planlegging av sjukehus. Direktøren utfordra deltakarane om å heller snakke om transformasjonen, sjølv om dette er lettare sagt enn gjort. Både kompetanse og erfaring i helsetenestene i Møre og Romsdal er god. Saman er vi krutt!

Vi må spørje oss kva kan vi få til saman og tufte samarbeidet på tillit. Direktøren avslutta med å sitere *«Når ingenting anna hjelp, kan vi no møtast å snakke saman»*.

Oppfølging

Neste dialogmøte er sett til 30. oktober i Molde. Samhandlingskonferansen med tema «Akuttmedisinske tenester og helseberedskap» arrangerast 31. oktober.

For oppfølging viste direktøren til behov for kommunal medverknad i arbeidet med å utgreie det barnemedisinske tilbodet i fylket. Det vert lagt opp til ein innspelskonferanse tidleg haust 2017.

Kommunal medverknad knytt til SNR vil også få merksemd og vil følgjast opp over sommarferien.

Utviklingsplanen sendast ut på høyring tentativt november til medio desember.